

CÁC TRIỆU CHỨNG TÂM THẦN

BS CKII Nguyễn Văn Nuôi

Để làm tốt công tác khám bệnh, bước đầu tiên trong quá trình chẩn đoán và điều trị, thầy thuốc tâm thần cần có hai khả năng riêng. Khả năng đầu tiên là thu thập các dữ liệu lâm sàng một cách khách quan và chính xác thông qua việc khai thác bệnh sử và thăm khám trạng thái tâm thần, sắp xếp các dữ liệu này một cách cân nhắc và có hệ thống. Khả năng thứ hai là hiểu mỗi bệnh nhân như một cá nhân với các đặc thù về tâm lý, xã hội, hoàn cảnh và môi trường sống. Khi rèn luyện khả năng đầu tiên, thầy thuốc tâm thần cần vận dụng các kỹ năng và kiến thức lâm sàng; khi rèn luyện khả năng thứ hai, cần vận dụng sự hiểu biết về con người và kinh nghiệm với các bệnh nhân trước đây để hiểu được những cảm xúc và hành vi của bệnh nhân đang được thăm khám. Cả hai khả năng này có thể được hình thành và phát triển qua việc lắng nghe bệnh nhân và học tập từ các thầy thuốc tâm thần có nhiều kinh nghiệm hơn.

Kỹ năng khám bệnh đòi hỏi sự hiểu rõ định nghĩa của các triệu chứng. Nếu không có các kiến thức này thầy thuốc có thể bị sai lầm trong việc phân loại các biểu hiện lâm sàng và vì vậy sẽ không thể chẩn đoán chính xác. Do đó, việc nắm vững các định nghĩa là bước cơ bản đầu tiên trước khi tiến hành việc khai thác bệnh sử và thăm khám tâm thần.

Việc nghiên cứu các trạng thái bất thường về tâm thần được gọi là bệnh học tâm thần. Thuật ngữ này bao gồm ba cách tiếp cận khác nhau với các đối tượng:

Bệnh học tâm thần mô tả Tiếp cận này liên quan đến sự mô tả khách quan các trạng thái bất thường về tâm thần và tránh đề cập đến các quan niệm hoặc lý thuyết đã định trước. Mục đích là làm sáng tỏ tính chất cơ bản của các trải nghiệm tâm thần bệnh lý và hiểu được các trải nghiệm này ở mỗi bệnh nhân. Tiếp cận này của bệnh học tâm thần chỉ liên quan duy nhất đến việc mô tả các trải nghiệm có ý thức và hành vi có thể nhận thấy được.

Bệnh học tâm thần động lực Tiếp cận này bắt nguồn từ các nghiên cứu về phân tâm học. Giống như phương pháp trên, tiếp cận này cũng bắt đầu bằng sự mô tả của bệnh nhân về các trải nghiệm tâm thần của mình và các quan sát của thầy thuốc về hành vi của bệnh nhân. Tuy nhiên tiếp cận này ngoài sự mô tả còn tìm cách giải thích nguyên nhân của các hiện tượng tâm thần bất thường liên quan đến các quá trình vô thức mà bệnh nhân không nhận biết được.

Bệnh học tâm thần thực nghiệm Tiếp cận này cũng tìm cách giải thích các hiện tượng bất thường cũng như mô tả chúng. Tuy nhiên, các giải thích trong tiếp cận này liên quan đến các quá trình tâm lý có thể xác minh được bằng thực nghiệm, hơn là các quá trình vô thức như trong bệnh học tâm thần động lực. Các phương pháp được dùng để nghiên cứu các hiện tượng bất thường là các phương pháp của khoa học thần

kinh, bao gồm các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh não và tâm lý học nhận thức. Mặc dù bệnh học tâm thần thực nghiệm liên quan đến nguyên nhân của các triệu chứng, các triệu chứng này chỉ được nghiên cứu trong bối cảnh của các hội chứng. Ví dụ, vì bệnh học tâm thần thực nghiệm về lo âu đã được nghiên cứu chủ yếu ở các bệnh nhân bị rối loạn lo âu nên nó được mô tả trong chương về các rối loạn này.

Khi mô tả các triệu chứng tâm thần, cần phân biệt giữa **hình thức và nội dung** của các triệu chứng; sự phân biệt này được minh họa tốt nhất qua các ví dụ. Một bệnh nhân nói rằng, khi ở một mình anh ta nghe những tiếng nói gọi anh ta là một kẻ đồng tính, thì hình thức của trải nghiệm là một ảo thanh còn nội dung liên quan đến phát biểu anh ta là đồng tính. Một bệnh nhân thứ hai nghe những tiếng nói nói rằng anh ta sắp bị giết; như vậy hình thức vẫn là một ảo thanh nhưng nội dung lại khác. Một bệnh nhân thứ ba có các ý nghĩ ám ảnh anh ta là đồng tính nhưng nhận biết những ý nghĩ này là không đúng. Trường hợp này có nội dung tương tự như ở ví dụ đầu (liên quan đến đồng tính) nhưng hình thức thì khác- một ý nghĩ ám ảnh. Hình thức giúp cho việc thiết lập chẩn đoán còn nội dung tuy ít có vai trò trong chẩn đoán nhưng lại rất quan trọng trong xử trí. Ví dụ, nội dung của một của một hoang tưởng gợi ý bệnh nhân có thể tấn công một kẻ làm hại giả định.

Các triệu chứng có khi được chia thành **nguyên phát và thứ phát** nhưng các thuật ngữ này có hai nghĩa khác nhau. Nghĩa thứ nhất liên quan đến thời gian, nguyên phát là xảy ra đầu tiên, và thứ phát là xảy ra sau. Nghĩa thứ hai liên quan đến tính nhân quả, nguyên phát là phát sinh trực tiếp từ quá trình bệnh lý, và thứ phát là phát sinh như một đáp ứng với triệu chứng nguyên phát. Hai nghĩa này thường đi đôi với nhau vì các triệu chứng phát sinh trực tiếp từ quá trình bệnh lý bao giờ cũng xuất hiện trước. Tuy nhiên, mặc dù các triệu chứng xảy ra sau thường là một đáp ứng với các triệu chứng đầu tiên, nhưng không phải luôn luôn như vậy vì chúng cũng có thể phát sinh trực tiếp từ quá trình bệnh lý. Thuật ngữ nguyên phát và thứ phát thường được dùng nhiều hơn trong nghĩa về thời gian vì cách dùng này không cần đến một suy luận về tính nhân quả. Tuy nhiên, nhiều bệnh nhân không thể nói các triệu chứng của họ xuất hiện theo thứ tự nào. Trong những trường hợp này, khi một triệu chứng dường như là một đáp ứng với một triệu chứng khác, chẳng hạn một hoang tưởng bị theo dõi bởi những kẻ ám hại là một đáp ứng với việc nghe những tiếng nói kết án mình, nó sẽ được gọi là thứ phát theo nghĩa nhân quả.

Về ý nghĩa của các triệu chứng riêng lẻ, các rối loạn tâm thần thường được chẩn đoán khi có sự hiện diện của một nhóm các triệu chứng đã được xác định rõ. Hầu như mọi triệu chứng đơn độc đều có thể được trải nghiệm bởi một người bình thường; ngay cả các ảo giác, thường được coi là đặc điểm của rối loạn tâm thần, đôi khi cũng có thể xuất hiện nhất thời ở những người khỏe mạnh. Trường hợp ngoại lệ là một hoang tưởng đơn độc thường được xem là bằng chứng của rối loạn tâm thần nếu nó là rõ rệt và dai dẳng (rối loạn hoang tưởng). Do đó, sự hiện diện của một triệu chứng đơn độc tuy không hẳn là bằng chứng của rối loạn tâm thần nhưng là một chỉ

định cần phải khám xét kỹ lưỡng nhiều lần để tìm thêm các triệu chứng khác của rối loạn tâm thần.

I. CÁC RỐI LOẠN Ý THỨC:

Ý thức là sự nhận biết về bản thân và môi trường xung quanh. Các mức độ của ý thức có thể thay đổi từ hoàn toàn tỉnh táo cho đến hôn mê.

Hôn mê là trạng thái nặng nhất của rối loạn ý thức. Bệnh nhân không có các biểu hiện của hoạt động tâm thần và rất ít hoạt động vận động trừ hô hấp. Bệnh nhân không đáp ứng ngay cả đối với các kích thích mạnh. Hôn mê có thể được phân loại tùy theo mức độ của các đáp ứng phản xạ còn lại và loại hoạt động điện não.

Ý thức u ám liên quan đến một trạng thái có thể thay đổi từ một rối loạn vừa đủ nhận thấy đến ngủ gà rờ rệt trong đó bệnh nhân đáp ứng không đầy đủ với các kích thích. Các khả năng tập trung, chú ý và trí nhớ bị giảm ở các mức độ khác nhau và định hướng lực bị rối loạn. Tư duy người bệnh lộn xộn, và các sự kiện được giải thích một cách không chính xác.

Sững sờ Theo nghĩa được dùng trong tâm thần học, sững sờ là một trạng thái trong đó bệnh nhân bất động, không nói, và không đáp ứng nhưng dường như vẫn còn nhận biết qua đôi mắt mở và dõi theo các vật xung quanh. Nếu nhắm mắt, bệnh nhân sẽ chống lại các cố gắng để mở mắt. Các phản xạ bình thường và tư thế nghỉ vẫn còn duy trì.

Lú lẫn Rối loạn ý thức trong đó bệnh nhân có các phản ứng không phù hợp với các kích thích bên ngoài; biểu hiện bằng rối loạn định hướng về thời gian, không gian, và xung quanh. Lú lẫn đôi khi cũng được dùng để chỉ sự mất khả năng suy nghĩ một cách sáng suốt, có thể xảy ra trong tình trạng ý thức bình thường. Trong sáng, lú lẫn xảy ra cùng với các ảo tưởng, ảo giác, và các rối loạn khí sắc như lo âu, sợ hãi.

Sảng Một trạng thái lú lẫn cấp, đặc trưng bởi khởi đầu tương đối đột ngột với rối loạn tập trung và chú ý, các bất thường tri giác và nhận thức như các ảo giác và hoang tưởng, rối loạn giấc ngủ và rối loạn thần kinh tự chủ. Sảng thường kéo dài từ vài giờ đến vài ngày, tiến triển dao động và gia tăng vào ban đêm. Điện não thường có hoạt động chậm lan tỏa. Người bệnh có các bất thường vận động như bứt rứt, run, giật cơ và các rối loạn thần kinh tự chủ như tim nhanh, sốt, huyết áp tăng, ra mồ hôi, dẫn đồng tử. Sảng hay gặp trong các rối loạn chuyển hóa, nhiễm trùng, các bệnh của hệ thần kinh trung ương, các trạng thái nhiễm độc hoặc cai chất ...

Trạng thái hoàng hôn Trạng thái ý thức bị thu hẹp, với các ảo giác, xuất hiện đột ngột trong một thời gian ngắn và cũng kết thúc đột ngột. Do sự chi phối của các ảo giác, người bệnh có thể có các hành vi nguy hiểm cho bản thân và người xung quanh; sau cơn người bệnh không nhớ những gì đã xảy ra. Trạng thái hoàng hôn gặp trong bệnh động kinh hoặc các bệnh thực thể não.

II. CÁC RỐI LOẠN CHÚ Ý VÀ TẬP TRUNG:

Chú ý là khả năng hướng vào một vấn đề cần giải quyết còn tập trung là khả năng duy trì tâm điểm chú ý này. Khả năng hướng vào một phần chọn lọc của thông tin đến não rất quan trọng trong nhiều tình huống hàng ngày, chẳng hạn khi nói

chuyện ở một chỗ ồn ào. Chú ý và tập trung có thể bị rối loạn trong rất nhiều rối loạn tâm thần như rối loạn khí sắc, rối loạn thiếu sót chú ý tăng động, rối loạn lo âu, tâm thần phân liệt, và các rối loạn thực thể như sảng và sa sút tâm thần. Do đó, việc phát hiện các bất thường về chú ý và tập trung ít giúp ích nhiều cho chẩn đoán. Tuy nhiên các bất thường này lại quan trọng trong xử trí; ví dụ chúng ảnh hưởng đến khả năng trao đổi thông tin với bệnh nhân trong lúc khám bệnh, và cản trở khả năng làm việc, lái xe, hoặc tham gia các hoạt động vui chơi của người bệnh. Các rối loạn chú ý và tập trung gồm:

Phân tán chú ý (distractibility) là trạng thái trong đó chú ý bị lôi cuốn vào các kích thích không quan trọng hoặc không thích hợp từ bên ngoài.

Mất chú ý chọn lọc là không chú ý đến những sự kiện gây lo âu.

Tăng cảnh giác (hypervigilance) là chú ý và tập trung quá mức vào tất cả các kích thích từ bên trong lẫn bên ngoài, gặp trong các trạng thái hoang tưởng, hưng cảm.

III. CÁC RỐI LOẠN KHÍ SẮC VÀ CẢM XÚC

Trong tâm thần học, khi mô tả các trạng thái xúc cảm (emotions) biểu hiện thái độ của con người, các thuật ngữ khí sắc (mood) và cảm xúc (affect) đôi khi được sử dụng với ý nghĩa gần giống như nhau. Tuy nhiên, giữa hai thuật ngữ này vẫn có sự khác biệt nhất định. Khí sắc được dùng để chỉ trạng thái chủ quan kéo dài hoặc lan tỏa trong khi cảm xúc để chỉ trạng thái xảy ra từng lúc, có thể quan sát được, đôi khi biến đổi nhanh chóng để đáp ứng với sự đa dạng trong tư duy và tình huống.

A. Các rối loạn khí sắc

Trầm cảm (depression) là một đáp ứng bình thường với sự mất mát hoặc bất hạnh. Trầm cảm trở nên bất thường khi nặng nề hơn so với sự bất hạnh hoặc kéo dài quá mức mong đợi. Khí sắc trầm cảm thường kết hợp chặt chẽ với các biến đổi khác như đánh giá thấp bản thân, tự cho mình có nhiều khuyết điểm, và suy nghĩ bi quan. Người bị trầm cảm có biểu hiện đặc trưng với các khóe miệng gập xuống, giữa trán có những nếp nhăn thẳng đứng; họ thường khom lưng, cúi đầu, vẻ mặt buồn rầu, đau khổ. Vận động thường bị ức chế nhưng cũng có thể gia tăng ở các bệnh nhân kích động, lo âu. Là triệu chứng cơ bản trong các giai đoạn trầm cảm của rối loạn trầm cảm và rối loạn lưỡng cực nhưng trầm cảm cũng hay gặp trong nhiều rối loạn tâm thần khác như các rối loạn lo âu (rối loạn lo âu toàn thể, hỗn hợp lo âu-trầm cảm, rối loạn ám ảnh-cưỡng chế), tâm thần phân liệt, loạn thần gián, các rối loạn ăn uống...

Sâu uất (melancholia) là trạng thái trầm cảm nặng với các đặc điểm như mất hứng thú trong tất cả các hoạt động, mất phản ứng với các kích thích thường vẫn thường gây thích thú, trầm cảm nặng hơn vào buổi sáng, thức giấc sớm, chán ăn hoặc sụt cân rõ rệt, cảm giác tội lỗi quá mức hoặc không phù hợp.

Hưng phấn (elation) là cảm giác vui sướng, khoái cảm, hết sức tự mãn hoặc lạc quan. Hưng phấn thường kết hợp với các biến đổi khác như tăng sự tự tin và thoải mái, tăng hoạt động và tăng thức tỉnh đôi khi có thể gây bứt rứt, khó chịu. Hưng phấn hay gặp nhất trong hưng cảm và hưng cảm nhẹ.

Hưng cảm (mania) là trạng thái khí sắc đặc trưng bởi sự hưng phấn, kích động, tăng hoạt động, tăng tình dục, tăng nhịp độ tư duy và ngôn ngữ.

Hưng cảm nhẹ (hypomania) là bất thường khí sắc có các đặc điểm giống như hưng cảm nhưng ở mức độ nhẹ hơn.

Khoái cảm (euphoria) là trạng thái hưng phấn mãnh liệt với ý tưởng tự cao, gặp trong các bệnh có tổn thương thực thể não như u não, tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não, liệt tiến triển...

B. Các rối loạn cảm xúc

Cảm xúc thiếu hòa hợp (inappropriate affect) là sự không phù hợp giữa cảm xúc và tư duy hoặc ngôn ngữ đi kèm, gặp trong bệnh tâm thần phân liệt.

Cảm xúc cùn mòn (blunted affect) là rối loạn cảm xúc đặc trưng bởi một sự giảm sút rõ rệt cường độ cảm xúc được biểu hiện ra bên ngoài, gặp trong tâm thần phân liệt.

Cảm xúc thu hẹp (restricted or constricted affect) cũng là sự giảm cường độ cảm xúc nhưng ít hơn trong cảm xúc cùn mòn.

Cảm xúc phẳng lặng (flat affect) là sự mất hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn mọi biểu hiện cảm xúc; giọng nói trở nên đơn điệu, vẻ mặt bất động.

Cảm xúc không ổn định (labile affect) là sự biến đổi nhanh chóng và đột ngột của cảm xúc, không liên quan với các kích thích bên ngoài.

Cảm xúc hai chiều (ambivalence) là sự tồn tại đồng thời của hai cảm xúc trái ngược nhau đối với cùng một người hoặc cùng một sự vật. Gặp trong tâm thần phân liệt, các trạng thái ranh giới, các rối loạn ám ảnh-cưỡng chế.

Sự thờ ơ giả tạo (la belle indifférence) là thái độ điềm tĩnh hoặc không quan tâm một cách không phù hợp về bệnh tật của mình, gặp ở bệnh nhân rối loạn chuyển dạng.

C. Các rối loạn khác

Lo âu (anxiety) là cảm giác lo sợ lan tỏa, rất khó chịu nhưng thường mơ hồ, kèm theo nhiều triệu chứng cơ thể như hồi hộp, đánh trống ngực, run, ra mồ hôi, khô miệng, siết chặt ở ngực, khó chịu ở dạ dày, khó nuốt, buồn nôn, mất tiêu tiểu, bứt rứt muốn đi tới đi lui, không thể ở yên một chỗ. Lo âu là một đáp ứng phù hợp trước một nguy hiểm, thường có tính nhất thời nhằm động viên cơ thể có các hành động cần thiết (chạy trốn hoặc chống lại) nhưng sẽ được coi là bất thường khi nặng nề và kéo dài hơn sự đe dọa. Về nhận thức, lo âu đặc trưng bởi sự tăng cảnh giác, tập trung kém, mất sáng suốt, sợ mất kiểm soát hoặc mất trí. Các triệu chứng hành vi gồm sợ sệt, tránh né, dễ bực tức, bất động, và thờ nhanh. Các rối loạn tri giác gồm giải thể nhân cách, tri giác sai thực tại, và tăng cảm giác.

Lo âu tính cách (trait anxiety) là kiểu lo âu kéo dài suốt đời như một đặc điểm về nhân cách. Những người có lo âu tính cách thường sôi nổi, tăng nhạy cảm với các kích thích, và dễ phản ứng về tâm sinh lý hơn những người khác. Ngược lại, **lo âu**

trạng thái (state anxiety) là các giai đoạn lo âu gắn liền với các tình thế chuyên biệt và không còn tồn tại khi tình thế thúc đẩy giảm đi.

Lo âu vô cơ (free-floating anxiety) là lo âu dai dẳng không rõ nguyên nhân, rất nhiều ý nghĩ và sự kiện khác nhau dường như cùng thúc đẩy và góp phần gây ra lo âu. Ngược lại, **lo âu tình thế** (situational anxiety) chỉ xảy ra khi có các lý do chuyên biệt hoặc các kích thích bên ngoài, như trong các ám ảnh sợ.

Là triệu chứng cơ bản trong các rối loạn lo âu, triệu chứng lo âu còn hay gặp trong rất nhiều bệnh cơ thể và tâm thần. Do đó, thầy thuốc tâm thần cần phân biệt giữa lo âu nguyên phát do chính rối loạn gây ra với lo âu thứ phát là phản ứng tâm lý của bệnh nhân với bệnh lý chủ yếu. Các rối loạn nội tiết, tự miễn dịch, chuyển hóa, và nhiễm độc, cũng như các tác dụng có hại của thuốc đều có thể gây lo âu. Trong các bệnh lý tâm thần, lo âu thường gặp ở các bệnh nhân trầm cảm, loạn thần, trong các rối loạn nhận thức và rối loạn liên quan đến chất.

Sợ (fear) là lo âu gây ra bởi một nguy hiểm có thực và được nhận biết một cách có ý thức.

Hoảng loạn (panic) Cơ sở hoảng loạn là cơn lo âu dữ dội tự giới hạn, kéo dài từ nhiều phút đến nhiều giờ, với các triệu chứng càng lúc càng tăng dần. Bệnh nhân cảm thấy một sự khiếp sợ hoàn toàn, sợ mình sẽ chết, sẽ mất trí, hoặc mất kiểm soát, kèm theo các triệu chứng cơ thể của lo âu như đau thắt ngực, thở dốc, và mệt mỏi đến kiệt sức. Các cơn hoảng loạn là thành phần chủ yếu của rối loạn hoảng loạn nhưng cũng có thể gặp trong các rối loạn lo âu và các rối loạn tâm thần khác.

Đễ bức tức và giận dữ (irritability and anger) Dễ bức tức là trạng thái tăng cao sự sẵn sàng đưa đến giận dữ. Cả hai triệu chứng trên đều có thể xảy ra trong nhiều loại rối loạn nên ít có giá trị chẩn đoán. Tuy nhiên, chúng lại rất quan trọng trong xử trí nên nếu hiện diện, chúng cần được lượng giá ngay về nguy cơ bạo lực. Dễ bức tức và giận dữ có thể xảy ra trong các rối loạn lo âu, rối loạn khí sắc, tâm thần phân liệt, sa sút tâm thần, nhiễm độc rượu hoặc ma túy. Trong một số trường hợp, chúng không chỉ gây nguy hiểm cho người khác mà ngay cả bản thân người bệnh.

IV. CÁC RỐI LOẠN HÀNH VI VẬN ĐỘNG

Các bất thường về hành vi, biểu hiện về mặt, và tư thế thường xảy ra trong tất cả các loại rối loạn tâm thần. Ngoại trừ tic, các triệu chứng chuyên biệt khác hay gặp ở bệnh nhân loạn thần, đặc biệt là tâm thần phân liệt.

Tic (tic) là các cử động không đều lặp đi lặp lại liên quan đến một nhóm cơ, ví dụ lắc đầu qua một bên, nhún vai.

Kiểu cách (mannerism) là các cử động không tự ý, đã ăn sâu thành thói quen, lặp đi lặp lại, dường như có một ý nghĩa chức năng nào đó, ví dụ chào, vuốt tóc.

Định hình (stereotypy) là kiểu vận động hoặc ngôn ngữ không đổi, liên tục lặp đi lặp lại như lắc lư thân mình; gặp trong rối loạn tự kỷ ở trẻ em, tâm thần phân liệt thể căng trương lực...

Tư thế khác thường (posturing) là sự giữ một tư thế cơ thể khác thường liên tục trong một thời gian dài. Tư thế này dường như có một ý nghĩa biểu tượng, ví dụ đứng với hai cánh tay dang rộng như đang bị đóng đinh trên thập tự, hoặc không có ý nghĩa rõ rệt, ví dụ đứng trên một chân.

Phủ định (negativism) là sự chống đối không có lý do mọi cố gắng làm chuyển dịch hoặc mọi sự hướng dẫn, hoặc làm ngược lại điều được yêu cầu.

Nhại động tác (echopraxia) là sự bắt chước một cách tự động mọi cử động của người khác ngay cả khi được yêu cầu không làm như vậy.

Khuynh hướng hai chiều (ambitendence) Bệnh nhân được xem là biểu hiện khuynh hướng hai chiều khi luân phiên có các cử động trái ngược nhau, ví dụ, đưa tay ra để bắt tay, rồi rút tay vào, rồi lại đưa tay ra, và cứ tiếp tục như thế.

Mất trương lực cơ (cataplexy) là sự mất trương lực cơ đột ngột và nhất thời, gây ra yếu và bất động; có thể bị thúc đẩy bởi các trạng thái cảm xúc và thường nối tiếp bằng giấc ngủ. Hay gặp trong bệnh ngủ rũ.

Căng trương lực (catatonia) là trạng thái tăng trương lực cơ ảnh hưởng đến sự duỗi và gấp cơ, mất đi khi có các cử động tự ý. Gặp trong các bệnh có tổn thương thực thể não như viêm não, tâm thần phân liệt thể căng trương lực, trầm cảm hoặc hưng cảm, ngấm thuốc an thần kinh...

+ **Giữ nguyên dáng** (catalepsy) là trạng thái trong đó bệnh nhân giữ nguyên một tư thế cơ thể được áp đặt; gặp trong các trường hợp nặng của tâm thần phân liệt thể căng trương lực. Đôi khi được xem là đồng nghĩa với uốn sáp tạo hình.

+ **Kích động căng trương lực** (catatonic excitement) là kích động vận động không có mục đích, không bị ảnh hưởng bởi các kích thích bên ngoài. Bệnh nhân trong trạng thái căng trương lực có thể đột ngột bùng phát trạng thái kích động và tấn công người xung quanh.

+ **Sững sờ căng trương lực** (catatonic stupor) là sững sờ trong đó bệnh nhân thường vẫn còn nhận biết được xung quanh.

+ **Cứng nhắc căng trương lực** (catatonic rigidity) là sự tự ý giữ một tư thế cứng nhắc, chống lại mọi cố gắng di chuyển.

+ **Uốn sáp tạo hình** (waxy flexibility) là trạng thái trong đó người bệnh được “nặn” ở một tư thế và rồi tư thế này sẽ được duy trì; khi di chuyển các chi của bệnh nhân, ta có cảm giác như chúng được làm bằng sáp. Đôi khi những bệnh nhân này cũng có thể giữ đầu cao hơn gối trong một thời gian dài (gối tâm lý).

+ **Mất vận động** (akinesia) là mất các cử động thân thể, như trong trạng thái bất động cực nặng của tâm thần phân liệt thể căng trương lực; cũng có thể xảy ra do tác dụng phụ ngoại tháp của thuốc chống loạn thần.

Tăng hoạt động (overactivity)

+ **Bứt rứt và kích động** (restlessness and agitation) là sự gia tăng toàn bộ các cử động của cơ thể, với các biểu hiện như bồn chồn, đứng ngồi không yên, chân tay liên tục cựa quậy, kèm theo sự căng thẳng nội tâm. Trạng thái bứt rứt gặp trong

các rối loạn tâm thần có tăng cảm xúc hoặc lú lẫn như nhiễm độc, sáng, hưng cảm, trầm cảm kích động, rối loạn lo âu, cũng như các bệnh cơ thể như cường giáp.

+ **Tăng hoạt động toàn thể** (generalized overactivity), trong đó bệnh nhân dường như có sự gia tăng năng lượng cơ thể, được phân biệt với kích động do không có sự căng thẳng nội tâm và các cử động có mục đích hơn. Gặp trong hưng cảm, hưng cảm nhẹ, chán ăn loạn thần kinh, và là thành phần của rối loạn thiếu sót chú ý tăng động.

+ **Kích động lú lẫn** (confusional agitation) là một trạng thái bứt rứt và hoạt động không có mục đích, gặp trong các cơn động kinh, nhiễm độc cấp, sáng.

Giảm hoạt động (hypoactivity) là sự chậm chạp vận động gặp trong nhiều bệnh cơ thể như suy giáp, bệnh Addison, một số bệnh nhiễm trùng và sau nhiễm trùng, nhiễm độc, cũng như trong một số rối loạn tâm thần thực thể, tâm thần phân liệt, và các rối loạn trầm cảm. Giảm và mất vận động có thể xảy ra trong tâm thần phân liệt hoặc do tác dụng phụ của các thuốc chống loạn thần.

Các phản ứng chuyển dạng (conversion reactions) là các rối loạn chức năng, do căn nguyên tâm lý liên quan đến các chức năng giác quan hoặc vận động. Các thể vận động hay gặp là yếu hoặc liệt chi, mất đứng-mất đi, thất điều hoặc mất tiếng. Các phản ứng chuyển dạng giác quan gồm mù, điếc, và mất cảm giác.

Các rối loạn kiểm soát xung động

+ **Xung động uống rượu** (dipsomania) là cơn thèm uống một lượng lớn các thức uống có rượu, người bệnh không cưỡng lại được. Gặp chủ yếu trong các giai đoạn hưng cảm và rối loạn nhân cách.

+ **Thèm uống** (potomania) là nhu cầu thường xuyên uống một lượng lớn nước. Gặp trong tâm thần phân liệt mạn tính, rối loạn nhân cách và có thể ở những bệnh nhân đang điều trị bằng các thuốc chống loạn thần, carbamazepine, lithium, hoặc các thuốc khác. Những bệnh nhân này thường có tỉ trọng nước tiểu và nồng độ sodium trong huyết thanh thấp, trường hợp nặng có thể đưa đến ngộ độc nước (water intoxication) với các cơn co giật.

+ **Thèm ăn** (bulimia) là những cơn ăn nhiều kèm theo một cảm giác đói dữ dội. Gặp trong chứng ăn nhiều loạn thần kinh, tâm thần phân liệt, các giai đoạn hưng cảm, chậm phát triển tâm thần, sa sút tâm thần, rối loạn nhân cách.

+ **Xung động ăn cắp** (kleptomania) là sự thất bại tái diễn trong việc chống lại xung động ăn cắp các đồ vật không cần thiết, hoặc cho việc sử dụng của bản thân, hoặc có giá trị về tiền bạc. Các xung động này không kết hợp với các hoang tưởng hoặc ảo giác, không do tức giận hoặc muốn trả thù. Hành động ăn cắp thường giúp làm giảm sự căng thẳng ở người bệnh. Các đồ vật ăn cắp thường ít có giá trị và bệnh nhân có đủ khả năng để mua, sau đó chúng được tích trữ, vứt đi, hoặc trả lại cho chủ nhân. Xung động này hay kết hợp với các rối loạn lo âu và rối loạn ăn uống.

+ **Xung động đốt nhà** (pyromania) liên quan đến các cơn cố ý đốt nhà; được thực hiện không phải để kiếm tiền, che dấu tội phạm, trả thù hoặc vì các động cơ

khác; không do hậu quả của các ảo giác, hoang tưởng, hoặc rối loạn phán đoán (do ngộ độc, sa sút tâm thần, hoặc chậm phát triển tâm thần). Những bệnh nhân này thường quan tâm đến lửa và việc chữa lửa, thích nhìn thấy lửa cháy. Họ có thể lên kế hoạch đốt nhà trước và không hề quan tâm đến hậu quả nguy hiểm do hành động của họ.

+ **Xung động nhổ tóc, lông** (trichotillomania) là hành vi tái diễn nhổ tóc, lông đưa đến sự mất tóc, lông có thể nhận thấy được ở nhiều vùng khác nhau của cơ thể. Các vị trí hay gặp nhất là da đầu, lông mày, và lông mi. Hành vi này thường mang lại sự thích thú hoặc làm giảm căng thẳng cho người bệnh.

+ **Đánh bạc bệnh lý** (pathologic gambling) đặc trưng bởi xung động đánh bạc không phù hợp, dai dẳng và tái diễn ảnh hưởng đến bản thân, gia đình và nghề nghiệp của người bệnh.

V. CÁC RỐI LOẠN TƯ DUY

Tư duy là hình thức cao nhất của quá trình nhận thức có mục đích phản ánh thực tại khách quan một cách gián tiếp và khái quát thông qua các hoạt động phân tích, tổng hợp, so sánh, khái quát hoá và trừu tượng hoá, phán đoán, suy luận và cuối cùng là tìm ra kết luận. Tư duy được biểu hiện dưới hình thức ngôn ngữ (vừa là sản phẩm vừa là sự phản ánh của tư duy), hình ảnh, biểu tượng, cảm giác...

Các rối loạn tư duy có thể được chia thành rối loạn hình thức tư duy (rối loạn ngôn ngữ) và rối loạn nội dung tư duy.

A. Rối loạn hình thức tư duy

▪ Chia theo nhịp độ ngôn ngữ nhanh

Tư duy dồn dập (pressure of thought) Các ý nghĩ đa dạng xuất hiện dồn dập và nhanh chóng trong đầu người bệnh, không sao ngăn cản được; gặp trong hưng cảm, tâm thần phân liệt, các rối loạn nhận thức.

Tư duy phi tán (flight of ideas) Quá trình liên tưởng của người bệnh rất nhanh chóng, các ý nghĩ và lời nói xuất hiện nối tiếp nhau mau lẹ với chủ đề thay đổi rất nhanh theo các tác động bên ngoài. Người bệnh nói thao thao bất tuyệt, việc họ chưa xong đã nói sang việc kia, không có một chủ đề nào nhất định cả đến mức tư duy có khi trở nên không liên quan. Tư duy phi tán là đặc trưng của giai đoạn hưng cảm.

Nói hổ lốn (word salad, verbigeration) Sự pha trộn rời rạc, không thể hiểu được của các tiếng, các từ và cụm từ. Gặp trong tâm thần phân liệt mạn tính và các trạng thái sa sút tâm thần.

▪ Chia theo nhịp độ ngôn ngữ chậm

Tư duy chậm chạp (bradypsychia) Quá trình liên tưởng của người bệnh rất chậm, họ suy nghĩ khó khăn, nội dung đơn điệu, nghèo nàn. Người bệnh nói rất chậm, dừng lại rất lâu sau mỗi câu nói, hỏi mãi mới trả lời. Gặp trong giai đoạn trầm cảm.

Tư duy ngắt quãng (thought blocking) Sự gián đoạn đột ngột của dòng tư duy trước khi một ý tưởng được hoàn tất; sau một lúc dừng, bệnh nhân không nhớ điều gì đã nói hoặc sắp phải nói. Tư duy ngắt quãng là một triệu chứng quan trọng do gợi ý

tâm thần phân liệt, đặc biệt sau khi đã loại trừ các nguyên nhân khác như bị phân tán chú ý đột ngột, mệt mỏi, và lo âu. Sự kết hợp về chẩn đoán với tâm thần phân liệt càng mạnh hơn khi bệnh nhân giải thích trải nghiệm theo một cách khác thường, ví dụ khi bệnh nhân nói rằng tư duy của mình đã bị người khác đánh cắp.

Tư duy lai nhai (circumstantiality) Rối loạn trong quá trình tư duy và ngôn ngữ trong đó người bệnh kể một cách tỉ mỉ các chi tiết thứ yếu và rất khó chuyển sang nội dung chính. Gặp trong động kinh, tâm thần phân liệt, rối loạn ám ảnh cưỡng chế, và một số trường hợp sa sút tâm thần.

Tư duy kiên định (perseveration) Sự lặp đi lặp lại có tính chất bệnh lý cùng một đáp ứng với các kích thích khác nhau như cứ lặp lại cùng một câu trả lời với các câu hỏi khác nhau, hoặc lặp đi lặp lại một cách dai dẳng các từ hoặc khái niệm đặc trưng trong lúc nói. Gặp trong các rối loạn nhận thức, tâm thần phân liệt, và các bệnh tâm thần khác.

- **Chia theo hình thức phát ngôn**

Nói một mình (monologue) Người bệnh nói lẩm thảm một mình, nội dung không liên quan đến hoàn cảnh xung quanh. Gặp trong tâm thần phân liệt.

Nói tay đôi (dialogue) Người bệnh nói chuyện với một nhân vật tưởng tượng hoặc đang tranh luận với ảo thanh. Gặp trong tâm thần phân liệt.

Trả lời bên cạnh (réponse à côté, irrelevant answer) Hỏi một đằng, người bệnh trả lời một nẻo, làm ra vẻ không biết hoặc không quan tâm đến câu hỏi. Gặp trong tâm thần phân liệt.

Không nói (mutism) Mất khả năng nói nhưng không có các bất thường về cấu trúc của não và các cơ quan phát âm. Gặp trong các bệnh loạn thần do sự chi phối của các ảo giác hoặc hoang tưởng, trong các trạng thái căng trương lực, rối loạn phân ly, trầm cảm, sáng hoặc sa sút tâm thần.

Nói lặp lại (palilalia) Người bệnh luôn lặp đi lặp lại những từ của chính họ, gặp trong các tic phát âm phức tạp.

Nhại lời (echolalia) Người bệnh lặp lại những từ hoặc cụm từ nghe được từ người khác, có khuynh hướng lặp đi lặp lại và dai dẳng. Gặp trong một số thể của tâm thần phân liệt, đặc biệt là thể căng trương lực và các tic phát âm phức tạp.

Cơ xung động lời nói (verbal impulsion) Người bệnh lảm li suốt ngày nhưng thỉnh thoảng lại có những cơn xung động nói một hồi lâu những câu vô nghĩa, tục tằn. Gặp trong tâm thần phân liệt.

- **Chia theo kết cấu ngôn ngữ**

Ngôn ngữ không liên quan (incoherence) Tư duy hoặc ngôn ngữ mà người khác không thể hiểu được do các từ hoặc cụm từ được kết nối với nhau không có liên quan về ý nghĩa, ngữ pháp hoặc logic. Rối loạn này xảy ra trong các mệnh đề, khác với nói lạc đề ở đó rối loạn là giữa các mệnh đề. Thuật ngữ này không dùng khi rối loạn ngôn ngữ là do mất ngôn ngữ (aphasia).

Nói lạc đề (derailment, loosening of associations) Một kiểu ngôn ngữ trong đó người bệnh chuyển từ một chủ đề này sang một chủ đề khác hoàn toàn không có liên quan hoặc chỉ có liên quan một cách gián tiếp về ý nghĩa. Ngôn ngữ của người bệnh lộn xộn, không logic và cũng không sáng tỏ hơn khi được hỏi thêm. Hay gặp nhất trong tâm thần phân liệt. Cần lưu ý là một sự chuyển đổi thỉnh thoảng sang một chủ đề khác không báo trước hoặc không có liên quan rõ rệt thì không phải là nói lạc đề.

Sáng tạo ngôn ngữ (neologism) Các từ hoặc cụm từ, do người bệnh đặt ra, thường để mô tả một trải nghiệm bệnh lý. Sáng tạo ngôn ngữ cần được phân biệt với phát âm không đúng, sử dụng từ sai ở những người học vấn thấp, từ địa phương... Trước khi xác định một từ là sáng tạo ngôn ngữ, thầy thuốc cần hỏi bệnh nhân muốn nói gì qua từ này. Sáng tạo ngôn ngữ hay gặp nhất trong tâm thần phân liệt mạn tính.

Chơi chữ (punning, clanging) Sự kết hợp các từ có âm tương tự nhưng khác nghĩa; các từ không có liên quan về logic nhưng theo nhịp điệu, theo vần. Ví dụ: trời xanh, ăn canh, uống nước chanh. Hay gặp nhất trong tâm thần phân liệt hoặc hưng cảm.

▪ **Chia theo ý nghĩa, mục đích ngôn ngữ**

Suy luận bệnh lý (morbid reasoning) là suy luận tách rời khỏi thực tế, có tính chất bí hiểm, triết học, hoặc siêu hình. Gặp trong tâm thần phân liệt.

Tư duy thần bí (magical thinking) là kiểu tư duy trái thực tế, trong đó mọi ý nghĩ, lời nói được cho là có khả năng thực sự để gây ra hoặc ngăn ngừa các sự kiện. Tư duy thần bí là kiểu tư duy đặc trưng ở trẻ em nhỏ từ 2 – 7 tuổi, cũng gặp trong tâm thần phân liệt.

Tư duy hai chiều (ambivalent thinking) Người bệnh cùng lúc có những suy nghĩ, lời nói hoàn toàn trái ngược nhau. Gặp trong tâm thần phân liệt.

Tư duy tự kỷ (autistic thinking) Người bệnh rút lui vào thế giới tự kỷ, tách rời khỏi thực tế, hay nói đến những vấn đề của thế giới bên trong kỳ lạ của mình. Gặp trong tâm thần phân liệt.

Tư duy tượng trưng (symbolic thinking) Đối với các sự vật, hiện tượng bên ngoài, người bệnh thường gán cho một ý nghĩa tượng trưng. Ví dụ, người bệnh cho số 3 tượng trưng cho điều tốt còn số 8 tượng trưng cho điều xấu.

B. Rối loạn nội dung tư duy

Bao gồm các ám ảnh và các tin tưởng bất thường. Khi lượng giá tính chất bất thường của các tin tưởng cần xét đến nền văn hóa của người bệnh vì một số tin tưởng được xem là bất thường trong nền văn hóa này lại có thể được chấp nhận hoàn toàn trong một nền văn hóa khác. Về mức độ, các tin tưởng bất thường có thể đi từ các định kiến cho đến các hoang tưởng. Trong hầu hết các trường hợp, hoang tưởng thường không có tính đặc hiệu về chẩn đoán do có thể gặp trong nhiều bệnh lý khác nhau như tâm thần phân liệt, rối loạn hoang tưởng, rối loạn khí sắc, sa sút tâm thần, các rối loạn liên quan đến chất...

1. Định kiến (overvalued ideas) là các tin tưởng dai dẳng bất thường và vô lý vượt quá giới hạn của mọi lý lẽ. Bệnh nhân có định kiến thường ít hoặc không nhận thức được rằng các ý nghĩ của họ là không đúng; tuy nhiên, các ý nghĩ này không khó tin một cách rõ rệt như hầu hết các hoang tưởng. Các định kiến liên quan đến hình dáng và cân nặng là đặc điểm chính trong chán ăn loạn thần kinh. Ghen tuông bệnh lý và sự bận tâm về sự không chung thủy của chồng hoặc vợ mình có thể tạo thành một định kiến nếu không có bằng chứng thực sự nào biện minh cho sự nghi ngờ này.

2. Hoang tưởng (delusions)

Định nghĩa: Hoang tưởng là những ý tưởng sai lầm, không phù hợp với thực tế khách quan nhưng người bệnh tin chắc là hoàn toàn chính xác, không thể giải thích, phê phán được cho dù có những bằng chứng trái ngược rõ rệt từ thực tế.

Hoang tưởng có các tính chất cơ bản sau:

- + Sự tin tưởng vững chắc của người bệnh vào các ý tưởng sai lầm mặc dù các ý tưởng đó không có cơ sở thực tế hoặc mâu thuẫn rõ rệt với thực tế.
- + Có tính cá nhân, nghĩa là không được chia sẻ bởi những người cùng lứa tuổi, giới tính, giáo dục và văn hóa.
- + Người bệnh không nhận thức được tính chất phi lý của chúng.
- + Ảnh hưởng đến cảm xúc và hành vi của người bệnh, có thể đưa đến các hành vi nguy hiểm cho người bệnh và những người xung quanh.

Nội dung hoang tưởng chịu ảnh hưởng rất nhiều bởi các nền văn hóa cũng như thời đại lẫn bối cảnh xã hội mà người bệnh đang sống. Mặc dù các hoang tưởng không có tính đặc hiệu về chẩn đoán, một số loại hoang tưởng thường gặp trong một rối loạn này hơn là trong một rối loạn khác. Ví dụ, mặc dù các hoang tưởng bị chi phối và tri giác hoang tưởng hay gặp trong tâm thần phân liệt, chúng cũng xảy ra, tuy ít hơn, trong các rối loạn khí sắc có triệu chứng loạn thần. Tương tự, hoang tưởng phù hợp với khí sắc có chủ đề tự cao gặp trong hưng cảm hoặc hoang tưởng tự buộc tội đặc trưng của trầm cảm cũng có thể gặp trong tâm thần phân liệt.

Phân loại hoang tưởng

Hoang tưởng nguyên phát là hoang tưởng xuất hiện đột ngột, người bệnh tin chắc là đúng và không có sự kiện tâm lý nào đưa đến. Ví dụ, một bệnh nhân đột nhiên tin chắc rằng mình đang thay đổi giới tính, điều mà bệnh nhân chưa từng nghĩ đến trước đây và không có sự kiện nào có thể gây ra ý tưởng đó. Trong thực hành thường khó xác định một hoang tưởng có phải là nguyên phát không do bệnh nhân khó nhớ lại trình tự chính xác trong các trải nghiệm bất thường của mình. Các hoang tưởng nguyên phát được cho là có giá trị trong chẩn đoán tâm thần phân liệt và chỉ nên được ghi nhận khi chúng hiện diện một cách chắc chắn.

Hoang tưởng thứ phát là hoang tưởng phát sinh từ một trải nghiệm bệnh lý có trước. Trải nghiệm này có thể là các ảo giác (ví dụ, một bệnh nhân nghe những tiếng nói có thể nghĩ là mình đang bị theo dõi), một thay đổi khí sắc (ví dụ, một bệnh nhân trầm cảm nặng nghĩ rằng người khác coi mình vô dụng), một hoang tưởng khác (ví dụ, một bệnh nhân có hoang tưởng phát minh nghĩ rằng kẻ khác đang tìm cách ám hại

mình để cướp lấy phát minh). Một số hoang tưởng thứ phát dường như có chức năng bổ sung, làm cho các trải nghiệm đầu tiên trở nên có thể hiểu được đối với người bệnh, như trong ví dụ thứ nhất. Các hoang tưởng thứ phát khác có tác dụng ngược lại, làm tăng thêm sự đau khổ cho người bệnh. Bằng cách này, một số bệnh nhân phát triển một loạt các hoang tưởng thứ phát có liên quan với nhau cho đến khi tạo thành một hệ thống hoang tưởng phức tạp. Khi điều này xảy ra, các hoang tưởng được gọi là hệ thống hóa.

Hoang tưởng chia sẻ (shared delusions) Thông thường, những người xung quanh nhận biết hoang tưởng là sai và tranh luận với bệnh nhân nhằm làm cho bệnh nhân từ bỏ các ý tưởng sai lầm của họ. Tuy nhiên, đôi khi một người sống chung với bệnh nhân có hoang tưởng lại chia sẻ hoang tưởng với người này. Trạng thái này được gọi là hoang tưởng chia sẻ hoặc điên tay đôi (folie à deux). Mặc dù sự tin chắc vào hoang tưởng của người thứ hai cũng mạnh như người đầu khi cả hai còn sống chung, nó thường giảm đi khi họ tách rời nhau.

Khí sắc hoang tưởng (delusional mood) Khi trải nghiệm một hoang tưởng, bệnh nhân sẽ có đáp ứng về cảm xúc. Ví dụ, khi nghĩ rằng có nhiều người đang tìm cách ám hại mình thì bệnh nhân thường lo sợ. Nhưng có khi rối loạn cảm xúc lại xuất hiện trước hoang tưởng. Chẳng hạn ban đầu bệnh nhân cảm thấy lo sợ nhưng không biết tại sao, tìm cách giải thích, và rồi tin chắc rằng có người đang tìm cách hại mình. Khi hoang tưởng theo sau, nó dường như để giải thích cảm xúc của người bệnh. Hiện tượng này được gọi là khí sắc hoang tưởng.

Tri giác hoang tưởng (delusional perception) Thuật ngữ này được dùng khi hoang tưởng đột ngột xuất hiện do người bệnh vô cớ gán một ý nghĩa khác thường vào một sự vật mà họ tri giác được. Ví dụ, vị trí của một bức thư để lại trên bàn làm việc có thể được bệnh nhân giải thích đây là dấu hiệu mình sắp bị chết. Trải nghiệm này được gọi là tri giác hoang tưởng.

Trí nhớ hoang tưởng (delusional memory) Trong triệu chứng này, một ý nghĩa mới đã được gán cho các sự kiện trong quá khứ. Ví dụ, một bệnh nhân nghĩ rằng đang có một âm mưu đầu độc mình, và khi nhớ lại là mình đã bị ói sau một bữa ăn cách đây khá lâu trước khi hoang tưởng hiện nay bắt đầu, và bệnh nhân kết luận rằng mình đã bị đầu độc trong lần đó. Trải nghiệm này cần được phân biệt với hoang tưởng đã xuất hiện từ trước. Thuật ngữ trí nhớ hoang tưởng không xác đáng vì không phải trí nhớ bị rối loạn mà chính là do ý nghĩa hoang tưởng được gán vào các sự kiện quá khứ.

Hoang tưởng kỳ quái (bizarre delusions) Các hoang tưởng được coi là kỳ quái nếu chúng vô lý một cách rõ rệt, không thể hiểu được và không xuất phát từ các trải nghiệm cuộc sống thường ngày. Ví dụ, một bệnh nhân tin rằng một người lạ đã lấy đi hết các nội tạng của mình và thay thế chúng bằng các nội tạng của một người khác mà không để lại một vết thương hoặc một vết sẹo nào; một bệnh nhân khác tin rằng một kẻ xâm nhập từ vũ trụ đã cắm các điện cực vào não để theo dõi các ý nghĩ của mình. Các hoang tưởng thuộc các triệu chứng hàng đầu của Schneider trong chẩn đoán tâm thần phân liệt như tư duy bị đánh cắp, tư duy bị áp đặt, tư duy bị bộc lộ, tư

duy bị phát thanh... đều được xem là kỳ quái. Mặc dù các hoang tưởng kỳ quái được coi là đặc trưng của bệnh tâm thần phân liệt, “tính chất kỳ quái” có thể khó đánh giá do cần phải xét đến các khác biệt về văn hóa.

Hoang tưởng không kỳ quái (nonbizarre delusions) là hoang tưởng liên quan đến các tình huống có thể xảy ra trong đời sống thực như bị theo dõi, bị đầu độc, được yêu, hoặc bị phản bội bởi vợ hoặc chồng mình... Hoang tưởng không kỳ quái là biểu hiện chủ yếu của rối loạn hoang tưởng, và việc xác định các hoang tưởng có kỳ quái hay không là đặc biệt quan trọng trong chẩn đoán phân biệt giữa rối loạn hoang tưởng và tâm thần phân liệt.

Hoang tưởng phù hợp với khí sắc (mood-congruent delusion) là hoang tưởng có nội dung phù hợp với khí sắc, ví dụ một bệnh nhân trầm cảm tin rằng mình phải chịu trách nhiệm về sự hủy diệt của thế giới.

Hoang tưởng không phù hợp với khí sắc (mood-incongruent delusion) là hoang tưởng có nội dung trung tính hoặc không phù hợp với khí sắc, ví dụ một bệnh nhân trầm cảm có các hoang tưởng về tư duy bị áp đặt hoặc tư duy bị phát thanh.

Các chủ đề của hoang tưởng

Hoang tưởng bị hại (persecutory delusions) Người bệnh khẳng định có nhiều người hoặc tổ chức nào đó đang tìm cách mưu hại, đầu độc, quấy rối, lường gạt, hoặc vu khống, làm mất thanh danh của họ. Hoang tưởng bị hại hay gặp nhưng ít có giá trị chẩn đoán vì có thể gặp trong nhiều bệnh loạn thần như tâm thần phân liệt, rối loạn hoang tưởng, loạn thần thực thể, rối loạn khí sắc... Bệnh nhân có hoang tưởng bị hại thường có thái độ giận dữ, thù hận và có thể dùng bạo lực chống lại những người họ tin là đang làm hại họ.

Hoang tưởng liên hệ (delusions of reference) Người bệnh cho rằng mọi đồ vật, sự kiện hoặc hành vi của những người xung quanh đều có một ý nghĩa đặc biệt với mình. Ví dụ, khi thấy hai người nói chuyện với nhau thì bệnh nhân cho rằng họ đang bàn tán về mình. Một bài báo hoặc một nhận xét trên truyền hình cũng được bệnh nhân cho là ám chỉ mình hoặc truyền đạt một thông điệp đến cho mình.

Hoang tưởng bị chi phối (delusions of control) Người bệnh cho rằng có một sức mạnh nào đó từ bên ngoài chi phối toàn bộ tư duy, cảm xúc và hành vi của mình. Hoang tưởng bị chi phối cần được phân biệt với sự tuân theo một cách tự nguyện các ảo thanh mệnh lệnh và các niềm tin tôn giáo cho rằng thượng đế chi phối các hành vi của con người. Ngược lại, bệnh nhân có hoang tưởng bị chi phối khẳng định rằng các hành vi của mình là do một tác nhân bên ngoài (không phải do thượng đế) và không do ý muốn của chính mình. Hoang tưởng bị chi phối gợi ý mạnh mẽ bệnh tâm thần phân liệt. Hoang tưởng bị chi phối có thể kèm theo các biểu hiện sau:

+ **Tư duy bị đánh cắp** (delusions of thought withdrawal) là hoang tưởng trong đó người bệnh cho rằng các ý nghĩ bị rút mất khỏi đầu óc mình bởi những người hoặc những sức mạnh từ bên ngoài. Thường đi kèm với tư duy ngắt quãng.

+ **Tư duy bị áp đặt** (delusions of thought insertion) là hoang tưởng trong đó người bệnh cho rằng một số ý nghĩ không phải của chính mình mà bị áp đặt bởi những người hoặc sức mạnh từ bên ngoài.

+ **Tư duy bị phát thanh** (delusions of thought broadcasting) là hoang tưởng trong đó người bệnh cho rằng các ý nghĩ chưa nói ra của mình bị người khác biết được qua radio, thần giao cách cảm hoặc bằng một cách nào đó. Một số bệnh nhân cũng tin rằng các ý nghĩ của họ cũng bị người khác nghe được, kèm theo trải nghiệm bệnh nhân cũng nghe được các ý nghĩ của mình.

Hoang tưởng ghen tuông (delusions of jealousy) Người bệnh khẳng định vợ hoặc chồng mình có qua hệ bất chính với người khác mặc dù không có cơ sở hoặc bằng chứng rõ rệt. Hoang tưởng ghen tuông hay gặp ở phái nam hơn phái nữ, có thể đưa đến hành vi gây hấn nguy hiểm đối với người mà bệnh nhân cho là đã phản bội mình. Cần đặc biệt chú ý khi bệnh nhân hành động theo sự chi phối của hoang tưởng như tra vấn, bí mật theo dõi vợ hoặc chồng mình, khám xét quần áo, tìm kiếm thư từ hoặc các bằng chứng khác của sự ngoại tình. Một bệnh nhân có hoang tưởng ghen tuông không bao giờ thỏa mãn nếu không tìm ra bằng chứng hỗ trợ cho hoang tưởng của mình nên sẽ tiếp tục tìm kiếm các bằng chứng này.

Hoang tưởng tự buộc tội (delusions of self-accusation) Người bệnh cho mình đã phạm sai lầm lớn, có nhiều tội lỗi, đáng bị trừng phạt. Hoang tưởng tự buộc tội thường đưa đến các ý nghĩ và hành vi tự sát, gặp trong trầm cảm nặng.

Hoang tưởng nghi bệnh (hypochondriacal delusions) Người bệnh tin rằng mình đang bị một căn bệnh mặc dù các bằng chứng y khoa đều ngược lại. Các hoang tưởng này hay gặp ở người cao tuổi, phản ánh sự quan tâm nhiều về sức khỏe ở lứa tuổi này. Hoang tưởng nghi bệnh thường liên quan đến bệnh ung thư hoặc bệnh da liễu, hoặc hình dạng của các phần cơ thể, đặc biệt là mũi. Những bệnh nhân có các hoang tưởng thuộc loại sau cùng này đôi khi đòi được phẫu thuật tạo hình. Hoang tưởng nghi bệnh gặp trong các rối loạn trầm cảm và tâm thần phân liệt.

Hoang tưởng hư vô (nihilistic deusions) Người bệnh tin rằng một người hoặc một vật nào đó đã ngừng hoặc sắp ngừng tồn tại, sự nghiệp của mình tiêu tan và thế giới sắp bị hủy diệt. Hoang tưởng hư vô đặc biệt hay kết hợp với các trạng thái trầm cảm cực nặng. Đôi khi, hoang tưởng hư vô liên quan đến các chức năng của cơ thể như tim phổi ngừng hoạt động, ruột gan thối rữa... Khi hoang tưởng này xảy ra trong một rối loạn trầm cảm nặng thì được gọi là hội chứng Cotard.

Hoang tưởng tự cao (delusion of grandeur) Người bệnh tự cho mình là một nhân vật quan trọng, giàu sang, có nhiều quyền lực và tài năng đặc biệt. Gặp chủ yếu trong các giai đoạn hưng cảm và đôi khi trong tâm thần phân liệt.

Hoang tưởng được yêu (erotomania) Hiếm gặp, xảy ra ở nữ nhiều hơn nam. Người bệnh cho rằng có một người đang yêu mình tha thiết, người này thường là một nhân vật nổi tiếng hoặc cấp trên nơi họ đang làm việc. Gặp trong rối loạn hoang tưởng, tâm thần phân liệt.

Hoang tưởng nhận nhầm (delusional misinterpretation) Gồm hoang tưởng Capgras và hoang tưởng Fregoli. Hoang tưởng Capgras hiếm gặp, ở nữ nhiều hơn nam, trong đó bệnh nhân cho rằng người thân của mình đã bị thay thế bởi một kẻ giả dạng giống hệt để lường gạt mình nên có thể tấn công người thân này. Trong hoang tưởng Fregoli, người bệnh cho rằng những người khác nhau mà họ gặp thật ra chỉ là một người duy nhất, thường là kẻ bệnh nhân tin là muốn ám hại mình, đã cải trang thành. Các hoang tưởng này có thể gặp trong tâm thần phân liệt và các bệnh thực thể não.

3. Ám ảnh và cưỡng chế (obsessions and compulsions)

a. Ám ảnh là các ý nghĩ, xung động, hoặc hình ảnh không được mong muốn, xuất hiện dai dẳng trên người bệnh với tính chất cưỡng bách, người bệnh nhận biết đó là sai, tìm cách chống lại nhưng không sao thắng được. Ám ảnh khác với tư duy bị áp đặt do người bệnh nhận biết các ý nghĩ gây khó chịu này là của chính họ chứ không phải do sự chi phối từ bên ngoài. Sự chống lại các ám ảnh cũng là một đặc điểm quan trọng vì giúp phân biệt chúng với các hoang tưởng. Tuy nhiên, khi các ám ảnh đã hiện diện một thời gian dài, sự chống lại này sẽ giảm đi nhưng sự thay đổi này ít gây khó khăn về chẩn đoán vì, vào lúc nó xảy ra, tính chất của triệu chứng và chẩn đoán thường đã được xác định.

+ Hình thức của ám ảnh

Ý nghĩ ám ảnh (obsessional thoughts) là các từ hoặc cụm từ xuất hiện lặp đi lặp lại trong đầu, gây khó chịu cho người bệnh, ví dụ như các cụm từ tục tĩu hoặc báng bổ ở một người sùng đạo hoặc các ý nghĩ về một sự cố đau khổ như các bàn tay của mình đã bị lây nhiễm vi trùng sẽ làm lây bệnh cho người khác.

Nghiên ngẫm ám ảnh (obsessional ruminations) là sự xuất hiện liên tiếp các ý nghĩ làm cho người bệnh rất khó chịu như tại sao trái đất lại tròn, điều gì sẽ xảy ra nếu trái đất hình vuông...

Nghi ngờ ám ảnh (obsessional doubts) là sự không chắc chắn về việc đã thực hiện hay chưa một hành động trước đó, ví dụ người bệnh phân vân không biết mình đã bếp ga trước khi ra khỏi nhà nên cứ sợ bị cháy nhà. Loại ám ảnh này luôn đưa đến sự kiểm tra, tuy nhiên điều này cũng không làm người bệnh yên tâm và buộc họ phải kiểm tra một cách liên tục.

Xung động ám ảnh (obsessional impulses) là sự thôi thúc thực hiện các hành vi, thường có tính chất gây hấn, nguy hiểm hoặc gây lúng túng; ví dụ, cầm dao đâm người thân, nhảy vào xe lửa, thốt ra những lời tục tĩu ở nơi trang nghiêm. Dù là thôi thúc nào, người bệnh nhận thức được điều này là vô lý và không muốn thực hiện các hành vi này. Đây là điểm quan trọng giúp phân biệt với hoang tưởng, được người bệnh cho là hợp lý và có thể đưa đến hành động như gây hấn chống lại kẻ cho là ám hại mình.

Ám ảnh sợ (phobia) là sự sợ hãi dai dẳng, vô lý và quá mức một sự vật hoặc tình huống chuyên biệt; bệnh nhân biết là không đúng nhưng không xua đuổi được và đưa đến sự tránh né có tính chất bó buộc các kích thích gây sợ. Các ám ảnh sợ hay

gặp là ám ảnh sợ khoảng rộng (agoraphobia), ám ảnh sợ chỗ cao (acrophobia), ám ảnh sợ chỗ đóng kín (claustrophobia), ám ảnh sợ vật nhọn (aichmophobia), ám ảnh sợ xã hội (social phobia), ám ảnh sợ đỏ mặt (erythrophobia), ám ảnh sợ người lạ (xenophobia), ám ảnh sợ đám đông (ochlophobia), ám ảnh sợ súc vật (zoophobia), ám ảnh sợ côn trùng (insect phobia), ám ảnh sợ máu-vết thương (blood-injury phobia), ám ảnh sợ tiêm chích (needle phobia), ám ảnh sợ sấm chớp (astraphobia), ám ảnh sợ đêm tối (nyctophobia), ám ảnh sợ đại dương (thalassophobia), ám ảnh sợ ở một mình (eremophobia), ám ảnh sợ tất cả (panphobia)..

+ **Nội dung của ám ảnh**

Mặc dù nội dung hoặc các chủ đề của ám ảnh rất đa dạng nhưng có thể xếp vào một trong 6 loại sau:

Chất bẩn và sự nhiễm bệnh Thường kết hợp với ý nghĩ là các bàn tay bị dính chất bẩn hoặc vi trùng, vi rút và làm nhiễm bệnh cho những người khác.

Gây hấn Liên quan đến ý muốn tấn công, quất tháo người khác hoặc có những nhận xét tục tĩu trước mặt mọi người.

Sự ngăn nắp Liên quan đến đồ đạc, quần áo phải được sắp xếp theo một thứ tự nhất định hoặc công việc phải được tổ chức theo một trình tự riêng.

Bệnh tật Liên quan đến việc sợ bị mắc một bệnh nào đó như bệnh ung thư hoặc các bệnh lây qua đường tình dục.

Tình dục Liên quan đến những ý nghĩ hoặc hình ảnh tình dục mà bệnh nhân cảm thấy xấu hổ hoặc ghê tởm.

Tôn giáo Liên quan đến những ý nghĩ báng bổ, niềm tin hoặc các nghi thức tôn giáo.

b. Cường chế (compulsions) là các hành vi lặp đi lặp lại và dường như có mục đích, được thực hiện theo một cách định hình nên còn được gọi là các nghi thức cường chế. Người bệnh cảm thấy bị bắt buộc phải thực hiện các hành vi này mặc dù có sự thôi thúc muốn chống lại. Cũng giống như các ám ảnh, các cường chế cũng được người bệnh nhận biết là sai và không phù hợp nhưng không chống lại được. Hầu hết các cường chế đều kết hợp với ám ảnh. Trong một số trường hợp sự kết hợp này dường như có thể hiểu được như một cường chế rửa tay kết hợp với ý nghĩ ám ảnh là các bàn tay bị nhiễm bẩn. Trong những trường hợp khác không có sự liên quan rõ rệt giữa các hành vi và ý nghĩ, như khi kiểm tra vị trí của các đồ vật kết hợp với các ý nghĩ gây hấn. Hầu hết các cường chế giúp làm giảm ngay sự khó chịu đi kèm với các ý nghĩ ám ảnh nhưng về lâu dài chúng sẽ kéo dài các cường chế. Các cường chế có thể kèm theo các ý tưởng nghi ngờ rằng hành vi chưa được thực hiện đúng, dẫn đến sự lặp đi lặp lại hành vi thêm nhiều lần nữa. Trong trường hợp này, hành vi cường chế có thể kéo dài nhiều giờ. Hành vi cường chế có thể có nhiều loại nhưng có 4 loại đặc biệt hay gặp:

+ **Nghi thức kiểm tra** thường liên quan đến sự an toàn, ví dụ, kiểm tra đi kiểm tra lại xem bếp ga đã được tắt chưa.

+ **Nghi thức làm sạch** thường biểu hiện dưới hình thức rửa tay lặp đi lặp lại nhưng cũng có thể liên quan đến việc vệ sinh nhà cửa.

+ **Nghi thức tính toán** thường liên quan đến sự tính toán theo một cách đặc biệt nào đó và được thực hiện theo lối tính nhẩm làm cho người khác không nhận biết được nghi thức này.

+ **Nghi thức ăn mặc** liên quan đến cách sắp xếp quần áo hoặc mặc đồ theo một cách thức đặc biệt. Nghi thức này thường kèm theo sự nghi ngờ đưa đến sự lặp đi lặp lại không ngừng. Trong những trường hợp nặng, bệnh nhân có thể mất một giờ hay hơn để mặc quần áo mỗi buổi sáng.

c. Chậm chạp ám ảnh (obsessional slowness) Nhiều bệnh nhân ám ảnh thực hiện các hành động một cách chậm chạp vì các nghi thức cưỡng chế hoặc các nghi ngờ làm mất thời gian và khiến họ không thể tập trung vào mục đích chính. Tuy nhiên, đôi khi sự chậm chạp dường như không phải là biểu hiện thứ phát của các vấn đề này nhưng là một nét nguyên phát có nguồn gốc chưa rõ.

VI. CÁC RỐI LOẠN CẢM GIÁC VÀ TRI GIÁC

Cảm giác (sensation) là quá trình tâm lý nhằm phản ánh những thuộc tính riêng lẻ của các sự vật, hiện tượng tác động trực tiếp vào các cơ quan cảm giác của ta. Cảm giác còn phản ánh những trạng thái bên trong cơ thể như nóng ruột, cồn cào khó thở... Tuy là một quá trình tâm lý đơn giản nhất nhưng cảm giác có vai trò rất quan trọng vì nếu không có nó ta không nhận thức được thế giới bên ngoài.

Tri giác (perception) là quá trình nhận thức cao hơn cảm giác. Nếu cảm giác chỉ phản ánh những thuộc tính riêng lẻ thì tri giác phản ánh sự vật, hiện tượng một cách toàn vẹn do trong quá trình tri giác ta thường sử dụng nhiều giác quan cùng một lúc. Tri giác là cơ sở để hình thành các biểu tượng, thành phần cần thiết cho các quá trình tâm lý phức tạp khác như trí nhớ và tư duy.

Các rối loạn cảm giác và tri giác gồm:

1. Tăng cảm giác (hyperesthesia) là tăng tính thụ cảm với các kích thích bên ngoài. Ví dụ, ánh sáng thông thường cũng làm người bệnh chóa mắt, màu sắc trở nên rực rỡ, các mùi trở nên nồng nặc, tiếng ồn ào trở nên không thể chịu nổi... Gặp trong các trạng thái hưng cảm, lo âu, cai các thuốc nhóm benzodiazepine, ngộ độc các chất gây ảo giác, đôi khi trong cơn thoáng của bệnh động kinh.

2. Giảm cảm giác (hypoesthesia) là giảm tính thụ cảm với các kích thích bên ngoài, người bệnh tiếp thu mọi sự vật một cách lơ mơ, không rõ rệt, xa xăm. Ví dụ, mọi tiếng động nghe như ở xa xôi, tiếng nói xung quanh không nhận ra của ai, thức ăn cảm thấy nhạt nhẽo... Gặp trong trạng thái trầm cảm.

3. Ảo tưởng (illusions) là tri giác sai lầm về các sự vật có thật trong thực tế khách quan, ví dụ, nhìn dây thừng tưởng con rắn. Ảo tưởng có thể xảy ra trong các trường hợp sau:

+ Khi mức độ kích thích giác quan bị giảm. Ví dụ, vào lúc trời sẩm tối, nhìn bụi cây tưởng người ngồi.

+ Khi không tập trung chú ý vào giác quan có liên quan. Ví dụ một người đang chăm chú đọc sách nghe tiếng gió xào xạc tưởng có tiếng người nói.

+ Khi mức độ ý thức bị giảm như trong say.

+ Khi đang trong trạng thái cảm xúc mạnh như sợ hãi.

Các ảo tưởng cũng có thể gặp ở những người khỏe mạnh, đặc biệt khi có sự kết hợp của các tình huống trên, ví dụ khi một người trong trạng thái sợ hãi và đang ở một nơi lờ mờ tối.

4. Ảo giác (hallucinations) là tri giác như có thật về một sự vật, hiện tượng không hề có trong thực tế khách quan. Ảo giác xuất hiện và mất đi không phụ thuộc vào ý muốn của người bệnh, có thể kèm theo rối loạn ý thức như say hoặc rối loạn tư duy như hoang tưởng.

Người bệnh có ảo giác luôn tin chắc những gì mình tri giác được là có thật trong thực tế và hoàn toàn không có khả năng phê phán. Ngay cả khi biết rằng những người xung quanh không chia sẻ những gì mà họ tri giác được thì điều này cũng không làm lay chuyển sự tin chắc của người bệnh.

Mặc dù ảo giác thường được xem là một biểu hiện của rối loạn tâm thần nhưng đôi khi cũng gặp ở người bình thường, xảy ra khi mới vào ngủ hoặc khi mới thức giấc (ảo giác lúc giờ thức, giờ ngủ). Loại ảo giác này chủ yếu là ảo thị và cũng hay gặp trong bệnh ngủ rũ. Một số người có người thân vừa mới qua đời có thể thấy hoặc nghe tiếng nói của người đã chết. Ảo giác cũng có thể xảy ra ở người bị thiếu sót giác quan như bị mù hoặc điếc do nguyên nhân ngoại biên, trong động kinh thùy thái dương...

Có nhiều cách phân loại ảo giác:

+ **Ảo giác thô sơ và ảo giác phức tạp**

Ảo giác thô sơ (elementary hallucination) là ảo giác chưa hình thành, không có hình thái và kết cấu rõ rệt như nghe tiếng còi, tiếng gõ cửa, thấy một ánh hào quang...

Ảo giác phức tạp (complex hallucination) là ảo giác có hình tượng rõ ràng và sinh động, có vị trí nhất định trong không gian như thấy một đàn thú dữ đang lao đến tấn công mình, nghe tiếng nói bảo mình ra vườn tìm nơi ẩn nấp...

+ **Ảo giác thật và ảo giác giả**

Ảo giác thật hoặc ảo giác tâm lý giác quan (hallucinations psychosensorielles) là ảo giác có nguồn gốc từ bên ngoài, người bệnh tiếp nhận ảo giác như một sự vật có thật trong thực tế, không phân biệt được ảo giác với sự vật thật.

Ảo giác giả hoặc ảo giác tâm lý (hallucinations psychiques) là ảo giác có nguồn gốc từ bên trong cơ thể của người bệnh như nghe tiếng nói phát ra từ trong đầu, trong ngực hoặc trong bụng. Người bệnh tiếp nhận được ảo giác không phải bằng các giác quan mà là trong ý nghĩ. Ảo giác giả kết hợp với hoang tưởng bị chi phối để hình thành hội chứng tâm thần tự động Kandinski-Clérambault, gặp trong tâm thần phân liệt và một số bệnh loạn thần khác.

+ **Ảo giác chia theo giác quan**

Ảo thanh (auditory hallucinations) gồm ảo thanh thô sơ và ảo thanh phức tạp. Nội dung của ảo thanh có thể là chế nhạo, cảnh cáo, đe dọa, phê bình, chửi rủa... Có loại ảo thanh bình phẩm khen, chê bệnh nhân và ảo thanh mệnh lệnh bảo bệnh nhân lao vào ô tô, nhảy xuống sông, tấn công người xung quanh...Tiếng nói có thể là của một hoặc nhiều người, trẻ em hoặc người già, xa lạ hoặc quen thuộc. Tiếng nói có thể là nói với bệnh nhân hoặc ra lệnh cho bệnh nhân (ảo giác ngói thứ hai) hoặc có nhiều tiếng nói bình phẩm hoặc bàn tán về bệnh nhân (ảo giác ngói thứ ba). Ảo thanh có thể xảy ra liên tục hoặc từng thời gian, ảnh hưởng đến cảm xúc làm cho người bệnh vui vẻ, phấn khởi hoặc lo lắng, buồn rầu, giận dữ. Ngoài ra, tùy theo nội dung của ảo thanh mà người bệnh có thể có các hành vi như bịt tai, lắng nghe, trả lời với ảo thanh, chạy trốn, tự sát hoặc tấn công người khác. Ảo thanh gặp trong tâm thần phân liệt và các bệnh loạn thần khác, trong các rối loạn khí sắc, các bệnh tâm thần thực thể, các rối loạn liên quan đến chất...

Ảo thị (visual hallucinations) Cũng hay gặp nhưng ít hơn ảo thanh và đôi khi kết hợp với ảo thanh. Nội dung của ảo thị rất đa dạng như thấy một ánh lửa, một khuôn mặt, một bầy sâu bọ, một đàn thú dữ...hoặc ảo thị tự thấy mình (autoscopical hallucinations). Kích thước của ảo thị có thể giống như tự nhiên, có thể lớn lên (ảo thị khổng lồ) hoặc nhỏ đi (ảo thị tí hon); có thể là ảo thị câm hoặc kèm theo tiếng nói, không màu hoặc có màu sắc sặc sỡ, bất động hoặc sinh động. Nội dung của ảo thị có thể làm người bệnh say mê, nhìn ngắm một cách thích thú hoặc ngỡ ngàng, bàng hoàng sợ hãi...Ảo thị hay gặp trong các bệnh loạn tâm thần do nhiễm trùng, nhiễm độc, trong hội chứng cai rượu hoặc ma túy, trong tâm thần phân liệt, đau đầu migraine, ở người mù... Mặc dù ảo thị thường được xem là đặc trưng của các rối loạn tâm thần thực thể, chúng cũng được gặp ở ¼ đến ½ bệnh nhân tâm thần phân liệt, nhưng không phải lúc nào cũng kết hợp với ảo thanh.

Ảo xúc (tactile or haptic hallucinations) Người bệnh có cảm giác sờ mó, châm chích, tê lạnh, nóng bỏng, côn trùng hoặc sâu bọ bò dưới da, cảm giác tình dục... Ảo xúc gặp trong các trạng thái nhiễm độc như suy gan, các hội chứng cai rượu hoặc ma túy, tâm thần phân liệt, ở những người bị cắt cụt chi (hội chứng chi ma). Ảo xúc như có sâu bọ bò trên hoặc dưới da hay gặp trong sáng run và ngộ độc cocaine, còn cảm giác tình dục hay gặp trong tâm thần phân liệt, đặc biệt khi được bệnh nhân giải thích một cách khác thường.

Ảo khứu và ảo vị (olfactory and gustatory hallucinations) ít gặp, thường đi đôi với nhau. Trong ảo khứu, người bệnh ngửi thấy nhiều mùi khác nhau, thường là các mùi khó chịu như mùi trứng thối, mùi cao su cháy; trong ảo vị, người bệnh cảm thấy một vị vốn không có trong thức ăn như đắng, chua, cay... Ảo khứu và ảo vị thường kết hợp với bệnh não thực thể, đặc biệt với các cơn mớ của động kinh cục bộ phức tạp. Ảo khứu cũng có thể gặp trong trầm cảm loạn thần, điển hình là các mùi thối rữa, mục nát, chết chóc.

Ảo giác nội tạng (visceral hallucinations) người bệnh cảm thấy trong người họ có những dị vật, những sinh vật nằm yên hay động đậy, ví dụ, rắn trong bụng, ếch trong dạ dày...

Ảo giác lúc giở thức, giở ngủ là các ảo giác, chủ yếu là ảo thị, xuất hiện ngay trước khi vào ngủ (hypnagogic hallucinations) hoặc khi mới vừa thức giấc (hypnopompic hallucinations). Ảo giác lúc giở thức, giở ngủ là các ảo giác sinh lý, gặp ở người bình thường, dưới dạng các ảo giác ngắn ngủi và thô sơ như nghe tiếng chuông reo hoặc tiếng gọi tên mình. Các ảo giác này cũng là triệu chứng đặc trưng của bệnh ngủ rũ, trong đó chúng thường kéo dài hơn và có nội dung đa dạng hơn.

Ảo giác phản xạ (reflex hallucinations) được dùng để mô tả một tình trạng hiếm gặp trong đó một kích thích ở giác quan này đưa đến một ảo giác ở một giác quan khác; ví dụ âm nhạc có thể gây ra các ảo thị. Các ảo giác phản xạ có thể xảy ra sau khi sử dụng các chất ma túy như LSD hoặc hiếm hơn, trong bệnh tâm thần phân liệt.

5. Cảm giác biến hình (metamorphopsia) là cảm giác sai lầm về độ lớn, hình dạng các vật, các khoảng cách trong không gian. Người bệnh thấy những vật xung quanh như thu nhỏ lại (micropsia) hoặc phóng to ra, đôi khi có kích thước khổng lồ (macropsia). Rối loạn này thường kèm theo loạn cảm giác về khoảng cách (porropsia), trong đó khoảng cách dường như ngắn lại hoặc dài ra. Cảm giác biến hình khác với ảo giác vì đây là sự phản ánh lệch lạc một sự vật có thật trong thực tế, cũng khác với ảo tưởng vì bản chất của sự vật không bị biến đổi hoàn toàn mà chỉ thay đổi ở một vài thuộc tính mà thôi.

6. Rối loạn sơ đồ thân thể (trouble of body schema) là tri giác sai lầm về hình dạng và kích thước của thân thể mình. Người bệnh có cảm giác thân thể mình lớn lên và dài ra hoặc ngược lại, bé đi và ngắn lại. Người bệnh cũng có thể cảm thấy mình nhẹ như bấc hoặc nặng như chì, các chi xê dịch, tách rời khỏi thân thể hoặc thân thể mình bị chia làm đôi. Rối loạn sơ đồ thân thể thường kết hợp với cảm giác biến hình, có thể gặp trong các tổn thương thực thể não, tâm thần phân liệt cũng như trong các bệnh loạn thần thực nghiệm.

VII. CÁC RỐI LOẠN TRÍ NHỚ

Trí nhớ là quá trình tâm lý có chức năng ghi nhận, bảo tồn và cho hiện lại những kinh nghiệm và tri thức cũ dưới dạng biểu tượng, ý niệm và ý tưởng.

1. Các loại trí nhớ

Trí nhớ máy móc là trí nhớ chỉ dựa trên những mối liên hệ đơn giản giữa các đối tượng để dễ nhớ như điểm giống nhau, khác nhau...

Trí nhớ thông hiểu liên quan đến việc vận dụng các mối liên hệ nội tại có tính chất qui luật giữa các hệ thống để nhớ. Trí nhớ thông hiểu bền vững hơn, sâu sắc hơn do có sự tham gia tích cực của nhiều quá trình tâm lý khác như tư duy, cảm xúc, tập trung, chú ý...

Trí nhớ lập tức (immediate memory) liên quan đến sự bảo tồn thông tin trong thời gian rất ngắn từ 10 đến 20 giây, thường được đánh giá bằng cách bảo bệnh nhân lặp lại các dãy số xuôi và ngược hoặc lặp lại tên và địa chỉ của một người nào đó. Tuy nhiên, cần lưu ý là ở các bệnh nhân trầm cảm hoặc lo âu, do khả năng tập trung kém, việc thực hiện các nhiệm vụ trên có thể gặp khó khăn mặc dù bệnh nhân không bị giảm trí nhớ.

Trí nhớ gần (recent memory) còn được gọi là **trí nhớ ngắn hạn** (short-term memory) kéo dài từ nhiều phút đến 2 ngày là thời gian cần để ghi nhận và củng cố một thông tin mới, thường được đánh giá bằng cách bảo bệnh nhân lặp lại tên của 3 đồ vật không liên quan sau 5 phút hoặc hỏi bệnh nhân về một sự kiện mới xảy ra trong ngày.

Trí nhớ xa (remote memory) còn được gọi là **trí nhớ dài hạn** (long-term memory) liên quan đến những sự kiện trong những khoảng thời gian dài, thường được đánh giá bằng cách hỏi bệnh nhân những sự kiện quan trọng đã xảy ra trong quá khứ của họ.

Có nhiều quá trình sinh lý khác nhau làm trung gian cho mỗi giai đoạn này của trí nhớ; do đó, các quá trình tác động đến trí nhớ lập tức hoặc gần lại không ảnh hưởng đến trí nhớ xa và hiện nay các quá trình chuyển trí nhớ gần thành trí nhớ xa vẫn chưa được biết rõ.

2. Các rối loạn trí nhớ

Giảm nhớ (hypomnesia) là kém nhớ những sự việc mới xảy ra hay những sự việc cũ, gặp trong các rối loạn thực thể não.

Tăng nhớ (hypermnnesia) là nhớ lại những sự việc rất cũ, cả những sự việc không quan trọng với đầy đủ chi tiết tưởng như không thể nào nhớ được, gặp trong trạng thái hưng cảm, rối loạn nhân cách.

Quên (amnesia)

+ **Quên toàn bộ** là quên tất cả những sự việc cũ và mới thuộc mọi lĩnh vực, gặp trong sa sút tâm thần nặng.

+ **Quên từng phần** là quên một số kỷ niệm, quên ngoại ngữ, quên thao tác nghề nghiệp..., gặp trong tổn thương khu trú của não hoặc do cảm xúc mạnh và đột ngột.

+ **Quên thuận chiều** (anterograde amnesia) là quên, do mất khả năng ghi nhận, những sự việc xảy ra ngay sau một sự kiện đặc biệt như chấn thương đầu, rối loạn hoạt động não, hoặc do tác dụng của các chất ma túy. Bệnh nhân choáng điện thường bị quên thuận chiều trong thời gian điều trị, hiện tượng này sẽ giảm dần trong vài tuần.

+ **Quên ngược chiều** (retrograde amnesia) là quên, do mất khả năng nhớ lại, những sự việc xảy ra trước một sự kiện chấn thương trong một khoảng thời gian nào đó. Khi trí nhớ phục hồi, những sự việc cũ sẽ được nhớ lại trước, các sự việc mới sẽ được nhớ lại sau (định luật Ribot).

+ **Quên trong cơn** là chỉ quên những sự việc xảy ra trong cơn, gặp trong cơn động kinh, ngộ độc rượu (blackout)...

Loan nhớ (paramnesia)

+ **Nhớ giả** (pseudoreminiscense) Đối với những sự việc có thật trong đời sống của người bệnh trong một thời gian và không gian nào đó, người bệnh lại nhớ vào một thời gian và không gian khác. Gặp trong các bệnh thực thể não.

+ **Bịa chuyện** (confabulation) Người bệnh lấp đầy các khoảng trống trong trí nhớ một cách vô thức bằng các trải nghiệm tưởng tượng hoặc không có thật mà bệnh nhân tin là đúng và không hề biết là mình bịa ra (khác với nói dối). Nội dung bịa chuyện có thể thông thường hay kỳ quái. Bịa chuyện được cho là do rối loạn hoạt động của thùy trán và mất khả năng tự giám sát (self-monitoring). Bịa chuyện hay gặp trong một số hội chứng quên do rượu như hội chứng Wernicke-Korsakoff cũng như các rối loạn khác của các thể vùi, đồi thị, hoặc các thùy trán.

+ **Nhớ nhầm** (fausse reconnaissance) Người bệnh nhớ các sự việc xảy ra với người khác thành việc của mình, những điều nghe hoặc đọc thấy ở đâu lại cho là bản thân mình đã trải qua, có người lại tưởng mình đang sống trong quá khứ. Gặp trong bệnh động kinh.

Đã từng thấy (déjà vu) Người bệnh có cảm giác quen thuộc với những gì họ đang nhìn thấy mặc dù đây là lần đầu tiên họ có những trải nghiệm như vậy, thường kết hợp với các hiện tượng **đã từng nghe** (déjà entendu) và **đã từng nghĩ** (déjà pensé).

Chưa từng thấy (jamais vu), **chưa từng nghe** (jamais entendu), và **chưa từng nghĩ** (jamais pensé) Người bệnh có cảm giác họ chưa từng thấy, nghe, hoặc nghĩ những điều mà họ đã thực sự trải nghiệm trong quá khứ.

Các hiện tượng trên có thể gặp trong đời sống hàng ngày nhưng gia tăng trong các trạng thái mệt mỏi hoặc nhiễm độc và thường kết hợp với động kinh cục bộ phức tạp và các rối loạn tâm thần khác.

VIII. CÁC RỐI LOẠN TRÍ NĂNG

Trí năng là khả năng hiểu, nhớ lại và sử dụng các kinh nghiệm, kiến thức về tự nhiên và xã hội đã tích lũy được để hình thành những nhận thức, phán đoán mới giúp ta hoạt động có hiệu quả. Các rối loạn trí năng gồm:

Chậm phát triển tâm thần (mental retardation) là sự thiếu sót trí năng thường do nguyên nhân bẩm sinh hoặc mắc phải trong những năm đầu của thời thơ ấu, gây ảnh hưởng đến khả năng thích ứng, học tập và quan hệ xã hội của người bệnh. Hiện nay, dựa vào các biểu hiện lâm sàng và thương số trí tuệ IQ, người ta chia chậm phát triển tâm thần thành các mức độ nhẹ, trung bình, nặng và nghiêm trọng.

Sa sút tâm thần (dementia) là một hội chứng đặc trưng bởi rối loạn trí nhớ gần và trí nhớ xa kết hợp với giảm khả năng tư duy trừu tượng và khả năng phán đoán, biến đổi nhân cách và các rối loạn nhận thức khác. Sa sút tâm thần có nhiều nguyên nhân khác nhau, một số có thể phục hồi như suy giáp và tụ máu dưới màng

cứng; một số khác không phục hồi như sa sút tâm thần kiểu Alzheimer và sa sút tâm thần do bệnh mạch máu não.

Sa sút giả (pseudodementia) có các biểu hiện lâm sàng giống sa sút tâm thần nhưng không do nguyên nhân thực thể; gặp chủ yếu trong trầm cảm, đặc biệt ở người già.

IX. GIẢI THỂ NHÂN CÁCH VÀ TRI GIÁC SAI THỰC TẠI

Giải thể nhân cách (depersonalization) là các trải nghiệm dai dẳng, tái diễn đặc trưng bởi sự biến đổi trong nhận thức về bản thân, người bệnh có cảm thấy thờ ơ, xa lạ với chính mình, họ có cảm giác như mình là một người máy, mất hết mọi tình cảm với người thân, không còn biết vui, buồn, hờn, giận. Người bệnh cảm thấy mình như không có thật, hoặc thấy như mình đang sống trong một giấc mơ hoặc trong một cuốn phim...

Tri giác sai thực tại (derealization) là một thay đổi tương tự nhưng liên quan đến môi trường xung quanh, người bệnh cảm thấy mọi sự vật như không có thật, những người xung quanh như không có sự sống, họ như những hình người được làm bằng giấy. Tri giác sai thực tại thường, nhưng không phải luôn luôn, đi kèm với giải thể nhân cách. Các giai đoạn giải thể nhân cách và tri giác sai thực tại nhất thời có thể xảy ra ở người bình thường, đặc biệt khi mệt mỏi, thiếu ngủ, hoặc trong các tình huống stress. Trong những trường hợp này, các trải nghiệm trên thường khởi đầu đột ngột và ít khi kéo dài quá vài phút. Giải thể nhân cách và tri giác sai thực tại có thể gặp trong các rối loạn lo âu, trầm cảm, tâm thần phân liệt, và động kinh cục bộ phức tạp, cũng như trong rối loạn giải thể nhân cách. Do giải thể nhân cách và tri giác sai thực tại xảy ra trong rất nhiều rối loạn tâm thần nên chúng ít có giá trị về chẩn đoán.