

CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHOẺ TÂM
THẦN TRÊN BỆNH NHÂN
NHIỄM HIV/ AIDS

BS. Phan Thiệu Xuân Giang

RỐI LOẠN STRESS CẤP TÍNH

-Là phản ứng bất thường đối với những sự kiện gây stress bất ngờ như bị tai nạn, cháy, mất đi người thân yêu đột ngột, chia tay một mối quan hệ thân thiết, bị tấn công cơ thể hay bị lạm dụng tình dục, phải tiếp nhận một thông tin về bệnh lý không thể chữa được như HIV/AIDS, ung thư... một cách đột ngột...

-Đáp ứng cảm xúc nặng nề hơn so với stress bình thường, có thể có biểu hiện hoảng loạn hay lo âu lan toả

-Các triệu chứng như: Vã mồ hôi, hồi hộp, rung và những triệu chứng thần kinh thực vật khác như trong rối loạn lo âu có thể hiện diện

-Những cơ chế đối mặt và cơ chế phòng vệ có thể tăng cường và đôi lúc không bình thường. Thân chủ có thể tránh nói hay nghĩ về tình huống gây stress và tránh những yếu tố nhắc đến tình huống này. Từ chối có thể mạnh mẽ, bệnh nhân cảm thấy như thể sự kiện chưa thực sự xảy ra.

-Những đáp ứng đối mặt bất thường bao gồm “Chạy khỏi” như: Chạy khỏi nơi bị tai nạn, chạy khỏi nơi khi tiếp xúc với thông tin gây stress, hành vi kịch tính hay gây hấn, uống nhiều rượu, tự gây hại bản thân

Điều trị rối loạn stress cấp

- 1) Làm giảm cảm xúc căng thẳng bằng cách lắng nghe bệnh nhân, trong những trường hợp nặng có thể dùng thuốc chống lo âu
- 2) Khuyến khích nhớ lại và chấp nhận sự kiện:
Khi lo âu giảm đi, từ chối và tránh né thường giảm và bệnh nhân có thể nghĩ về và chấp nhận được sự kiện.

-Khi từ chối và tránh né còn tồn tại, nên giúp bệnh nhân nhớ lại sự kiện gây stress bằng cách hỏi từ từ và lập lại cùng với khuyến khích bộc lộ cảm xúc

3) Giúp gia tăng khả năng đối mặt có hiệu quả: Một số người phản ứng một cách lệch lạc đối với khủng hoảng, ví dụ như dùng thuốc quá liều, uống rượu quá mức, hành vi kích thích. Những người này cần được giúp đỡ để cải thiện kỹ năng đối mặt nhằm đáp ứng có hiệu quả hơn đối với các khủng hoảng kế tiếp.

- Can thiệp khủng hoảng:
- +Giảm lo âu, ngủ đủ giấc
- +Nhớ lại sự kiện gây sang chấn
- Tham vấn giải quyết vấn đề:
- +Trị liệu hỗ trợ
- +Xác định và liệt kê các vấn đề
- +Chọn vấn đề hành động
- +Liệt kê các hành động thay thế

+Đánh giá và chọn hành động tốt nhất

+ Thực hành

+ Đánh giá kết quả

Lập lại cho đến khi vấn đề quan trọng được giải quyết

3) Giúp giải quyết những vấn đề còn tồn tại: Đôi khi một tình huống stress cấp tính dẫn đến kéo dài những tình huống không mong muốn làm cho thân chủ phải điều chỉnh để đáp ứng, ví dụ như một tai nạn xe hơi nghiêm trọng có thể làm cho nạn nhân bị khuyết tật suốt đời. Do ngoài việc điều trị cấp thời còn phải theo dõi và giúp bệnh nhân tái thích ứng.

Các đáp ứng tâm lý đối với tình huống stress

1) Đáp ứng cảm xúc:

-Đối với đe dọa: Sợ hãi

-Đối với mất mát: Trầm cảm

2) Đáp ứng cơ thể:

-Đối với đe dọa: Khuấy động hệ thần kinh thực vật

-Đối với mất mát: Giảm hoạt động thể chất

3) Các chiến lược đối mặt (Coping strategies):

-Có tiềm năng đáp ứng:

+ Tránh né

+ Giải quyết vấn đề

+ Chấp nhận tình huống

- Sai lệch:

+ Uống nhiều rượu hay lạm dụng thuốc

+ Hành vi kích thích hay gây hấn

+Tự huỷ hoại

4) Các cơ chế phòng vệ: (Mechanism of defense)

-Thường gặp:

+ Thoái lui

+ Dồn nén

+ Từ chối

+ Chuyển vị

-Ít gặp hơn:

+ Phóng chiếu

+ Dạng phản ứng

+Hợp lý hoá

+ Thăng hoa

+Đồng hoá

RỐI LOẠN THÍCH ỨNG

Đáp ứng stress được ghi nhận là bất thường:

- 1) Nhiều hơn so với tình huống đáng lẽ ra là bình thường
- 2) Đi kèm với suy kém chức năng xã hội
- 3) Thời gian : 1 tháng (ICD); 3 tháng (DSM)
- 4) Phản ứng không đủ nặng để thoả tiêu chuẩn chẩn đoán lo âu, trầm cảm hay các rối loạn sức khoẻ tâm thần khác

-Điều trị:

+ Giảm lo âu

+Giải quyết vấn đề

-Thích ứng đối với bệnh lý cơ thể nặng:

Người bệnh thường cảm thấy lo âu, trầm cảm, đôi khi giận dữ. Hầu hết những phản ứng này đều thoáng qua và giảm đi nhanh chóng khi bệnh nhân thích ứng với tình huống mới.

-Cơ chế từ chối giúp bảo vệ bệnh nhân trong giai đoạn đầu để giảm đi lo lắng nhưng phải được ngưng trước khi những vấn đề được giải quyết và thích ứng đạt đã đạt được. Từ chối kéo dài không mang lại lợi ích mà còn ngăn cản bệnh nhân hợp tác đầy đủ trong trị liệu.

Từ chối cũng làm giảm đi sự giúp đỡ đối với bệnh nhân vì không có thảo luận về nỗi sợ, được cung cấp thông tin chính xác giúp hiểu về bệnh tật đúng hơn.

Hành vi do bệnh lý : Tìm kiếm lời khuyên về y tế, uống thuốc, yêu cầu người nhà, bạn bè, đôi khi ngừng hẳn các hoạt động. Những hành vi này cần thiết trong giai đoạn đầu của bệnh nhưng nếu tồn tại quá lâu và không cần thiết, chúng trở nên sai lệch và kéo dài sự mất giá trị của bệnh nhân.

-Đôi khi có người không bị bệnh nhưng lại lạm dụng hành vi bị bệnh để đòi hỏi người khác.

Thích ứng đối với bệnh lý không chữa được

Sau khi được chẩn đoán là có bệnh nan y, nhiều người bị lo lắng, trầm cảm, cảm thấy có lỗi, hay tức giận. Một số người sử dụng cách thức đối mặt sai lệch. Trong số những bệnh nhân tử vong trong bệnh viện vì bệnh nan y, có khoảng 50% có các triệu chứng về cảm xúc.

-Lo âu

-Trầm cảm

-Lú lẫn

-Cảm thấy có lỗi vì quá nhiều yêu cầu đặt lên cho người thân của mình

-Tức giận về việc không công bằng khi phải chờ chết (Đặc biệt là người trẻ, người đang thành đạt)

-Từ chối

-Phụ thuộc

-Chuyển vị tức giận

-Chấp nhận

Các vấn đề sức khoẻ tâm thần khác

-Sa sút trí tuệ : Ảnh hưởng đến nhận thức, vận động, hành vi làm cản trở chức năng xã hội và làm việc của bệnh nhân.

Có 3 kiểu:

-Kiểu sa sút trí tuệ phức tạp

-Kiểu sa sút kèm theo bệnh lý tuỷ

-Kiểu sa sút kèm theo rối loạn nhận thức vận/
động ít

-Triệu chứng:

+ Tập trung kém

+Hay quên, đặc biệt là trí nhớ gần

+Tinh thần chậm chạp

+Thay đổi âm ngữ

+Lú lẫn

+Các vấn đề về không gian và rối loạn định hướng

+Các vấn đề về chức năng điều hành trán

-Thay đổi hành vi (Vô cảm, thờ ơ, mất ham muốn tình dục, giảm đáp ứng cảm xúc, rút lui xã hội, dễ bị kích thích, khó khăn khi đáp ứng với thay đổi)

-Triệu chứng vận động sớm: Rung, dáng đi mất thăng bằng, yếu chi trên hơn so với chi dưới

-Triệu chứng vận động trễ: Không thể làm những vận động nhanh, mất điều hợp, gia tăng phản xạ, tăng trương lực cơ, bệnh thần kinh ngoại vi như : giảm cảm giác đau và nhiệt ở tay và chân.

-Loạn thần: Hiếm gặp, thường có tiền sử bệnh lý tâm thần trước đó

-Sảng: Có thể gặp ở bệnh nhân bị sa sút trí tuệ. Đôi khi triệu chứng im lặng, khó phát hiện biểu hiện bằng thay đổi mức ý thức, rối loạn nhận thức, ảo giác, hoang tưởng.

-Phụ thuộc và lạm dụng chất gây nghiện: Sử dụng chất gây nghiện làm giảm khả năng phán đoán và kiểm soát xung động, là nguy cơ cao gây lây bệnh cho người khác, không tuân thủ điều trị, hay uống thuốc ARV không đầy đủ làm gia tăng kháng thuốc.

Sử dụng chất gây nghiện cũng có thể là phương thức đáp ứng kém đối với stress, lo âu. Đây là cách để bệnh nhân thấy nhẹ nhõm khi căng thẳng, nhưng lại không giải quyết được gốc rễ.

-Tự tử: Nguy cơ tự tử ở người có HIV cao từ 17-36 lần so với dân số chung và cao hơn cả so với bệnh nhân có bệnh mãn tính khác.

Các yếu tố góp phần gia tăng tự tử:

+Có vấn đề sức khỏe tâm thần đi kèm: trầm cảm, rối loạn nhân cách, lạm dụng chất

+Thiếu hệ thống trợ giúp

+ Tuổi trẻ

+ Dễ tiếp cận với nguồn thuốc và có trong tay
liều lượng cao

+Thiếu tiếp cận với các dịch vụ sức khỏe tâm
thần