

BESSEL VAN DER KOLK, M.D.



Người dịch
Lê Phan Như Quỳnh

Hiệu đính và giới thiệu
Bác sĩ Lâm Hiếu Minh

SANG CHẤN TÂM LÝ

Hiểu để chữa lành

THE BODY
KEEPS THE SCORE:
BRAIN, MIND, AND BODY
IN THE HEALING OF TRAUMA

 /GROUPS/YEUKINDLEVIETNAM

 SAGONBOOKS

 NHÀ XUẤT BẢN THẾ GIỚI



THÔNG TIN EBOOK

Kindle Kobo Vietnam

www.facebook.com/groups/yeukindlevietnam

Keep Calm
and
Read a Book



Tên sách

Sang Chấn Tâm Lý - Hiểu Để Chữa Lành

Nguyên tác

**The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the
Healing of Trauma**

Tác giả

Bessel Van Der Kolk, M.D

Dịch giả

Lê Phan Như Quỳnh

Thể loại

Y Học, Điều Trị, Tâm Lý Học

Phát hành

SAIGONBOOKS

Nhà Xuất Bản

NYB THẾ GIỚI

NXB THE GIỚI

Ebook

2022 kindlekovn



tve-4U
CÙNG ĐỌC, CÙNG CHIA SẺ

THANK YOU FOR YOUR SUPPORT

VỚI MONG MUỐN TRẢI NGHIỆM ĐỌC SÁCH ĐIỆN TỬ PHẢI LÀ THÚ VỊ VÀ TỐT NHẤT, DỰ ÁN SƯU TẦM VÀ CHỈNH SỬA SÁCH EBOOK VỀ ĐỊNH DẠNG CHUẨN, VÀ ĐẸP ĐÃ ĐƯỢC SHIBA BẮT ĐẦU TỪ 2018. HY VỌNG NHỮNG LY CAFE YÊU THƯƠNG CỦA CÁC BẠN CÙNG VỚI SỰ VUI VẺ, ĐAM MÊ CỦA SHIBA SẼ ĐỂ LẠI CHO THẾ HỆ SAU NÀY 1 KHO SÁCH HAY ĐẸP VÀ HỮU ÍCH



LỜI GIỚI THIỆU

Xin chào các bạn độc giả đang cầm cuốn sách này trên tay. Dù bạn là một nhà chuyên môn trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tinh thần con người (bác sĩ chuyên khoa tâm thần, bác sĩ đa khoa, điều dưỡng, nhân viên y tế, chuyên gia tâm lý, người làm công tác xã hội, người tu hành,...) hay bạn là người đang chịu đựng những tổn thương mỗi ngày do những sang chấn trong quá khứ hay khổ đau trong hiện tại, thì cuốn sách này đều hữu ích cho bạn trong việc thấu hiểu tâm trí của con người và của chính mình.

Cuốn sách không chỉ đề cập đến vấn đề của người trưởng thành mà còn đề cập đến những tổn thương và sang chấn mà trẻ em phải chịu đựng nên sách cũng rất hữu ích cho các bậc phụ huynh muốn đồng hành cùng con trên bước đường phát triển.

Tác giả của cuốn sách sang chấn tâm lý – hiểu để chữa lành là Tiến sĩ Y khoa Bessel Van Der Kolk, Bác sĩ chuyên khoa tâm thần, Giáo sư Tâm thần học của Trường Y Đại Học Boston đồng thời là Nhà sáng lập Trung tâm Điều trị Sang chấn (Trauma Center) tại Brookline, Massachusetts. Ông có nhiều năm làm việc và nghiên cứu trong lĩnh vực điều trị bệnh tâm thần, đặc biệt là điều trị stress do sang chấn ở người lớn và trẻ em.

Sang chấn tâm lý – hiểu để chữa lành là một công trình khoa học công phu và nghiêm túc, trải rộng trên nhiều lĩnh vực – tâm lý học thần kinh, tâm lý học phát triển, tâm bệnh học, tâm lý trị liệu - \được đúc kết sau nhiều năm kinh nghiệm làm việc của chính tác giả, và

dựa trên những câu chuyện có thật của các bệnh nhân mà tác giả có dịp tiếp xúc hoặc chữa trị.

Cuốn sách được cấu trúc thành năm phần:

Phần I – Tái khám phá sang chấn: Quá trình tìm hiểu và hình thành những hiểu biết khoa học về Stress do sang chấn nói riêng và Sức khỏe tâm thần nói chung, bắt nguồn từ những khám phá ban đầu về stress do sang chấn ở các cựu binh Mỹ tham chiến tại Việt Nam.

Phần II - Khám phá bộ não bị sang chấn: Bao gồm những kết quả nghiên cứu của khoa học thần kinh và hình ảnh học thần kinh, giúp chúng ta hiểu được mối liên hệ giữa não bộ với tâm lý – tâm thần ở con người.

Phần III - Tâm trí trẻ thơ và Phần IV - Dấu ấn của sang chấn: Mô tả những ảnh hưởng của sang chấn lên trẻ em và người trưởng thành.

Phần V - Con đường hồi phục: Mô tả con đường hồi phục của những người bị stress do sang chấn, thông qua các phương pháp trị liệu và tự chữa lành.

Ngoài ra, trong phần phụ lục tác giả còn cung cấp nhiều thông tin hữu ích về những tiêu chí được cập nhật để chẩn đoán Rối loạn phát triển do sang chấn, và các tổ chức cung cấp nguồn thông tin hữu ích cũng như hỗ trợ việc điều trị stress do sang chấn.

Qua mười tám năm hành nghề bác sĩ chuyên khoa tâm thần trẻ em và người lớn, tôi học hỏi được rất nhiều từ thân chủ cũng như bệnh nhân của mình. Tôi may mắn khi có thể đồng hành cùng họ trong quá trình tự chữa lành, vượt qua tổn thương, tháo bỏ rào cản để có thể bộc lộ và phát triển những tiềm năng của bản thân. Khi đọc

quyển sách này, tôi đã tìm được rất nhiều điểm tương đồng giữa mình với tác giả. Tôi trân trọng cách nhìn của ông về những người có nỗi đau tinh thần như là người cần được hỗ trợ chứ không phải con bệnh, bởi lẽ, ai trong chúng ta cũng có thể phải đối diện với những khổ đau đó trong kiếp nhân sinh.

Đây là cuốn sách rất đáng đọc dành cho các bác sĩ tâm thần trẻ em và nhà trị liệu tâm lý trẻ em vì xuyên suốt quyển sách là những minh chứng khoa học cụ thể và chi tiết về Rối loạn phát triển do sang chấn, giúp cho nhà chuyên môn có thể có một tài liệu quý giá để tránh chẩn đoán sai sót.

Những ai thường xuyên làm việc với trẻ em cũng có thể tìm thấy thông tin hữu ích từ quyển sách này để hiểu thêm về tâm hồn trẻ thơ, và từ đó chúng ta có thể chung tay ngăn chặn Rối loạn phát triển do sang chấn ở trẻ em tại Việt Nam.

Các kiến thức được cập nhật trong sách cũng là tiền đề cho những tiêu chuẩn chẩn đoán mới cho stress sau sang chấn.

Trong một lần có duyên may gặp gỡ quyển sách này, tôi đã rất muốn giới thiệu với độc giả trong nước, và Saigon Books đã trở thành cầu nối tuyệt vời để cuốn sách về tâm lý học bán chạy nhất trên Amazon được xuất bản tại Việt Nam. Tôi rất trân trọng và cảm ơn tâm huyết của tập thể Saigon Books đã dành cho quyển sách.

Tôi xin trân trọng giới thiệu với quý độc giả cuốn sang chấn tâm lý – hiểu để chữa lành. Một quyển sách tuyệt vời để có thể thấu hiểu tâm hồn con người, hiểu được bản chất của sang chấn tâm lý và cách thức chữa lành.

- Lâm Hiếu Minh

Bác sĩ chuyên khoa II

LỜI MỞ ĐẦU

Đối mặt với sang chấn tâm lý

Ai cũng có thể bị sang chấn tâm lý, kể cả tôi, bạn, người thân, bạn bè, đồng nghiệp của bạn,... Sang chấn không chỉ để lại những dấu vết trong tâm hồn, cảm xúc của chúng ta mà còn ảnh hưởng đến cả cơ thể, hệ thống miễn dịch.

Ngoài ra, sang chấn không chỉ ảnh hưởng đến những người trực tiếp chịu đựng nó mà còn ảnh hưởng đến những người xung quanh. Những người lính trở về từ chiến trường thường làm gia đình họ khiếp sợ vì sự nổi giận vô cớ, lạnh lùng, khép kín. Vợ của những người đàn ông bị rối loạn stress sau sang chấn (PTSD) thường có xu hướng bị trầm cảm. Con của những người mẹ trầm cảm có nguy cơ cảm thấy bất an và sợ hãi nhiều điều khi lớn lên. Một đứa trẻ thường xuyên chứng kiến cảnh bạo lực trong gia đình hoặc bị cha mẹ bạo hành thì khi lớn lên trẻ sẽ khó tạo dựng những mối quan hệ bền vững, tin cậy.

Theo định nghĩa, sang chấn tâm lý thường rất khó chịu đựng và vượt qua. Phần lớn các nạn nhân bị cưỡng hiếp, những người lính, trẻ em từng bị lạm dụng tình dục thường rất đau khổ khi nhớ lại những ký ức kinh hoàng và luôn cố đẩy chúng ra khỏi tâm trí, cố tỏ vẻ như chuyện kinh khủng ấy chưa hề xảy ra và ráng tiếp tục sống. Phải gắng lắm họ mới có thể sống tiếp vì phải đeo mang ký ức hãi

hùng cùng nổi nhục nhã khi thấy mình thật yếu đuối và dễ bị tổn thương.

Dù tất cả chúng ta đều muốn vượt qua những nỗi đau nhưng phần não bộ dành cho việc duy trì sự sống của chúng ta (nằm sâu phía dưới phần não bộ lý trí) lại không giỏi phủ nhận cho lắm. Dù trải nghiệm thương đau đã xảy ra rất lâu thì bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm nhỏ nào cũng có thể kích động những mạch não bộ bị tổn thương, khiến chúng tiết ra một lượng hormone của stress vô cùng lớn gây ra cảm giác vô cùng khó chịu, thúc đẩy những hành vi mất kiểm soát. Các phản ứng sau sang chấn này rất dữ dội và khó hiểu. Những người bị sang chấn thường mất kiểm soát bản thân và lo sợ rằng bệnh của mình vô phương cứu chữa.

Năm 14 tuổi, tôi bắt đầu ấp ủ mơ ước học ngành y. Người nhen nhóm ước mơ này trong tôi chính là người anh họ Michael. Tôi đã say sưa thức thâu đêm nghe anh giải thích về quá trình vận hành phức tạp của gan, cách gan thải những chất bã của cơ thể người và hấp thụ những chất hóa học để giúp cơ thể cân bằng. Cơ thể con người thật kỳ diệu!

Khi trở thành sinh viên y, dù nghiên cứu về giải phẫu, tim mạch hay nhi khoa, tôi đều khắc cốt ghi tâm rằng chìa khóa để chữa lành là hiểu được cách thức hoạt động của cơ thể con người. Khi bắt đầu kỳ thực tập tâm lý học, tôi đã sửng sốt nhận ra các nhà tâm lý học vẫn còn hiểu biết quá ít về căn nguyên những vấn đề tâm lý của con người mà họ đang tìm cách chữa trị. Liệu một ngày nào đó chúng ta có thể am tường não bộ, tinh thần và tình yêu thương cũng như những cơ chế khác đã cấu thành nên cơ thể chúng ta hay không?

Sự ra đời của ba phân ngành khoa học mới gồm thần kinh học (neuroscience), tâm bệnh học phát triển (developmental psychopathology) và sinh học thần kinh học liên cá nhân (interpersonal neurobiology) - đã tạo nên sự bùng nổ kiến thức về những ảnh hưởng của sang chấn, lạm dụng và sự bỏ rơi đối với con người.

Hiện nay, chúng ta đã biết rằng sang chấn gây ra những thay đổi về sinh lý học trong cơ thể, những thứ giúp ta cảm nhận được mình đang sống. Những thay đổi này giải thích tại sao các cá nhân bị sang chấn trở nên nhạy cảm hơn đối với những hiểm họa ngay cả khi họ đang tham gia cuộc sống thường ngày. Chúng cũng giúp chúng ta hiểu được vì sao những người bị sang chấn thường liên tục lặp đi lặp lại những hành động nào đó. Chúng ta cũng đã biết những hành vi của người bị sang chấn không phải là hệ quả của việc sa sút về đạo đức, là dấu hiệu của việc mất lý trí hay nhân cách kém mà là do những thay đổi trong não bộ của họ.

Những kiến thức ngày càng sâu rộng về sang chấn giúp chúng ta tìm thấy những phương pháp làm dịu bớt hoặc thậm chí điều trị được sang chấn. Chúng ta đã phát triển những phương pháp tận dụng tính khả biến tự nhiên của não bộ để giúp những người bị sang chấn cảm thấy mình đang sống thật sự trong hiện tại và tiếp tục cuộc sống của mình. Có ba lộ trình điều trị cơ bản: 1) giải quyết từ ngọn, tức trò chuyện, kết nối lại với những người khác, cho phép bản thân nhận biết và hiểu điều gì đang xảy ra với mình trong lúc đang xử lý những ký ức đau thương, 2) dùng thuốc ngăn chặn những phản ứng không phù hợp hoặc dùng những công nghệ khác giúp thay đổi cách não bộ sắp xếp thông tin, 3) giải quyết từ gốc, nghĩa là cho phép cơ

thể có những trải nghiệm sâu sắc và tự nhiên trái ngược với cảm giác bất lực buông xuôi, giận dữ hoặc suy sụp tinh thần do sang chấn.

Cách điều trị nào là tốt nhất cho từng bệnh nhân là câu hỏi mang tính thực nghiệm. Phần lớn bệnh nhân của tôi được điều trị bằng việc kết hợp nhiều phương pháp.

Tôi đã xác định sự nghiệp suốt đời của mình là điều trị cho những bệnh nhân bị sang chấn. Tôi đã thành lập Trung tâm Điều trị Sang chấn (Trauma Center) 30 năm trước. Các đồng nghiệp, tôi và các học trò của tôi đã cùng nhau chữa trị cho hàng ngàn bệnh nhân trẻ em và người lớn bị sang chấn. Họ là nạn nhân của bạo hành khi còn bé, thiên tai, chiến tranh, tai nạn, nạn buôn người, bị người thân hoặc người lạ hãm hiếp.

Ngoài nhiệm vụ chính là điều trị, chăm sóc những người bị sang chấn ở nhiều lứa tuổi, chúng tôi còn không ngừng nghiên cứu ảnh hưởng của stress do sang chấn đối với những đối tượng khác nhau, tìm kiếm phương pháp điều trị hiệu quả cho từng đối tượng.

Những thử thách chúng tôi cần vượt qua chính là trả lời được những câu hỏi như làm sao con người có thể kiểm soát được dư âm của sang chấn trong quá khứ và làm chủ được chính mình? Việc trò chuyện, thấu hiểu và kết nối giữa con người với nhau giúp ích rất nhiều, và các loại thuốc có thể xoa dịu hệ thống báo động. Nhưng chúng ta cũng sẽ thấy rằng, ta có thể biến đổi những ảnh hưởng sâu sắc của quá khứ bằng cách có những trải nghiệm thể chất đối lập trực tiếp với cảm giác bất lực, giận dữ và gục ngã có liên quan đến nỗi đau. Những trải nghiệm này có thể giúp bệnh nhân trở lại làm chủ được bản thân.

Tôi không đặc biệt yêu thích phương thức điều trị nào vì không có phương pháp nào có thể áp dụng cho tất cả bệnh nhân. Những phương pháp chữa trị được giới thiệu trong cuốn sách này đều đã được áp dụng thực tế trên bệnh nhân. Hiệu quả của mỗi phương pháp còn tùy thuộc vào nhiều yếu tố như bản chất của sang chấn, đặc điểm riêng của bệnh nhân.

Cuốn sách này vừa là tài liệu hướng dẫn vừa là lời động viên những ai đang bị sang chấn hãy dám đối mặt với vết thương của mình, tìm cách chữa trị hiệu quả và cam kết với bản thân sẽ chung tay cùng xã hội ngăn chặn những sang chấn.

- Tiến sĩ Y khoa Bessel Van Der Kolk

PHẦN I

TÁI KHÁM PHÁ SANG CHẤN

 /GROUPS/YEUKINDLEVIETNAM

Chương 1

NHỮNG BÀI HỌC TỪ CỰU CHIẾN BINH MỸ THAM CHIẾN TẠI VIỆT NAM

Tôi đã trở thành tôi như ngày hôm nay từ tuổi mười hai, vào một ngày lạnh lẽo, ảm đạm mùa đông năm 1975... Thời đó lâu lắm rồi, nhưng tôi biết những gì người ta nói về quá khứ đều là sai lầm. Bây giờ nhìn lại, tôi nhận ra tôi vẫn đang nhòe vào cái lối nhỏ hoang vắng đó suốt hai mươi sáu năm qua.

Khaled Hosseini, The Kite Runner (Người đưa điều)

Một số mảnh đời trôi qua như đã được định trước; còn đường đời của tôi lắm lúc dừng rồi lại chạy. Đó là hệ quả của nỗi đau. Nó làm gián đoạn câu chuyện... Nó chỉ đơn thuần xảy đến mà thôi, và rồi cuộc sống lại tiếp diễn. Không ai có thể chuẩn bị cho bạn để đối mặt với nó cả.

- Jessica Stern, Denial: A Memoir of Terror (Sự phủ nhận: Một ký sự hãi hùng)

Năm 1989, vào ngày đầu tiên tôi làm việc với vai trò bác sĩ tâm thần tại Bộ Cựu chiến binh (Veteran Administration – VA) tại Boston (Mỹ), khi tôi đang treo bức tranh chép yêu thích của danh họa

Breughe “The Blind Leading the Blind” (Người mù dắt người mù) lên tường trong phòng làm việc thì nghe có tiếng ồn ào ở phía cuối hành lang. Lát sau, một người đàn ông to lớn mặc bộ quần áo xộc xệch, hoen ố, tay cầm tờ tạp chí Soldier of Fortune (Chiến binh may mắn), mặt mày cau có, người đầy mùi rượu xuất hiện. Tôi mời ông ngồi xuống và hỏi ông cần giúp gì.

Ông kể rằng mình tên Tom, hiện là luật sư, 10 năm trước từng là lính thủy quân lục chiến tham chiến tại Việt Nam. Cha của Tom từng phục vụ trong quân đội trong Thế chiến thứ hai và luôn kỳ vọng Tom sẽ tiếp nối con đường binh nghiệp của gia đình. Sau khi tốt nghiệp trung học vào năm 1965, Tom gia nhập lực lượng thủy quân lục chiến. Ông rất tự tin tòng quân vì thấy mình khỏe mạnh, thông minh và có tố chất lãnh đạo. Sau đợt huấn luyện cơ bản, ông trở thành thành viên của một đội ngũ sẵn sàng được điều động. Tại chiến trường Việt Nam, ông nhanh chóng lên chức trung đội trưởng, chỉ huy tám lính thủy quân lục chiến khác.

Tháng 2/1969, khi kết thúc nhiệm vụ của mình, Tom được giải ngũ danh dự. Ông bay từ Đà Nẵng về Boston, được bố mẹ chào đón tại sân bay.

Quay lại Mỹ, ông chỉ muốn bỏ những năm tháng tại Việt Nam lại sau lưng và bắt đầu viết trang đời mới. Ông theo học và tốt nghiệp trường luật, trở thành luật sư, kết hôn với cô người yêu thời trung học và có hai con trai. Chính những bức thư thăm đăm yêu thương mà cố gửi cho ông trong thời gian ông tham chiến tại Việt Nam đã giúp ông trụ vững nơi chiến trường ác liệt. Công việc luật sư của ông rất thuận lợi. Gia đình ông êm ấm. Tóm lại, dường như ông có cuộc sống bình thường, ổn định mà nhiều người mơ ước, nhưng tất cả

thực ra chỉ là lớp vỏ bề ngoài che giấu sự bất ổn thường trực bên trong Tom.

Tom nói rằng ông cảm thấy tâm hồn mình đã chết từ lâu, mình không hề bình thường và chỉ đang cố tỏ ra bình thường với hy vọng rằng điều này sẽ giúp ông được trở lại là chính mình như trước khi đến chiến trường Việt Nam. Ông thường xuyên gặp ác mộng với những ký ức rõ mồn một về những ngày tháng dữ dội tại Việt Nam.

Khi đã làm chồng, Tom cảm thấy thật khó yêu thương vợ một cách chân thành. Khi đã làm cha, Tom luôn sợ hãi mình sẽ trở nên giống bố mình, tức là thường nổi giận, ít trò chuyện cùng con cái; đôi khi ông còn chê bai chúng không bằng một góc những đồng đội đã khuất của mình.

Cuối buổi nói chuyện, tôi hỏi kỹ Tom về những cơn ác mộng ông thường gặp. Ông bảo hay mơ thấy hình ảnh trận phục kích năm nào khi ông mới ở Việt Nam được ba tháng. Giấc mơ ấy tái hiện một buổi chiều xa xưa, khi mặt trời sắp lặn, Tom dẫn đầu đội của mình hành quân ngang qua một cánh đồng lúa, đột nhiên một làn đạn bay ra tới tấp khiến cả đội của Tom ngã gục trong tích tắc, người chết, người trọng thương. Tom đứng như trời trồng, khiếp sợ, tuyệt vọng. Hình ảnh ám ảnh ông nhất chính là chiếc gáy máu me của Alex - người đồng đội, người bạn vô cùng thân thiết. Tom vừa khóc vừa kể về Alex: “Anh ấy là người bạn thực sự duy nhất tôi có”. Alex vốn ở Massachusetts (Mỹ). Tom gặp Alex ngay trong ngày đầu ông đến Việt Nam và hai người lập tức thành bạn. Họ đã có nhiều cuộc trò chuyện tâm đầu ý hợp, từng cùng đọc cho nhau nghe những bức thư nhận được từ quê nhà. Thế nên, trực tiếp chứng kiến Alex chết là điều rất

khủng khiếp với Tom. Sau đó, trực thăng đến đưa Tom đi khỏi cánh đồng lúa.

Những đêm sau trận phục kích đó, Tom liên tục mơ thấy hình ảnh các đồng đội ngã xuống nước, nghe rõ mồn một tiếng họ gào thét đau đớn. Trước trận phục kích này, Tom là một người bạn trung thành và nhiệt tình, một người tha thiết yêu sự sống, có nhiều ước mơ, mối quan tâm và sở thích. Vậy mà chỉ một khoảnh khắc dữ dội, bị thương trên đồng lúa, Tom gần như hoàn toàn biến thành người khác. Bất kỳ tiếng động, mùi hương, hay hình ảnh nào, ví dụ như pháo hoa, cũng có thể khiến Tom xúc động mạnh, hải hùng nhớ đến trận phục kích năm nào, rồi nổi điên với những người xung quanh, thậm chí có thể đánh ai đó.

Hay có lần đang vui chơi cùng gia đình tại khu vườn của chị gái, đột nhiên ông phát điên vì tiếng ồn ào, cây cối rậm rạp trong vườn, cái nóng mùa hè... khiến ông nhớ đến những ngày tháng ở Việt Nam.

Hay khi ở nhà, lúc hai đứa con trai nhỏ nô đùa ồn ào, ông thường cảm thấy khó chịu vô cùng phải lập tức bỏ ra khỏi nhà ngay để không tức điên đến mức đánh đập vợ con. Ông chỉ lấy lại được chút bình tĩnh khi uống say mèm hay phóng bạt mạng trên chiếc mô-tô Harley-Davidson.

Đêm xuống, ông không thể ngủ tròn giấc bởi những cơn ác mộng về trận phục kích năm xưa hay khi hình ảnh những đứa trẻ gục chết lũ lượt ủa về. Những Cơn ác mộng này khủng khiếp đến mức khiến ông sợ đi ngủ nên ông thường thức đêm uống rượu, đến lúc mệt quá thì thiếp đi trên ghế sofa. Hai ngày cuối tuần, Tom thường tự nhốt mình suốt trong văn phòng làm việc để uống rượu và ngắm những tấm hình xưa.

Tôi có vốn kiến thức khá khá về ác mộng vì từng làm việc trong phòng nghiên cứu giấc ngủ, quan sát chu kỳ ngủ và mơ của con người và từng tham gia viết những đề tài nghiên cứu khoa học về ác mộng. Tôi kê đơn cho Tom một loại thuốc có tác dụng giảm các cơn ác mộng và nếu có thì chúng cũng sẽ bớt phần dữ dội. Tôi hẹn Tom hai tuần sau tái khám.

Hai tuần sau, Tom quay lại, tôi vội hỏi ngay rằng thuốc có hiệu nghiệm không. Tom nói ông không uống thuốc. Tôi nén giận, hỏi lý do, Tom nói: “Tôi nhận ra rằng nếu uống thuốc và những cơn ác mộng biến mất, tức là tôi đã bỏ rơi các đồng đội đã khuất của mình. Tôi phải là một đài tưởng niệm sống cho họ”.

Tôi sửng sốt. Chính sự trung thành của Tom đối với những đồng đội đã mất đang ngăn ông không thể sống cuộc sống của chính mình, cũng như bố của Tom vậy. Những trải nghiệm của hai bố con Tom trên chiến trường đã khiến họ thấy phần đời còn lại của mình không còn quan trọng nữa.

Chuyện đó đã xảy ra như thế nào và chúng ta có thể làm gì để cải thiện?

Câu chuyện của Tom khiến tôi nhận thấy mình muốn dành cả phần đời còn lại để khám phá những bí ẩn của nỗi đau. Vì sao những trải nghiệm đau thương, đáng sợ lại khiến người ta dính chặt với quá khứ đến vậy? Điều gì đã xảy ra trong tâm trí và não bộ khiến họ mãi bị mắc kẹt ở nơi nào đó mà họ luôn tuyệt vọng cầu mong được thoát khỏi?

Việc Tom thấy mình cần phải sống như một minh chứng sống cho những người đồng đội của mình cho tôi thấy rằng ông ấy đang hứng chịu một căn bệnh phức tạp hơn rất nhiều so với việc mang trong

mình những kỷ niệm đau thương hay bị rối loạn hóa học trong não bộ – hay những mạch thần kinh kiểm soát nỗi sợ hãi trong não bộ bị thay đổi.

Dù Tom là cựu chiến binh đầu tiên tôi gặp trong nghề trị liệu tâm lý, nhưng nhiều chi tiết trong chuyện đời của ông rất quen thuộc với tôi. Tôi lớn lên tại Hà Lan sau chiến tranh, hay chơi đùa trong những tòa nhà từng bị bom dội nát. Bố tôi công khai chống phát xít Đức nên bị đày vào trại tập trung. Bố chưa bao giờ kể tôi nghe những ký ức chiến tranh của ông. Từ bé, tôi đã nhiều lần sưng sờ chứng kiến bố bất thành linh nổi trận lôi đình. Những lúc ấy, tôi thường tự hỏi vì sao một người bố từng nhẹ nhàng bước xuống nhà mỗi sáng để cầu nguyện và đọc Kinh Thánh lại có thể nóng tính đến đáng sợ như vậy? Vì sao một người đã dành cả đời đấu tranh cho công lý xã hội lại cuồng nộ đến thế?

Tôi cũng đã chứng kiến những trận lôi đình khó hiểu ở chú mình – người từng bị quân Nhật bắt tại Đông Ấn Hà Lan (nay là Indonesia) và bị đày làm nô lệ khổ sai ở Myanmar. Chú cũng rất ít khi nói về những ký ức này.

Mẹ tôi thì lại có những tổn thương từ thời thơ ấu mà tôi không hiểu rõ. Mỗi khi tôi hỏi bà rằng ngày bé của bà như thế nào, bà thường ngắt xiu, rồi sau đó, khi tỉnh lại, bà đổ lỗi cho tôi vì đã làm bà đau khổ.

Trong lúc nghe Tom kể chuyện đời ông, tôi tự hỏi liệu chú và cha tôi cũng có những cơn ác mộng và hồi tưởng quá khứ như vậy không? Liệu họ cũng có cảm thấy bị chia rẽ với những người thân yêu và không thể tìm được niềm vui nào trong cuộc sống không? Và vết thương nào thời thơ ấu đang ám ảnh dai dẳng mẹ tôi?

Tại Bộ Cựu chiến binh, tôi gặp nhiều cựu chiến binh sẵn sàng nổi cáu đấm tay đùng đùng đến nứt tường hay hung hăng đòi đánh người chỉ vì không hài lòng chuyện nhỏ nhặt nào đó. Tôi vừa sợ hãi vừa tò mò về những cơn thịnh nộ này.

Hai đứa con trai nhỏ của tôi cũng hay nổi cơn tam bành khi bị bố mẹ ép ăn rau hay bảo chúng mang tất vào cho ấm chân. Những lúc đó, tôi thấy rất bình thường vì tin rằng khi được giáo dục tốt, lũ trẻ sẽ học được cách làm chủ những nổi bực bội. Nhưng với những người cựu chiến binh mang nỗi ám ảnh sau chiến tranh kia thì tôi không chắc mình có thể giúp họ lấy lại được kỹ năng tự kiềm chế cảm xúc và hành vi hay không.

Tôi đến thư viện y học, cố tìm các sách về chứng loạn thần kinh hậu chiến tranh, choáng váng, căng thẳng thần kinh do chiến đấu... Thật ngạc nhiên là thư viện ở Bộ Cựu chiến binh không hề có cuốn sách nào liên quan chủ đề này! Vậy là hai năm kể từ khi người lính Mỹ cuối cùng rời khỏi Việt Nam, vẫn chưa có ai nghiên cứu về thương tổn thần kinh hậu chiến tranh.

Thật may là cuối cùng tôi tìm được cuốn *The Traumatic Neuroses of War* (Chấn thương thần kinh do chiến tranh) tại thư viện Countway Trường Y Harvard của bác sĩ tâm thần Abram Kardiner được xuất bản năm 1941. Cuốn sách ghi lại những gì tác giả quan sát được từ những cựu chiến binh sau Thế chiến thứ nhất và được xuất bản trong sự mong chờ của rất nhiều binh lính bị cú sốc do đạn trái phá, những người dự đoán mình sẽ tử nạn trong Thế chiến thứ hai.

Tác giả Kardiner tường thuật lại những hiện tượng tương tự như tôi đang gặp phải: Sau chiến tranh, những bệnh nhân của ông chìm trong cảm giác vô vọng, họ trở nên xa cách, lãnh đạm dù trước kia

họ giao tiếp rất tốt với mọi người. Căn bệnh mà Kardiner từng gọi là “loạn thần kinh sang chấn” (traumatic neuroses) ngày nay được biết đến dưới cái tên “rối loạn stress sau sang chấn” (PostTraumatic Stress Disorder PTSD).

Kardiner ghi nhận rằng những người mắc triệu chứng này trở nên luôn cảnh giác và nhạy cảm với những mối đe dọa. Tôi đặc biệt chú ý phần kết luận của ông: “Hạch nhân (hạt nhân của những người có các triệu chứng tâm lý thần kinh là sự rối loạn về mặt cơ thể và chức năng thần kinh”. Nói cách khác, stress sau sang chấn không phải “do bệnh nhân tưởng tượng ra” như ta từng nghĩ mà có một nền tảng sinh lý. Ngay vào thời ấy, Kardiner đã hiểu rằng nguồn gốc của những triệu chứng này là phản ứng của toàn bộ cơ thể bệnh nhân khi trải qua sang chấn ban đầu.

Tôi cảm thấy an tâm khi mô tả của Kardiner minh chứng cho những quan sát của tôi, nhưng ông ấy không hướng dẫn tới cách giúp đỡ các cựu chiến binh mắc hội chứng sang chấn. Việc thiếu thốn tài liệu trong lĩnh vực này quả thật gây nhiều khó khăn cho công việc của tôi. Nhưng rồi tôi nhớ lại lời người thầy Elvin Semrad của mình: “Chúng ta chỉ có duy nhất một cuốn sách giáo khoa thực sự, đó là những bệnh nhân! Chúng ta chỉ nên tin vào những gì mình khám phá được từ họ, và từ kinh nghiệm của chính bản thân”. Thầy cũng cảnh báo rằng điều này nghe thật đơn giản nhưng vô cùng khó thực hiện vì con người là bậc thầy mơ mộng và che đậy sự thật. Thầy từng nói rằng: “Nguồn gốc lớn nhất của những nỗi đau của chúng ta đó là những lời nói dối chúng ta tự rí tai mình”.

Làm việc tại Bộ Cựu chiến binh, tôi sớm nhận ra rằng đối mặt với sự thật khiến người ta đau đớn đến dường nào. Điều này đúng với

các bệnh nhân và với cả tôi.

Chúng ta không thực sự muốn biết những người lính đã phải trải qua những gì khi đang chiến đấu.

Chúng ta không thực sự muốn biết trong xã hội của ta có bao nhiêu trẻ em đã bị lạm dụng và quấy rối tình dục.

Chúng ta không thực sự muốn biết trong xã hội của ta có bao nhiêu người đã bạo hành vợ hoặc chồng mình.

Chúng ta chỉ muốn tin rằng xã hội ta đang sống vô cùng tốt đẹp, ai cũng cư xử văn minh, gia đình là nơi nương tựa an toàn nhất. Chúng ta muốn tin rằng tội ác chỉ xảy ra ở những nơi hẻo lánh, xa xôi nào đó chứ không phải ngay tại đất nước của chúng ta.

Khó khăn lắm chúng ta mới có thể chứng kiến những nỗi đau thương hoặc thừa nhận những bi kịch nào đó.

Người bình thường đã như vậy thì có gì khó hiểu khi những người bị tổn thương tâm lý không thể chịu đựng được những ký ức xa xưa, thường dùng thuốc gây nghiện, rượu bia, hay tự làm tổn thương bản thân để tìm quên?

Tom và những người bạn cựu chiến binh của ông chính là những người thầy đầu tiên của tôi trong công cuộc tìm hiểu vì sao có nhiều mảnh đời tan vỡ sau những trải nghiệm khốc liệt, và tìm cách giúp họ được “tái sinh”.

SANG CHẤN VÀ ĐÁNH MẤT CHÍNH MÌNH

Tôi bắt đầu nghiên cứu đầu tiên của mình về sang chấn tại Bộ Cựu chiến binh bằng việc hỏi những người cựu chiến binh các câu hỏi mang tính hệ thống về những gì đã xảy ra với họ ở Việt Nam.

Tôi muốn biết điều gì đã đẩy họ đến bước đường cùng, vì sao một số người bị suy nhược trong khi một số khác vẫn có thể tiếp tục

sống bình thường sau trải nghiệm ấy. Phần lớn những người đàn ông tôi phỏng vấn cho biết họ đã chuẩn bị tâm lý sẵn sàng khi đầu quân, họ ngày càng gần gũi nhau hơn qua những khóa huấn luyện khắc nghiệt, họ cho nhau xem hình chụp gia đình và bạn gái, họ chịu đựng những thói xấu của nhau, chia sẻ quần áo với nhau, thậm chí có thể kể nhau nghe những bí mật đen tối nhất hoặc xả thân vì những bằng hữu tốt nhất.

Với Tom, những ký ức sau trận phục kích trên cánh đồng còn tồi tệ hơn cả chính trận phục kích đó. Phải tận vài tháng sau khi gặp tôi lần đầu, Tom mới đủ dũng khí vượt qua mặc cảm và nhục nhã để kể cho tôi nghe điều này: Chỉ một ngày sau trận mai phục ấy, Tom đã phát điên nên tìm đến một ngôi làng gần đó, giết chết trẻ em, bắn chết một người nông dân vô tội, và hãm hiếp một phụ nữ Việt Nam. Trả thù xong, Tom nghĩ việc quay trở về Mỹ đã không còn ý nghĩa gì nữa.

Giờ đây, khi đã làm chồng, làm sao ông có thể đối diện với vợ và nói với cô ấy rằng mình đã hãm hiếp dã man một phụ nữ vô tội năm nào? Khi trông theo con trai chập chững những bước đi đầu đời, làm sao Tom không khỏi nghĩ về đứa trẻ mình đã sát hại năm ấy? Tom đã phải rất dũng cảm và rất tin tưởng tôi mới có thể tiết lộ đoạn quá khứ đen tối này. Có lẽ, Tom đã tìm thấy ở tối hình ảnh người bạn thân Alex.

Cái chết của Alex đã khiến phần lương thiện, đáng kính và đáng tin cậy trong Tom cũng chết theo. Những người bị sang chấn từ sự việc nào đó do chính họ hay người khác gây ra thường khó có thể xây dựng những mối quan hệ thân mật. Sau khi trải nghiệm điều kinh khủng nào đó, làm sao bạn có thể tin tưởng chính bản thân hay

người khác một lần nữa? Làm sao bạn có thể ân ái với ai đó khi từng bị hãm hiếp tàn bạo?

Một trong những điều khó khăn nhất của những người bị sang chấn đó là đối mặt với nỗi hổ thẹn về cách hành xử của mình khi bị sang chấn, dù đó là hành động họ bị sai khiến (ví dụ một người lính được giao nhiệm vụ giết ai đó) hay chủ động làm (ví dụ một đứa bé bị xâm hại tình dục cố gắng làm nguôi giận kẻ đã xâm hại mình).

Sarah Haley là một trong những người đầu tiên ghi chép lại hiện tượng này. Trong một bài báo mang tính thúc đẩy to lớn trong việc hình thành chẩn đoán PTSD có tên "When the Patient Reports Atrocities" (Khi bệnh nhân tường thuật lại những hành động hung tợn), cô đề cập đến việc nhiều người lính cảm thấy rất khó khăn, thậm chí gần như là không thể kể lại hay lắng nghe về những hành động dã man mà họ và những người lính khác từng làm trong chiến tranh. Trong những hoàn cảnh cụ thể nào đó, những người bị sang chấn vừa cảm thấy rất khó khăn khi phải chứng kiến hành động dã man của ai đó, vừa phải chịu đựng nỗi mặc cảm vì mình đã làm hoặc đã không làm gì đó trong những hoàn cảnh ấy vì đã quá sợ hãi, phụ thuộc, kích động hay giận dữ.

Vài năm sau, tôi bắt gặp hiện tượng tương tự ở những nạn nhân bị lạm dụng tình dục khi còn bé: Hầu hết họ cảm thấy nhục nhã vì đã cố gắng sống và giữ mối quan hệ với kẻ đã lạm dụng tình dục mình. Điều này đặc biệt đúng nếu hung thủ là người mà đứa trẻ rất gần gũi và phụ thuộc vào như cha, chú, ông. Nạn nhân thường bối rối, không rõ mình có thực sự là nạn nhân hay đã tự nguyện tham gia vào cuộc tiếp xúc thể xác nọ. Họ hoang mang giữa tình yêu và nỗi sợ, giữa

đau đớn và khoái cảm. Chúng ta sẽ quay lại tình huống khó xử này trong những trang tiếp theo.

VÔ CẢM

Có lẽ triệu chứng tệ nhất của Tom là bị vô cảm. Ông thật lòng muốn yêu thương gia đình nhưng trái tim ông như thể đã hóa đá, khiến ông cứ muốn xa cách họ. Sự vô cảm này khiến ông thường chỉ cảm thấy tức giận hoặc xấu hổ về bản thân. Nhiều lần soi gương cạo râu, ông không thể nhận ra chính mình.

Khi tranh luận trước tòa, ông lắng nghe và quan sát chính bản thân mình, rồi tự hỏi sao mình lại có thể đưa ra những lập luận vững chắc như vậy. Khi thắng kiện, ông giả vờ hài lòng. Khi thua kiện, ông tỏ ra như thể mình đã đoán trước được điều này và tự bỏ cuộc trước khi nó xảy ra. Dù là một luật sư tài năng nhưng ông vẫn luôn cảm thấy như đang trôi nổi lơ lửng giữa không gian vô định.

Ông kể rằng thứ duy nhất kéo ông ra khỏi cảm giác vô định này là sự tập trung toàn tâm toàn ý vào một vụ kiện cụ thể nào đó. Tom phải biện hộ cho một tên cướp khỏi án giết người. Trong suốt thời gian theo đuổi vụ kiện, ông hoàn toàn bị hút vào việc phải tìm ra một chiến thuật để thắng kiện. Nhiều đêm ông thức trắng, vắt óc nghĩ suy trăm mưu nghìn kế, như thể đang chuẩn bị cho một trận đánh lớn. Ông cảm thấy tràn trề sức sống, chẳng bận tâm điều gì ngoài vụ kiện, đầu óc không còn chỗ cho những cơn ác mộng.

Ấy vậy mà ngay sau khi thắng kiện, ông như thể mất đi toàn bộ năng lượng và động lực. Những cơn ác mộng trở về. Ông lại bất thần nổi những cơn cuồng nộ, dữ dội đến mức phải rời mô-tô đi thuê nhà nghỉ vì nếu tiếp tục ở nhà thì ông có thể sẽ hành hung vợ con. Nhưng khi ở một mình, Tom vẫn bị bóng ma quá khứ đeo bám, hành

hạ, thế nên ông lao vào uống rượu, dùng ma túy, làm việc điên cuồng... Khi lật tờ tạp chí Soldier of Fortune (Chiến binh may mắn), Tom mơ mộng việc trở thành một tay đánh thuê, tham gia vào các cuộc chiến tranh chấp lãnh thổ ở châu Phi.

Khi tinh thần phần nào ổn định trở lại, ông rời nhà nghỉ, leo lên mô-tô, phóng bạt mạng về nhà.

TÀI SẮP XẾP NHẬN THỨC

Tôi bắt đầu một nghiên cứu tại Bộ Cựu chiến binh bằng việc tìm hiểu những cơn ác mộng, nhưng cuối cùng, tôi lại khám phá ra cách sang chấn đã làm thay đổi nhận thức và trí tưởng tượng của con người như thế nào.

Người đầu tiên đăng ký tham gia nghiên cứu về ác mộng của tôi là Bill – một cựu lính cứu thương từng chứng kiến nhiều sự kiện khốc liệt tại Việt Nam mười năm về trước. Sau khi giải ngũ, ông theo học ở một trường dòng đào tạo thần học, và đã được chỉ định giáo xứ đầu tiên của mình trong một nhà thờ thuộc Giáo đoàn ở ngoại ô thành phố Boston. Ông kết hôn với một y tá.

Cuộc sống và công việc của Bill đều bình thường cho đến khi vợ chồng ông có con đầu lòng. Vào ngày đầu tiên vợ đi làm lại sau sinh, ông phải ở nhà chăm sóc con thơ một mình, khi đứa bé gào khóc dữ dội, những ký ức khủng khiếp về những đứa trẻ đang thoi thóp ở Việt Nam năm nào ùa về tâm trí ông, khiến ông sốc nặng.

Bill phải gọi điện thoại bảo vợ về nhà gấp để thay ông chăm sóc con, còn ông hoảng loạn lao đến Bộ Cựu chiến binh. Ông nói với các bác sĩ rằng ông liên tục nghe thấy tiếng trẻ con gào khóc và trông thấy những khuôn mặt trẻ thơ cháy xém hay đầy máu me. Những đồng nghiệp của tôi nghĩ rằng Bill “bị tâm thần”, vì sách vở thời ấy

nói rằng ảo giác âm thanh và hình ảnh là những triệu chứng của bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid. Bill có triệu chứng này có thể vì cảm giác vợ đã không còn dành toàn bộ tình yêu cho mình từ khi có con.

Hôm ấy, khi tôi đến thì thấy các bác sĩ lo lắng vây quanh Bill, chuẩn bị tiêm cho ông một liều thuốc chống loạn thần cường độ mạnh rồi đưa ông vào khu cách ly. Họ miêu tả những triệu chứng của Bill cho tôi nghe và hỏi ý kiến của tôi. Tôi thấy chẩn đoán “bị tâm thần” dường như có gì đó không ổn.

Tôi hỏi Bill xem tôi có thể nói chuyện với ông không, ông đồng ý. Sau khi lắng nghe câu chuyện của ông, tôi bất giác diễn giải lời của vị bác sĩ thần kinh và tâm lý người Áo Sigmund Freud, người sáng lập trường phái Phân tâm học, từng nói về sang chấn vào năm 1895, tôi nói với Bill: “Tôi nghĩ anh đang bị những ký ức dày vò”.

Tôi nói với Bill rằng tôi sẽ cố gắng giúp ông. Sau khi kể cho ông ít thuốc giúp ổn định cảm xúc, tôi hỏi ông có muốn quay lại sau vài ngày nữa để tham gia nghiên cứu về những cơn ác mộng của tôi không. Ông đồng ý.

Một phần của nghiên cứu này là bài trắc nghiệm Rorschach rất độc đáo mà người tham gia hầu như không thể nói dối: nhìn vào bức hình một vết mực và cho biết họ liên tưởng điều gì. Bài kiểm tra này giúp ta biết được cách tâm trí của ai đó vận hành, tức là cách họ xây dựng hình ảnh trong tâm trí từ một kích thích vô nghĩa là một vết mực.

Con người là sinh vật tự tạo ra ý nghĩa, nghĩa là khi nhìn thấy vết mực, ta sẽ có xu hướng liên tưởng đến một hình ảnh hay một câu

chuyện nào đó, tương tự như ta nằm trên bãi cỏ, ngắm mây trời và tưởng tượng đủ thứ hình thù.

Bài trắc nghiệm gồm hai bức hình vết mực, một bức trắng đen và một bức có màu vốn sẽ gây ra cảm giác sốc màu. Khi Bill trông thấy tấm hình có màu, ông kinh hãi thốt lên: “Đây là đứa trẻ bị nổ tung mà tôi từng thấy khi ở Việt Nam. Ở giữa hình chính là máu, là da thịt bị cháy xém”. Bill thở gấp gấp, trán lấm tấm mồ hôi, càng lúc càng hoảng loạn. Rõ ràng Bill đang nhìn thấy hình ảnh ông bất lực ôm trên tay một em bé đang thoi thóp cách đây mười năm, đang ngửi thấy những mùi vị chiến tranh, đang có những cảm xúc mãnh liệt giống y như ngày ấy. Bill đang sống lại cơn đau tâm lý năm xưa chỉ vì trông thấy một vết mực.

Những biểu hiện của Bill giúp tôi nhận ra rõ hơn những nỗi đau đón thường xuyên ám ảnh các cựu chiến binh như thế nào và hiểu rằng nhất định phải tìm ra cách giúp họ quay lại cuộc sống bình thường. Họ không biết khi nào những ký ức khủng khiếp lại sống dậy và khi nào chúng mới vĩnh viễn ngủ yên.

Tôi đã dành nhiều năm tìm hiểu về cách hiệu quả nhất để đối phó với những hồi tưởng. Bill chính là một trong những người thầy quan trọng nhất của tôi trong hành trình nghiên cứu cam go ấy.

Khi cho thêm 21 cựu chiến binh xem bức hình vết mực có màu, 16 người có cùng phản ứng như nhau, họ hoảng loạn mô tả lại những hình ảnh đau thương trong chiến tranh: “Đây là lục phủ ngũ tạng của Jim bạn tôi khi bị vỏ bom xé toạc bụng”, “Đây là cái cổ bị bắn nát của Danny bạn tôi khi chúng tôi đang cùng ăn trưa”. Không ai trong số 16 người này liên tưởng đến hình người nhảy múa, con

bướm, người ngồi xe mô-tô, những thứ vốn là liên tưởng của người bình thường.

Đáng lo hơn, 5 người còn lại không biểu lộ cảm xúc gì trên mặt, họ nói: “Đây chẳng là gì cả”, “Chỉ là một vết mực thôi”. Tất nhiên họ đúng, nhưng phản ứng bình thường của con người đối với những kích thích mơ hồ là dùng trí tưởng tượng của mình để “khoác” ý nghĩa cho những đối tượng kích thích ấy. Nghĩa là, nếu nhìn vết mực, một người bình thường sẽ lập tức tưởng tượng về hình thù gì đó, một con bướm chẳng hạn. Vì thế, 5 người thấy vết mực chỉ là vết mực là những người rất không bình thường.

Kết quả bài trắc nghiệm Rorschach giúp ta biết những người chịu sang chấn có xu hướng áp đặt nỗi đau của họ lên mọi thứ xung quanh và rất khó giải nghĩa được những sự vật hiện tượng xảy ra quanh họ.

Chúng ta cũng biết được rằng sang chấn có ảnh hưởng đến trí tưởng tượng, khiến nó trở nên nghèo nàn, mất tính linh hoạt. Não bộ của 5 người nhìn vết mực chỉ thấy vết mực tức là họ đã mất khả năng tưởng tượng, vui đùa. Nhưng 16 người nhìn vết mực ra những hình ảnh trong quá khứ thì chứng tỏ rằng tâm lý họ không còn tính linh hoạt, họ đơn giản chỉ đang tua đi tua lại một cuộn phim cũ.

Trí tưởng tượng vô cùng quan trọng đối với chất lượng cuộc sống của chúng ta vì nó cho phép chúng ta tạm rời khỏi công việc hằng ngày để mơ mộng đến những điều khiến cuộc sống ta thú vị, phong phú và nhiều màu sắc hơn, đi du lịch đến những nơi tuyệt đẹp, thưởng thức các món ăn ngon, có được tình yêu lãng mạn.

Trí tưởng tượng giúp ta mượn tưởng tượng ra những khả năng mới, vốn là động lực thiết yếu để ta biến những ước mơ thành sự thật. Nó

khơi nguồn sáng tạo, làm khuây khỏa cơn buồn chán, xoa dịu nỗi đau, nâng cao khoái lạc và thắt chặt những mối quan hệ thân mật nhất của chúng ta.

Khi con người liên tục và miễn cưỡng bị lôi trở về quá khứ, trở về thời điểm cuối cùng họ cảm thấy mình có đóng góp tích cực cùng những xúc cảm sâu sắc, họ không còn trí tưởng tượng, tâm trí không còn linh hoạt nữa. Không có trí tưởng tượng đồng nghĩa với không có ước mơ, không có cơ hội để hình dung ra một tương lai tươi sáng hơn, không còn nơi để về hay ao ước đến.

Bài trắc nghiệm Rorschach cũng cho chúng ta thấy những người bị sang chấn nhìn cuộc đời qua các lăng kính khác với những người khác. Với nhiều người, một người đàn ông đang đi trên đường có thể chỉ là ông ta đang tản bộ hóng mát, nhưng một cô gái từng bị hãm hiếp thì có thể nghĩ rằng ông ta sắp sẵn đến sàm sỡ mình, thế nên cô bắt đầu hoảng loạn.

Một giáo viên nghiêm khắc có thể chỉ là đáng sợ đối với những đứa trẻ bình thường, nhưng với một đứa trẻ hay bị bố dượng đánh đập thì người giáo viên đó có thể là hiện thân của người tra tấn, từ đó trẻ có thể hoảng loạn, nổi cáu, hoặc sợ hãi đến mức co rúm vào một góc.

MẮC KẸT TRONG NỖI ĐAU

Phòng khám của chúng tôi lúc nào cũng đông nghẹt các cựu chiến binh ở chiến trường Việt Nam đang muốn được trợ giúp về mặt sức khỏe tâm thần. Song, vì đội ngũ bác sĩ có trình độ quá ít ỏi nên các bệnh nhân thường phải nằm trong danh sách chờ, dù ngày ngày họ vẫn đang tự làm khổ mình và người thân. Khi thấy ngày càng nhiều cựu chiến binh tự tử, bị bắt giữ vì ẩu đả lúc say xỉn, tôi đã

xin phép tổ chức các nhóm sinh hoạt ngay tại phòng khám dành cho các cựu chiến binh trẻ để trợ giúp họ tạm thời trong khi chờ đợi được chữa trị “thật sự”.

Tại buổi gặp mặt đầu tiên của nhóm các cựu thủy quân lục chiến, một người thẳng thừng tuyên bố: “Tôi không muốn nói về cuộc chiến”. Tôi trả lời rằng các thành viên có thể thảo luận bất cứ điều gì họ muốn. Mọi người im lặng suốt ba mươi phút, cuối cùng, một cựu chiến binh bắt đầu kể về tai nạn máy bay trực thăng của mình. Thật ngạc nhiên, nghe xong chuyện, những người còn lại liền sôi nổi kể về những trải nghiệm đau thương của họ.

Vào những tuần sau đó, các thành viên đều đến sinh hoạt đều đặn vì tìm thấy sự cộng hưởng và vơi bớt cảm giác sợ hãi, trống rỗng. Tại nhóm, họ cảm nhận được tình bằng hữu như thể khi còn chinh chiến. Với họ, nhóm này như một đơn vị chiến đấu và khẳng khẳng muốn tôi trở thành một phần của đơn vị này, vì thế, vào sinh nhật tôi, họ tặng tôi một bộ đồng phục của thuyền trưởng hải quân. Hành động này của họ gửi đến tối tín hiệu: hoặc là tham gia đơn vị hoặc đi chỗ khác chơi và chúng ta chẳng có quan hệ gì với nhau. Sau những trải nghiệm chiến tranh đau thương, họ đã phân con người thành hai nhóm rạch ròi: quen biết và không quen biết. Họ không tin tưởng những người chưa từng cùng họ trải nghiệm giai đoạn đau thương vì cho rằng những người này không tài nào hiểu được những gì họ đã gặp, đã cảm thấy. Điều đáng buồn là trong số những người họ không tin tưởng có cả vợ chồng, con cái, đồng nghiệp.

Sau đó, tôi tổ chức nhóm những cựu chiến binh trên 70 tuổi, tức đáng tuổi bố tôi, thuộc đội quân dưới quyền chỉ huy của đại tướng

George S. Patton. Chúng tôi thường gặp vào 8 giờ sáng thứ Hai. Ở Boston, mùa đông thường có bão tuyết, giao thông công cộng tê liệt, vậy mà không cựu chiến binh nào vắng mặt, có người còn đi bộ cả quãng đường xa. Vào Giáng sinh, họ tặng tôi một chiếc đồng hồ đeo tay hiệu GI đời 1940 như một “dấu hiệu” tôi là người thuộc nhóm của họ.

Khi sinh hoạt nhóm, tôi kêu gọi họ nói về những khó khăn họ đang gặp hằng ngày nếu có, như quan hệ vợ chồng, con cái, ứng phó với sếp, chán nản trong công việc, uống nhiều rượu... Phản ứng thường thấy là họ phản đối gay gắt chủ đề này và chỉ thích kể chuyện đã giết một kẻ địch thế nào hay trực thăng của họ bị bắn rơi ra sao. Dù những sự kiện đó đã xảy ra cách đây 10 năm hay hơn 40 năm thì với họ, chúng vẫn mới nguyên như ngày nào, là toàn bộ ý nghĩa cuộc sống của họ, là thứ duy nhất có thể khiến họ “sống lại”, hào hứng, sôi nổi, tươi tỉnh, xúc động mạnh khi nhớ về.

CHẨN ĐOÁN STRESS SAU SANG CHẤM

Trong những ngày đầu làm việc ở Bộ Cựu chiến binh, tôi và các đồng nghiệp đã liệt các cựu chiến binh vào tất cả các loại chẩn đoán: nghiện rượu, lạm dụng chất gây nghiện, trầm cảm, rối loạn khí sắc, tâm thần phân liệt – và thử mọi phương pháp điều trị đã được học trường lớp, nhưng chẳng mấy hiệu nghiệm. Các loại thuốc mạnh mà chúng tôi kê cho họ thường khiến họ mụ mị đến mức gần như chẳng làm được gì. Khi chúng tôi khuyến khích họ kể chi tiết ký ức đau thương đã trải qua, họ chỉ càng đau đớn thêm chứ chẳng thấy khá hơn. Nhiều bệnh nhân bỏ chúng tôi vì nghĩ chúng tôi đã chẳng giúp được gì mà còn làm cho mọi thứ tồi tệ hơn.

Năm 1980 đánh dấu một bước ngoặt trong việc điều trị cho các cựu chiến binh: Một nhóm các cựu chiến binh Mỹ từng tham chiến tại Việt Nam, với sự trợ giúp của các nhà phân tâm học ở New York, Chaim Shatan và Robert J. Lifton, đã vận động thành công Hiệp hội Tâm thần Mỹ (American Psychiatric Association) đưa ra một chẩn đoán mới: rối loạn stress sau sang chấn (PTSD - Post-Traumatic Stress Disorder), mô tả một nhóm các triệu chứng phổ biến, ở mức độ cao hơn hoặc thấp hơn, cho tất cả cựu chiến binh. Với một khung khái niệm vững chắc, PTSD đã khiến chúng tôi thay đổi rõ rệt hiểu biết về các bệnh nhân. PTSD cũng đã mở lối cho nhiều nghiên cứu và nỗ lực tìm kiếm phương pháp điều trị hiệu quả.

Lấy cảm hứng từ những tiềm năng của chẩn đoán mới này, tôi đề xuất với Bộ Cựu chiến binh một nghiên cứu sinh học về những ký ức sang chấn. Liệu ký ức của những người bị PTSD có khác với những người khác? Với hầu hết mọi người, ký ức của một sự kiện khó chịu nào đó cuối cùng sẽ biến mất hoặc biến thành một điều lành mạnh hơn. Nhưng hầu hết bệnh nhân của chúng tôi không thể xem những gì họ đã trải qua thật sự đã xảy ra cách đây rất lâu.

Dòng đầu tiên của thư từ chối như sau: “PTSD chưa bao giờ được ghi nhận là có liên quan đến sứ mệnh của Bộ Cựu chiến binh”. Kể từ đó, tất nhiên nhiệm vụ của Bộ Cựu chiến binh chủ yếu là chẩn đoán PTSD và tổn thương não bộ. Các nguồn lực chính đều đổ vào tìm “phương pháp điều trị dựa trên bằng chứng” cho các cựu chiến binh bị tổn thương. Vì không muốn tiếp tục làm việc trong một tổ chức có quan điểm thực tế quá khác biệt so với chính mình nên tôi đã nộp đơn từ chức. Năm 1982, tôi đảm nhiệm một vị trí tại Trung tâm

Sức khỏe Tâm thần Massachusetts (MMHC - Massachusetts Mental Health Center).

Trách nhiệm mới của tôi là giảng dạy một lĩnh vực nghiên cứu còn non trẻ: tâm thần dược học, cách sử dụng thuốc nhằm làm thuyên giảm bệnh lý tâm thần. Hầu như ngày nào tôi cũng phải đối mặt với những vấn đề mà tôi nghĩ mình đã để lại phía sau khi rời khỏi Bộ Cựu chiến binh. Kinh nghiệm làm việc với những cựu chiến binh khiến tôi nhạy cảm với ảnh hưởng của sang chấn đến mức giờ đây tôi có cái nhìn rất khác mỗi khi lắng nghe những bệnh nhân bị trầm cảm hoặc sợ hãi kể chuyện bị xâm hại tình dục hoặc phải hứng chịu bạo lực gia đình. Tôi rất ngỡ ngàng khi gặp rất nhiều nữ bệnh nhân kể rằng mình từng bị xâm hại tình dục khi còn nhỏ bởi chính người ruột thịt.

Điều này thật khó hiểu vì những sách giáo khoa về tâm thần học lúc bấy giờ đều ghi nhận rằng loạn luân rất hiếm xảy ra ở Hoa Kỳ, chỉ 1 trường hợp trên 1 triệu phụ nữ°. Lúc bấy giờ ở Hoa Kỳ chỉ có khoảng 100 triệu phụ nữ, tôi tự hỏi làm sao mà có đến gần một nửa trong số 47 nữ bệnh nhân của tôi lại gặp đúng vấn đề này?

Hơn nữa, sách giáo khoa nói rằng: “Rất ít người cho rằng loạn luân giữa bố và con gái là nguồn gốc của những bệnh lý tâm thần nghiêm trọng trong tương lai”. Trong khi đó, những bệnh nhân của tôi từng bị xâm hại tình dục khi còn bé khó tránh khỏi “bệnh lý tâm thần trong tương lai” vì hiện giờ, họ vô cùng trầm cảm, hoang mang và thường có những hành vi kỳ lạ tự xâm hại bản thân như tự lấy dao lam của người. Sách giáo khoa thậm chí còn tán đồng nạn loạn luân khi giải thích rằng “Những hành vi như thế làm giảm khả năng mắc chứng rối loạn tâm thần của bệnh nhân và cho phép bệnh nhân điều

chỉnh bản thân hòa hợp với thế giới bên ngoài tốt hơn”. Trong khi trên thực tế, loạn luân có ảnh hưởng tồi tệ đến sức khỏe và tâm lý của phụ nữ.

Trên nhiều phương diện, các bệnh nhân này không khác những cựu chiến binh trước kia của tôi ở Bộ Cựu chiến binh. Họ cũng có những cơn ác mộng và hồi tưởng. Họ thì thoảng nổi cơn thịnh nộ hay chẳng có cảm xúc gì. Hầu hết họ cảm thấy khó gặp gỡ những người khác và gặp rắc rối khi duy trì những mối quan hệ có ý nghĩa.

Giờ thì chúng ta đã biết rằng chiến tranh không phải là tai họa duy nhất tàn phá cuộc đời của con người mà còn có bạo lực, hiếp dâm. Ước tính khoảng 1 số binh lính chinh chiến trên chiến trường sẽ gặp phải những vấn đề hậu sang chấn nghiêm trọng, phần lớn cư dân Mỹ đều trải qua bạo lực tại một thời điểm nào đó trong cuộc đời, và những báo cáo chính xác hơn cho thấy hàng triệu phụ nữ ở Mỹ là nạn nhân của hiếp dâm, hơn một nửa trong số đó là bé gái dưới 15 tuổi.

Đối với nhiều người, chiến tranh bắt đầu từ trong chính tổ ấm: Hằng năm có khoảng 3 triệu trẻ em Mỹ là nạn nhân của lạm dụng trẻ em và bị bỏ rơi. Một triệu trong số đó là những trường hợp đặc biệt nghiêm trọng và đủ bằng chứng buộc các dịch vụ bảo vệ trẻ em hay tòa án phải can thiệp". Nói cách khác, cứ 1 người lính xả thân trên mặt trận thì có đến 10 trẻ em bị đe dọa trong chính ngôi nhà của mình. Điều này vô cùng bị thương vì trẻ em sẽ rất khó lớn lên và phục hồi nếu nguồn gốc nỗi sợ hãi và nỗi đau của các em không phải do quân thù trên chiến trường gây ra mà do chính những người chăm sóc, nuôi dưỡng các em mang lại.

MỘT HIỂU BIẾT MỚI

Trong ba năm tiếp xúc và điều trị cho Tom, tôi đã học được rất nhiều kiến thức về tác động và biểu hiện của sang chấn, những cách giúp người bị sang chấn tìm đường quay lại với cuộc sống đời thường.

Từ những năm 1990, các công cụ chụp não đã giúp chúng ta thấy những gì thực sự xảy ra bên trong bộ não của những người bị sang chấn, từ đó, ta hiểu những tổn hại do sang chấn gây ra và xây dựng được những phương thức chữa trị mới.

Chúng ta cũng đã bắt đầu hiểu những trải nghiệm, đè nén, dằn vặt ảnh hưởng đến chúng ta như thế nào, về những cảm giác sâu thẳm nhất của chúng ta và mối quan hệ của chúng ta với thực tế vật chất – và rằng chúng ta là ai. Chúng ta biết sang chấn không chỉ là một sự kiện xảy ra trong quá khứ mà còn là dấu ấn của trải nghiệm để lại trong tâm trí, não và cả cơ thể ta. Dấu ấn này gây những hệ quả lâu dài lên cách cơ thể ta cố tìm cách sống sót trong hiện tại.

Sang chấn tâm lý dẫn đến việc thay đổi kết cấu nền tảng của cách thức mà tinh thần và não bộ xử lý nhận thức. Nó thay đổi việc chúng ta suy nghĩ như thế nào và về cái gì, thay đổi cả khả năng suy nghĩ của chúng ta.

Chúng tôi nhận thấy cần giúp đỡ những nạn nhân của sang chấn tâm lý để họ diễn tả được bằng lời những gì đã xảy ra với họ. Nhưng bấy nhiêu đó vẫn chưa đủ để chữa lành cho họ. Việc kể lại câu chuyện không phải luôn luôn giúp thay đổi những phản ứng của cơ thể và hormone đang trong tình trạng gia tăng cảnh giác, chuẩn bị tinh thần cho việc sắp sửa bị xâm hại hay tấn công bất cứ lúc nào. Để có được những thay đổi thực sự, cơ thể của người bị sang chấn

cần hiểu rõ rằng nguy hiểm đã qua đi và họ phải học cách sống trong hiện tại.

Khi cố gắng thấu hiểu về sang chấn tâm lý, tôi đã có một cái nhìn khác về trí óc con người và quá trình chữa lành của nó.

Chương 2

CUỘC CÁCH MẠNG TRONG VẤN ĐỀ THẤU HIỂU TÂM TRÍ VÀ NÃO BỘ

Hoài nghi càng lớn, thức tỉnh càng to lớn; hoài nghi càng nhỏ, thức tỉnh càng bé nhỏ. Không hoài nghi thì sẽ không bao giờ thức tỉnh.

C.-C. Chang, The Practice of Zen (Thực hành Thiền định)

Cuộc đời của bạn vô cùng ngắn ngủi, nhưng đó không chỉ là cuộc sống riêng của bạn mà là sự kết hợp của những mảnh đời khác đang sống cùng thời với bạn. Bạn chính là một biểu hiện của lịch sử.

Robert Penn Warren, World Enough and Time (Trần gian đủ và Thời gian)

Vào cuối thập niên 1960, tôi đã chứng kiến những tiến bộ vượt bậc trong tiếp cận y khoa đối với những tổn thương về mặt tâm thần. Khi chuẩn bị vào năm hai đại học y, tôi tranh thủ làm phụ tá tại một phòng nghiên cứu ở MMHC. Nhiệm vụ của tôi là tổ chức những hoạt động giải trí cho bệnh nhân.

MMHC từ lâu được coi là một trong những bệnh viện tâm thần tốt nhất nước Mỹ, một viên ngọc quý trên chiếc vương miện của \để chế

giảng dạy Y khoa Harvard. Mục tiêu của phòng nghiên cứu là xác định liệu pháp tâm lý hay thuốc là cách tốt nhất để điều trị những người trẻ tuổi được chẩn đoán bị tâm thần phân liệt lần đầu tiên.

Phương pháp chữa bệnh bằng cách trò chuyện – một nhánh của phân tâm học Freud – vẫn là phương pháp điều trị chính cho các bệnh tâm thần ở MMHC. Tuy nhiên, vào đầu những năm 1950, một nhóm các nhà khoa học Pháp đã phát hiện ra một hợp chất mới: chlorpromazine (tên thương phẩm là Thorazine), có thể “an thần” bệnh nhân, khiến họ bớt kích động, hoang tưởng. Điều này đã thúc đẩy hy vọng rằng ta có thể phát triển các dược phẩm nhằm điều trị các vấn đề nghiêm trọng về tinh thần như trầm cảm, rối loạn hoảng loạn, rối loạn lo âu và hàng cảm, cũng như để kiểm soát một số triệu chứng đáng lo ngại nhất của bệnh tâm thần phân liệt.

Vì là phụ tá nên tôi không liên quan gì đến công việc của phòng nghiên cứu và chưa bao giờ được nêu lên ý kiến của mình về phương pháp điều trị cho bệnh nhân. Những bệnh nhân của tôi tuổi chẳng kém tôi bao nhiêu, họ là sinh viên tại các trường đại học như Harvard, MIT và Boston. Có người cố tự sát, có người tự lấy dao lam cắt cơ thể, có người tấn công bạn cùng phòng, có người khiến người thân sửng sốt tốt độ vì những hành động khó lường... Công việc của tôi là giữ cho họ tham gia vào các hoạt động bình thường của sinh viên như ăn tại cửa hàng pizza, cắm trại trong rừng, xem bóng chày, du thuyền trên sông. Tôi thường tập trung cao độ trong các buổi trao đổi của các nhân viên phòng nghiên cứu, tôi cố gắng lý giải và hiểu những lời nói của các bệnh nhân. Tôi cũng phải học cách xử lý khi bệnh nhân bộc phát cảm xúc, hoặc những lúc họ rụt rè, sợ hãi.

Một sáng nọ, tôi bắt gặp một nữ bệnh nhân đứng yên như tượng trong phòng ngủ, mặt mày đông cứng vì sợ hãi, một tay giơ lên như phòng thủ. Cô ấy cứ đứng bất động như thế suốt 12 tiếng. Các bác sĩ cho tôi biết cô ta bị thể căng trương lực. Những sách tôi đã học qua không đề cập cách chữa trị loại bệnh này, thế nên chúng tôi chỉ có thể để mặc bệnh nhân như thế đến khi cô ấy tự ngừng lại.

NHỮNG CUỘC TÂM SỰ TRƯỚC BÌNH MINH

Tôi ở lại văn phòng làm việc nhiều đêm và cả nhiều ngày nghỉ cuối tuần, nhờ thế mà quan sát và biết được nhiều điều hơn so với các bác sĩ thường chỉ thăm các bệnh nhân chớp nhoáng. Khi bệnh nhân không ngủ được, họ thường mặc áo choàng tắm đi lang thang vào trạm điều dưỡng tối tăm để tìm tôi nói chuyện. Màn đêm im ắng dường như giúp họ cởi mở hơn. Họ kể tôi nghe chuyện họ bị đánh đập, tấn công, hay lạm dụng tình dục bởi bố mẹ, bạn cùng lớp hay hàng xóm. Có người kể tôi nghe về những buổi tối xa xưa, họ sợ hãi nằm trên giường nghe tiếng bố đánh đập mẹ, tiếng chửi bới đe dọa, tiếng đồ đạc trong nhà bị đập vỡ. Có người kể tôi nghe những hôm họ nghe tiếng chân ông bố nát rượu bước vào nhà, rồi lòi họ ra khỏi giường, đánh đập tơi bời vì những lỗi lầm họ không hề mắc phải. Một vài bệnh nhân nữ kể về những đêm tuổi thơ, họ nằm bất động trên giường, mắt thao láo, chờ đợi điều không thể tránh khỏi là bố hay anh trai sẽ bước vào phòng và lạm dụng tình dục họ.

Trong những cuộc họp mỗi sáng, các bác sĩ trẻ sẽ trình bày ca bệnh của mình cho vị giám sát nghe, và những nhân viên phụ tá trong khoa nghiên cứu được phép im lặng theo dõi. Các bác sĩ hiếm khi nhắc đến những câu chuyện tôi từng nghe bệnh nhân kể. Tuy nhiên, về sau, có rất nhiều nghiên cứu chứng minh rằng một nửa số

người tìm kiếm sự chăm sóc về tâm thần là những người từng bị tấn công, bỏ rơi, bỏ mặc, bị hăm hiếp khi còn nhỏ hoặc đã từng chứng kiến hành vi bạo lực trong gia đình'. Nhưng những trải nghiệm đau thương này dường như không được nhắc đến trong những buổi họp ấy.

Tôi thường ngạc nhiên khi thấy các đồng nghiệp thân thiện nhắc đến những triệu chứng của bệnh nhân, thấy họ dành nhiều thời gian để kiểm soát suy nghĩ tự sát và hành vi tự hủy hoại bản thân của bệnh nhân hơn là tìm hiểu nguyên nhân khiến các bệnh nhân tuyệt vọng và buông xuôi. Tôi cũng rất ngỡ ngàng khi thấy người ta quan tâm quá ít đến những thành tựu và khát vọng của họ; những người họ quan tâm, yêu mến, hay thù ghét; điều gì động viên và thúc đẩy họ, điều gì khiến họ bế tắc, điều gì khiến họ cảm thấy bình yên – tức hệ sinh thái đời sống của họ.

Sau đó vài năm, khi làm việc tại một bệnh viện Công giáo, tôi kiểm tra thể chất cho những phụ nữ mắc bệnh trầm cảm sắp được điều trị bằng liệu pháp sốc điện. Vốn tò mò nên tôi hỏi thăm cuộc sống của họ. Nhiều người liền mau mắn kể tôi nghe chuyện đời họ: cuộc hôn nhân đầy đau khổ, những đứa con ngỗ nghịch, cảm giác tội lỗi vì đã phá thai. Trong lúc chia sẻ, gương mặt họ bừng sáng rõ rệt. Họ thường cảm ơn tôi rối rít vì đã lắng nghe họ tâm sự. Một vài người trong số họ phân vân không biết mình có cần dùng liệu pháp sốc điện hay không vì sau khi trò chuyện với tôi họ đã trút được phần lớn gánh nặng tâm lý. Tôi thường thấy rất buồn sau mỗi cuộc gặp mặt bệnh nhân như thế, vì tôi biết rằng vào ngày mai, khi họ được sốc điện, họ sẽ quên luôn buổi nói chuyện này. Làm công việc này được một thời gian ngắn, tôi quyết định nghỉ.

Vào những ngày không phải đi làm, tôi thường đến Thư viện Y học Countway (Countway Library of Medicine) để tìm đọc các đầu sách có ích cho công việc. Một chiều thứ Bảy nọ, tôi tìm thấy cuốn sách có tựa Dementia Praecox của tác giả Eugen Bleuler xuất bản năm 1911, viết về bệnh tâm thần phân liệt. Bleuler đã có những quan sát thật tuyệt vời:

Trong số các ảo giác tâm thần phân liệt về cơ thể, những ảo giác về tình dục là thường xuyên nhất và quan trọng nhất. Những bệnh nhân này đều trải nghiệm tất cả những điều kỳ diệu và niềm vui từ thỏa mãn tình dục bình thường và dị thường, nhưng họ còn phải trải nghiệm những cách thức tục tĩu và kinh tởm, xuất phát từ những tưởng tượng ngông cuồng nhất. Bệnh nhân nam bị xuất tinh, trải qua những kích thích dương vật đau đớn. Những bệnh nhân nữ cảm giác như bị hãm hiếp và gây tổn thương bằng những cách thức tàn ác nhất. Mặc dù rất nhiều ảo giác có ý nghĩa mang tính biểu tượng, nhưng phần lớn ảo giác đều tương ứng với những cảm giác thực sự. @@

Điều này khiến tôi tự hỏi: Nếu những câu chuyện mà các bệnh nhân bị “ảo giác”, nghĩa là bị bất ổn tâm thần, kể tôi nghe trước bình minh là những câu chuyện có thật, thì liệu những “ảo giác” này có phải là những mẫu ký ức về các trải nghiệm hoàn toàn có thật không?

Liệu ảo giác có phải chỉ do những bộ óc bị bệnh tạo dựng nên? Lẽ nào người ta có thể tạo ra những xúc cảm thể chất mà họ chưa bao giờ trải nghiệm sao? Có ranh giới rõ ràng nào giữa tính sáng tạo và trí tưởng tượng bệnh hoạn, giữa ký ức và tưởng tượng không?

Không có lời giải đáp cho những câu hỏi này cho đến tận ngày nay, nhưng có những nghiên cứu cho thấy những người bị lạm dụng tình dục khi còn bé thường có những cảm giác không có nguyên nhân thể chất rõ ràng nào, ví dụ như thấy đau vùng bụng, nghe thấy những giọng nói đang cảnh báo rằng họ đang gặp nguy hiểm hay đang cáo buộc họ những tội lỗi kinh khủng.

Rõ ràng, nhiều bệnh nhân có những hành vi bạo lực, kỳ quặc và tự hủy hoại mình, nhất là khi họ cảm thấy thất vọng, bế tắc hoặc cảm thấy bị người khác hiểu lầm. Họ nổi cơn tam bành, ném chén đĩa, đập bể cửa kính rồi nhặt mảnh kính vỡ cắt tay mình. Lúc đó, tôi không hiểu tại sao một bệnh nhân lại nổi giận hay sợ hãi khi có người đề nghị làm cho họ những điều đơn giản như lau tóc cho họ. Tôi thường làm theo hướng dẫn của những y tá có kinh nghiệm: lùi lại hoặc tìm cách khống chế bệnh nhân.

Tôi rất ngạc nhiên và lo sợ vì tôi cảm thấy thỏa mãn khi vật một bệnh nhân xuống sàn cho y tá tiêm thuốc. Và tôi dần nhận ra chúng tôi được đào tạo chuyên môn để làm chủ được những hiện thực đáng sợ và khó hiểu khi chăm sóc bệnh nhân.

Sylvia là một sinh viên Đại học Boston, 19 tuổi, xinh đẹp. Cô thường im lặng ngồi một mình trong góc phòng khám, mặt lộ vẻ sợ hãi tột độ. Những lời đồn thổi về việc cô là bạn gái của một tay mafia cộm cán ở Boston khiến không khí vây quanh cô đầy bí ẩn.

Khi cô không chịu ăn suốt hơn một tuần và bắt đầu sụt ký nhanh chóng, các bác sĩ quyết định ép cô ăn: ba người đè cô nằm xuống, một người đẩy ống dẫn thức ăn xuống họng cô, một y tá đổ chất lỏng dinh dưỡng vào.

Sau đó, trong một lần tâm sự với tôi lúc nửa đêm, Sylvia đã rất nhỏ nhẹ, rụt rè kể về tuổi thơ bị anh trai và người cậu xâm hại tình dục. Tôi liền nhận ra cô hẳn đã cảm thấy những biểu lộ mang tính “quan tâm” của chúng tôi không khác gì hăm hiếp tập thể cô ấy.

Trải nghiệm này, và những lần khác, đã giúp tôi hình thành một quy tắc cho những học trò của mình: Nếu bạn làm một điều gì đó với bệnh nhân mà bạn sẽ không làm điều đó với bạn bè hay con cái, tức là bạn đã vô tình tái dựng nỗi đau trong quá khứ của bệnh nhân đấy.

Khi tổ chức các hoạt động giải trí nhóm cho bệnh nhân, tôi nhận thấy họ vô cùng vụng về, không biết làm chủ cơ thể. Khi đi cắm trại, nhiều người đứng sững ra nhìn tôi dửng lều. Có lần, khi chúng tôi đang đi thuyền trên sông thì bão ập đến, hầu hết bệnh nhân nép sát người bất động vào mạn thuyền mà không hiểu rằng cần di chuyển ra sao cho thuyền thăng bằng. Khi chơi bóng chuyền, các nhân viên luôn phối hợp với nhau tốt hơn so với các bệnh nhân.

Một đặc điểm chung nữa của các bệnh nhân là ngay trong những cuộc tán gẫu giữa bạn bè với nhau thì họ cũng rất khó có những cử chỉ và biểu cảm tự nhiên trên khuôn mặt. Tôi hiểu rõ hơn về điều này sau khi gặp các nhà trị liệu cơ thể Peter Levine và Pat

Ogden. Trong những chương sau, tôi sẽ nói nhiều về việc sang chấn tâm lý được lưu giữ trong cơ thể con người như thế nào.

THẤU HIỂU NỖI ĐAU

Tại MMHC, chúng tôi dành 6 tiếng mỗi ngày với các bệnh nhân, và sau đó gặp gỡ trao đổi với những bác sĩ tâm thần có nhiều kinh nghiệm để chia sẻ những gì chúng tôi quan sát được, đặt câu hỏi và thì nhau đưa ra những bình luận hay ho nhất.

Thầy Elvin Semrad rất uyên bác và nổi tiếng thường khuyên chúng tôi không nên đọc sách giáo khoa tâm thần trong năm đầu tiên học y. Thầy Semrad không muốn những nhận thức của chúng tôi về thực tế sẽ bị những chẩn đoán tâm thần giả hiệu khuất lấp. Có lần, tôi hỏi thầy: “Thầy thấy nên gọi bệnh nhân này là bị tâm thần phân liệt hay là rối loạn phân liệt cảm xúc?”. Ông ngừng lại một lúc, vuốt cằm, dăm chiêu rồi nói: “Thầy nghĩ mình sẽ gọi anh ta là Michael McIntyre”.

Thầy Semrad dạy chúng tôi rằng hầu hết những khổ đau của con người liên quan đến tình yêu và mất mát; công việc của các nhà trị liệu là giúp mọi người “thừa nhận, trải nghiệm và thích nghi” thực tại của cuộc sống với tất cả những niềm vui và đau khổ.

Thầy thường nói: “Những nguyên nhân chính của nỗi đau khổ của chúng ta là những lời nói dối ta tự nói với bản thân”. Thầy mong mỗi chúng tôi sẽ trung thực với bản thân trong mọi khía cạnh của trải nghiệm. Ông thường nói rằng người ta không bao giờ khá hơn nếu không biết được mình đang nghĩ gì và không cảm được mình đang cảm nhận gì.

Tôi đã rất ngạc nhiên khi nghe thầy Semrad kể rằng ông thường thấy rất dễ chịu khi cảm nhận mộng của vợ áp vào mình trước khi đi ngủ mỗi tối. Bằng cách tiết lộ những nhu cầu đơn giản của chính mình, thầy đã giúp chúng tôi nhận ra những nhu cầu này cơ bản và thiết thân trong cuộc sống của chúng ta đến thế nào. Khi những nhu cầu này không được đáp ứng những ức chế sẽ hình thành và tồn tại trong ta, bất kể ta suy nghĩ cao cả và đạt những thành tựu to lớn đến mức nào. Thầy nói với chúng tôi rằng việc chữa lành những ức chế này phụ thuộc vào việc hiểu biết những trải nghiệm của bản thân:

Bạn chỉ có thể hoàn toàn chịu trách nhiệm về cuộc sống của bạn khi nào bạn thừa nhận tất cả hiện trạng về cơ thể của mình.

Tuy nhiên, nghề nghiệp của chúng tôi lại đi theo một hướng khác. Năm 1968, tạp chí American Journal of Psychiatry (Tâm thần học Hoa Kỳ) công bố kết quả nghiên cứu từ phòng nghiên cứu nơi tôi từng làm phụ tá cho thấy rõ ràng rằng các bệnh nhân tâm thần phân liệt chỉ uống thuốc lại đạt kết quả tốt hơn so với những người được trò chuyện 3 lần/tuần với các nhà trị liệu tốt nhất ở Boston. Nghiên cứu này là một trong những cột mốc quan trọng trên con đường thay đổi dần dần cách thức y khoa và tâm thần học tiếp cận các vấn đề tâm lý: từ những biểu lộ không ngừng thay đổi về những xúc cảm và những mối quan hệ không thể chấp nhận đến mô hình “rối loạn” tâm thần thực sự.

Cách y học tiếp cận những người đang gánh chịu nỗi đau luôn dựa trên công nghệ hiện có lúc bấy giờ. Trước thời kỳ Khai sáng, những lệch lạc trong hành vi sai trái đều bị gán cho Chúa, tội ác, ma thuật, phù thủy, và những linh hồn tà ác. Chỉ từ thế kỷ 19, các nhà khoa học Pháp và Đức mới bắt đầu xem xét hành vi như là một cách thức để thích ứng với sự phức tạp của thế giới. Bây giờ một mô hình mới đang nổi lên: giận dữ, tự phụ, tham lam, hám lợi, và lười nhác – cũng như tất cả những vấn đề khác mà con người chúng ta luôn phải vật lộn để kiểm soát – bị tái định nghĩa thành “những rối loạn” có thể được chữa trị bằng cách sử dụng những chất hóa học phù hợp. Nhiều nhà tâm thần học cảm thấy rất nhẹ nhõm và vui vẻ khi trở thành “những nhà khoa học thực thụ”, giống như những người bạn cùng trường y của họ có phòng thí nghiệm, thí nghiệm trên động vật, trang thiết bị đắt tiền, các xét nghiệm chẩn đoán phức tạp và gặt qua

một bên những giả thuyết bóng bẩy của những triết gia như Freud và Jung. Một giáo trình chính của tâm thần học thậm chí còn tuyên bố rằng: “Nguyên nhân của bệnh lý tinh thần hiện nay được coi là một sự sai lệch của bộ não, một sự mất cân bằng hóa học”.

Như các đồng nghiệp, tôi háo hức đón nhận cuộc cách mạng dược lý này. Năm 1973, tôi trở thành bác sĩ nội trú đầu tiên trong lĩnh vực tâm thần dược học tại MMHC. Có thể tôi cũng là bác sĩ tâm thần đầu tiên ở Boston áp dụng phương pháp điều trị lithium cho một bệnh nhân mắc chứng hưng - trầm cảm (hay còn gọi là rối loạn lưỡng cực). Khi được điều trị bởi phương pháp này, chu kỳ buồn vui thất thường vào tháng 5 hằng năm trong suốt 35 năm, và hiện tượng trầm cảm đến mức muốn tự sát vào mỗi tháng 11 của một phụ nữ đã ngừng lại và ổn định trong vòng 3 năm mà tôi điều trị.

Tôi cũng là thành viên nhóm nghiên cứu đầu tiên của Hoa Kỳ thử nghiệm thuốc chống loạn thần Clozaril trên bệnh nhân tâm thần mạn tính lớn tuổi ở các trại tâm thần. Chúng tôi thu được những kết quả tuyệt vời: Một số bệnh nhân bấy lâu nay trốn trong bóng tối đáng sợ của riêng mình đã có thể quay lại với gia đình và cộng đồng, một số người vốn sống trong tuyệt vọng bắt đầu thích tiếp xúc với người khác và tìm thấy niềm vui trong công việc và giải trí. Những kết quả tuyệt vời này khiến chúng ta lạc quan hơn vì cuối cùng ta có thể giúp con người vượt qua đau khổ.

Thuốc chống rối loạn tâm thần đã giúp giảm số người sống trong các bệnh viện tâm thần ở Mỹ từ hơn 500.000 bệnh nhân vào năm 1955 xuống còn dưới 100.000 vào năm 1996. Thay đổi tích cực này gần như không thể tin được!

Trong thời gian ở Boston, tôi tiếp tục làm việc trong phòng thí nghiệm về tâm thần dược học tại MMHC, nơi giờ đây đã chuyển hướng nghiên cứu sang một con đường khác. Trong những năm

1960, các nhà khoa học tại Viện Y tế quốc gia (National Institutes of Health) đã bắt đầu phát triển các kỹ thuật để cô lập và đo lường hormone cũng như chất dẫn truyền thần kinh trong máu và não. Các chất dẫn truyền thần kinh là những chất hóa học mang thông tin từ neuron (tế bào thần kinh) đến neuron, cho phép chúng ta có thể hòa nhập với thế giới một cách hiệu quả.

Giờ đây, các nhà khoa học đã tìm ra bằng chứng cho thấy lượng norepinephrine bất thường có liên quan đến chứng trầm cảm, và dopamine liên quan đến tâm thần phân liệt, chúng ta có hy vọng rằng có thể phát triển các loại thuốc dành cho những rối loạn tâm thần cụ thể. Niềm hy vọng đó chưa bao giờ được thực thi đến cùng, nhưng những nỗ lực đo lường mức độ ảnh hưởng của thuốc có thể ảnh hưởng đến các triệu chứng tâm thần của chúng tôi đã dẫn đến một sự thay đổi sâu sắc khác trong nghề.

Tôi đã góp phần nghiên cứu xây dựng Tiêu chuẩn chẩn đoán (Research Diagnostic Criteria). Về sau, nó trở thành cơ sở cho những tiêu chí có tính hệ thống đầu tiên để chẩn đoán các rối loạn tâm thần - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM – Sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần) – thuộc Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ (American Psychiatric Association). Tài liệu này được xem là “Kinh Thánh của tâm thần học”. Lời mở đầu của bản DSM-III năm 1980 khá khiêm tốn và thừa nhận rằng hệ thống chẩn đoán này không chính xác – đến mức nó không bao giờ được sử dụng cho mục đích pháp y hoặc bảo hiểm.

CÚ SỐC KHÔNG THỂ TRỐN THOÁT

Để làm giàu hiểu biết về stress sau sang chấn, tôi bắt đầu tham dự các cuộc họp của Hiệp hội Chuyên gia Tâm thần Dược học Hoa Kỳ (American College of Neuropsychopharmacology – ACNP).

Năm 1984, ACNP đưa ra nhiều bài thuyết giảng hấp dẫn về phát triển các loại thuốc. Khi gần sát giờ bay về Boston, tôi nghe được bài thuyết trình của Steve Maier thuộc Đại học Colorado – người đã hợp tác với Martin Seligman của Đại học Pennsylvania. Chủ đề của ông là cảm giác bất lực trong giới động vật. Maier và Seligman đã liên tục sốc điện gây đau những chú chó bị nhốt trong lồng có khóa. Họ gọi tình trạng này là “cú sốc không thể trốn thoát”.

Sau khi thực hiện một số đợt điện giật, các nhà nghiên cứu mở cửa lồng, rồi sốc điện những chú chó một lần nữa. Những chú chó chưa từng bị sốc điện liền lập tức chui ra khỏi lồng chạy trốn, nhưng những chú chó từng bị sốc điện thì chỉ nằm đó rên ư ử, không có biểu hiện gì định chui ra khỏi lồng.

Có một con đường giải thoát không có nghĩa là đối tượng bị sang chấn - dù là động vật hay con người – sẽ sẵn sàng dẫn bước để chạm đến tự do. Như những chú chó trong thí nghiệm này, rất nhiều người bị sang chấn tâm lý đã chọn bỏ cuộc. Họ thà mắc kẹt trong nỗi sợ họ từng trải qua hơn là chấp nhận rủi ro khi thử nghiệm những điều mới mẻ.

Những gì các nhà khoa học đã làm với những chú chó đáng thương trong thí nghiệm này cũng chính là những gì đã xảy ra với các bệnh nhân sang chấn tâm lý của tôi. Họ cũng từng bị ai đó (hay cái gì đó) làm tổn thương khủng khiếp và họ không có cách nào để thoát ra nỗi đau ấy. Tôi nhanh chóng điếm lại trong đầu những bệnh

nhân tôi từng chữa trị. Hầu như tất cả đều từng bị mắc kẹt hay bị làm cho bất động, không thể hành động để phòng ngừa điều sắp sửa xảy ra, cũng không thể chống trả hay bỏ chạy vì lý do nào đó, và hậu quả thường là họ căng thẳng tột độ hoặc gục ngã hoàn toàn.

Maier và Seligman cũng phát hiện ra rằng những chú chó bị tổn thương tâm lý tiết ra một lượng hormone của stress lớn hơn bình thường. Điều này đã hỗ trợ cho những gì chúng tôi bắt đầu tìm hiểu về cơ sở sinh học của stress do sang chấn.

Một nhóm các nhà nghiên cứu trẻ tuổi, trong đó có Steve Southwick và John Krystal từ Đại học Yale, Arieh Shalev tại Trường Y Hadassah ở Jerusalem, Frank Putnam thuộc Viện Sức khỏe tâm thần quốc gia (National Institute of Mental Health - NIMH) và Roger Pitman, sau này chuyển đến Harvard, đều thấy rằng những người bị sang chấn tâm lý liên tục tiết một lượng lớn các hormone của stress sau khi mối nguy hiểm đã trôi qua. Rachel Yehuda thuộc Đại học Mount Sinai ở New York đã trao đổi với chúng tôi về những phát hiện đầy nghịch lý của cô rằng bệnh nhân mắc PTSD có lượng cortisol, một loại hormone của stress, khá thấp. Phát hiện của cô chỉ bắt đầu có ý nghĩa khi nghiên cứu của cô được làm sáng tỏ, rằng cortisol chấm dứt đáp ứng stress bằng cách gửi đi một tín hiệu an toàn, và trong cơ thể người bị PTSD thì những hormone gây nên đáp ứng stress lại không quay trở về mức bình thường sau khi nguy hiểm đã qua.

Hệ thống hormone của stress trong chúng ta cung cấp một phản hồi nhanh như chớp khi bị đe dọa, và nhanh chóng đưa chúng ta về trạng thái cân bằng. Tuy nhiên, đối với những bệnh nhân bị PTSD, hệ thống hormone của stress không thể thực hiện chức năng cân bằng

này. Những tín hiệu chiến đấu, bỏ chạy, bất động vẫn tiếp diễn sau khi nguy hiểm đã qua và không thể quay trở lại trạng thái bình thường, như trong trường hợp của những chú chó kia. Việc liên tục tiết ra những hormone của stress khiến bệnh nhân bị kích động hoảng loạn và sẽ tàn phá sức khỏe của họ về lâu về dài.

Tôi đã trở chuyển bay ngày hôm ấy vì phải trao đổi với Steve Maier. Hội thảo của ông đã cung cấp những đầu mối không chỉ về những vấn đề tiềm ẩn của bệnh nhân mà còn là những giải pháp hứa hẹn có thể giải quyết những vấn đề đó. Ví dụ, ông ấy và Seligman đã khám phá ra cách duy nhất để dạy những chú chó bị tổn thương tâm lý chạy thoát thân khi cửa lồng mở là ta phải liên tục lặp đi lặp lại hành động kéo chúng ra khỏi chuồng để chúng có thể trải nghiệm được cách thoát thân.

Tôi tự hỏi, liệu chúng tôi cũng có thể giúp các bệnh nhân thay đổi cái suy nghĩ rằng họ không thể làm gì để tự bảo vệ mình? Liệu các bệnh nhân của tôi có cần những trải nghiệm thể chất để khôi phục lại cảm giác có thể làm chủ bản thân? Điều gì sẽ xảy ra nếu họ học được cách chuyển động cơ thể để thoát khỏi một tình huống có khả năng đe dọa tương tự như sang chấn mà họ đã bị mắc kẹt và bị làm cho bất động? Tôi sẽ thảo luận về vấn đề này trong phần V.

Các nghiên cứu động vật liên quan đến chuột, mèo, khỉ và voi đã mang lại nhiều dữ liệu thú vị hơn. Khi các nhà nghiên cứu bất ngờ bật âm thanh lớn, những con chuột được nuôi nhốt trong tổ với nhiều thức ăn sẽ vội vã chạy về nhà. Nhưng một nhóm chuột khác, lớn lên trong một cái ổ ồn ào, lương thực khan hiếm, cũng chạy về nhà, dù chúng vừa ở nơi dễ chịu hơn nhà mình".

Động vật chạy trở về nhà khi chúng sợ hãi, bất kể nhà là nơi an toàn hay đáng sợ. Tôi nghĩ về các bệnh nhân của tôi: Họ có những gia đình bạo lực nhưng họ vẫn quay về nhà và lại tiếp tục bị làm cho tổn thương. Phải chăng những người bị sang chấn tâm lý luôn cảm thấy họ phải nương tựa vào những gì quen thuộc? Nếu đúng thế thì tại sao? Và làm sao ta có thể giúp họ gắn bó với những nơi chốn và những hoạt động an toàn, vui vẻ?¹²

NGHIỆN KHỔ ĐAU: NỖI ĐAU CỦA KHOÁI LẠC VÀ KHOÁI LẠC CỦA NỖI ĐAU

Khi quan sát các cựu chiến binh Mỹ tham gia chiến tranh Việt Nam, một trong những điều khiến tôi và đồng nghiệp Mark Greenberg rất ngạc nhiên là vì sao mỗi khi nói về những ký ức chiến tranh kinh hoàng như tai nạn máy bay trực thăng, đồng nghiệp hấp hối thì người nào trông cũng tươi tắn, sôi nổi khác thường, cứ như “hồi sinh” vậy. (Chris Hedges, cựu phóng viên tờ New York Times, đã đề cập đến một số xung đột tàn bạo trong cuốn sách có tên *War Is a Force That Gives Us Meaning?* - Chiến tranh là một sức mạnh mang lại cho chúng ta ý nghĩa 3.) Nhiều người bị sang chấn dường như luôn tìm kiếm những trải nghiệm đáng sợ 4, và bệnh nhân thường xuyên phàn nàn họ dường như cảm thấy trống rỗng, buồn chán những khi họ không tức giận, không phải chịu áp lực nào đó hoặc không làm việc gì đó nguy hiểm.

Julia là một bệnh nhân của tôi. Năm 16 tuổi, cô bị đe dọa và hãm hiếp tàn bạo trong một phòng khách sạn. Ít lâu sau, cô quan hệ với một tên ma cô từng mua dâm cô. Hắn thường xuyên đánh đập Cô. Cô đã bị bắt giam nhiều lần vì tội mại dâm, nhưng cứ ra tù là cô lại quay về với gã ma cô ấy. Cuối cùng, ông bà cô đã can thiệp và trả

tiền cho Julia tham gia một chương trình phục hồi. Sau khi hoàn thành khóa điều trị nội trú, cô đi làm nhân viên tiếp tân và tham gia vài khóa học ở một trường cao đẳng. Trong lớp xã hội học, cô cần viết bài luận về khả năng giải phóng tình dục, thế nên cô tìm đọc các cuốn hồi ký của những cô gái mại dâm nổi tiếng. Dần dần Julia bỏ hết các khóa học khác.

Cô có mối quan hệ gần gũi với một cậu bạn cùng lớp. Sau đó, cô cứu một tên nghiện trên tàu điện ngầm về nhà. Gã này ban đầu đánh đập cô, rồi sau đó bám riết lấy cô. Cuối cùng cô quay lại gặp tôi để được điều trị vì bị gã này đánh đập liên tục.

Freud có một thuật ngữ cho những lần tái hiện đau đớn như vậy: “the compulsion to repeat: cưỡng bức lặp lại”. Ông và nhiều người theo ông tin rằng việc tái hiện là một nỗ lực vô thức để kiểm soát và cuối cùng, có thể làm chủ và giải quyết một tình huống đau đớn. Không có bất kỳ bằng chứng nào cho giả thuyết đó cả – sự lặp đi lặp lại chỉ càng khiến nạn nhân đau khổ và càng căm ghét chính mình hơn. Trên thực tế, việc liên tục làm sống lại sang chấn trong điều trị có thể làm bệnh nhân thêm lo âu và sang chấn càng khắc sâu trong họ.

Mark Greenberg và tôi quyết định tìm hiểu thêm về những yếu tố thúc đẩy, tức những thứ thu hút chúng ta, động viên chúng ta và làm cho chúng ta cảm thấy mình còn sống. Thông thường, những điều này thường khiến chúng ta cảm thấy khá hơn. Vậy tại sao rất nhiều người bị thu hút bởi những tình huống nguy hiểm hoặc đau đớn? Cuối cùng, chúng tôi đã tìm ra một nghiên cứu giải thích vì sao những hoạt động gây ra nỗi sợ hãi và đau đớn trở thành những trải nghiệm ly kỳ!

Trong thập niên 70, Richard Solomon ở Đại học Pennsylvania đã chỉ ra rằng cơ thể chúng ta học cách thích nghi với tất cả các kích thích. Những thứ thuốc kích thích thường khiến ta cảm thấy dễ mở ngay lập tức, còn những hoạt động như tắm suối nước nóng hay nhảy dù, lúc đầu có thể khiến chúng ta khó chịu và sợ hãi, nhưng dần dần có thể trở nên vô cùng lý thú. Sự điều chỉnh dần dần này cho thấy sự cân bằng hóa học mới đã được thiết lập trong cơ thể, để các vận động viên chạy marathon, chẳng hạn, có thể thấy thoải mái và vui sướng khi đẩy cơ thể của họ đến mức giới hạn.

Chuyện này cũng giống như chơi ma túy, ban đầu ta dùng ma túy, sau đó đam mê nghiện, khi thiếu ma túy thì ta vật vã, thèm khát. Về lâu dài, con người dần quan tâm đến cái cảm giác đau đớn khi thiếu hoạt động nào đó hơn là chính cái hoạt động đó. Lý thuyết này có thể giải thích tại sao một số người lại thuê ai đó đánh đập mình, tự dùng thuốc lá đốt mình hoặc chỉ thích ở gần những người làm mình tổn thương. Thật ngang trái khi sợ hãi và ác cảm lại có thể biến thành khoái cảm.

Solomon đưa ra giả thuyết rằng endorphins – các chất hóa học giống như morphin mà não tiết ra khi gặp stress – có ảnh hưởng đến những loại nghiện nghịch lý mà ông mô tả. Tôi nghĩ về lý thuyết của mình một lần nữa khi thói quen hay đến thư viện của tôi dẫn tôi đến một bài báo có tựa đề Pain in Men Wounded in Battle (Nỗi đau đớn của những người bị thương trong chiến tranh) xuất bản năm 1946. Sau khi quan sát thấy 75% những người lính bị thương nặng mặt trận Ý không yêu cầu morphine, bác sĩ phẫu thuật Henry K.

Beecher cho rằng “những cảm xúc mãnh liệt có thể ngăn chặn được đau đớn”¹⁶.

Các quan sát của Beecher liệu có liên quan đến những người bị PTSD không? Mark Greenberg, Roger Pitman, Scott Orr và tôi quyết định hỏi 8 cựu chiến binh Mỹ từng chiến đấu tại Việt Nam xem họ có thể tình nguyện tham gia vào một bài kiểm tra nỗi đau không. Những người này sẽ vừa xem lại trích đoạn từ một số một bộ phim vừa giữ tay phải của mình trong một xô nước đá. Trích đoạn phim đầu tiên họ được xem thuộc bộ phim Platoon (Trung đội) (1986), gồm nhiều cảnh bạo lực đẫm máu. Chúng tôi tiến hành đo xem họ có thể giữ tay phải của họ trong xô nước đá được bao lâu. Tương tự, chúng tôi cho họ xem một đoạn phim ngắn yên bình, cũ kỹ. Kết quả khi xem đoạn phim Trung đội: 7 trong số 8 người này giữ được tay mình trong xô nước đá lâu hơn 30% thời gian so với khi xem đoạn phim bình yên.

Sau đó chúng tôi tính được hàm lượng hoạt chất giảm đau sản sinh ra sau khi xem một đoạn phim chiến tranh dài 15 phút bằng với 8 miligram morphine, tức gần bằng một liều thuốc dùng cho một người được cấp cứu do đau thắt lưng ngực.

Chúng tôi kết luận rằng suy đoán của Beecher về việc “những cảm xúc mãnh liệt có thể ngăn chặn được đau đớn” là kết quả của sự sản sinh ra những chất như morphine trong não. Điều này gợi ý rằng nhiều người bị sang chấn sẽ bớt lo lắng khi tiếp xúc lại với sự căng thẳng. Đây là một thử nghiệm thú vị nhưng không giải thích được đầy đủ tại sao Julia lại tiếp tục quan hệ với tên ma cô bạo lực.

LÀM DỊU NÃO BỘ

Tại một cuộc họp ở Hiệp hội Chuyên gia Tâm thần Dược học Hoa Kỳ (American College of Neuropsychopharmacology - ACNP) vào năm 1985, giáo sư Jeffrey Gray của Đại học Kings có một bài phát biểu về hạch hạnh nhân (amygdala), một cụm tế bào não quyết định

liệu một âm thanh, hình ảnh hay một cảm giác về cơ thể có thể được coi là mối đe dọa hay không. Dữ liệu của Gray cho thấy độ nhạy của hạch hạnh nhân phụ thuộc, ít nhất là một phần, vào lượng chất dẫn truyền thần kinh serotonin trong nó. Động vật có mức serotonin thấp phản ứng quá mức với kích thích gây stress (như âm thanh lớn), trong khi mức serotonin cao làm giảm phản ứng sợ hãi, khiến chúng ít có khả năng trở nên hung hăng hoặc cứng đờ khi đối mặt với các mối đe dọa tiềm ẩn 18.

Tôi thấy đây là một phát hiện rất quan trọng: Những bệnh nhân của tôi luôn nóng giận trước những khiêu khích nhỏ nhất, cảm thấy đau khổ tột cùng khi bị từ chối điều lặt vặt nào đó. Tôi rất quan tâm đến vai trò có thể có của serotonin trong PTSD. Các nhà nghiên cứu khác đã chỉ ra rằng những con khỉ đực chiếm ưu thế đầu đàn có lượng serotonin não cao hơn nhiều so với những con ở cấp thấp hơn, nhưng serotonin của chúng giảm mạnh khi không được tiếp xúc bằng mắt với những con khỉ mà chúng thống trị. Ngược lại, những con khỉ cấp thấp được tiêm bổ sung serotonin sẽ vươn lên trong bầy đàn và nhận trách nhiệm dẫn đầu. Môi trường xã hội tương tác với hóa học não. Cho một con khỉ vào một vị trí thấp hơn trong hệ thống cấp bậc thống trị làm giảm lượng serotonin của nó, trong khi những con khỉ cấp bậc thấp được tiêm thêm serotonin lại nâng bậc vị trí của nó trong đàn.

Ứng dụng của serotonin trong việc điều trị cho những người bị sang chấn tâm lý là quá rõ ràng. Giống những con vật có lượng serotonin thấp trong báo cáo của giáo sư Gray, họ phản ứng quá mạnh, khả năng ứng phó xã hội thường bị tổn thương. Nếu có thể tìm cách tăng mức serotonin trong não, chúng ta có thể giải quyết cả

hai vấn đề cùng một lúc. Tại cuộc họp năm 1985, tôi được biết các công ty dược phẩm đang phát triển hai sản phẩm mới để phục vụ chính điều này, nhưng vì chưa sản phẩm nào sẵn sàng nên tôi đã thử nghiệm nhanh với thực phẩm chức năng có bổ sung L-tryptophan, tiền chất của serotonin trong cơ thể (Kết quả thu được thật đáng thất vọng). Một trong những loại thuốc được xem xét thì chưa bao giờ được đưa ra thị trường. Còn loại khác là fluoxetine, dưới nhãn hiệu Prozac, đã trở thành một trong những loại thuốc thần kinh thành công nhất từ trước đến nay.

Vào thứ Hai ngày 8 tháng 2 năm 1988, công ty dược phẩm Eli Lilly phát hành thuốc Prozac. Bệnh nhân đầu tiên tôi gặp ngày hôm đó là một cô gái từng bị lạm dụng tình dục khi còn bé và hiện tại đang phải vật lộn với chứng cuồng ăn. Mỗi ngày của cô thường có hai hoạt động chính là ăn vào và ói ra. Tôi kể cho cô toa thuốc mới này. Khi quay lại gặp tôi vào thứ Năm, cô ấy nói: “Những ngày gần đây tôi rất khác, tôi ăn khi đói và dành thời gian học hành”. Tôi nghe mà vui và xúc động vô cùng.

Hôm thứ Sáu, tôi gặp một bệnh nhân tôi từng kê thuốc Prozac vào thứ Hai. Cô là một bà mẹ trầm cảm kinh niên có hai con ở độ tuổi đi học, cảm thấy mình thất bại trong vai trò làm mẹ, làm vợ, cảm thấy quá căng thẳng vì không đáp ứng những đòi hỏi của bố mẹ - những người đã ngược đãi cô khi cô còn bé.

Sau bốn ngày uống Prozac, cô ấy hỏi tôi có thể hủy cuộc hẹn vào sáng thứ Hai không vì đó là Ngày Tổng thống Mỹ. Cô giải thích: “Tôi định đi trượt tuyết với các con vì trước giờ chỉ có chồng tôi làm chuyện này thôi. Tôi nghĩ đây sẽ là kỷ niệm rất vui với các con”.

Sau đó, tôi gọi điện cho một người quen ở Eli Lilly và nói: “Anh đã làm ra một loại thuốc giúp con người sống trong hiện tại mà không bị mắc kẹt trong quá khứ”.

Công ty Eli Lilly sau đó đã cho tôi một khoản tài trợ nhỏ để thực hiện nghiên cứu đầu tiên về tác động của Prozac lên PTSD ở 64 người gồm 22 phụ nữ và 42 đàn ông, trong đó có 33 bệnh nhân không phải cựu chiến binh đến từ Phòng chữa trị sang chấn và 31 người là cựu chiến binh đến từ Bộ Cựu chiến binh. Trong tám tuần lễ, một nửa số bệnh nhân của mỗi nhóm được nhận Prozac và nửa còn lại được nhận giả dược. Điều này không hề được tiết lộ: Cả chúng tôi lẫn bệnh nhân đều không biết họ đang dùng chất gì, như thế thì các định kiến sẽ không xuyên tạc đánh giá của chúng tôi.

- Mọi người trong nghiên cứu thậm chí cả những người đã nhận được giả dược đều có cải thiện, ít nhất ở mức độ nào đó. Hầu hết các nghiên cứu điều trị về PTSD đều cho thấy hiệu quả giả dược đáng kể. Những người dũng cảm tham gia vào một nghiên cứu mà không được trả tiền, thường bị ống tiêm găm vào người trong quá trình nghiên cứu, mà chỉ có cơ hội 50-50 được sử dụng thuốc có hiệu lực, đều có động cơ tiềm ẩn để giải quyết vấn đề của họ. Có lẽ phần thưởng của họ chỉ là sự quan tâm, cơ hội được trả lời những câu hỏi về cảm giác và suy nghĩ của họ. Giống như nụ hôn của người mẹ làm dịu vết xước của đứa trẻ cũng là một loại giả dược vậy.

Đối với nhóm bệnh nhân không phải cựu chiến binh, thuốc Prozac có hiệu quả đáng kể hơn so với giả dược. Họ ngủ ngon hơn; họ kiểm soát cảm xúc tốt hơn và ít bận tâm về quá khứ hơn so với những người được uống giả dược”. Điều đáng ngạc nhiên là Prozac lại không có tác dụng gì đối với nhóm cựu chiến binh – các triệu

chứng PTSD của họ không thay đổi. Những kết quả này cũng đúng đối với hầu hết các nghiên cứu dược học tiếp theo được thực hiện trên cựu chiến binh: Trong khi một số ít cho thấy sự cải thiện ít ỏi, phần lớn các đối tượng lại không có cải thiện gì. Tôi chưa bao giờ có thể giải thích được điều này và tôi không thể chấp nhận lời giải thích phổ biến nhất: Việc nhận trợ cấp hưu trí hoặc trợ cấp tàn tật đã ngăn cản quá trình cải thiện của họ. Xét cho cùng, hạnh nhân không biết gì về lương hưu – nó chỉ phát hiện các mối đe dọa.

Tuy nhiên, các loại thuốc như Prozac và thuốc có liên quan như Zoloft, Celexa, Cymbalta và Paxil đã có những đóng góp đáng kể cho việc điều trị rối loạn liên quan đến sang chấn tâm lý. Trong nghiên cứu Prozac của chúng tôi, chúng tôi đã sử dụng trắc nghiệm Rorschach để đo lường mức độ nhận thức môi trường xung quanh của những người bị sang chấn. Những dữ liệu này đã cho chúng tôi một đầu mối quan trọng để hiểu cách thức hoạt động của loại thuốc này được biết đến như là các chất ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc - selective serotonin reuptake inhibitors hay SSRIs). Trước khi dùng Prozac, các bệnh nhân thường hành động theo cảm xúc. Prozac giúp các bệnh nhân PTSD kiểm soát đáng kể những cảm xúc, những cơn bốc đồng của mình”. Jeffrey Gray hẳn đã đúng khi nói rằng nhiều bệnh nhân của mình đã ít “manh động” hơn khi mức serotonin tăng lên (serotonin là chất có khả năng giúp cải thiện tâm trạng).

NHỮNG THÀNH TỰU CỦA DƯỢC HỌC

Cuộc cách mạng dược phẩm mang lại nhiều lợi ích nhưng cũng đồng thời gây ra nhiều tổn hại. Lý thuyết cho rằng nguyên nhân chủ yếu gây ra bệnh tâm thần là do sự mất cân bằng hóa học trong não,

các loại thuốc đặc trị đã được các phương tiện truyền thông, công chúng và cả những người làm nghề y chấp nhận rộng rãi có thể điều chỉnh sự mất cân bằng này”.

Tại nhiều nơi, thuốc được dùng để thay thế cho các liệu pháp điều trị, có thể giúp các bệnh nhân dần ổn định hơn nhưng không thể giải quyết tận gốc các vấn đề sâu xa. Thuốc chống trầm cảm có thể thích hợp để giải quyết tạm thời một số vấn đề trước mắt, như giúp bệnh nhân ngủ được vài tiếng mà không cần thuốc ngủ hay uống rượu. Với những bệnh nhân đang chật vật, mệt mỏi khi phải tự lực cánh sinh chiến đấu với những cảm xúc của mình bằng cách tập yoga, tập thể dục hằng ngày thì các loại thuốc có thể là “phao cứu sinh”. Các SSRIs có thể rất hiệu quả khi giúp những người bị sang chấn ít phụ thuộc vào cảm xúc hơn, nhưng thuốc chỉ nên được xem là yếu tố phụ trợ trong việc điều trị tổng thể cho bệnh nhân.

Sau khi tiến hành nhiều nghiên cứu về thuốc chữa trị PTSD, tôi nhận ra các loại thuốc tâm thần có một nhược điểm nghiêm trọng: Chúng có thể khiến chúng ta không tập trung giải quyết các vấn đề Cơ bản.

Nếu thuốc chống trầm cảm thực sự có hiệu quả kỳ diệu như ta tưởng thì bây giờ bệnh trầm cảm đã trở thành chuyện nhỏ rồi! Trên thực tế, dù số người dùng thuốc chống trầm cảm tiếp tục tăng thì số bệnh nhân trầm cảm chẳng giảm xuống là bao. Số người điều trị chứng trầm cảm đã tăng gấp ba lần trong hai thập kỷ qua, và 1/10 người Mỹ hiện đang dùng thuốc chống trầm cảm.

Các loại thuốc chống loạn thần thế hệ mới như Abilify, Risperdal, Zyprexa, Seroquel đang bán rất chạy ở Mỹ. Vào năm 2012, dân chúng đã chi hơn 1,5 tỷ đô-la Mỹ cho Abilify, nhiều hơn bất kỳ loại

thuốc nào khác. Đứng hàng thứ ba là Cymbalta, một loại thuốc chống trầm cảm có doanh thu hơn một tỷ đô-la 25, mặc dù Cymbalta chưa bao giờ được chứng tỏ là có hiệu quả cao hơn những thuốc chống trầm cảm thế hệ cũ như Prozac. Medicaid, chương trình chăm sóc sức khỏe của chính phủ Hoa Kỳ dành cho người nghèo, chi nhiều tiền cho thuốc chống loạn thần hơn bất kỳ loại thuốc nào khác 26. Vào ngày 4 tháng 11 năm 2013, Johnson & Johnson đã đồng ý nộp phạt hơn 2,2 tỷ đô-la để giải quyết các cáo buộc họ đã quảng cáo không đúng thuốc Risperdal cho người cao tuổi, trẻ em và người khuyết tật”. Nhưng chẳng ai bắt các bác sĩ kê toa chịu trách nhiệm cả.

Gần nửa triệu trẻ em ở Mỹ hiện đang dùng thuốc chống loạn thần. Trẻ em từ các gia đình có thu nhập thấp có khả năng nhận được các loại thuốc chống loạn thần nhiều hơn gấp 4 lần. Những loại thuốc này thường được sử dụng để làm cho trẻ em bị lạm dụng và bị bỏ rơi trở nên dễ bảo hơn. Trong năm 2008, có 19.045 trẻ em từ năm tuổi trở lên đã được Medicaid kê đơn thuốc chống loạn thần 28.

Một nghiên cứu, dựa trên dữ liệu Medicaid ở 13 tiểu bang, phát hiện rằng 12,4% trẻ em được nhận nuôi được cho thuốc chống loạn thần so với 1,4% trẻ em đủ điều kiện được Medicaid điều trị nói chung”.

Các loại thuốc chống loạn thần làm cho trẻ em dễ quản lý hơn và ít gây hấn hơn, nhưng chúng cũng ảnh hưởng đến động lực, khả năng vui chơi, tò mò, vốn là những điều trẻ cần có để trở thành người có ích, đóng góp cho xã hội. Trẻ em dùng những loại thuốc này cũng có nguy cơ bị béo phì và tiểu đường. Thêm nữa, ngày càng

có nhiều ca dùng quá liều cùng lúc thuốc tâm thần và thuốc giảm đau.

Vì lợi nhuận của các loại thuốc quá lớn nên các tạp chí y khoa lớn hiếm khi đăng các nghiên cứu về cách điều trị không dùng thuốc cho những vấn đề về sức khỏe tâm thần. Các nghiên cứu về cách điều trị tâm thần không dùng thuốc cũng hiếm khi được tài trợ.

SỰ THÍCH NGHI HAY LÀ BỆNH TẬT?

Các chẩn đoán về bệnh lý ở não bỏ qua bốn chân lý cơ bản:

(1) Khả năng như nhau ở con người trong việc tiêu diệt lẫn nhau và chữa lành cho nhau. Cốt lõi của việc phục hồi chính là phục hồi các mối quan hệ với cộng đồng.

(2) Chúng ta có thể thay đổi bản thân và thay đổi những người khác bằng cách dùng ngôn ngữ để truyền đạt những kinh nghiệm, giúp xác định điều chúng ta biết và tìm ra ý nghĩa chung:

(3) Chúng ta có khả năng điều hòa sinh lý của chính mình, bao gồm cả những chức năng tự nhiên của cơ thể và não, thông qua các hoạt động cơ bản như thở, vận động và xúc giác;

(4) Chúng ta có thể thay đổi các điều kiện xã hội để tạo ra những môi trường an toàn và thuận lợi cho trẻ em và người lớn phát triển.

Khi bỏ qua những khía cạnh tinh túy này của con người tức là ta đã tước đoạt khả năng chữa lành và khôi phục lại tính tự chủ của các bệnh nhân. Khi xem bệnh nhân chỉ là bệnh nhân chứ không phải là người tham gia vào quá trình chữa lành của chính mình, thì ta sẽ tách biệt những con người đang đau khổ ấy ra khỏi cộng đồng của chính họ và cách ly họ khỏi sự tự ý thức từ bên trong. Khi nhận ra những hạn chế của các loại thuốc chữa trầm cảm, tôi bắt đầu tự hỏi liệu chúng ta có thể tìm ra những cách nào khác, tự nhiên hơn, để

giúp mọi người giải quyết các phản ứng hậu sang chấn của họ không?

Chương 3

NHÌN SÂU VÀO BỘ NÃO: CUỘC CÁCH MẠNG KHOA HỌC THẦN KINH

Giả như chúng ta có thể nhìn xuyên hộp sọ vào trong não của một người đang suy nghĩ CÓ ý thức, và nếu vùng não bị kích thích tối ưu đang phát sáng, chúng ta sẽ thấy trên bề mặt não có một điểm sáng với những dải sáng uốn lượn tuyệt vời, liên tục thay đổi về kích thước và hình dạng, và phần còn lại của bán cầu não thì tối đen, đậm hoặc nhạt.

Ivan Pavlov

Khi quan sát, bạn sẽ thấy được nhiều điều.

– Yogi Berra

Những kỹ thuật chụp não đầu thập niên 1990 đã giúp chúng ta hiểu hơn về cách não bộ xử lý thông tin. Chụp hình cắt lớp Positron (Positron emission tomography - PET), chụp cộng hưởng từ chức năng (functional magnetic resonance imaging fMRI) đã giúp các nhà khoa học nhận ra những phần khác nhau của não hoạt động như thế nào khi con người làm các công việc nhất định hoặc khi họ nhớ lại những chuyện trong quá khứ.

Lần đầu tiên chúng ta có thể quan sát bộ não khi xử lý những ký ức, cảm giác và cảm xúc, để bắt đầu vẽ nên bản đồ nhận thức và tâm trí của con người. Các công nghệ đo hóa chất trong não trước đó như serotonin hoặc norepinephrine đã cho phép các nhà khoa học xem xét những gì thúc đẩy hoạt động thần kinh, khá giống với việc cố gắng để hiểu được động cơ của một chiếc xe bằng cách nghiên cứu xăng. Chụp ảnh thần kinh giúp quan sát được động cơ bên trong. Điều này cũng đã thay đổi những hiểu biết trước kia của chúng ta về sang chấn tâm lý.

Trường Y Harvard đã và đang đi đầu trong cuộc cách mạng khoa học thần kinh. Năm 1994, Scott Rauch – một bác sĩ tâm thần – được bổ nhiệm làm giám đốc đầu tiên của Khoa chẩn đoán hình ảnh thần kinh của Bệnh viện Đa khoa Massachusetts. Sau khi đọc một số bài viết của tôi, Scott hỏi liệu chúng tôi có thể nghiên cứu những gì xảy ra trong bộ não của những người đang hồi tưởng lại hay không.

Tôi đã làm một nghiên cứu về việc con người ghi nhớ những sang chấn như thế nào (xem chương 12). Nhiều bệnh nhân liên tục nói họ rất đau khổ khi trí óc đột ngột tràn ngập những hình ảnh, cảm xúc và âm thanh từ quá khứ. Khi một vài người nói rằng họ muốn biết bộ não của họ đang giờ trò gì trong những lần hồi tưởng quá khứ ấy, tôi đã hỏi 8 người trong số đó rằng họ có sẵn sàng trở lại phòng khám và nằm trong máy quét trong khi tôi tái tạo một cảnh từ những sự kiện đau đớn ám ảnh họ hay không. Thật ngạc nhiên, cả 8 người đều đồng ý, nhiều người trong số này còn bày tỏ hy vọng những gì chúng tôi nghiên cứu được từ nỗi đau của họ có thể giúp đỡ những người khác.

Trợ lý nghiên cứu của tôi, Rita Fisler, đã làm việc với từng người tham gia và tỉ mỉ xây dựng một kịch bản để tái tạo những sang chấn của họ từng khoảnh khắc một. Chúng tôi cố gắng thu thập những “mảnh” riêng biệt của từng trải nghiệm chứ không phải toàn bộ câu chuyện: những hình ảnh, âm thanh và cảm xúc cụ thể.

Rita cũng yêu cầu những người tham gia mô tả một cảnh mà họ cảm thấy mình an toàn và tự chủ. Có người mô tả những thói quen của mình vào buổi sáng, có người tả cảnh mình ngồi ở hiên nhà nhìn ra những ngọn đồi. Chúng tôi sử dụng những mô tả này cho lần quét thứ hai để có cơ sở đối chiếu.

Sau khi những người tham gia học thắm để kiểm tra tính chính xác của kịch bản (đọc thắm giúp họ bớt xúc động hơn so với phải nghe người khác đọc hay tự đọc to lên), Rita thu âm nội dung kịch bản để phát cho họ nghe khi nằm trong máy quét.

Một kịch bản điển hình như sau: Bạn sáu tuổi, một tối nọ, bạn chuẩn bị đi ngủ thì nghe thấy tiếng bố mẹ cãi nhau ầm ĩ. Bạn sợ hãi, bụng quặn thắt lại. Bạn và đứa em trai, em gái nhỏ nép người ở đầu cầu thang quan sát bố mẹ. Bạn nhìn qua lan can, thấy bố túm tay mẹ, còn mẹ thì cố gắng vùng ra. Mẹ khóc lóc, nhổ nước bọt, rít lên như quái vật. Mặt bạn đỏ bừng, thấy toàn thân nóng ran lên. Khi mẹ thoát khỏi tay bố, mẹ lao vào phòng ăn, đập vỡ một cái bình hoa bằng sứ rất đắt tiền. Bạn hét lên, cầu xin bố mẹ hãy ngừng lại nhưng họ phớt lờ. Mẹ bạn chạy lên cầu thang rồi đập bể cái tivi. Hai đứa em của bạn cố kéo mẹ trốn vào tủ quần áo. Tim bạn đập nhanh, toàn thân run cầm cập.

Trong buổi đầu tiên, chúng tôi giải thích mục đích của khí oxy phóng xạ mà người tham gia sẽ thở: Khi bất kỳ bộ phận nào của não

có hoạt động trao đổi chất mạnh lên hoặc yếu đi thì tỷ lệ tiêu hao oxy sẽ thay đổi ngay lập tức, máy quét sẽ ghi nhận những số liệu này. Chúng tôi cũng theo dõi huyết áp và nhịp tim của người đó trong suốt quá trình để so sánh các dấu hiệu sinh lý này với hoạt động của não.

Vài ngày sau, những người tham gia đến phòng thí nghiệm để tiến hành quét não. Tình nguyện viên đầu tiên là Marsha, một giáo viên 40 tuổi. Đoạn băng ghi âm được bật lên, đưa cô trở lại ngày kinh hoàng của 13 năm về trước. Hôm ấy, cô đến đón con gái 5 tuổi

Melissa đi cắm trại về. Trong lúc lái xe, Marsha nghe tiếng bíp bíp liên tục, báo hiệu rằng dây an toàn của bé Melissa chưa cài đúng. Khi nghiêng người về sau để chỉnh lại dây an toàn cho con gái, cô vượt đèn đỏ. Một chiếc xe khác húc mạnh vào mạn phải xe của cô, khiến bé Melissa chết ngay lập tức. Thai nhi 7 tháng tuổi trong bụng cô cũng qua đời.

Chỉ sau một đêm, Marsha từ một phụ nữ vui vẻ, luôn là hoạt náo viên trong tất cả các bữa tiệc đã trở thành một người bị trầm cảm, ám ảnh, luôn tự trách móc bản thân. Vì không thể tiếp tục đối diện với trẻ em nên cô ngừng đứng lớp, chuyển sang làm việc trong ban quản trị của trường. Như nhiều bậc cha mẹ đã mất con, Cô bị kích động mạnh khi nghe tiếng cười hạnh phúc của trẻ thơ. Vì muốn quên đi vết thương lòng, cô làm việc điên cuồng ngày đêm, nhưng nỗi đau vẫn thỉnh thoảng giày vò Cô.

Tôi đứng bên ngoài máy quét, có thể theo dõi các phản ứng sinh lý của Marsha trên màn hình máy tính. Ngay khi chúng tôi vừa mở đoạn băng ghi âm kể lại câu chuyện tai nạn giao thông đau thương năm xưa, tim cô bắt đầu đập nhanh, huyết áp tăng vọt. Chỉ cần nghe

đoạn ghi âm cũng đã kích hoạt những phản ứng sinh lý tương tự như khi cô gặp tai nạn 13 năm trước đó.

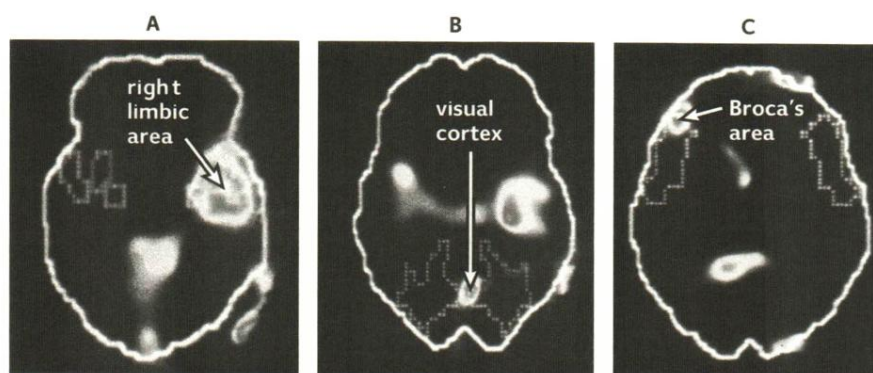
Sau khi kích bản thu âm kết thúc, nhịp tim và huyết áp của Marsha trở lại bình thường. Chúng tôi phát đoạn băng ghi âm thứ hai với nội dung ra khỏi giường và đánh răng, lần này nhịp tim và huyết áp của cô không thay đổi.

Khi rời khỏi máy quét, cô Marsha trông rất thảm hại, tiều tụy và đông cứng người. Nhịp thở nông, hai mắt mở to và đôi vai co lại – đây chính là những biểu hiện của sự dễ tổn thương, không thể tự vệ. Chúng tôi cố gắng an ủi cô. Tôi tự hỏi bất kể điều gì chúng tôi khám phá được liệu có đáng với nỗi khổ tâm cô đang chịu đựng hay không?

Sau khi tất cả 8 người tham gia đã hoàn thành quá trình quét não, Scott Rauch đã làm việc với các nhà toán học và thống kê để lập nên những hình ảnh tổng hợp, so sánh sự kích động do hồi ức gây ra với bộ não khi ở trạng thái trung lập. Sau vài tuần, anh gửi cho tôi kết quả mà bạn thấy trong hình bên dưới. Tôi nghiền ngẫm nó mỗi tối trong suốt vài tháng, chẳng khác nào một nhà thiên văn học say sưa ngắm nhìn một chòm sao mới phát hiện qua kính viễn vọng.

Có một số điểm và màu sắc khó hiểu trên bức hình, nhưng vùng não bị kích hoạt mạnh nhất – một điểm màu đỏ lớn ở hạ trung tâm não phải, là vùng limbic, hay còn gọi là não cảm xúc – không có gì đáng ngạc nhiên. Chúng ta biết rõ những cảm xúc mãnh liệt kích hoạt hệ viền, đặc biệt là hạch hạnh nhân (amygdala), một phần của hệ viền (limbic system). Chúng ta phụ thuộc vào hạch hạnh nhân để cảnh báo chúng ta về mối nguy hiểm sắp xảy ra và kích hoạt phản ứng stress của cơ thể. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng khi

những người bị sang chấn tâm lý được tiếp xúc với hình ảnh, âm thanh hoặc những ý nghĩ liên quan đến kinh nghiệm đặc biệt của họ, hạch hạnh nhân phản ứng lại với báo động, thậm chí, như trong trường hợp của Marsha, là tận 13 năm sau sự kiện. Sự kích hoạt của trung tâm sợ hãi này sẽ phóng thích ồ ạt các hormone của stress và xung thần kinh làm tăng huyết áp, nhịp tim và lượng oxy hấp thụ của cơ thể nhằm chiến đấu hoặc chạy trốn. Các máy đo gắn ở cánh tay Marsha ghi lại trạng thái sinh lý của sự kích thích dữ dội này, mặc dù cô vẫn nhận thức được mình đang nằm lặng lẽ trong máy quét.



Hình chụp não bộ của người bị sang chấn. Những điểm sáng của vùng vỏ não giữa bên phải (vùng limbic bên phải – right limbic brain) trong hình (A), và vỏ não thị giác (visual cortex) trong hình (B) cho thấy sự kích hoạt được gia tăng. Hình (C), cho thấy vùng ngôn ngữ của não (vùng Broca – Broca's area) sự kích hoạt bị suy giảm đáng kể.

NỖI KINH HOÀNG THẦM LẶNG

Phát hiện đáng kinh ngạc nhất của chúng tôi là một đốm trắng thùy trán trái của vỏ não, trong một vùng gọi là Broca. Trong trường hợp có sự thay đổi màu sắc nghĩa là đã có sự suy giảm hoạt động đáng kể trong phần não đó. Vùng Broca là một trong những trung tâm thành lập từ và phát âm của não, thường bị ảnh hưởng ở những bệnh nhân bị đột quỵ khi nguồn cung cấp máu lên phần não này bị

chặn lại. Khi vùng Broca không hoạt động, bạn không thể diễn giải những suy nghĩ và cảm xúc thành lời. Những hình quét của chúng tôi cho thấy vùng Broca hoàn toàn bị tắt mỗi khi có một hồi ức nào đó bị kích hoạt. Nói cách khác, chúng ta đã có bằng chứng trực quan cho thấy những ảnh hưởng của sang chấn không nhất thiết phải khác biệt – và có thể chùng chéo – với ảnh hưởng từ các tổn thương thể chất như đột quỵ.

Mọi sang chấn tâm lý đều âm lặng. Trong những điều kiện khắc nghiệt, người ta có thể hét lên những lời tục tĩu, cầu cứu mẹ, gào thét, hoặc đơn giản là âm lặng. Nạn nhân của các vụ tấn công và tai nạn ngồi âm lặng trong phòng cấp cứu, trẻ em bị tổn thương thường “mất ngôn ngữ”, không muốn nói chuyện. Các bức ảnh chụp những người lính thường có hình ảnh những người đàn ông nhìn chăm chăm vào hư không với đôi mắt vô hồn.

Ngay cả nhiều năm về sau, những người bị sang chấn thường rất khó có thể kể cho người khác nghe về những điều khủng khiếp đã xảy ra với họ. Cơ thể của họ tái trải nghiệm những cơn khủng hoảng, thịnh nộ và buồn xuôi, cũng như cảm giác bị thúc đẩy phải chiến đấu hoặc bỏ chạy, nhưng những cảm giác này hầu như không thể nói thành lời. Bản chất của sang chấn là khiến chúng ta không thật hiểu chuyện gì đã xảy ra, khiến chúng ta “đánh mất ngôn ngữ”.

Song, điều này không có nghĩa tất cả những người bị sang chấn đều không thể nói về bi kịch đã xảy ra với họ. Sớm muộn gì thì họ cũng sẽ kể câu chuyện của mình để lý giải cho những triệu chứng và hành vi của họ. Tuy nhiên, những câu chuyện này hiếm khi lột tả hết trải nghiệm thực sự của người trong cuộc. Rất khó sắp xếp mạch lạc những trải nghiệm đau thương của một con người, nghĩa là rất khó

có thể tạo dựng một câu chuyện có đầy đủ ba phần mở đầu, diễn biến và kết thúc. Ngay cả Ed Murrow - phóng viên dày dạn và nổi tiếng của đài CBS - cũng phải rất nỗ lực mới truyền đạt những hành động tàn bạo mà ông chứng kiến trong trại tập trung Buchenwald của Đức Quốc xã được giải phóng vào năm 1945: “Tôi mong rằng các bạn sẽ tin những gì tôi nói. Tôi đưa tin lại những gì tôi đã thấy và nghe được, nhưng chỉ một phần thôi. Vì phần lớn những điều còn lại tôi không có lời nào để diễn tả”.

Khi lời nói trở nên vô dụng thì những hình ảnh đáng sợ của trải nghiệm sẽ lên ngôi, biến thành những cơn ác mộng và hồi tưởng. Trái với sự bất hoạt của vùng Broca, một khu vực khác của những người tham gia, vùng 19 của Brodmann, lại sáng lên. Đây là một vùng trong vỏ não thị giác ghi nhận hình ảnh lần đầu tiên lưu vào não. Chúng tôi rất ngạc nhiên khi thấy khu vực này của não còn hoạt động rất lâu sau lần trải nghiệm sang chấn ban đầu. Dưới điều kiện bình thường, các hình ảnh nguyên bản được ghi nhận trong khu vực 19 được phân tán nhanh chóng tới các vùng não khác nhằm giải thích ý nghĩa của những gì đã được nhìn thấy. Một lần nữa, chúng ta lại chứng kiến một vùng não lại sáng lên như thể tình huống gây sang chấn đang thật sự diễn ra.

Khi đọc chương 12, thảo luận về trí nhớ, bạn đọc sẽ thấy các mảnh cảm giác chưa được xử lý khác như âm thanh, mùi và cảm giác vật lý - cũng được ghi nhận riêng biệt với chính câu chuyện. Những cảm giác tương tự thường khiến bệnh nhân hồi tưởng lại sống động chuyện ngày xưa, cứ như thể đang sống ngay trong câu chuyện đó.

CHUYỂN HƯỚNG SANG MỘT BÊN CỦA BÁN CẦU NÃO

Những hình chụp não bộ cũng tiết lộ rằng, trong quá trình hội tưởng, não của các đối tượng trong thí nghiệm của chúng tôi chỉ sáng lên ở bên phải. Ngày nay, có rất nhiều tài liệu khoa học phổ biến về sự khác biệt giữa não phải và trái. Đầu những năm 1990, tôi nghe nói một số người bắt đầu phân chia thế giới thành những người não trái (người có lý trí, hợp lý) và những người não phải (người theo trực giác, nghệ thuật), nhưng tôi không chú ý nhiều đến ý tưởng này. Tuy nhiên, những hình chụp của chúng tôi cho thấy rõ rằng những hình ảnh của sang chấn trong quá khứ kích hoạt bán cầu não phải trong khi lại vô hiệu hóa bán cầu não trái.

Giờ đây, chúng ta đã biết rằng hai bán cầu não của con người không giống nhau. Bên phải là trực quan, cảm xúc, thị giác, không gian, xúc giác; và bên trái là ngôn ngữ, trình tự và phân tích. Trong khi nửa bán cầu não trái đảm nhiệm chức năng trò chuyện thì nửa bán cầu não phải mang âm hưởng của trải nghiệm, nó giao tiếp thông qua các biểu hiện trên khuôn mặt, ngôn ngữ cơ thể, và bằng âm thanh của tình yêu và nỗi buồn: khóc, khiêu vũ hoặc bắt chước. Não phải là bán cầu não đầu tiên phát triển trong bào thai, và nó mang theo giao tiếp phi ngôn ngữ giữa mẹ với trẻ sơ sinh. Bán cầu não trái hoạt động khi trẻ bắt đầu hiểu ngôn ngữ và học cách nói chuyện. Điều này cho phép trẻ đặt tên mọi thứ, so sánh chúng, hiểu mối tương quan giữa chúng và bắt đầu truyền đạt những trải nghiệm độc đáo, chủ quan của trẻ cho người khác nghe.

Hai bán cầu não cũng xử lý những dấu ấn của quá khứ theo những cách hoàn toàn khác biệt nhau”. Bán cầu não trái nhớ lại các sự kiện, số liệu thống kê và từ vựng chỉ các sự kiện. Chúng ta cần nó để giải thích và sắp xếp những trải nghiệm. Bán cầu não phải lưu trữ

những kỷ niệm về âm thanh, va chạm, mùi hương và cảm xúc mà chúng gợi lên. Nó phản ứng tự động với tiếng nói, nét mặt, cử chỉ và nơi chốn từng trải nghiệm trong quá khứ. Những gì nó gợi nhớ lại cảm giác như đó là sự thật trực quan – là bản chất của mọi thứ. Ngay cả khi chúng ta liệt kê những đức tính của một người thân với một người bạn, cảm xúc của chúng ta có thể được khuấy động sâu sắc hơn bởi vì gương mặt cô ấy gợi cho chúng ta nhớ về người di thân thương của chúng ta hồi năm 4 tuổi.

Trong những tình huống thông thường, hai bên bán cầu não hoạt động liên kết nhuần nhuyễn với nhau không ít thì nhiều, ngay cả đối với những người nói rằng họ thường thiên về một bên não hơn bên kia. Tuy nhiên, nếu có một bên ngưng hoạt động, thậm chí chỉ là tạm thời, hoặc có một bên não bị cắt đứt hoàn toàn (điều này thông thường xảy ra trong giai đoạn đầu của những ca mổ não) sẽ khiến não bộ bị vô hiệu hóa.

Não trái ngưng hoạt động khiến các trải nghiệm không thể sắp xếp theo trật tự, các cảm xúc và nhận thức không thể diễn giải được thành lời. Không có sự sắp xếp đó, chúng ta không tài nào nhận diện được nguyên nhân và kết quả, không nắm bắt được những hệ quả lâu dài do hành động của chúng ta mang lại, cũng không lập được những kế hoạch chặt chẽ cho tương lai. Những người đau khổ cùng cực thường nói rằng họ như đang “phát điên”. Theo nghĩa chuyên môn là họ đang gặp phải tình trạng mất chức năng điều hành.

Khi cái gì đó gợi nhớ cho người bị tổn thương về chuyện quá khứ, não phải của họ phản ứng như thể sự kiện gây sang chấn đang diễn ra trong hiện tại. Nhưng vì não trái của họ không hoạt động tốt, họ có thể không nhận thức được rằng họ đang tái trải nghiệm và tái

hiện lại quá khứ – họ chỉ nổi nóng, sợ hãi, tức giận, xấu hổ hoặc cứng đờ người lại. Khi cơn bão cảm xúc qua đi, họ sẽ tìm kiếm cái gì đó hoặc ai đó để đổ lỗi. Họ hành xử như vậy chỉ vì bạn trễ hẹn 10 phút, vì bạn làm cháy khoai tây hoặc vì bạn “chẳng bao giờ nghe lời tôi”. Tất nhiên, hầu hết chúng ta đều từng hành xử như vậy, nhưng khi bớt nóng giận, chúng ta hy vọng có thể thừa nhận lỗi lầm của mình. Những người bị sang chấn thường không nhận thức được như vậy. Các nghiên cứu đã lý giải được hiện tượng này.

MẮC KẾT GIỮA CHIẾN ĐẤU HAY CHẠY TRỐN

Chúng tôi dần dần hiểu những gì xảy ra với Marsha trong máy quét. Dù bị kích của cô đã xảy ra cách đây 13 năm nhưng ký ức của cô vẫn còn lưu trữ nó. Khi có lại những cảm giác về âm thanh, hình ảnh kinh hoàng năm xưa, hệ thống báo động của cô bị kích hoạt, khiến cô phản ứng như thể lúc cô nhận được hung tin con gái mình đã chết. Khoảng thời gian 13 năm không có ý nghĩa gì cả. Nhịp tim, huyết áp của cô tăng vọt cho thấy cơ thể cô đang báo động điên cuồng.

Adrenaline là một trong những hormone quan trọng giúp chúng ta chiến đấu hoặc chạy trốn khi gặp nguy hiểm. Adrenaline tăng lên làm nhịp tim và huyết áp của những người tham gia tăng vọt khi họ nghe câu chuyện gây sang chấn của mình. Trong điều kiện bình thường, con người phản ứng với mối đe dọa bằng sự gia tăng tạm thời các hormone của stress. Ngay khi mối đe dọa kết thúc, các hormone tiêu tan và cơ thể trở lại bình thường. Ngược lại, các hormone của stress ở người bị sang chấn mất nhiều thời gian hơn để quay trở về mức bình thường cũng như chúng bị tăng đột ngột và không cân xứng khi đáp ứng với các kích thích căng thẳng nhẹ. Tác động xấu từ sự gia

tăng liên tục các hormone của stress bao gồm các vấn đề về bộ nhớ và sự chú ý, dễ cáu gắt và rối loạn giấc ngủ. Chúng cũng gây ra các vấn đề sức khỏe lâu dài, tùy thuộc vào hệ thống cơ thể dễ bị tổn thương nhất của từng người.

Bây giờ, chúng ta biết có thể còn một phản ứng nữa khi đối mặt với mối đe dọa, mà phương pháp quét não vẫn chưa thể đo được. Một số người đơn giản rơi vào trạng thái phủ nhận: Cơ thể họ ghi nhận mối đe dọa, nhưng tâm trí vẫn tiếp tục hoạt động như thể chẳng có gì xảy ra. Tuy nhiên, mặc dù tâm trí có thể học cách phát là những thông điệp từ bộ não đầy cảm xúc, nhưng các tín hiệu báo động không dừng lại. Phần não đa cảm tiếp tục hoạt động, và những hormone của stress vẫn tiếp tục gửi tín hiệu đến các cơ bắp khiến chúng căng lên để chuẩn bị hành động, hoặc bất động rồi sụp đổ hoàn toàn. Các ảnh hưởng thể chất trên các cơ quan không suy giảm cho đến khi chúng nhận được thông báo là chúng đang biểu hiện như bệnh lý. Các loại thuốc, ma túy và rượu cũng có thể tạm thời làm dịu đi hoặc xóa bỏ những cảm giác và cảm xúc mà người bị sang chấn không thể chịu đựng được, nhưng bộ não họ vẫn tiếp tục lưu giữ các thông tin về tình huống sang chấn ấy.

Chúng ta có thể diễn giải những gì xảy ra với Marsha trong máy quét từ nhiều góc nhìn khác nhau, mỗi góc nhìn đều ẩn chứa phương pháp điều trị. Chúng ta có thể tập trung vào những gián đoạn rõ rệt về hóa học thần kinh cũng như sinh lý, và chứng minh rằng cô ấy đang chịu ảnh hưởng từ sự tái kích hoạt tình trạng mất cân bằng sinh hóa mỗi khi cô ấy bị gợi nhớ về cái chết của con gái mình. Từ đó, chúng ta có thể tìm ra một loại thuốc hay kết hợp nhiều loại thuốc để làm giảm những phản ứng hoặc, khả quan nhất, giúp

khôi phục sự cân bằng hóa học trong cơ thể của cô. Dựa trên kết quả thu được từ máy quét, một vài đồng nghiệp của tôi ở Bệnh viện Đa khoa Massachusetts tiến hành nghiên cứu những loại thuốc có thể giúp bệnh nhân ít phản ứng hơn khi lượng adrenaline tăng lên.

Chúng ta cũng có thể suy luận rằng Marsha nhạy cảm quá mức với ký ức. Cách điều trị tốt nhất cho cô là áp dụng một số hình thức giải miễn cảm (desensitization)*. Sau nhiều lần lặp lại chi tiết của tình huống gây sang chấn với một nhà trị liệu, những phản ứng sinh học của cô có thể trở nên calm lặng, từ đó, cô có thể nhận ra và nhớ rằng “đó là quá khứ, còn đây là hiện tại” hơn là tái hiện đi tái hiện lại trải nghiệm đó.

Hơn 100 năm qua, các sách giáo khoa về tâm lý học và trị liệu tâm lý đều khuyên rằng một số phương pháp trò chuyện về những cảm nhận buồn phiền có thể hiệu quả. Tuy nhiên, như chúng ta đã thấy, chính trải nghiệm sang chấn đã ngăn chặn điều này. Cho dù chúng ta có biết hay thấu hiểu nhiều đến nhường nào, phần não duy lý, về cơ bản, hoàn toàn mất khả năng kéo phần não đa cảm ra khỏi thực tại của nó. Tôi liên tục ngạc nhiên khi thấy các bệnh nhân rất khó khăn khi cố gắng diễn đạt bản chất trải nghiệm của họ. Họ dễ dàng kể về những gì đã xảy đến với họ, kể một câu chuyện về nạn nhân và thù hận hơn là nhận thấy, cảm nhận và nói lên sự thật về trải nghiệm sâu thẳm trong họ.

Những hình chụp bộ não bị sang chấn đã cho thấy nỗi sợ hãi của họ đã tồn tại và có thể bị kích hoạt bằng nhiều khía cạnh trong những trải nghiệm cuộc sống hằng ngày. Họ không thể tích hợp những trải nghiệm này vào dòng chảy cuộc đời họ. Họ cứ tiếp tục “ở đó” và không biết làm thế nào để “ở đây”, tức thực sự sống trong thực tại.

Ba năm sau khi tham gia nghiên cứu của chúng tôi, Marsha trở thành bệnh nhân của tôi. Tôi đã chữa trị cho cô ấy thành công bằng EMDR (xem chương 15).

PHẦN II

KHÁM PHÁ BỘ NÃO BỊ SANG CHẤN

 **/GROUPS/YEUKINDLEVIETNAM**

Chương 4

TÀU THOÁT: GIẢI PHẪU BẢN NĂNG SINH TỒN

Trước khi bộ não xuất hiện, vũ trụ này là nơi Vô sắc, vô thanh, vô vị, vô hương và có lẽ, mang một chút cảm giác nhưng vô cảm. Và hơn hết, vũ trụ này cũng vô lo và vô ưu.

Roger Sperry

Ngày 11/9/2001, bé Noam Saul 5 tuổi, học lớp 1, chứng kiến chiếc máy bay đâm vào Trung tâm Thương mại Thế giới (World Trade Center, New York) từ cửa sổ phòng học của bé, cách Trung tâm Thương mại Thế giới chưa đầy một cây số. Bé và bạn bè, cô giáo cùng chạy xuống cầu thang đến sảnh, nơi hầu hết các em được đoàn tụ với bố mẹ, những người vừa mới đưa các bé đến trường vài phút trước. Noam, anh trai của em, và ba của các bé là ba trong số hàng chục ngàn người sáng hôm đó đã phải chạy qua đồng đổ nát, tro tàn và khói bụi để thoát thân.

10 ngày sau sự kiện kinh hoàng ấy, tôi đến thăm gia đình của Noam vì bố mẹ của bé là bạn tôi. Tôi và bố mẹ bé đi dạo trong màn đêm rộn người, ngang qua cái hố còn tỏa khói, nơi từng là tòa tháp cao sừng sững, thấy những đội cứu hộ vẫn đang cật lực làm việc. Khi chúng tôi trở về nhà, bé Noam vẫn còn thức. Bé cho tôi xem bức

tranh đã vẽ vào lúc 9 giờ sáng ngày 12/9. Bản vẽ mô tả những gì bé đã nhìn thấy ngày hôm trước: một chiếc máy bay đâm vào tháp, một quả cầu lửa, lính cứu hỏa và những người nhảy từ cửa sổ tòa tháp. Nhưng ở dưới cùng của bức tranh bé đã vẽ một thứ khác: một vòng tròn màu đen ở chân các tòa nhà. Tôi không biết đó là gì, thế nên tôi hỏi bé:

- Đây là gì vậy cháu?
- Đó là đệm lò xo ạ!
- Tại sao lại có đệm lò xo ở đây?
- Để lần sau, khi mọi người phải nhảy xuống từ tòa tháp thì họ sẽ được an toàn!



Bé Noam 5 tuổi đã vẽ bức tranh này sau khi chứng kiến cuộc tấn công vào Trung tâm Thương mại Thế giới vào ngày 9/11/2001. Trong bức tranh có hình ảnh những người đang nhảy ra khỏi tòa nhà để thoát thân. Noam đã vẽ một tấm nệm lò xo ở chân tòa nhà vì nghĩ nếu có vật này thì nhiều người sẽ sống sót.

Tôi sửng sờ! Cậu bé 5 tuổi này, nhân chứng của một thảm họa, đã dùng trí tưởng tượng để xử lý những gì em đã chứng kiến và cũng là để tiếp tục sống cuộc đời bình thường của mình.

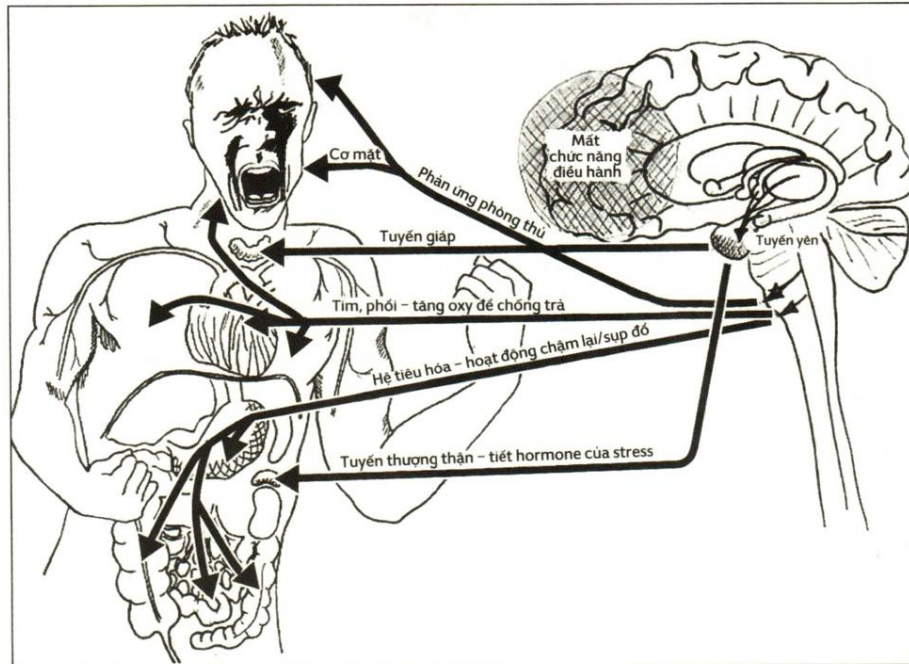
Bé Noam thật may mắn vì cả gia đình bé đều an toàn trong thảm họa ấy. Bé lớn lên trong tình yêu thương và dần hiểu rằng mọi chuyện đang dần trôi qua. Khi thảm họa xảy ra, những phản ứng và biểu hiện của bố mẹ sẽ ảnh hưởng rất lớn đến trẻ em. Nếu bố mẹ bình tĩnh và vẫn đáp ứng đầy đủ các nhu cầu của bé thì bé sẽ không bị vết sẹo tâm lý nghiêm trọng nào.

Câu chuyện của bé Noam giúp ta nhìn thấy hai khía cạnh cơ bản của phản ứng thích nghi với những mối đe dọa. Khi máy bay đâm vào tòa tháp, bé đã chạy khỏi lớp học, nghĩa là đã chủ động cứu mình. Khi quay về ngôi nhà an toàn, êm ấm của mình, chuông báo động trong não và cơ thể bé liên tắt, giúp bé bình tĩnh lại và kịp hiểu chuyện gì vừa xảy ra, thậm chí bé còn tưởng tượng ra một cách rất sáng tạo để giúp mọi người sống sót là kể một cái đệm lò xo.

Trái ngược với bé Noam, nhiều người bị sang chấn hoàn toàn bị mắc kẹt trong quá khứ, họ không thể phát triển cuộc sống cá nhân vì không thể đón nhận những trải nghiệm sống mới. Họ sống như thể sang chấn vẫn còn đó và sẽ vĩnh viễn ở đó. Bóng ma quá khứ bao phủ toàn bộ cuộc đời họ.

Sau sang chấn, nạn nhân sẽ trải nghiệm thế giới với một hệ thần kinh khác. Họ dồn năng lượng để đàn áp những cảm xúc hỗn loạn bên trong, kiểm soát các phản ứng sinh lý không thể chịu nổi. Hậu quả là cơ thể họ gặp hàng loạt vấn đề như đau cơ xơ hóa, mệt mỏi mạn tính và mắc các bệnh tự miễn khác. Điều này giải thích tại sao

khi trị liệu sang chấn, ta rất cần nhìn nó trong mối liên quan với các cơ quan nội tạng, cơ thể, tinh thần và não bộ.



Sang chấn ảnh hưởng đến toàn bộ cơ thể người: thân thể, tâm trí và bộ não. Trong PTSD, cơ thể tiếp tục chống lại một mối đe dọa thuộc về quá khứ. Chữa trị PTSD nghĩa là làm sao để chấm dứt sự huy động căng thẳng kéo dài này và khôi phục lại trạng thái an toàn cho toàn bộ cơ thể.

TỔ CHỨC ĐỂ SINH TỒN

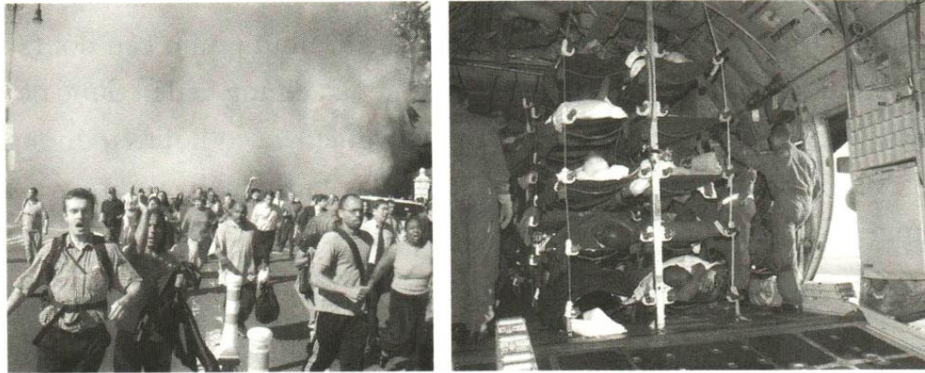
Bức hình minh họa ngay trên cho thấy phản ứng toàn thân đối với mối đe dọa.

Khi hệ thống báo động của não được bật lên, nó sẽ tự động kích hoạt các kế hoạch thoát hiểm được lập trình trước trong những phần nguyên thủy nhất của não bộ. Giống như các loài động vật khác, các dây thần kinh và hóa chất tạo nên cấu trúc cơ bản của não có mối liên hệ trực tiếp với cơ thể chúng ta. Khi bộ não nguyên thủy nắm quyền kiểm soát, nó ức chế phần não cao cấp hơn, ức chế tâm trí của chúng ta và thúc đẩy cơ thể chạy trốn, chiến đấu, hoặc đôi khi

đóng băng. Đến lúc chúng ta hoàn toàn ý thức được vấn đề thì cơ thể chúng ta đã hành động mất rồi. Nếu phản ứng chống trả, trốn chạy, đóng băng thành công và chúng ta thoát ra được khỏi nguy hiểm, chúng ta sẽ lấy lại cân bằng bên trong và dần dần “lấy lại được giác quan của chúng ta”.

Nếu vì một lý do nào đó, phản ứng bình thường bị chặn lại, ví dụ như khi người ta bị kẹt hoặc bị ngăn cản thực hiện hành động có hiệu quả, có thể là trong vùng chiến tranh, tai nạn xe hơi, bạo lực gia đình, hoặc hăm hiếp, não bộ sẽ liên tục giải phóng các chất gây stress, và các mạch điện não tiếp tục hoạt động một cách vô ích. Sau khi sự kiện thực tế trôi qua rất lâu rồi, não vẫn có thể tiếp tục gửi tín hiệu đến cơ thể để thoát khỏi một mối đe dọa không còn tồn tại nữa.

Từ năm 1889, khi nhà tâm lý học người Pháp Pierre Janet xuất bản tài liệu khoa học đầu tiên về sang chấn, người ta nhận thấy những người sống sót sau sang chấn có xu hướng tiếp tục hành động hoặc đúng hơn là nỗ lực (vô ích) hành động vốn bắt đầu khi xảy ra sự kiện”.



Bức ảnh bên trái mô tả những người hành động có hiệu quả khi gặp sự kiện kinh hoàng, tức là họ tháo chạy. Hành động hiệu quả (chiến đấu hoặc chạy trốn) giúp kết thúc mối đe dọa. Trạng thái bất động giữ chặt cơ thể trong một cú sốc không lối thoát và khiến cơ thể cảm thấy bất lực. Khi đối mặt với nguy hiểm, cơ thể chúng ta tự động tiết ra những hormone của stress để tạo động lực chống trả và chạy trốn. Bộ não và cơ thể được lập trình để chạy về nhà, nơi mang lại sự an toàn và các hormone của stress có thể nghỉ ngơi. Ở những người đàn ông bị cột chặt lại để đưa đi sơ tán sau cơn bão Katrina, lượng hormone của stress duy trì trong họ ở mức cao và nó quay ra chống lại họ, kích thích tình trạng sợ hãi, trầm cảm, giận dữ và bệnh tật.

Khi gặp nguy hiểm, việc bạn có thể di chuyển và làm điều gì đó để tự vệ hay không sẽ quyết định trải nghiệm kinh hoàng ấy có để lại vết sẹo lâu dài trong lòng bạn hay không.

Trong chương này, tôi sẽ đi sâu phân tích các phản ứng của não đối với sang chấn. Khoa học thần kinh càng phát hiện nhiều điều về bộ não, chúng ta càng nhận ra não là một mạng lưới rộng khắp các bộ phận kết nối được tổ chức để giúp chúng ta tồn tại và phát triển. Hiểu được cách thức các phần này làm việc cùng nhau sẽ giúp ta hiểu được sự ảnh hưởng của sang chấn đến từng bộ phận cơ thể và tìm được cách giải quyết stress do sang chấn.

NÃO BỘ TỪ DƯỚI LÊN TRÊN

Nhiệm vụ quan trọng nhất của bộ não là đảm bảo sự sống còn của con người, ngay cả trong điều kiện khó khăn nhất. Để làm được điều đó, não bộ cần phải: (1) tạo ra các tín hiệu nội bộ ghi nhận những gì cơ thể chúng ta cần, chẳng hạn như thức ăn, nghỉ ngơi,

bảo vệ, tình dục, và nơi trú ẩn; (2) tạo ra một bản đồ, chỉ đường cho chúng ta tới nơi cần đến để được thỏa mãn những nhu cầu đó; (3) tạo ra năng lượng và hành động cần thiết đưa chúng ta đến được nơi đó; (4) cảnh báo chúng ta về những nguy hiểm và cơ hội trên đường đi; và (5) điều chỉnh hành động của chúng ta dựa trên yêu cầu của từng thời điểm.

Vì con người là động vật hữu nhũ, loài sinh vật chỉ có thể tồn tại và phát triển theo nhóm, tất cả các yêu cầu này đòi hỏi sự phối hợp và hợp tác. Các vấn đề tâm lý xảy ra khi các tín hiệu nội tại của chúng ta không hoạt động, khi các bản đồ không dẫn chúng ta tới nơi cần phải tới, khi chúng ta quá tê liệt để di chuyển, khi hành động của chúng ta không tương ứng với nhu cầu, hoặc khi những mối quan hệ của chúng ta sụp đổ. Mỗi cấu trúc não tôi đề cập đến có một vai trò trong các chức năng thiết yếu này, và như chúng ta sẽ thấy, sang chấn có thể gây trở ngại cho từng loại cấu trúc một.

Phần não lý trí của chúng ta thực sự là bộ phận trẻ nhất của não bộ và chỉ chiếm khoảng 30% trong hộp sọ. Bộ não lý trí chủ yếu quan tâm đến thế giới bên ngoài: hiểu biết về cách thức mà mọi thứ và mọi người làm việc và tìm cách đạt được các mục tiêu, quản lý thời gian và sắp xếp hành động. Bên dưới phần não bộ này là hai phần não già hơn về mặt tiến hóa, và ở một mức độ nào đó, hai phần não này khác biệt hoàn toàn và đảm nhiệm tất cả những chức năng khác: ghi nhận từng thời khắc trôi qua và quản lý quá trình sinh lý của cơ thể cũng như xác định sự thoải mái, an toàn, đe dọa, đói khát, mệt mỏi, khao khát, phấn khởi, niềm vui, và đau đớn.

Bộ não được cấu thành từ dưới lên trên. Nó phát triển theo từng cấp từ khi đứa trẻ còn nằm trong bụng mẹ, không khác gì quy trình

tiến hóa. Phần nguyên thủy nhất, phần hoạt động sẵn ngay khi chúng ta sinh ra, là não động vật cổ đại, thường gọi là phần não bò sát. Nó nằm ở thân não (brainstem), ngay phía trên vị trí tủy sống đi vào hộp sọ. Phần não bò sát đảm nhiệm tất cả những thứ mà trẻ sơ sinh có thể làm: ăn, ngủ, thức dậy, khóc, hít thở, cảm giác nhiệt độ, đói, ẩm ướt và đau, loại bỏ các chất độc bằng cách đi tiêu tiểu.

Thân não và vùng dưới đồi (hypothalamus) (nằm ngay bên trên) cùng nhau kiểm soát mức năng lượng của cơ thể. Chúng phối hợp hoạt động của tim và phổi, cũng như hệ thống nội tiết và miễn dịch, đảm bảo các hệ thống cơ bản giúp duy trì sự sống này được duy trì trong sự cân bằng nội tại tương đối ổn định, còn gọi là sự cân bằng nội môi.

Thở, ăn, ngủ, và tiêu tiểu là những chuyện cơ bản đến nỗi ý nghĩa của chúng dễ bị lãng quên khi chúng ta xem xét tính phức tạp của trí tuệ và hành vi. Tuy nhiên, nếu giấc ngủ của bạn bị xáo trộn hoặc ruột của bạn không hoạt động, hoặc nếu bạn luôn cảm thấy đói, hoặc nếu bị ai đó chạm vào là bạn chỉ muốn hét lên (đây là điều thường thấy ở những người bị sang chấn), thì toàn bộ cơ thể của bạn đã bị mất cân bằng. Ngạc nhiên thay, có biết bao nhiêu là vấn đề về tâm lý liên quan đến giấc ngủ, sự ngon miệng, xúc chạm, tiêu hóa, và hưng phấn. Bất kỳ phương pháp điều trị sang chấn có hiệu quả nào cũng phải giải quyết được những rối loạn chức năng cơ bản như thế của cơ thể.

Ngay trên phần não bò sát là hệ viền (limbic system). Nó còn được gọi là phần não động vật hữu nhũ, bởi vì tất cả các động vật sống thành nhóm và nuôi dưỡng con non của chúng đều có phần não này. Phần não động vật hữu nhũ chỉ thực sự phát triển sau khi

đưa trẻ chào đời. Đó là vị trí của cảm xúc, giám sát nguy hiểm, nhận định cái gì là đáng vui hoặc đáng sợ, phán xét cái gì là quan trọng hoặc không quan trọng cho mục đích tồn tại. Đây cũng là một vị trí chỉ huy trung tâm để đương đầu với những thách thức của cuộc sống trong mạng lưới xã hội phức tạp của chúng ta.

Hệ viền được hình thành để đáp ứng với kinh nghiệm, cùng với bản chất di truyền và tính khí bẩm sinh của trẻ sơ sinh. (Như tất cả các bậc cha mẹ đều nhanh chóng nhận ra, rằng với cùng một sự kiện giống nhau thì mỗi trẻ sơ sinh có phản ứng khác nhau về mặt cường độ và tính chất.) Bất kể điều gì xảy ra với một đứa trẻ thì đều đóng góp vào quá trình hình thành tấm bản đồ cảm xúc và nhận thức về thế giới do bộ não đang phát triển của trẻ tạo ra. Theo cách giải thích của Bruce Perry, đồng nghiệp của tôi, các tế bào thần kinh được hình thành theo cách “sử dụng lẫn nhau - phụ thuộc vào nhau”. Đây là một cách khác để mô tả tính khả biến thần kinh (neuroplasticity), một khám phá tương đối gần đây phát hiện ra rằng các tế bào thần kinh “sáng lên cùng nhau, kết nối với nhau”. Khi một mạch thần kinh sáng lên nhiều lần, nó có thể trở thành một thiết lập mặc định – phản ứng hầu như chắc chắn xảy ra. Nếu bạn cảm thấy an toàn và được yêu thương, não của bạn tập trung sâu hơn vào việc khám phá, chơi đùa và hợp tác; nếu bạn sợ hãi và cảm thấy mình không được đón nhận, nó tập trung vào việc quản lý cảm giác sợ hãi và bị bỏ rơi.

Khi còn là trẻ sơ sinh và chập chững tập đi, chúng ta tìm hiểu thế giới bằng cách bò chỗ này chỗ nọ, tóm lấy món nọ món kia, khám phá điều gì sẽ xảy ra khi chúng ta khóc, cười hoặc phản đối. Chúng ta liên tục thử nghiệm môi trường xung quanh – các tương tác của ta thay đổi cách cảm nhận của cơ thể chúng ta như thế nào? Khi chơi

với một em bé 2 tuổi, bạn sẽ nhận ra bé có thể thoải mái đùa giỡn với bạn mà không nói. Những khám phá ban đầu này tạo thành cấu trúc viện dành cho cảm xúc và trí nhớ, nhưng những cấu trúc này cũng có thể bị thay đổi đáng kể bởi những kinh nghiệm sau này: Nó sẽ tốt hơn nhờ tình bạn thân thiết hoặc một tình yêu đầu đời đẹp đẽ, hoặc có thể xấu đi khi bé bị tấn công dữ dội, bị bắt nạt liên tục hoặc bị bỏ rơi.

Bộ não bò sát và hệ viền tạo thành cái mà tôi gọi là “bộ não cảm xúc” trong suốt cuốn sách này. Bộ não cảm xúc là trung tâm của hệ thống thần kinh trung ương, và nhiệm vụ chính của nó là quan tâm đến sự an nguy của bạn. Nếu phát hiện ra nguy hiểm hoặc cơ hội đặc biệt – chẳng hạn như một đối tượng đầy hứa hẹn – nó sẽ tiết ra một luồng hormone để cảnh báo bạn. Những cảm giác sinh ra từ bên trong này (từ sự lúng túng nhẹ nhàng đến cơn hoảng hốt trong lồng ngực) sẽ cản trở dòng tập trung của bạn đang hướng vào một điều gì đó và khiến bạn chuyển sự tập trung - về thể chất lẫn tinh thần - theo một hướng khác.

Ngay cả khi khó phát hiện nhất, những cảm giác này cũng ảnh hưởng lớn đến các quyết định lớn nhỏ mà chúng ta thực hiện trong suốt cuộc đời: những gì chúng ta chọn để ăn, nơi chúng ta thích ngủ và ngủ cùng ai, chúng ta thích loại nhạc nào, chúng ta thích làm vườn hay hát trong một dàn hợp xướng, và người mà chúng ta kết bạn cũng như người mà chúng ta ghét.

Tổ chức tế bào và hóa sinh học của bộ não cảm xúc đơn giản hơn các tế bào vỏ não, phần não duy lý của chúng ta, và nó đánh giá thông tin thu nhận được một cách tổng quát hơn. Kết quả là, nó đưa ra những kết luận dựa trên những điểm tương đồng thô sơ, điều này

tương phản với não duy lý, vốn được tổ chức để phân loại dựa trên một hệ thống các lựa chọn phức tạp (ví dụ, bạn sợ hãi giết bắn người khi trông thấy con rắn, sau đó mới nhận ra đó chỉ là một sợi dây thừng). Bộ não cảm xúc khởi xướng những kế hoạch thoát hiểm được lập trình từ trước, như phản ứng chiến đấu hay chạy trốn. Những phản ứng cơ bắp và sinh lý này là tự động, chúng xảy ra mà không cần chúng ta phải suy nghĩ hay lên kế hoạch gì cả.

Cuối cùng, chúng ta đến được lớp trên cùng của não, phần vỏ não mới (neocortex). Lớp bên ngoài này của chúng ta giống với các loài động vật có vú khác, nhưng của chúng ta dày hơn nhiều. Khi ta 2 tuổi, thùy trán – vốn chiếm phần lớn trong vỏ não mới của chúng ta – bắt đầu phát triển với tốc độ chóng mặt. Các triết gia cổ đại gọi tuổi lên 7 là “tuổi duy lý” (the age of reason). Đối với chúng ta, lớp 1 là tiền đề cho mọi thứ sau này, một cuộc sống được tổ chức xung quanh các năng lực của thùy trán như: ngồi yên, sử dụng lời nói thay vì cử chỉ, hiểu các ý tưởng trừu tượng và biểu tượng, lập kế hoạch cho ngày mai, hòa hợp với giáo viên và bạn học.

Các thùy trán chịu trách nhiệm về những phẩm chất làm cho chúng ta trở nên độc nhất trong vương quốc động vật. Chúng cho phép chúng ta sử dụng ngôn ngữ và tư duy trừu tượng. Chúng cho ta khả năng tiếp thu và tích hợp một lượng lớn thông tin và gán ý nghĩa cho chúng. Mặc dù chúng ta thích thú trước khả năng nổi trội của các loài khỉ tinh tinh và khỉ vàng trong việc học hỏi ngôn ngữ nhưng chỉ có con người mới có khả năng điều khiển ngôn ngữ và những ký hiệu cần thiết để tạo ra những bối cảnh sinh hoạt công cộng, đời sống tinh thần và hoàn cảnh lịch sử đã hình thành nên cuộc sống của chúng ta

Thùy trán cho phép chúng ta lập kế hoạch và phản ánh, tưởng tượng và phát triển các kịch bản tương lai. Chúng giúp ta dự đoán điều gì sẽ xảy ra nếu chúng ta thực hiện một hành động này (như xin việc làm) hoặc bỏ qua một hành động khác (như không trả tiền thuê nhà).

Các thùy trán khiến những lựa chọn của chúng ta trở nên khả thi và làm nền tảng cho những sáng tạo đầy kinh ngạc của chúng ta. Hàng thế hệ thùy trán hoạt động liên kết chặt chẽ đã tạo nên những nền văn hóa, giúp chúng ta phát triển từ những chiếc xương đeo từ thân cây, Cỗ xe ngựa kéo, thư tay lên tới máy bay phản lực, xe hybrid (sử dụng kết hợp động cơ đốt trong với động cơ điện) và thư điện tử. Chúng cũng cho chúng ta thấy được những chiếc đệm lò xo cứu nạn của Noam.

NOI GƯƠNG LẤN NHAU: SINH HỌC THẦN KINH LIÊN CẢ NHÂN

Là một yếu tố rất quan trọng để hiểu được sang chấn, thùy trán cũng là vị trí của sự thấu cảm – khả năng “cảm nhận về” ai đó của chúng ta. Một trong những khám phá thực sự của khoa học thần kinh hiện đại đã diễn ra vào năm 1994, khi một nhóm chuyên gia người Ý xác định được các tế bào chuyên biệt ở vỏ não được biết đến như là những tế bào thần kinh gương (mirror neuron)”.

Các nhà nghiên cứu đã gắn điện cực vào vùng não tiền vận động của một con khỉ để theo dõi chính xác những tế bào thần kinh nào được kích hoạt khi con khỉ nhặt đậu phộng hoặc cầm quả chuối. Vào thời điểm nhà nghiên cứu đặt những viên thức ăn vào hộp, họ nhận thấy các tế bào não của con khỉ đã phát sáng ở chính xác vị trí các tế bào thần kinh ra lệnh vận động, dù con khỉ không ăn hay di chuyển.

Nó chỉ đang quan sát nhà nghiên cứu và bộ não của nó đã gián tiếp phản ánh hành động của nhà nghiên cứu.

Nhiều thí nghiệm khác bắt đầu được triển khai trên khắp thế giới, và chẳng bao lâu sau, chúng ta đã thấy rõ ràng các tế bào thần kinh gương đã lý giải được nhiều khía cạnh của tâm trí mà trước đây ta không thể nào giải thích được, chẳng hạn như sự đồng cảm, bắt chước, đồng bộ, sự phát triển của ngôn ngữ. Một nhà văn đã so sánh tế bào thần kinh gương với “mạng không dây của não bộ” - chúng ta tiếp nhận không chỉ cử chỉ của những người khác mà cả tình cảm và ý định của họ nữa.

Giữa những người có sự gắn kết với nhau, họ có xu hướng đứng hoặc ngồi tương tự nhau, giọng nói của họ có cùng nhịp điệu. Nhưng các tế bào thần kinh gương của chúng ta cũng làm cho chúng ta dễ bị tổn thương trước tình tiêu cực của người khác, để chúng ta phản ứng với sự giận dữ của họ bằng Cơn thịnh nộ hay bị nỗi buồn của họ làm mất tinh thần.

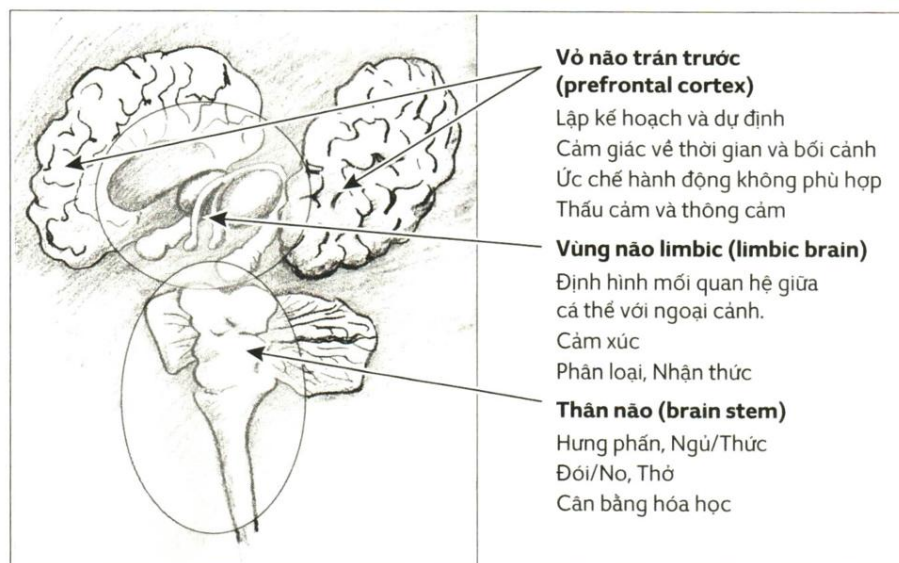
Tôi sẽ nói nhiều hơn về tế bào thần kinh gương trong những trang sau vì sang chấn là điều vô hình, hầu như không nhìn thấy được, không thể bị phản ánh và không thể được chú ý đến. Việc điều trị cần phải kích hoạt lại khả năng phản ánh một cách an toàn, và được phản ánh lại bởi những người khác, nhưng cũng phải chống lại sự lây nhiễm cảm xúc tiêu cực từ người khác.

Sự hoạt động của thùy trán có vai trò rất quan trọng trong những mối quan hệ hài hòa giữa người với người. Với trẻ em 2-3 tuổi, khi chúng nhận ra những người khác có thể suy nghĩ và cảm nhận khác biệt với mình thì đó là một bước phát triển to lớn. Trẻ học cách nắm bắt động cơ của người khác để có thể thích nghi và sống an toàn

trong những nhóm người có nhận thức, kỳ vọng và giá trị khác với chúng.

Nếu không có thùy trán chủ động và linh hoạt, con người sẽ trở thành loài động vật chỉ hành động dựa theo thói quen, những mối quan hệ của họ trở nên nông cạn, hời hợt, rập khuôn. Và rồi thế giới sẽ thiếu đi những phát minh, đổi mới, phát kiến và kỳ quan.

Thùy trán của chúng ta đôi khi (chứ không phải luôn luôn) ngăn chúng ta khỏi những hành động khiến ta xấu hổ hoặc gây tổn thương người khác. Không phải lúc nào ta cũng ăn khi đói, không phải hề thích ai đó là ta hôn họ, không phải giận là ta nổi cơn tam bành. Nhưng những rắc rối của chúng ta sẽ nảy sinh ngay lẫn ranh giữa cơn bốc đồng và kiểu hành xử được chấp nhận. Cảm giác đầu vào càng mạnh càng kích thích phần não cảm xúc, càng lấn át khả năng của phần não lý trí.



Thuyết bộ não 3 trong 1: Bộ não phát triển từ dưới lên. Phần não bò sát (thân não) phát triển khi thai nhi còn trong tử cung và chịu

trách nhiệm tổ chức những chức năng cơ bản để duy trì sự sống. Nó đáp ứng mạnh với mối đe dọa trong suốt cuộc đời chúng ta. Hệ viền (vùng não limbic) được tổ chức chủ yếu trong sáu năm đầu đời nhưng tiếp tục phát triển theo cách sử dụng - phụ thuộc. Sang chấn có thể gây tác động mạnh lên chức năng của hệ viền trong suốt cuộc đời. Vỏ não trán trước phát triển sau cùng và cũng chịu ảnh hưởng từ sang chấn, bao gồm việc mất khả năng chọn lọc ra những thông tin có liên quan. Suốt cuộc đời, vỏ não trán trước dễ chịu tổn thương dẫn đến việc bị ức chế khi nó đáp ứng với mối đe dọa.

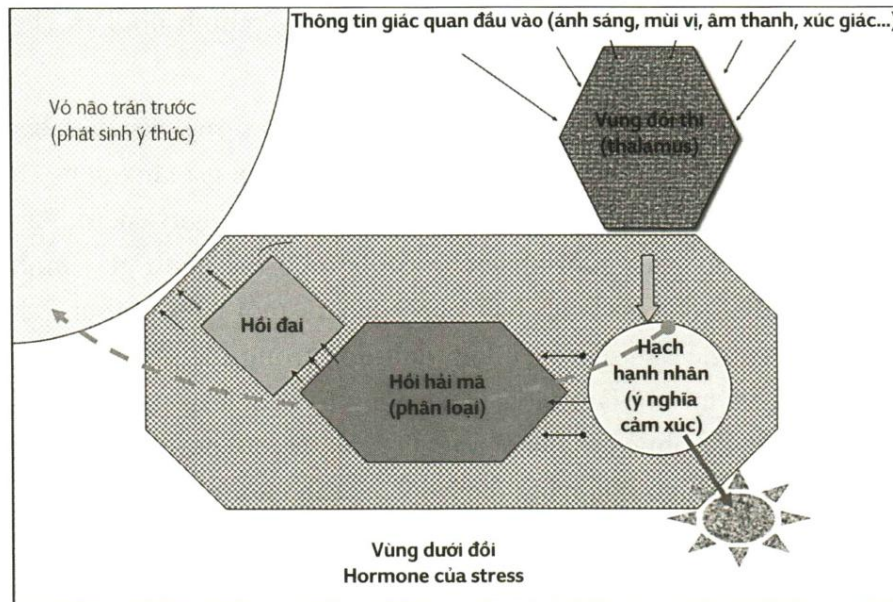
NHẬN DIỆN NGUY HIỂM: NGƯỜI ĐẦU BẾP VÀ HỆ THỐNG BÁO ĐỘNG

Nguy hiểm là một phần bình thường của cuộc sống. Bộ não có trách nhiệm giúp ta phát hiện nguy hiểm và phản ứng lại. Chúng ta tiếp nhận thông tin giác quan về thế giới bên ngoài thông qua mắt, mũi, tai và da. Những cảm giác hội tụ trong vùng đồi thị (thalamus), một khu vực bên trong hệ viền, đóng vai trò như một “người đầu bếp” trong não bộ. Vùng đồi thị khuấy đều tất cả thông tin đầu vào từ nhận thức của chúng ta thành một “món súp tự truyện”, một kinh nghiệm liên kết và mạch lạc của “đây là những gì đang xảy ra với tôi”¹⁰. Trải qua Các cảm giác sau đó được dẫn truyền theo hai hướng: (1) hướng đi xuống hạch hạnh nhân nằm sâu trong vùng viền, phần não vô thức, hoặc (2) hướng đi lên thùy trán, phần não nhận thức ý thức. Nhà thần kinh học Joseph LeDoux gọi con đường tới hạch hạnh nhân là “đường tắt”, cực kỳ nhanh, và con đường tới vùng vỏ não trán là “đường chính”, chậm hơn vài mili giây khi con người đang mối đe dọa tuyệt đối. Tuy nhiên, quá trình khuấy đều thông tin của vùng đồi thị có thể bị phá vỡ. Hình ảnh, âm thanh, mùi vị và xúc giác bị mã

hóa thành các mảnh cô lập, rời rạc, và quá trình xử lý bộ nhớ bình thường bị tan vỡ. Thời gian đóng băng, do đó người ta cảm thấy mối nguy hiểm hiện tại sẽ kéo dài mãi mãi.

Chức năng trung tâm của hạch hạnh nhân, mà tôi gọi là hệ thống báo động của não, là xác định xem những thông tin đầu vào có liên quan đến sự sống còn của chúng ta hay không. Nó hoạt động nhanh chóng và tự động, được trợ giúp bởi phản hồi từ hồi hải mã (hippocampus), một cấu trúc nằm lân cận có liên quan đến việc liên hệ những thông tin mới mẻ với các trải nghiệm trong quá khứ. Nếu hạch hạnh nhân cảm thấy mối đe dọa – chuẩn bị va chạm với chiếc xe phía trước chẳng hạn – nó sẽ gửi một thông điệp tức thời xuống vùng dưới đồi (hypothalamus) và thân não, kêu gọi hệ thống hormone của stress và hệ thần kinh tự chủ (autonomic nervous system – ANS) nhằm sắp xếp một phản ứng cơ thể toàn diện.

Vì hạch hạnh nhân xử lý thông tin mà nó nhận được từ vùng đồi thì nhanh hơn thùy trán, nên nó quyết định liệu thông tin đó có phải là mối đe dọa đối với sự sống còn của chúng ta hay không, ngay cả trước khi chúng ta nhận thức được sự nguy hiểm. Đến khi chúng ta kịp nhận biết điều gì đang xảy ra thì cơ thể chúng ta có thể đã hành động mất rồi.



Phần não cảm xúc là bộ phận đầu tiên diễn dịch những thông tin thu nhận được

Thông tin giác quan về môi trường và tình trạng cơ thể được tiếp nhận qua mắt, tai mũi, cảm giác vận động hội tụ ở vùng đồi thị, nơi nó được xử lý rồi chuyển qua hạch hạnh nhân để giải thích ý nghĩa cảm xúc của nó. Quá trình này diễn ra nhanh như chớp. Nếu phát hiện mối đe dọa, hạch hạnh nhân sẽ gửi thông điệp đến vùng dưới đồi để tiết ra các hormone của stress nhằm chống lại mối đe dọa đó. Nhà thần kinh học Joseph LeDoux gọi đây là “đường tắt”. Con đường thần kinh thứ hai, “đường chính” chạy từ vùng đồi thị, qua hồi hải mã và vùng trước của hồi đại, tới vỏ não trán trước bộ não lý trí, để đưa ra những diễn dịch có ý thức và tinh tế hơn. Quá trình này kéo dài hơn vài mili giây. Nếu việc giải thích mối đe dọa của hạch hạnh nhân quá mãnh liệt và/hoặc hệ thống chọn lọc của những vùng não cao hơn quá yếu, như thường xảy ra trong PTSD, người ta sẽ mất khả

năng kiểm soát các phản ứng khẩn cấp tự động (như những cơn giật mình kéo dài hoặc các cơn bùng nổ dữ dội).

Các tín hiệu nguy hiểm của hạch hạnh nhân kích hoạt quá trình phóng thích các hormone của stress, bao gồm cortisol và adrenaline, làm tăng nhịp tim, huyết áp và tốc độ hô hấp, chuẩn bị cho chúng ta chiến đấu hoặc chạy trốn. Một khi nguy hiểm đã qua, cơ thể sẽ trở lại trạng thái bình thường khá nhanh. Nhưng khi quá trình hồi phục này bị chặn lại, cơ thể được kích hoạt để bảo vệ chính nó, làm cho người ta cảm thấy khó chịu và kích động.

Trong khi “hệ thống báo động” khá hữu hiệu trong việc nắm bắt những mầm mống hiểm nguy, thì sang chấn lại làm gia tăng nguy cơ diễn giải sai một tình huống cụ thể là an toàn hay nguy hiểm. Bạn có thể hòa hợp với người khác chỉ khi bạn có thể đánh giá chính xác liệu ý định của họ là tốt hay xấu. Ngay cả một nắm bắt sai lệch nhỏ cũng có thể dẫn đến hiểu lầm đau đớn trong các mối quan hệ gia đình và tại nơi làm việc. Hoạt động hiệu quả trong một môi trường làm việc phức tạp hoặc một gia đình đầy trẻ em ương ngạnh đòi hỏi bạn phải có khả năng đánh giá nhanh chóng cảm nhận của mọi người và liên tục điều chỉnh hành vi của mình cho phù hợp. Hệ thống báo động bị lỗi có thể dẫn đến sự bùng nổ hay ngắt kết nối hoàn toàn khi bạn phản ứng lại những lời nhận xét hay biểu lộ cảm xúc hoàn toàn vô hại từ người khác.

KIỂM SOÁT PHẢN ỨNG STRESS: THÁP CANH

Nếu hạch hạnh nhân là hệ thống báo động của não, thì các vùng thùy trán, đặc biệt là vùng giữa của vỏ não trán trước (medial prefrontal cortex – MPFC)’, nằm ngay phía trên mắt chúng ta chính là tháp canh, giúp quan sát mọi việc từ trên cao. Mùi khói bạn ngửi

thấy là do nhà bạn đang cháy, bạn cần chạy ra khỏi nhà ngay, hay khỏi là do món bít-tết bạn làm bị quá lửa? Hạch hạnh nhân không đưa ra những phán đoán như vậy, nó chỉ giúp bạn sẵn sàng chiến đấu hoặc trốn thoát, thậm chí trước khi thùy trán có cơ hội cân nhắc. Miễn là bạn không quá khó chịu, thùy trán của bạn có thể khôi phục lại sự cân bằng bằng cách giúp bạn nhận ra mình đang phản ứng với một báo động giả và hủy bỏ phản ứng stress.

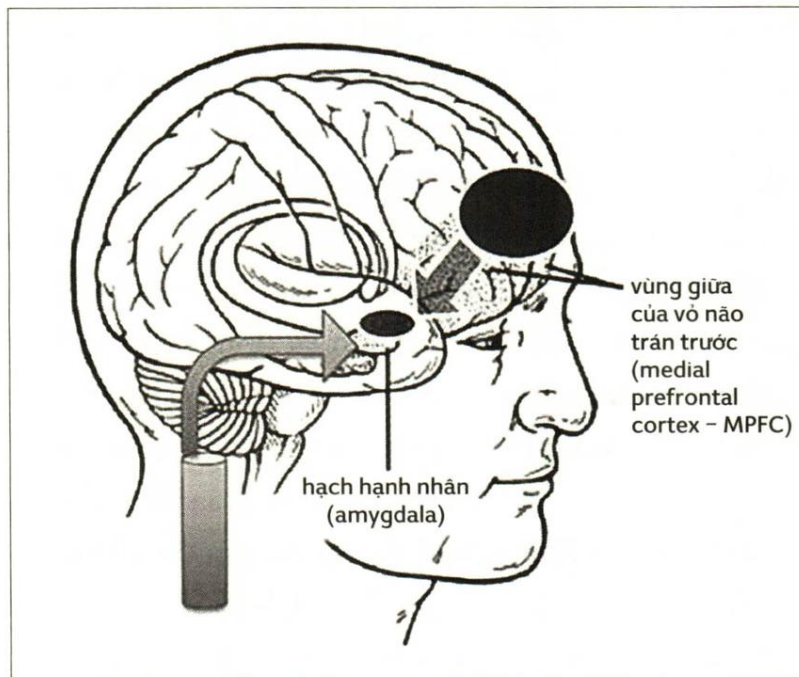
Thông thường, khả năng điều hành của vỏ não trán trước cho phép mọi người quan sát những gì đang diễn ra, dự đoán điều gì sẽ xảy ra nếu họ làm một hành động nào đó và thực hiện một sự lựa chọn có ý thức. Việc có khả năng giữ bình tĩnh và khách quan trước những suy nghĩ, cảm xúc và tình cảm của mình (tôi sẽ gọi khả năng này là chánh niệm xuyên suốt cuốn sách này) và sau đó mới dành thời gian để đáp ứng cho phép não bộ ức chế, tổ chức và điều chỉnh các phản ứng tự động đã được lập trình sẵn trong bộ não cảm xúc. Năng lực này rất quan trọng để bảo vệ mối quan hệ giữa người với người. Miễn là thùy trán của chúng ta hoạt động bình thường, chúng ta sẽ không mất bình tĩnh mỗi khi người phục vụ bàn chậm trễ hoặc đại lý bảo hiểm bắt chúng ta chờ lâu. (Tháp canh cũng cho chúng ta biết cơn giận dữ và mối đe dọa của người khác là một chức năng của tình trạng cảm xúc của họ.) Khi hệ thống đó sụp đổ, chúng ta trở nên giống động vật có điều kiện: Ngay khi phát hiện ra nguy hiểm, chúng ta sẽ tự động chuyển sang chế độ chiến đấu hoặc trốn chạy.

Đối với PTSD, sự cân bằng thiết yếu giữa hạch hạnh nhân (hệ thống báo động) và MPFC (tháp canh) thay đổi rất nhiều, điều này khiến việc kiểm soát cảm xúc và sự bốc đồng trở nên khó khăn hơn.

Các nghiên cứu chẩn đoán hình ảnh thần kinh của con người ở những trạng thái xúc động cao độ cho thấy nỗi sợ hãi, buồn bã và tức giận dữ dội làm tăng hoạt động của các vùng não dưới vỏ não liên quan đến cảm xúc và làm giảm hoạt động ở các khu vực khác nhau ở thùy trán, đặc biệt là MPFC. Khi điều đó xảy ra, khả năng ức chế của thùy trán bị phá vỡ, và mọi người “tách rời khỏi giác quan của họ”: Họ có thể giật mình khi nghe bất kỳ tiếng động lớn nào, trở nên tức giận chỉ vì những thất vọng nhỏ nhất hoặc cứng đờ người khi ai đó chạm vào cơ thể họ .

Đối phó hiệu quả với stress phụ thuộc vào sự cân bằng giữa hệ thống báo động và tháp canh. Nếu bạn muốn quản lý tốt hơn những cảm xúc của mình, não của bạn sẽ cho bạn hai lựa chọn: Bạn có thể học cách điều chỉnh chúng từ trên xuống hay từ dưới lên trên.

Biết được sự khác nhau giữa cơ chế điều chỉnh từ trên xuống và từ dưới lên là trọng tâm để hiểu và điều trị chứng rối loạn stress do sang chấn. Điều chỉnh từ trên xuống liên quan đến việc tăng cường năng lực của tháp canh để theo dõi cảm giác của cơ thể. Thiền chánh niệm và yoga có thể giúp ích cho việc này.



Từ trên xuống hoặc từ dưới lên. Các cấu trúc của bộ não cảm xúc quyết định những gì chúng ta coi là nguy hiểm hay an toàn. Có hai cách để thay đổi hệ thống phát hiện mối đe dọa: từ trên xuống, thông qua các tín hiệu điều khiển từ vùng giữa của vỏ não trán trước, hoặc từ dưới lên, thông qua bộ não bò sát, bằng cách hít thở, chuyển động hoặc va chạm.

Điều chỉnh từ dưới lên bao gồm việc hiệu chỉnh hệ thống thần kinh tự chủ (hệ thống bắt nguồn từ thân não). Chúng ta có thể truy cập vào ANS thông qua hơi thở, chuyển động hoặc xúc chạm. Hít thở là một trong số ít các chức năng cơ thể được kiểm soát bằng ý thức lẫn tự chủ. Nội dung này sẽ được trình bày kỹ trong chương 5.

CON NGỰA VÀ NGƯỜI CƯỠI NGỰA

Đến đây, tôi muốn nhấn mạnh rằng cảm xúc không đối kháng với tư duy, cảm xúc của ta làm tăng giá trị của những kinh nghiệm và như vậy nó là nền tảng của tư duy.

Kinh nghiệm là sản phẩm của sự cân bằng giữa bộ não lý trí và bộ não cảm xúc của chúng ta. Khi hai hệ thống này cân bằng, chúng

ta “cảm thấy là chính mình”. Tuy nhiên, khi sự sống còn của chúng ta bị đe dọa, các hệ thống này có thể hoạt động tương đối độc lập.

Ví dụ, bạn vừa lái ô-tô vừa trò chuyện với bạn bè, một chiếc xe tải đột nhiên xuất hiện ở góc mắt của bạn, bạn lập tức ngừng nói chuyện, đạp nhẹ phanh và xoay tay lái để tránh nguy hiểm. Nếu hành động bản năng này giúp bạn hoàn toàn an toàn, bạn sẽ tiếp tục trò chuyện với bạn bè. Khả năng này phụ thuộc phần lớn vào các phản ứng sống còn bên trong của bạn làm giảm bớt mối đe dọa nhanh chóng như thế nào.

Nhà thần kinh học Paul MacLean đã so sánh mối quan hệ giữa bộ não lý trí và bộ não cảm xúc với mối quan hệ giữa người ít nhiều đã biết cưỡi ngựa và con ngựa chứng. Miễn là thời tiết đẹp và con đường không quá gập ghềnh, người cưỡi ngựa luôn cảm thấy mọi việc đang trong tầm kiểm soát. Nhưng khi có một âm thanh bất ngờ hoặc có con vật nào đó lao ra đe dọa con ngựa, khiến con ngựa giật nảy mình, thì người cưỡi phải ghì chặt dây cương nếu không muốn bị té ngã. Tương tự, khi một người cảm thấy sự sống còn của họ bị đe dọa hoặc thấy mình đang chìm đắm trong những cơn thịnh nộ, khao khát, sợ hãi hoặc ham muốn tình dục, họ sẽ ngừng lắng nghe tiếng nói của lý trí, thế nên sẽ chẳng ích gì khi ta cố tranh cãi với họ trong lúc này. Bất cứ khi nào hệ viền quyết định một vấn đề nào đó là sống hay chết thì những con đường liên kết giữa thùy trán (phần lý trí) và hệ viền (phần cảm xúc) trở nên rất mong manh.

Các nhà tâm lý học thường cố gắng giúp mọi người vận dụng sự hiểu biết sâu sắc của bản thân để quản lý các hành vi của họ. Tuy nhiên, khoa học thần kinh cho thấy có rất ít vấn đề tâm lý lại là kết quả của việc thiếu hiểu biết điều gì đó. Hầu hết các vấn đề tâm lý bắt

nguồn từ những áp lực từ các vùng sâu trong não vốn điều khiển nhận thức và chú ý. Khi chuông báo động của bộ não cảm xúc cứ liên tục cảnh báo bạn đang gặp nguy hiểm thì sẽ chẳng có hiểu biết sâu sắc nào có thể tắt cái chuông ấy đi.

Khi bộ não cảm xúc xung đột với bộ não lý trí (ví dụ: ta nổi giận với người ta yêu thương, ta sợ hãi một người ta đang phụ thuộc), thì sẽ xảy ra một cuộc giằng co. Cuộc chiến này chủ yếu diễn ra trong các cơ quan nội tạng như ruột, tim, phổi, khiến cả thể lý lẫn tâm lý của ta cảm thấy khó chịu, đau đớn. Chương 6 sẽ thảo luận cách bộ não và cơ quan nội tạng tương tác với nhau trong những tình huống an toàn và nguy hiểm, đây là chìa khóa để hiểu được nhiều biểu hiện thể chất của sang chấn.

Tôi muốn kết thúc chương này bằng việc xem xét thêm hai hình quét não để minh họa cho một số đặc điểm cơ bản của stress do sang chấn: Những ký ức có thể sống lại, bất kể đã xảy ra cách đây bao lâu; con người tái trải nghiệm những hình ảnh, âm thanh, cảm xúc hệt như khi bị sang chấn; và sự phân ly (dissociation).

BỘ NÃO BỊ SANG CHẤN CỦA STAN VÀ UTE

Vào một buổi sáng đẹp trời tháng 9/1999, cặp vợ chồng khoảng 40 tuổi Stan và Ute Lawrence sống ở London, Ontario, lái xe đi tham dự một cuộc họp kinh doanh tại Detroit. Được nửa đường, họ gặp sương mù dày đặc, gần như không nhìn thấy gì. Stan lập tức hãm phanh, dừng xe bên đường cao tốc để né một chiếc xe tải lớn. Một chiếc xe 18 bánh tông mạnh vào đuôi xe họ, những chiếc xe hơi và xe tải đâm liên tiếp vào nhau và đâm cả vào xe họ. Nhiều người lao ra khỏi xe để thoát thân. Tiếng xe va vào nhau đinh tai nhức óc cứ tiếp diễn khiến Stan và Ute thấy mình như sắp chết. Stan và Ute kẹt

trong chiếc xe thứ 13 của mớ hỗn độn 87 chiếc xe. Đây là thảm họa đường bộ lớn nhất trong lịch sử Canada 15.

Sau tiếng động định tại là sự im lặng đến rợn người, Stan cố gắng mở cửa xe và cửa sổ nhưng chiếc xe 18 bánh đang ép sát vào thân xe họ. Đột nhiên, có ai đó đập lên vòm xe của họ. Tiếng một cô gái vang lên thất thanh: “Làm ơn đưa tôi ra! Xe tôi đang cháy!”. Hai người bắt lực chứng kiến cô gái chết dần trong quả cầu lửa.

Điều tiếp theo họ nhớ là một người lái xe tải đứng lên mui xe họ, tay cầm bình chữa cháy. Anh ta đập vỡ cửa kính, giải thoát cho họ. Stan leo ra rồi quay lại giúp vợ mình, anh trông thấy Ute ngồi bất động trong xe. Anh và người tài xế xe tải đưa Ute ra. Ngay lập tức, hai vợ chồng Stan và Ute được đưa đến phòng cấp cứu, may mắn là họ chỉ bị trầy xước nhẹ.

Tối hôm đó, khi đã ở trong căn nhà của mình, hai vợ chồng đều không muốn ngủ vì cảm thấy rằng nếu nhắm mắt thì họ sẽ chết mất. Họ cảm thấy khó chịu, dễ giật mình và luôn cảnh giác. Đêm hôm đó và nhiều đêm tiếp theo, họ uống rất nhiều rượu để nhấn chìm cơn sợ hãi. Họ không thể ngăn những hình ảnh kinh hoàng của vụ tai nạn cứ quay cuồng trong đầu óc, họ cũng không thể ngừng bật lên trong đầu những câu hỏi: Nếu họ đi sớm hơn thì sao? Nếu họ không dừng lại đổ xăng thì sao?

Ba tháng sau vụ tai nạn, hai người tìm đến tiến sĩ Ruth Lannis, một bác sĩ tâm thần ở Đại học Tây Ontario, để nhờ giúp đỡ. Tiến sĩ Lanius nói với hai vợ chồng rằng cô muốn chụp MRI não bộ của họ trước khi bắt đầu điều trị. fMRI đo hoạt động thần kinh bằng cách theo dõi những thay đổi của dòng máu lưu thông trong não, và không giống như chụp PET (Positron Emission Tomography - chụp xạ hình

cắt lớp Positron), người chụp không phải tiếp xúc với bức xạ. Tiến sĩ Lanius đã dùng phương pháp kịch bản như chúng tôi đã dùng tại Harvard, nghĩa là thu thập lại những hình ảnh, âm thanh, mùi hương và những cảm giác khác mà Stan và Ute đã trải qua khi mắc kẹt trong xe.

Stan là người đầu tiên bước vào máy quét. Anh hồi tưởng ngay lập tức vụ tai nạn đó. Khi ra khỏi máy quét, người anh ướt đẫm mồ hôi, nhịp tim nhanh mạnh, huyết áp tăng cao. Anh nói: “Đây chính là cảm giác của tôi khi trải qua tai nạn. Tôi đã chắc rằng mình sẽ chết và không thể làm gì để tự cứu mình”. Stan đã làm sống lại vụ tai nạn này mà không nhớ rằng nó đã xảy ra những ba tháng trước.

PHÂN LY VÀ LÀM SỐNG LẠI

Sự phân ly là một bản chất của sang chấn. Những trải nghiệm dữ dội được tách ra và phân mảnh khiến cho những cảm xúc, âm thanh, hình ảnh, ý nghĩ và những cảm giác cơ thể liên quan đến sang chấn có cuộc sống riêng của chúng. Các mảnh cảm giác của bộ nhớ xâm nhập vào hiện tại - nơi chúng được tái hiện theo nghĩa đen. Chừng nào sang chấn còn chưa được giải quyết thì các hormone của stress được tiết ra để tự vệ sẽ vẫn tiếp tục lưu thông trong cơ thể, những chuyển động phòng thủ và những phản hồi cảm xúc sẽ tiếp tục được phát đi phát lại.

Tuy nhiên, không giống Stan, nhiều người không nhận thức được mối liên hệ giữa những cảm giác, phản ứng “điên rồ” với những sự kiện sang chấn đang được “phát lại”. Họ không biết vì sao mình lại phản ứng “lòng lộn” như thể họ sắp bị tiêu diệt.

Những hồi tưởng thậm chí còn tệ hơn cả chính sang chấn. Một sự kiện sang chấn có khởi đầu, có kết thúc, và đến lúc nào đó sẽ qua

đi. Nhưng đối với những người bị PTSD, họ có thể hồi tưởng sự kiện vào bất cứ lúc nào, bất kể đang tỉnh táo hay đang ngủ. Họ không cách nào biết được khi nào họ sẽ lại hồi tưởng và sẽ hồi tưởng trong bao lâu. Những người này thường tìm cách tránh xa những cuộc hồi tưởng bằng cách tập gym, dùng ma túy, chơi những trò cảm giác mạnh để đạt được cảm giác hão huyền rằng mình đang tự chủ được trong những tình huống vô cùng nguy hiểm (ví dụ như đua xe máy, nhảy bungee, làm tài xế xe cứu thương). Họ kiệt sức, tuyệt vọng, mệt mỏi vì cứ phải chống lại những hiểm họa vô hình.

Nếu các yếu tố của sang chấn lặp đi lặp lại, các hormone của stress đi kèm sẽ khắc những ký ức đó sâu hơn vào tâm trí họ, khiến họ ngày càng ít tha thiết với những hoạt động thường ngày. Họ không thực sự cảm thấy mình đang sống vì họ không hiểu rõ những gì đang xảy ra xung quanh. Họ khó cảm thấy vui, buồn, khó tập trung vào những công việc hiện tại. Không được sống trọn vẹn trong hiện tại khiến họ càng bị giam giữ chặt gao hơn trong “nhà tù” mang tên Quá Khứ.

Các yếu tố kích hoạt những cảm xúc trong người bị sang chấn vốn rất đa dạng. Các cựu chiến binh có thể phản ứng lại trước những tín hiệu nhỏ nhất như tiếng xe cán phải ổ gà, nhìn thấy một đứa trẻ đang chơi trên đường. Những âm thanh, hình ảnh này khiến họ cảm thấy như thể đang ở trong vùng chiến tranh, thế là họ giết bản mình, nổi giận điên cuồng hoặc bị tê liệt.

Nạn nhân bị lạm dụng tình dục khi còn nhỏ có thể sẽ bị tê liệt ham muốn tình dục, cảm thấy hổ thẹn khi thấy mình phấn khích trước những cảm giác hoặc hình ảnh gợi nhớ đến vụ lạm dụng tình dục

năm xưa, ngay cả khi các cảm giác đó là hoàn toàn tự nhiên và bản năng.

Nếu những người sống sót sau sang chấn bị ép phải thảo luận về những kinh nghiệm của mình, có người lập tức bị tăng huyết áp, có người bị đau nửa đầu, có người “tắt ngấm” mọi cảm xúc, cũng có người chẳng tỏ ra bất cứ thay đổi gì. Tuy nhiên, trong phòng thí nghiệm, chúng tôi thường dễ dàng phát hiện nhịp tim họ tăng nhanh và các hormone của stress được tiết ra.

Những phản ứng này vốn không phải do lý trí kiểm soát và phần lớn nằm ngoài tầm kiểm soát của con người. Những thúc giục và cảm xúc mạnh mẽ, khó kiểm soát dễ khiến người ta điên tiết và cảm thấy mình như chợt biến thành quái vật. Kết quả là cảm giác xấu hổ bao trùm lấy họ, che phủ luôn nguyên nhân thật sự khiến họ kích động mạnh như vậy.

Họ thường ít khi tìm hiểu lý do sâu xa của triệu chứng này. Các liệu pháp điều trị có thể giúp họ cảm nhận lại những cảm xúc do sang chấn gây ra, giúp họ có thể tự quan sát được bản thân. Tuy nhiên, điểm mấu chốt là hệ thống nhận thức về nguy hiểm trong bộ não của họ đã bị thay đổi, và các phản ứng thể chất của họ đã được quyết định bởi dấu ấn của quá khứ.

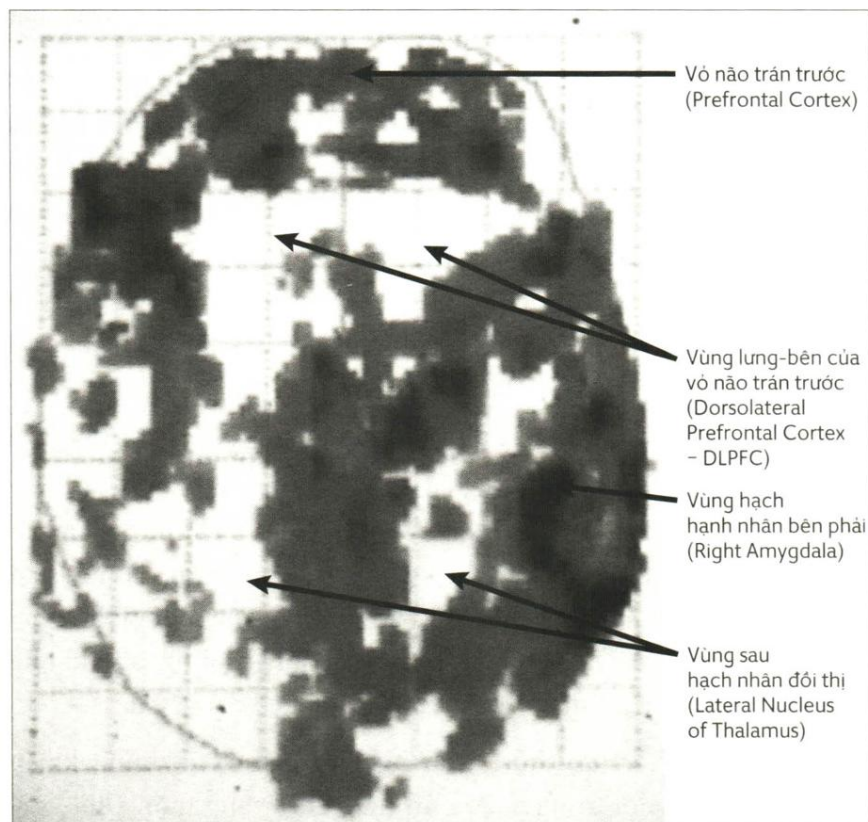
Sang chấn vốn bắt nguồn từ “bên ngoài”, giờ đây trở thành “nội chiến” ngay trong cơ thể họ. Điều quan trọng không hẳn là học cách chấp nhận những chuyện khủng khiếp đã xảy ra mà chính là học cách làm chủ những cảm xúc và cảm giác bên trong mình. Cảm nhận, gọi tên và xác định những gì đang xảy ra bên trong cơ thể mình chính là bước đầu tiên cần thực hiện để phục hồi.

HỆ THỐNG BÁO ĐỘNG HOẠT ĐỘNG QUÁ MỨC

Quá trình quét não của Stan cho thấy hoạt động hồi tưởng của anh (hình trang bên). Đây là những gì diễn ra trong não của Stan khi anh hồi tưởng lại sang chấn: có sự sáng lên ở vùng góc dưới bên phải, một khoảng trống phía dưới bên trái, và bốn điểm trắng đối xứng gần trung tâm (bạn có thể nhận ra vùng hạch hạnh nhân sáng lên và vùng não bộ bên trái không hoạt động giống như trong nghiên cứu ở Harvard đã được đề cập trong chương 3). Hạch hạnh nhân của Stan không phân biệt giữa quá khứ và hiện tại. Nó kích hoạt như thể vụ tai nạn xe hơi đang xảy ra trong máy quét vậy, làm phóng thích mạnh mẽ các hormone của stress và đáp ứng của hệ thần kinh. Kết quả là Stan đổ mồ hôi, run rẩy, tim đập nhanh mạnh, huyết áp tăng cao - nghĩa là toàn bộ những phản ứng cứu sinh hoàn toàn bình thường của cơ thể khi một chiếc xe tải húc vào xe của bạn.

Điều quan trọng là bạn phải có một hệ thống báo động hiệu quả để không bị bất ngờ khi hỏa hoạn xảy ra. Nhưng nếu cứ hễ ngửi thấy mùi khói là bạn hoảng loạn điên cuồng thì sẽ khiến mọi chuyện cực kỳ rối loạn.

Đúng là bạn cần nhận biết có ai đó đang giận bạn hay không, nhưng nếu hạch hạnh nhân của bạn hoạt động quá mức, bạn sẽ luôn nơm nớp sợ ai cũng ghét bạn hoặc cảm thấy mọi người định hãm hại bạn.



Hình chụp fMRI của một hồi ức. Chú ý xem phần não bên phải hoạt động mạnh mẽ hơn nhiều so với phần não trái.

KHI BỘ PHẬN CANH GIỮ THỜI GIAN CỦA NÃO BỊ HỎNG

Sau vụ tai nạn, hai vợ chồng Stan và Ute trở nên nhạy cảm quá mức và hay cáu kỉnh. Điều này cho thấy vỏ não trán trước của họ đang vật lộn để duy trì sự kiểm soát khi đối mặt với căng thẳng. Sự hồi tưởng của Stan dẫn đến một phản ứng cực đoan hơn.

Hai vùng trắng ở phía trước của não (vùng phía trên trong hình) là vỏ não trán trước và bên trái. Khi những khu vực này bị vô hiệu hóa, mọi người mất ý thức về thời gian và bị mắc kẹt trong thời điểm này, không có cảm giác quá khứ, hiện tại hoặc tương lai 16.

Có hai hệ thống não liên quan đến việc xử lý sang chấn tinh thần: hệ thống đối phó với cường độ cảm xúc và hệ thống xử lý ngữ cảnh

tạo ra cảm xúc. Cường độ cảm xúc được xác định bởi hạch hạnh nhân, hệ thống báo động, và vùng giữa của vỏ não trán trước (MPFC), tháp canh. Còn ngữ cảnh và ý nghĩa của một trải nghiệm được xác định bởi vùng lưng-bên của vỏ não trán trước (dorsolateral prefrontal cortex – DLPFC) và hồi hải mã.

DLPFC cho chúng ta thấy trải nghiệm hiện tại của chúng ta liên quan đến quá khứ như thế nào và có thể ảnh hưởng đến tương lai ra sao. Bạn cứ nghĩ DLPFC như bộ phận canh giữ thời gian của não vậy. Nếu biết rằng bất cứ điều gì đang diễn ra cũng là hữu hạn và sớm muộn gì cũng kết thúc thì bạn dễ chấp nhận được hầu hết những trải nghiệm ấy. Điều ngược lại cũng đúng, chúng ta sẽ không chịu đựng được nếu cảm thấy tình huống đó kéo dài vô tận.

Ai cũng biết rằng những trải nghiệm đau đớn khủng khiếp thường khiến người trong cuộc cảm thấy tình trạng thống khổ này sẽ còn mãi, và họ không thể vượt qua được nỗi mất mát. Nói ngắn gọn, sang chấn là sự trải nghiệm cùng cực của tình trạng “tồn tại vĩnh viễn”.

Bản quét não của Stan tiết lộ lý do mọi người chỉ có thể hồi phục sau sang chấn nếu các cấu trúc não (những phần đã bị ức chế vào thời điểm trải nghiệm đầu tiên khiến cho sự kiện được não ghi nhận thành sang chấn) hoạt động đầy đủ. Liệu pháp hồi tưởng quá khứ chỉ nên được thực hiện khi con người, về mặt sinh học, bám thật vững vào hiện tại và cảm thấy bình tĩnh, an toàn và có căn cứ nhất có thể (“có căn cứ” nghĩa là bạn có thể cảm nhận móng mình trên ghế, nhìn thấy ánh sáng rọi vào từ cửa sổ, cảm nhận được những thớ cơ đang căng lên, nghe được tiếng gió xào xạc bên ngoài). Nhận thức vững vàng trong hiện tại khi xem xét lại sang chấn giúp người ta

hiểu sâu sắc rằng những sự kiện khủng khiếp ấy là thuộc về quá khứ. Để điều đó xảy ra, “tháp canh”, “đầu bếp”, “bộ phận canh giữ thời gian” của não cần phải hoạt động đầy đủ. Liệu pháp sẽ không hiệu quả chừng nào mà người ấy vẫn bị kéo ngược lại quá khứ.

VÙNG ĐỒI THỊ NGƯNG HOẠT ĐỘNG

Nhìn lại hình ảnh chụp não của Stan khi hồi tưởng, bạn có thể thấy thêm hai lỗ trắng ở nửa dưới của não. Đây là vùng dưới đồi thị phải và trái của anh - hoàn toàn không hoạt động trong quá trình hồi tưởng như khi chúng trải qua sang chấn vào lần đầu tiên. Như tôi đã nói, vùng đồi thị có chức năng như một “đầu bếp” – trạm tiếp sức thu thập cảm giác từ tai, mắt và da và tích hợp chúng vào “món súp tự truyện” của chúng ta. Sự ngưng hoạt động của vùng đồi thị lý giải vì sao người ta nhớ về sang chấn không phải là một câu chuyện có mở đầu, diễn biến, và kết thúc, mà là những dấu ấn cảm giác bị cô lập: hình ảnh, âm thanh và cảm giác thể chất kèm theo cảm xúc mãnh liệt, thường là sự kinh sợ và bất lực 17.

Trong tình huống bình thường, vùng đồi thị cũng hoạt động như một bộ lọc hoặc người gác cổng. Điều này khiến nó trở thành một phần trung tâm của năng lực chú ý, tập trung và học tập cái mới – những chức năng hoạt động bị sang chấn làm tổn hại. Khi bạn ngồi ở đây đọc sách, bạn có thể nghe nhạc nền hoặc tiếng xe cộ chạy ầm ầm hoặc cảm thấy dạ dày sôi lên cho bạn biết đã đến lúc phải ăn. Nếu bạn có thể tập trung vào trang sách, vùng đồi thị đang giúp bạn phân biệt giữa thông tin giác quan có liên quan và thông tin mà bạn có thể an toàn bỏ qua.

Những người bị PTSD có cửa xả lũ cảm giác luôn mở rộng. Thiếu bộ lọc, họ luôn bị quá tải cảm giác. Để đối phó, họ cố gắng ngắt

luồng thông tin cảm giác và phát triển kênh thông tin thị giác của hình ảnh gây sang chấn và tập trung quá mức vào hình ảnh đó.

Nếu không thể ngừng hoạt động của chúng một cách tự nhiên, họ sẽ dùng ma túy hoặc bia rượu. Bị kích ở chỗ, cái giá cho việc đóng sập tâm hồn là gạt bỏ luôn niềm vui và sự sung sướng.

HỘI CHỨNG GIẢI THỂ NHÂN CÁCH: TÁCH RỜI KHỎI CHÍNH MÌNH

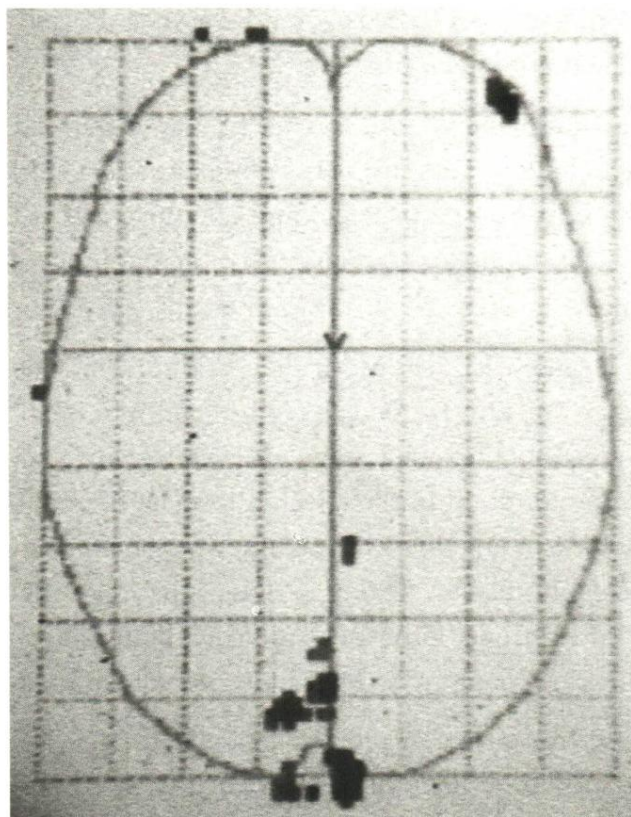
Bây giờ, chúng ta hãy theo dõi trải nghiệm của Ute trong máy quét. Không phải tất cả mọi người đều phản ứng như nhau với sang chấn, nhưng trong trường hợp vụ tai nạn giao thông này thì sự khác biệt khá đáng kể vì Ute ngồi ngay cạnh chồng trong chiếc xe nát bét. Cô phản ứng với kịch bản sang chấn của mình bằng cách đờ người ra: Tâm trí cô trống rỗng, gần như mọi vùng não của cô đều giảm hoạt động đáng kể, nhịp tim và huyết áp không tăng. Khi được hỏi cô cảm thấy như thế nào trong quá trình quét, cô trả lời: “Tôi chẳng cảm thấy gì cả. Lúc xảy ra tai nạn tôi cũng như thế”.

Thuật ngữ y khoa gọi phản ứng của Ute là giải thể nhân cách (depersonalization).⁸. Bất cứ ai, đàn ông, phụ nữ, trẻ em bị sang chấn sớm muộn gì đều rơi vào cảnh nhìn mọi thứ với đôi mắt trống rỗng, vô hồn, tâm trí “đi vắng”, biểu hiện sinh học bề ngoài là họ đờ người ra. Giải thể nhân cách là một triệu chứng của sự phân ly toàn bộ do sang chấn gây ra. Khi bị kích thích hồi tưởng lại tai nạn năm xưa, Stan có những cảm xúc thể hiện khát khao thoát khỏi vụ tai nạn. Trong khi đó, thay vì đấu tranh để trốn thoát, Ute đã phân ly nỗi sợ hãi của mình và không cảm thấy gì cả.

Tôi thường xuyên gặp tình trạng giải thể nhân cách khi bệnh nhân kể cho tôi những câu chuyện kinh khủng trong sự vô cảm. Tôi

phải rất cố gắng mới có thể tiếp tục tập trung. Một bệnh nhân vô hồn buộc ta phải làm việc vất vả hơn để có thể trị liệu hiệu quả.

Sau khi nhìn thấy hình ảnh quét não của Ute (hình trang bên), tôi bắt đầu tiếp cận những bệnh nhân trống rỗng đầu óc bằng cách khác. Họ rõ ràng là không thể suy nghĩ, cảm thấy sâu sắc, nhớ hoặc hiểu được những gì đang diễn ra với họ. Trong những trường hợp này, liệu pháp trò chuyện thông thường hoàn toàn vô dụng.



Phản ứng trống rỗng (hay phân ly) khi được gọi nhớ về sang chấn trong quá khứ. Trong trường hợp này, hầu hết mọi vùng của não đều giảm kích hoạt, điều này tác động đến suy nghĩ, tập trung và định hướng của người bệnh.

Trong trường hợp của Ute, ta có thể đoán được tại sao cô ấy lại phản ứng khác với Stan. Cô đã sử dụng một chiến lược sinh tồn mà não cô đã học được từ thời thơ ấu để đối phó với người mẹ khắc

nghiệt. Cha của Ute qua đời khi cô mới được chín tuổi. Cô thường bị mẹ đay nghiến, nhục mạ. Bị mắng chửi quá nhiều, đến một lúc, Ute phát hiện mình có thể tự khiến đầu óc trống rỗng mỗi khi bị mẹ la mắng. Ba mươi lăm năm sau, khi bị mắc kẹt trong vụ tai nạn xe hơi liên hoàn, não của cô đã tự động đi vào chế độ sinh tồn tương tự: Cô đã khiến mình biến mất.

Điều mà những người như cố Ute cần làm để quay lại cuộc sống bình thường chính là được trở nên cảnh giác và gắn kết với thực tế (Ute hiện đã hồi phục, cô đã xuất bản một cuốn sách viết về những trải nghiệm của mình và khởi nghiệp thành công một tạp chí tên là Mental Fitness).

Đây là lúc cần cách tiếp cận trị liệu từ dưới lên. Mục đích thực sự là làm thay đổi sinh lý học của bệnh nhân, mối quan hệ của họ với cảm giác của cơ thể. Tại Trung tâm Điều trị Sang chấn (Trauma Center), chúng tôi đo nhịp tim và nhịp thở của bệnh nhân. Chúng tôi giúp bệnh nhân gọi lên và cảm nhận những cảm giác của cơ thể bằng cách xoa ấn huyệt”. Tương tác nhịp nhàng với những người khác cũng có hiệu quả, ví dụ ném một quả bóng qua lại, ngồi lên một quả bóng nảy, đánh trống hoặc khiêu vũ với âm nhạc.

Cảm giác trống rỗng là một khía cạnh khác của PTSD. Nhiều người sống sót sau tai nạn không được điều trị sẽ dễ lâm vào hoàn cảnh như Stan: hồi tưởng sống động về quá khứ, sau đó thì thấy trống rỗng trong hiện tại. Mặc dù việc sống lại sang chấn thương vô cùng xúc động, đáng sợ và tiềm ẩn sự tự hủy hoại, nhưng qua thời gian, thiếu đi sự nhận biết về hiện tại còn gây thương tổn nhiều hơn. Đây là vấn đề đặc biệt nghiêm trọng đối với những đứa trẻ bị sang chấn. Những trẻ phản ứng thái quá thường thu hút sự chú ý, từ đó,

chúng được chăm sóc và chữa trị; còn những trẻ trống rỗng, chẳng làm phiền đến ai thì sẽ bị bỏ mặc và chúng dần dần đánh mất tương lai.

HỌC CÁCH SỐNG TRONG HIỆN TẠI

Điều trị sang chấn không chỉ là chữa lành vết thương trong quá khứ mà còn là nâng cao chất lượng trải nghiệm đời sống hằng ngày cho bệnh nhân. Một lý do khiến những ký ức sang chấn trở nên nổi trội trong PTSD là bệnh nhân rất khó cảm thấy mình đang thật sự sống. Khi bạn không hoàn toàn sống trong thực tại, bạn sẽ đi đến những nơi khiến bạn cảm thấy mình như đang sống, kể cả khi đó là những nơi đầy kinh hoàng, khổ đau.

Nhiều phương pháp tiếp cận điều trị stress do sang chấn tập trung vào việc làm giảm độ nhạy cảm của bệnh nhân đối với quá khứ của họ, với hy vọng rằng sẽ giúp họ bớt nhớ lại chuyện cũ và có nhớ lại thì sẽ "bớt xúc động mạnh". Tôi tin phương pháp này xuất phát từ sự hiểu nhầm về những gì xảy ra trong stress do sang chấn. Chúng ta nhất thiết phải giúp đỡ các bệnh nhân sống trọn vẹn và an toàn trong hiện tại. Để làm được điều đó, chúng ta cần phải hồi phục những cấu trúc não đã bỏ rơi họ khi họ bị sang chấn làm cho quá tải. Làm giảm độ nhạy cảm có thể làm cho bạn ít phản ứng hơn, nhưng nếu bạn không cảm thấy hài lòng với những chuyện thường ngày như đi dạo, nấu ăn, chơi đùa với con thì bạn sẽ vẫn đứng ngoài dòng chảy cuộc sống.

Chương 5

NHỮNG LIÊN KẾT GIỮA CƠ THỂ VÀ NÃO BỘ

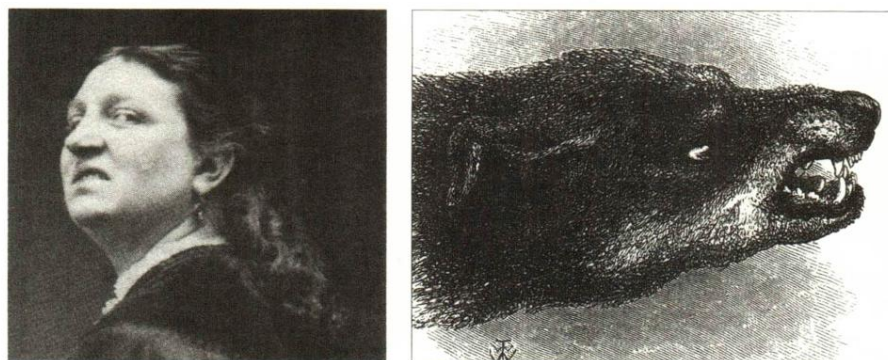
Cuộc đời là một giai điệu. Chúng ta rung động, máu trong tim trào dâng. Chúng ta là những cỗ máy giai điệu, mà đúng là thế.

Mickey Hart

Năm 1872, Charles Darwin xuất bản tác phẩm *The Expression of the Emotions in Man and Animals* (Biểu hiện của cảm xúc trong Con người và Động vật)¹. Darwin quan sát thấy rằng con người chúng ta có một số dấu hiệu thể chất của cảm xúc giống ở động vật Ông tuyên bố: “Con người và những động vật cấp cao... [cũng có những bản năng chung. Tất cả đều có cùng một giác quan, trực giác, cảm giác, đam mê, tình cảm và cảm xúc, thậm chí những điều phức tạp hơn như ghen tuông, nghi ngờ, thi đua, tri ân và hào hiệp”. Cảm giác tóc gáy dựng đứng khi sợ hãi hoặc nghiêng răng để lộ vài chiếc răng khi giận dữ chính là những dấu vết của quá trình tiến hóa lâu dài.

Đối với Darwin, cảm xúc của động vật có vú có nguồn gốc từ sinh học: Chúng là nguồn động lực cần thiết để bắt đầu hành động. Cảm xúc (từ tiếng Latin *emovere*, có nghĩa là di chuyển ra ngoài) định hình và định hướng cho bất cứ điều gì chúng ta làm và biểu hiện chính của chúng là ở các cơ trên mặt và toàn thân. Những cử động

của khuôn mặt và cơ thể truyền đạt trạng thái tinh thần và ý định của chúng ta đến người khác: Ta tỏ ra giận dữ, thể hiện điệu bộ đe dọa tức là cảnh báo người đối diện phải lùi lại. Vẻ buồn bã của ta sẽ thu hút sự quan tâm, chú ý của người khác. Vẻ sợ hãi cho thấy ta bất lực hoặc cảnh báo ta về nguy hiểm.



“Khi một người đàn ông nhạo báng hoặc găm gù với một ai đó, chẳng phải góc răng nanh của anh ta đang giương về phía người kia hay sao?” – Charles Darwin, 1872

Theo bản năng, chúng ta đọc hiểu được động thái giữa hai con người đơn giản dựa trên sự căng thẳng hoặc thư thái của họ, tư thế và giọng điệu của họ, những biểu hiện thay đổi trên gương mặt họ. Khi bạn xem một bộ phim nước ngoài, dù không hiểu ngôn ngữ các nhân vật đang nói nhưng bạn vẫn có thể đoán được tính chất mối quan hệ giữa họ. Chúng ta cũng thường có thể đọc hiểu những động vật có vú khác (khỉ, chó, ngựa) theo cách tương tự.

Darwin tiếp tục quan sát được mục đích cơ bản của cảm xúc là kích hoạt quá trình khôi phục lại trạng thái an toàn và cân bằng thể chất cho sinh vật. Đây là bình luận của ông về nguồn gốc của cái mà ngày nay chúng ta gọi là PTSD:

Sự phát triển hành vi tránh né hoặc chạy trốn khỏi nguy hiểm rõ ràng là để giúp cho mỗi sinh vật cạnh tranh về mặt sống còn. Nhưng

hành vi tránh né hoặc trốn chạy cứ kéo dài một cách phi lý lại gây bất lợi cho động vật. Vì để duy trì giống nòi thành công thì cần có sinh sản, mà sinh sản lại liên quan đến giao phối, lo miếng ăn, chốn ở, những thứ đối nghịch với việc lẫn tránh chạy hoặc trốn.

Nói cách khác, nếu một sinh vật cứ mãi lo chuyện sinh tồn thì nó sẽ dồn hầu hết năng lượng vào cuộc chiến chống lại kẻ thù giấu mặt và không còn lại chút năng lượng nào cho việc nuôi dưỡng, chăm sóc và yêu đương. Đối với con người, điều này có nghĩa là chừng nào tâm trí chúng ta còn mãi lo tự vệ, chống lại các cuộc tấn Công vô hình, thì những mối quan hệ gần gũi nhất của chúng ta sẽ bị đe dọa, cũng như khả năng tưởng tượng, lập kế hoạch, vui chơi, học hỏi và quan tâm đến nhu cầu của người khác đều bị đe dọa.

Darwin cũng viết về các liên kết giữa cơ thể và não bộ mà chúng ta vẫn đang khám phá ngày nay. Cảm xúc mãnh liệt không chỉ liên quan đến tâm hồn mà còn cả ruột và tim: “Trái tim, ruột và não liên lạc chặt chẽ thông qua dây thần kinh phế vị, loại thần kinh quan trọng liên quan đến việc biểu hiện và quản lý cảm xúc ở cả người lẫn động vật. Khi tâm trí của ta mạnh mẽ, nó ngay lập tức ảnh hưởng đến trạng thái của nội tạng; để trong trường hợp phấn khích sẽ có nhiều hành động và phản ứng lẫn nhau giữa hai cơ quan này, vốn là hai cơ quan quan trọng nhất của cơ thể”.

Tôi đã rất phấn chấn khi lần đầu đọc đoạn viết trên. Khi rơi vào cùng cực đau khổ, ta cảm thấy tim như vỡ ra, ruột đau thắt. Chúng ta có thể kiểm soát được những cảm xúc diễn ra trong đầu, nhưng những cảm giác như tức vỡ ngực hoặc ruột bị ai đâm thật không thể chịu đựng nổi. Chúng ta sẽ làm bất cứ điều gì để thổi bay những cảm giác khủng khiếp này, từ bám víu lấy một ai đó trong vô vọng, dùng

ma túy, uống rượu, lấy dao tự cắt da thịt mình nhằm thay thế những cảm xúc dữ dội bằng những cảm giác có thể gọi tên. Có bao nhiêu vấn đề sức khỏe tinh thần, từ nghiện ma túy đến hành vi tự gây thương tích cho bản thân đều bắt nguồn từ việc đối phó với những cảm xúc đau đớn thể chất không thể chịu đựng nổi?

Những phản ứng trao đổi qua lại giữa cơ thể và trí não đã thay đổi sự hiểu biết của chúng ta về sang chấn và hồi phục.

CÁNH CỬA SỔ DẪN TỚI HỆ THẦN KINH

Tất cả các dấu hiệu nhỏ chúng ta tự nhiên ghi nhận trong một cuộc trò chuyện – chuyển động và sự căng cơ mặt của người kia, các cử động mắt và đồng tử giãn nở, cao độ và tốc độ của giọng nói cũng như sự biến động bên trong chúng ta – tiết nước bọt, nuốt, thở và nhịp tim – đều liên kết với một hệ điều hòa duy nhất. Tất cả đều là những sản phẩm từ sự đồng bộ giữa hai nhánh của hệ thần kinh tự chủ (autonomic nervous system – ANS): hệ giao cảm (sympathetic) - hoạt động như bộ phận tăng tốc của cơ thể – và hệ đối giao cảm (parasympathetic), hoạt động như phanh hãm. Đây là những “sự tương hỗ” mà Darwin đã đề cập, và cùng nhau làm việc, chúng đóng một vai trò quan trọng trong quản lý dòng chảy năng lượng của cơ thể, một là chuẩn bị cho việc sử dụng, một là cho sự bảo tồn của nó.

Hệ thống thần kinh giao cảm (sympathetic nervous system SNS) có trách nhiệm kích thích, kể cả phản ứng chiến đấu hay chạy trốn (Darwin gọi là “hành vi chạy trốn hoặc lẩn tránh”). Gần 2.000 năm trước, vị bác sĩ người Roma tên Galen đã gán cho nó cái tên “giao cảm” bởi vì ông ta quan sát thấy nó hoạt động với cảm xúc (sympathos). SNS bơm máu đến các cơ để hành động nhanh, một phần

bằng cách kích hoạt các tuyến thượng thận tiết ra adrenaline, làm tăng nhịp tim và huyết áp.

Nhánh thứ hai của ANS là hệ thần kinh đối giao cảm (“chống lại cảm xúc”, parasympathetic nervous system - PNS, còn gọi là hệ thần kinh phó giao cảm), nó kích thích chức năng tự bảo tồn như tiêu hóa và làm lành vết thương. Nó kích hoạt quá trình phóng thích acetylcholine để kìm hãm việc nhớ lại, hạ nhịp tim, thư giãn cơ và hít thở bình thường. Như Darwin đã nói “ăn, ở và các hoạt động giao phối” phụ thuộc vào PNS.

Có một cách đơn giản để bạn tự trải nghiệm hai hệ thống này: Bất cứ khi nào bạn hít một hơi thật sâu, tức là bạn đã kích hoạt SNS. Adrenaline được phóng thích làm tăng nhịp tim của bạn, điều này giải thích tại sao nhiều vận động viên hít thở nhanh và sâu trước khi bắt đầu cuộc thi. Ngược lại, thở ra sẽ kích hoạt PNS, làm nhịp tim chậm lại. Khi bạn tập yoga hoặc thiền, các giáo viên thường khuyên bạn chú ý đến hơi thở, tập cách hít thở sâu, dài, điều này sẽ giúp bạn bình tĩnh. Khi chúng ta hít thở, chúng ta liên tục làm tăng và giảm nhịp tim, và do đó, khoảng giữa hai nhịp tim liên tiếp không bao giờ giống nhau chính xác. Phương pháp đo biến thiên nhịp tim (heart rate variability - HRV) có thể dùng để kiểm tra sự linh hoạt của hệ thống này, và HRV tốt – sự biến động càng nhiều càng tốt – là một dấu hiệu cho thấy phần phanh hãm và phần gia tốc trong hệ thống kích thích của bạn hoạt động bình thường và cân bằng. Chúng tôi đã có một bước đột phá khi mua dụng cụ để đo HRV. Tôi sẽ giải thích trong chương 16 cách dùng HRV trong điều trị PTSD.

MẬT MÃ TÌNH YÊU CỦA HỆ THẦN KINH

Năm 1994, Stephen Porges - nhà nghiên cứu tại Đại học Maryland – đã giới thiệu Lý thuyết Polyvagal, dựa trên sự kết hợp giữa các quan sát của Darwin và 140 năm khám phá khoa học khác (Polyvagal đề cập đến nhiều nhánh của dây thần kinh vagus – “dây thần kinh phế vị” của Darwin – kết nối nhiều cơ quan, bao gồm não, phổi, tim, dạ dày và ruột).

Lý thuyết Polyvagal cung cấp cho chúng ta một sự hiểu biết tinh vi hơn về mặt sinh học của an toàn và nguy hiểm, dựa trên sự tương tác tinh tế giữa những trải nghiệm nội tạng của cơ thể chúng ta với giọng nói và khuôn mặt của những người xung quanh chúng ta. Nó giải thích tại sao một khuôn mặt hiền hậu, một giọng nói nhẹ nhàng có thể làm thay đổi đáng kể cảm nhận của chúng ta. Nó cũng làm rõ lý do tại sao ta cảm thấy an toàn, vững tâm khi biết rằng những người quan trọng trong đời ta đang lắng nghe ta, nhìn thấy ta, tại sao ta cảm thấy suy sụp, phản ứng dữ dội khi cảm thấy mình bị phớt lờ, xem nhẹ. Lý thuyết này cũng giúp ta hiểu tại sao tập trung vào việc hòa hợp, gắn kết với một người khác có thể giúp ta thoát khỏi những trạng thái rối loạn, thiếu kiểm soát và sợ hãi.

Nói tóm lại, lý thuyết của Porges làm cho chúng ta nhìn xa hơn những ảnh hưởng của phản xạ chiến đấu hay chạy trốn, và đưa mối quan hệ xã hội lên vị trí hàng đầu và trung tâm trong sự hiểu biết của chúng ta về sang chấn. Lý thuyết này cũng đề xuất cách tiếp cận mới trong chữa trị sang chấn: tập trung tăng cường hệ thống của cơ thể để điều hòa các kích thích.

Loài người thích ứng đến mức kinh ngạc với những chuyển đổi cảm xúc tinh tế của những người và động vật) xung quanh họ. Những thay đổi nhẹ trong cái nhíu mày, nếp nhăn xung quanh mắt,

độ cong của môi và góc xoay cổ của người khác giúp ta lập tức biết người đó đang cảm giác thoải mái, nghi ngờ, thư giãn hoặc sợ hãi”. Các tế bào thần kinh gương của chúng ta ghi nhận kinh nghiệm bên trong, và cơ thể của chúng ta thực hiện điều chỉnh nội tại đối với bất cứ điều gì chúng ta nhận thấy. Như vậy, Cơ mặt chúng ta sẽ giúp người khác biết ta đang bình tĩnh hay đang kích động, tim ta đang đập như trong trận hay đang đập đều đều, ta sẵn sàng tấn công hay sắp sửa bỏ chạy. Khi thông điệp chúng ta nhận được từ người khác là “Bạn an toàn khi ở với tôi”, chúng ta sẽ thư giãn. Nếu chúng ta may mắn có những mối quan hệ tốt đẹp, khi chúng ta nhìn vào khuôn mặt và đôi mắt của người ta yêu thương, ta sẽ cảm thấy mình được chăm sóc, hỗ trợ và ta sẽ phục hồi lại.

Văn hóa của chúng ta dạy chúng ta tập trung vào tính độc đáo cá nhân, nhưng ở một mức độ sâu hơn, chúng ta hầu như không tồn tại như các cá thể độc lập. Não bộ được xây dựng để giúp chúng ta hoạt động như thể là thành viên của một bộ lạc. Chúng ta là một phần của bộ lạc đó ngay cả khi chúng ta đang ở một mình, dù đang nghe nhạc (do những người khác sáng tác và trình diễn), xem một trò chơi bóng rổ trên truyền hình (cơ bắp của chúng ta căng thẳng khi thấy các vận động viên chạy nhảy) hoặc chuẩn bị bảng tính cho một cuộc họp kinh doanh (ta dự đoán những phản ứng của sếp). Ta dành hầu hết năng lượng của mình để kết nối với những người khác.

Nếu xem xét danh sách các triệu chứng cụ thể dẫn đến chẩn đoán tâm thần chính quy, chúng ta sẽ thấy hầu hết những ảnh hưởng về tinh thần đều liên quan đến việc gặp trục trặc khi xây dựng các mối quan hệ có hiệu quả và không được thỏa mãn hoặc gặp khó khăn trong việc làm chủ bản thân trước những kích thích (ví dụ:

thường nổi giận, thu mình, quá kích động hoặc vô tổ chức). Thông thường, nó là sự kết hợp của cả hai yếu tố này. Việc cứ cố tìm ra một loại thuốc thích hợp để điều trị một “rối loạn” cụ thể sẽ chỉ khiến ta ít chú ý đến việc những sang chấn của con người gây trở ngại thế nào đến chức năng của họ với tư cách là một thành viên của xã hội.

AN TOÀN VÀ TƯƠNG HỖ

Cách đây vài năm, tôi nghe Jerome Kagan - Giáo sư ngành tâm lý trẻ em tại Đại học Harvard - nói với Đức Đạt Lai Lạt Ma rằng ứng với mỗi hành động tàn ác trên thế giới này là hàng trăm hành động nho nhỏ của tử tế và kết nối. Ông kết luận: “Trở nên tử bi chứ không phải trở nên độc ác có lẽ là một bản chất thực sự của loài người”.

Có lẽ việc cảm thấy an toàn với người khác chính là điều quan trọng nhất cho sức khỏe tinh thần của chúng ta. Những mối liên hệ an toàn là nền tảng để ta có được một cuộc sống ý nghĩa và hài lòng. Rất nhiều nghiên cứu về phản ứng của con người trước thiên tai trên khắp thế giới đã cho thấy sự hỗ trợ xã hội là lớp bảo vệ mạnh mẽ nhất giúp chúng ta chống lại những căng thẳng và sang chấn.

Hỗ trợ xã hội không giống với chuyện có người khác hiện diện bên cạnh ta. Vấn đề quan trọng ở đây là sự tương hỗ: Thực sự được những người xung quanh lắng nghe ta và nhìn thấy ta, cảm thấy rằng ta được hiện diện trong tâm trí và trái tim người khác. Để cơ thể của chúng ta bình tĩnh, chữa lành và phát triển, chúng ta cần một cảm nhận bên trong về sự an toàn. Không bác sĩ nào có thể kê đơn cho loại thuốc mang tên “tình bạn và tình yêu”. Đây là những năng lực phức tạp và khó kiếm. Bạn không cần phải từng bị sang chấn mới cảm thấy được sự tự ý thức, và thậm chí là thấy hoảng hốt khi tham gia một bữa tiệc đầy người lạ mặt, nhưng sang chấn có thể

khiến bạn thấy thế giới xung quanh như thể toàn người ngoài hành tinh.

Nhiều người bị sang chấn thường thấy mình không kết nối được với những người xung quanh. Một số người cảm thấy thoải mái khi trong các nhóm người cùng cảnh ngộ, tức nơi họ có thể tái hiện lại trải nghiệm chiến đấu trong chiến tranh, bị hãm hiếp hoặc bị tra tấn. Khi ở trong những nhóm nạn nhân cùng hoàn cảnh, họ thấy mình bớt bị cô lập, nhưng cái giá phải trả thường là sự phủ nhận những khác biệt cá nhân của họ: Các thành viên chỉ có thể tham gia nhóm khi họ tuân theo quy tắc chung.

Tự cô lập mình vào một nhóm nạn nhân xác định sẽ khiến họ thấy an toàn chỉ khi ở trong nhóm và thấy nguy hiểm khi tiếp xúc những người bên ngoài, cuối cùng càng khiến họ thêm xa lánh người khác. Các băng đảng, các nhóm chính trị cực đoan và các giáo phái có thể đem đến sự an ủi, nhưng hiếm khi thúc đẩy sự linh hoạt tinh thần cần thiết để con người mở mang hoàn toàn bản thân trước cuộc sống và vì thế không thể giải phóng các thành viên của nhóm khỏi những sang chấn của họ. Những người hoạt động tốt có thể chấp nhận những khác biệt cá nhân và thừa nhận nhân tính của người khác.

Trong hai thập niên vừa qua, người ta đã nhận ra rằng sự liên kết với các loài động vật có vú như chó, ngựa, cá heo có thể giúp con người cảm thấy an toàn, nhất là những người có tâm trạng thất thường, hay lo lắng, sợ hãi, ngại ngần kết nối với con người. Chó và ngựa hiện đang được sử dụng rộng rãi để điều trị một số nhóm bệnh nhân sang chấn 10.

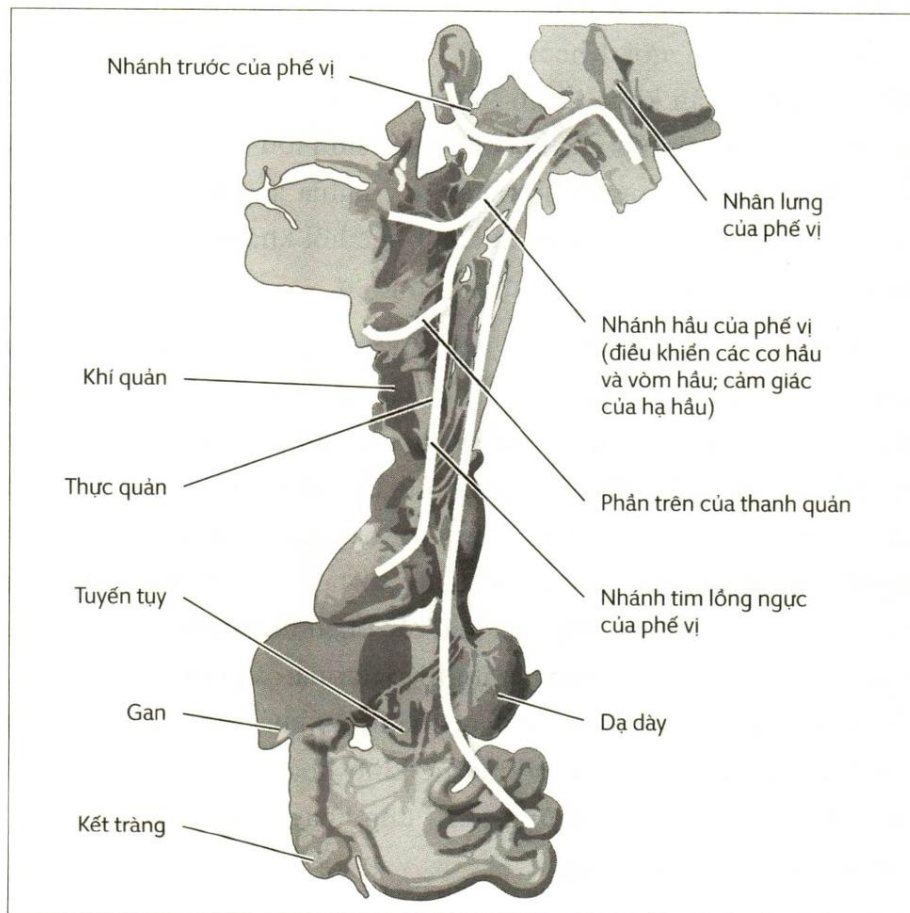
BA MỨC ĐỘ AN TOÀN

Sau sang chấn, người ta trải nghiệm thế giới với một hệ thần kinh khác, có sự thay đổi trong nhận thức về an toàn và nguy hiểm. Porges đặt ra từ “nhận thức thần kinh” (neuroception) để mô tả khả năng đánh giá mức độ nguy hiểm và an toàn tương đối trong môi trường của một người. Khi chúng ta cố gắng giúp những người bị lỗi về nhận thức thần kinh, thách thức lớn nhất là tìm ra cách thiết lập lại các quá trình sinh lý của họ, để cơ chế sinh tồn của họ ngừng hoạt động theo cách chống lại họ. Điều này nghĩa là giúp họ phản ứng một cách hợp lý đối với nguy hiểm, phục hồi khả năng trải nghiệm sự an toàn, thư giãn và sự tương hỗ thực sự.

Tôi đã trò chuyện và chữa trị chuyên sâu cho 6 người sống sót sau những vụ tai nạn máy bay. Có hai người thuật lại rằng họ đã mất ý thức trong quá trình xảy ra vụ việc, dù không bị tổn thương về thể xác nhưng họ đã suy sụp tinh thần. Có hai người hoảng loạn và cuống cuồng cho đến khi chúng tôi bắt đầu điều trị. Còn lại hai người vẫn bình tĩnh và xoay xở giúp di tản các hành khách khỏi đồng đồ nát. Tôi nhận thấy một loạt các phản ứng tương tự ở những người sống sót sau những vụ hãm hiếp, tai nạn xe hơi và bị tra tấn. Ở chương trước, chúng ta đã thấy phản ứng khác nhau của Stan và Ute khi họ trải qua cùng một ký ức kinh hoàng của vụ tai nạn xe hơi. Điều gì lý giải cho những phản ứng khác nhau này: tập trung, suy sụp hoặc cuống cuồng?

Lý thuyết của Porges đưa ra một lời giải thích: Hệ thần kinh tự chủ điều chỉnh ba trạng thái sinh lý cơ bản. Mức độ an toàn xác định trạng thái sinh lý nào cần được kích hoạt trong một thời điểm nhất định. Bất cứ khi nào chúng ta cảm thấy bị đe dọa, theo bản năng, chúng ta chuyển sang mức độ đầu tiên: tương trợ xã hội (social

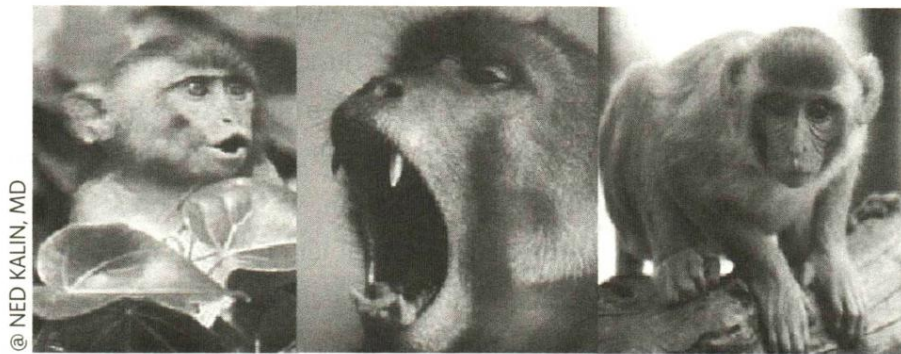
engagement). Chúng ta kêu gọi sự giúp đỡ, hỗ trợ và an ủi từ những người xung quanh. Nhưng nếu không có ai giúp đỡ, hoặc chúng ta đang gặp nguy hiểm trước mắt, cơ thể sẽ quay lại một cách nguyên thủy để sống sót: chiến đấu hoặc chạy trốn. Chúng ta chiến đấu chống lại kẻ tấn công, hoặc chạy đến một nơi an toàn. Tuy nhiên, nếu điều này không thành công - nghĩa là chúng ta không thể thoát khỏi, chúng ta sẽ bị giữ lại hoặc bị mắc kẹt – cơ thể cố gắng tự bảo vệ mình bằng cách “tắt máy” và tiêu hao càng ít năng lượng càng tốt. Sau đó, chúng ta rơi vào trạng thái đóng băng hoặc suy sụp.



Thần kinh phế vị nhiều nhánh. Dây thần kinh phế vị ghi nhận những cảm nhận đau ngực (trong tim) và quần thắt (trong ruột). Khi một người trở nên phiền muộn, cổ họng họ sẽ khô, giọng nói trở nên căng thẳng, tim đập nhanh, hơi thở gấp và nóng.

Đây là lúc hệ thần kinh phế vị nhiều nhánh hoạt động, và tôi sẽ mô tả khái quát cấu trúc giải phẫu của nó vì nó là trung tâm để hiểu cách thức mọi người đối phó với sang chấn. Hệ thống tương trợ xã hội phụ thuộc vào các hệ thần kinh bắt nguồn từ các trung tâm điều hòa thân não, chủ yếu là thần kinh phế vị - còn gọi là dây thần kinh số mười – cùng với các dây thần kinh liền kề kích hoạt các cơ trên mặt, cổ họng, tai giữa và thanh quản.

Khi “phức hợp bụng phế vị” (ventral vagal complex - VVC) nắm quyền điều hành, ta mỉm cười khi người khác mỉm cười với ta, ta gật đầu khi đồng ý, ta cau mày khi nghe bạn bè kể về những bất hạnh của họ. Khi VVC hoạt động, nó cũng gửi tín hiệu xuống tim và phổi, làm chậm nhịp tim và tăng độ sâu của hơi thở. Kết quả là ta cảm thấy bình tĩnh, thư giãn, được quan tâm hoặc hưng phấn vui vẻ.



Ba mức phản ứng với mối nguy hiểm: (từ trái qua phải)

1. Tương trợ xã hội: Một chú khỉ báo hiệu mối nguy hiểm và kêu gọi trợ giúp. VVC
2. Chiến đấu hay chạy trốn: Nhe răng, khuôn mặt đầy giận dữ và gây khiếp sợ. SNS.
3. Sụp đổ: Cơ thể báo hiệu sự thất bại và rút lui. DVC.

Bất kỳ mối đe dọa nào tới sự an toàn hoặc các mối quan hệ xã hội của chúng ta đều kích hoạt những thay đổi trong các khu vực được điều khiển bởi VVC. Khi một điều gì đó đáng buồn xảy ra, chúng ta tự động biểu hiện nỗi phiền muộn của mình bằng những

biểu cảm trên gương mặt và giọng nói. Những thay đổi này có ý nghĩa kêu gọi sự trợ giúp từ những người khác... Tuy nhiên, nếu không ai hồi âm lời yêu cầu giúp đỡ của chúng ta, mối đe dọa sẽ gia tăng, vùng não limbic nguyên thủy sẽ nhảy vào. Hệ thống thần kinh giao cảm nắm quyền điều khiển, huy động các cơ, tim và phổi để chiến đấu hoặc chạy trốn"?. Giọng nói của ta trở nên gấp gáp và cao hơn, tim ta đập nhanh hơn. Nếu lúc đó trong phòng có một con chó thì nó sẽ bị kích động, bắt đầu gầm gừ vì nó có thể ngửi thấy mùi mồ hôi của ta.

Cuối cùng, nếu không có cách nào khác, chúng ta sẽ kích hoạt hệ thống khẩn cấp cuối cùng: phức hợp lưng phế vị (dorsal vagal complex - DVC). Hệ thống này nối từ dưới cơ hoành xuống dạ dày, thận và ruột và làm giảm đáng kể quá trình trao đổi chất trong cơ thể. Nhịp tim giảm (chúng ta cảm thấy muốn “đứng tim”), chúng ta không thể thở, và ruột của chúng ta ngừng hoạt động hoặc trống rỗng (ta thấy “sợ chết khiếp”). Đây là lúc chúng ta sụp đổ hoặc đóng băng.

CHIẾN ĐẤU HOẶC CHẠY TRỐN VỚI SỤP ĐỔ

Như chúng ta đã thấy trong kết quả quét não của vợ chồng Stan và Ute, biểu hiện sang chấn không chỉ là chiến đấu hoặc chạy trốn mà còn là tắt nguồn và không gắn kết được vào hiện tại. Não có mức độ hoạt động khác nhau liên quan đến từng cách phản ứng: Hệ thống chiến đấu hay chạy trốn của động vật có vú có khả năng bảo vệ và ngăn không cho chúng ta bị tắt nguồn, và bộ não bò sát tạo ra phản ứng sụp đổ. Bạn có thể thấy sự khác biệt giữa hai hệ thống này tại cửa hàng thú nuôi. Mèo con, cún con và chuột nhảy liên tục chơi đùa. Khi mệt, chúng cuộn vào nhau, cọ da vào nhau, nằm chồng lên nhau. Ngược lại, rắn và thằn lằn nằm bất động ở các góc lồng, không

phản ứng với môi trường. Bộ não bò sát tạo ra sự bất động này, đây cũng là phản ứng đặc trưng ở nhiều người bị sang chấn kinh niên.

Điều này ngược lại với sự hoảng loạn và các cơn thịnh nộ của động vật có vú, nó khiến những người sống sót sau sang chấn vừa mới xảy ra cảm thấy rất sợ hãi và kích động.

Nguy hiểm sẽ tắt hệ thống tương trợ xã hội của chúng ta, làm giảm phản ứng của chúng ta trước tiếng nói của con người và làm tăng độ nhạy cảm đối với những âm thanh đe dọa. Khi gặp nguy hiểm, nhiều người thường hoảng loạn, thịnh nộ hơn là tắt ngấm não bộ và trở nên vô cảm với cuộc sống xung quanh. Kích hoạt phản ứng chiến đấu/chạy trốn ít ra khiến con người cảm thấy có sinh lực. Đó là lý do tại sao nhiều người bị lạm dụng và sang chấn cảm thấy mình còn tồn tại khi đối mặt với nguy hiểm thực sự, nhưng họ lại tê liệt trong các tình huống phức tạp hơn nhưng hoàn toàn an toàn, ví dụ như dự tiệc sinh nhật hoặc ăn tối cùng gia đình.

Khi chiến đấu hoặc bỏ chạy không giải quyết được mối đe dọa, chúng ta sẽ kích hoạt chế độ cuối cùng - bộ não bò sát – hệ thống khẩn cấp cuối cùng. Hệ thống này có nhiều khả năng tham gia vào khi chúng ta bị bất động về thể chất, như bị kẻ tấn công giữ chặt lại hoặc một đứa trẻ không thể thoát khỏi người chăm sóc đáng sợ. Sự sụp đổ và đầu hàng được kiểm soát bởi DVC, một phần cổ xưa đã tiến hóa của hệ thần kinh đối giao cảm, có liên quan đến các triệu chứng tiêu hóa như tiêu chảy và buồn nôn. Nó cũng làm hạ nhịp tim, hơi thở nông. Một khi hệ thống này chiếm lĩnh, những người khác, và chính bản thân chúng ta, sẽ chẳng còn ý nghĩa gì nữa. Nhận thức không hoạt động và chúng ta thậm chí không còn tiếp nhận được cảm giác đau đớn về thể xác nữa.

ĐIỀU GÌ KHIẾN CHÚNG TA LÀ CON NGƯỜI?

Trong lý thuyết vĩ đại của Porges, VVC phát triển ở động vật có vú để hỗ trợ cuộc sống xã hội ngày càng phức tạp. Tất cả các loài động vật có vú, bao gồm cả loài người, cùng nhau kết bạn, nuôi dưỡng con trẻ, bảo vệ nhau khỏi những kẻ thù chung và phối hợp trong việc săn bắt, tìm kiếm thức ăn. VVC đồng bộ hoạt động của hệ thống thần kinh giao cảm và đối giao cảm càng hiệu quả, sinh lý học của mỗi cá thể sẽ tương thích với các thành viên khác trong bộ lạc càng tốt.

Suy nghĩ về VVC theo cách này sẽ làm sáng tỏ cách thức cha mẹ tự nhiên giúp con mình tự điều chỉnh. Những đứa trẻ sơ sinh không có tính xã hội, chúng dành hầu hết thời gian để ngủ, thức giấc khi đói hay tã bị ướt. Sau khi ăn no, trẻ có thể dành ít thời gian nhìn ngó xung quanh, quấy rầy người lớn một chút hoặc nhìn chăm chăm, sau đó lại ngủ, tuân theo nhịp điệu nội tại của chúng. Ngay từ những năm tháng đầu đời, trẻ chịu sự quản lý luân phiên của những luồng hệ thống thần kinh giao cảm và đối giao cảm và phần lớn do bộ não bổ sung của chúng chịu trách nhiệm.

Nhưng ngày qua ngày, khi chúng ta âu yếm, mỉm cười và tạo ra những tiếng động thân thương với trẻ, tức là chúng ta kích thích gia tăng sự đồng bộ trong quá trình phát triển VVC. Những tương tác này giúp đưa các hệ thống kích thích tình cảm của trẻ sơ sinh đồng bộ với môi trường xung quanh. VVC kiểm soát việc mút, nuốt, biểu hiện trên khuôn mặt, và tạo âm thanh từ thanh quản. Khi các chức năng này ở trẻ sơ sinh được kích thích, chúng kèm theo cảm giác vui vẻ và an toàn, giúp tạo nền tảng cho tất cả các hành vi xã hội trong

tương lai. Ed Tronick – một người bạn của tôi – đã dạy tôi rằng não là một cơ quan văn hóa, được hình thành từ những trải nghiệm.

Ta sẽ luôn được tưởng thưởng khi hòa hợp với những thành viên khác trong xã hội. Ngày bé thơ, ta chơi đùa với mẹ, lớn lên thì ta chơi bóng rổ với bạn bè, nhảy tango, tham gia dàn hợp xướng, chơi một khúc nhạc jazz hay nhạc thính phòng - tất cả những hoạt động này đều giúp ta cảm thấy vui vẻ và kết nối với người xung quanh.

Chúng ta có thể nói về sang chấn khi hệ thống đó thất bại: Bạn tha thiết van xin được tha mạng, nhưng kẻ tấn công phớt lờ; khi còn bé, bạn sợ hãi nằm trên giường nghe tiếng mẹ mình hét lên vì bị bạn trai đánh đập, bạn run rẩy khi thấy người bạn bị một tấm kim loại nặng đè lên mà bạn không đủ sức nhấc nó lên để cứu bạn mình. Bất động là nguồn gốc của phần lớn sang chấn. Tim đập chậm, hơi thở nông, bạn như mất kết nối với cơ thể và môi trường xung quanh. Bạn phân ly, kiệt sức và ngất xỉu.

TỰ VỆ HAY THƯ GIÃN?

Steve Porges đã giúp tôi nhận ra trạng thái tự nhiên của động vật có vú thường có phần mang tính tự vệ. Tuy nhiên, để cảm thấy gần gũi với người khác về mặt tình cảm, hệ thống phòng thủ của chúng ta phải tạm thời ngưng hoạt động. Để ta có thể chơi đùa, giao phối và nuôi dưỡng con nhỏ, não cần tắt chế độ cảnh giác tự nhiên của nó.

Có nhiều người bị sang chấn trở nên cảnh giác quá mức để có thể tận hưởng niềm vui bình thường mà cuộc sống mang lại. Cũng có những bệnh nhân quá tê liệt nên không thể tiếp nhận những trải nghiệm mới hoặc không còn biết cảnh giác với những dấu hiệu nguy hiểm thực sự. Khi hệ thống báo động của não bị hỏng, người ta

không còn bỏ chạy khi cần phải thoát thân, không còn chống cự khi cần phải tự vệ.

Nghiên cứu bước ngoặt về Những trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu (Adverse Childhood Experiences – ACE) mà tôi sẽ thảo luận chi tiết hơn trong chương 9 cho thấy những phụ nữ có tiền sử bị lạm dụng và bỏ mặc thường có nguy cơ bị cưỡng hiếp ở tuổi trưởng thành cao gấp 7 lần. Những phụ nữ khi còn nhỏ đã chứng kiến cảnh mẹ của mình bị người tình tấn công thì họ có khả năng sẽ là nạn nhân của bạo lực gia đình cao hơn rất nhiều.

Nhiều người cảm thấy an toàn khi chỉ giao tiếp với người khác bằng lời nói, nhưng khi bị đụng chạm cơ thể, họ sẽ phản ứng dữ dội. Tuy nhiên, như Porges đã chỉ ra, muốn có được sự thân mật nào đó, ví dụ một cái ôm thật chặt, ngủ với người yêu, có những đòi hỏi tình dục, thì con người phải cho phép bản thân mình cảm thấy bất động mà không sợ hãi. Điều này đặc biệt khó khăn đối với những người bị sang chấn khi phải phân biệt lúc nào thì họ thực sự an toàn, lúc nào thì họ đang gặp nguy hiểm để có thể kích hoạt hệ thống phòng thủ đúng lúc. Điều này đòi hỏi họ phải có những trải nghiệm có thể giúp họ khôi phục lại cảm giác an toàn về thể chất.

NHỮNG HƯỚNG TIẾP CẬN CHỮA BỆNH KHÁC

Nếu chúng ta hiểu rằng khi trẻ em và người lớn gặp sang chấn, họ bị kẹt lại trong phản ứng chiến đấu/chạy trốn hoặc rơi vào tình trạng tê liệt, vậy làm sao chúng ta có thể giúp họ tắt những cơ chế phòng thủ từng giúp họ sống sót ấy?

Một số người có năng khiếu làm việc với những người sống sót sau sang chấn biết cách làm điều này. Steve Gross từng tổ chức chương trình vui chơi tại Trung tâm Điều trị Sang chấn (Trauma

Center). Anh thường cầm một quả bóng nhiều màu sắc rồi đi dạo quanh phòng khám. Khi nhìn thấy những đứa trẻ đang tức giận hoặc ngồi vô hồn trong phòng chờ đợi, anh sẽ cười thật tươi với chúng, những đứa trẻ hiếm khi đáp lại tín hiệu thân thiện này. Không lâu sau, anh quay lại, giả vờ vô tình đánh rơi quả bóng về phía một đứa trẻ đang ngồi. Khi Steve cúi xuống nhặt bóng, anh sẽ đồng thời chạm khẽ vào đứa trẻ ấy, trẻ thường đẩy anh ra một cách nửa vờ. Dần dần, Steve và đứa trẻ ấy tương tác qua lại. Lát sau, cả hai đã vui cười với nhau.

Bằng những động tác đơn giản, nhịp nhàng như vậy, Steve đã tạo ra một nơi chốn an toàn, nhỏ bé để hệ thống gắn kết xã hội có thể lại xuất hiện. Tương tự, những người bị sang chấn trầm trọng có thể cảm thấy khá hơn khi họ giúp sắp xếp ghế ngồi của một buổi họp hoặc cùng mọi người gõ lên ghế một điệu nhạc thay vì chỉ ngồi yên và thảo luận về những thất bại trong cuộc đời của họ.

Khi ta la hét với một người đang mất kiểm soát, ta chỉ khiến họ thêm rối loạn. Cũng giống như khi bạn quát tháo, chú chó của bạn sẽ co rúm lại, còn khi bạn nói bằng một giọng nói vui tươi, chú chó sẽ vẫy đuôi mừng rỡ. Tương tự, con người chúng ta sẽ phản ứng lại với giọng nói dữ dội bằng sự sợ hãi, giận dữ, hoặc im lặng, còn khi nghe những âm thanh vui tươi, ta cảm thấy muốn mở lòng, thư giãn. Chúng ta luôn phản ứng trước những dấu hiệu an toàn hoặc cảnh báo nguy hiểm.

Đáng buồn thay, hệ thống giáo dục của chúng ta, cũng như nhiều phương pháp được tuyên bố là điều trị được sang chấn, có xu hướng bỏ qua hệ thống gắn kết cảm xúc này và thay vào đó là tập trung vào năng lực nhận thức của tâm trí. Mặc dù có những ghi nhận

về ảnh hưởng của cơn giận dữ, nỗi lo sợ và sự hồi hộp đối với khả năng lý trí, nhưng rất nhiều chương trình tiếp tục lờ đi nhu cầu liên quan đến hệ thống an toàn của não bộ trước khi cố gắng đưa ra những hướng suy nghĩ mới.

Trường học không nên lược bỏ những buổi hợp xướng, những buổi tập thể dục, giờ ra chơi, tóm lại là không nên cắt bỏ bất cứ thứ gì liên quan đến hoạt động vận động, vui chơi, thư giãn. Khi trẻ em tỏ ra chống đối, dễ phòng, bần thần, hoặc giận dữ, điều quan trọng là chúng ta phải nhận ra những “hành vi xấu” ấy của trẻ chính là lặp lại những mô hình hành vi giúp trẻ thoát khỏi những mối đe dọa, ngay cả khi chúng đang buồn bã hoặc khó chịu.

Công trình của Porges đã có ảnh hưởng sâu sắc đến cách thức mà tôi và những đồng nghiệp tại Trung tâm Điều trị Sang chấn điều trị cho các trẻ em bị lạm dụng và người lớn bị sang chấn. Chúng tôi đã xây dựng chương trình điều trị bằng yoga cho phụ nữ để giúp họ lấy lại bình tĩnh, kết nối lại với cơ thể. Chúng tôi cũng đã thử nghiệm tổ chức chương trình nhạc kịch tại các trường học ở thành phố Boston, một chương trình dạy karate cho người từng bị cưỡng hiếp (mô hình này đã và đang được áp dụng khắp thế giới).

Học thuyết Đa thần kinh phế vị (the polyvagal theory) đã giúp chúng ta hiểu và giải thích tại sao tất cả những kỹ thuật khác biệt, độc đáo lại hiệu quả như vậy. Nó cho phép chúng ta có ý thức hơn trong việc kết hợp cách tiếp cận từ trên xuống (để kích hoạt sự tương trợ xã hội) với cách tiếp cận từ dưới lên (để làm dịu các căng thẳng thể chất trong cơ thể). Chúng ta cởi mở hơn với giá trị của những hướng tiếp cận sức khỏe từ lâu đời, không dùng đến thuốc vốn đã và đang được sử dụng bên ngoài nền y học phương Tây, từ

bài tập thở (pranayama), tụng kinh, đến các môn võ như khí công, hoặc đánh trống, múa hát tập thể. Tất cả đều dựa vào sự phối hợp nhịp nhàng giữa các cá nhân, nhận thức nội tại và giao tiếp bằng giọng nói và gương mặt, giúp đưa con người ra khỏi trạng thái chiến đấu/chạy trốn, sắp xếp lại nhận thức về nguy hiểm và tăng khả năng quản lý mối quan hệ.

Cơ thể khắc sâu mọi thứ.7: Nếu ký ức về sang chấn được mã hóa trong cơ quan nội tạng, trong cảm xúc đau lòng và quặn thắt ruột gan, trong tình trạng rối loạn tự miễn và các vấn đề về xương khớp cơ bắp, và nếu mối liên hệ tâm trí/não bộ/nội tạng chính là con đường dẫn để điều chỉnh cảm xúc thì chúng ta cần thay đổi những giả định điều trị cho bệnh nhân.

Chương 6

MẤT KIỂM SOÁT CƠ THỂ, MẤT KIỂM SOÁT BẢN THÂN

Hãy nhẫn nại với những rắc rối của con tim và cố yêu thương lấy những mối nghi ngờ... Hãy cứ sống cùng những hoài nghi. Và ngày nào đó, câu trả lời sẽ lớn dần trong ta.

Rainer Maria Rilke, Letters to a Young Poet (Thư gửi nhà thơ trẻ)

Sherry bước vào văn phòng của tôi, mặt cúi gằm, vai rũ xuống. Ngôn ngữ cơ thể của cô cho thấy cô như muốn quay lưng lại với cả thế giới. Cô mặc áo tay dài nhưng vẫn không che hết được những vết thương trên cánh tay. Sau khi ngồi xuống, cô nói với tôi bằng giọng cao, bức bối, rằng cô ấy không thể ngăn mình tự lấy tay ngắt nhéo, cào cấu vùng da cánh tay và ngực cho đến khi chảy máu.

Trong những ký ức xa xôi nhất mà Sherry còn nhớ, mẹ cô là người điều hành một nhà nuôi dưỡng. Ngôi nhà của họ thường chứa tới 15 đứa trẻ kỳ lạ, phá phách, sợ hãi và đáng sợ. Những đứa trẻ này đến rồi đi đều đột ngột. Từ bé, Sherry đã phải chăm sóc những đứa trẻ “vãng lai” này. Sherry cảm thấy dường như ngôi nhà này không có chỗ cho mình, không ai quan tâm đến những nhu cầu của cô. Cô nói: “Tôi biết chẳng ai cần tôi ở nơi này. Tôi không nhớ lần

đầu tiên mình nhận ra điều đó là khi nào, nhưng tôi đã nghĩ về những điều mẹ nói với tôi, và tôi luôn thấy những dấu hiệu cho thấy chẳng ai cần tôi. Mẹ thường nói với tôi rằng: “Con biết không, mẹ không nghĩ con thuộc về gia đình này. Mẹ nghĩ là bệnh viện giao nhầm con cho mẹ mất rồi. Mẹ vừa cười vừa nói. Tất nhiên, mọi người thường giả vờ đùa khi họ nói điều gì đó nghiêm trọng”.

Qua nhiều năm, nhóm nghiên cứu của chúng tôi đã nhiều lần phát hiện ra việc lạm dụng cảm xúc lâu dài và bỏ bê cũng có thể tàn phá con người y như lạm dụng thể chất và quấy rối tình dục'. Sherry hóa ra là một minh chứng sống của những phát hiện này: không được nhìn thấy, không được biết đến, không có nơi nào cảm thấy an toàn. Đây là những điều vô cùng nguy hại đối với mọi lứa tuổi, đặc biệt là với trẻ em – những người đang cố gắng để tìm vị trí của mình trên thế giới.

Sherry đã tốt nghiệp đại học. Nhưng hiện giờ, cô làm một công việc văn phòng nhặt nhẻo, sống một mình với những con mèo, không có người bạn thân nào. Khi tôi hỏi về quan hệ nam nữ, cô nói rằng “mối quan hệ duy nhất” của cô là với một người đàn ông đã bắt cóc cô khi cô đang trong kỳ nghỉ lúc học đại học ở Florida. Hắn đã giam giữ và cưỡng hiếp cô liên tục trong năm ngày. Cô nhớ mình đã cuộn tròn lại, sợ hãi và đông cứng trong phần lớn quãng thời gian đó, cho đến khi nhận ra mình có thể cố gắng thoát thân. Cô trốn thoát bằng cách rất đơn giản: chạy ra khỏi phòng khi hắn đang trong nhà vệ sinh. Cô gọi điện thoại cầu cứu mẹ nhưng bà không nghe máy. Cuối cùng, Sherry cũng có thể về đến nhà nhờ sự giúp đỡ của một hội cứu mạng người bị bạo hành gia đình.

Sherry nói cô bắt đầu tự ngắt nhéo da mình để không cảm thấy bị tê liệt. Nhưng cô đồng thời cảm thấy xấu hổ vì biết mình đã nghiện chứng tự ngắt nhéo mà không cách nào dừng lại được. Cô ấy đã hỏi ý kiến nhiều chuyên gia sức khỏe tâm thần, từng bị hỏi nhiều lần về “hành vi tự tử”, còn bị một chuyên gia tâm thần từ chối chữa trị và bắt buộc cô nhập viện. Song, theo kinh nghiệm của tôi, những bệnh nhân tự cắt hay ngắt da như Sherry hiếm khi tự tử, họ chỉ đang cố gắng làm cho mình cảm thấy tốt hơn bằng cách duy nhất họ biết, tức là tự cắt, tự nhéo mình.

Đây là một khái niệm khó hiểu đối với nhiều người. Như tôi đã thảo luận ở chương trước, phản ứng phổ biến nhất khi ta đang đau khổ chính là tìm đến những người ta thích và tin cậy để những người này giúp đỡ và cho ta dũng khí để tiếp tục tiến lên. Chúng ta cũng có thể bình tĩnh lại bằng cách tham gia vào hoạt động thể dục thể thao như chạy xe đạp hoặc tập thể dục. Chúng ta bắt đầu học những cách này để điều khiển cảm xúc của mình ngay từ giây phút đầu tiên ai đó cho chúng ta ăn khi đói, che chắn cho ta khi lạnh, hoặc đong đưa ta trong vòng tay khi chúng ta bị tổn thương hoặc sợ hãi.

Nhưng nếu không có ai dành cho bạn ánh mắt yêu thương, không ai nở nụ cười khi nhìn thấy bạn, không ai vội vã đến giúp bạn, thay vào đó họ chỉ nói: “Nín ngay, nếu không tao sẽ cho mày lý do thực sự để khóc bây giờ!”, thì sau đó bạn cần phải tìm ra những cách khác để chăm sóc bản thân. Bạn có xu hướng thử mọi cách để khiến mình thấy đỡ hơn phần nào, từ xì ma túy, uống rượu bia, ăn không ngừng, hay tự cắt người mình.

Dù Sherry chăm chỉ tham gia tất cả các buổi gặp mặt và vô cùng thành thật trả lời tất cả câu hỏi của tôi, tôi vẫn cảm thấy chúng tôi

chưa có một sự gắn kết cần thiết cho việc điều trị. Ngạc nhiên trước việc cô ấy đông cứng lại và thường xuyên bực dọc, tôi khuyên cô ấy đến gặp Liz – một nhà trị liệu xoa bóp tôi từng làm việc cùng.

Trong buổi gặp đầu tiên với Liz, Sherry được mời nằm lên bàn massage, Liz đi đến cuối bàn và nhẹ nhàng giữ chân Sherry. Nằm ở đó với đôi mắt nhắm lại, Sherry bất ngờ hét lên trong hoảng loạn: “Cô đâu rồi?”. Sherry cảm thấy Liz đã đi mất dù Liz đang ở ngay đó và đang đặt tay lên đôi chân của cô.

Sherry là một trong những bệnh nhân đầu tiên cho tôi thấy sự tách ly khỏi cơ thể trầm trọng mà nhiều người có tiền sử bị sang chấn và bị bỏ rơi thường trải qua. Tôi nhận thấy những chuyên môn tôi được đào tạo đã bỏ qua tầm quan trọng của một cơ thể đang sống, đang thở, vốn là nền tảng của chính chúng ta. Sherry biết việc cổ tự ngắt da mình là hành động mang tính tự hủy hoại bản thân và cũng biết hành động này có liên quan đến việc cô bị mẹ bỏ rơi ngày xưa. Nhưng biết những điều này không giúp cô bỏ thói quen tự ngắt da mình.

MẤT KIỂM SOÁT CƠ THỂ

Tôi đã rất ngạc nhiên khi phát hiện có biết bao nhiêu là bệnh nhân nói với tôi họ không thể cảm nhận được bất kỳ bộ phận nào trên cơ thể. Đôi khi tôi yêu cầu họ nhắm mắt lại và nói cho tôi biết tôi đã đặt vật gì vào lòng bàn tay họ, ví dụ như chìa khóa, đồng xu. Nhiều người không thể đoán được họ đang cầm vật gì trong tay vì nhận thức cảm giác của họ không hoạt động.

Một người bạn của tôi, Alexander McFarlane ở Úc, đã quan sát thấy hiện tượng tương tự. Anh đã nghiên cứu câu hỏi: Làm sao

chúng ta biết mình đang nắm trong tay chiếc chìa khóa mà không cần nhìn?

Để nhận ra một vật trong lòng bàn tay mà không cần nhìn, ta cần phải cảm nhận được hình dáng, trọng lượng, nhiệt độ, kết cấu và vị trí của vật đó. Mỗi trải nghiệm cảm giác riêng biệt được truyền đến một phần khác nhau của bộ não, và sau đó, cần tích hợp chúng vào một nhận thức duy nhất. McFarlane phát hiện ra những người bị PTSD thường gặp khó khăn khi ghép những hình ảnh lại với nhau.

Khi những giác quan của chúng ta bị lu mờ, chúng ta không còn cảm thấy mình đang sống thực sự nữa. Trong một bài báo mang tên “What Is an Emotion” (Cảm xúc là gì?) (1884), William James, cha đẻ của ngành Tâm lý học hoa Kỳ, nhắc đến một trường hợp nổi bật về “cảm giác vô cảm” ở một phụ nữ mà ông phỏng vấn: “Tôi... không có cảm giác của con người. Mỗi giác quan của tôi, mỗi phần của bản thân tôi đều cảm thấy như thể đã bị tách ra khỏi con người tôi và không còn cho tôi bất kỳ cảm xúc nào; việc này dường như phụ thuộc vào một khoảng trống mà tôi cảm thấy ở phía trước đầu của tôi, và là do sự suy giảm của cảm giác trên toàn bộ bề mặt cơ thể nên tôi thấy mình không bao giờ thực sự với tới được các vật mà tôi chạm vào. Tất cả những điều này là chuyện nhỏ, nhưng hậu quả của nó quá kinh khủng. Đó là việc không tài nào cảm nhận được bất kỳ cảm giác nào và bất kỳ thú vui nào, mặc dù tôi cảm nhận được rằng tôi cần và mong muốn điều đó. Chuyện này khiến cuộc đời tôi là những chuỗi ngày đau đớn và khó hiểu”.

Chúng ta sẽ không còn cảm thấy mình đang thực sự sống khi những giác quan bị ức chế. Sự phản ứng này đối với sang chấn đưa ra một câu hỏi quan trọng: Làm thế nào để những người bị sang

chấn học cách kết hợp những trải nghiệm giác quan thông thường để có thể sống với dòng chảy tự nhiên của cảm nhận và thấy cơ thể họ an toàn và trọn vẹn?

LÀM SAO TA BIẾT MÌNH ĐANG SỐNG?

Năm 2004, đồng nghiệp Ruth Lanius của tôi đặt ra một câu hỏi mới: Điều gì xảy ra trong bộ não những người bị sang chấn khi họ không nghĩ về quá khứ? Các nghiên cứu về bộ não không hoạt động của bà – “trạng thái từ bỏ” (default state network - DSN) - đã mở ra một chương hoàn toàn mới cho hiểu biết về sự ảnh hưởng của sang chấn đến việc tự nhận thức, đặc biệt là tự nhận biết cảm giác".

Tiến sĩ Lanius đã tìm một nhóm 16 người Canada “bình thường” để nằm trong máy quét não và yêu cầu họ không nghĩ tới điều gì cụ thể, nghĩa là chỉ tập trung sự chú ý vào hơi thở và cố gắng để tâm trí càng trống rỗng càng tốt. Sau đó, bà lặp lại thử nghiệm này với 18 người có tiền sử bị lạm dụng tình dục nghiêm trọng và nhiều năm khi còn bé.

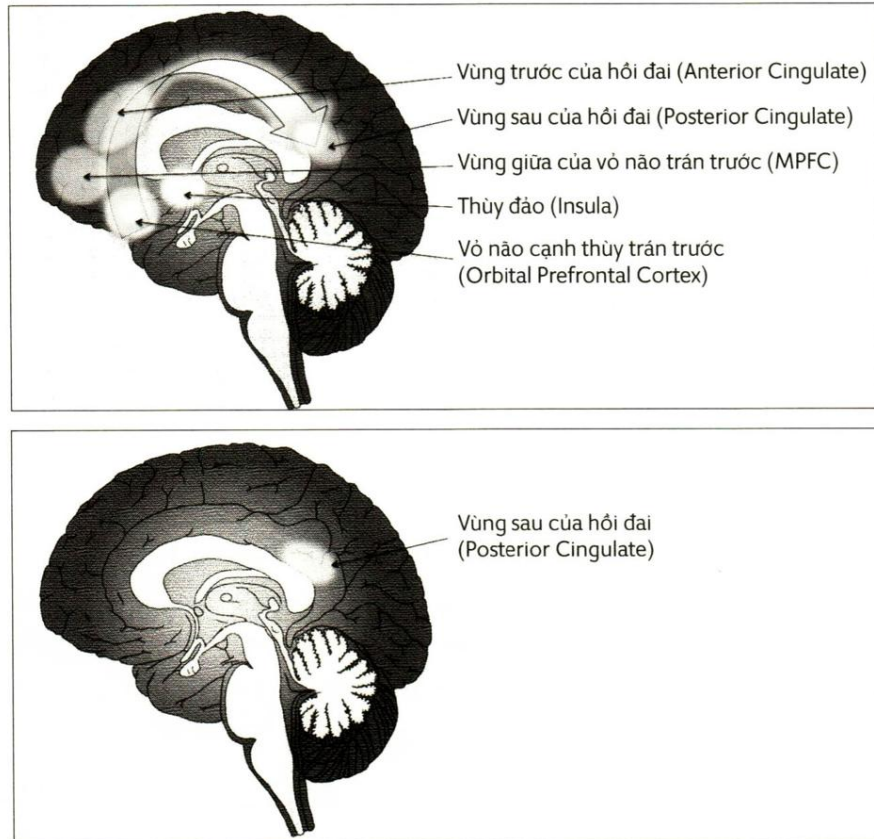
Bộ não của bạn đang làm gì khi bạn không suy nghĩ đến điều gì cụ thể: Đó là lúc bạn tập trung vào chính mình: Trạng thái mặc định kích hoạt các vùng não cùng nhau hoạt động để tạo ra cảm giác của bạn về “bản thân”.

Khi Ruth nhìn vào kết quả quét não của các đối tượng bình thường, bà thấy sự kích hoạt ở các vùng DSN mà các nhà nghiên cứu trước đây đã mô tả. Tôi gọi đây là vùng Mohawk tự nhận thức, các cấu trúc ở khe não dọc của não (đường dọc phân chia não thành hai bán cầu não trái và phải), bắt đầu ngay trên mắt chúng ta, xuyên qua trung tâm của não ra tận phía sau. Tất cả các cấu trúc khe não dọc này đều liên quan đến cảm giác của chúng ta về bản thân. Vùng

sáng lớn nhất ở phía sau của bộ não là vùng sau của hồi đại (posterior cingulate), cho chúng ta cảm giác vật lý là mình đang ở đâu – bộ định vị GPS bên trong của chúng ta. Nó kết nối chặt chẽ với vùng giữa của vỏ não trán trước (medial prefrontal cortex - MPFC), cái tháp canh mà tôi đã đề cập trong chương 4. (Kết nối này không hiển thị trên kết quả quét não vì fMRI không thể đo được.)

Nó cũng liên kết với các vùng não ghi nhận cảm giác đến từ phần còn lại của cơ thể: thùy đảo (insula), vùng não chuyển thông điệp từ nội tạng đến các trung tâm cảm xúc; các thùy đỉnh (parietal lobes), vùng não tích hợp các thông tin giác quan; và vùng trước của hồi đại (anterior cingulate) nơi điều phối cảm xúc và suy nghĩ. Tất cả các vùng này đều góp phần vào nhận thức.

Kết quả quét não của 18 bệnh nhân PTSD kinh niên do sang chấn trầm trọng khi còn nhỏ có sự đối lập đáng kinh ngạc. Gần như không có hoạt hóa của bất kỳ khu vực tự cảm nhận của não: Vùng MPFC, vùng trước của hồi đại, vỏ não đỉnh (parietal cortex), và thùy đảo đều không sáng lên; duy nhất một vùng được kích hoạt nhẹ là vùng sau của hồi đại (posterior cingulate), chịu trách nhiệm định hướng cơ bản trong không gian.



Định vị bản thân. Vùng Mohawk tự nhận thức, bắt đầu từ phía trước của não, bao gồm: vỏ não cạnh thùy trán trước, vùng giữa của vỏ não trán trước, vùng trước của hồi đai, vùng sau của hồi đai và thùy đảo. Ở những người có tiền sử sang chấn lâu dài, các khu vực này cho thấy sự suy giảm hoạt động rõ rệt, khiến họ gặp khó khăn trong việc ghi nhận những trạng thái bên trong và đánh giá mối liên quan cá nhân của thông tin đầu vào.

Chỉ có một lời giải thích duy nhất cho những kết quả này: Để đối phó với sang chấn và đối phó với những nỗi sợ hãi đã tồn tại lâu dài, những bệnh nhân này đã học cách đóng các vùng não truyền cảm giác và cảm xúc bên trong đi kèm và xác định nỗi sợ. Tuy nhiên, trong cuộc sống hằng ngày, những vùng não này có trách nhiệm ghi nhận toàn bộ những cảm xúc và cảm giác tạo thành nền tảng cho sự tự nhận thức của chúng ta, nhận biết chúng ta là ai. Những gì chúng tôi chứng kiến ở đây là một sự thích nghi đầy bi kịch: Trong một nỗ

lực để tắt những cảm giác đáng sợ, họ cũng làm mất khả năng cảm nhận mình đang thật sự sống.

Sự biến mất của hoạt động của vùng giữa trán trước có thể giải thích tại sao nhiều người bị sang chấn mất ý thức về mục đích và định hướng. Tôi từng ngạc nhiên bởi bao nhiêu lần bệnh nhân yêu cầu tôi tư vấn về những điều bình thường nhất, và rồi họ chẳng mấy khi làm theo. Bây giờ tôi hiểu rằng mối quan hệ của họ với thực tế bên trong đã bị hỏng. Làm sao họ có thể đưa ra quyết định hoặc lên kế hoạch hành động nếu họ không thể xác định mình muốn gì, hoặc chính xác hơn, họ không thể xác định cảm giác trong cơ thể của họ, Cơ sở của tất cả cảm xúc, đang cố gắng nói gì với họ?

Việc mất đi sự tự nhận thức ở các nạn nhân bị sang chấn lâu năm từ khi còn nhỏ đôi khi sâu sắc đến mức họ không thể tự nhận ra chính mình trong gương. Chụp não cho thấy đây không chỉ là kết quả của sự bỏ bê: Các cấu trúc phụ trách việc tự nhận biết có thể bị bất hoạt cùng với các cấu trúc liên quan đến tự trải nghiệm.

Khi Ruth Lanius cho tôi xem nghiên cứu của mình, tôi nhớ lại câu nói nổi tiếng của nhà toán học Archimedes khi nói về đòn bẩy: “Hãy cho tôi một điểm tựa, tôi sẽ nâng cả Trái đất” và câu nói của nhà trị liệu cơ thể vĩ đại thế kỷ 20 Moshe Feldenkrais: “Bạn không thể làm những gì bạn muốn cho đến khi bạn biết bạn đang làm gì”. Điều này có nghĩa, để cảm nhận được hiện tại, bạn cần phải biết mình đang ở đâu và điều gì đang xảy ra với bạn. Nếu hệ thống tự cảm nhận của ta bị hư hỏng, chúng ta cần tìm cách kích hoạt nó trở lại.

HỆ THỐNG TỰ CẢM NHẬN

Tôi rất vui khi thấy Sherry ngày càng khá hơn nhờ liệu pháp massage. Cô ấy cảm thấy thư giãn và mạo hiểm hơn trong cuộc

sống hằng ngày. Cô ấy cũng thoải mái và cởi mở hơn với tôi. Cô đã thực sự tham gia vào liệu pháp của mình và tò mò về hành vi, suy nghĩ và cảm xúc của chính mình. Cô ngừng tự ngắt nhéo cơ thể. Khi mùa hè đến, cô bắt đầu dành buổi tối ngồi trước hiên nhà, trò chuyện với hàng xóm của mình. Cô thậm chí còn tham gia một dàn hợp xướng nhà thờ.

Trong khoảng thời gian này tôi đã gặp nhà thần kinh học Antonio Damasio – tác giả của nhiều bài báo và sách khoa học xuất sắc về mối quan hệ giữa các trạng thái cơ thể, cảm xúc và sự sống còn. Antonio Damasio đã điều trị cho hàng trăm người có nhiều hình thức tổn thương não khác nhau. Ông rất đam mê khám phá về ý thức của con người và đam mê việc xác định các vùng não cần thiết để con người nhận biết các cảm xúc của bản thân. Ông đã xuất bản cuốn sách *The Feeling of What Happens*^o (Cảm nhận những gì đang diễn ra).

Damasio chỉ ra sự phân chia sâu sắc giữa ý thức về bản thân và cảm giác của cơ thể: “Đôi khi chúng ta dùng tâm trí không phải để khám phá sự thật mà là để che giấu sự thật... Một trong những điều bị tấm màn che giấu hiệu quả nhất chính là cơ thể của chúng ta, ý tôi chính là che giấu phần bên trong của cơ thể. Giống như một tấm màn che mặt để giữ gìn nét khiêm tốn, tấm màn này lấy đi từ tâm trí một phần các trạng thái bên trong của cơ thể – những thứ tạo thành dòng chảy của cuộc sống khi nó lang thang trong hành trình mỗi ngày”.

Ông tiếp tục diễn tả cách thức “tấm màn che” này có thể hoạt động vì lợi ích của chúng ta bằng cách cho phép chúng ta tham gia vào những vấn đề bức bách trong cuộc sống bên ngoài. Tuy nhiên,

có một cái giá phải trả: “Nó có xu hướng ngăn cản chúng ta cảm nhận được nguồn gốc và bản chất có thể có của cái mà chúng ta gọi là bản ngã”⁷. Dựa trên công trình nghiên cứu cách đây hàng thế kỷ của William James, Damasio lập luận rằng cốt lõi của sự tự nhận thức của chúng ta dựa trên những cảm giác thể chất chuyển tải những trạng thái bên trong cơ thể:

“Những cảm nhận đầu tiên cung cấp một trải nghiệm trực tiếp cho cơ thể sống của một người, không lời, trần trụi và chẳng kết nối với cái gì khác ngoài chính sự tồn tại của nó. Những cảm nhận đầu tiên này phản ánh trạng thái hiện tại của cơ thể theo các chiều khác nhau... theo mức độ từ niềm vui đến đau đớn, và chúng bắt nguồn từ cấp độ thân não chứ không phải vỏ não. Tất cả sự cảm nhận về cảm xúc là những biến thể cung bậc phức tạp trên nền tảng những cảm nhận đầu tiên.”⁸

Thế giới giác quan của chúng ta hình thành ngay cả trước khi chúng ta được sinh ra. Trong tử cung của mẹ, chúng ta cảm nhận được nước ối trên da, chúng ta nghe thấy tiếng máu chảy và đường tiêu hóa hoạt động, chúng ta có duỗi người theo những cử động của mẹ.

Sau khi ta chào đời, cảm giác cơ thể định nghĩa mối quan hệ của chúng ta với chính bản thân mình và với môi trường xung quanh. Chúng ta bắt đầu thấy ẩm ướt, đói bụng, no nê và buồn ngủ. Một bản hợp ca của những âm thanh và hình ảnh khó hiểu in sâu vào hệ thống thần kinh sơ khai của chúng ta.

Ngay cả sau khi chúng ta có được ý thức và ngôn ngữ, hệ thống cảm giác cơ thể của chúng ta cung cấp phản hồi vô cùng quan trọng về tình trạng của chúng ta từng giây từng phút. Tiếng râm ran liên tục

của nó làm thay đổi nội tạng của chúng ta, thay đổi cơ của gương mặt, thân xác, và các chi của chúng ta, báo hiệu cơn đau đớn và sự thoải mái, cũng như những điều thôi thúc khác như đói và hưng phấn tình dục. Những gì diễn ra xung quanh cũng ảnh hưởng đến cảm giác cơ thể của chúng ta. Nhìn thấy ai đó ta biết, nghe những âm thanh đặc biệt như một đoạn nhạc, tiếng còi báo động, hoặc cảm nhận được sự thay đổi về nhiệt độ, tất cả đều sẽ thay đổi sự chú ý của chúng ta một cách vô thức, giúp ta chuẩn bị cho những suy nghĩ và hành động tiếp theo.

Công việc của não là liên tục theo dõi và đánh giá những gì đang xảy ra bên trong và xung quanh chúng ta. Những đánh giá này được truyền qua các thông điệp hóa học trong máu và các tín hiệu điện trong dây thần kinh của chúng ta, tạo ra những thay đổi tinh tế hoặc kịch tính khắp cơ thể và não. Những thay đổi này xảy ra hoàn toàn không cần đến nhận thức hay tiếp nhận có chủ đích: Các khu vực dưới vỏ của não có hiệu quả đáng kinh ngạc trong việc điều hòa hơi thở, nhịp tim, tiêu hóa, tiết hormone và hệ miễn dịch. Tuy nhiên, những hệ thống này có thể bị choáng ngợp nếu chúng ta bị thách thức trước một mối đe dọa đang diễn ra, hoặc thậm chí chỉ là ta có nhận thức về hiểm họa. Điều này giải thích cho hàng loạt các vấn đề về thể chất ở những người bị sang chấn đã được các nhà nghiên cứu ghi nhận.

Tuy nhiên, sự ý thức của chúng ta cũng đóng một vai trò quan trọng trong việc duy trì sự cân bằng bên trong của chúng ta: Chúng ta cần phải ghi nhận và hành động trên những cảm giác thể chất của chúng ta để giữ cho cơ thể mình an toàn. Cảm thấy lạnh, ta sẽ khoác áo ấm lên mình; cảm thấy đói hay chóng mặt, ta biết rằng lượng

đường trong máu đang giảm và khiến chúng ta bật dậy lấy đồ ăn vặt; cảm thấy tức bång quang, ta sẽ đi vào nhà vệ sinh.

Damasio chỉ ra rằng tất cả cấu trúc não ghi nhận cảm xúc cơ bản đều nằm gần những vùng não kiểm soát các chức năng cơ bản như thở, thèm ăn, chu kỳ ngủ/thức: “Điều này là do hệ quả của cảm xúc và sự chú ý hoàn toàn liên quan đến một công việc cơ bản đó là quản lý sự sống bên trong cơ thể. Không thể quản lý sự sống và duy trì sự cân bằng nội tại mà không có dữ liệu về tình trạng hiện tại của cơ thể”. Damasio gọi những vùng “trông nhà” của não bộ này là “bản ngã nguyên thủy” (proto-self) vì chúng sinh ra những “hiểu biết không lời” dẫn đến tự ý thức của chúng ta về bản thân mình.

KHI BẢN NGÃ BỊ ĐE DỌA

Năm 2000, Damasio và cộng sự công bố một bài báo khoa học trên tạp chí Science nói rằng việc sống lại một cảm xúc tiêu cực mạnh mẽ gây ra những thay đổi đáng kể trong các vùng não nhận các tín hiệu thần kinh từ cơ, ruột và da – đây là những vùng não quan trọng trong việc điều hòa các chức năng cơ bản của cơ thể.

Kết quả khảo sát não cho thấy việc nhớ lại một sự kiện cảm xúc trong quá khứ sẽ khiến ta thực sự tái trải nghiệm lại những cảm giác bên trong giống như lúc đầu tiên ta trải qua sự kiện ấy. Mỗi loại cảm xúc tạo ra một mô hình đặc trưng, khác biệt với nhau. Ví dụ, một phần nhất định của thân não “kích hoạt khi đang buồn và tức giận, nhưng không kích hoạt khi đang hạnh phúc hay sợ hãi”¹⁰. Tất cả các vùng não này nằm dưới hệ viền, là nơi chi phối cảm xúc, nhưng chúng ta thừa nhận là chúng có liên quan mỗi khi chúng ta sử dụng một trong số những biểu hiện thông thường để liên kết những cảm xúc mạnh mẽ với cơ thể, ví dụ: “Bạn làm tôi phát ốm”, “Nó khiến tôi

nổi hết cả da gà”, “Tôi ghen ngào không nói nên lời”, “Tim tôi chùng xuống”.

Hệ thống tự nhiên cơ bản trong thân não và hệ viền được kích hoạt dữ dội khi người ta đối mặt với nguy cơ bị hủy diệt, kết quả là cảm giác sợ hãi và kinh hãi không kìm chế được kèm theo kích thích mãnh liệt về sinh lý. Đối với những người đang sống lại tình huống sang chấn thì chẳng còn gì có ý nghĩa nữa cả; họ bị kẹt trong một tình huống sống hay chết, một trạng thái khiếp sợ đến đông cứng cả người hay cơn giận dữ đến mức mù quáng. Tâm trí và cơ thể họ thường xuyên bị kích thích như thể hiểm họa sắp xảy ra đến nơi. Họ giật nảy mình vì những tiếng động nhẹ nhẹ, và mệt mỏi vì những kích thích nho nhỏ. Họ ăn không ngon, ngủ không yên. Đến lượt việc này lại kích hoạt những nỗ lực tuyệt vọng của họ nhằm chấm dứt những cảm xúc đó bằng cách đông cứng hay phân ly”.

Làm thế nào để mọi người giành lại quyền kiểm soát khi bộ não động vật của họ bị mắc kẹt trong một cuộc chiến sinh tồn? Nếu những gì xảy ra sâu bên trong bộ não động vật của chúng ta đang sai khiến việc chúng ta cảm thấy như thế nào, và nếu cảm giác cơ thể của chúng ta được chỉ huy bởi cấu trúc não tiềm thức (dưới vỏ não), vậy thì, chúng ta có thể kiểm soát chúng đến mức nào?

TỈNH THỨC: LÀM CHỦ CUỘC SỐNG CỦA MÌNH

“Tỉnh thức” là thuật ngữ để nói đến cảm xúc chịu trách nhiệm về cuộc sống của bạn: biết nơi bạn đứng, biết rằng bạn có thể định đoạt những gì xảy ra với bạn, biết rằng bạn có một số khả năng để định hình hoàn cảnh của bạn. Những cựu chiến binh từng đắm tay vào tường là đang cố khẳng định lại “ý thức” của họ - để làm một điều gì đó. Nhưng cuối cùng họ thậm chí còn thấy mất khả năng kiểm soát

nhiều hơn, và nhiều người trong số những người đàn ông từng rất tự tin này đã bị mắc kẹt trong một chu kỳ giữa hoạt động điên cuồng và bất động.

Tình thức bắt đầu với thứ mà các nhà khoa học gọi là nội cảm (interoception), nhận thức về cảm giác tinh tế, cảm xúc về cơ thể: Sự nhận thức đó càng lớn, tiềm năng kiểm soát cuộc sống của chúng ta càng cao. Biết được ta đang cảm thấy gì là bước đầu tiên để biết tại sao chúng ta lại cảm thấy như vậy. Nếu chúng ta nhận thức được những thay đổi liên tục của môi trường bên trong và bên ngoài chúng ta, chúng ta có thể quản lý chúng. Nhưng chúng ta không thể làm điều này trừ khi tháp canh của chúng ta, MPFC, học cách quan sát những gì đang diễn ra bên trong chúng ta. Đây là lý do tại sao thực hành chánh niệm (mindfulness), giúp củng cố MPFC, là một nền tảng để phục hồi từ sang chấn 2.

Khi xem bộ phim March of the Penguins (Hành khúc chim cánh cụt), tôi đã nghĩ về một số bệnh nhân của mình. Chim cánh cụt là loài vật thật kiên cường, đáng yêu. Từ thuở xa xưa, chúng đã phải lần hồi từng bước qua hết bảy mươi dặm đường từ biển vào đất liền, hứng chịu muôn vàn khó khăn để đến được nơi sinh nở, đánh rơi vô số quả trứng khỏe mạnh. Và rồi, gần như sắp chết vì đói, chúng lệ người trở về với biển. Nếu chim cánh cụt có thù oán như chúng ta, chúng sẽ sử dụng những đôi cánh nhỏ để tạo nên những túp lều tuyết, phát minh ra cách tốt hơn để sinh sản, tổ chức lại nguồn cung thức ăn. Nhiều bệnh nhân của tôi đã sống sót qua sang chấn nhờ dũng cảm và kiên trì, để rồi mắc vào những rắc rối tương tự cứ lặp đi lặp lại. Sang chấn đã khiến kim chỉ nam bên trong của họ ngưng hoạt

động và làm họ mất đi trí tưởng tượng cần thiết để tạo ra điều gì đó tốt đẹp hơn.

Khoa học thần kinh của tự ngã và tỉnh thức đã xác nhận các loại liệu pháp thân nghiệm (somatic experiencing therapy) mà hai người bạn của tôi là Peter Levinel và Pat Ogdenl đã phát triển. Tôi sẽ thảo luận chi tiết những phương pháp này và các phương pháp cảm quan động lực khác trong phần V. Về cơ bản, liệu pháp này hướng đến ba mục tiêu:

- Thu thập thông tin giác quan đã bị sang chấn ngăn chặn và làm đông cứng;
- Giúp bệnh nhân kết bạn (chứ không phải là đàn áp) với năng lượng phát ra từ trải nghiệm nội tại đó;
- Hoàn thiện các hành động thể chất tự vệ đã bị cản trở khi họ bị mắc kẹt, kìm hãm, hoặc bất động bởi nỗi khiếp sợ.

Trực giác báo hiệu cho chúng ta biết cái gì là an toàn, là duy trì sự sống, hoặc mang tính đe dọa, ngay cả khi nếu chúng ta không thể giải thích rõ được tại sao chúng ta lại cảm thấy như thế. Cảm giác bên trong liên tục gửi cho chúng ta những thông điệp tinh tế về nhu cầu của cơ thể chúng ta. Trực giác cũng giúp chúng ta đánh giá những gì đang diễn ra xung quanh. Chúng cảnh báo chúng ta rằng kẻ đang tiến lại trông thật đáng sợ, nhưng chúng cũng cho ta biết một căn phòng hướng Tây có hoa mộc xung quanh khiến chúng ta cảm thấy thanh bình. Nếu bạn có một kết nối thoải mái với cảm giác bên trong của bạn, và nếu bạn có thể tin tưởng chúng cung cấp cho bạn thông tin chính xác thì bạn sẽ cảm thấy mình làm chủ được cơ thể, cảm xúc, và chính mình hơn.

Tuy nhiên, những người bị sang chấn thường xuyên cảm thấy bất an trong lòng: Quá khứ vẫn sống dưới dạng một nỗi lo âu đang gặm nhấm thân tâm họ. Cơ thể họ thường xuyên bị oanh tạc bởi các dấu hiệu cảnh báo từ bên trong. Khi nỗ lực kiểm soát các quá trình này, họ thường bỏ qua trực giác của bản thân và tê liệt nhận thức về những gì đang xảy ra bên trong mình. Họ học cách trốn tránh khỏi chính bản thân mình.

Ta càng cố xua đuổi, cố làm ngơ với những dấu hiệu cảnh báo bên trong ta thì chúng sẽ càng kiểm soát ta, sẽ khiến ta bối rối, hoang mang, xấu hổ. Với những người không thể nhận biết được những gì đang xảy ra bên trong mình, thì khi có bất kỳ chuyển biến nào về cảm giác, họ sẽ phản ứng lại bằng cách ngắt kết nối hoặc trở nên hoảng loạn, nghĩa là họ đang sợ chính nỗi sợ của mình.

Ngày nay, chúng ta biết các triệu chứng hoảng loạn xảy ra chủ yếu bởi vì con người thấy sợ những cảm giác hoảng loạn của cơ thể. Cơn hoảng loạn đó có thể được kích hoạt bởi những gì họ biết là không hợp lý, nhưng chính việc sợ những cảm giác đó lại khiến họ phát ra tình huống báo động cho toàn cơ thể. “Sợ đến đờ người” và “đông cứng người vì sợ” (sụp đổ và trở nên tê liệt) đã mô tả chính xác nỗi kinh hãi và sang chấn là như thế nào. Chúng là nền tảng bên trong cơ thể. Trải nghiệm sợ hãi xuất phát từ những phản ứng nguyên thủy với mối đe dọa khi vì một lý do nào đó mà người ta không còn lối thoát. Cuộc sống của con người sẽ bị giam cầm trong nỗi sợ hãi cho đến khi nào trải nghiệm bên trong đó thay đổi.

Cái giá phải trả cho việc bỏ qua hoặc bóp méo các thông điệp của cơ thể là mất khả năng phát hiện ra điều gì thực sự nguy hiểm hoặc gây hại cho bạn, và điều gì là an toàn hoặc lành mạnh đối với bạn.

Sự tự điều chỉnh phụ thuộc vào mối quan hệ thân thiện với Cơ thể của chính bạn. Nếu không có nó, bạn phải dựa vào các yếu tố bên ngoài như thuốc, rượu, sự trấn an liên tục của ai đó hoặc bị cưỡng ép phải tuân thủ theo mong muốn của người khác.

Nhiều bệnh nhân của tôi đáp ứng với stress không phải bằng cách nhận biết và gọi tên chúng mà qua những cơn đau nửa đầu hoặc các cơn lên suyễn. Sandy, một y tá tuổi trung niên, nói với tôi rằng khi còn bé, cô ấy cảm thấy rất sợ và cô đơn vì bị cha mẹ nghiện rượu bỏ rơi. Cô đã giải quyết vấn đề này bằng cách tách biệt khỏi những người mà cô phụ thuộc (bao gồm cả tôi, nhà trị liệu của cô). Hễ chồng cô nói những lời nhận xét thiếu nhạy cảm là cô ấy sẽ lên cơn hen suyễn. Đến lúc cô nhận ra mình không thể thở thì ống hít thuốc trợ thở không còn hiệu quả nữa, và cô phải được đưa đến phòng cấp cứu ngay.

Chấm dứt tiếng kêu cứu từ bên trong chúng ta sẽ không thể khiến các hormone của stress ngừng huy động cơ thể. Mặc dù Sandy đã học cách bỏ qua các vấn đề trong mối quan hệ của mình và ngăn chặn những tín hiệu đau đớn về thể chất thì những tín hiệu này vẫn xuất hiện dưới dạng triệu chứng của cơ thể và cô buộc phải quan tâm đến chúng. Liệu pháp chữa trị cho cô là tập trung vào việc xác định mối liên quan giữa cảm giác thể chất với cảm xúc của cô, và tôi cũng khuyến khích cô tham gia chương trình học kickboxing, môn võ kết hợp quyền anh và karate. Trong suốt ba năm được tôi chữa trị, cô đã không phải đến phòng cấp cứu một lần nào.

Triệu chứng thể chất mà không có cơ sở rõ ràng về mặt sinh lý là tình trạng phổ biến ở cả trẻ em lẫn người lớn bị sang chấn. Chúng có thể bao gồm đau lưng và cổ mạn tính, đau nhức toàn thân, chứng

đau nửa đầu, các vấn đề về tiêu hóa, hội chứng đại tràng co thắt/ruột kích thích, mệt mỏi mạn tính và một số dạng hen suyễn. Những trẻ em bị sang chấn có tỷ lệ mắc hen suyễn nhiều gấp 50 lần so với những trẻ em bình thường đồng lứa!”. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng nhiều trẻ em và người lớn bị các cơn hen suyễn nguy kịch thì đều không nhận thức được họ có vấn đề về hô hấp trước khi lên cơn hen suyễn.

MÙ CẢM XÚC (ALEXITHYMIA): KHÔNG THỂ DIỄN ĐẠT CẢM XÚC

Tôi có một người dì góa từng có tiền sử sang chấn đau thương, là bà đỡ đầu cho các con tôi. Dì thường đến thăm chúng tôi, mỗi lần đến, dì chỉ cầm cụ lau dọn rèm cửa, sắp xếp lại kệ chén đĩa, thêu thùa áo quần của lũ trẻ - và rất ít nói chuyện. Dì rất muốn vui vẻ, nhưng thật khó để biết gì thích cái gì.

Sau vài ngày trò chuyện vui vẻ với chúng tôi, những ngày sau, dì hầu như chẳng nói gì, thế nên tôi phải gắng sức lấp đầy sự im lặng kéo dài. Đến ngày dì phải rời đi, tôi đưa dì đến sân bay, dì gượng gạo ôm tôi, nước mắt lăn dài trên má. Rồi dì nói gió lạnh khiến dì chảy nước mắt. Cơ thể dì cảm nhận được nỗi buồn mà tâm trí dì không thể nào ghi nhận được. Rồi dì chào tạm biệt gia đình tôi – những người thân thiết nhất của dì còn sống trên đời này.

Các nhà tâm thần học gọi hiện tượng này là mù cảm xúc (alexithymia), trong tiếng Hy Lạp có nghĩa là không có từ để diễn tả cảm xúc. Rất nhiều trẻ em và người lớn bị sang chấn không thể diễn tả được cảm giác của mình vì họ không thể nhận ra cảm giác thể chất của họ có ý nghĩa gì. Họ có thể trông rất giận dữ hoặc rất sợ hãi nhưng họ phủ nhận những cảm giác này, họ sẽ khẳng khái nói

rằng họ không sao. Không thể phân biệt được những gì đang diễn ra bên trong cơ thể khiến họ không kết nối được với nhu cầu của họ, và họ gặp khó khăn trong việc tự chăm sóc bản thân, từ chuyện ăn uống đầy đủ, đúng giờ đến chuyện ngủ đủ giấc.

Giống như dì của tôi, người bị mù cảm xúc dùng ngôn ngữ hành động để thay thế cho ngôn ngữ cảm xúc. Khi được hỏi: “Bạn cảm thấy như thế nào nếu một chiếc xe tải đang lao về phía bạn với vận tốc 80 dặm một giờ?”, nhiều người sẽ nói: “Tôi sẽ sợ phát khiếp”, “Tôi sẽ sợ mất hồn mất vía”, nhưng một người bị mù cảm xúc thường đáp: “Tôi cũng chẳng biết mình sẽ cảm thấy thế nào nữa. Chắc là tôi sẽ tránh cái xe đó ra thôi”¹⁸. Họ có xu hướng ghi nhận cảm xúc dưới dạng các vấn đề về thể chất chứ không phải là những dấu hiệu đáng để họ lưu tâm. Thay vì cảm thấy tức giận hoặc buồn bã, họ sẽ bị đau cơ, ruột kích thích hoặc có các triệu chứng khác mà không có nguyên nhân. Khoảng 1 bệnh nhân bị chứng chán ăn tâm thần (anorexia nervosa), và hơn 1 số bệnh nhân bị chứng cuồng ăn (bulimia) đều bị bối rối bởi cảm xúc và gặp khó khăn khi mô tả các cảm xúc ấy¹. Khi các nhà nghiên cứu cho những người mù cảm xúc xem hình ảnh những gương mặt người giận dữ hoặc đau khổ, họ không thể hiểu được người trong hình đang cảm thấy gì¹.

Một trong những người đầu tiên dạy tôi về bệnh mù cảm xúc là bác sĩ tâm thần học Henry Krystal – người đã làm việc với hơn 1.000 người sống sót sau thảm họa diệt chủng người Do Thái để hiểu rõ về sang chấn¹. Chính Krystal cũng là một tù nhân sống sót sau trại tập trung, ông nhận thấy rất nhiều bệnh nhân của mình thành công về nghề nghiệp, nhưng những mối quan hệ thân mật của họ trở nên vô cùng ảm đạm và xa cách. Khi cố đè nén những cảm xúc dữ dội của

mình, họ có thể tham gia vào những hoạt động xã hội, nhưng cái giá họ phải trả là không còn nhận biết được những cảm xúc của bản thân. Rất ít người trong số họ có quan tâm thật sự đến liệu pháp trị liệu.

Paul Frewen tại Đại học Western Ontario đã thực hiện một loạt các nghiên cứu về não bộ của những người bị PTSD mù cảm xúc. Một người tham gia nói với ông rằng: “Tôi không biết mình cảm thấy gì, cứ như thể đầu và thân tôi không kết nối với nhau vậy. Tôi đang sống trong một đường hầm đầy sương mù, dù chuyện gì xảy ra thì tôi cũng chỉ phản ứng tê liệt, tôi không cảm thấy gì cả. Với tôi, việc ngâm mình trong bồn tắm đầy bọt, bị phỏng hay bị hăm hiếp cũng chẳng có gì khác nhau cả. Não tôi chẳng cảm thấy gì”. Frewen và Ruth Lanius nhận thấy con người càng mất liên lạc với cảm xúc của mình nhiều bao nhiêu, hoạt động trong vùng não tự cảm nhận của họ càng ít hơn bấy nhiêu.

Vì những người bị sang chấn thường gặp khó khăn khi cảm nhận được điều gì đang xảy ra trong cơ thể của họ nên họ thiếu phản ứng đáng kể khi đối mặt sự thất vọng. Họ phản ứng với stress bằng việc trở nên “bần thần” hoặc nổi cơn thịnh nộ. Dù phản ứng ra sao chẳng nữa, họ vẫn thường không nói điều gì đang khiến họ khó chịu. Thất bại trong việc kết nối với chính cơ thể của mình góp phần vào việc họ được ghi nhận là thiếu khả năng tự vệ và dễ trở thành nạn nhân, khó cảm thấy vui vẻ hay ham muốn và không cảm thấy điều gì đó có ý nghĩa.

Những người bị mù cảm xúc có thể cải thiện tình hình của mình bằng việc học cách nhận diện mối quan hệ giữa cảm giác thể chất và cảm xúc của mình, giống như người mù màu có thể cải thiện chứng

mù màu bằng học cách phân biệt và nhận biết các sắc thái của màu xám. Nhưng những người bị mù cảm xúc thường lưỡng lự khi làm điều này: Đa số họ dường như có một quyết định vô thức rằng sẽ tốt hơn nếu cứ tiếp tục đi gặp bác sĩ để chữa trị hơn là phải tự mình đau đớn đối mặt với những bóng ma của quá khứ.

HỘI CHỨNG GIẢI THỂ NHÂN CÁCH

Một cấp độ cao hơn của sự tự lãng quên bản thân là sự giải thể nhân cách (depersonalization), tức là đánh mất những cảm giác về bản thân. Hình chụp bộ não trắng trợn của Ute ở chương 4 là một minh họa sống động của chứng giải thể nhân cách. Giải thể nhân cách khá phổ biến trong những trải nghiệm sang chấn.

Một đêm nọ, tôi bị trấn lột ở một công viên gần nhà. Tự nhiên, tôi nhìn thấy chính mình nằm trên tuyết với một vết thương nhỏ trên đầu, có ba thiếu niên cầm dao vây quanh tôi. Tôi phân ly khỏi cảm giác đau ở cánh tay bị chúng đập, rồi tôi không còn cảm thấy chút sợ hãi nào nữa, tôi bình thản thương lượng để chúng trả lại cho tôi cái ví rỗng.

Tôi nghĩ mình không hề bị PTSD vì tôi vô cùng tò mò muốn có được một trải nghiệm gần gũi với những gì tôi từng nghiên cứu ở người khác, và một phần nào đó, tôi ảo tưởng rằng mình có thể vẽ chân dung của bọn trấn lột để đưa cho cảnh sát. Tất nhiên là chúng chẳng bao giờ bị bắt, nhưng chỉ cần tưởng tượng về việc trả đũa bọn chúng như thế cũng khiến tôi cảm thấy thỏa mãn.

Những người bị sang chấn thường không may mắn như thế, họ thường cảm thấy bị tách rời khỏi cơ thể của họ. Nhà phân tâm học người Đức Paul Schilder, vào năm 1928 đã có một mô tả đúng về chứng giải thể nhân cách như sau 24: “Đối với một cá nhân bị giải thể

nhân cách, thể giới trông thật lạ lùng, bí hiểm, xa lạ, mơ hồ. Những đồ vật có lúc bị thu nhỏ về kích thước, có lúc lại phảng lì. Âm thanh vang lên từ xa xăm. Cũng vậy, cảm xúc trải qua sự thay đổi rõ rệt. Bệnh nhân than phiền rằng họ mất khả năng trải nghiệm nỗi đau cũng như khoái lạc... Họ đã trở thành những người xa lạ đối với bản thân mình”.

Tôi vô cùng kinh ngạc khi biết rằng một nhóm các nhà thần kinh học tại Đại học Geneva đã tạo ra những trải nghiệm ngoài cơ thể bằng cách truyền dòng điện nhẹ đến một vị trí cụ thể trong não là điểm nối thùy thái dương với thùy đỉnh. Đối với một bệnh nhân, cảm giác đó là cô treo mình từ trần nhà, nhìn xuống cơ thể mình; với một bệnh nhân khác, nó gây ra cảm giác rợn người như có ai đó đang đứng phía sau cô. Nghiên cứu này xác nhận những gì bệnh nhân của chúng tôi thuật lại: rằng bản thân có thể được tách ra khỏi cơ thể và tự nó sống như một bóng ma. Tương tự, Lanius và Frewen, và một nhóm các nhà nghiên cứu tại Đại học Groningen ở Hà Lan⁶ đã quét não những người đã phân ly khỏi nỗi kinh hoàng của họ và phát hiện rằng các trung tâm sợ hãi của não chỉ đơn giản đã đóng sập lại khi họ nhớ lại sự kiện.

LÀM BẠN VỚI CƠ THỂ

Những nạn nhân sang chấn chỉ có thể phục hồi khi họ trở nên quen thuộc và “kết bạn” được với những cảm giác trong cơ thể họ. Cảm thấy sợ hãi có nghĩa là bạn sống trong một cơ thể đang luôn luôn đề phòng. Những con người giận dữ sống trong những cơ thể giận dữ. Cơ thể của người bị lạm dụng tình dục khi còn nhỏ thường sẽ căng thẳng và phòng thủ, cho đến khi họ tìm ra cách thư giãn và cảm thấy an toàn. Để thay đổi, mọi người cần phải nhận thức được

cảm giác của họ và cách cơ thể họ tương tác với thế giới xung quanh. Tự nhận thức về thể chất là bước đầu tiên trong việc giải phóng khỏi quá khứ khốc liệt.

Làm sao mọi người có thể cởi mở và khám phá thế giới nội tâm của họ về cảm giác và cảm xúc? Tôi bắt đầu quá trình này bằng cách giúp đỡ các bệnh nhân trước tiên là chú ý và rồi miêu tả những cảm nhận trong cơ thể họ, không phải là những cảm xúc như giận dữ, lo lắng, sợ hãi... mà là những cảm giác thể chất ẩn dưới những cảm xúc đó: lực đè, sức nóng, căng cơ, thấy ngứa ran, thấy suy sụp, thấy trống rỗng... Tôi cũng giúp họ xác định những cảm giác liên quan đến sự thư giãn, vui vẻ. Tôi giúp họ ý thức được hơi thở, điệu bộ và cử chỉ của họ. Tôi yêu cầu họ tập trung đến những thay đổi tinh tế trong cơ thể của họ ví dụ như lồng ngực căng, ruột gan thắt lại... khi họ nói về những chuyện tiêu cực mà họ cứ khẳng khẳng chúng không ảnh hưởng gì đến mình.

Ban đầu, các bệnh nhân có thể gặp khó khăn khi cố gắng nhận diện những cảm giác của mình, họ có thể nhớ lại những ký ức dữ dội và rồi họ co rúm người lại hoặc chuyển sang tư thế phòng thủ. Đây là những tái hiện thể chất của những sang chấn chưa được xử lý triệt để, và phần lớn cũng là các điệu bộ của họ khi xảy ra sang chấn lúc trước. Lúc này, những hình ảnh xưa cũ, những cảm giác thể chất có thể sẽ tràn ngập, và nhà trị liệu phải quen với sự tuôn trào về cảm giác và cảm xúc để ngăn chặn người bệnh không bị sang chấn lần nữa khi tiếp xúc lại với quá khứ (giáo viên, y tá, sĩ quan cảnh sát thường rất giỏi làm dịu những người đang hoảng loạn vì họ thường xuyên phải đối phó với những người mất kiểm soát bản thân).

Tuy nhiên, các bác sĩ thường kê các loại thuốc như Ability, Zyprexa và Seroquel cho các bệnh nhân thay vì dạy học kỹ năng xử lý những phản ứng thể chất đáng lo của cơ thể. Tất nhiên, các loại thuốc chỉ tạo cảm giác ổn định tạm thời và không thể giải quyết tận gốc vấn đề và cũng chẳng thể biến đổi các phản ứng ấy từ có hại thành có lợi.

Khi buồn bã, con người thường bám víu vào người khác để ổn định lại tinh thần. Điều này có nghĩa những bệnh nhân đã bị bạo hành cơ thể hoặc bị xâm hại tình dục sẽ rơi vào thế tiến thoái lưỡng nan: Họ rất khao khát sự gần gũi nhưng lại sợ hãi tiếp xúc với cơ thể người khác. Tâm trí họ cần được hướng dẫn lại để cảm nhận những cảm giác thể xác, và cơ thể họ cần được giúp đỡ để chịu đựng cũng như tận hưởng sự thoải mái khi va chạm cơ thể. Nếu chịu khó luyện tập, những bệnh nhân thiếu nhận thức về cảm xúc có thể kết nối cảm giác thể chất với sự kiện tâm lý. Sau đó, họ có thể từ từ kết nối lại với chính bản thân mình?”.

KẾT NỐI VỚI CHÍNH MÌNH, KẾT NỐI VỚI NGƯỜI XUNG QUANH

Tôi sẽ kết thúc chương này với một nghiên cứu cho thấy cái giá phải trả khi đánh mất cảm giác cơ thể. Sau khi Ruth Lanius và nhóm của cô quét một bộ não không hoạt động, họ đã tập trung vào một câu hỏi khác được đặt ra trong cuộc sống hằng ngày: Điều gì sẽ xảy ra với những người bị sang chấn lâu năm khi họ tương tác mặt-đối-mặt với người khác?

Nhiều bệnh nhân của tôi không thể giữ giao tiếp bằng mắt, tức là họ luôn cố tránh nhìn tôi. Hóa ra là họ cảm thấy kinh tởm và không thể chịu đựng được suy nghĩ rằng tôi thấy họ hèn hạ. Tôi chưa bao

giờ nghĩ rằng cảm xúc thấy nhục nhã dữ dội như vậy lại được phản ánh trong bộ não bị kích hoạt bất thường. Một lần nữa, Ruth Lanius cho thấy sự nhập nhằng giữa tâm trí và não bộ trong cách thức phần này ghi nhận những gì xảy ra ở phần kia.

Ruth đã mua một thiết bị đắt tiền dùng để dựng một nhân vật hoạt hình như một người đang nằm trong máy quét não. Nhân vật này có thể nhìn thẳng mặt hoặc nhìn xéo một góc 45 độ. Điều này giúp ta có thể so sánh những hiệu ứng của việc tiếp xúc mắt trực tiếp với hiệu ứng của việc nhìn xiên lên những kích hoạt của não bộ 28.

Điểm khác biệt đáng chú ý nhất giữa những người bình thường và những người bị sang chấn mạn tính là sự kích hoạt ở vỏ não trán trước để đáp lại ánh mắt nhìn trực tiếp. Vỏ não trán trước (prefrontal cortex – PFC) thường giúp chúng ta đánh giá người đang tiến về phía mình và các tế bào thần kinh gương giúp ta nhận ra ý định của người đó. Tuy nhiên, các đối tượng bị PTSD đã không kích hoạt bất kỳ phần nào của thùy trán, nghĩa là họ chẳng có chút tò mò nào về người lạ. Họ chỉ phản ứng với sự kích hoạt mạnh mẽ sâu bên trong những vùng não cảm xúc của họ, trong các vùng não nguyên thủy gọi là vùng chất xám quanh rãnh Sylvius (Periaqueductal Gray), nơi gây ra giật mình, cảnh giác cao độ, có rúm người và các hành vi tự vệ khác. Không có sự kích hoạt bất kỳ phần nào của não liên quan đến sự tương trợ xã hội. Khi người khác nhìn họ, họ chỉ đơn giản chuyển sang chế độ sinh tồn.

Điều này có ý nghĩa gì đối với khả năng kết bạn và hòa hợp với người khác? Có ý nghĩa gì đối với việc điều trị PTSD? Liệu một bệnh nhân PTSD có thể tin cậy một nhà trị liệu khi trong lòng họ vẫn có những nỗi sợ hãi sâu sắc nhất?

Muốn có những mối quan hệ chân thành, bạn phải có khả năng nhìn nhận những người khác là những cá nhân riêng biệt, mỗi người đều có động cơ và ý định riêng. Bạn cần biết cách tự vệ và cũng cần nhận ra rằng những người khác cũng có những cách tự vệ riêng của họ. Sang chấn có thể khiến tất cả việc này trở nên lẫn lộn và mờ mịt.

PHẦN III

TÂM TRÍ TRẺ THƠ

 /GROUPS/YEUKINDLEVIETNAM

Chương 7

CÙNG BƯỚC SÓNG: GẮN KẾT VÀ ĐỒNG ĐIỀU

Nguồn gốc của sự kiên cường chính là cảm giác được thấu hiểu và được hiện hữu trong khối óc lẫn trái tim tràn đầy tình yêu thương, đồng điệu và tự chủ.

Diana Fosha

Phòng khám Nhi ở MMHC thường đầy ắp những đứa trẻ lo lắng và bất ổn tâm lý. Chúng thường không thể ngồi yên và hay đánh lộn, thậm chí đánh cả các nhân viên. Chúng có thể chạy về phía bạn ôm bạn thật chặt, rồi ngay lập tức đẩy bạn ra với vẻ hoảng sợ cực độ. Có những em quát tháo những đồ vật, vật nuôi hoặc chửi mắng chính mình. Lúc thì các em thèm khát tình thương, lúc thì các em giận dữ, ương ngạnh. Đặc biệt là những bé gái thường tuân phục một cách khổ sở. Dù là chống đối hay đeo bám, dường như không em nào có khả năng khám phá, vui đùa như những đứa trẻ bình thường. Một vài em hầu như không phát triển ý thức về bản thân, thậm chí không thể nhận ra mình trong gương.

Lúc đó, tôi biết rất ít về trẻ em, ngoại trừ những gì khám phá được từ hai đứa con của mình. Nhưng tôi may mắn có người đồng nghiệp Nina Fish-Murray – mẹ của năm đứa trẻ. Nina rất say mê

ngiên cứu về những đứa trẻ gặp rắc rối tâm lý. Chồng của Nina, Henry Murray - cựu trưởng khoa tâm lý học của Trường Harvard, đã thiết kế Trắc nghiệm phóng chiếu TAT (Thematic Apperception Test – TAT) đang được sử dụng rộng rãi. TAT sử dụng một bộ thẻ để khám phá cách thức thực tại nội tâm của con người hình thành thế giới quan của họ như thế nào.

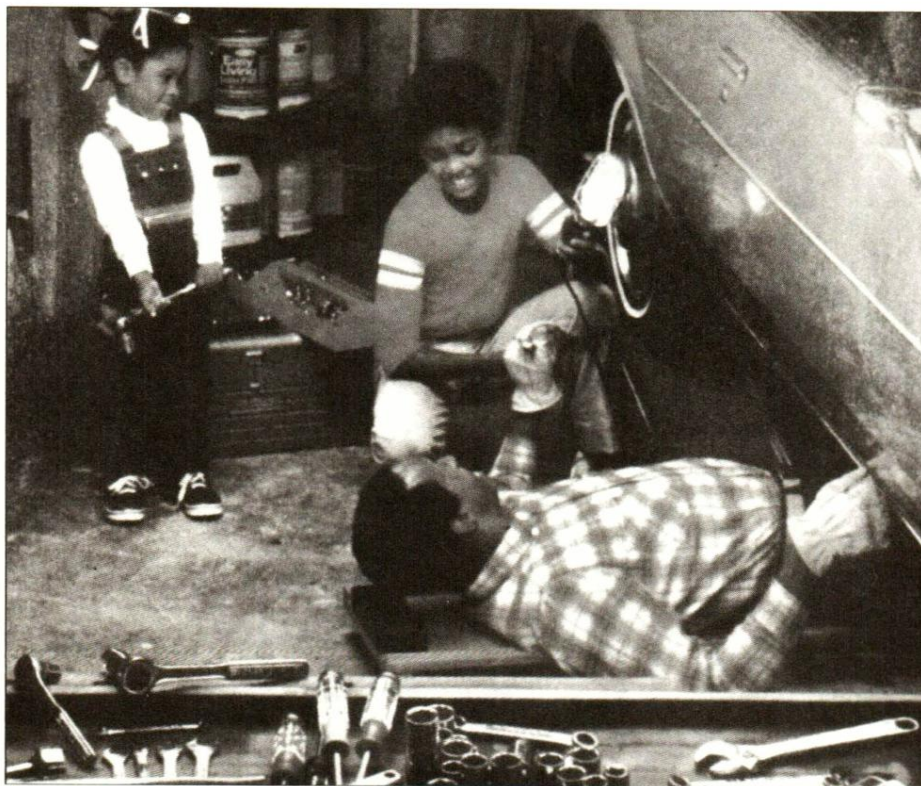
Không giống như các thẻ Rorschach mà chúng tôi sử dụng với các cựu chiến binh, các thẻ TAT mô tả những cảnh thực tế nhưng mơ hồ và có phần bất an: một người đàn ông và một phụ nữ đang buồn bã tránh né cái nhìn của nhau, một cậu bé nhìn cây đàn violin bị vỡ. Các bệnh nhân được yêu cầu kể một câu chuyện dựa theo những bức ảnh này, chuyện gì đã xảy ra trước đó, chuyện gì sẽ xảy ra tiếp theo. Phần lớn các câu chuyện bệnh nhân kể ra sẽ cho ta biết điều gì làm họ bận tâm.

Nina và tôi quyết định tạo ra một bộ thẻ trắc nghiệm đặc biệt dành cho trẻ em, gồm những bức ảnh cắt từ các cuốn tạp chí. Nghiên cứu đầu tiên của chúng tôi so sánh 12 em trong độ tuổi 6-11 đang là bệnh nhân của bệnh viện, với một nhóm trẻ em đến từ một trường học gần đó. Hai nhóm trẻ này càng giống nhau về độ tuổi, chủng tộc, trí tuệ và bối cảnh gia đình càng tốt. Điểm khác biệt đó là nhóm trẻ em bệnh nhân của chúng tôi chịu ảnh hưởng từ việc bị người thân lạm dụng: một bé trai toàn thân bầm tím vì bị mẹ đánh đập liên tục, một bé gái bị cha xâm hại tình dục năm 4 tuổi, hai bé trai thường xuyên bị trói vào ghế và đánh bằng roi và một bé gái lúc lên 5 tuổi đã thấy mẹ (một người hành nghề mại dâm) bị hãm hiếp, chặt xác, thiêu cháy rồi bị nhét vào cốp xe. Tay ma cổ của người mẹ này bị tình nghi đã lạm dụng tình dục bé gái ấy.

Nhóm trẻ em đối chứng cũng có hoàn cảnh nghèo khó và thường chứng kiến cảnh bạo lực ở khu mình sinh sống. Khi nghiên cứu này đang được thực hiện thì một cậu bé trong nhóm đã đổ xăng đốt bạn của mình. Một cậu bé khác bị dính vào một vụ nổ súng khi đang đến trường cùng bạn và bố. Em bị thương còn bạn em đã chết. Khi chứng kiến nhiều cảnh bạo lực như vậy, liệu phản ứng của các em với những tấm thẻ có khác gì so với những em đang là bệnh nhân của bệnh viện hay không?

Một trong những tấm thẻ của chúng tôi mô tả khung cảnh gia đình (hình bên dưới):

Hai đứa trẻ mỉm cười nhìn bố mình đang sửa xe. Trong khi những em trong nhóm đối chứng kể câu chuyện với những cái kết bình yên như chiếc xe sẽ được sửa xong, ông bố sẽ chở hai con đến tiệm McDonald's thì những em bị sang chấn lại kể những câu chuyện khủng khiếp. Một bé gái nói rằng bé gái cầm búa trong bức ảnh sắp lấy búa đập vỡ sọ cha mình. Một bé trai chín tuổi từng bị lạm dụng thể chất nặng nề kể chi tiết rằng bé trai trong ảnh sẽ đá cái giá đỡ để chiếc xe sập xuống, đè nát cơ thể người bố, máu me sẽ bắn đầy gara.



Trong lúc kể những câu chuyện này, các em thuộc nhóm bệnh nhân tỏ vẻ rất hăng hái và mất trật tự. Không mấy ngạc nhiên khi hầu hết các em đã được chẩn đoán mắc ADHD (rối loạn tăng động giảm chú ý - Attention-deficit hyperactivity disorder) và hầu hết các em đều đã dùng thuốc Ritalin dù dường như thuốc này không làm dịu được sự kích thích của các em trong tình huống này.

Những đứa trẻ bị lạm dụng có câu trả lời tương tự khi xem tấm ảnh của bóng một người phụ nữ mang thai in trên cửa sổ (hình bên dưới). Khi chúng tôi đưa bức ảnh này cho một em bé 7 tuổi từng bị lạm dụng tình dục vào năm 4 tuổi, cô bé trò chuyện về các bộ phận sinh dục của nam và nữ, rồi liên tục hỏi Nina những câu hỏi như: “Cô đã quan hệ với bao nhiêu người rồi?”. Giống như nhiều bé gái khác

tham gia nghiên cứu, vốn cũng từng bị lạm dụng tình dục, em kích động đến mức chúng tôi phải dừng lại.



Một bé gái 7 tuổi trong nhóm đối chứng đã cảm nhận được tâm trạng buồn của nhân vật bức ảnh. Em kể rằng đó là một góa phụ đang buồn bã nhìn ra ngoài cửa sổ, nhớ về chồng mình. Nhưng cuối cùng, người phụ nữ ấy đã tìm được một người đàn ông tốt để làm cha của đứa con mình.

Sau khi cho hai nhóm trẻ xem từng tấm thẻ một, chúng tôi nhận thấy các em chưa bị lạm dụng tuy có cảnh giác với rắc rối nhưng chúng vẫn tin tưởng vào một thế giới hiền hòa và có thể tưởng tượng ra cách để thoát khỏi những tình huống xấu. Chúng dường như cảm thấy an toàn và được bảo vệ trong vòng tay gia đình. Các em cũng cảm thấy ít nhất mình đang được cha hoặc mẹ yêu thương, và điều này dường như ảnh hưởng đáng kể đến sự nhiệt tình học tập và tham gia vào các hoạt động trường lớp của các em.

Các câu trả lời của các em thuộc nhóm bệnh nhân rất đáng báo động. Những bức ảnh trong trẻo, ngây thơ nhất vẫn khuấy động trong các em cảm xúc nguy hiểm, hiếu chiến, kích thích tình dục và khiếp sợ. Chúng tôi chọn những bức ảnh này để đưa cho các em xem đơn giản vì đây là những bức ảnh đời thường, chứ không phải đây là những bức ảnh hàm chứa ẩn ý mà chỉ người nhạy cảm mới có thể nhìn ra. Chúng ta chỉ có thể kết luận rằng đối với trẻ em bị lạm dụng, cả thế giới đầy rẫy những sự kích động. Chừng nào trẻ còn có thể tưởng tượng ra những tai họa nặng nề xuất phát từ những tình huống tương đối ôn hòa thì chừng đó, bất cứ ai đi vào phòng, bất kỳ người lạ, bất kỳ hình ảnh nào dù là trên màn hình hay trên tấm bảng quảng cáo đều có thể được các em xem là dấu hiệu của thảm họa. Nếu nhìn theo góc độ này, hành vi dị thường của những trẻ em nhóm bệnh nhân là hoàn toàn có lý”.

Tôi rất ngạc nhiên khi thấy các buổi thảo luận của nhân viên bệnh viện hiếm khi đề cập đến những trải nghiệm thực tế khủng khiếp của các em và tác động của các sang chấn đó lên cảm xúc, suy nghĩ và việc tự điều chỉnh bản thân của các em. Thay vào đó, hồ sơ y tế của các em ghi đầy những chẩn đoán như “rối loạn hành vi”, “rối loạn

thách thức chống đối”, hoặc “rối loạn lưỡng cực”. ADHD (“rối loạn tăng động giảm chú ý”) là một chẩn đoán “đồng bệnh” cho hầu hết mọi đứa trẻ. Liệu các chẩn đoán này có che mất những sang chấn bên trong các em?

Bây giờ chúng tôi phải đối mặt với hai thách thức lớn: Một là tìm hiểu xem có phải thế giới quan của trẻ giúp chúng có khả năng hồi phục, và từng đứa trẻ hình thành thế giới quan của mình như thế nào. Câu hỏi còn lại cũng quan trọng không kém: Liệu có thể giúp tâm trí và bộ não của những trẻ em từng bị bạo hành xây dựng lại bản đồ tâm trí của chúng, và hợp nhất lòng tin tưởng với sự tự tin hay không?

NGHIÊN CỨU VỀ NHỮNG ĐỨA TRẺ THIẾU MẸ

Nhà tâm thần học vĩ đại thế kỷ XX John Bowlby và một số nhà khoa học khác đã say mê nghiên cứu vai trò của mẹ đối với trẻ em. Trong và sau khi phục vụ Thế chiến thứ hai, John Bowlby quan sát thấy trẻ em thường đau khổ khi bị tách rời khỏi cha mẹ bất kể thời gian ngắn hay dài.

Vào cuối những năm 1940, Bowlby tuyên bố rằng những hành vi quấy phá của trẻ em chính là cách trẻ phản ứng khi bị bỏ mặc, bị đối xử tàn bạo, bị chia cắt với người thân, chứ không phải là sản phẩm của thế giới tưởng tượng của trẻ. Ông đã dành phần còn lại của cuộc đời để phát triển thuyết Gắn bó (Attachment theory).

CHA MẸ LÀ NƠI NƯỞNG TỰA VỮNG CHÃI CHO CON

Khi chào đời, ta gào khóc để thông báo sự hiện diện của mình. Sẽ có ai đó lập tức đến bên ta, tắm cho ta, quấn khăn giữ ấm cho ta, cho ta ăn no, và tuyệt nhất là ta được da kề da với mẹ. Chúng ta là những sinh vật có tính xã hội sâu sắc, ta tìm kiếm vị trí của mình

trong cộng đồng loài người. Tôi thích cách bác sĩ tâm thần nổi tiếng người Pháp Pierre Janet đã phát biểu: “Mỗi cuộc đời là một mảnh ghép nghệ thuật, được sắp đặt lại với nhau bằng mọi cách”.

Khi lớn lên, chúng ta dần dần học cách tự chăm sóc bản thân về thể chất lẫn cảm xúc. Chúng ta học bài học đầu tiên về việc tự chăm sóc bản thân từ chính cách chúng ta được người khác chăm sóc cho. Càng tương tác sớm và tương tác tốt với những người chăm sóc ta, ta càng nhanh nắm vững kỹ năng làm chủ bản thân. Có được những người cha người mẹ luôn yêu thương và truyền cho ta sức mạnh tức là ta đã có một nơi nương tựa vững chắc, giúp ta chống lại tất cả những điều tồi tệ nhất có thể xảy ra trong đời.

John Bowlby nhận ra rằng trẻ em rất thích những khuôn mặt và tiếng nói. Trẻ rất nhạy cảm với những biểu hiện trên khuôn mặt, tự thế, âm điệu của giọng nói, sự thay đổi về sinh lý, nhịp độ cử chỉ và hành động mới chớm. Ông xem những năng lực bẩm sinh này như một sản phẩm của tiến hóa, là điều thiết yếu đối với sự sinh tồn của những sinh linh bé nhỏ này.

Trẻ em cũng được lập trình để chọn một (hoặc cùng lắm là vài) người lớn để tạo dựng hệ thống giao tiếp tự nhiên của trẻ và tạo ra cầu nối gắn bó sơ khai của trẻ. Người lớn càng đáp ứng những nhu cầu của trẻ thì sự gắn bó giữa trẻ và người ấy càng sâu sắc hơn và trẻ càng phát triển những cách thức lành mạnh để đáp ứng với những người xung quanh tốt hơn.

Bowlby thường đến công viên Regent ở London (Anh) để quan sát cách trẻ em tương tác với mẹ. Trong khi các bà mẹ ngồi lặng lẽ đan len hay đọc sách báo trên băng ghế thì con họ sẽ đi lang thang

khám phá, đôi khi trẻ sẽ ngoái nhìn qua vai để biết rằng mẹ vẫn đang dõi nhìn theo mình.

Nhưng khi thấy một người hàng xóm tiến đến nói chuyện rôm rả với mẹ, trẻ sẽ chạy lại gần mẹ để đảm bảo rằng mẹ vẫn còn chú ý đến mình. Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ sẽ thấy lo lắng nếu chúng nghĩ mẹ không toàn tâm chú ý tới mình. Khi mẹ biến mất khỏi tầm mắt, bé có thể khóc nức nở, không ai có thể dỗ dành được. Nhưng ngay khi mẹ quay lại, trẻ sẽ nín khóc tiếp tục chơi.

Bowlby quan niệm rằng những mối quan hệ gắn bó chính là nền tảng vững chắc cho một đứa trẻ bước vào đời. Các nghiên cứu về sau khẳng định rằng có một điểm tựa an toàn có thể giúp người đang chìm trong đau khổ cảm thấy được cảm thông và tự phục hồi nhanh hơn. Nhờ xây dựng mối quan hệ gắn bó với những người khác mà trẻ em học được rằng người khác sẽ có những cảm xúc và suy nghĩ giống hoặc khác với mình. Nói cách khác, trẻ “đồng bộ” với môi trường và với những người xung quanh, phát triển sự tự nhận thức, sự cảm thông, kiểm soát cơn hưng phấn và sự tự lực để có thể trở thành một thành viên có ích cho xã hội rộng lớn. Đau đớn thay, các phẩm chất này hoàn toàn không có ở các trẻ bị sang chấn.

VỮ KHÚC ĐỒNG ĐIỀU

Trẻ em gắn bó với những người thường xuyên gần gũi, chăm sóc chúng. Nhưng bản chất của sự gắn bó này - an toàn hay không an toàn – đều tạo ra sự khác biệt rất lớn trong suốt cuộc đời một đứa trẻ.

Sự gắn bó an toàn nảy nở khi người chăm sóc trẻ có sự đồng điệu về cảm xúc. Sự đồng điệu bắt đầu ở mức độ thể lý tương đối tinh vi trong tương tác giữa trẻ sơ sinh và người chăm sóc, và nó cho

đưa bé cảm giác được thấu hiểu, được đáp ứng các nhu cầu. Nhà nghiên cứu thuyết gắn bó Colwyn Trevarthen nói rằng: “Bộ não điều khiển các cử chỉ nhịp nhàng của cơ thể và hướng dẫn chúng hành động trong sự đồng cảm với người khác. Trẻ sơ sinh nghe và học từ cuộc nói chuyện của mẹ, ngay cả trước khi chào đời”.

Trong chương 4, tôi đã mô tả khám phá về các tế bào thần kinh gương, các liên kết não mang lại cho chúng ta khả năng thấu cảm. Những tế bào thần kinh gương bắt đầu hoạt động ngay từ khi đứa bé chào đời. Khi nhà nghiên cứu Andrew Meltzoff thuộc Đại học Oregon chu môi hay lè lưỡi với những trẻ sơ sinh mới có 6 giờ tuổi, trẻ nhanh chóng bắt chước lại hành động của ông. (Trẻ sơ sinh chỉ có thể tập trung vào các vật thể cách mắt khoảng 20-30,5cm, vừa đủ để thấy người đang bằng chứng). Bắt chước là kỹ năng xã hội cơ bản nhất của con người. Nó đảm bảo chúng ta có thể tự động ghi nhận và phản ánh lại hành vi của cha mẹ, thầy cô và bạn bè của mình.

Hầu hết cha mẹ kết nối với con một cách tự phát nên hầu như họ không nhận thức được sự đồng điệu giữa mình và con diễn ra như thế nào. Tuy nhiên, nhờ một người bạn, nhà nghiên cứu Ed Tronick, tôi đã có cơ hội quan sát quá trình đó chặt chẽ hơn.

Qua tấm gương một chiều tại Phòng thí nghiệm Phát triển Con người của Harvard, tôi đã quan sát một người mẹ chơi đùa với đứa con trai 2 tháng tuổi. Bé ngồi trên ghế, đối diện với mẹ. Hai mẹ con lắc lư, đùa giỡn vui vẻ với nhau. Khi người mẹ nghiêng người để vuốt ve bé, trong sự phấn khích đứa bé túm tóc mẹ rồi giật mạnh. Người mẹ bị bất ngờ và kêu lên vì đau, hất tay bé ra trong khi gương mặt nhăn nhó vì giận. Em bé buông ra ngay lập tức, và hai mẹ con cách xa nhau ra. Đối với cả hai, nguồn vui đã trở thành nguồn gốc

của sự khó chịu. Bé sợ hãi lấy hai tay che mặt để tránh ánh nhìn giận dữ của người mẹ. Đổi lại, người mẹ nhận thấy con mình đang buồn bèn tập trung chú ý lại vào bé, bà mẹ tạo ra những âm thanh êm ái để làm dịu tình hình. Đứa bé vẫn lấy tay che mắt, nhưng rồi nhanh chóng khao khát được kết nối lại với mẹ. Bé bắt đầu hé nhìn qua bàn tay để chắc rằng mọi việc đều ổn, trong khi đó người mẹ âu yếm đưa tay về phía bé. Khi mẹ bắt đầu cù vào bụng bé, bé bỏ hai tay ra khỏi mặt, vui vẻ bật cười khanh khách. Sự hòa nhịp đã được thiết lập trở lại. Em bé và người mẹ lại một lần nữa đồng điệu với nhau. Toàn bộ quá trình vui vẻ, tan vỡ, sửa chữa và thiết lập niềm vui mới diễn ra trong vòng chưa đầy 12 giây!

Tronick và các nhà nghiên cứu khác đã cho thấy rằng khi trẻ sơ sinh và người chăm sóc đồng bộ về mặt cảm xúc thì hai người cũng sẽ đồng bộ về mặt thể chất. Khi một đứa trẻ đồng bộ với người chăm sóc của mình, cảm xúc vui vẻ và kết nối đều được phản ánh trong nhịp tim và hơi thở của bé cũng như mức hormone của stress thấp. Cơ thể bé bình tĩnh, và cảm xúc bé cũng vậy. Khi sự đồng bộ bị gián đoạn – điều vẫn thường xảy ra trong cuộc sống hằng ngày – thì những yếu tố sinh lý này cũng thay đổi. Có thể nói sự cân bằng được khôi phục khi cơ thể đã bình tĩnh trở lại.

Chúng ta xoa dịu những đứa bé mới sinh, nhưng các bậc cha mẹ thường sớm dạy con mình chấp nhận các nhận cảm từ bên trong cơ thể ở mức độ cao hơn, nhiệm vụ này thường được giao cho người cha (Tôi từng nghe nhà tâm lý học John Gottman nói rằng: “Bố đấy, mẹ xoa”). Học cách kiểm soát các nhận cảm khơi dậy từ bên trong cơ thể là kỹ năng sống quan trọng, và cha mẹ phải làm điều đó cho trẻ sơ sinh trước khi trẻ có thể tự làm được.

Khi bé bật khóc vì cảm giác bụng cồn cào, mẹ sẽ lập tức cho bé bú. Khi bé sợ hãi, ai đó sẽ ôm lấy bé và đong đưa bé cho đến lúc bé bình tĩnh lại. Nếu bé tè hay ỉ, ai đó sẽ đến rửa sạch và lau khô cho bé. Sự kết hợp của những cảm giác mãnh liệt về sự an toàn, thoải mái và sự kiểm soát chính là nền tảng của sự tự điều chỉnh, tự xoa dịu và tự nuôi dưỡng.

Gắn bó an toàn với ai đó kết hợp với năng lực tự trau dồi sẽ giúp ta xây dựng sự kiểm soát xung năng (internal locus of control) - yếu tố then chốt để đương đầu một cách lành mạnh với những sóng gió trong suốt cuộc đời”.

Trẻ em có sự gắn bó an toàn sẽ học được điều gì khiến chúng thấy ổn thỏa, điều gì khiến chúng và những người khác) cảm thấy tồi tệ: Hành động của mình có thể thay đổi cách mình cảm nhận và thay đổi cả cách người khác phản ứng. Trẻ biết được đâu là tình huống trẻ có thể kiểm soát, đâu là tình huống trẻ cần được giúp đỡ.

Trẻ cũng biết rằng chúng có thể đóng vai trò tích cực khi đối mặt với những tình huống khó khăn.

Ngược lại, trẻ em có tiền sử bị ngược đãi và bỏ mặc nhận ra dù chúng có sợ hãi, van xin, khóc lóc thì những người chăm sóc chúng cũng chẳng thêm đoái hoài. Chúng không thể làm gì nói gì để ngăn người đó đánh đập chúng, cũng không thể kêu gọi sự chú ý và giúp đỡ. Kết quả là chúng buộc phải đầu hàng khi đối mặt với những thách thức về sau trong cuộc đời.

NHỮNG ĐIỀU LÀ “THẬT”

Bác sĩ nhi khoa kiêm nhà phân tâm học Donald Winnicott là cha đẻ của các nghiên cứu hiện đại về sự đồng điệu. Ông bắt đầu bằng cách quan sát thoáng qua cách các bà mẹ giữ con. Ông cho rằng

những tương tác thể lý này là nền tảng cho trẻ hình thành những cảm nhận về bản thân và từ đó hình thành ý thức suốt đời về tính cách, về bản thân mình. Cách một người mẹ ôm đứa con của mình chính là Cơ sở cho “khả năng cảm nhận được rằng cơ thể chính là nơi nung nấu của tâm hồn”⁸. Cảm giác gắn bó giữa cơ thể mẹ và con chính là nền móng cho những gì chúng ta cho là “thật” trong cuộc đời này”.

Winnicott nghĩ rằng phần lớn các bà mẹ có thể đồng điệu với con mình mà không cần đến một tài năng phi thường nào, ông gọi đó là “một người mẹ đủ tốt”¹⁰. Nhưng mọi việc có thể trở nên tệ hại khi các bà mẹ không thể nắm bắt và thích ứng kịp thời với nhu cầu thực tế của bé. Nếu một người mẹ không thể đáp ứng được nhu cầu và kích thích của bé thì “bé sẽ học cách để trở thành người mà mẹ muốn bé trở thành”. Bé phải tiết chế những cảm giác bên trong và cố gắng điều chỉnh với đòi hỏi của người chăm sóc, tức là bé nhận thức rằng “có điều gì đó không ổn” khi bé làm theo ý mình. Những em bé không có được sự kết nối hài hòa về thể chất với người chăm sóc thường tắt các phản hồi trực tiếp từ chính cơ thể mình – vốn là nơi trú ngụ niềm vui, mục đích và định hướng sống.

Sau khi Bowlby và Winnicott trình bày ý tưởng này, nhiều nghiên cứu về sự gắn bó đã cho thấy phần lớn trẻ em gắn kết chặt chẽ với người chăm sóc mình. Khi lớn lên, dấu ấn của sự chăm sóc đáng tin cậy và dễ cảm nhận sẽ giúp trẻ bớt sợ hãi, lo lắng. Trẻ sẽ duy trì trạng thái an toàn về tình cảm trong suốt cuộc đời nếu không gặp phải những sự kiện quá sức chịu đựng trong cuộc sống - sang chấn – làm hỏng hệ thống tự điều chỉnh của trẻ.

Có sự gắn bó an toàn với người chăm sóc cũng định hình một khuôn mẫu cho các mối quan hệ của trẻ. Trẻ hiểu cảm xúc của người khác và học cách phân biệt giữa trò chơi và hiện thực, trẻ trở nên nhạy bén trước những tình huống giả tạo hoặc những con người nguy hiểm. Những trẻ có sự gắn bó an toàn thường biết cách chơi với bạn bè, biết cách thể hiện mình với những người cùng vai phải lứa. Trẻ học được cách hòa hợp với người khác, có xu hướng nhận thấy những thay đổi tinh tế trong giọng nói và trên khuôn mặt của người khác để từ đó điều chỉnh hành vi của mình cho phù hợp. Các em học cách sống trong một sự hiểu biết chung về thế giới và có thể trở thành những thành viên có giá trị của cộng đồng.

Tuy nhiên, vòng xoắn đi lên này có thể bị đảo ngược khi trẻ bị lạm dụng hoặc bị bỏ bê. Trẻ em từng bị lạm dụng thường rất nhạy cảm với những thay đổi trong giọng nói và trên khuôn mặt của người khác, nhưng trẻ thường phản ứng như thể đây là những mối đe dọa chứ không phải là tín hiệu để trẻ điều chỉnh bản thân cho đồng điệu với người đó.

Tiến sĩ Seth Pollak của Đại học Wisconsin đã giới thiệu một loạt hình ảnh là các biểu cảm gương mặt của cùng một người phụ nữ cho một nhóm trẻ 8 tuổi bình thường và một nhóm trẻ 8 tuổi từng bị lạm dụng. Sau đó, ông so sánh phản ứng của hai nhóm trẻ này. Khi xem chòm hình biểu hiện gương mặt từ trạng thái giận dữ đến buồn bã, những trẻ từng bị lạm dụng đã tỏ ra cảnh giác cao độ trước những biểu hiện giận dữ dù là nhỏ nhất.



BẢN QUYỀN THUỘC © 2000, AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (HIỆP HỘI TÂM LÝ HOA KỲ)

Đây là một trong những lý do khiến trẻ em bị lạm dụng dễ dàng trở nên phòng thủ hay sợ hãi. Hãy thử tưởng tượng bạn cảm thấy như thế nào khi đi ngang qua hành lang trường học, nơi này đang có một hàng người với những gương mặt mang nhiều sắc thái khác nhau, bạn cố gắng tìm xem ai là người có thể tấn công bạn.

Những đứa trẻ có phản ứng thái quá khi bị bạn bè gây gổ, hoặc những đứa trẻ không hiểu được nhu cầu của bạn bè mình, thường bị bạn bè cách ly hoặc không cho chơi chung. Dần dà, chúng có thể học cách che giấu nỗi sợ bằng cách kháng cự mạnh mẽ hoặc các em càng lúc càng dành nhiều thời gian ở một mình, xem tivi hoặc chơi trò chơi điện tử. Điều này càng khiến các em giao tiếp kém hơn và càng khó làm chủ cảm xúc của mình hơn.

Nhu cầu gắn bó không bao giờ giảm đi. Hầu hết chúng ta không thể chịu đựng được việc bị tách ra khỏi người khác trong một khoảng thời gian. Những người không thể kết nối thông qua công việc, tình bạn hay gia đình thường tìm những cách liên kết khác như thông qua việc chữa trị bệnh tật, các vụ kiện tụng hoặc các mối thù trong gia đình. Kết nối kiểu gì thì cũng tốt hơn là cảm giác khốn khổ khi phải làm kẻ thừa thãi hoặc kẻ bị xa lánh.

Vài năm trước, vào đêm Giáng sinh, tôi được gọi đến để kiểm tra một cậu bé tên Jack (14 tuổi) tại nhà tù hạt Suffolk. Jack bị bắt vì đột

nhập vào nhà hàng xóm khi họ đang đi nghỉ. Chuông báo trộm đã hú lên khi cảnh sát tìm thấy em trong phòng khách.

Câu hỏi đầu tiên tôi hỏi Jack là em mong ai sẽ đến nhà tù thăm em vào dịp Giáng sinh, Jack nói: “Chẳng ai cả, vì chẳng ai quan tâm cháu cả”. Hóa ra cậu bé từng nhiều lần bị cảnh sát bắt quả tang đột nhập vào nhà người khác đến mức quen mặt. Em vui vẻ, hạnh phúc kể rằng khi những người cảnh sát nhìn thấy em đang đứng giữa phòng khách của căn nhà nào đó, họ kêu lên: “Ôi trời, lại là Jack! Cái thằng ôn con này!”. Ôi, có người nhận ra em! Có người biết tên em! Một lúc sau, Jack thú nhận: “Chú biết không, đó chính là điều khiến cháu cảm thấy chuyện cháu đột nhập nhà người khác là đáng làm!”. Trẻ em sẽ làm bất cứ điều gì để được người khác quan tâm và gắn kết.

CHUNG SỐNG VỚI CHA MẸ

Trẻ em có một bản năng sinh học muốn gắn bó – chúng không có lựa chọn nào khác. Dù cha mẹ yêu thương, gần gũi hay ghét bỏ, xa cách, lạm dụng trẻ thì trẻ vẫn phát triển một cách đối phó nào đó để những nhu cầu của trẻ được đáp ứng ở mức tối thiểu.

Hai nhà khoa học người Mỹ là Mary Ainsworth và Mary Main cùng các đồng nghiệp đã dành hàng ngàn giờ quan sát các cặp mẹ con trong nhiều năm. Dựa trên những nghiên cứu này, Ainsworth đã tạo ra một công cụ nghiên cứu gọi là Tình huống xa lạ (Strange Situation) để xem trẻ phản ứng như thế nào khi bị tạm thời tách rời khỏi mẹ. Cũng giống như Bowlby đã quan sát được, những trẻ sơ sinh gắn bó chặt chẽ với mẹ thường rất buồn bã khi bị tách rời khỏi mẹ, khi mẹ quay lại, trẻ tỏ ra vui sướng, và sau khi kiểm tra nhanh để

chắc chắn rằng mẹ không bỏ mình đi nữa, trẻ mới an tâm trở lại và tiếp tục vui chơi.

Nhưng đối với những bé sơ sinh không được gắn bó chặt chẽ với mẹ, bị mẹ bỏ mặc, không nhận được sự quan tâm yêu thương từ người chăm sóc, thì trẻ có những phản ứng phức tạp hơn. Các nhà nghiên cứu nhận thấy có hai kiểu phản ứng: một số bé có vẻ rất khó chịu và đòi hỏi nhiều ở người mẹ, một số bé tỏ ra thụ động và xa lánh mẹ hơn. Cả hai kiểu biểu hiện này cho thấy mối liên hệ với người mẹ không thể khiến trẻ bình tĩnh lại để có thể yên tâm vui chơi.

Có một kiểu phản ứng gọi là “gắn bó tránh né” (avoidant attachment) nghĩa là dường như chẳng có vấn đề gì có thể làm bé khó chịu – bé không khóc khi mẹ bỏ đi, bé phớt lờ mẹ khi mẹ quay trở lại. Tuy nhiên, điều này không có nghĩa là bé không bị ảnh hưởng bởi việc mẹ rời đi. Thực tế cho thấy nhịp tim bé tăng cao, tức là bé liên tục bị kích thích quá mức. Các đồng nghiệp của tôi và tôi gọi mô hình này là “xử lý nhưng không cảm thấy”. Đa số những người mẹ của các em bé tránh né này thường không thích chạm vào con của mình. Những phụ nữ này thấy rất khó khăn khi âu yếm và giữ con. Họ không dùng những biểu hiện trên khuôn mặt và tiếng nói của mình để vui đùa với con.

Một kiểu mẫu khác, gọi là gắn bó “lo lắng” hoặc “nước đôi”, trẻ sơ sinh liên tục thu hút sự chú ý của mẹ bằng cách khóc lóc, la hét, hoặc đeo bám: Chúng đang “cảm thấy nhưng không xử lý”¹³. Chúng dường như đã hiểu rằng nếu mình không gây rối thì sẽ không ai chú ý đến mình. Chúng trở nên cực kỳ khó chịu khi không biết mẹ mình đang ở đâu, nhưng chỉ cảm thấy an ủi được một chút khi mẹ trở về. Và dù chúng tỏ ra không thích sự hiện diện của mẹ, chúng vẫn ngấm

ngầm hay giận dữ chú ý đến mẹ, trong khi những đứa trẻ bình thường khác ở trong tình huống này sẽ tập trung vui chơi 14.

Những nhà nghiên cứu về sự gắn bó tin rằng ba kiểu gắn bó (an toàn, tránh né, lo lắng) này gợi ra cách quan tâm tốt nhất mà một người chăm sóc có thể dành cho bé. Nên trẻ sơ sinh có được một hình thức chăm sóc nhất quán - ngay cả khi nó được đánh dấu bằng khoảng cách cảm xúc hoặc không nhạy cảm – thì trẻ có thể thích ứng để duy trì mối quan hệ. Điều đó không có nghĩa là không có vấn đề gì: Những hình thức gắn bó thường kéo dài đến tuổi trưởng thành. Một đứa trẻ thường xuyên lo lắng sau này sẽ trở thành một người lớn đầy lo lắng. Một đứa trẻ thường tránh né sau này sẽ trở thành một người lớn không thể kết nối với chính cảm xúc của mình và của người khác. (Giống như, “Phạt đòn roi thì chẳng có gì sai. Tôi bị phạt đòn và điều đó làm nên thành công của tôi ngày hôm nay.”) Tại trường học, trẻ em tránh né có thể bắt nạt những đứa trẻ khác, trong khi những đứa trẻ hay lo lắng lại là nạn nhân bị bắt nạt 15. Tuy nhiên, sự phát triển không tuyến tính và nhiều trải nghiệm sống có thể thay đổi những kết quả này.

Nhưng có một nhóm khác thích nghi kém ổn định hơn, một nhóm chiếm phần lớn trong số các trẻ em chúng tôi điều trị và một tỷ lệ đáng kể ở những người lớn tại các phòng khám tâm thần. Cách đây 20 năm, Mary Main và các đồng nghiệp tại Berkeley bắt đầu nhận diện một nhóm trẻ (khoảng 15% những trẻ em mà họ đã nghiên cứu) dường như không thể hiểu được làm thế nào để giao tiếp với người chăm sóc của chúng. Vấn đề quan trọng hóa ra nằm chỗ chính những người chăm sóc lại là nguồn gốc gây ra nỗi đau khổ hoặc nỗi khiếp sợ cho các em 16.

Trẻ em trong tình huống này không thể dựa vào ai, và chúng phải đối mặt với tình trạng tiến thoái lưỡng nan không thể giải quyết được: Mẹ của chúng vừa là nguồn sống của trẻ, vừa là người khiến trẻ khiếp sợ!”. Chúng “vừa không thể tiếp cận (chiến lược an toàn và nước đối), thay đổi sự chú ý của chúng (chiến lược né tránh), hay chạy trốn khỏi mẹ” 18.

Nếu bạn quan sát những đứa trẻ đó trong trường mẫu giáo hoặc trong phòng nghiên cứu sự gắn bó, bạn sẽ thấy trẻ nhìn về phía bố mẹ khi họ bước vào phòng rồi ngay lập tức quay mặt đi chỗ khác. Không thể chọn giữa việc gần gũi hay tránh né cha mẹ, nên trẻ chỉ biết ngồi đơng đũa, hai tay ôm lấy đầu gối, trông như thể đang rơi vào trạng thái hôn mê, hai tay như đông cứng lại, hoặc trẻ sẽ đứng lên chào bố mẹ rồi lại ngồi thụp ngay xuống.

Trẻ không biết ai là người an toàn với trẻ, trẻ cũng không biết mình thuộc về ai, thế nên trẻ có thể hoặc là có tình cảm sâu sắc với người lạ hoặc sẽ chẳng tin tưởng một ai. Main gọi thể loại này là “gắn bó hỗn độn” (disorganized attachment), tức là “sợ hãi mà không thể giải quyết nỗi sợ của mình” 19.

HỖN ĐỘN TỪ BÊN TRONG

Các bậc cha mẹ có tính chu đáo thường trở nên hoảng sợ khi họ khám phá ra nghiên cứu gắn bó, lo rằng việc thường xuyên thiếu kiên nhẫn hoặc những sai sót bình thường của họ có thể làm tổn hại vĩnh viễn con cái. Trong cuộc sống, ta khó tránh khỏi những hiểu lầm, những phản hồi không tốt, những thất bại trong giao tiếp. Bởi vì cha mẹ bỏ qua những tín hiệu hoặc chỉ đơn giản là bận tâm với những vấn đề khác, trẻ sơ sinh thường bị bỏ lại để tự tìm ra cách giúp chính mình bình tĩnh trở lại. Nếu không vượt quá giới hạn thì

đây không phải là vấn đề gì. Trẻ em cần học cách giải quyết nỗi thất vọng và sự chán nản của chính mình. Với người chăm sóc “đủ tốt”, trẻ em biết rằng các kết nối bị hỏng có thể được sửa chữa. Vấn đề quan trọng là liệu trẻ có thể kết hợp cảm giác an toàn bên trong với cha mẹ hoặc người chăm sóc hay không.

Trong một nghiên cứu về mô hình gắn bó trên hơn hai nghìn trẻ sơ sinh trong môi trường trung lưu “bình thường”, 62% đã được phát hiện là an toàn, 15% tránh né, 9% lo lắng (còn gọi là tình trạng nước đôi) và 15% bị rối loạn”. Điều thú vị là, nghiên cứu lớn này cho thấy giới tính và khí chất cơ bản của trẻ ít có ảnh hưởng đến kiểu gắn bó, ví dụ, trẻ em có tính khí “khó khăn” cũng không có xu hướng phát triển kiểu gắn bó rối loạn. Trẻ em từ các nhóm kinh tế xã hội thấp hơn thì có nhiều khả năng bị rối loạn hơn và có những bậc phụ huynh thường bị căng thẳng nghiêm trọng do sự bất ổn về kinh tế và gia đình.

Những trẻ em mà thuở sơ sinh không cảm thấy an toàn sẽ gặp khó khăn trong việc điều chỉnh tâm trạng và phản ứng cảm xúc khi chúng lớn lên. Đến tuổi đi học trường mẫu giáo, nhiều trẻ bị rối loạn sẽ bộc lộ tính gây hấn hoặc bần thần và xa lánh, và chúng tiếp tục phát triển một loạt các vấn đề tâm thần”. Chúng cũng biểu hiện stress sinh lý, thể hiện trong nhịp tim, biến thiên nhịp tim*, phản ứng hormone của stress, và các yếu tố miễn dịch thấp. Liệu loại rối loạn sinh lý logic này có tự động được khôi phục trở lại bình thường khi trẻ trưởng thành hay được chuyển đến một môi trường an toàn hay không? Cho đến nay chúng ta biết là không.

Việc bị bố mẹ lạm dụng không phải là lý do duy nhất gây ra gắn bó rối loạn ở trẻ: Các bậc phụ huynh bị bận tâm về sang chấn của

mình, như bị lạm dụng trong gia đình hoặc hăm hiếp hay cái chết gần đây của cha mẹ hoặc anh chị em ruột, cũng có thể căng thẳng quá mức về cảm xúc và không phù hợp để mang lại sự thoải mái và an toàn cho trẻ 26.27. Mặc dù tất cả các phụ huynh đều cần được giúp đỡ để nuôi nấng an toàn những đứa con của mình, các bậc cha mẹ bị sang chấn càng đặc biệt cần được giúp đỡ để hòa hợp được với nhu cầu của con cái họ.

Người chăm sóc thường không nhận ra rằng họ đang mất sự đồng điệu với trẻ. Tôi nhớ rất rõ một cuộn băng ghi hình mà Beatrice Beebe từng cho tôi xem²⁸. Trong đó có cảnh một người mẹ trẻ đang chơi đùa cùng đứa con trai ba tháng tuổi của mình. Mọi chuyện đang rất suôn sẻ cho đến khi đứa bé thu tay về và quay đầu đi, ra hiệu rằng bé cần nghỉ ngơi. Nhưng người mẹ đã không nhận ra tín hiệu này và có tăng cường nỗ lực tiếp cận bé bằng cách đưa mặt gần hơn về phía bé và tăng âm lượng giọng nói của mình. Khi bé càng co mình lại, cô càng sấn lại gần và chọc vào người bé. Cuối cùng, bé hét lớn, lúc này người mẹ đặt bé xuống và bỏ đi, vẻ buồn bã. Hẳn là cô ấy cảm thấy buồn lắm, nhưng chỉ vì cô ấy đã lỡ bỏ qua những tín hiệu liên quan. Thật dễ dàng để tưởng tượng việc thiếu đồng điệu này nếu lặp đi lặp lại nhiều lần, lâu dần có thể dẫn đến sự mất kết nối kinh niên. (Bất cứ ai nuôi một em bé biếng ăn hoặc hiếu động đều biết họ dễ bị stress đến mức nào và không có gì có thể khiến họ thấy khác đi.) Việc không thể khiến trẻ bình tĩnh lại và xây dựng một mối tương tác mặt đối mặt dễ chịu trong một thời gian dài có thể khiến người mẹ có xu hướng xem bé là một đứa trẻ khó tính, là nguyên nhân khiến cô cảm thấy mình thất bại, và không còn muốn dỗ dành bé nữa.

Trong thực tế, rất khó để phân biệt được các vấn đề phát sinh từ sự gắn bó rối loạn với những vấn đề phát sinh do sang chấn: Chúng thường trùng lắp nhau. Đồng nghiệp của tôi, Rachel Yehuda, đã nghiên cứu tỷ lệ PTSD ở những người trưởng thành sống ở New York khi họ bị tấn công hoặc hãm hiếp. Trong số họ, những người có mẹ là nạn nhân sống sót sau thảm họa diệt chủng bị mắc PTSD thì sau khi trải qua sang chấn, tỷ lệ phát triển vấn đề tâm lý nghiêm trọng ở họ sẽ cao hơn. Giải thích hợp lý nhất là quá trình được nuôi dạy đã khiến sinh lý họ dễ bị tổn thương, khiến họ khó lấy lại cân bằng sau khi bị lạm dụng. Yehuda đã phát hiện ra một điểm yếu tương tự ở trẻ em là con của những phụ nữ đang mang thai khi xảy ra sự kiện Trung tâm Thương mại Thế giới bị tấn công vào năm 2001³⁰.

Tương tự, phản ứng của trẻ em với các sự kiện đau đớn phần lớn được xác định qua việc cha mẹ các em thường bình tĩnh hay căng thẳng như thế nào. Học trò cũ của tôi, Glenn Saxe, hiện là trưởng khoa Tâm thần học trẻ em và thanh thiếu niên tại Đại học New York, cho thấy khi trẻ được nhập viện để điều trị bong nặng, sự phát triển của PTSD có thể tiên đoán được qua cách chúng cảm thấy an toàn thế nào khi có mẹ ở bên cạnh. Sự gắn bó của các em với mẹ cũng có thể giúp dự đoán lượng morphine cần thiết để giảm đau - trẻ gắn bó với mẹ càng chặt chẽ, trẻ càng cần ít thuốc giảm đau.

Một đồng nghiệp khác, Claude Chemtob, người chỉ đạo Chương trình Nghiên cứu Sang chấn Gia đình tại Trung tâm y tế NYU Langone, đã nghiên cứu 112 trẻ em ở thành phố New York, những người trực tiếp chứng kiến vụ tấn công khủng bố vào ngày 11 tháng 9³². Những em có mẹ bị chẩn đoán PTSD hoặc trầm cảm có nguy cơ có những vấn đề về cảm xúc cao gấp sáu lần và có khả năng hung

hăng cao gấp mười một lần khi phản ứng với những trải nghiệm của mình. Trẻ em có bố bị PTSD cũng có những vấn đề về hành vi, nhưng Chemtob phát hiện ra sự ảnh hưởng này có tính gián tiếp và đã lây truyền qua mẹ. (Sống chung với một người chồng hốc hác, e dè, hoặc sợ hãi có thể áp đặt gánh nặng tâm lý lớn cho người VỢ, kể cả trầm cảm).

Nếu bạn không có cảm giác an toàn bên trong, bạn rất khó phân biệt giữa an toàn và nguy hiểm. Nếu bạn cảm thấy bị tê liệt kinh niên, những tình huống nguy hiểm rình rập có thể khiến bạn cảm thấy như mình còn sống. Nếu bạn kết luận rằng mình hẳn là một người xấu xa (nếu không thì tại sao bố mẹ bạn lại đối xử với bạn như vậy?) thì bạn bắt đầu kỳ vọng rằng người khác cũng sẽ đối xử với bạn kinh khủng như thế, bạn nghĩ mình đáng phải bị như vậy, và dù gì thì bạn có làm gì khác hơn được đâu. Khi những người bị rối loạn có những nhận thức như thế này, họ sẽ bị sang chấn khi gặp những trải nghiệm tiếp theo 33.

ẢNH HƯỞNG LÂU DÀI CỦA GẮN BÓ HỖN ĐỘN

Vào đầu những năm 1980, đồng nghiệp của tôi Karlen Lyons Ruth, một nhà nghiên cứu của Harvard, đã bắt đầu quay bằng lại các cuộc đối thoại mặt đối mặt giữa mẹ và trẻ sơ sinh vào sáu tháng, mười hai tháng và mười tám tháng tuổi. Cô đã ghi lại một lần nữa khi bọn trẻ được 5 tuổi và một lần nữa khi chúng 7 hoặc 8 tuổi. Tất cả đều thuộc các gia đình có nguy cơ cao: 100% thuộc diện đói nghèo của bang và gần một nửa trong số đó là mẹ đơn thân.

Gắn bó hỗn độn biểu hiện qua hai cách: Một nhóm các bà mẹ dường như quá bận tâm với những vấn đề riêng của mình khi chăm sóc đứa con. Họ thường có tính hay kiểm soát và chống đối, họ

chuyển từ việc từ chối đáp ứng cho trẻ sang thái độ mong chờ trẻ phản ứng lại với những nhu cầu của họ. Một nhóm các bà mẹ khác tỏ ra bất lực và sợ hãi. Ngoài mặt, họ thường tỏ ra ngọt ngào hay nhẹ nhàng, nhưng họ không biết cách để trưởng thành trong mối quan hệ và thường có xu hướng muốn con cái an ủi mình. Họ không chào đón con cái mình sau khi đi vắng một khoảng thời gian dài, không ẵm bé lên khi bé buồn. Các bà mẹ dường như không làm những điều này một cách cố ý – họ chỉ đơn giản là không biết làm thế nào để được hòa hợp với con cái của họ và phản ứng trước những tín hiệu của con, và do đó, không an ủi và trấn an con. Các bà mẹ hay xâm phạm/chống đối thường có tiền sử bị lạm dụng thể chất và/ hoặc chứng kiến bạo lực gia đình, trong khi bà mẹ bị tách biệt/phụ thuộc có nhiều khả năng từng bị lạm dụng tình dục hoặc mất cha mẹ (nhưng không bị lạm dụng thể chất) 35.

Tôi luôn tự hỏi làm thế nào mà các bậc cha mẹ có thể ngược đãi con của họ. Dù sao, nuôi dưỡng con khỏe mạnh là mục đích và ý nghĩa cốt lõi trong ý thức con người chúng ta. Điều gì có thể khiến cha mẹ phải cố tình gây tổn thương hoặc bỏ bê con cái? Nghiên cứu của Karlen đã cung cấp cho tôi một câu trả lời: Xem những đoạn băng ghi hình, tôi có thể thấy các em bé ngày càng trở nên khó dễ dàng, buồn bã, hay kháng cự lại những người mẹ mất đồng điệu của mình. Song song đó, các bà mẹ ngày càng trở nên thất vọng, bỏ cuộc và bất lực trong tương tác của họ. Một khi người mẹ không xem đứa bé là một đối tác của một mối quan hệ đồng điệu, mà người mẹ lại xem con mình là một người lạ mặt khó chịu, cau có, không có liên kết, thì việc họ ngược đãi con cái là hệ quả theo sau.

Khoảng 18 năm sau, khi những đứa trẻ này được chừng 20 tuổi, Lyons-Ruth đã làm cuộc nghiên cứu tiếp theo để xem cách họ đang ứng phó với cuộc sống như thế nào. Những trẻ sơ sinh 18 tháng tuổi, có mô hình giao tiếp cảm xúc với mẹ bị rối loạn nghiêm trọng thì khi lớn lên, chúng trở thành những thanh niên có ý thức không ổn định về bản thân, có những hành vi bốc đồng tự gây tổn hại cho bản thân (bao gồm chi tiêu quá mức, lạm dụng tình dục, lạm dụng chất gây nghiện, lái xe thiếu thận trọng và ăn uống vô độ), tức giận dữ dội và không đúng lúc đồng thời có xu hướng tái lập hành vi tự tử.

Karlen và đồng nghiệp dự đoán rằng những hành vi kiểm soát/chống đối của người mẹ là yếu tố dự báo mạnh nhất cho sự mất ổn định tinh thần ở trẻ khi lớn lên, nhưng họ đã phát hiện ra điều ngược lại. Thu rút cảm xúc (emotional withdrawal) có tác động sâu sắc nhất và lâu dài nhất. Sự xa cách về cảm xúc và đảo ngược vai trò (trong đó, các bà mẹ mong con cái chăm sóc ngược lại mình) đặc biệt liên quan đến hành vi hung dữ, chống lại bản thân và người khác ở những người trẻ tuổi.

PHÂN LY: BIẾT VÀ KHÔNG BIẾT

Lyons-Ruth đặc biệt quan tâm đến hiện tượng phân ly, biểu hiện trong cảm giác lạc lõng, quá tải, buông thả, bị ngắt kết nối với thế giới, và nhìn nhận bản thân mình không được yêu thương, trống rỗng, bất lực, mắc kẹt và cảm giác nặng nề. Cô đã tìm thấy mối quan hệ “nổi bật và bất ngờ” giữa việc bị tách rời khỏi cha mẹ cộng với tình trạng mất sự đồng điệu trong hai năm đầu đời với các triệu chứng phân ly ở tuổi trưởng thành sớm. Lyons-Ruth kết luận rằng trẻ sơ sinh không được mẹ thực sự quan tâm và thấu hiểu có nguy cơ cao

phát triển thành thanh thiếu niên không có khả năng quan tâm và thấu hiểu 36.

Những trẻ em sống trong các mối quan hệ an toàn học được cách giao tiếp không chỉ về nỗi buồn rầu và khó chịu, mà còn về những bản ngã đang thành hình – sở thích, mong muốn, mục tiêu. Một phản ứng cảm thông sẽ là đệm đỡ cho đứa bé (và người lớn) chống đỡ được trước những kích thích sợ hãi tột độ. Nhưng nếu người chăm sóc của bạn bỏ qua nhu cầu của bạn, hoặc bực bội trước sự tồn tại của bạn, thì bạn học cách dự đoán sự từ chối và tự khép mình. Bạn cũng có thể đương đầu bằng cách ngăn chặn sự chống đối hoặc bỏ bê của mẹ và hành động như thể nó không thành vấn đề, nhưng cơ thể bạn vẫn ở trạng thái báo động cao, chuẩn bị để tránh những cú đánh, bỏ cuộc, hoặc bị bỏ rơi. Sự phân ly có nghĩa là đồng thời biết và không biết 37.

Bowlby viết: “Những gì ta không thể nói được với người khác [mẹ thì ta cũng không thể nói được với chính bản thân mình]”³⁸. Nếu bạn không thể chịu được những gì bạn biết hoặc không thể cảm nhận được những gì bạn cảm thấy, thì lựa chọn duy nhất là từ chối và phân ly. Có lẽ tác động lâu dài tàn phá nhất của việc ngưng hoạt động này là không thực sự cảm thấy được phần bên trong mình, một tình trạng chúng tôi thấy ở các trẻ tại Phòng khám Nhi cũng như ở các trẻ và người lớn đang chữa trị ở Trung tâm Điều trị Sang Chấn. Khi bạn thực sự không cảm nhận được cái gì cả, điều này cũng khiến bạn không thể tự bảo vệ chính mình khỏi nguy hiểm. Hoặc bạn có thể dùng những biện pháp cực đoan để khiến bản thân cảm nhận được cái gì đó – thậm chí là dùng dao lam cắt vào tay hay ẩu đả với người lạ.

Nghiên cứu của Karlen cho thấy sự phân ly khởi phát từ rất sớm: Những lạm dụng hoặc các sang chấn sau này không phải nguyên nhân gây ra các triệu chứng phân ly ở người trưởng thành trẻ tuổi+0. Lạm dụng và sang chấn đã gây ra nhiều vấn đề khác, nhưng không phải là tình trạng phân ly hoặc tự làm hại chính bản thân. Vấn đề quan trọng là những bệnh nhân này không biết làm thế nào để cảm thấy an toàn. Thiếu sự an toàn trong mối quan hệ với người chăm sóc vào thuở ban đầu đã dẫn đến một cảm giác bất lực về nhận thức thực tế bên trong, bám víu quá mức, và hành vi tự hủy hoại. Nghèo đói, cha mẹ đơn thân, hoặc các triệu chứng về tâm thần không dự đoán được cho những triệu chứng này.

Điều này không ngụ ý rằng nạn lạm dụng trẻ em là vô can^ol, nhưng chính chất lượng của sự chăm sóc vào thuở ban đầu là vô cùng quan trọng trong việc ngăn ngừa các vấn đề sức khỏe tinh thần, nó độc lập với việc bị sang chấn 42. Vì lý do này, việc điều trị không chỉ phải giải quyết những dấu ấn của các sự kiện sang chấn cụ thể, mà còn phải giải quyết tình trạng phân ly và mất khả năng tự điều chỉnh, những hậu quả của việc không được phản ánh, hòa hợp, không được chăm sóc và có tình cảm nhất quán.

KHÔI PHỤC SỰ ĐỒNG ĐIỀU

Các mô hình gắn bó sớm giúp hình thành các bản đồ tâm hồn (inner map) để biểu thị các mối quan hệ của chúng ta trong suốt cuộc đời, không chỉ về những gì chúng ta mong đợi từ người khác mà còn về mức độ thoải mái và niềm vui mà chúng ta có thể trải nghiệm được khi có họ. Tôi nghĩ rằng nhà thơ E. E. Cummings không thể viết nên những dòng “tôi thích cơ thể mình khi nó chạm vào thân xác em... những thớ cơ dẻo dai và mạch thần kinh linh hoạt” nếu những

trải nghiệm đầu đời của ông là những gương mặt lạnh lùng và ánh nhìn dữ tợn 3. Bản đồ mối quan hệ của chúng ta có tính ngầm ẩn, khắc sâu vào não cảm xúc và không dễ dàng đảo ngược chỉ nhờ vào hiểu biết của chúng ta về cách thức nó được tạo ra. Bạn có thể biết rằng nỗi sợ hãi quan hệ tình dục của bạn có liên quan đến chứng trầm cảm hậu sản của mẹ mình hoặc chính bản thân bà bị lạm dụng tình dục khi còn nhỏ, nhưng chỉ nhận thức đó thì không đủ để làm bạn hạnh phúc hay tin tưởng vào người khác.

Tuy nhiên, việc nhận biết như thế có thể giúp bạn bắt đầu khám phá những cách khác để kết nối các mối quan hệ – vì lợi ích của riêng bạn và để không truyền lại sự gắn bó không chặt chẽ giữa bạn với con của mình. Trong phần V, tôi sẽ thảo luận về một số cách tiếp cận để hàn gắn các hệ thống đồng điệu bị hư hỏng thông qua việc huấn luyện về nhịp điệu và tính tương hỗ. Đồng bộ với chính bản thân và với người khác đòi hỏi phải hợp nhất các giác quan cơ thể – thị giác, thính giác, xúc giác và cân bằng. Nếu con người không trải nghiệm được điều này ở thời thơ ấu và trẻ thơ thì họ có nhiều nguy cơ gặp vấn đề trong việc hợp nhất cảm giác sau này (những vấn đề mà sang chấn và bỏ bê không phải là nguyên nhân duy nhất gây ra chúng).

Đồng bộ có nghĩa là cộng hưởng thông qua các âm thanh và cử chỉ kết nối được tìm thấy trong nhịp điệu cảm giác hằng ngày như nấu nướng, tắm rửa, đi ngủ và thức dậy. Đồng bộ có thể là cùng nhau làm những bộ dạng hài hước, thể hiện sự hào hứng hay bất đồng ý kiến đúng thời điểm, ném banh qua lại, hay cùng ca hát. Tại Trung tâm Điều trị Sang chấn, chúng tôi đã phát triển các chương trình để huấn luyện cha mẹ về kết nối và đồng điệu, và bệnh nhân

của tôi đã cho tôi biết nhiều cách khác nhau để làm đồng điệu được bản thân mình, từ hát hợp xướng và nhảy múa tới lập những đội bóng rổ, ban nhạc jazz và các nhóm nhạc thính phòng. Tất cả những điều này thúc đẩy một cảm giác đồng điệu và niềm vui cộng đồng.

Chương 8

MẮC KẸT TRONG NHỮNG MỐI QUAN HỆ: CÁI GIÁ CỦA SỰ NGƯỢC ĐÃI VÀ BỎ RỜI

“Hành trình biển đêm” là cuộc hành trình tìm lại những phần của bản thân đã bị chia cách, chối bỏ và lưu đày đến các thế giới ngầm trong ý thức... để được đoàn tụ với chính mình. Sự trở về thế này có thể đau đớn, thậm chí tàn bạo. Để làm được, đầu tiên chúng ta phải chấp thuận là sẽ không đày ải bất cứ điều gì nữa.

Stephen Cope

Marilyn khoảng 35 tuổi, cao ráo, dáng người thể thao, làm y phòng mổ tại thị trấn lân cận. Cô kể với tôi rằng cách đó mấy tháng, cô bắt đầu chơi quần vợt tại câu lạc bộ thể thao với một lính cứu hỏa Boston tên là Michael. Cô thường né tránh đàn ông nhưng với anh Michael thì cô cảm thấy khá thoải mái. Một hôm Michael mời cô đi ăn pizza, cô đã đồng ý. Vừa ăn, họ vừa vui vẻ trò chuyện về những chủ đề không quá riêng tư như quần vợt, điện ảnh, những đứa cháu của mình,... Michael rõ ràng rất thích bầu bạn với cô, nhưng cô tự nhủ rằng anh ấy không biết gì nhiều về mình cả.

Một tối thứ Bảy, sau khi chơi quần vợt và cùng ăn pizza, cô mời anh ở lại nhà mình. Cô mô tả rằng mình cảm thấy “căng thẳng và mơ hồ” ngay khi họ ở một mình với nhau. Cô nhớ mình đã yêu cầu anh

hãy đi chậm lại nhưng cô không nhớ gì nhiều sau đó. Sau vài ly rượu vang và xem phim, họ thiếp đi cùng nhau trên giường.

Khoảng 2 giờ sáng, Michael trở mình nên đụng vào người Marilyn, bất chợt Marilyn bùng nổ như kho thuốc súng, cô bật dậy dùng tay đấm Michael túi bụi, hết cào cấu đến cắn xé, la hét: “Đồ khốn nạn! Đồ khốn nạn!”. Michael bừng tỉnh, vội vàng vợ hết đồ đặc phóng như bay ra khỏi phòng.

Còn lại một mình, Marilyn ngồi trên giường suốt hàng giờ đồng hồ, choáng váng vì những gì vừa xảy ra. Cô cảm thấy nhục nhã và chán ghét bản thân vì những gì mình đã làm, thế nên cô tìm gặp tôi, nhờ giúp đỡ để không lặp lại chuyện vừa rồi.

Kinh nghiệm nghề nghiệp đã giúp tôi biết kiên nhẫn lắng nghe những câu chuyện đau lòng như của Marilyn mà không cố gắng bắt tay khắc phục vấn đề ngay lập tức. Triệu chứng của nhiều bệnh nhân thường bắt đầu bằng một hành vi không thể giải thích được như tấn công bạn trai vào giữa đêm, cảm thấy sợ hãi khi có ai đó nhìn vào mắt mình, thấy mình bị bao phủ bởi máu sau khi tự lấy mảnh kính cắt cơ thể mình, cố tình nôn mửa trong mỗi bữa ăn. Phải mất nhiều thời gian và sự kiên nhẫn mới có thể làm hiện rõ cái thực tế ẩn đằng sau những triệu chứng như vậy.

NỖI SỢ VÀ SỰ TÊ LIỆT

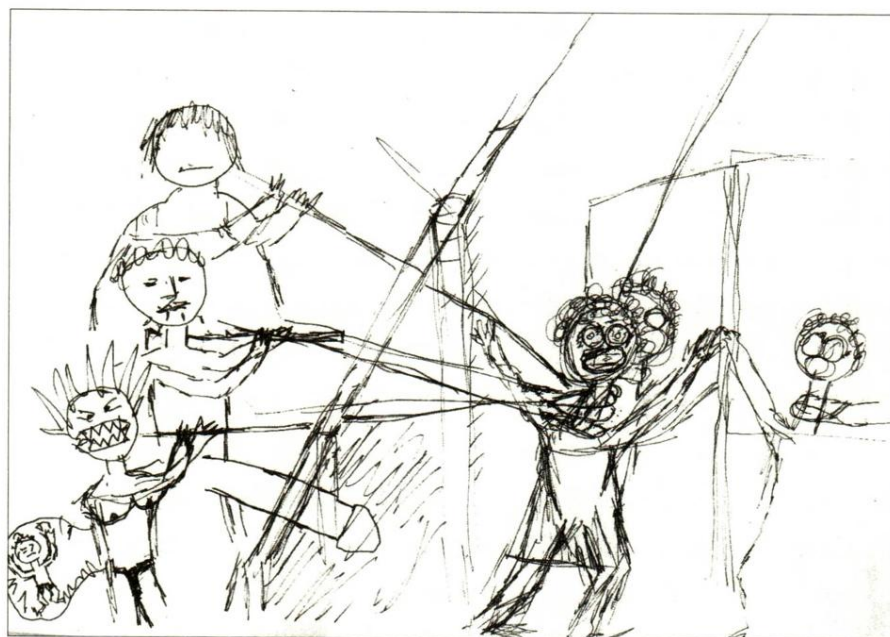
Marilyn nói với tôi rằng Michael là người đàn ông đầu tiên cô đưa về nhà trong hơn 5 năm qua, và đây không phải lần đầu CÔ mất kiểm soát bản thân khi gần gũi đàn ông. Cô lặp lại rằng cô luôn cảm thấy sợ hãi và xa cách khi ở một mình với một người đàn ông, và đã có những lần khác khi cô “định thần lại” trong căn hộ của mình, quỳ xuống ở một góc và không thể nhớ rõ những gì đã xảy ra.

Marilyn cũng nói rằng có cảm giác như thể mình chỉ đang “trải qua những chuyển động” của cuộc sống. Cô thường cảm thấy mình như tê liệt, trừ khi chơi quần vợt và làm việc trong phòng mổ. Vài năm trước, cô thấy khi dùng dao lam tự cắt mình có thể giúp mình cảm thấy đỡ hơn, nhưng dần dần cô sợ làm như vậy khi nhìn những vết cắt ngày một sâu trên cơ thể. Cô cũng đã cố gắng uống rượu nhưng chỉ khiến cô nhớ đến người cha nghiện rượu của mình, rồi từ đó lại ghê tởm bản thân. Vì vậy, cô chọn cách chơi quần vợt điên cuồng, chơi bất cứ khi nào có thể để cảm thấy mình đang sống.

Khi tôi hỏi về quá khứ của cô, Marilyn nói cô đoán mình “hẳn đã có một tuổi thơ hạnh phúc”, nhưng chẳng nhớ được bao nhiêu ký ức trước năm 12 tuổi. Cô nói từ bé cô vốn nhút nhát, nhưng đến năm 16 tuổi, cô đã xô xát với với người cha nghiện rượu, sau đó cô bỏ nhà đi. Cô vừa làm vừa học và trở thành y tá mà không cần bố mẹ giúp đỡ. Cô cảm thấy xấu hổ vì hiện tại đang có quan hệ trai gái với rất nhiều người, việc mà cô mô tả là “tìm kiếm tình yêu ở những nơi sai trái”.

Như tôi thường làm với bệnh nhân mới, tôi đã yêu cầu Marilyn vẽ một bức chân dung gia đình. Khi nhìn thấy bản vẽ của cô (hình trang sau), tôi quyết định mình sẽ đi chậm lại khi nghiên cứu trường hợp của cô. Rõ ràng Marilyn đã có một số ký ức khủng khiếp, nhưng cô không cho phép mình nhận ra những gì mà bức vẽ của cô bộc lộ. Cô đã vẽ một đứa trẻ hoang dã và sợ hãi, bị mắc kẹt trong một cái lồng nào đó, bị đe dọa bởi một cái dương vật khổng lồ và ba con người đáng sợ, trong đó một người không có mắt. Vậy mà cô ấy đã nói mình “hẳn đã có một tuổi thơ hạnh phúc”.

Tôi không thúc giục Marilyn kể về những gì cô còn nhớ. Trên thực tế, tôi hiểu rằng việc tôi biết rõ từng chi tiết về sang chấn của bệnh nhân thực sự chẳng quan trọng, mà điều quan trọng chính là bản thân người bệnh phải học được cách chịu đựng những cảm xúc mà họ có và biết được những gì họ biết. Việc này phải mất nhiều tuần thậm chí nhiều năm. Tôi quyết định bắt đầu quá trình chữa trị cho Marilyn bằng cách mời cô tham gia nhóm trị liệu, nơi cô có thể nhận được sự hỗ trợ và đón nhận từ người khác trước khi phải đối mặt với thứ đã khiến cô trở nên nghi ngờ, xấu hổ và giận dữ.



Đúng như tôi dự đoán, Marilyn trông có vẻ rất khiếp đảm khi lần đầu đến buổi gặp mặt trị liệu nhóm, vẽ khiếp đảm của cô y hệt cô bé trong bức tranh gia đình do cô vẽ. Cô khép mình, chẳng bắt chuyện với ai cả. Tôi đã chọn nhóm này cho cô tham gia vì các thành viên của nhóm thường cởi mở, đón nhận những thành viên mới. Họ biết từ kinh nghiệm của chính mình rằng việc mở khóa bí mật cần có quá

trình từ từ. Nhưng lần này, họ làm tôi ngạc nhiên khi đặt rất nhiều câu hỏi riêng tư về cuộc sống tình yêu của Marilyn. Mọi việc cứ như thể cô Marilyn đã vô tình xin gia nhập nhóm này để... hồi tưởng quá khứ đau buồn của mình. Tôi đã can thiệp để định hướng cho mọi người trong nhóm những điều nên hỏi, giúp Marilyn xác định những gì cô nên nhắc đến, nhờ vậy Marilyn dần trở nên bình tĩnh.

Ba tháng sau, Marilyn nói với nhóm rằng cô đã vấp ngã mấy lần khi đi từ tàu điện ngầm đến văn phòng của tôi. Dạo gần đây cô cũng đánh trượt nhiều lượt bóng tennis. Cô lo mắt mình đang kém dần. Tôi nghĩ lại về bức vẽ của cô và đưa trẻ hoang dã với đôi mắt to tròn, sợ hãi. Đây có phải là một “phản ứng chuyển dạng” nào đó, trong đó bệnh nhân thể hiện mâu thuẫn của mình bằng cách mất chức năng một phần cơ thể của họ? Nhiều người lính trong cả hai cuộc chiến tranh thế giới đã bị tê liệt mà không hề bắt nguồn từ những thương tích thể xác, và tôi đã thấy những trường hợp “chứng mù hysteria” ở Mexico và Ấn Độ.

Tuy nhiên, với tư cách là một bác sĩ, tôi đã không kết luận vội vàng rằng “tất cả chỉ do cô ấy tưởng tượng ra” mà không có đánh giá sâu hơn. Tôi giới thiệu cô đến các đồng nghiệp tại Bệnh viện Mắt và Tai Massachusetts và nhờ họ kiểm tra kỹ lưỡng cho cô. Vài tuần sau, tôi nhận được kết quả: Marilyn đã bị bệnh lupus vớng mạc, một bệnh tự miễn dịch làm giảm thị lực và cần điều trị ngay lập tức. Tôi bàng hoàng: Marilyn là người thứ ba trong năm mà tôi nghi ngờ có tiền sử bị loạn luân và sau đó được chẩn đoán mắc bệnh tự miễn dịch – căn bệnh mà cơ thể quay ra tấn công chính cơ thể.

Sau khi đảm bảo Marilyn đã được chăm sóc y tế đúng mức, tôi đã hỏi ý kiến của hai đồng nghiệp tại Bệnh viện Đa khoa

Massachusetts là bác sĩ tâm thần học Scott Wilson và Richard Kradin – người điều hành phòng thí nghiệm miễn dịch ở đó. Tôi kể họ nghe câu chuyện của Marilyn, cho họ xem bức tranh cô ấy vẽ và đề nghị họ hợp tác nghiên cứu, và họ đã đồng ý.

Chúng tôi đã tìm 12 phụ nữ có tiền sử bị loạn luân và không dùng bất kỳ loại thuốc nào, cộng với 12 phụ nữ chưa bao giờ bị sang chấn và cũng không dùng thuốc (đây là một nhóm đối chứng khó tìm). Marilyn không tham gia nghiên cứu này.

Khi nghiên cứu hoàn thành và các dữ liệu được phân tích, Rich báo cáo rằng nhóm những người bị sang chấn do loạn luân đã có những bất thường trong tỷ lệ RA - RO của CD45, so với những người khác không bị sang chấn. Tế bào CD45 là “tế bào ghi nhớ” của hệ miễn dịch. Một trong số đó được gọi là tế bào RA, đã được kích hoạt bằng cách tiếp xúc với chất độc; chúng nhanh chóng đáp ứng các mối đe dọa môi trường mà chúng gặp phải trước đây. Các tế bào RO, ngược lại, được dành dự phòng cho những thách thức mới, chúng được kích hoạt để đối phó với các mối đe dọa cơ thể chưa từng gặp trước đó. Tỷ lệ RA - RO là sự cân bằng giữa các tế bào nhận biết được các độc tố đã biết và các tế bào chờ đợi thông tin mới để kích hoạt.

Ở những bệnh nhân có tiền sử bị loạn luân, tỷ lệ tế bào RA nhiều hơn bình thường. Điều này làm cho hệ thống miễn dịch trở nên quá nhạy cảm đến mức nó phòng thủ ngay cả khi không cần thiết, thậm chí điều này có nghĩa là tấn công luôn chính các tế bào của cơ thể.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, ở mức độ sâu xa, cơ thể của nạn nhân bị loạn luân thường rất khó phân biệt được nguy hiểm và an toàn. Điều này có nghĩa, dấu ấn của sang chấn trong quá khứ

không chỉ khiến nạn nhân nhận thức sai lệch về những thông tin đến từ bên ngoài mà còn khiến họ không biết thế nào an toàn. Quá khứ không chỉ in dấu trong tâm trí họ, khiến họ giải nghĩa sai lệch các sự kiện vô hại (như khi Marilyn tấn công Michael vì anh vô tình chạm vào cô khi hai người đang say giấc) mà còn in dấu lên phần căn bản nhất cho sự tồn tại họ: cảm giác an toàn của cơ thể 2.

MỘT BẢN ĐỒ TÂM HỒN TÀN TẠ

Làm sao con người phân biệt được điều gì là nguy hiểm, điều gì là an toàn, điều gì thuộc về bên trong, điều gì thuộc về bên ngoài, điều gì nên chống lại, điều gì có thể yên tâm tiếp nhận? Cách tốt nhất để hiểu được tác động của việc lạm dụng và bỏ bê trẻ em chính là lắng nghe những người như Marilyn. Khi hiểu hơn về cô ấy, tôi biết rằng cô có cái nhìn dị biệt về cách thức thế giới vận hành.

Khi còn bé, chúng ta thường bắt đầu từ trung tâm vũ trụ riêng của mình, tức nơi chúng ta giải thích mọi thứ bằng góc nhìn luôn xem ta là “trung tâm của vũ trụ”. Nếu cha mẹ hoặc ông bà nói rằng chúng ta là đứa trẻ đáng yêu nhất trên thế giới này, chúng ta sẽ chẳng hoài nghi gì, sẽ tin ngay tắp lự rằng ta đúng là dễ thương tuyệt đỉnh như thế. Và sâu thẳm, dù ta có biết thêm bất kể điều gì khác về bản thân thì ta vẫn luôn tin chắc rằng về cơ bản ta rất đáng yêu. Kết quả là khi người yêu/bạn đời đối xử với ta tệ hại, ta sẽ nổi giận vô cùng vì ta cảm thấy họ đối xử với ta như thế là hoàn toàn sai, ta không quen bị đối xử như thế, thế này chẳng giống với ở nhà.

Nhưng nếu chúng ta bị lạm dụng hay bị bỏ rơi khi còn bé, hoặc ta lớn lên trong một gia đình mà mọi người ghê tởm với chuyện tình dục thì những bản đồ thế giới bên trong của chúng ta mang một thông điệp khác. Việc từng bị khinh thường, làm nhục sẽ ảnh hưởng

đến cách ta cảm nhận về bản thân, và nếu bị ngược đãi, dường như ta sẽ nghĩ là “Anh ấy/cô ấy có quyền làm thế” và không thể tự vệ.

Quá khứ của Marilyn đã hình thành nên những quan điểm của cô về mọi mối quan hệ. Cô nghĩ rằng đàn ông không hề quan tâm đến cảm xúc của người khác, đàn ông có thể lẩn tránh mọi tội lỗi bất cứ khi nào họ muốn. Cô còn nghĩ phụ nữ cũng không đáng để tin tưởng. Họ quá yếu đuối, không dám tự đứng lên đấu tranh cho những quyền lợi của mình, họ bán thân xác của mình để có được những người đàn ông nào đó chăm sóc cho mình. Nếu bạn gặp rắc rối, những người phụ nữ này sẽ không thềm nhấc một ngón tay để cứu giúp bạn.

Vì có những quan điểm thế này về thế giới và con người nên Marilyn nghi ngờ động cơ của tất cả những đồng nghiệp đối xử tốt với cô, cô khiển trách họ mỗi khi họ hành xử chệch ra ngoài phạm vi những quy tắc của y tá, dù chỉ một chút. Cô tự xem bản thân mình là một hạt giống xấu xa, một con người có bản chất độc hại, chuyên gieo rắc tai họa cho người xung quanh.

Khi lần đầu tiên gặp những bệnh nhân như Marilyn, tôi từng cố gắng giúp họ nhìn thế giới một cách tích cực và linh hoạt hơn. Một ngày nọ, một phụ nữ tên là Kathy đã giúp tôi “tỉnh mộng” và “sáng mắt ra”. Chuyện là hôm ấy, có một thành viên trong nhóm bệnh nhân đã đến trễ buổi sinh hoạt vì xe hỏng, Kathy ngay lập tức đổ lỗi cho chính mình: “Tôi đã biết xe của cô bị hỏng hóc từ tuần trước, lẽ ra tôi phải qua rước cô ấy mới phải”. Cô gay gắt tự chỉ trích mình đến nỗi chỉ một vài phút sau đó, cô thậm chí còn nhận trách nhiệm cho việc mình bị bố lạm dụng tình dục lúc còn bé: “Tôi đã tự chuốc lấy điều đó.

Lúc đó tôi bảy tuổi. Tôi rất yêu thương bố mình. Vì muốn bố yêu thương mình nên tôi đã làm điều bố muốn. Đó là lỗi của riêng tôi”.

Tôi liền can thiệp để trấn an cô: “Thôi nào, lúc đó cô chỉ là một cô bé. Bố cô có trách nhiệm phải duy trì ranh giới nhất định với con gái của mình”, Kathy liền quay về phía tôi, nói: “Tôi biết anh rất muốn làm một nhà trị liệu tốt, thế nên tôi thường cảm ơn anh không ngớt khi anh có những lời bình luận xuẩn ngốc như vậy. Dù sao thì tôi cũng là một người sống sót của nạn loạn luân, tôi được huấn luyện để chăm sóc những người đàn ông trưởng thành, bất ổn. Nhưng sau hai năm được anh điều trị, tôi đã đủ tin tưởng anh để có thể nói với anh rằng những lời này của anh chỉ khiến tôi cảm thấy vô cùng tồi tệ. Phải, đúng vậy, tôi thường tự trách bản thân mình về những điều xấu xa đã xảy đến với mọi người xung quanh. Tôi biết điều đó hoàn toàn vô lý, và tôi cảm thấy thật ngu ngốc khi tự trách mình như thế, nhưng tôi vẫn cứ làm thế. Khi anh cố khuyên tôi hãy suy nghĩ, nói năng hợp tình hợp lý hơn, tôi chỉ cảm thấy cô đơn và bị cô lập hơn nữa, vì nó xác nhận cảm giác của tôi rằng chẳng ai trên đời này có thể hiểu được cảm giác của tôi”.

Tôi chân thành cảm ơn ý kiến của cô ấy. Từ lúc đó trở đi, tôi cố gắng không khuyên các bệnh nhân của mình rằng đừng nên cảm thấy những gì họ đang cảm thấy. Kathy đã chỉ cho tôi thấy nhiệm vụ của tôi sâu sắc hơn thế nhiều: Tôi phải giúp các bệnh nhân xây dựng lại bản đồ thế giới bên trong họ.

Như tôi đã thảo luận ở chương trước, các nhà nghiên cứu về sự gắn bó đã cho thấy người chăm sóc đầu đời của chúng ta không chỉ cho ta cái ăn cái mặc, an ủi khi ta buồn, mà họ còn định hình cách thức bộ não của chúng ta nhận thức về thế giới thực. Các tương tác

giữa ta với người chăm sóc ta truyền đạt cho ta hiểu cái gì là an toàn và cái gì là nguy hiểm, ta có thể nương tựa vào ai, ai sẽ khiến ta thất vọng, ta cần làm gì để thỏa mãn những nhu cầu của mình. Thông tin này được thể hiện trong bộ não của chúng ta và hình thành khuôn mẫu về cách chúng ta nghĩ về bản thân cũng như thế giới xung quanh. Những bản đồ bên trong này rất ổn định theo thời gian.

Tuy nhiên, điều này không có nghĩa là các bản đồ của chúng ta không thể thay đổi khi gặp những trải nghiệm. Một mối tình sâu sắc, đặc biệt là trong thời niên thiếu, khi nào bộ một lần nữa trải qua một giai đoạn thay đổi vô cùng to lớn, thật sự có thể biến đổi chúng ta. Ta cũng sẽ “biến đổi” khi có con vì con cái thường dạy ta cách yêu thương. Những người lớn từng bị lạm dụng hoặc bỏ bê khi còn bé vẫn có thể học được vẻ đẹp của sự thân tình và tin tưởng lẫn nhau hoặc có một trải nghiệm tinh thần giúp mở ra một vũ trụ lớn hơn cho họ.

Ngược lại, các bản đồ thời thơ ấu trước kia còn trong trắng thì nay có thể bị méo mó do bị người lớn cưỡng hiếp hoặc tấn công khiến mọi con đường đều bị chuyển hướng sang nỗi sợ hãi hoặc tuyệt vọng. Những phản hồi này là không hợp lý và do đó không thể thay đổi đơn giản bằng cách tái thiết lập những niềm tin phi lý ấy. Bản đồ của chúng ta về thế giới được mã hóa trong bộ não cảm xúc, và thay đổi nó có nghĩa là phải sắp xếp lại phần hệ thống thần kinh trung ương.

Tuy nhiên, học cách nhận ra những suy nghĩ và hành vi phi lý có thể là một bước tiến hữu ích. Những người như Marilyn thường khám phá ra những lý lẽ của họ không giống với những người bạn của họ. Nếu họ may mắn, bạn bè và đồng nghiệp của họ sẽ nói với

họ bằng lời hơn là bằng hành động, rằng họ sẽ rất khó hợp tác với ai đó nếu cứ mãi thiếu tự tin và ghét bỏ chính bản thân như vậy. Nhưng hiếm khi có ai nói với họ như vậy. Sau khi bị Marilyn tấn công trong đêm, Michael hoàn toàn không muốn hàn gắn lại mối quan hệ, thế là Marilyn mất một tình bạn lẫn một bạn chơi tennis yêu thích. Lúc ấy, những người thông minh và can đảm như Marilyn, những người còn giữ được tính tò mò và quyết tâm đối diện với sự thất bại lặp đi lặp lại, bắt đầu tìm kiếm sự giúp đỡ.

Nói chung, bộ não lý trí có thể ghi đè lên bộ não cảm xúc, miễn là những nỗi sợ hãi của chúng ta không chiếm quyền kiểm soát ta (ví dụ, khi bị cảnh sát yêu cầu ngừng xe, nỗi sợ hãi của bạn khi bị cảnh sát bắt giữ có thể lập tức biến thành lòng biết ơn khi cảnh sát cảnh báo bạn biết rằng phía trước có xảy ra tai nạn). Nhưng thời điểm chúng ta cảm thấy bị mắc kẹt, tức giận hoặc bị từ chối, chúng ta dễ kích hoạt những tấm bản đồ cũ và thực hiện theo chỉ dẫn của chúng. Thay đổi chỉ xảy ra khi chúng ta học cách “sở hữu” bộ não cảm xúc của mình. Điều đó có nghĩa là học cách quan sát và chung sống được với những cảm giác đau lòng và quặn thắt ruột gan vốn ghi nhận sự đau khổ và nhục nhã. Chỉ sau khi học cách sống chung với những gì đang diễn ra bên trong thì chúng ta mới có thể bắt đầu làm bạn với những cảm xúc đã giữ bản đồ của chúng ta cố định và không thay đổi, hơn là xóa bỏ những cảm xúc ấy.

HỌC CÁCH GHI NHỚ

Khoảng một năm sau khi Marilyn tham gia vào nhóm, một thành viên khác, Mary, đã xin phép được nói về những gì đã xảy đến với cô năm 13 tuổi. Mary là một người quản giáo trại giam, từng có một mối quan hệ khổ tâm và bạo tâm với một phụ nữ. Cô muốn nhóm điều

trị biết về lai lịch của mình với hy vọng họ sẽ trở nên khoan dung hơn với những phản ứng cực đoan của mình, chẳng hạn như khép mình hoặc dễ dàng nổi điên khi bị khiêu khích đôi chút.

Mary kể năm cô 13 tuổi, một buổi tối nọ, cô đã bị anh trai và mấy người bạn của anh hãm hiếp, kết quả là cô có thai. Mẹ cô đã giúp cô phá thai ở nhà, ngay trên bàn bếp. Cả nhóm đều đồng cảm khi nghe câu chuyện và cố gắng an ủi Mary theo cách mà họ mong muốn ai đó an ủi họ khi lần đầu tiên đối mặt với những sang chấn của mình. Hành động này làm tôi cảm động sâu sắc.

Khi thời gian hết, Marilyn hỏi liệu cô có thể xin thêm vài phút để nói về những gì cô cảm nhận trong suốt cuộc họp này không, cả nhóm đồng ý. Marilyn nói: “Sau khi nghe Mary kể chuyện bị hãm hiếp, tôi đã tự hỏi không biết liệu mình có từng bị lạm dụng tình dục như vậy hay không”. Tôi há hốc miệng sửng sốt. Dựa vào bức tranh vẽ gia đình của cô, tôi đã luôn nghĩ rằng cô ấy đã biết, ít nhất mức độ nào đó, rằng cô đúng là đã bị lạm dụng tình dục. Cô đã phản ứng giống như một nạn nhân của nạn loạn luân trong phản ứng của cô với Michael, và cô có cách cư xử như thể thế giới này là nơi rất đáng sợ.

Ấy vậy mà, dù đã vẽ bức tranh một cô bé đang bị lạm dụng tình dục nhưng Marilyn, hay ít nhất là nhận thức của cô, lời nói của cô, đã không biết được điều gì đã xảy ra với mình. Hệ thống miễn dịch của cô, cơ bắp và hệ thống sợ hãi của cô đều lưu giữ lại thông tin, nhưng phần tâm trí tỉnh táo của cô còn thiếu một câu chuyện để có thể truyền đạt được trải nghiệm kinh hoàng kia. Cô đã tái diễn tình huống gây sang chấn trong cuộc sống của cô, nhưng cô không có câu chuyện nào để liên hệ với nó. Như chúng ta sẽ thấy trong chương 12,

những ký ức sang chấn khác biệt với những ký ức bình thường theo nhiều cách phức tạp, và nó liên quan đến nhiều tầng lớp của tâm trí và bộ não.

Bị kích thích bởi câu chuyện của Mary và những cơn ác mộng của chính mình trong thời gian sau đó, Marilyn bắt đầu điều trị riêng với tôi. Cô bắt đầu đối phó với quá khứ của mình. Lúc đầu, cô trải qua những đợt sóng dữ dội, những cơn sợ hãi liên hồi. Cô cố ngừng lại trong một vài tuần, nhưng khi thấy mình không thể ngủ được nữa và phải xin nghỉ phép, cô tiếp tục điều trị với tôi. Sau này, cô nói với tôi: “Tiêu chí duy nhất giúp tôi nhận biết một tình huống xấu hay không chỉ là cảm giác: Không thoát được là chết”.

Tôi bắt đầu tập cho Marilyn những kỹ thuật làm dịu tinh thần như tập trung hít thở sâu: hít vào thở ra, hít vào thở ra, sáu nhịp trong một phút - trong lúc đối phó theo những cảm giác của cơ thể về hơi thở. Cô còn được châm cứu để cảm thấy bớt quá tải.

Chúng tôi cũng luyện tập chánh niệm: học cách giữ cho tâm trí mình tỉnh thức trong khi vẫn cho phép cơ thể cảm nhận những cảm xúc mà cô đã từng sợ hãi. Cách này dần dần giúp cho Marilyn giữ khoảng cách và quan sát trải nghiệm của mình hơn là bị những cảm xúc lấn át. Cô đã cố gắng giảm bớt hoặc loại bỏ những cảm giác đó bằng rượu và tập thể dục, nhưng bây giờ cô bắt đầu cảm thấy đủ an toàn để nhớ lại những gì đã xảy ra với mình lúc còn bé.

Khi cô giành được quyền sở hữu cảm giác thể chất của mình, cô cũng bắt đầu có thể diễn giải sự khác nhau giữa quá khứ và hiện tại: Bây giờ, nếu cô ấy cảm thấy bàn chân của ai đó chạm vào chân cô lúc nửa đêm, cô ấy có thể nhận ra đó là chân của Michael, chân của một người bạn chơi tennis điển trai mà cô đã mời ở lại căn hộ của

mình. Bàn chân đó không thuộc về ai khác, và việc nó chạm vào cổ không có nghĩa là Michael đang cố tình lợi dụng cô. Tĩnh tâm giúp cô nhận ra rằng cô là một phụ nữ 34 tuổi chứ không phải là một bé gái.

Khi Marilyn bắt đầu truy cập được những ký ức của mình, chúng xuất hiện dưới dạng những hồi ức về giấy dán tường trong phòng ngủ của cô hồi bé. Cô nhận ra đó là những gì cô đã chăm chú nhìn trong lúc bị bố cưỡng hiếp năm lên 8 tuổi. Nỗi sợ hãi khi bị bố cưỡng hiếp đã vượt quá khả năng chịu đựng của cô, vì vậy cô cần phải đẩy nó ra khỏi ngân hàng trí nhớ của mình. Dù gì thì cô vẫn phải sống với người đàn ông đó, bố cô, người đã cưỡng hiếp cô.

Marilyn nhớ lúc mình chạy về phía mẹ, úp mặt vào váy mẹ để tìm sự che chở, cô chỉ nhận được một cái ôm hời hợt. Có lúc mẹ cô chỉ im lặng, có lúc bà khóc hay giận dữ mắng Marilyn vì đã “làm bố nổi giận”. Cô sợ hãi khi không tìm thấy ai bảo vệ mình, cho mình thêm sức mạnh hoặc cho mình nơi trú ẩn.

Roland Summit đã viết trong nghiên cứu kinh điển của mình The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrom (Hội chứng thỏa hiệp của trẻ em bị lạm dụng tình dục): “Sự khờ mào, đe dọa, bêu xấu, cô lập, bất lực và tự trách bản thân mình phụ thuộc vào thực tế đáng sợ của nạn lạm dụng tình dục trẻ em. Bất kỳ nỗ lực nào của trẻ nhằm tiết lộ bí mật này đều bị bác bỏ bởi âm mưu câm lặng hay hoài nghi của người lớn. Đừng lo về chuyện đó, nó không đời nào xảy ra trong gia đình tôi đâu, “Sao anh có thể nghĩ ra điều tởn tộ như thế được chứ?”, Đừng để tôi nghe thấy cô nhắc đến điều đó một lần nào nữa!. Một đứa trẻ bình thường sẽ chẳng bao giờ hỏi và cũng chẳng bao giờ kể”

.

Sau 40 năm làm công việc này, tôi vẫn thường xuyên tự nhủ: “Thật không thể tin được” khi nghe bệnh nhân nào đó kể về thời thơ ấu của họ. Họ thường không hoài nghi như tôi – làm thế nào mà bố mẹ lại có thể tra tấn và khiến con cái mình khiếp đảm đến như vậy? Vài người trong số họ khẳng định rằng họ ắt đã tưởng tượng ra trải nghiệm đó hoặc họ đang phóng đại lên. Tất cả bệnh nhân đều xấu hổ về những gì đã xảy ra với họ và họ đổ lỗi cho chính mình. Ở mức độ nào đó, họ tin chắc rằng những điều tồi tệ ấy đã xảy ra với họ vì họ là những người tồi tệ.

Giờ đây, Marilyn đang bắt đầu tìm hiểu đứa trẻ bất lực kia đã học cách đóng cửa tâm hồn mình lại và tuân theo những yêu cầu của người khác như thế nào. Cô đã làm vậy bằng cách tự khiến mình biến mất: Ngay khi có nghe tiếng bước chân của bố mình trong hành lang bên ngoài phòng ngủ, cô sẽ “bắt đầu lơ lửng trên mây”. Một bệnh nhân khác của tôi có kinh nghiệm tương tự đã vẽ một bức tranh mô tả quá trình này (hình bên dưới). Khi ông bố bắt đầu chạm vào cô, cô đã khiến mình biến mất, cô trôi lên trần nhà, nhìn xuống một cô gái nhỏ khác trên giường. Cô mừng vì đó không phải là mình – đó là một cô gái khác đang bị chính cha mình lạm dụng tình dục.

Việc các bệnh nhân kể rằng họ trông thấy tâm trí tách rời khỏi Cơ thể bởi một màn sương mù dày đặc thực sự đã khiến tôi mở mang tầm nhìn trước chứng phân ly, hiện tượng vô cùng phổ biến đối với nạn nhân của nạn loạn luân.

Sau này, khi lớn lên, chính Marilyn cũng nhận ra rằng cô liên tục trôi nổi lên trần nhà khi nhận ra mình đang quan hệ tình dục với ai đó.



Trong khoảng thời gian Marilyn chủ động hơn trong quan hệ tình dục, một đối tác của cô đã nói rằng cô thật tuyệt, tuyệt đến mức gần như anh ấy không còn nhận ra cô nữa, thậm chí cách nói chuyện của cô cũng khác. Thường thì cô không nhớ những gì đã xảy ra khi quan hệ tình dục, nhưng cũng có những lúc cô trở nên tức giận và gây hấn. Cô không biết con người tình dục của mình là như thế nào, thế nên cô dần dần rút khỏi những mối quan hệ nam nữ, cho đến khi gặp Michael.

CĂM GHÉT TỔ ẤM

Trẻ em không có quyền lựa chọn cha mẹ. Các em cũng không thể hiểu rằng cha mẹ không ở cạnh mình chỉ đơn giản là họ quá phiền muộn, bức bối, đang lo nghĩ nhiều điều. Trẻ em cũng không thể hiểu những hành vi nào đó của bố mẹ mình không liên quan gì nhiều đến chúng. Trẻ em không có sự lựa chọn nào khác ngoài việc sắp xếp lại bản thân để tồn tại trong chính gia đình mình. Không như

người lớn, trẻ không thể tự giúp đỡ mình mà phải nhờ cha mẹ. Trẻ em không thể tự thuê một căn hộ hoặc chuyển đến sống cùng người khác. Sự sống còn của trẻ hoàn toàn phụ thuộc vào người chăm sóc trẻ.

Trẻ em ý thức, ngay cả khi chúng không bị đe dọa một cách rõ ràng - rằng nếu chúng kể với giáo viên về chuyện bị cha mẹ đánh đập, quấy rối thì thể nào chúng cũng sẽ bị cha mẹ trừng phạt. Thay vào đó, chúng tập trung năng lượng vào việc không nghĩ về những gì đã xảy ra và không cảm nhận tàn dư của nỗi khiếp sợ và cơn hoảng loạn trong cơ thể của chúng. Bởi vì chúng không thể chịu đựng được việc biết những gì mình đã trải qua, chúng cũng không thể hiểu rằng sự tức giận, sợ hãi, hay suy sụp của mình có liên quan đến trải nghiệm đó. Chúng không nói chuyện, chúng hành động và đối phó với cảm xúc của mình bằng cách tức giận, khép mình, phục tùng hoặc thách thức.

Trẻ em cũng được lập trình để trung thành với người chăm sóc mình, ngay cả khi trẻ đang bị người ấy lạm dụng. Sự sợ hãi làm tăng nhu cầu gắn bó, ngay cả khi nguồn an ủi cũng là nguồn gốc của sự sợ hãi. Tôi chưa bao giờ gặp một đứa trẻ dưới 10 tuổi nào bị người thân tra tấn ở nhà lại chọn chuyển vào sống ở một nhà cư mang, cho dù chúng được quyền chọn lựa đi nữa thì trẻ chỉ muốn ở với gia đình. Tất nhiên, không chỉ có trẻ em mới bám víu lấy người bạo hành mình. Các con tin từng bị bắt giữ sẵn sàng trả tiền bảo lãnh cho những kẻ đã bắt cóc, bày tỏ mong muốn kết hôn với hoặc có quan hệ tình dục với kẻ bắt cóc mình; nạn nhân của bạo lực gia đình thường bao che cho những kẻ lạm dụng mình.

Phải mất một thời gian dài Marilyn mới sẵn sàng nói về việc mình bị lạm dụng. Cô đã không sẵn sàng để vi phạm lòng trung thành của mình với gia đình. Sâu thẳm trong lòng, cô cảm thấy rằng Cô vẫn cần họ để bảo vệ cô chống lại nỗi sợ hãi của chính mình. Cái giá phải trả cho lòng trung thành này là những cảm giác không thể nào chịu đựng nổi: cô đơn, thịnh nộ, bất lực.

Cơn tức giận vì không có nơi nào để đi đã chuyển hướng quay ra chống lại bản thân, dưới hình thức trầm cảm, tự ghét, và tự hủy hoại. Một bệnh nhân nói với tôi rằng: “Nó giống như ghét căn nhà của bạn, nhà bếp, chậu, chảo, giường, ghế, bàn, thảm của bạn”. Chẳng có gì cho bạn cảm thấy an toàn cả, nhất là chính cơ thể của bạn.

Rất khó học cách tin tưởng ai đó. Một trong những bệnh nhân khác của tôi, một nữ giáo viên từng bị ông của mình cưỡng hiếp nhiều lần trước khi cô lên 6 tuổi, đã gửi cho tôi e-mail như sau: “Sau buổi trị liệu với anh, khi lên xe trở về nhà, tôi đã nghĩ mãi về những hiểm họa khi mở lòng mình với anh. Và rồi tôi nhận ra mình đã tự phá vỡ quy tắc không gần bó với người khác”.

Trong buổi gặp tiếp theo, cô ấy nói với tôi rằng khi học đại học, cô bị người hướng dẫn ở phòng thí nghiệm hãm hiếp. Tôi hỏi cô ấy có tìm kiếm sự giúp đỡ và kiện anh ta hay không, Cô nói: “Tôi không thể tự mình băng qua đường để tới bệnh viện. Tôi rất muốn được giúp đỡ nhưng khi đứng trên đường, tôi cảm thấy rất rõ rằng tôi sẽ chỉ bị tổn thương nhiều hơn. Và điều đó có thể đúng. Tất nhiên, tôi đã giấu cha mẹ tôi và cả những người khác về những gì đã xảy ra cho tôi”.

Sau khi tôi nói với cô ấy rằng tôi quan tâm đến những gì đã xảy ra với cô, cô ấy đã viết cho tôi một e-mail khác: “Tôi đang cố gắng nhắc nhở mình rằng tôi đã không làm bất cứ điều gì để xứng đáng bị đối

xử như vậy. Tôi không nghĩ đã từng có ai nhìn tôi như thế và nói rằng họ lo lắng cho tôi, và tôi khư khư giữ nó như thể nó là báu vật: Suy nghĩ rằng tôi xứng đáng nhận được sự quan tâm từ người mà tôi tôn trọng và được người ấy thấu hiểu những gì tôi đang trải qua”.

Để biết chúng ta là ai, để có một bản ngã riêng, chúng ta phải biết (hoặc ít nhất cũng cảm thấy rằng chúng ta biết) cái gì là “thật”. Chúng ta phải quan sát những gì chúng ta thấy xung quanh và đặt tên chính xác cho chúng; chúng ta cũng phải có khả năng tin tưởng vào ký ức của bản thân và có thể phân biệt chúng với trí tưởng tượng của mình. Mất khả năng phân biệt này là một dấu hiệu của triệu chứng mà nhà phân tâm học William Niederland gọi là “giết chết linh hồn”. Tẩy xóa nhận thức và hình thành sự khước từ thường rất cần thiết cho sự sống còn, nhưng cái giá phải trả là bạn bị mất dấu vết về bản thân, về những gì bạn đang cảm nhận, và những điều và những người mà bạn có thể tin tưởng.

HỒI TƯỞNG SÁNG CHẤN

Một kỷ niệm về sang chấn thời thơ ấu của Marilyn đã đến với cô trong một giấc mơ, trong đó, cô cảm thấy một chiếc khăn lau chén màu trắng đang quấn quanh tay cô, rồi cô bị nhấc bổng khỏi không trung bởi một chiếc khăn quấn quanh cổ, khiến chân cô không chạm đất, cô không thể thở được. Cô hoảng loạn thức giấc, nghĩ rằng mình sắp chết đến nơi.

Giấc mơ của cô gợi cho tôi nhớ lại những cơn ác mộng mà các cựu chiến binh từng kể cho tôi nghe: trông thấy cảnh tượng chính xác và trọn vẹn những gương mặt và phần cơ thể mà họ từng gặp trong suốt trận chiến. Những giấc mơ ấy quá khủng khiếp đến nỗi họ ráng thức trắng đêm, chỉ ngủ vào ban ngày vì thời điểm ban ngày,

trời còn sáng, nên không liên quan gì đến các cuộc phục kích vào ban đêm, và khiến họ cảm thấy tương đối an toàn.

Trong giai đoạn trị liệu này, Marilyn liên tục bị tràn ngập bởi những hình ảnh và cảm giác liên quan đến giấc mơ bị bóp nghẹt. Cô nhớ lại năm mình 4 tuổi, lúc cô ngồi trong bếp với đôi mắt sưng húp, cổ đau rát và mũi chảy máu, trong khi cha và anh trai cô cười lớn, gọi cô là “đứa con gái ngu ngốc”.

Một hôm, Marilyn thuật lại: “Tối hôm qua, trong lúc đang đánh răng, tự dưng tôi cảm thấy hoảng loạn kinh khủng. Tôi như cá không có nước, xoay chuyển người dữ dội, vật lộn với cơn nghẹt thở. Tôi bật khóc và mắc nghẹn khi đánh răng. Cơn hoảng loạn trào ra khỏi lồng ngực cùng cảm giác vật vã. Tôi phải cố gắng dùng hết sức bình sinh để ngăn mình hét lên “KHÔNG KHÔNG KHÔNG KHÔNG KHÔNG KHÔNG KHÔNG KHÔNG trong lúc đang đứng bên bồn rửa mặt”. Cô đi ngủ nhưng cứ hễ ngủ được đúng hai tiếng là lại choàng tỉnh.

Sang chấn không được lưu trữ như những câu chuyện mạch lạc có khởi đầu, diễn biến và kết thúc. Như tôi sẽ thảo luận chi tiết trong các chương 11 và 12, những kỷ niệm ban đầu trở lại như trong trường hợp của Marilyn: dưới dạng hồi tưởng chứa từng mảnh của trải nghiệm, các hình ảnh, âm thanh rời rạc và cảm giác của cơ thể mà không có ngữ cảnh nào ngoài sự khiếp đảm và cơn hoảng loạn. Khi còn nhỏ, Marilyn không thể tìm ra cách thổ lộ những chuyện thầm kín và có làm được đi nữa thì cũng chẳng thay đổi được điều gì – chẳng ai lắng nghe cô cả.

Giống như nhiều người sống sót từng bị lạm dụng thời thơ ấu, Marilyn là ví dụ điển hình về quyền năng của sức sống, ý chí sống và làm chủ cuộc sống, nguồn năng lượng để chống lại sự tàn phá do

sang chấn gây ra. Tôi dần nhận ra điều duy nhất có thể giúp việc chữa trị sang chấn trở nên khả thi chính là là những nỗ lực sinh tồn đã giúp bệnh nhân của tôi chịu được nỗi đau bị lạm dụng và chịu được bóng đêm tăm tối của tâm hồn trong hành trình hồi phục.

Chương 9

TÌNH YÊU THƯƠNG LIÊN QUAN GÌ ĐẾN SANG CHẤN?

Chúng ta nên nghĩ thế nào về những bệnh nhân như Marilyn, Mary và Kathy? Chúng ta có thể làm gì để giúp đỡ họ? Cách thức chúng ta xác định các vấn đề của họ và những chẩn đoán của chúng ta sẽ quyết định cách ta tiếp cận và chăm sóc họ.

Những bệnh nhân này thường nhận được 5-6 chẩn đoán khác nhau trong quá trình được điều trị. Nếu bác sĩ của họ tập trung vào sự thay đổi tâm trạng của họ, họ sẽ được chẩn đoán là bị lưỡng cực và được kê thuốc lithium hoặc valproate. Nếu những chuyên gia đặc biệt chú ý đến nỗi tuyệt vọng của họ, họ sẽ được chẩn đoán là trầm cảm nặng và được kê thuốc chống trầm cảm. Nếu các bác sĩ tập trung vào sự bồn chồn và mất tập trung của họ, họ có thể bị liệt vào chứng ADHD và được điều trị với Ritalin hoặc các tác nhân kích thích khác. Và nếu bác sĩ tình cờ biết được tiền sử bị sang chấn, và bệnh nhân thực sự tình nguyện thuật lại những thông tin có liên quan thì bệnh nhân có thể được chẩn đoán PTSD.

Không có chẩn đoán nào ở trên là hoàn toàn sai, nhưng cũng không có chẩn đoán nào mô tả đủ ý nghĩa rằng những bệnh nhân này thật sự là ai và họ thật sự đang bị ảnh hưởng từ cái gì.

Tâm thần học, như một nhánh của y học, mong muốn xác định thật rõ bệnh lý về tâm thần mà bệnh nhân đang mắc phải, giống như kiểu xác định họ bị ung thư tuyến tụy hoặc nhiễm liên cầu khuẩn phổi vậy. Tuy nhiên, do sự phức tạp của tâm trí, bộ não và hệ thống gắn bó của con người, chúng ta vẫn chưa thể có được những chẩn đoán chính xác kiểu như thế.

Năm 1980, nhằm nỗ lực tạo ra một hướng dẫn có hệ thống về chẩn đoán tâm thần, cuốn Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM (Sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần) được phát hành phiên bản thứ ba, danh sách chính thức của tất cả các bệnh tâm thần được Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ (American Psychiatric Association - APA) công nhận. Phần mở đầu của DSM-III đã cảnh báo rõ, rằng những phân loại trong sách không đủ chính xác để sử dụng cho mục đích pháp y hoặc bảo hiểm. Tuy nhiên, nó dần dần trở thành một công cụ có sức mạnh to lớn: Các công ty bảo hiểm cần chẩn đoán DSM để chi tiền bồi thường, cho đến gần đây tất cả các khoản tài trợ nghiên cứu đều dựa trên các chẩn đoán DSM và các chương trình học thuật được tổ chức xung quanh các phân loại bệnh lý tâm thần trong DSM. Cuốn sổ tay đã trở thành một ngành công nghiệp ảo giúp Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ thu được trên 100 triệu đô-la Mỹ. Câu hỏi đặt ra là: Liệu nó có cung cấp những lợi ích tương đương cho bệnh nhân hay không?

Một chẩn đoán sai có thể mang lại hậu quả nghiêm trọng: Chẩn đoán là cơ sở để điều trị, chẩn đoán sai dẫn đến điều trị sai, điều trị sai có thể gây ra những hậu quả tai hại. Ngoài ra, việc dán nhãn chẩn đoán có thể gắn liền với con người trong suốt phần đời còn lại của họ và có ảnh hưởng sâu sắc đến cách họ xác định chính mình. Tôi

từng gặp rất nhiều bệnh nhân nói với tôi rằng họ “bị” rối loạn lưỡng cực hay rối loạn nhân cách ranh giới hoặc họ “bị” PTSD, như thể họ đã bị kết án chung thân trong một nhà ngục dưới lòng đất.

Chẳng có chẩn đoán nào trong số những chẩn đoán trên đề cập đến những tài năng phi thường mà nhiều bệnh nhân của chúng tôi có được hoặc những năng lượng sáng tạo họ đã cố gom góp để tồn tại. Tất cả các chẩn đoán thường chỉ đề cập đến các triệu chứng, đều xem những bệnh nhân như Marilyn, Kathy và Mary là những người mất kiểm soát và cần được uốn nắn lại.

Từ điển định nghĩa chẩn đoán là: “a. Hành động hoặc quy trình xác định bản chất và nguyên nhân gây ra bệnh tật hoặc tổn thương thông qua đánh giá bệnh sử, thăm khám và xem xét dữ liệu phòng thí nghiệm. b. Ý kiến thu được từ một đánh giá tương tự như vậy?”. Trong chương này và các chương tiếp theo, tôi sẽ thảo luận về khoảng cách giữa các chẩn đoán chính thức và những gì mà bệnh nhân đang thực sự phải chịu đựng. Tôi cũng sẽ nói về những nỗ lực của tôi và đồng nghiệp trong việc thay đổi cách chẩn đoán cho các bệnh nhân có tiền sử sang chấn mạn tính.

LÀM SAO ĐỂ BỆNH NHÂN KỂ LẠI TIỀN SỬ SANG CHẤN?

Năm 1985, tôi bắt đầu hợp tác với nhà tâm thần học Judith Herman nghiên cứu về những ảnh hưởng của sang chấn đến cuộc sống của bệnh nhân.

Câu hỏi đầu tiên Judith và tôi phải đối mặt là: Làm sao để bệnh nhân kể lại tiền sử sang chấn của họ? Ta không thể hỏi thẳng thừng một bệnh nhân rằng: “Bạn có từng bị lạm dụng tình dục khi còn nhỏ không?” hoặc “Cha của bạn có đánh đập bạn không?”. Có bao nhiêu

người sẽ hoàn toàn tin tưởng một người lạ mặt mà kể ra những chuyện rất riêng tư và nhạy cảm như vậy?

Vì biết các nạn nhân thường cảm thấy xấu hổ về những sang chấn họ đã trải qua nên chúng tôi đã thiết kế một công cụ phỏng vấn mang tên Traumatic Antecedents Questionnaire – TAQ (Bộ câu hỏi tiền sử sang chấn). Cuộc phỏng vấn bệnh nhân sẽ bắt đầu với một loạt các câu hỏi đơn giản như: Bạn sống ở đâu? Bạn sống với ai?

Ai chi trả các hóa đơn sinh hoạt phí? Ai nấu ăn và dọn dẹp nhà cửa? Cuộc đối thoại sẽ dần dần tiến đến những câu hỏi mang tính hé mở hơn như: “Bạn trông cậy vào ai trong cuộc sống hằng ngày: Khi bạn bị bệnh, ai sẽ lo chuyện mua sắm thực phẩm, ai đưa bạn đến bác sĩ? Khi buồn, bạn nói chuyện với ai? Nói cách khác, ai là điểm tựa tinh thần của bạn?”. Một số bệnh nhân đã khiến chúng tôi rất ngạc nhiên khi trả lời câu hỏi này rằng: “Đó là con chó của tôi”, “Đó là nhà trị liệu của tôi”, “Không có ai cả”.

Sau đó, chúng tôi hỏi những câu hỏi tương tự về thời thơ ấu của họ: “Nhà bạn có những ai? Bạn đã chuyển nhà bao nhiêu lần? Người chăm sóc cho bạn khi còn nhỏ là ai?”. Nhiều bệnh nhân kể rằng vì gia đình hay chuyển chỗ ở nên họ phải thường xuyên đổi trường học vào giữa năm học. Một số bệnh nhân cho biết người chăm sóc họ hoặc đi tù hoặc đang ở trong bệnh viện tâm thần hoặc gia nhập quân đội. Một số bệnh nhân khác thì kể họ đã phải chuyển đến sống cô nhi viện, sau đó chuyển đến nhà bố mẹ nuôi hoặc sống với người họ hàng này đến người họ hàng khác.

Phần tiếp theo của bảng câu hỏi đề cập đến các mối quan hệ thời thơ ấu của bệnh nhân: “Trong gia đình bạn, ai là người thương yêu bạn? Ai đối xử với bạn như một người đặc biệt?”. Sau đó là một câu

hỏi quan trọng, một câu hỏi mà tôi nghĩ là chưa bao giờ được hỏi trong một nghiên cứu khoa học: “Có ai khiến bạn cảm thấy an toàn khi lớn lên bên họ không?”. Cứ bốn bệnh nhân chúng tôi phỏng vấn thì có một người không thể nhớ ra có ai khiến họ cảm thấy an toàn khi còn nhỏ hay không. Chúng tôi đánh dấu vào ô “Không ai cả? trên bảng câu hỏi và không nhận xét gì nhưng chúng tôi rất choáng váng. Hãy thử tưởng tượng bạn là một đứa trẻ, chẳng có ai mang đến cho bạn sự an toàn, bạn đang lần bước vào thế giới mà không được ai che chở, chẳng được ai đoái hoài đến.

Những câu hỏi tiếp theo là: “Trong gia đình bạn, ai là người đưa ra các quy định, ai là người giám sát việc thực hiện các quy định này?”, “Những đứa bé trong gia đình được cha mẹ đưa vào quy củ bằng cách nào, bằng cách trò chuyện, mắng nhiếc, đòn roi, đánh đập, hay bị nhốt lại?”, “Cha mẹ bạn đã giải quyết như thế nào khi họ bất đồng ý kiến?”.

Những câu hỏi thế này khiến “cửa lữ” trong tâm hồn bệnh nhân được mở ra, nhiều bệnh nhân đã tình nguyện cung cấp thông tin chi tiết về thời thơ ấu của họ. Một phụ nữ đã chứng kiến cảnh em gái mình bị cưỡng hiếp, một người khác kể cô ấy đã có trải nghiệm tình dục đầu tiên vào năm lên 8 tuổi với ông của mình. Một số bệnh nhân nam và nữ kể rằng có những đêm họ nằm trên giường, không ngủ, lắng nghe tiếng bàn ghế bị đập vỡ nát và tiếng la hét của bố mẹ. Một thanh niên thuật lại anh đã xuống bếp và thấy mẹ nằm trong vũng máu. Những người khác kể rằng ngày bé, có những hôm không ai đến đón họ ở trường tiểu học hoặc khi họ đi học về đến nhà thì thấy nhà vắng tanh, thế là họ phải ngủ một mình qua đêm. Một phụ nữ kiếm sống bằng nghề nấu ăn đã phải học cách nấu ăn cho cả nhà

sau khi mẹ cô bị bắt giam vì dùng ma túy. Một người khác kể năm lên 9 tuổi Cô đã phải chụp lấy và giữ chặt tay lái xe hơi trong lúc người mẹ say khướt lạng lách xuống một đường cao tốc bốn làn vào giờ cao điểm.

Bệnh nhân của chúng tôi không có lựa chọn để chạy trốn hoặc trốn thoát. Họ không có ai để cầu cứu, không có nơi ẩn trốn, nhưng vẫn phải kiểm soát nỗi sợ và tuyệt vọng của mình. Có thể họ vẫn đi học vào sáng hôm sau và cố giả vờ rằng mọi chuyện đều ổn. Judith và tôi nhận ra những vấn đề của nhóm bị chẩn đoán mắc chứng rối loạn nhân cách ranh giới (borderline personality disorder – BPD) chính là vừa phân ly vừa tuyệt vọng bám víu vào bất cứ ai có thể giúp đỡ được họ – để bắt đầu có thể đối phó với những cảm xúc áp đảo trong lòng và sự tàn bạo mà họ không thể tránh khỏi.

Sau khi phỏng vấn các bệnh nhân, Judith và tôi gặp nhau để giải mã các câu trả lời của bệnh nhân, tức là chuyển chúng thành các con số cho máy tính phân tích và sau đó so sánh chúng với các thông tin về những bệnh nhân của Harvard. Kết quả cho thấy: Trừ khi chúng tôi hiểu được ngôn ngữ của sang chấn và lạm dụng, nếu không, chúng tôi không thể thực sự hiểu được chứng rối loạn nhân cách ranh giới – BPD.

Như chúng tôi đã viết trong American Journal of Psychiatry (Tạp chí Tâm thần học Hoa Kỳ), 81% bệnh nhân được chẩn đoán bị BPD tại Bệnh viện Cambridge từng bị lạm dụng và/hoặc bỏ bê khi còn bé, phần lớn bị lạm dụng trước năm 7 tuổi*. Phát hiện này đặc biệt quan trọng vì nó cho thấy tác động của lạm dụng phụ thuộc một phần vào độ tuổi mà bệnh nhân bắt đầu bị lạm dụng. Nghiên cứu sau đó của Martin Teicher tại Bệnh viện McLean cho thấy các hình thức lạm

dụng khác nhau có những tác động khác nhau đến các vùng não khác nhau ở các giai đoạn phát triển khác nhau. Mặc dù nhiều nghiên cứu đã mô phỏng lại phát hiện của chúng tôi, nhưng tôi vẫn thường xuyên nhận được các bài báo khoa học gửi đến để nhờ đánh giá các phát biểu như “Người ta đã đưa ra giả thuyết rằng các bệnh nhân rối loạn nhân cách ranh giới có thể từng bị sang chấn khi còn bé”. Khi nào một giả thuyết mới trở thành một kiến thức được khoa học xác nhận?

Nghiên cứu của chúng tôi ủng hộ kết luận của John Bowlby:

“Khi trẻ bùng phát cảm giác tức giận, thấy có lỗi hoặc thấy sợ hãi vì bị bỏ rơi, thì những cảm xúc ấy là rất chân thực và trẻ đã từng trải qua việc bị bỏ rơi như thế. Ví dụ, trẻ em sợ hãi việc bị bỏ rơi thì đó không phải chỉ là sự bộc lộ những thôi thúc trong lòng trẻ ngay tại lúc ấy, mà có thể là vì trẻ đã bị bỏ rơi về thể chất hoặc tâm lý, hoặc đã bị đe dọa bỏ rơi nhiều lần trước đó. Trẻ em tràn ngập cảm xúc thịnh nộ là do bị người khác từ chối hoặc bị đối xử khắc nghiệt. Trẻ gặp xung đột nội tâm mãnh liệt về cảm xúc giận dữ của mình có thể là vì trẻ không được phép nói ra những điều mình cảm thấy, hoặc thậm chí nếu trẻ nói ra thì trẻ sẽ gặp nguy hiểm”.

Bowlby nhận thấy khi trẻ phải từ bỏ những kinh nghiệm mạnh mẽ trẻ từng có thì điều này sẽ gây ra nhiều vấn đề nghiêm trọng, bao gồm “mất niềm tin vào người khác, ức chế sự tò mò, không tin tưởng vào những giác quan của chính mình, xu hướng tìm kiếm những điều không thực tế”. Những kết luận này rất quan trọng đối với việc điều trị cho các bệnh nhân.

Nghiên cứu này thôi thúc chúng tôi xem xét những ảnh hưởng lâu dài của việc những người chăm sóc trẻ đã đối xử tàn bạo và bỏ

bê trẻ. Nó cũng đặt ra một câu hỏi quan trọng khác: Phương pháp trị liệu nào sẽ có hiệu quả đối với những người từng bị lạm dụng, đặc biệt là những người luôn cảm thấy muốn tự sát và cố ý tự gây thương tích cho mình?

TỰ NGƯỢC ĐÃI BẢN THÂN

Có lần, trong ba đêm liên tiếp, tôi được gọi vào 3 giờ sáng để cầm máu và khâu vết thương cho một phụ nữ tự cứa cổ mình bằng bất kỳ vật nhọn nào cô với tay tới được. Cô hân hoan nói với tôi rằng cô cảm thấy khá hơn nhiều khi tự cắt mình. Kể từ đó tôi luôn tự hỏi tại sao một số người giải quyết nỗi buồn bằng cách chơi liên tiếp ba ván tennis hay uống một cốc rượu mạnh, trong khi một số người khác lại lấy dao tự đâm, rạch, cắt tay mình?

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những người từng bị lạm dụng tình dục và lạm dụng thể chất khi còn bé thường có xu hướng cố gắng tự sát nhiều lần và tự cắt người mình”. Tôi tự hỏi phải chăng những mầm mống muốn tự sát đã bắt đầu từ khi họ còn rất bé và liệu họ có cảm thấy bình yên hơn khi tính chuyện trốn chạy bằng cái chết hoặc tự hành hạ bản thân? Phải chăng việc tự làm đau bản thân là một nỗ lực vô vọng nhằm có được cảm giác tự chủ?

Dựa trên thông tin ghi nhận về tất cả bệnh nhân được điều trị ngoại trú, kể cả những bệnh nhân được báo cáo có hành vi tự sát và tự hủy hoại bản thân, chúng tôi nhận thấy, sau ba năm điều trị, khoảng 2/3 bệnh nhân đã cải thiện rõ rệt. Câu hỏi đặt ra bây giờ là những bệnh nhân nào đã được hưởng lợi từ liệu pháp và những bệnh nhân nào vẫn còn cảm thấy muốn tự tử và tự hủy hoại mình? So sánh hành vi đang diễn ra ở bệnh nhân với các cuộc phỏng vấn TAQ, chúng tôi đã có được một số câu trả lời. Những bệnh nhân vẫn

còn xu hướng tự hành hạ mình nói rằng họ không nhớ được mình đã từng cảm thấy an toàn với bất kỳ ai khi còn nhỏ, họ nói họ đã bị bỏ rơi, phải di chuyển từ nơi này đến nơi khác và thường bị bỏ mặc để tự xoay sở.

Tôi kết luận rằng, nếu mang theo một ký ức cảm thấy an toàn với ai đó từ lâu, những dư âm của tình yêu thương đầu đời đó có thể được tái kích hoạt trong những mối quan hệ đồng điệu khi đứa trẻ trưởng thành, cho dù là xảy ra trong quá trình trị liệu hay ngoài đời thực. Tuy nhiên, nếu thiếu một ký ức sâu đậm về tình yêu thương và cảm giác an toàn, những cơ quan thụ cảm của não, phần có nhiệm vụ phản ứng với lòng tốt của con người, có thể đơn giản là không phát triển được”. Nếu đúng vậy thì làm thế nào để con người học được cách làm cho mình bình tĩnh trở lại và cảm thấy vững vàng, chắc chắn hơn trong cơ thể của chính mình? Một lần nữa, điều này rất quan trọng đối với việc áp dụng phương pháp trị liệu, và tôi sẽ quay lại câu hỏi này trong phần V, cách chữa trị.

SỨC MẠNH CỦA CHẨN ĐOÁN

Nghiên cứu của chúng tôi cũng khẳng định rằng có một bộ phận những người bị sang chấn không nhất thiết nhớ đến những tình huống gây sang chấn của họ (một trong những tiêu chuẩn cho chẩn đoán PTSD) hoặc ít nhất là họ không quan tâm tới những ký ức cụ thể về việc họ bị lạm dụng, nhưng họ tiếp tục hành xử như thể họ vẫn đang gặp nguy hiểm. Họ đi từ một đỉnh cực đoan này sang một đỉnh cực đoan khác. Họ gặp rắc rối trong việc tập trung vào công việc, họ thường mắng nhiếc chính mình và người khác.

Ở mức độ nào đó, vấn đề họ gặp phải cũng giống các vấn đề của những cựu chiến binh, nhưng điểm khác biệt là sang chấn thời thơ

ấu đã ngăn cản họ phát triển một số năng lực tinh thần, trong khi những cựu chiến binh vẫn có được những năng lực ấy từ trước khi bị sang chấn.

Nhận ra vấn đề này, một nhóm chúng tôi đã đến gặp Robert Spitzer, lúc ấy ông đang phát triển bộ DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần). Chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu, gọi là thử nghiệm thực địa, để so sánh các vấn đề mà những nhóm bệnh nhân sang chấn khác nhau gặp phải. Đầu tiên, chúng tôi phát triển một thang điểm tổng hợp tất cả các triệu chứng sang chấn khác nhau đã được ghi nhận trong các tài liệu khoa học, sau đó, chúng tôi phỏng vấn 525 bệnh nhân trưởng thành để xem các nhóm bệnh nhân cụ thể có bị ảnh hưởng từ những vấn đề khác nhau hay không. Chúng tôi chia bệnh nhân thành ba nhóm: những người có tiền sử bị người chăm sóc lạm dụng tình dục hoặc lạm dụng thể chất khi còn nhỏ; các nạn nhân của bạo lực gia đình gần đây, và những người vừa trải qua thảm họa thiên tai.

Có sự khác biệt rõ ràng giữa các nhóm này, cụ thể là giữa hai nhóm đầu và cuối: nạn nhân của nạn lạm dụng trẻ em và những người trưởng thành vừa sống sót qua thiên tai. Những người trưởng thành từng bị lạm dụng khi còn nhỏ thường gặp rắc rối trong việc tập trung, dễ nổi cáu và tự nguyện rửa bản thân. Họ gặp rắc rối vô cùng lớn khi đối phó với các mối quan hệ thân thiết, thường mất phương hướng, dễ gặp rủi ro và không thỏa mãn với các mối quan hệ tình dục, thậm chí hoàn toàn không chấp nhận hoạt động tình dục. Họ cũng có những khoảng trống lớn trong trí nhớ, thường có hành vi tự

hủy hoại bản thân và có nhiều vấn đề về y tế. Trong khu đó, các triệu chứng này rất hiếm thấy ở những người sống sót qua thiên tai.

Mỗi chẩn đoán chính trong DSM có một nhóm chuyên gia làm việc chịu trách nhiệm đưa ra gợi ý sửa đổi cho ấn bản mới. Tôi trình bày các kết quả của nghiên cứu thực địa cho nhóm làm việc PTSD DSM-IV và chúng tôi đã bỏ phiếu thuận để thiết lập chẩn đoán sang chẩn đoán mới cho các nạn nhân của sang chấn liên cá nhân: “Những rối loạn về stress cực độ, không được chỉ rõ” (Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified - DESNOS) hoặc nói ngắn hơn là “PTSD phức tạp”^{12 13}.

Chúng tôi có báo cáo kết quả nghiên cứu của mình cho nhóm thực hiện DSM-IV, Nhưng rất tiếc, các kết quả này không được đưa vào bản DSM-IV chính thức phát hành vào tháng 5 năm 1994. Điều đó có nghĩa, một số lượng lớn bệnh nhân đã không được chẩn đoán chính xác và các nhà lâm sàng, nhà nghiên cứu sẽ không thể phát triển những phương pháp điều trị cho họ một cách thích hợp và khoa học. Bạn không thể đưa ra hướng điều trị cho một tình trạng không tồn tại. Việc không có một chẩn đoán phù hợp khiến những nhà trị liệu phải đối mặt với một tình thế vô cùng khó xử: Làm sao ta chữa trị được cho những người đang đối phó với dư âm của việc bị lạm dụng, phản bội và bị bỏ rơi khi chúng ta buộc phải chẩn đoán họ bị trầm cảm, rối loạn hoảng loạn, bệnh lưỡng cực hoặc rối loạn nhân cách ranh giới - các chẩn đoán mà thực sự không giúp giải quyết được những gì bệnh nhân đang phải đương đầu?

CĂN BỆNH TIỀM ẨN

Làm sao bạn biến một đứa bé sơ sinh với đầy hứa hẹn và những khả năng vô tận thành một người 30 tuổi say xỉn vô gia cư? Giống

nhiều phát hiện vĩ đại khác, bác sĩ nội khoa Vincent Felitti đã tình cờ tìm thấy câu trả lời cho câu hỏi này. Năm 1985, bác sĩ Felitti làm việc ở Cục Y tế Dự phòng Kaiser Permanente ở San Diego (Mỹ). Ông đồng thời điều hành một phòng khám bệnh béo phì. Một ngày kia, một nữ y tá 28 tuổi đến nhờ ông chữa trị bệnh béo phì. 51 tuần sau, cân nặng của cô giảm từ 185kg xuống còn 60kg. Tuy nhiên, vài tháng sau, Felitti thấy cô tăng cân trở lại còn nhiều hơn so với mức tăng cân theo cơ chế sinh học bình thường chỉ trong thời gian ngắn. Chuyện gì đã xảy ra? Hóa ra, cơ thể mảnh mai mới mẻ của cô đã thu hút một đồng nghiệp nam nên anh ta bắt đầu tán tỉnh và gợi ý quan hệ tình dục với cô. Từ lúc đó, cô bắt đầu ăn... điên cuồng cả ngày lẫn đêm, ăn lúc tỉnh lẫn lúc mộng du. Khi bác sĩ Felitti tìm hiểu sự phản ứng thái quá này thì cô đã tiết lộ tiền sử bị loạn luân với ông của mình suốt một thời gian dài.

Đây chỉ là trường hợp loạn luân thứ hai mà bác sĩ Felitti đã gặp trong suốt quá trình hành nghề 23 năm của mình. Khoảng 10 ngày sau, ông nghe thấy một câu chuyện tương tự. Khi tìm hiểu kỹ hơn, ông đã rất ngạc nhiên khi thấy rằng hầu hết bệnh nhân béo phì đều bị lạm dụng tình dục khi còn bé. Họ cũng phát hiện ra một loạt các vấn đề gia đình khác.

Năm 1990, bác sĩ Felitti đến Atlanta để trình bày dữ liệu từ cuộc phỏng vấn 286 bệnh nhân đầu tiên của nhóm tại một cuộc họp của Hiệp hội Nghiên cứu Bệnh béo phì ở Bắc Mỹ. Ông đã sửng sốt trước phản ứng gay gắt của một số chuyên gia: Tại sao ông lại tin lời những bệnh nhân như vậy? Ông không nhận ra rằng có thể họ đã bịa ra một câu chuyện để giải thích cho cuộc đời thất bại của họ sao? Tuy nhiên, một nhà dịch tễ học từ Trung tâm Phòng chống và Kiểm

soát bệnh tật (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) khích lệ Felitti bắt đầu một nghiên cứu lớn hơn, thực hiện trên dân số nói chung và mời ông gặp một nhóm nhỏ các nhà nghiên cứu tại CDC. Kết quả là một cuộc nghiên cứu lớn về những trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu (Adverse Childhood Experiences – ACE) do CDC và Kaiser Permanente hợp tác thực hiện, với Robert Anda và Vincent Felitti đứng đầu.

Hơn 50.000 bệnh nhân ở Kaiser đã đến Cục Y tế dự phòng hằng năm để đánh giá toàn diện, họ điền vào một bảng câu hỏi y tế chi tiết trong quá trình này. Felitti và Anda đã dành hơn một năm để phát triển 10 câu hỏi mới¹⁰ giúp xác định các loại trải nghiệm bất lợi trong thời thơ ấu, bao gồm bị lạm dụng thể chất và tình dục, bị bỏ bê về thể chất và tinh thần, và tình trạng gia đình bất thường, như có cha mẹ đã ly dị, mắc bệnh tinh thần, nghiện hoặc vào tù.

Sau đó, họ đề nghị tiếp 25.000 bệnh nhân cung cấp thông tin về các sự kiện thời thơ ấu và có 17.421 người đồng ý. Câu trả lời của các bệnh nhân được so sánh với các hồ sơ bệnh án chi tiết mà Kaiser giữ lại.

Nghiên cứu ACE cho thấy những trải nghiệm sang chấn thời thơ ấu và niên thiếu phổ biến hơn nhiều so với dự kiến. Những người trả lời phỏng vấn hầu hết là người da trắng, tầng lớp trung lưu, độ tuổi trung niên, có trình độ học vấn tốt và đầy đủ về tài chính để có bảo hiểm y tế tốt. Chỉ 3 số người tham gia trả lời cho thấy mình không có trải nghiệm bất lợi nào trong thời thơ ấu.

Cứ 10 người thì có 1 người trả lời “Có” cho câu hỏi “Cha mẹ hoặc người lớn nào khác trong gia đình có thường xuyên hoặc rất thường xuyên chửi thề trước mặt bạn, xúc phạm hoặc hạ nhục bạn không?”.

Hơn 1/4 trả lời “Có” cho các câu hỏi “Cha mẹ của bạn có thường xuyên hay rất thường xuyên xô đẩy, tóm lấy, tát hay ném cái gì đó vào bạn không?” và “Cha mẹ bạn có thường xuyên hay rất thường xuyên đánh bạn rất nặng đến mức để lại dấu vết hoặc khiến bạn bị thương không?”. Nói cách khác, hơn 4 dân số Mỹ có thể đã bị lạm dụng thể chất nhiều lần khi còn nhỏ.

Với những câu hỏi “Có người lớn hoặc người nào lớn hơn bạn từ 5 tuổi trở lên đã từng bắt bạn chạm vào cơ thể của họ theo cách kích thích tình dục không?” và “Có người lớn hoặc người nào lớn hơn bạn từ 5 tuổi đã từng thử giao hợp bằng miệng, hậu môn hoặc âm đạo với bạn không?”, có 28% phụ nữ và 16% nam giới đã trả lời là có.

- Cứ 8 người thì có 1 người trả lời “Có” cho các câu hỏi: “Khi còn nhỏ, bạn có thường xuyên chứng kiến mẹ của bạn thỉnh thoảng, thường xuyên hoặc rất thường xuyên bị ai đó đẩy, tóm lấy, tát hoặc bị ném thứ gì đó vào người không?”, “Khi còn nhỏ, bạn có thường xuyên chứng kiến mẹ của bạn thỉnh thoảng, thường xuyên hoặc rất thường xuyên bị ai đó đá, cắn, đánh bằng nắm tay hoặc bằng vật cứng không?”¹⁵.

Mỗi câu trả lời “Có” được tính một điểm, nên kết quả điểm ACE có thể dao động từ 0-10. Ví dụ, một người thường xuyên bị lạm dụng lời nói, có mẹ nghiện rượu và cha mẹ ly hôn sẽ có điểm ACE là 3. Trong 3 số người trả lời từng trải nghiệm bất lợi thì có 87% được hai điểm hoặc nhiều hơn. Cứ 6 người thì có 1 người trả lời có điểm ACE từ 4 trở lên.

Tóm lại, bác sĩ Felitti và nhóm nghiên cứu của ông đã phát hiện rằng những trải nghiệm bất lợi có mối quan hệ tương liên với nhau, mặc dù chúng thường được nghiên cứu riêng biệt. Cơ bản là người

ta không thể lớn lên trong một gia đình có người anh trai đi tù và mọi thứ khác còn lại đều ổn. Người ta cũng không sống trong một gia đình có người mẹ thường xuyên bị đánh đập nhưng cuộc sống của họ vẫn tốt. Những sự cố và chuyện lạm dụng không bao giờ là các sự kiện độc lập. Càng có thêm nhiều trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu thì ta càng chịu nhiều thiệt hại về sau.

Bác sĩ Felitti và nhóm của ông đã phát hiện ra rằng những ảnh hưởng của sang chấn ở trẻ em biểu hiện rõ nhất ở trường học. Hơn 2 người với điểm AEC từ 4 trở lên gặp nhiều vấn đề trong học hành và hành vi hơn so với 3% những người có điểm AEC là 0.

Khi những đứa trẻ trưởng thành, chúng không “thoát khỏi” ảnh hưởng của những trải nghiệm thời ấu thơ. Như Felitti ghi nhận: “Các trải nghiệm sang chấn thường bị lạc lối trong thời gian và bị che đậy bởi sự xấu hổ, bí mật và điều cấm kỵ của xã hội”, nhưng nghiên cứu cho thấy tác động của sang chấn đã tràn ngập cuộc sống trưởng thành của những bệnh nhân này. Ví dụ, điểm số ACE cao hóa ra lại tương quan với việc tăng nguy cơ nghỉ việc, gặp nhiều vấn đề tài chính và thu nhập thấp hơn.

Khi điểm ACE tăng lên, nguy cơ trầm cảm mạn tính ở tuổi trưởng thành cũng tăng lên đáng kể. Đối với những người có điểm ACE từ 4 trở lên, tỷ lệ mắc trầm cảm mạn tính là 66% ở phụ nữ và 35% ở nam giới, so với tỷ lệ chung là 12% ở những người có điểm ACE bằng 0. Khả năng được kê toa thuốc chống trầm cảm hoặc thuốc giảm đau theo toa cũng tăng lên theo tỷ lệ. Thuốc chống trầm cảm và thuốc giảm đau chiếm một phần quan trọng trong chi phí quốc gia dành cho chăm sóc sức khỏe ở Hoa Kỳ”(Trở trêu thay, nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân trầm cảm mà không có tiền sử bị lạm dụng hoặc bị

bỏ mặc thường phản ứng tốt hơn với thuốc chống trầm cảm so với bệnh nhân có tiền sử bệnh này!?).

Những nỗ lực tự tử đã được ghi nhận cũng tăng lên theo cấp số nhân cùng với điểm số ACE. Từ 0 điểm đến 6 điểm là tăng 5.000% khả năng xảy ra xu hướng cố gắng tự tử. Càng cảm thấy bị cô lập và không được bảo vệ, người ta càng cảm thấy cái chết như lối thoát duy nhất.

Những người tham gia nghiên cứu còn được hỏi “Bạn đã bao giờ tự coi mình là một người nghiện rượu chưa?”. Những ai có điểm ACE là 4 có nguy cơ nghiện rượu nhiều hơn so với người có điểm ACE là 0. Việc tiêm chích ma túy gia tăng theo cấp số nhân: Đối với những người có điểm ACE từ 6 trở lên, khả năng chích ma túy qua tĩnh mạch cao hơn 4.600% so với những người có điểm ACE là 0.

Các phụ nữ trong nghiên cứu được hỏi về hãm hiếp trong thời kỳ trưởng thành. Với điểm số ACE bằng 0, tỷ lệ hiếp dâm là 5%; với số điểm từ 4 trở lên, con số này là 33%. Tại sao các bé gái bị ngược đãi hoặc bị bỏ rơi có nhiều khả năng bị hãm hiếp trong cuộc đời?

Câu trả lời hàm ý ý nghĩa vượt xa hơn sự hãm hiếp. Ví dụ, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng những bé gái từng chứng kiến bạo lực gia đình, khi lớn lên sẽ có nhiều nguy cơ tự đưa mình vào các mối quan hệ bạo lực để rồi bị bạo hành, trong khi đối với những bé trai từng chứng kiến bạo lực gia đình, nguy cơ họ sẽ lạm dụng đối tác của họ tăng lên 7 bảy lần 18. Hơn 12% những người tham gia nghiên cứu cho biết từng nhìn thấy mẹ mình bị đánh đập.

Danh sách các hành vi có nguy cơ cao được tiên đoán bởi điểm số ACE bao gồm hút thuốc, béo phì, mang thai ngoài ý muốn, có nhiều bạn tình và mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Cuối cùng, số lượng các vấn đề sức khỏe mới là vấn đề nổi bật: Đối với 10 căn bệnh gây tử vong cao ở Hoa Kỳ, thì những người có điểm số ACE từ 6 trở lên có nguy cơ mắc bệnh cao hơn 15% so với những người có điểm số ACE bằng 0. Sự căng thẳng kéo dài trên cơ thể luôn luôn bắt họ phải trả giá.

KHI VẤN ĐỀ LẠI CHÍNH LÀ GIẢI PHÁP

12 năm sau khi tiến hành trị liệu béo phì cho cô gái nọ, bác sĩ Felitti tìm gặp lại người phụ nữ đã có quy trình giảm và tăng cân bất thường đã tạo động lực cho ông bắt đầu nghiên cứu này. Cô ấy nói sau đó mình đã giải phẫu thu nhỏ dạ dày, nhưng sau khi giảm được 44 kg, cô ấy lại thích tự sát. Cô đã phải qua năm bệnh viện tâm thần và ba khóa trị liệu sốc điện để kiểm soát tình trạng muốn tự tử.

Felitti chỉ ra rằng béo phì, vốn được coi là một vấn đề sức khỏe cộng đồng, có thể thực sự là một giải pháp cá nhân cho nhiều người. Một nạn nhân nữ bị cưỡng hiếp nói với Felitti rằng: “Thừa cân thì không bị ai chú ý, đó chính là điều tôi cần”. Trọng lượng cũng có thể bảo vệ đàn ông. Felitti nhớ lại hai bảo vệ của một nhà tù tham gia chương trình chữa béo phì của mình. Hai người này sau đó đã nhanh chóng lấy lại trọng lượng đã giảm được, vì họ cảm thấy an toàn hơn nhiều khi là người to con nhất dãy nhà giam. Một bệnh nhân nam khác trở nên béo phì sau khi cha mẹ ly hôn, sau đó anh chuyển đến sống với người ông nghiện rượu và bạo lực. Anh ấy giải thích: “Tôi không ăn vì tôi đói hay gì cả. Đơn giản là tôi cảm thấy an toàn khi tôi mập mập, to con. Từ lúc vào mẫu giáo, tôi luôn bị lũ bạn bắt nạt, đánh đập. Từ khi tôi lên ký, chúng nó không bắt nạt tôi nữa”.

Nhóm nghiên cứu ACE đã kết luận rằng: “Mặc dù người ta hiểu những vấn đề như hút thuốc, uống rượu, ma túy, béo phì là có hại

đối với sức khỏe, nhưng những người này rất khó từ bỏ. Rất ít người quan tâm đến khả năng những nguy cơ sức khỏe lâu dài lại có thể trở nên có lợi cho một cá nhân trong một thời gian ngắn. Rất nhiều lần bệnh nhân kể với chúng tôi về các lợi ích của những rủi ro sức khỏe này. Có thể nhiều người lo ngại về ý tưởng “vấn đề cũng chính là một giải pháp”, thì với một số người bị sang chấn, đó là cách để họ thích ứng với thực tại. Những gì ta nhìn thấy, những vấn đề hiển hiện thường chỉ là dấu hiệu của một vấn đề thực sự đang bị thời gian vùi lấp, đang bị che giấu bởi sự xấu hổ, bí mật và đôi khi mất trí nhớ của bệnh nhân và cả sự khó chịu của các bác sĩ lâm sàng”.

Chương 10

RỐI LOẠN PHÁT TRIỂN DO SANG CHẤN: ĐẠI DỊCH TIỀM ẨN

Nghiên cứu về những ảnh hưởng của việc bị ngược đãi khi còn bé đã kể cho chúng ta một câu chuyện khác: Việc bị ngược đãi khi còn bé gây tác động tiêu cực đến sự phát triển của não. Bộ não của chúng ta được nhào nặn nên bởi những kinh nghiệm đầu đời. Sự ngược đãi chính là cái đục chạm khắc nên một bộ não đối phó với xung đột, nhưng cái giá phải trả là những vết thương sâu và dai dẳng. Lạm dụng trẻ em không phải là chuyện ta có thể lờ đi. Đó là một tội ác mà chúng ta phải thừa nhận và đối đầu nếu chúng ta muốn thay đổi cái chu kỳ bạo lực không được kiểm soát ở đất nước này.

Martin Teicher, MD, PhD, Scientific American (Khoa học Hoa Kỳ)

Bé Anthony chỉ mới hai tuổi rưỡi khi được đưa đến Trung tâm Điều trị Sang chấn của chúng tôi và các nhân viên ở trung tâm chăm sóc trẻ em không thể kiểm soát được bé: Bé hay cắn và xô đẩy người khác, không muốn ngủ trưa, hay khóc lóc, đập đầu và đong đưa người. Bé không cảm thấy an toàn với bất kỳ nhân viên nào, lúc thì bé tỏ ra ủ rũ suy sụp, lúc thì giận dữ, thách thức mọi người.

Khi chúng tôi gặp bé và mẹ, bé lo lắng bám lấy mẹ và giấu khuôn mặt của mình, trong khi mẹ bé luôn miệng nói: “Đừng có trẻ con thế”.

Nghe tiếng cánh cửa đập mạnh đầu đó dưới hành lang, bé giật mình, vùi mặt sâu hơn vào lòng mẹ. Khi bị mẹ đẩy ra, bé lại ngồi ở góc phòng, bắt đầu tự lấy tay đập vào đầu. Mẹ bé nói: “Nó chỉ làm thế để gây chú ý với tôi thôi”.

Chúng tôi hỏi người mẹ về hoàn cảnh của cô, cô kể mình bị bố mẹ bỏ rơi, những người họ hàng nuôi dưỡng cô, và những người họ hàng này đánh đập, bỏ rơi và bắt đầu lạm dụng tình dục có khi cô 13 tuổi.

Khi cô có thai với người bạn trai hay say xỉn, anh ta đã bỏ đi. Cô nói Anthony giống bố nó – một kẻ vô tích sự. Cô đã vô số lần ẩu đả với những người bạn trai kế tiếp nhưng cô nghĩ Anthony chẳng hay biết những chuyện xảy ra lúc nửa đêm ấy.

Nếu Anthony được nhập viện, bé có thể bị chẩn đoán đủ kiểu rối loạn tâm thần khác nhau như trầm cảm, rối loạn thách thức chống đối, lo lắng, rối loạn gắn bó, rối loạn tăng động giảm chú ý và rối loạn stress sau sang chấn. Tuy nhiên, chẳng có chẩn đoán nào làm sáng tỏ được điều gì đang xảy ra với Anthony: Rằng bé khiếp sợ và phải đấu tranh vì sự sống, bé không tin rằng mẹ có thể giúp đỡ mình.

Sau đó, chúng tôi gặp bé gái Maria – 15 tuổi, người Mỹ Latinh, là một trong số hơn nửa triệu trẻ em ở Mỹ đã lớn lên trong chương trình chăm sóc nuôi dưỡng và điều trị nội trú. Maria bị béo phì và hung hăng. Em từng bị lạm dụng tình dục, thể chất và tinh thần. Em đã sống ở hơn 20 mái ấm khác nhau kể từ năm 8 tuổi. Các báo cáo y tế mô tả em là một người câm lặng, đầy thù hận, bốc đồng, liều lĩnh, tự gây tổn thương mình, với biến động tâm trạng cực đoan và tính khí nóng nảy. Em tự gọi mình là “đồ rác rưởi, đồ vô giá trị, đồ bỏ đi”.

Sau nhiều lần tự tử, Maria được đưa vào một trong những trung tâm điều trị nội trú của chúng tôi. Ban đầu, em cảm lạnh, xa lánh mọi người, sẵn sàng tấn công những ai muốn tiếp xúc với em. Sau khi thử qua nhiều phương pháp tiếp cận nhưng không thành công, chúng tôi quyết định trị liệu cho em bằng ngựa, tức là giao cho em chăm sóc một chú ngựa và học cách huấn luyện ngựa đơn giản.

Hai năm sau, tôi trò chuyện với Maria tại buổi lễ tốt nghiệp trung học của em. Em đã được nhận vào một trường cao đẳng. Khi tôi hỏi điều gì đã giúp đỡ em nhiều nhất, em trả lời: “Chính là chú ngựa em từng chăm sóc”.

Em nói rằng em bắt đầu cảm thấy an toàn với chú ngựa vì mỗi ngày nó đều có mặt, kiên nhẫn đợi em và tỏ ra vui mừng khi gặp em. Lần đầu em cảm nhận một mối quan hệ gần gũi với một sinh vật khác và bắt đầu nói chuyện với nó như một người bạn. Dần dần, em bắt đầu nói chuyện với những đứa trẻ khác trong chương trình và cuối cùng là nói chuyện với nhà tham vấn của mình.

Virginia là bé gái da trắng 13 tuổi, được nhận làm con nuôi. Em bị cách ly khỏi người mẹ lạm dụng ma túy. Sau khi người mẹ nuôi đầu tiên của em đổ bệnh và mất, em được chuyển từ trại mồ côi này sang trại mồ côi khác trước khi được nhận nuôi lần nữa. Virginia luôn tỏ ra quyến rũ với bất kỳ người đàn ông nào em gặp. Em cũng đã thuật lại tiền sử bị lạm dụng thể chất và tình dục bởi rất nhiều người trông trẻ và chăm sóc tạm thời.

Sau 13 lần nhập viện vì khủng hoảng tự tử, Virginia đến với chương trình điều trị nội trú của chúng tôi. Các nhân viên mô tả em là một người cô lập, thích kiểm soát, nóng nảy, nhiều dự vọng, tọc mạch, đầy cảm hận và tự yêu mình. Em tự mô tả mình là ghê tởm và

nói rằng em ước gì mình chết đi. Các chẩn đoán trong hồ sơ của em là rối loạn lưỡng cực, rối loạn gây hấn, rối loạn gắn bó, rối loạn kém chú ý, rối loạn thách thức chống đối và rối loạn sử dụng chất kích thích. Nhưng đâu mới thật sự là Virginia? Chúng ta có thể giúp em có một cuộc sống như thế nào?

Chúng ta hy vọng có thể giải quyết được vấn đề của trẻ em chỉ khi nào chúng ta xác định chính xác những gì đang xảy ra với trẻ. Chúng ta cần làm nhiều hơn nữa ngoài việc nghiên cứu, sản xuất các loại thuốc mới để kiểm soát những vấn đề của trẻ em hoặc cố gắng tìm ra “loại” gene chịu trách nhiệm cho “căn bệnh” này.

Chúng ta cần tìm ra cách giúp trẻ em có được cuộc sống tốt hơn. Muốn đạt mục tiêu này, điều đầu tiên cần làm là đối mặt với hiện thực.

SANG CHẤN LÀ DO CÁC GENE XẤU?

Khi trẻ có những vấn đề lan tỏa như nêu trên và có cha mẹ kém chức năng như thế, ta có xu hướng cho rằng chính các gene xấu là nguyên nhân của sang chấn ở trẻ. Việc tìm ra một mối liên kết có tính di truyền có vẻ đặc biệt liên quan đến bệnh tâm thần phân liệt (schizophrenia), một chứng bệnh khá phổ biến (ảnh hưởng đến khoảng 1% dân số), nghiêm trọng, một dạng bệnh lý tinh thần khó hiểu và thường xảy ra qua nhiều thế hệ trong các gia đình. Vậy mà sau ba mươi năm và các nghiên cứu trị giá hàng triệu đô-la, chúng ta vẫn không thể tìm ra các mô hình di truyền nhất quán nào cho bệnh tâm thần phân liệt hay bất cứ bệnh tâm thần nào khác. Nhiều người đã và đang nghiên cứu để phát hiện ra các yếu tố di truyền khiến con người phát triển sang chấn, song đến nay vẫn chưa có bất kỳ câu trả lời vững chắc nào*.

Các nghiên cứu gần đây đã xóa đi ý tưởng đơn giản rằng “có” một gene đặc biệt tạo ra một kết quả cụ thể. Hóa ra nhiều động cùng nhau để tác động đến một kết cục duy nhất. Thậm chí quan trọng hơn nữa, các gene không cố định; các sự kiện trong cuộc sống có thể kích hoạt các thông điệp sinh hóa, có thể bật hoặc tắt gene bằng cách gắn lên gene các nhóm methyl (quá trình methyl gene hoạt hóa), làm cho gene ít hoặc nhiều nhạy cảm với các thông điệp từ cơ thể. Mặc dù các sự kiện trong cuộc sống có thể thay đổi hành vi của gene nhưng chúng không làm thay đổi cấu trúc cơ bản của gene. Tuy nhiên, các mẫu gene được methyl hóa có thể truyền sang thế hệ con cái, hiện tượng này được gọi là di truyền biểu sinh (epigenetics). Một lần nữa, cơ thể lại lưu giữ thông tin, ở mức độ sâu nhất của sinh vật.

Một trong những thí nghiệm được trích dẫn nhiều nhất về di truyền biểu sinh do nhà nghiên cứu Michael Meaney ở Đại học McGill thực hiện trên những con chuột mới chào đời và mẹ của chúng. Ông nhận thấy việc chuột mẹ liếm cho chuột con nhiều thế nào trong 12 tiếng đầu chào đời sẽ liên tục ảnh hưởng các hóa chất não phản ứng với stress và thay đổi cấu hình của hơn 1.000 gene. Những chú chuột được mẹ liếm nhiều hơn thường dũng cảm hơn và sản sinh ra các hormone của stress thấp hơn so với những chú chuột ít được mẹ chú ý. Những chú chuột được mẹ liếm nhiều cũng hồi phục nhanh hơn – sự bình tĩnh tồn tại suốt cả đời chúng. Chúng phát triển các kết nối dày hơn trong hồi hải mã (hippocampus), trung tâm chính của học tập và ghi nhớ, và chúng cũng phát triển tốt hơn một kỹ năng quan trọng của loài gặm nhấm – tìm đường đi qua những mê cung.

Chúng ta mới chỉ bắt đầu biết rằng những trải nghiệm stress cũng ảnh hưởng đến biểu hiện gene ở người. Những đứa trẻ có mẹ đang mang thai bị mắc kẹt trong những ngôi nhà không được sưởi ấm kéo dài trong những trận bão tuyết ở Quebec (Canada) có những thay đổi di truyền biểu sinh lớn hơn so với con của các bà mẹ ở trong những ngôi nhà ấm áp.

Nhà nghiên cứu Moshe Szyf đã so sánh di truyền biểu sinh của hàng trăm trẻ em được sinh ra ở hai tầng lớp xã hội khác biệt rõ rệt ở Vương quốc Anh và đo lường những ảnh hưởng của việc lạm dụng trẻ em đối với cả hai nhóm. Sự khác biệt trong tầng lớp xã hội có liên quan đến sự khác biệt rõ rệt trong di truyền ngoại gene, nhưng trẻ em bị lạm dụng ở cả hai nhóm đều có chung những thay đổi cụ thể trong 73 gene. Theo lời của Szyf: “Những thay đổi quan trọng đối với cơ thể chúng ta có thể được thực hiện không chỉ bằng các chất hóa học và độc tố, mà còn thay đổi theo cách mà thế giới xã hội giao tiếp với thế giới bên trong”⁷⁸.

LOÀI KHỈ GIẢI ĐÁP NHỮNG THẮC MẮC XƯA CŨ VỀ TỰ NHIÊN VÀ NUÔI DƯỠNG

Một trong những cách hiểu rõ nhất về chất lượng của việc nuôi dạy con cái và môi trường ảnh hưởng đến biểu hiện gene nằm trong công trình nghiên cứu của Stephen Suomi – Giám đốc Trung tâm Nghiên cứu Tập tính và Tiến hóa của Viện Sức khỏe Quốc gia (National Institutes of Health’s Laboratory of Comparative Ethology). Trong hơn 40 năm, Suomi đã nghiên cứu sự di truyền tính cách qua các thế hệ ở khỉ vàng, loài có chung 95% với gene người. Giống như con người, khỉ vàng sống trong các nhóm xã hội lớn với các liên minh và các mối quan hệ phức tạp, và chỉ những thành viên có thể

đồng bộ hành vi của mình với nhu cầu của nhóm thì mới tồn tại và phát triển.

Khỉ vàng cũng giống như con người trong các mô hình gắn bó. Khỉ sơ sinh phụ thuộc vào sự giao tiếp thể chất với khỉ mẹ. Chúng phát triển bằng cách khám phá phản ứng của mình đối với môi trường, chạy về với mẹ bất cứ khi nào chúng cảm thấy sợ hãi hay lạc lõng. Một khi trở nên độc lập hơn, chúng học cách chung sống hòa thuận với nhau bằng cách chơi với bạn bè đồng lứa.

Suomi xác định hai loại tính cách sẽ khiến những con khỉ thường gặp rắc rối: những con khỉ bức dọc, lo âu, xa lánh đồng loại, buồn bã ngay cả trong tình huống mà những con khỉ khác vẫn chơi đùa; và những con khỉ hung hăng, hay gây rối đến mức bị đồng loại xa lánh, đánh đập hoặc thậm chí bị giết. Cả hai nhóm khỉ này đều khác nhau về sinh học So với những con khỉ đồng lứa khác.

Sự bất thường trong mức độ hưng phấn, hormone của stress và sự trao đổi chất của các chất hóa học trong não như serotonin có thể được tìm thấy trong vài tuần đầu đời, và sinh học lẫn hành vi của chúng đều không thay đổi khi chúng trưởng thành. Suomi phát hiện ra một loạt các hành vi được quy định do di truyền. Ví dụ, ở giai đoạn 4 tuổi, những con khỉ bức dọc (được phân loại dựa trên cả hành vi lẫn mức cortisol cao ở thời điểm sáu tháng tuổi) sẽ uống nhiều rượu hơn trong các tình huống thực nghiệm so với những con khác. Những con khỉ hung hăng, xét về mặt di truyền, cũng uống rượu quá mức – nhưng chúng uống rượu say khướt đến mức là đi, trong khi những con khỉ bức dọc dường như chỉ uống để bình tĩnh lại.

Môi trường xã hội cũng đóng góp đáng kể cho hành vi và sinh học. Những con khỉ cái luôn bồn chồn, lo lắng thì không chơi đùa tốt

với đồng loại, và do đó, chúng thường thiếu sự hỗ trợ xã hội khi sinh con và có nguy cơ cao bỏ rơi hoặc ngược đãi con mình. Nhưng khi những con khỉ cái này thuộc về một nhóm xã hội ổn định, chúng thường trở thành những bà mẹ siêng năng và cẩn thận trông chừng con mình. Trong một số tình huống, việc là một bà mẹ hay lo lắng có thể giúp chúng bảo vệ con nhiều hơn. Mặt khác, các bà mẹ hung hăng không mang lại bất kỳ lợi ích xã hội nào: Chúng rất tàn bạo với con mình, chúng đánh, đá và cắn rất nhiều. Nếu những chú khỉ sơ sinh sống sót thì mẹ của chúng thường ngăn không cho chúng kết bạn với những con khỉ khác.

Trên thực tế, ta không thể biết chính xác con người hung hăng, căng thẳng là do gene cha mẹ di truyền sang hoặc do bị mẹ ngược đãi, hoặc do cả hai. Nhưng trong một phòng thí nghiệm khỉ, người ta có thể tách rời con khỉ sơ sinh có các gene dễ bị tổn thương khỏi mẹ ruột của chúng, sau đó họ đưa khỉ con cho một mẹ khỉ khác nuôi dưỡng hoặc cho khỉ con tham gia nhóm khỉ đồng trang lứa nào đó.

Những con khỉ con bị tách khỏi mẹ ngay khi lọt lòng và được tập hợp lại với nhau thường gắn bó với nhau hơn. Chúng bầu chặt lấy nhau, không chịu tách nhau ra để tham gia vào những hoạt động khám phá, vui chơi lành mạnh. Cho dù chúng có chơi đùa chút đỉnh thì những trò chơi của chúng thường kém phức tạp, kém sáng tạo so với trò chơi của những con khỉ bình thường.

Những con khỉ này khi lớn lên sẽ trở nên thiếu tò mò, hay bồn chồn, gặp tình huống nào mới là tỏ ra sợ hãi. Bất kể khuynh hướng di truyền của chúng, những con khỉ cùng được nuôi dạy cũng phản ứng quá mức với những căng thẳng nhỏ: Cortisol của chúng tăng lên

nhều hơn khi phản ứng với tiếng ồn so với những con khỉ được nuôi dưỡng bởi chính mẹ của mình.

Quá trình trao đổi chất serotonin của chúng thậm chí còn bất thường hơn so với những con khỉ có di truyền về tính gây hấn nhưng được chính mẹ mình nuôi dưỡng. Điều này dẫn đến kết luận rằng, ít nhất là ở khỉ, những kinh nghiệm đầu đời ít nhất cũng có tác động nhiều đến sinh học như tính di truyền.

Khỉ và người có cùng hai biến thể của gene serotonin gọi là allele vận chuyển serotonin ngắn và dài. Ở người, allele ngắn có liên quan đến sự bốc đồng, gây hấn, tìm kiếm cảm giác mạnh, những nỗ lực tự tử, và trầm cảm trầm trọng. Suomi cho thấy, ít nhất là ở khỉ, môi trường đã định hình nên sự tác động của gene này lên hành vi. Những con khỉ có allele ngắn được nuôi dưỡng bởi một người mẹ thích hợp đã cư xử bình thường và quá trình trao đổi chất của serotonin ở chúng diễn ra bình thường".

Tương tự, nhà nghiên cứu Alec Roy của New Zealand đã phát hiện ra rằng người sở hữu allele ngắn có tỷ lệ trầm cảm cao hơn so với người sở hữu allele dài, nhưng điều này chỉ đúng nếu họ từng bị lạm dụng hoặc bỏ bê ngày bé. Kết luận đã quá rõ ràng: Trẻ em đủ may mắn để có một người cha hoặc mẹ đồng điệu và ân cần thì sẽ không phát triển vấn đề liên quan đến yếu tố di truyền này'.

Nghiên cứu của Suomi đã củng cố những kết quả nghiên cứu về sự gắn bó của con người: Những mối quan hệ đầu đời có tính an toàn và che chở là rất quan trọng để bảo vệ trẻ em khỏi các vấn đề lâu dài. Ngoài ra, dù cha mẹ có mang những gene dễ tổn thương thì họ vẫn có thể mang lại sự bảo vệ đầu đời cho con cái họ nếu họ được hỗ trợ đúng cách.

MẠNG LƯỚI QUỐC GIA VỀ STRESS DO SANG CHẤN Ở TRẺ EM (THE NATIONAL CHILD TRAUMATIC STRESS NETWORK)

Gần như tất cả các bệnh từ ung thư đến viêm võng mạc sắc tố đều có các nhóm giúp thúc đẩy nghiên cứu và điều trị căn bệnh đó, nhưng không có một tổ chức nào tương tự như vậy để nghiên cứu và tìm cách chữa trị cho những trẻ em bị sang chấn, cho đến tận năm 2001, khi Mạng lưới Quốc gia về Stress do Sang chấn ở Trẻ em (National Child Traumatic Stress Network - NCTSN) được thành lập.

Năm 1998, Adam Cummings từ Quỹ Nathan Cummings nói với tôi rằng họ quan tâm đến việc nghiên cứu những ảnh hưởng của sang chấn lên việc học tập. Tôi đã nói với họ mặc dù đã có một vài công trình nghiên cứu về chủ đề này ? nhưng không có chỗ để vận dụng những điều đã được khám phá. Sự phát triển tinh thần, sinh học hay đạo đức của trẻ em bị sang chấn đã không được giảng dạy một cách có hệ thống cho những người làm việc chăm sóc trẻ, bác sĩ nhi khoa hoặc trong các trường đại học về tâm lý học hoặc công tác xã hội.

Chúng tôi đã triệu tập một nhóm tư vấn bao gồm các đại diện từ Bộ Y tế và Bộ Tư pháp Hoa Kỳ, cố vấn chăm sóc sức khỏe của Thượng nghị sĩ Ted Kennedy và một nhóm các đồng nghiệp của tôi chuyên về sang chấn ở trẻ em. Nhóm đã kết luận rằng cần phải có một tổ chức quốc gia thúc đẩy cả nghiên cứu về sang chấn ở trẻ em lẫn thúc đẩy việc giảng dạy cho giáo viên, thẩm phán, các bộ trưởng, cha mẹ nuôi, bác sĩ, y tá và chuyên gia về sức khỏe tâm thần – bất cứ ai liên quan đến trẻ em bị lạm dụng và bị sang chấn tâm lý.

Dự luật thành lập Mạng lưới Quốc gia về Stress do Sang chấn ở Trẻ em được Thượng viện thông qua với sự ủng hộ của cả hai đảng

và từ năm 2001 nó đã phát triển từ một mạng lưới hợp tác gồm 17 điểm đến hơn 150 trung tâm trên toàn quốc.

Joseph Spinazzola, đồng nghiệp của tôi ở Trung tâm Điều trị Sang chấn, đã dẫn dắt một cuộc khảo sát hồ sơ của gần hai nghìn trẻ em và thanh thiếu niên từ các cơ quan trong mạng lưới. Chúng tôi nhanh chóng xác nhận những điều mà chúng tôi nghi ngờ: Đa số các em đều sống trong các gia đình cực kỳ bất ổn. Hơn một nửa đã bị lạm dụng cảm xúc và/hoặc không được chăm sóc đầy đủ. Gần 50% trẻ đã tạm thời mất người chăm sóc vì họ đi tù, đang được điều trị hoặc phục vụ trong quân đội và các em được chăm sóc bởi người lạ, cha mẹ nuôi, hoặc bà con xa. Khoảng một nửa trong số này thuật lại chúng đã chứng kiến bạo lực gia đình và một phần tư cũng là nạn nhân của lạm dụng tình dục và/hoặc thể chất.

SỨC MẠNH CỦA CHẨN ĐOÁN

Trong những năm 1970, không có cách nào để phân loại các triệu chứng trên diện rộng của hàng trăm ngàn cựu chiến binh Mỹ tham gia chiến trường Việt Nam. Như đã nói ở đầu sách, các nhà lâm sàng buộc phải ứng biến trong điều trị bệnh nhân của họ và điều này khiến họ không thể nghiên cứu một cách có hệ thống các phương pháp tiếp cận thực sự có hiệu quả. Việc áp dụng chẩn đoán PTSD của DSM-III đã dẫn tới các nghiên cứu khoa học mở rộng và phát triển các phương pháp điều trị hiệu quả, điều này trở nên có liên quan không chỉ đối với các cựu chiến binh mà còn đối với nạn nhân của một loạt các sự kiện gây sang chấn như tai nạn, hãm hiếp, xâm phạm và tai nạn xe cộ..

DSM định nghĩa PTSD khá dễ hiểu: Khi một người bị tiếp xúc với một sự kiện khủng khiếp liên quan đến cái chết thực tế hoặc đe dọa

tính mạng hoặc bị thương nghiêm trọng của chính mình hay của người khác, gây ra nỗi sợ hãi tột độ, bất lực, hoặc khiếp sợ, dẫn đến nhiều biểu hiện tại trải nghiệm lại sự kiện (hồi tưởng, ác mộng, cảm giác như thể sự kiện này đang xảy ra), sự né tránh triền miên và tê liệt (né tránh con người, né tránh địa điểm, ý nghĩ hoặc cảm xúc liên quan đến sang chấn, đôi khi quên bằng những phần quan trọng của sự kiện), và bị gia tăng kích thích (mất ngủ, cảnh giác quá mức hoặc dễ cáu gắt).

Mô tả này gợi ý một cốt truyện rõ ràng: Một người đột ngột và bất ngờ gặp một sự kiện tàn khốc, thế là người ấy thay đổi mãi mãi, không bao giờ có thể trở lại con người trước kia. Các thương tổn có thể đã kết thúc trong thực tế, nhưng nó vẫn cứ lặp đi lặp lại không ngừng trong ký ức và trong một hệ thống thần kinh đã được tổ chức lại.

Định nghĩa này có liên quan như thế nào đến những đứa trẻ mà chúng ta đã thấy? Trẻ có thể phát triển các triệu chứng cơ bản của PTSD tương tự như ở người lớn khi trẻ gặp một tai nạn sang chấn đơn lẻ, như bị chó cắn, gặp tai nạn hoặc chứng kiến một vụ nổ súng trường, cho dù chúng vẫn sống trong một gia đình yên ổn và được người thân chăm sóc, hỗ trợ. Nhờ có chẩn đoán PTSD mà hiện nay chúng ta đã có thể điều trị khá hiệu quả những vấn đề trên.

Trong trường hợp của những trẻ thường gây rắc rối có tiền sử bị lạm dụng hoặc bỏ rơi, nguyên nhân sang chấn cho các hành vi của chúng rất khó thấy bởi vì chúng hiếm khi nói đến việc mình bị đánh, bị bỏ rơi, bị lăng mạ, dù có được hỏi. 82% trẻ em bị sang chấn trong Mạng lưới Quốc gia về Stress do Sang chấn ở Trẻ em (National Child Traumatic Stress Network - NCTSN) không đáp ứng các tiêu

chuẩn chẩn đoán PTSD15 vì chúng thường khép mình, ngờ vực hoặc hung hăng, và thường nhận được các chẩn đoán giả khoa học như “rối loạn thách thức chống đối”, nghĩa là trẻ không làm theo lời người khác, hoặc “rối loạn điều chỉnh khí sắc có tính gây rối” tức là trẻ luôn nổi cơn thịnh nộ.

Với nhiều vấn đề như trên, những đứa trẻ này tích lũy nhiều chẩn đoán theo thời gian. Trước khi đến tuổi 20, nhiều bệnh nhân đã bị gán cho bốn đến sáu, hoặc nhiều hơn, những chẩn đoán ấn tượng nhưng vô nghĩa này. Và cho dù có được điều trị, chúng cũng chỉ nhận được những phương pháp kiểm soát hằng ngày: uống thuốc, điều chỉnh hành vi hoặc trị liệu. Những cách này ít có hiệu quả và thường gây thêm tổn hại.

Khi NCTSN điều trị ngày càng nhiều trẻ em, thì rõ ràng là chúng ta cần một chẩn đoán có thể nắm bắt lấy thực tế những trải nghiệm của trẻ. Chúng tôi bắt đầu với một cơ sở dữ liệu của gần 20.000 trẻ em đang được điều trị tại các địa điểm khác nhau trong mạng lưới. Chúng tôi thu thập tất cả các bài báo nghiên cứu về trẻ em bị lạm dụng và bỏ bê. Chúng tôi đã lọc được 130 nghiên cứu có liên quan được thực hiện trên 100.000 trẻ em và thanh thiếu niên trên toàn thế giới. Sau đó, một nhóm gồm 12 bác sĩ lâm sàng và các nhà nghiên cứu chuyên về sang chấn ở trẻ em họp mỗi năm hai lần trong 4 năm để soạn thảo một đề xuất cho một chẩn đoán phù hợp mà chúng tôi đã quyết định gọi là Rối loạn Phát triển do Sang chấn (Developmental Trauma Disorder)

Khi sắp xếp lại các phát hiện của mình, chúng tôi đã tìm ra một mô tả sơ lược nhất quán cho chẩn đoán này: (1) một mô hình rối loạn điều hòa lan tỏa (pervasive pattern of dysregulation), (2) các vấn đề

với sự chú ý và sự tập trung, và (3) những khó khăn gặp phải với chính bản thân và với người khác. Những tâm trạng và cảm xúc của trẻ đã nhanh chóng chuyển từ thái cực này sang thái cực khác - từ cơn nóng giận và hoảng sợ đến sự tách rời, phẳng lặng và phân ly. Khi chúng thấy buồn bã (điều đã xảy ra nhiều lần), chúng không thể lấy lại bình tĩnh cũng không thể mô tả những gì chúng đang cảm thấy.

Có một hệ thống sinh học giúp duy trì các hormone của stress để đối phó với các mối đe dọa thực sự hoặc tưởng tượng dẫn đến các vấn đề về thể chất: rối loạn giấc ngủ, nhức đầu, đau không giải thích được, xúc giác và thính giác nhạy cảm quá mức. Việc bị kích động hoặc khép mình khiến chúng không thể tập trung chú ý. Để giảm căng thẳng, chúng có những hành vi như đong đưa người hoặc tự gây tổn thương mình (tự cắn, cắt, đốt, đánh mình, bứt tóc, ngắt da đến khi chảy máu). Nó cũng dẫn đến những khó khăn trong việc xử lý ngôn ngữ và phối hợp động tác phức tạp. Tiêu hao tất cả năng lượng vào việc kiểm soát bản thân khiến chúng thường gặp rắc rối trong việc chú ý đến những thứ như học tập, điều này không liên quan trực tiếp đến chuyện chúng đã sống sót, và sự kích thích quá mức của chúng làm chúng dễ bị phân tâm.

Thường bị phớt lờ hoặc bỏ rơi khiến chúng bám víu và thiếu thốn, ngay cả với những người đã lạm dụng chúng. Đứa bé từng bị đánh đập, bị coi là kinh tởm, bị lạm dụng tình dục và bị ngược đãi, thường sẽ nghĩ mình là kẻ vô dụng và vô giá trị. Trẻ sống với nỗi căm ghét chính mình, cảm giác vô dụng và vô giá trị. Việc trẻ không tin một ai có phải là điều đáng ngạc nhiên không? Cuối cùng, sự kết

hợp giữa cảm giác ghê tởm bản thân và phản ứng thái quá đối với những thất vọng nhỏ nhất khiến chúng khó kết bạn.

Chúng tôi đã xuất bản các bài báo đầu tiên về những phát hiện của chúng tôi, phát triển thang đo đánh giá đã được thẩm định 18 và thu thập dữ liệu về khoảng 350 trẻ em cùng cha mẹ hoặc cha mẹ nuôi để xác định rằng đây là một chẩn đoán, Rối loạn Phát triển do Sang chấn (Developmental Trauma Disorder) đã bao quát được toàn bộ những triệu chứng của trẻ. Nó cho phép chúng ta đưa ra một chẩn đoán đơn lẻ và chắc chắn sẽ tìm ra nguồn gốc của các vấn đề của trẻ khi kết hợp sang chấn với sự gắn bó bị tổn thương.

NHỮNG MỐI QUAN HỆ ĐỊNH HÌNH SỰ PHÁT TRIỂN CỦA CON NGƯỜI NHƯ THẾ NÀO

Từ năm 1975 đến năm 2005, Alan Sroufe và các cộng sự ở Đại học Minnesota đã theo dõi 180 trẻ em và gia đình của chúng trong Nghiên cứu dài hạn về Nguy cơ và Thích ứng (The Minnesota Longitudinal Study of Risk and Adaptation).

Các nhà nghiên cứu đã tìm những phụ nữ da trắng lần đầu làm mẹ, nghèo khó, có xuất thân khác nhau, nhận được những nguồn trợ cấp xã hội khác nhau để nuôi con. Nghiên cứu được bắt đầu ba tháng trước khi trẻ chào đời và theo dõi trẻ trong suốt 30 năm sau đó, quan sát, đo lường mọi khía cạnh chính trong cuộc sống của trẻ. Nghiên cứu này xem xét những câu hỏi căn bản như: Làm sao trẻ học cách vừa chú ý điều gì đó vừa điều chỉnh những kích thích bên trong mình (nghĩa là tránh bị quá kích động hoặc quá suy sụp) và tiếp tục kiểm soát sự bốc đồng của bản thân? Trẻ cần được hỗ trợ những gì và hỗ trợ vào lúc nào?

Sroufe và các đồng nghiệp nhận thấy rằng chất lượng chăm sóc và các yếu tố sinh học có mối liên hệ chặt chẽ. Chẳng có gì là bất biến. Tính cách của người mẹ, dị tật thần kinh bẩm sinh, chỉ số IQ của đứa trẻ, tính khí của trẻ – bao gồm cả mức độ hoạt động và phản ứng của trẻ khi bị căng thẳng - đều không thể dự đoán được trẻ có phát triển các vấn đề hành vi nghiêm trọng khi đến giai đoạn thanh thiếu niên hay không. Vấn đề chính là bản chất của mối quan hệ giữa cha mẹ và con cái: cách cha mẹ cảm nhận về con mình và tương tác với con cái. Giống như những con khỉ của Suomi, sự kết hợp giữa những khỉ con dễ bị tổn thương và những con khỉ chăm sóc cứng rắn sẽ cho ra những khỉ con hay bám víu, cáu giận. Hành vi vô cảm, hay xô đẩy, xúc phạm của cha mẹ lúc trẻ sáu tháng tuổi có thể khiến trẻ hiếu động thái quá, gặp rắc rối trong việc tập trung khi đến tuổi mẫu giáo hoặc lớn hơn”.

Tập trung vào nhiều khía cạnh của sự phát triển, đặc biệt là mối quan hệ với người chăm sóc, giáo viên và bạn đồng lứa, Sroufe và các cộng sự đã phát hiện ra rằng người chăm sóc không chỉ giúp trẻ quản lý được những cơn kích động của mình mà còn có thể điều chỉnh những cơn kích động ấy. Những đứa trẻ thường xuyên bị đẩy đến bờ vực kích động quá mức và vô tổ chức sẽ không phát triển được sự đồng điệu cần thiết của những hệ thống não ức chế và kích thích, và chúng dần nghĩ rằng nếu có chuyện gì đó khó chịu xảy ra thì lẽ nào chúng cũng sẽ mất kiểm soát. Những đứa trẻ này thường rất dễ bị tổn thương, khi đến cuối giai đoạn niên thiếu, một nửa trong số chúng mắc các vấn đề về sức khỏe tinh thần có thể chẩn đoán được. Có những mô hình rất rõ ràng ở đây: Những đứa trẻ được chăm sóc phù hợp sẽ trở thành những đứa trẻ biết tự điều chỉnh tốt những đứa

trẻ được chăm sóc thất thường sẽ bị kích thích sinh lý kéo dài. Con cái của những bậc cha mẹ có tính khí khó đoán thường la hét để gây chú ý với người khác, thường cực kỳ thất vọng trước những thách thức nhỏ nhất. Sự căng thẳng dai dẳng khiến trẻ lo âu kéo dài. Ngay cả khi vui chơi, khám phá thì trẻ cũng không ngừng tìm kiếm sự yên tâm, kết quả là trẻ lớn lên với nỗi lo lắng thường trực, không dám mạo hiểm điều gì.

Việc sớm bị cha mẹ bỏ bê hoặc bị cư xử khắc nghiệt dẫn đến việc trẻ có những hành vi gây rối ở trường, dễ gặp rắc rối với bạn bè, thiếu cảm thông với những người đang đau khổ. Điều này đã tạo ra một chu kỳ luẩn quẩn đau lòng: Bị kích động kéo dài, cùng với việc thiếu vắng niềm an ủi từ cha mẹ làm cho trẻ trở nên quậy phá, chống đối và hay gây gổ. Những đứa trẻ quậy phá và hay gây gổ thường bị những người chăm sóc chúng và cả giáo viên, bạn bè ghét bỏ, từ chối và trừng phạt.

Sroufe cũng khám phá được khá nhiều về tính kiên cường: khả năng đứng dậy từ nghịch cảnh. Cho đến nay, yếu tố tiên đoán quan trọng nhất về khả năng con người đối phó với sự thất vọng không thể tránh khỏi trong cuộc đời chính là mức độ an toàn của mối quan hệ giữa trẻ với người chăm sóc chính của trẻ trong hai năm đầu đời 24.

ẢNH HƯỞNG LÂU DÀI CỦA NẠN LOẠN LUÂN

Năm 1986, Frank Putnam và đồng nghiệp của ông tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia (National Institute of Mental Health), Penelope Trickett, đã bắt đầu nghiên cứu lâu dài đầu tiên về tác động của lạm dụng tình dục đối với sự phát triển của phụ nữ 25 ví dụ như việc học tập, quan hệ bạn bè, khái niệm về bản thân, cũng như chuyện hẹn hò đôi lứa.

Putnam và Trickett cũng xem xét những thay đổi theo thời gian của các đối tượng nghiên cứu về các hormone của stress, hormone sinh sản, chức năng miễn dịch và các chỉ số sinh lý khác. Ngoài ra, họ cũng khám phá các yếu tố có thể bảo vệ phụ nữ như trí thông minh, sự hỗ trợ từ gia đình và bạn bè.

Các nhà nghiên cứu đã cẩn thận tuyển chọn 84 cô gái được Trung tâm Dịch vụ Xã hội quận Columbia (District of Columbia Department of Social Services) xác nhận từng bị một thành viên trong gia đình lạm dụng tình dục. Một nhóm dùng để so sánh gồm 82 cô gái cùng tuổi, chủng tộc, tình trạng kinh tế xã hội với nhóm 84 cô gái ở trên, chỉ khác ở chỗ họ không bị lạm dụng. Độ tuổi trung bình là 11. Trong 20 năm tiếp theo, hai nhóm này đã được đánh giá kỹ lưỡng sáu lần, gồm mỗi năm một lần trong ba năm đầu tiên, và ba lần đánh giá sau được tiến hành khi các cô gái ở tuổi 18, 19 và 25. Trong những lần đánh giá đầu, có mẹ của các cô gái tham gia, còn những cuộc đánh giá sau chỉ có các cô gái tham gia. Đáng ngạc nhiên là có đến 96% những bé gái này giờ đã là những phụ nữ trưởng thành, vẫn đang tham gia vào nghiên cứu này.

Các kết quả rất rõ ràng: So với các cô gái cùng tuổi, chủng tộc và hoàn cảnh xã hội, các cô gái bị lạm dụng tình dục phải gánh chịu một loạt các hậu quả tiêu cực như sai lệch nhận thức, trầm cảm, các triệu chứng phân ly, phát triển rối loạn tình dục, tỷ lệ béo phì cao, tự gây thương tích cho bản thân. So với nhóm đối chiếu, tỷ lệ bỏ học trung học của họ cũng cao hơn, mắc nhiều bệnh lý nghiêm trọng và cần được chăm sóc sức khỏe nhiều hơn. Họ có những điểm bất thường trong phản ứng hormone của stress, dậy thì sớm hơn và có một loạt các chẩn đoán tâm thần khác nhau.

Nghiên cứu tiếp theo cho thấy nhiều chi tiết về những ảnh hưởng của việc bị lạm dụng tình dục đến sự phát triển của phụ nữ. Ví dụ, mỗi lần đánh giá, các cô gái trong cả hai nhóm được yêu cầu nói về những điều tồi tệ nhất đã xảy ra với họ trong năm ngoái. Khi họ kể chuyện, các nhà nghiên cứu quan sát thấy họ buồn bã đến thế nào, đồng thời đo lường các chỉ số sinh lý của họ.

Trong lần đánh giá đầu tiên, tất cả các cô gái có vẻ đau khổ khi kể lại câu chuyện tồi tệ đã xảy ra với mình. Ba năm sau, vẫn là câu hỏi này, các cô gái không bị lạm dụng tình dục một lần nữa lại có dấu hiệu đau khổ, nhưng các cô gái bị lạm dụng tình dục đã khép mình và “tê liệt” với nỗi đau. Các chỉ số sinh học của họ phù hợp với các phản ứng này. Trong lần đánh giá đầu tiên, ở cả hai nhóm đều có mức hormone của stress cortisol tăng cao. Ba năm sau, cortisol giảm xuống ở nhóm các cô gái bị lạm dụng tình dục khi họ kể lại chuyện tồi tệ nhất trong năm qua.

Theo thời gian, cơ thể họ dần dần điều chỉnh để thích ứng với sang chấn kéo dài, và hậu quả là các giáo viên, bạn bè và những người khác không nhận ra cô gái ấy đang buồn bã, thậm chí cô ấy có thể cũng không biết mình đang buồn. Vì tự làm “tê liệt” mình nên cô ấy không còn phản ứng với những chuyện đau buồn, nguy hiểm theo cách thông thường, ví dụ như cô ấy không hề tự vệ khi gặp nguy hiểm,

Nghiên cứu của Putnam cũng đã ghi nhận những ảnh hưởng lâu dài phổ biến của loạn luân đến tình bạn và quan hệ vợ chồng. Trước khi dậy thì, những cô gái không bị lạm dụng thường có vài người bạn gái và một người bạn trai, người bạn trai này giúp họ hiểu về thế giới

con trai. Khi đến tuổi vị thành niên, cô gái ấy ngày càng có thêm nhiều bạn trai.

Ngược lại, trước khi đến tuổi dậy thì, các cô gái bị lạm dụng tình dục hiếm khi có bạn thân, dù là gái hay trai. Đến tuổi vị thành niên, họ rơi vào hoang mang và gặp trục trặc tâm lý khi xây dựng quan hệ với con trai.

Thiếu bạn bè ở trường tiểu học có thể tạo nên sự khác biệt rất quan trọng. Giờ đây, chúng ta đã nhận thấy giai đoạn học lớp ba, lớp bốn, lớp năm có tầm quan trọng thế nào đối với các bé gái. Trẻ em gái sẽ cảm thấy rất khó khăn khi bạn bè bỗng dưng “xoay lưng trở mặt”, tình bạn tan vỡ. Tuy nhiên, điều đáng mừng là khi vào trung học, hầu hết các cô gái đã bắt đầu nắm vững những kỹ năng xã hội như nhận diện cảm giác của mình, biết cách dàn xếp các mối quan hệ với người khác, biết giả vờ tỏ ra thích ai đó... Hầu hết các cô gái cũng có những cô bạn để có thể tâm tình, giải khuây. Khi các em gái này bước vào thế giới tình dục và hẹn hò, những người bạn gái là “kênh” để tán gẫu, so sánh, thảo luận.

Các cô gái bị lạm dụng tình dục có hướng phát triển hoàn toàn khác. Họ không có bạn bè nào, từ bạn trai đến bạn gái, vì họ không thể tin tưởng ai. Họ ghét bản thân mình. Sinh lý của họ chống lại họ, dẫn đến việc họ phản ứng thái quá hoặc tê liệt. Họ không thể theo kịp những trò chơi loại trừ/kết nạp đầy rẫy ganh đua, đòi hỏi người chơi phải bình tĩnh trước áp lực. Những đứa trẻ khác thường không muốn giao thiệp với họ vì họ thật kỳ quặc.

Nhưng đó chỉ là khởi đầu của rắc rối. Các bé gái bị cô lập có tiền sử bị loạn luân đã trưởng thành về mặt tình dục sớm hơn một năm rưỡi so với các bé gái không bị lạm dụng. Bị lạm dụng tình dục làm

tăng tốc độ đồng hồ sinh học và quá trình tiết ra các hormone giới tính. Đầu tuổi dậy thì, các bé gái bị lạm dụng có mức testosterone và androstenedione – những hormone kích thích ham muốn tình dục - tăng gấp 3-5 lần so với các bé gái trong nhóm đối chứng.

Kết quả nghiên cứu của Putnam và Trickett tiếp tục được công bố và nó đã tạo ra một bản hướng dẫn vô giá cho các bác sĩ lâm sàng khi xử trí với các cô gái bị lạm dụng tình dục. Ví dụ như ở Trung tâm Điều trị Sang chấn, một bác sĩ lâm sàng đã thông báo vào buổi sáng thứ Hai rằng một bệnh nhân tên Ayesha đã bị hãm hiếp một lần nữa sau kỳ nghỉ cuối tuần. Chuyện là em đã chạy trốn khỏi nhà của nhóm vào lúc 5 giờ sáng thứ Bảy, đi đến nơi tập trung những người nghiện ngập, ăn chơi ở Boston. Em đã lên xe ô-tô cùng một đám con trai. Vào lúc 5 giờ sáng Chủ Nhật, đám thanh niên này đã hãm hiếp tập thể em. Ayesha không thể diễn đạt được những gì em ấy muốn hoặc cần và không thể nghĩ ra cách tự bảo vệ mình. Thay vào đó, em sống trong một thế giới của hành động. Cố gắng giải thích hành vi của em theo hướng nạn nhân/thủ phạm là điều vô ích, hoặc gọi là “trầm cảm”, “rối loạn thách thức chống đối”, “rối loạn bùng phát gián đoạn”, “rối loạn lưỡng cực” hoặc bất kỳ cái nhãn nào khác cũng vậy. Công trình của Putnam đã giúp chúng tôi hiểu cách Ayesha trải nghiệm thế giới, tại sao em không thể nói cho chúng tôi biết điều gì đang xảy ra với em, tại sao em quá bốc đồng và thiếu tự vệ, tại sao em coi chúng tôi là những người đáng sợ chứ không phải là những người có thể giúp đỡ em.

DSM-5: MỘT HỖN HỢP “CHẨN ĐOÁN” THỰC SỰ

Sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5), gọi tắt là DSM5 được

xuất bản vào tháng 5/2013, đề cập đến khoảng 300 chứng rối loạn, bao gồm cả những chứng rối loạn mới phát hiện như: Rối loạn điều chỉnh khí sắc có tính gây rối (Disruptive Mood Regulation Disorder) , Tự gây thương tích không tự tử (Non-suicidal Self Injury), Rối loạn bùng phát gián đoạn (Intermittent Explosive

Disorder), Rối loạn do rối loạn gắn kết xã hội (Dysregulated Social Engagement Disorder) và Rối loạn kiểm soát xung động có tính gây rối (Disruptive Impulse Control Disorder)²⁷.

Trước cuối thế kỷ XIX, các bác sĩ phân loại bệnh tật theo biểu hiện bên ngoài như sốt và mụn mủ. Điều này không phải là không hợp lý bởi vì họ không còn cách nào khác²⁸. Sự việc thay đổi khi các nhà khoa học như Louis Pasteur và Robert Koch phát hiện rằng nhiều bệnh tật là do vi khuẩn gây ra và không thể nhìn thấy vi khuẩn bằng mắt thường. Sau đó, y học đã thay đổi với nỗ lực tìm ra cách để loại bỏ những sinh vật này thay vì chỉ điều trị những cơn sốt do chúng gây ra. Với DSM-5, tâm thần học đã quay lại thời kỳ thực hành y học thế kỷ thứ mười chín: Mặc dù chúng ta biết nguồn gốc của nhiều vấn đề nhưng “chẩn đoán” chỉ mô tả các hiện tượng bề mặt mà hoàn toàn bỏ qua các nguyên nhân cơ bản.

Ngay cả trước khi DSM-5 được công bố, Tạp chí Tâm thần học Hoa Kỳ (American Journal of Psychiatry) đã công bố kết quả kiểm tra tính hợp lệ của các chẩn đoán mới này và cho thấy DSM thiếu một điều mà giới khoa học gọi là “độ ổn định” (reliability). Nói cách khác, nó thiếu độ chuẩn xác khoa học (scientific validity). Thật bất ngờ, tuy thiếu độ ổn định và độ chuẩn xác nhưng DSM-5 vẫn được công bố như thời gian ấn định mặc dù cả thế giới thống nhất rằng nó không cải thiện được hệ thống chẩn đoán trước đó²⁹.

Độ ổn định của chẩn đoán không phải là vấn đề trừu tượng: Nếu các bác sĩ không thể thống nhất với nhau về bệnh tình của bệnh nhân thì họ không thể có cách điều trị phù hợp. Khi chẩn đoán một dạng, điều trị một nẻo thì chẳng khác nào ta đang ngược đãi bệnh nhân.

Tháng 6 năm 2011, Hiệp hội Tâm lý học Anh Quốc (British Psychological Society) đã phản nản rằng DSM-5 đã xác định các nguồn gốc của sự đau khổ về tâm lý là “ẩn chứa bên trong các cá nhân” và bỏ qua “lý do xã hội không thể phủ nhận được của nhiều vấn đề như vậy”³⁰. Bên cạnh đó, còn có một loạt những phản đối của các chuyên gia Hoa Kỳ, bao gồm những người đứng đầu của Hiệp hội Tâm lý Hoa Kỳ (American Psychological Association) và Hiệp hội Tư vấn Hoa Kỳ (American Counseling Association). Tại sao lại bỏ qua các mối quan hệ hoặc các điều kiện xã hội?³¹ Nếu chỉ quan tâm đến lỗi về mặt sinh học và các khiếm khuyết của gene như là nguyên nhân gây ra các vấn đề về tinh thần mà bỏ qua việc bị bỏ rơi, bị lạm dụng thì có thể chúng ta sẽ lại đắm đầu vào ngõ cụt như các thế hệ trước đó và đổ lỗi lên đầu những bà mẹ xấu xa.

Viện Sức khỏe Tinh thần Quốc Gia (National Institute of Mental Health-NIMH) là nơi phản đối DSM-5 kịch liệt nhất. Vào tháng 4 năm 2013, vài tuần trước khi DSM-5 được phát hành, Thomas Insel, Giám đốc của NIMH công bố rằng tổ chức của ông không còn ủng hộ “các chẩn đoán dựa trên triệu chứng” của DSM nữa?”. Thay vào đó, NIMH tập trung tài trợ cho Research Domain Criteria (RdoC)³³ (Tiêu chí Lĩnh vực Nghiên cứu) nhằm tạo ra một khuôn khổ cho các nghiên cứu không theo các phân loại chẩn đoán hiện tại. Ví dụ, một trong các lĩnh vực của NIMH là “Hệ thống kích thích/điều hòa (Kích thích,

Nhịp tim, Giấc ngủ và Tỉnh táo)”, những thứ đang gây ảnh hưởng lên bệnh nhân ở những mức độ khác nhau.

Con người là động vật mang tính xã hội, và các vấn đề về tinh thần đều liên quan đến việc không thể hòa hợp với người khác, không thích hợp, không thuộc về, nói chung là “không cùng bước sóng” với những người khác.

Mọi thứ của chúng ta, từ bộ não, tâm trí và cơ thể, đều hướng tới sự hợp tác trong các hệ thống xã hội. Đây là chiến lược sống còn mạnh mẽ nhất của chúng ta, là chìa khóa thành công của chúng ta với tư cách là một giống loài, và giúp ta vượt qua hầu hết những loại đau khổ về tinh thần. Như chúng ta đã thấy trong phần II, dù sự liên kết thần kinh trong não và cơ thể rất quan trọng để hiểu được mỗi đau khổ của con người, nhưng điều quan trọng là không nên bỏ qua nền tảng nhân tính của chúng ta: các mối quan hệ và tương tác tạo nên tâm trí và bộ não của chúng ta khi chúng ta còn trẻ và mang lại hình thái cũng như ý nghĩa cho toàn bộ cuộc sống của chúng ta.

Những người có tiền sử bị lạm dụng, bỏ rơi hoặc bị tước đoạt nghiêm trọng sẽ vẫn còn là bí ẩn và phần lớn sẽ không được điều trị trừ khi chúng ta chú ý đến lời khuyên của Alan Sroufe: “Để hiểu rõ hơn về cách chúng ta trở thành con người như chúng ta hiện nay sự tiến hóa phức tạp, từng bước của các định hướng, năng lực và hành vi của chúng ta theo thời gian – đòi hỏi nhiều hơn một danh sách các thành phần, cho dù một vài thành phần trong số đó có quan trọng như thế nào. Nó đòi hỏi một sự hiểu biết về quá trình phát triển, làm thế nào tất cả các yếu tố này làm việc liên tục với nhau theo thời gian”³⁴. .

PHẦN IV

DẤU ẤN ỬA SANG CHẤN

 /GROUPS/YEUKINDLEVIETNAM

Chương 11

BẬT MÍ CỦA NHỮNG BÍ MẬT: VẤN ĐỀ CỦA HỒI ỨC SANG CHẤN

Thật là lạ lùng, tất cả những ký ức gợi lại trong lòng chúng tôi đều có hai tính chất. Những kỷ niệm ấy trầm lặng, đó là cái đặc điểm rõ rệt nhất, và dù cho trong thực tế CÓ khác đi nữa, chúng vẫn gây cho ta cảm giác như vậy. Đó là những hình ảnh câm, chúng thầm lặng nói với tôi bằng mắt, bằng cử chỉ, chẳng cần đến lời; và sự trầm lặng ấy, xúc động xiết bao.

Erich Maria Remarque, All Quiet on the Western Front (Tiểu thuyết Phía Tây không có gì lạ - Bản dịch của Lê Huy)

Vào mùa xuân năm 2002, tôi đã được yêu cầu khám cho một thanh niên từng bị linh mục Paul Shanley lạm dụng tình dục Newton, Massachusetts. Thanh niên này bây giờ đã 25 tuổi, anh gần như đã quên việc mình bị lạm dụng cho đến khi nghe tin về linh mục Paul Shanley hiện đang bị điều tra vì tội lạm dụng tình dục những bé trai. Những câu hỏi đặt ra cho tôi là những ký ức bị lạm dụng tình dục của cậu thanh niên ấy có đáng tin cậy không khi chuyện lạm dụng đã xảy ra cách đây hơn 10 năm, và tôi có sẵn sàng làm chứng cho sự kiện đó trước tòa hay không?

Để đảm bảo quyền riêng tư, xin tạm gọi thanh niên này là Julian. (Mặc dù tên thật của anh được ghi trong hồ sơ công khai nhưng tôi vẫn đổi tên cho anh với hy vọng giữ được sự riêng tư và bình yên cho anh!). Trải nghiệm của Julian minh họa cho sự phức tạp của bộ nhớ bị sang chấn.

CƠN LŨ CẢM GIÁC VÀ HÌNH ẢNH

Vào ngày 11/2/2001, Julian đang phục vụ trong tổ chức cảnh sát quân đội tại một căn cứ không quân. Khi anh gọi điện thoại trò chuyện với cô bạn gái tên Rachel, cô ấy đã kể về bài báo nói về việc một linh mục tên là Shanley bị nghi ngờ đã lạm dụng tình dục trẻ em. Rồi cô nhớ ra Julian đã từng nói với cô ấy về Cha Shanley ở Newton. Thế là cô hỏi Julian: “Ông ta có làm gì anh không?”. Ban đầu, Julian nhớ về Cha Shanley là một người đàn ông hiền từ, từng giúp đỡ anh rất nhiều sau khi bố mẹ anh ly dị. Nhưng khi tiếp tục trò chuyện với bạn gái, anh bắt đầu hoảng sợ. Anh bất thần trông thấy bóng dáng Cha Shanley đứng cạnh một khung cửa, cánh tay vươn ra, nhìn chằm chằm vào Julian khi anh ở trong nhà vệ sinh. Những cảm xúc ứa về trong anh. Một tiếng nói vang lên trong đầu Julian: “Cậu có biết điều gì đang xảy ra ở Boston không? Chính tôi cũng từng bị lạm dụng tình dục như thế. Ngay lúc đó, Julian biết chắc chắn rằng Cha Shanley đã lạm dụng tình dục mình dù anh không thể nhớ chi tiết. Julian cảm thấy cực kỳ bối rối vì mình quá nhạy cảm. Từ bé, anh vốn là một đứa trẻ mạnh mẽ, không bao giờ thổ lộ điều gì.

Đêm đó anh co ro ngồi ở góc giường, nghĩ mình đang mất trí và sợ mình sẽ bị nhốt. Tuần tiếp theo, những hình ảnh liên tục ngập tràn tâm trí anh, anh sợ mình sẽ hoàn toàn quy ngã. Anh nghĩ đến việc dùng dao đâm vào chân để những hình ảnh ngừng xuất hiện trong

tâm trí mình. Sau đó anh bắt đầu hoảng loạn, co giật, hay còn được gọi là “những cơn động kinh”. Anh tự cho người mình cho đến khi chảy máu, thấy nóng nực, đổ mồ hôi và khó chịu. Giữa những cơn hoảng loạn anh “cảm thấy mình như một cây ma”, anh đang quan sát chính mình từ xa như thể những gì mà anh đang thực tế trải qua là xảy ra với một người nào đó.

Vào tháng 4, anh nhận được thông báo bị sa thải khỏi quân đội, trong khi chỉ cần ở thêm 10 ngày nữa là anh có thể nhận được đầy đủ quyền lợi.

Gần một năm sau, Julian đến văn phòng của tôi. Anh rất đẹp trai, có cơ bắp, nhưng vẻ ngoài trông rất chán nản, thất bại. Anh nói ngay với tôi rằng anh cảm thấy rất tồi tệ khi rời khỏi quân đội. Anh luôn muốn đây là sự nghiệp của mình, luôn muốn được đánh giá xuất sắc. Anh yêu những thách thức, thích làm việc nhóm, anh nhớ cuộc sống người lính.

Julian sinh ra ở ngoại ô thành phố Boston, là con thứ hai trong gia đình có năm anh em. Năm Julian 6 tuổi, cha anh rời bỏ gia đình vì không thể chịu đựng được cuộc sống với người vợ vô cảm. Julian và bố có quan hệ khá tốt, nhưng đôi khi anh vẫn trách móc cha mình vì đã quá chú tâm vào việc nuôi sống gia đình mà để mặc Julian chăm sóc người mẹ không ổn định. Cha mẹ và anh chị em ruột của Julian đều chưa bao giờ cần được chăm sóc tâm thần và cũng chưa thể dùng ma túy.

Julian là một vận động viên nổi tiếng ở trường trung học. Dù có nhiều bạn bè nhưng anh cảm thấy tự ti và che đậy hoàn cảnh nghèo khổ của mình bằng cách uống rượu và tiệc tùng. Anh cảm thấy xấu hổ vì đã lợi dụng sự nổi tiếng và vẻ ngoài của mình để quan hệ tình

dục với nhiều cô gái. Anh có đề cập đến việc muốn gọi cho vài cô gái anh từng quen để xin lỗi vì đã đối xử tệ với họ.

Anh nhớ rằng mình luôn ghét cơ thể của mình. Ở trường trung học, anh đã dùng steroid để khiến mình vạm vỡ hơn và hút cần sa mỗi ngày. Julian không đi học đại học. Sau khi tốt nghiệp trung học, anh không sống cùng mẹ, rơi vào cảnh gần như vô gia cư trong gần một năm. Anh nhập ngũ để cố gắng đưa cuộc đời mình về đúng hướng.

Julian gặp Cha Shanley khi anh học lớp giáo lý tại nhà thờ giáo xứ năm anh 6 tuổi. Anh nhớ Cha Shanley từng đưa anh ra khỏi lớp học để xưng tội. Cha Shanley hiếm khi mặc áo chùng. Julian nhớ những chiếc nhung màu xanh đậm của vị linh mục. Họ đi đến một căn phòng lớn với hai cái ghế đối diện nhau và một băng ghế để quỳ xuống. Các chiếc ghế được bọc màu đỏ và có một cái đệm nhung màu đỏ trên cái ghế băng. Họ chơi bài, ai thua thì cởi quần áo. Và rồi anh nhớ mình từng đứng trước tấm gương trong căn phòng đó. Anh không nhớ Shanley có bao giờ đưa dương vật vào hay không, nhưng anh tin chắc rằng ông ấy đã rất nhiều lần dùng ngón tay chạm vào vùng kín của anh.

Mặt khác, trí nhớ của anh không rõ ràng và rời rạc. Anh nhớ hình ảnh gương mặt của Shanley và các sự kiện tách bạch nhau. Anh không thể nhớ lúc đó mình bao nhiêu tuổi. Anh nhớ linh mục ấy bảo anh giao hợp bằng miệng, nhưng anh không nhớ rõ mình có làm hay không. Anh nhớ mình từng lật lọng đi trên những cuốn sách trong nhà thờ, Cha Shanley đến ngồi cạnh anh trên một băng ghế dài, một tay ôm lấy anh, một tay nắm lấy tay anh. Anh nhớ khi anh lớn lên, Cha Shanley thường đi ngang qua anh thật gần và dùng tay chạm

vào vùng dưới của anh. Anh không thích thế nhưng không biết làm gì để ngăn lại. Sau cùng, anh nói với tôi: “Cha Shanley gần như là Đức Chúa Trời ở nơi tôi sinh sống”.

Bên cạnh những mảnh ký ức rời rạc, những dấu vết bị lạm dụng tình dục rõ ràng đã được kích hoạt và phát lại trong đầu óc Julian. Thỉnh thoảng, khi đang quan hệ tình dục với bạn gái, hình ảnh của vị linh mục xuất hiện trong đầu anh, khiến anh như “điên”.

Tâm trạng của Julian thường thay đổi, lúc thì anh cảm thấy thương hại linh mục già nua ấy, lúc thì chỉ muốn “đưa ông ta vào một căn phòng nào đó rồi giết chết ông ta”. Anh cũng nhiều lần cảm thấy xấu hổ vì không thể tự bảo vệ mình. Anh luôn nghĩ mình là người vạm vỡ, cứng rắn.

Làm sao ta có thể hiểu được một câu chuyện như của Julian: nhiều năm quên lãng, tiếp theo là những hình ảnh bị phân mảnh, lộn xộn, những biểu hiện thể chất kịch tính và những lần tái hiện đột ngột? Là người điều trị cho những người bị sang chấn, mối quan tâm chính của tôi không phải là xác định chính xác những gì đã xảy ra với bệnh nhân mà là giúp họ chịu được những cảm giác, cảm xúc và phản ứng mà họ từng trải nghiệm mà không cảm thấy bị lấn át. Khi người bệnh tự đổ lỗi cho bản thân, tôi giúp họ biết chấp nhận rằng sang chấn ấy không phải lỗi của họ, không phải vì họ có khiếm khuyết nào đó, và cũng chấp nhận rằng không ai đáng phải chịu những gì đã xảy ra với họ.

KÝ ỨC BÌNH THƯỜNG VÀ KÝ ỨC BỊ SANG CHẤN

Chúng ta đều biết bộ nhớ của con người vốn không ổn định, những câu chuyện của chúng ta luôn thay đổi và được liên tục cập nhật, biên soạn lại. Khi anh chị em của tôi và tôi nói về những ký

niệm thời thơ ấu của mình, chúng tôi luôn cảm giác rằng dường như mỗi người đã lớn lên trong các gia đình khác nhau vì nhiều kỷ niệm của chúng tôi không trùng khớp với nhau. Những hồi tưởng cá nhân thường không phản ánh chính xác thực tế đã xảy ra mà chỉ là những câu chuyện ta kể để truyền đạt trải nghiệm cá nhân của mình.

Năng lực phi thường của tâm trí con người để viết lại ký ức được minh họa trong Nghiên cứu về sự phát triển ở người trưởng thành (Grant Study of Adult Development), những người thực hiện nghiên cứu đã theo dõi một cách có hệ thống về sức khỏe tâm lý và thể chất của hơn 200 nam sinh viên năm hai trường Harvard từ năm 1939-1944 đến hiện tại. Tất nhiên những người đề ra nghiên cứu này không thể lường trước được là hầu hết những đối tượng tham gia nghiên cứu sẽ tham gia chiến đấu trong Thế chiến thứ hai, nhưng bây giờ chúng ta có thể theo dõi sự tiến triển của những ký ức thời chiến của họ. Những người tham gia nghiên cứu được phỏng vấn chi tiết hai lần về các trải nghiệm chiến tranh của họ, lần đầu vào những năm 1945-1946, lần thứ hai vào năm 1989-1990.

Trong lần phỏng vấn thứ hai, tức 45 năm sau khi Thế chiến thứ hai kết thúc, ký ức khốc liệt của chiến tranh đã dần phai nhạt theo thời gian trong tâm trí của phần lớn những người đàn ông này, nhưng riêng những người đã bị sang chấn và sau đó phát triển PTSD thì những câu chuyện chiến tranh họ kể vẫn nguyên vẹn sau 45 năm.

Ta đặc biệt ghi nhớ một sự kiện nào đó và ký ức của ta về nó chính xác đến mức nào phần lớn đều phụ thuộc vào ý nghĩa cá nhân và cảm xúc của ta về sự kiện đó ra sao. Yếu tố then chốt là mức độ kích thích của chúng ta. Tất cả chúng ta đều có những kỷ niệm liên

quan đến những con người, bài hát, mùi vị và địa điểm đặc biệt lưu lại trong tâm trí ta một thời gian dài. Nhiều người Mỹ có những kỷ niệm chính xác về nơi họ đã ở và những gì họ đã thấy vào ngày thứ Ba 11/9/2001 khi tòa tháp đôi bị tấn công, nhưng chỉ một phần nhỏ trong số họ là nhớ được cụ thể bất cứ điều gì xảy ra trong ngày 10/9.

Ta thường sẽ quên hết những trải nghiệm quen thuộc, thường nhật. Vào những ngày như mọi ngày, ta thường không có gì nhiều để kể. Tâm trí chúng ta hoạt động theo các sơ đồ hoặc bản đồ. Những sự cố nằm ngoài các khuôn mẫu đã được thiết lập thường thu hút sự chú ý của chúng ta. Nếu chúng ta được tăng lương hoặc bạn bè cho chúng ta biết một số tin tức thú vị nào đó, ta sẽ nhớ về thời điểm ấy, ít nhất là trong một khoảng thời gian. Chúng ta thường nhớ “dài” nhất những lời xúc phạm, lăng mạ mình: Adrenaline mà chúng ta tiết ra để tự vệ trước các mối đe dọa tiềm ẩn đã giúp ta khắc ghi những sự cố đó vào tâm trí mình. Dù ta có thể không còn nhớ rõ lời xúc phạm ấy nhưng ta vẫn sẽ ghét “tác giả” của lời xúc phạm ấy suốt một thời gian dài.

Khi chứng kiến điều gì đó đáng sợ, ví dụ một đứa trẻ hoặc một người bạn của ta bị thương trong một vụ tai nạn, ta sẽ nhớ rất lâu, nhớ rất rõ sự việc ấy. Như James McGaugh và các đồng nghiệp đã chỉ ra rằng ta càng tiết ra nhiều adrenaline thì bộ nhớ của ta sẽ càng chính xác. Nhưng điều đó chỉ đúng khi đến một điểm nhất định. Khi ta phải đối mặt với nỗi khiếp sợ, đặc biệt là khiếp sợ “cú sốc không thể tránh khỏi”, thì hệ thống này trở nên quá tải và tan vỡ.

Tất nhiên, chúng ta không thể theo dõi những gì xảy ra trong lần sang chấn, nhưng chúng ta có thể kích hoạt lại sang chấn trong phòng thí nghiệm, giống quá trình quét não đã trình bày trong

Chương 3 và 4. Khi các dấu hiệu về ký ức của âm thanh, hình ảnh và cảm giác ban đầu được tái kích hoạt, thùy trán sẽ tắt, kể cả vùng não cần thiết để diễn đạt cảm xúc thành lời nói, khu vực tạo ra cảm giác về vị trí của chúng ta trong thời gian, vùng đồi thị, nơi kết hợp các dữ liệu thô của những cảm giác cũng tắt.

Tại thời điểm này, bộ não cảm xúc, nơi không được kiểm soát có ý thức và không thể giao tiếp bằng lời, sẽ nắm quyền chi phối. Bộ não cảm xúc (vùng limbic và thân não) thể hiện sự kích hoạt của nó thông qua những thay đổi trong kích thích cảm xúc, sinh lý cơ thể và hoạt động cơ bắp. Trong điều kiện bình thường, hai hệ thống bộ nhớ này – lý trí và cảm xúc – hợp tác với nhau để tạo ra một phản ứng tích hợp. Nhưng sự kích thích mạnh mẽ không chỉ làm thay đổi sự cân bằng giữa chúng, mà còn ngắt kết nối các vùng não khác cần thiết cho việc lưu trữ và hợp nhất thông tin đầu vào, ví dụ vùng hồi hải mã và vùng đồi thị. Kết quả là những dấu ấn của những trải nghiệm sang chấn không được tổ chức thành câu chuyện liền mạch hợp lý, mà trở thành những dấu vết cảm xúc và cảm giác rời rạc: hình ảnh, âm thanh và cảm giác thể chất.

TIẾT LỘ NHỮNG BÍ MẬT CỦA SANG CHẤN

Vào cuối thế kỷ mười chín, khi y học lần đầu trở thành một ngành nghiên cứu có hệ thống về các vấn đề tinh thần, bản chất của ký ức sang chấn là một trong những chủ đề trọng tâm được đưa ra thảo luận. Ở Pháp và Anh, một số lượng lớn các bài viết đã được công bố đề cập đến triệu chứng gọi là di chứng tai nạn đường sắt (railway spine), hậu quả tâm lý sau các vụ tai nạn đường sắt bao gồm cả việc mất trí nhớ.

Tuy nhiên, tiến bộ nhất chính là công trình nghiên cứu về chứng hysteria, tình trạng rối loạn tinh thần được mô tả với những đặc điểm như bùng nổ cảm xúc, tự ám thị, co giật và cứng cơ mà không thể giải thích được bằng giải phẫu học”.

Jean-Martin Charcot, Pierre Janet và Sigmund Freud khám phá ra rằng gốc rễ của chứng hysteria chính là sang chấn, đặc biệt là sang chấn do lạm dụng tình dục trẻ em”. Những nhà nghiên cứu xem những ký ức sang chấn như “bí mật gây bệnh” hoặc “ký sinh trùng tinh thần” bởi vì nhiều người đau khổ muốn quên đi quá khứ nhưng ký ức cứ bám riết tâm trí họ, cứ liên tục “sống dậy” trong hiện tại”.

Tại Pháp, Jean-Martin Charcot, người được coi là cha đẻ của thần kinh học, và những học trò của ông như Gilles de la Tourette, cũng hoạt động chính trị. Sau khi Hoàng đế Napoleon III thoái vị vào năm 1870, đã nổ ra cuộc đấu tranh giữa các chế độ quân chủ (trật tự cũ do các giáo sĩ hậu thuẫn) và phe ủng hộ của nước Cộng hòa Pháp non trẻ, những người tin vào khoa học và tin vào nền dân chủ. Charcot tin rằng phụ nữ sẽ là một yếu tố quan trọng trong cuộc đấu tranh này và cuộc điều tra của ông về chứng hysteria “đã đưa ra một giải thích khoa học cho các hiện tượng như các quỷ ám, phù thủy, trừ tà, và mê muội tôn giáo”.

Charcot tiến hành các nghiên cứu tỉ mỉ về các tương quan giữa sinh lý và thần kinh trong chứng hysteria ở cả nam và nữ, tất cả đều nhấn mạnh đến trí nhớ nội hàm và thiếu ngôn ngữ. Ví dụ, năm 1889 ông xuất bản bài viết kể về trường hợp một bệnh nhân tên Lellog bị tê liệt chân sau tai nạn với một chiếc xe ngựa. Dù Lellog ngã xuống đất và mất ý thức, nhưng đôi chân của anh ta không hề hấn gì.

PIC



Jean-Martin Charcot trình bày trường hợp của một bệnh nhân bị chứng hysteria. Charcot đã biến La Salpêtrière, một trại tị nạn cũ dành cho người nghèo ở Paris, thành một bệnh viện hiện đại. Hãy chú ý tư thế co cứng của nữ bệnh nhân.

Tranh vẽ của Andre Brouillet

Không có dấu hiệu thần kinh nào có thể chỉ ra nguyên nhân thể chất khiến chân anh bị tê liệt. Charcot phát hiện ngay trước khi Lelog ngất đi, anh đã nhìn thấy bánh của chiếc xe lăn về phía mình, anh tin chắc bánh xe sẽ cán qua mình. Charcot cũng ghi chú rằng “bệnh nhân... không nhớ gì cả. Anh ta không thể trả lời bất kỳ câu hỏi nào. Anh ta không biết hay gần như chẳng biết gì”¹³. Lelog biểu hiện trải nghiệm thể chất của mình: thay vì nhớ lại vụ tai nạn, anh đã phát triển chứng tê liệt ở đôi chân của mình ¹⁴.

Nhưng đối với tôi, anh hùng thực sự của câu chuyện này chính là Pierre Janet, người đã giúp Charcot thành lập một phòng thí nghiệm nghiên cứu chứng hysteria ở Salpatrière.

Năm 1889, Janet xuất bản cuốn sách khoa học đầu tiên về stress sang chấn: *L'automatisme Psychologique* (Tâm lý học tự động)¹⁵. Janet đã đề xuất rằng nguyên nhân của cái mà hiện nay chúng ta gọi là PTSD là trải nghiệm của “những cảm xúc kịch liệt” hoặc sự kích thích cảm xúc mãnh liệt. Cuốn sách giải thích rằng sau khi bị sang chấn, con người tiếp tục lặp lại các hành động, cảm xúc và cảm giác nhất định liên quan đến sang chấn.

Janet đã dành vô số thời gian để tiếp xúc với các bệnh nhân, cố gắng khám phá điều gì đang diễn ra trong đầu họ. Janet là người tiên phong và cũng là bác sĩ lâm sàng lỗi lạc nhất, người luôn hướng đến mục tiêu điều trị cho các bệnh nhân. Ông cũng là một trong những người thầy quan trọng nhất của tôi ¹⁶.

MẤT TRÍ NHỚ, PHÂN LY VÀ TÁI HIỆN

Janet là người đầu tiên chỉ ra sự khác biệt giữa “trí nhớ tường thuật” – câu chuyện kể về sang chấn – và “trí nhớ sang chấn”. Một trong những trường hợp của ông là câu chuyện về Irene – một phụ nữ trẻ nhập viện sau khi mẹ cô qua đời vì bệnh lao”. Suốt nhiều tháng, Irene đã vừa chăm sóc mẹ vừa đi làm để kiếm tiền hỗ trợ người cha nghiện rượu và trả tiền chữa trị cho mẹ. Khi mẹ qua đời, Irene kiệt sức vì căng thẳng và thiếu ngủ. Suốt mấy tiếng liền, cô cố gắng hồi sinh mẹ, kêu gào mẹ, cố gắng để thuốc xuống họng bà.

Đến một lúc, xác người mẹ rơi khỏi giường, rớt xuống ngay cạnh người bố nát rượu của cô đang ngủ say như chết. Ngay cả khi một người dì đến và bắt đầu chuẩn bị chôn cất người quá cố, Irene vẫn tiếp tục từ chối sự thật rằng mẹ đã ra đi vĩnh viễn. Mọi người thuyết phục mãi cô mới đến dự lễ tang và cô cười suốt cả buổi lễ. Một vài tuần sau, cô được đưa đến Salpêtrière - nơi Janet đang tiếp quản.

Ngoài việc mất trí nhớ vì cái chết của mẹ, Irene còn bị một triệu chứng khác: Nhiều lần trong tuần, cô nhìn chăm chăm, thất thần vào một chiếc giường trống, không hề quan tâm xung quanh nữa. Và cô bắt đầu chăm sóc một người tưởng tượng. Cô đã tái hiện chi tiết cái chết của mẹ cô.

Những người bị sang chấn vừa nhớ quá ít nhưng cũng nhớ quá nhiều. Một mặt, Irene không có ý thức về cái chết của mẹ nên cô không thể kể lại được chuyện gì đã xảy ra. Mặt khác, cô bị ép buộc có những hành động thể chất đối với chuyện mẹ qua đời. Thuật ngữ “hành động vô thức tự động” (automatism) của Janet truyền đạt bản chất tự động, vô thức trong hành động của cô.

Janet chữa trị cho Irene trong vòng vài tháng, chủ yếu bằng phương pháp thôi miên. Cuối cùng, ông hỏi cô về cái chết của mẹ. Irene bắt đầu khóc và nói: “Đừng nhắc tới những chuyện khủng khiếp đó. Mẹ tôi đã chết và cha tôi say khướt như mọi khi. Tôi phải chăm sóc thi thể của mẹ suốt cả đêm. Tôi đã làm rất nhiều điều ngớ ngẩn để hồi sinh bà ấy. Đến khi trời sáng thì tôi hoàn toàn mất trí”.

Irene không chỉ có thể kể lại câu chuyện mà cô còn hồi phục lại cảm xúc của mình: “Tôi cảm thấy rất buồn và cảm thấy bị bỏ rơi”. Janet nói rằng bộ nhớ của cô đã “hoàn chỉnh” vì bây giờ bộ nhớ ấy đã đi kèm với với những cảm xúc phù hợp.

Janet lưu ý những khác biệt đáng kể giữa ký ức bình thường và ký ức sang chấn. Những ký ức sang chấn bị các tác nhân kích hoạt cụ thể thôi thúc. Trong trường hợp của Julian, kích hoạt là lời nhận xét tình tứ của người bạn gái. Trong trường hợp của Irene thì đó là một chiếc giường. Khi một yếu tố của một trải nghiệm sang chấn bị kích hoạt, các yếu tố khác có xu hướng tự diễn ra theo sau.

Trí nhớ sang chấn không hề súc tích: Irene mất ba đến bốn giờ để tái hiện câu chuyện của cô, nhưng cuối cùng cô chỉ mất chưa tới một phút để nói những gì đã xảy ra. Sự tái hiện sang chấn không có chức năng gì cả. Ngược lại, trí nhớ bình thường mang tính thích nghi. Câu chuyện của chúng ta rất linh hoạt và có thể được điều chỉnh sao cho phù hợp với hoàn cảnh. Trí nhớ bình thường còn mang tính xã hội cơ bản, chính câu chuyện mà chúng ta kể mới là vì một mục đích nào đó. Trong trường hợp của Irene, cô kể chuyện là để nhờ bác sĩ giúp đỡ và an ủi mình. Trong trường hợp của Julian, anh kể chuyện là để thuyết phục tối tham gia tìm kiếm công lý và phục thù người đã lạm dụng anh. Nhưng trí nhớ sang chấn không có tính xã hội. Cơn giận dữ của Julian với bạn gái thì không có mục đích hữu dụng gì. Sự tái hiện bị đóng băng theo thời gian, không thay đổi, và chúng luôn là những trải nghiệm cô đơn, nhục nhã và xa lánh.

Janet đặt ra thuật ngữ “phân ly” (dissociation) để miêu tả sự tách rời và cô lập các dấu ấn của bộ nhớ mà ông thấy ở bệnh nhân của mình. Ông cũng tiên đoán về cái giá nặng nề để giữ những trí nhớ sang chấn này khỏi tuôn trào. Về sau, ông viết rằng khi bệnh nhân phân ly trải nghiệm sang chấn của mình, họ trở nên “gắn chặt với một trở ngại không thể vượt qua được”¹⁸: “Khi không thể hợp nhất những ký ức sang chấn của mình, họ dường như cũng mất khả năng hấp thụ những trải nghiệm mới. Nó là... như thể nhân cách của họ đã hoàn toàn dừng phát triển ở một điểm nhất định và không thể mở rộng thêm nữa bằng cách bổ sung hoặc tiếp nhận các yếu tố mới”¹⁹.

Ông đoán rằng trừ khi họ nhận thức được các yếu tố bị tách rời và hợp nhất chúng vào một câu chuyện từng xảy ra trong quá khứ nhưng giờ đây đã kết thúc, còn không thì họ sẽ dần suy giảm các

chức năng cá nhân và chuyên môn. Hiện tượng này đã được ghi nhận rõ ràng trong các nghiên cứu đương đại”.

Janet phát hiện rằng việc ký ức của con người thay đổi và bị bóp méo là chuyện bình thường, thì với những người bị PTSD, họ không thể bỏ qua cái sự kiện thực tế đã tạo nên phần ký ức ấy của họ. Sự phân ly đã ngăn cản sự kiện gây sang chấn hòa vào kho trí nhớ những ký ức có tính gắn kết và không bao giờ thay đổi), mà nó lại hình thành nên một hệ thống trí nhớ kép. Trí nhớ bình thường sẽ kết hợp các yếu tố của từng trải nghiệm vào dòng chảy liên tục của kinh nghiệm bản thân thông qua một quá trình liên kết phức tạp. Quá trình này giống như một mạng lưới dày đặc nhưng linh hoạt, mà trong đó, từng yếu tố có ảnh hưởng tinh tế đến những yếu tố khác. Nhưng trong trường hợp của Julian, cảm giác, suy nghĩ và cảm xúc của sang chấn đã được lưu giữ riêng rẽ thành những mảnh đông cứng khó hiểu. Nếu vấn đề của PTSD là sự phân ly thì mục tiêu của điều trị chính là sự kết hợp (association): Tích hợp các yếu tố bị cắt bỏ của sang chấn vào câu chuyện đang diễn ra của cuộc sống, để bộ não của bệnh nhân có thể nhận ra rằng “chuyện đó thuộc về quá khứ, còn đây là hiện tại”.

NGUỒN GỐC CỦA PHƯƠNG PHÁP “CHỮA BỆNH BẰNG TRÒ CHUYỆN”

Phân tâm học được sinh ra từ Salpêtrière. Năm 1885, Freud tới Paris để làm việc với Charcot. Năm 1893, Freud và Josef Breuer, đã trích dẫn lời của Charcot và Janet trong một bài viết xuất sắc về nguyên nhân gây ra chứng hysteria. Họ nói, “Những người bị chứng hysteria bị ảnh hưởng chủ yếu bởi hồi tưởng”. Họ lưu ý rằng những

ký ức này không phải chịu “quá trình loại bỏ dần dần” mà “tồn tại lâu dài với sự tươi mới đáng kinh ngạc.”

Những người bị sang chấn cũng không thể kiểm soát được những ký ức này nếu chúng trỗi dậy: “Chúng ta phải đề cập đến một sự thật đáng kinh ngạc khác rằng với những ký ức này, người bệnh không thể kiểm soát việc giữ lại hay vứt bỏ, giống như việc họ có thể làm với những ký ức trong cuộc sống trước kia của mình. Ngược lại, những kinh nghiệm này hoàn toàn vắng bóng trong bộ nhớ của bệnh nhân khi họ ở trong trạng thái thể chất bình thường, hoặc chỉ tồn tại trong một hình thức tóm tắt rất cao”?. (Tất cả chữ in nghiêng trong đoạn trích dẫn là của Breuer và Freud.)

Breuer và Freud tin rằng những ký ức sang chấn đã bị lãng quên trong ý thức bình thường vì “hoàn cảnh khiến họ không thể phản ứng lại”, hoặc vì chúng bắt đầu với “những tê liệt mãnh liệt, như nổi khiếp sợ”. Năm 1896, Freud dũng cảm tuyên bố rằng “nguyên nhân cuối cùng của chứng hysteria luôn luôn là do người lớn quyến rũ trẻ em”²². Sau đó, khi phải đối mặt với bằng chứng do chính mình đưa ra về nạn lạm dụng tại những gia đình danh giá nhất ở Vienna, ông nhận ra điều này có thể được hiểu là chính cha đẻ của mình, vì vậy ông nhanh chóng rút lại lời mình nói. Phân tâm học chuyển sang nhấn mạnh đến những ước muốn và mơ tưởng vô thức, mặc dù Freud đôi khi vẫn thừa nhận tính thực tế của lạm dụng tình dục.

Sau khi đối mặt với sự kinh hoàng của Thế chiến thứ nhất, Freud khẳng định lại rằng thiếu trí nhớ ngôn ngữ là trọng tâm của sang chấn và nếu một bệnh nhân không thể nhớ thì anh ta có thể hành động: “Cái anh ta tái tạo không phải là một ký ức mà là một hành

động, anh ta vô thức lặp đi lặp lại nó, và rồi chúng ta hiểu ra rằng đó là cách để anh ta ghi nhớ sự việc đó”²⁴.

Di sản từ một bài nghiên cứu của Breuer và Freud năm 1893 chính là “liệu pháp trò chuyện”, một phương pháp giúp bệnh nhân có thể miêu tả lại sự kiện đã khiến họ sang chấn càng chi tiết càng tốt và diễn đạt được bằng ngôn ngữ những ảnh hưởng của sự kiện đó đối với họ.

Mặc dù phân tâm học ngày nay vẫn còn nhiều khúc mắc, “liệu pháp trị liệu bằng cách trò chuyện” vẫn được sử dụng và các nhà tâm lý học thường cho rằng kể lại câu chuyện sang chấn càng chi tiết càng tốt sẽ giúp người ta có thể bỏ câu chuyện ấy lại sau lưng. Đó cũng là một tiền đề cơ bản của liệu pháp nhận thức hành vi (cognitive behavioral therapy - CBT), đây là nội dung hiện đang được giảng dạy trong các khoa học tâm lý học tại các trường đại học trên thế giới.

Năm 1986, tôi tiếp nhận trường hợp một phụ nữ bán thuốc lá ở hộp đêm Cocomanut Grove ở Boston khi nơi này bị thiêu rụi vào năm 1942²⁵. Trong suốt hai thập kỷ 1970-1980, mỗi năm một lần, cô lại tái hiện cảnh hỏa hoạn kinh hoàng năm nào và lấy hết sức bình sinh tháo chạy ngay trên đường Newbury, cách hộp đêm năm xưa chỉ vài căn nhà. Cô phải nhập viện, được chẩn đoán bị tâm thần phân liệt và rối loạn lưỡng cực.

Năm 1989, tôi ghi nhận trường hợp một cựu chiến binh Mỹ, người từng tham gia chiến trường Việt Nam, hằng năm đều diễn một màn “cướp có vũ trang” vào đúng ngày chết của bạn mình 26. Anh ta cho một ngón tay vào trong túi quần, tuyên bố đó là một khẩu súng lục, bảo người thu ngân vét hết tiền đưa mình, điều này giúp cho người

thu ngân có khá nhiều thời gian để báo cảnh sát. Nỗ lực vô thức để “tự sát nhờ cảnh sát” này đã kết thúc sau khi một thẩm phán giới thiệu người cựu chiến binh này đến gặp tôi để điều trị. Sau khi tôi giúp anh ấy xử lý xong cảm giác tội lỗi, cắn rứt vì cái chết của bạn, anh ấy không còn tái hiện màn “cướp có vũ trang” thêm lần nào nữa.

Những sự cố như vậy làm dấy lên một câu hỏi quan trọng: Làm sao các bác sĩ, cảnh sát hay nhân viên xã hội có thể nhận ra ai đó đang bị ảnh hưởng từ stress do sang chấn nếu người đó cứ tiếp tục tái hiện hành động đó thay vì nhớ lại? Làm sao bệnh nhân tự xác định được nguồn gốc hành vi của họ? Nếu không ai biết câu chuyện quá khứ của họ thì họ có thể bị gán cho cái mác bị điên khùng hoặc bị trừng trị như những tên tội phạm hơn là được giúp đỡ để hòa hợp với quá khứ.

TÍNH PHÁP LÝ CỦA KÝ ỨC SANG CHẤN

Có ít nhất 24 người đàn ông thừa nhận họ đã bị Paul Shanley lạm dụng, và nhiều người trong số họ đã đạt được các thỏa thuận dân sự với địa phận tổng giám mục Boston. Julian là nạn nhân duy nhất được gọi ra làm chứng ở phiên tòa xét xử Shanley. Vào tháng 2 năm 2005, cựu linh mục Paul Shanley bị tuyên có tội với hai tội danh cưỡng dâm trẻ em và hai tội danh hành hung trẻ em. Ông ta bị kết án 12 đến 15 năm tù giam.

Vào năm 2007, Robert F. Shaw Jr., luật sư của Shanley, nộp đơn kiến nghị cho một vụ xét xử mới, nói rằng bản án của Shanley đã bị xử sai. Shaw lập luận rằng cộng đồng khoa học, nhìn chung, không chấp nhận cái gọi là “ký ức bị kìm nén”, rằng bản án của Shanley đã dựa trên thứ “khoa học rác” và không có chứng cứ đầy đủ về tình trạng khoa học của các ký ức bị kìm nén trước khi diễn ra phiên tòa.

Vị thẩm phán của phiên tòa ban đầu đã bác bỏ kháng cáo này nhưng hai năm sau đó, Tòa án cấp cao bang Massachusetts đã chấp nhận đơn. Gần một trăm nhà tâm thần học và tâm lý học hàng đầu khắp Hoa Kỳ và tám quốc gia khác đã ký một bản tham vấn gửi cho tòa án để giúp tòa có thêm thông tin để xử lý vụ việc, trong đó nói rằng chưa họ chưa bao giờ thấy sự tồn tại của “ký ức bị kìm nén” và nó không nên được xem là một loại chứng cứ. Tuy nhiên, vào ngày 10 tháng 1 năm 2010, tòa đã nhất trí giữ nguyên bản án của Shanley với lời tuyên bố: “Tóm lại, việc thiếu kiểm chứng khoa học không làm cho giả thuyết về việc một người có thể bị phân ly trí nhớ là không đáng tin cậy... Lời tham vấn của chuyên gia về trí nhớ bị phân ly là vô tư”.

Ở chương tiếp theo, tôi sẽ nói nhiều hơn về trí nhớ và lãng quên cũng như cuộc tranh luận về ký ức bị kìm nén đã diễn ra từ thời của Freud kéo dài cho đến tận ngày nay.

Chương 12

KHI HỒI TƯỞNG LÀ MỘT NỖI ĐAU QUÁ SỨC CHỊU ĐỰNG

Cơ thể chúng ta chính là những bản ghi chép ký ức, vì thế, việc nhớ lại chẳng khác gì hồi sinh.

Katie Cannon

Thế chiến thứ nhất năm 1914 khiến giới y học và tâm lý học một lần nữa phải đối mặt với hàng trăm ngàn nam giới có triệu chứng tâm lý kỳ lạ, các tình trạng bệnh lý không rõ ràng và mất trí nhớ. Ngày nay, trên YouTube, chúng ta có thể quan sát được các trạng thái thể xác lạ lùng của họ, những lời nói mâu thuẫn, những biểu hiện khuôn mặt khủng khiếp và những cơn co giật cùng những biểu hiện thể chất của sang chấn: “Một ký ức được ghi lại đồng thời trong tâm trí, dưới dạng những hình ảnh và lời nói bên trong, và trên cơ thể”..

Đầu chiến tranh, người Anh đã tạo ra chẩn đoán “cú sốc do đạn trái phá” (shell sock), cho phép các cựu chiến binh được điều trị và nhận trợ cấp tàn tật. Chẩn đoán thay thế tương tự là “suy nhược thần kinh” thì họ không nhận được điều trị cũng như tiền trợ cấp. Chẩn đoán mà người lính nhận được tùy thuộc vào định hướng của bác sĩ điều trị.

Đã từng có hơn một triệu lính Anh chiến đấu ở mặt trận phía Tây. Chỉ riêng trong những giờ đầu tiên của ngày 1 tháng 7 năm 1916, trong trận đánh ở sông Somme (Pháp), quân đội Anh đã thương vong 57.470 người, trong đó có 19.240 người tử trận. Đó là ngày đổ máu nhất trong lịch sử quân đội Anh. Nhà sử học John Keegan nói về người chỉ huy của họ, Thống chế Douglas Haig, như sau: “Trong lời nói công khai và nhật ký riêng tư của mình, ông ta hoàn toàn không hề quan tâm đến nỗi đau khổ của nhân loại”. Ở trận Somme “ông ta đã đưa những nhánh hoa tuổi trẻ của Anh quốc vào chỗ chết hoặc tàn phế” .

Trong suốt cuộc chiến, cú sốc do đạn trái phá làm giảm đáng kể hiệu quả chiến đấu của các lực lượng quân đội. Giữa việc coi trọng sự đau khổ của binh lính và đẩy mạnh chiến thắng với quân Đức, Tổng tham mưu Anh đã ban hành lệnh Tổng Thường vụ 2384 vào tháng 6 năm 1917, trong đó yêu cầu tất cả những binh lính có vấn đề tâm thần chỉ được chẩn đoán là “NYDN” (Not Yet Diagnosis, Nervous - Chưa chẩn đoán được, bồn chồn)*.

Năm 1922, chính phủ Anh đưa ra Báo cáo Southborough với mục đích loại bỏ chẩn đoán “cú sốc do đạn trái phá” trong bất kỳ cuộc chiến nào trong tương lai và giảm yêu sách bồi thường. Báo cáo này đề xuất loại bỏ chẩn đoán “cú sốc do đạn trái phá” ra khỏi danh mục bệnh chính thức và nhấn mạnh những trường hợp này chỉ được phép gọi là “một thương tích chiến tranh” chứ không phải là một dạng bệnh tật. Quan điểm chính thức là quân đội được đào tạo tốt, đúng đắn sẽ không bị “cú sốc do đạn trái phá” và những ai lâm vào rối loạn này là những người lính không có kỷ luật và không sẵn lòng. Trong khi cơn bão chính trị về tính hợp pháp của “cú sốc do đạn trái

phá” tiếp tục diễn ra trong nhiều năm thì những báo cáo về cách xử lý hiệu quả nhất cho những trường hợp này đã biến mất khỏi các tài liệu khoa học.

Ở Mỹ, số phận các cựu chiến binh cũng đầy rắc rối. Năm 1918, khi họ trở về nhà từ chiến trường của Pháp và Flanders, họ đã được chào đón như những anh hùng dân tộc, giống như những người lính trở về từ Iraq và Afghanistan sau này. Trong năm 1924, Quốc hội đã bỏ phiếu thưởng cho họ một khoản tiền thưởng là 1,25 đô-la cho mỗi ngày họ đã phục vụ ở nước ngoài, nhưng quá trình giải ngân đã bị trì hoãn cho đến năm 1945.

Đến năm 1932, nước Mỹ đang ở giữa cuộc Đại suy thoái và vào tháng 5 năm đó có khoảng 15.000 cựu chiến binh thất nghiệp và không có tiền đã cắm trại ở khu mua sắm The Mall tại Washington DC để yêu cầu thanh toán ngay khoản tiền thưởng của họ. Một tháng sau, Tổng thống Hoover ra lệnh cho quân đội giải tán nơi cắm trại của cựu chiến binh. Đám đông cựu chiến binh phải đối mặt với những binh lính được trang bị vũ khí và bị ném hơi cay. Và họ, những cựu chiến binh, không bao giờ nhận được tiền trợ cấp.

Mặc dù chính trị và y học quay lưng lại với những người lính, nhưng những nỗi kinh hoàng của chiến tranh đã được ghi nhận trong văn học và nghệ thuật. Trong cuốn “All Quiet on the Western Front” (Phía Tây không có gì lạ)* của nhà văn người Đức Erich Maria Remarque kể về trải nghiệm chiến tranh của người lính, nhân vật chính của cuốn sách, Paul Baumer, đã nói thay cho cả một thế hệ: “Tôi biết rằng tôi, trong vô thức, đã đánh mất cảm xúc của mình tôi không còn ở đây nữa, tôi sống trong một thế giới ngoài hành tinh. Tôi muốn ở một mình, không bị quấy rầy bởi bất cứ ai. Họ nói quá nhiều

– tôi không thể liên hệ đến họ – họ chỉ bận rộn với những thứ hời hợt”.

Nhưng khi Hitler lên nắm quyền một vài năm sau đó, Phía Tây không có gì lạ bị Đức Quốc xã xem là một trong những cuốn sách “thoái hóa” đầu tiên và đã bị đốt cháy trên quảng trường công cộng trước Đại học Humboldt ở Berlin. Rõ ràng, nhận thức về tác động tàn khốc của chiến tranh đối với tâm trí người lính sẽ là mối đe dọa cho Đức Quốc xã.

BỘ MẶT MỚI CỦA SANG CHẤN

Sự bùng nổ của Thế chiến thứ hai đã thúc đẩy Charles Samuel Myers và nhà tâm thần học người Mỹ Abram Kardiner xuất bản các báo cáo về công trình của họ với các binh lính và cựu chiến binh của Thế chiến thứ nhất. *Shell Shock in France 1914-1918* (Cú sốc do đạn trái phá ở Pháp 1914-1918) (xuất bản năm 1940)' và *The Traumatic Neuroses of War* (Hậu quả sang chấn Thần kinh của Chiến tranh) (xuất bản năm 1941) là những hướng dẫn chính cho các nhà tâm thần học đang điều trị cho những người lính trong cuộc xung đột mới, những người có “rối loạn thần kinh do chiến tranh”. Bộ phim tài liệu *Let There Be Light* (Hãy thấp sáng nơi đó) của đạo diễn John Huston (1946) cho thấy cách xử lý chủ yếu đối với những cơn rối loạn thần kinh chiến tranh lúc bấy giờ là thôi miên.

Nhà lý luận nữ quyền Germaine Greer đã viết về cách cho mình được điều trị PTSD sau Thế chiến thứ hai như sau: “Khi các nhân viên y tế] kiểm tra những người đàn ông có rối loạn nghiêm trọng, họ hầu như không tìm thấy nguyên nhân gốc rễ trong kinh nghiệm trước chiến tranh: những người đàn ông bị bệnh không phải là lực lượng chiến đấu tinh nhuệ nhất... Tuyên bố của quân đội là không phải

chiến tranh làm cho con người bị bệnh, nhưng những người đàn ông bị bệnh thì không thể chiến đấu được”¹⁴. Có vẻ như các bác sĩ đã không thể giúp bố cô khá hơn, nhưng những nỗ lực của Greer nhằm hiểu được nỗi khổ đau của bố mình hẳn đã tiếp sức cho cô khám phá ra sự thống trị về mặt giới tính được biểu hiện dưới những hành vi ghê tởm như hãm hiếp, loạn luân và bạo lực gia đình.

Khi làm việc tại Bộ Cựu chiến binh, tôi đã rất bối rối vì phần lớn bệnh nhân ở khoa tâm thần là những người trẻ tuổi, các cựu chiến binh Việt Nam vừa được giải ngũ. Năm 1983, tôi đã tiến hành khảo sát các cựu binh của Thế chiến thứ hai. Phần lớn trong số họ có số điểm cao đối với PTSD trên thang điểm đánh giá do tôi đưa ra, nhưng việc điều trị cho họ tập trung vào các vấn đề về y tế hơn là những phàn nàn về tâm lý. Những cựu chiến binh này biểu hiện nỗi khổ của họ qua những cơn chuột rút và đau ngực hơn là những cơn ác mộng và cơn thịnh nộ. Giống như những người thân của tôi, những người đã chiến đấu hoặc bị bắt trong Thế chiến thứ hai, đa số họ rất miễn cưỡng chia sẻ trải nghiệm của mình. Cảm giác của tôi là cả bác sĩ lẫn bệnh nhân đều không muốn nhắc đến cuộc chiến.

Sau Thế chiến thứ hai, Đạo luật GI Bill được ban hành đã hỗ trợ hàng triệu cựu chiến binh về giáo dục và nhà ở, nhằm thúc đẩy kinh tế nói chung và tạo ra một tầng lớp trung lưu có học thức cao. Bộ Cựu chiến binh đã xây dựng các cơ sở trên toàn nước Mỹ để giúp đỡ việc chăm sóc sức khỏe cho các cựu chiến binh. Tuy nhiên, những vết sẹo tâm lý của chiến tranh vẫn không được công nhận và chứng rối loạn thần kinh do sang chấn đã biến mất hoàn toàn khỏi thuật ngữ chính thức của bệnh tâm thần. Bài viết khoa học cuối cùng

về sang chấn do chiến đấu sau Thế chiến thứ hai xuất hiện năm 1947 15.

TÁI KHÁM PHÁ SANG CHẤN TÂM LÝ

Như tôi đã lưu ý trước đó, khi tôi bắt đầu làm việc với các cựu chiến binh trở về từ chiến trường Việt Nam thì không có cuốn sách nào về sang chấn do chiến tranh. Nhưng cuộc chiến tranh Việt Nam đã truyền cảm hứng cho rất nhiều nghiên cứu, dẫn đến sự hình thành của nhiều tổ chức học thuật cũng như những kết luận chẩn đoán PTSD.

Vào năm 1974, cuốn *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Giáo trình toàn diện về Tâm thần học) của Freedman và Kaplan đã nói rằng “loạn luân là cực kỳ hiếm, và không xảy ra ở hơn 1 trên 1,1 triệu người”¹ly. Như chúng ta đã thấy trong chương 2, cuốn sách trên đã nêu lợi ích cần thiết của loạn luân: “Những hành vi loạn luân này làm giảm khả năng mắc chứng rối loạn tâm thần và giúp con người có sự điều chỉnh tốt hơn đối với thế giới bên ngoài... Phần lớn trong số đó không phải là trải nghiệm tồi tệ”.

Sự sai lệch của những tuyên bố này đã trở nên rõ ràng hơn khi sự phát triển của phong trào nữ quyền cùng với nhận thức về tình trạng sang chấn ở các cựu chiến binh đã khuyến khích hàng chục ngàn người là nạn nhân của lạm dụng tình dục trẻ em, lạm dụng trong gia đình và hiếp dâm lên tiếng.

Được cảnh báo bởi lịch sử, tôi bắt đầu tự hỏi liệu sẽ xảy ra cuộc phản đối khác chống lại sự thừa nhận thực tế của sang chấn như những năm 1895, 1917 và 1947 hay không. Và quả thực là vậy. Vào đầu những năm 1990, trên nhiều tờ báo và tạp chí hàng đầu ở Hoa Kỳ và châu Âu bắt đầu xuất hiện các bài nói về cái gọi là Hội chứng

trí nhớ giả, trong đó các bệnh nhân tâm thần được cho là tự tạo ra những ký ức giả dối, phức tạp về lạm dụng tình dục mà họ nói rằng chúng đã ngủ yên trong nhiều năm.

Điều nổi bật về những bài viết này là lời tuyên bố rằng không có bằng chứng cho thấy sự khác biệt trong việc một người nhớ lại sang chấn so với việc họ nhớ lại những sự kiện bình thường. Có lần, tôi được một tờ nhật báo nổi tiếng ở London hỏi ý kiến về vấn đề bộ nhớ bị tổn thương. Tôi đã khá nhiệt tình về câu hỏi của họ và đề nghị họ xem xét một bài báo trong tờ The Lancet in năm 1944, mô tả hậu quả của việc giải cứu toàn bộ quân đội Anh ở bãi biển Dunkirk năm 1940. Hơn 10% những người lính được nghiên cứu đã bị mất trí nhớ rất nhiều sau khi sơ tán⁷. Sau đó, trong bài viết đăng trên báo, họ nói với độc giả của mình rằng không có bằng chứng nào cho thấy mọi người đôi khi mất đi một phần hay toàn bộ trí nhớ do các sự kiện sang chấn.

Tuy nhiên, trong những năm 1980 và đầu 1990, khi các vấn đề tương tự về trí nhớ bắt đầu được ghi nhận ở phụ nữ và trẻ em bị lạm dụng trong gia đình, nỗ lực của nạn nhân trong việc tìm kiếm công lý chống lại thủ phạm đã chuyển vấn đề từ khoa học sang chính trị và luật pháp. Các chuyên gia về trí nhớ đã phải đối đầu với nhau trong các tòa án trên khắp Hoa Kỳ và sau đó là ở châu Âu và Úc.

KHOA HỌC CỦA KÝ ỨC BỊ KÌM NÉN

Đã có hàng trăm ấn phẩm khoa học trong hơn một thế kỷ qua ghi lại những ký ức về sang chấn có thể bị kìm nén và chỉ xuất hiện lại sau nhiều năm hoặc nhiều thập niên¹⁸. Nhiều tài liệu đã ghi chép về hiện tượng mất trí nhớ ở những người đã trải qua thiên tai, tai nạn,

sang chấn chiến tranh, bắt cóc, tra tấn, trại tập trung và bị lạm dụng thể chất và tình dục.

Hiện tượng mất trí nhớ hoàn toàn là phổ biến nhất ở nạn nhân bị lạm dụng tình dục khi còn bé, với tỷ lệ mắc bệnh từ 19-38%¹⁹. Mất trí nhớ đã là một phần của tiêu chí cho PTSD khi chẩn đoán này lần đầu tiên được giới thiệu.

Tiến sĩ Linda Meyer Williams đã tiến hành một trong những nghiên cứu thú vị nhất về sự kìm nén trí nhớ khi cô là sinh viên cao học về xã hội học tại Đại học Pennsylvania vào đầu những năm 1970. Williams đã phỏng vấn 206 bé gái từ 10-12 tuổi nhập viện cấp cứu sau khi bị lạm dụng tình dục. Các kết quả xét nghiệm của các em, các cuộc phỏng vấn với các em và cha mẹ của các em đều được lưu giữ trong hồ sơ bệnh án của bệnh viện.

17 năm sau, Williams theo dõi 136 trẻ em này, tất nhiên họ nay đã là người lớn. Cô phỏng vấn họ. Hơn 1/3 số phụ nữ (38%) không nhớ chuyện mình bị lạm dụng tình dục nhưng chỉ có 15 phụ nữ (12%) nói rằng họ chưa bao giờ bị lạm dụng khi còn nhỏ. Hơn 2/3 (68%) kể về các sự cố khác về lạm dụng tình dục trẻ em. Những phụ nữ từng bị lạm dụng tình dục khi còn rất bé và những người bị lạm dụng tình dục bởi người quen thường quên mất chuyện mình bị lạm dụng tình dục.

Nghiên cứu này cũng kiểm tra độ tin cậy của những ký ức được hồi phục. 1/10 phụ nữ (16% những người nhớ lại vụ lạm dụng) nói rằng họ đã quên nó trong một khoảng thời gian trước đây rồi sau đó nhớ lại rằng điều đó đã xảy ra. Williams cũng xác định rằng những ký ức đã hồi phục này cũng không toàn vẹn: Họ nhớ chính xác về sự

kiện chính của vụ việc, nhưng không có câu chuyện nào họ kể chính xác tới từng chi tiết như trong tài liệu ghi chép”.

Phát hiện của William được ủng hộ bởi nghiên cứu khoa học thần kinh mới đây, cho thấy những ký ức nào được phục hồi có xu hướng trở về trú ngụ lại trong ngân hàng ký ức thì đều bị chỉnh sửa”. Khi không thể tiếp cận được ký ức thì tâm trí không thể thay đổi được ký ức ấy. Nhưng khi ta có thể bắt đầu kể lại câu chuyện đó, đặc biệt nếu có thể kể lại nhiều lần, thì câu chuyện đó sẽ thay đổi, chỉ cần kể ra thôi là đã thay đổi câu chuyện đó rồi. Tâm trí sẽ gán ý nghĩa cho những gì nó biết và chính những ý nghĩa ta có từ cuộc sống của mình sẽ làm thay đổi cách thức chúng ta ghi nhớ và những điều ta ghi nhớ.

Việc mất mát trí nhớ và trì hoãn nhớ lại những trải nghiệm sang chấn chưa bao giờ được ghi nhận trong phòng thí nghiệm nên một số nhà khoa học về nhận thức đã phủ nhận sự tồn tại của những hiện tượng này và cho rằng những ký ức sang chấn được hồi phục là không chính xác. Tuy nhiên, những gì mà bác sĩ gặp phải trong phòng cấp cứu, tại các bệnh viện tâm thần, trên chiến trường hoàn toàn khác với những gì các nhà khoa học quan sát thấy trong các phòng thí nghiệm.

Hãy xem xét thử nghiệm “đi lạc trong khu mua sắm”. Các nhà nghiên cứu đã chỉ ra rằng có thể khá dễ dàng cấy ghép ký ức về những sự kiện chưa bao giờ xảy ra, ví dụ ký ức đi lạc trong khu mua sắm khi còn bé 25. Khoảng 25% các đối tượng trong các nghiên cứu này sau đó “nhớ lại” rằng họ đã sợ hãi và thậm chí viết ra chi tiết chuyện mình đi lạc. Nhưng những hồi tưởng như vậy không liên

quan đến những nỗi khiếp sợ mà một đứa trẻ thực sự bị lạc mẹ trải nghiệm.

Một dòng nghiên cứu khác tập trung vào sự thiếu tin cậy trong lời khai của các nhân chứng. Những người tham gia nghiên cứu được cho xem đoạn ghi hình một chiếc xe chạy trên đường, sau đó họ được hỏi có nhìn thấy biển báo bên đường hay cột đèn điện không. Các trẻ em tham gia nghiên cứu có thể được hỏi là có nhớ cái áo của người đàn ông đến thăm lớp học có màu gì hay không. Các phép thực nghiệm này cho thấy câu hỏi đặt ra cho các nhân chứng có thể làm thay đổi những gì họ tuyên bố là đã nhớ. Những nghiên cứu này giúp cảnh sát và tòa án thực hành việc đặt câu hỏi cho các bên có liên quan, nhưng nó lại không mấy liên quan đến ký ức sang chấn vì những sự kiện diễn ra trong phòng thí nghiệm không thể xem là tương đương với điều kiện khi xảy ra ký ức sang chấn.

Tiến sĩ Roger Pitman đã tiến hành một nghiên cứu tại Harvard, trong đó ông cho các sinh viên xem bộ phim *Faces of Death* (Những khuôn mặt của tử thần) có đoạn phim về những ca tử vong và tử hình. Bộ phim cực kỳ tàn khốc này hiện bị cấm chiếu ở nhiều nơi, nhưng nó không khiến những sinh viên tình nguyện của Pitman phát triển triệu chứng PTSD. Nếu muốn nghiên cứu bộ nhớ sang chấn, bạn phải nghiên cứu trải nghiệm của những người đã thực sự bị sang chấn.

KÝ ỨC BÌNH THƯỜNG VÀ SANG CHẤN

Năm 1994, tôi và các đồng nghiệp tại Bệnh viện Đa khoa Massachusetts quyết định tiến hành một nghiên cứu có hệ thống, So sánh cách mọi người nhớ lại những trải nghiệm ôn hòa và những trải nghiệm khủng khiếp. Chúng tôi đăng quảng cáo trên các tờ báo địa

phương, trong các tiệm giặt ủi và trên bản tin hội sinh viên với nội dung như sau: “Có điều gì khủng khiếp từng xảy ra với bạn, khiến bạn không thể quên được không? Hãy gọi 727-5500. Ai tham gia chương trình này sẽ được trả 10 đô-la”. Sau đợt quảng cáo đầu tiên, có 76 tình nguyện viên tham gia nghiên cứu của chúng tôi?.

Trong cuộc phỏng vấn, sau khi tự giới thiệu, chúng tôi bắt đầu hỏi những người tham gia: “Bạn có thể cho chúng tôi biết về một sự kiện trong cuộc sống mà bạn nghĩ bạn sẽ luôn luôn nhớ, nhưng không phải là sang chấn không?”. Một người tham gia rặng rờ nói: “Đó là ngày con gái tôi chào đời”. Một số người khác nhắc đến ngày cưới, ngày giành chiến thắng giải thể thao nào đó, ngày lễ tốt nghiệp thủ khoa trung học phổ thông,...

Sau đó, chúng tôi yêu cầu họ tập trung vào các chi tiết cảm giác cụ thể của những sự kiện đó, chẳng hạn như: “Có bao giờ bạn đang ở đâu đó và đột nhiên trong đầu bạn hiện lên hình ảnh sống động của chồng bạn trong ngày cưới không?”. Câu trả lời luôn luôn là không. “Vậy còn cảm giác của bạn về cơ thể của chồng trong đêm tân hôn thì sao?” (một số người khi nghe câu hỏi này đã nhìn chúng tôi bằng ánh mắt kỳ lạ). Chúng tôi tiếp tục hỏi: “Bạn có bao giờ có một hồi tưởng sống động, chính xác về bài phát biểu khi bạn nhận danh hiệu tốt nghiệp thủ khoa không?”, “Bạn có bao giờ nhớ những cảm giác mãnh liệt khi nhớ lại sự ra đời của đứa con đầu lòng không?”. Những câu trả lời đều là “Không”.

Sau đó, chúng tôi hỏi họ về những sang chấn đã đưa họ đến với cuộc nghiên cứu - nhiều người trong số họ từng bị hãm hiếp. “Bạn có bao giờ bất thành linh nhớ lại mùi của kẻ đã hãm hiếp bạn không?”, “Bạn có từng trải nghiệm những cảm giác thể chất giống như lúc bạn

bị cưỡng hiếp không?”. Những câu hỏi này khiến họ có những phản ứng cảm xúc mạnh mẽ. Họ nói: “Đó là lý do tại sao tôi không thể đi đến các bữa tiệc nữa bởi vì mùi rượu trong hơi thở của một ai đó khiến tôi cảm thấy mình như lại đang bị cưỡng hiếp” hoặc “Tôi không còn có thể quan hệ tình dục với chồng nữa, vì nếu anh ấy chạm vào người tôi theo kiểu nào đó là khiến tôi cảm thấy như đang bị cưỡng hiếp lần nữa”.

Có hai sự khác biệt lớn giữa cách mọi người nói về những trải nghiệm tích cực và khi nói về những trải nghiệm sang chấn: (1) cách sắp xếp của ký ức (2) những phản ứng thể chất của họ đối với ký ức đó.

Họ nhớ về đám cưới, ngày sinh đứa con đầu lòng, lễ tốt nghiệp như nhớ lại những sự kiện vốn thuộc về quá khứ, họ kể có bắt đầu, diễn biến và kết thúc. Chẳng ai được phỏng vấn nói rằng họ đã quên hoàn toàn phần nào đó của những sự kiện này. Ngược lại, khi nhớ về những ký ức sang chấn thì phần ký ức của họ bị xáo trộn. Họ nhớ rất rõ ràng một số chi tiết (ví dụ: mùi của kẻ hiếp dâm, vết rách trên trán của một đứa trẻ đã chết) nhưng không nhớ được chuỗi các sự kiện hoặc các chi tiết quan trọng khác (ví dụ: không thể nhớ ra ai là người đầu tiên đến cứu giúp, không nhớ rõ xe cứu thương hay là xe cảnh sát đã đưa họ đến bệnh viện).

Chúng tôi cũng đã hỏi những người tham gia cách họ nhớ lại sang chấn của họ tại ba thời điểm: ngay sau khi chuyện đó xảy ra, khi họ gặp rắc rối với triệu chứng của họ và trong tuần lễ trước khi tham gia nghiên cứu này. Tất cả mọi người đều nói rằng ngay sau khi chuyện đó xảy ra, họ đã không thể kể chính xác chuyện đó với người khác (thông tin này hẳn không làm nhân viên phòng cấp cứu hoặc

dịch vụ cứu thương bất ngờ vì họ thường chứng kiến cảnh một người sống sót trong vụ tai nạn xe hơi ngồi chết cứng, về mặt kinh hoàng cạnh một người bạn hoặc một đứa trẻ đã chết).

Hầu như tất cả những người tham gia đều tái diễn lại những cảnh hồi tưởng: Họ cảm thấy bị áp đảo bởi hình ảnh, âm thanh, cảm giác và cảm xúc. Theo thời gian, ngay cả khi có nhiều cảm giác, cảm xúc chi tiết đã được kích hoạt, nhưng hầu hết những người tham gia cũng chỉ mới bắt đầu hiểu chút chút về chuyện đã xảy ra với mình. Họ bắt đầu “biết” những gì đã xảy ra, bắt đầu có thể kể câu chuyện của mình cho người khác, tức câu chuyện mà chúng tôi gọi là “ký ức của sang chấn”.

Nạn nhân sẽ giảm dần tần suất các hình ảnh và sự hồi tưởng nhưng lại tăng khả năng sắp xếp các chi tiết và trình tự của sự kiện. Vào thời điểm nghiên cứu của chúng tôi, 85% trong số họ đã có thể kể một câu chuyện mạch lạc, gồm mở đầu, diễn biến và kết thúc, chỉ một ít người kể câu chuyện bị thiếu nhiều chi tiết. Chúng tôi lưu ý rằng có 5 người nói họ đã bị lạm dụng tình dục khi còn nhỏ có những mẫu tự truyện bị phân mảnh nhất thì những ký ức của họ vẫn ùa về dưới dạng những hình ảnh, cảm giác thể chất và cảm xúc mãnh liệt.

Về bản chất, nghiên cứu của chúng tôi đã xác nhận hệ thống bộ nhớ kép mà Janet và các đồng nghiệp của ông tại Salpêtrière đã mô tả cách đây hơn 100 năm: Về cơ bản, những ký ức sang chấn khác với những câu chuyện chúng ta kể về quá khứ. Chúng bị phân ly: Những cảm giác khác nhau đã xâm nhập vào não ta khi ta bị sang chấn và chúng không được tập hợp thành một câu chuyện hoặc một mẫu tự truyện của chính ta.

Kết luận quan trọng nhất trong nghiên cứu của chúng tôi có lẽ là việc nhớ lại sang chấn với tất cả những ảnh hưởng có liên quan không giúp giải quyết được sang chấn, giống như Breuer và Freud đã nói vào năm 1893.

Nghiên cứu của chúng tôi không hỗ trợ ý tưởng rằng ngôn ngữ có thể thay thế cho hành động. Hầu hết những người tham gia nghiên cứu của chúng tôi có thể kể một câu chuyện mạch lạc và cũng trải nghiệm những đau đớn liên quan đến câu chuyện đó, nhưng họ vẫn bị ám ảnh bởi những hình ảnh và cảm giác thể chất không thể chịu đựng nổi.

Nghiên cứu về việc điều trị phơi nhiễm (contemporary exposure treatment), một phần chủ yếu của liệu pháp nhận thức hành vi, có kết quả đáng thất vọng tương tự: Phần lớn bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp này tiếp tục có các triệu chứng PTSD nghiêm trọng sau khi kết thúc điều trị. Việc dùng từ ngữ để mô tả điều gì đã xảy ra với bạn có thể mang lại chuyển biến nào đó, nhưng không phải lúc nào cũng xóa bỏ những hồi tưởng hoặc cải thiện sự tập trung, kích thích bệnh nhân tích cực tham gia các hoạt động trong cuộc sống hơn hoặc giúp họ bớt miễn cảm với những thất vọng và tổn thương mà họ đã gánh chịu.

LẮNG NGHE NGƯỜI SỐNG SÓT KỂ CHUYỆN

Chẳng ai muốn nhớ về sang chấn cả, từ nạn nhân cho đến xã hội. Tất cả chúng ta đều muốn sống trong một thế giới an toàn, nhân văn và có thể lường trước mọi việc. Các nạn nhân sang chấn đã nhắc nhở chúng ta rằng thế giới tuyệt vời ta hằng mơ ước này không phải lúc nào cũng tồn tại. Để hiểu được sang chấn của bệnh nhân, chúng ta phải dám đối mặt với những thực tế tàn bạo của cuộc sống,

phải rèn đủ lòng dũng cảm để dám lắng nghe những lời khai của các bệnh nhân.

Trong tác phẩm *Holocaust Testimonies: The Ruins of Memory* (Nhân chứng nạn diệt chủng: Những ký ức đổ nát) (1991) Lawrence Langer đã viết: “Lắng nghe những câu chuyện về nạn diệt chủng, chúng ta khai quật được một bộ tranh khảm của những bằng chứng thường bị vùi lấp dưới tầng tầng lớp lớp của sự không hoàn thiện 28. Chúng ta vật lộn với phần mở đầu của một câu chuyện mãi mãi không bao giờ hoàn thiện, đầy những khoảng trống, đối mặt với những nhân chứng nao núng và thường câm nín trong khổ sở vì bị những ký ức sâu xa đàn áp”.

Một người sống sót khác, Charlotte Delbo, miêu tả cuộc sống kếp của cô sau khi được giải phóng khỏi trại tập trung Auschwitz: “Cái tôi, người trong trại tập trung đó, không phải là tôi, không phải là người đang ngồi đây, đối diện với anh. Không, điều đó thật khó tin. Và những gì đã xảy đến cho bản ngã” này khi còn ở Auschwitz không liên quan gì đến tôi nữa, những ký ức sâu xa và những ký ức thường ngày quá khác biệt... Nếu không có sự phân tách này, tôi đã chẳng thể sống sót quay trở về”²⁹.

Cô nói rằng ngay cả lời nói cũng có ý nghĩa kếp: “Nếu không thì, ai đó trong trại] bị tra tấn bằng cách cho khát khô cổ hàng tuần liền hẳn đã chẳng bao giờ có thể nói được câu: “Khát ghê. Mình làm tách trà đi.” Cơn khát [sau chiến tranh] một lần nữa đã trở thành một cụm từ được sử dụng thường xuyên. Mặt khác, nếu tôi mơ về Cơn khát của mình khi còn ở Birkenau [nơi thi hành diệt chủng ở Auschwitz], tôi thấy bản thân mình lúc đó đói khát, chẳng còn lý do để sống, vất vưởng”.

Langer kết luận đầy ám ảnh: “Ai có thể tìm thấy một ngôi mộ đúng dẫn cho những bức tranh khảm đã bị tàn phá của tâm trí, nơi họ có thể an nghỉ? Cuộc sống vẫn tiếp diễn, nhưng theo hai hướng thời gian cùng một lúc, tương lai không thể thoát khỏi sự kìm kẹp của ký ức đầy đau đớn” 31.

Bản chất của sang chấn là rất dữ dội, khó tin và quá sức chịu đựng. Thế nên, để có thể lắng nghe trọn vẹn tiếng nói của từng bệnh nhân, ta cần phải thôi nghĩ về những điều ta cho là bình thường, ta cũng cần chấp nhận rằng mình đang đối diện với một thực tế kép: cái thực tế tương đối an toàn và có thể tiên đoán được đang tồn tại song song với một quá khứ hoang tàn, chưa bao giờ bị lãng quên.

CÂU CHUYỆN CỦA NANCY

Nancy, Trưởng khoa điều dưỡng tại một bệnh viện ở miền Trung Tây Boston (Mỹ) – là người hiếm hoi có thể kể lại sống động trải nghiệm kinh hoàng của mình.

Sau khi sinh đứa con thứ ba, Nancy đã trải qua phẫu thuật thắt ống dẫn trứng bằng nội soi, trong đó các ống dẫn trứng được đốt chai cứng để tránh mang thai. Vì thuốc mê không đủ liều nên cô đã tỉnh dậy trong quá trình phẫu thuật và nhận thức được toàn bộ quá trình phẫu thuật.

Đôi lúc cô rơi vào một “giấc ngủ ngắn” hoặc “mơ”, đôi lúc CÔ lại có thể cảm nhận rõ toàn bộ tình trạng khủng khiếp của mình. Cô không thể chuyển động hay kêu gào để thông báo cho đội phẫu thuật vì họ đã tiêm cho cô một liều thuốc tê cơ đủ để ngăn cơn co giật trong suốt quá trình phẫu thuật.

Một số mức độ “thức tỉnh khi gây mê” (anesthesia awareness) hiện ước tính xảy ra ở khoảng ba mươi nghìn bệnh nhân được phẫu

thuật hàng năm tại Hoa Kỳ và trước đây tôi đã làm chứng cho một số người bị sang sang chấn do vấn đề này. Tuy nhiên, Nancy không muốn khởi kiện bác sĩ phẫu thuật hay bác sĩ gây mê. Cô tập trung toàn lực vào việc tái hiện thực tế sang chấn của mình để giải thoát bản thân khỏi sự xâm nhập của nó trong đời sống thường ngày.

Sau đây, tôi xin chia sẻ một phần nội dung các e-mail Nancy gửi cho tôi để mô tả hành trình hồi phục đầy mệt mỏi của cô.

Ban đầu, Nancy không biết chuyện gì đã xảy ra với cô. Cô viết: “Khi về đến nhà, tôi vẫn còn mê man. Tôi làm những việc thường ngày vẫn làm nhưng không thực sự cảm thấy mình đang sống hay đang hiện hữu. Đêm đó tôi không ngủ được. Trong nhiều ngày, tôi vẫn ở trong thế giới riêng bị ngắt kết nối của mình. Tôi không thể dùng máy sấy tóc, lò nướng bánh mì, bếp hoặc bất cứ thứ gì làm ấm. Tôi không thể tập trung vào những gì mọi người đang làm hoặc nói với tôi. Tôi không quan tâm gì cả. Tôi càng ngày càng lo lắng, càng ngủ ít hơn. Tôi biết mình đang hành xử kỳ lạ và cố gắng hiểu điều gì đã khiến tôi sợ hãi như vậy.

Vào đêm thứ tư sau cuộc phẫu thuật, khoảng 3 giờ sáng, tôi bắt đầu nhận ra rằng giấc mơ tôi có suốt thời gian qua liên quan đến các cuộc nói chuyện tôi đã nghe ở phòng mổ. Tôi đột nhiên bị đưa trở lại vào phòng mổ và có thể cảm thấy cơ thể tê liệt của tôi bị đốt cháy. Tôi bị chìm ngập trong một thế giới đáng sợ và kinh hoàng”.

Nancy nói rằng kể từ đó, những ký ức và những hồi tưởng lại bộc phát trong cô. “Như thể cánh cửa đã được hé mở, cho phép người ngoài xâm nhập vào vậy. Có một sự pha trộn của tò mò và tránh né. Tôi tiếp tục có những nỗi sợ vô cớ. Tôi sợ ngủ, tôi hoảng loạn khi nhìn thấy màu xanh. Thật tội cho chồng tôi khi phải chịu đựng những

gánh nặng phát sinh từ bệnh tật của tôi. Tôi la lối anh ấy dù tôi không chú ý làm việc đó. Tôi ngủ tối đa 2-3 tiếng một ngày, suốt cả ngày tâm trí tôi tràn ngập những hồi ức. Tôi thường xuyên trong trạng thái cảnh giác, cảm thấy những ý nghĩ của chính mình đang đe dọa mình và chỉ muốn chạy trốn khỏi chúng. Tôi giảm 10kg trong 3 tuần. Mọi người cứ bảo ngoại hình của tôi trông tuyệt quá.

Tôi bắt đầu nghĩ về cái chết, bắt đầu có cái nhìn rất méo mó về cuộc đời của mình, hạ thấp những thành công, khuếch trương những thất bại. Tôi đã làm tổn thương chồng và rất có khả năng sẽ nổi cơn thịnh nộ làm tổn thương con cái.

Ba tuần sau ca phẫu thuật, tôi quay lại làm việc ở bệnh viện. Khi lần đầu nhìn thấy một người mặc bộ đồng phục phẫu thuật bước vào thang máy, tôi đã muốn lao ra khỏi thang máy ngay lập tức, nhưng tất nhiên là tôi không thể. Sau đó tôi cảm thấy bị thôi thúc muốn đánh anh ta, ráng lăm tôi mới kìm chế được. Sự kiện này kích thích những hồi ức, cơn khiếp sợ và phân ly. Tôi khóc ròng trên đường về nhà. Sau đó, tôi ngày càng giải tránh né hơn. Tôi không bao giờ bước vào thang máy, không bao giờ đi đến quán cà phê, tránh né cả tầng lầu khu phẫu thuật”.

Dần dần, Nancy đã có thể ghép lại các đoạn hồi tưởng của cô và tạo ra một ký ức dễ hiểu và khủng khiếp về cuộc phẫu thuật của mình. Cô nhớ những lời trấn an của người y tá phẫu thuật, cô nhớ mình đã ngủ được một chút sau khi được gây mê. Rồi cô nhớ mình bắt đầu tỉnh dậy như thế nào.

“Cả đội phẫu thuật đang vui vẻ bàn tán về mối tình của một y tá nào đó vào đúng lúc nhát dao phẫu thuật đầu tiên đặt xuống. Tôi cảm thấy con dao mổ đâm vào người, rạch trên da thịt tôi, rồi dòng máu

nóng ứa ra khắp da thịt. Tôi cố hết sức trong vô vọng để cử động, để thốt nên lời, nhưng cơ thể không hoạt động. Tôi không hiểu gì cả. Tôi cảm nhận được cơn đau thốn tiếp theo khi những thớ cơ bị xé rách toạc. Tôi biết lẽ ra mình không nên cảm thấy điều này”.

Sau đó, Nancy nhớ có ai đó đã “lục lọi” bụng cô, rồi họ đặt những dụng cụ nội soi vào. Cô cảm thấy ống dẫn trứng của mình bị kẹp chặt. “Sau đó là một cơn đau thắt, nóng ran. Tôi cố chạy trốn, nhưng đầu đốt đuổi theo tôi, đốt cháy không ngừng nghỉ. Tôi không thể diễn tả bằng lời nỗi kinh hoàng của tôi trước trải nghiệm này. Cơn đau này không hề giống những cơn đau tôi từng vượt qua như khi gãy xương hoặc sinh nở. Cơn đau bắt đầu vô cùng đau đớn, sau đó tiếp tục không ngừng trong lúc đốt cháy toàn bộ ống dẫn trứng. Cảm giác bị dao mổ cắt vào người chẳng là gì so với cơn đau này.

Và rồi đột nhiên, ống dẫn trứng bên phải cảm nhận được cú chạm của đầu đốt. Khi tôi nghe tiếng cười của họ, trong một khoảnh khắc, tôi không biết mình đang ở đâu. Tôi tin rằng mình đang trong một phòng tra tấn, nhưng không hiểu sao họ có thể tra tấn tôi mà chẳng cần tra khảo thông tin gì. Thế giới của tôi bị thu hẹp lại chỉ còn chiếc bàn mổ. Tôi mất khả năng tiếp nhận thời gian, không có quá khứ, không có tương lai. Nơi đây chỉ có đau đớn, kinh hoàng, và sợ hãi.

Tôi cảm thấy bị cô lập khỏi tất cả nhân loại, vô cùng cô đơn dù có nhiều người đang vây xung quanh. Quả cầu đang thu hẹp về phía tôi. Trong cơn đau quằn quại, tôi hẳn đã cử động nhẹ. Tôi nghe người y tá nói với bác sĩ gây mê rằng bệnh nhân vẫn đang “tỉnh”. Bác sĩ yêu cầu bơm thêm thuốc mê cho tôi và khẽ nói, Không cần viết sự cố này vào bảng ghi chú đâu. Đó là ký ức cuối cùng tôi nhớ được.”

Trong những e-mail gửi tới sau đó, Nancy đã cố gắng nắm bắt thực tế hiện tại của sang chấn: “Tôi muốn cho anh thấy hồi ức là như thế nào. Nó giống như thời gian gấp lại hoặc bị uốn cong, khiến quá khứ và hiện tại kết hợp với nhau, như thể tôi đã bị đưa trở lại quá khứ. Các biểu tượng có liên quan đến sang chấn lúc đầu, dù trong thực tế là vô hại, thì chúng đều đã bị bóp méo thành thứ xấu xa, đáng bị căm ghét, sợ hãi, cần phải bị phá hủy nếu có thể, còn nếu tôi không phá hủy được thì đành tránh né. Ví dụ, bất cứ dụng cụ nào có sắt, từ đồ chơi, móc quần áo đều khiến tôi cảm thấy đó là dụng cụ tra tấn. Mỗi khi nhìn thấy bộ quần áo phẫu thuật, tôi đều hồn xiêu phách tán, hoang mang, cảm thấy người mệt lả, thậm chí có khi tôi nổi giận.

Cuộc hôn nhân của tôi đang dần tan vỡ, chồng tôi đại diện cho những người vô tâm cười nói và đang làm tôi đau [tức nhóm phẫu thuật]. Tôi tồn tại trong thực tế kép. Một cơn tê liệt bao phủ tôi như một tấm chăn, và cái chạm nhẹ của một đứa trẻ nhỏ kéo tôi trở lại với thế giới. Trong một thoáng, tôi là một người đang hiện hữu, một phần của cuộc sống, không phải chỉ là một người quan sát từ xa.

Thật thú vị là tôi vẫn làm việc rất tốt, luôn nhận được những phản hồi tích cực. Cuộc sống vẫn tiếp diễn với những sai lầm, lừa dối.

Sự tồn tại kép này thật kỳ quặc, quái lạ. Tôi mệt mỏi vì nó. Nhưng tôi không thể nhắm mắt buông xuôi, không thể lừa dối bản thân mình để tin rằng nếu tôi cố phớt lờ thì những con quái thú sẽ biến mất. Nhiều lần tôi đã nghĩ tôi nhớ lại những sự kiện của cuộc giải phẫu chỉ để tìm kiếm một sự kiện mới.

Có quá nhiều phần bị che khuất trong 45 phút đó của đời tôi. Ký ức của tôi chưa hoàn thiện và còn vỡ vụn, nhưng tôi không còn nghĩ rằng tôi cần biết mọi thứ để hiểu điều gì đã xảy ra.

Khi nỗi sợ giảm xuống, tôi nhận ra mình có thể chịu đựng được, nhưng một phần trong tôi nghi ngờ điều đó. Lực kéo của quá khứ quá mạnh, đó là mặt tối của cuộc đời tôi và tôi thường phải cư ngụ ở đó. Tôi cũng gặp khó khăn trong việc tìm ra cách để biết mình đang sống, tôi cứ đấu tranh đi đấu tranh lại để sống còn, dường như tôi đã thắng, nhưng không thể làm chủ bản thân.”

Khi Nancy tự nguyện làm thêm một cuộc phẫu thuật khác, phức tạp, tôi biết rằng đó là dấu hiệu hồi phục sang chấn của cô. Cô đã chọn một bệnh viện ở Boston để phẫu thuật, đã yêu cầu một cuộc họp trước phẫu thuật với các bác sĩ phẫu thuật và chuyên viên gây mê để thảo luận trải nghiệm trước đây của cô và yêu cầu tôi được phép vào phòng mổ. Lần đầu tiên trong nhiều năm tôi đã mặc bộ đồ phẫu thuật. Tôi ở bên cô ấy trong lúc cô ấy được gây mê. Lần này, cô ấy đã hồi tỉnh và cảm thấy an toàn.

Hai năm sau, tôi đã viết e-mail xin phép Nancy cho phép tôi sử dụng câu chuyện về thức tỉnh khi gây mê của cô trong chương này. Câu trả lời của cô giúp tôi biết cô đã phục hồi đến đâu: “Tôi ước gì có thể nói rằng việc anh đi cùng tôi vào phòng phẫu thuật đã kết thúc nỗi đau của tôi. Thật đáng buồn vì đó không phải là sự thật. Sau sáu tháng, tôi đã có hai lựa chọn khôn ngoan. Tôi rời nhà trị liệu CBT, chuyển sang điều trị với một bác sĩ tâm thần theo trường phái tâm động học và tham gia lớp Pilates để hồi phục sức khỏe và tinh thần.

Trong tháng cuối cùng của chúng tôi, tôi hỏi bác sĩ tâm thần của tôi tại sao ông ấy không cố gắng điều trị cho tôi như tất cả các nhà trị liệu khác đã cố gắng và rồi thất bại. Ông nói ông cho rằng với những gì tôi đã đạt được về đường con cái và sự nghiệp, tôi có khả năng phục hồi đủ để tự chữa lành cho mình nếu ông có thể tạo ra một môi

trường giúp cho tôi làm điều đó. Khoảng thời gian điều trị mỗi tuần một tiếng chính là nơi trú ẩn để tôi có thể khám phá bí ẩn tại sao tôi bị tổn thương như vậy và sau đó tự mình tái tạo lại cảm giác hoàn chỉnh về bản thân, không còn vụn vỡ, đau đớn, chỉ còn lại bình an.

Nhờ tập luyện Pilates mà thể chất tôi mạnh mẽ hơn, tôi cũng có một nhóm phụ nữ sẵn sàng đón nhận và hỗ trợ tối. Sự kết hợp giữa củng cố những cốt lõi của tâm lý, xã hội và thể chất đã giúp tôi cảm thấy an toàn, tự chủ, bớt hồi tưởng quá khứ xa xôi, cho phép hiện tại và tương lai hiện diện trong tâm trí”.

PHẦN V

CON ĐƯỜNG HỒI PHỤC

 /GROUPS/YEUKINDLEVIETNAM

Chương 13

HỒI PHỤC SAU SANG CHẤN: LÀM CHỦ CHÍNH MÌNH

Tôi không tìm đến phép trị liệu để xem mình có phải là người điên Hằng tuần, tôi đến và tôi tìm chỉ một câu trả lời duy nhất Và khi tôi nói về trị liệu tâm lý, tôi biết mọi người nghĩ gì Rằng nó chỉ khiến bạn trở nên ích kỷ và xiêu lòng với tay trị liệu lang băm

Nhưng thật ra, tôi còn yêu những người khác rất nhiều Khi tôi có thể nói về mình thật nhiều.

Dar Williams, What Do You Hear in These Sounds (Bạn lắng nghe gì từ những âm thanh ấy)

Không ai có thể “chữa lành” chiến tranh, lạm dụng, cưỡng hiếp, ngược đãi hoặc sự kiện khủng khiếp nào khác. Chuyện gì đã xảy ra thì không thể cứu vãn. Nhưng chúng ta có thể đương đầu với những dấu ấn của sang chấn khắc sâu trên cơ thể, tâm trí và tâm hồn. Đó là những cảm giác nặng nề trong ngực mà bạn có thể gọi là lo lắng hoặc trầm cảm, là nỗi sợ mất kiểm soát, là luôn luôn cảnh giác về sự nguy hiểm hoặc bị từ chối, là tự ghê tởm bản thân, là những cơn ác mộng và những lần hồi tưởng là màn sương mù trong tâm trí khiến bạn không thể tập trung vào công việc, là không thể rộng mở trái tim trước một người khác.

Sang chấn khiến bạn không thể tự chủ (trong các chương tiếp theo, tôi sẽ gọi tự chủ là sự tự lãnh đạo bản thân).. Phục hồi sau sang chấn là giành lại quyền làm chủ cơ thể và tâm trí để bạn được tự do biết những gì bạn biết, cảm thấy những gì bạn cảm thấy mà không bị choáng ngợp, tức giận, xấu hổ hoặc suy sụp. Với hầu hết mọi người, để lại làm chủ bản thân họ cần: (1) tìm cách để bình tĩnh và tập trung, (2) học cách duy trì sự bình tĩnh đó khi phản ứng với những hình ảnh, suy nghĩ, âm thanh hoặc những cảm giác thể chất gợi bạn nhớ lại quá khứ, (3) tìm ra một con đường để sống trọn vẹn trong hiện tại và gắn bó với những người xung quanh, (4) không phải giữ bí mật về bản thân nữa, kể cả những bí mật về cách giúp bạn xoay sở để sống sót.

Bốn bước này thường chồng chéo lên nhau, thực hiện khó đến đâu còn tùy vào hoàn cảnh mỗi người. Tôi đã thực hiện các nghiên cứu khoa học về nhiều phương pháp điều trị tối mô tả ở đây và đã công bố các kết quả nghiên cứu trong các tạp chí khoa học được đánh giá bởi đồng nghiệp của mình”.

TRỌNG TÂM MỚI CỦA VIỆC HỒI PHỤC

Ta thường bắt đầu nói về sang chấn bằng cách kể một câu chuyện hoặc đặt ra một câu hỏi dành cho bệnh nhân, ví dụ như: “Chuyện gì đã xảy ra trong chiến tranh?”, “Bạn có bao giờ bị xâm hại chưa?”, “Để tôi kể cho bạn nghe về vụ tai nạn/hãm hiếp đó” hoặc “Có ai trong gia đình bạn nghiện rượu không?”. Tuy nhiên, sang chấn không chỉ là một câu chuyện về một điều gì đó xảy ra từ lâu. Cảm xúc và cảm giác thể chất đã được khắc sâu trong suốt sang chấn không phải là những ký ức mà là những phản ứng thể chất gây rối xảy ra ngay trong hiện tại.

Để giành lại quyền kiểm soát bản thân, bạn cần phải xem lại sang chấn: Sớm muộn gì bạn cũng phải đối đầu với những gì đã xảy ra với bạn, nhưng chỉ sau khi bạn cảm thấy an toàn và sẽ không bị nó khiến bạn tái sang chấn lần nữa. Việc đầu tiên là tìm cách đối phó với cảm xúc bị áp đảo bởi những cảm giác và cảm xúc gắn liền với chuyện quá khứ ấy.

Động cơ của phản ứng hậu sang chấn nằm trong phần não cảm xúc. Trái ngược với bộ não lý trí vốn thể hiện trong suy nghĩ, não cảm xúc thể hiện trong phản ứng của thể chất: cảm giác quặn ruột, tim đập mạnh, nhịp thở nhanh và nông, cảm xúc đau tức ngực, giọng nói cao, khó nghe, và các cử chỉ cơ thể đặc trưng cho thấy sự sụp đổ, co cứng, tức giận hoặc phòng thủ.

Bộ não lý trí giúp chúng ta hiểu những cảm xúc từ đâu mà có (ví dụ: “Tôi sợ hãi khi đến gần một người đàn ông vì tôi từng bị bố tôi xâm hại” hoặc “Tôi rất khó bày tỏ tình yêu thương của mình đối với con trai tôi vì tôi cảm thấy tội lỗi do đã giết chết một đứa trẻ ở Iraq”). Tuy nhiên, phần não lý trí không thể triệt tiêu được cảm xúc, cảm giác, hoặc những suy nghĩ như sống với cảm giác rất ít về mối đe dọa hoặc cảm thấy rằng bạn, về cơ bản, là một người tồi tệ, mặc dù bạn biết rằng mình không có lỗi khi bị hãm hiếp).

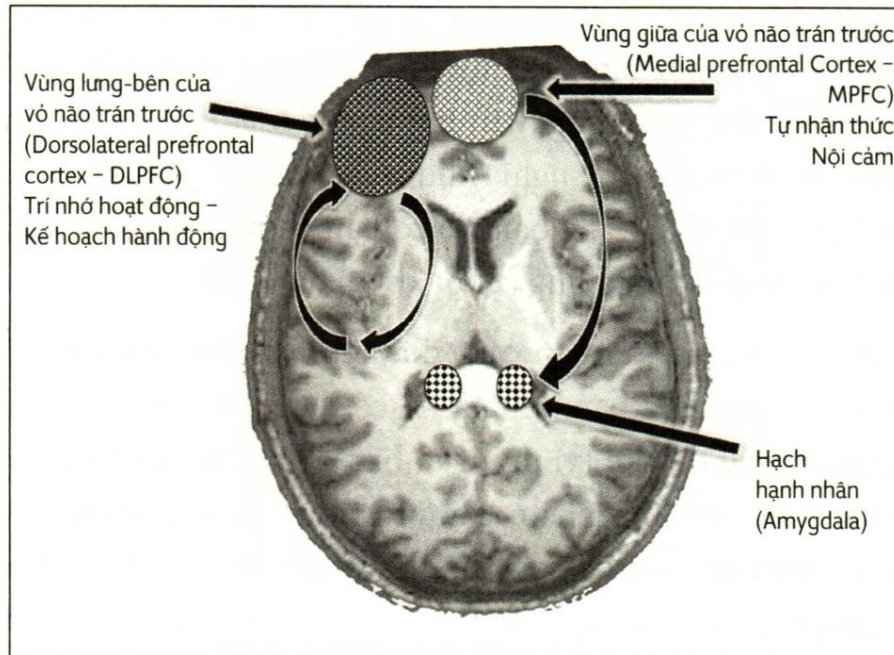
Việc hiểu ra tại sao bạn cảm thấy như thế tuy không thể làm thay đổi cảm giác của bạn, nhưng nó có thể ngăn bạn bị cuốn theo những phản ứng dữ dội (ví dụ ngăn bạn tấn công ông chủ – người khiến bạn nhớ đến thủ phạm gây ra chuyện khủng khiếp với bạn năm xưa, ngăn bạn chia tay với người yêu sau lần bất đồng đầu tiên, hoặc ngăn bạn lao vào vòng tay của một người lạ mặt). Tuy nhiên, chúng ta càng đau khổ thì bộ não lý trí càng bị lệch lạc với cảm xúc.

TRỊ LIỆU HỆ VIỄN

Vấn đề cơ bản trong giải quyết stress sau sang chấn là khôi phục lại sự cân bằng hợp lý giữa bộ não lý trí và bộ não cảm xúc, để bạn có thể cảm thấy tự chủ về cách bạn phản ứng và điều khiển cuộc sống của mình. Khi ở trạng thái kích động mạnh, chúng ta sẽ bị đẩy ra khỏi “ngưỡng chịu đựng”⁴. Chúng ta bị phản ứng ngược và rối loạn, bộ lọc của chúng ta ngừng hoạt động, âm thanh và ánh sáng làm phiền chúng ta, hình ảnh không mong muốn từ quá khứ xâm nhập vào tâm trí của chúng ta, và rồi chúng ta hốt hoảng hoặc nổi cơn thịnh nộ. Nếu ngừng tiếp nhận các cảm giác, chúng ta sẽ thấy trống rỗng trong cơ thể và tâm trí, suy nghĩ trở nên chậm chạp và gặp khó khăn khi phải di chuyển.

Con người không thể học hỏi từ những trải nghiệm nếu họ bị kích thích quá mức hoặc ngừng tiếp nhận các cảm giác. Thậm chí nếu họ xoay xở để tự chủ được thì họ cũng quá căng thẳng đến mức trở nên cứng nhắc, bướng bỉnh và chán nản. Phục hồi từ sang chấn liên quan đến việc khôi phục lại chức năng điều hành, sự tự tin và khả năng vui chơi, sáng tạo.

PIC



Truy cập phần não cảm xúc. Phần não lý trí, phân tích tập trung ở vùng lưng-bên của vỏ não trán trước và không kết nối trực tiếp với phần não cảm xúc (hạch hạnh nhân) – nơi lưu giữ hầu hết các dấu ấn của sang chấn. Tuy nhiên, vùng giữa của vỏ não trán trước – trung tâm của sự tự nhận thức – thì có kết nối với phần não cảm xúc.

HÌNH VẼ CỦA LICIA SKY

Nếu chúng ta muốn thay đổi phản ứng hậu sang chấn, chúng ta phải tiếp cận phần não cảm xúc và làm “liệu pháp hệ viền” (limbic system therapy): Sửa chữa các hệ thống báo động bị lỗi và phục hồi phần não cảm xúc trở về công việc bình thường của nó là làm một khung nền yên tĩnh để chăm sóc cơ thể, đảm bảo rằng bạn ăn, ngủ, kết nối với những người thân thiết, bảo vệ con cái và tự vệ trước những hiểm nguy.

Nhà thần kinh học Joseph LeDoux và các cộng sự đã chỉ ra cách duy nhất chúng ta có thể tiếp cận phần não cảm xúc một cách có ý thức là thông qua sự tự nhận thức, nghĩa là bằng cách kích hoạt vùng giữa của vỏ não trán trước, phần não thông báo những gì đang

diễn ra bên trong chúng ta và do đó cho phép chúng ta cảm nhận những gì chúng ta đang cảm nhận. (Thuật ngữ cho điều này là “nội cảm” (interoception) – tiếng Latin nghĩa là “nhìn vào bên trong”). Hầu hết bộ não có ý thức của chúng ta được dành để tập trung vào thế giới bên ngoài: hòa hợp với người khác và lập kế hoạch cho tương lai. Tuy nhiên, điều đó không giúp chúng ta tự quản lý bản thân mình. Nghiên cứu khoa học thần kinh cho thấy cách duy nhất chúng ta có thể thay đổi cách mình cảm nhận là nhận thức được kinh nghiệm bên trong của chúng ta và học hỏi để làm quen với những gì đang diễn ra bên trong chính chúng ta.

BẦU BẠN VỚI BỘ NÃO CẢM XÚC

1. ĐỐI PHÓ VỚI SỰ KÍCH THÍCH QUÁ MỨC

Trong vài thập kỷ qua, tâm thần học chính thống đã chú ý về việc sử dụng thuốc để thay đổi cách chúng ta cảm nhận, và điều này đã trở thành phương thức được chấp nhận để đối phó với chứng kích thích quá mức (hyperarousal).

Tôi cần nhấn mạnh rằng con người có rất nhiều kỹ năng sẵn có để giữ cho tâm lý mình ổn định, vững chắc. Trong chương 5, chúng ta đã thấy cảm xúc được ghi nhận trong cơ thể như thế nào. Khoảng 80% các sợi của thần kinh phế vị (kết nối não bộ với nhiều cơ quan nội tạng) là có liên quan; nghĩa là chúng chạy từ cơ thể sang não°. Điều này có nghĩa chúng ta có thể trực tiếp huấn luyện hệ thống kích thích của mình bằng cách hít thở, hát và cử động.

Trong các nghiên cứu do Viện Sức khỏe Quốc gia (National Institutes of Health) hỗ trợ, tôi và các đồng nghiệp đã chỉ ra rằng 10 tuần thực hành yoga sẽ giúp làm giảm rõ rệt các triệu chứng PTSD ở những bệnh nhân không đáp ứng với bất kỳ loại thuốc nào hoặc bất

kỳ cách điều trị nào khác?. (Tôi sẽ thảo luận về yoga trong chương 16.) Phản hồi thần kinh (neurofeedback), chủ đề của chương 19, cũng có thể có hiệu quả đặc biệt đối với trẻ em và người lớn bị kích thích quá mức hoặc ngừng tiếp nhận thông tin về cảm giác, những triệu chứng khiến họ khó tập trung”.

Học cách hít thở bình tĩnh và duy trì trạng thái thư giãn tương đối về thể chất, thậm chí ngay cả trong khi nhớ lại những kỷ niệm đau đớn và khủng khiếp, là một công cụ cần thiết để hồi phục. Khi bạn chú ý hít thở chậm và sâu, bạn sẽ nhận thấy những ảnh hưởng của hệ thần kinh đối giao cảm lên tình trạng bị kích thích của bạn (như đã giải thích trong chương 5). Tập trung càng nhiều vào hơi thở sẽ càng tốt cho bạn, đặc biệt nếu bạn chú ý đến tận cùng của hơi thở ra và sau đó đợi một lát trước khi bạn hít vào lần nữa. Khi bạn tiếp tục hít thở và chú ý luồng khí vào ra phổi, bạn có thể nghĩ đến vai trò của khí oxy trong việc nuôi dưỡng cơ thể và tắm tấp cơ thể bằng năng lượng cần thiết để bạn cảm thấy sống động và hăng hái. Chương 16 mô tả các tác động toàn thân của phương pháp thực hành đơn giản này.

Điều chỉnh cảm xúc là vấn đề quan trọng trong việc quản lý các ảnh hưởng của sang chấn, thế nên, mọi chuyện sẽ khác đi rất nhiều, nếu các giáo viên, sĩ quan quân đội, cha mẹ nuôi và các chuyên gia về sức khỏe tâm thần được hướng dẫn thấu đáo về các kỹ thuật điều chỉnh cảm xúc. Hiện nay, hầu như chỉ có giáo viên mầm non và mẫu giáo được huấn luyện kỹ thuật này để kiểm soát những hành vi bốc đồng của con trẻ 10.

Ngoài yoga, những bộ môn mang tính truyền thống khác hiện đang được nghiên cứu để sử dụng trong điều trị PTSD như thái cực

quyền, khí công, đánh trống kiểu châu Phi, Aikido, Judo, Tae Kwon do, Kendo, Jujitsu, Capoeira từ Brazil,... Những bộ môn này liên quan đến vận động thể chất, hô hấp và thiền định.

2. KHÔNG CÓ TÂM TRÍ NÀO KHÔNG LIÊN TỤC SUY NGHĨ

Trọng tâm của sự hồi phục là tự nhận thức. Các cụm từ quan trọng nhất trong liệu pháp trị liệu sang chấn là “Chú ý đến” và “Điều gì xảy ra tiếp theo?”. Những người bị sang chấn sống với những cảm giác dường như không chịu nổi: Họ cảm thấy đau tức ngực và chịu đựng cảm giác khó chịu tận sâu trong bụng hay lồng ngực. Tuy nhiên, việc tránh né cảm nhận những cảm giác này trong cơ thể chỉ khiến chúng ta dễ bị những cảm giác ấy lấn át.

Nhận thức về cơ thể tức là ta đang kết nối với thế giới bên trong ta. Chỉ cần để ý đến sự bức bối, sợ hãi, lo lắng của mình, ta sẽ lập tức thay đổi quan điểm cá nhân và có những lựa chọn phản ứng mới ngoài những phản ứng tự động theo thói quen. Chánh niệm giúp ta nhận ra tính chất nhất thời của cảm xúc và nhận thức của chúng ta. Khi tập trung chú ý vào cảm giác của cơ thể, chúng ta có thể nhận ra những dòng chảy cảm xúc, nhờ đó tăng sự kiểm soát của chúng ta đối với chúng.

Những người bị sang chấn thường SỢ phải cảm nhận những cảm giác thể chất của mình vì bây giờ chúng như những kẻ thù. Và vì sợ hãi nên cơ thể họ đông cứng lại, tâm trí họ cũng đóng kín. Dù sang chấn là chuyện đã qua, nhưng phần não cảm xúc tiếp tục tạo ra cảm giác làm cho họ cảm thấy sợ hãi và bất lực. Không có gì ngạc nhiên khi rất nhiều người bị sang chấn đã mắc chứng cuồng ăn uống, nghiện rượu, sợ quan hệ tình dục và tránh né nhiều hoạt động xã hội.

Để thay đổi, bạn cần phải mở lòng để trải nghiệm những gì đang diễn ra bên trong cơ thể mình. Bước đầu tiên là hãy để tâm trí bạn tập trung vào cảm giác của bạn và nhận thấy rằng những cảm giác cơ thể đều ngăn ngủi và đáp ứng lại với sự dịch chuyển nhẹ nhàng về vị trí của cơ thể, sự thay đổi trong nhịp thở, sự thay đổi trong suy nghĩ.

Một khi bạn chú ý đến cảm giác thể chất của mình rồi, bước tiếp theo là mô tả chúng, ví dụ: “Khi lo lắng, tôi cảm thấy lồng ngực mình như đang vỡ ra”. Sau đó, tôi có thể nói với bệnh nhân: “Hãy tập trung vào cảm giác đó và xem nó thay đổi như thế nào khi bạn hít một hơi thật sâu, hoặc khi bạn chạm tay nhẹ vào phần ngực ngay dưới xương đòn, hoặc khi bạn cho phép mình khóc”. Thực hành chánh niệm sẽ giúp làm dịu hệ thần kinh giao cảm, vì vậy bạn sẽ ít rơi vào trạng thái cảm thấy phải chiến đấu hoặc chạy trốn. Học cách quan sát và chấp nhận các phản ứng cơ thể là điều kiện tiên quyết để xem xét lại quá khứ một cách an toàn. Nếu bạn không thể chấp nhận những gì bạn đang cảm thấy ngay bây giờ thì việc mở ra quá khứ sẽ chỉ làm bạn đau khổ và tiếp tục tổn thương thêm mà thôi.

Miễn là ta còn nhận thức được rằng cơ thể mình đang không ngừng biến động thì ta sẽ còn chấp nhận được những cảm giác khó chịu trong cơ thể. Bạn thấy tức ngực, nhưng sau khi hít một hơi thật sâu và thở ra, cảm giác đó dịu đi và bạn có thể cảm thấy một cảm giác khác, ví dụ vai căng ra. Bây giờ bạn có thể bắt đầu khám phá những gì xảy ra khi bạn hít thở sâu hơn và chú ý đến khung sườn của bạn sẽ giãn ra. Một khi bạn cảm thấy bình tĩnh hơn và tò mò hơn, bạn có thể quay trở lại với cảm giác ở vai. Bạn đừng ngạc nhiên

khi thấy đôi vai của mình lại dính líu một cách nào đó với một ký ức xa xưa tự đứng trỗi dậy.

Bước tiếp theo là quan sát sự tương tác giữa suy nghĩ và cảm giác cơ thể của bạn. Những suy nghĩ riêng biệt được ghi nhận lại trong cơ thể bạn như thế nào? (Những suy nghĩ như “Bố tôi yêu tôi” hoặc “Bạn gái tôi bỏ rơi tôi” có khiến bạn có những cảm giác khác nhau không?). Nhận thức được cách thức cơ thể của bạn sắp xếp những cảm xúc và ký ức cụ thể giúp mở ra khả năng giải phóng những cảm giác và sự thôi thúc trong vô thức mà bạn từng kìm lại để tồn tại. Trong chương 20, nói về lợi ích của kịch nghệ, tôi sẽ mô tả chi tiết hơn.

Jon Kabat-Zinn - một trong những người tiên phong trong y học thân-tâm – đã thành lập chương trình Giảm stress bằng Chánh niệm (Mindfulness-Based Stress Reduction - MBSR) tại Trung tâm Y tế Đại học Massachusetts vào năm 1979. Phương pháp này của ông đã được nghiên cứu kỹ lưỡng trong hơn ba thập kỷ qua. Ông mô tả chánh niệm như sau: “Một cách để suy nghĩ về quá trình chuyển hóa này là hãy xem chánh niệm như một ống kính, lấy các năng lượng phân tán và phản ứng trong tâm trí của bạn và tập trung chúng vào một nguồn năng lượng liền mạch để sống, để giải quyết vấn đề và để chữa lành”¹⁵.

Chánh niệm đã được chứng minh có ảnh hưởng tích cực đến các triệu chứng bệnh tâm thần, bệnh tâm thể (psychosomatic) và liên quan đến stress bao gồm trầm cảm và đau mạn tính ¹⁶. Nó có ảnh hưởng rộng lên sức khỏe thể chất, bao gồm cải thiện đáp ứng miễn dịch, huyết áp và mức cortisol^o. Chánh niệm cũng kích hoạt các vùng não liên quan đến sự điều tiết cảm xúc ¹⁸ và dẫn đến những thay đổi

trong các khu vực liên quan đến nhận thức về cơ thể và sự Sợ hãi 19.

Các nghiên cứu của Britta Holzel và Sara Lazar cho thấy việc thực hành chánh niệm thậm chí làm giảm hoạt động hệ thống báo động của bộ não, hạh hạnh nhân, và do đó làm giảm phản ứng đối với những yếu tố tiềm tàng.

3. NHỮNG MỐI QUAN HỆ

Hàng loạt nghiên cứu cho thấy rằng có một mạng lưới hỗ trợ tốt tạo thành sự bảo vệ mạnh mẽ nhất chống lại việc bị sang chấn. Cảm giác an toàn có thể khắc chế được cảm giác sợ hãi. Khi chúng ta sợ hãi, chỉ có tiếng trấn an hay cái ôm chặt của người mà ta tin cậy mới có thể làm ta bình tĩnh lại. Khi sợ hãi, người lớn cũng thích được vỗ về y hệt như trẻ con, nghĩa là thích có ai ôm ấp mình, vỗ về, thích được đảm bảo rằng ai đó lớn hơn mình, mạnh mẽ hơn mình sẽ lo liệu mọi thứ, để mình có thể yên tâm đi ngủ một cách bình yên. Để phục hồi sau sang chấn, tâm trí, cơ thể và não cần phải được thuyết phục rằng chúng sẽ hoàn toàn an toàn khi buông bỏ ký ức đau thương. Điều đó chỉ xảy ra khi bạn cảm thấy an toàn từ bên trong cơ thể và cho phép bạn kết nối cảm giác an toàn với những ký ức về quá khứ bất lực.

Sau một sang chấn cấp tính, ví dụ như bị tấn công, gặp tai nạn hoặc thiên tai, những người sống sót mong muốn được trông thấy khuôn mặt và nghe giọng nói của người thân, được chạm vào, được tiếp xúc cơ thể với người thân, được ăn uống, được ở nơi trú ẩn an toàn và có thời gian để ngủ. Những người bị sang chấn rất cần được sớm liên lạc với những người thân yêu gần xa, sớm đoàn tụ với gia đình và bạn bè ở một nơi họ cảm thấy an toàn. Những mối quan hệ

thân thiết chính là hàng rào bảo vệ kiên cố nhất giúp ta chống lại mối đe dọa. Ví dụ, những trẻ em bị tách khỏi cha mẹ sau khi trẻ gặp một sự kiện sang chấn có thể sẽ phải chịu những ảnh hưởng tiêu cực nghiêm trọng kéo dài.

Các nghiên cứu tiến hành trong Thế chiến thứ hai tại Anh cho thấy những trẻ em sống ở London được di tản đến vùng nông thôn để tránh cuộc ném bom của Đức đã có nhiều chuyển biến tệ hại hơn so với những trẻ em ở lại với cha mẹ, dù khi ở lại đồng nghĩa với việc chúng phải chịu đựng những đêm trong hầm tránh bom và phải chứng kiến những hình ảnh đáng sợ của các tòa nhà bị phá hủy và người chết 21.

Những người bị sang chấn đã hồi phục khi họ có mối quan hệ như gia đình, người thân, các tổ chức cựu chiến binh, các tổ chức tôn giáo, các nhà trị liệu chuyên nghiệp. Vai trò của những mối quan hệ đó là giúp người bị sang chấn cảm thấy an toàn về thể xác và tinh thần, giúp họ vững vàng trước cảm giác xấu hổ, những lời rầy la hoặc những lời bình phẩm, giúp họ can đảm chịu đựng, đối mặt và xử lý những gì đang xảy ra hơn.

Phần lớn các nối kết hoạt động thần kinh của chúng ta đều dành cho việc trở nên đồng điệu với những người khác. Sự phục hồi từ sang chấn liên quan đến việc (tái) kết nối với người khác. Đây là lý do tại sao sang chấn xảy ra trong những mối quan hệ thường khó chữa trị hơn sang chấn do tai nạn giao thông hoặc do thiên tai.

Trong xã hội chúng ta, những sang chấn phổ biến nhất ở phụ nữ và trẻ em thường là do cha mẹ hoặc đối tượng thân thiết của họ gây ra. Những người bạo dâm trẻ em, lạm dụng tình dục trẻ em, gây ra bạo lực gia đình đều chính là những người lẽ ra phải yêu thương trẻ em.

Chính điều này khiến trẻ mất đi hàng rào bảo vệ quan trọng nhất để chống lại sang chấn.

Nếu những người vốn dĩ phải quan tâm chăm sóc và bảo vệ bạn lại chính là người từ chối bạn, hoặc làm bạn sợ hãi, thì bạn sẽ học cách ngừng tiếp nhận thông tin cảm giác và bỏ qua những gì bạn đang cảm thấy?”. Bạn loay hoay tìm cách đối phó với cảm giác sợ hãi, tức giận, thất vọng của mình. Tự quản lý nỗi sợ làm nảy sinh một số vấn đề như sự phân ly, tuyệt vọng, nghiện ngập, cảm giác hoảng sợ kéo dài, những mối quan hệ bất hòa, rời rạc và sự bùng nổ. Bệnh nhân có những tiền sử này hiếm khi kết nối được những gì đã xảy ra với họ từ lâu với những cảm xúc, hành vi của họ trong hiện tại. Mọi thứ dường như nằm ngoài tầm kiểm soát.

Họ sẽ không thể đi qua sang chấn nếu không thừa nhận những gì đã xảy ra và nhận ra những con quỷ vô hình mà họ đang vật lộn với chúng. Nhiều người cảm thấy rất hổ thẹn: “Khi hiểu về tôi thì bạn sẽ thấy tôi thối nát và ghê tởm thế nào”. Những sang chấn chưa được giải quyết có thể tác động xấu đến các mối quan hệ. Ví dụ như bạn bị người yêu bạo hành, bạn sẽ sợ yêu người mới vì lại sợ đau thêm lần nữa. Và nhiều khả năng bạn sẽ vô tình làm tổn thương người mới trước khi họ có cơ hội làm bạn tổn thương.

Khi bạn có thể thu hết can đảm để đối mặt và lắng nghe những thanh âm từ thế giới nội tâm của mình, bạn cần tìm một người trợ giúp đáng tin cậy. Người có thể giữ vững cảm xúc của bạn và giúp bạn lắng nghe những thông điệp đau đớn từ bộ não cảm xúc của bạn. Người đó không sợ những cơn khiếp đảm của bạn, có thể chịu đựng Cơn thịnh nộ của bạn, có thể bảo vệ cho bạn trong khi bạn khám phá những trải nghiệm bị phân mảnh mà bạn phải giữ bí mật

từ chính bản thân mình trong một thời gian dài. Hầu hết những người bị sang chấn đều cần một điểm tựa đáng tin và cần được huấn luyện nhiều để thực hiện được việc này.

Chọn lựa chuyên gia trị liệu

Các nhà trị liệu sang chấn được đào tạo bài bản có thể làm được ba việc sau: (1) giúp bệnh nhân ổn định và bình tĩnh, (2) giúp cho những ký ức ám ảnh được an nghỉ mãi mãi, (3) tái kết nối bệnh nhân với những người đàn ông và phụ nữ của họ. Lý tưởng là chính nhà trị liệu cũng sẽ được hưởng lợi khi thực hiện liệu pháp điều trị cho bệnh nhân.

Hoàn toàn hợp lý khi bệnh nhân hỏi nhà trị liệu sang chấn về nơi nhà trị liệu đã theo học, về phương pháp trị liệu họ được đào tạo, về việc họ có hưởng lợi từ chính liệu pháp mà họ đề nghị sẽ áp dụng để chữa trị cho bệnh nhân.

Có rất nhiều liệu pháp để trị liệu sang chấn, thế nên bạn cần cẩn trọng với nhà trị liệu sang chấn nào đó cứ khẳng định rằng chỉ có phương pháp đặc biệt của họ là giải pháp duy nhất. Nhà trị liệu cần có tư duy cởi mở, cần sẵn sàng học hỏi từ bệnh nhân.

Bạn cần tự hỏi có cảm thấy thoải mái với nhà trị liệu này hay không? Liệu nhà trị liệu có cảm thấy thoải mái bộc lộ chính mình với bạn như một người bạn không? Cảm thấy an toàn với người trị liệu là điều kiện cần thiết để bạn đối mặt với những nỗi sợ và lo âu của bạn. Một nhà trị liệu nghiêm khắc, hay phê phán, xúc động hoặc quá khắc nghiệt có thể khiến bạn cảm thấy sợ hãi, bị bỏ rơi và bị xúc phạm, và tất nhiên chẳng thể giúp bạn giải quyết được những căng thẳng sang chấn. Khi những cảm xúc cũ từ quá khứ đang khuấy đảo, bạn có thể

ngghi ngờ rằng nhà trị liệu này giống như một người từng làm bạn đau hoặc lạm dụng bạn.

Tôi hy vọng bạn có thể hợp tác với nhà trị liệu của mình vì theo kinh nghiệm của tôi, bệnh nhân sẽ cải thiện tình hình khi dần có tình cảm sâu sắc theo hướng tích cực đối với nhà trị liệu của họ. Tôi cũng không nghĩ rằng bạn có thể phát triển và thay đổi trừ khi bạn cảm thấy rằng người trị liệu có một số tác động đến bạn.

Câu hỏi quan trọng là: Bạn có cảm thấy rằng nhà trị liệu của bạn tò mò muốn tìm hiểu bạn, muốn biết bạn là ai và bạn cần gì? Nhà trị liệu của bạn có dành thời gian để tìm hiểu lý do tại sao bạn làm những gì bạn làm và suy nghĩ những gì bạn nghĩ không? Trị liệu là một quá trình hợp tác, một sự khám phá lẫn nhau về bản thân bạn.

Những người từng bị người chăm sóc bạo hành khi còn nhỏ thường không cảm thấy an toàn với bất cứ ai. Tôi thường hỏi bệnh nhân của tôi rằng họ có thể nghĩ đến bất kỳ người nào họ cảm thấy an toàn khi họ lớn lên không. Nhiều người thường nhớ rất rõ người thầy, người hàng xóm, người chủ tiệm, huấn luyện viên, nghĩa là những người đã tỏ ra quan tâm đến họ. Ký ức thường là hạt giống của việc tái gắn kết. Con người vốn tràn đầy hy vọng. Đương đầu với sang chấn liên rạn vỡ. quan đến việc nhớ lại ta đã sống sót như thế nào cũng như điều gì đã

Tôi cũng yêu cầu các bệnh nhân của tôi tưởng tượng họ giống như trẻ sơ sinh, liệu họ sẽ cảm thấy mình đáng yêu hay vẫn cảm thấy nhục nhã, ê chề. Tất cả họ tin rằng họ đã mừng tượng được hình ảnh của bản thân mình trước khi họ bị tổn thương.

Một số người không nhớ ra họ từng cảm thấy an toàn với bất cứ ai. Với họ, tiếp xúc với ngựa và chó còn an toàn hơn giao tiếp với con

người. Phương pháp dùng động vật để chữa trị sang chấn hiện đang được áp dụng ở nhiều cơ sở điều trị và thu được hiệu quả lớn.

Jennifer là một thành viên đã tốt nghiệp lớp đầu tiên của Van der Kolk Center (Trung tâm Van der Kolk)³ – người từng tham gia chương trình điều trị sang chấn khi còn là một cô bé 14 tuổi câm lặng, ngoài tầm kiểm soát. Jennifer đã phát biểu trong buổi lễ tốt nghiệp rằng việc được giao trách nhiệm chăm sóc một con ngựa là bước đầu tiên vô cùng quan trọng đối với em. Mối quan hệ ngày càng thân thiết giữa em và chú ngựa ấy đã giúp em cảm thấy đủ an toàn để bắt đầu kết nối với các nhân viên của trung tâm và sau đó tập trung vào việc học, thi SAT và được nhận vào đại học.

4. TÁC DỤNG CHỮA TRỊ CỦA ÂM NHẠC, NHỊP ĐIỆU

Trong quá trình chữa trị cho các bệnh nhân sang chấn, tôi nhận ra âm nhạc, nhảy múa, diễn kịch, vận động, võ thuật có tác dụng chữa trị tuyệt vời, đặc biệt là khi các hoạt động này diễn ra theo nhóm.

Bạn thử hình dung khung cảnh sau, một nhóm phụ nữ từng bị cưỡng hiếp ngồi ủ rũ, lặng người đi. Một người trong số đó bắt đầu ngân nga và đong đưa người qua lại. Những người phụ nữ khác bắt đầu hát theo nho nhỏ. Chẳng mấy chốc, cả nhóm bắt đầu hát, cử động, đứng lên nhảy múa. Gương mặt họ, cơ thể họ trở nên có sức sống.

Trong chương 20, tôi sẽ nói về tác dụng của kịch nghệ đối với nhóm tội phạm thanh thiếu niên và những trẻ em được nuôi dưỡng trong môi trường kém an toàn. Các em này đã cùng tham gia diễn kịch Shakespeare.

Những bệnh nhân khác cho biết họ cảm thấy khá hơn khi tham gia hợp xướng, tập Aikido, nhảy Tango hoặc chơi Kickboxing.

Có lần tôi khám cho một bé gái năm tuổi không nói chuyện tên là Ying Mee. Bé được nhận làm con nuôi từ một trại trẻ mồ côi ở Trung Quốc. Hệ thống gắn kết với nhịp điệu của em không hoạt động, tức em không thể cộng hưởng với giọng nói và khuôn mặt của những người xung quanh. Vậy nên chúng tôi quyết định trị liệu cho em bằng liệu pháp cảm giác vận động (sensorimotor therapy). Chúng tôi cho bé Ying Mee nằm trong nhà banh nhựa để giúp em cảm nhận được những cảm giác trên da mình, cho bé ngồi lên xích đu, trườn bò dưới những tấm chắn nặng. Sau sáu tuần, có gì đó đã thay đổi trong bé và bé bắt đầu nói chuyện với người khác 26.

Chúng tôi cũng phát triển liệu pháp tương tác giữa cha mẹ và con cái (Parent-child interaction therapy - PCIT). Liệu pháp này, giống như phương pháp điều trị điều hòa kích thích cảm giác vận động (Sensory motor arousal regulation treatment – SMART) được phát triển bởi các đồng nghiệp của tôi tại Trung tâm Điều trị Sang chấn 27, giúp cha mẹ và con cái cảm thấy hòa hợp về thể chất và cảm xúc thông qua các hoạt động vui chơi, khám phá. Thông tin có tại <http://learnimprov.com>.

5. SỰ XÚC CHẠM CHỮA LÀNH

Các loại thuốc như Serotonin, Risperidol và Seroquel ngày càng được trọng dụng để giúp con người đối phó với thế giới cảm giác của họ 28. Tuy nhiên, cách tự nhiên nhất có thể làm dịu đi nỗi đau của chúng ta chính là ai đó chạm vào ta, ôm ấp và vỗ về ta. Những hành động này giúp ta giảm sự phấn khích quá mức, làm cho chúng ta cảm thấy mình còn nguyên vẹn, an toàn, được bảo vệ và tự chủ.

PIC



Chúa chữa lành bệnh tật. Cử chỉ an ủi là một hiện tượng được nhận biết một cách phổ biến và phản ánh khả năng chữa lành của sự tiếp xúc hòa hợp.

Tranh của họa sĩ Rembrandt van Rijn

Bạn không thể phục hồi hoàn toàn nếu bạn không cảm thấy an toàn khi bị ai đó chạm vào da thịt. Vì vậy, tôi khuyến khích tất cả các bệnh nhân của tôi tham gia vào một số liệu pháp cơ thể, có thể là massage trị liệu, phương pháp Feldenkrais (phương pháp vận động nhẹ nhàng giúp cải thiện ý thức) hoặc phương pháp xoa bóp xương sọ (craniosacral therapy).

Chuyên gia trị liệu cơ thể Licia Sky kể về việc cô ấy điều trị cho những người bị sang chấn như sau: “Tôi không bao giờ bắt tay vào điều trị cho bệnh nhân nếu chưa thiết lập được một mối liên hệ cá nhân với bệnh nhân. Tôi không cố hỏi về lịch sử cá nhân họ, tôi cũng

không cố tìm hiểu họ sang chấn như thế nào hoặc chuyện gì đã xảy ra với họ. Tôi kiểm tra xem họ có thật đang ở trong thân xác của họ ngay lúc này không. Tôi hỏi họ xem có điều gì họ muốn tôi lưu tâm đến không. Trong suốt thời gian đó, tôi đang đánh giá tư thế của họ, ví dụ như họ có nhìn thẳng vào mắt tôi không, họ căng thẳng như thế nào, họ có kết nối với tôi hay không.

Điều đầu tiên tôi cần quyết định là xem họ cảm thấy thoải mái khi nằm ngửa hay nằm sấp. Nếu tôi không biết gì về họ, tôi thường đặt họ nằm ngửa. Tôi rất cẩn thận trong việc chọn trang phục, để họ cảm thấy an toàn với bất cứ loại trang phục nào họ muốn mặc trên người. Đây là những ranh giới quan trọng cần được thiết lập ngay từ đầu.

Sau đó, với cái chạm đầu tiên, tôi thiết lập một mối liên kết chắc chắn, an toàn với họ. Không mạnh, không đột ngột, cũng không quá nhanh. Tay tôi di chuyển rất chậm để bệnh nhân dễ dàng nắm bắt, nhẹ nhàng đồng điệu. Lực chạm cỡ như khi ta bắt tay. Những nơi đầu tiên tôi có thể chạm vào là bàn tay và cánh tay của họ, vì đó là nơi an toàn nhất để chạm vào bất cứ ai và cũng là nơi bệnh nhân có thể chạm lại vào tôi.

Người trị liệu phải đáp ứng được điểm kháng cự của bệnh nhân, tức nơi bị căng thẳng nhất, và đáp ứng nó bằng một lượng năng lượng tương đương. Điều đó giải phóng sự căng thẳng. Người trị liệu không nên chần chừ, vì như thế có nghĩa là thiếu tin tưởng vào bản thân mình. Người trị liệu chậm rãi chạm vào bệnh nhân, tập trung chú ý đến bệnh nhân không có nghĩa là người trị liệu đang do dự. Bạn phải chạm vào bệnh nhân với sự tự tin và sự đồng cảm tuyệt vời, hãy để cho áp lực chạm tay của bạn đáp ứng được sự căng thẳng mà họ đang giữ trong cơ thể họ.

Trị liệu cơ thể có lợi ích gì? Licia đáp: “Bệnh nhân có thể rất khát khao được ai đó chạm vào như người khát nước thêm một ly nước vậy. Những cái chạm tự tin, sâu sắc, chắc chắn, nhẹ nhàng, tận tình sẽ khiến bệnh nhân cảm thấy được an ủi, giúp họ khám phá những căng thẳng mà họ đã giữ lâu đến mức không còn nhận thức được nữa. Khi bạn chạm vào phần cơ thể nào đó của bệnh nhân tức là bạn đang đánh thức phần cơ thể đó.

Cơ thể có thể bị “phong tỏa” bởi chính những cảm xúc bên trong. Ví dụ đôi vai của họ co lại, cơ mặt căng lên, họ dồn sức để kìm nước mắt rơi, kìm những âm thanh nức nở. Khi căng thẳng thể chất được giải phóng, cảm xúc cũng được giải phóng theo, hơi thở trở nên sâu hơn và khi hết căng thẳng, họ có thể bật ra những âm thanh biểu cảm. Cơ thể trở nên tự do hơn, bệnh nhân sẽ tự do thở, tự do hòa mình vào dòng chảy của cảm xúc. Va chạm, tiếp xúc cơ thể giúp cơ thể của bệnh nhân dần dần phản ứng lại với những đụng chạm, tiếp xúc.

Những người đang sợ hãi cần phải có được một cảm giác về vị trí của cơ thể họ trong không gian và trong ranh giới của họ. Những cái chạm chắc chắn, an toàn với người khác giúp họ biết những anh giới đó ở đâu, tức những gì ở bên ngoài họ, nơi cơ thể họ kết thúc. Họ phát hiện ra rằng họ không thường xuyên phải tự hỏi họ là ai, họ đang ở đâu. Họ phát hiện ra rằng cơ thể của họ rất vững chắc và rằng họ không phải liên tục phòng thủ. Va chạm cho họ biết rằng họ đang an toàn.

6. HÀNH ĐỘNG

Cơ thể đáp ứng những trải nghiệm cùng cực bằng cách tiết ra hormone của stress. Người ta thường đổ lỗi cho hormone của stress

khi họ mắc bệnh. Tuy nhiên, hormone của stress cho chúng ta sức mạnh và sự bền bỉ để đáp ứng các điều kiện khác thường. Những người tích cực làm cái gì đó để đối phó với thảm họa, ví dụ như cứu người thân, cứu những người lạ mặt, đưa người khác đến bệnh viện, tham gia vào đội ngũ y tế, dựng lều, nấu ăn, nghĩa là họ đang tận dụng hormone của stress vào mục đích thích hợp, do đó nguy cơ bị sang chấn ở họ thấp hơn nhiều (tuy nhiên, ai cũng có giới hạn chịu đựng riêng, ngay cả người chuẩn bị tâm lý tốt nhất vẫn có thể bị sốc bởi mức độ khác nhau của thử thách).

Sự bất lực và bất động khiến con người không sử dụng được các hormone của stress ở mình để tự vệ. Khi điều đó xảy ra, hormone của stress vẫn tiết ra những hành động mà loại hormone này định “tiếp sức” thì bị cản trở. Cuối cùng, các mô hình kích hoạt vốn dùng để thúc đẩy việc đối phó lại bị đẩy ngược trở lại với cơ thể và tạo thành phản ứng tê liệt không phù hợp. Để trở lại hoạt động bình thường, phản ứng khẩn cấp liên tục này phải kết thúc. Cơ thể cần được khôi phục lại trạng thái an toàn và thư giãn ban đầu, từ đó nó có thể huy động hành động đáp ứng với nguy cơ thực sự.

Pat Ogden và Peter Levine từng phát triển các liệu pháp trị liệu dựa vào cơ thể (body-based therapy), trị liệu cảm giác vận động (sensorimotor psychotherapy) và liệu pháp thân nghiệm (somatic experiencing) để giải quyết vấn đề này. Trong những cách tiếp cận điều trị này, chúng ta tập trung khám phá những cảm giác cơ thể và khám phá vị trí và hình dạng của dấu ấn sang chấn quá khứ trên Cơ thể.

Trước khi khám phá về sang chấn, bệnh nhân được giúp xây dựng các nguồn lực bên trong để tạo thuận lợi cho cách tiếp cận an

toàn những cảm giác và cảm xúc đã lẫn át họ vào thời điểm sang chấn. Peter Levine gọi điều này là quá trình con lắc (pendulation), nhẹ nhàng vào – ra thế giới cảm xúc bên trong và những ký ức sang chấn. Dần dần, khả năng chịu đựng của bệnh nhân sẽ tăng lên.

Khi bệnh nhân đã có thể chịu đựng được nhận thức về những trải nghiệm thể chất dựa trên sang chấn của họ, họ sẽ có thể khám phá những va chạm vật lý mạnh như đánh, xô đẩy, hoặc chạy. Đây có thể chính là những hành động họ đã làm khi bị hãm hại năm xưa, nhưng chúng đã bị dồn nén lại để họ sống sót trong hiện tại. Họ có thể có những cử động cơ thể tinh tế như xoắn người, xoay người, lùi lại. Khi ta giúp họ tăng cường các hành động này, thử nhiều cách để điều chỉnh các hành động này tức là ta khởi động quy trình làm hoàn thiện những “khuyh hướng hành động” bị khiếm khuyết liên quan đến sang chấn để cuối cùng ta có thể giải quyết được sang chấn.

Liệu pháp thân nghiệm có thể giúp bệnh nhân tự định vị chính mình trong hiện tại bằng cách trải nghiệm sự an toàn khi họ đang chuyển động. Niềm vui khi thực hiện hành động nào đó có thể giúp bệnh nhân khôi phục ý thức và cảm giác có thể tự vệ cũng như chủ động bảo vệ mình.

Một trong những cách trị liệu dựa trên cơ thể mà tôi yêu thích để xây dựng hiệu quả phản ứng chiến đấu/trốn chạy cho bệnh nhân chính là chương trình mô phỏng cướp giật. Cụ thể là phụ nữ (và cả nam giới) được dạy cách chủ động chống lại kẻ tấn công trong tình huống mô phỏng. Chương trình này bắt đầu tại Oakland, California, vào năm 1971, sau khi một người phụ nữ có đai đen Karate ngũ đẳng bị hãm hiếp. Tôi tự hỏi làm sao chuyện này lại có thể xảy ra với một người có võ nghệ cao cường có thể đánh chết ai đó bằng tay không?

Những người bạn của cô ấy kết luận rằng những kỹ năng võ thuật của cô đã bị lu mờ vì cô ấy quá sợ hãi. Theo nội dung cuốn sách này thì những chức năng điều hành của cô, phần thùy trán, đã ngưng hoạt động và cô bị tê liệt lại.

Chương trình mô phỏng cướp giật này dạy phụ nữ khôi phục phản ứng thoát khỏi sự tê liệt thông qua việc lặp lại nhiều lần thời gian “zero hour” (giờ hành động, đây là một thuật ngữ quân sự chỉ thời điểm chính xác của một cuộc tấn công) và học cách biến nỗi sợ hãi thành năng lượng chiến đấu tích cực.

Một trong những bệnh nhân của tôi là một sinh viên đại học từng bị lạm dụng tình dục liên tục khi còn bé đã tham gia khóa học này. Khi tôi gặp cô ấy lần đầu, trông cô rất suy sụp, chán nản và quá phục tùng. Ba tháng sau, trong ngày lễ tốt nghiệp cuối khóa học, cô đã hạ gục thành công một người đàn ông vạm vỡ đóng vai kẻ tấn công. Cô mạnh mẽ đối mặt với anh ta, hai tay giơ lên trong tư thế Karate, bình tĩnh hét lên rõ ràng tiếng “Không!”.

Không lâu sau, một đêm khuya khoắt nọ, cô đang đi từ thư viện về nhà thì có ba người nhảy ra khỏi bụi cây, hét lên: “Đưa tiền đây”.

Cô ấy đã đứng tấn Karate, hét lên: “Ok, tôi chờ giây phút này lâu lắm rồi! Ai muốn lên trước nào?”. Lũ côn đồ bèn bỏ chạy. Trong tình huống đó, nếu bạn co rúm người lại, sợ hãi nhìn xung quanh thì bạn sẽ dễ dàng làm mồi cho những kẻ bạo hành, nhưng khi bạn hiên ngang tỏ ra “Đừng có làm phiền tôi!” thì rất có khả năng những kẻ ấy sẽ không quấy rầy bạn.

TÍCH HỢP KÝ ỨC SANG CHẤN

Ta chỉ có thể bỏ những sự kiện gây sang chấn lại đằng sau khi ta có thể thừa nhận những gì đã xảy ra và bắt đầu nhận ra những con

quỷ vô hình mà ta đang phải chiến đấu với nó. Liệu pháp tâm lý truyền thống chủ yếu tập trung vào việc xây dựng một bài tường thuật giải thích tại sao một người cảm thấy theo một cách cụ thể như vậy hoặc như Sigmund Freud đã nói vào năm 1914 trong cuốn *Remembering, Repeating and Working Through* (Ghi nhớ, Lặp lại và Giải quyết): “Mặc dù bệnh nhân vẫn sống sót sau sang chấn], nhưng chúng ta phải hoàn thành việc điều trị cho họ, chủ yếu là giúp họ diễn giải lại nó bằng ngôn ngữ”. Kể lại được câu chuyện đau thương ta đã trải qua là một bước rất quan trọng vì không kể ra được thì ký ức ấy sẽ đông cứng lại; và nếu không có ký ức thì ta không thể hình dung được mọi việc có thể khác đi như thế nào.

Nhưng kể ra được chuyện ấy không đảm bảo rằng những ký ức đau thương sẽ mãi mãi ngủ yên. Điều này được lý giải bởi thực tế khi ta nhớ một sự kiện bình thường, ta không hồi tưởng lại cảm giác thể chất, cảm xúc, hình ảnh, mùi hương hoặc âm thanh liên quan đến sự kiện đó, nhưng khi nhớ lại những tình huống gây sang chấn của mình thì ta lại “có” kiểu trải nghiệm là: Ta bị nhấn chìm bởi các yếu tố cảm giác hoặc cảm xúc của quá khứ.

Kết quả quét não của Stan và Ute Lawrence, nạn nhân tai nạn giao thông trong chương 4, cho thấy điều này xảy ra như thế nào. Khi Stan nhớ lại vụ tai nạn khủng khiếp, hai khu vực chính trong não của anh trống trơn: khu vực tạo ra cảm giác về thời gian và không gian giúp nhận thức được “đó là chuyện hồi ấy, còn bây giờ thì tôi an toàn” và một khu vực khác tích hợp hình ảnh, âm thanh và cảm giác sang chấn thành một câu chuyện mạch lạc. Khi những phần não bị gạt qua một bên, bạn sẽ trải nghiệm điều gì đó không phải là một sự

kiện với đầy đủ mở đầu, diễn biến, kết thúc mà là những mảnh rời rạc về cảm giác, hình ảnh và cảm xúc.

Một sang chấn có thể được chữa trị thành công chỉ khi tất cả những cấu trúc não đều hoạt động. Trong trường hợp của Stan, phương pháp Giải cảm bằng chuyển động mắt và Tái nhận thức (Eye movement desensitization and reprocessing - EMDR) cho phép anh truy cập vào những ký ức về vụ tai nạn mà không bị chúng làm cho choáng ngợp. Khi những vùng não, những khu vực mà sự bất hoạt của chúng gây ra quá trình hồi tưởng có thể hoạt động trở lại trong lúc hồi tưởng những gì đã xảy ra, thì mọi người có thể tích hợp những ký ức đau thương của họ vào quá khứ.

Sự phân ly của Ute khiến cô ấy phục hồi một cách phức tạp theo kiểu khác. Cấu trúc não cần thiết để biết là mình đang ở trong hiện tại đã không còn hoạt động, do đó, Ute không thể đối phó với sang chấn. Cô cần được giúp đỡ để tăng sức chịu đựng trước khi cô có thể đối phó với các triệu chứng PTSD của mình.

Thôi miên là phương pháp điều trị sang chấn phổ biến nhất từ cuối những năm 1800 cho đến sau Thế chiến thứ hai. Trên YouTube, bạn có thể xem phim tài liệu *Let There Be Light* (Hãy thắp sáng nơi đó) của đạo diễn John Huston. Trong phim có cảnh những người đàn ông đang được thôi miên để điều trị “chứng loạn thần kinh do chiến tranh”.

Từ đầu thập niên 1990, thôi miên không còn được ủng hộ nữa và cũng chưa có nghiên cứu nào gần đây về hiệu quả của liệu pháp thôi miên trong điều trị PTSD. Tuy nhiên, thôi miên có thể mang lại trạng thái bình tĩnh tương đối, từ đó bệnh nhân có thể theo dõi những trải nghiệm gây sang chấn của họ mà không bị chúng làm choáng ngợp.

LIỆU PHÁP NHẬN THỨC HÀNH VI (COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY - CBT)

CBT lần đầu tiên được phát triển để điều trị chứng ám ảnh sợ hãi (phobias) như sợ nhện, sợ máy bay hoặc độ cao, giúp bệnh nhân so sánh những nỗi sợ phi lý với những thực tế vô hại. Bệnh nhân dần bớt sợ những điều vô lý này bằng cách hình dung những gì họ sợ nhất bằng ngôn ngữ và hình ảnh của chính họ (“tiếp xúc tưởng tượng” – imaginal exposure), hoặc họ được đặt vào tình huống chân thực (nhưng thực ra là an toàn) khiến họ lo lắng (“tiếp xúc trực tiếp” - in vivo exposure) hoặc cho họ trải nghiệm thực tế ảo.

Ý tưởng nền tảng của CBT là cho bệnh nhân tiếp xúc nhiều lần với kích thích mà thực sự không xảy ra điều tệ hại gì cả, thế là họ dần bớt sợ, bớt khó chịu, họ sẽ biết rằng nỗi sợ của mình là phi lý và rằng mình hoàn toàn an toàn. CBT cũng cố gắng giúp bệnh nhân giải quyết xu hướng tránh né việc đối diện với nỗi sợ của mình, kiểu như “Tôi không muốn nói đến chuyện đó”³⁴.

Nghe có vẻ đơn giản, nhưng hồi tưởng tình huống gây sang chấn sẽ kích hoạt lại hệ thống báo động của não và vô hiệu hóa các khu vực não quan trọng cần thiết cho quá trình tích hợp quá khứ, làm cho bệnh nhân có thể hồi tưởng lại hơn là giải quyết được sang chấn.

Phơi nhiễm kéo dài đã được nghiên cứu kỹ lưỡng hơn bất kỳ biện pháp điều trị PTSD nào khác. Bệnh nhân được yêu cầu “tập trung chú ý vào tình huống khiến họ bị sang chấn và không phân tâm với những ý nghĩ và hoạt động khác”³⁵. Nghiên cứu cho thấy phải bị phơi nhiễm đến gần 100 phút (trong đó họ bị kích thích gây lo lắng ở cường độ cao và kéo dài) trước khi bệnh nhân bắt đầu giảm lo lắng. Phơi nhiễm đôi khi giúp giải quyết nỗi sợ hãi và lo lắng, nhưng không

được chứng minh là có hiệu quả với cảm xúc tội lỗi hoặc những cảm xúc phức tạp khác*7.

Mặc dù CBT có hiệu quả trong chữa trị những nỗi sợ phi lý như sợ nhện, nhưng nó lại không hiệu quả đối với những người bị sang chấn, đặc biệt là những ai có tiền sử bị lạm dụng khi còn bé. Chỉ có khoảng một phần ba người tham gia cuộc nghiên cứu chữa trị PTSD bằng CBT cho thấy có một số cải thiện. Những người hoàn thành quá trình điều trị với CBT thường giảm được triệu chứng PTSD nhưng hiếm khi họ hồi phục hoàn toàn: Đa số họ tiếp tục gặp vấn đề với sức khỏe, công việc hoặc tinh thần.

Trong nghiên cứu lớn nhất được công bố về áp dụng CBT để chữa trị PTSD thì hơn một phần ba số bệnh nhân bỏ cuộc; những người còn lại có một số phản ứng ngoài ý muốn (adverse reaction) đáng kể. Hầu hết phụ nữ vẫn bị PTSD sau ba tháng tham gia nghiên cứu, và chỉ có 15% không còn các triệu chứng chính của PTSD. Một phân tích kỹ lưỡng về tất cả các nghiên cứu khoa học của CBT cho thấy nó có hiệu quả dưới dạng một liệu pháp hỗ trợ. Kết quả tệ nhất trong điều trị phơi nhiễm là khi áp dụng với những bệnh nhân bị “thất bại về tinh thần” – những người đã bỏ cuộc 42.

Sang chấn không chỉ là vấn đề nạn nhân bị mắc kẹt trong quá khứ mà còn là việc nạn nhân không thể sống trọn vẹn trong hiện tại. Các nghiên cứu gần đây trên các cựu chiến binh Úc cho thấy bộ não của họ bị thay đổi để cảnh giác với các tình huống khẩn cấp, với cái giá phải trả là họ không thể tập trung vào những chi tiết nhỏ trong cuộc sống hàng ngày. (Chúng ta sẽ tìm hiểu thêm về vấn đề này trong chương 19, phần phản hồi thần kinh.)

Bệnh nhân chỉ có thể nhận được lợi ích từ hồi tưởng lại tình huống gây sang chấn của mình chỉ khi họ không bị quá trình hồi tưởng ấy lấn át. Một ví dụ tốt để minh họa điều này đó là công trình nghiên cứu của Roger Pitman, đồng nghiệp của tôi, thực hiện đầu thập niên 1990, trên các cựu chiến binh Mỹ tham chiến tại Việt Nam“. Ông và các đồng nghiệp đã thúc đẩy các cựu chiến binh kể đi để lại nhiều lần mọi chi tiết về trải nghiệm của họ tại Việt Nam. Nhưng các nhà nghiên cứu phải ngừng cuộc nghiên cứu lại vì nhiều bệnh nhân trở nên hốt hoảng trước những hồi ức của mình và nỗi khiếp sợ thường dai dẳng đến tận sau khi kết thúc buổi trị liệu. Một số người không bao giờ quay trở lại. Còn trong số những người tiếp tục tham gia nghiên cứu, nhiều người đã trở nên trầm cảm hơn, bạo lực hơn và sợ hãi hơn; một số sẽ đối phó với những triệu chứng ngày càng nặng hơn này bằng cách uống rượu, dẫn đến bạo lực và hành hung người khác đến mức vài người đã bị gia đình nhờ cảnh sát đưa đến bệnh viện.

LIỆU PHÁP GIẢI MẮN CẢM HỆ THỐNG

Liệu pháp giải miễn cảm hệ thống (systematic desensitization) giúp bệnh nhân trở nên ít phản ứng hơn trước cảm xúc và cảm giác nhất định. Nhưng đây có phải là mục tiêu đúng đắn? Có lẽ vấn đề không phải là giải miễn cảm mà là tích hợp, nghĩa là đưa sự kiện có tính sang chấn vào vị trí thích hợp của nó trong vòng cung tổng thể của cuộc sống một người.

Giải miễn cảm khiến tôi nghĩ đến chuyện tôi từng chứng kiến về một cậu bé khoảng 5 tuổi và người bố. Người bố la hét phía sau khi cậu bé lao chiếc xe đạp ba bánh xuống đường. Tim tôi đập loạn xạ khi chứng kiến cảnh đó, chỉ muốn đấm cho ông bố một cú, nhưng

đưa bé chẳng hề nao núng, vẫn cứ lao xe đi. Tôi tự hỏi đứa trẻ ấy đã phải trải qua bao nhiêu sự tàn bạo mới trở nên trống rỗng trước hành động hung dữ của bố mình như vậy? Sự thờ ơ của em đối với tiếng la hét của người bố hẳn là kết quả của việc bị chửi mắng triền miên, nhưng tôi tự hỏi, cái giá phải trả ở đây là gì?

Chúng ta có thể dùng thuốc để làm phai nhạt cảm xúc hoặc chúng ta có thể học cách giải mã cảm chính mình. Tuy nhiên, nhà khoa học thần kinh Jean Decety ở Đại học Chicago cho rằng việc mất sự nhạy cảm đối với chính nỗi đau của mình hay nỗi đau của người khác có thể sẽ khiến ta mất đi toàn bộ sự nhạy cảm đối với cảm xúc 45.

Một báo cáo năm 2010 với 49.425 cựu chiến binh từ cuộc chiến Iraq và Afghanistan mới được chẩn đoán PTSD cho thấy chưa tới 10% số họ thực sự hoàn thành việc điều trị được đề nghị. Điều này cho thấy việc điều trị ít có tác dụng. Chúng ta chỉ có thể “xử lý” các trải nghiệm khủng khiếp nếu chúng không áp đảo chúng ta. Và điều đó có nghĩa là cần có thêm các cách tiếp cận khác.

DÙNG CHẤT KÍCH THÍCH MỘT CÁCH AN TOÀN?

Năm 2000, Michael Mithoefer và các đồng nghiệp ở Nam Carolina được FDA cho phép tiến hành thí nghiệm với MDMA (thuốc ecstasy). MDMA được phân loại là thuốc bị kiểm soát vào năm 1985 sau nhiều năm được sử dụng như một loại thuốc giải trí. Cũng như Prozac và các thuốc tâm thần, chúng ta không biết chính xác MDMA hoạt động như thế nào, nhưng nó được biết là làm tăng nồng độ của một số hormone quan trọng bao gồm oxytocin, vasopressin, cortisol và prolactin*7. Điểm liên quan nhất đối với điều trị sang chấn là thuốc MDMA làm tăng nhận thức của con người về chính họ, giúp họ đồng

cảm, tò mò, rõ ràng, tự tin, sáng tạo và kết nối với mọi người hơn. Mithoefer và các cộng sự đã tìm kiếm một loại thuốc có thể làm tăng tính hiệu quả của liệu pháp tâm lý. Rồi họ quan tâm đến MDMA vì nó làm giảm sự sợ hãi, phòng thủ và trống rỗng cũng như giúp tiếp cận với các trải nghiệm bên trong 18. Họ nghĩ MDMA có thể cho phép bệnh nhân không bị quá ngưỡng chịu đựng để có thể nhớ lại ký ức gây sang chấn mà không bị ảnh hưởng quá mức từ kích thích thể chất lẫn cảm xúc.

Các nghiên cứu thí điểm ban đầu đã ủng hộ kỳ vọng này¹⁹. Nghiên cứu đầu tiên, liên quan đến cựu chiến binh, lính cứu hỏa và cảnh sát mắc PTSD, đã mang lại kết quả khả quan. Nghiên cứu tiếp theo thực hiện trên một nhóm 20 nạn nhân của bạo hành, những người không đáp ứng với các phương pháp trị liệu trước. 12 bệnh nhân được nhận MDMA, 8 người nhận giả dược. Họ ngồi hoặc nằm trong một căn phòng thoải mái, và tất cả đều được tham gia hai buổi trị liệu tâm lý, mỗi buổi dài 8 giờ, chủ yếu sử dụng liệu pháp hệ thống gia đình nội bộ (internal family systems – IFS). Hai tháng sau 83% bệnh nhân nhận được MDMA cộng với trị liệu tâm lý được coi là hoàn toàn khỏi bệnh, so với 25% của nhóm giả dược. Không có bệnh nhân nào có phản ứng phụ ngoài mong muốn. Có lẽ thú vị nhất là khi phỏng vấn những người tham gia sau hơn một năm nghiên cứu được hoàn thành thì họ vẫn duy trì được tình trạng của mình.

Khi ta có thể quan sát sang chấn trong trạng thái bình tĩnh, tỉnh thức (IFS gọi trạng thái này là Bản ngã), tâm trí và bộ não có thể hòa hợp được sang chấn vào toàn bộ cuộc sống. Điều này rất khác so với các kỹ thuật giải mã cảm truyền thống vốn chỉ làm giảm phản ứng của một người đối với những nỗi kinh hoàng trong quá khứ. Đây

là về sự kết hợp và tích hợp – khiến một sự kiện quá khứ khủng khiếp làm bạn bị choáng ngợp trở thành một ký ức về điều gì đó đã xảy ra cách đây rất lâu.

Tuy nhiên, chúng ta cần cẩn thận khi sử dụng các chất gây ảo giác khi điều trị sang chấn, nghĩa là ta cần thiết lập và duy trì những ranh giới trị liệu nhất định.

CÁC LOẠI THUỐC THÌ SAO?

Khi cảm thấy tuyệt vọng, con người thường tìm đến các chất kích thích, chất gây nghiện như rượu, cần sa, thuốc giảm đau, thuốc an thần, bất cứ thứ gì để khiến họ bình tĩnh hoặc tự chủ hơn.

Tâm thần học tuân theo truyền thống này. Trong thập kỷ vừa qua, Bộ Quốc phòng và Bộ Cựu chiến binh Hoa Kỳ đã cùng chi hơn

4,5 tỷ đô-la cho thuốc chống trầm cảm, thuốc chống loạn thần và thuốc chống lo âu. Một báo cáo nội bộ tháng 6 năm 2010 của Trung tâm Kinh tế dược học thuộc Bộ Quốc phòng Hoa Kỳ tại Fort Sam Houston ở San Antonio cho thấy trong số 1,1 triệu binh lính tại ngũ được khảo sát có 20% đang dùng một số loại thuốc hướng thần: thuốc chống trầm cảm, thuốc chống loạn thần, thuốc ngủ an thần, hoặc các thuốc được kiểm soát khác.

Tuy nhiên, thuốc không thể “chữa” sang chấn mà chỉ có thể làm giảm các triệu chứng sinh lý bị xáo trộn. Thuốc không thể giúp ta làm chủ bản thân về lâu về dài. Chúng có thể giúp kiểm soát cảm xúc và hành vi bằng cách ngăn chặn các hệ thống hóa học điều chỉnh lòng cam kết, động lực, đau đớn, và niềm vui và người uống luôn phải trả một cái giá nào đó.

Chỉ vài nhóm các thuốc hướng tâm thần đã được sử dụng để điều trị một số khía cạnh của PTSD. Các chất ức chế tái hấp thụ

serotonin (serotonin reuptake inhibitors – SSRIs) như Prozac, Zoloft, Effexor và Paxil đã được nghiên cứu kỹ lưỡng nhất và chúng có thể làm giảm căng thẳng, khiến cuộc sống dễ quản lý hơn. Bệnh nhân dùng SSRIs thường cảm thấy bình tĩnh hơn và tự chủ nhiều hơn, cảm thấy ít bị quá tải và vì thế, họ dễ dàng tham gia trị liệu hơn.

Các bệnh nhân khác cảm thấy SSRIs khiến họ mụ mị, như đang “mất đi sự nhạy bén của mình”. Tôi tiếp cận nó như là một câu hỏi thực nghiệm: Hãy xem những gì có hiệu quả, và chỉ có bệnh nhân có thể là người phán xét điều đó. Mặt khác, nếu một loại SSRI không có hiệu quả, bạn nên cố gắng thử một loại khác, bởi vì mỗi loại đều có những hiệu ứng khá khác nhau. Điều thú vị là các SSRIs được sử dụng rộng rãi để điều trị trầm cảm, nhưng trong một nghiên cứu so sánh Prozac với liệu pháp Giải cảm bằng chuyển động mắt và Tải nhận thức (EMDR) cho bệnh nhân bị PTSD, nhiều người trong số họ cũng mắc chứng trầm cảm, thì EMDR tỏ ra là một bài thuốc chống trầm cảm hiệu quả hơn Prozac^o. Tôi sẽ quay trở lại đề tài đó trong chương 155.

Các loại thuốc nhắm tới hệ thần kinh tự chủ như propranolol hoặc clonidine có thể giúp làm giảm sự nhạy cảm quá mức và phản ứng với stress 55. Nhóm thuốc này hoạt động bằng cách ngăn chặn các ảnh hưởng của adrenaline lên cơ thể và do đó làm giảm các cơn ác mộng, mất ngủ, và phản ứng với kích thích sang chấn. Ngăn chặn adrenaline có thể giúp để giữ bộ não lý trí hoạt động và việc lựa chọn khả thi hơn: “Đây có phải thực sự là điều tôi muốn làm không?”. Từ khi tôi bắt đầu tích hợp chánh niệm và yoga vào chữa trị, tôi cũng ít sử dụng các loại thuốc này hơn, trừ khi, thỉnh thoảng, tôi muốn giúp bệnh nhân ngủ ngon hơn.

Bệnh nhân bị sang chấn thường có xu hướng thích các loại thuốc an thần như Klonopin, Valium, Xanax và Ativan. Nói chung, chúng hoạt động như thức uống có cồn, làm cho người ta cảm thấy bình tĩnh và tránh lo lắng (các chủ sòng bạc thích những khách hàng dùng thuốc chống loạn thần vì những người này thường không cảm thấy buồn khi mất tiền, thế nên cứ tiếp tục chơi bạc). Nhưng cũng giống như rượu, benzos làm suy yếu sự ức chế chống lại những điều gây tổn thương cho những người ta thương yêu. Hầu hết các bác sĩ dân sự đều miễn cưỡng kê toa các loại thuốc này vì chúng có tiềm năng gây nghiện cao và có thể gây trở ngại cho việc xử lý sang chấn. Bệnh nhân ngừng dùng thuốc sau khi sử dụng kéo dài thường có phản ứng cai nghiện làm cho họ bị kích động và tăng các triệu chứng sau sang chấn.

Thỉnh thoảng, tôi kê benzodiazepine liều thấp cho các bệnh nhân, chỉ để dùng khi cần thiết nhưng không đủ để họ dùng hằng ngày. Họ phải chọn thời điểm dùng số thuốc quý báu đó và tôi yêu cầu họ ghi chép lại những gì đang xảy ra khi họ quyết định uống thuốc. Việc ghi chép này giúp ta biết những sự cố cụ thể nào đã làm họ bị kích động.

Vài nghiên cứu cho thấy thuốc chống co giật và chất ổn định tâm trạng, như lithium hoặc valproate, có thể có hiệu quả tích cực nhẹ nhàng, giảm kích thích quá mức và hoang loạn”. Các loại thuốc gây nhiều tranh cãi nhất là các thuốc chống loạn thần thế hệ thứ hai như Risperdal và Seroquel, loại thuốc hướng tâm thần bán chạy nhất Mỹ (14,6 tỷ đô-la năm 2008). Sử dụng liều thấp các loại thuốc này có thể giúp ích trong việc làm dịu các cựu chiến binh và những phụ nữ bị PTSD liên quan đến việc bị lạm dụng khi còn bé 58.

Đôi khi việc dùng những loại thuốc này là hợp lý, ví dụ khi bệnh nhân cảm thấy hoàn toàn mất tự chủ và không thể ngủ được hoặc các phương pháp điều trị khác thất bại”. Nhưng điều quan trọng cần lưu ý là các loại thuốc này hoạt động bằng cách ức chế hệ thống dopamine, vốn có chức năng tạo ra niềm vui và động lực.

Thuốc chống rối loạn tâm thần như Risperdal, Abilify hoặc Seroquel có thể làm giảm đáng kể hoạt động của bộ não cảm xúc và do đó làm cho bệnh nhân ít lo lắng hoặc tức giận, nhưng chúng cũng có thể can thiệp vào khả năng đánh giá các tín hiệu tinh tế về niềm vui, nguy hiểm hoặc hài lòng. Chúng cũng khiến người uống tăng cân, tăng nguy cơ mắc bệnh tiểu đường và làm cho cơ thể bệnh nhân chậm chạp, ù lì, và chính điều này lại khiến họ thêm cảm giác muốn xa lánh người khác.

Những loại thuốc này được sử dụng rộng rãi để điều trị cho những trẻ em bị lạm dụng, những trẻ bị chẩn đoán không phù hợp như rối loạn lưỡng cực hoặc chứng rối loạn điều chỉnh tâm trạng. Hơn nửa triệu trẻ em và thanh thiếu niên ở Mỹ hiện đang dùng thuốc chống rối loạn tâm thần, thuốc có thể làm chúng bình tĩnh nhưng cũng can thiệp vào việc học các kỹ năng tương ứng với độ tuổi và phát triển tình bạn với những đứa trẻ khác. Một nghiên cứu gần đây của Đại học Columbia đã phát hiện số lượng đơn thuốc chống rối loạn tâm thần được kê cho những trẻ từ hai đến năm tuổi đã tăng gấp đôi từ năm 2000 đến năm 2007^o. Chỉ có 40% trong số các em đã được đánh giá đúng về sức khỏe tâm thần.

Trẻ em từ các gia đình có thu nhập thấp có khả năng nhận được các thuốc chống loạn thần cao gấp 4 lần. Chỉ riêng trong một năm, Texas Medicaid đã chi 96 triệu đô-la các loại thuốc chống loạn thần

cho thanh thiếu niên và trẻ em – bao gồm cả ba đứa trẻ không xác định được danh tính đã được cho dùng thuốc khi chưa tròn 1 tuổi 2. Chưa có nghiên cứu nào về hiệu quả của thuốc hướng tâm thần trên bộ não đang phát triển. Sự phân ly, tự hành hạ thân xác, những ký ức bị phân mảnh, và mất trí thường không đáp ứng với bất cứ loại thuốc nào.

Nghiên cứu Prozac mà tôi đã thảo luận ở chương 2 là lần đầu tiên phát hiện ra rằng người bình thường bị sang chấn có xu hướng đáp ứng thuốc tốt hơn so với các cựu chiến binh. Kể từ đó, nhiều nghiên cứu khác cũng đã tìm ra sự khác biệt tương tự. Trong tình hình này, thật đáng lo ngại là Bộ Quốc phòng và Bộ Y tế đã ấn định số lượng thuốc rất lớn cho binh lính và các cựu chiến binh, và thường không có thêm các hình thức trị liệu khác. Giữa năm 2001 và 2011, Bộ Cựu chiến binh đã chi khoảng 1,5 tỷ đô-la cho Seroquel và Risperdal, trong khi Bộ Quốc phòng đã chi khoảng 90 triệu đô-la trong cùng kỳ, mặc dù một bài nghiên cứu xuất bản năm 2001 cho thấy Risperdal không hiệu quả hơn so với giả dược trong điều trị PTSD°. Tương tự, giữa năm 2001 và 2012, Bộ Cựu chiến binh đã chi 72,1 triệu đô-la, Bộ Quốc phòng đã chi 44,1 triệu đô-la cho benzodiazepines 65 - loại thuốc mà bác sĩ lâm sàng thường tránh kê toa cho bệnh nhân bình thường với PTSD vì thuốc có thể gây nghiện và thiếu hiệu quả đáng kể trong chữa trị các triệu chứng PTSD.

CON ĐƯỜNG HỒI PHỤC LÀ CON ĐƯỜNG CUỘC SỐNG

Trong chương đầu tiên của cuốn sách, tôi có nói đến một cựu chiến binh tên Bill. Bill từng là một bác sĩ ở Việt Nam giai đoạn

1967-1971. Sau khi trở về Mỹ, ông làm việc trong một bệnh viện địa phương. Việc chăm sóc người bệnh đã làm cho ông rã rời, nóng

này và dễ nổi cáu, nhưng ông không hề biết những vấn đề này có liên quan gì đến trải nghiệm của mình ở Việt Nam. Dù sao thì lúc đó chẩn đoán PTSD vẫn chưa có. Sau khi nghỉ việc ở bệnh viện và tham gia khóa huấn luyện trở thành một mục sư, ông bớt mất ngủ, bớt gặp ác mộng được chút ít. Mãi đến khi đưa con đầu lòng ra đời vào năm 1978, ông mới tìm đến bác sĩ để chữa trị.

Tiếng khóc của con khiến ông hồi tưởng không ngừng những cảnh tượng đau thương ở Việt Nam. Ông mất kiểm soát đến nỗi một số đồng nghiệp của tôi ở Bộ Cựu chiến binh muốn đưa ông vào bệnh viện để điều trị vì nghĩ ông mắc chứng rối loạn tâm thần. Tuy nhiên, khi ông và tôi bắt đầu làm việc cùng nhau, khi ông bắt đầu cảm thấy an toàn với tôi thì ông dần dần cởi mở kể với tôi về những gì ông đã chứng kiến ở Việt Nam. Ông từ từ chịu đựng được cảm xúc của mình mà không bị choáng ngợp. Điều này còn giúp ông tập trung trở lại chăm sóc gia đình và kết thúc khóa huấn luyện với tư cách một mục sư. Sau hai năm, ông trở thành mục sư và có giáo xứ riêng của mình và chúng tôi cảm thấy công việc của mình đã hoàn tất.

Mãi 18 năm sau, Bill mới liên lạc lại với tôi và báo rằng ông lại trải qua những triệu chứng tương tự: hồi tưởng lại quá khứ, gặp những cơn ác mộng khủng khiếp, cảm thấy mình đang điên - y hệt như khi đưa con đầu lòng của ông chào đời. Ngày con trai Bill đi đăng ký nhập ngũ, Bill đã đi cùng con. Nơi đăng ký chính là kho vũ khí Bill từng làm việc trước khi được điều đi chiến đấu tại Việt Nam.

Thời điểm đó, tôi đã biết nhiều hơn về cách chữa trị stress sau sang chấn, thế nên tôi và Bill đã giải quyết những ký ức cụ thể về những gì ông đã thấy, nghe và ngửi ở Việt Nam, những chi tiết ông quá sợ hãi khi nhớ lại lần đầu tiên bắt gặp chúng. Bây giờ chúng tôi

\\đã có thể tích hợp những ký ức này bằng trị liệu EMDR, để chúng thật sự trở thành những câu chuyện thuộc về thời xa xưa.

Một khi đã cảm thấy ổn hơn, Bill muốn giải quyết những sự kiện thời thơ ấu của mình: việc được nuôi dạy tàn nhẫn, cảm giác tội lỗi khi bỏ người em trai bị bệnh tâm thần một mình ở quê nhà để xin nhập ngũ, cảm giác cô đơn, không được ai bảo vệ khi cha ông nổi cơn thịnh nộ với ông.

Một chủ đề quan trọng khác của khoảng thời gian chúng tôi làm việc cùng nhau là nỗi đau hằng ngày Bill phải đối mặt với tư cách là một mục sư: phải chôn những thanh thiếu niên chết vì tai nạn xe hơi chỉ vài năm sau khi ông rửa tội cho họ hoặc những cặp vợ chồng ông từng cử hành hôn lễ quay trở lại gặp ông trong cơn khủng hoảng về bạo lực gia đình. Bill tiếp tục tổ chức một nhóm hỗ trợ cho các giáo sĩ phải đối mặt với những sang chấn tương tự, và ông đã trở thành một nguồn sức mạnh quan trọng trong cộng đồng của mình.

Lần điều trị thứ ba của Bill bắt đầu 5 năm sau, khi ông khởi phát một bệnh lý thần kinh nghiêm trọng vào năm 13 tuổi. Ông đột nhiên tê liệt từng phần cơ thể và bắt đầu chấp nhận sự thật rằng có lẽ ông sẽ phải ngồi xe lăn suốt phần đời còn lại.

Tôi nghĩ các vấn đề của ông có thể là do chứng đa xơ cứng, nhưng các bác sĩ thần kinh không thể tìm thấy các tổn thương cụ thể, và họ nói rằng không có phương pháp chữa trị nào cho tình trạng của ông.

Tôi thúc giục Bill tìm ra cách để cảm nhận và làm quen với những cảm xúc đau buồn trong cơ thể, giống như ông đã học cách chịu đựng và sống với những ký ức chiến tranh đau đớn nhất. Tôi gợi ý ông liên hệ một nhân viên trị liệu cơ thể người đã giới thiệu tôi về

phương pháp Feldenkrais, sử dụng tiếp xúc từ bàn tay để sắp xếp lại các cảm giác thể chất và chuyển động của cơ thể.

Khi Bill quay lại và thuật cho tôi nghe tình trạng của mình, ông lộ vẻ vui mừng khi ngày càng tự chủ hơn. Tôi nói với ông gần đây tôi bắt đầu tập yoga và chúng tôi vừa mở một chương trình yoga tại Trung tâm Điều trị Sang chấn. Tôi mời Bill đến tìm hiểu về yoga, xem như bước thứ hai trong quá trình trị liệu.

Bill tìm được một lớp yoga Bikram – tức lớp yoga tập trong nhiệt độ cao và cường độ tập luyện cao, vốn thường dành riêng cho những người trẻ tuổi và nhiều năng lượng. Bill rất thích phương pháp này dù một vài bộ phận trên cơ thể ông thường bỏ cuộc giữa tiết học. Mặc dù có những khiếm khuyết về thể chất, ông vẫn cảm nhận được niềm vui thể xác và sự chăm sóc tinh thần mà ông chưa bao giờ cảm thấy trước đây.

Phương pháp điều trị tâm lý của Bill đã giúp ông bỏ lại phía sau những trải nghiệm chiến tranh khủng khiếp. Khi làm bạn với cơ thể, ông không còn phải đau đầu với chuyện cơ thể bị tê liệt. Ông quyết định trở thành một giảng viên yoga, bắt đầu giảng dạy yoga tại kho vũ khí địa phương cho những cựu chiến binh trở về từ Iraq và Afghanistan.

10 năm sau, Bill tiếp tục tham gia đầy đủ vào cuộc sống với các con cháu của mình. Ông chấp nhận những hạn chế về thể chất của mình như là một sự bất tiện. Đến nay, ông đã dạy các lớp học yoga cho hơn 1.300 cựu chiến binh trở về từ Việt Nam. Ông thường xuyên phải ngồi hoặc nằm vì chân tay đột nhiên yếu đi. Nhưng những vấn đề sức khỏe này cũng như những kỷ niệm của ông về thời thơ ấu và về Việt Nam không thể phong tỏa cuộc sống của ông được nữa.

Chúng đơn giản chỉ là một phần của cuộc sống đang diễn ra của ông.

Chương 14

NGÔN NGỮ: ĐIỀU KỲ DIỆU VÀ SỰ BẢO TÀN

Hãy để nỗi buồn cất tiếng nỗi buồn thầm lặng cử chất chống và khiến trái tim đau khổ, tan nát.

William Shakespeare, Macbeth

Tháng 9 năm 2001, một số tổ chức, bao gồm Viện Sức khỏe Quốc gia, hãng dược phẩm Pfizer, và Quỹ New York Times đã tổ chức các hội thảo gồm các chuyên gia để giới thiệu các phương pháp điều trị tốt nhất cho người bị sang chấn bởi vụ tấn công vào Trung tâm Thương mại Thế giới. Vì nhiều biện pháp can thiệp sang chấn đã được sử dụng rộng rãi chưa bao giờ được đánh giá cẩn thận trong cộng đồng, tôi nghĩ rằng đây là cơ hội phi thường để so sánh cách tiếp cận nào sẽ có hiệu quả. Nhưng các đồng nghiệp của tôi có thái độ bảo thủ hơn, và sau những cuộc thảo luận kéo dài, chỉ có hai hình thức điều trị được đề nghị: liệu pháp định hướng phân tâm học (psychoanalytically oriented therapy) và liệu pháp nhận thức hành vi (CBT). Tại sao phải nói chuyện theo phương pháp phân tâm? Vì Manhattan là một trong những pháo đài cuối cùng của phân tâm học Freud, sẽ rất tệ nếu bỏ qua một tỷ lệ đáng kể các nhà thực hành sức khỏe tinh thần ở địa phương. Tại sao lại áp dụng CBT? Bởi vì \điều trị

hành vi có thể được chia thành các bước chắc chắn và “được hướng dẫn” thành các phác đồ thống nhất, đó là cách điều trị yêu thích của các nhà nghiên cứu học thuật, một nhóm khác mà cũng không thể bị bỏ qua. Sau khi các khuyến cáo được chấp thuận, chúng tôi ngồi đợi người dân New York tìm đường tới các văn phòng của các nhà trị liệu. Hầu như không ai đến cả.

Tiến sĩ Spencer Eth, người điều hành khoa tâm thần học tại Bệnh viện St. Vincent ở Greenwich Village, rất tò mò muốn biết những người sống sót đã nhờ giúp đỡ ở đâu. Đầu năm 2002, cùng với một số sinh viên y khoa, ông đã tiến hành khảo sát 225 người đã thoát khỏi Tháp đôi. Khi được hỏi những gì hữu ích nhất đã giúp họ vượt qua những ảnh hưởng từ trải nghiệm này, những người sống sót đã ghi nhận theo thứ tự là: châm cứu, massage, yoga và EMDR¹. Đối với các nhân viên cứu hộ, liệu pháp massage đặc biệt phổ biến. Cuộc điều tra của Eth cho thấy rằng những can thiệp hữu ích nhất tập trung vào việc giảm bớt những gánh nặng về thể chất do sang chấn gây ra. Sự chênh lệch giữa kinh nghiệm của những người sống sót với khuyến nghị của các chuyên gia là rất đáng để lưu tâm. Tất nhiên, chúng ta không biết bao nhiêu người sống sót đã tìm kiếm những liệu pháp có tính truyền thống hơn. Nhưng rõ ràng là việc mọi người thiếu quan tâm đến liệu pháp nói chuyện đã đặt ra một câu hỏi cơ bản: Nói về sang chấn của bạn thì có lợi ích gì?

SỰ THẬT BẤT THÀNH VẤN

Các nhà trị liệu có niềm tin bất diệt về khả năng chữa trị sang chấn của liệu pháp nói chuyện. Sự tự tin này có từ năm 1893, khi Freud (và người cố vấn của ông, Breuer) đã viết rằng sang chấn “biến mất ngay lập tức và vĩnh viễn khi chúng tôi thành công trong

việc làm sáng tỏ những ký ức của sự kiện mà đã gây ra và kích thích các tác động đi kèm, và khi bệnh nhân mô tả chi tiết nhất có thể về sự kiện và diễn đạt được bằng lời nói những tác động của sự kiện đó”.

Thật không may, chuyện không đơn giản như vậy: Các sự kiện gây sang chấn gần như không thể diễn đạt được bằng lời. Điều này đúng cho tất cả chúng ta, chứ không chỉ riêng những người bị PTSD. Những dấu ấn ban đầu của sự kiện Trung tâm Thương mại Thế giới bị tấn công ngày 11/9 không phải là những câu chuyện mà là những hình ảnh: mọi người hoảng loạn chạy trên phố, mặt họ phủ đầy tro, một chiếc máy bay đâm vào Tháp Một, những chấm đen từ đằng xa hóa ra là những người đang nhảy khỏi tòa tháp. Những hình ảnh này được lặp đi lặp lại trong tâm trí của chúng ta và trên màn hình tivi.

Trong cuốn *Seven Pillars of Wisdom* (Bảy trụ cột của sự khôn ngoan) T.E. Lawrence đã viết về trải nghiệm chiến tranh của mình: “Chúng ta biết có những nỗi đau sâu sắc, có những nỗi khổ tâm cùng cực, có những trạng thái quá ngất ngây để tâm trí hữu hạn của chúng ta có thể chịu đựng. Khi cảm xúc đạt tới mức này thì tâm trí sẽ nghẹn lại, bộ nhớ sẽ trống rỗng cho đến khi tình hình trở lại bình yên”.

Trong khi sang chấn khiến chúng ta chết lặng thì con đường thoát khỏi sang chấn lại được lát bằng những từ ngữ, được lắp ráp cẩn thận từng mảnh một, cho đến khi toàn bộ câu chuyện có thể được phơi bày.

PHÁ VỢ SỰ IM LẶNG

Các nhà hoạt động trong chiến dịch nhận thức sớm về bệnh AIDS đã đưa ra một khẩu hiệu mạnh mẽ: “Im lặng = Chết”. Sự im

lặng càng khiến cho sang chấn bị cô lập. Có thể đồng dạng nói với một người khác: “Tôi bị cưỡng hiếp”, “Tôi bị chồng đánh đập”, “Bố mẹ tôi gọi nó là kỷ luật, nhưng đó là lạm dụng” là dấu hiệu cho thấy việc chữa bệnh có thể bắt đầu.

Chúng ta có thể nghĩ rằng mình có thể kiểm soát được nỗi đau, nỗi kinh hoàng, sự xấu hổ của chúng ta bằng cách im lặng, nhưng đặt tên cho chúng lại là một loại kiểm soát khác. Trong Sáng thế ký, khi Adam được giao trọng trách trông coi vương quốc động vật, hành động đầu tiên của ông là đặt tên cho mọi sinh vật sống.

Nếu bạn bị tổn thương, bạn cần thừa nhận nó và đặt tên cho việc đã xảy ra. Tôi biết điều này từ kinh nghiệm cá nhân: Chứng nào tôi vẫn không thể khiến bản thân mình biết được cảm giác của một đứa bé 3 tuổi bị cha nhốt vào hầm tối mỗi khi mắc lỗi là như thế nào thì tôi sẽ mãi mãi tập trung vào cảm giác bị đày đọa và bỏ rơi. Chỉ khi tôi có thể kể cậu bé đó cảm thấy thế nào, chỉ khi tôi có thể tha thứ cho cậu bé đó vì đã sợ hãi và phục tùng, thì tôi mới bắt đầu tận hưởng niềm vui khi bầu bạn với chính mình.

Cảm giác được lắng nghe và được thấu hiểu sẽ thay đổi sinh lý của chúng ta; có khả năng diễn đạt một cảm xúc phức tạp, và cảm xúc của chúng ta được nhận biết, sẽ thắp sáng bộ não của chúng ta và tạo ra một khoảnh khắc vỡ lẽ”. Ngược lại, tinh thần ta sẽ chết khi phải đối mặt với sự im lặng và không được thấu hiểu. Hoặc, như John Bowlby từng có một phát biểu vô cùng đáng nhớ: “Điều không thể thổ lộ với người khác thì cũng không thể thổ lộ với chính mình”.

Nếu bạn giấu giếm bản thân mình sự thật rằng mình từng bị người chú xâm phạm khi còn nhỏ, bạn sẽ dễ phản ứng với những kích thích như một con thú trong đêm sấm sét, nghĩa là toàn cơ thể

bạn phản ứng với những hormone đang phát ra tín hiệu “nguy hiểm”. Không có ngôn ngữ và bối cảnh, nhận thức của bạn có thể bị giới hạn ở: “Tôi sợ”. Tuy nhiên, sự quyết tâm giữ tự chủ có thể khiến bạn tránh né bất kỳ ai hoặc bất cứ điều gì nhắc nhở bạn, dù chỉ mơ hồ, về tình huống gây sang chấn của bạn. Bạn cũng có thể chuyển đổi qua lại giữa cảm giác rụt rè và khó chịu hoặc phản kháng và thịnh nộ mà không biết lý do tại sao.

Một khi bạn vẫn còn giữ bí mật trong lòng và kìm nén những thông tin, tức là bạn vẫn đang đấu tranh với chính mình. Che giấu những cảm xúc cốt tủy đã lấy đi của bạn một nguồn năng lượng khổng lồ, nó làm bạn mất động lực để theo đuổi các mục tiêu xứng đáng và khiến bạn cảm thấy chán nản, đóng khép bản thân lại. Trong khi đó, hormone của stress vẫn tiếp tục tràn ngập cơ thể của bạn, dẫn đến đau đầu, đau cơ, vấn đề về ruột hoặc chức năng tình dục – và các hành vi không hợp lý có thể gây rắc rối cho bạn cũng như làm tổn thương những người xung quanh. Chỉ sau khi xác định được nguồn gốc của những đáp ứng này thì bạn mới có thể bắt đầu sử dụng cảm xúc của mình như những dấu hiệu của các vấn đề cần bạn chú ý khẩn cấp.

Bỏ qua thực tại nội tâm cũng khiến bạn mất dần ý thức về bản thân, bản sắc và mục đích. Nhà tâm lý học lâm sàng học Edna Foa và các cộng sự đã phát triển Thang lượng giá nhận thức sau sang chấn (Posttraumatic Cognitions Inventory) để đánh giá cách bệnh nhân suy nghĩ về họ như thế nào*. Triệu chứng của PTSD thường là những tuyên bố như: “Tôi cảm thấy bên trong mình đã chết rồi”, “Tôi sẽ không bao giờ có thể cảm nhận được những cảm xúc bình thường nữa”, “Tôi cảm thấy mình giống như một món đồ, không

giống như một con người”, “Tôi không có tương lai” và “Tôi cảm thấy mình còn không biết mình là ai”.

Vấn đề quan trọng là cho phép bạn biết những gì bạn biết. Và để làm được điều này, bạn cần có lòng can đảm mạnh mẽ. Trong cuốn *What It Is Like to Go to War* (Chiến tranh là thế đó) Karl Marlantes, một cựu binh từng chiến đấu ở Việt Nam, đã phải vật lộn với những ký ức của mình khi còn phục vụ trong một đơn vị Hải quân và đối đầu với sự chia tách khủng khiếp mà ông khám phá ra trong bản thân mình:

“Nhiều năm trời tôi không nhận thức được mình cần phục hồi lại sự chia tách ấy và khi tôi trở về, chẳng ai chỉ cho tôi biết điều này cả... Tại sao tôi lại giả định rằng chỉ có một con người duy nhất bên trong tôi?... Có một phần trong tôi chỉ yêu thích việc giết chóc và tra tấn. Cái phần này không phải là toàn bộ con người tôi. Tôi có những yếu tố khác hoàn toàn trái ngược mà tôi vẫn cảm thấy tự hào. Vậy, tôi có phải là một kẻ sát nhân? Không, nhưng một phần của tôi là thế. Tôi có phải là kẻ tra tấn? Không, nhưng một phần của tôi là thế. Tôi có cảm thấy kinh hoàng và buồn bã khi đọc bài báo về một đứa trẻ bị lạm dụng: Có. Nhưng tôi có ấn tượng không???

Marlantes nói với chúng tôi rằng con đường phục hồi đòi hỏi người ta phải học cách nói ra sự thật, ngay cả khi sự thật đó vô cùng đau đớn.

Cái chết, sự hủy diệt, và nỗi bất hạnh cần được liên tục biện bạch mà không có những ý nghĩa bao trùm của sự đau khổ. Mất đi cái ý bao trùm này chỉ khuyến khích sự dối trá, bịa đặt để điền thêm ý nghĩa vào những chỗ còn trống.

“Tôi chưa bao giờ có thể nói với mọi người những gì đang xảy ra bên trong chính mình. Vì thế, tôi đã cố gắng che giấu những hình ảnh ấy trong nhiều năm. Tôi bắt đầu tái hòa nhập lại phần trải nghiệm bị chia tách ấy của mình chỉ sau khi tôi thực sự bắt đầu hình dung đứa trẻ đó thật sự là một đứa trẻ, chẳng hạn như con tôi. Sau đó, một nỗi buồn sâu sắc dần xuất hiện – và theo sau là sự phục hồi. Tích hợp được những cảm xúc buồn bã, giận dữ vào trong hành động của mình sẽ là quy trình bắt buộc cho tất cả những người lính đã từng mặt đối mặt giết một ai đó. Nó không đòi hỏi phải rèn luyện tâm lý tinh vi phức tạp gì cả. Chỉ cần thành lập các nhóm và đặt nhóm dưới sự dẫn dắt của một người đã được huấn luyện vài ngày về lãnh đạo đội và khuyến khích mọi người nói chuyện.”

Nhận ra điều làm mình hãi hùng và chia sẻ nó với người khác có thể giúp bạn lại cảm thấy mình là một thành viên của nhân loại. Sau khi các cựu chiến binh Mỹ từ chiến trường Việt Nam tham gia vào một nhóm trị liệu để chia sẻ với nhau những hành động tàn bạo họ từng chứng kiến và thực hiện, họ đã có thể bắt đầu mở lòng với bạn gái hoặc vợ của họ.

SỰ KỲ DIỆU CỦA VIỆC KHÁM PHÁ BẢN THÂN

Việc khám phá bản thân thông qua ngôn ngữ luôn luôn là phút giây nhận thức sâu sắc, ngay cả khi việc tìm cho được từ ngữ để mô tả thực tại bên trong của bạn có thể là một quá trình đau đớn. Đó là lý do vì sao trường hợp của Helen Keller về việc bà ấy được “sinh ra trong ngôn ngữ” như thế nào đã truyền cảm hứng đến vậy.

Khi Helen mới 19 tháng tuổi và chỉ mới bắt đầu nói chuyện thì một loại virus đã khiến bà bị mù và điếc. Cùng lúc bị mù, câm, điếc, đứa trẻ đáng yêu và sôi nổi đã biến thành một sinh vật hoang dại, cô đơn

và bị cô lập. Sau 5 năm cố gắng giúp con trong vô vọng, gia đình của Helen đã mời cô Anne Sullivan – một giáo viên và người có thị lực cũng bị khiếm khuyết một phần - đến căn nhà ở vùng nông thôn Alabama, Boston để làm gia sư cho Helen.

Cô Anne ngay lập tức dạy Helen bảng chữ cái bằng cách dùng ngón tay viết từng chữ cái vào lòng bàn tay của Helen. Nhưng phải mất đến 10 tuần cô Anne mới kết nối được với cô học trò hoang dã này, rồi sau đó kỳ tích mới xuất hiện. Đó chính là giây phút cô Anne đánh vần chữ “nước” (w-a-t-e-r) vào một bàn tay của Helen và cô giữ bàn tay kia của Helen dưới vòi nước.

Sau này, Helen đã nhớ lại giây phút này trong hồi ký *The Story of My Life* “Nước! Từ đó đánh thức linh hồn tôi và nó thức giấc, tràn ngập tinh thần của buổi sáng, tràn ngập một bài ca hân hoan vui vẻ. Cho tới hôm đó, tâm trí của tôi giống như một căn phòng tối, chờ đợi những từ ngữ bước vào và thắp sáng ngọn đèn, tức là ý nghĩa. Hôm đó, tôi đã học được nhiều từ.”

(*) Bản dịch tiếng Việt của Nguyễn Thành Nhân có tựa *Câu chuyện đời tôi*, Saigon Books, NXB Văn hóa - Văn Nghệ, 2017.

Học cách gọi tên các sự vật không chỉ giúp Helen bắt đầu hình dung về cái thế giới quanh mình mà bà không thể nhìn thấy, không thể nghe thấy, mà còn giúp bà tìm thấy chính mình. Sáu tháng sau, Helen bắt đầu sử dụng từ chỉ ngôi thứ nhất “tôi”.

Câu chuyện của Helen nhắc nhở tôi về những đứa trẻ bị bạo hành, ương ngạnh, không thích giao tiếp đã tham gia các chương trình điều trị nội trú của chúng tôi. Trước khi nắm bắt được ngôn ngữ, Helen rất hoang mang và ích kỷ. Khi hồi tưởng giai đoạn đó, Helen gọi mình của ngày xưa ấy là “bóng ma”. Thực vậy, những đứa trẻ

của chúng tôi đã sống như những bóng ma trước khi khám phá ra mình là ai và cảm thấy đủ an toàn để có thể kể lại chuyện gì đang xảy ra với chúng.

Trong một cuốn sách xuất bản sau đó, *The World I Live In* (Thế giới tôi đang sống), Keller một lần nữa mô tả sự tiếp xúc của cô với sự tự chủ: “Trước khi giáo viên của tôi đến với tôi, tôi không biết mình là ai. Tôi sống trong một thế giới thật ra không phải là thế giới. Tôi không có ý chí, cũng chẳng có hiểu biết... Tôi có thể nhớ tất cả điều này không phải vì tôi biết nó là như vậy mà vì tôi có trí nhớ xúc giác. Chính nó giúp tôi nhớ rằng mình chưa bao giờ nhấn trán khi suy nghĩ cả”.

Trí nhớ xúc giác của Helen, tức những trí nhớ dựa trên việc sờ chạm, vốn không thể chia sẻ với ai khác. Nhưng chính ngôn ngữ đã giúp Helen hòa nhập cộng đồng. Năm 8 tuổi, Helen đi cùng cô Anne Sullivan đến Viện Perkins dành cho người khiếm thị ở Boston (nơi cô Sullivan từng được đào tạo). Tại đây, lần đầu tiên trong đời, Helen đã có thể giao lưu với những đứa trẻ khác. Cô viết: “Ôi, thật hạnh phúc khi được nói chuyện tự do với những đứa trẻ khác, khi được cảm thấy mình như đang ở nhà giữa thế giới bao la này!”.

Việc Helen khám phá ra ngôn ngữ với sự giúp đỡ của cô Anne Sullivan đã thể hiện bản chất của một mối quan hệ trị liệu: tìm kiếm những từ ngữ từng thiếu vắng trước kia, để có thể chia sẻ với ai đó nỗi đau đớn lớn lao và những cảm xúc sâu đậm nhất của bạn. Khi nói ra được những điều ta không thể nói cũng chính là lúc sang chấn của ta bắt đầu quá trình được chữa lành, nhất là khi có những người trong cuộc đời ta đã làm ngơ ta hoặc “bịt miệng” ta. Giao tiếp triệt để chính là đối trọng của sang chấn, là liều thuốc chữa trị sang chấn.

TỰ HIỂU CHÍNH MÌNH HAY KỂ CHUYỆN CỦA MÌNH VỚI AI ĐÓ? HỆ THỐNG NHẬN THỨC KÉP

Bất cứ ai tham gia vào liệu pháp trò chuyện gần như lập tức phải đối mặt với những hạn chế về ngôn ngữ. Điều này đúng với phân tích tâm lý của chính tôi. Ngay khi đang nói năng lưu loát, ríu rít kể những câu chuyện thú vị, tôi đã nhanh chóng nhận ra thật khó biết bao khi vừa cảm nhận những cảm giác sâu xa trong lòng mình vừa kể lại những cảm giác ấy cho ai đó nghe.

Khi tôi nhớ lại những khoảnh khắc riêng tư, đau đớn hoặc băn khoăn nhất trong cuộc đời mình, tôi thường thấy mình phải đối mặt với một lựa chọn: hoặc tập trung hồi tưởng chuyện xưa bằng đôi mắt của tâm trí và để bản thân cảm nhận được những gì đã từng cảm nhận, hoặc tôi có thể nói một cách logic và mạch lạc những gì đã xảy ra với chính nhà phân tích đang tồn tại trong tôi.

Khi chọn cái thứ hai, tôi sẽ nhanh chóng mất kết nối với bản thân mình, bắt đầu tập trung vào ý kiến của chính nhà phân tích đang tồn tại trong tôi về những gì tôi đã kể với anh ấy. Những gợi ý nhỏ nhất của sự nghi ngờ hoặc phán đoán sẽ khiến tôi câm nín, và tôi sẽ chuyển sự chú ý của mình sang việc giành lại sự chấp thuận của “anh ta”.

Nghiên cứu về khoa học thần kinh đã chỉ ra rằng chúng ta có hai hình thức tự nhận thức (self-awareness) khác nhau: một là theo dõi chính mình theo thời gian và một là tự ghi lại về chính mình trong giây phút hiện tại. Cái thứ nhất, phần tự truyện của chính chúng ta, tạo ra những mối liên kết giữa các kinh nghiệm mà ta có và tập hợp chúng thành một câu chuyện mạch lạc. Hệ thống này bắt nguồn từ ngôn ngữ. Bài tường thuật này của chúng ta thay đổi tùy theo việc ta

kể chuyện, khi quan điểm của chúng ta thay đổi và khi chúng ta kết hợp thêm những thông tin mới.

Hệ thống khác, tự nhận thức từng khoảnh khắc, chủ yếu dựa vào cảm giác thể chất, nhưng nếu chúng ta cảm thấy an toàn và không vội vã, chúng ta cũng có thể tìm được từ ngữ để truyền đạt trải nghiệm đó. Hai cách nhận biết này khu trú ở các phần khác nhau của não mà phần lớn là không kết nối với nhau. Chỉ có hệ thống dành cho việc tự nhận thức, nằm trong vùng giữa não trán trước, là có thể thay đổi bộ não cảm xúc.

Đôi khi tôi thấy hai hệ thống này ở các cựu chiến binh làm việc song song và độc lập nhau. Những người lính kể những câu chuyện khủng khiếp về cái chết và sự hủy diệt, nhưng tôi để ý thấy cơ thể của họ thường xuyên bộc lộ một cảm giác tự hào và thuộc về nơi ấy. Tương tự, nhiều bệnh nhân kể tôi nghe họ đã lớn lên trong một gia đình hạnh phúc như thế nào, nhưng khi kể chuyện, họ hơi cúi người, giọng nói có vẻ lo lắng, căng thẳng.

Có một hệ thống tạo ra câu chuyện mà ta kể cho mọi người, và nếu chúng ta kể những câu chuyện ấy đủ lâu, chúng ta sẽ bắt đầu nghĩ rằng chúng chứa đựng toàn bộ sự thật. Nhưng một hệ thống khác lại hướng đến một sự thật khác: cách chúng ta trải nghiệm thế giới sâu thẳm bên trong. Đây chính là hệ thống ta cần truy cập, bầu bạn và hòa giải.

Tại một bệnh viện tôi từng công tác, một nhóm các bác sĩ tâm thần nội trú và tôi đã phỏng vấn một phụ nữ trẻ bị động kinh thùy thái dương (temporal lobe epilepsy). Cô được các bác sĩ thăm khám sau khi cố gắng tự tử. Mọi người đã hỏi những câu hỏi cơ bản về các triệu chứng của cô, các loại thuốc mà cô đang dùng, cô bao nhiêu

tuổi khi được chẩn đoán, những gì đã khiến cô ấy cố gắng tử tự. Cô trả lời bằng giọng nói đều đều, vô cảm: Cô được chẩn đoán lúc 5 tuổi, cô mất việc, cô biết mình đang sống giả tạo, cô cảm thấy mình chẳng có giá trị gì. Vì lý do nào đó, một bác sĩ đã hỏi cô ấy có từng bị lạm dụng tình dục hay không. Câu hỏi đó làm tôi hết sức ngạc nhiên: Cô ấy chưa cho chúng tôi thấy bất kỳ dấu hiệu nào về việc cô ấy có vấn đề trong việc gần gũi, thân mật với ai đó hoặc quan hệ tình dục. Tôi tự hỏi không biết liệu người bác sĩ này có đang đeo đuổi một mục đích riêng nào hay không khi hỏi câu ấy.

Đáng chú ý là câu chuyện cô ấy kể không giúp lý giải vì sao cô suy sụp đến thế khi bị mất việc. Vì thế, tôi đã hỏi cô ấy cảm thấy như thế nào về việc một bé gái 5 tuổi bị ai đó nói rằng trí óc của bé có vấn đề. Câu hỏi này đã buộc cô phải lục lại trí óc của mình vì cô không có sẵn kịch bản cho câu hỏi đó.

Cô ấy trầm giọng nói rằng sau khi có chẩn đoán đó, cha cô chẳng muốn làm gì cho cô nữa: “Ông ấy xem tôi như một đứa trẻ tàn phế”. Cô nói rằng chẳng ai giúp đỡ cô cả, thế nên cô phải tự lo cho mình.

Tiếp theo, tôi hỏi bây giờ cô cảm thấy thế nào về cô bé vừa được chẩn đoán bị chứng động kinh, rồi sau đó bị bỏ rơi. Thay vì khóc thương cô bé cô đơn hoặc tức giận vì cô bé bị bỏ rơi, cô đã gay gắt nói: “Đó là một con bé ngu dốt, yếu đuối và hay dựa dẫm. Lẽ ra nó phải tự chịu trách nhiệm cho mọi việc và phải ráng chịu đựng mới phải”.

Cô ấy có quan điểm này có lẽ một phần vì đã cố gắng hết sức đối phó với nỗi đau của mình, và tôi hiểu rằng có lẽ chính cách nghĩ này đã giúp cô sống sót. Tôi yêu cầu cô ấy cho phép cô bé bị bỏ rơi, sợ hãi năm xưa nói với cô ấy rằng cô bé ấy cảm thấy thế nào khi phải

đối chọi với cô đơn, bệnh tật và sự chối bỏ của gia đình. Cô ấy bắt đầu khóc, im lặng trong một khoảng thời gian dài, sau đó nói: “Không, cô bé ấy không đáng bị như vậy. Cô bé ấy cần được hỗ trợ, cần được ai đó chăm sóc.” Sau đó, cô ấy lại thay đổi tâm trạng và tự hào nói với tôi về những điều cô ấy đã tự mình đạt được, không cần đến sự hỗ trợ nào. Cuối cùng thì câu chuyện được cô kể công khai và những trải nghiệm trong lòng cô ấy đã gặp được nhau.

CƠ THỂ CHÍNH LÀ CẦU NỐI

Các câu chuyện kể về sang chấn giúp làm giảm sự cô lập của bệnh nhân sang chấn và giải thích vì sao họ đã phải khổ sở như vậy. Những câu chuyện cũng giúp các bác sĩ chẩn đoán và từ đó có thể giải quyết các vấn đề của bệnh nhân như mất ngủ, giận dữ, gặp ác mộng, bị tê liệt, đầu óc trống rỗng. Câu chuyện cũng giúp ta xác định ta có thể đổ lỗi cho ai, cho điều gì. Đổ lỗi là cách con người thường dùng để cảm thấy thoải mái hơn sau một sự việc tồi tệ nào đó. Nhưng những câu chuyện cũng che khuất một vấn đề quan trọng hơn, đó là sang chấn khiến con người không còn là “chính mình” nữa.

Thật khó khăn khi biểu đạt bằng lời nói cái cảm xúc mình không còn là mình nữa. Ngôn ngữ phát triển chủ yếu để chia sẻ “vạn vật quanh ta” chứ không phải để ta truyền đạt những cảm xúc trong nội tâm của mình (Xin nhắc lại, trung tâm ngôn ngữ của não nằm tách xa khỏi trung tâm trải nghiệm bản thân mình). Ta thường dễ mô tả ai đó hơn là tự mô tả chính mình. Như nhà tâm lý học Jerome Kagan ở Harvard đã nói: “Có thể so sánh nhiệm vụ mô tả lại kinh nghiệm của bản thân với việc nhặt những viên pha lê mỏng manh dễ vỡ từ một cái giếng sâu trong khi đang đeo lớp găng tay bằng da dày cộp”.

Ta có thể dùng lời nói để mô tả được chính mình bằng cách tự quan sát mình, quan sát chính cơ thể mình biểu hiện thông qua cảm giác, giọng điệu và sức căng của cơ thể. Có thể cảm nhận được cảm giác bên trong là nền tảng để có được nhận thức về cảm xúc. Nếu một bệnh nhân nói với tôi rằng cha anh đã bỏ đi từ năm anh ấy lên

8 tuổi, tôi có thể sẽ dừng lại và yêu cầu anh ta tự kiểm tra những điều sau: Điều gì đang xảy ra bên trong anh ta khi anh nói với tôi về cậu bé không bao giờ được gặp lại cho mình nữa? Cảm giác đó được ghi nhận ở đâu trong cơ thể của anh?

Khi ta kích hoạt trực giác và lắng nghe con tim mình, khi ta lần theo con đường cảm xúc bên trong dẫn đến những nơi sâu thẳm nhất của tâm hồn thì mọi thứ bắt đầu thay đổi.

VIẾT CHO CHÍNH MÌNH

Có nhiều cách khác nhau để truy cập vào thế giới cảm xúc bên trong của bạn, trong đó có cách viết ra. Khi bị đó phản bội hoặc bỏ rơi, ta trút hết tất cả nỗi lòng, cảm xúc vào những bức thư giận dữ, buộc tội, phàn nàn, buồn bã, đau đớn. Viết ra khiến ta cảm thấy tốt hơn, dù sau đó ta chẳng bao giờ gửi lá thư ấy đến “thủ phạm” đã khiến ta đau đớn.

Khi viết thư cho chính mình, bạn không phải lo lắng bị ai đó phán xét. Bạn chỉ cần lắng nghe những suy nghĩ của bản thân và cứ để cảm xúc tuôn trào theo dòng chữ.

Bạn được tự do để đi vào một loại trạng thái mê, trong đó ngòi bút của bạn (hoặc bàn phím) dường như đang hướng về bất cứ điều gì đang sôi sục bên trong bạn. Bạn có thể kết nối những phần tự quan sát và tường thuật của bộ não của bạn mà không phải lo lắng về những gì bạn tiếp nhận được.

Sau đó, khi đọc lại những gì đã viết, bạn thường khám phá ra sự thật đáng ngạc nhiên.

Khi thực hành phương pháp viết tự do, bạn có thể sử dụng bất kỳ món đồ nào để làm bài trắc nghiệm Rorschach cho riêng mình nhằm bước vào một luồng liên tưởng. Hãy viết về điều đầu tiên xuất hiện trong tâm trí khi bạn nhìn vào món đồ trước mặt bạn, sau đó hãy viết tiếp, đừng dừng lại, đừng đọc lại những gì đã viết, cũng đừng gạch bỏ. Một cái thìa gỗ trên quầy hàng có thể gợi ra những kỷ niệm về lúc bạn làm nước sốt cà chua với bà ngoại hoặc kỷ niệm bạn bị đánh đập khi còn nhỏ. Cái ấm trà gia truyền có thể đưa bạn lang thang đến nơi sâu thẳm nhất trong tâm trí, đến những ký ức về người thân đã qua đời hoặc những kỳ nghỉ gia đình pha lẫn giữa tình thương yêu và xung đột. Một hình ảnh sẽ sớm xuất hiện, sau đó là một ký ức, sau đó một đoạn văn ghi chép lại ký ức ấy. Bất cứ điều gì xuất hiện trên giấy đều biểu hiện cho những liên tưởng độc đáo của bạn.

Bệnh nhân của tôi thường đưa ra các bài viết và bản vẽ rời rạc về những ký ức mà họ chưa sẵn sàng kể lại. Việc đọc to nội dung mình đã viết có thể khiến họ xúc động mạnh, nhưng họ muốn tôi phải nhận thức được những gì họ đang phải vật lộn. Tôi nói với họ rằng tôi đánh giá cao lòng can đảm của họ khi họ cho phép bản thân khám phá những phần bí ẩn của chính mình và cho phép họ tin tưởng vào tôi. Những thông tin ban đầu này giúp tôi hình dung về kế hoạch điều trị, ví dụ giúp tôi quyết định có đưa thêm những phương pháp trị liệu cơ thể, phản hồi thần kinh hay EMDR vào việc điều trị hay không.

Theo như tôi biết, bài kiểm tra hệ thống đầu tiên về sức mạnh của ngôn ngữ để giảm bớt sang chấn đã được thực hiện vào năm 1986,

khi James Pennebaker tại Đại học Texas đã biến lớp nhập môn tâm lý học của ông thành một phòng thí nghiệm thực nghiệm.

Ông bắt đầu bằng cách yêu cầu mỗi sinh viên xác định một trải nghiệm cá nhân sâu sắc mà họ thấy rất căng thẳng hoặc tổn thương. Sau đó ông chia lớp thành ba nhóm: nhóm thứ nhất viết về những gì đang diễn ra trong cuộc sống của họ, nhóm thứ hai viết về các chi tiết của sự kiện gây sang chấn hoặc căng thẳng của họ, nhóm thứ ba sẽ kể lại những sự thật về trải nghiệm, cảm xúc và tình cảm của họ về trải nghiệm đó và những tác động họ nghĩ rằng sự kiện này gây nên đối với cuộc sống của họ. Tất cả sinh viên đã viết liên tục 15 phút trong bốn ngày liên tiếp khi ngồi một mình trong căn phòng nhỏ tại tòa nhà nghiên cứu tâm lý học.

Các sinh viên tham gia nghiên cứu rất nghiêm túc, họ tiết lộ những bí mật chưa bao giờ nói với bất cứ ai. Họ thường khóc khi viết, và nhiều người đã thổ lộ với người trợ giảng rằng những kỷ niệm này đã xâm chiếm tâm trí họ một thời gian dài. Trong số 200 người tham gia, 65 người viết về một sang chấn khi còn nhỏ, phổ biến nhất là việc mất một người thân trong gia đình, 22% sinh viên nữ và 10% sinh viên nam đã viết về những sang chấn tình dục xảy ra với họ trước năm 17 tuổi.

Các nhà nghiên cứu đã hỏi sinh viên về sức khỏe của họ và ngạc nhiên về việc họ thường xuyên gặp các vấn đề sức khỏe từ nặng đến nhẹ như ung thư, cao huyết áp, viêm loét, cảm cúm, nhức đầu và đau tai 14. Những người báo cáo một trải nghiệm sang chấn tình dục trong thời thơ ấu nhập viện trung bình 1,7 ngày trong năm trước, tức tỷ lệ gần gấp đôi so với những người khác.

Sau đó, nhóm nghiên cứu so sánh số lần sinh viên đi khám bệnh tại trung tâm chăm sóc trong tháng trước khi tham gia vào nghiên cứu với tháng sau đó. Nhóm đã viết cả về thực tế và cảm xúc liên quan đến sang chấn của họ rõ ràng đã hưởng lợi nhiều nhất: Số lượt đi khám bệnh của họ đã giảm 50% so với hai nhóm kia. Viết ra những suy nghĩ và cảm xúc sâu sắc nhất của họ về những sang chấn đã cải thiện tâm trạng của họ và mang lại một thái độ lạc quan hơn cùng với sức khỏe thể chất tốt hơn.

Khi sinh viên được yêu cầu đánh giá nghiên cứu, họ tập trung vào việc làm thế nào để tăng khả năng tự thấu hiểu chính mình: “Nó giúp tôi suy nghĩ về những gì tôi đã cảm thấy vào những thời điểm đó. Trước đây tôi chưa bao giờ nhận ra nó đã ảnh hưởng đến tôi như thế nào”, “Tôi đã phải suy nghĩ và giải quyết những trải nghiệm quá khứ. Một kết quả của cuộc thử nghiệm là sự bình yên. Phải viết về những cảm xúc và cảm nhận đã giúp tôi hiểu tôi cảm thấy thế nào và tại sao”¹⁵.

Trong một nghiên cứu tiếp theo, Pennebaker yêu cầu một nửa của nhóm 72 sinh viên ghi âm lại những trải nghiệm sang chấn nhất trong đời họ, nửa nhóm kia thảo luận kế hoạch của họ cho thời gian còn lại trong ngày. Khi họ nói, các nhà nghiên cứu đã theo dõi các phản ứng sinh lý của họ: huyết áp, nhịp tim, độ căng cơ và nhiệt độ bàn tay¹⁶. Nghiên cứu này cho kết quả tương tự: Những người cho phép mình cảm nhận được cảm xúc của bản thân đã có những thay đổi đáng kể về sinh lý cả trước mắt và lâu dài.

Trong quá trình tự thú, huyết áp, nhịp tim và các chức năng tự chủ khác tăng lên, nhưng sau đó sự hưng phấn của họ giảm xuống

thấp hơn so với lúc họ bắt đầu nghiên cứu. Suốt 6 tuần sau khi thí nghiệm kết thúc, huyết áp họ vẫn giảm.

Giờ đây, người ta đã chấp nhận rộng rãi rằng những trải nghiệm stress, dù là ly hôn, kỳ thi cuối khóa hay sự cô đơn, đều có ảnh hưởng tiêu cực đến chức năng miễn dịch, nhưng trong thời điểm diễn ra nghiên cứu của Pennebaker thì đây là một quan niệm gây nhiều tranh cãi. Dựa trên cơ sở này, nhóm nghiên cứu tại Trường Y khoa Đại học bang Ohio đã so sánh hai nhóm sinh viên viết về một sang chấn cá nhân hoặc về một chủ đề hời hợt!”. Một lần nữa, những người viết về sang chấn cá nhân lại ít đến những trung tâm y tế hơn, và sức khỏe của họ cũng tốt hơn tương ứng với sự cải thiện về chức năng miễn dịch, được đo bằng hoạt động của các tế bào lympho T (các tế bào sát thủ tự nhiên của cơ thể) và các dấu hiệu miễn dịch khác trong máu. Tác động này biểu hiện rõ ràng nhất là ngay sau khi tham gia nghiên cứu, nhưng nó vẫn có thể được phát hiện vào 6 tuần sau đó. Những thí nghiệm về liệu pháp viết từ khắp nơi trên thế giới, từ các học sinh, nhà dưỡng lão, sinh viên y khoa, những tù nhân được canh gác cẩn mật, người bị viêm khớp, phụ nữ mới sinh con, nạn nhân bị hãm hiếp, tất cả đều cho thấy việc viết ra những chuyện buồn có thể giúp cải thiện sức khỏe thể chất và tinh thần của họ.

Một khía cạnh khác trong nghiên cứu của Pennebaker đã thu hút sự chú ý của tôi: Khi những đối tượng nghiên cứu nói về các vấn đề mà họ thấy gần gũi hoặc thấy khó khăn, họ thường thay đổi giọng điệu và cách nói. Giọng nói của họ khác đến mức Pennbaker bản thân liệu ông có nghe nhầm bằng không. Ví dụ, một phụ nữ mô tả kế hoạch của cô trong ngày với một giọng cao ngạo, nhưng chỉ vài

phút sau đó, khi cô kể mình đã lấy cắp 100 đô-la từ một máy tính tiền đang mở, cô hạ âm lượng và tông giọng xuống thấp đến nỗi như thể đó là giọng của người khác vậy. Chữ viết tay của các đối tượng cũng thể hiện những thay đổi trong trạng thái cảm xúc. Khi những người tham gia thay đổi chủ đề viết, họ có thể chuyển từ nét chữ cong sang nét chữ thẳng và ngược lại, độ nghiêng của chữ và lực cầm bút của họ cũng thay đổi.

Những thay đổi như vậy được gọi là “chuyển đổi” (switching) trong thực hành lâm sàng, thường thấy ở những người có lịch sử sang chấn. Bệnh nhân kích hoạt các trạng thái cảm xúc và sinh lý khác nhau rõ rệt khi họ chuyển từ chủ đề này sang chủ đề khác. Sự thay đổi không chỉ biểu hiện ở giọng nói mà còn biểu hiện trên khuôn mặt hay những cử chỉ cơ thể. Một số bệnh nhân dường như thay đổi tính tình, từ nhút nhát đến mạnh mẽ, hung hăng, từ lo lắng tuân thủ, phục tùng mệnh lệnh đến trở nên sẵn sàng làm những chuyện xấu xa. Khi viết về nỗi sợ hãi sâu xa nhất của mình, chữ viết tay của họ thường trở nên giống chữ viết của trẻ con và thô (hình trang bên).

So many times I find parts of
myself fighting each other. It (the
abuse) happened, it didn't happen - if it
did happen how can I live with a truth
that is so horrific.

with my left hand

Listen to me. I want to
tell you and I want
you to listen to you
think you're too good to
hear it. I hear what

I want to hurt myself because I
feel like I'm bad. My mother calls
and leaves me sad messages and
I don't call her back. When I think about
being little I remember never wanting
her to find me and I feel like
she's looking for me now. She
knows things about me no
one else knows.

PIC

PIC

Nếu những bệnh nhân bị mọi người xem là giả vờ khi họ biểu hiện nhiều trạng thái quá khác biệt hoặc họ được yêu cầu hãy ngừng phô diễn những phần phiền phức khó đoán của mình thì họ có thể hóa câm lặng. Có thể họ sẽ tiếp tục tìm kiếm sự trợ giúp nhưng không phải bằng lời nói mà bằng những hành động như Cố gắng tự tử, trầm cảm, nổi trận lôi đình.

NGHỆ THUẬT, ÂM NHẠC VÀ KHIÊU VŨ

Có hàng ngàn chuyên gia trị liệu bằng nghệ thuật, âm nhạc và khiêu vũ đã đạt được những kết quả tuyệt vời khi chữa trị cho trẻ em bị ngược đãi, những người lính mắc chứng PTSD, những nạn nhân bị loạn luân, người tị nạn, những người sống sót sau những vụ tra tấn và rất nhiều ca chứng minh hiệu quả của các liệu pháp diễn đạt (expressive therapy);⁸. Tuy nhiên, ở thời điểm này, chúng ta vẫn còn

biết rất ít về cách nghệ thuật tác động đến stress do sang chấn và các khía cạnh cụ thể của sang chấn mà chúng giải quyết được. Thế nên chúng ta cần có thêm nhiều nghiên cứu về các nội dung này.

Một trong số ít các nghiên cứu có hệ thống để so sánh liệu pháp diễn đạt nghệ thuật không lời với liệu pháp viết đã được thực hiện bởi James Pennebaker và Anne Krantz – một nhà trị liệu về múa và vận động ở San Francisco¹⁰. 1/3 số sinh viên của một nhóm 64 sinh viên được yêu cầu thuật lại một trải nghiệm sang chấn cá nhân bằng cách dùng các cử động cơ thể trong vòng ít nhất 10 phút một ngày, làm như thế trong 3 ngày liên tiếp rồi sau đó viết về nó trong vòng 10 phút. Nhóm thứ hai nhảy múa nhưng không viết về sang chấn của họ. Nhóm thứ ba tham gia vào một chương trình tập thể dục thường xuyên.

Trong ba tháng tiếp theo, các thành viên của cả ba nhóm cho biết họ cảm thấy hạnh phúc và khỏe mạnh hơn. Tuy nhiên, chỉ có nhóm thứ nhất, tức nhóm vừa vận động vừa viết ra đã cho thấy những bằng chứng rõ ràng: sức khỏe thể chất tốt hơn, điểm trung bình được cải thiện nghiên cứu không đánh giá các triệu chứng PTSD cụ thể). Pennebaker và Krantz kết luận: “Chỉ diễn đạt sang chấn là chưa đủ. Sức khỏe dường như yêu cầu ta phải diễn giải trải nghiệm thông qua ngôn ngữ”.

Tuy nhiên, chúng ta vẫn không biết kết luận này - ngôn ngữ là cần thiết để chữa lành - có phải luôn luôn đúng hay không. Những nghiên cứu về liệu pháp viết chỉ tập trung vào những triệu chứng của PTSD (khác với tình trạng sức khỏe tổng quát) lại cho những kết quả đáng thất vọng. Khi tôi thảo luận điều này với Pennebaker, ông cảnh báo tôi rằng hầu hết các nghiên cứu về liệu pháp viết cho bệnh nhân

PTSD đều được thực hiện trong các nhóm nơi người tham gia được yêu cầu chia sẻ những câu chuyện của họ. Ông nhắc lại điểm tôi đã nói ở trên – rằng mục tiêu của liệu pháp viết là viết cho chính mình, để cho bản thân bạn biết về những gì bạn đã cố tránh né.

GIỚI HẠN CỦA NGÔN NGỮ

Sang chấn thường khiến người kể lẫn người nghe cảm thấy bị quá tải. Trong nghiên cứu *The Great War in Modern Memory* (Cuộc chiến vĩ đại trong bộ nhớ hiện đại) của Paul Fussell về Thế chiến thứ hai, ông nhận xét rõ ràng về vùng im lặng mà sang chấn tạo ra:

Một trong những điểm mấu chốt của chiến tranh... là sự va chạm giữa các sự kiện và ngôn ngữ – hay những suy nghĩ thích hợp – dùng để mô tả sự kiện đó... Về mặt logic, không có lý do nào khiến ngôn ngữ tiếng Anh không thể phản ánh đúng thực tế của... chiến tranh: Nó rất phong phú về từ ngữ như máu, khủng bố, khổ sở, điên cuồng, tàn bạo, tàn nhẫn, giết người, đau đớn và lừa dối, cũng như những cụm từ như nổ bay chân, la hét cả đêm, chảy máu đến chết... Vấn đề không phải là “ngôn ngữ”... Nguyên nhân [của việc binh lính trở nên câm lặng chính là việc những người lính phát hiện chẳng ai quan tâm đến những tin xấu mà họ thuật lại. Có người nghe nào lại muốn mình tan nát và run rẩy khi mà họ không cần phải như thế? Chúng ta đã biến không thể diễn tả được thành không thể tả xiết: Nó thực sự nghĩa là xấu xa. 20

Không phải cứ kể ra những sự kiện đau đớn là giúp nạn nhân kết nối được với cộng đồng, thậm chí nhiều khi còn gây ra điều ngược lại. Gia đình và các tổ chức có thể từ chối các thành viên ăn mặc bẩn thỉu, bạn bè và người thân có thể mất kiên nhẫn với những người bị mắc kẹt trong nỗi buồn hoặc đau đớn. Đây là một trong những lý do

khiến nạn nhân bị sang chấn thường ít giao tiếp và tại sao họ đã biên tập lại câu chuyện của mình để người khác dễ chấp nhận và cứ thế mà kể vanh vách.

Tìm được một nơi để họ thấy an toàn mà kể lại nỗi đau của mình quả là một thử thách to lớn. Đây là lý do tại sao các nhóm như Hiệp hội người Nghiện rượu ẩn danh (Alcoholics Anonymous - AA), Trẻ em Nghiện rượu (Children for Alcoholics), Hiệp hội người nghiện thuốc lá ẩn danh (Narcotics Anonymous) và các nhóm hỗ trợ khác có thể rất quan trọng. Có một cộng đồng nhiệt tình để bạn tiết lộ sự thật sẽ giúp việc chữa lành trở nên khả thi. Đó cũng là lý do những người sống sót cần các chuyên gia được đào tạo lành nghề để lắng nghe các chi tiết đau đớn trong cuộc sống của họ.

Tôi nhớ lại lần đầu tiên một cựu chiến binh nói với tôi chuyện anh đã giết một đứa trẻ ở Việt Nam. Tôi đã có một hồi tưởng rõ nét hồi năm tôi lên 7 tuổi, hôm ấy cha tôi nói với tôi rằng một đứa trẻ nhà bên đã bị quân Đức Quốc xã đánh chết ngay trước nhà chúng tôi vì đứa trẻ đó tỏ ra thiếu tôn trọng quân Đức Quốc xã. Vì nhớ về ký ức ấy nên tôi đã có phản ứng mạnh khi nghe lời thú tội của người cựu chiến binh, thế nên tôi quyết định kết thúc sớm buổi gặp mặt. Đó là lý do tại sao các nhà trị liệu cần phải thực hiện phương pháp điều trị chuyên sâu của mình, để họ có thể chăm sóc bản thân và luôn giữ được tình cảm đối với bệnh nhân, ngay cả khi những câu chuyện bệnh nhân kể khiến họ thịnh nộ hay ghê tởm.

Một vấn đề khác nảy sinh khi nạn nhân bị sang chấn không thể thốt nên lời do khu vực ngôn ngữ của não ngừng hoạt động. Tôi đã chứng kiến việc này tại các phiên tòa xét xử những vụ án nhập cư và trong vụ kết tội một tên giết người hàng loạt ở Rwanda. Khi được yêu

cầu làm chứng, nạn nhân thường bị choáng ngợp đến nỗi họ hầu như không thể nói được gì hoặc bị những cơn hoảng loạn xâm chiếm khiến họ không thể nói rõ điều gì đã xảy ra với họ. Lời khai của họ thường bị bác bỏ vì bị xem là quá lộn xộn, rời rạc, không đáng tin cậy.

Những người khác cố gắng kể lại câu chuyện của họ theo cách có thể giúp họ không bị kích động. Điều này có thể khiến họ trở thành những nhân chứng không đáng tin cậy. Tôi đã thấy hàng tá vụ kiện pháp lý bị bác bỏ vì những người tị nạn không thể đưa ra những lý do rõ ràng cho việc họ bỏ trốn. Tôi cũng đã biết nhiều lời khai của các cựu chiến binh bị Bộ Cựu chiến binh từ chối vì họ không thể nói chính xác những gì đã xảy ra với họ.

Sự nhầm lẫn và im lặng xảy ra rất nhiều trong các phòng trị liệu: Chúng tôi dự đoán được bệnh nhân của chúng tôi sẽ bị choáng ngợp nếu chúng tôi tiếp tục thúc ép họ kể chi tiết câu chuyện của họ. Vì lý do đó, chúng tôi đã học cách cho bệnh nhân phơi nhiễm từ từ các yếu tố sang chấn. Chúng tôi không tránh né việc đối mặt với chi tiết, nhưng chúng tôi dạy cho bệnh nhân cách nhúng một ngón tay vào trong nước một cách an toàn và sau đó lại lấy nó ra, từ đó dần dần đi đến sự thật.

Chúng tôi bắt đầu bằng cách thiết lập “hòn đảo an toàn” bên trong cơ thể. Cụ thể là giúp bệnh nhân xác định các bộ phận của cơ thể, tư thế, hoặc cử chỉ khi họ cảm thấy bị mắc kẹt, sợ hãi hoặc tức giận. Những phần này thường nằm ngoài phạm vi dây thần kinh phế vị, vốn mang những thông điệp hoảng sợ đến ngực, bụng và cổ họng, và chúng có thể trở thành đồng minh trong việc tích hợp sang chấn. Tôi có thể hỏi bệnh nhân rằng cô thấy tay mình có ổn không, nếu cô

ấy nói có, tôi sẽ yêu cầu cô ấy cử động tay, khám phá sự nhẹ nhàng và ấm áp và linh hoạt của chúng. Sau đó, nếu tôi thấy ngực cô thắt chặt và hơi thở hầu như biến mất, tôi có thể dừng lại và yêu cầu cô tập trung vào đôi tay và di chuyển chúng, để cô có thể cảm thấy như mình được tách rời khỏi tình huống gây sang chấn. Hoặc tôi có thể yêu cầu cô ấy tập trung vào hơi thở và chú ý đến cách cô ấy có thể thay đổi nó, hoặc yêu cầu cô ấy nâng hạ cánh tay xuống với từng hơi thở – một động tác khí công.

Đối với một số bệnh nhân, tôi yêu cầu họ cảm nhận trọng lượng cơ thể của họ trên ghế hoặc để chân lên sàn nhà, nếu bệnh nhân đang ngồi cúi mình trong im lặng thì tôi yêu cầu họ thử ngồi thẳng lên xem điều gì sẽ xảy ra?”. Một số bệnh nhân khám phá hòn đảo an toàn của họ – họ bắt đầu nhận ra họ có thể tạo cảm giác cơ thể để cân bằng lại phần cảm xúc bị mất kiểm soát. Điều này tạo cơ sở cho việc linh hoạt trong trị liệu sang chấn: dịch chuyển qua lại giữa sự thăm dò và cảm giác an toàn, giữa việc lắng nghe lời nói và việc quan sát ngôn ngữ cơ thể, giữa việc yêu cầu bệnh nhân hồi tưởng quá khứ và ý thức sống trong hiện tại của họ.

Ứng phó với thực tại

Tuy nhiên, tiếp cận với những ký ức sang chấn chỉ là giai đoạn khởi đầu của việc chữa trị. Nhiều nghiên cứu đã phát hiện ra những người bị PTSD nhìn chung có nhiều vấn đề về sự chú ý tập trung và tiếp nhận thông tin mới⁴. Alexander McFarlane đã làm một thí nghiệm đơn giản: Ông đã yêu cầu một nhóm người trong một phút hãy tìm các từ bắt đầu bằng chữ cái B, càng nhiều càng tốt. Những người bình thường có thể nói được trung bình mười lăm từ; những người bị PTSD trung bình chỉ nói được ba hoặc bốn từ. Những

người bình thường ngần ngại khi bắt gặp các từ mang tính đe dọa như “máu”, “vết thương” hay “hăm hiếp”; những đối tượng bị PTSD của McFarlane cũng có phản ứng ngần ngại y như vậy nhưng với các từ bình thường như “len”, “kem” và “xe đạp”²⁵.

Sau một thời gian, hầu hết những người bị PTSD không còn dành nhiều thời gian hay nỗ lực để đối phó với quá khứ nữa – vấn đề của họ đơn giản chỉ là sống sót cho qua ngày. Ngay cả những bệnh nhân bị sang chấn đang có những đóng góp thiết thực trong việc giảng dạy, kinh doanh, y học hoặc nghệ thuật và những người đang nuôi dạy con cũng thường tốn nhiều năng lượng hơn cho những công việc hằng ngày so với những người bình thường.

Tuy nhiên, một cạm bẫy của ngôn ngữ chính là ảo tưởng của việc có thể dễ dàng sửa chữa suy nghĩ của chúng ta nếu nó không “có ý nghĩa”. Phần “nhận thức” của liệu pháp nhận thức hành vi tập trung vào việc thay đổi “suy nghĩ bất thường” kiểu như thế. Đây là một cách tiếp cận từ trên xuống để thay đổi, trong đó các nhà trị liệu đang thách thức hoặc “đánh giá lại” các nhận thức tiêu cực, như trong “Hãy so sánh cảm xúc của bạn rằng bạn là người có lỗi trong vụ hiếp dâm với thực tế của vấn đề” hoặc “Hãy so sánh nỗi sợ hãi lái xe của bạn với số liệu thống kê về an toàn đường bộ ngày hôm nay.”

Tôi nhớ một người phụ nữ đã từng đau đớn bước vào phòng khám của tôi để nhờ giúp đỡ vì đứa con hai tháng tuổi của cô ấy “quá ích kỷ”. Liệu việc gợi cho cô ấy một tờ thông tin về sự phát triển của trẻ hay giải thích cho cô về lòng vị tha có giúp ích gì cho cô hay không? Thông tin như vậy sẽ không giúp ích gì cho đến khi cô ấy có thể tiếp cận được cái phần trong chính bản thân cô đã sợ hãi, đã bị

bỏ rơi – những phần đã được cô thể hiện ra ngoài qua nỗi Sợ hãi về tính phụ thuộc.

Không thể trách vì sao người bị sang chấn lại có những suy nghĩ phi lý: “Tôi bị buộc tội vì quá gợi cảm”, “Những người khác đâu có sợ, họ mới là đàn ông thật sự”, “Lẽ ra tối đừng nên đi vào con đường đó mới phải”. Tốt nhất nên xử lý những ý nghĩ đó như những hồi ức về nhận thức. Chúng là tàn dư của các sự cố gây sang chấn: Những suy nghĩ họ nghĩ đến lúc đó, hoặc ngay sau đó, những sang chấn đã xảy ra được kích hoạt lại trong điều kiện căng thẳng. Một cách điều trị tốt hơn là bằng EMDR, là chủ đề tôi sẽ đề cập ở chương sau.

TRỞ VỀ VỚI CƠ THỂ CỦA MÌNH

Con người bị quá tải khi kể lại hoặc có hồi tưởng về những chuyện đau thương là bởi bộ não của họ đã thay đổi. Như Freud và Breuer quan sát thấy, sang chấn không chỉ đơn giản hoạt động như một tác nhân gây ra các triệu chứng. Thay vào đó, “sang chấn tâm lý, hoặc chính xác hơn là ký ức của sang chấn, hoạt động như một thực thể ngoại lai mà cho dù nó đã xâm nhập vào từ rất lâu nhưng nó vẫn tiếp tục được xem là một tác nhân đang còn hoạt động”²⁶. Như một mảnh dăm gây nhiễm trùng, phản ứng của cơ thể đối với các đối tượng ngoại lai mới là vấn đề chứ không phải bản thân đối tượng ngoại lai ấy là vấn đề.

Khoa học thần kinh hiện đại ủng hộ mạnh mẽ ý niệm của Freud rằng nhiều suy nghĩ có ý thức của chúng ta là lời biện minh phức tạp cho những bản năng, phản xạ, động cơ, và những ký ức sâu lắng phát sinh từ vô thức. Như chúng ta đã thấy, sang chấn can thiệp vào chức năng của các vùng não dùng để quản lý và giải thích kinh nghiệm. Cảm giác mạnh mẽ về bản thân – thứ giúp cho một người tự

tin: “Đây là những gì tôi nghĩ và cảm thấy” và “Đây là chuyện đang xảy ra với tôi” - phụ thuộc vào sự tương tác lành mạnh và năng động giữa các vùng não này.

Hầu như tất cả các nghiên cứu ảnh chụp não của bệnh nhân bị sang chấn cho thấy hoạt động bất thường của thùy đảo (insula). Phần não này kết hợp và diễn giải các dữ liệu đầu vào từ các cơ quan nội tạng - bao gồm cơ, khớp, và hệ thống cân bằng (nhận cảm - proprioceptive) - để tạo ra cảm giác hiện thân. Thùy đảo có thể truyền tín hiệu tới hạch hạnh nhân kích hoạt phản ứng chiến đấu / chạy trốn. Điều này không cần phải có tín hiệu nhận thức đầu vào hoặc nhận thức có ý thức để nói rằng có gì đó không ổn – bạn chỉ cảm thấy đang ở trong tình thế nguy khốn và không thể tập trung, hoặc tệ hơn là bạn thấy mình sắp chết tới nơi. Những cảm giác mạnh mẽ này được tạo ra từ sâu bên trong não và không thể bị loại trừ bởi lý trí hoặc sự hiểu biết.

Liên tục bị những cảm giác của cơ thể hành hạ như thế sẽ gây ra chứng mù cảm xúc: tức là không thể cảm thấy và không thể diễn tả những gì đang xảy ra với mình. Chỉ bằng cách kết nối với cơ thể thông qua cách kết nối với phần bên trong của bản thân, bạn mới có thể lấy lại cảm giác mình là ai, những ưu tiên và giá trị của bạn. Mù cảm xúc, phân ly và ngưng tiếp nhận thông tin cảm giác, tất cả đều liên quan đến các cấu trúc não giúp chúng ta tập trung, biết chúng ta cảm nhận điều gì và hành động để tự bảo vệ mình. Khi các cấu trúc não này bị tổn thương mà không thể trốn chạy, bạn sẽ rơi vào tình trạng bản khoản, nhầm lẫn, kích động hoặc có thể là vô cảm, những tình trạng này thường kèm theo những trải nghiệm thoát ly cơ thể - nghĩa là bạn cảm thấy mình đang quan sát chính mình từ xa. Nói

cách khác, sang chấn làm người ta cảm thấy mình như có một cơ thể khác, hoặc không có cơ thể nào cả. Để khắc phục sang chấn, bạn cần được giúp đỡ để kết nối lại với cơ thể của bạn, với bản ngã của bạn.

Tất nhiên, ngôn ngữ là điều cần thiết: Ý thức về tự ngã của chúng ta phụ thuộc vào khả năng sắp xếp ký ức thành một phần tổng thể liền mạch”. Điều này đòi hỏi sự kết nối giữa phần não có ý thức và hệ thống tự thân của cơ thể – những liên kết thường bị tổn thương do sang chấn. Bạn chỉ có thể kể ra đầy đủ câu chuyện của mình khi những cấu trúc này được sửa chữa và sau khi nền tảng đã được thiết lập: từ chỗ cảm thấy mình không có cơ thể đến khi trở về được với cơ thể của chính mình.

Chương 15

BUÔNG BỎ QUÁ KHỨ: EMDR

Đây là ảo tưởng, hay chỉ là mộng du? Đó Có phải âm nhạc không? Tôi đang thức hay đang ngủ?

– John Keats

David là một nhà thầu ở tuổi trung niên, ông đến gặp tôi bởi vì tính khí nóng nảy bạo lực của ông đang biến gia đình thành một địa ngục trần gian.

Trong buổi đầu gặp mặt, David kể tôi nghe chuyện xảy ra vào mùa hè năm ông 22 tuổi, khi ông đang làm nhân viên cứu hộ hồ bơi. Buổi chiều nọ, có một nhóm thanh thiếu niên đùa giỡn ầm ĩ trong hồ bơi và uống bia, David nói họ không được phép uống bia rượu đây. Nhóm này liền tấn công ông, một người trong số này dùng mảnh vỡ chai bia đâm vào mắt trái của ông. 30 năm sau, ông vẫn gặp ác mộng và bị ám ảnh vì lần bị tấn công khủng khiếp ấy.

Ông không thể hiện tình cảm yêu thương với vợ, ông phê bình gay gắt và thường xuyên hét vào mặt cậu con trai tuổi thiếu niên chỉ vì những lỗi nhỏ nhặt. Ở một mức độ nào đó, ông cảm thấy việc bị mất một bên mắt khiến cho ông có quyền ngược đãi người khác nhưng ông cũng căm ghét cái con người giận dữ, thù hận mà mình

đã trở thành. Ông nhận ra những nỗ lực quản lý cơn thịnh nộ của mình đã khiến ông luôn căng thẳng và tự hỏi liệu có phải chính nỗi Sợ về việc mất kiểm soát mọi việc đã khiến ông không thể cảm nhận được tình yêu và tình bạn.

Khi David đến gặp tôi lần thứ hai, tôi giới thiệu với ông liệu pháp Giải cảm bằng chuyển động mắt và Tái nhận thức (Eye Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR). Tôi yêu cầu David hồi tưởng chi tiết lần ông bị tấn công, nhớ lại những hình ảnh ông đã thấy, những âm thanh ông đã nghe, những điều ông đã nghĩ vào lúc đó. Tôi nói với ông ấy: “Hãy để những giây phút ấy quay trở lại”. Sau đó, tôi yêu cầu ông dõi theo ngón trỏ của tôi khi tôi giữ ngón tay cách mắt phải của ông khoảng 30,5 cm và di chuyển nó qua lại một cách chậm rãi. Chỉ trong vài giây, ông hồi tưởng thấy một cơn thịnh nộ và nỗi kinh hoàng, những cảm giác đau đớn, máu chảy xuống má và ông thấy mình không thể nhìn thấy gì nữa. Khi ông thuật lại những cảm giác này, tôi thỉnh thoảng nói lời khích lệ và tiếp tục di chuyển ngón tay của tôi tới lui.

Cứ sau vài phút, tôi lại dừng lại và yêu cầu ông hít một hơi thật sâu. Sau đó, tôi đề nghị ông chú ý đến những gì đang xảy ra trong tâm trí ông, đó là một cuộc ẩu đả tại trường học. Tôi yêu cầu ông chú ý và giữ bản thân ở lại trong ký ức ấy. Những ký ức khác xuất hiện, dường như ngẫu nhiên: Ông tìm kiếm kẻ tấn công mình khắp nơi, muốn làm họ đau đớn, những trận ẩu đả tại quán bar. Mỗi lần ông thuật lại một ký ức mới hoặc một cảm giác mới, tôi thúc giục ông chú ý đến điều gì sắp diễn ra trong tâm trí và tôi tiếp tục cử động ngón tay.

Cuối buổi gặp mặt đó, David trong bình tĩnh hơn hẳn. Ông nói với tôi ký ức về vụ thảm thương đã mất đi sự ghê gớm của nó, bây giờ nó là một cái gì đó khó chịu đã xảy ra cách đây từ lâu. Ông nói với về đêm chiêu: “Chán thật, vậy mà nó khiến tôi rối rắm trong nhiều năm liền, nhưng tôi ngạc nhiên là cuối cùng mình đã tự gầy dựng được một cuộc sống tươi đẹp đến thế”.

Buổi điều trị thứ ba của chúng tôi vào tuần tiếp theo là giải quyết hậu quả của sang chấn: David đã sử dụng ma túy và rượu trong nhiều năm để đối mặt với cơn thịnh nộ của mình. Khi chúng tôi lặp lại chuỗi EMDR, vẫn còn nhiều ký ức phát sinh. David nhớ về việc ông đã nói chuyện với người quản giáo mà ông quen biết về việc ông muốn giết chết kẻ tấn công mình, và sau đó ông đổi ý. Nhớ lại ký ức này là một sự giải phóng sâu sắc: Ông đến tìm tôi với suy nghĩ mình là một con quái vật gần như không khắc chế được, nhưng rồi ông nhận ra rằng mình đã quay lưng lại với nỗi hận thù, đưa ông trở về với tính cách quan tâm và rộng lượng của chính mình.

Sau đó, ông tự nhiên nhận ra mình đang đối xử với con mình theo cách mà kẻ tấn công từng đối xử với ông. Khi buổi điều trị kết thúc, ông hỏi liệu tôi có thể gặp ông cùng gia đình ông để ông có thể nói với con trai mình những gì đã xảy ra và xin con tha thứ hay không.

Tại buổi điều trị thứ năm và cuối cùng của chúng tôi, ông báo rằng mình đã ngủ ngon hơn và lần đầu tiên trong cuộc đời ông cảm thấy nội tâm mình bình an.

Một năm sau, ông gọi để thông báo với tôi rằng ông và vợ đã gần gũi nhau hơn, cả hai đã bắt đầu cùng tập yoga, ông cũng cười nhiều hơn và thực sự thích thú việc làm vườn và nghề mộc.

HIỂU THÊM VỀ EMDR

Kinh nghiệm của tôi với David là một trong những điều tôi đã trải qua trong hai thập kỷ sử dụng EMDR để tái tạo lại sự kiện gây sang chấn xảy ra trong quá khứ. Tôi biết đến phương pháp này thông qua trường hợp của Maggie, một nhà tâm lý học trẻ tuổi và dũng cảm, điều hành một nhà tạm lánh cho các cô gái bị lạm dụng tình dục. Maggie phải đối mặt với những đối đầu liên tục, xung đột với hầu hết tất cả mọi người, chỉ trừ những cô gái 13-14 tuổi mà cô chăm sóc. Maggie dùng ma túy, có một người bạn trai nguy hiểm và ưa bạo lực, cô thường xuyên cãi vã với cấp trên và cũng thường xuyên chuyển nhà từ nơi này đến nơi khác vì không thể chịu đựng những người bạn cùng phòng (và họ cũng không chịu đựng nổi cô). Tôi chẳng hiểu làm sao cô có đủ sự ổn định và tập trung để học được bằng tiến sỹ tâm lý học từ một trường đại học có uy tín.

Maggie được giới thiệu đến một nhóm trị liệu do tôi tổ chức dành cho những phụ nữ có vấn đề tương tự cô. Trong buổi họp thứ hai, cô kể với chúng tôi rằng cha cô đã hãm hiếp cô hai lần, một lần khi cô 5 tuổi, một lần khi cô lên 7 tuổi. Cô đã nghĩ rằng đây là lỗi của cô. Cô giải thích rằng cô rất yêu thương bố, và có lẽ cô đã vô cùng quyến rũ nên ông ấy đã không thể tự kiểm soát được mình.

Lắng nghe cô ấy, tôi nghĩ: “Cô ấy có thể không đổ lỗi cho bố mình, nhưng chắc chắn cô ấy sẽ đổ lỗi cho mọi người khác”, kể cả những nhà trị liệu trước đây của cô vì đã không giúp cô khá hơn. Giống như nhiều người sống sót sau sang chấn, cô thuật lại một câu chuyện bằng lời nhưng hành động của cô lại kể một câu chuyện khác.

Một ngày nọ, Maggie háo hức đến với nhóm để thảo luận về một trải nghiệm đáng chú ý mà cô đã có trong kỳ nghỉ cuối tuần vừa rồi tại một buổi huấn luyện EMDR cho các chuyên gia. Lúc bấy giờ, tôi chỉ nghe loáng thoáng rằng EMDR là một trào lưu mới của những nhà trị liệu, trong đó, họ dùng đưa ngón tay trước mặt bệnh nhân. Đối với tôi và các đồng nghiệp trong giới học thuật của tôi, nó có vẻ như là một cơn sốt mới trong số những cơn sốt mà từ trước đến giờ vẫn luôn gây cản trở cho tâm thần học, và tôi tin chắc rằng điều này cũng trở thành một trong những trở ngại cho Maggie.

Maggie nói với chúng tôi rằng trong phiên trị liệu EMDR, cô đã nhớ lại một cách sinh động về vụ cha cô hãm hiếp cô năm cô lên 7 tuổi, cô nhớ lại từ bên trong cơ thể của đứa bé là cô. Cô có thể cảm thấy cơ thể mình bé nhỏ như thế nào, có thể cảm thấy cơ thể to lớn của cha áp lên mình, có thể ngửi thấy mùi rượu trong hơi thở của ông. Tuy nhiên, cô ấy nói với chúng tôi rằng, ngay cả khi cô sống lại sự kiện này, cô có thể nhìn nhận nó trên quan điểm của một người đã 29 tuổi. Cô bật khóc nức nở: “Tôi chỉ là một cô bé thôi. Làm sao một người to lớn như thế có thể làm vậy với một đứa bé chứ?”. Cô khóc một hồi lâu rồi nói: “Chuyện đã qua rồi. Giờ tôi đã biết chuyện gì đã xảy ra. Đó không phải lỗi của tôi. Tôi chỉ là một đứa bé và tôi chẳng thể làm gì để ngăn ông ấy không lạm dụng mình được”.

Tôi ngớ ngàng. Một thời gian dài tôi đã tìm cách giúp mọi người hồi tưởng quá khứ sang chấn của họ mà không làm họ bị tái sang chấn. Có vẻ như Maggie đã có một trải nghiệm sống động như hồi tưởng mà vẫn không bị nó tấn công. Liệu EMDR có thể giúp mọi người truy cập dấu ấn của sang chấn một cách an toàn không?

EMDR có thể biến sang chấn ấy thành ký ức về một sự kiện đã xảy ra từ rất lâu hay không?

Maggie đã có thêm một vài phiên trị liệu EMDR và vẫn tham gia nhóm của chúng tôi đủ lâu để chúng tôi xem cô ấy thay đổi như thế nào. Cô ấy ít giận dữ hơn và vẫn giữ được cảm giác hăng hái mà tôi rất thích. Vài tháng sau, cô quen một người thuộc mẫu đàn ông mà Cô chưa bao giờ bị thu hút trước đây. Cô rời khỏi nhóm, thông báo rằng cô đã giải quyết được sang chấn của mình. Và tôi quyết định đã đến lúc tôi phải học phương pháp trị liệu EMDR này.

EMDR: NHỮNG LẦN TIẾP CẬN ĐẦU TIÊN

Giống như nhiều tiến bộ khoa học, EMDR có nguồn gốc từ một sự quan sát ngẫu nhiên. Một ngày vào năm 1987, nhà tâm lý học Francine Shapiro đang đi bộ qua một công viên, mãi mê suy nghĩ về vài ký ức đau đớn, rồi cô nhận ra các cử động mắt nhanh đã khiến nỗi đau của cô giảm bớt đáng kể. Làm thế nào để một phương thức điều trị có thể phát triển từ một trải nghiệm ngắn như vậy? Làm thế nào mà một quá trình đơn giản như vậy lại không được ghi nhận từ trước? Thoạt đầu hoài nghi về quan sát của mình, cô đã áp dụng phương pháp của mình vào nhiều năm thử nghiệm và nghiên cứu, dần dần xây dựng nó thành một quy trình chuẩn có thể được dạy và kiểm chứng trong các nghiên cứu có đối chứng.

Tôi đã đến buổi đào tạo EMDR đầu tiên trong lúc đang cần xử lý một số sang chấn của riêng mình. Vài tuần trước, Phòng khám Điều trị Sang chấn của tôi ở Bệnh viện Đa khoa Massachusetts bị đóng cửa, nên tôi cần tìm gấp địa điểm mới và nguồn quỹ mới để điều trị bệnh nhân, đào tạo sinh viên và tiến hành nghiên cứu của chúng tôi. Trùng hợp thay, trong khoảng thời gian đó, bạn tôi là Frank Putnam –

người đang nghiên cứu về các cô gái bị lạm dụng tình dục mà tôi có nói đến trong chương 10 đã bị sa thải khỏi Viện Sức khỏe Quốc gia; Rick Kluft – chuyên gia hàng đầu về sự phân ly - cũng bị mất đội ngũ nghiên cứu của mình tại Viện nghiên cứu thuộc Bệnh viện Pennsylvania. Tất cả có thể chỉ là trùng hợp, nhưng vẫn khiến tôi cảm thấy như thể cả thế giới của tôi đang bị tấn công.

Nỗi buồn của tôi về Phòng khám Điều trị Sang chấn có thể là một thử thách tốt cho cuộc thử nghiệm EMDR của tôi. Trong lúc dõi theo các ngón tay của cộng sự, tôi đã nghĩ đến một loạt những cảnh tượng mờ nhạt thời thơ ấu: những lần nói chuyện căng thẳng của gia đình trên bàn ăn, những cuộc đối thoại với các bạn cùng lớp trong giờ giải lao, ném đá cuội vào cửa sổ cùng với anh trai tôi – tất cả đều là những hình ảnh sinh động, trôi nổi, “một trạng thái thôi miên” mà chúng ta trải nghiệm khi ta ngủ trễ vào sáng Chủ nhật, rồi sau đó quên luôn khi chúng ta hoàn toàn thức.

Sau khoảng nửa tiếng đồng hồ, người cộng sự và tôi cũng hồi tưởng lại lúc cấp trên nói phòng khám của tôi phải đóng cửa. Giờ tôi cảm thấy vô cùng bình thản: “Được rồi, chuyện đã xảy ra rồi, đã đến lúc bỏ quá khứ lại đằng sau”. Tôi không bị mắc kẹt trong quá khứ, phòng khám sau đó được xây dựng lại và đã phát triển mạnh kể từ đó. EMDR có phải là lý do duy nhất khiến tôi có thể buông bỏ cơn giận và đau khổ của mình? Tất nhiên tôi sẽ không bao giờ biết chắc, nhưng những diễn biến trong tâm trí tôi – từ những cảnh thời thơ ấu không liên quan đến việc bỏ lại sự việc sau lưng - không giống bất cứ điều gì tôi đã trải nghiệm trong liệu pháp nói chuyện.

Điều xảy ra tiếp theo, khi đến lượt tôi thực hiện EMDR, còn thú vị hơn. Chúng tôi chuyển sang một nhóm khác, và anh chàng nghiên

cứu sinh mới của tôi, người mà trước đây tôi chưa bao giờ gặp, nói với tôi rằng anh ấy muốn giải quyết một số sự cố đau đớn thời thơ ấu liên quan đến cha mình, nhưng anh ấy không muốn thảo luận về chúng. Tôi chưa bao giờ làm việc với bất kỳ ai từ chối kể về “câu chuyện” của mình, thế nên tôi đã rất khó chịu và bối rối khi anh từ chối không chia sẻ bất kỳ chi tiết nào. Trong khi tôi đang di chuyển ngón tay của tôi trước mắt anh, trong anh vô cùng đau khổ, anh bắt đầu nức nở, hơi thở trở nên nhanh và nông. Nhưng mỗi khi tôi hỏi, anh đều từ chối không cho tôi biết những gì đang hiện ra trong tâm trí mình.

Vào cuối phiên điều trị 45 phút của chúng tôi, điều đầu tiên mà anh chàng này nói là anh ta thấy tôi rất khó chịu đến nỗi anh ta sẽ không bao giờ giới thiệu một bệnh nhân nào cho tôi. Ngoài ra, anh nhận xét buổi trị liệu EMDR đã giải quyết vấn đề lạm dụng của cha mình. Trong khi tôi hoài nghi rằng sự thô lỗ của anh đối với tôi là sự chuyển cảm những cảm xúc chưa được giải quyết của anh đối với cha mình, thì anh ta trông rõ ràng là thoải mái hơn nhiều.

Tôi quay sang Gerald Puk, huấn luyện viên EMDR của tôi, để nói rằng tôi thấy bối rối quá. Anh chàng này rõ ràng không thích tôi, trông anh ta vô cùng đau khổ trong suốt buổi trị liệu EMDR, nhưng bây giờ anh ấy nói với tôi rằng nỗi đau kéo dài của anh đã biến mất. Làm sao tôi có thể biết anh ta đã giải quyết được hoặc không thể giải quyết được nếu anh ta không muốn cho tôi biết những gì đã xảy ra?

Gerald mỉm cười và hỏi phải chăng tôi đã tình cờ trở thành một chuyên gia sức khỏe tinh thần nhằm giải quyết một số vấn đề cá nhân của riêng tôi. Tôi đồng ý rằng hầu hết những người quen biết tôi đều sẽ nghĩ như vậy thật. Sau đó, ông hỏi có phải tôi thấy việc

mọi người kể với tôi câu chuyện sang chấn của họ là việc có ý nghĩa. Một lần nữa, tôi phải đồng ý với ông ấy. Ông ấy nói: “Anh biết không, Bessel, có lẽ anh cần học cách kìm nén xu hướng tò mò của mình lại. Nếu điều quan trọng với anh là nghe các câu chuyện về sang chấn, sao anh không đến quán rượu, đặt một vài đô-la lên bàn và nói với xung quanh: “Tôi sẽ mua đồ uống cho các anh nếu các anh kể tôi nghe câu chuyện sang chấn của các anh? Nhưng cái anh thực sự cần biết là sự khác nhau giữa mong muốn nghe câu chuyện và quá trình tự chữa lành bên trong của bệnh nhân”.

Tôi thuộc nằm lòng lời khiển trách của Gerald và từ đó đến giờ tôi vẫn luôn thích thú lặp lại điều đó với các học viên của mình.

Sau khi rời khỏi khóa học EMDR, tôi vẫn không ngừng suy nghĩ về ba vấn đề tôi vẫn rất ấn tượng cho đến ngày nay:

EMDR nới lỏng điều gì đó trong tâm trí/não, giúp mọi người nhanh chóng truy cập vào các ký ức và hình ảnh liên quan đến quá khứ của họ. Điều này dường như giúp họ đưa trải nghiệm sang chấn vào một ngữ cảnh hoặc một góc nhìn lớn hơn. .

Người ta có thể hồi phục sau sang chấn mà không cần phải nói về nó. EMDR cho phép họ quan sát trải nghiệm của họ theo một cách nhìn mới, mà không cần phải trao đổi qua lại với người khác.

- EMDR hiệu quả ngay cả khi bệnh nhân và nhà trị liệu không có mối quan hệ tin tưởng. Điều này đặc biệt hấp dẫn bởi vì khi bị sang chấn, hiếm khi người ta có thể rộng mở trái tim của mình và tin tưởng người khác.

Trong nhiều năm sau đó, tôi đã tiến hành phương pháp EMDR với những bệnh nhân nói nhiều thứ tiếng khác nhau, các ngôn ngữ mà tôi có thể chỉ nói được câu: “Hãy chú ý vào đây”, lời hướng dẫn

quan trọng nhất của liệu pháp EMDR. (Tôi luôn có một người phiên dịch đi cùng, nhưng chủ yếu là để giải thích các bước của quy trình cho bệnh nhân). Vì EMDR không yêu cầu bệnh nhân nói về những điều mà họ không thể chịu đựng hoặc phải giải thích cho một nhà trị liệu tại sao họ cảm thấy buồn nên nó cho phép họ tập trung hoàn toàn vào trải nghiệm bên trong của họ, và đôi khi chúng cho ra những kết quả phi thường.

NGHIÊN CỨU PHƯƠNG PHÁP EMDR

Tôi và các đồng nghiệp cho mọi người xem những cuốn băng video khác ghi lại các buổi EMDR của chúng tôi với bệnh nhân PTSD, cho phép chúng tôi theo dõi những cải thiện của bệnh nhân qua từng tuần. Sau đó chúng tôi bắt đầu chính thức đo lường sự tiến bộ của họ trên thang đánh giá PTSD tiêu chuẩn.

Chúng tôi cũng sắp xếp với Elizabeth Matthew, một chuyên gia về chẩn đoán hình ảnh thần kinh tại Bệnh viện New England Deaconess, để quét não cho 12 bệnh nhân trước và sau quá trình điều trị. Sau khi trải qua ba buổi EMDR, 8/12 người có điểm số PTSD giảm đáng kể. Trong quá trình quét não, chúng tôi có thể thấy hoạt động của thùy trán trước gia tăng mạnh sau khi điều trị, cũng như vùng trước của hội đại và các hạch nền (basal ganglia) hoạt động mạnh hơn. Sự thay đổi này có thể giải thích cho sự khác biệt trong cách họ trải nghiệm sang chấn của họ.

Một người đàn ông thuật lại: “Tôi nhớ về nó như thể đó là một ký ức thực sự, nhưng nó xa cách hơn. Thông thường, tôi sẽ bị nhấn chìm trong ký ức đó, nhưng lần này tôi đã nổi lên được. Tôi có cảm giác rằng mình đang tự chủ”. Một phụ nữ nói với chúng tôi rằng: “Trước kia, tôi cảm thấy từng mảnh của sự việc. Giờ đây nó hoàn

thiện hơn, không còn bị phân mảnh và vì thế tôi dễ dàng điều khiển nó hơn”. Sang chân không còn là thứ vừa mới xảy ra nữa mà đã trở thành một điều gì đó xảy ra cách đây rất lâu.

Sau đó, chúng tôi đã nhận được tài trợ từ Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia để so sánh ảnh hưởng của EMDR với liều dùng chuẩn của Prozac hoặc giả dược”. Trong số 88 đối tượng tham gia nghiên cứu, có 30 người được điều trị bằng EMDR, 28 người uống Prozac và những người còn lại được cho uống giả dược. Như thường lệ, những người dùng giả dược có kết quả rất tốt. Sau tám tuần, 42% của nhóm dùng giả dược có cải thiện rõ rệt, tỷ lệ lớn hơn so với nhiều phương pháp điều trị khác được quảng cáo là “dựa trên bằng chứng”.

Nhóm dùng Prozac thì tốt hơn một chút so với nhóm giả dược, nhưng hầu như không thay đổi gì. Đây là đặc trưng của hầu hết các nghiên cứu về thuốc cho PTSD: Chỉ cần tham gia nghiên cứu thôi là bệnh nhân cải thiện được 30% đến 42%; khi thuốc có hiệu lực, họ cải thiện thêm được 5% đến 15% nữa. Tuy nhiên, các bệnh nhân được trị liệu EMDR thực sự khá hơn nhiều so với những người dùng Prozac hoặc giả dược: Sau tám buổi thực hiện EMDR, cứ 4 người là có 1 người được chữa trị hoàn toàn (điểm PTSD của họ đã giảm xuống đến mức được xem là không đáng kể), so với tỷ lệ 1/10 người của nhóm uống Prozac.

Nhưng sự khác biệt thực sự diễn ra theo thời gian: Khi chúng tôi phỏng vấn các bệnh nhân của mình tám tháng sau đó, 60% những người được điều trị bằng EMDR được ghi nhận là họ hầu như đã hoàn toàn khỏi hẳn. Như nhà tâm lý học vĩ đại Milton Erickson đã nói, một khi bạn đá văng khúc gỗ, dòng sông sẽ bắt đầu chảy. Một khi

mọi người bắt đầu tích hợp được những ký ức đau thương của mình, họ tự nhiên tiếp tục cải thiện. Ngược lại, tất cả những người đã dùng Prozac đều bị tái phát khi ngưng thuốc.

Nghiên cứu này rất quan trọng vì nó chứng minh rằng liệu pháp đặc trị cho PTSD như EMDR có thể mang lại hiệu quả hơn nhiều so với thuốc. Các nghiên cứu khác đã khẳng định rằng nếu bệnh nhân dùng Prozac hoặc các thuốc có liên quan như Celexa, Paxil và Zoloft, các triệu chứng PTSD của họ thường cải thiện, nhưng chỉ khi họ vẫn tiếp tục uống thuốc. Điều này làm cho việc điều trị bằng thuốc trở nên tốn kém hơn trong thời gian dài (Thú vị là, mặc dù Prozac được xem như một loại thuốc chính để chống trầm cảm nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi, EMDR làm giảm trầm cảm còn nhiều hơn So với dùng thuốc chống trầm cảm).

Một phát hiện quan trọng nữa trong nghiên cứu của chúng tôi đó là: Những người trưởng thành có tiền sử sang chấn khi còn nhỏ phản ứng với EMDR rất khác so với những người bị sang chấn khi đã trưởng thành. Vào cuối tuần thứ tám, gần một nửa nhóm khởi phát ở tuổi trưởng thành được điều trị bằng EMDR đã khỏi bệnh hoàn toàn, trong khi chỉ có 9% của nhóm bị lạm dụng khi còn nhỏ cho thấy sự cải thiện rõ rệt như vậy. Tám tháng sau, tỷ lệ chữa khỏi là 73% đối với nhóm khởi phát ở tuổi trưởng thành, so với 25% đối với nhóm có tiền sử bị lạm dụng khi còn nhỏ. Nhóm bị lạm dụng khi còn nhỏ đã có những phản ứng nhỏ nhưng tích cực và lâu bền đối với Prozac.

Những kết quả này củng cố các phát hiện mà tôi đã nêu trong Chương 9: Lạm dụng lâu dài khi còn nhỏ đã gây ra những thay đổi về mặt tinh thần và sinh học rất khác biệt so với những biến cố sang

chấn thương ở tuổi trưởng thành. EMDR là một phương pháp điều trị hiệu quả cho những ký ức đau thương, nhưng nó không hiệu quả với những ảnh hưởng của sự phản bội và bị bỏ rơi cùng với lạm dụng thể xác hoặc tình dục ở trẻ em. Tám tuần điều trị với bất kỳ loại phương pháp nào rất hiếm khi đủ để giải quyết các di chứng do sang chấn kéo dài.

Năm 2014, trong số các nghiên cứu được thực hiện trên những người bị PTSD do phản ứng với sang chấn ở tuổi trưởng thành thì nghiên cứu EMDR của chúng tôi đã có kết quả tích cực nhất. Nhưng bất chấp kết quả của nghiên cứu này và của hàng chục nghiên cứu khác, nhiều đồng nghiệp của tôi tiếp tục hoài nghi về EMDR – có lẽ vì hiệu quả của nó thật khó tin, và nó quá đơn giản. Tôi chắc chắn có thể hiểu những hoài nghi này - EMDR là một thủ thuật bất thường. Thật thú vị, trong nghiên cứu khoa học đầu tiên về việc áp dụng EMDR cho các cựu chiến binh bị PTSD, EMDR dự kiến sẽ cho kết quả tệ đến mức nó bị liệt vào nhóm điều kiện kiểm soát dùng để So sánh với liệu pháp thư giãn có phản hồi sinh học (biofeedbackassisted relaxation therapy). Trong sự ngạc nhiên của các nhà nghiên cứu, 12 buổi điều trị với EMDR hóa ra lại có hiệu quả hơn cả. Từ đó, EMDR trở thành một trong những liệu pháp điều trị PTSD được Bộ Cựu chiến binh cho phép.

EMDR CÓ PHẢI MỘT DẠNG LIỆU PHÁP PHƠI NHIỄM?

Một số nhà tâm lý học đã đưa ra giả thuyết rằng EMDR đã khiến những bệnh nhân mất cảm giác với những sự kiện làm họ bị sang chấn, và do đó nó liên quan đến liệu pháp phơi nhiễm. Một mô tả chính xác hơn sẽ là nó hệ thống lại các mảnh ký ức sang chấn (traumatic materials). Theo nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau

khi được điều trị bằng EMDR, bệnh nhân nghĩ đến sang chấn như là một sự kiện mạch lạc trong quá khứ, thay vì trải nghiệm những cảm giác và hình ảnh rời rạc từ bất kỳ bối cảnh nào.

Ký ức có sự mở rộng và biến đổi. Ngay sau khi một ký ức được ghi lại, nó trải qua một quá trình dài liên hợp và giảng giải lại – một quá trình tự động xảy ra trong tâm trí/não mà không cần bất kỳ thông tin đầu vào nào từ bản ngã ý thức. Khi quá trình này hoàn thành, kinh nghiệm được tích hợp vào các sự kiện đời sống khác và không còn cuộc sống của riêng nó%. Như chúng ta đã thấy, trong PTSD quá trình này thất bại và trí nhớ bị mắc kẹt.

Thật không may, rất ít nhà tâm lý, trong quá trình đào tạo, được dạy về cách thức hoạt động của hệ thống xử lý trí nhớ trong não. Sự thiếu sót này có thể dẫn tới các phương pháp điều trị sai lầm. Trái ngược với những nỗi ám ảnh (như ám ảnh nhện, dựa trên một nỗi sợ hãi vô lý cụ thể), stress sau sang chấn là kết quả của việc tái sắp xếp cơ bản của hệ thần kinh trung ương dựa trên việc trải nghiệm một mối đe dọa chết chóc thực sự (hoặc trông thấy ai đó chết), sự trải nghiệm đó đã sắp xếp lại quá trình tự trải nghiệm bản thân (như bất lực) và quá trình giải thích những điều trong thực tế (cả thế giới đều nguy hiểm).

Trong quá trình phơi nhiễm, bệnh nhân ban đầu trở nên cực kỳ khó chịu. Khi họ nhớ lại những trải nghiệm đau thương, họ có sự gia tăng mạnh về nhịp tim, huyết áp và các hormone của stress. Nhưng nếu họ cố gắng duy trì việc điều trị và tiếp tục tái trải nghiệm những sang chấn, họ dần dần trở nên ít phản ứng hơn và ít bị suy sụp hơn khi nhớ lại sự kiện. Kết quả là điểm PTSD của họ thấp hơn. Tuy nhiên, theo như chúng ta biết, chỉ đơn giản là phơi nhiễm ai đó với

sang chấn cũ thì không giúp họ tích hợp được ký ức đó vào bối cảnh chung của cuộc sống và hiếm khi họ có thể hồi phục được đến mức có thể vui vẻ tham gia kết nối với mọi người và tham gia vào những hoạt động mà họ từng có trước khi bị sang chấn.

Ngược lại, EMDR, cũng như các phương pháp điều trị sẽ được thảo luận trong các chương sau – hệ thống trị liệu nội bộ gia đình, yoga, phản hồi thần kinh, liệu pháp tâm vận động và kịch nghệ - không chỉ tập trung vào việc điều hòa những ký ức dữ dội bị sang chấn kích hoạt mà còn khôi phục lại cảm giác tỉnh thức, tương trợ và cam kết thông qua việc làm chủ cơ thể và tinh thần của chính mình.

XỬ LÝ SANG CHẤN BẰNG EMDR

Kathy là một sinh viên 21 tuổi. Khi tôi gặp cô lần đầu tiên, cô trông rất sợ hãi. Cô đã được trị liệu tâm lý với một nhà trị liệu mà cô rất tin tưởng và cảm thấy được thấu hiểu nhưng cô chẳng cải thiện được gì. Sau lần cố gắng tự tử thứ ba của cô, cô được giới thiệu đến gặp tôi, hy vọng rằng kỹ thuật mới mà tôi đã nói với họ có thể giúp cô.

Giống như nhiều bệnh nhân bị sang chấn khác của tôi, Kathy tập trung toàn tâm toàn ý vào việc học: Khi cô đọc một cuốn sách hoặc viết một bài luận, cô có thể ngăn mọi thứ khác khỏi cuộc đời mình. Điều này giúp cô trở thành một sinh viên có năng lực, ngay cả khi cô không hề có bất kỳ ý niệm nào về việc thiết lập một mối quan hệ yêu thương với chính bản thân mình, chứ đừng nói là xây dựng một quan hệ tình cảm yêu đương với người khác.

Kathy nói với tôi rằng bố cô từng lạm dụng CÔ, đẩy cô vào con đường mại dâm trẻ em trong nhiều năm trời. Thông tin này khiến tôi nghĩ đến việc sử dụng EMDR như một liệu pháp bổ trợ.

May thay, Kathy đáp ứng xuất sắc với liệu pháp EMDR và hoàn toàn bình phục chỉ sau tám phiên trị liệu, thời gian ngắn nhất theo kinh nghiệm của tôi cho một người có tiền sử bị lạm dụng trầm trọng khi còn nhỏ. Việc trị liệu diễn ra 15 năm trước, và gần đây tôi gặp lại cô ấy để thảo luận về những ưu và nhược điểm của việc nhận đứa con nuôi thứ ba của cô. Cô thật tuyệt vời: thông minh, hài hước, vui vẻ hòa nhập với gia đình, và có hiện là trợ giảng về chủ đề phát triển trẻ em.

Tôi muốn chia sẻ những ghi chép của tôi trong phiên điều trị EMDR thứ tư của Kathy, không chỉ để chứng minh điều gì sẽ xảy ra trong một phiên điều trị mà còn cho bạn thấy hoạt động của tâm trí con người khi nó tích hợp một trải nghiệm sang chấn. Kiểm tra não, xét nghiệm máu, hoặc thang điểm đánh giá không thể đo được điều này, và thậm chí một đoạn phim video chỉ có thể truyền tải một cách mờ nhạt về cách EMDR có thể giải phóng sức mạnh tưởng tượng của tâm trí.

Kathy đang ngồi trên ghế cách tôi hơn nửa mét, xéo một góc 45 độ. Tôi yêu cầu cô nhớ lại một ký ức đặc biệt đau đớn và khuyến khích cô nhớ lại những gì cô đã nghe, thấy, suy nghĩ và cảm nhận trong cơ thể của mình khi sự kiện đó diễn ra (hồ sơ của tôi không ghi nhận lại việc cô có nói hay không, tôi đoán là không vì tôi đã không ghi chép lại).

Tôi hỏi cô ấy có “hiện diện trong ký ức ấy chưa” và khi cô ấy nói có, tôi hỏi cô cảm thấy nó “thật” như thế nào trên thang từ 1 đến 10. Cô nói nó nằm ở khoảng 9. Sau đó, tôi yêu cầu cô ấy dõi theo ngón tay đang di chuyển của tôi. Sau mỗi khoảng 25 chuyển động mắt của cô, tôi nói: “Hãy hít một hơi thật sâu”, sau đó tôi nói “Giờ cô cảm thấy

như thế nào?” hoặc “Giờ cô đang nghĩ gì?”. Kathy sẽ cho tôi biết cô đang nghĩ gì. Bất cứ khi nào giọng điệu, biểu cảm gương mặt, cử động của cơ thể hoặc hơi thở của cô cho thấy đây là một chủ đề quan trọng về cảm xúc, tôi sẽ nói: “Hãy để ý đến điều đó” và bắt đầu một đợt chuyển động mắt khác, trong khi Kathy giữ im lặng. Ngoại trừ những lời nói đó, tôi cũng giữ im lặng trong suốt 45 phút tiếp theo.

Đây là tổng hợp những gì Kathy đã thuật lại sau đợt chuyển động mắt đầu tiên: “Tôi nhận ra mình có những vết thẹo khi bị cha trói tay lại sau lưng. Một vết thẹo kia là do cha đánh dấu tôi như thể tuyên bố tôi là của ông vậy, và kia [cô ấy trỏ tay] là những dấu răng cắn”. Trông cô có vẻ sợ hãi nhưng vẫn bình tĩnh đến khó tin khi hồi tưởng: “Tôi nhớ mình bị đổ xăng lên người, cha dùng máy chụp hình lấy liền Polaroid để chụp ảnh tôi, sau đó tôi bị chìm xuống nước. Tôi bị cha tôi và hai người bạn của ông hãm hiếp tập thể. Tôi bị trói vào một chiếc bàn. Tôi nhớ họ dùng vỏ chai bia để xâm hại tôi”.

Bụng tôi thắt lại khi nghe Kathy chia sẻ, nhưng tôi không nói gì hơn ngoài việc yêu cầu Kathy giữ những ký ức đó trong tâm trí. Sau khoảng 30 lần chuyển động mắt nữa, tôi ngừng lại khi thấy cô ấy mỉm cười. Khi tôi hỏi cô đang nghĩ gì, cô ấy đáp: “Tôi đang trong lớp Karate! Thật tuyệt! Tôi cứ ghê! Tôi trông thấy họ lùi lại. Tôi hét lên, “Mấy người không thấy mấy người đang làm tôi đau sao? Tôi không phải là bạn gái của mấy người”. Tôi nói: “Hãy giữ ký ức đó”, và bắt đầu loạt chuyển động mắt tiếp theo.

Sau khi kết thúc loạt chuyển động mắt, Kathy nói: “Tôi trông thấy hai hình ảnh của tôi, đó là một cô bé thông minh, đáng yêu, và một đứa con gái dâm dăng. Những người đàn bà không thể tự lo cho chính mình, không thể lo cho tôi, không thể lo cho chồng của họ -

những điều này khiến tôi phải hầu hạ bọn đàn ông ấy”. Cô bắt đầu thổn thức trong suốt quá trình tiếp theo và khi kết thúc, cô nói: “Tôi thấy mình nhỏ bé đến thế nào, những tội ác ấy thật tàn bạo đối với một cô bé nhỏ. Đó không phải lỗi của tôi”. Tôi gật đầu, đáp: “Đúng vậy, hãy giữ ký ức đó”. Đợt chuyển động mắt tiếp theo kết thúc với câu nói của Kathy: “Tôi đang tự hình dung cuộc sống của mình lúc này, tôi trưởng thành, đang ôm lấy tôi khi còn bé và nói rằng, Cô an toàn rồi”. Tôi gật đầu khích lệ và tiếp tục khuyến khích Kathy hồi tưởng.

Những hình ảnh tiếp tục tràn về: “Tôi nhìn thấy cảnh một chiếc xe ủi đất vừa san phẳng ngôi nhà tôi từng lớn lên. Mọi chuyện kết thúc rồi!”. Sau đó, Kathy bắt đầu với một hướng suy nghĩ khác: “Tôi đang nghĩ về việc tôi thích cậu bạn Jeffrey đến thế nào. Tôi nghĩ có thể cậu ấy sẽ không muốn đi chơi với tôi. Tôi nghĩ mình không thể chịu được điều đó. Tôi chưa bao giờ là bạn gái của ai và tôi không biết phải làm như thế nào cả”. Tôi hỏi cô nghĩ cô cần biết điều gì và bắt đầu đợt chuyển động mắt tiếp theo. “Giờ thì có một người chỉ muốn ở cạnh tôi, thật đơn giản làm sao. Tôi không biết phải là chính mình như thế nào khi ở cạnh đàn ông. Tôi như hóa đá”.

Trong lúc dõi theo ngón tay tôi, Kathy bắt đầu khóc. Khi tôi ngừng lại, cô ấy nói với tôi: “Tôi nhìn thấy cảnh Jeffrey và tôi đang ngồi trong một quán cà phê. Cha tôi bước vào. Ông bắt đầu gào thét, trong tay lăm lăm cây rìu. Ông ta hét, Tao đã nói mày là của tao. Ông đặt tôi lên mặt bàn, rồi hăm hiếp tôi, rồi hăm hiếp cả Jeffrey”. Cô òa khóc. “Làm sao có thể mở lòng với ai khác khi bạn có những hình ảnh cha mình hăm hiếp cả bạn lẫn bạn của bạn chứ?”. Tôi muốn an ủi cô, nhưng tôi

biết điều quan trọng hơn là giữ cho những liên tưởng của cô ấy tiếp tục diễn ra.

Tôi yêu cầu cô tập trung vào những gì cô cảm nhận trong cơ thể mình: “Tôi cảm thấy nó trên cánh tay, trên vai, và ngực phải. Tôi chỉ muốn được ôm”. Chúng tôi tiếp tục trị liệu EMDR và khi dừng lại, trông Kathy thoải mái hơn. “Tôi nghe tiếng Jeffrey nói rằng không sao đâu, rằng cậu ấy được đưa đến đây để chăm sóc cho tôi. Cậu ấy nói rằng không phải do tôi và rằng cậu ấy chỉ muốn ở cùng tôi vì chính tôi mà thôi”. Một lần nữa, tôi hỏi cô cảm thấy như thế nào trong cơ thể mình. “Tôi cảm thấy rất bình yên. Hơi run rẩy một chút, như khi đang sử dụng những thứ cơ mới vậy. Tôi cũng thấy nhẹ nhõm nữa. Jeffrey biết tất cả mọi thứ rồi. Tôi cảm thấy mình đang sống và rằng mọi chuyện đã kết thúc. Nhưng tôi sợ bố tôi đang lạm dụng một bé gái khác, và điều đó làm tôi buồn vô cùng, tôi muốn cứu cô bé ấy”.

Nhưng khi chúng tôi tiếp tục, cơn sang chấn quay trở lại cùng với những suy nghĩ và hình ảnh khác: “Tôi buồn nôn quá... Tôi bị rất nhiều thứ mùi xâm chiếm, nước hoa rẻ tiền, rượu, mùi ối mửa”. Vài phút sau, Kathy khóc ròng rã: “Tôi thực sự cảm thấy mẹ tôi đang ở đây. Tôi cảm thấy như thể mẹ muốn tôi tha thứ cho mẹ. Tôi nghĩ điều tương tự cũng đã xảy ra với mẹ, mẹ đang xin lỗi tôi không ngót. Mẹ đang nói với tôi rằng điều tương tự cũng đã xảy đến với mẹ - rằng thủ phạm là ông của tôi. Mẹ nói rằng bà của tôi rất đau lòng khi không thể ở đó che chở cho tôi”. Tôi liên tục yêu cầu cô ấy hít thở sâu và ở lại với bất kỳ thứ gì đang trỗi dậy.

Ở cuối đợt chuyển động mắt tiếp theo, Kathy nói: “Tôi cảm thấy mọi chuyện đã kết thúc. Tôi cảm thấy bà tôi đang ôm lấy tôi đã trưởng thành, nói với tôi rằng bà vô cùng xin lỗi vì đã lấy ông tôi.

Rằng bà và mẹ đảm bảo việc này sẽ chấm dứt tại đây”. Sau đợt trị liệu EMDR cuối cùng, Kathy mỉm cười: “Tôi trông thấy cảnh tôi đẩy cha tôi ra khỏi quán cà phê, và Jeffrey khóa cửa lại. Ông ta đứng đó. Anh có thể trông thấy ông ấy qua tấm kính, mọi người đang chế giễu ông ta”.

Nhờ EMDR, Kathy đã có thể kết hợp những ký ức gây sang chấn của cô và kêu gọi trí tưởng tượng của mình để giúp cô dừng những ký ức lại, đạt được cảm giác trọn vẹn và tự chủ. Cô đạt được điều đó với một ít câu hỏi ít ỏi của tôi và không thảo luận về các chi tiết của trải nghiệm (Tôi thấy không cần thiết phải đặt câu hỏi về tính chính xác của chúng, những trải nghiệm của cô ấy là thực đối với cô ấy, và công việc của tôi là giúp cô đối phó với chúng trong hiện tại). Quá trình này giải phóng một cái gì đó trong tâm trí/não của Kathy để kích hoạt những hình ảnh, cảm xúc và suy nghĩ mới; như thể sức sống của cô nổi lên, tạo ra những khả năng mới cho tương lai của cô

Như chúng ta đã thấy, những ký ức đau buồn vẫn tồn tại như những hình ảnh, cảm xúc và cảm xúc tách rời, không đổi mới. Theo tôi, tính năng đáng chú ý nhất của EMDR là khả năng hiển thị một loạt cảm giác, cảm xúc, hình ảnh và tư duy không liên quan đến bộ nhớ ban đầu. Việc lắp ráp các thông tin cũ này vào bộ nhớ mới là cách để chúng ta tích hợp các trải nghiệm ấy vào bộ nhớ hằng ngày của hiện tại không sang chấn.

KHÁM PHÁ MỐI QUAN HỆ VỚI GIẤC NGỦ

Không lâu sau khi học về EMDR, tôi được mời nói về công việc của tôi tại phòng thí nghiệm về giấc ngủ do Allan Hobson đứng đầu tại Trung tâm Sức khỏe Tâm thần Massachusetts. Hobson (cùng với người thầy của mình, Michel Jouvet) đã nổi tiếng nhờ phát hiện giấc

mơ là do não tạo ra và một trong những trợ lý nghiên cứu của ông Robert Stickgold, đang khám phá chức năng của những giấc mơ. TÔI cho họ xem một cuốn băng video của một bệnh nhân bị trầm cảm nặng trong 13 năm sau một tai nạn xe hơi khủng khiếp và chỉ sau hai buổi EMDR, cô ấy từ một nạn nhân hoảng sợ trở thành một người phụ nữ tự tin, quyết đoán. Robert rất ấn tượng.

Một vài tuần sau, một người bạn của gia đình Stickgold trầm cảm nặng sau cái chết của con mèo đến mức cô ấy phải nhập viện.

Nhà tâm thần học tham gia chữa trị cho cô kết luận rằng cái chết của con mèo đã kích hoạt những kỷ niệm chưa được giải quyết về cái chết của mẹ cô khi cô mới mười hai tuổi và ông đã kết nối cô với Roger Solomon, một huấn luyện viên EMDR nổi tiếng, người đã điều trị thành công cho cô. Sau đó cô ấy gọi cho Stickgold và nói, “Bob, anh phải nghiên cứu điều này. Nó thực sự lạ lùng - nó liên quan đến trí não của anh chứ không phải tâm trí anh”.

Không lâu sau đó, một bài viết xuất hiện trên tạp chí Dreaming cho thấy EMDR có liên quan đến giấc ngủ mắt chuyển động nhanh (rapid eye movement – REM) – khi những giấc mơ bắt đầu xảy ra. Nghiên cứu cho thấy giấc ngủ và đặc biệt là giấc ngủ mơ đóng một vai trò quan trọng trong điều chỉnh tâm trạng. Như bài báo trong Dreaming đã nói, đôi mắt chuyển động nhanh chóng qua lại trong giấc ngủ REM giống hệt chuyển động mắt trong EMDR. Tăng thời gian giấc ngủ REM giúp giảm trầm cảm, còn giảm thời gian giấc ngủ REM sẽ khiến chúng ta càng trở nên trầm cảm.

Tất nhiên, PTSD có tiếng là liên quan đến giấc ngủ không ổn định, và uống rượu hoặc dùng ma túy sẽ làm gián đoạn giấc ngủ REM. Trong thời gian tôi làm việc ở Bộ Cựu chiến binh, các đồng

nghiệp của tôi và tôi đã thấy rằng những cựu chiến binh bị PTSD thường thức dậy sớm sau khi có giấc ngủ REM^o - có lẽ bởi vì họ đã kích hoạt một mảnh sang chấn trong giấc mơ". Các nhà nghiên cứu khác cũng nhận thấy hiện tượng này, nhưng nghĩ rằng nó không liên quan đến việc tìm hiểu về PTSD'.

Giờ đây chúng ta biết rằng cả giấc ngủ sâu lẫn giấc ngủ REM đều đóng vai trò quan trọng trong việc thay đổi trí nhớ theo thời gian như thế nào. Bộ não trong lúc ngủ sẽ tái tạo ký ức bằng cách tăng dấu ấn của những thông tin liên quan có tính cảm xúc và làm phai nhạt dần những thông tin không liên quan". Trong một loạt các nghiên cứu tỉ mỉ, Stickgold và các đồng nghiệp của ông cho thấy khi ngủ, bộ não thậm chí có thể hiểu thông tin nào là không liên quan mặc dù khi ta thức, ta đã tích hợp thông tin đó vào hệ thống bộ nhớ lớn hơn 13.

Giấc mơ tiếp tục phát lại, kết hợp lại, và tái hòa nhập các mảnh ký ức cũ trong nhiều tháng, thậm chí nhiều năm. Chúng liên tục cập nhật các thực tại ngầm vốn xác định tâm thức của chúng ta chú ý đến điều gì. Và có lẽ điều liên quan nhất đến EMDR đó là trong giấc ngủ REM chúng ta kích hoạt nhiều liên tưởng xa xăm hơn cả khi ta có giấc ngủ không phải giấc ngủ REM (như giấc ngủ nông, giấc ngủ sâu) hoặc khi đang thức. Ví dụ, khi các đối tượng được đánh thức từ giấc ngủ không phải là giấc ngủ REM và làm bài kiểm tra kết hợp từ, họ sẽ đưa ra những câu trả lời thông thường như: nóng/lạnh, cứng/mềm... Còn khi được đánh thức từ giấc ngủ REM, họ có những câu trả lời thể hiện những mối liên hệ mới lạ hơn như trộm/sail^o. Họ cũng giải những câu đố đơn giản về đảo chữ dễ dàng hơn sau giấc ngủ REM. Sự kích hoạt các liên tưởng xa xăm này có thể giải thích cho việc chúng ta có những giấc mơ khá kỳ quái 16.

Stickgold, Hobson và các cộng sự đã phát hiện rằng những giấc mơ giúp tạo ra các mối quan hệ mới giữa những ký ức không rõ ràng. Nhìn thấy các mối liên hệ mới mẻ là tính chất chủ yếu của sự sáng tạo; như chúng ta đã thấy, nó cũng cần thiết để chữa bệnh. Không có khả năng tái kết hợp những trải nghiệm cũng là một trong những đặc điểm nổi bật của PTSD. Trong khi bé Noam ở chương 4 có thể tưởng tượng ra được một chiếc đệm lò xo để cứu những nạn nhân khủng bố trong tương lai thì những người bị sang chấn lại mắc kẹt trong những liên tưởng bị đông cứng: Bất cứ ai mang khăn choàng đều cố gắng giết tôi; bất kỳ người nào thấy tôi hấp dẫn đều muốn hãm hiếp tôi.

Cuối cùng, Stickgold gợi ý một liên kết rõ ràng giữa EMDR và quá trình xử lý bộ nhớ trong những giấc mơ: “Nếu sự kích thích của EMDR có thể làm thay đổi trạng thái não theo cách tương tự mà ta thấy trong giấc ngủ REM thì bây giờ chúng ta có bằng chứng tốt cho thấy EMDR sẽ có thể tận dụng các quá trình phụ thuộc vào giấc ngủ, những quá trình có thể đã bị ức chế hoặc diễn ra không hiệu quả ở những người bị PTSD, để cho phép xử lý bộ nhớ hiệu quả và giải tỏa sang chấn”¹⁸. Các hướng dẫn EMDR cơ bản dành cho bệnh nhân là: “Hãy giữ hình ảnh đó trong tâm trí của bạn và cứ nhìn những ngón tay của tôi di chuyển qua lại” có thể tái tạo lại khá tốt những gì xảy ra trong một bộ não đang mơ.

LIÊN KẾT VÀ TÍCH HỢP

Không giống như cách điều trị phơi nhiễm thông thường, EMDR dành rất ít thời gian để xem xét lại sang chấn ban đầu. Sang chấn chính nó là điểm khởi đầu, nhưng trọng tâm là kích thích và mở ra quá trình liên tưởng. Như nghiên cứu Prozac/EMDR của chúng tôi

đã cho thấy, những người được uống thuốc có thể làm lu mờ những hình ảnh và cảm giác khủng khiếp, nhưng hình ảnh và cảm giác đó vẫn lưu giữ trong tâm trí và cơ thể của người bệnh, chúng không được tích hợp như là một sự kiện đã xảy ra trong quá khứ và vẫn khiến bệnh nhân lo âu một cách đáng kể. Ngược lại, những người được điều trị bằng EMDR không còn trải nghiệm những dấu ấn khác biệt của sang chấn: Nó đã trở thành một câu chuyện về một sự kiện khủng khiếp đã xảy ra từ lâu lắm rồi. Như một trong những bệnh nhân của tôi từng nói: “Nó đã kết thúc rồi”.

Chúng ta chưa biết chính xác EMDR có hiệu quả như thế nào cũng như chưa biết chính xác hiệu quả của Prozac. Prozac có tác dụng đối với serotonin, nhưng chúng ta chưa rõ mức độ của nó tăng lên hay giảm xuống, trong các tế bào não nào và tại sao điều đó lại làm cho người ta cảm thấy ít sợ hãi hơn. Chúng tôi cũng không biết chính xác tại sao nói chuyện với một người bạn đáng tin cậy lại khiến người ta thấy nhẹ nhõm đến như vậy, và tôi ngạc nhiên khi chẳng mấy ai có vẻ muốn tìm hiểu câu hỏi đó.

Bác sĩ lâm sàng chỉ có một nghĩa vụ: làm bất cứ điều gì có thể để giúp bệnh nhân của họ được tốt hơn. Vì lý do này, thực hành lâm sàng luôn là nơi thử nghiệm. Một số thí nghiệm thất bại, một số thành công, và một số khác, như EMDR, liệu pháp hành vi biện chứng (dialectical behavior therapy) và liệu pháp hệ trị liệu gia đình, tiếp tục thay đổi phương pháp điều trị. Thậm chí tất cả các phương pháp điều trị này phải mất hàng chục năm và bị cản trở bởi một thực tế là việc hỗ trợ nghiên cứu thường đi theo các phương pháp đã được chứng minh là có hiệu quả.

Chương 16

HỌC CÁCH SỐNG VỚI CƠ THỂ BẠN: TẬP YOGA

Khi chúng ta bắt đầu trải nghiệm lại sự tái liên kết bên trong Với nhu cầu của cơ thể chúng ta, điều này mở ra một khả năng mới để yêu thương bản thân. Chúng ta trải nghiệm một chất lượng mới về tính xác thực trong việc chăm sóc chính mình, điều này chuyển sự chú ý của chúng ta đến sức khỏe, chế độ ăn kiêng, năng lượng, quản lý thời gian. Sự chăm sóc bản thân ở một tầm cao mới này phát sinh một cách tự nhiên chứ không phải là việc “cần phải làm”. Chúng ta có thể trải nghiệm một niềm vui ngay lập tức và nội tại trong việc tự chăm sóc.

Stephen Cope, Yoga and the Quest for the True Self (Yoga và Công cuộc tìm kiếm Bản ngã Thực)

Lần đầu tiên nhìn thấy Annie, tôi thấy cô ấy ngồi ủ rũ trên ghế trong phòng chờ của tôi. Đôi chân cô run rẩy, mắt cứ nhìn chằm chằm xuống sàn nhà ngay cả sau khi tôi mời cô ấy vào phòng mình. Tôi có rất ít thông tin về Annie: Cô ấy 46 tuổi và dạy những đứa trẻ có nhu cầu đặc biệt. Cơ thể của cô ấy thể hiện rõ rằng cô quá sợ hãi khi phải nói chuyện hoặc thậm chí cung cấp những thông tin thông thường như địa chỉ nhà, số bảo hiểm. Những con người đang run sợ

này không thể suy nghĩ thấu đáo, và yêu cầu họ thực hiện bất kỳ việc gì cũng chỉ làm họ càng trở nên khép kín. Nếu bạn cứ nài ép, thế nào họ cũng bỏ chạy và không bao giờ gặp lại bạn nữa.

Annie lê bước vào phòng làm việc của tôi và tiếp tục đứng, hầu như không thở, trông như một con chim bị đông lạnh. Tôi biết điều đầu tiên cần làm là giúp cô tĩnh tâm trở lại. Tiến về phía cô khoảng hai mét và đảm bảo không chắn mất tầm nhìn giữa cô ấy và cửa ra vào, tôi khuyến khích cô ấy hít thở sâu hơn một chút. Tôi hít thở cùng Annie, đề nghị cô làm theo tôi động tác nhẹ nhàng nâng hai tay lên hai bên sườn khi hít vào và hạ xuống khi thở ra, một kỹ thuật khí công mà một trong những sinh viên Trung Quốc của tôi đã dạy tôi.

Cô lén lút theo dõi chuyển động của tôi, mắt cô vẫn chăm chăm nhìn sàn nhà. Chúng tôi đã dành khoảng nửa giờ như thế. Thình thoảng tôi lặng lẽ yêu cầu cô để ý bàn chân cô cảm thấy như thế nào khi đặt lên sàn nhà và ngực cô giãn ra và co lại theo từng hơi thở. Hơi thở của cô dần dần trở nên chậm hơn và sâu hơn, gương mặt giãn ra, xương sống của cô thẳng lên một chút và ánh mắt cô bắt đầu nâng lên ngang yết hầu của tôi. Tôi dần dần nhận ra con người phía sau nỗi khiếp sợ kia. Cuối cùng, cô ấy trông thoải mái hơn và cho tôi thấy nụ cười rạng rỡ như một sự thừa nhận rằng cả hai chúng tôi đều đang ở trong phòng. Tôi đề nghị chúng tôi dừng lại ở đó. Tôi đã đưa ra đủ yêu cầu rồi và hỏi xem cô ấy có muốn quay lại sau một tuần hay không. Cô gật đầu, nói lí nhí: “Anh kỳ lạ thật”.

Càng tìm hiểu Annie và xem xét những ghi chú cùng những bản vẽ mà cô ấy đưa cho tôi, tôi rút ra kết luận rằng cô đã bị cha mẹ mình ngược đãi khi còn nhỏ. Câu chuyện đầy đủ chỉ đang dần được tiết lộ

khi cô từ từ học cách gọi tên một số thứ đã xảy ra với mình mà cơ thể cô không bị mất tự chủ.

Tôi nhận ra Annie có những kỹ năng lạ thường và biết quan tâm người khác, các tính cách này giúp cô có thể làm việc với những đứa trẻ có nhu cầu đặc biệt. Cô nói chuyện rất thoải mái về những đứa trẻ cô từng dạy, nhưng sẽ lập tức im lặng mỗi khi tôi mới đề cập một chút đến những mối quan hệ với người lớn. Tôi biết cô đã kết hôn nhưng rất hiếm khi cô nói đến chồng. Cô thường đối phó với những bất đồng và sự đối đầu bằng cách khiến tâm trí mình biến mất. Khi cô cảm thấy bị choáng ngợp, cô ấy sẽ cắt cánh tay và ngực bằng dao cạo. Cô đã được trị liệu trong nhiều năm với nhiều hình thức trị liệu khác nhau, đã thử nhiều loại thuốc khác nhau nhưng không hữu hiệu mấy. Cô cũng đã được nhận vào một số bệnh viện tâm thần để quản lý hành vi tự hủy hoại của mình mà cũng không có kết quả gì.

Trong những buổi trị liệu đầu tiên, vì Annie chỉ có thể gợi ý về những gì cô ấy cảm thấy và suy nghĩ trước khi cô ấy ngừng tiếp nhận thông tin và đóng băng nên chúng tôi tập trung vào làm dịu sự hỗn loạn sinh lý bên trong cô. Chúng tôi đã sử dụng mọi kỹ thuật mà tôi đã học trong nhiều năm qua, như hít thở với sự tập trung vào hơi thở ra để giúp hệ thần kinh đối giao cảm được thư giãn. Tôi cũng dạy cô ấy sử dụng ngón tay để ấn các huyệt trên cơ thể, một thực hành thường được gọi là EFT (Emotional Freedom Technique - kỹ thuật giải phóng cảm xúc), được chứng minh là giúp bệnh nhân duy trì được ngưỡng chịu đựng và thường có tác động tích cực đối với các triệu chứng PTSD'.

HẬU QUẢ CỦA CÚ SỐC KHÔNG LỐI THOÁT

Nhờ xác định được các mạch điện não liên quan đến hệ thống báo động nên chúng ta ít nhiều biết được những gì đã xảy ra trong não của Annie khi cô ngồi trong phòng chờ của tôi vào ngày đầu tiên: Hệ thống báo động của cô, hạch hạnh nhân, đã được nối lại để diễn giải các tình huống nhất định như là một dấu hiệu đe dọa mạng sống của cô và nó đã gửi tín hiệu khẩn cấp đến bộ não sinh tồn của cô để chiến đấu, tê liệt hoặc chạy trốn. Annie đã có tất cả những phản ứng này cùng một lúc, đồng nghĩa với việc cô ấy rõ ràng bị kích động và đóng sập tinh thần của mình.

Các hệ thống báo động hồng có thể biểu hiện bằng nhiều cách khác nhau và nếu chúng hoạt động sai, bạn không thể tin tưởng vào tính chính xác của nhận thức của chính mình. Ví dụ, khi Annie thấy mền tôi, cô ấy bắt đầu trông chờ các cuộc gặp của chúng tôi, nhưng cô ấy sẽ đến văn phòng của tôi trong một cơn hoảng loạn dữ dội. Một ngày nọ, cô hồi tưởng lại cảm xúc phấn khích khi bố cô về nhà sớm, nhưng tối hôm đó ông ta lại lạm dụng tình dục cô. Lần đầu tiên cô nhận ra tâm trí mình tự động kết nối niềm vui vẻ phấn khích khi nhìn thấy người bố mà cô yêu thương với nỗi sợ hãi khi bị bố lạm dụng tình dục.

Trẻ nhỏ đặc biệt nhạy cảm trong việc chia tách trải nghiệm (compartmentalizing experience), vì vậy tình yêu tự nhiên của Annie đối với bố và nỗi khiếp sợ kẻ xâm hại được cô giữ lại trong hai ý thức khác nhau.

Khi lớn lên Annie đổ lỗi cho bản thân trong chuyện mình bị bố lạm dụng tình dục, vì cô tin rằng cô bé đầy yêu thương, phấn khởi từng là cô trước kia đã quyến rũ bố mình, rằng cô đã tự mời gọi bố xâm hại mình. Phần não lý tính của cô nói với cô điều này là vô nghĩa, nhưng

niềm tin này xuất phát từ sâu bên trong phần não cảm xúc, sự sống còn của cô, từ đường dẫn cơ bản của hệ viền. Nó sẽ không thay đổi cho đến khi cô cảm thấy đủ an toàn trong cơ thể của mình để chú tâm hồi tưởng lại trải nghiệm đó và thực sự biết Cô bé ấy đã cảm thấy và hành động như thế nào trong lúc cô bé bị lạm dụng.

SỰ TRỐNG RỔNG TỪ BÊN TRONG

Một trong những cách mà ký ức lưu trữ lại tình trạng bất lực buông xuôi là sự căng thẳng cơ bắp hoặc cảm giác tan rã của phần cơ thể bị ảnh hưởng: đầu, lưng và chân tay (đối với các nạn nhân bị tai nạn), âm đạo và trực tràng (đối với các nạn nhân bị lạm dụng tình dục).

Cuộc sống của nhiều người bị sang chấn xoay quanh việc chống lại và trung hòa những trải nghiệm cảm giác không mong muốn của họ, và với hầu hết những người mà tôi đã gặp trong những năm hành nghề của mình thì họ đều là những chuyên gia trong việc làm tâm trí mình trống rỗng. Họ có thể trở nên béo phì, biếng ăn hoặc nghiện tập thể dục hoặc nghiện làm việc. Ít nhất một nửa số người bị sang chấn lại cố gắng làm lu mờ thế giới nội tâm đang quá sức chịu đựng của họ bằng ma túy hoặc rượu.

Mặt trái của sự trống rỗng là tìm kiếm cảm giác. Nhiều người tự cắt mình để xua tan cảm giác trống rỗng, có người thì nhảy bungee, có người tham gia vào những hoạt động có tính rủi ro cao như mại dâm và chơi cờ bạc. Tất cả phương pháp này chỉ có thể tạo cho họ cảm xúc kiểm soát giả tạo và nghịch lý.

Khi người ta thường tức giận hoặc sợ hãi kéo dài, sự căng cơ liên tục dẫn đến chứng co thắt, đau lưng, đau nửa đầu, đau nhức toàn thân và các dạng đau mạn tính khác. Họ có thể đi gặp nhiều

chuyên gia, trải qua các cuộc kiểm tra chẩn đoán rộng rãi và được kê nhiều loại thuốc có thể giúp đỡ họ tạm thời nhưng tất cả đều không giải quyết được các vấn đề cốt lõi. Các chẩn đoán ấy chỉ xác định được tình trạng thực tế mà không bao giờ được xem là một biểu hiện của họ khi họ nỗ lực đối phó với tình trạng sang chấn của mình.

Hai năm đầu tiên trị liệu cho Annie, tôi tập trung vào việc giúp cô học cách chịu đựng những cảm giác thể chất của mình, rằng đó chỉ là cảm giác trong hiện tại, có khởi đầu, diễn biến và kết thúc. Chúng tôi đã cố gắng giúp cô ấy bình tĩnh để có nhận ra mình cảm thấy thế nào khi không bị ai phán xét, vì vậy, cô ấy có thể quan sát những hình ảnh và cảm xúc tự xuất hiện này như là những tàn dư của một quá khứ khủng khiếp và không phải là mối đe dọa bất tận cho cuộc sống của cô ngày hôm nay.

Các bệnh nhân như Annie liên tục thách thức chúng ta tìm ra những cách mới giúp mọi người điều chỉnh sự kích động và kiểm soát sinh lý của chính họ. Đó là cách các đồng nghiệp tại Trung Tâm Điều trị Sang chấn của tôi và tôi đã tình cờ tìm đến yoga.

TÌM ĐƯỜNG ĐẾN VỚI YOGA: QUÁ TRÌNH ĐIỀU CHỈNH TỪ DƯỚI LÊN

Mối liên hệ của chúng tôi với yoga bắt đầu vào năm 1998 khi Jim Hopper và tôi lần đầu tiên nghe về một dấu hiệu sinh học mới: biến thiên nhịp tim (Heart Rate Variation - HRV). Gần đây, HRV được phát hiện là một thước đo tốt để biết hệ thống thần kinh tự chủ hoạt động tốt như thế nào. Hệ thần kinh tự chủ là hệ thống sinh tồn cơ bản nhất của não, hai nhánh của nó điều tiết sự kích thích khắp cơ thể. Nói chung, hệ thống thần kinh giao cảm (Sympathetic Nervous System – SNS) sử dụng các chất như adrenaline làm cho Cơ thể và não hoạt

động, trong khi hệ thống thần kinh đối giao cảm (parasympathetic nervous system - PNS) sử dụng acetylcholine để điều chỉnh các chức năng cơ bản của cơ thể như tiêu hóa, chữa lành vết thương, ngủ và chu kỳ giấc mơ. Khi chúng ta trong trạng thái tốt nhất, hai hệ thống này làm việc chặt chẽ với nhau để giữ cho chúng ta ở trong một trạng thái gắn kết tối ưu với môi trường và với chính chúng ta.

HRV đo lường sự cân bằng tương đối giữa hệ thống giao cảm và hệ thống đối giao cảm. Khi hít vào, chúng ta kích thích SNS, làm tăng nhịp tim. Thở ra, ta kích thích PNS, làm giảm nhịp tim. Ở người khỏe mạnh, hít vào và thở ra có thể tạo ra nhịp tim ổn định, nhịp nhàng: Sự biến thiên nhịp tim tốt là một thước đo về sức khỏe bản thân.

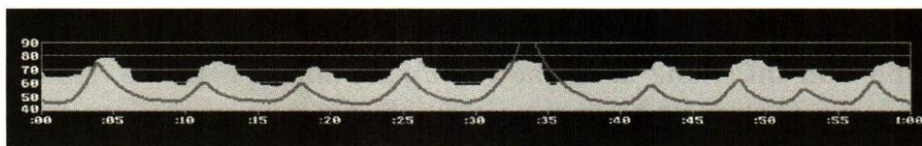
Tại sao HRV lại quan trọng? Khi hệ thần kinh tự chủ của chúng ta cân bằng, chúng ta có một mức độ kiểm soát hợp lý phản ứng của mình khi bị lãng mạ hoặc thất vọng, cho phép chúng ta bình tĩnh đánh giá những gì đang xảy ra khi chúng ta cảm thấy bị sỉ nhục hoặc bị bỏ rơi. Điều hòa hiệu quả các kích thích giúp chúng ta kiểm soát cơn bốc đồng và cảm xúc: Miễn là chúng ta có thể giữ được bình tĩnh thì chúng ta có thể chọn cách mình phản ứng. Những người có hệ thống thần kinh tự chủ được điều hòa kém sẽ dễ bị mất thăng bằng cả tinh thần lẫn thể chất. Vì hệ thần kinh tự chủ sẽ sắp xếp sự kích thích cho cả cơ thể và não bộ nên HRV kém nghĩa là dao động của nhịp tim không đáp ứng được với hơi thở, điều này không chỉ gây ảnh hưởng tiêu cực đến suy nghĩ và cảm xúc mà còn ảnh hưởng đến phản ứng của cơ thể đối với stress. Thiếu sự hài hòa giữa nhịp thở và nhịp tim làm người ta dễ mắc nhiều loại bệnh lý về thể chất như bệnh tim và ung thư cũng như các vấn đề về tinh thần như trầm cảm và PTSD.

Để nghiên cứu sâu hơn vấn đề này, chúng tôi đã đo HRV ở những người có và không có PTSD để ghi lại độ sâu và nhịp thở của họ trong khi các đầu dò nhỏ gắn vào tai của họ sẽ đo nhịp tim. Sau khi chúng tôi kiểm tra khoảng 60 người, rõ ràng là những người bị PTSD có HRV thấp bất thường. Nói cách khác, ở những người bị PTSD thì hệ thống thần kinh giao cảm và đối giao cảm của họ hoạt động không đồng bộ. Điều này đã thêm một bước ngoặt mới cho câu chuyện sang chấn phức tạp: Chúng tôi xác nhận rằng có một hệ thống điều hòa não bộ không hoạt động như mong muốn. Không giữ được sự cân bằng cho hệ thống này là một lý giải tại sao những người bị sang chấn như Annie rất dễ phản ứng thái quá đối với những kích thích nhẹ: Các hệ thống sinh học giúp chúng ta đối phó với sự biến động của cuộc sống đã không đủ sức đáp ứng với thách thức.

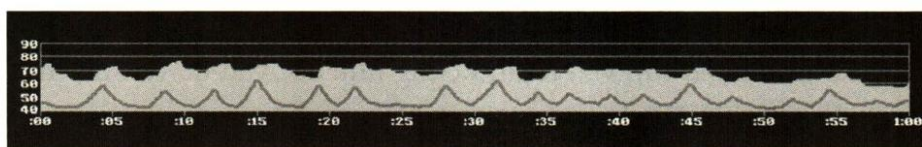
Câu hỏi tiếp theo của chúng tôi là: Có cách nào để cải thiện HRV của mọi người hay không?

Các nghiên cứu được tìm thấy trên Internet cho thấy chạy marathon giúp tăng HRV lên rõ rệt. Đáng buồn thay, điều này không giúp ích cho lắm, vì tôi cũng như bệnh nhân của chúng tôi không phải là những ứng cử viên tốt cho Giải Marathon Boston.

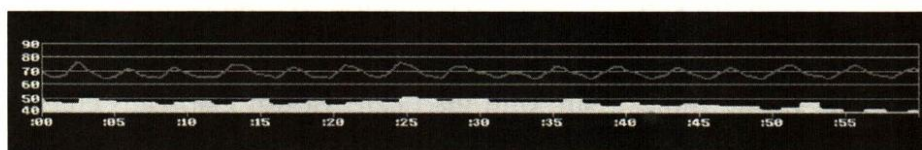
PIC



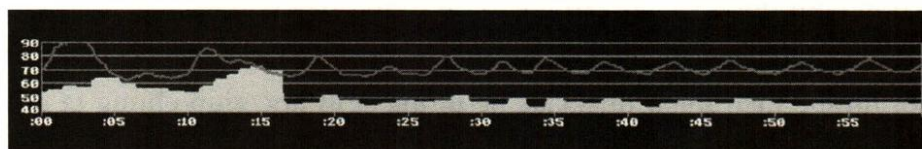
Sự biến thiên nhịp tim (Heart rate variability – HRV) của một người có sự điều hòa tốt. Các đường màu đen lên xuống biểu thị cho hơi thở, trong trường hợp này là hít vào và thở ra chậm và thường xuyên. Vùng màu xám cho thấy dao động của nhịp tim. Khi hít vào, nhịp tim tăng lên; khi thở ra, nhịp tim chậm lại. Mẫu biến thiên nhịp tim này phản ánh sức khỏe sinh lý tuyệt vời.



Phản ứng khi buồn. Khi ai đó nhớ lại một trải nghiệm khó chịu, nhịp thở của họ nhanh và trở nên bất thường, nhịp tim cũng vậy. Nhịp tim và nhịp thở không còn đồng bộ hoàn hảo với nhau nữa. Đây là một phản ứng bình thường.



HRV của người bị PTSD. Nhịp thở nhanh và nông. Nhịp tim chậm và không đồng bộ với nhịp thở. Mẫu này là của những bệnh nhân bị PTSD kinh niên điển hình.



Một người có PTSD mạn tính hồi tưởng lại tình huống gây sang chấn. Nhịp thở ban đầu rất nặng nhọc và sâu, điển hình cho phản ứng hoảng sợ. Nhịp tim tăng nhanh hoàn toàn không còn đồng bộ với nhịp thở. Tiếp theo là nhịp thở nhanh, nông và nhịp tim chậm, dấu hiệu cho thấy người đó đang đóng sập bản thân, ngừng tiếp nhận thông tin cảm giác.

Google cũng liệt kê vô số trang web về yoga cho rằng yoga giúp cải thiện HRV, nhưng chúng tôi không thể tìm thấy bất kỳ nghiên cứu nào ủng hộ điều này. Những bậc thầy yoga có thể đã phát triển một phương pháp tuyệt vời để giúp mọi người tìm thấy sự cân bằng bên trong và sức khỏe, nhưng vào năm 1998 thì không có nhiều công

trình nghiên cứu sử dụng các công cụ Tây y truyền thống để đánh giá tuyên bố của họ.

Tuy nhiên, sau đó các phương pháp khoa học đã khẳng định rằng thay đổi cách thở của một người có thể cải thiện các vấn đề liên quan đến tức giận, trầm cảm, lo lắng và yoga có thể ảnh hưởng tích cực đến nhiều vấn đề sức khỏe khác nhau như huyết áp cao, tiết hormone của stress, bệnh hen suyễn và đau thắt lưng. Và đến năm 2014, chúng tôi đã có công trình nghiên cứu về tác động của yoga trong chữa trị PTSD.

Một ngày nọ, một giáo viên yoga tên là David Emerson đến gặp chúng tôi tại Trung tâm Điều trị Sang chấn. Ông nói mình đã phát triển một hình thức hatha yoga cải tiến để đối phó với PTSD và ông đã tổ chức các lớp học cho các cựu chiến binh tại một trung tâm thú y địa phương và cho các phụ nữ tại Trung tâm dành cho nạn nhân bị cưỡng hiếp ở Boston (Boston Area Rape Crisis Center). Ông hỏi chúng tôi có muốn hợp tác hay không? Kết quả là chúng tôi hợp tác với nhau, xây dựng một chương trình yoga và nhận được khoản trợ cấp đầu tiên từ Viện Sức khỏe Quốc gia để nghiên cứu tác động của yoga lên PTSD.

Chúng tôi có thể sử dụng một số dụng cụ cầm tay giá rẻ để luyện cho mọi người làm chậm nhịp thở của họ lại và đồng bộ hơi thở với nhịp tim, giúp tạo ra trạng thái hài hòa giống như mẫu HRV bình thường trong hình minh họa ở trang trước”. Ngày nay, có rất nhiều ứng dụng có thể giúp cải thiện HRV, chỉ cần bạn có một chiếc điện thoại thông minh 10. Trong phòng khám của chúng tôi, chúng tôi dành hẳn một khu để bệnh nhân có thể tập luyện HRV và tôi kêu gọi tất cả các bệnh nhân nếu vì lý do nào đó mà họ không thể tập yoga,

võ thuật, hoặc khí công thì hãy dành thời gian tự tập luyện HRV ở nhà.

KHÁM PHÁ YOGA

David Emerson cùng các cộng sự Dana Moore và Jodi Carey đã tình nguyện làm giảng viên yoga và nhóm nghiên cứu của tôi đã tìm ra cách hiệu quả nhất để đánh giá tác động của yoga lên chức năng tâm lý. Chúng tôi chọn 37 phụ nữ bị sang chấn nghiêm trọng và đã trải qua nhiều năm điều trị nhưng không đạt hiệu quả cao. Một nửa số tình nguyện viên, được chọn ngẫu nhiên, được tập yoga, trong khi những người khác sẽ được điều trị sức khỏe tinh thần bằng liệu pháp hành vi biện chứng (Dialectical behavior therapy – DBT), liệu pháp này dạy họ áp dụng chánh niệm để giữ bình tĩnh và tự chủ. Cuối cùng, chúng tôi ủy quyền cho một kỹ sư tại MIT để xây dựng một máy tính phức tạp có thể đồng thời đo HRV ở 8 người khác nhau (mỗi nhóm nghiên cứu có nhiều lớp, mỗi lớp có không quá tám người tham gia).

Trong khi yoga giảm thiểu đáng kể các vấn đề rắc rối của PTSD và cải thiện đáng kể mối quan hệ giữa các đối tượng tham gia nghiên cứu với cơ thể của họ (“Bây giờ tôi chăm sóc cơ thể tôi”, “Tôi lắng nghe những gì cơ thể tôi cần”) thì tám tuần trị liệu bằng DBT không ảnh hưởng đến mức độ kích thích hoặc các triệu chứng PTSD. Vì vậy, sự quan tâm của chúng tôi đối với yoga đã dần dần phát triển từ chỗ tập trung nghiên cứu xem liệu yoga có thể thay đổi HRV (thực ra là có) hay không, đến chỗ yoga có thể giúp những người bị sang chấn học cách sống thoải mái trong cơ thể bị hành hạ của họ hay không.

Sau đó, chúng tôi cũng bắt đầu một chương trình yoga cho lính thủy đánh bộ ở Camp Lejeune và hợp tác thành công với các chương trình khác để thực hiện các chương trình yoga cho cựu chiến binh mắc PTSD. Mặc dù chúng tôi không có số liệu nghiên cứu chính thức về cựu chiến binh nhưng có vẻ như yoga ít nhất cũng có hiệu quả đối với họ cũng như đối với những nữ tình nguyện viên trong nghiên cứu của chúng tôi.

Tất cả các chương trình yoga bao gồm sự kết hợp giữa thực hành hơi thở (pranayama), duỗi cơ hoặc tư thế (asana) và thiền định. Các trường phái yoga khác nhau nhấn mạnh sự khác biệt về cường độ và tập trung vào các thành phần cốt lõi này. Ví dụ, sự thay đổi về tốc độ và độ sâu của hơi thở, và sử dụng miệng, mũi và cổ họng đều mang lại những kết quả khác nhau, và một số kỹ thuật có ảnh hưởng mạnh mẽ đến năng lượng”. Trong các lớp học, chúng tôi giữ cách tiếp cận đơn giản. Nhiều bệnh nhân của chúng tôi hầu như không nhận thức được hơi thở của họ, vì vậy, việc họ học cách tập trung vào hơi thở vào và ra để nhận thấy hơi thở nhanh hay chậm và đếm số lượng hơi thở ở một vài tư thế có thể là một bước tiến quan trọng đối với họ.

Chúng tôi dần dần giới thiệu một số lượng giới hạn các tư thế cổ điển. Điểm mấu chốt không phải là làm “đúng” tư thế mà là giúp người tham gia chú ý đến những thứ cơ nào đang hoạt động trong những thời điểm khác nhau. Các chuỗi động tác được thiết kế để tạo ra một nhịp điệu giữa sự căng cơ và giãn cơ, điều mà chúng tôi hy vọng sẽ giúp họ bắt đầu cảm nhận được trong cuộc sống hằng ngày của họ.

Chúng tôi không dạy thiền, nhưng chúng tôi khuyến khích chánh niệm bằng cách khích lệ học viên quan sát những gì đang xảy ra ở các bộ phận khác nhau của cơ thể qua từng động tác. Trong các nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi tiếp tục thấy những người bị sang chấn cảm thấy thoải mái và an toàn về thể chất bên trong họ. Chúng tôi đo HRV của các bệnh nhân bằng cách đặt các đầu dò nhỏ trên cánh tay họ trong lúc họ thực hiện tư thế thư giãn shavasana, tức là tư thế nằm ở phần cuối của hầu hết các lớp yoga, trong đó các học viên nằm ngửa, ngửa lòng bàn tay, cánh tay và chân thư giãn. Thay vì sự thư giãn, chúng tôi lại nhận được rất nhiều tín hiệu hoạt động ở các thớ cơ. Thay vì đi vào trạng thái nghỉ ngơi yên tĩnh, cơ bắp của các học viên thường tiếp tục được chuẩn bị để chống lại những kẻ thù vô hình. Một thách thức lớn trong việc hồi phục sau sang chấn chính là đạt được trạng thái thư giãn hoàn toàn và an toàn buông xuôi.

HỌC CÁCH TỰ ĐIỀU CHỈNH

Sau sự thành công của các nghiên cứu thí điểm, chúng tôi đã thiết lập một chương trình yoga trị liệu tại Trung tâm Điều trị Sang chấn. Tôi nghĩ đây có thể là một cơ hội để Annie chăm sóc cơ thể cô chu đáo hơn và tôi đã giục cô thử tham gia.

Cô rất khó khăn khi theo học buổi đầu tiên. Khi người hướng dẫn nhẹ nhàng đặt tay lên lưng cô để sửa tư thế cho đúng, hệ thống báo động đã hư hỏng của cô lập tức diễn giải hành động đó là bạo hành, là tấn công. Thế là khi về đến nhà, cô đã tự cắt người mình. Tuy nhiên, cô đồng thời nhận ra yoga có thể giúp cô giải phóng bản thân khỏi cảm giác nguy hiểm mà cô liên tục cảm thấy trong cơ thể mình. Tôi khích lệ cô ấy quay lại lớp vào tuần sau.

Annie luôn cảm thấy viết ra những trải nghiệm của mình thì dễ hơn là nói về chúng. Sau buổi học yoga thứ hai, cô ấy đã viết cho tôi: “Tôi không biết tại sao yoga làm tôi hoảng sợ, nhưng tôi biết rằng nó sẽ là một nguồn chữa bệnh đáng kinh ngạc cho tôi và đó là lý do tôi đang tự mình làm việc đó. Yoga là hướng nội và lắng nghe cơ thể thay vì hướng ngoại, và rất nhiều cơ chế sinh tồn của tôi trước nay chỉ nhằm đối phó với bên ngoài. Khi đến lớp hôm nay, tim tôi đập rất nhanh và một phần trong tôi muốn quay về, nhưng tôi vẫn tiến lên phía trước từng bước một cho đến khi tôi đến trước cánh cửa và đi vào. Tuần này, tôi đã cố gắng tập yoga ở nhà và những lời này đã hiện lên trong tâm trí tôi “Thân thể của bạn có nhiều điều muốn nói. Tôi tự nhủ: “Tôi sẽ cố gắng lắng nghe cơ thể mình”.

Một vài ngày sau, Annie viết: “Một vài suy nghĩ trong và sau khi tập yoga hôm nay. Tôi nhận thấy rằng khi tự cắt cơ thể mình, tôi cảm thấy mất kết nối với nó như thế nào. Khi tôi đang thực hiện các động tác, tôi nhận thấy hàm của tôi và vùng cơ thể từ chân lên đến rốn, nơi tôi đang giữ chặt nỗi đau đớn và những ký ức, đang bị căng ra. Đôi khi anh hỏi tôi rằng tôi cảm thấy mọi thứ ở đâu, tôi đã thậm chí không thể bắt đầu định vị chúng. Nhưng hôm nay, tôi cảm thấy những nơi đó rất rõ ràng và điều đó làm tôi muốn bật khóc vì xúc động”.

Tháng sau, Annie đã viết cho tôi một lần nữa: “Tôi đã tập yoga một mình trong một căn phòng nhìn ra hồ. Tôi tiếp tục đọc cuốn sách anh cho tôi mượn [tức cuốn sách Yoga and the Quest for the True Self - Công cuộc tìm kiếm bản ngã thực của mình, của Stephen Cope]. Thật thú vị khi nghĩ đến việc tôi đã từ chối lắng nghe cơ thể mình, trong khi cơ thể là một phần quan trọng của tôi. Hôm qua khi tập yoga, tôi đã nghĩ đến việc để cho cơ thể tôi kể tôi nghe câu

chuyện mà nó muốn nói và trong phần tập mở hông, tôi đã cảm thấy rất nhiều nỗi đau và nỗi buồn. Tôi nghĩ rằng miễn là tôi rời khỏi nhà thì tâm trí của tôi sẽ không để cho hình ảnh ấy trở dậy, và đó là điều tốt. Giờ đây, tôi nhận ra tôi đã mất cân bằng và tôi đã cố gắng để từ chối quá khứ như thế nào, trong khi đó là một phần của cái tôi đích thực trong tôi. Có rất nhiều điều tôi có thể học được nếu tôi cởi mở với nó, và sau đó tôi sẽ không phải chiến đấu với bản thân mình từng giờ từng phút mỗi ngày nữa”.

Một trong những tư thế yoga cực nhọc nhất của Annie là Happy Baby (em bé hạnh phúc), tức nằm ngửa trên sàn, đầu gối cong sát người, hai bàn tay nắm lấy hai bàn chân, hai lòng bàn chân hướng lên trần nhà. Tư thế này khiến xương chậu mở rộng, thế nên thật dễ hiểu tại sao tư thế này khiến một nạn nhân bị cưỡng hiếp cảm thấy cực kỳ dễ bị tổn thương. Nếu tư thế Happy Baby hoặc bất kỳ tư thế nào tương tự khiến bệnh nhân hoảng sợ dữ dội thì họ rất khó tập luyện. Học cách để cảm thấy dễ chịu với tư thế Happy Baby là một thách thức đối với nhiều bệnh nhân trong lớp yoga của chúng tôi.

TÌM HIỂU CHÍNH MÌNH: VUN BỒI NỘI CẢM

Một trong những bài học rõ ràng nhất của khoa học thần kinh đương đại là cảm giác của chúng ta về bản thân được neo giữ trong sự kết nối với cơ thể của mình!*. Chúng ta thực sự không biết đến bản thân trừ phi chúng ta có thể cảm nhận và giải thích những cảm giác thể chất của chúng ta, chúng ta cần ghi nhận và hành động dựa trên những cảm giác này để điều hướng an toàn trong đời sống.

Trong khi sự trống rỗng (hoặc tìm kiếm cảm giác bù đắp) có thể làm cho cuộc sống trở nên chịu đựng được thì cái giá bạn phải trả là

bị mất nhận thức về những gì đang diễn ra bên trong cơ thể và, với điều đó, bạn mất luôn cảm giác được sống trọn vẹn, có ý thức.

Trong chương 6, tôi đã thảo luận về mù cảm xúc, thuật ngữ để chỉ việc một người không thể xác định được những gì đang xảy ra bên trong mình'. Những người bị ảnh hưởng của chứng mù cảm xúc có xu hướng cảm thấy khó chịu về thể chất nhưng không thể diễn tả chính xác vấn đề đó là gì. Do đó, họ thường phàn nàn một cách mơ hồ về thể chất và nỗi lo lắng của mình, còn các bác sĩ thì không thể chẩn đoán được.

Ngoài ra, họ không thể hình dung về những gì họ thực sự cảm thấy trong bất kỳ tình huống cụ thể nào, hoặc điều gì khiến họ cảm thấy tốt hơn hoặc tồi tệ hơn. Đây là kết quả của sự trống rỗng, khiến họ không lường trước được và không đáp ứng được những nhu cầu bình thường của cơ thể. Đồng thời, nó làm giảm cảm giác của các giác quan hằng ngày về những trải nghiệm như âm nhạc, xúc chạm, và ánh sáng, những thứ khiến cuộc sống của chúng ta trở nên có giá trị. Yoga là cách tuyệt vời để tìm (lại) được mối quan hệ với thế giới bên trong và cùng với nó là mối quan hệ chăm sóc, yêu thương và gắn kết với chính mình.

Nếu bạn không biết cơ thể mình cần gì thì bạn sẽ không thể chăm sóc bản thân. Nếu không thấy đói, bạn không có nhu cầu ăn.

Nếu bạn nghĩ mình đói nhưng thật ra không hề đói thì bạn có thể ăn quá nhiều. Và nếu bạn không thể cảm thấy khi nào no thì bạn sẽ tiếp tục ăn. Đó là lý do tại sao nuôi dưỡng giác quan là một khía cạnh quan trọng của sự hồi phục sau sang chấn. Hầu hết các liệu pháp truyền thống đều giảm nhẹ hoặc bỏ qua những thay đổi của thế giới cảm giác bên trong của chúng ta. Nhưng những thay đổi này mang

bản chất của các phản ứng của cơ thể: Trạng thái cảm xúc được khắc dấu trong cấu tạo hóa học của cơ thể, trong các cơ quan nội tạng, trong sự co lại của các cơ vân trên mặt, cổ họng, thân và chi". Người bị sang chấn cần biết rằng họ có thể chịu đựng được cảm giác của mình, có thể làm quen với những trải nghiệm bên trong của họ và trau dồi các mô hình hành động mới.

Trong yoga, bạn tập trung sự chú ý vào hơi thở và cảm giác của mình từng giây từng phút. Bạn bắt đầu chú ý đến mối liên hệ giữa cảm xúc và cơ thể của bạn – có lẽ là do lo lắng việc thực hiện các động tác sẽ làm bạn mất thăng bằng chẳng hạn. Bạn bắt đầu thử nghiệm với việc thay đổi cách mình cảm nhận. Hít một hơi thật sâu có làm với bạn bớt căng thẳng không? Tập trung vào hơi thở ra có giúp bạn bình tĩnh hơn không? 18

Đơn giản chỉ cần nhận ra những gì bạn cảm thấy là bạn có thể kích thích được quá trình điều hòa cảm xúc và nó giúp bạn từng bước nhận thức được những gì đang xảy ra bên trong bạn. Như tôi thường nói với sinh viên của tôi, hai cụm từ quan trọng nhất trong liệu pháp, như trong yoga, là “Hãy lưu ý điều đó” và “Điều gì xảy ra tiếp theo?”. Một khi bạn bắt đầu tiếp cận cơ thể của mình bằng sự tò mò thay vì nỗi sợ hãi thì mọi thứ đều thay đổi.

Nhận thức cơ thể cũng thay đổi cảm giác của bạn về thời gian. Sang chấn làm cho bạn kinh hoàng, cảm thấy như thể bạn bị mắc kẹt mãi mãi trong một trạng thái bất lực. Trong yoga, bạn học được rằng cảm giác tăng lên rồi giảm xuống. Ví dụ, nếu một người hướng dẫn mời bạn thực hiện một tư thế đặc biệt khó, trước tiên bạn có thể cảm thấy thất bại hoặc kháng cự, dự đoán rằng bạn sẽ không thể chịu đựng được cảm xúc được tạo ra từ tư thế đặc biệt này. Một giáo viên

yoga tốt sẽ khuyến khích bạn chú ý đến bất kỳ căng thẳng nào trong lúc cảm nhận hơi thở: “Chúng ta sẽ giữ vị trí này trong mười lần thở”. Điều này giúp bạn dự đoán thời điểm sự khó chịu sẽ kết thúc và thúc đẩy bạn tăng cường sức chống chịu với tình trạng căng thẳng về thể chất cũng như tinh thần. Nhận thức rằng tất cả trải nghiệm đều thay đổi sẽ giúp bạn tạm thời thay đổi nhận thức của bạn về chính mình.

Việc tái lập nội cảm không hề dễ chịu. Điều gì xảy ra khi cảm giác mà bạn mới cảm nhận được ở ngực mình lại là trải nghiệm của cơn thịnh nộ, hoảng sợ, hoặc lo lắng? Trong nghiên cứu về yoga đầu tiên của chúng tôi, tỷ lệ người bỏ cuộc lên đến 50%, mức cao nhất trong bất kỳ nghiên cứu nào chúng tôi từng làm. Khi chúng tôi phỏng vấn các bệnh nhân đã bỏ cuộc, chúng tôi biết rằng họ thấy chương trình quá khắc nghiệt: Bất kỳ tư thế nào liên quan đến khung xương chậu đều có thể khiến các bệnh nhân hoảng loạn dữ dội hoặc thậm chí hồi tưởng lại những cuộc xâm hại tình dục. Những cảm giác cơ thể dữ dội đã giải phóng lũ quỷ từ quá khứ vốn đang được kìm nén nhờ sự trống rỗng và không chú ý tới. Điều này đã dạy chúng tôi phải đi chậm, thường là với tốc độ của ốc sên. Cách tiếp cận này rất có lợi: Trong nghiên cứu gần đây nhất của chúng tôi, chỉ có 1 trong số 34 người tham gia đã không theo đến cùng.

YOGA VÀ KHOA HỌC THẦN KINH CỦA SỰ TỰ NHẬN THỨC

Trong những năm gần đây, các nhà nghiên cứu về não bộ, trong đó có các đồng nghiệp của tôi là Sara Lazar và Britta Holzel tại Harvard đã cho thấy thiền định có ảnh hưởng tích cực đến chính xác những vùng não quan trọng đối với quá trình tự điều hòa sinh lý.

Trong nghiên cứu mới nhất của chúng tôi về yoga, với 6 phụ nữ có tiền sử bị sang chấn khi còn nhỏ, chúng tôi cũng tìm thấy những

dấu hiệu đầu tiên cho thấy 20 tuần tập luyện yoga đã kích hoạt hệ thống tự thân, thủy đảo và vùng giữa của vỏ não trán trước (xem chương 6). Nghiên cứu này còn cần làm nhiều thứ nhưng nó mở ra những quan điểm mới về cách thức mà những hành động liên quan đến việc nhận thức và làm quen với cảm giác trong cơ thể của chúng ta lại có thể tạo nên những thay đổi sâu sắc trong cả tâm trí lẫn bộ não, để từ đó giúp chữa lành cho bệnh nhân bị sang chấn.

Sau mỗi lần nghiên cứu về yoga, chúng tôi đều hỏi người tham gia về những ảnh hưởng của lớp học đối với họ. Chúng tôi không bao giờ đề cập đến thủy đảo hay nội cảm; trên thực tế, chúng tôi đã thảo luận và giải thích ở mức tối thiểu để họ có thể tập trung vào bên trong cơ thể họ.

Dưới đây là một số câu trả lời của họ:

- “Tôi thấy cảm xúc của mình mạnh mẽ hơn. Có thể chỉ là giờ đây tôi mới bắt đầu nhận ra chúng.” .

- “Tôi có thể bày tỏ cảm xúc của mình nhiều hơn vì tôi có thể nhận diện được chúng. Tôi cảm thấy chúng trong cơ thể mình, nhận ra chúng và gọi tên được chúng.”

- “Giờ đây tôi có nhiều lựa chọn, nhiều con đường hơn. Tôi có thể quyết định và có thể chọn cuộc sống cho mình, nó không cần phải lặp đi lặp lại hay phải được trải nghiệm như một đứa trẻ.” .

- “Tôi có thể cử động cơ thể và cảm thấy an toàn trong chính cơ thể mình mà không phải làm mình đau hay bị người khác làm tổn thương.”

HỌC CÁCH GIAO TIẾP

Khi mọi người cảm thấy an toàn trong cơ thể mình thì họ có thể bắt đầu diễn giải bằng ngôn ngữ những ký ức mà trước đây đã khiến

họ bị choáng ngợp. Sau khi Annie tập yoga ba lần một tuần trong khoảng một năm, cô ấy nhận thấy rằng mình có thể nói chuyện với tôi thoải mái hơn về những gì đã xảy ra với cô ấy. Cô xem điều này như một phép màu. Một hôm, cô lỡ tay làm đổ ly nước, tôi đứng dậy, tay cầm hộp khăn giấy và nói: “Để tôi lau cho”. Cô ấy thoáng hoảng sợ. Tuy nhiên, cô đã nhanh chóng có thể kiểm chế bản thân mình và giải thích tại sao những lời đó của tôi lại làm cô cảm thấy khó chịu, bởi vì đó cũng là lời bố cô sẽ nói sau khi cưỡng hiếp cô. Sau buổi gặp đó, Annie đã viết cho tôi: “Anh có thấy tôi đã có thể phát biểu thành lời những điều tôi muốn nói không? Tôi không còn phải viết ra để cho anh hiểu điều gì đang xảy ra. Tôi không mất lòng tin ở anh khi anh nói những từ kích động như vậy với tôi. Tôi hiểu những từ đó là sự kích động đối với tôi và không phải là những từ tồi tệ mà người ta không nên nói”.

Annie tiếp tục luyện tập yoga và viết cho tôi về những trải nghiệm của cô: “Hôm nay tôi đã đi đến lớp yoga buổi sáng tại phòng tập yoga mới. Giáo viên của chúng tôi nói về việc hít một hơi thật sâu đến mức ta có thể cảm nhận được sức ép của không khí lên lồng ngực. Cô ấy nói nếu chúng ta nhận biết được hơi thở của mình nghĩa là chúng ta đang ở trong hiện tại bởi vì chúng ta không thể thở trong tương lai hoặc quá khứ. Thật tuyệt vời khi tôi tập luyện theo cách đó sau khi chúng tôi vừa nói về nó, như thể tôi được tặng một món quà. Một số tư thế có thể làm tôi kích động. Hôm nay tôi đã tập hai trong số các tư thế kiểu đó. Một tư thế yêu cầu phải đưa chân lên giống như chân ếch, và một tư thế phải hít vào thật sâu để giãn khung chậu. Tôi nhận thấy hơi thở của mình hoảng loạn, nhất là khi làm tư thế hít thở, vì đó không phải là phần cơ thể tôi muốn cảm nhận. Nhưng khi tôi có thể

ngăn bản thân mình lại và tự nhủ, hãy để ý phần này của cơ thể đang lưu giữ những trải nghiệm rồi buông bỏ chúng đi. Bạn không cần phải lưu lại nơi đó nhưng cũng không phải rời bỏ nó, cứ xem nó như một dạng thông tin. Trước kia, tôi không biết mình có thể làm điều này một cách có ý thức. Nó khiến tôi nghĩ rằng nếu tôi để ý đến nó mà không sợ hãi, nó sẽ giúp tôi dễ dàng tin tưởng vào bản thân mình hơn”.

Trong một bức thư khác, Annie đã cho thấy những thay đổi trong cuộc đời cô: “Tôi dần dần học cách chỉ cảm nhận những cảm xúc của mình chứ không để chúng chi phối. Cuộc sống của tôi dễ kiểm soát hơn: Tôi đồng điệu hơn trong cuộc sống hằng ngày và sống trong hiện tại nhiều hơn. Tôi có thể chịu được nhiều sự đụng chạm về cơ thể hơn. Chồng tôi và tôi thích vừa ôm lấy nhau trên giường vừa coi phim, thật là một bước tiến to lớn. Tất cả mọi thứ giúp tôi có thể cảm thấy gần gũi với chồng mình hơn”.

Chương 17

SẮP XẾP NHỮNG MẢNH GHÉP LẠI VỚI NHAU: TỰ LÃNH ĐẠO BẢN THÂN

Cuộc sống đời người như một nhà trọ. Mỗi sáng, lại có một người khách mới. Một niềm hân hoan, một nỗi đau buồn, một sự độc ác, một vài khoảnh khắc tình thức chợt đến, như những vị khách bất ngờ... Hãy chào đón và tiếp đãi họ. Hãy trân trọng từng vị khách một. Hãy gặp gỡ và mời vào nhà cả những suy nghĩ đen tối, sự ác tâm, nhục nhã. Hãy biết ơn bất kỳ ai đã vào trọ, bởi mỗi vị khách được gửi đến như một lời chỉ dẫn từ trời cao.

Rumi

Những ngày đầu vào nghề, tôi từng trị liệu tâm lý ba tháng cho Mary – một cô gái e thẹn, cô đơn với vẻ ngoài ủ rũ. Cô đang vật lộn với quá khứ bị lạm dụng trầm trọng khi còn bé.

Một ngày nọ, tôi mở cửa phòng chờ và thấy cô ấy đang đứng đó, mặc váy ngắn cũn cỡn, khuôn mặt, mái tóc nhuộm đỏ rực, tay cầm cốc cà phê, đôi môi cong lên. “Chắc ông là bác sĩ Van Der Kolk?” cô nói. “Tôi là Jane, và tôi đến để cảnh báo với ông rằng đừng tin những lời dối trá của Mary. Tôi có thể nói chuyện với ông về cô ta không?”.

Tôi vô cùng kinh ngạc khi đối mặt với “Jane” nhưng gắng giữ bình tĩnh để lắng nghe cô nói. Trong suốt buổi gặp mặt, tôi không chỉ

gặp Jane mà còn gặp một bé gái nhỏ bị tổn thương và một nam thanh niên giận dữ. Đó là khởi đầu cho một quá trình điều trị lâu dài và hiệu quả.

Mary là bệnh nhân đầu tiên của tôi bị chứng rối loạn nhân dạng phân ly (Dissociative identity disorder – DID), lúc đó được gọi là rối loạn đa nhân cách. Cũng kịch tính như các triệu chứng của nó, sự tách rời và sự xuất hiện của các nhân cách khác biệt trong DID chỉ là điểm cực đoan của quang phổ cuộc sống tinh thần. Chúng ta thường có cảm giác đang sống trong những xung lực hoặc các phần đang xung đột với nhau, nhưng đối với những người bị sang chấn, họ đặc biệt thường xuyên phải sử dụng các biện pháp cực đoan như thế này để tồn tại. Khám phá – thậm chí kết bạn với – những phần đó là một việc quan trọng của quá trình điều trị.

KHI RƠI VÀO TÌNH HUỐNG TUYỆT VỌNG, BẠN CẦN HÀNH ĐỘNG MẠNH MẼ, QUYẾT LIỆT

Khi bị ai đó làm nhục, chúng ta sẽ ra sức tự vệ, tìm mọi cách để sinh tồn. Chúng ta có thể đè nén cảm xúc, tức điên lên, nuôi dưỡng âm mưu trả thù, quyết định mình phải trở nên mạnh mẽ và thành công để không ai có thể làm mình tổn thương nữa. Nhiều hành vi được phân loại là vấn đề tâm thần, bao gồm một số ám ảnh, cưỡng bách và hoảng loạn, cũng như các hành vi tự hủy hoại.

Những sự thích ứng với sang chấn này có thể ảnh hưởng đến khả năng chăm sóc sức khỏe và bệnh nhân thường tin rằng mình không thể nào hồi phục hoàn toàn. Nếu chúng ta xem các triệu chứng này như một dạng khuyết tật vĩnh viễn thì chúng ta sẽ thu hẹp trọng tâm của quá trình điều trị nhằm tìm ra chế độ thuốc men thích

hợp, điều này có thể dẫn đến sự lệ thuộc suốt đời, như thể những người sống sót sau sang chấn giống như bệnh nhân thận lọc máu.

Sẽ tốt hơn nếu ta xem sự hung hăng hoặc trầm cảm, kiêu ngạo hoặc thụ động như là các hành vi được bệnh nhân rút ra: Tại một thời điểm nào đó, bệnh nhân đã tin rằng họ chỉ có thể sống sót nếu họ cứng rắn, hoặc họ biến mình trở nên vô hình hay vắng mặt ở đó. Giống như những ký ức sang chấn vẫn tiếp tục xâm nhập cho đến khi chúng an nghỉ, thì sự thích ứng với sang chấn cũng tiếp tục diễn ra cho đến khi cơ thể con người cảm thấy an toàn và tích hợp lại được tất cả các phần của bản thân – vốn bị mắc kẹt trong trạng thái chiến đấu hoặc do tránh né sang chấn.

Mỗi người sống sót sau sang chấn mà tôi gặp đều có thể phục hồi theo cách của riêng họ. Mỗi câu chuyện của họ đều khiến người khác không khỏi ngỡ ngàng về khả năng thích ứng của con người. Khi hiểu được họ đã phải tốn bao nhiêu năng lượng cho sự sống còn, tôi không còn ngạc nhiên về cái giá mà họ thường phải trả: Thiếu đi một mối quan hệ yêu thương với cơ thể, tâm trí và linh hồn của chính họ.

Việc thích ứng có cái giá của nó. Đối với nhiều trẻ em, việc các em chọn cách căm ghét bản thân sẽ an toàn hơn là tỏ ra tức giận hoặc chạy trốn khỏi nhà. Kết quả là những trẻ em bị lạm dụng, khi lớn lên có thể tin rằng mình, về cơ bản, là khó ưa. Đó là cách duy nhất mà trí óc non nớt của chúng có thể giải thích tại sao chúng bị đối xử tệ như vậy. Các em sống sót bằng cách từ chối, bỏ qua và chia tách những khối lớn của thực tế: Chúng quên mình bị lạm dụng; chúng đàn áp cơn thịnh nộ hay tuyệt vọng của mình, trống rỗng về cảm giác thể chất của mình.

Nếu bạn từng bị ngược đãi khi còn bé, có thể còn một “phần” trẻ con bên trong bạn đang bị đóng băng với thời gian, vẫn còn khur khur giữ lấy sự tự ghê tởm và từ chối bản thân mình. Nhiều người lớn trải qua những kinh nghiệm khủng khiếp cũng bị mắc kẹt trong cái bấy tương tự. Tránh né những cảm xúc tàn phá dữ dội có thể giúp bạn thích nghi cao trong thời gian ngắn. Nó có thể giúp bạn bảo vệ nhân phẩm và sự độc lập của mình; nó có thể giúp bạn duy trì sự tập trung vào các nhiệm vụ quan trọng như cứu một người đồng đội, chăm sóc con cái hoặc xây lại ngôi nhà của bạn.

Nhưng sau đó thì các vấn đề mới xuất hiện. Sau khi nhìn thấy người bạn của mình bị nổ tung, người lính có thể quay lại cuộc sống dân sự và cố gắng xua đuổi trải nghiệm ấy ra khỏi tâm trí. Một “phần” tự vệ của anh ta biết làm thế nào để được kiểm soát công việc của mình và làm thế nào để hòa hợp với các đồng nghiệp. Nhưng anh ta có thể thỉnh thoảng nổi giận với bạn gái của mình hoặc cảm thấy trống rỗng và đông cứng khi cảm giác thích thú, đầu hàng trước sự vuốt ve của người bạn gái khiến anh cảm thấy mình đang mất kiểm soát.

Có lẽ anh ta sẽ không nhận thức được rằng tâm trí mình tự động liên kết sự đầu hàng thụ động với tình trạng tê liệt mà anh ta cảm thấy khi bạn mình bị giết. Vì vậy, một “phần” tự vệ khác của anh đã bước vào để đánh lạc hướng: Anh tức giận và không biết điều gì khiến anh như thế, anh nghĩ mình nổi điên vì hành động của bạn gái anh đã làm. Dĩ nhiên, nếu anh ta cứ nổi giận với cô ấy (và với cô bạn gái tiếp theo), anh ta sẽ trở nên cô lập hơn. Nhưng có thể anh ta sẽ không bao giờ nhận ra rằng một “phần” bị sang chấn của anh đã bị kích động bởi tính thụ động và một “phần” khác của anh, một “người

quản lý” đang tức giận, đã bước vào để bảo vệ cái “phần” dễ bị tổn thương kia.

Như chúng ta đã thấy trong chương 13, một nhiệm vụ trọng tâm để phục hồi từ sang chấn là học cách sống với những kỷ niệm của quá khứ mà không bị chúng làm quá tải trong hiện tại. Nhưng hầu hết những người sống sót – kể cả những người đang sống tốt thì trong một số khía cạnh của cuộc sống, họ vẫn phải đối mặt với một thách thức lớn hơn nữa: tái cấu trúc lại một cách lành mạnh hệ thống não/tâm trí của họ – vốn đã bị thay đổi để đối phó với những điều tồi tệ nhất. Cũng như chúng ta cần nhắc lại những ký ức gây sang chấn để tích hợp chúng thì chúng ta cũng cần phải xem lại những “phần” của chính mình đã phát triển những thói quen phòng vệ giúp chúng ta tồn tại.

TÂM TRÍ LÀ MỘT BỨC TRANH KHÀM

Chúng ta có nhiều “phần” của chính mình. Ngay bây giờ, một “phần” của tôi cảm thấy như muốn ngủ trưa; một “phần” khác muốn tiếp tục viết. Dù thấy bị tổn thương do bức thư điện tử khó chịu gây ra, nhưng một “phần” của tôi vẫn muốn nhấn “trả lời” với tâm trạng hậm hực háo thắng, trong khi một “phần” khác chỉ muốn nhún vai cho qua. Hầu hết những người biết tôi đã thấy những “phần” mạnh mẽ, chân thành và cáu kỉnh của tôi; một số đã gặp “con chó nhỏ gầm gừ” đang sống trong tôi. Con tôi hồi tưởng về việc đi nghỉ mát trong gia đình với những “phần” vui vẻ và phiêu lưu của tôi.

Khi bạn bước vào văn phòng vào buổi sáng, nhìn thấy mặt mày sếp hằm hằm, bạn biết chính xác những gì sắp xảy ra. “Phần” giận dữ trong con người có một giọng điệu đặc biệt, từ vựng và điệu bộ riêng. Các “phần” ấy không chỉ là những cảm xúc mà còn là những

cách tồn tại khác nhau, có niềm tin, dự định và vai trò riêng của chúng trong toàn bộ hệ sinh thái cuộc sống của chúng ta.

Việc chúng ta có thể hòa hợp được với bản thân mình phần lớn phụ thuộc vào kỹ năng lãnh đạo nội tâm của chúng ta, chúng ta lắng nghe được những “phần” khác nhau của ta như thế nào, đảm bảo rằng chúng cảm thấy được chăm sóc, và ngăn cản chúng xâu xé lẫn nhau.

Các “phần” thường được coi là tuyệt đối trong khi thực tế chúng chỉ đại diện cho một phần tử của một “chòm sao” phức tạp những tư tưởng, cảm xúc và cảm giác. Nếu Margaret hét lên: “Tôi ghét anh!” khi đang cãi cọ với Joe thì Joe có thể nghĩ rằng cô ấy khinh thường mình và trong giây phút đó, Margaret có thể đồng ý với suy nghĩ này. Nhưng thật ra chỉ có một “phần” của cô ấy tức giận, và một “phần” đó tạm thời che giấu cảm xúc rộng lượng và tình cảm của cô

ấy dành cho Joe. Khi nhìn thấy sự đau khổ trên khuôn mặt của Joe, cô ấy sẽ lại bao dung và vẫn thương yêu anh.

Mọi trường phái lớn trong tâm lý học đều nhận ra rằng con người có những tính chất phi thường và đặt cho những tính chất ấy những cái tên khác nhau. Năm 1890, William James viết: “Phải công nhận rằng tổng thể ý thức có thể được chia thành các phần cùng tồn tại với nhau, không nhận ra sự liên quan lẫn nhau nhưng lại chia sẻ các đối tượng kiến thức cùng nhau”. Carl Jung đã viết: “Tâm lý là một hệ thống tự điều chỉnh giúp duy trì sự cân bằng của nó cũng như của cơ thể”, “Trạng thái tự nhiên của tâm hồn con người bao gồm sự xáo trộn các thành phần và hành vi mâu thuẫn của chúng”. và “Sự hòa giải những mặt đối lập này là một vấn đề lớn. Do đó, đối thủ không ai khác hơn là “con người khác” trong tôi”.

Khoa học thần kinh hiện đại đã khẳng định khái niệm này như là một loại xã hội. Michael Gazzaniga, người đã tiến hành nghiên cứu chia tách não, kết luận rằng tâm trí bao gồm các mô-đun chức năng bán tự động (semiautonomous functioning modules), mỗi phần có một vai trò đặc biệt. Trong cuốn sách *The Social Brain* (Bộ não xã hội) (1985), ông viết: “Từ nghiên cứu [chia tách não] của chúng tôi, có một ý tưởng mới xuất hiện là có nhiều bản ngã và họ không nhất thiết phải trò chuyện với nhau”.

Nhà khoa học MIT – Marvin Minsky – người tiên phong về trí thông minh nhân tạo, tuyên bố: “Truyền thuyết về ‘Cái Tôi’ duy nhất chỉ có thể làm chúng ta lệch khỏi mục tiêu của công cuộc tìm hiểu đó”... Việc có nhiều phần tâm trí khác nhau, một xã hội, bên trong não bộ của bạn là một điều hợp lý. Giống như các thành viên trong gia đình, những tâm trí khác nhau có thể làm việc cùng nhau để giúp đỡ lẫn nhau, mỗi người đều có kinh nghiệm tinh thần của mình mà những người khác không bao giờ biết”¹⁰.

Các nhà trị liệu được đào tạo để nhìn nhận con người là những cá nhân phức tạp có nhiều đặc điểm và tiềm năng có thể giúp họ khám phá hệ thống các “phần” bên trong và chăm sóc các phần bị thương của bản thân. Có một số cách tiếp cận điều trị như vậy, bao gồm mô hình phân ly cấu trúc (the structural dissociation model) do các đồng nghiệp của tôi, Onno van der Hart và Ellert Nijenhuis và Kathy Steel ở Atlanta, phát triển và được áp dụng rộng rãi ở châu Âu và công trình của Richard Kluft ở Mỹ”.

20 năm sau khi làm việc với Mary, tôi đã gặp Richard Schwartz - nhà phát triển liệu pháp hệ thống gia đình nội bộ (Internal family systems therapy - IFS). Chính qua công trình của ông, phép ẩn

dụ “gia đình” của Minsky thực sự đã sống dậy trong tôi và giúp tôi làm việc một cách có hệ thống với những “phần” bị tách ra ở những bệnh nhân sang chấn. Cốt lõi của IFS là khái niệm về việc tâm trí của mỗi người chúng ta giống như một gia đình trong đó các thành viên có mức độ trưởng thành, tính dễ bị kích động, trí tuệ và đau đớn khác nhau. Các “phần” này tạo thành một mạng lưới hoặc hệ thống, trong đó, sự thay đổi ở bất kỳ một “phần” nào đều ảnh hưởng đến tất cả các “phần” khác.

Mô hình IFS đã giúp tôi nhận ra sự phân ly xảy ra liên tục. Khi ta bị sang chấn, hệ thống này sẽ tan vỡ, các “phần” của hệ thống bị phân cực và đối kháng với nhau: sự tự ghê tởm tồn tại chung (và đối kháng) với sự vĩ đại của bản thân, sự yêu thương chăm sóc với lòng hận thù, sự tê liệt và thụ động với cơn thịnh nộ, hiếu chiến. Những “phần” cực đoan trong ta phải hứng chịu gánh nặng của sang chấn.

Trong IFS, một “phần” được xem không chỉ là một trạng thái cảm xúc thoáng qua hay mô hình suy nghĩ thông thường mà còn là một hệ thống tinh thần khác biệt, với lịch sử, khả năng, nhu cầu và thế giới quan của riêng nó. Sang chấn làm tê liệt “phần” niềm tin và cảm xúc, cô lập nó ra khỏi nền tảng giá trị tự nhiên của chúng ta. Ví dụ, tất cả chúng ta đều có những “phần” trẻ trung và vui nhộn. Khi chúng ta bị ngược đãi, các “phần” này bị tổn thương nhiều nhất, và chúng trở nên đông cứng lại, chứa đựng nỗi đau, nỗi kinh hoàng cùng nỗi ám ảnh vì bị phản bội, bị lạm dụng. Gánh nặng này làm chúng trở nên độc hại – là những “phần” mà tâm trí chúng ta cần phải chối bỏ bằng mọi giá. Bởi vì chúng bị nhốt lại bên trong, IFS gọi chúng là “những kẻ lưu đày”.

Khi ấy, các “phần” khác sẽ sắp xếp để bảo vệ gia đình bên trong không bị “những kẻ lưu đày” tấn công. Những “phần bảo vệ” này giữ các “phần độc hại” tránh xa, nhưng cũng đồng thời trở thành những kẻ độc đoán gây hại cho hệ thống cảm xúc. Các nhà quản lý cầu toàn và độc đoán này đảm bảo rằng chúng ta không bao giờ gắn kết với bất cứ ai hoặc thúc đẩy chúng ta phải luôn luôn làm việc không ngừng. Một nhóm bảo vệ khác, mà IFS gọi là lính cứu hỏa, thì phản ứng khẩn cấp, hành động bốc đồng bất cứ khi nào có một trải nghiệm kích hoạt những cảm xúc của “những kẻ lưu đày”.

Mỗi “phần” bị chia tách ra ấy có ký ức, niềm tin, và cảm giác thể chất khác nhau; một số vẫn giữ sự xấu hổ, những số khác thì giận dữ, một số thấy vui vẻ và hứng thú, một số lại thấy cô đơn hoặc luôn chống đối. Đây là tất cả các khía cạnh của trải nghiệm bị lạm dụng. Quan trọng là chúng ta cần hiểu tất cả những “phần” này đều có một chức năng: bảo vệ bản thân khỏi nỗi kinh hoàng có sức mạnh hủy diệt.

Trẻ em bộc lộ nỗi đau đớn của chúng, thay vì kìm nén lại, thường được chẩn đoán là “rối loạn thách thức chống đối”, “rối loạn gắn bó” hoặc “rối loạn cư xử”. Nhưng các chẩn đoán này bỏ qua thực tế là trẻ nổi cơn thịnh nộ và phớt lờ đi mọi thứ chỉ nhằm nỗ lực trong tuyệt vọng để tồn tại. Cố gắng kiểm soát hành vi của một đứa trẻ trong khi không giải quyết vấn đề cơ bản là trẻ bị lạm dụng sẽ dẫn đến các phương pháp điều trị không hiệu quả mà còn có hại. Khi lớn lên, các “phần” của trẻ không tự tích hợp thành một nhân cách thống nhất mà lại tiếp tục dẫn tới một sự tồn tại tương đối tách biệt.

Những phần “bị lưu đày” có thể hoàn toàn không biết đến những “phần” khác của hệ thống. Phần lớn những người đàn

ông từng bị xâm hại tình dục lúc nhỏ mà tôi đã chữa trị đều uống steroid đồng hóa và dành nhiều thời gian nâng tạ trong phòng gym. Những người đàn ông tập thể hình một cách miễn cưỡng này sống trong một nền văn hóa nam tính đầy mờ hôi, bóng đá và bia để che giấu sự yếu đuối và nỗi sợ hãi trong lòng. Chỉ sau khi họ cảm thấy an toàn với tôi thì tôi mới gặp được những đứa trẻ đang sợ hãi bên trong họ.

Bệnh nhân cũng có thể không thích các “phần” bộc lộ ra bên ngoài: Những “phần” giận dữ, phá hoại hoặc phê bình. Nhưng IFS cung cấp một khuôn khổ để chúng ta hiểu được những “phần” này và nói về chúng mà không có thái độ thương hại. Nhận thức được rằng mỗi “phần” đều bị mắc kẹt dưới gánh nặng quá khứ và tôn trọng chức năng của từng “phần” trong toàn bộ hệ thống sẽ giúp chúng ta thấy nó ít có tính đe dọa hơn hoặc ít bị nó áp đảo hơn.

Như Schwartz tuyên bố: “Nếu người ta chấp nhận ý tưởng cơ bản là con người có một cơ chế tự nhiên để nuôi dưỡng sức khỏe của chính họ, thì điều này ngụ ý rằng, khi con người có những vấn đề trong lâu dài nghĩa là có một cái gì đó đang cản trở họ tiếp cận các nguồn lực bên trong họ. Nhận thức được điều này, vai trò của các nhà trị liệu là cộng tác chứ không phải là giảng dạy, đối đầu hoặc lấp đầy lỗ hổng tâm lý của bạn”¹⁴.

Bước đầu tiên trong sự hợp tác này là đảm bảo hệ thống bên trong sẽ chào đón tất cả các “phần” và nhận thức rằng tất cả các “phần”, thậm chí cả “phần” tự tử hoặc tự hủy hoại, đều được hình thành nhằm mục đích bảo vệ hệ thống giá trị bản thân – bất kể giờ đây chúng có vẻ đe dọa đến hệ thống bên trong ấy.

TỰ LÃNH ĐẠO

IFS nhận thấy việc tôi luyện khả năng tự lãnh đạo trong sự tỉnh thức là nền tảng cho việc trị liệu sang chấn. Sự tỉnh thức không chỉ giúp ta quan sát được cảnh quan bên trong mình với lòng trắc ẩn và tò mò mà còn có thể chủ động hướng chúng ta đi đúng hướng để tự chăm sóc bản thân. Tất cả các hệ thống như gia đình, tổ chức, quốc gia chỉ có thể hoạt động khi có sự lãnh đạo tốt và rõ ràng. “Gia đình bên trong” cũng vậy: Tất cả các khía cạnh của bản thân chúng ta đều cần phải tham gia. “Nhà lãnh đạo bên trong” phải phân phối các nguồn lực sẵn có một cách khôn ngoan và cung cấp một tầm nhìn tổng quát cho tất cả các “phần” trong hệ thống.

Richard Schwartz giải thích:

“Hệ thống bên trong của nạn nhân bị lạm dụng khác với hệ thống không-bi-lạm dụng ở chỗ: Nó không được lãnh đạo hiệu quả, các “phần” hoạt động theo những quy tắc cực đoan và thiếu cân bằng, thiếu hài hòa. Thông thường, các “phần” hoạt động xung quanh các giả định đã lỗi thời, với niềm tin bắt nguồn từ việc bị lạm dụng thời thơ ấu. Ví dụ họ tin rằng việc họ tiết lộ bí mật về những trải nghiệm thời thơ ấu mà họ đã phải chịu đựng là điều cực kỳ nguy hiểm.”¹⁵

Điều gì xảy ra khi bản thân mất kiểm soát? IFS gọi đây là “pha trộn”: tình trạng Cái Tôi đồng nhất với một “phần”, như “Tôi muốn tự giết mình” hoặc “Tôi ghét các người”. Chú ý sự khác biệt của “Một phần trong tôi muốn tôi chết” hoặc “Một phần trong tôi bị kích động khi bạn làm điều đó và khiến tôi muốn giết bạn”.

Schwartz đưa ra hai khẳng định giúp mở rộng khái niệm chánh niệm vào lĩnh vực lãnh đạo chủ động. Thứ nhất, Cái Tôi không cần phải vun bồi hay phát triển. Ở những nạn nhân của sang chấn, bên dưới các phần bảo vệ” vẫn tồn tại một bản chất không bị hủy hoại, đó

chính là Cái Tôi tự tin, tò mò và bình tĩnh, một Cái Tôi đã được che chở để không bị những “người bảo vệ” hủy diệt khi những “người bảo vệ” này trỗi dậy nhằm đảm bảo sự sống còn cho nạn nhân. Một khi những “người bảo vệ” tin rằng tình thế đã đủ an toàn thì “họ” sẽ rời đi, Cái Tôi sẽ tự xuất hiện và các “phần” có thể được chữa lành.

Giả định thứ hai, là thay vì làm một người quan sát thụ động, Cái Tôi có ý thức này có thể giúp tái cơ cấu lại hệ thống bên trong và liên lạc với các “phần” để giúp chúng tin tưởng rằng có ai đó bên trong có thể xử lý vấn đề. Một lần nữa, nghiên cứu về khoa học thần kinh cho thấy đây không chỉ là phép ẩn dụ. Chánh niệm làm tăng kích hoạt vùng giữa của vỏ não trán trước và làm giảm kích hoạt các cấu trúc như hạch hạnh nhân, vùng não kích hoạt phản ứng cảm xúc của chúng ta. Điều này giúp chúng ta tăng sự kiểm soát đối với bộ não cảm xúc.

Còn hơn cả việc khuyến khích mối quan hệ giữa một nhà trị liệu và một bệnh nhân, IFS tập trung vào việc nuôi dưỡng mối quan hệ bên trong giữa Cái Tôi và các “phần bảo vệ” khác. Trong mô hình điều trị này, Cái Tôi không chỉ chứng kiến hoặc thụ động quan sát như trong một số phương pháp thiền định truyền thống mà nó có một vai trò lãnh đạo chủ động. Cái Tôi cũng giống như một nhạc trưởng, giúp cho tất cả các bộ phận hoạt động hài hòa như một bản giao hưởng chứ không phải một mớ tạp âm.

TÌM HIỂU THẾ GIỚI NỘI TÂM

Nhiệm vụ của nhà trị liệu là giúp bệnh nhân tách biệt cái hỗn hợp khó hiểu này thành các thực thể riêng biệt, để họ có thể nói: “Phần này của tôi giống như một đứa trẻ, và một phần của tôi trưởng thành hơn nhưng cảm thấy như một nạn nhân”. Họ có thể không thích

những phần này, nhưng việc xác định được chúng giúp họ thấy ít bị chúng đe dọa hoặc áp đảo hơn. Bước tiếp theo là khuyến khích bệnh nhân yêu cầu mỗi “phần bảo vệ” khi trỗi dậy thì hãy tạm thời “lùi lại” để chúng ta có thể nhìn thấy nó đang bảo vệ cái gì. Khi lặp đi lặp lại quá trình này, các “phần” bắt đầu rời ra khỏi Cái Tôi và nhường chỗ cho sự tự quan sát. Bệnh nhân học cách buông bỏ nỗi sợ hãi, sự giận dữ, hoặc ghê tởm mà họ đang có và mở lòng cho những trạng thái tò mò và tự phản ánh (self-reflection). Từ quan điểm ổn định của Cái Tôi, họ có thể bắt đầu trò chuyện với các “phần” của mình.

Bệnh nhân được yêu cầu xác định “phần” liên quan đến vấn đề hiện tại, như cảm thấy vô giá trị, bị bỏ rơi hoặc bị ám ảnh bởi những tư tưởng thù hận. Khi họ tự hỏi: “Những gì bên trong tôi cảm thấy như vậy?” thì một hình ảnh có thể xuất hiện trong tâm trí. Có lẽ là “phần” trầm cảm trông giống như một đứa trẻ bị bỏ rơi hoặc một người đàn ông lớn tuổi, hoặc một y tá chăm sóc người bị thương một “phần” thù hận có thể xuất hiện như một binh sĩ hoặc một thành viên của băng đảng đường phố.

Tiếp theo, nhà trị liệu hỏi: “Bạn cảm thấy thế nào đối với phần đó (buồn bã, thù hận, sợ hãi) của bạn?”. Điều này đặt ra một “sân khấu” để họ tự quan sát chính mình khi tách rời “bạn” khỏi các “phần” đang được nhắc đến. Nếu bệnh nhân có một phản ứng cực đoan như: “Tôi ghét nó”, nhà trị liệu biết rằng có một “phần bảo vệ” bị trộn lẫn với Cái Tôi. Nhà trị liệu có thể hỏi tiếp, “Hãy xem ‘phần’ ghét bỏ này có thể lùi lại không”. Sau đó, “phần bảo vệ” thường được cảm ơn vì sự cảnh giác của nó và yên tâm rằng nó có thể trở lại bất cứ khi nào cần thiết. Nếu “phần bảo vệ” này sẵn lòng làm thế thì câu hỏi tiếp theo là: “Giờ đây bạn cảm thấy thế nào đối với phần (trước kia bị từ

chối) này?”. Có khả năng bệnh nhân sẽ nói: “Tôi không rõ vì sao nó lại như vậy (buồn, thù hận,...)”. Điều này tạo cơ hội để tìm hiểu về “phần” đó tốt hơn, ví dụ bằng cách hỏi xem “phần” đó bao nhiêu tuổi và nó cảm thấy như thế nào.

Một khi bệnh nhân biểu hiện một Cái Tôi tự ti, kiểu đối thoại thế này bắt đầu diễn ra một cách tự phát. Tại thời điểm này, điều quan trọng là nhà trị liệu phải tránh qua một bên và chỉ để ý đến các “phần” khác có thể xen vào hoặc thỉnh thoảng đưa ra ý kiến đồng cảm hoặc đặt câu hỏi như: “Bạn nói gì với “phần” đó về chuyện ấy?”, “Bạn muốn đi đâu vào lúc này?”, “Giờ bạn muốn làm gì tiếp theo?” cũng như những câu hỏi đi tìm Cái Tôi, “Giờ đây bạn cảm thấy như thế nào về phần” này?”.

CUỘC SỐNG TRONG NHỮNG “PHẦN”

Joan nhờ tôi giúp cô quản lý những cơn nóng giận không kiểm soát được và đối phó với tội lỗi của cô ấy vì nhiều lần ngoại tình, đa phần là với huấn luyện viên tennis của cô. Trong buổi gặp đầu tiên, cô nói: “Tôi chuyển từ một người phụ nữ thành một đứa trẻ rên rỉ, một con quỷ cái điên cuồng, một chiếc máy ăn đáng xấu hổ chỉ trong vòng 10 phút. Tôi không biết tôi thực sự là ai trong số những bản ngã này”.

Cũng trong phiên trị liệu này, Joan phê bình các tấm hình dán trên tường của tôi, những món đồ nội thất ọp ẹp và bàn làm việc lộn xộn của tôi. Cách phòng thủ tốt nhất của cô là chê bai, nhục mạ người khác. Cô ấy đã chuẩn bị tâm lý để bị tổn thương một lần nữa khi tuôn ra những lời nhận xét ấy. Nhưng tôi đã làm cô ấy thất vọng khi chẳng phản nản gì.

Cô ấy biết rằng để việc điều trị có tác dụng thì cô phải bộc lộ con người yếu đuối, mất kiểm soát của mình, vì vậy cô ấy đã phải tìm hiểu xem tôi có thể chịu đựng được sự giận dữ, sợ hãi và đau khổ của cô ấy hay không. Tôi nhận ra rằng cách duy nhất để chống lại sự phòng thủ của cô ấy là tỏ ra thật quan tâm đến những chi tiết của cuộc đời cô, thể hiện sự ủng hộ nhiệt tình khi cô ấy đã mạo hiểm đến nói chuyện với tôi và chấp nhận những “phần” mà cô ấy cảm thấy xấu hổ nhất.

Tôi hỏi Joan liệu cô ấy có nhận thấy một “phần” của chính bản thân cô có tính phê phán cao hay không. Cô ấy thừa nhận rằng là có và tôi đã hỏi cô ấy cảm thấy thế nào đối với nhà phê bình đó. Câu hỏi then chốt này cho phép cô bắt đầu tách biệt khỏi “phần” đó và tiếp cận Cái Tôi của mình. Joan đáp rằng cô ghét nhà phê bình vì nó gợi nhớ đến mẹ cô.

Khi tôi hỏi cô ấy cái “phần” quan trọng đó đang bảo vệ cái gì thì sự tức giận của cô giảm xuống và cô trở nên tò mò, trầm ngâm hơn:

“Tôi tự hỏi không hiểu vì sao cô ấy thấy cần phải gọi tôi bằng những cái tên mà mẹ tôi từng gọi tôi, hoặc thậm chí tệ hơn”. Joan nói về cảm giác sợ mẹ khi cô dần lớn lên, cảm giác cô chẳng làm gì nên hồn cả. Nhà phê bình rõ ràng là một người quản lý: Nó không chỉ bảo vệ Joan khỏi tôi, mà còn cố gắng ngăn để tránh lời chỉ trích của mẹ cô.

Vài tuần sau, Joan nói với tôi rằng cô ấy đã bị bạn trai của mẹ lạm dụng tình dục, có lẽ lúc cô học lớp một hoặc lớp hai. Cô nghĩ cô đã bị những mối quan hệ thân mật “hủy hoại”. Trong khi cô ấy đòi hỏi và chỉ trích chồng mình, người mà cô thiếu ham muốn tình dục, thì cô lại say mê và liều lĩnh trong những mối quan hệ ngoài luồng. Nhưng các

cuộc ngoại tình luôn kết thúc giống nhau: Đang làm tình thì cô ấy đột nhiên trở nên sợ hãi và cuộn tròn thành một quả bóng rên rỉ như một cô bé. Những cảnh này khiến cô bối rối và ghê tởm chính mình, thế nên cô chẳng thể tiếp tục gì với người yêu của mình nữa.

Giống như Marilyn trong Chương 8, Joan nói với tôi rằng cô đã học cách khiến mình biến mất khi cô bị lạm dụng tình dục, trôi nổi bồng bềnh và nhìn xuống cảnh một cô gái khác đang bị lạm dụng. Nhờ đây việc bị lạm dụng ra khỏi tâm trí mà Joan có thể đi học bình thường, có bạn gái và tham gia chơi thể thao đồng đội. Rắc rối bắt đầu khi cổ vào tuổi thiếu niên, có kinh thường, cư xử lạnh lùng với những chàng trai đối xử tốt với cô và chuyện quan hệ tình dục khiến cô nhục nhã và hổ thẹn. Joan nói với tôi rằng chứng ăn uống vô độ của cô là một cơ chế để đối phó với người khác và việc quan hệ tình dục với chồng cô cũng giống như việc người khác ỏi ra vậy. Trong khi những ký ức cụ thể về việc bị lạm dụng của cô đã tách ra (phân ly) thì cô vô tình tiếp tục tái hiện nó.

Tôi không cố giải thích cho Joan lý do tại sao cô ấy cảm thấy tức giận, tội lỗi hoặc đóng sập bản thân lại. Cô ấy đã nghĩ mình là kẻ hư hỏng rồi. Trong trị liệu, trọng tâm của quá trình xử lý bộ nhớ chính là quá trình tiếp cận ký ức gây sang chấn một cách từ từ. Để Joan có thể đối phó với nỗi khổ và tổn thương của mình, chúng tôi sẽ phải “chiêu mộ” sức mạnh và lòng tự yêu thương bản thân, cho phép cô tự chữa lành.

Điều này có nghĩa là tập trung vào nhiều nguồn lực bên trong của Joan và tôi tự nhắc nhở mình rằng tôi không thể mang lại cho cô ấy tình yêu và sự quan tâm mà cô ấy đã không nhận được khi còn nhỏ. Nếu các nhà trị liệu, giáo viên hoặc người cố vấn cố gắng lấp đầy

những lỗ hổng của sự thiếu hụt thì họ trở thành sai người, sai thời gian và sai địa điểm. Liệu pháp trị liệu cần tập trung vào mối quan hệ của Joan với chính các “phần” của cô hơn là tập trung vào mối quan hệ của Joan với tôi, nhà trị liệu.

GẶP GỠ NHỮNG NHÀ QUẢN LÝ

Khi tiến trình điều trị của Joan tiến triển, chúng tôi đã xác định được nhiều “phần” khác nhau phụ trách vào những thời điểm khác nhau: một phần trẻ con hiếu chiến hay giận dữ, một phần thanh thiếu niên bướng bỉnh, một phần tự sát, một phần là nhà quản lý ám ảnh, một nhà đạo đức chân chính, và nhiều nữa.

Như thường lệ, chúng tôi đã gặp các nhà quản lý trước. Nhiệm vụ của chúng là ngăn chặn sự sỉ nhục và bỏ rơi để giữ cho cô ấy ổn định và an toàn. Một số nhà quản lý có thể hiếu chiến, như nhà phê bình của Joan, trong khi số khác lại có tính cầu toàn hay kín đáo, cẩn thận để không thu hút quá nhiều sự chú ý. Chúng có thể khuyên chúng ta đừng để tâm đến những gì đang xảy ra và giữ cho chúng ta thụ động để tránh nguy hiểm. Các nhà quản lý bên trong này cũng kiểm soát mức độ chúng ta tiếp cận các cảm xúc để hệ thống tự chủ của ta không bị choáng ngợp.

Để giữ cho hệ thống nằm trong tầm kiểm soát sẽ cần một nguồn năng lượng cực lớn. Chỉ một lời nhận xét mang tính ve vãn thôi cũng có thể kích thích một số phần” cùng lúc: một “phần” bị kích động tình dục mạnh mẽ, một “phần” khác vô cùng tự căm ghét chính mình, một “phần” thứ ba cố gắng trấn tĩnh bằng cách tự cắt cơ thể. Các nhà quản lý khác tạo ra những nỗi ám ảnh và xao lãng hoặc từ chối thực tế. Nhưng mỗi “phần” nên được tiếp cận như là một người bảo vệ

đang duy trì một vị trí phòng thủ quan trọng. Nhà quản lý mang gánh nặng trách nhiệm lớn và thường làm quá mọi thứ lên.

Một số “nhà quản lý” cực kỳ giỏi. Nhiều bệnh nhân của tôi giữ vị trí cao trong công việc, làm công việc chuyên môn xuất sắc và có thể trở thành những bậc phụ huynh tận tụy tuyệt vời. Nhà quản lý đầy phê phán của Joan chắc chắn đóng góp vào sự thành công của cô trong vai trò một bác sĩ nhãn khoa. Tôi đã có nhiều bệnh nhân là giáo viên hoặc y tá có tay nghề cao. Các đồng nghiệp của họ có thể cảm thấy họ xa cách hoặc dè dặt, nhưng đều không ngờ rằng họ lại có thể tự cắt cơ thể, rối loạn ăn uống hoặc có những hành vi tình dục kỳ quái.

Dần dần Joan bắt đầu nhận ra việc cô đồng thời trải nghiệm những cảm xúc hoặc suy nghĩ mâu thuẫn là chuyện bình thường và điều đó đã giúp cô tự tin hơn khi đối mặt với những mục tiêu sắp tới. Thay vì tin rằng sự ghét bỏ làm tiêu hao toàn bộ bản thân cô thì cô hiểu rằng chỉ có một “phần” của cô cảm thấy bị sự ghét bỏ đó làm cho tê liệt mà thôi. Tuy nhiên, sau một lần bị đánh giá tiêu cực ở nơi làm việc, thái độ của Joan thay đổi hoàn toàn, cô tự trách vì đã không tự bảo vệ mình, sau đó cô cảm thấy nhút nhát, yếu đuối và bất lực.

Khi tôi hỏi cô ấy cái “phần” bất lực đó nằm ở đâu trong cơ thể của cô và cô cảm thấy như thế nào thì cô ấy đã kháng cự lại. Joan nói với tôi rằng cô ấy không thể chịu đựng được cái phần con gái yếu đuối, kém cỏi, chỉ khiến cô thấy xấu hổ và bị khinh thường. Tôi nghi ngờ “phần” này nắm giữ nhiều ký ức về việc cô bị lạm dụng và tôi quyết định không gây áp lực cho cô vào thời điểm này. Cô ấy rời khỏi phòng làm việc của tôi trong ủ rũ và buồn bã.

Ngày hôm sau, cô đã lục lọi tủ lạnh, ăn điên cuồng rồi ói suốt cả tiếng. Khi trở lại văn phòng của tôi, Joan nói với tôi rằng cô muốn tự tử. Và cô rất ngạc nhiên khi thấy tôi đã không tò mò, không phán xét cũng như không lên án cô vì chứng rối loạn ăn uống cũng như ý muốn tự tử. Khi tôi hỏi Joan “phần nào có liên quan thì “nhà phê bình” quay trở lại và thốt lên: “Cô ta thật đáng kinh tởm”. Khi Joan yêu cầu “phần” đó lùi lại, “phần” tiếp theo nói: “Sẽ chẳng có ai yêu tôi cả”, rồi tiếp ngay sau đó lại là “nhà phê bình” nói với tôi rằng cách tốt nhất để giúp cô ấy là bỏ qua tất cả ồn ào đó và tặng liều thuốc cho cô.

Rõ ràng, với mong muốn bảo vệ những “phần” bị thương tích của Joan, những nhà quản lý này đã vô tình làm hại cô. Vì vậy, tôi vẫn hỏi họ nghĩ chuyện gì sẽ xảy ra nếu họ lùi lại. Joan đáp: “Người ta sẽ ghét tôi” và “Tôi sẽ lẻ loi một mình”. Sau đó là một ký ức: Mẹ của cô đã nói với cô rằng nếu cô không vâng lời, cô sẽ bị cho đi làm con nuôi và không bao giờ nhìn thấy chị em hoặc con chó của mình thêm lần nào nữa. Khi tôi hỏi Joan cảm thấy thế nào về cô gái đầy sợ hãi đó, Joan đã khóc và nói rằng cô gái ấy thật đáng thương.

DẠP LỬA

Tuần sau, Joan không đến gặp tôi. Chúng tôi đã kích hoạt “những kẻ bị đày” trong cô và những người “lính cứu hỏa” của cô đang nổi cơn thịnh nộ. Sau này cô đã nói với tôi, buổi tối sau khi chúng tôi nói chuyện về nỗi sợ hãi bị cho làm con nuôi, cô cảm thấy như thể cô sẽ nổ tung ra khỏi chính mình. Cô ấy đã đi đến một quán rượu và chọn một chàng trai. Cô về nhà trễ, say bí tỉ và bồn chồn. Cô ấy không muốn nói chuyện với chồng mình và ngủ thiếp đi trong phòng làm việc. Sáng hôm sau cô đã hành động như thể không có gì xảy ra.

“Lính cứu hỏa” sẽ làm bất cứ điều gì để xua tan cảm giác đau đớn. Ngoài nhiệm vụ nhất “những kẻ bị đày”, họ còn trái ngược với những “nhà quản lý”: Nhà quản lý thì muốn kiểm soát, trong khi “lính cứu hỏa” sẽ phá hủy cả ngôi nhà để dập tắt lửa. Cuộc đấu tranh giữa các nhà quản lý kiên cường và các lính cứu hỏa ngoài tầm kiểm soát sẽ tiếp tục cho đến khi những kẻ lưu vong đang mang gánh nặng sang chấn được phép trở về nhà và được chăm sóc.

Bất cứ ai làm việc với những người sống sót đều gặp “lính cứu hỏa”. Tôi từng gặp những “lính cứu hỏa” kiểu cuồng mua sắm, nghiện rượu, nghiện trò chơi điện tử, liên tục ngoại tình, hay tập thể dục miễn cưỡng. Những việc này có thể làm lu mờ nỗi kinh hoàng và xấu hổ của đứa trẻ bị lạm dụng, dù chỉ trong một vài giờ.

Cần phải nhớ rằng, về cốt lõi, các lính cứu hỏa cũng đang cố gắng hết sức để bảo vệ hệ thống. Không giống như người quản lý thường hợp tác một cách hời hợt trong quá trình điều trị, các lính cứu hỏa không biết kiềm chế: Họ văng tục và xông ra khỏi phòng. Họ tin rằng những “cảm xúc bị đày ải” sẽ làm hỏng toàn bộ hệ thống. Họ cũng không biết có nhiều cách tốt hơn để đảm bảo sự an toàn về thể chất và tinh thần. Thậm chí ngay cả khi những hành vi như cuồng ăn và tự cắt tay ngừng lại thì những lính cứu hỏa này vẫn sẽ tìm ra các cách khác để tự hủy hoại bản thân. Những chu kỳ này chỉ chấm dứt khi Cái Tôi có thể đứng ra nhận lãnh trách nhiệm và hệ thống cảm thấy an toàn.

GÁNH NẶNG CỦA ĐỘC TỐ

Những “kẻ bị đày” là bãi thải độc hại của hệ thống. Bởi vì chúng giữ những ký ức, cảm giác, niềm tin và cảm xúc liên quan đến sang chấn như khiếp sợ, gục ngã, thỏa hiệp, nên việc giải phóng chúng có

thể gây nguy hiểm. Những kẻ bị đày có thể thể hiện dưới hình thức cảm giác thể chất đau đớn hoặc trống rỗng và họ xúc phạm cá tính hợp lý của nhà quản lý lẫn lòng dũng cảm của lính cứu hỏa.

Giống như hầu hết những người sống sót sau nạn loạn luân, Joan ghét những “kẻ bị đày”, đặc biệt là cái cô bé đã đáp ứng nhu cầu tình dục của kẻ ngược đãi và đưa trẻ sợ hãi nằm rên rỉ một mình trên giường. Khi những kẻ bị đày áp đảo các nhà quản lý, chúng sẽ kiểm soát chúng ta, chúng ta không còn gì ngoài những đứa trẻ bị bỏ rơi, yếu đuối, không được yêu thương. Cái tuổi bị “pha trộn” với những kẻ bị đày, và mọi lựa chọn để thay thế đều bị che khuất. Sau đó, như Schwartz chỉ ra: “Chúng ta nhìn thấy chính mình và thế giới qua đôi mắt của họ và tin rằng đó là thế giới. Trong trạng thái này, chúng ta sẽ chẳng nhận ra rằng mình đã bị chiếm hữu”¹⁷.

Tuy nhiên, việc nhất những kẻ bị đày lại không chỉ gạt đi những ký ức và cảm xúc mà còn gạt bỏ luôn những “phần” đang nắm giữ phần ký ức và cảm xúc ấy, những “phần” bị sang chấn làm cho tổn thương nhiều nhất. Như Schwartz đã nói: “Thông thường, đó là những phần nhạy cảm, sáng tạo nhất của bạn, yêu thương, sống động, vui tươi và vô tội. Việc lưu đày chúng khi chúng bị tổn thương sẽ khiến chúng phải chịu đựng hai cú sốc một lúc, sự sỉ nhục của việc bị chối từ cộng thêm vết thương ban đầu”¹⁸. Như đã Joan phát hiện ra, việc che giấu và khinh miệt những kẻ bị đày buộc cô phải sống mà không có sự thân mật hay niềm vui chân thật nào.

MỞ KHÓA QUÁ KHỨ

Vài tháng sau khi điều trị Joan, chúng tôi lại chạm phải một cô gái bị lưu đày, cô gái mang nỗi nhục nhã, bối rối và xấu hổ về tình dục của Joan. Đến lúc đó, Joan đã tin tưởng tôi và phát triển đủ ý thức về

bản thân để có thể chịu đựng được khi quan sát chính cô lúc còn nhỏ với tất cả những cảm xúc khủng khiếp, háo hức, đầu hàng và đồng lõa. Cô ấy đã không nói nhiều trong quá trình này. Nhiệm vụ chính của tôi là giữ cô ấy trong trạng thái bình tĩnh tự quan sát. Cô thường có khuynh hướng bỏ chạy khỏi sự ghê tởm và kinh hoàng, để mặc đứa trẻ bị chối từ này ở lại một mình trong nỗi khốn khổ của nó. Vào những lúc này, tôi đề nghị những “người bảo vệ” của Joan hãy lùi lại để Joan tiếp tục lắng nghe những gì mà cô gái bé bỏng ấy muốn nói cho cô biết.

Cuối cùng, với sự động viên của tôi, Joan đã có thể xông vào hiện trường và đưa cô gái đi cùng mình đến một nơi an toàn. Cô kiên quyết nói với kẻ ngược đãi rằng cô sẽ không bao giờ để hắn đến gần cô bé ấy nữa. Thay vì từ chối đứa trẻ, cô đã đóng một vai trò tích cực trong việc giải phóng nó. Như trong EMDR, sang chấn sẽ được giải quyết khi cô có khả năng truy cập trí tưởng tượng của mình và viết lại những cảnh đã khiến cô bị đông cứng cách đây rất lâu. Sự thụ động bất lực đã được thay thế bởi hành động do Cái Tôi quyết định.

Một khi Joan bắt đầu sở hữu những động lực và hành vi của mình, cô nhận ra sự trống rỗng trong mối quan hệ với chồng, anh Brian, và cô bắt đầu quan tâm đến việc thay đổi mối quan hệ này. Tôi nói cô hãy đi cùng Brian đến gặp tôi. Trước khi Brian gặp riêng tôi thì Joan đã trị liệu với tôi được tám buổi.

Schwartz quan sát được rằng IFS có thể giúp các “thành viên trong gia đình” làm “cố vấn” cho nhau khi họ học cách quan sát những “phần” của một người tương tác với người khác như thế nào. Tôi đã trực tiếp chứng kiến điều này với Joan và Brian. Brian ban đầu khá tự hào về việc đã phải chịu đựng hành vi của Joan từ lâu, cảm

thấy rằng cô ấy thực sự cần anh và việc này đã giúp anh cân nhắc lại việc ly hôn. Nhưng giờ đây cô lại muốn gần gũi hơn, anh cảm thấy bị ép buộc và không thể thích ứng, điều này khiến anh bộc lộ một “phần” dễ hoang mang và dựng nên một bức tường ngăn cách cảm xúc.

Dần dần, Brian bắt đầu nói về việc anh lớn lên trong một gia đình bị ảnh hưởng bởi rượu, nơi những hành vi say xỉn như Joan thường được bỏ qua. Cha anh có lúc phải vào trung tâm cai nghiện, mẹ anh nhiều lần nhập viện vì bệnh trầm cảm và tự tử. Khi tôi hỏi “phần” hoảng hốt của anh là chuyện gì sẽ xảy ra nếu nó cho phép Brian cảm nhận bất cứ điều gì, thì anh ta thể hiện sự sợ hãi khi bị nỗi đau đớn xâm lấn, nỗi đau của thời thơ ấu nay được chồng thêm nỗi đau trong mối quan hệ với Joan, vợ anh.

Trong vài tuần tiếp theo đó, các “phần” khác xuất hiện. Đầu tiên là một “người bảo vệ” vốn sợ phụ nữ và quyết tâm không bao giờ để

Brian bị tổn thương vì sự thao túng của phụ nữ. Sau đó, chúng tôi phát hiện ra một “phần” chăm sóc mạnh mẽ trong anh đã chăm sóc mẹ và anh chị em của mình. Phần này đã cho Brian một cảm giác về giá trị của bản thân, một mục đích và cách để đối phó với nỗi sợ hãi của mình. Cuối cùng, Brian đã sẵn sàng để gặp “kẻ bị đày” của mình, một đứa bé sợ hãi, không có mẹ, không ai chăm sóc.

Đây là một phiên bản rất ngắn của một chuyến thám hiểm dài, có nhiều lần chuyển hướng, giống như khi nhà phê bình của Joan xuất hiện. Nhưng ngay từ đầu, IFS đã giúp Joan và Brian lắng nghe bản thân, lắng nghe lẫn nhau từ quan điểm của một Cái Tôi khách quan, tò mò và từ bi. Họ đã không còn bị nhốt trong quá khứ và một loạt các khả năng mới mở ra cho họ.

SỨC MẠNH CỦA LÒNG TỰ TRẮC ẢN: ÁP DỤNG IFS TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Nancy Shadick là bác sĩ chuyên khoa xương khớp ở bệnh viện Brigham and Women tại Boston. Cô đã quyết định kết hợp phương pháp IFS vào nghiên cứu can thiệp tâm lý xã hội với bệnh nhân mắc bệnh viêm khớp dạng thấp (Rheumatoid Arthritis – RA).

RA là một bệnh tự miễn dịch, gây ra các chứng viêm trên cơ thể, dẫn đến chứng đau kinh niên và tàn tật. Thuốc có thể trì hoãn tiến triển của bệnh và giảm đau, nhưng không có cách chữa trị hoàn toàn. Bệnh nhân sống chung với RA có thể dẫn đến trầm cảm, lo lắng, cô lập và suy giảm chất lượng cuộc sống. Tôi theo dõi nghiên cứu này với sự quan tâm đặc biệt bởi vì mối liên hệ tôi đã quan sát được giữa sang chấn và bệnh tự miễn dịch.

Tiến sĩ Shadick đã làm việc với chuyên gia trị liệu IFS cao cấp Nancy Sowell để tạo ra một nghiên cứu ngẫu nhiên kéo dài chín tháng, trong đó một nhóm bệnh nhân RA sẽ nhận được cả hướng dẫn theo nhóm lẫn hướng dẫn cá nhân trong IFS, còn một nhóm đối chứng sẽ thường xuyên nhận được thư và các cuộc điện thoại liên quan đến các triệu chứng và quản lý bệnh. Cả hai nhóm tiếp tục uống thuốc của họ như bình thường. Họ được các bác sĩ chuyên khoa thấp khớp đánh giá định kỳ và các chuyên gia này không biết bệnh nhân thuộc nhóm nào.

Mục đích của nhóm IFS là dạy bệnh nhân cách chấp nhận và hiểu nỗi sợ hãi không thể tránh khỏi của họ, sự tuyệt vọng và tức giận và học cách đối xử với những cảm xúc đó như là thành viên của “gia đình bên trong” của chính họ. Họ sẽ học những kỹ năng đối thoại bên trong để giúp họ nhận ra nỗi đau của mình, xác định những suy

ngĩ và cảm xúc đi kèm, sau đó tiếp cận những trạng thái bên trong với sự quan tâm và lòng trắc ẩn.

Một vấn đề cơ bản đã sớm xuất hiện. Giống như nhiều người sống sót sau sang chấn, các bệnh nhân RA đều bị mù cảm xúc. Như Nancy Sowell sau này đã kể với tôi, họ không bao giờ phàn nàn về sự đau đớn hoặc khuyết tật của mình trừ khi họ bị quá ngưỡng chịu đựng. Khi được hỏi họ cảm thấy thế nào, họ hầu như luôn trả lời: “Tôi ổn”. Những phần khắc kỷ trong họ rõ ràng đã giúp họ đối phó, nhưng những nhà quản lý này cũng giữ họ trong trạng thái phủ nhận. Một số người đã che giấu cảm giác và cảm xúc về cơ thể đến mức họ không thể hợp tác hiệu quả với bác sĩ của mình.

Để thay đổi điều này, những người dẫn dắt nhóm nghiên cứu đã giới thiệu các “phần” IFS, sắp xếp lại “phương tiện và đạo cụ” đại diện cho người quản lý, kẻ lưu vong và lính cứu hỏa. Trong vài tuần, các thành viên trong nhóm bắt đầu kể rằng những người quản lý đã bảo họ “cười và chịu đựng” vì chẳng ai muốn nghe họ than vãn về nỗi đau của mình đâu. Sau đó, khi họ yêu cầu những “phần” khắc kỷ này lùi lại, họ bắt đầu thừa nhận “phần” giận dữ muốn hét lên và đập phá, “phần” muốn nằm trên giường suốt ngày và “kẻ bị đày” cảm thấy vô ích vì không được phép lên tiếng.

Liệu pháp IFS cá nhân đã giúp bệnh nhân áp dụng ngôn ngữ của các “phần” vào các vấn đề hằng ngày. Ví dụ, một phụ nữ cảm thấy mắc kẹt trong những cuộc xung đột trong công việc của mình, nơi mà người quản lý nhấn mạnh rằng cách duy nhất để giải thoát là làm việc hết mức cho đến khi RA của cô ấy bùng lên. Với sự giúp đỡ của nhà trị liệu, cô nhận ra cô có thể chăm sóc cho nhu cầu của mình mà không làm cho mình bị bệnh.

Hai nhóm, nhóm IFS và nhóm đối chứng, đã được đánh giá ba lần trong suốt chín tháng nghiên cứu và được đánh giá thêm một lần nữa cách sau một năm. Cuối tháng thứ chín, nhóm IFS cho thấy có sự cải thiện đáng kể về đau khớp, chức năng thể chất, lòng trắc ẩn và Cơn đau toàn thân so với nhóm đối chứng. Họ cũng cho thấy những cải thiện đáng kể về triệu chứng trầm cảm và có thêm sự tự tin vào năng lực bản thân. Sự gia tăng nhận thức về cơn đau và triệu chứng trầm cảm của nhóm IFS được duy trì một năm sau đó mặc dù các kiểm tra y tế khách quan không phát hiện được sự cải thiện đáng kể về cơn đau hoặc chức năng. Nói cách khác, điều đã thay đổi nhiều nhất chính là khả năng chung sống với căn bệnh của họ. Trong phần kết luận, Shadick và Sowell nhấn mạnh sự tập trung của IFS vào lòng tự trắc ẩn là một yếu tố then chốt.

Đây không phải là nghiên cứu đầu tiên cho thấy các can thiệp tâm lý có thể giúp đỡ bệnh nhân RA. Các liệu pháp nhận thức hành vi và các thực hành dựa vào chánh niệm cũng cho thấy có ảnh hưởng tích cực đến cơn đau, viêm khớp, khuyết tật cơ thể và trầm cảm. Tuy nhiên, không có nghiên cứu nào đặt ra được câu hỏi then chốt: Có phải hệ miễn dịch hoạt động tốt hơn là do sự an toàn và thoải mái về tâm lý tăng lên?

GIẢI PHÓNG ĐỨA TRẺ BỊ LƯU ĐÀY

Peter là người đứng đầu khoa ung thư của một trung tâm nghiên cứu y tế có uy tín và chuyên nghiệp nhất Hoa Kỳ. Anh sở hữu cơ thể hoàn hảo và thường xuyên tập thể dục. Khi ngồi trong văn phòng của tôi, anh tỏ ra tự tin đến mức kiêu ngạo. Trông anh gần như không có vẻ gì đang bị ảnh hưởng bởi PTSD. Anh nói với tôi rằng anh chỉ muốn biết làm cách nào có thể giúp vợ mình bớt thích “đụng chạm”

chồng hơn. Vợ anh dọa sẽ bỏ anh nếu anh không chấm dứt cái kiểu “hành xử nhẫn tâm” với vợ, tức là không thích cho vợ đụng chạm vào người. Peter quả quyết với tôi rằng vợ anh có nhận thức méo mó về anh vì anh luôn rất đồng cảm với các bệnh nhân.

Anh thích nói chuyện về công việc, anh tự hào vì bệnh nhân và đồng nghiệp phải cạnh tranh khốc liệt để được làm việc với anh cũng như những lời đồn về việc nhân viên của anh khiếp sợ anh. Anh tự coi mình là một người thẳng tính đến tàn nhẫn, một người chỉ luôn nhìn vào sự thật. Rồi anh nhìn tôi đầy ẩn ý, nói rằng anh rất ít kiên nhẫn với những người ngu ngốc. Peter có những tiêu chuẩn cao, nhưng không cao hơn những tiêu chuẩn mà anh tự đặt ra cho chính mình, và anh ấy đảm bảo với tôi rằng anh không cần tình yêu của bất cứ ai, chỉ cần sự tôn trọng của họ.

Peter cũng nói với tôi rằng đợt thực tập đi luân khoa trong trường y đã thuyết phục anh rằng các bác sĩ tâm thần vẫn còn thực hành những phép phù thủy và một chút trải nghiệm của anh trong liệu pháp hòa giải cặp đôi đã tiếp tục khẳng định ý kiến đó. Anh tỏ ra khinh thường những người đổ lỗi cho cha mẹ hoặc xã hội về những vấn đề của họ. Dù anh có chia sẻ nỗi đau khổ khi còn nhỏ nhưng anh đã quyết tâm không bao giờ nghĩ mình là nạn nhân.

Mặc dù sự cứng rắn và lòng yêu thích sự rõ ràng của Peter đã thu hút tôi, nhưng tôi vẫn băn khoăn liệu chúng tôi có thể khám phá ra điều mà tôi thường thấy hay không: Những người quản lý bên trong, cái “phần” bị ám ảnh bởi quyền lực, thường được tạo ra để làm một bức tường ngăn cản cảm giác bất lực.

Khi tôi hỏi về gia đình, Peter nói rằng cha anh điều hành một Công ty. Ông là một người sống sót sau cuộc tàn sát người Do Thái.

Cha anh có phần tàn bạo và đòi hỏi nhưng cũng là người dịu dàng và giàu tình cảm. Chính cha đã truyền cảm hứng cho Peter trở thành một bác sĩ.

Khi anh kể về mẹ, lần đầu tiên anh nhận ra rằng mẹ anh vì mãi làm việc nhà mà xao nhãng chuyện quan tâm, yêu thương con cái, nhưng điều này không hề làm Peter thấy phiền lòng. Anh đi học và luôn đạt điểm A. Anh đã thể sẽ sống một cuộc đời không bị từ chối và không phải xấu hổ, nhưng trớ trêu thay, khi trưởng thành, anh đã phải sống với cái chết và sự từ chối mỗi ngày: Cái chết của những bệnh nhân ung thư và việc anh phải không ngừng tranh đấu để tìm kiếm nguồn tài trợ cho các nghiên cứu khoa học và cơ hội công bố các nghiên cứu.

Trong buổi gặp tiếp theo với tôi, Peter đi cùng vợ. Cô kể rằng Peter luôn chê bai vợ đủ điều, từ gu thẩm mỹ, cách nuôi dạy con, thói quen đọc sách, trí thông minh, đến cả bạn bè của vợ. Anh hiếm khi ở nhà và ít khi biểu lộ tình cảm. Vì anh có rất nhiều trách nhiệm quan trọng và quá nóng nảy nên cả nhà luôn luôn phải đi nhẹ nói khẽ mỗi khi ở cạnh anh. Cô đã quyết tâm bỏ chồng để bắt đầu một cuộc sống mới trừ khi chồng chịu thực hiện một số thay đổi cơ bản. Lúc này, lần đầu tiên tôi thấy Peter đau khổ rõ ràng. Anh đảm bảo với tôi và vợ rằng anh muốn cải thiện mọi chuyện.

Tại cuộc gặp tiếp theo, tôi yêu cầu Peter thư giãn cơ thể, nhắm mắt lại, tập trung chú ý vào chính nội tâm của mình và tự hỏi cái “phần” ưa chỉ trích, phê bình trong anh rằng anh sợ điều gì sẽ xảy ra khi ngừng chỉ trích vợ. Sau khoảng 30 giây, anh nói rằng anh cảm thấy ngu ngốc khi... tự nói chuyện với chính mình.

Anh bảo anh không muốn thử một mảnh lời quảng cáo mới mà muốn được áp dụng “một liệu pháp đã được kiểm chứng”. Tôi cam đoan với anh rằng tôi cũng giống như anh, tôi luôn đi đầu trong các liệu pháp dựa trên thực nghiệm và rằng đây là một trong số các phương pháp đó. Anh im lặng khoảng một phút, rồi thì thầm: “Tôi sẽ bị tổn thương”.

Tôi yêu cầu anh tự hỏi phần con người ưa chỉ trích trong anh rằng sự chỉ trích có những ý nghĩa gì. Vẫn nhắm mắt, Peter trả lời: “Nếu bạn chỉ trích ai đó, họ sẽ không dám làm tổn thương bạn”. Sau đó anh đáp: “Nếu bạn là người hoàn hảo thì không ai có thể chỉ trích bạn”. Tôi yêu cầu anh hãy cảm ơn nhà phê bình trong anh vì đã bảo vệ anh khỏi bị tổn thương và làm nhục. Khi anh ấy lại im lặng, tôi có thể thấy vai anh thả lỏng, hơi thở trở nên chậm và sâu hơn.

Rồi anh nói với tôi rằng anh biết sự nhút nhát của anh đang ảnh hưởng đến mối quan hệ của anh với các đồng nghiệp và sinh viên, anh cảm thấy cô đơn và bị coi thường trong các cuộc họp của nhân viên, cảm thấy không thoải mái khi dự các bữa tiệc của bệnh viện. Khi tôi hỏi liệu anh có muốn thay đổi cách mà “phần” giận dữ của anh đe dọa người khác, anh đáp rằng anh đã làm. Sau đó, tôi hỏi anh nó được đặt ở đâu trong cơ thể anh và Peter nói anh thấy nó giữa ngực mình. Vẫn giữ cho anh tập trung vào bên trong chính mình, tôi hỏi anh cảm thấy về nó như thế nào. Anh nói rằng nó làm anh sợ.

Tiếp theo, tôi yêu cầu anh tập trung vào nó và giờ thì anh đang cảm thấy nó như thế nào. Anh nói rằng anh tò mò muốn biết thêm về nó. Tôi hỏi anh nó bao nhiêu tuổi. Anh đáp rằng khoảng ba tuổi. Tôi đề nghị anh hỏi xem nhà phê bình trong anh đang cố bảo vệ điều gì. Sau một hồi lâu im lặng, vẫn nhắm mắt, anh nói với tôi rằng anh đang

chứng kiến một cảnh tượng khi anh còn nhỏ: Cha của anh đang đánh đập một cậu bé chính là anh, và anh đứng một bên nghĩ rằng đứa bé đó thật ngu khi chọc giận cha mình.

Khi tôi hỏi anh cảm thấy như thế nào về đứa bé bị đánh đập, anh nói rằng anh căm ghét nó. Nó là một kẻ yếu đuối và luôn rên rỉ. Vừa mới tỏ ra chống đối bố xong là nó đầu hàng và rên rỉ nói rằng nó hứa sẽ ngoan ngoãn. Nó không có gan, chẳng có chút khí khái nào cả. Tôi hỏi nhà phê bình xem anh ta có thể bước qua một bên để chúng tôi có thể thấy điều gì đang xảy ra với cậu bé đó không. Để \đáp lại, nhà phê bình trong anh xuất hiện nguyên hình và gọi cậu bé ấy bằng những từ ngữ như “đồ thỏ đế”, “đồ đàn bà”. Tôi hỏi Peter một lần nữa rằng nhà phê bình trong anh có sẵn sàng bước sang một bên và cho cậu bé một cơ hội để nói chuyện không, anh im bật, bật dậy bỏ đi một nước và bảo rằng sẽ không bao giờ đặt chân vào văn phòng của tôi nữa.

Nhưng tuần sau Peter đã quay lại vì vợ anh dọa sẽ ly hôn, cô ấy đã đi gặp luật sư và nộp đơn ly hôn rồi. Trông anh vô cùng đau khổ, không còn là vị bác sĩ tự tin tự tại mà tôi từng biết. Anh bối rối khi đối diện với hậu quả gia đình tan vỡ. Anh cảm thấy được an ủi bởi ý nghĩ nếu mọi thứ trở nên tồi tệ, có thể anh sẽ tự tử.

Chúng tôi lại quay trở vào bên trong anh và xác định cái “phần” đang sợ hãi vì bị bỏ rơi. Khi anh đang trong trạng thái tập trung, tôi đã thúc giục anh yêu cầu đứa trẻ đang sợ hãi này cho anh thấy những gánh nặng mà cậu bé đang phải chịu đựng. Một lần nữa, phản ứng đầu tiên của anh là ghê tởm sự yếu đuối của cậu bé. Nhưng sau khi tôi yêu cầu “phần” này lùi lại, anh đã nhìn thấy hình ảnh mình là một cậu bé trong nhà của bố mẹ, đang ở một mình trong phòng, đang la

hét, khiếp sợ. Peter quan sát cảnh này trong vòng vài phút, lặng lẽ khóc. Tôi hỏi liệu cậu bé có từng nói với anh tất cả những gì anh muốn biết không. Cậu trả lời là không, còn những cảnh khác nữa, như cảnh chạy lại ôm chầm lấy bố mà bị ăn bạt tai vì không nghe lời mẹ.

Thình thoảng, Peter lại làm gián đoạn quá trình này bằng cách giải thích lý do tại sao bố mẹ anh không cư xử tốt hơn, vì họ là những người sống sót sau thảm họa diệt chủng người Do Thái. Điều đó ngụ ý giải thích cho tất cả mọi thứ. Một lần nữa, tôi đề nghị Peter tìm những “phần bảo vệ” đã làm gián đoạn việc chứng kiến nỗi đau của cậu bé và yêu cầu họ di chuyển tạm thời sang phòng khác. Và sau mỗi lần như thế, anh có thể quay trở lại với nỗi đau của mình.

Tôi yêu cầu Peter nói với cậu bé rằng giờ anh đã hiểu những trải nghiệm đó tồi tệ đến thế nào. Anh ngồi im lặng, buồn bã thật lâu. Sau đó tôi yêu cầu anh chứng tỏ cho cậu bé ấy thấy rằng anh quan tâm đến cậu đến thế nào. Sau một vài lời vỗ về, anh vòng tay ôm lấy cậu bé. Tôi đã rất ngạc nhiên khi thấy người đàn ông có vẻ khắc nghiệt và vô tâm này biết chính xác cách tự chăm sóc chính mình.

Sau đó, được một lúc, tôi thúc giục Peter trở lại hiện trường và đưa cậu bé đi với anh. Peter tưởng tượng mình đang đối mặt với bố mình như một người đàn ông trưởng thành, dám nói với bố rằng: “Nếu ông còn đụng đến cậu bé đó một lần nữa, tôi sẽ không để yên”. Sau đó, trong tưởng tượng của mình, anh đưa đứa bé đến một khu cắm trại đẹp mà anh biết. Ở nơi đó, cậu bé vui chơi, nô đùa với những chú ngựa, còn anh thì vui vẻ ngắm nhìn cậu.

Công việc của chúng tôi chưa chấm dứt ở đó. Sau khi vợ anh rút đơn ly hôn, một vài tính tình cũ của anh lại quay trở lại và thi thoảng

chúng tôi vẫn phải đến thăm cậu bé cô đơn trong anh để đảm bảo rằng những phần bị tổn thương của Peter đang được chăm sóc, nhất là mỗi khi anh cảm thấy bị tổn thương khi ở nhà hay khi đang làm việc. Đây là giai đoạn IFS gọi là “trút bỏ gánh nặng” (unburdening) và nó tương ứng với việc chăm sóc cho các “phần bị đầy” đó khỏe mạnh trở lại. Với mỗi một lần trút bỏ gánh nặng, những nhà phê bình gay gắt của Peter trước kia giờ đây đã thanh thản và dần dần trở thành những người thầy hơn là những người phán xét, và anh bắt đầu hàn gắn các mối quan hệ với gia đình và đồng nghiệp. Anh không còn phải chịu đựng những cơn đau đầu dai dẳng nữa.

Một ngày nọ, Peter nói với tôi rằng anh đã dành cả tuổi thanh xuân của mình để cố quên đi quá khứ mà không hề hay biết rằng muốn buông được quá khứ thì trước tiên phải tiến lại nó thật gần.

Chương 18

LẤP ĐẦY NHỮNG KHOẢNG TRỐNG: KIẾN TẠO CÁC CẤU TRÚC

Phát hiện vĩ đại nhất trong thế hệ của tôi là con người có thể thay đổi cuộc đời mình bằng cách thay đổi thái độ của mình.

William James

Không phải là ta thấy những điều khác biệt, mà đó là ta nhìn theo những cách khác nhau.

Carl Jung

Xử lý những ký ức sang chấn là một chuyện, đối mặt với khoảng trống bên trong lại là chuyện hoàn toàn khác, những lỗ hổng trong tâm hồn vì chẳng ai cần mình, chẳng ai nhìn thấy mình, và mình không được phép nói ra sự thật. Nếu khuôn mặt của bố mẹ bạn không bao giờ sáng lên khi họ nhìn bạn thì sẽ thật khó cho bạn để biết thế nào là được yêu và trân trọng. Nếu bạn đến từ một thế giới khó hiểu, đầy bí mật và sợ hãi, thì bạn hầu như không thể tìm được từ ngữ để diễn tả những gì bạn đã chịu đựng. Nếu bạn lớn lên mà không ai chào đón bạn và bạn bị bỏ rơi thì quả là một thách thức lớn

để bạn có được sự tự ý thức từ bên trong và hiểu giá trị của bản thân.

Nghiên cứu do Judy Herman, Chris Perry và tôi thực hiện (xem chương 9) cho thấy đối với những người khi còn nhỏ đã có cảm nhận là mình không được ai mong đợi và những người không nhớ cảm giác an toàn với bất cứ ai khi lớn lên thì các liệu pháp tâm lý thông thường thường không giúp ích gì được cho họ, có lẽ bởi vì họ không thể kích hoạt được những dấu vết cũ của cảm giác được ai đó chăm sóc.

Tôi có thể nhìn thấy điều này ngay cả ở những bệnh nhân tiến triển tích cực nhất của tôi. Mặc dù họ nỗ lực trong việc điều trị và có thành tựu trong cuộc sống cá nhân lẫn công việc nhưng họ không thể xóa đi những dấu ấn tàn phá của một bà mẹ đang quá chán nản để nhận ra sự có mặt họ hoặc một người cha đối xử với họ như thể ông chưa bao giờ muốn họ được sinh ra. Rõ ràng là về cơ bản, cuộc sống của họ sẽ thay đổi chỉ khi họ có thể xây dựng lại những bản đồ ngầm ẩn đó. Nhưng bằng cách nào? Làm sao chúng ta có thể giúp mọi người làm quen được với những cảm giác ở bên trong, thứ mà họ đã không có vào thuở thiếu thời?

Tôi đã thoáng thấy một câu trả lời khả thi khi tôi tham dự một buổi hội thảo của Hiệp hội Tâm lý Trị liệu Cơ thể Hoa Kỳ (United States Association for Body Psychotherapy) vào tháng 6/1994. Trong giờ giải lao của hội thảo, tôi nhận thấy có một nhóm người trông rất khác biệt so với các nhóm đồng nghiệp chuyên gia thần kinh của tôi. Cách họ nói chuyện với nhau, cử chỉ và điệu bộ của họ đầy sức sống và có tính tương trợ – một kiểu tương tác thể chất có qua có lại vốn là bản chất của sự đồng điệu.

Tôi nhanh chóng bắt chuyện với ông Albert Pesso, một cựu vũ công có thể hình rắn chắc, lúc bấy giờ đã 70 tuổi. Ở ông toát lên vẻ tự tin và tự tin. Ông nói với tôi rằng ông đã tìm thấy một cách để thay đổi, về cơ bản, mối quan hệ của con người với chính cơ thể họ. Sự nhiệt tình của ông thật dễ lây truyền, nhưng tôi đã hoài nghi và hỏi liệu ông có chắc chắn có thể thay đổi các thiết lập của hạnh nhân hay không. Không hề phiền lòng bởi thực tế là không ai đã từng thử nghiệm phương pháp của ông một cách khoa học, ông tự tin đảm bảo với tôi rằng ông có thể.

Pesso sắp tiến hành một hội thảo về “Liệu pháp tâm vận động PBSP” (PBSP psychomotor therapy) và ông mời tôi tham dự. Nó không giống như bất kỳ công việc nhóm nào mà tôi từng thấy. Ông lấy một cái ghế thấp ngồi đối diện với một phụ nữ tên Nancy, người ông gọi là “nhân vật chính”, những người tham gia khác ngồi trên những chiếc gối đặt xung quanh. Sau đó, ông mời Nancy nói về những gì đang gây rắc rối cho CỐ, thỉnh thoảng tranh thủ lúc Nancy ngừng nói, ông lại làm “nhân chứng” cho những gì ông quan sát được, ví dụ: “Một nhân chứng có thể thấy cô chán nản đến mức nào khi nói về việc cha cô rời bỏ gia đình”. Tôi đã rất ấn tượng trước cách ông cẩn thận theo dõi những thay đổi tinh tế trong tư thế cơ thể, nét mặt, giọng nói và ánh mắt, những biểu hiện không lời của cảm xúc (đây được gọi là quan sát vi biểu hiện (microtracking) trong liệu pháp tâm vận động).

Mỗi lần Pesso làm một “lời khai nhân chứng”, mặt và cơ thể của Nancy thư giãn ra một chút như thể cô cảm thấy an ủi khi được nhìn thấy và được xác nhận. Những bình luận trầm lặng của ông dường như tiếp thêm can đảm để cô tiếp tục tiến sâu hơn vào vùng ký ức

đau thương. Khi Nancy bắt đầu khóc, ông nhận thấy rằng không ai đáng phải chịu đựng quá nhiều đau khổ một mình và ông hỏi cô muốn chọn ai đó ngồi bên cạnh cô không đông gọi đây là “người liên lạc”), Nancy gật đầu. Sau khi nhìn khắp căn phòng, cô chỉ vào một người phụ nữ trung niên trông có vẻ phúc hậu. Pessoa hỏi Nancy muốn người liên lạc của cô ngồi ở đâu. “Ngồi ngay đây!” – Nancy nói dứt khoát, chỉ vào một cái gối ở bên phải của cô.

Tôi rất kinh ngạc. Con người dùng nửa bán cầu não phải để xử lý các mối quan hệ thuộc về không gian và nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy dấu vết của sang chấn chủ yếu nằm ở bán cầu não phải (xem chương 3). Sự quan tâm, không tán thành và thờ ơ đều được chuyển tải chủ yếu bằng nét mặt, giọng nói và cử chỉ cơ thể. Theo nghiên cứu gần đây, có tới 90% thông tin giao tiếp của con người xảy ra ở thế giới không lời, nằm ở bán cầu não phải? và công trình của Pessoa dường như chủ yếu định hướng đến bán cầu não phải này. Khi hội thảo tiếp tục, tôi cũng bị ảnh hưởng bởi sự hiện diện của người liên lạc dường như đã giúp Nancy chịu đựng được những trải nghiệm đau đớn mà cô đào bới lên.

Nhưng điều kỳ lạ nhất chính là cách Pessoa tạo ra hoạt cảnh, ông gọi đó là “cấu trúc” quá khứ của nhân vật chính. Khi các kịch bản được mở ra, các thành viên của nhóm được yêu cầu đóng vai những người quan trọng trong cuộc sống của nhân vật chính, như cha mẹ và các thành viên khác trong gia đình, để “thế giới bên trong” bắt đầu hình thành trong không gian ba chiều.

Các thành viên của nhóm cũng được mời tham gia đóng vai người bố người mẹ lý tưởng, những người mang lại sự hỗ trợ, yêu thương và bảo vệ mà nhân vật chính đã không nhận được vào

những khoảnh khắc quan trọng trong quá khứ. Thế là các nhân vật chính trở thành đạo diễn các vở kịch của họ, dựng nên một quá khứ mà họ đã không bao giờ có. Và rõ ràng là những kịch bản tưởng tượng tuyệt vời ấy đã giúp cơ thể lẫn tinh thần họ nguôi ngoai phần nào. Kỹ thuật này có khắc lên được dấu ấn về sự an toàn và an ủi bên cạnh cảm giác sợ hãi và nỗi đau bị bỏ rơi vốn đã định hình trong bộ não và tâm trí của họ hàng chục năm qua hay không?

Vì bị cuốn hút bởi tiềm năng chữa lành trong phương pháp của Pesso nên tôi đã háo hức nhận lời mời đến thăm nhà của ông ở miền nam New Hampshire. Sau khi ăn trưa dưới gốc cây sồi già, Pesso yêu cầu tôi cùng tham gia tạo dựng một cấu trúc.

Đã nhiều năm tìm hiểu về phân tâm học nên tôi không nghĩ mình có thể bộc lộ ra điều gì lớn lao về chính mình. Lúc ấy, tôi là một người đàn ông có chuyên môn, ở độ tuổi 40 và có gia đình, tôi nghĩ cha mẹ tôi là những người cao tuổi đang cố gắng tạo lập cho chính họ một cuộc sống tươi tắn lúc về già. Tôi đương nhiên không nghĩ là cha mẹ có thể có ảnh hưởng gì lớn lên tôi.

Vì thiếu người nên Pesso yêu cầu tôi chọn một đồ vật nào đó đóng vai cha tôi. Tôi chọn một chiếc ghế bành và yêu cầu Pesso đặt nó trước mặt tôi cách khoảng 2,5 mét, hơi lệch về phía bên trái. Rồi ông hỏi tôi có muốn đưa mẹ tôi vào phòng không. Tôi đã chọn một cái đèn lớn, cao bằng cỡ cái ghế bành. Sau đó, tôi lại chọn cái hộp khăn giấy đại diện cho người bạn thân nhất của tôi, cái gối tượng trưng cho vợ, hai cái gối nhỏ tượng trưng cho hai con của tôi.

Sau một thời gian, tôi quan sát cảnh quan bên trong của tôi: hai vật thể to lớn, tối, có tính hăm dọa đại diện cho cha mẹ tôi, các đồ vật nho nhỏ đại diện cho vợ, con và bạn bè của tôi. Tôi đã kinh ngạc. Tôi

đã tạo lại hình ảnh bên trong của tôi về cha mẹ tôi: những người rất nghiêm khắc với tôi khi tôi là một cậu bé. Ngực tôi thắt lại và tôi dám chắc rằng giọng nói của tôi còn nghẹn ngào hơn. Tôi không thể phủ nhận những gì bộ não không gian của tôi đã tiết lộ: Cấu trúc đã cho phép tôi hình dung bản đồ ngầm ẩn của tôi về thế giới.

Khi tôi nói với Pessoa điều tôi vừa khám phá ra, ông gật đầu và hỏi tôi có muốn cho phép ông ấy thay đổi quan điểm của tôi không. Tôi hơi hoài nghi lời ông nhưng tôi thích Pessoa và tò mò về phương pháp của ông, vì vậy tôi ngập ngừng đồng ý. Ông liền đứng chen vào giữa tôi và chiếc ghế dài cùng cái đèn, khiến hai món đồ vật này khuất khỏi tầm nhìn của tôi. Ngay lập tức, tôi cảm thấy một sự phóng thích sâu trong cơ thể, Cơ co thắt ở ngực tôi giảm đi và hơi thở của tôi trở nên thư thái. Vào lúc đó, tôi quyết định sẽ trở thành học trò của Pessoa*.

TÁI CẤU TRÚC NHỮNG BẢN ĐỒ TÂM TRÍ

Khi phóng chiếu thế giới bên trong của bạn vào cấu trúc không gian ba chiều, nó cho phép bạn xem xét những gì đang xảy ra trong cái nhà hát tâm trí và cho bạn một cái nhìn rõ ràng hơn về phản ứng của bạn với những con người và sự kiện trong quá khứ. Khi bạn định vị trí cho những người quan trọng trong đời mình, bạn có thể ngạc nhiên trước những kỷ niệm, suy nghĩ và cảm xúc bất ngờ xuất hiện. Sau đó, bạn có thể thử nghiệm di chuyển các mảnh ghép xung quanh trên bàn cờ bên ngoài mà bạn đã tạo ra và xem nó ảnh hưởng đến bạn như thế nào.

Dù các cấu trúc có liên quan đến đối thoại nhưng liệu pháp trị liệu tâm vận động không giải thích hoặc diễn dịch quá khứ. Thay vào đó, nó cho phép bạn cảm nhận những gì bạn cảm nhận trước đó, để

hình dung những gì bạn đã thấy và để nói những gì bạn không thể nói vào lúc nó thực sự xảy ra. Giống như bạn có thể tua lại bộ phim cuộc đời mình và viết lại những cảnh phim quan trọng. Bạn có thể chỉ đạo những diễn viên của mình làm những điều họ không làm trong quá khứ, chẳng hạn như không cho cha của bạn đánh mẹ bạn. Những hoạt cảnh này có thể kích thích những cảm xúc mãnh liệt. Ví dụ, khi bạn đặt “người mẹ thực sự” đứng ở góc, cúi mình trong nỗi kinh hoàng, bạn có thể cảm thấy một khát vọng sâu xa bảo vệ bà ấy và nhận ra bạn đã cảm thấy bất lực đến nhường nào khi còn nhỏ.

Nhưng nếu sau đó bạn tự tạo ra một người mẹ lý tưởng, người có thể chống lại cha của bạn và là người biết phải làm gì để không bị mắc kẹt trong một mối quan hệ ngược đãi, bạn có thể cảm nhận được cảm giác thanh thản ở bên trong, trút bỏ gánh nặng của cảm giác tội lỗi và bất lực đó. Hoặc bạn có thể đối mặt với người anh trai từng đối xử ác độc với bạn khi bạn còn nhỏ và sau đó tạo ra một người anh trai lý tưởng, luôn che chở bạn, luôn là hình mẫu cho bạn noi theo.

Công việc của đạo diễn/nhà trị liệu và các thành viên khác trong nhóm là cung cấp cho nhân vật chính sự trợ giúp cần thiết để họ có thể khám phá bất cứ điều gì mà họ quá sợ hãi để tự khám phá. Sự an toàn của nhóm cho phép bạn nhận thấy những điều mà bạn đã che giấu mình, thường là những điều bạn cảm thấy xấu hổ nhất. Khi bạn không còn phải che giấu nữa, cấu trúc cho phép bạn đặt sự xấu hổ ở nơi nó thuộc về - vào những nhân vật ngay trước mặt bạn, đại diện cho những người làm bạn tổn thương và làm bạn cảm thấy bất lực khi còn nhỏ.

Cảm thấy an toàn có nghĩa là bạn có thể nói với người đang đóng vai bố của bạn những điều mà bạn muốn nói với ông khi bạn 5 tuổi. Bạn có thể nói với người đóng vai người mẹ chán nản và sợ hãi của bạn rằng bạn cảm thấy rất buồn, rất tồi tệ khi không thể chăm sóc, bảo vệ mẹ trước những lần bạo hành của bố. Bạn có thể trải nghiệm và khám phá sự xa cách hay sự gần gũi khi bạn di chuyển xung quanh những người đóng vai.

Nếu tham gia tích cực, bạn có thể hóa thân trong một hoạt cảnh theo một cách mà bạn không thể làm được khi bạn chỉ đơn giản kể lại một câu chuyện. Và khi bạn tái hiện thực tế trải nghiệm của bạn, các nhân chứng sẽ bầu bạn cùng bạn, phản ánh những thay đổi trong tư thế, nét mặt và giọng nói của bạn.

Theo kinh nghiệm của tôi, việc tái trải nghiệm trong hiện tại một câu chuyện quá khứ và tái diễn chúng trong một “nơi” có tính khuyến khích và an toàn có thể giúp chúng ta tạo ra những ký ức bổ sung mới: những trải nghiệm mới có tính đồng điệu và yêu thương cao hơn, giúp bảo vệ bạn khỏi những hiểm nguy. Những cấu trúc này không xóa đi những ký ức tồi tệ, cũng chẳng trung hòa chúng như EMDR. Thay vào đó, một cấu trúc cung cấp những lựa chọn mới, nghĩa là một ký ức thay thế cho bệnh nhân, trong đó những nhu cầu cơ bản của họ được đáp ứng và họ nhận được tình yêu thương, được bảo vệ chu đáo.

SỬA CHỮA QUÁ KHỨ

Tôi xin nêu một ví dụ từ một hội thảo mà tôi chủ trì cách đây không lâu tại Viện Esalen ở Big Sur, California, Mỹ.

Maria là một phụ nữ người Philippines mảnh dẻ, hoạt bát, đang độ tuổi 40. Trong hai ngày đầu trị liệu với tôi, cô là một người rất dễ

chịu và dễ hợp tác với việc khám phá tác động lâu dài của sang chấn và tự học những kỹ thuật tự điều chỉnh. Nhưng giờ đây, khi ngồi trên chiếc gối cách tối khoảng 2 mét, trông cô vô cùng sợ hãi, suy sụp. Tôi tự hỏi không biết có phải cố đã xung phong làm nhân vật chính tại hội thảo chỉ để làm vừa lòng người bạn gái đi cùng cô hay không.

Tôi bắt đầu bằng cách khuyến khích Maria để ý những gì đang xảy ra bên trong cô ấy và chia sẻ bất cứ điều gì nảy ra trong tâm trí. Sau một khoảng lặng dài, cô nói: “Tôi không thể cảm thấy bất cứ điều gì trong cơ thể của tôi. Tâm trí của tôi trống rỗng”. Quan sát nội tâm căng thẳng của cô, tôi trả lời: “Một nhân chứng có thể thấy bạn lo lắng đến mức tâm trí của bạn trống rỗng và bạn không cảm thấy gì sau khi tình nguyện làm một cấu trúc. Có đúng vậy không?” “Vâng!” - cô trả lời, nghe có vẻ nhẹ nhõm.

“Nhân chứng” bước vào cấu trúc ngay từ đầu và nhận vai trò là một nhà quan sát, chấp nhận mọi sự của nhân vật chính mà không phán xét. Nhà quan sát làm việc đó bằng cách phản ánh trạng thái cảm xúc của nhân vật chính và ghi nhận ngữ cảnh mà trạng thái đó xuất hiện (như khi tôi đề cập đến việc “tình nguyện làm một cấu trúc” của Maria). Cảm thấy rõ mình được lắng nghe và được nhìn thấy là điều kiện tiên quyết để một người cảm thấy an toàn, điều này rất quan trọng khi chúng ta khám phá khu vực nguy hiểm của sang chấn. Một nghiên cứu thần kinh đã chỉ ra rằng khi một người được nghe lời tuyên bố phản ánh trạng thái bên trong của họ thì hạnh phúc nhân sẽ sáng lên như để nhấn mạnh tính chính xác của phản xạ.

Tôi khuyến khích Maria tiếp tục tập trung vào hơi thở và những cảm nhận của cơ thể cô. Sau một khoảng thời gian dài im lặng nữa, cô bắt đầu ngập ngừng nói: “Làm việc gì tôi cũng thấy sợ. Trông thì

có vẻ tôi không sợ, nhưng thật ra tôi luôn phải thúc ép mình. Khó khăn lắm tôi mới có thể đến được đây”. Tôi phản ánh: “Một nhân chứng có thể thấy cô cảm thấy khó chịu như thế nào khi cô ở đây”, cô ấy gật đầu, từ từ thẳng lưng lên, tín hiệu này cho thấy cô ấy hiểu lời tôi.

Cô tiếp tục nói: “Tôi lớn lên với suy nghĩ rằng gia đình tôi là bình thường. Nhưng tôi luôn sợ cha tôi. Tôi chưa bao giờ cảm thấy được ông quan tâm. Ông ấy không bao giờ đánh tôi mạnh như khi ông đánh anh chị em của tôi, nhưng tôi có một cảm giác sợ hãi tràn ngập”. Tôi ghi nhận rằng một nhân chứng có thể nhìn thấy cô ấy sợ hãi khi nói về cha mình, sau đó tôi đã mời cô chọn một thành viên trong nhóm để đóng vai người cha.

Maria nhìn quanh phòng rồi chọn Scott - một nhà sản xuất video có tính tình nhẹ nhàng, anh là một thành viên sôi nổi, thường nhiệt tình hỗ trợ các thành viên của nhóm. Tôi đưa cho Scott phần lời thoại của anh ấy: “Tôi xin ghi danh làm người cha thực sự của bạn, người đã làm bạn sợ khi bạn còn là một cô bé”. Scott lặp lại (lưu ý rằng lời thoại này chỉ mang tính xác lập chính xác tính chất cuộc đối thoại giữa vai Scott đóng và Maria).

Sau đó, tôi hỏi Maria muốn người cha thực sự của mình đứng đâu, cô chỉ cho Scott đứng cách cô khoảng 3,5 mét, hơi chếch bên phải của cô và quay mặt đi. Chúng tôi bắt đầu thực hiện hoạt cảnh và mỗi khi tôi xây dựng một cấu trúc, tôi rất ấn tượng về việc bán cầu não phải đã có những dự đoán chính xác đến mức nào. Nhân vật chính luôn luôn biết chính xác các nhân vật khác nhau trong cấu trúc của họ nên đứng ở đâu.

Nó cũng làm tôi ngạc nhiên, hết lần này đến lần khác, về việc làm thế nào những người đóng thế với các nhân vật quan trọng trong quá khứ của nhân vật chính lại có thể ngay lập tức giả lập được một thực tế ảo: Những người đóng thế vai dường như biến thành đúng cái người mà họ đóng thế, không chỉ đối với nhân vật chính mà còn đối với những người tham gia đóng vai khác.

Tôi khuyến khích Maria nhìn người cha của mình thật lâu. Và khi cô ấy nhìn Scott, chúng tôi có thể chứng kiến cảm xúc của cô chuyển từ sự khiếp sợ sang thương hại ông ta một cách sâu sắc như thế nào. Cô rưng rưng nghĩ về cuộc sống của cha khó khăn ra sao khi ông còn là một đứa trẻ trong Thế chiến thứ hai, cha đã nhìn thấy những người bị chặt đầu, bị buộc phải ăn cá thối rửa lúc nhúc giòi.

Các cấu trúc tạo ra một trong những điều kiện thiết yếu cho sự thay đổi sâu sắc về điều trị: trạng thái bệnh nhân nhận thức được cùng một lúc quá khứ lẫn hiện tại. Nghĩa là Maria biết mình là người lớn trong khi cô vẫn cảm nhận được cách mình đã cư xử khi còn là một đứa trẻ. Maria nổi cơn thịnh nộ hoặc thể hiện sự kinh hãi với người có nghĩ đã từng lạm dụng mình trong khi cô vẫn nhận thức rõ rằng mình đang nói chuyện với Scott – người chẳng có nét nào giống với cha cô. Cùng một lúc, Maria trải qua những cảm xúc phức tạp của lòng trung thành, dịu dàng, giận dữ và khao khát, nghĩa là những cảm xúc mà một đứa trẻ thường cảm thấy đối với cha mẹ của mình.

Khi Maria bắt đầu nói về mối quan hệ của cô và cha khi cô còn là một cô bé, tôi vẫn tiếp tục phản chiếu những biểu cảm của cô. Cô nói rằng cha cô đã đối xử vô cùng tàn độc với mẹ cô. Ông không ngừng chỉ trích chế độ ăn kiêng của bà, cơ thể của bà, việc nội trợ của bà. Mỗi lần nghe cha mắng nhiếc mẹ, Maria luôn sợ thay cho bà.

Maria mô tả mẹ cô là người biết yêu thương và ấm áp. Cô không thể sống sót nếu không có bà. Bà thường an ủi cô mỗi lần cô bị cha đánh, nhưng bà đã không làm bất cứ điều gì để bảo vệ cô khỏi cơn thịnh nộ của ông. Maria nói: “Tôi nghĩ mẹ có rất nhiều nỗi sợ trong lòng. Tôi có cảm giác mẹ đã không bảo vệ chúng tôi bởi vì bà cảm thấy bị mắc kẹt”.

Vào lúc này, tôi gợi ý rằng nên cho nhân vật người mẹ của Maria xuất hiện trong cấu trúc. Maria nhìn quanh nhóm một lượt và mỉm cười rạng rỡ khi cô mời Kristin – một cô gái tóc vàng, một nghệ sĩ người Scandinavia – đóng vai mẹ của mình. Kristin đồng ý, cô nói: “Tôi đảm nhận vai trò làm người mẹ đúng nghĩa của bạn, người ấm áp và yêu thương bạn. Nếu không có tôi thì bạn đã không sống sót đến ngày nay, nhưng tôi đã không bảo vệ bạn khỏi người cha tồi tệ của bạn”. Maria đã chỉ Kristin ngồi trên cái gối bên phải, gần cô hơn So người cha của cô.

Tôi khuyến khích Maria nhìn Kristin và sau đó tôi hỏi: “Vậy điều gì xảy ra khi bạn nhìn mẹ?”, Maria giận dữ nói: “Không có gì cả”. Tôi ghi nhận: “Một nhân chứng sẽ thấy bạn cứng rắn như thế nào khi nhìn vào người mẹ của bạn và giận dữ nói rằng bạn không cảm thấy gì cả”. Sau một khoảng im lặng kéo dài, tôi lại hỏi: “Vậy bây giờ chuyện gì đang xảy ra?”.

Maria trông hơi suy sụp và lặp lại: “Không có gì”. Tôi hỏi cô ấy: “Cô có điều gì muốn nói với mẹ không?”. Cuối cùng, Maria nói: “Con biết mẹ đã làm hết sức mình”. Sau đó một lúc, cô nói: “Con muốn mẹ bảo vệ con”.

Khi cô ấy bắt đầu khóc thút thít, tôi hỏi cô ấy: “Điều gì đang xảy ra bên trong cô?”. “Có cái gì đó siết lấy ngực tôi, tim tôi như đang đập

rất mạnh” – Maria nói. “Tôi rất buồn về mẹ, vì mẹ không thể đứng lên chống lại cha và bảo vệ hai mẹ con. Bà thu mình, giả vờ như mọi chuyện đều ổn cả, chắc tâm trí bà hẳn cũng nghĩ như thế và đó là lý do khiến tôi rất tức giận. Tôi muốn nói với bà rằng: “Mẹ ơi, khi con thấy cách mẹ phản ứng mỗi khi cha cư xử độc ác... khi con nhìn thấy vẻ mặt mẹ đầy sự ghê tởm đối với cha, con không biết vì sao mẹ lại không hét lên “Anh biến đi”. Mẹ không biết cách chống trả, mẹ thật nhu nhược. Có phần nào đó rất tốt bên trong mẹ nhưng nó không hoạt động nữa. Con thậm chí không biết mình muốn mẹ nói gì. Con chỉ muốn mẹ khác đi. Mẹ làm chuyện gì cũng sai bét, như khi mẹ chấp nhận tất cả mọi chuyện mặc dù chúng không đúng chút nào.” Tôi ghi nhận: “Một nhân chứng đã thấy bạn dữ dội như thế nào khi bạn muốn mẹ mình đứng lên chống lại cha của bạn”

Maria sau đó đã nói chuyện về việc cô ấy muốn mấy mẹ con bỏ trốn khỏi người cha, người chồng đáng sợ.

Sau đó tôi đề nghị chọn một thành viên khác trong nhóm để đại diện cho người mẹ lý tưởng của cô. Maria lại đưa mắt nhìn khắp căn phòng và chọn Ellen, một nhà trị liệu đồng thời là một nghệ sĩ biểu diễn võ thuật. Maria bảo Ellen ngồi trên gối bên phải, ngay giữa người mẹ thực sự của cô với cô. Maria yêu cầu Ellen ôm lấy cô.

Tôi hỏi: “Cô muốn người mẹ lý tưởng nói gì với cha cô?”. Cô nói: “Tôi muốn bà ấy nói rằng “Nếu anh còn nói như thế nữa, tôi sẽ dẫn bọn trẻ đi và để anh lại một mình. Mẹ con tôi sẽ không ngồi đây mà nghe những lời vớ vẩn của anh.” Ellen lặp lại những gì Maria đã nói.

Sau đó tôi hỏi: “Bây giờ thì chuyện gì sẽ xảy ra?”. Maria đáp: “Tôi thích điều này. Đầu tôi cảm thấy bớt áp lực hơn. Hơi thở của tôi tự do hơn. Giờ trong tôi đang có một điệu nhảy nhẹ nhàng linh hoạt vô

cùng. Thật tuyệt!”. Tôi nói: “Một nhân chứng có thể nhìn thấy bạn rất vui khi bạn nghe mẹ bạn nói rằng bà ấy không chịu đựng cha của bạn nữa và rằng bà ấy sẽ đưa bạn đi xa khỏi ông ta”. Maria bắt đầu nức nở và nói: “Tôi đã có thể là một cô bé được sống trong một gia đình an toàn và hạnh phúc”. Tôi thấy một số thành viên trong nhóm lặng lẽ khóc, có lẽ họ cũng thầm ước mong điều ấy.

Một lúc sau, tôi gợi ý rằng đã đến lúc để triệu hồi người cha lý tưởng của Maria. Tôi có thể thấy được niềm vui trong đôi mắt của Maria khi cố quét qua nhóm, tưởng tượng ra người cha lý tưởng của cô. Cuối cùng cô ấy đã chọn Danny. Tôi đưa Danny kịch bản của anh và anh ta nhẹ nhàng nói với Maria: “Tôi đảm nhận vai trò người cha lý tưởng của bạn, người đã yêu bạn và quan tâm đến bạn, sẽ không bao giờ làm bạn hoảng sợ”. Maria hướng dẫn anh ta ngồi xuống gần mình, ở bên trái và reo lên: “Đây là cha mẹ tốt của tôi!”. Tôi đáp: “Hãy tự cho phép mình cảm nhận niềm vui khi nhìn vào một người cha lý tưởng sẽ chăm sóc cho bạn”. Maria khóc: “Thật tuyệt vời”, rồi cô vòng tay ôm lấy Danny, mỉm cười với anh ta trong nước mắt. “Tôi nhớ một khoảnh khắc thực sự gần gũi với bố tôi và đó là cảm giác này. Tôi cũng muốn có mẹ bên cạnh tôi nữa!” – cô nói. Cả người cha lẫn người mẹ lý tưởng đều ôm lấy Maria. Tôi để họ như vậy một lúc để họ có thể tiếp thu trải nghiệm này.

Chúng tôi kết thúc khi Danny nói: “Nếu tôi là người cha lý tưởng của bạn hồi đó, tôi sẽ yêu thương bạn như thế này và không bao giờ tàn nhẫn với bạn”, Ellen nói thêm: “Nếu tôi là người mẹ lý tưởng của bạn hồi ấy, tôi sẽ đứng lên vì bạn và bảo vệ bạn, không để ai làm hại bạn”. Tất cả các nhân vật sau đó đã đưa ra tuyên bố cuối cùng, kết thúc vai diễn của mình, xả vai và chính thức trở về lại là chính mình.

VIẾT LẠI CUỘC ĐỜI MÌNH

Không ai lớn lên trong hoàn cảnh lý tưởng, chúng ta thậm chí còn không biết hoàn cảnh lý tưởng là như thế nào. David Servan Schreiber, một người bạn của tôi, từng nói: Mọi cuộc đời đều khó khăn theo cách riêng của nó. Nhưng chúng ta biết rằng, những đứa trẻ được lớn lên bên cạnh cha mẹ ổn định, biết cách biểu hiện tình cảm và suy nghĩ thì chúng thường dễ trở thành người tự tin và có năng lực. Cha mẹ vui vẻ với bạn, vui vẻ với những phát hiện và khám phá của bạn, cha mẹ giúp bạn sắp xếp sinh hoạt của mình và là tấm gương cho bạn về việc tự chăm sóc bản thân và hòa hợp với người khác.

Thiếu thốn bất kỳ điều nào trong số này cũng sẽ ảnh hưởng đến cuộc sống của trẻ. Một đứa trẻ bị bỏ rơi hoặc làm nhục liên tục có thể trở thành người thiếu tự trọng. Một đứa trẻ không được tự khẳng định mình thì khi lớn lên, nó sẽ khó có thể tự bảo vệ mình. Và hầu hết những người lớn từng bị bạo hành khi còn bé thường mang trong mình một cơn thịnh nộ âm ỉ, khiến họ mất rất nhiều năng lượng.

Các mối quan hệ của chúng ta cũng sẽ phải chịu ảnh hưởng. Ngay bé, nếu ta càng sớm phải chịu đựng nhiều nỗi đau và thiếu thốn thì khi lớn lên, ta càng có xu hướng giải thích các hành động của người khác là nhằm chống lại ta, ta càng ít hiểu biết về những khó khăn, bất an, lo lắng của người khác. Nếu ta không nhìn nhận sự phức tạp trong cuộc sống của họ thì ta có thể nghĩ rằng bất cứ điều gì họ làm cũng là để khiến ta bị tổn thương và thất vọng.

Trong các chương về cơ chế sinh học của sang chấn, chúng ta đã thấy sự sang chấn và bị bỏ rơi đã khiến con người cảm thấy cơ thể của họ không còn đem lại nguồn vui và sự dễ chịu, thậm chí

không còn là một phần cần được chăm sóc và nuôi dưỡng. Khi chúng ta không thể trông cậy vào cơ thể của mình để đưa ra tín hiệu an toàn hoặc cảnh báo mà thay vào đó là ta bị các kích thích thể chất làm cho choáng ngợp thì chúng ta sẽ mất khả năng cảm thấy tự tin với chính mình, nói rộng ra là không còn thấy hòa hợp với thế giới. Khi nào mà bản đồ của họ về thế giới vẫn còn được hình thành dựa trên sang chấn, lạm dụng và bỏ bê thì họ vẫn sẽ tìm những lối đi tắt để quên lãng. Họ không muốn thử những lựa chọn mới, họ định ninh mình sẽ thất bại vì đoán rằng mình sẽ bị từ chối, chế giễu, mất mát. Việc thiếu thử nghiệm này bẫy mọi người vào một ma trận của sự sợ hãi, cô lập, thiếu thốn, họ không thể đón nhận những kinh nghiệm có thể giúp họ thay đổi quan điểm cơ bản của họ về thế giới.

Đây là một trong những lý do khiến những trải nghiệm sâu sắc của liệu pháp tâm vận động có giá trị đến vậy. Những người tham gia có thể an toàn phóng chiếu thực tế nội tâm của họ vào một không gian chứa đầy những con người thực, nơi họ có thể khám phá những tạp âm và hỗn độn của quá khứ. Điều này dẫn đến những “khoảnh khắc vỡ lẽ” như: “Phải, nó là như thế. Đó là điều tôi phải đối mặt. Và đó là thứ tôi cảm thấy lúc đó nếu tôi được chào đón và nâng niu”.

Nhận được một trải nghiệm cảm giác giúp họ cảm thấy được trân trọng và được bảo vệ sẽ giúp họ viết lại trải nghiệm bên trong của họ, giống như “Tôi có thể tương tác tự nhiên với người khác mà không sợ mình sẽ bị từ chối hoặc bị tổn thương”.

Các cấu trúc khai thác sức mạnh phi thường của trí tưởng tượng để biến đổi các câu chuyện bên trong ta vốn đang điều khiển và hạn chế những hoạt động của ta trong cuộc sống. Sự hỗ trợ phù hợp này

sẽ giúp ta dám tiết lộ những bí mật của mình với nhà trị liệu, linh mục, và thậm chí với cả những người đã làm tổn thương ta, phản bội ta.

Bản chất ba chiều của cấu trúc sẽ làm biến đổi những thứ bị che giấu, bị cấm đoán và bị sợ hãi trở thành một thực tế hữu hình và cụ thể. Theo ý nghĩa này, nó có chút gì đó tương tự như IFS mà chúng ta đã khám phá trong chương trước. IFS gọi ra những “phần” bị tách rời mà bạn đã tạo ra để bạn có thể tồn tại và cho phép bạn xác định cũng như nói chuyện với chúng, từ đó, Cái Tôi chưa bị hư hại của bạn có thể trỗi dậy. Còn một cấu trúc tạo ra hình ảnh ba chiều của những người và những điều mà bạn phải giải quyết và cho bạn cơ hội tạo ra một kết quả khác.

Hầu hết mọi người do dự khi nhớ lại những đau đớn, thất vọng trong quá khứ vì chúng chỉ khiến họ không thể chịu đựng nổi. Nhưng khi những trải nghiệm ấy được phản chiếu và được chứng kiến thì một thực tế mới sẽ bắt đầu hình thành. Phản chiếu chính xác sẽ hoàn toàn khác so với việc bị lừa dối, bị chỉ trích và bỏ rơi. Nó cho phép bạn cảm nhận những gì bạn cảm nhận được và biết những gì bạn biết – một trong những nền tảng để phục hồi.

Sang chấn khiến người ta bị mắc kẹt lại trong việc diễn giải hiện tại theo ánh sáng của một quá khứ không thay đổi. Cảnh tượng mà bạn tái tạo trong một cấu trúc có thể hoặc không chính xác như những gì đã xảy ra, nhưng nó đại diện cho cấu trúc của thế giới nội tâm của bạn: bản đồ tâm trí của bạn và các quy tắc ngầm mà bạn đã tuân theo.

DÁM NÓI LÊN SỰ THẬT

Tôi có hướng dẫn một nhóm cấu trúc, trong đó có một thanh niên 26 tuổi tên Mark. Năm 13 tuổi, Mark tình cờ nghe lỏm được cha mình

gọi điện thoại sex với dì của anh, tức là em của mẹ anh. Mark cảm thấy bối rối, xấu hổ, đau đớn, bị phản bội và bị tê liệt. Khi anh cố gắng nói chuyện với cha mình về điều đó, anh đã gặp phải cơn thịnh nộ và phủ nhận: Cha của Mark cho rằng anh đã tưởng tượng bậy bạ, bẩn thỉu và còn buộc tội anh đang cố phá nát gia đình.

Mark không bao giờ dám kể chuyện này với mẹ mình, nhưng kể từ đó, những bí mật gia đình và đạo đức giả đã làm ô uế toàn bộ cuộc sống gia đình anh, khiến anh dần đánh đồng rằng không ai là đáng tin cậy. Ngày ngày sau giờ học, anh một mình quanh quẩn trong sân bóng rổ cạnh nhà hoặc xem ti vi trong phòng riêng. Mark ghen ngào kể rằng mẹ anh qua đời năm anh 21 tuổi, sau đó cha anh đã cưới người dì của anh. Mark đã không được mời đến đám tang của mẹ hay đám cưới của dì.

Những bí mật như thế này trở thành độc tố bên trong, những thực tế mà bạn không được phép thừa nhận với chính mình hoặc với người khác nhưng nó vẫn trở thành khuôn mẫu cho cuộc sống của bạn. Tôi không hề biết câu chuyện quá khứ này của Mark khi anh tham gia nhóm. Anh ấy khác biệt với nhiều người bởi vẻ xa cách, lạnh lùng. Trong suốt quá trình đăng ký tham gia, anh thừa nhận rằng anh cảm thấy một đám sương mù dày đặc tách biệt anh khỏi mọi người. Tôi đã khá lo lắng về những gì anh sẽ tiết lộ một khi chúng tôi bắt đầu nhìn vào phía sau ngoại hình lạnh lẽo, vô cảm của anh.

Khi tôi mời Mark nói về gia đình mình, anh ấy nói vài lời và sau đó dường như khép mình lại nhiều hơn. Vì vậy, tôi khuyến khích anh hãy yêu cầu một “người liên lạc” để hỗ trợ anh. Mark đã chọn một thành viên tóc trắng trong nhóm tên là Richard và để Richard ngồi lên một chiếc gối bên cạnh, chạm vào vai mình. Sau đó, khi Mark bắt đầu

kể câu chuyện của mình, Mark đã đặt Joe, người đóng vai người cha của anh, đứng trước mặt anh, cách 3 mét. Mark hướng dẫn Carolyn, người đại diện cho mẹ anh, hãy quỳ xuống trong một góc, giấu mặt đi. Sau đó Mark yêu cầu Amanda, người đóng vai dì của mình, đứng qua một bên, vẽ thách thức, tay khoanh trên ngực, đại diện cho tất cả những phụ nữ tính toán, tàn nhẫn và khôn ngoan đang theo đuổi đàn ông.

Nhìn lại hoạt cảnh mình vừa tạo ra, Mark ngồi thẳng, mắt mở to, rõ ràng làn sương mù đã được dỡ bỏ. Tôi nói: “Một nhân chứng có thể thấy là bạn đã giết mình khi nhìn thấy những gì mà bạn đã sắp xếp”. Mark khẽ gật đầu cảm kích, giữ im lặng và buồn bã trong một lúc. Sau đó, anh nhìn “cha” của mình, anh bùng nổ: “Đồ khốn nạn, đồ đạo đức giả, ông đã phá nát đời tôi”. Tôi mời Mark hãy đến nói với “người cha” của anh tất cả những điều anh muốn nói với ông mà bấy lâu anh chưa thể nói ra. Thế là Mark cáo buộc cha mình một tràng dài. Tôi đã hướng dẫn người đóng vai “người cha” thể hiện những phản ứng thể chất như thể vừa bị đâm mấy cú để Mark có thể thấy rằng anh đã đâm vào mặt cha mình. Tôi không hề ngạc nhiên khi Mark tự nhiên nói rằng anh luôn sợ mình sẽ không kiểm soát được cơn thịnh nộ của mình và chính nỗi sợ này đã khiến anh không dám đấu tranh cho bản thân trong trường học, tại nơi làm việc và cả trong các mối quan hệ khác.

Sau khi Mark đối mặt với “người cha” của mình do Richard đóng, tôi hỏi Mark có muốn Richard nhận một vai trò mới không, tức là làm người cha lý tưởng của anh. Tôi hướng dẫn Richard nhìn thẳng vào mắt Mark và nói: “Nếu tôi là người cha lý tưởng của anh thì lúc đó tôi đã lắng nghe anh và không cáo buộc anh có trí tưởng tượng xấu xa”.

Khi Richard lặp lại điều này, Mark bắt đầu run lên: “Ôi Chúa ơi, đời tôi có lẽ đã rất khác nếu tôi có thể tin cậy cha mình và kể lại những gì đang diễn ra. Tôi có thể đã có một người cha rồi”. Sau đó, tôi yêu cầu Richard nói: “Nếu tôi là người cha lý tưởng của anh thì khi ấy tôi sẽ đón nhận sự tức giận của anh và anh sẽ có một người cha đáng tin cậy”. Mark rõ ràng đã cảm thấy thoải mái và nói rằng điều này có thể đã khiến cho mọi việc khác đi.

Rồi Mark quay sang người dì của mình. Cả nhóm choáng váng ra mặt khi anh tuôn ra một tràng những lời chửi rủa: “Đồ đàn bà đĩ thỏa quỷ quyết, đồ phản bội. Bà đã phản bội chị gái mình và hủy hoại cuộc sống của mẹ tôi. Bà phá tan gia đình của tôi”. Nói xong, Mark bật khóc. Anh ấy nói rằng anh luôn cảm thấy nghi ngờ khi có người phụ nữ nào tỏ ra quan tâm anh.

Phần còn lại của cấu trúc này mất thêm nửa giờ, trong đó chúng tôi từ từ tạo điều kiện cho Mark tạo ra hai phụ nữ mới: người dì lý tưởng, người không phản bội chị gái mình, người đã giúp đỡ gia đình Mark, vốn là một gia đình nhập cư bị cô lập; và người mẹ lý tưởng, người có được sự quan tâm và lòng tận tụy của chồng và không chết vì đau khổ. Mark đã kết thúc cấu trúc này bằng cách im lặng ngắm nhìn lại cảnh tượng anh vừa tạo ra với một nụ cười mãn nguyện trên gương mặt.

Trong suốt phần còn lại của hội thảo, Mark là một thành viên cởi mở và có giá trị của nhóm. Ba tháng sau anh ấy gửi cho tôi một e-mail cho biết trải nghiệm này đã thay đổi cuộc đời anh. Gần đây anh đã chuyển đến ở với người bạn gái đầu tiên của mình. Dù hai người đã có một số cuộc thảo luận sôi nổi về cách sắp xếp đời sống mới, anh ấy có thể đón nhận quan điểm của bạn gái mà không phải tỏ ra

phòng thủ, không cảm thấy sợ hãi hoặc giận dữ, cũng không cảm thấy bạn gái đang cố gắng lấn lướt anh một cách vô lý. Anh rất ngạc nhiên khi thấy mình có thể tỏ ra không đồng ý với bạn gái và anh có thể bênh vực chính mình.

Sau đó, anh hỏi tôi xem có biết nhà trị liệu nào trong cộng đồng của anh ấy để anh nhờ người ấy hỗ trợ trong những thay đổi to lớn của cuộc đời. Tôi đã giới thiệu một đồng nghiệp của mình cho Mark.

LIỀU THUỐC GIẢI CHO NHỮNG KÝ ỨC ĐAU THƯƠNG

Như những lớp mô phỏng tình huống cướp giật tôi từng đề cập đến ở chương 13, các cấu trúc trong liệu pháp tâm vận động có khả năng tạo ra những ký ức ảo tồn tại song song với những thực tế đau đớn của quá khứ, cho chúng ta trải nghiệm cảm giác được nhìn thấy, được ôm ấp, yêu thương, giúp đỡ. Đây này chính là liệu thuốc giải độc cho những ký ức đau buồn và phản bội.

Để thay đổi, chúng ta cần phải làm quen với những thực tế trái ngược với những cảm giác tê liệt hoặc hoảng sợ do sang chấn, thay thế những cảm giác này bằng những cảm giác bắt nguồn từ sự an toàn, vui vẻ và kết nối. Như chúng ta đã thấy trong chương về EMDR, một trong những chức năng của giấc mơ là tạo ra các liên tưởng, trong đó các sự kiện ấn tượng trong ngày được kết hợp với phần còn lại của đời sống. Không giống như giấc mơ, các cấu trúc trong liệu pháp tâm vận động vẫn tuân theo các quy luật vật lý, nhưng chúng cũng có thể làm sống lại quá khứ.

Tất nhiên, chúng ta không bao giờ có thể xóa bỏ những chuyện đã xảy ra, nhưng chúng ta có thể tạo ra các kịch bản cảm xúc mới, mạnh mẽ và đủ thực để xoa dịu và đối phó với những cái cũ. Các hoạt cảnh chữa lành của cấu trúc mang lại cho người tham gia một

kinh nghiệm mà họ không bao giờ nghĩ là mình có thể có: được chào đón vào một thế giới nơi mọi người vui vẻ, bảo vệ họ, đáp ứng nhu cầu của họ và làm cho họ cảm thấy an toàn và thoải mái.

Chương 19

TÁI KẾT NỐI NÃO BỘ: PHẢN HỒI THẦN KINH

Đó là sự thật - hay là tôi mơ tưởng - rằng nhờ vào dòng điện, thế giới vật chất trở thành một hệ thần kinh khổng lồ, rung động hàng ngàn dặm chỉ trong một khoảnh khắc?

Nathaniel Hawthorne

Mùa hè đầu tiên của tôi khi theo học trường y, tôi làm trợ lý nghiên cứu bán thời gian trong phòng thí nghiệm giấc ngủ của Ernest Hartmann tại Bệnh viện bang Boston. Công việc của tôi là chuẩn bị và theo dõi những người tham gia nghiên cứu và phân tích điện não đồ (electroencephalogram - EEG) của họ, còn gọi là sóng não. Những người tham gia sẽ đến vào buổi tối, tôi dán một mớ dây điện lên đầu họ và một bộ điện cực khác xung quanh mắt để ghi lại những chuyển động mắt nhanh xảy ra trong giấc mơ. Sau đó, tôi sẽ đưa họ đến phòng ngủ, chúc họ ngủ ngon và khởi động máy đa ký để ghi nhận lại sóng não,

Mặc dù các đối tượng của chúng tôi đã ngủ thiếp đi nhưng các tế bào thần kinh trong não của họ tiếp tục điên cuồng truyền thông tin nội bộ, các tín hiệu này được truyền sang máy đa ký suốt đêm. Khi điện não cho thấy họ đang trong giai đoạn giấc ngủ REM thì tôi sẽ

đánh thức họ dậy và hỏi những gì họ đã nằm mơ rồi ghi lại báo cáo. Sáng hôm sau, tôi giúp họ điền một bảng câu hỏi về chất lượng giấc ngủ và cho họ về nhà.

Trong những đêm yên tĩnh ở phòng thí nghiệm của Hartmann, tôi đã ghi chép nhiều về giấc ngủ REM và góp phần xây dựng những hiểu biết cơ bản về quá trình ngủ, mở đường cho các khám phá quan trọng mà tôi đã thảo luận trong chương 15. Tuy nhiên, cho đến gần đây, niềm hy vọng EEG sẽ giúp chúng ta hiểu rõ hơn về cơ chế hoạt động của não bộ đối với các vấn đề tâm thần thì vẫn chưa được hiểu rõ.

LẬP BẢN ĐỒ NHỮNG MẠCH ĐIỆN NÃO

Trước khi cuộc cách mạng dược lý xuất hiện, mọi người hiểu rằng hoạt động não phụ thuộc vào cả hai tín hiệu hóa học và điện. Sự thống trị tiếp theo của dược lý học gần như đã làm người ta không còn quan tâm đến điện sinh lý học của não trong nhiều thập kỷ.

Bảng ghi đầu tiên của hoạt động điện não được nhà tâm thần học người Đức Hans Berger thực hiện vào năm 1924. Ban đầu, công nghệ mới này đã bị cơ sở y tế hoài nghi và chế nhạo, tuy nhiên, điện não đồ trở thành một công cụ không thể thiếu để chẩn đoán hoạt động của những cơn co giật ở bệnh nhân động kinh. Berger phát hiện những mẫu sóng não khác nhau phản ánh những hoạt động tinh thần khác nhau. (ví dụ: cố gắng giải một bài toán tạo ra dãy sóng có tần số nhanh vừa phải gọi là sóng beta). Ông hy vọng rằng cuối cùng khoa học sẽ có thể liên kết các vấn đề tâm thần khác nhau với những điểm bất thường trong điện não đồ.

Sự mong đợi này được thúc đẩy nhờ các báo cáo đầu tiên về mô hình EEG trong “trẻ em có vấn đề về hành vi” vào năm 1938. Hầu hết những trẻ em hiếu động và bốc đồng này đều có sóng não chậm hơn bình thường ở thùy trán. Kể từ đó, phát hiện này đã được mô phỏng lại vô số lần. Và vào năm 2013, Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (Food and Drug Administration - FDA) đã công nhận hoạt động sóng chậm ở vùng não trán trước là dấu chỉ sinh học cho chứng rối loạn tăng động giảm chú ý – ADHD. Hoạt động sóng não chậm ở thùy trán giải thích tại sao những đứa trẻ này có chức năng điều hành nghèo nàn: Phần não lý trí của chúng không kiểm soát được phần não cảm xúc, điều này cũng xảy ra khi lạm dụng và sang chấn đã làm cho trung tâm cảm xúc bị cảnh báo nguy hiểm quá mức và được sắp xếp để khiến người ta chiến đấu hoặc chạy trốn.

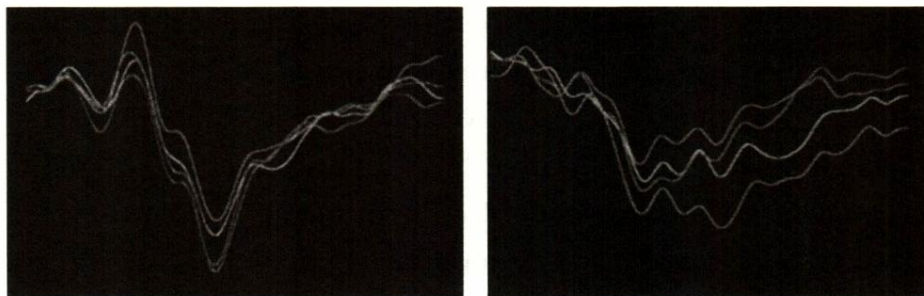
Tôi cũng hy vọng rằng EEG có thể giúp chúng tôi chẩn đoán tốt hơn. Giữa thập niên 1980 và 1990, tôi đã lập EEG cho nhiều bệnh nhân của tôi để xác định xem sự mất ổn định cảm xúc của họ có bắt nguồn từ những điểm bất thường về thần kinh hay không. Các báo cáo thường có cụm từ sau: “có những bất thường không đặc hiệu ở thùy thái dương?”. Kết quả không cho tôi biết được gì nhiều và bởi vì tại thời điểm đó, cách duy nhất chúng ta có thể thay đổi những mô hình không rõ ràng này là dùng các loại thuốc có nhiều tác dụng phụ hơn hiệu quả chữa trị nên tôi từ bỏ việc đo EEG cho bệnh nhân.

Năm 2000, một nghiên cứu của bạn tôi – Alexander McFarlane và các cộng sự của ông (các nhà nghiên cứu ở Adelaide, Australia) đã khơi lại sự hứng thú của tôi với EEG vì nó đã chứng minh sự khác biệt rõ ràng trong cách xử lý thông tin của các đối tượng bị sang chấn và một nhóm người Úc “bình thường”. Các nhà nghiên cứu đã sử

dụng một bài kiểm tra được chuẩn hóa gọi là “bài trắc nghiệm phát hiện điểm bất thường” (the oddball paradigm), trong đó các đối tượng được yêu cầu phát hiện ra những thứ không phù hợp trong một loạt các hình ảnh có liên quan (như tìm ra một chiếc kèn trumpet trong một nhóm ảnh về bàn ghế). Không có hình ảnh nào liên quan đến sang chấn.

Trong các nhóm “bình thường”, các vùng chủ chốt của não đã làm việc với nhau để tạo ra một mẫu điện não có chọn lọc, tập trung và phân tích chặt chẽ (hình bên trái phía dưới). Ngược lại, sóng não của các đối tượng bị sang chấn lại phối hợp một cách lỏng lẻo hơn và không thành công trong việc kết hợp với nhau thành một mô hình chặt chẽ (hình bên phải phía dưới). Cụ thể, họ không tạo ra mô hình sóng não giúp con người chú ý đến công việc đang làm bằng cách lọc ra các thông tin không liên quan. Ngoài ra, cấu hình xử lý thông tin cốt lõi của não không được xác định rõ ràng, chiều sâu của sóng xác định chúng ta có thể tiếp nhận và phân tích dữ liệu tốt như thế nào. Đây là thông tin quan trọng về cách những người bị sang chấn xử lý các thông tin không gây sang chấn, điều này giúp ta hiểu cách các bệnh nhân bị sang chấn xử lý thông tin trong cuộc sống hằng ngày. Những mẫu sóng não này có thể giải thích tại sao rất nhiều người bị sang chấn gặp khó khăn khi học hỏi kinh nghiệm và tham gia trọn vẹn vào cuộc sống hằng ngày của họ. Bộ não của họ không được tổ chức để chú ý đến những gì đang xảy ra trong giây phút hiện tại.

PIC



Điện não của người bình thường so với điện não của người bị PTSD. Những khuôn mẫu của sự chú ý. Chỉ vài mili giây sau khi não tiếp xúc với thông tin đầu vào là nó bắt đầu tổ chức ý nghĩa của những thông tin này. Thông thường, tất cả các vùng của não phối hợp trong một mô hình đồng bộ (hình bên trái), trong khi sóng não của người bị PTSD (hình bên phải) lại phối hợp lỏng lẻo; bộ não gặp rắc rối khi lọc ra những thông tin không liên quan và gặp vấn đề về việc chú ý.

Nghiên cứu của McFarlane nhắc nhở tôi về những gì Pierre Janet đã nói vào năm 1889: “Stress do sang chấn là một dạng bệnh lý của việc không thể sống trọn vẹn ở hiện tại”. Nhiều năm sau, khi tôi xem bộ phim *The Hurt Locker* (Chiến dịch Sói sa mạc), kể về trải nghiệm của những người lính ở Iraq, tôi lập tức nhớ lại nghiên cứu của McFarlane: Khi phải đối phó với những căng thẳng cao độ, những người đàn ông này thể hiện sự tập trung chính xác, nhưng khi trở lại cuộc sống dân sự, họ lại bị choáng ngợp khi phải đưa ra những lựa chọn đơn giản trong siêu thị.

Nghiên cứu của McFarlane đã làm sáng tỏ việc thiếu tập trung và thiếu chú ý ở những người bị PTSD nhưng nó cũng đưa ra một thách thức hoàn toàn mới: Có cách nào để thay đổi những mẫu sóng não bị rối loạn này không?

Năm 2007, tôi gặp Sebern Fisher tại một cuộc hội thảo về những đứa trẻ bị rối loạn gắn bó. Sebern từng là trưởng khoa lâm sàng ở một trung tâm điều trị nội trú dành cho thanh thiếu niên bị quấy rối nghiêm trọng. Cô ấy nói mình đã sử dụng phản hồi thần kinh

(neurofeedback) trong khoảng mười năm. Cô cho tôi xem bản vẽ trước và sau khi điều trị của một cậu bé mười tuổi. Cậu bé này đã có những cơn nóng giận, bị khuyết tật học tập và gặp khó khăn trong việc tự chủ tới mức không thể sinh hoạt ở trường.

Bức tranh gia đình đầu tiên của em (xem hình ở trang sau), được vẽ trước khi đợt điều trị bắt đầu, bức tranh được vẽ ở trình độ như một em bé ba tuổi. Chưa đầy năm tuần sau, sau hai mươi đợt phản hồi thần kinh, Cơn cáu giận của em đã giảm và bức tranh của em cho thấy nét vẽ cải thiện nhiều, phức tạp hơn. Thêm mười tuần và hai mươi buổi trị liệu nữa, bức tranh của em đã có một bước nhảy vọt về độ phức tạp và hành vi của em đã trở lại bình thường.

Tôi chưa bao giờ thấy một phương pháp điều trị nào có thể tạo ra một sự thay đổi đáng kể của chức năng tâm thần trong một thời gian ngắn như vậy. Do đó, khi Sebern mời tôi tham gia một buổi thao diễn phản hồi thần kinh, tôi háo hức đồng ý ngay.



Từ những hình vẽ người que cho đến những hình vẽ người rõ ràng. Sau bốn tháng trị liệu phản hồi thần kinh, một bức vẽ gia đình của cậu bé mười tuổi có sự thay đổi tương đương với sáu năm phát triển.

PIC

NHÌN VÀO BẢN GIAO HƯỞNG CỦA NÃO BỘ

Tại văn phòng của Sebern ở Northampton, Massachusetts, cô đã cho tôi xem thiết bị phản hồi thần kinh: hai máy tính để bàn và một bộ khuếch đại nhỏ cùng một số dữ liệu cô ấy thu thập được.

Sau đó cô dán một điện cực vào mỗi bên hộp sọ của tôi và một điện cực khác lên tại phải tôi. Chẳng mấy chốc, trên máy tính hiện ra hàng sóng não giống như những gì tôi thấy trên máy đa ký trước kia. Máy tính xách tay nhỏ bé của Sebern có thể phát hiện, ghi lại và hiển

thị bản giao hưởng điện não nhanh hơn và chính xác hơn so với bộ máy móc hàng triệu đô-la trong phòng thí nghiệm của Hartmann.

Như Sebern đã giải thích, phản hồi cung cấp cho não bộ một tấm gương phản chiếu chức năng của nó: các dao động và nhịp để làm cơ sở cho dòng mạch điện thần kinh. Phản hồi thần kinh thúc đẩy bộ não tạo thêm nhiều hoặc bớt tạo ra một số sóng não nhằm hình thành các mô hình mới làm tăng tính phức tạp tự nhiên và thiên hướng tự điều chỉnh. “Có hiệu quả”, cô nói với tôi, “chúng ta có thể giải phóng các đặc tính dao động bẩm sinh nhưng đang bị mắc kẹt trong não và cho phép phát triển những dao động mới”.

Sebern đã điều chỉnh một số thiết lập, “để kích thích và hạn chế tần số”, như cô giải thích, từ đó phản hồi có thể củng cố các mẫu sóng não đã chọn đồng thời làm ức chế những mẫu sóng não khác. Bây giờ tôi nhìn vào một cái gì đó giống như trò chơi video với ba tàu vũ trụ có màu sắc khác nhau. Máy tính phát ra âm thanh không đều và các tàu vũ trụ đang di chuyển khá ngẫu nhiên. Tôi phát hiện khi tôi chớp mắt, chúng dừng lại, và khi tôi bình tĩnh nhìn chăm chăm vào màn hình thì chúng di chuyển song song, kèm theo tiếng bíp thường lệ. Sebern sau đó khuyến khích tôi làm cho các tàu vũ trụ màu xanh di chuyển trước những con tàu màu khác. Tôi nghiêng về phía trước để tập trung, nhưng tôi càng cố gắng thì càng có nhiều tàu vũ trụ màu xanh rơi lại phía sau.

Cô mỉm cười và nói với tôi rằng tôi sẽ làm tốt hơn nếu tôi thư giãn và để cho não của tôi tiếp nhận sự phản hồi do máy tính tạo ra. Vì vậy, tôi ngồi xuống, và sau một lúc chiếc tàu vũ trụ xanh bắt đầu vượt lên trên những chiếc khác. Tôi cảm thấy bình tĩnh, tập trung và phi thuyền của tôi đã chiến thắng.

Theo một cách nào đó, phản hồi thần kinh cũng giống như quan sát khuôn mặt của ai đó khi trò chuyện. Nếu bạn nhìn thấy nụ cười hoặc gật đầu nhẹ, bạn sẽ được khen thưởng và bạn tiếp tục kể câu chuyện của mình hoặc đưa ra quan điểm. Nhưng thời điểm người nói chuyện với bạn trông buồn chán hoặc thay đổi ánh mắt, bạn sẽ bắt đầu tóm lại chủ đề hoặc thay đổi chủ đề. Trong phản hồi thần kinh, phần thưởng là một giai điệu hoặc chuyển động trên màn hình thay vì một nụ cười, và sự ức chế là một mô hình sóng não không mong muốn, nó có tính trung lập hơn nhiều so với cái nhìn mặt của người đối diện khi trò chuyện.

Tiếp đó, Sebern giới thiệu một tính năng khác của phản hồi thần kinh: khả năng theo dõi các mạch điện ở các phần cụ thể trong não. Cô di chuyển các điện cực từ hai thái dương sang lông mày trái của tôi và tôi bắt đầu cảm thấy nhạy và tập trung. Cô ấy nói với tôi rằng cô ấy đã kích thích các sóng beta ở vỏ não trán trước của tôi, điều này đã giúp tôi tỉnh táo. Khi cô ấy di chuyển các điện cực đến đỉnh đầu của tôi, tôi cảm thấy tách rời hơn khỏi các hình ảnh máy tính và nhận thức rõ hơn về những cảm giác trong cơ thể. Sau đó, cô ấy cho tôi thấy một biểu đồ tóm tắt ghi nhận sóng não của tôi đã thay đổi như thế nào khi tôi trải qua những thay đổi tinh tế trong trạng thái tinh thần và cảm giác thể chất của tôi.

Làm sao có thể sử dụng phản hồi thần kinh để giúp điều trị sang chấn? Như Sebern giải thích: “Với phản hồi thần kinh, chúng tôi hy vọng sẽ can thiệp vào các mạch điện não đã thúc đẩy và duy trì trạng thái sợ hãi, xấu hổ và giận dữ. Đó là việc đốt cháy lặp đi lặp lại những mạch điện não gây ra sang chấn”. Bệnh nhân cần được giúp đỡ để thay đổi các mô hình não do sang chấn gây ra và hậu quả của nó.

Khi các mô hình sợ hãi được thư giãn, não trở nên ít nhạy cảm hơn trước các phản ứng tự động gây căng thẳng và có thể tập trung tốt hơn vào các sự kiện bình thường. Dù sao đi nữa, stress không phải là một di sản từ chính nó, mà đó là do cách thức chúng ta dán nhãn và phản ứng với sự kiện gây stress. Phản hồi thần kinh chỉ đơn giản là ổn định bộ não và tăng khả năng phục hồi, cho phép chúng ta phát triển nhiều lựa chọn hơn trong cách phản ứng.

SỰ RA ĐỜI CỦA PHẢN HỒI THẦN KINH

Phản hồi thần kinh không phải là một kỹ thuật mới vào năm 2007. Ngay từ cuối những năm 1950, giáo sư tâm lý học Joe Kamiya của Đại học Chicago đã khám phá ra rằng mọi người có thể học hỏi thông qua phản hồi để nói khi nào họ đang tạo ra sóng alpha, dạng sóng liên quan đến sự thư giãn. (Một số người tham gia nghiên cứu chỉ mất bốn ngày để đạt được độ chính xác 100%.) Sau đó, ông đã chứng minh rằng họ cũng có thể tự nguyện bước vào một trạng thái alpha để đáp lại một tín hiệu âm thanh đơn giản.

Vào năm 1968, một bài báo về công trình của Kamiya đã được xuất bản trên tạp chí Psychology Today (Tâm lý học ngày nay) và ý tưởng luyện tập sóng alpha có thể làm giảm stress và các bệnh liên quan đến stress trở nên nổi tiếng.

Công trình khoa học đầu tiên do Barry Sterman thực hiện tại UCLA cho thấy phản hồi thần kinh có thể ảnh hưởng đến các điều kiện bệnh học. NASA (The National Aeronautics and Space Administration - Cơ quan Hàng không và Vũ trụ Quốc gia) đã đề nghị Sterman nghiên cứu độc tính của một loại nhiên liệu tên lửa, monomethylhydrazine (MMH), gây ra ảo giác, buồn nôn và động kinh.

Sterman trước đây đã huấn luyện một số con mèo để tạo ra một tần số EEG cụ thể được gọi là nhịp cảm giác vận động (sensorimotor rhythm). Ông phát hiện ra rằng mặc dù các chú mèo trong phòng thí nghiệm của ông đã phát triển động kinh sau khi tiếp xúc với MMH, nhưng những con mèo được tập phản hồi thần kinh thì không. Việc luyện tập phản hồi thần kinh bằng cách nào đó đã ổn định bộ não của chúng.

Năm 1971, lần đầu tiên, Sterman đã gắn thiết bị phản hồi thần kinh lên con người – đó là Mary Fairbanks, 23 tuổi. Cô bị chứng động kinh từ năm lên tám, mỗi tháng bị co giật mạnh hai lần hoặc nhiều hơn. Cô đã tập luyện 1 tiếng/ngày, 2 ngày/tuần. Sau ba tháng tập luyện, cô hầu như không còn bị động kinh nữa. Sterman sau đó nhận được tài trợ từ Viện Sức khỏe Quốc gia để tiến hành một nghiên cứu có hệ thống hơn và kết quả ấn tượng đã được công bố trên tạp chí *Epilepsia* năm 1978.

Kể từ đó, lĩnh vực phản hồi thần kinh đã phát triển với nhiều nền tảng khoa học đang được thực hiện ở châu Âu, Nga và Úc. Tuy nhiên, mặc dù có khoảng mười ngàn nhà thực hành phản hồi thần kinh ở Mỹ nhưng phương pháp này vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ để được chấp nhận rộng rãi.

TỪ NHÀ TÌNH THƯƠNG TRỞ THÀNH TRẠM Y TẾ

Sebern đã sắp xếp để tôi nói chuyện với ba bệnh nhân của cô. Tất cả đều kể những câu chuyện đáng chú ý, nhưng khi tôi nghe câu chuyện của Lisa, 28 tuổi, đang học y tá tại một trường đại học gần đó, tôi như bừng tỉnh trước tiềm năng tuyệt vời của phương pháp điều trị này. Lisa sở hữu một yếu tố mà duy nhất con người mới có được: Cô ấy là một người hấp dẫn, tò mò và rõ ràng là rất thông minh. Cô

có thể giao tiếp bằng mắt rất tuyệt vời và cô rất mong muốn chia sẻ những gì đã học được về bản thân mình. Điều hay nhất là cô ấy có khiếu hài hước và thích đùa.

Dựa vào những gì tôi biết về xuất thân của Lisa thì việc cô ấy rất bình tĩnh và tự chủ quả là kỳ diệu. Cô đã sống nhiều năm trong nhà tập thể và bệnh viện tâm thần và nhiều lần được cấp cứu vì dùng thuốc quá liều hoặc vì mất máu do vết thương tự gây ra.

Cô bắt đầu câu chuyện của mình như sau: “Tôi thường ghen tị với những đứa trẻ biết trước bố mẹ sẽ làm gì khi say rượu vì chí ít chúng còn đoán được bố mẹ sẽ đập phá, chửi bới, đánh đập con cái thế nào. Trong gia đình tôi không hề có một khuôn mẫu nhất định nào cả. Bất cứ điều gì cũng có thể khiến mẹ tôi nổi nóng, từ chuyện tôi ăn tối, xem ti vi hay đi từ nhà đến trường, mặc quần áo. Tôi không thể đoán trước bà ấy sẽ làm gì hay sẽ làm tổn thương tôi bằng cách nào. Mọi việc thường rất ngẫu nhiên”.

Bố cô đã bỏ nhà ra đi khi cô mới ba tuổi, để mặc cô chịu đựng người mẹ bị tâm thần phân liệt của mình. “Bị tra tấn” không phải là từ quá nặng nề để miêu tả những gì Lisa phải chịu đựng.

Cô kể: “Tôi ở trong phòng gác mái và trên đó còn có một phòng khác mà tôi sẽ vào đó và đi tiểu lên tấm thảm vì quá sợ hãi chuyện đi xuống cầu thang để vào phòng tắm. Tôi lột hết quần áo của những con búp bê của mình rồi dùng bút chì đâm thủng chúng rồi treo chúng trên cửa sổ”.

Năm 12 tuổi, Lisa chạy trốn khỏi nhà, sau đó bị cảnh sát bắt và đưa về nhà. Khi cô chạy khỏi nhà lần thứ hai, những nhân viên bảo vệ trẻ em đã can thiệp. Sáu năm tiếp theo, Lisa ở trong các bệnh viện tâm thần, nhà trú ẩn, nhà tập thể, những gia đình nhận con nuôi và

kể cả sống trên đường phố. Cô chẳng ở nơi nào được lâu vì cô quá tách biệt và khiếp sợ những người chăm sóc mình.

Cô sẽ tự làm hại bản thân hoặc đập phá đồ đạc, rồi sau đó không nhớ mình đã làm gì, thế nên nhiều người nghĩ cô là kẻ nói dối. Nhìn lại, Lisa nói với tôi, cô ấy thiếu ngôn ngữ để mô tả những gì đang diễn ra với mình.

Năm 18 tuổi, cô phải bắt đầu cuộc sống tự lập với hoàn cảnh không có gia đình, không học vấn, không tiền bạc, không kỹ năng. Nhưng ngay sau khi xuất viện, cô đi tìm Sebern. Sebern vừa mua thiết bị phản hồi thần kinh đầu tiên. Sebern vẫn còn nhớ Lisa, người từng ở trung tâm điều trị nội trú mà Sebern từng làm việc. Sebern luôn quý mến cô gái lạc lõng này và khuyên Lisa thử sử dụng bộ thiết bị mà cô vừa mua.

Sebern nhớ lại: “Khi Lisa đến gặp tôi lần đầu, đó là mùa thu. Cô đi đi lại lại với một ánh nhìn trống rỗng, tay cầm một quả bí ngô”.

Bất kỳ hình thức trò chuyện trị liệu nào cũng không thể thực hiện được đối với Lisa. Bất cứ khi nào Sebern hỏi cô về điều gì căng thẳng, Lisa liền đóng sập bản thân lại hoặc trở nên hoảng loạn.

Theo lời của Lisa: “Mỗi lần chúng tôi cố gắng nói về những chuyện đã xảy ra với tôi thì tôi đều suy sụp. Tôi sẽ thức dậy với vết cắt, vết bỏng và không thể ăn được gì. Tôi cũng không thể ngủ được”.

Cô cảm thấy sợ hãi mọi lúc mọi nơi: “Tôi luôn sợ hãi. Tôi không thích ai đó chạm vào mình. Tôi lúc nào cũng hốt hoảng và lo sợ. Tôi không thể nhắm mắt lại khi có ai đó ở xung quanh. Sẽ chẳng thể thuyết phục được tôi rằng ai đó sẽ không đá vào tôi khi tôi nhắm mắt lại. Điều đó khiến bạn cảm thấy mình thật điên rồ. Bạn biết rằng mình

đang ở trong một căn phòng với người mà bạn có thể tin tưởng được, bạn biết rằng sẽ chẳng có điều gì xảy đến với bạn nhưng cả cơ thể bạn thì khác và bạn không thể nào thanh thản được. Nếu ai đó ôm lấy tôi, tôi sẽ lùi lại”. Cô bị mắc kẹt trong một trạng thái liên tục bị kích động.

Lisa nhớ lại sự phân ly khi cô còn là một cô bé, nhưng mọi thứ trở nên tồi tệ hơn sau tuổi dậy thì: “Tôi bắt đầu tỉnh dậy với những vết cắt trên người và bạn học của tôi sẽ gọi tôi bằng nhiều cái tên khác nhau. Tôi không thể có được một người bạn trai lâu dài vì khi tôi phân ly nhân cách, tôi sẽ quen những người khác và tôi không thể nhớ ra được. Tôi từng ngất xỉu rất nhiều và khi mở mắt ra, tôi đều trông thấy vô vàn những tình huống khác nhau”. Giống như nhiều người bị sang chấn nghiêm trọng, Lisa không thể nhận ra mình trong gương.

Không gì có thể mô tả tình trạng của cô. “Năm 17 tuổi, tôi sống trong một nhà tập thể dành cho những thanh thiếu niên bất ổn trầm trọng, tôi dùng nắp hộp thiếc cắt cơ thể mình. Họ đưa tôi đến phòng cấp cứu nhưng tôi không thể nói với bác sĩ rằng tôi đã tự cắt mình bằng cách nào vì tôi không nhớ bất cứ gì về điều đó. Bác sĩ cấp cứu tin rằng chứng rối loạn đa nhân cách không tồn tại... Rất nhiều người trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần nói với bạn rằng nó không tồn tại. Không phải là bạn không có bệnh mà là căn bệnh đó không tồn tại”.

Điều đầu tiên Lisa làm sau khi đã quá tuổi theo quy định của chương trình điều trị nội trú chính là ngưng dùng thuốc: “Điều này không phải là đúng cho tất cả mọi người”, cô thừa nhận, “nhưng nó đã trở thành một lựa chọn cá nhân đúng đắn của tôi. Tôi biết có những người cần thuốc, nhưng đó không phải là trường hợp của tôi.

Sau khi ngưng dùng thuốc và bắt đầu trị liệu phản hồi thần kinh, tôi trở nên minh mẫn hơn”.

Khi mời Lisa thử nghiệm phương pháp phản hồi thần kinh, Sebern không biết mình mong đợi điều gì vì Lisa là bệnh nhân bị phân ly đầu tiên mà cô thử nghiệm. Họ gặp nhau hai lần một tuần và bắt đầu bằng cách tưởng thưởng cho các mô hình não phù hợp hơn trong thùy thái dương bên phải, trung tâm sợ hãi của não. Sau vài tuần, Lisa nhận thấy mình không còn quá căng thẳng với mọi người nữa và cô không còn sợ hãi khi ở trong tầng hầm giặt ủi tại tòa nhà của cô nữa. Sau đó đã có một bước đột phá: Cô không còn phân ly nữa. “Tôi luôn có những cuộc đối thoại thì thầm trong đầu mình”, cô hồi tưởng. “Tôi đã sợ mình bị tâm thần phân liệt. Sau nửa năm dùng phương pháp phản hồi thần kinh, tôi không còn nghe thấy những tiếng nói đó nữa. Có lẽ là tôi đã tích hợp được. Mọi thứ đã hòa vào nhau”.

Khi Lisa phát triển một cảm giác liên tục hơn về bản thân, cô đã có thể kể lại những trải nghiệm của mình: “Bây giờ tôi thực sự có thể nói về những thứ như tuổi thơ của tôi. Lần đầu tiên tôi bắt đầu có thể thực hiện liệu pháp điều trị. Cho đến lúc đó, tôi vẫn không có đủ khoảng cách và tôi không có đủ bình tĩnh. Nếu bạn vẫn bị mắc kẹt, bạn sẽ rất khó nói ra. Tôi đã không thể gắn bó theo cách mà bạn cần phải gắn bó và cởi mở theo cách mà bạn cần phải cởi mở để có bất kỳ kiểu quan hệ nào với một nhà trị liệu”. Đây là một sự nhận thức tuyệt vời: Rất nhiều bệnh nhân không thể có những kết nối có ý nghĩa bởi vì họ vẫn “mắc kẹt trong đó”. Tất nhiên, khi mọi người không biết họ là ai, họ không thể nhìn thấy thực tế của những người xung quanh họ.

Lisa tiếp tục: “Có rất nhiều mối lo âu xung quanh việc gắn bó. Tôi sẽ vào phòng và cố gắng ghi nhớ mọi cách để có thể thoát ra, mọi chi tiết về một người. Tôi cố gắng hết sức để theo dõi mọi thứ có thể làm tôi tổn thương. Bây giờ tôi nhận biết mọi người theo một cách khác. Nó không dựa trên việc ghi nhớ họ vì tôi sợ hãi. Khi bạn không sợ bị tổn thương, bạn có thể biết mọi người theo một cách khác”.

Người phụ nữ trẻ tuổi hoạt bát này, từ đáy sâu thẳm của tuyệt vọng và hỗn độn đã trỗi dậy với một sự sáng suốt và tập trung mà tôi chưa từng thấy. Rõ ràng là chúng ta phải khám phá tiềm năng của phản hồi thần kinh ở Trung tâm Điều trị Sang chấn.

BẮT ĐẦU VỚI PHẢN HỒI THẦN KINH

Trước tiên, chúng tôi phải quyết định chọn cái nào trong năm hệ thống phản hồi thần kinh để áp dụng và sau đó, tìm một dịp nghỉ cuối tuần dài ngày để học các nguyên tắc và thực hành với nhau.

Tám nhân viên và ba huấn luyện viên đã tình nguyện dành thời gian khám phá sự phức tạp của điện não đồ, điện cực và phản hồi do máy tính tạo ra. Vào buổi sáng thứ hai của đợt huấn luyện, khi tôi hợp tác với đồng nghiệp Michael, tôi đã đặt một điện cực ở phía bên phải đầu của anh ấy, ngay phía trên dải cảm giác vận động của não anh ấy và chọn tần số từ 11 đến 14 hertz.

Ngay sau khi buổi huấn luyện kết thúc, Michael yêu cầu cả nhóm chú ý. Anh ấy kể mình vừa có một trải nghiệm lạ thường. Anh ấy luôn cảm thấy không thoải mái và không an toàn trước sự có mặt của người khác, kể cả những đồng nghiệp như chúng tôi. Mặc dù không ai chú ý đến điều này – bởi anh là một nhà trị liệu đáng nể trọng - anh sống trong một cảm giác bất an gặm nhấm kéo dài. Cảm xúc đó giờ đã biến mất và anh cảm thấy an toàn, thoải mái và cởi mở. Trong ba

năm tiếp theo, Michael trở thành một trong những người đóng góp có giá trị nhất cho chương trình phản hồi thần kinh của chúng tôi.

Với sự trợ giúp của Quỹ ANS, chúng tôi đã bắt đầu nghiên cứu đầu tiên của chúng tôi với một nhóm 17 bệnh nhân không đáp ứng với các phương pháp điều trị trước đó. Chúng tôi tập trung vào vùng não thái dương bên phải của não, vùng não bị kích hoạt mãnh liệt trong suốt thời gian stress do sang chấn (được mô tả trong các nghiên cứu của chúng tôi đã trình bày ở chương 3” và chúng tôi đã cho họ 20 buổi phản hồi thần kinh trong hơn mười tuần.

Vì hầu hết những bệnh nhân này đều bị mù cảm xúc nên họ không dễ nói lại phản ứng của họ đối với các phương pháp điều trị. Nhưng hành động của họ thì nói lên tất cả. Họ thường xuyên đến cuộc hẹn rất đúng giờ, ngay cả khi phải lái xe trong bão tuyết. Không ai bỏ cuộc và khi kết thúc đầy đủ 20 buổi trị liệu, chúng tôi có thể ghi lại các cải thiện đáng kể không chỉ ở điểm số PTSD của họ mà còn trong sự thoải mái giữa các cá nhân với nhau, sự cân bằng cảm xúc và sự tự nhận thức của họ. Họ ngủ ngon hơn, cảm thấy bình tĩnh hơn và tập trung hơn.

Trong mọi trường hợp, việc đối tượng tham gia nghiên cứu tự báo cáo lại tình trạng của mình có thể không đáng tin cậy, những thay đổi khách quan trong hành vi mới là các chỉ số tốt hơn để cho biết hướng điều trị có hiệu quả như thế nào. Bệnh nhân đầu tiên tôi điều trị bằng phản hồi thần kinh là một ví dụ điển hình. Anh có chuyên môn, ở tuổi 50, tự coi mình là người thích người khác giới, nhưng anh có sự thôi thúc bắt buộc phải tìm cách quan hệ với những người đồng giới lạ mặt bất cứ khi nào anh cảm thấy bị bỏ rơi và bị hiểu lầm.

Hôn nhân của anh tan vỡ vì vấn đề này và anh có HIV dương tính; anh tuyệt vọng trong việc làm chủ hành vi của mình.

Trong một liệu pháp được sử dụng trước đó, anh đã nói rất nhiều về việc mình bị một người chú lạm dụng tình dục khi anh khoảng tám tuổi. Chúng tôi giả định rằng sự thôi thúc trong anh có liên quan đến việc anh bị lạm dụng, nhưng giả định này không giúp làm thay đổi hành vi của anh. Sau hơn một năm trị liệu tâm lý thường xuyên với một nhà trị liệu giỏi chuyên môn, anh vẫn không có gì thay đổi.

Một tuần sau khi anh được tôi luyện tập để thủy thái dương bên phải của anh tạo ra sóng chậm hơn thì anh và bạn gái xảy ra cãi vã, lúc ấy, thay vì tìm sự giải tỏa trong tình dục đồng giới như thói quen, anh đã quyết định đi câu cá. Tôi cho là phản ứng này thể hiện cơ hội điều trị hiệu quả cho anh.

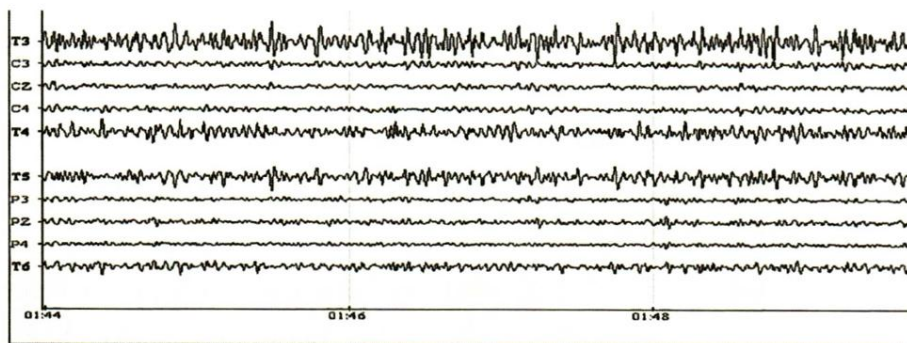
Trong mười tuần tiếp theo, trong mối quan hệ rối rắm của mình, anh vẫn tiếp tục tìm sự an ủi trong câu cá và bắt đầu cải tạo một cabin bên bờ hồ. Tuy nhiên, khi chúng tôi bỏ qua ba tuần phản hồi thần kinh vì vướng lịch đi nghỉ thì sự cưỡng bách trong anh đột ngột trở lại, điều này cho thấy bộ não của anh vẫn chưa ổn định với mô hình mới của nó. Chúng tôi đã tập luyện thêm sáu tháng nữa và bây giờ, bốn năm sau, tôi gặp anh ta khoảng sáu tháng một lần để kiểm tra. Anh không còn cảm giác ham muốn tham gia vào các hoạt động tình dục nguy hiểm nữa.

Làm thế nào mà bộ não của anh ấy lại có được sự thoải mái từ việc câu cá chứ không phải từ hành vi tình dục cưỡng bức? Tại thời điểm này, chúng tôi vẫn chưa biết lý do. Phản hồi thần kinh làm thay đổi mô hình kết nối trong não; tiếp theo, việc tạo ra các mô hình mới làm thay đổi tâm trí.

SÓNG NÃO CƠ BẢN TỪ CHẬM ĐẾN NHANH

Mỗi dòng trên EEG biểu diễn cho hoạt động của một phần khác nhau trong não: sự kết hợp của các nhịp điệu khác nhau, từ chậm đến nhanh!?. EEG kết hợp các phép đo độ cao (biên độ) và chiều dài sóng (tần số) khác nhau. Tần số là số lần mà một dạng sóng tăng và giảm trong một giây, được đo bằng Hz hoặc số chu kỳ trong mỗi giây (cycle per second - cps). Mỗi tần số trên EEG liên quan đến việc hiểu và điều trị sang chấn, và những điều cơ bản tương đối dễ nắm bắt.

Sóng delta có tần số chậm nhất (2-5 Hz), xuất hiện nhiều nhất trong lúc ngủ. Não ở trạng thái không hoạt động và tâm trí quay hướng về bên trong. Nếu khi thức mà con người có quá nhiều hoạt động sóng chậm thì suy nghĩ của họ có phần mờ mịt, họ phán đoán kém và khó kiểm soát sự bốc đồng của mình. 80% trẻ em bị ADHD và nhiều người được chẩn đoán bị PTSD có sóng cực chậm thùy trán.



Điện Não Đồ (Electroencephalogram – EEG). Mặc dù không có những dấu hiệu điển hình của PTSD, rất nhiều người bị sang chấn có hoạt động tăng vọt ở hai thùy thái dương, giống như bệnh nhân này (T3, T4, T5). Phản hồi thần kinh có thể giúp điều hòa lại những hoạt động não bộ bất thường như vậy và từ đó làm tăng mức độ ổn định trong tâm lý.

PIC

Ý NGHĨA CÁC LOẠI SÓNG NÃO VỚI TRẠNG THÁI TỈNH THỨC CỦA CHÚNG TA

PIC

cps = chu kỳ trên giây hoặc Hertz (Hz)					
DELTA ít hơn 4 cps	THETA 4-8 cps	ALPHA 8-12 cps	SMR 12-15 cps	BETA 15-18 cps	BETA CAO nhiều hơn 19 cps
Ngủ	Buồn ngủ/Lơ mơ	Tập trung Thư giãn	Suy nghĩ Thư giãn	Suy nghĩ Hoạt động	Kích thích
					
Phạm vi sóng não của bộ não bị trầm cảm, ADD(*) và tai biến			Chúng ta tập luyện cho não bộ chuyển đến phạm vi sóng não này để giảm các triệu chứng của trầm cảm, ADD(*), và tai biến.		

(*) Rối loạn kém chú ý - attention deficit disorder

Ngủ mơ làm tăng tốc độ sóng não. Tần số theta (4-8 Hz) chiếm ưu thế khi con người ở ngay rìa giấc ngủ (sắp sửa chìm vào giấc ngủ hoặc sắp thức giấc), như trong trạng thái bông bênh “nửa tỉnh nửa mê” được mô tả trong chương 15 về EMDR; sóng theta cũng là đặc trưng của trạng thái bị thôi miên. Sóng theta tạo ra một khung tâm trí không bị ràng buộc bởi logic hoặc bởi những đòi hỏi bình thường của cuộc sống, từ đó mở ra khả năng để tạo những kết nối và liên tưởng mới mẻ. Điểm hứa hẹn nhất của việc sử dụng liệu pháp phản hồi thần kinh trong chữa trị cho bệnh nhân bị PTSD đó là luyện tập sóng não alpha/theta sẽ giúp người bệnh nói lỏng các liên tưởng bị đông cứng trong não của họ và tạo điều kiện cho việc học hỏi kiến thức mới. Về nhược điểm, sóng não theta cũng xuất hiện khi chúng ta “mất tập trung” hoặc chán nản.

Sóng alpha (8-12 Hz) đi kèm với cảm giác bình an và bình tĩnh, dạng sóng quen thuộc với những người học thiền chánh niệm. Tôi dùng cách luyện tập sóng não alpha để giúp những người quá trống rỗng hoặc quá kích động đạt được trạng thái thư giãn tập trung.

Trung tâm Y tế Quân đội Quốc gia Walter Reed (Walter Reed National Military Medical Center) gần đây đã áp dụng luyện tập sóng não alpha để chữa trị cho những người lính mắc PTSD. Tuy nhiên, tại thời điểm tôi viết cuốn sách này thì kết quả vẫn chưa sẵn sàng cho công bố.

Sóng beta là tần số nhanh nhất (12-20 Hz). Khi sóng beta chiếm ưu thế, não được định hướng ra thế giới bên ngoài. Sóng beta cho phép chúng ta tập trung chú ý trong khi thực hiện một nhiệm vụ nào đó. Tuy nhiên, sóng beta cao (hơn 20 Hz) có liên quan đến sự kích động, lo âu và sự căng thẳng cơ thể, hậu quả là chúng ta luôn luôn cảnh giác, dò xét mối nguy hiểm trong môi trường xung quanh.

GIÚP BỘ NÃO TẬP TRUNG

Rèn luyện phản hồi thần kinh có thể cải thiện khả năng sáng tạo, kiểm soát các biểu hiện thể chất và nhận thức nội tâm, ngay cả ở những người đã có thành tích cao. Khi bắt đầu nghiên cứu về phản hồi thần kinh, chúng tôi phát hiện ra rằng y học thể thao là bộ môn duy nhất tại Đại học Boston có hiểu biết về vấn đề này. Một trong những người thầy đầu tiên của tôi về sinh lý học não bộ là nhà tâm lý học thể thao Len Zaichkowsky, người đã sớm rời Đại học Boston để giảng dạy, nâng cao thành tích cho đội khúc côn cầu trên băng Vancouver Canucks bằng phản hồi thần kinh 15.

Phản hồi thần kinh có lẽ đã được nghiên cứu kỹ lưỡng nhằm tăng cường hiệu quả hoạt động hơn là để xử lý các vấn đề tâm thần. Tại Ý, câu lạc bộ bóng đá AC Milan đã sử dụng phản hồi thần kinh để giúp các cầu thủ duy trì trạng thái thư giãn và tập trung khi họ xem các đoạn phim quay lại những sai sót của họ trong trận đấu.

Sự gia tăng trong khả năng kiểm soát tinh thần và thể chất của các cầu thủ đã được đền đáp khi một số cầu thủ của đội trở thành tuyển thủ của đội Ý và giành chức vô địch World Cup 2006 còn AC Milan đoạt chức vô địch châu Âu vào năm 2007¹⁶. Phản hồi thần kinh cũng là một phần thuộc nhóm khoa học và công nghệ của Own the Podium, kế hoạch 5 năm trị giá 117 triệu đô-la, được thiết kế để giúp Canada thống trị Thế vận hội mùa đông 2010 ở Vancouver. Canada giành được nhiều huy chương vàng nhất và đứng thứ ba trên bảng tổng xếp hạng.

Phản hồi thần kinh cũng giúp ích cho ngành biểu diễn âm nhạc. Một ban giám khảo của Đại học Âm nhạc Hoàng gia Anh phát hiện ra rằng những sinh viên được John Gruzelier, thuộc trường Đại học London, đào tạo mười buổi phản hồi thần kinh đều có sự cải thiện 10% khi thể hiện một tác phẩm âm nhạc so với những sinh viên chưa được học phản hồi thần kinh. Đây là một khác biệt rất lớn đối với một lĩnh vực đầy tính cạnh tranh như thế.⁷

Nhờ vào hiệu quả giúp tăng cường sự tập trung và chú ý, nên không có gì lạ khi phản hồi thần kinh đã thu hút sự chú ý của các chuyên gia về chứng rối loạn tăng động giảm chú ý -ADHD. Ít nhất có 36 nghiên cứu đã cho thấy phản hồi thần kinh có thể là phương pháp điều trị ADHD hiệu quả và có thời gian chữa trị ngắn – hiệu quả chữa trị cũng tốt như các loại thuốc thông thường. Một khi não đã được luyện tập để tạo ra các mô hình giao tiếp điện não khác nhau thì không cần tiếp tục luyện tập nữa, trái lại, thuốc không làm thay đổi hoạt động của bộ não và chỉ có hiệu quả nếu bệnh nhân tiếp tục uống thuốc.

VẤN ĐỀ NẪM Ở ĐÂU TRONG NÃO CỦA TÔI?

Phân tích EEG tinh vi, được biết đến với tên là EEG định lượng (quantitative EEG - TEEG), có thể theo dõi hoạt động của sóng não tới từng mili giây và phần mềm của nó có thể chuyển hoạt động của sóng não thành một bản đồ màu cho thấy tần số cao nhất hoặc thấp nhất trong các vùng trọng yếu của não°. qEEG cũng có thể cho biết các vùng não đang trao đổi thông tin hoặc làm việc cùng nhau như thế nào. Một số cơ sở dữ liệu qEEG lớn có sẵn mô hình bình thường và bất thường, cho phép chúng ta so sánh qEEG của một bệnh nhân với hàng ngàn người khác có vấn đề tương tự. Cuối cùng nhưng không kém phần quan trọng, trái ngược với phương pháp MRI (chụp MRI chức năng) và phương pháp chụp - quét khác, qEEG tương đối rẻ và có thể cầm tay. qEEG cung cấp bằng chứng thuyết phục cho ranh giới giữa các phân loại chẩn đoán theo DSM hiện tại. Phân loại DSM cho bệnh lý tâm thần không tương thích với các mô hình kích hoạt não cụ thể. Nhiều chẩn đoán có chung các trạng thái tâm thần phổ biến như nhầm lẫn, kích động hoặc cảm giác phân ly với cơ thể đều liên quan đến các mô hình cụ thể trên qEEG. Nói chung, bệnh nhân càng có nhiều vấn đề, qEEG của họ càng xuất hiện nhiều bất thường.

Bệnh nhân của chúng tôi cũng cảm thấy hữu ích khi được xem các mô hình của hoạt động điện não của họ. Chúng tôi có thể chỉ cho họ thấy những mô hình có vẻ như chịu trách nhiệm cho sự khó khăn của họ khi tập trung hoặc khi họ thiếu kiểm soát cảm xúc. Họ có thể thấy tại sao các vùng não khác nhau cần được rèn luyện để tạo ra các tần số và mô hình truyền thông tin khác nhau. Những lời giải thích này giúp họ chuyển từ việc tự trách bản thân trong việc kiểm soát hành vi sang học cách xử lý thông tin theo một cách khác.

SANG CHẤN THAY ĐỔI SÓNG NÃO NHƯ THẾ NÀO?

Trong phòng thí nghiệm phản hồi thần kinh của chúng tôi, chúng tôi thấy những người có lịch sử lâu dài bị stress do sang chấn chỉ đáp ứng được một phần nào các phương pháp điều trị hiện tại. qEEG của họ cho thấy một loạt các mô hình khác nhau. Thường là có hoạt động quá mức ở thùy thái dương phải, trung tâm sợ hãi của não, kết hợp với quá nhiều hoạt động sóng chậm ở vùng phía trước của não. Điều này có nghĩa là bộ não cảm xúc bị kích thích quá mức của họ đang chi phối đời sống tinh thần của họ. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy xoa dịu trung tâm sợ hãi sẽ làm giảm các vấn đề do sang chấn gây ra và cải thiện chức năng hoạt động. Điều này được phản ánh không chỉ ở điểm số PTSD của bệnh nhân giảm đáng kể mà còn trong sự cải thiện rõ rệt về tinh thần và tăng khả năng điều hòa nỗi buồn của họ khi phản ứng lại những khiêu khích tương đối nhỏ 21.

Các bệnh nhân bị sang chấn khác cho thấy những mô hình kích hoạt thái quá khi họ nhắm mắt: Không nhìn thấy những gì đang xảy ra xung quanh khiến họ hoảng sợ và sóng não của họ trở nên rối rắm. Chúng tôi luyện tập cho họ tạo ra nhiều mô hình não thư giãn hơn. Tuy nhiên, một nhóm khác phản ứng quá mức với âm thanh và ánh sáng, một dấu hiệu cho thấy vùng đồi thị gặp khó khăn trong việc lọc ra các thông tin không liên quan. Ở những bệnh nhân này, chúng tôi tập trung vào việc thay đổi mô hình truyền thông tin ở vùng phía sau của não.

Trong khi trung tâm của chúng tôi tập trung tìm cách điều trị tối ưu cho stress do sang chấn kéo dài thì Alexander McFarlane đang nghiên cứu cách thức não bộ đã thay đổi khi tiếp xúc với việc chiến

đấu. Bộ Quốc phòng Úc yêu cầu nhóm nghiên cứu của ông đo lường tác động của việc điều quân làm nhiệm vụ chiến đấu ở Iraq và Afghanistan lên hoạt động tinh thần và sinh học, bao gồm cả các mô hình sóng não. Trong giai đoạn đầu, McFarlane và các cộng sự đã đo qEEG của 179 binh sỹ bốn tháng trước mỗi đợt triển khai làm nhiệm vụ ở Trung Đông và bốn tháng sau khi các binh lính xong nhiệm vụ trở về.

Họ nhận thấy rằng tổng số tháng chiến đấu trong khoảng thời gian ba năm có liên quan đến sự suy giảm dần của sóng alpha ở vùng phía sau của não. Khu vực này, theo dõi trạng thái của cơ thể và điều chỉnh các quy trình cơ bản như ngủ và đói, thường có mức sóng alpha cao nhất của bất kỳ khu vực nào trong não, đặc biệt khi người ta nhắm mắt lại. Như chúng ta đã thấy, sóng alpha có liên quan đến sự thư giãn. Sự suy giảm sóng alpha ở những người lính này phản ánh tình trạng hỗn loạn đại dằng. Đồng thời, ở vùng phía trước của não, nơi thường có mức sóng beta cao (sóng nhanh), nay lại chậm đi, càng lúc càng chậm ứng với từng đợt ra quân. Những người lính dần dần phát triển hoạt động thùy trán giống với những trẻ em bị ADHD, gây trở ngại cho chức năng hoạt động và năng lực tập trung của họ.

Kết quả là, sự hưng phấn, vốn được xem là cung cấp năng lượng cần thiết để chúng ta tham gia vào các công việc hằng ngày, không còn giúp những người lính này tập trung vào các công việc bình thường. Nó chỉ đơn giản khiến họ bồn chồn và lo lắng. Ở giai đoạn nghiên cứu này của McFarlane vẫn còn quá sớm để biết liệu có ai trong số những người lính này sẽ phát triển PTSD hay không, và chỉ

có thời gian mới cho chúng ta biết các bộ não này sẽ điều chỉnh để thích ứng với cuộc sống bình thường đến mức độ nào.

PHẢN HỒI THẦN KINH VÀ KHUYẾT TẬT HỌC TẬP

Bị lạm dụng và bị bỏ mặc lâu ngày trong thời thơ ấu gây trở ngại cho việc kết nối giữa các hệ thống tích hợp cảm giác. Trong một số trường hợp, điều này dẫn đến khuyết tật học tập bao gồm các kết nối bị lỗi giữa hệ thống thính giác với xử lý từ ngữ, sự phối hợp tay-mắt kém. Rất khó nhận biết các rắc rối ở trẻ vị thành niên trong cách chúng xử lý thông tin hằng ngày. Nhưng một khi chúng ta điều trị thành công các vấn đề về hành vi cho trẻ thì những khuyết tật học tập của chúng thường trở nên rõ ràng. Ngay cả khi những đứa trẻ bị sang chấn này có thể ngồi yên và chú ý thì nhiều trẻ vẫn bị xem là có khuyết tật về học tập bởi chúng có kỹ năng học tập kém 22.

Lisa mô tả sang chấn đã can thiệp như thế nào vào việc dẫn truyền thông tin của các chức năng xử lý cơ bản. Cô ấy nói cô “luôn bị lạc đường”. Lúc đi học, cô thường nghe rất chậm nên không thực hiện kịp thời và đúng hướng dẫn của giáo viên. Lisa kể: “Hãy hình dung cảnh tượng này, bạn ngồi trong lớp học, cô giáo vào lớp, nói rằng: Chào cả lớp, các em hãy mở sách Toán, trang 72, làm bài tập từ một đến năm. Nếu bạn chỉ cần lơ là một giây, bạn sẽ không biết phải làm gì, rồi bạn rối lên. Tóm lại là không thể nào tập trung được”.

Phản hồi thần kinh đã giúp cô khắc phục khuyết tật học tập này. Cô kể: “Tôi học cách theo dõi mọi thứ, ví dụ như đọc bản đồ. Ngay sau khi chúng tôi bắt đầu điều trị, tôi đã có một kỷ niệm đáng nhớ khi đi từ Amherst đến Northampton [chưa tới 16 km] để gặp Sebern. Tôi lỡ một vài chuyến xe buýt và cuối cùng tôi đã đi bộ vài dặm dọc theo đường cao tốc. Tôi rất bối rối, tôi không thể đọc lịch trình. Tôi không

thể bắt kịp được thời gian. Tôi thường quá căng thẳng và hồi hộp, chính những điều này khiến tôi luôn mệt mỏi. Tôi không thể chú ý và sắp xếp mọi chuyện với nhau. Đơn giản là tôi không thể sắp xếp đầu óc mình xoay quanh một việc được”.

Tuyên bố đó đưa ra thách thức cho ngành khoa học não bộ và tâm trí: Làm thế nào chúng ta có thể giúp mọi người học cách tổ chức thời gian, không gian, khoảng cách và mối quan hệ – những năng lực vốn được đặt vào não trong những năm đầu tiên của cuộc đời – nếu sang chấn đã can thiệp vào sự phát triển của họ? Không có thuốc hay phương pháp điều trị thông thường nào được chứng minh là kích hoạt được tính khả biến thần kinh cần thiết để giúp những năng lực này hoạt động trở lại sau khi các giai đoạn quan trọng trong quá trình phát triển các năng lực ấy đã trôi qua. Bây giờ là lúc cần nghiên cứu xem liệu phản hồi thần kinh có thể thành công hay không, nếu các can thiệp khác đã thất bại.

LUYỆN TẬP ALPHA-THETA

Luyện tập alpha-theta là một quy trình phản hồi thần kinh đặc biệt hấp dẫn bởi vì nó có thể gây ra các loại trạng thái mơ ngủ bản chất của sự thôi miên gây mê – mà chúng ta đã thảo luận trong chương 15 23.

Khi các sóng theta chiếm ưu thế trong não, tâm trí sẽ tập trung vào thế giới bên trong, một thế giới của hình ảnh trôi nổi tự do. Sóng não alpha có thể hoạt động như một cây cầu nối thế giới bên ngoài với bên trong và ngược lại. Trong luyện tập alpha-theta, các tần số này được khuyến khích luân phiên.

Bệnh nhân bị PTSD khó có thể mở rộng tâm trí trước những khả năng mới, do đó họ không thể diễn giải hiện tại như là một sự hồi

tưởng liên tục của quá khứ. Các trạng thái mơ hồ, trong đó hoạt động của sóng theta chiếm ưu thế, có thể giúp nối lỏng mối liên hệ có điều kiện giữa kích thích đặc biệt và phản ứng với kích thích đó, chẳng hạn như một tiếng nổ lớn là dấu hiệu có bắn súng, báo hiệu cái chết. Một liên tưởng mới có thể được tạo ra, trong đó cùng tiếng nổ lớn có thể được gắn với pháo hoa chào mừng.

Trong những trạng thái nửa mê nửa tỉnh khi luyện tập alphas, người bệnh có thể trải nghiệm lại một cách an toàn các sự kiện gây sang chấn và hình thành nên các liên tưởng mới. Một số bệnh nhân cho biết họ có hình ảnh bất thường và/hoặc những hiểu biết sâu sắc về cuộc sống của họ, những người khác đơn giản là trở nên thoải mái hơn và bớt cứng nhắc. Bất kỳ trạng thái nào mà trong đó họ có thể thấy an toàn khi trải nghiệm lại những hình ảnh, cảm nhận và cảm xúc khiến họ liên tưởng đến nỗi sợ hãi và bất lực dường như đều tạo ra tiềm năng mới và viễn cảnh rộng hơn.

Luyện tập alpha-theta có thể đảo ngược các mô hình kích thích quá mức không? Những bằng chứng tích lũy được rất hứa hẹn. Eugene Peniston và Paul Kulkosky, các nhà nghiên cứu tại Trung tâm Y khoa thuộc Bộ Cựu chiến binh ở Fort Lyon, Colorado, đã sử dụng phản hồi thần kinh để điều trị cho 29 cựu chiến binh từng chiến đấu ở Việt Nam có lịch sử bị PTSD liên quan đến quãng thời gian chinh chiến từ mười hai đến mười lăm năm. Mười lăm người trong số họ được chọn ngẫu nhiên để thực hiện luyện tập EEG alpha-theta và mười bốn người thuộc nhóm đối chứng được hưởng mức chăm sóc y tế chuẩn, bao gồm thuốc hướng thần, trị liệu cá nhân và trị liệu nhóm. Trung bình, những người tham gia trong cả hai nhóm đã nhập viện hơn năm lần vì PTSD. Khi những người đàn ông nằm ngửa và

nhắm mắt lại, họ được huấn luyện để cho phép những âm thanh phản hồi thần kinh hướng dẫn họ thư giãn sâu. Họ cũng được yêu cầu sử dụng hình ảnh tinh thần tích cực (ví dụ như tình tảo, sống tự tin và hạnh phúc) khi họ tiến đến trạng thái alphatheta nửa tỉnh nửa mê.

Nghiên cứu này, được công bố năm 1991, là một trong những kết quả tốt nhất từng được ghi nhận cho PTSD. Nhóm phản hồi thần kinh đã giảm đáng kể các triệu chứng PTSD cũng như các triệu chứng thể chất, trầm cảm, lo âu và hoang tưởng. Sau giai đoạn điều trị, các cựu chiến binh và người thân của họ được liên lạc định kỳ hằng tháng trong thời gian 30 tháng. Chỉ có 3 trong số 15 người được điều trị phản hồi thần kinh báo cáo là họ có những hồi tưởng phiền muộn và những cơn ác mộng. Cả ba đều chọn thực hiện thêm mười buổi luyện tập sóng não; chỉ còn một người cần trở lại bệnh viện để điều trị thêm. 14 trong số 15 người giảm đáng kể lượng thuốc sử dụng thuốc.

Ngược lại, mọi cựu chiến binh trong nhóm đối chứng đều gia tăng triệu chứng PTSD trong thời gian theo dõi và tất cả đều phải nhập viện ít nhất hai lần nữa. Mười người trong nhóm đối chứng cũng uống thuốc nhiều hơn⁴. Nghiên cứu này đã được các nhà nghiên cứu khác lặp lại, nhưng cộng đồng bên ngoài ít chú ý đến nó đến mức đáng ngạc nhiên”.

PHẢN HỒI THẦN KINH, PTSD VÀ NGHIỆN

Khoảng 3 đến 5 số người bị sang chấn nghiêm trọng đã lạm dụng chất gây nghiện 26. Một nghiên cứu gần đây cho thấy một nửa số nạn nhân tai nạn xe cộ đã tìm đến ma túy hoặc rượu. Lạm dụng rượu

làm cho người ta bất cẩn và do đó làm tăng khả năng bị sang chấn lần nữa.

Có một mối quan hệ vòng tròn giữa PTSD và lạm dụng chất gây nghiện: Dù ma túy và rượu có thể giúp làm giảm tạm thời các triệu chứng sang chấn nhưng khi ngừng sử dụng ma túy và ngưng uống rượu thì họ lại bị kích thích quá mức, do đó họ càng gặp nhiều đơn ác mộng, càng thêm hồi tưởng và bị kích động. Chỉ có hai cách để kết thúc cái vòng luẩn quẩn này: giải quyết các triệu chứng PTSD bằng các phương pháp như EMDR hoặc điều trị cơn kích động quá mức, vốn là một phần của PTSD, và ngừng sử dụng ma túy hoặc rượu. Các loại thuốc như naltrexone đôi khi được sử dụng để làm giảm tình trạng kích động quá mức nhưng cách điều trị này chỉ hiệu quả trong một số trường hợp.

Một trong những phụ nữ đầu tiên được tôi luyện tập phản hồi thần kinh là người nghiện cocaine từ lâu, từng bị lạm dụng tình dục và bị bỏ rơi. Thật đáng ngạc nhiên, chỉ sau hai buổi luyện tập, cô đã ngừng dùng cocaine và cai suốt đến tận 5 năm tiếp theo. Tôi chưa bao giờ thấy trường hợp nào nào cai thuốc nhanh đến vậy, do đó, tôi đã tìm đọc các tài liệu khoa học hiện có để xem có hướng dẫn gì không?”. Hầu hết các nghiên cứu về chủ đề này đã được thực hiện cách đây hơn hai thập niên; trong những năm gần đây, có rất ít nghiên cứu về phản hồi thần kinh trong điều trị cai nghiện đã được công bố, ít nhất là ở Mỹ.

75%-80% bệnh nhân được điều trị cai nghiện ma túy và rượu đều tái nghiện. Một nghiên cứu khác của Peniston và Kulkosky đã tập trung nghiên cứu tác động của luyện tập phản hồi thần kinh các cựu chiến binh được chẩn đoán kép vừa nghiện rượu vừa bị PTSD²⁸. 15

cựu chiến binh được luyện tập alpha-theta, trong khi nhóm đối chứng được điều trị theo tiêu chuẩn mà không có luyện tập phản hồi thần kinh. Các đối tượng được theo dõi liên tục trong ba năm, trong đó tám người của nhóm phản hồi thần kinh ngừng uống rượu hoàn toàn và có một người say rượu một lần nhưng sau đó anh ta bị bệnh và không uống nữa. Hầu hết trong số họ đều ít bị trầm cảm hơn.

Như Peniston đã nói, những thay đổi được báo cáo tương ứng với việc “biết thông cảm hơn, thông minh hơn, ổn định hơn về mặt tình cảm, thoải mái và hài lòng hơn”²⁹. Ngược lại, tất cả những người được điều trị tiêu chuẩn đều quay trở lại bệnh viện trong vòng mười tám tháng. Kể từ đó, một số nghiên cứu về phản hồi thần kinh đối với nghiện ngập đã được công bố những ứng dụng quan trọng này cần nhiều nghiên cứu hơn nữa để xác định tiềm năng cũng như hạn chế của nó.

TƯƠNG LAI CHO PHẢN HỒI THẦN KINH

Tôi sử dụng phản hồi thần kinh chủ yếu để xử lý các vấn đề như hưng phấn quá mức, nhầm lẫn và khó tập trung ở bệnh nhân bị ảnh hưởng bởi sang chấn tinh thần. Tuy nhiên, phương pháp này cũng cho kết quả tốt với nhiều vấn đề khác như giảm đau đầu do căng thẳng, cải thiện chức năng nhận thức cho não bị tổn thương sau sang chấn, giảm lo âu và hoảng loạn, điều trị chứng tự kỷ, cải thiện kiểm soát cơn động kinh, tự điều chỉnh khi bị rối loạn tâm trạng, và nhiều nữa.

Vào năm 2013, phản hồi thần kinh được sử dụng trong 17 cơ sở thuộc quân đội và Bộ Cựu chiến binh để điều trị PTSD 32, và tài liệu khoa học về hiệu quả gần đây của nó đối với cựu chiến binh mới bắt đầu được đánh giá. Frank Duffy, Trưởng khoa sinh lý thần kinh và

phòng thí nghiệm sinh lý thần kinh phát triển của Bệnh viện Nhi Boston, nhận xét: “Các tài liệu, không có nghiên cứu nào là âm tính, cho thấy phản hồi thần kinh có vai trò lớn trong điều trị ở nhiều lĩnh vực khác nhau. Theo tôi, nếu bất kỳ phương thuốc nào chứng minh nó có tính hiệu quả phổ quát rộng như vậy thì phương thuốc đó nên được chấp nhận và sử dụng rộng rãi”³³.

Vẫn còn nhiều câu hỏi cần được trả lời về các phác đồ điều trị phản hồi thần kinh, và cần thực hiện một cuộc thăm dò sâu hơn về những câu hỏi này. Năm 2010, Thomas Insel, Giám đốc của Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia (National Institute of Mental Health - NIMH), đã công bố một bài viết trên Scientific American (Khoa học Hoa Kỳ) mang tên “Faulty Circuits” (Mạch bị lỗi), trong đó ông đề nghị quay lại tìm hiểu tâm trí và não bộ trên phương diện nhịp điệu và mô hình truyền thông tin: “Các vùng não hoạt động cùng nhau để thực hiện các hoạt động tinh thần bình thường (và bất thường) có thể được xem tương tự các mạch điện – nghiên cứu mới nhất cho thấy sự hỏng hóc của toàn bộ các mạch có thể gây ra rối loạn tinh thần”³⁴. Ba năm sau, Insel thông báo rằng NIMH đang “tái định hướng nghiên cứu của mình thoát khỏi danh mục của DSM”³⁵ và tập trung vào “những rối loạn trong connectome (bản đồ tổng thể về các liên kết thần kinh bên trong não) của con người”.

Theo giải thích của Francis Collins, Giám đốc của Viện Sức khỏe Quốc gia (National Institutes of Health), “Connectome đề cập đến mạng lưới các neuron thần kinh kết nối tinh vi trong não của bạn. Giống như bản đồ gene (genome), bản đồ vi sinh vật sống trên cơ thể người (microbiome) và các loại bản đồ thú vị khác, nỗ lực lập bản đồ connectome và giải mã tín hiệu điện truyền qua nó để tạo ra

những suy nghĩ, cảm xúc và hành vi của bạn đã trở nên khả thi nhờ sự phát triển của các công cụ và công nghệ mới”⁵⁷. Công trình lập Connectome giờ đây đang được NIMH bảo trợ.

Trong khi chúng ta chờ đợi kết quả của nghiên cứu này, tôi muốn đưa ra lời cuối cùng cho Lisa, người đã cho tôi biết tới tiềm năng to lớn của phản hồi thần kinh. Khi tôi đề nghị cô ấy tóm tắt hiệu quả của phương pháp trị liệu đối với mình, cô ấy nói: “Nó làm tôi bình tĩnh. Nó chấm dứt sự phân ly. Tôi có thể thoải mái với những cảm xúc của mình. Tôi không chạy trốn khỏi chúng nữa. Tôi cũng không bị chúng giam cầm. Tôi không thể bật hay tắt chúng đi nhưng tôi có thể gạt chúng qua một bên. Tôi có thể thấy buồn vì mình từng bị lạm dụng nhưng tôi vượt qua nó. Tôi có thể gọi điện cho một người bạn và không kể gì về nó nếu tôi không muốn hoặc tôi có thể làm bài tập về nhà và dọn dẹp phòng. Những cảm xúc giờ đây đã có ý nghĩa. Tôi không còn lo sợ nữa và nếu khi tôi lo sợ, tôi có thể ngẫm nghĩ về chúng. Nếu nỗi sợ hãi bắt nguồn từ quá khứ, tôi có thể tìm thấy chúng ở đó hoặc tôi có thể biết nó liên quan thế nào đến cuộc sống của tôi. Và không chỉ là những cảm xúc tiêu cực, như cơn giận dữ hay sự lo âu, tôi còn có thể suy nghĩ về tình yêu, sự thân mật hay những lời cuốn tình dục. Tôi không còn trong trạng thái chiến đấu hay chạy trốn nữa. Huyết áp của tôi giảm. Cơ thể tôi không còn phải chuẩn bị để đề phòng hoặc tự vệ khỏi bị tấn công nữa. Phản hồi thần kinh giúp tôi có thể xây dựng mối quan hệ. Nó giải thoát tôi, để tôi có thể sống cuộc sống theo cách mà tôi muốn vì tôi không phải lúc nào cũng là nô lệ của những nỗi đau và cũng không còn phải chịu đựng những hậu quả do nỗi đau đó gây ra”.

4 năm sau ngày tôi gặp Lisa và ghi lại câu chuyện của cô, Lisa đã tốt nghiệp trong top đầu lớp y tá của cô. Hiện nay, Lisa đã có bằng điều dưỡng và đang làm y tá toàn thời gian tại một bệnh viện địa phương.

Chương 20

TÌM LẠI TIẾNG NÓI CỦA BẢN THÂN: GIAI ĐIỆU CỘNG ĐỒNG VÀ KỊCH NGHỆ

Diễn xuất không phải là khoác vào một tính cách mà là khám phá ra tính cách đó bên trong bạn: Bạn là nhân vật, bạn chỉ cần tìm nó trong chính mình, mặc dù đây chỉ là một phiên bản mở rộng của chính bạn.

Tina Packer

Tôi biết có nhiều nhà khoa học tìm thấy cảm hứng từ những vấn đề sức khỏe của chính con cái mình, và từ đó tìm ra những phương cách mới để hiểu biết về tâm trí, não bộ và việc điều trị. Sự hồi phục của Nick - con trai tôi – từ một căn bệnh bí ẩn mà chúng tôi tạm gọi là hội chứng mệt mỏi mạn tính đã giúp tôi nhận rõ khả năng trị liệu của kịch nghệ. Vì bị dị ứng và tác dụng của thuốc nên Nick nghỉ học suốt những năm lớp 7 và lớp 8. Vợ chồng tôi cảm thấy con trở nên tự ghét chính mình và cô lập. Chúng tôi thấy thật bất lực.

Vợ tôi nhận ra Nick có vẻ khỏe hơn một chút vào khoảng 5 giờ chiều nên chúng tôi liền cho Nick tham gia một lớp kịch nghệ ứng tác vào buổi tối để con có cơ hội tương tác với bạn bè đồng trang lứa. Nick rất hăng hái và chăm chỉ tập luyện. Chẳng bé nhanh chóng được giao vai diễn đầu tiên, vai một cậu bé ương ngạnh luôn sẵn

sàng gây chiến. Một hôm nọ, khi ở nhà, tôi bắt gặp Nick đang khệnh khạng bắt chước dáng đi của một người quan trọng, có uy quyền. Phải chăng con đang phát triển một cảm giác thể chất của niềm vui, tưởng tượng mình là một người mạnh mẽ cần được tôn trọng?

Sau đó, Nick lại vào vai Fonz trong vở kịch Happy Days (Những ngày vui vẻ). Được các cô gái ngưỡng mộ và khiến khán giả say mê theo dõi chính là những điểm nhấn thực sự trong quá trình hồi phục của Nick. Kịch nghệ đã cho thằng bé cơ hội trải nghiệm thể lý sâu sắc của việc trở nên giống một ai đó khác chứ không phải là một người có khiếm khuyết về mặt học tập và quá nhạy cảm như Nick đang dần rơi vào. Việc trở thành một thành viên có những đóng góp giá trị cho nhóm đã giúp Nick trải nghiệm được sức mạnh bên trong cũng như khả năng của chính mình. Tôi tin rằng phiên bản mới này của bản thân đã khiến Nick trở thành một người trưởng thành đầy sáng tạo và tình yêu thương như ngày nay.

Ý thức của chúng ta về chính mình, việc chúng ta cảm thấy mình kiểm soát được mọi thứ như thế nào, được xác định bởi mối quan hệ của chúng ta với cơ thể và nhịp điệu cơ thể: Cách ta ngủ và thức, cách ta ăn, ngồi, đi đứng đều góp phần định hình mỗi ngày của chúng ta. Để tìm ra tiếng nói của mình, chúng ta phải ở trong cơ thể của chính mình, có thể hít thở đầy đủ, có thể tiếp cận được cảm giác bên trong của chúng ta. Điều này đối lập với sự phân ly, là “ra khỏi cơ thể” và tự làm mình biến mất. Nó cũng ngược lại với trầm cảm, là nằm dài trước màn hình đang chiếu những chương trình giải trí thụ động. Diễn xuất là một loại trải nghiệm dùng cơ thể để đưa chính mình trở thành một phần của cuộc sống.

NHÀ HÁT CHIẾN TRANH

Sự thay đổi của Nick không phải là bằng chứng đầu tiên tôi được biết về những lợi ích của kịch nghệ. Năm 1988, tôi vẫn đang điều trị ba cựu chiến binh mắc PTSD. Khi thấy họ cải thiện đột ngột về sức sống, sự lạc quan và mối quan hệ với gia đình, tôi cứ nghĩ rằng đó là do kỹ năng điều trị của tôi tiến bộ. Sau đó, tôi phát hiện ra cả ba cựu chiến binh đều tham gia diễn xuất trong một vở kịch và chính việc này đã giúp họ cải thiện tình trạng PTSD.

Họ đã thuyết phục nhà biên kịch David Mamet giúp họ viết một kịch bản về hoàn cảnh khốn khó của các cựu chiến binh vô gia cư dựa trên những trải nghiệm của chính họ. Sau đó, Mamet đã mời Al Pacino, Donald Sutherland, và Michael J. Fox tham dự sự kiện Sketches of War (Phác họa về Chiến tranh) để gây quỹ cho việc chuyển đổi phòng khám ở Bộ Cựu chiến binh thành nhà trú ẩn cho các cựu chiến binh vô gia cư. Đứng trên sân khấu cùng với các diễn viên chuyên nghiệp, kể lại những ký ức của chính mình về chiến tranh và đọc các vần thơ rõ ràng là một trải nghiệm giúp họ thay đổi tốt hơn bất kỳ liệu pháp chữa trị nào.

Trong năm 2008, nhà văn kiêm đạo diễn Bryan Doerries tổ chức một buổi đọc vở kịch Ajax (một vở kịch của nhà soạn kịch Sophocles thời Hy Lạp cổ đại) cho 500 lính thủy quân lục chiến ở San Diego và ông đã choáng ngợp trước sự chào đón nồng nhiệt của các binh sĩ dành cho buổi đọc kịch này. Dự án “The Theater of War” (Nhà hát Chiến tranh) của Doerries đã phát triển từ sự kiện đầu tiên ấy với sự tài trợ của Bộ Quốc phòng Mỹ, vở kịch 2.500 tuổi này đã được trình diễn hơn hai trăm lần ở trong và ngoài nước để cất lên tiếng nói về hoàn cảnh của các cựu chiến binh cũng như thúc đẩy gia đình và bạn bè của họ hãy nói chuyện và thông hiểu cho họ”.

“Nhà hát Chiến tranh” được thực hiện dưới hình thức các buổi gặp gỡ và đối thoại. Tôi đã tham dự một buổi đọc Ajax ở Cambridge, Massachusetts, ngay sau khi các phương tiện thông tin đại chúng công bố số vụ tự sát của các cựu chiến binh đã tăng 27% trong ba năm trước đó. Khoảng bốn mươi người, gồm các cựu chiến binh tại Việt Nam, vợ của binh sĩ, các binh sĩ mới giải ngũ từng làm nhiệm vụ ở Iraq và Afghanistan đã xếp hàng dài sau micro. Nhiều người trong số họ đã trích dẫn các câu trong vở kịch khi họ nói về những đêm không ngủ, việc nghiện ma túy và xa lánh khỏi gia đình của họ. Bầu không khí vô cùng sôi nổi và sau đó các khán giả quây quần lại với nhau trong phòng khách, một vài người ôm lấy nhau mà khóc, những người khác đã có những cuộc trò chuyện sâu sắc.

Như Doerries sau đó đã nói: “Bất cứ ai tiếp xúc với nỗi hoảng sợ cùng cực, sự đau khổ hay chết chóc đều không khó để hiểu một vở bi kịch Hy Lạp. Vở kịch này hỗ trợ để các cựu chiến binh chia sẻ câu chuyện của họ”³.

HÒA NHỊP

Âm nhạc là xương sống của những phong trào dân quyền ở Mỹ. Con người khi đứng một mình thì họ có thể thấy sợ hãi, nhưng khi âm nhạc kết nối con người với nhau, họ như được tiếp thêm sức để cổ vũ chính mình và những người khác. Lời nói, nhảy múa, diễu hành và ca hát là những cách thức độc đáo để con người có được cảm giác hy vọng và lòng can đảm.

Tôi quan sát thấy sức mạnh của các hoạt động cộng đồng khi xem Đức Tổng Giám mục Desmond Tutu tổ chức những cuộc điều trần công khai của Ủy ban Hòa giải và Sự thật ở Nam Phi vào năm 1996. Những sự kiện này có bao gồm ca hát và nhảy múa tập thể.

Các nhân chứng đến và kể lại những hành động tàn bạo không thể tả được đã từng xảy ra với họ và gia đình. Khi họ quá xúc động, Tutu sẽ tạm dừng lời khai của họ và hướng dẫn toàn bộ khán giả cầu nguyện, ca hát và nhảy múa cho đến khi các nhân chứng có thể kìm nén được tiếng khóc nức nở và không bị suy sụp. Điều này giúp những người tham dự có thể nhớ rồi lại tạm thoát khỏi những ký ức khủng khiếp và cuối cùng họ tìm được từ để mô tả những gì đã xảy ra với mình.

Cách đây vài năm, tôi đã đọc cuốn *Keeping Together in Time* (Hòa nhịp) của nhà sử học vĩ đại William H. McNeill. Cuốn sách ngắn này xem xét vai trò lịch sử của việc nhảy múa và diễu hành để tạo ra cái mà McNeill gọi là “cầu nối cơ bắp” và làm sáng tỏ tầm quan trọng của kịch nghệ, nhảy múa tập thể và diễn tập quân sự. Nó cũng giải quyết một câu hỏi tôi đặt ra từ lâu. Lớn lên ở Hà Lan, tôi luôn tự hỏi làm thế nào một nhóm người chỉ gồm nông dân và ngư dân người Hà Lan lại có thể giành được độc lập từ đế chế Tây Ban Nha hùng mạnh. Cuộc chiến tranh 80 năm, kéo dài từ cuối thế kỷ 16 đến giữa thế kỷ 17, bắt đầu bằng các hoạt động du kích và cứ duy trì theo cách đó vì những người lính thiếu kỷ luật thường bỏ chạy trước khi trực tiếp đối diện với hỏa lực.

Điều này đã thay đổi khi Hoàng tử Maurice của xứ Orange trở thành lãnh đạo của quân nổi dậy Hà Lan. Ông đã đọc cuốn sách về chiến thuật quân sự La Mã được viết cách đó 1.500 năm và biết vị tướng La Mã Lycurgus đã cho thực hiện các cuộc hành quân trong tiếng sáo, binh lính La Mã đi theo hàng ngũ, bình tĩnh và vui vẻ khi sắp bước vào trận chiến sống còn.

Thế là Hoàng tử Maurice đã ra lệnh cho đội quân nổi dậy luyện tập cách bày binh bố trận kèm trống, sáo và trumpet. Nghi thức tập thể này không chỉ giúp binh lính của ông ý thức được mục đích và tình đoàn kết mà còn cho phép họ thực hiện các cuộc thao diễn phức tạp. Sau đó, việc tập luyện bày binh bố trận như thế này lan rộng khắp châu Âu và ngày nay các binh chủng chủ chốt của quân đội Hoa Kỳ rất chú trọng việc diễu hành, cho dù sáo và trống đã không còn đi cùng quân đội vào trận chiến nữa.

Nhà thần kinh học Jaak Panksepp, người sinh ra ở vùng Baltic của Estonia, có kể cho tôi câu chuyện nổi bật về sự kiện “Singing Revolution” (Cách mạng Ca hát) của Estonia. Vào một tối mùa hè tháng 6/1987, hơn 10.000 khán giả ở sân vận động Tallinn Song Festival Ground đã cầm tay nhau và bắt đầu hát những bài hát yêu nước từng bị cấm trong suốt nửa thế kỷ bị Liên Xô chiếm đóng. Những buổi ca hát tập thể và phản kháng này vẫn tiếp diễn và vào ngày 11/9/1988, ba trăm ngàn người, khoảng 4 dân số Estonia, đã tập hợp lại để hát và công khai yêu cầu độc lập. Vào tháng 8 năm 1991, Quốc hội Estonia tuyên bố khôi phục lại nhà nước Estonia và khi các xe tăng Liên Xô cố gắng can thiệp, mọi người đã hành động như những tấm lá chắn người để bảo vệ các đài phát thanh và truyền hình của Tallinn. Một nhà báo từng nhận xét trong tờ New York Times: “Hãy tưởng tượng cảnh trong phim Casablanca trong đó các khách hàng Pháp hát La Marseillaise” chống lại quân Đức, rồi nhân sức mạnh ấy lên hàng nghìn lần, khi đó bạn mới hình dung được sức mạnh của Cuộc Cách mạng Ca hát”.

DỪNG KỊCH NGHỆ ĐIỀU TRỊ SANG CHẤN

Thật đáng ngạc nhiên là có khá ít nghiên cứu về những ảnh hưởng của các buổi lễ tập thể đến tâm trí và não bộ, và việc chúng có thể ngăn ngừa hoặc giảm bớt sang chấn như thế nào. Tuy nhiên, trong thập kỷ qua, tôi đã có cơ hội để quan sát và nghiên cứu ba chương trình khác nhau dùng kịch nghệ để điều trị sang chấn: Tổ chức Urban Improv với chương trình Trauma Drama (Bi kịch Sang chấn) ở các trường công lập cũng như các trung tâm dân cư Boston; Possibility Project (Dự án Triển vọng) do Paul Griffin đạo diễn ở New York”; một chương trình cho những người phạm tội vị thành niên gọi là Shakespeare in the Courts¹⁰ (Shakespeare trước Tòa) do Shakespeare & Company ở Lenox, Massachusetts thực hiện.

Trong chương này, tôi tập trung vào ba nhóm chương trình trên nhưng còn có rất nhiều chương trình trị liệu bằng kịch tuyệt vời ở Mỹ và nước ngoài, tất cả đều là nguồn tài nguyên có sẵn để giúp người bệnh hồi phục.

Mặc dù có sự khác biệt nhưng các chương trình này đều có chung một cơ sở: giúp người bệnh đối đầu với những thực tế đau đớn của cuộc sống và chuyển đổi nếp nghĩ thông qua hoạt động tập thể. Yêu và ghét, gây hấn và đầu hàng, trung thành và phản bội là những chủ đề của sân khấu và là những vấn đề nổi trội của sang chấn. Nền văn hóa của chúng ta không khuyến khích chúng ta kết nối với cảm xúc thật của mình. Như Tina Packer, Nhà sáng lập có uy tín của Shakespeare & Company đã nói: “Một diễn viên được đào tạo để chống lại khuynh hướng đè nén cảm xúc. Họ không chỉ cảm nhận sâu sắc mà còn phải truyền đạt cảm xúc đến khán giả, khiến khán giả cũng cảm nhận được cảm xúc tương tự và đồng cảm với chúng”.

Những người bị sang chấn rất sợ việc phải cảm nhận sâu sắc. Họ sợ trải nghiệm cảm xúc của mình, bởi vì cảm xúc dẫn đến sự mất kiểm soát. Ngược lại, kịch nghệ cho phép họ bộc lộ cảm xúc, hòa nhịp cảm xúc và các động tác hình thể, cho phép họ tham gia và thể hiện các vai diễn khác nhau.

Như chúng ta đã thấy, bản chất của sang chấn là cảm giác bị bỏ rơi, bị cắt đứt khỏi loài người. Kịch nghệ mang lại một sự đối đầu tập thể với tình trạng này. Như Paul Griffin, khi thảo luận về chương trình sân khấu dành cho trẻ em là con nuôi, nói với tôi: “Bị xoay quanh việc đối phó với sự phản bội, tấn công và hủy diệt, những đứa trẻ này dễ dàng hiểu những gì được nói trong Lear, Othello, Macbeth hoặc Hamlet”. Theo lời của Tina Packer: “Kịch nghệ xoay quanh việc bộc lộ tình cảm và suy nghĩ thông qua cơ thể, đồng thời cộng hưởng những cảm xúc đó với người khác”. Kịch mang lại cho những người sống sót sau sang chấn một cơ hội để kết nối với nhau thông qua sự trải nghiệm sâu sắc với những người đồng cảnh ngộ.

Những người bị sang chấn thường sợ xung đột. Họ sợ mất kiểm soát và lại làm kẻ thua cuộc. Xung đột là vấn đề trung tâm trong một vở kịch – xung đột nội tâm, xung đột giữa các cá nhân, xung đột gia đình, xung đột xã hội và hậu quả của chúng. Sang chấn là việc cố gắng quên đi, che giấu sự sợ hãi, tức giận hay bất lực. Kịch nghệ là tìm cách nói lên sự thật và truyền tải những sự thật sâu sắc đến khán giả. Điều này đòi hỏi phải vượt qua sự dồn nén để tìm ra sự thật trong bạn, khám phá và phân tích những trải nghiệm nội tâm, để từ đó bộc lộ chúng qua giọng nói và cơ thể của bạn trên sân khấu.

TẠO LẬP SỰ AN TOÀN

Các chương trình kịch nghệ này không dành cho những diễn viên đầy tham vọng mà dành cho những đứa trẻ tuổi teen đầy giận dữ, sợ hãi và gây hấn hoặc dành cho những cựu chiến binh không cởi mở, nghiện rượu và kiệt quệ. Khi họ đến tập luyện, họ ngồi sụp xuống ghế, sợ rằng những người khác sẽ nhanh chóng nhận ra họ là những kẻ thất bại. Các thanh thiếu niên bị sang chấn là một mớ lộn xộn của ức chế, lạc lõng, không biết cách diễn đạt, không hợp tác và không có mục tiêu. Chúng bị kích động quá mức nên không thể chú ý những gì đang xảy ra xung quanh và giải tỏa cảm xúc qua hành động chứ không phải bằng từ ngữ.

Tất cả đạo diễn mà tôi đã làm việc đều đồng ý bí quyết ở đây là tác động từ từ và thu hút họ từng chút một. Thách thức ban đầu chỉ đơn giản là khiến những người tham gia có cảm giác là họ đang hiện diện trong phòng. Kevin Coleman, Giám đốc chương trình Shakespeare in the Courts, đã mô tả công việc của mình: “Đầu tiên, chúng tôi yêu cầu họ đứng lên và đi quanh phòng. Sau đó, chúng tôi nhắc họ đi tản đều trong phòng, vì vậy họ không bước đi vô định nữa mà bắt đầu có nhận thức hơn về những người xung quanh. Dần dần, chúng tôi thêm vào một số yêu cầu phức tạp hơn: Chỉ đi trên ngón chân hoặc trên gót chân hoặc đi thụt lùi. Sau đó, khi va vào ai đó, họ hãy hét lên và ngã xuống. Sau khoảng ba mươi yêu cầu nhỏ như vậy, họ có thể vẫy tay trên không và chúng tôi bắt đầu một bài khởi động toàn thân, rồi tăng dần lên. Nếu bạn hấp tấp quá, bạn sẽ thấy họ va vào tường”.

“Bạn phải giúp họ cảm thấy an toàn khi chú ý đến nhau. Một khi cơ thể của họ tự do hơn một chút, tôi có thể yêu cầu: Đừng nhìn vào mắt ai, chỉ nhìn xuống sàn thôi. Hầu hết họ đang nghĩ: “Tuyệt, không

cần nhắc tôi cũng đang làm đây, nhưng sau đó tôi sẽ nói Giờ hãy bắt đầu nhìn người khác khi bạn đi ngang qua họ, nhưng đừng để họ thấy là bạn đang nhìn. Sau đó: Chỉ nhìn vào họ một chút thôi”. Rồi tiếp: Giờ không nhìn nữa... giờ hãy tiếp tục nhìn... không nhìn nữa. Giờ hãy nhìn vào mắt nhau và giữ như vậy... thật lâu. Nhìn thật lâu là lúc bạn cảm thấy muốn hẹn hò với người đó hay muốn đánh nhau với họ. Đó là lúc bạn nhìn thật lâu”.

“Họ không tiếp xúc mắt lâu như vậy trong cuộc sống bình thường của mình, ngay cả với người mà họ đang nói chuyện. Họ không biết người đó có an toàn hay không. Vì vậy, những gì bạn đang làm là tạo ra sự an toàn để họ không trốn chạy mất khi tiếp xúc mắt với người khác hoặc khi ai khác làm như thế với họ. Từng chút, từng chút một...”.

Các thanh thiếu niên bị sang chấn rõ ràng không quan tâm kết nối lẫn nhau. Trong chương trình Trauma Drama (Bi kịch Sang chấn) của Trung tâm Điều trị Sang chấn, chúng tôi sử dụng bài tập bắt chước để giúp họ hòa hợp với nhau. Họ giơ tay phải lên thì đồng đội của họ làm theo; họ quay vòng vòng thì những người kia cũng vậy. Họ bắt đầu quan sát cách cử động của cơ thể và biểu hiện trên khuôn mặt họ thay đổi như thế nào, cử động tự nhiên của họ khác với cử động của người khác ra sao và những động tác, cách diễn đạt không quen thuộc khiến họ cảm thấy như thế nào. Sự bắt chước lẫn nhau nói lòng mối bận tâm của họ về những gì người khác nghĩ về họ và giúp họ thấu hiểu nhau hơn về mặt cảm xúc. Khi quá trình bắt chước lẫn nhau kết thúc với tiếng cười khúc khích, đó là dấu hiệu cho thấy chắc chắn những người tham gia đã cảm thấy an toàn.

Để có mối tương tác thực sự, họ cũng cần phải học cách tin tưởng lẫn nhau. Một bài tập đặc biệt khó khăn đối với trẻ bị sang chấn là một người sẽ bị bịt mắt để cho bạn mình cầm tay dẫn đi. Việc trở thành một người dẫn dắt người khác hoặc bị dẫn dắt đều khiến họ rất sợ hãi. Lúc đầu, họ chỉ có thể kéo dài 10 hoặc 20 giây, nhưng chúng tôi dần dần cho họ làm đến năm phút. Sau đó một vài người trong số họ phải ra ngoài để ở một mình trong chốc lát bởi vì sự kết nối cảm xúc này khiến họ bị choáng ngợp.

Những đứa trẻ và những cựu chiến binh bị sang chấn thường rất bối rối khi có ai đó nhìn họ, họ e ngại chạm vào những cảm nhận của chính mình và luôn giữ khoảng cách khoảng chừng một mét với người khác. Công việc của bất kỳ đạo diễn nào, cũng giống như các nhà trị liệu, là làm mọi thứ thật chậm để các diễn viên có thể thiết lập mối quan hệ với bản thân, với cơ thể của họ. Kịch nghệ mang lại một cách thức độc đáo để tiếp cận đầy đủ các cảm xúc và cảm giác thể chất, không chỉ để họ liên hệ lại được với “dáng dấp” quen thuộc của cơ thể mà còn giúp họ khám phá các cách thức khác nhau để tham gia vào cuộc sống.

TỔ CHỨC NGHỆ THUẬT URBAN IMPROV

Con trai tôi yêu thích nhóm kịch của mình do Urban Improv (UI) – một tổ chức nghệ thuật lâu đời ở Boston điều hành. Nick tham gia nhóm kịch trong suốt quãng thời gian trung học và sau đó tình nguyện làm việc tại đây vào mùa hè lúc học năm nhất đại học. Sau đó, con tôi biết chương trình ngăn ngừa bạo lực của UI đã thực hiện hàng trăm cuộc hội thảo tại các trường học địa phương từ năm 1992, họ nhận được tài trợ để nghiên cứu đánh giá hiệu quả của chương trình và họ đang tìm người để đứng đầu cuộc nghiên cứu. Nick gợi ý

với các đạo diễn Kippy Dewey và Cissa Champion rằng cha mình là người rất lý tưởng cho công việc ở UI. May mắn cho tôi là họ đồng ý.

Tôi bắt đầu thăm các trường học với đoàn sân khấu đa văn hóa của UI, trong đó có giám đốc, bốn nhà đào tạo diễn viên chuyên nghiệp và một nhạc sĩ. Urban Improv tạo ra những kịch bản kịch tính mô tả các vấn đề mà học sinh phải đối mặt hằng ngày: bị loại trừ khỏi các nhóm bạn, sự ghen tị, ganh đua, giận dữ và xung đột gia đình. Các vở kịch dành cho những học sinh lớn còn đề cập thêm các vấn đề như hẹn hò, bệnh lây qua đường tình dục, kỳ thị người đồng tính và bạo lực.

Trong một buổi biểu diễn điển hình, các diễn viên chuyên nghiệp có thể đóng vai một nhóm học sinh đang đuổi một bạn mới ra khỏi bàn ăn trưa trong căn-tin. Khi cảnh diễn đến một đoạn nhất định, ví dụ người học sinh mới phản ứng lại lời nhục mạ của nhóm học sinh cũ, đạo diễn sẽ cho ngừng hoạt cảnh lại. Một thành viên của lớp được mời lên thay vai một diễn viên và học sinh ấy sẽ cho biết em cảm nhận và ứng xử thế nào trong tình huống này. Những hoạt cảnh này cho phép học sinh quan sát các vấn đề hằng ngày với một khoảng cách cảm xúc trong khi thử thực hiện các giải pháp khác nhau: Liệu chúng sẽ đối đầu với những kẻ bắt nạt, nói chuyện với một người bạn, gọi giáo viên chủ nhiệm, kể cho bố mẹ biết chuyện đã xảy ra?

Sau đó, một tình nguyện viên khác được yêu cầu thử một cách tiếp cận khác để các học sinh có thể thấy các lựa chọn khác nhau sẽ cho kết quả thế nào. Các phụ kiện và trang phục, bầu không khí vui vẻ và sự hỗ trợ của các diễn viên chuyên nghiệp sẽ giúp những người tham gia đồng ý chấp nhận rủi ro mà nhập tâm vào vai diễn.

Trong phần thảo luận sau đó, học sinh trả lời những câu hỏi như “Hoạt cảnh vừa rồi giống hoặc khác như thế nào với những gì xảy ra trong trường học của bạn?”, “Làm thế nào để bạn có được sự tôn trọng mà bạn cần?”, và “Làm thế nào để bạn giải quyết sự khác biệt của mình?”. Những cuộc thảo luận này trở thành buổi trao đổi sôi nổi khi nhiều học sinh tình nguyện phát biểu suy nghĩ và nêu ý kiến của mình.

Nhóm Trung tâm Điều trị Sang chấn chúng tôi đánh giá chương trình này ở hai khối lớp tại 17 trường. Các lớp học tham gia vào chương trình UI được so sánh với các lớp không tham gia. Ở khối lớp bốn, chúng tôi nhận thấy một phản ứng tích cực đáng kể. Trên các thang điểm đánh giá tiêu chuẩn cho tính gây hấn, hợp tác và tự kiểm soát, học sinh trong nhóm UI cho thấy ít có xung đột, ít bộc phát cơn giận hơn, có tính hợp tác hơn và biết tự khẳng định với bạn bè, chú ý hơn và tham gia lớp học nhiều hơn.

Đáng ngạc nhiên là những kết quả này không trùng khớp với kết quả của học sinh khối lớp tám. Điều gì đã tạo ra sự khác nhau trong phản ứng của chúng? Ban đầu, chúng tôi chỉ có cảm nhận cá nhân về việc này. Khi tôi đến thăm các lớp bốn, tôi đã ngạc nhiên trước sự ngây thơ và hăng hái tham gia của các em. Ngược lại, các học sinh lớp tám thường xuyên ủ rũ và phòng thủ, dường như mất đi sự sôi nổi tự nhiên của tuổi trẻ. Mới bước vào tuổi dậy thì là một trong những yếu tố rõ ràng cho sự thay đổi, nhưng có thể còn những nguyên nhân nào khác nữa?

Khi tìm hiểu sâu hơn, chúng tôi nhận thấy rằng những đứa trẻ lớn hơn đã trải qua sang chấn nhiều gấp hai lần so với những trẻ nhỏ tuổi hơn: Mỗi học sinh lớp tám trong các đô thị ở Mỹ đều đã chứng

kiến cảnh bạo lực nghiêm trọng. 2/3 trong số đó đã thấy năm vụ tai nạn hoặc nhiều hơn, bao gồm những vụ đâm chém, nổ súng, giết người và bạo lực gia đình. Dữ liệu của chúng tôi cho thấy học sinh lớp tám có mức độ tiếp xúc với bạo lực cao như vậy nên trở nên hung hăng hơn nhiều so với những học sinh chưa từng tiếp xúc với bạo lực, và kiểu chương trình kịch nghệ như thế không làm hành vi của chúng khác đi là bao.

Nhóm nghiên cứu chúng tôi đã quyết định xem liệu chúng tôi có thể xoay chuyển được tình huống này bằng một chương trình dài hơn và tập trung hơn hay không. Các chương trình này tập trung vào việc xây dựng nhóm và các bài tập điều chỉnh cảm xúc bằng cách sử dụng các kịch bản liên quan trực tiếp đến các loại bạo lực mà những đứa trẻ này đã trải qua. Trong vài tháng, các thành viên nhóm nghiên cứu của chúng tôi do Joseph Spinazzola dẫn đầu đã đều đặn họp mỗi tuần với các diễn viên UI để phát triển kịch bản. Các diễn viên đã dạy các nhà tâm lý học chúng tôi cách ứng biến, phản chiếu và thể hiện ngôn ngữ hình thể chính xác để chúng tôi có thể hình dung rõ ràng sự xúc động, đối mặt, co rúm, hoặc suy sụp. Còn chúng tôi dạy các diễn viên về các kích động sang chấn và cách nhận ra, đối phó với các cuộc tái hiện tình huống gây sang chấn'?

Suốt mùa đông và mùa xuân năm 2005, chúng tôi đã kiểm tra kết quả chương trình tại một trường học chuyên biệt hợp tác giữa Trường Công lập Boston và Ban Cải huấn Massachusetts (Massachusetts Department of Correction). Đây là một môi trường hỗn loạn, trong đó học sinh thường phải chuyển đổi qua lại giữa trường học và nhà tù. Tất cả đều đến từ các khu phố có tỷ lệ tội phạm và đã bị ảnh hưởng bởi bạo lực khủng khiếp. Tôi chưa bao giờ

nhìn thấy một nhóm trẻ con hung hăng và buồn bã đến thế. Các giáo viên ở đây mỗi ngày phải đối diện với những học sinh chỉ biết la lối hoặc bất chấp trước bất kỳ thử thách nào.

Chúng tôi đã bị sốc khi phát hiện ra rằng trong trường hợp có ai đó đang gặp nguy hiểm về thể chất, học sinh luôn đứng về phe những kẻ gây hấn bởi vì chúng không thể chấp nhận bất kỳ dấu hiệu nào của sự yếu đuối trong chính mình và cũng không thể chấp nhận điều đó ở những người khác. Trong một hoạt cảnh nhỏ về vấn đề bạo lực khi hẹn hò, chúng chẳng làm gì khác ngoài việc miệt thị nạn nhân, chúng hét lên: “Giết nó đi, nó đáng bị như thế lắm!”.

Lúc đầu, một số diễn viên chuyên nghiệp muốn từ bỏ, đơn giản là họ quá đau lòng khi nhìn thấy những đứa trẻ này như thế, nhưng họ đã cố chịu đựng và tôi rất ngạc nhiên khi thấy họ đã dần dần khiến các học sinh thử nghiệm những vai trò mới. Vào cuối chương trình, một vài học sinh thậm chí còn tình nguyện diễn những phần hoạt cảnh liên quan đến sự tổn thương hoặc sợ hãi. Khi nhận được giấy chứng nhận hoàn thành chương trình, một số học sinh còn ngại ngùng tặng cho các diễn viên những bức tranh do mình vẽ để tỏ lòng trân trọng. Tôi thấy một vài người rơi lệ và tôi cũng muốn khóc.

Tiếc là những nỗ lực đưa Bi kịch sang chấn trở thành một hoạt động thường xuyên trong thời khóa biểu của khối lớp tám ở những trường công lập Boston đã bị bức tường quan liêu chặn lại. Tuy nhiên, chương trình này vẫn tồn tại như là một phần tích hợp trong chương trình điều trị nội trú tại Viện Nguồn lực Công lý (Justice Resource Institute).

DỰ ÁN TRIỂN VỌNG (POSSIBILITY PROJECT)

Trong Possibility Project (Dự án Triển vọng) tại New York của Paul Griffin, các diễn viên không biểu diễn với các kịch bản được chuẩn bị trước. Thay vào đó, trong một khoảng thời gian chín tháng họ gặp nhau trong ba giờ một tuần, viết những bản nhạc dài và biểu diễn cho hàng trăm người. Trong suốt 20 năm lịch sử hoạt động, Possibility Project đã có được một lượng nhân viên ổn định và truyền thống mạnh mẽ. Mỗi nhóm sản xuất bao gồm những học sinh mới tốt nghiệp sẽ tổ chức việc viết kịch bản, thiết kế cảnh quan, biên đạo múa và tập dượt cho những lớp học tiếp theo dưới sự trợ giúp của các diễn viên, vũ công và nhạc sĩ chuyên nghiệp. Học sinh vừa mới tốt nghiệp là những hình mẫu mạnh mẽ. Như Paul đã nói với tôi: “Khi bắt đầu tham gia vào chương trình, các học sinh không tin rằng mình có thể tạo ra sự khác biệt; cùng nhau thực hiện một chương trình như thế này là một trải nghiệm giúp thay đổi tương lai của chúng”.

Trong năm 2010, Paul đã bắt đầu một chương trình mới đặc biệt dành cho thanh thiếu niên ở trung tâm bảo trợ trẻ em. Đây là một cộng đồng bất ổn: Năm năm sau khi rời trung tâm bảo trợ, khoảng 60% các em bị kết án về một tội danh nào đó, 75% phải nhận trợ cấp xã hội, và chỉ có 6% lấy được bằng tốt nghiệp cao đẳng cộng đồng.

Trung tâm Điều trị Sang chấn đã chữa trị cho nhiều trẻ trong trung tâm bảo trợ nhưng Griffin đã cho tôi một cách nhìn mới mẻ về cuộc sống của các em: “Hiểu được những đứa trẻ trong trung tâm bảo trợ cũng giống như học hỏi về một đất nước xa lạ. Nếu bạn không sinh ra ở nơi đó, bạn không thể biết được ngôn ngữ của họ. Cuộc sống của những thiếu niên ở đây hoàn toàn bị đảo lộn”. Các em phải tự tạo cho mình sự an toàn và tình yêu thương, điều mà những đứa trẻ khác thấy là bình thường. Khi Griffin nói “cuộc sống bị đảo lộn”,

nghĩa là nếu bạn đối xử với những đứa trẻ này bằng tình yêu thương hay sự rộng lượng, chúng thường không biết phải làm gì hoặc phải phản ứng như thế nào. Chúng quen với sự thô lỗ và những lời giễu cợt hơn.

Như Griffin đã chỉ ra: “Việc bị bỏ rơi khiến chúng không thể tin tưởng bất cứ điều gì được nữa và chỉ những đứa trẻ trong trung tâm bảo trợ trẻ em mới hiểu rõ thế nào là bị bỏ rơi. Bạn không thể tác động gì đến chúng cho đến khi chúng tin tưởng bạn”. Những đứa trẻ ở trung tâm bảo trợ chịu sự chi phối từ rất nhiều người. Ví dụ, nếu chúng muốn chuyển trường, chúng phải đối phó với cha mẹ nuôi, văn phòng nhà trường, trung tâm nuôi dưỡng và đôi khi là một thẩm phán. Điều này làm cho chúng ít nhiều trở nên mưu mẹo và chúng học cách thao túng mọi người.

Trong thế giới của những đứa trẻ này, “vĩnh viễn” là một từ to tát xa vời. Chúng tâm niệm là “Chỉ cần một người lớn quan tâm thôi đó là tất cả những gì bạn cần”. Tuy nhiên, bản chất trẻ vị thành niên thường tránh xa người lớn và Griffin nhận xét rằng hình thức “vĩnh viễn” tối ưu nhất cho trẻ vị thành niên là một nhóm bạn bè ổn định, đây là điều mà chương trình mang lại. Một từ to tát nữa của thế giới trẻ mồ côi là “độc lập”, mà Paul đổi lại là “phụ thuộc lẫn nhau”. “Tất cả chúng ta đều phụ thuộc lẫn nhau”, Paul nói.

“Yêu cầu những người trẻ tuổi đơn độc bước vào đời và tự xem mình độc lập là một điều điên rồ. Chúng ta cần dạy họ làm thế nào để phụ thuộc lẫn nhau, có nghĩa là dạy họ làm thế nào để tạo lập mối quan hệ”.

Paul thấy rằng thiếu niên ở trung tâm bảo trợ là những diễn viên bẩm sinh. Để vào vai những nhân vật bị thảm, bạn phải thể hiện cảm

xúc và tạo ra một thực tế từ một nơi sâu thẳm của niềm đau và nỗi buồn. Với những thiếu niên bị bỏ rơi thì sao? Đó là tất cả những gì chúng biết. Mỗi ngày trôi qua đều là những vấn đề sống còn. Dần dần, sự hợp tác giúp lũ trẻ trở thành những con người quan trọng trong cuộc đời của người khác. Giai đoạn một trong chương trình là xây dựng nhóm. Buổi diễn tập đầu tiên thiết lập các thỏa thuận cơ bản: tinh thần trách nhiệm, biết cách giải trình, sự tôn trọng, thể hiện tình cảm trong nhóm với nhau mà không liên quan gì đến giới tính. Sau đó chúng bắt đầu hát và di chuyển cùng nhau, điều này khiến bọn trẻ trở nên đồng điệu.

Bây giờ đến giai đoạn hai: chia sẻ câu chuyện cuộc sống. Bọn trẻ đang lắng nghe nhau, khám phá những trải nghiệm được chia sẻ, vượt qua sự cô đơn và cô lập của sang chấn. Paul cho tôi xem một thước phim cho thấy điều này đã diễn ra thế nào trong một nhóm. Khi những đứa trẻ đầu tiên được yêu cầu nói hoặc làm gì đó để tự giới thiệu, chúng thường đóng băng, khuôn mặt vô cảm, mắt nhìn xuống, chúng làm bất cứ điều gì có thể để trở nên vô hình.

Khi bọn trẻ bắt đầu nói chuyện, chúng phát hiện ra một giọng nói trong đó chính mình là trung tâm, chúng cũng bắt đầu tạo ra chương trình biểu diễn cho riêng mình. Paul nói rõ rằng việc sản xuất chương trình phụ thuộc vào những thông tin đầu vào của chúng: “Nếu các em có thể viết một vở nhạc kịch hay vở kịch, em sẽ viết về cái gì? Trừng phạt? Trả thù? Phản bội? Mất mát? Đó là VỞ diễn của riêng các em”. Mọi thứ chúng nói đều được lưu lại và một số đứa trẻ bắt đầu viết những ngôn từ của chúng lên giấy. Khi một kịch bản xuất hiện, nhóm sản xuất sẽ tích hợp chính xác những từ ngữ của học sinh vào các bài hát và cuộc đối thoại. Chúng hiểu rằng nếu chúng có thể thể hiện

mình có đủ kinh nghiệm thì những người khác sẽ lắng nghe. Bọn trẻ sẽ học cách cảm nhận những gì chúng cảm nhận và biết những gì chúng biết.

Sự tập trung thay đổi một cách tự nhiên khi các buổi diễn tập bắt đầu. Ký ức về sự đau đớn, sự xa lánh và sợ hãi của các em không còn là trung tâm nữa mà chuyển thành “Làm sao tôi có thể trở thành diễn viên, ca sĩ, vũ công, biên đạo múa, hoặc người điều chỉnh ánh sáng và nhà thiết kế nổi tiếng nhất có thể?”. Khả năng diễn xuất trở thành vấn đề quan trọng: Năng lực là cách phòng thủ tốt nhất chống lại sự bất lực của sang chấn.

Tất nhiên, điều này đúng đối với tất cả chúng ta. Khi công việc trở nên tồi tệ, khi một dự án ta chăm chút lại gặp thất bại, khi một người mà ta tin tưởng lại bỏ rơi ta hoặc mất đi, thì có vài thứ trở nên hữu ích trong lúc này như vận động cơ bắp, làm điều gì đó đòi hỏi sự tập trung chú ý. Các trường học trong thành phố và các chương trình trị liệu tâm thần thường bỏ mất điều này. Họ muốn trẻ em cư xử “bình thường” nhưng lại không tạo ra năng lực để giúp bạn trẻ cảm thấy bình thường.

Các chương trình kịch nghệ cũng dạy nguyên nhân và hậu quả. Cuộc sống của một đứa trẻ ở trung tâm bảo trợ hoàn toàn không thể đoán trước. Bất cứ điều gì cũng có thể xảy ra mà không hề báo trước: bị kích động và có một cuộc khủng hoảng; cha mẹ bị bắt hoặc bị giết; chuyển từ nhà này sang nhà khác. Khi sản xuất một vở kịch, bọn trẻ nhìn thấy được hậu quả của những quyết định và hành động của mình phơi bày trước mắt. “Nếu bạn muốn mang lại cho chúng cảm giác kiểm soát, bạn phải cho chúng quyền định đoạt số phận của mình thay vì can thiệp thay cho chúng”, Paul giải thích. “Bạn

không thể giúp đỡ, sửa chữa hoặc cứu vớt những người trẻ tuổi đang làm việc với bạn. Những gì bạn có thể làm là làm việc bên cạnh chúng, giúp chúng hiểu được tầm nhìn của mình và cùng chúng nhận ra điều đó. Như thế, bạn có thể trao lại chúng quyền kiểm soát.

Chúng ta đang chữa lành sang chấn mà không cần bất cứ ai đề cập đến từ đó”.

KẾT ÁN SHAKESPEARE

Đối với thanh thiếu niên tham dự các buổi Shakespeare in the Courts, thì ở đây sẽ không có sự ứng tác, không có kịch bản dựa trên cuộc sống của chúng. Tất cả chúng đều là những người bị kết tội”: tội ảo đả, nhậu nhẹt, trộm cắp, xâm nhập gia cư bất hợp pháp, và một thẩm phán Tòa án thành phố Berkshire County đã kết án chúng phải nghiên cứu chuyên sâu về diễn xuất trong sáu tuần, một tuần bốn buổi. Shakespeare là cái tên vô cùng xa lạ đối với chúng. Như Kevin Coleman đã nói với tôi, đầu tiên chúng thường ào lên tức giận, nghi ngờ và bị sốc, chúng nói thà mình đi tù còn hơn. Nhưng thay vào đó, chúng sẽ học thuộc những đoạn hội thoại trong Hamlet, Mark Antony hoặc Henry V và sau đó lên sân khấu trong một buổi diễn cô đọng và diễn lại những đoạn kịch Shakespeare này trước khán giả là gia đình, bạn bè và đại diện của hệ thống tư pháp vị thành niên.

Không có từ nào diễn tả được những ảnh hưởng do việc chúng được nuôi dạy thất thường như thế. Những thanh thiếu niên này diễn tả cảm xúc của mình bằng bạo lực. Các đoạn kịch Shakespeare yêu cầu đấu kiếm, giống như các môn võ khác, tạo cho chúng cơ hội để thể hiện tính gây hấn và biểu lộ sức mạnh thể chất. Ở đây cần chú ý việc giữ an toàn cho mọi người. Những đứa trẻ thích múa kiếm,

nhưng để giữ cho nhau an toàn, chúng buộc phải thương lượng và sử dụng ngôn ngữ.

Các vở kịch của Shakespeare được viết vào thời kỳ chuyển tiếp, khi thế giới chuyển từ giao tiếp bằng lời sang giao tiếp bằng chữ khi hầu hết mọi người vẫn ký tên với chữ X. Những đứa trẻ này cũng đang đối mặt với giai đoạn chuyển tiếp của mình, nhiều đứa vẫn chưa nói chuyện mạch lạc và một số phải khó khăn lắm mới \đọc được. Nếu chúng chỉ mở miệng ra là văng tục, điều đó không chỉ cho thấy chúng “rắn mặt” mà còn vì chúng không có ngôn ngữ nào khác để thể hiện chúng là ai và chúng đang cảm thấy thế nào. Khi bọn trẻ khám phá ra sự phong phú và tiềm năng của ngôn ngữ, chúng sẽ có một trải nghiệm bên trong về niềm hạnh phúc.

Trước tiên, các diễn viên cần hiểu chính xác từng dòng lịch Shakespeare đang nói gì. Đạo diễn lần lượt đọc từng từ thì thầm vào tai của diễn viên và bọn trẻ được yêu cầu phải đọc lại được câu nói này một mạch. Thời gian đầu, nhiều em gần như không thể thốt thành lời. Đây là một quá trình chậm rãi vì mỗi diễn viên phải từ từ tiếp nhận những câu chữ đó. Ý tưởng là truyền cảm hứng cho các diễn viên cảm nhận phản ứng của chính mình đối với các từ ngữ và từ đó sẽ khám phá được nhân vật. Thay vì “Tôi phải nhớ những lời thoại của tôi”, sự nhấn mạnh sẽ là “Những từ này có ý nghĩa gì đối với tôi? Tôi có những ảnh hưởng như thế nào đối với các diễn viên đồng nghiệp? Và điều gì xảy ra với tôi khi tôi nghe lời thoại của họ?”¹⁵.

Đây có thể là một quá trình làm thay đổi cuộc sống như tôi đã chứng kiến trong một buổi diễn tập do các diễn viên được Shakespeare & Company đào tạo, thực hiện cho các cựu chiến binh

tại Trung tâm Y tế Bộ Cựu chiến binh ở Bath, New York. Larry, một cựu chiến binh tại Việt Nam 59 tuổi, có 27 lần nhập viện điều trị cai nghiện vào năm trước, đã tình nguyện đóng vai Brutus trong một cảnh của vở Julius Caesar. Khi buổi diễn tập bắt đầu, ông vội vã làm bầm qua loa những lời thoại của mình; dường như ông rất sợ hãi những gì mọi người đang nghĩ về mình.

Hãy nhớ Tháng Ba, ý tưởng về tháng Ba hãy nhớ lấy:

Không phải Julius vĩ đại đã đổ máu vì công lý hay sao?

Tên tội đồ nào đã chạm vào cơ thể ngài, đã đâm ngài,

Mà không phải vì công lý cơ chứ?

Việc tập luyện lời thoại này dường như mất hàng giờ đồng hồ. Lúc đầu Larry chỉ đứng đó, vai rũ xuống, lặp lại những lời mà đạo diễn thì thầm vào tai ông: “Nhớ – bạn nhớ cái gì? Bạn có nhớ quá nhiều không? Hoặc nhớ không đủ? Hãy nhớ lại. Bạn không muốn nhớ điều gì? Sẽ thế nào khi nhớ lại?”. Giọng Larry lặp lại khô khốc, mắt nhìn xuống sàn, mồ hôi rịn trên trán.

Sau một đợt nghỉ ngắn và uống một ngụm nước, ông quay trở lại. “Công lý – bạn có nhận được công lý không? Bạn đã bao giờ đổ máu vì công lý chưa? Đối với bạn công lý là gì? Đánh. Bạn có bao giờ đánh ai chưa? Bạn có bao giờ bị đánh chưa? Nó như thế nào? Bạn ước mình đã làm gì? Đâm. Bạn có bao giờ đâm ai chưa? Có ai từng đâm sau lưng bạn chưa? Bạn có đâm sau lưng ai bao giờ chưa?”. Đến lúc này, Larry chạy lao ra khỏi phòng.

Ngày hôm sau ông quay trở lại và chúng tôi lại tiếp tục – Larry đang đứng đó, mặt đỏ, tim đập mạnh, có hàng triệu sự liên tưởng trong tâm trí ông, dần dần ông cho phép mình cảm được mọi câu từ và học thuộc lời thoại.

Sau khi chương trình kết thúc, Larry bắt đầu làm việc trở lại sau bảy năm không làm công việc nào cả, và sáu tháng sau đó ông vẫn đang làm việc, theo như những gì tôi biết. Học cách trải nghiệm và chịu đựng những cảm xúc sâu sắc là điều cần thiết để phục hồi sau sang chấn.

Trong chương trình *Shakespeare in the Courts*, tính đặc trưng của ngôn ngữ được sử dụng trong buổi diễn tập có liên hệ đến lời nói ngoài sân khấu của diễn viên. Kevin Coleman ghi nhận họ thường lúng túng với cụm từ “Tôi cảm thấy như..”. Ông nói tiếp: “Nếu bạn đang nhầm lẫn những trải nghiệm cảm xúc của mình với lời phán xét của mình thì công việc của bạn trở nên mơ hồ. Nếu bạn hỏi họ, “Bạn cảm thấy điều đó như thế nào? họ sẽ ngay lập tức đáp: “Tôi cảm thấy tốt hay “Tôi thấy nó tệ. Cả hai đều là những lời phán xét. Vì vậy, ở cuối mỗi hoạt cảnh, chúng tôi không bao giờ nói, “Bạn cảm thấy như thế nào? bởi vì điều đó mời gọi phần phán xét trong họ lên tiếng”.

Thay vào đó, Coleman hỏi, “Bạn đã nhận thấy bất kỳ cảm xúc cụ thể nào xảy ra khi bạn diễn cảnh đó không?”. Như vậy, họ học cách đặt tên cho những trải nghiệm cảm xúc: “Tôi cảm thấy tức giận khi anh ấy nói thế”, “Tôi cảm thấy sợ hãi khi ông ấy nhìn tôi”. Họ nhận ra rằng mình có nhiều dạng cảm xúc khác nhau. Càng nhận thấy chúng, họ càng trở nên tò mò.

Khi các buổi tập bắt đầu, bọn trẻ phải học cách đứng thẳng và đi ngang qua sân khấu một cách tự nhiên. Chúng phải học cách nói sao cho mọi người ngồi trong nhà hát đều nghe được, dù bản thân điều này là một thách thức rất lớn đối với chúng. Việc biểu diễn, cuối cùng có nghĩa là phải đối mặt với cộng đồng. Các em bước ra sân khấu,

trải nghiệm một mức độ khác của việc bị tổn thương, nguy hiểm hoặc an toàn và chúng biết được chúng có thể tin vào chính mình như thế nào. Dần dần chúng trở nên hăng hái, muốn chứng minh rằng mình có thể làm được. Kevin kể cho tôi nghe câu chuyện về một cô gái vào vai Ophelia trong vở Hamlet. Vào ngày biểu diễn, ông nhìn thấy cô đứng chờ ở hậu trường, tay ôm chặt một thùng rác trước bụng. (Cô ấy giải thích rằng cô rất lo lắng nên sợ mình sẽ nôn). Cô đã có nhiều năm chạy trốn khỏi các nhà tạm lánh và cũng lẩn tránh những buổi tập kịch Shakespeare. Bởi vì chương trình cam kết không bao giờ đuổi các em đi dưới bất kỳ hình thức nào nên cảnh sát đã nhiều lần đưa cô ấy quay về nhà tạm lánh. Rồi cũng đến lúc cô bắt đầu nhận ra rằng vai trò của mình là cần thiết cho nhóm, hoặc có lẽ cô đã cảm nhận được giá trị từ những trải nghiệm của chính mình. Ít nhất ngày hôm đó, cô ấy đã chọn không chạy trốn.

Lời Kết

NHỮNG LỰA CHỌN CỦA CHÚNG TA

Xã hội đang ngày càng quan tâm đến vấn đề sang chấn. Nhiều nhà khoa học trên khắp thế giới đang miệt mài nghiên cứu những ảnh hưởng của sang chấn đến tâm trí, não bộ, cơ thể. Rất nhiều người đang không ngừng tìm kiếm các biện pháp can thiệp hiệu quả hơn dành cho bệnh nhân bị sang chấn. Nếu bạn đã đồng hành cùng tôi trong suốt cuốn sách này tức là bạn đã trở thành một phần của cộng đồng rất quan tâm đến sang chấn.

Những tiến bộ trong khoa học thần kinh đã giúp chúng ta hiểu rõ hơn cách sang chấn làm thay đổi não bộ, thay đổi sự tự điều chỉnh và khả năng tập trung, hòa hợp với những người khác. Các kỹ thuật hình ảnh tinh vi đã xác định được nguồn gốc của PTSD trong não, vì vậy giờ đây chúng ta đã hiểu tại sao những người bị sang chấn thường cô lập, tại sao âm thanh và ánh sáng lại làm phiền họ và tại sao họ có thể bùng nổ hoặc rút lui khi đáp lại sự khiêu khích dù chỉ nhẹ nhàng. Chúng ta đã biết các trải nghiệm làm thay đổi cấu trúc, chức năng của não và thậm chí ảnh hưởng đến các gene mà chúng ta truyền lại cho con mình. Việc hiểu được các quá trình cơ bản gây ra stress của cơ thể sẽ giúp mở ra cánh cửa để can thiệp vào khu vực não liên quan đến cơ chế tự điều chỉnh, tự nhận thức và chú ý. Chúng ta không chỉ biết làm thế nào để điều trị sang chấn mà ngày càng biết thêm nhiều cách thức mới để ngăn chặn sang chấn .

Các cuộc thảo luận về PTSD vẫn có xu hướng tập trung vào những quân nhân mới trở về từ chiến trường, nạn nhân của các vụ đánh bom khủng bố hoặc những người sống sót sau các tai nạn khủng khiếp. Tuy nhiên, sang chấn thực tế là một vấn đề sức khỏe cộng đồng rộng lớn hơn rất nhiều. Chúng ta không thể chữa lành những sang chấn khi bỏ qua nguồn gốc của nó.

Thu nhập của người dân, cơ cấu gia đình, nhà ở, việc làm và cơ hội giáo dục ảnh hưởng không chỉ đến nguy cơ bị stress sau sang chấn mà còn tác động đến việc tiếp cận những giải pháp hiệu quả để xử lý sang chấn đó. Nghèo đói, thất nghiệp, trường học chất lượng kém, sự cô lập xã hội, nhà ở dưới chuẩn... đều là những cơ sở gây ra sang chấn. Sang chấn sinh ra thêm nhiều sang chấn, những người bị tổn thương gây tổn thương cho người khác.

Về cơ bản, chúng ta là những sinh vật xã hội, bộ não của chúng ta thúc đẩy việc làm việc và chơi đùa cùng nhau. Sang chấn tàn phá hệ thống tương trợ xã hội và can thiệp vào sự hợp tác, nuôi dưỡng cũng như khả năng hoạt động của con người như một thành viên có ích cho xã hội. Trong cuốn sách này, chúng ta đã thấy có biết bao vấn đề về sức khỏe tâm thần, từ việc nghiện ma túy đến hành vi tự gây thương tích, tất cả đều bắt nguồn từ những nỗ lực để đối phó với những cảm xúc trở nên không thể chịu nổi do thiếu sự tiếp xúc và hỗ trợ về mặt con người. Vì vậy, để chữa trị cho những trẻ em và người lớn đã bị sang chấn, chúng ta nên tập trung vào việc ngăn chặn những cảm xúc khó chịu và những hành vi khiến họ gặp rắc rối thay vì tập trung vào việc chỉnh sửa những “suy nghĩ sai lầm”.

Mọi người có thể học cách kiểm soát và thay đổi hành vi của họ, nhưng chỉ khi họ cảm thấy đủ an toàn thì họ mới có thể thử các giải

pháp. Những sang chấn được mã hóa thành những cơn đau của cơ thể, như đau ngực, quặn thắt ruột; vì thế, ưu tiên hàng đầu của chúng tôi là giúp mọi người thoát khỏi trạng thái phải chiến đấu hoặc bỏ chạy, giúp họ nhìn nhận lại cách họ nhận thức về nguy hiểm và quản lý các mối quan hệ. Nếu quan tâm đến tình trạng sang chấn trẻ em thì chúng ta nhất định không thể cắt bỏ khỏi thời khóa biểu học tập những hoạt động như: đồng ca, giáo dục thể chất, giờ ra chơi và bất cứ thứ gì liên quan đến vận động, vui chơi.

Việc dùng thuốc điều trị sang chấn ngày càng phổ biến nhưng không giải quyết được các vấn đề thực sự: Bệnh nhân đang phải đối phó với những điều gì? Nguồn lực bên trong và bên ngoài của họ là gì? Làm thế nào để họ bình tĩnh trở lại? Họ có mối quan hệ thân thương với cơ thể của họ hay không và họ làm gì để nuôi dưỡng cơ thể về mặt sức mạnh, sức sống và thư giãn? Họ có tích cực tương tác với người khác không? Ai thực sự hiểu họ, yêu thương họ, quan tâm đến họ? Khi họ sợ hãi, khi con họ ốm, họ có thể tin tưởng ai? Họ Có phải là thành viên của cộng đồng và họ có giữ vai trò quan trọng gì trong cuộc sống của những người xung quanh họ không? Họ có những kỹ năng cụ thể nào để tập trung, chú ý và lựa chọn? Họ có ý thức về mục đích hay không? Họ giỏi làm cái gì? Làm sao chúng ta có thể giúp họ cảm thấy tự chủ trong cuộc sống?

Tôi có một tấm hình chụp gia đình lúc tôi năm tuổi, đang ngồi giữa anh chị ruột của mình. Trong hình, tôi hãnh diện cầm một chiếc thuyền đồ chơi bằng gỗ, cười toe toét: “Xem nè, tôi quả thực là một đứa bé siêu phàm và tôi có một chiếc thuyền tuyệt cú mèo! Mọi người có muốn chơi với tôi không?”.

Tất cả chúng ta, đặc biệt là trẻ em, đều cần sự tự tin như vậy, nghĩa là tin rằng mọi người biết đến ta, thừa nhận ta, trân trọng ta. Thiếu điều đó, chúng ta sẽ không thể phát triển ý thức để khẳng định: “Đây là điều tôi tin tưởng, đây là những gì tôi bảo vệ; vì nó mà tôi sẽ cống hiến cả đời mình”. Miễn là chúng ta cảm thấy mình được an toàn trong trái tim và tâm trí của những người yêu thương ta, chúng ta sẽ dám leo lên những ngọn núi cao, sẽ dám vượt qua sa mạc và ở lại làm việc cả đêm để hoàn thành dự án. Trẻ em và người lớn sẽ làm bất cứ điều gì cho những người mà họ tin tưởng và trân trọng.

Nhưng nếu chúng ta cảm thấy bị bỏ rơi, cảm thấy mình chẳng có tí giá trị gì, hoặc cảm thấy mình vô hình, thì mọi sự với ta đều thành vô nghĩa. Nỗi sợ tiêu diệt tính tò mò và sự vui tươi. Để có một xã hội lành mạnh, chúng ta phải nuôi dạy những đứa trẻ có thể chơi và học một cách an toàn. Bạn không thể phát triển nếu không có trí tò mò. Bạn không thể hình thành khả năng thích ứng nếu bạn mất khả năng khám phá bạn là ai và điều gì là quan trọng đối với bạn.

Những người cảm thấy an toàn và có sự gắn kết ý nghĩa với người khác sẽ không có lý do để lãng phí cuộc đời mình vào việc dùng ma túy, ngồi bất động trước truyền hình, ăn uống vô độ hoặc tấn công người khác. Tuy nhiên, nếu những việc họ làm lại không thể khiến mọi thứ khác đi thì họ cảm thấy bị mắc kẹt và trở nên dễ bị cám dỗ với thuốc gây nghiện, các băng đảng, các tôn giáo cực đoan, các phong trào chính trị bạo lực hoặc bất cứ cái gì, bất cứ ai hứa hẹn mang lại sự cứu rỗi.

Hy vọng lớn nhất cho trẻ em bị tổn thương, bị lạm dụng và bị bỏ rơi là nhận được nền giáo dục tốt tại các trường học – nơi chúng được nhìn thấy và được biết đến, nơi chúng học cách tự điều chỉnh

bản thân và nơi chúng có thể phát triển được sự tỉnh thức. Trong điều kiện tốt nhất, các trường học có thể trở thành những hòn đảo an toàn trong thế giới hỗn loạn. Họ có thể dạy cho trẻ cách hoạt động của cơ thể và bộ não, cách chúng có thể hiểu và xử lý cảm xúc của mình. Các trường học có thể đóng vai trò quan trọng trong việc đối phó với những sang chấn trong khu dân cư hoặc gia đình. Nếu cha mẹ buộc phải làm hai công việc để kiếm sống, hoặc nếu họ quá mệt mỏi, quá tải, hoặc chán nản nên không hòa hợp được với nhu cầu của con cái thì khi đó, trường học phải là nơi mà trẻ em được dạy cách tự lãnh đạo và tự kiểm soát bản thân.

Khi nhóm chúng tôi đến các trường học, phản ứng đầu tiên của giáo viên thường là kiểu “Nếu muốn trở thành nhân viên xã hội thì tôi đã đi học ở trường đào tạo nhân viên xã hội rồi. Tôi ở đây là để làm giáo viên”. Nhiều giáo viên đã nhận ra họ không thể dạy học nếu học sinh của họ là những cái chuông báo động chực chờ réo lên ầm ỹ. Ngay cả những giáo viên và hệ thống trường học tận tâm nhất cũng thường cảm thấy nản lòng và không hoạt động hiệu quả vì học sinh đang bị sang chấn quá mức đến nỗi không thể học hành được. Tập trung vào việc cải thiện điểm số cũng không mang lại khác biệt gì nếu giáo viên không thể giúp học sinh giải quyết những vấn đề trong hành vi của chúng. Tin tốt là các nguyên tắc cơ bản của những biện pháp can thiệp sang chấn có thể chuyển thành các quy trình thực hành hằng ngày và chúng có thể làm biến đổi toàn bộ văn hóa của trường học.

Hầu hết các giáo viên chúng tôi từng làm việc chung đều rất ngạc nhiên khi nhận ra rằng đối với những học sinh bị lạm dụng và bị bỏ bê thì bất kỳ điều gì đi chệch khỏi thói quen thông thường đều được

chúng diễn giải là nguy hiểm, và phản ứng cực đoan của chúng thường là biểu hiện của stress sau sang chấn. Rồi chính vì những phản ứng cực đoan ấy mà các học sinh này lại bị khiển trách hoặc thậm chí bị đình chỉ học tập, đây là vấn đề phổ biến đến mức thành bệnh dịch ở các trường học. Quan điểm của các giáo viên bắt đầu thay đổi khi họ biết những hành vi gây rối ấy của học sinh chỉ là cách chúng đang nỗ lực trong tuyệt vọng để xử lý nỗi căng thẳng và cố gắng để tồn tại.

Thách thức quan trọng trong bối cảnh trường học hiện nay là cần thúc đẩy tính tương giao: nghe và được lắng nghe, thấy và được nhìn thấy. Chúng tôi cố gắng hướng dẫn mọi người trong cộng đồng nhà trường, từ hiệu trưởng, giáo viên đến nhân viên văn phòng..., để họ có thể nhận ra và hiểu được những ảnh hưởng của sang chấn đối với trẻ em và tập trung vào tầm quan trọng của việc nâng cao tính an toàn, tính dự đoán, cũng như làm sao để học sinh cảm nhận chúng được người khác biết đến và nhìn thấy. Chúng tôi muốn chắc chắn rằng mỗi buổi sáng, các em được thầy cô gọi tên khi chào đón các em ở trường và thầy cô sẽ tương tác trực tiếp mặt đối mặt với từng em.

Chúng tôi từng làm việc với rất nhiều trẻ chưa bao giờ có thể giao tiếp thành công bằng ngôn ngữ bởi vì chúng thường quen với chuyện bị người lớn hét, ra lệnh, tức giận hoặc phớt lờ lời nói của chúng. Một trong những bước đầu tiên là chúng tôi giúp giáo viên có thêm những cách thức mới để họ có thể nói với học sinh về cảm xúc, nêu kỳ vọng và yêu cầu trợ giúp. Trước một đứa trẻ đang giận dữ hoặc ngồi thu lu trong góc thì thầy cô thay vì hét lên “Dừng lại!”, chúng tôi khuyến khích họ nên chú ý và nói lên đúng trải nghiệm

hoặc cảm xúc của trẻ trong lúc đó, ví dụ: “Cô thấy em đang buồn”, và đưa ra các lựa chọn như: “Em có muốn đến một nơi an toàn không, hay là em ngồi vào lòng của cô vậy?”; rồi từ đó, thầy cô tiếp tục giúp các em tìm từ để mô tả cảm xúc và tìm lại được tiếng nói của chính mình như: “Em sẽ làm gì sau giờ học?”. Có thể mất nhiều tháng để đưa trẻ nhận diện được khi nào thì được nói thật (vì không phải lúc nào các em cũng được an toàn khi nói ra sự thật), nhưng với trẻ em cũng như người lớn thì xác định được sự thật của một trải nghiệm là điều cần thiết để thoát khỏi sang chấn.

Ở nhiều trường học, những học sinh nào có biểu hiện giận dữ, thờ ơ hoặc bùng phát cơn giận – các triệu chứng của stress do sang chấn – thì các em sẽ bị trừng phạt vì đó là cách hành xử tiêu chuẩn ở nhà trường. Như vậy, nhà trường thay vì là một nơi ẩn náu an toàn lại trở thành một sang chấn đau đớn nữa. Trừng phạt có thể tạm thời ngăn chặn các hành vi không thể chấp nhận được, nhưng do hệ thống báo động và hormone của stress trong các em không được nghỉ ngơi nên chắc chắn sau này chúng sẽ tiếp tục bùng phát khi bị khiêu khích.

Trong tình huống như vậy, bước đầu tiên là chúng ta phải thừa nhận rằng đứa trẻ đang buồn bã, vì thế giáo viên nên bình tĩnh tìm hiểu nguyên nhân và thảo luận các giải pháp khả thi. Ví dụ, khi một học sinh lớp 1 nổi cơn giận dữ, đánh cô giáo và ném đồ vật xung quanh, chúng tôi khuyến khích giáo viên của bé đặt ra các giới hạn rõ ràng trong khi nhẹ nhàng nói chuyện với bé: “Em có muốn cố quấn em trong chiếc khăn này để em bình tĩnh lại không?” (Đứa bé hẳn sẽ hét lên “Không!”, nhưng sau đó lại cuộn tròn vào trong chăn và bình tĩnh lại). Tính dự đoán và sự rõ ràng trong kỳ vọng là rất quan trọng,

tính nhất quán cũng là điều cần thiết. Những đứa trẻ có nền tảng hỗn loạn thường không biết được mọi người có thể hợp tác làm việc với nhau hiệu quả như thế nào, vì thế sự không nhất quán chỉ làm chúng thêm nhàm lẫn. Các giáo viên nhạy cảm với sang chấn sẽ sớm nhận ra việc than phiền với phụ huynh về đứa con cáu kỉnh của họ có thể dẫn tới việc đứa trẻ bị đánh đập và chúng càng bị sang chấn nhiều hơn nữa.

Nỗ lực của chúng tôi là nhằm đưa ngành khoa học về não bộ vào trong thực tiễn hằng ngày. Chẳng hạn, để đủ bình tĩnh tự kiểm soát bản thân đòi hỏi chúng ta phải kích hoạt các vùng não liên quan đến cảm giác bên trong chúng ta, “cái tháp canh” mà tôi đã thảo luận trong ở chương 4, vì vậy giáo viên có thể nói: “Chúng ta cùng hít thở sâu nhé, hay các em có cần dùng đến ngôi sao thở không?” (Đây là một dụng cụ trợ giúp việc hít thở làm từ những tấm bìa kẹp hồ sơ).

Một lựa chọn khác là đặt đứa trẻ ngồi vào một góc và quấn trẻ trong một chiếc chăn dày, cho trẻ nghe nhạc nhẹ nhàng bằng tai nghe. Các khu vực an toàn có thể giúp trẻ bình tĩnh trở lại bằng cách kích thích nhận thức cảm giác của trẻ: chất vải lụa hoặc vải nhung, hộp giày chứa những chiếc bàn chải mềm và đồ chơi mềm dễ uốn. Khi trẻ đã sẵn sàng để nói chuyện, chúng ta hãy khuyến khích bé nói với ai đó những gì đang xảy ra trước khi cho bé trở lại nhóm.

Trẻ ba tuổi có thể thổi bong bóng xà phòng và nhận ra khi chúng thở chậm, 6 nhịp/phút, và tập trung vào hơi thở khi luồng khí đi qua môi trên thì chúng sẽ thấy bình tĩnh cũng như tập trung hơn.

Đội ngũ giáo viên yoga của chúng tôi làm việc với trẻ em thuộc lứa tuổi gần độ tuổi thiếu niên để giúp chúng “kết bạn” với cơ thể của chính mình và xử lý những cảm giác thể chất khó chịu. Chúng ta biết

rằng một trong những lý do chính khiến trẻ ở độ tuổi thiếu niên dùng ma túy thường xuyên là vì chúng không thể chịu đựng được những cảm giác cơ thể báo hiệu sự sợ hãi, giận dữ và bất lực.

Ngoài việc học đọc, học viết và học làm toán, tất cả trẻ em cần học cách tự nhận thức, tự điều chỉnh và học giao tiếp như là một phần trong chương trình học chính. Giống như chúng ta dạy lịch sử và địa lý, chúng ta cũng cần dạy cho trẻ về cách não bộ và cơ thể hoạt động.

Trí thông minh cảm xúc bắt đầu với việc chúng ta gọi tên những cảm xúc của mình và thích ứng với cảm xúc của những người xung quanh. Chúng ta có thể làm điều này bằng cách rất đơn giản: nhìn vào gương. Nhìn vào gương sẽ giúp trẻ nhận thức được mình trông như thế nào khi buồn, tức giận, chán nản hoặc thất vọng, sau đó chúng ta hãy hỏi chúng: “Em cảm thấy thế nào khi nhìn một khuôn mặt như thế?”. Chúng tôi dạy bọn trẻ bộ não được hình thành như thế nào, cảm xúc là gì và cảm xúc được lưu giữ ở đâu trên cơ thể và làm thế nào có thể truyền đạt cảm xúc của mình cho những người xung quanh. Bọn trẻ sẽ hiểu rằng các cơ mặt của chúng sẽ cho người khác những gợi ý về cảm xúc của chúng và sau đó chúng có thể thử nghiệm những biểu hiện trên khuôn mặt của mình sẽ ảnh hưởng đến người khác ra sao.

Chúng tôi cũng dạy trẻ nhận ra và đặt tên cho cảm giác thể chất, ví dụ khi ngực của chúng thắt lại thì có lẽ chúng đang lo lắng, khi chúng thờ ơ nông nhĩa là chúng thấy sợ hãi. Cảm giác giận dữ là như thế nào và trẻ có thể làm gì để thay đổi cảm giác đó trong cơ thể: Điều gì sẽ xảy ra nếu chúng hít một hơi thật sâu hoặc dành thời gian để nhảy dây, đắp bao cát? Bấm huyết có giúp ích gì không? Chúng

tôi cố gắng cung cấp cho trẻ em, giáo viên và những người làm công việc chăm sóc người khác một bộ công cụ để mọi người có thể kiểm soát được phản ứng cảm xúc của mình.

Để thúc đẩy sự tương hỗ, chúng tôi sử dụng các bài tập soi gương khác, là nền tảng của giao tiếp an toàn giữa các cá nhân. Trẻ em tập luyện bằng cách bắt chước biểu hiện trên khuôn mặt của một người khác, các cử chỉ và âm thanh, sau đó đứng dậy và di chuyển đồng bộ. Để chơi tốt, trẻ phải thực sự chú ý quan sát và lắng nghe nhau. Khi trẻ ở tuổi thiếu niên trề môi trước những “trò chơi ngu ngốc” thế này, chúng tôi gạt đầu về tán thành và tranh thủ sự hợp tác bằng cách nhờ chúng làm mẫu các trò chơi này cho những đứa trẻ nhỏ tuổi hơn, những người “cần sự giúp đỡ của chúng”.

Trẻ em và người lớn đều cần được trải nghiệm cảm giác bản thân có ích khi làm những việc trong khả năng của mình. Nhiều người trong chúng ta vẫn nhớ việc chơi thể thao đồng đội, hát trong dàn hợp xướng có ý nghĩa với chúng ta như thế nào, đặc biệt là khi chúng ta được huấn luyện viên hoặc người chỉ huy tin tưởng, thúc đẩy chúng ta phát triển vượt trội, và dạy chúng ta rằng chúng ta có thể giỏi hơn là mình nghĩ. Những đứa trẻ cần có những trải nghiệm như vậy.

Điền kinh, chơi nhạc, khiêu vũ và biểu diễn sân khấu đều giúp kích thích sự ý thức và tính cộng đồng. Các hoạt động này cũng thu hút trẻ em, buộc trẻ em hợp tác, thỏa hiệp, và tập trung vào công việc đang diễn ra. Căng thẳng sẽ tăng lên nhưng trẻ vẫn bám lấy cảm xúc đó vì chúng muốn có được sự tôn trọng từ các huấn luyện viên hoặc người chỉ huy đội nhóm và chúng không muốn làm cả đội thất vọng - tất cả những cảm xúc này hoàn toàn trái ngược với tính dễ bị

tổn thương do bị lạm dụng, trở thành vô hình do bị bỏ bê và sự cô lập đáng sợ do bị sang chấn.

Các chương trình thuộc Mạng lưới Quốc gia về Stress do Sang chấn ở Trẻ em (National Child Traumatic Stress Network - NCTSN) của chúng tôi đang cho thấy hiệu quả: trẻ em trở nên ít lo lắng và phản ứng ít mạnh mẽ hơn; ít hung hăng hoặc rút lui; học tập tốt hơn, chú ý hơn; bớt chống đối và ngủ ngon hơn. Những điều khủng khiếp vẫn xảy ra với trẻ và xung quanh trẻ, nhưng bây giờ trẻ có thể nói về những sự kiện này; trẻ đã xây dựng được lòng tin và có nguồn lực để tìm sự giúp đỡ khi cần. Các can thiệp sẽ thành công nếu dựa trên sự hợp tác tự nhiên của chúng ta và những phản ứng bẩm sinh của chúng ta đối với an toàn, sự tương hỗ và trí tưởng tượng.

Tôi đã làm công việc trị liệu sang chấn trong một thời gian dài vì nó giúp tôi khám phá những cội nguồn của niềm vui, sự sáng tạo, những điều có ý nghĩa và sự kết nối, đây chính là tất cả những thứ khiến ta thấy cuộc sống của mình đáng sống.

Tôi không dám tưởng tượng mình làm sao có thể đối phó với những gì mà các bệnh nhân của tôi đã phải chịu đựng, và tôi thấy các triệu chứng của họ như một phần sức mạnh của họ - những cách mà họ học được để tồn tại. Dù họ phải trải qua những đau khổ, họ vẫn trở thành những người tình ấm áp, những bậc cha mẹ giàu tình thương, những thầy giáo gương mẫu, những y tá, nhà khoa học và nghệ sĩ tận tụy.

Hầu hết những người khởi xướng nên những thay đổi trong xã hội đều có kinh nghiệm cá nhân liên quan chặt chẽ tới sang chấn, ví dụ như Oprah Winfrey, Maya Angelou, Nelson Mandela, Elie Wiesel. Khi nhìn vào quá khứ của họ, bạn sẽ nhận thấy những hiểu biết sâu

sắc và niềm đam mê của họ đều nảy sinh từ việc họ phải đối mặt với việc cuộc sống của mình có thể bị hủy hoại như thế nào. Và điều này cũng đúng với xã hội. Rất nhiều tiến bộ xã hội vượt bậc mà chúng ta đạt được điều chính nhờ những trải nghiệm sang chấn mà loài người phải trải qua như các cuộc Thế chiến, Thời kỳ Đại suy thoái.

Sang chấn hiện là vấn đề sức khỏe cộng đồng cấp bách nhất của chúng ta, và chúng ta đã có kiến thức cần thiết để có thể xử lý hiệu quả các sang chấn. Lựa chọn của chúng ta là hành động dựa trên những gì chúng ta biết.

LỜI CẢM ƠN

Cuốn sách này đúc kết hành trình 30 năm tôi điều trị cho những người bị sang chấn ở nhiều độ tuổi, giới tính, là kết quả của vô số cuộc thảo luận với các đồng nghiệp và sinh viên, là thành tựu của những nghiên cứu khoa học về cách thức mà tâm trí, não bộ và cơ thể của chúng ta đương đầu với sang chấn.

Đầu tiên, tôi xin chân thành cảm ơn những người đã giúp tôi tổ chức bản thảo và xuất bản cuốn sách này. Tôi gửi lời cảm ơn chân thành đến Toni Burbank, Biên tập viên của tôi, người đã miệt mài làm việc với tôi trong suốt hai năm tôi viết cuốn sách này. Toni đã giúp tôi định hình, tổ chức nội dung và sắp xếp từng chương trong sách. Tôi cũng cảm ơn Brettne Bloom, Người đại diện của tôi vì đã hiểu tầm quan trọng của cuốn sách này và giới thiệu nó đến Nhà xuất bản Viking và luôn hỗ trợ tôi những lúc cần kíp. Tôi chân thành cảm ơn Rick Kot, Biên tập viên của Nhà xuất bản Viking vì đã cho tôi những phản hồi quý giá và hướng dẫn tận tình việc biên tập.

Xin cảm ơn các đồng nghiệp và sinh viên của tôi tại Trauma Center vì đã nhiệt tình hỗ trợ dự án sách này: Joseph Spinazzola,

Margaret Blaustein, Roslin Moore, Richard Jacobs, Liz Warner, Wendy D'Andrea, Jim Hopper, Fran Grossman, Alex Cook, Marla Zucker, Kevin Becker, David Emerson, Steve Gross, Dana Moore, Robert Macy, Liz Rice-Smith, Patty Levin, Nina Murray, Mark Gapen, Carrie Pekor, Debbie Korn và Betta de Boer van der Kolk và nhiều người khác nữa. Tôi cũng muốn cảm ơn Andy Pond và Susan Wayne của tổ chức Justice Resource Institute.

Xin cảm ơn những bạn đồng hành quan trọng nhất của tôi và những người hướng dẫn tôi trong việc tìm hiểu và nghiên cứu về những rối loạn stress sau sang chấn: Alexander McFarlane, Onno van der Hart, Ruth Lanius và Paul Frewen, Rachel Yehuda, Stephen Porges, Glenn Saxe, Jaak Panksepp, Janet Osterman, Julian Ford, Brad Stolback, Frank Putnam, Bruce Perry, Judith Herman, Robert Pynoos, Berthold Gersons, Ellert Nijenhuis, Annette Streeck-Fisher, Marylene Cloitre, Dan Siegel, Eli Newberger, Vincent Felitti, Robert Anda, và Martin Teicher; cũng như những người bạn của tôi, những người đã dạy tôi về sự gắn bó: Edward Tronick, Karlen Lyons-Ruth và Beatrice Beebe.

Xin cảm ơn Peter Levine, Pat Ogden, Al Pesso, Stephen Cope, Jon Kabat-Zinn, Jack Kornfield, Sebern Fisher, Ed Hamlin, Larry Hirshberg, Richard Schwartz, Kippy Dewey, Cissa Champion, Tina Packer, Andrew Borthwick-Leslie, Adam Cummings, Amy Sullivan, Susan Miller, Licia Sky, Angela Lin, Ed và Edith Schonberg, Barry và Lorrie Goldensohn, Hana và Nicholas – vì đã nhiệt tình hỗ trợ tối theo cách này hay cách khác.

Cuối cùng, xin cảm ơn các bệnh nhân của tôi vì đã giúp tôi học hỏi được biết bao điều. Các bạn chính là cuốn sách giáo khoa thực

sự của tôi, và là sự khẳng định về sức sống kỳ diệu, điều vẫn luôn
thôi thúc chúng ta không ngừng kiến tạo một cuộc sống có ý nghĩa
cho dù gặp phải bất cứ khó khăn gì.

Phụ Lục - MUA SÁCH GIẤY NẾU CẦN THAM KHẢO PHỤ LỤC

NHỮNG TIÊU CHÍ ĐỀ XUẤT ĐÃ ĐƯỢC ĐỒNG THUẬN VỀ RỐI LOẠN PHÁT TRIỂN DO SANG CHẤN xuất này được NCTSN (National Child Traumatic Stress Network - Mạng lưới Quốc gia về Stress do Sang chấn ở Trẻ em) soạn thảo và đưa ra vào tháng 2/2009, do Bác sĩ Bessel A. van der Kolk và Bác sĩ Robert S. Pynoos thực hiện, có sự tham gia của Tiến sĩ Dante Cicchetti, Tiến sĩ Marylene Cloitre, Tiến sĩ Wendy D'Andrea, Julian D. Ford, Tiến sĩ Alicia F. Lieberman, Tiến sĩ Frank W. Putnam, MD, Tiến sĩ Glenn Saxe, Tiến sĩ Joseph Spinazzola, Tiến sĩ Bradley C. Stolbach, và Bác Sĩ-Tiến Sĩ Martin Teicher.

Các tiêu chí được đề xuất này đã trở thành hướng dẫn các thử nghiệm về Rối loạn Phát triển do Sang chấn bắt đầu từ năm 2009 và tiếp tục cho đến ngày nay.

NHỮNG TIÊU CHÍ ĐỀ XUẤT ĐÃ ĐƯỢC ĐỒNG THUẬN VỀ RỐI LOẠN PHÁT TRIỂN DO SANG CHẤN:

A. Phơi nhiễm. Trẻ em hay trẻ vị thành niên đã trải qua hoặc chứng kiến những sự kiện có hại kéo dài hoặc nhiều lần trong thời gian ít nhất một năm bắt đầu từ lúc còn bé hoặc đầu độ tuổi thanh thiếu niên, bao gồm:

A.1. Trải nghiệm trực tiếp hoặc chứng kiến các đợt bạo lực giữa các cá nhân lặp đi lặp lại và nghiêm trọng và

A.2. Sự gián đoạn đáng kể về bảo vệ và chăm sóc do phải thường xuyên thay đổi người chăm sóc chính; thường xuyên bị tách

khỏi người chăm sóc chính; hoặc tiếp xúc với lạm dụng cảm xúc trầm trọng và dai dẳng.

B. Rối loạn sinh lý và ảnh hưởng do rối loạn. Trẻ bị rối loạn phát triển các kỹ năng bình thường liên quan đến việc điều hòa kích thích, bao gồm ít nhất hai điều sau đây:

B.1. Không thể điều chỉnh, chịu đựng hoặc phục hồi từ các trạng thái động cảm xúc cực độ (ví dụ: sợ hãi, tức giận, xấu hổ) bao gồm cả những cơn cáu giận kéo dài và cực đoan, hoặc bất động.

B.2. Các rối loạn trong việc điều chỉnh các chức năng của cơ thể (ví dụ: rối loạn liên tục trong việc ngủ, ăn uống và bài tiết; phản ứng quá mức hoặc phản ứng dưới mức đối với việc xúc chạm cơ thể và âm thanh; mất tổ chức trong các quá trình chuyển đổi thói quen).

B.3. Giảm sự nhận thức/sự phân ly cảm giác, cảm xúc và các trạng thái cơ thể.

B.4. Suy giảm khả năng mô tả cảm xúc hoặc trạng thái cơ thể.

C. Rối loạn chú ý và hành vi. Trẻ bị rối loạn phát triển các kỹ năng bình thường liên quan đến sự chú ý, học tập hoặc đối phó với căng thẳng bao gồm ít nhất ba điều sau đây:

C.1. Bận tâm về mối đe dọa hoặc suy giảm khả năng nhận thức được mối đe dọa, bao gồm việc hiểu sai các tín hiệu an toàn và nguy hiểm.

C.2. Suy giảm khả năng tự bảo vệ, bao gồm cả việc liều lĩnh quá mức hoặc tìm kiếm cảm giác mạnh.

C.3. Các nỗ lực không phù hợp để tự xoa dịu (ví dụ chơi nhạc rock và các vận động theo nhịp điệu khác, tự thỏa mãn nhu cầu tình dục cưỡng bức).

C.4. Thói quen (cố ý hoặc vô thức) hoặc phản ứng tự làm hại bản thân.

C.5. Không thể bắt đầu hoặc duy trì hành vi có chủ đích.

D. Rối loạn trong các mối quan hệ với bản thân và với người khác. Trẻ bị rối loạn phát triển các kỹ năng bình thường về nhận thức nhận dạng cá nhân và việc tham gia vào các mối quan hệ, bao gồm ít nhất ba điều sau đây:

D.1. Quan tâm mãnh liệt tới sự an toàn của người chăm sóc hay của những người thân khác (kể cả chăm sóc ban đầu) hoặc gặp khó khăn trong việc tiếp nhận sự sum họp với họ sau khi bị chia tách.

D.2. Cảm xúc tiêu cực dai dẳng về bản thân, bao gồm cảm giác ghét bản thân, bất lực buông xuôi, vô giá trị, vô dụng, hoặc khiếm khuyết.

D.3. Không tin tưởng một cách cực đoan và dai dẳng, có hành vi bất chấp và thiếu tương hỗ trong các mối quan hệ gần gũi với người lớn hoặc bạn đồng trang lứa.

D.4. Có phản ứng về cơ thể hoặc lời nói hiếu chiến đối với bạn đồng trang lứa, người chăm sóc hoặc những người lớn khác.

D.5. Cố gắng có mối quan hệ thân mật không phù hợp (thái quá hoặc bừa bãi) (bao gồm và không giới hạn các mối quan hệ tình cảm thân mật về tình dục hoặc thân thể) hoặc sự dựa dẫm quá mức vào bạn đồng trang lứa hoặc người lớn để cảm thấy an toàn và chắc chắn.

D.6. Suy giảm khả năng điều chỉnh sự kích thích thấu cảm, được chứng minh bằng việc không thấu hiểu hoặc không thể chịu đựng những biểu hiện đau khổ của người khác, hoặc phản ứng quá mức đối với những đau khổ của người khác.

E. Các triệu chứng thường thấy ở hậu sang chấn. Trẻ có ít nhất một triệu chứng trong ít nhất hai trong ba nhóm triệu chứng PTSD B, C và D.

F. Thời gian rối loạn ít nhất 6 tháng.

G. Suy giảm chức năng. Sự rối loạn gây ra tình trạng đau đớn đáng kể về lâm sàng hoặc suy giảm ít nhất hai lĩnh vực sau đây về chức năng:

- Học tập
- Gia đình
- Nhóm đồng trang lứa
- Luật pháp
- Sức khỏe

Nghề nghiệp (dành cho thanh thiếu niên tham gia, tìm kiếm hoặc được giới thiệu việc làm, làm tình nguyện hoặc đào tạo nghề) .

B. A. van der Kolk, “Developmental Trauma Disorder: Toward A Rational Diagnosis For Children With Complex Trauma Histories”, *Psychiatric Annals*, 35, no. 5 (2005): 401-408.

CÁC NGUỒN TÀI LIỆU

THÔNG TIN CHUNG VỀ SANG CHẤN VÀ PHƯƠNG HƯỚNG CHỮA TRỊ

- The Trauma Center at JRI (Trung tâm Điều trị Sang chấn tại JRI). Trang web của trung tâm có nhiều tài liệu và khóa học: www.traumacenter.org.

- David Baldwin's Trauma Information Pages (trang thông tin sang chấn của David Baldwin) cung cấp thông tin cho các nhà lâm sàng và các nhà nghiên cứu trong lĩnh vực sang chấn – stress: <http://www.trauma-pages.com/>.

Mạng lưới National Child Traumatic Stress Network (NCTSN Quốc gia về Stress do Sang chấn ở Trẻ em). Các phương pháp điều trị hiệu quả cho thanh thiếu niên, đào tạo về sang chấn và các biện pháp giáo dục; đánh giá các biện pháp kiểm tra sang chấn cho cha mẹ, nhà giáo dục, thẩm phán, cơ quan phúc lợi trẻ em, nhân viên quân sự và các nhà trị liệu: <http://www.nctsnet.org>.

- American Psychological Association (Hiệp hội Tâm lý Hoa Kỳ). Tài liệu hướng dẫn cho người bị sang chấn và người thân của họ: <http://www.apa.org/topics/trauma/>.

- Averse Childhood Experiences (ACE - Những trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu). Một số trang web dành cho nghiên cứu ACE và hậu quả của nó: <http://acestoohigh.com/got-your-ace-Score/>; <http://www.cdc.gov/violenceprevention/acesstudy/>; <http://acestudy.org/>.

- Gift from Within PTSD Resources for Survivors and Caregivers (Món quà từ PTSD dành cho những người sống sót và người chăm sóc): giftfromwithin.org; gift-fromwithin.org.

- There & Back Again là một tổ chức phi lợi nhuận hỗ trợ phúc lợi cho những người phục vụ trong quân đội. Sứ mệnh của chức này là cung cấp các dịch vụ hỗ trợ tái hòa nhập cho các cựu chiến binh: <http://thereandbackagain.org/>.

- HelpPRO Therapist Finder. Danh sách đầy đủ các nhà trị liệu địa phương chuyên về sang chấn và các vấn đề khác, phục vụ các nhóm tuổi cụ thể: <http://www.helppro.com/>.

- Quỹ Sidran Foundation bao gồm những ghi chú ký ức sang chấn và thông tin tổng quát về điều trị sang chấn: www.sidran.org.

Traumatology, báo điện tử của Green Cross Academy of Traumatology (Học viện sang chấn học Green Cross) do Charles Figley biên tập: www.greencross.org/.

- Cơ sở dữ liệu PILOTS tại Dartmouth là một cơ sở dữ liệu cho phép tìm kiếm chứa các tài liệu trên thế giới về rối loạn stress sau sang chấn do National Center for PTSD (Trung tâm Quốc gia về PTSD) sản xuất: <http://search.proquest.com/pilots/?accountid=28179>.

TÀI LIỆU CỦA CHÍNH PHỦ

- National Center for PTSD (Trung tâm Quốc gia về PTSD) bao gồm các đường dẫn kết nối đến PTSD Research Quarterly (Nghiên cứu PTSD hàng quý) và các bộ phận của National Center (Trung tâm Quốc Gia) bao gồm bộ phận khoa học hành vi, khoa học thần kinh lâm sàng và khoa khoa học sức khỏe phụ nữ: <http://www.ptsd.va.gov/>.

Office for Victims of Crime in the Department of Justice. (Văn phòng dành cho Nạn nhân của Tội phạm thuộc Bộ Tư pháp). Cung cấp nhiều nguồn thông tin về các nạn nhân của tội phạm ở Mỹ và quốc tế, bao gồm National Directory of Victim Assistance Funding Opportunities (Danh mục Quốc gia về các Cơ hội Tài trợ cho Nạn nhân) liệt kê tên liên lạc, địa chỉ hộp thư, số điện thoại và địa chỉ e-mail các chương trình trợ cấp của liên bang cung cấp sự trợ giúp cho nạn nhân theo từng tiểu bang và lãnh thổ: <http://ojp.gov/ovc/>.

National Institute of Mental Health (Viện Sức khỏe Tinh Thần Quốc Gia) <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stressdisorder-ptsd/index.shtml>.

CÁC TRANG WEB CHUYÊN VỀ SANG CHẤN VÀ TRÍ NHỚ

- Jim Hopper.com. Thông tin về các giai đoạn phục hồi, trí nhớ được hồi phục và tổng quan tài liệu về ghi nhớ sang chấn.

- The Recovered Memory Project (Dự án Trí nhớ được Khôi phục). Văn thư lưu trữ được biên soạn bởi Ross Cheit tại Đại học Brown: <http://www.brown.edu/academics/taubman-center/>.

THUỐC

- About Medications for Combat PTSD (Bàn về Thuốc dành cho Binh lính bị PTSD), Jonathan Shay, MD, PhD, chuyên gia thần kinh, Boston VA Outpatient Clinic. <http://www.dr-bob.org/tips/ptsd.html>. WebMD; <http://www.webmd.com/drugs/condition=1020-post+traumatic+stress+disorder.aspx?diseaseid=10200diseasename=post+traumatic+stress+disorder>

CÁC TỔ CHỨC CHUYÊN NGHIỆP TẬP TRUNG NGHIÊN CỨU VÀ PHỔ BIẾN VỀ SANG CHẤN TỔNG QUÁT

- . International Society for Traumatic Stress Studies (Hiệp hội Quốc tế về Nghiên cứu Stress do Sang chấn): www.istss.com.

- European Society for Traumatic Stress Studies (Hiệp hội châu Âu về Nghiên cứu Stress do Sang chấn): www.estss.org.

- International Society for the Study of Trauma và Dissociation - ISSTD (Hiệp hội Quốc tế về Nghiên cứu Sang chấn và Phân ly): <http://www.isst-d.org/>.

CÁC TỔ CHỨC CHUYÊN NGHIỆP VỀ CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

- The EMDR International Association – EMDRIA (Hiệp Hội Quốc Tế về EMDR) <http://www.emdria.org>

- Sensorimotor Institute (Viện nghiên cứu Giác quan Vận động) do Pat Ogden sáng lập:

<http://www.sensorimotorpsychotherapy.org/home/index.html>.

Somatic experiencing (Liệu pháp Thân nghiệm) do Peter Levine sáng lập: <http://www.traumahealing.com/somatic-experiencing/index.html>.

. Internal family systems therapy (Liệu pháp Hệ thống Gia đình nội bộ: <http://www.selfleadership.org/>.

Pesso Boyden system psychomotor therapy (Liệu pháp Tâm vận động Hệ Pesso Boyden): PBSP.com.

CÁC CHƯƠNG TRÌNH KỊCH NGHỆ (MẪU CHƯƠNG TRÌNH DÀNH CHO TRẺ BỊ SANG CHẤN)

Urban Improv sử dụng các hội thảo kịch nghệ ứng tấu để dạy cách phòng chống bạo lực, giải quyết xung đột và ra quyết định: <http://www.urbanimprov.org/>.

- The Possibility Project (Dự án Triển vọng). Trụ sở tại NYC: <http://thepossibility-project.org/>.

- Shakespeare in the Courts (Shakespeare trước Tòa): <http://www.shakespeare.org/education/for-youth/shakespeare-courts/>.

YOGA VÀ CHÁNH NIỆM

. <http://givebackyoga.org/>. <http://www.kripalu.org/>.
<http://www.mindandlife.org/>

CÁC TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

CHỮA TRỊ CHO TRẺ BỊ SANG CHẤN

. Blaustein, Margaret, and Kristine Kinniburgh. Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents: How to Foster Resilience through Attachment, Self-Regulation, and Competency. New York: Guilford, 2012.

Hughes, Daniel. Building the Bonds of Attachment. New York: Jason Aronson, 2006. .

Perry, Bruce, and Maia Szalavitz. The Boy Who Was Raised as a Dog: And Other Stories from a Child Psychiatrist's Notebook. New York: Basic Books, 2006. .

. Terr, Lenore. Too Scared to Cry: Psychic Trauma in Childhood. Basic Books, 2008.

. Terr, Lenore C. Working with Children to Heal Interpersonal Trauma: Te Power of Play. Ed., Eliana Gil. New York: Guilford Press, 2011.

. Saxe, Glenn, Heidi Ellis, and Julie Kaplow. Collaborative Treatment of Traumatized Children and Teens: The Trauma Systems Therapy Approach. New York: Guilford Press, 2006.

Lieberman, Alicia, and Patricia van Horn. Psychotherapy with Infants and Young Children: Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Attachment. New York: Guilford Press, 2011

TRỊ LIỆU TÂM LÝ

. Siegel, Daniel J. Mindsight: The New Science of Personal Transformation. New York: Norton, 2010.

- Fosha D., M. Solomon, and D. J. Siegel. The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development and Clinical Practice (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2009.

. Siegel, D., and M. Solomon: Healing Trauma: Attachment, Mind, Body and Brain (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2003.

. Courtois, Christine, and Julian Ford. Treating Complex Traumatic Stress Disorders (Adults): Scientific Foundations and Therapeutic Models. New York: Guilford, 2013.

Herman, Judith. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – from Domestic Abuse to Political Terror. New York: Basic Books, 1992

KHOA HỌC THẦN KINH VỀ SANG CHẨN

. Panksepp, Jaak, and Lucy Biven. The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2012.

Davidson, Richard, and Sharon Begley. The Emotional Life of Your Brain: How Its Unique Patterns Affect the Way You Think, Feel, and Live - and How You Can Change Them. New York: Hachette, 2012.

Porges, Stephen. The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2011.

Fogel, Alan. Body Sense: The Science and Practice of Embodied Self-Awareness (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2009. .

- Shore, Allan N. Affect Regulation and the Origin of the Self. The Neurobiology of Emotional Development. New York: Psychology Press, 1994.

Damasio, Antonio R. The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness. Houghton Mifflin Harcourt, 2000 .

CÁC PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN THEO HƯỚNG CƠ THỂ

Cozzolino, Louis. *The Neuroscience of Psychotherapy: Healing the Social Brain*, second edition (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2010. .

Ogden, Pat, and Kekuni Minton. *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2008.

Levine, Peter A. *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. Berkeley: North Atlantic, 2010.

- Levine, Peter A., and Ann Frederic. *Waking the Tiger: Healing Trauma*. Berkeley: North Atlantic, 2012.

Curran, Linda. *101 Trauma-Informed Interventions: Activities, Exercises and Assignments to Move the Client and Therapy Forward*. PESI, 2013.

EMDR

Parnell, Laura. *Attachment-Focused EMDR: Healing Relational Trauma*. New York: Norton, 2013.

O Shapiro, Francine. *Getting Past Your Past: Take Control of Your Life with Self-Help Techniques from EMDR Therapy*. Emmaus, PA: Rodale, 2012.

Shapiro, Francine, and Margot Silk Forrest. *EMDR: The Breakthrough "Eye Movement" Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma*. New York: Basic Books, 2004.

NGHIÊN CỨU VỀ SỰ PHÂN LY

Schwartz, Richard C. *Internal Family Systems Therapy* (The Guilford Family Therapy Series). New York: Guilford, 1997.

- O. van der Hart, E. R. Nijenhuis, and F. Steele. *The Haunted Self: Structural Dissociation And The Treatment Of Chronic*

Traumatization. New York: Norton, 2006.

CẤP ĐÔI

Gottman, John. The Science of Trust: Emotional Attunement for Couples. New York: Norton, 2011.

YOGA

- Emerson, David, and Elizabeth Hopper. Overcoming Trauma through Yoga: Reclaiming Your Body. Berkeley: North Atlantic, 2012.

Cope, Stephen. Yoga and the Quest for the True Self. New York: Bantam Books, 1999.

PHẢN HỒI THẦN KINH

- Fisher, Sebern. Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear-Driven Brain. New York: Norton, 2014.

- Demos, John N. Getting Started with Neurofeedback. New York: Norton, 2005.

Evans, James R. Handbook of Neurofeedback: Dynamics and Clinical Applications. CRC Press, 2013. .

ẢNH HƯỞNG THỂ CHẤT CỦA SANG CHẤN

Mate, Gabor. When the Body Says No: Understanding the StressDisease Connection. New York: Random House, 2011.

Sapolsky, Robert. Why Zebras Don't Get Ulcers: The Acclaimed Guide to Stress, Stress-Related Diseases, and Coping. New York: Macmillan 2004. .

THIỀN ĐỊNH VÀ CHÁNH NIỆM

- Zinn, Jon Kabat and Thich Nhat Hanh. Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness, revised edition. New York: Random House, 2009.

- Kornfeld, Jack. A Path with Heart: A Guide Trough the Perils and Promises of Spiritual Life. New York: Random House, 2009.

- Goldstein, Joseph, and Jack Kornfeld. Seeking the Heart of Wisdom: The Path of Insight Meditation. Boston: Shambhala Publications, 2001.

LIỆU PHÁP TÂM VẬN ĐỘNG

- Pesso, Albert, and John S. Crandell. Moving Psychotherapy: Teory and Application of Pesso System-Psychomotor Therapy. Northampton, MA: Brookline Books, 1991.

- Pesso, Albert. Experience in Action: A Psychomotor Psychology. New York: New York University Press, 1969.

GHI CHÚ

LỜI MỞ ĐẦU

1. V. Felitti, et al. "Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study". American Journal of Preventive Medicine 14, no. 4 (1998): 245-58.

CHƯƠNG 1. NHỮNG BÀI HỌC TỪ CỰU CHIẾN BINH MỸ THAM CHIẾN TẠI VIỆT NAM

1. A. Kardiner, The Traumatic Neuroses of War (New York: R Hoeber, 1941). Sau đó, tôi phát hiện ra rằng rất nhiều sách giáo khoa về sang chấn chiến tranh đã được xuất bản trong khoảng thời gian cả Thế chiến thứ nhất và thứ hai, nhưng như Abram Kardiner đã viết vào năm 1947: "Vấn đề về rối loạn thần kinh do hậu quả của chiến tranh, trong vòng 25 năm gần đây, đã nhận được rất nhiều sự quan tâm thất thường từ công chúng và các ý tưởng bất chợt về tâm thần học. Công chúng không còn quan tâm đến vấn đề này, dù họ đã từng

quan tâm rất nhiều sau Thế chiến thứ nhất và cả bên tâm thần học cũng vậy. Do đó, các bệnh lý này không phải là đối tượng nghiên cứu liên tục.”

2. Op cit, p. 7.

3. B. A. van der Kolk, “Adolescent Vulnerability to Post Traumatic Stress Disorder”, *Psychiatry* 48 (1985): 365-70.

4. S. A. Haley, “When the Patient Reports Atrocities: Specific Treatment Considerations of the Vietnam Veteran” *Archives of General Psychiatry* 30 (1974): 191-96.

5. E. Hartmann, B. A. van der Kolk, và M. Olfield, “A Preliminary Study of the Personality of the Nightmare Sufferer”, *American Journal of Psychiatry*

138 (1981): 794-97; B. A. van der Kolk, et al., “Nightmares and Trauma: Life-long and Traumatic Nightmares in Veterans”, *American Journal Of Psychiatry* 141 (1984): 187-90.

B. A. van der Kolk and C. Ducey, “The Psychological Processing of Traumatic Experience: Rorschach Patterns in PTSD”, *Journal of Traumatic Stress* 2 (1989): 259-74.

7. Các nghiên cứu về ký ức Holocaust tại Đại học Yale bởi Dori Laub và Nanette C. Auerhahn, cũng như cuốn *Holocaust Testimonies: The Ruins of Memory* của Lawrence L. Langer. Những mô tả năm 1889, 1893 và 1905 về bản chất của những ký ức đau thương của Pierre Janet đã giúp chúng tôi tổ chức những gì chúng tôi đã thấy. Tác phẩm đó sẽ được thảo luận trong chương ký ức.

8. D. J. Henderson, “Incest”, trong *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, eds. A. M. Freedman và H. I. Kaplan, 2nd ed. (Baltimore: Williams & Wilkins, 1974), 1536.

9. Nguồn như trên

10. K. H. Seal, et al., “Bringing the War Back Home: Mental Health Disorders Among 103,788 U.S. Veterans Returning from Iraq and Afghanistan Xemn at Department of Veterans Affairs Facilities”, Archives of Internal Medicine 167, no. 5 (2007): 476-82; C. W. Hoge, J. L. Auchterlonie, and C. S. Milliken, “Mental Health Problems, Use of Mental Health Services, and Attrition from Military Service After Returning from Deployment to Iraq or Afghanistan”, Journal of the American Medical Association 295, no. 9 (2006): 1023-32.

11. D. G. Kilpatrick và B. E. Saunders, Prevalence and Consequences of Child Victimization: Results from the National Survey of Adolescents: Final Report (Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina, 1997).

12. U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families, Child Maltreatment 2007, 2009. Xem thêm U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, Child Maltreatment 2010, 2011.

6.

CHƯƠNG 2. CUỘC CÁCH MẠNG TRONG VẤN ĐỀ THẤU HIỂU TÂM TRÍ VÀ NÃO BỘ

1. G. Ross Baker, et al., “The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events Among Hospital Patients in Canada”, Canadian Medical Association Journal 170, số 11 (2004):

1678-86; A. C. McFarlane, et al., “Posttraumatic Stress Disorder in a General Psychiatric Inpatient Population”, *Journal of Traumatic Stress* 14, no. 4 (2001): 633-45; Kim T. Mueser, et al., “Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Severe Mental Illness”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, no. 3 (1998): 493; National Trauma Consortium, www.nationaltraumaconsortium.org.

2. E. Bleuler, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*, trans. J. Zinkin (Washington, DC: International Universities Press, 1950), p. 227.

3. L. Grinspoon, J. Ewalt, and R. I. Shader, “Psychotherapy and Pharmacotherapy in Chronic Schizophrenia”, *American Journal of Psychiatry* 124, no. 12 (1968): 1645-52. Xem thêm L. Grinspoon, J. Ewalt, and R. I. Shader, *Schizophrenia: Psychotherapy and Pharmacotherapy* (Baltimore: Williams and Wilkins, 1972).

4. T. R. Insel, “Neuroscience: Shining Light On Depression”, *Science* 317, no. 5839 (2007): 757-58. Xem thêm C. M. France, P. H. Lysaker, and R. P. Robinson, “The 'Chemical Imbalance' Explanation for Depression: Origins, Lay Endorsement, and Clinical Implications”, *Professional Psychology: Research and Practice* 38 (2007): 411-20.

5. B. J. Deacon, and J. J. Lickel, “On the Brain Disease Model of Mental Disorders”, *Behavior Therapist* 32, no. 6 (2009).

6. J. O. Cole, et al., “Drug Trials in Persistent Dyskinesia (Clozapine)”, trong *Tardive Dyskinesia, Research and Treatment*, ed. R. C. Smith, J. M. Davis, và W. E. Fahn (New York: Plenum, 1979).

7. E. F. Torrey, *Out of the Shadows: Confronting America's Mental Illness Crisis* (New York: John Wiley & Sons, 1997). Tuy nhiên, các yếu tố khác cũng quan trọng không kém, chẳng hạn như Đạo luật

Community Mental Health Act (Sức khỏe Tinh thần Cộng đồng) năm 1963 của Tổng thống Kennedy, trong đó chính phủ liên bang đã chi trả cho hoạt động chăm sóc sức khỏe tâm thần và thưởng cho các tiểu bang để điều trị bệnh lý tinh thần trong cộng đồng.

8. Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ, Ủy ban Danh pháp. Nhóm sửa đổi DSM-III. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (Sổ tay Chẩn đoán và Phân loại các Rối loạn Tâm thần) (American Psychiatric Publishing, 1980).

9. S. F. Maier and M. E. Seligman, "Learned Helplessness: Theory and Evidence" *Journal of Experimental Psychology: General* 105, no 1 (1976): 3. Xem thêm M. E. Seligman, S. F. Maier, và J. H. Geer, "Alleviation of Learned Helplessness in the Dog", *Journal of Abnormal Psychology* 73, no. 3 (1968): 256; và R. L. Jackson, J. H. Alexander, và S. F. Maier, "Learned Helplessness, Inactivity, and Associative Deficits: Effects of Inescapable Shock on Response Choice Escape Learning", *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes* 6, no 1 (1980):1.

10. G. A. Bradshaw and A. N. Schore, "How Elephants Are Opening Doors: Developmental Neuroethology, Attachment and Social Context", *Ethnology* 113 (2007): 426-36.

11. D. Mitchell, S. Koleszar, and R. A. Scopatz, "Arousal and T-Maze Choice Behavior in Mice: A Convergent Paradigm for Neophobia Constructs and Optimal Arousal Theory", *Learning and Motivation* 15 (1984): 287-301. Xem thêm D. Mitchell, E. W. Osborne, và M. W. O'Boyle, "Habituation Under Stress: Shocked Mice Show Nonassociative Learning in a T-maze", *Behavioral And Neural Biology* 43 (1985): 212-17.

12. B. A. van der Kolk, et al., "Inescapable Shock, Neurotransmitters and Addiction to Trauma: Towards a Psychobiology of Post Traumatic Stress", *Biological Psychiatry* 20 (1985): 414-25.

13. C. Hedges, *War Is a Force That Gives Us Meaning* (New York: Random House Digital, 2003).

14. B. A. van der Kolk, "The Compulsion to Repeat Trauma: Revictimization, Attachment and Masochism", *Psychiatric Clinics Of North America* 12 (1989): 389-411.

15. R. L. Solomon, "The Opponent-Process Theory of Acquired Motivation: The Costs of Pleasure and the Benefits of Pain", *American Psychologist* 35 (1980): 691-712.

16. H. K. Beecher, "Pain in Men Wounded in Battle", *Annals Of Surgery* 123, no. 1 (January 1946): 96-105.

17. B. A. van der Kolk, et al., "Pain Perception and Endogenous Opioids in Post Traumatic Stress Disorder", *Psychopharmacology Bulletin* 25 (1989):

117-21. Xem thêm R. K. Pitman, et al., "Naloxone Reversible Stress Induced Analgesia in Post Traumatic Stress Disorder", *Archives Of General Psychiatry* 47 (1990): 541-47; và Solomon, "Opponent-Process Theory of Acquired Motivation."

18. J. A. Gray and N. McNaughton, "The Neuropsychology of Anxiety: Reprise", trong *Nebraska Symposium on Motivation* (Lincoln: University of Nebraska Press, 1996), 43, 61-134. Xem thêm C. G. DeYoung và J. R. Gray, "Personality Neuroscience: Explaining Individual Differences in Affect, Behavior, and Cognition" trong *The*

Cambridge Handbook of Personality Psychology (Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2009), 323-46.

19. M. J. Raleigh, et al., “Social and Environmental Influences on Blood Serotonin Concentrations in Monkeys”, *Archives Of General Psychiatry* 41 (1984): 505-10.

20. B. A. van der Kolk, et al., “Fluoxetine in Post Traumatic Stress”, *Journal Of Clinical Psychiatry* (1994): 517-22.

21. Đối với những người say mê Rorschach, nó đã đảo ngược tỷ lệ C + CF/FC.

22. Grace E. Jackson, *Rethinking Psychiatric Drugs: A Guide for Informed Consent* (Bloomington, IN: AuthorHouse, 2005); Robert Whitaker, *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America* (New York: Random House, 2011).

23. Chúng ta sẽ quay trở lại vấn đề này trong chương 15, trong đó chúng ta sẽ thảo luận về nghiên cứu so sánh Prozac với EMDR cho thấy EMDR có kết quả lâu dài tốt hơn Prozac trong điều trị chứng trầm cảm, ít nhất là trong sang chấn khởi phát ở người lớn.

24. J. M. Zito, et al., “Psychotropic Practice Patterns for Youth: A 10-Year Perspective”, *Archives Of Pediatrics And Adolescent Medicine* 157 (January 2003): 17-25.

25. http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_largest_selling_pharmaceutical_products.

26. Lucette Lagnado, “U.S. Probes Use of Antipsychotic Drugs on Children”, *Wall Street Journal*, August 11, 2013.

27. Katie Thomas, “J.&J. to Pay \$2.2 Billion in Risperdal Settlement”, *New York Times*, November 4, 2013.

28. M. Olfson, et al., “Trends in Antipsychotic Drug Use by Very Young, Privately Insured Children”, *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry* 49, no. 1 (2010): 13-23.

29. M. Olfson, et al., “National Trends in the Outpatient Treatment of Children and Adolescents with Antipsychotic Drugs”, *Archives Of Pediatrics And Adolescent Medicine* 63, no. 6 (2006): 679.

30. A. J. Hall, et al., “Patterns of Abuse Among Unintentional Pharmaceutical Overdose Fatalities”, *Journal of the American Medical Association* 300, no. 22 (2008): 2613-20.

31. Trong thập kỷ qua, hai biên tập viên đứng đầu tạp chí y khoa chuyên nghiệp uy tín nhất ở Hoa Kỳ, tờ *New England Journal of Medicine*, Tiến sĩ Marcia Angell và Tiến sĩ Arnold Reiman, đã từ chức vì tác động quá mức của nền công nghiệp dược phẩm lên nghiên cứu y tế, bệnh viện và bác sĩ. Trong một lá thư gửi tới tờ *New York Times* vào ngày 28 tháng 12 năm 2004, Angell và Reiman đã chỉ ra rằng năm trước, một công ty dược phẩm đã chi 28% doanh thu (hơn 6 tỷ đô-la) vào chi phí tiếp thị và quản trị, trong khi chỉ tiêu một nửa số tiền đó cho nghiên cứu và phát triển; giữ 30% thu nhập ròng là điển hình trong ngành dược phẩm. Họ kết luận: “Ngành y tế nên phá vỡ sự phụ thuộc vào ngành công nghiệp chế biến dược phẩm và giáo dục riêng của mình.” Thật không may, cơ hội cho điều này xảy ra gần giống như cơ hội các chính trị gia giải phóng khỏi các nhà tài trợ đang tài trợ cho chiến dịch tranh cử của họ.

CHƯƠNG 3: NHÌN SÂU VÀO BỘ NÃO: CUỘC CÁCH MẠNG KHOA HỌC THẦN KINH

1. B. Roozendaal, B. S. McEwen, và S. Chattarji, “Stress, Memory and the Amygdala”, *Nature Reviews Neuroscience* 10, no. 6 (2009):

423-33.

2. R. Joseph, *The Right Brain và the Unconscious* (New York: Plenum Press, 1995).

3. Bộ phim *The Assault* (dựa trên tiểu thuyết cùng tên của Harry Mulisch), từng đoạt giải Oscar cho Phim tiếng nước ngoài xuất sắc nhất năm 1986, là một minh họa tốt về sức mạnh của cảm xúc sâu sắc ban đầu trong việc xác định niềm đam mê ở người trưởng thành.

4. Đây là bản chất của liệu pháp nhận thức hành vi. Xem Foa, Friedman, và Keane, 2000 *Treatment Guidelines for PTSD*.

CHƯƠNG 4: TẮU THOÁT: GIẢI PHẪU BẢN NĂNG SINH TỒN

1. R. Sperry, "Changing Priorities", *Annual Review of Neuroscience* 4 (1981): 1-15.

2. A. A. Lima, et al. "The Impact of Tonic Immobility Reaction on the Prognosis of Post traumatic Stress Disorder", *Journal of Psychiatric Research* 44, no. 4 (March 2010): 224-28.

P. Janet, *L'automatisme psychologique* (Paris: Felix Alcan, 1889).

4. R. R. Llinas, *I of the Vortex: From Neurons to Self* (Cambridge, MA: NXB MIT, 2002). Xem thêm R. Carter và C. D. Frith, *Mapping the Mind* (Berkeley: University of California Press, 1998); R. Carter, *The Human Brain Book* (Penguin, 2009); và J. J. Ratey, *A User's Guide to the Brain* (New York: Pantheon Books, 2001), 179.

5. B. D. Perry, et al., "Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, và Use Dependent Development of the Brain: How States Become Traits", *Infant Mental Health Journal* 16, no. 4 (1995): 271-91.6.

6. Tôi mang ơn người bạn quá cố của tôi, David Servan-Schreiber, người lần đầu tiên đưa ra sự phân biệt này trong cuốn

sách The Instinct to Heal. 7. E. Goldberg, The Executive Brain: Frontal Lobes and The Civilized Mind (London, Oxford University Press, 2001).

8. G. Rizzolatti và L. Craighero "The Mirror-Neuron System", Annual Review of Neuroscience 27 (2004): 169-92. Xem thêm M. Iacoboni, et al., "Cortical Mechanisms of Human Imitation", Science 286, no. 5449 (1999): 2526-28; C. Keysers và V. Gazzola, "Social Neuroscience: Mirror Neurons Recorded in Humans", Current Biology 20, no. 8 (2010): R35354; J. Decety và P. L. Jackson, "The Functional Architecture of Human Empathy", Behavioral và Cognitive Neuroscience Reviews 3 (2004): 71-100; M. B. Schippers, et al., "Mapping the Information Flow from One Brain to Another During Gestural Communication", Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 107, no. 20 (2010) 9388-93; và A. N. Meltzoff và J. Decety, "What Imitation Tells Us About Social Cognition: A Rapprochement Between Developmental Psychology và Cognitive Neuroscience", Philosophical Transactions of the Royal Society, London 358 (2003): 491-500.

9. D. Goleman, Emotional Intelligence (New York: Random House, 2006). Xem thêm V. S. Ramachandran, "Mirror Neurons và Imitation Learning as the

3.

Driving Force Behind the Great Leap Forward' in Human Evolution" Edge (May 31, 2000), <http://edge.org/conversation/mirror-neurons-và-imitation-learning-as-the-driving-force-behind-the-great-leap-forward-inhuman-evolution> (retrieved April 13, 2013).

10. G. M. Edelman, và J. A. Gaily, “Reentry: A Key Mechanism for Integration of Brain Function”, *Frontiers in Integrative Neuroscience* 7 (2013).

J. LeDoux, “Rethinking the Emotional Brain”, *Neuron* 73, no. 4 (2012) 653-76. Xem thêm J. S. Feinstein, et al., “The Human Amygdala và the Induction và Experience of Fear”, *Current Biology* 21, no. 1 (2011): 34-38 Vùng giữa của vỏ não trán trước là phần giữa của não (các nhà thần kinh học gọi chúng là “các cấu trúc tuyến giữa”). Khu vực này của não bao gồm một tập hợp các cấu trúc có liên quan: vùng nhấn cầu của vỏ não trán trước vùng hạ và vùng lưng của phần giữa vỏ não trán trước cùng một cấu trúc lớn gọi là phần trước của hồi đai, tất cả đều tham gia vào việc theo dõi trạng thái bên trong của cơ thể và lựa chọn các phản ứng thích hợp Xem, e.g., D. Diorio, V. Viau, và M. J. Meaney, “The Role of the Media Prefrontal Cortex (Cingulate Gyrus) in the Regulation of Hypothalamic Pituitary-Adrenal Responses to Stress”, *Journal of Neuroscience* 13, no. (September 1993): 3839-47; J. P. Mitchell, M. R. Banaji, và C. N. Macrae “The Link Between Social Cognition và Self-Referential Thought in the Medial Prefrontal Cortex”, *Journal of Cognitive Neuroscience* 17, no. E (2005): 1306-15; A. D’Argembeau, et al., “Valuing One's Self: Media Prefrontal Involvement in Epistemic và Emotive Investments in SelfViews”, *Cerebral Cortex* 22 (March 2012): 659-67; M. A. Morgan, L. M Romanski, J. E. LeDoux, “Extinction of Emotional Learning: Contributor of Medial Prefrontal Cortex”, *Neuroscience Letters* 163 (1993): 109-13 L. M. Shin, S. L. Rauch, và R. K. Pitman, “Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, và Hippocampal Function in PTSD”, *Annals Of The New York Academy Of Sciences*

1071, no. 1 (2006): 67-79; L. M. Williams, et al., "Trauma Modulates Amygdala và Medial Prefrontal Responses to Consciously Attended Fear", *Neuroimage* 29, no. 2 (2006): 347-57; M Koenig và J. Grafman, "Posttraumatic Stress Disorder: The Role of Media Prefrontal Cortex và Amygdala", *Neuroscientist* 15, no. 5 (2009): 540-48 và M. Milad, I. Vidal-Gonzalez, và G. J. Quirk, "Electrical Stimulation of Medial Prefrontal Cortex Reduces Conditioned Fear in a Temporally Specific Manner", *Behavioral Neuroscience* 118, no. 2 (2004): 389.

13. B. A. van der Kolk, "Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD", *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071 (2006): 277-93.

14. P. D. MacLean, *The Triune Brain in Evolution: Role in Paleocerebral Functions* (New York, Springer, 1990).

15. Ute Lawrence, *The Power of Trauma: Conquering Post Traumatic Stress Disorder*, iUniverse, 2009.

16. Rita Carter và Christopher D. Frith, *Mapping the Mind* (Berkeley: University of California Press, 1998). Xem thêm A. Bechara, et al., "Insensitivity to Future Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex", *Cognition* 50, no. 1 (1994): 7-15; A. Pascual-Leone, et al., "The Role of the Dorsolateral Prefrontal Cortex in Implicit Procedural Learning", *Experimental Brain Research* 107, no. 3 (1996): 479-85; và S. C. Rao, G. Rainer, và E. K. Miller, "Integration of What và Where in the Primate Prefrontal Cortex ", *Science* 276, no. 5313 (1997): 821-24.

17. H. S. Duggal, "New-Onset PTSD After Thalamic Infarct", *American Journal of Psychiatry* 159, no. 12 (2002): 2113-a. Xem thêm R. A. Lanius, et al., "Neural Correlates of Traumatic Memories in

Posttraumatic Stress Disorder: A Functional MRI Investigation”, American Journal of Psychiatry 158, no. 11 (2001): 1920-22; and I. Liberzon, et al., “Alteration of Corticothalamic Perfusion Ratios During a PTSD Flashback”, Depression and Anxiety 4, no. 3 (1995): 146-50

18. R. Noyes Jr. và R. Kletti, “Depersonalization in Response to LifeThreatening Danger”, Comprehensive Psychiatry 18, no. 4 (1977): 375-84. Xem thêm M. Sierra, và G. E. Berrios, “Depersonalization: Neurobiological Perspectives”, Biological Psychiatry 44, no. 9 (1998): 898-908.

19. D. Church, et al., “Single-Session Reduction of the Intensity of Traumatic Memories in Abused Adolescents After EFT: A Randomized Controlled Pilot Study”, Traumatology 18, no 3 (2012): 73-79; và D. Feinstein và D. Church, “Modulating Gene Expression Through Psychotherapy: The Contribution of Noninvasive Somatic Interventions”, Review of General Psychology 14, no. 4 (2010): 283-95. Xem thêm www.vetcases.com.

CHƯƠNG 5: NHỮNG LIÊN KẾT GIỮA CƠ THỂ VÀ NÃO BỘ

1. C. Darwin, The Expression of the Emotions in Man và Animals (London: Oxford University Press, 1998).

2. Cùng nguồn như trên, 71.

3. Cùng nguồn như trên

4. Cùng nguồn như trên, 71-72.

5. P. Ekman, Facial Action Coding System: A Technique for the Measurement of Facial Movement (Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1978). Xem thêm C. E. Izard, The Maximally Discriminative Facial Movement Coding System (MAX) (Newark, DE: University of Delaware Instructional Resource Center, 1979).

6. S. W. Porges, *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations Of Emotions, Attachment, Communication, And Self-Regulation*, Norton Series On Interpersonal Neurobiology (New York: WW Norton & Company, 2011).

7. Đây là tên dây thần kinh phế vị của Stephen Porges và Sue Carter, http://www.pesi.com/bookstore/A_Neural_Love_Code_The_Body_s_Need_to_Engage_và_Bond-details.aspx.

8. S. S. Tomkins, *Affect, Imagery, Consciousness* (vol. 1, *The Positive Affects*) (New York: Springer, 1962); S. S. Tomkin, *Affect, Imagery, Consciousness* (vol 2, *The Negative Affects*) (New York: Springer, 1963).

9. P. Ekman, *Emotions Revealed: Recognizing Faces và Feelings to Improve Communication và Emotional Life* (New York: Macmillan, 2007); P. Ekman, *The Face of Man: Expressions of Universal Emotions in a New Guinea Village* (New York: Garland STPM Press, 1980).

10. Xem, e.g., B. M. Levinson, "Human/Companion Animal Therapy", *Journal Of Contemporary Psychotherapy* 14, no 2 (1984): 131-44; D. A. Willis, "Animal Therapy", *Rehabilitation Nursing* 22, no. 2 (1997): 78-81; và A. H. Fine, ed" *Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations và Guidelines for Practice* (Waltham, MA: Academic Press, 2010).

11. P. Ekman, R. W. Levenson, và W. V. Friesen, "Autonomic Nervous System Activity Distinguishes Between Emotions", *Science* 221 (1983): 1208-10.

12. J. H. Jackson, “Evolution và Dissolution of the Nervous System”, trong Selected Writings of John Hughlings Jackson, ed. J. Taylor (London: Stapes Press, 1958), 45-118.

13. Porges đã chỉ cửa hàng thú nuôi và sự giống nhau này cho tôi.

14. S. W. Porges, J. A. Doussard-Roosevelt, và A. K. Maiti, “Vagal Tone và the Physiological Regulation of Emotion”, trong The Development of Emotion Regulation: Biological Regulation in Child Development,, ed. N.

A. Fox, Monographs of the Society for Research in Child Development, vol 59 (2-3, serial no. 240) (1994), 167-86. <http://www.amazon.com/TheDevelopment-Emotion-Regulation-Considerations/dp/0226259404>).

15. V. Felitti, et al., “Relationship of Childhood Abuse và Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study”, American Journal of Preventive Medicine 14, no. 4 (1998): 245-58.

16. S. W. Porges, “Orienting in a Defensive World: Mammalian Modifications of Our Evolutionary Heritage: A Polyvagal Theory”, Psychophysiology 32 (1995): 301-18.

17. B. A. Van der Kolk, “The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress”, Harvard Review Of Psychiatry 1, no. 5 (1994): 253-65.

CHƯƠNG 6: MẤT KIỂM SOÁT CƠ THỂ, MẤT KIỂM SOÁT BẢN THÂN

1. K. L. Walsh, et al., “Resiliency Factors in the Relation Between Childhood Sexual Abuse và Adulthood Sexual Assault in College-

Age Women", Journal Of Child Sexual Abuse 16, no. 1 (2007): 1-17.

2. A. C. McFarlane, "The Long-Term Costs of Traumatic Stress: Intertwined Physical và Psychological Consequences", World Psychiatry 9, no. 1 (2010): 3-10.

3. W. James, "What Is an Emotion?" Mind 9:188-205.

4. R. L. Bluhm, et al., "Alterations in Default Network Connectivity in Posttraumatic Stress Disorder Related to Early-Life Trauma", Journal Of Psychiatry ở Neuroscience 34, no. 3 (2009): 187. Xem thêm J. K. Daniels, et al., "Switching Between Executive và Default Mode Networks in Posttraumatic Stress Disorder: Alterations in Functional Connectivity", Journal of Psychiatry & Neuroscience 35, no. 4 (2010): 258.

5. A. Damasio, The Feeling of What Happens: Body And Emotion In The Making Of Consciousness (New York: Hartcourt Brace, 1999). Thật sự Damasio có nói, "Consciousness was invented so that we could know life" (Ý thức đã được phát minh ra để chúng ta có thể biết được cuộc sống), p. 31.

6. Damasio, Feeling of What Happens, p. 28. 7. Cùng nguồn trên, P. 29.

8. Damasio, Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain (New York: Random House Digital, 2012), 17.

9. Damasio, Feeling of What Happens, p. 256.

10. Antonio R. Damasio, et al., "Subcortical và Cortical Brain Activity During the Feeling of Self-Generated Emotions." Nature Neuroscience 3, vol. 10 (2000): 1049-56.

11. A. A. T. S. Reinders, et al., "One Brain, Two Selves", Neuroimage 20 (2003): 2119-25. Xem thêm E. R. S. Nienhuis, O. Van

der Hart, và K. Steele, "The Emerging Psychobiology of Trauma-Related Dissociation và Dissociative Disorders", trong *Biological Psychiatry*, vol 2., eds. H. A. H. D'Haenen, J. A. den Boer, và P. Willner (West Sussex, UK: Wiley 2002), 1079-198; J. Parvizi và A. R. Damasio, "Consciousness và the Brain Stem", *Cognition* 79 (2001): 135-59; F. W. Putnam, "Dissociation và Disturbances of Self", trong *Dysfunctions of the Self*, vol 5, eds. D. Cicchetti và S. L. Toth (Rochester, NY: University of Rochester Press, 1994), 251-65; và F. W. Putnam, *Dissociation in Children và Adolescents: A Developmental Perspective* (New York: Guilford, 1997)

12. A. DArgembeau, et al., "Distinct Regions of the Medial Prefrontal Cortex Are Associated with Self-Referential Processing và Perspective Taking", *Journal of Cognitive Neuroscience* 19, no. 6 (2007): 935-44. Xem thêm N. A. Farb, et al., "Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-Reference", *Social Cognitive And Affective Neuroscience* 2, no. 4 (2007): 313-22; và B. K. Holzel, et al., "Investigation of Mindfulness Meditation Practitioners with Voxel-Based Morphometry", *Social Cognitive và Affective Neuroscience* 3, no. 1 (2008): 55-61.

13. P. A. Levine, *Healing Trauma: A Pioneering Program for Restoring the Wisdom of Your Body* (Berkeley, CA: North Atlantic Books, 2008); và P. A. Levine, *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma và Restores Goodness* (Berkeley, CA: North Atlantic Books, 2010).

14. P. Ogden và K. Minton, "Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory", *Traumatology* 6, no. 3 (2000): 149-73; và P. Ogden, K. Minton, và C. Pain, *Trauma và the*

Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy, Norton Series on Interpersonal Neurobiology (New York: WW Norton & Company, 2006).

15. D. A. Bakal, *Minding the Body: Clinical Uses of Somatic Awareness* (New York: Guilford Press, 2001).

16. Có rất nhiều nghiên cứu về đề tài này. Một số ví dụ nhỏ để nghiên cứu sâu hơn: J. Wolfe, et al., “Posttraumatic Stress Disorder và War-Zone Exposure as Correlates of Perceived Health in Female Vietnam War Veterans”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, no. 6 (1994) 1235-40; L. A. Zoellner, M. L. Goodwin, và E. B. Foa, “PTSD Severity và Health Perceptions in Female Victims of Sexual Assault”, *Journal of Traumatic Stress* 13, no. 4 (2000): 635-49; E. M. Sledjeski, A. Speisman, và L. C. Dierker, “Does Number of Lifetime Traumas Explain the Relationship Between PTSD and Chronic Medical Conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R)”, *Journal Of Behavioral Medicine* 31 (2008): 341-49; J. A. Boscarino, “Posttraumatic Stress Disorder và Physical Illness: Results from Clinical và Epidemiologic Studies”, *Annals Of The New York Academy of Sciences* 1032 (2004): 14153; M. Cloitre, et al., “Posttraumatic Stress Disorder và Extent of Trauma Exposure as Correlates of Medical Problems và Perceived Health Among Women with Childhood Abuse”, *Women & Health* 34, sốno. 3 (2001): 1-17; D. Lauterbach, R. Vora, và M. Rakow, “The Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder and Self-Reported Health Problems”, *Psychosomatic Medicine* 67, no. 6 (2005): 939-47; B. S. McEwen, “Protective và Damaging Effects of Stress Mediators”, *New England Journal of Medicine* 338, no 3 (1998): 171-79; P. P. Schnurr

và B. L. Green, *Trauma And Health: Physical Health Consequences Of Exposure To Extreme Stress* (Washington, DC: American Psychological Association, 2004).

17. P. K. Trickett, J. G. Noll, và F. W. Putnam, "The Impact of Sexual Abuse on Female Development: Lessons from a Multigenerational, Longitudinal Research Study", *Development và Psychopathology* 23, no. 2 (2011): 453.

18. K. Kosten và F. Giller Jr., "Alexithymia as a Predictor of Treatment Response in Post-Traumatic Stress Disorder", *Journal Of Traumatic Stress* 5, no. 4 (October 1992): 563-73.

19. G. J. Taylor và R. M. Bagby, "New Trends in Alexithymia Research", *Psychotherapy và Psychosomatics* 73, no. 2 (2004): 68-77.

20. R. D. Lane, et al., "Impaired Verbal và Nonverbal Emotion Recognition in Alexithymia", *Psychosomatic Medicine* 58, no 3 (1996): 203-10.

21. H. Krystal và J. H. Krystal, *Integration và Self-Healing. Affect, Trauma, Alexithymia* (New York: Analytic Press, 1988).

22. P. Frewen, et al., "Clinical và Neural Correlates of Alexithymia in Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Abnormal Psychology* 117, no. 1 (2008): 171-81.

23. D. Finkelhor, R. K. Ormrod, và H. A. Turner, "Re-Victimization Patterns in a National Longitudinal Sample of Children and Youth", *Child Abuse Neglect* 31, no. 5 (2007): 479-502; J. A. Schumm, S. E. Hobfoll, và N. J. Keogh, "Revictimization and Interpersonal Resource Loss Predicts PTSD Among Women in Substance-Use Treatment", *Journal Of Traumatic Stress* 17, no. 2 (2004): 173-81; J. D. Ford, J. D. Elhai, D. F. Connor, và B. C. Frueh, "Poly-Victimization and Risk of

Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders và Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents”, *Journal Of Adolescent Health* 46, no 6 (2010): 545-52.

24. P. Schilder, “Depersonalization”, trong *Introduction to a Psychoanalytic Psychiatry* (New York: International Universities Press, 1952), p. 120.

25. S. Arzy, et al., “Neural Mechanisms of Embodiment: Asomatognosia Due to Premotor Cortex Damage”, *Archives Of Neurology* 63, no. 7 (2006): 1022-25. Xem thêm S. Arzy, et al., “Induction of an Illusory Shadow Person”, *Nature* 443, no. 7109 (2006): 287; S. Arzy, et al., “Neural Basis of Embodiment: Distinct Contributions of Temporoparietal Junction và Extrastriate Body Area”, *Journal Of Neuroscience* 26, no. 31 (2006): 8074-81; O. Blanke, et al., “Out-of-Body Experience và Autoscopy of Neurological Origin”, *Brain* 127, part 2 (2004): 243-58; và M. Sierra, et al., “Unpacking the Depersonalization Syndrome: An Exploratory Factor Analysis on the Cambridge Depersonalization Scale”, *Psychological Medicine* 35 (2005): 1523-32.

26. A. A. T. Reinders, et al., “Psychobiological Characteristics of Dissociative Identity Disorder: A Symptom Provocation Study”, *Biological Psychiatry* 60, no. 7 (2006): 730-40.

27. Eugene Gendlin, *Focusing* (New York: Random House Digital, 1982).

28. A. Steuwe, et al., “Effect of Direct Eye Contact in PTSD Related to Interpersonal Trauma: An fMRI Study of Activation of an Innate Alarm System”, *Social Cognitive And Affective Neuroscience* 9, no. 1 (January 2012): 88-97.

CHƯƠNG 7: CÙNG BƯỚC SÓNG: GẮN KẾT VÀ ĐỒNG ĐIỀU

1. N. Murray, E. Koby, và B. van der Kolk, “The Effects of Abuse on Children's Thoughts”, chapter 4 trong Psychological Trauma (Washington, DC: American Psychiatric Press, 1987).

2. Mary Main, Nancy Kaplan, và Jude Cassidy. “Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation”, Monographs of the Society for Research in Child Development (1985).

3. J. Bowlby, Attachment and Loss, vol. 1, Attachment (New York: Random House, 1969); J. Bowlby, Attachment and Loss, vol. Separation: Anxiety and Anger (New York: Penguin, 1975); J. Bowlby, Attachment and Loss, vol. 3, Loss: Sadness and Depression (New York: Basic, 1980); J. Bowlby, "The Nature of the Child's Tie to His Mother", International Journal of Psycho-Analysis 39, no. 5 (1958): 350-73.

4. C. Trevarthen, “Musicality and the Intrinsic Motive Pulse: Evidence from Human Psychobiology and Rhythms, Musical Narrative, and the Origins of Human Communication”, Muisae Scientiae, số đặc biệt, 1999, 157-213.

5. A. Gopnik và A. N. Meltzoff, Words, Thoughts, and Theories (Cambridge, MA: MIT Press, 1997); A. N. Meltzoff và M. K. Moore, “Newborn Infants Imitate Adult Facial Gestures”, Child Development 54, no. 3 (June 1983): 702-9; A. Gopnik, A. N. Meltzoff, và P. K. Kuhl, The Scientist in the Crib: Minds, Brains, and How Children Learn (New York: HarperCollins, 2009).

6. E. Z. Tronick, “Emotions and Emotional Communication in Infants”, American Psychologist 44, no. 2 (1989): 112. Xem thêm E.

Tronick, *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children* (New York: W. W. Norton & Company, 2007); E. Tronick và M. Beeghly, "Infants' Meaning-Making and the Development of Mental Health Problems", *American Psychologist* 66, no. 2 (2011): 107; và A. V. Sraivish, et al., "Dyadic Flexibility During the Face-to-face Still-Face Paradigm: A Dynamic System Analysis of Its Temporal Organization", *Infant Behavior and Development* 36, no 3 (2013): 432-37.

7. M. Main, "Overview of the field of Attachment", *Journal of Consulting and Clinical* 64, no. 2 (1996): 237-43.

8. D. W. Winnicott, *Playing and Reality* (New York: Psychology Press, 1971). Xem thêm D. W. Winnicott, "The Maturation Processes and the Facilitating Environment", (1965); và DW Winnicott, *Through Paediatrics to Psycho-analysis: Collected Papers* (New York: Brunner/Mazel, 1975).

9. Như chúng ta đã thấy trong chương 6, và như Damasio đã chứng minh, giác quan của thực tại bên trong này, ít nhất là một phần, bắt nguồn từ ý đồ, cấu trúc não đóng một vai trò trung tâm trong giao tiếp cơ thể – tâm trí, một cấu trúc thường bị suy giảm ở những người có tiền sử sang chấn mạn tính.

10. D. W. Winnicott, *Primary Maternal Preoccupation* (London: Tavistock, 1956), 300-5.

11. S. D. Pollak, et al., "Recognizing Emotion in Faces: Developmental Effects of Child Abuse and Neglect", *Developmental Psychology* 36, no. 5 (2000): 679.

12. P. M. Crittenden, "Peering into the Black Box: An Exploratory Treatise on the Development of Self in Young Children", Rochester

Symposium on Developmental Psychopathology, vol. 5, Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, vol. 5 Disorders and Dysfunctions of the Self, eds. D. Cicchetti và S. L. Toth (Rochester, NY: University of Rochester Press, 1994), 79; P. M. Crittenden và A. Landini, *Assesing Adult Attachment: A Dynamic-Maturational Approach to Discourse Analysis* (New York: W. W. Norton & Company, 2011).

13. Patricia M. Crittenden, "Children's Strategies for Coping with Adverse Home Enviroments: An Interpretation Using Attachment Theory", *Child Abuse & Neglect* 16, no. 3 (1992): 329-43.

14. Main, 1990, trong tác phẩm đã dẫn. 15. Main, 1990, trong tác phẩm đã dẫn. 16. Cùng nguồn như trên

17. E. Hesse và M. Main, "Frightened, Threatening, and Dissociative Parental Behavior in Low-Risk Samples: Description, Discussion, and Interpretations", *Development and Psychopathology* 18, no. 2 (2006): 309-43. Xem thêm E. Hesse và M. Main, "Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentioinal Strategies,", *Journal of the American Psychoanalytic Association* 48, no. 4 (2000): 1097-127.

18. Main, "Overview of the Field of Attachment", trong tác phẩm đã dẫn. 19. Hesse và Main, 1995, trong tác phẩm đã dẫn, p. 310.

20. Chúng tôi đã xem xét vấn đề này từ quan điểm sinh học khi thảo luận về "sự bất động không sợ hãi" trong chương 5. S. W. Porges, "Orienting in a Defensive World: Mammalian Modifications of Our Evolutionary Heritage: A Polyvagal Theory", *Psychophysiology* 32 (1995): 301-18.

21. M. H. van Ijzendoorn, C. Schuengel, và M. Bakermans-Kranenburg, "Disorganized Attachment in Early Childhood: Meta-analysis of Precursors, Concomitants, and Sequelae", *Development and Psychopathology* 11 (1999): 225-49.

22. Ijzendoorn, trong tác phẩm đã dẫn.

23. N. W. Boris, M. Furey, "The Clinical Assessment of Attachment in Children Under Five", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36, no. 2 (1997): 291-93; K. Lyons-Ruth, "Attachment Relationships Among Children with Aggressive Behavior Problems: The Role of Disorganized Early Attachment Patterns *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, no 1 (1996), 64.

24. Stephen W. Porges, et al., "Infant Regulation of the Vagal, Brake' Predicts Child Behavior Problems: A Psychobiological Model of Social Behavior", *Developmental Psychobiology* 29, no. 8 (1996): 697-712.

25. Louise Hertsgaard, et al., "Adrenocortical Responses to the Strange Situation in Infants with Disorganized/Disoriented Attachment Relationships", *Child Development* 66, no. 4 (1995): 1100-6; Gottfried Spangler, và Klaus E. Grossmann, "Biobehavioral Organization in Securely and Insecurely Attached Infants", *Child Development* 64, no. 5 (1993): 1439-50.

26. Main và Hesse, 1990, trong tác phẩm đã dẫn.

27. M. H. van Ijzendoorn, et al., "Disorganized Attachment in Early Childhood", trong tác phẩm đã dẫn.

28. B. Beebe và F. M. Lachmann, *Infant Research and Adult Treatment: Coconstructing Interactions* (New York: Routledge, 2013);

B. Beebe, F. Lachmann, và J. Jaffe, "Mother-Infant Interaction Structures and Presymbolic Self- and Object Representations", *Psychoanalytic Dialogues* 7, no. 2 (1997): 133-82.

29. R. Yehuda, et al., "Vulnerability to Posttraumatic Stress Disorder in Adult Offspring of Holocaust Survivors", *American Journal of Psychiatry* 155, no. 9 (1998): 1163-71. Xem thêm R. Yehuda, et al., "Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder Characteristics of Holocaust Survivors and Their Adult Offspring", *American Journal of Psychiatry* 155, no. 6 (1998): 841-43; R. Yehuda, et al., "Parental Posttraumatic Stress Disorder as a Vulnerability Factor for Low Cortisol Trait in Offspring of Holocaust Survivors", *Archives of General Psychiatry* 64, no. 9 (2007): 1040 và R. Yehuda, et al., "Maternal, Not Paternal, PTSD Is Related to Increased

Risk for PTSD in Offspring of Holocaust Survivors", *Journal of Psychiatric Research* 42, no. 13 (2008): 1104-11.

30. R. Yehuda, et al., "Transgenerational Effects of PTSD in Babies of Mothers Exposed to the WTC Attacks During Pregnancy", *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 90 (2005): 4115-18.

31. G. Saxe, et al., "Relationship Between Acute Morphine and the Course of PTSD in Children with Burns", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40, no. 8 (2001): 915-21. Xem thêm G. N. Saxe, et al., "Pathways to PTSD, Part I: Children with Burns", *American Journal of Psychiatry* 162, no. 7 (2005): 1299-304.

32. C. M. Chemtob, Y. Nomura, and R. A. Abramovitz, "Impact of Conjoined Exposure to the World Trade Center Attacks and to Other Traumatic Events on the Behavioral Problems of Preschool Children", *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 162, no. 2 (2008): 126.

See also P. J. Landrigan, et al., "Impact of September 11 World Trade Center Disaster on Children and Pregnant Women", *Mount Sinai Journal of Medicine* 75, no. 2 (2008): 129-34.

33. D. Finkelhor, R. K. Ormrod, and H. A. Turner, "Polyvictimization and Trauma in a National Longitudinal Cohort", *Development and Psychopathology* 19, no. 1 (2007): 149-66; J. D. Ford, et al., "Polyvictimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents", *Journal of Adolescent Health* 46, no. 6 (2010): 545-52; J. D. Ford, et al., "Clinical Significance of a Proposed Development Trauma Disorder Diagnosis: Results of an Intentional Survey of Clinicians", *Journal of Clinical Psychiatry* 74, no. 8 (2013): 841-49.

34. Family Pathways Project, <http://www.challiance.org/academics/familypathwaysproject.aspx>.

35. K. Lyons-Ruth và D. Block, "The Disturbed Caregiving System: Relations Among Childhood Trauma, Maternal Caregiving, and Infant Affect and Attachment", *Infant Mental Health Journal* 17, no. 3 (1996): 257-75.

36. K. Lyons-Ruth, "The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes", *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy* 2 (2003): 105.

37. G. Whitmer, "On the Nature of Dissociation", *Psychoanalytic Quarterly* 70, no. 4 (2001): 807-37. Xem thêm K. Lyons-Ruth, "The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless

Relational Processes”, *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy* 2 (2002): 107-19.

38. Mary S. Ainsworth và John Bowlby, “An Ethological Approach to Personality Development”, *American Psychologist* 46, no. 4 (April 1991): 333-41.

39. K. Lyons-Ruth và D. Jacobvitz, 1999; Main, 1993; K. Lyons-Ruth, “Dissociation and the Parent-Infant Dialogue: A Longitudinal Perspective from Attachment Research”, *Journal of the American Psychoanalytic Association* 51, no. 3 (2003): 883-911.

40. L. Dutra, et al., “Quality of Early Care and Childhood Trauma: A Prospective Study of Developmental Pathways to Dissociation”, *Journal of Nervous and Mental Disease* 197, no. 6 (2009): 383. Xem thêm K. Lyons-Ruth, et al., “Borderline Symptoms and Suicidality/Self-Injury in Late Adolescence: Prospectively Observed Relationship Correlates in Infancy and Childhood”, *Psychiatry Research* 206, nos. 2-3 (April 30, 2013): 273-81.

41. Đối với phân tích meta về đóng góp tương đối của sự gắn bó bị rối loạn và hành hạ ngược đãi trẻ em, xem C. Schuengel, et al., “Frightening Maternal Behavior Linking Unresolved Loss and Disorganized Infant Attachment”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, no. 1 (1999): 54.

42. K. Lyons-Ruth and D. Jacobvitz, “Attachment Disorganization: Genetic Factors, Parenting Contexts, and Developmental Transformation from Infancy to Adulthood”, in *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, 2nd ed., ed. J. Cassidy and R. Shaver (New York: Guilford Press, 2008), 666-97. Xem thêm E. O'Connor, et al., “Risks and Outcomes Associated with

Disorganized/Controlling Patterns of Attachment at Age Three Years in the National Institute of Child Health & Human Development Study of Early Child Care and Youth Development”, *Infant Mental Health Journal* 32, no. 4 (2011): 450-72; and K. Lyons-Ruth, et al., “Borderline Symptoms and Suicidality/Self-Injury.”

43. Tại thời điểm này, chúng ta có khá ít thông tin về những yếu tố ảnh hưởng đến sự phát triển của những điểm bất thường trong hệ điều hòa. Tuy nhiên, việc can thiệp vào các sự kiện của cuộc sống, chất lượng của các mối quan hệ khác, và thậm chí các yếu tố di truyền cũng có thể làm thay đổi chúng theo thời gian. Rõ ràng, việc nghiên cứu về mức độ quan tâm và gắn bó của cha mẹ dành cho những đứa con bị lạm dụng và bỏ bê lúc nhỏ có thể giúp sắp xếp lại hệ thống sinh học của trẻ là điều khá quan trọng.

44. E. Warner, et al., “Can the Body Change the Score? Application of Sensory Modulation Principles in the Treatment of Traumatized Adolescents in Residential Settings”, *Journal of Family Violence* 28, no 7 (2003): 729-38.

CHƯƠNG 8: MẮT KẾT TRONG NHỮNG MỐI QUAN HỆ: CÁI GIÁ CỦA SỰ NGƯỢC ĐÃI VÀ BỎ RƠI

1. W. H. Auden, *The Double Man* (New York: Random House, 1941).

2. S. N. Wilson, et al., “Phenotype of Blood Lymphocytes in PTSD Suggests Chronic Immune Activation”, *Psychosomatics* 40, no. 3 (1999): 222-25. Xem thêm M. Uddin, et al., “Epigenetic and Immune Function Profiles Associated with Posttraumatic Stress Disorder”, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107, no. 20 (2010): 9470-75; M. Altemus, M. Cloitre,

và F. S. Dhabhar, “Enhanced Cellular Immune Response in Women with PTSD Related to Childhood Abuse”, *American Journal of Psychiatry* 160, no. 9 (2003): 1705-7; và N. Kawamura, Y. Kim, và N. Asukai, “Suppression of Cellular Immunity in Men with Past History of Posttraumatic Stress Disorder”, *American Journal of Psychiatry* 158, no. 3 (2001): 484-86.

3. R. Summit, “The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome”, *Child Abuse & Neglect* 7 (1983): 177-93.

4. O. Blanke, et al., “Linking Out-of-Body Experience and Self Processing to Mental Own-Body Imagery at the Temporoparietal Junction”, *Journal of Neuroscience* 25, no 3 (2005): 550-57. Xem thêm O. Blanke và T. Metzinger, “Full-Body Illusions and Minimal Phenomenal Selfhood”, *Trends in Cognitive Sciences* 13, no. 1 (2009): 7-13.

Khi một người trưởng thành lạm dụng một đứa trẻ để thỏa mãn tình dục, đứa trẻ luôn bị mắc kẹt trong tình huống nhằm lẫn và xung đột về lòng trung thành: Bằng cách thổ lộ việc mình bị lạm dụng, đứa trẻ cảm thấy mình phản bội và làm hại thủ phạm (người có thể là người trưởng thành mà đứa trẻ phải phụ thuộc để được an toàn và bảo vệ), nhưng khi che giấu việc mình bị lạm dụng, đứa trẻ thấy xấu hổ và dễ bị tổn thương. Tình thế tiến thoái lưỡng nan này lần đầu tiên được Sandor Ferenczi mô tả vào năm 1933 trong bài “The Confusion of Tongues Between the Adult and

5. the Child: The Language of Tenderness and The Language of Passion”, *International Journal of Psychoanalysis* 30, no. 4 (1949): 225-30, và nhiều tác giả tiếp cũng khám phá được điều này.

CHƯƠNG 9: TÌNH YÊU THƯƠNG LIÊN QUAN GÌ ĐẾN SANG CHẤN?

1. Gary Greenberg, *The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of Psychiatry* (New York: Penguin, 2013).

2. <http://www.thefreedictionary.com/diagnosis>.

3. Bài kiểm tra TAQ trên trang web của Trauma Center: www.traumacenter.org/products/instruments.php.

4. J. L. Herman, J. C. Perry, and B. A. van der Kolk, "Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder", *American Journal of Psychiatry* 146, no. 4 (April 1989): 490-95.

5. Teicher đã phát hiện ra những thay đổi đáng kể trong vỏ não trán hốc mắt (orbitofrontal cortex – OFC), một vùng não tham gia vào quá trình ra quyết định và điều chỉnh hành vi nhạy cảm với nhu cầu xã hội. M. H. Teicher, et al., "The Neurobiological Consequences of Early Stress and Childhood Maltreatment", *Neuroscience & Behavioral Reviews* 27, no. 1 (2003): 33-44. Xem thêm M. H. Teicher, "Scars That Won't Heal: The Neurobiology of Child Abuse", *Scientific American* 286, no. 3 (2002): 5461; M. Teicher, et al., "Sticks, Stones, and Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment", *American Journal of Psychiatry* 163, no. 6 (2006): 993-1000; A. Bechara, et al., "Insensitivity to Future Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex", *Cognition* 50 (1994): 7-15. Khu vực này của não bị hủy hoại dẫn đến việc chửi rủa quá mức, tương tác xã hội kém, cờ bạc cưỡng bách, lạm dụng rượu/ma túy và khả năng cảm thông kém. M. L. Kringelbach và E. T. Rolls, "The Functional Neuroanatomy of The Human Orbitofrontal Cortex: Evidence from Neuroimaging and Neuropsychology", *Progress in*

Neurobiology 11 (2004): 341-72. A. E. Cavanna và M. R. Trimble “The Precuneus: A Review of Its Functional Anatomy and Behavioural Correlates”, Brain 129 (2006): 564-83.

6. S. Roth, et al., “Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder”, Journal of Traumatic Stress 10 (1997): 539-55; B. A. van der Kolk, et al., “Dissociation, Somatization, and Affect dysregulation: The

Complexity of Adaptation to Trauma”, American Journal of Psychiatry 153 (1996): 83-93; D. Pelcovitz, et al., “Development of a Criteria Set and a Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES)”, Journal of Traumatic Stress 10 (1997): 3-16; S. N. Ogata, et al., “Childhood Sexual and Physical Abuse in Adult Patients with Borderline Personality Disorder”, American Journal of Psychiatry 147 (1990): 1008-13; M. C. Zanarini, et al., “Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder”, American Journal of Psychiatry 155, no. 12 (December 1998): 1733-39; S. L. Shearer, et al., “Frequency and Correlates of Childhood Sexual and Physical Abuse Histories in Adult Female Borderline Inpatients”, American Journal of Psychiatry 147 (1990): 214-16; D. Westen, et al., “Physical and Sexual Abuse in Adolescent Girls with Borderline Personality Disorder”, American Journal of Orthopsychiatry 60 (1990): 55-66; M. C. Zanarini, et al., “Reported Pathological Childhood Experiences Associated with the Development of Borderline Personality Disorder”, American Journal of Psychiatry 154 (1997): 1101-6.

J. Bowlby, A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development (New York: Basic Books, 2008), 103.

B. A. van der Kolk, J. C. Perry và J. L. Herman, "Childhood Origins of SelfDestructive Behavior", *American Journal of Psychiatry* 148 (1991): 1665-71.

Quan niệm này được củng cố hơn nữa trong tác phẩm của nhà thần kinh học Jaak Panksepp, người phát hiện ra những con chuột non không được mẹ liếm trong suốt tuần đầu tiên của cuộc đời đã không phát triển các thụ thể opioid trong vỏ não vùng trước hồi đại (anterior cingulate cortex), một phần của não liên quan đến cảm giác liên kết và an toàn. Xem E. E. Nelson và J. Panksepp, "Brain Substrates of Infant-Mother Attachment: Contributions of Opioids, Oxytocin and Norepinephrine", *Neuroscience ở Biobehavioral Reviews* 22, no. 3 (1998): 437-52. Xem thêm J. Panksepp, et al., "Endogenous Opioids and Social Behavior", *Neuroscience da Biobehavioral Reviews* 4, no. 4 (1981): 473-87; và J. Panksepp, E. Nelson, và S. Sivi, "Brain Opioids and Mother-Infant Social Motivation", *Acta paediatrica* 83, no. 397 (1994): 40-46.

10. Phái đoàn Robert Spitzer cũng bao gồm Judy Herman, Jim Chu, và David Pelcovitz.

11. B. A. van der Kolk, et al., "Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma", *Journal of Traumatic*

Stress 18, no. 5 (2005): 389-99. Xem thêm J. L. Herman, "Complex PTSD A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma", *Journal of Traumatic Stress* 5, no. 3 (1992): 377-91; C. Zlotnick, et al., "The Long Term Sequelae of Sexual Abuse: Support for a Complex Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Traumatic Stress* 9, no. 2

(1996): 195-205; S Roth, et al., “Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder”, *Journal of Traumatic Stress* 10, no. 4 (1997): 539-55; và D Pelcovitz, et al., “Development and Validation of the Structured Interview for Measurement”, *Journal of Traumatic Stress* 10 (1997): 3-16.

12. B. C. Stolbach, et al., “Complex Trauma Exposure and Symptoms in Urban Traumatized Children: A Preliminary Test of Proposed Criteria for Developmental Trauma Disorder”, *Journal of Traumatic Stress* 26, no. - (August 2013): 483-91.

13. B. A. van der Kolk, et al., “Dissociation, Somatization and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma”, *American Journal of Psychiatry* 153, suppl (1996): 83-93. Xem thêm D. G. Kilpatrick et al., “Posttraumatic Stress Disorder Field Trial: Evaluation of the PTSD Construct Criteria A Through E”, trong: *DSM-IV Sourcebook*, vol. (Washington, DC: American Psychiatric Press, 1998), 803-44; T. Luxenberg J. Spinazzola, and B. A. van der Kolk, “Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment”, *Directions in Psychiatry* 21, no. 25 (2001): 373-92; và B. A. van der Kolk, et al., “Disorder of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma”, *Journal of Traumatic Stress* 18, no. 5 (2005): 389-99.

14. Các câu hỏi này có trên trang web của ACE: <http://acestudy.org/>.

15. <http://www.cdc.gov/ace/findings.htm>;
<http://acestudy.org/download> V. Felitti, et al., “Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading

Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study”, American Journal of Preventive Medicine 14, no. 4 (1998): 245-58. Xem thêm R. Reading, “The Enduring Effects of Abuse and Related Adverse Experiences in Childhood A Convergence of Evidence from Neurobiology and Epidemiology”, Child Care, Health and Development 32, no. 2 (2006): 253-56; V. J. Edwards, et al., “Experiencing Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health: Results from the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study”, American Journal of Psychiatry 160, no. 8 (2003): 1453-60; S. R

Dube, et al., “Adverse Childhood Experiences and Personal Alcohol Abuse as an Adult”, Addictive Behaviors 27, no. 5 (2002): 713-25; S. R. Dube, et al., “Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study”, Pediatrics 111, no. 3 (2003): 564-72.

16. S. A. Strassels, “Economic Burden of Prescription Opioid Misuse and Abuse”, Journal of Managed Care Pharmacy 15, no. 7 (2009): 556-62.

17. C. B. Nemeroff, et al., “Differential Responses to Psychotherapy Versus Pharmacotherapy in Patients with Chronic Forms of Major Depression and Childhood Trauma”, Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 100, no. 24 (2003): 14293-96. Xem thêm C. Heim, P. M. Plotsky, và C. B. Nemeroff, “Importance of Studying the Contributions of Early Adverse Experience to Neurobiological Findings in Depression”, Neuropsychopharmacology 29, no. 4 (2004): 641-48.

18. B. E. Carlson, “Adolescent Observers of Marital Violence”, *Journal of Family Violence* 5, no. 4 (1990): 285-99. Xem thêm B. E. Carlson, “Children's Observations of Interparental Violence”, in *Battered Women and Their Families*, ed. A. R. Roberts (New York: Springer, 1984), 147-67; J. L. Edleson, “Children's Witnessing of Adult Domestic Violence”, *Journal of Interpersonal Violence* 14, no. 8 (1999): 839-70; K. Henning, et al., “Long-Term Psychological and Social Impact of Witnessing Physical Conflict Between Parents”, *Journal of Interpersonal Violence* 11, no. 1 (1996): 35-51; E. N. Jouriles, C. M. Murphy, and D. O'Leary, “Interpersonal Aggression, Marital Discord, and Child Problems”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57, no. 3 (1989): 453-55; J. R. Kolko, E. H. Blakely, and D. Engelman, “Children Who Witness Domestic Violence: A Review of Empirical Literature”, *Journal of Interpersonal Violence* 11, no. 2 (1996): 281-93; và J. Wolak và D. Finkelhor, “Children Exposed to Partner Violence”, in *Partner Violence: A Comprehensive Review of 20 Years of Research*, ed. L. Jasinski và L. Williams (Thousand Oaks, CA: Sage, 1998).

19. Hầu hết các tuyên bố này dựa trên các cuộc trò chuyện với Vincent Felitti, do J. Estevens mở rộng, “The Adverse Childhood Experiences Study – the Largest Public Health Study You Never Heard Of”, *Huffington Post*, Tháng Mười 8, 2012, http://www.huffingtonpost.com/jane-ellen-stevens/the-adverse-childhood-exp_1_b_1943647.html.

20. Rủi ro dân số: tỷ lệ của một vấn đề trong tổng thể dân số có vấn đề có thể được quy cho các yếu tố nguy cơ cụ thể.

21. Viện Ung Thư Quốc Gia, “Giảm gần 800.000 cái chết nhờ giảm hút thuốc lá” (thông cáo báo chí), Tháng Ba 14, 2012, có tại

<http://www.cancer.gov/>

[newscenter/newsfromnci/2012/TobaccoControlCISNET.](#)

CHƯƠNG 10: RỐI LOẠN PHÁT TRIỂN DO SANG CHẤN: ĐẠI DỊCH TIỀM ẨN

1. Những trường hợp này là một phần của thử nghiệm thực địa DTD do Julian Ford, Joseph Spinazzola và tôi thực hiện.

2. H. J. Williams, M. J. Owen, và M. C. O'Donovan, "Schizophrenia Genetics: New Insights from New Approaches", *British Medical Bulletin* 91 (2009): 61-74. Xem thêm P. V. Gejman, A. R. Sanders, và K. S. Kendler, "Genetics of Schizophrenia: New Findings and Challenges", *Annual Review of Genomics and Human Genetics* 12 (2011): 121-44; và A. Sanders, et al., "No Significant Association of 14 Candidate Genes with Schizophrenia in a Large European Ancestry Sample: Implications for Psychiatric Genetics", *American Journal of Psychiatry* 165, no. 4 (April 2008): 497-506.

3. R. Yehuda, et al., "Putative Biological Mechanisms for the Association Between Early Life Adversity and the Subsequent Development of PTSD", *Psychopharmacology* 212, no. 3 (October 2010): 405-17; K. C. Koenen, "Genetics of Posttraumatic Stress Disorder: Review and Recommendations for Future Studies", *Journal of Traumatic Stress* 20, no. 5 (October 2007): 737-50; M. W. Gilbertson, et al., "Smaller Hippocampal Volume Predicts Pathologic Vulnerability to Psychological Trauma", *Nature Neuroscience* 5 (2002): 1242-47.

4. Koenen, "Genetics of Posttraumatic Stress Disorder." See also R. F. P. Broekman, M. Olf, và F. Boer, "The Genetic Background to

PTSD”, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 31, no. 3 (2007): 348-62.

5. M. J. Meaney và A. C. Ferguson-Smith, “Epigenetic Regulation of the Neural Transcriptome: The Meaning of the Marks”, *Nature Neuroscience* 13, no. 11 (2010): 1313-18. Xem thêm M. J. Meaney, “Epigenetics and the Biological Definition of Gene x Environment Interactions”, *Child Development* 81, no. 1 (2010): 41-79; và B. M. Lester, et al., “Behavioral Epigenetics”, *Annals of the New York Academy of Sciences* 1226, no. 1 (2011): 14-33.

M. Szyf, “The Early Life Social Environment and DNA Methylation: DNA Methylation Mediating the Long-Term Impact of Social Environments Early in Life”, *Epigenetics* 6, no. 8 (2011): 971-78.

Moshe Szyf, Patrick McGowan, và Michael J. Meaney, “The Social Environment and the Epigenome”, *Environmental and Molecular Mutagenesis* 49, no. 1 (2008): 46-60.

Hiện nay có rất nhiều bằng chứng cho thấy kinh nghiệm sống sẽ làm loại thay đổi biểu hiện gene. Một số ví dụ: D. Mehta et al., “Childhood Maltreatment Is Associated with Distinct Genomic and Epigenetic Profiles in Posttraumatic Stress Disorder”, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 110, no. 20 (2013): 8302-7; P. O. McGowan, et al., “Epigenetic Regulation of the Glucocorticoid Receptor in Human Brain Associates with Childhood Abuse”, *Nature Neuroscience* 12, no. 3 (2009): 342-48; M. N. Davies, et al., “Functional Annotation of the Human Brain Methylome Identifies Tissue-Specific Epigenetic Variation Across Brain and Blood”, *Genome Biology* 13, no. 6 (2012): R43; M. Gunnar và K. Quevedo, “The Neurobiology of Stress and

Development", Annual Review of Psychology 58 (2007): 145-73; A. Sommershof, et al., "Substantial Reduction of Naive and Regulatory T Cells Following Traumatic Stress", Brain, Behavior, and Immunity 23, no. 8 (2009): 1117-24; N. Provencal, et al., "The Signature of Maternal Rearing in the Methylome in Rhesus Macaque Prefrontal Cortex and T-Cells", Journal of Neuroscience 32, no. 44 (2012): 15626-42; B. Labonte, et al., "Genome-wide Epigenetic Regulation by Early-Life Trauma", Archives of General Psychiatry 69, no. 7 (2012): 722-31; A. K. Smith, et al., "Differential Immune System DNA Methylation and Cytokine Regulation in Post-traumatic Stress Disorder", American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics 156B, no. 6 (2011): 700-8; M. Uddin, et al., "Epigenetic and Immune Function Profiles Associated with Posttraumatic Stress Disorder", Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 107, no. 20 (2010): 9470-75.

C. S. Barr, et al., "The Utility of the Non-human Primate Model for Studying Gene by Environment Interactions in Behavioral Research", Genes, Brain and Behavior 2, no. 6 (2003): 336-40.

0. A. J. Bennett, et al., "Early Experience and Serotonin Transporter Gene Variation Interact to Influence Primate CNS Function", Molecular Psychiatry 7, no. 1 (2002): 118-22. Xem thêm C. S. Barr, et al., "Interaction

Between Serotonin Transporter Gene Variation and Rearing Condition in Alcohol Preference and Consumption in Female Primates", Archives of General Psychiatry 61, no. 11 (2004): 1146; và C. S. Barr, et al., "Serotonin Transporter Gene Variation Is Associated

with Alcohol Sensitivity in Rhesus Macaques Exposed to Early-Life Stress”, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 27, no. 5 (2003): 812-17.

1. A. Roy, et al., “Interaction of FKBP5, a Stress-Related Gene, with Childhood Trauma Increases the Risk for Attempting Suicide” *Neuropsychopharmacology* 35, no. 8 (2010): 1674-83. Xem thêm See also M. A. Enoch, et al., “The Influence of GABRA2, Childhood Trauma and Their Interaction on Alcohol, Heroin, and Cocaine Dependence” *Biological Psychiatry* 67 no. 1 (2010): 20-27; và A. Roy, et al., “Two HPA Axis Genes, CRHBP and FKBP5, Interact with Childhood Trauma to Increase the Risk for Suicidal Behavior”, *Journal of Psychiatric Research* 46, no. 1 (2012): 72-79.

A. S. Masten and D. Cicchetti, “Developmental Cascades”, *Development and Psychopathology* 22, no. 3 (2010): 491-95; S. L. Toth, et al., “Illogical Thinking and Thought Disorder in Maltreated Children”, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 50, no. 7 (2011): 659-68; J. Willis, “Building a Bridge from Neuroscience to the Classroom” *Phi Delta Kappan* 89, no. 6 (2008): 424; I. M. Eigsti và D. Cicchetti, “The Impact of Child Maltreatment on Expressive Syntax at 60 Months” *Developmental Science* 7, no. 1 (2004): 88-102.

J. Spinazzola, et al., “Survey Evaluates Complex Trauma Exposure, Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents”, *Psychiatric Annals* 35 no. 5 (2005): 433-39.

14. R. C. Kessler, C. B. Nelson, và K. A. McGonagle, “The Epidemiology of Co-occurring Addictive and Mental Disorders”, *American Journal of Orthopsychiatry* 66, no. 1 (1996): 17-31. Xem

thêm Institute of Medicine of the National Academies, Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (Washington: National Academies Press, 2008); và C. S. North, et al. "Toward Validation of the Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder" American Journal of Psychiatry 166, no. 1 (2009): 34-40.

15. Joseph Spinazzola, et al., "Survey Evaluates Complex Trauma Exposure Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents", Psychiatric Annals (2005).

16. Nhóm làm việc của chúng tôi bao gồm các Bác sĩ Bob Pynoos, Frank Putnam, Glenn Saxe, Julian Ford, Joseph Spinazzola, Marylene Cloitre, Bradley Stolbach, Alexvæer McFarlane, Alicia Lieberman, Wendy D'Vàrea, Martin Teicher, và Dante Cicchetti.

17. Tiêu chí đề xuất đã được đồng thuận về rối loạn phát triển do sang chấn được trình bày ở Phụ lục.

18. <http://www.traumacenter.org/products/instruments.php>.

19. Đọc thêm về Sroufe tại www.cehd.umn.edu/icd/people/faculty/cpsy/sroute.html và các thông tin thêm về Minnesota Longitudinal Study of Risk and Adaptation và các bài viết tại <http://www.cehd.umn.edu/icd/research/parent-child/> và <http://www.cehd.umn.edu/icd/research/parent-child/publications/>. Xem thêm L. A. Sroufe và W. A. Collins, The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood (New York: Guilford Press, 2009); và L. A. Sroufe, "Attachment and Development: A Prospective, Longitudinal Study from Birth to Adulthood", Attachment & Human Development 7, no. 4 (2005): 349-67.

20. L. A. Sroufe, *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood* (New York: Guilford Press, 2005). Nhà nghiên cứu Harvard Karen Lyons-Ruth đã có những phát hiện tương tự trong một mẫu trẻ em mà cô theo dõi trong khoảng mười tám năm: Sự rối loạn gắn bó, sự đảo ngược vai trò, và sự thiếu giao tiếp của tình mẹ độ tuổi lên 3 là những yếu tố giúp dự đoán tốt nhất về trẻ em là một phần của hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần hoặc dịch vụ xã hội ở tuổi mười tám.

21. D. Jacobvitz and L. A. Sroufe, "The Early Caregiver-Child Relationship and Attention-Deficit Disorder with Hyperactivity in Kindergarten: A Prospective Study", *Child Development* 58, no. 6 (December 1987): 1496-504.

22. G. H. Elder Jr., T. Van Nguyen, and A. Caspi, "Linking Family Hardship to Children's Lives", *Child Development* 56, no. 2 (April 1985): 361-75.

23. Đối với trẻ em bị lạm dụng thể chất, khả năng bị chẩn đoán rối loạn cư xử hoặc rối loạn chống đối thách thức tăng lên một phần ba. Bị bỏ bê hoặc lạm dụng tình dục làm tăng gấp đôi nguy cơ bị rối loạn lo âu. Trẻ có cha mẹ bị khiếm khuyết tâm lý hoặc trẻ bị lạm dụng tình dục có nguy cơ gấp đôi phát triển PTSD sau này. Khả năng trẻ nhận được nhiều chẩn đoán là 54% đối với trẻ bị bỏ rơi, 60% trẻ bị lạm dụng thể chất và 13% đối với trẻ em bị lạm dụng tình dục.

4. Đây là một trích dẫn dựa trên tác phẩm của Emmy Werner, người đi nghiên cứu 698 trẻ em được sinh ra trên đảo Kauai trong bốn mươi năm bắt đầu từ năm 1955. Nghiên cứu cho thấy hầu hết trẻ em lớn lên ở các gia đình bất ổn thì khi lớn lên trẻ sẽ gặp những vấn đề về tình trạng phạm pháp, sức khỏe tinh thần và thể xác, và tính ổn

định gia đình. Một phần b: số trẻ em có nguy cơ cao thể hiện sự kiên cường và phát triển thành những người trưởng thành biết quan tâm, có năng lực và tự tin. Các yếu tố bảo vệ (Protective factor) là: 1. Là một đứa trẻ thu hút 2. Mối liên kết chặt chẽ với người chăm sóc khác (như dì, người giữ trẻ hoặc giáo viên) và năng nó tham gia các nhóm nhà thờ hoặc cộng đồng. E. E. Werner và R. S. Smith *Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood* (Ithaca NY, and London: Cornell University Press, 1992).

P. K. Trickett, J. G. Noll, and F. W. Putnam, "The Impact of Sexual Abuse on Female Development: Lessons from a Multigenerational, Longitudinal Research Study", *Development and Psychopathology* 23 (2011): 453-76 Xem thêm J. G. Noll, P. K. Trickett, và F. W. Putnam, "A Prospective Investigation of the Impact of Childhood Sexual Abuse on the Development of Sexuality", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71 (2003): 575. 86; P. K. Trickett, C. McBride-Chang, và F. W. Putnam, "The Classroom Performance and Behavior of Sexually Abused Females", *Development and Psychopathology* 6 (1994): 183-94; P. K. Trickett và F. W. Putnam *Sexual Abuse of Females: Effects in Childhood* (Washington: National Institute of Mental Health, 1990-1993); F. W. Putnam and P. K. Trickett *The Psychobiological Effects of Child Sexual Abuse* (New York: W. T. Grant Foundation, 1987).

26. Trong sáu mươi ba nghiên cứu rối loạn điều hòa tâm trạng, không ai hỏi bất cứ điều gì về sự gắn bó, PTSD, sang chấn, lạm dụng trẻ em, hoặc bị bắt. Từ "ngược đãi" chỉ được sử dụng ở một trong số sáu mươi ba nghiên cứu. Không có bất cứ gì liên quan đến việc làm cha mẹ, động lực gia đình hoặc về liệu pháp gia đình.

Trong phụ lục ở mặt sau của DSM, bạn có thể tìm thấy cái gọi là mã V nhãn chẩn đoán không có bằng chứng chính thức nên không đủ điều kiện để được bồi hoàn bảo hiểm. Ở đó bạn sẽ thấy có liệt kê nạn lạm dụng trẻ em, bỏ bê thời thơ ấu, lạm dụng thể chất trong thời thơ ấu và lạm dụng tình dục trẻ em.

Cùng nguồn như trên, p 121.

29. Vào thời điểm viết bài này, DSM-5 đứng thứ bảy trong danh sách bán chạy nhất của Amazon. APA đã kiếm được 100 triệu đô-la cho phiên bản trước của DSM. Việc công bố DSM, cộng với sự đóng góp của ngành dược phẩm và phí hội viên, đã tạo thành nguồn thu nhập chính của APA.

30. Gary Greenberg, *The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of Psychiatry* (New York: Penguin, 2013), 239.

31. Trong một bức thư ngỏ gửi APA, David Elkins, Chủ tịch của một trong các phân nhánh của Hiệp hội Tâm lý Hoa Kỳ (American Psychological Association), phản nản rằng DSM-5 dựa trên bằng chứng yếu ớt, bất cần đối với sức khỏe cộng đồng và khái niệm hóa chứng rối loạn tâm thần như các hiện tượng y học. Thư của ông thu hút gần 5.000 chữ ký. Chủ tịch của Hiệp hội Tư vấn Hoa Kỳ (American Counseling Association) đã gửi một lá thư đến chủ tịch của APA, thay mặt cho 115.000 thành viên mua DSM, cũng phản đối chất lượng của nền khoa học đằng sau DSM-5 và thúc ép APA công khai công việc của ủy ban đánh giá khoa học mà họ đã chỉ định để xem xét những thay đổi được đề xuất cũng như để cho phép đánh giá tất cả các bằng chứng và dữ liệu của các nhóm chuyên gia độc lập bên ngoài.

32. Thomas Insel đã từng làm nghiên cứu về hormone gắn bó oxytocin ở loài linh trưởng không phải người.

33. Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia, “Tiêu Chí Về Chỉ Số Nghiên Cứu NIMH (RDC)”, <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimhresearch-domaincriteria-rdoc.shtml>.

34. The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood (New York: Guilford Press, 2005).

CHƯƠNG 11: BẬT MÍ CỦA NHỮNG BÍ MẬT: VẤN ĐỀ CỦA NHỮNG HỒI ỨC SANG CHÀN

1. Không giống như các cuộc tư vấn lâm sàng, trong đó áp dụng tính bảo mật về danh tính bác sĩ và bệnh án, các đánh giá pháp y là tài liệu công khai để chia sẻ với luật sư, tòa án và bồi thẩm đoàn. Trước khi thực hiện một cuộc đánh giá pháp y, tôi thông báo cho khách hàng về điều đó và cảnh báo họ rằng tất cả những gì họ nói với tôi đều không được giữ bí mật.

2. K. A. Lee, et al., “A 50-Year Prospective Study of the Psychological Sequelae of World War II Combat”, *American Journal of Psychiatry* 152, no. 4 (April 1995): 516-22.

J. L. McGaugh và M. L. Hertz, *Memory Consolidation* (San Francisco: Albion Press, 1972); L. Cahill và J. L. McGaugh, “Mechanisms of Emotional Arousal and Lasting Declarative Memory”, *Trends in Neurosciences* 21, no. 7 (1998): 294-99.

A. F. Arnsten, et al., “ α -1 Noradrenergic Receptor Stimulation Impairs Prefrontal Cortical Cognitive Function”, *Biological Psychiatry* 45, no. 1 (1999): 26-31. Xem thêm A. F. Arnsten, “Enhanced: The Biology of Being Frazzled”, *Science* 280, no. 5370 (1998): 1711-12; S.

Birnbaum, et al., "A Role for Norepinephrine in Stress-Induced Cognitive Deficits: α -1-Adrenoceptor Mediation in the Prefrontal Cortex", *Biological*

Psychiatry 46, no. 9 (1999): 1266-74. Y. D. Van Der Werf, et al. "Special Issue: Contributions of Thalamic Nuclei to Declarative Memory Functioning", *Cortex* 39 (2003): 1047-62. Xem thêm B. M. Elzinga và J. D. Bremner, "Are the Neural Substrates of Memory the Final Common Pathway in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)?" *Journal of Affective Disorders* 70 (2002): 1-17; L. M. Shin, et al., "A Functional Magnetic Resonance Imaging Study of Amygdala and Medial Prefrontal Cortex Responses to Overtly Presented Fearful Faces in Posttraumatic Stress Disorder", *Archives of General Psychiatry* 62 (2005): 273-81; L. M. Williams, et al., "Trauma Modulates Amygdala and Medial Prefrontal Responses to Consciously Attended Fear", *NeuroImage* 29 (2006): 347-57; R. A. Lanius, et al., "Brain Activation During Script-Driven Imagery Induced Dissociative Responses in PTSD: A Functional Magnetic Resonance Imaging Investigation", *Biological Psychiatry* 52 (2002): 305-11; H. D. Critchley, C. J. Mathias, và R. J. Dolan, "Fear Conditioning in Humans: The Influence of Awareness and Autonomic Arousal on Functional Neuroanatomy", *Neuron* 33 (2002): 653-63; M. Beauregard, J. Levesque, và P. Bourgoin, "Neural Correlates of Conscious Self Regulation of Emotion", *Journal of Neuroscience* 21 (2001): RC165; K. N. Ochsner, et al., "For Better or for Worse: Neural Systems Supporting the Cognitive Down- and Up-Regulation of Negative Emotion", *NeuroImage* 23 (2004): 483-99; M. A. Morgan, L. M. Romanski, và J. E. LeDoux, et al., "Extinction of Emotional Learning:

Contribution of Medial Prefrontal Cortex”, *Neuroscience Letters* 163 (1993): 109-13; M. R. Milad và G. J. Quirk, “Neurons in Medial Prefrontal Cortex Signal Memory for Fear

Extinction”, *Nature* 420 (2002): 70-74; và J. Amat, et al., “Medial Prefrontal

•

.

*.

Cortex Determines How Stressor Controllability Affects Behavior and Dorsal Raphe Nucleus”, *Nature Neuroscience* 8 (2005): 365-71.

6. B. A. van der Kolk và R. Fisler, “Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study”, *Journal of Traumatic Stress* 8, no. 4 (1995): 505-25.

7. Định nghĩa Hysteria trong Free Dictionary, <http://www.thefreedictionary.com/hysteria>.

8. A. Young, *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1997). Xem thêm H. F. Ellenberger, *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry* (New York: Basic Books, 2008).

9. T. Ribot, *Diseases of Memory* (New York: Appleton, 1887), 108-9; Ellenberger, *Discovery of the Unconscious*.

10. J. Breuer and S. Freud, “The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena”, in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (London: Hogarth Press, 1893).

11. A. Young, *Harmony of Illusions*. 12. J. L. Herman, *Trauma and Recovery* (New York: Basic Books, 1997), 15.

13. A. Young, *Harmony of Illusions*. See also J. M. Charcot, *Clinical Lectures on Certain Diseases of the Nervous System*, vol. 3 (London: New Sydenham Society, 1888).

14. http://en.wikipedia.org/wiki/File:Jean-Martin_Charcot_chronophotography.jp 15. P. Janet, *L'Automatisme psychologique* (Paris: Felix Alcan, 1889).

16. Onno van der Hart đã giới thiệu tôi với tác phẩm của Janet. Tôi đã có nhiều cơ hội hợp tác chặt chẽ với Onno để tóm tắt những ý tưởng cơ bản của Janet. B. A. van der Kolk and O. van der Hart, "Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma", *American Journal of Psychiatry* 146 (1989): 1530-40; B. A. van der Kolk và O. van der Hart, "The Intrusive Past: The Flexibility of Memory and the Engraving of Trauma", *Imago* 48 (1991): 425-54.

17. P. Janet, "L'amnesie et la dissociation des souvenirs par l'emotion" (Amnesia and the dissociation of memories by emotions], *Journal de Psychologie* 1 (1904): 417-53.

18. P. Janet, *Psychological Healing* (New York: Macmillan, 1925), 660.

19. P. Janet, *L'Etat mental des hystériques*, 2nd ed. (Paris: Felix Alcan, 1911; repr. Marseille, France: Lafitte Reprints, 1983); P. Janet, *The Major Symptoms of Hysteria* (London and New York: Macmillan, 1907; repr. New York: Hafner, 1965); P. Janet, *L'evolution de la memoire et de la notion du temps* (Paris: A. Chahine, 1928).

20. J. L. Titchener, "Post-traumatic Decline: A Consequence of Unresolved Destructive Drives", *Trauma and Its Wake* 2 (1986): 5-19.

21. J. Breuer và S. Freud, “The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena.”

22. S. Freud và J. Breuer, “The Etiology of Hysteria”, in the Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 3, ed. J. Strachy (London: Hogarth Press, 1962): 189-221.

23. S. Freud, “Three Essays on the Theory of Sexuality”, in the Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 7 (London: Hogarth Press, 1962): 190.

24. S. Freud, Inhibitions Symptoms and Anxiety (1914), 150. Xem thêm Strachey, Standard Edition of the Complete Psychological Works.

25. B. A. van der Kolk, Psychological Trauma (Washington, DC: American Psychiatric Press, 1986).

26. B. A. van der Kolk, “The Compulsion to Repeat the Trauma”, Psychiatric Clinics of North America 12, no. 2 (1989): 389-411.

CHƯƠNG 12: KHI HỒI TƯỞNG LÀ MỘT NỖI ĐAU QUÁ SỨC CHỊU ĐỰNG

1. A. Young, The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1997), 84.

2. F. W. Mott, “Special Discussion on Shell Shock Without Visible Signs of Injury”, Proceedings of the Royal Society of Medicine 9 (1916): i-xliv. Xem thêm C. S. Myers, “A Contribution to the Study of Shell Shock”, Lancet 1 (1915): 316-20; T. W. Salmon, “The Care and Treatment of Mental Diseases and War Neuroses (“Shell Shock”) in the British Army”, Mental Hygiene 1 (1917): 509-47; và E. Jones và S. Wessely, Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf (Hove, UK: Psychology Press, 2005).

3. J. Keegan, *The First World War* (New York: Random House, 2011).

4. A. D. Macleod, "Shell Shock, Gordon Holmes and the Great War." *Journal of the Royal Society of Medicine* 97, no. 2 (2004): 86-89; M. Eckstein,

Rites of Spring: The Great War and the Birth of the Modern Age (Boston: Houghton Mifflin, 1989).

5. Lord Southborough, *Report of the War Office Committee of Enquiry into "Shell-Shock"* (London: His Majesty's Stationery Office, 1922).

6. Cây bút đoạt giải Booker Prize Pat Barker đã viết bộ ba tác phẩm về công trình của nhà thần kinh học quân đội W. H. R Rivers: P. Barker, *Regeneration* (London: Penguin UK, 2008); P. Barker, *The Eye in the Door* (New York: Penguin, 1995); P. Barker, *The Ghost Road* (London: Penguin UK, 2008). Further discussions of the aftermath of World War I can be found in A. Young, *Harmony of Illusions* and B. Shephard, *A War of Nerves, Soldiers and Psychiatrists 1914-1994* (London: Jonathan Cape, 2000).

7. J. H. Bartlett, *The Bonus March and the New Deal* (1937); R. Daniels, *The Bonus March: An Episode of the Great Depression* (1971).

8. E. M. Remarque, *All Quiet on the Western Front*, trans. A. W. Wheen (London: GP Putnam's Sons, 1929).

9. Cùng nguồn như trên, pp. 192-93.

10. Để có tài khoản, xem tại <http://motic.wiesenthal.com/site/pp.asp?c=gVKVLCMVIUG&b=395007>.

11. C. S. Myers, *Shell Shock in France 1914-1918* (Cambridge UK: Cambridge University Press, 1940).

12. A. Kardiner, *The Traumatic Neuroses of War* (New York: Hoeber, 1941).

13. [http://en.wikipedia.org/wiki/Let_There_Be_Light_\(film\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Let_There_Be_Light_(film)).

14. G. Greer và J. Oxenbould, *Daddy, We Hardly Knew You* (London: Penguin, 1990).

15. A. Kardiner và H. Spiegel, *War Stress and Neurotic Illness* (Oxford, UK: Hoeber, 1947).

16. D. J. Henderson, "Incest", in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 2nd ed., eds. A. M. Freedman và H. I. Kaplan (Baltimore: Williams & Wilkins, 1974), 1536.

17. W. Sargent and E. Slater, "Acute War Neuroses", *The Lancet* 236, no. 6097 (1940):1-2. Xem thêm G. Debenham, et al., "Treatment of War Neurosis", *The Lancet* 237, no. 6126 (1941): 107-9; và W. Sargent và E. Slater, "Amnesic Syndromes in War", *Proceedings of the Royal Society of Medicine (Section of Psychiatry)* 34, no. 12 (October 1941): 757-64.

8. Tất cả các nghiên cứu khoa học về nạn lạm dụng tình dục trẻ em, d là khả năng trẻ có thể bị hoặc trẻ đã bị, cho dù là nghiên cứu các mẫu lâm sàng hay các mẫu dân số chung, đều nhận thấy rằng có một tỷ phần trăm những trẻ bị lạm dụng tình dục rồi quên đi, và sau đó nhớ là những ngược đãi mà chúng đã phải chịu. Xem, e.g., B. A. van der Kol và R. Fisler, "Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study", *Journal of Traumatic Stress* 8 (1995): 505-25; J. W. Hopper và B. A. van der Kolk, "Retrieving, Assessing, and Classifying Traumatic Memories: A

Preliminary Report o Three Case Studies of a New Standardized Method”, *Journal of Aggression Maltreatment & Trauma* 4 (2001): 33-71; J. J. Freyd và A. P. DePrince eds., *Trauma and Cognitive Science* (Binghamton, NY: Haworth Press 2001), 33-71; A. P. DePrince và J. J. Freyd, “The Meeting of Traum and Cognitive Science: Facing Challenges and Creating Opportunities a the Crossroads”, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 4, no. (2001): 1-8; D. Brown, A. W. Schefflin, và D. Corydon Hammond, *Memory Trauma Treatment and the Law* (New York: Norton, 1997); K. Pope v L. Brown, *Recovered Memories of Abuse: Assessment, Therapy, Forensic* (Washington, DC: American Psychological Association, 1996); và L. Terr *Unchained Memories: True Stories of Traumatic Memories, Lost and Found* (New York: Basic Books, 1994).

19. E. F. Loftus, S. Polonsky, và M. T. Fullilove, “Memories of Childhood Sexual Abuse: Remembering and Repressing”, *Psychology of Women Quarterly* 18, no. 1 (1994): 67-84. L. M. Williams, “Recall of Childhood Trauma: A Prospective Study of Women's Memories of Child Sexua Abuse”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, no. 6 (1994) 1167-76.

20. L. M. Williams, “Recall of Childhood Trauma.”

21. L. M. Williams, “Recovered Memories of Abuse in Women with Documented Child Sexual Victimization Histories”, *Journal of Traumatic Stress* 8, no. 4 (1995): 649-73.

22. J. Panksepp và L. Biven, *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology (New York: W. W. Norton, 2012).

23. E. F. Loftus, "The Reality of Repressed Memories", *American Psychologist* 48, no. 5 (1993): 518-37. Xem thêm E. F. Loftus và K. Ketcham, *The Myth of Repressed Memory: False Memories and Allegations of Sexual Abuse* (New York: Macmillan, 1996).

24. J. F. Kihlstrom, "The Cognitive Unconscious", *Science* 237, no. 4821 (1987): 1445-52.

25. E. F. Loftus, "Planting Misinformation in the Human Mind: A 30-Year Investigation of the Malleability of Memory", *Learning & Memory* 12, no. 4 (2005): 361-66.

26. B. A. van der Kolk and R. Fisler, "Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study", *Journal of Traumatic Stress* 8, no. 4 (1995): 505-25.

27. Chúng ta sẽ nói chi tiết hơn trong chương 14.

28. L. L. Langer, *Holocaust Testimonies: The Ruins of Memory* (New Haven, CT: Yale University Press, 1991).

29. Cùng nguồn dẫn như trên, p.5. 30. L. L. Langer, trong tác phẩm đã dẫn, p. 21. 31. L. L. Langer, trong tác phẩm đã dẫn, p. 34.

32. J. Osterman và B. A. van der Kolk, "Awareness During Anaesthesia and Posttraumatic Stress Disorder", *General Hospital Psychiatry* 20 (1998): 274-81. Xem thêm K. Kiviniemi, "Conscious Awareness and Memory During General Anesthesia", *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists* 62 (1994): 441-49; A. D. Macleod and E. Maycock, "Awareness During Anaesthesia and Post Traumatic Stress Disorder", *Anaesthesia and Intensive Care* 20, no. 3 (1992) 378-82; F. Guerra, "Awareness and Recall: Neurological and Psychological Complications of Surgery and Anesthesia", trong

International Anesthesiology Clinics, vol. 24. ed. B. T. Hindman (Boston: Little, Brown, 1986), 75-99; J. Eldor và D. Z. N. Frankel, “Intraanesthetic Awareness”, Resuscitation 21 (1991): 113-19; J. L. Breckenridge và A. R. Aitkenhead, “Awareness During Anaesthesia: A Review”, Annals of the Royal College of Surgeons of England 65, no. 2 (1983), 93.

CHƯƠNG 13: HỒI PHỤC SAU SANG CHẤN: LÀM CHỦ CHÍNH MÌNH

1. “Self-leadership” (làm chủ chính mình là thuật ngữ được Disk Schwartz sử dụng trong liệu pháp trị liệu hệ thống gia đình, chủ đề của chương 17.

2. Những ngoại lệ là những công trình của Pessoa và Schwartz, được trình bày chi tiết trong các chương 17 và 18, mà tôi thực hành, và từ đó tôi cũng \được hưởng lợi cá nhân, nhưng tôi không nghiên cứu chúng một cách khoa học – ít nhất là chưa.

3. A. F. Arnsten, “Enhanced: The Biology of Being Frazzled”, Science 280, no. 5370 (1998): 1711-12; A. Arnsten, “Stress Signalling Pathways That Impair Prefrontal Cortex Structure and Function”, Nature Reviews Neuroscience 10, no. 6 (2009): 410-22.

4. D. J. Siegel, The Mindful Therapist: A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration (New York: W. W. Norton, 2010).

5. J. E. LeDoux, “Emotion Circuits in the Brain”, Annual Review of Neuroscience 23, no. 1 (2000): 155-84. Xem thêm M. A. Morgan, L. M. Romanski, và J. E. LeDoux, “Extinction of Emotional Learning: Contribution of Medial Prefrontal Cortex”, Neuroscience Letters 163, no. 1 (1993): 109-13; và J. M. Moscarello và J. E. LeDoux, “Active Avoidance Learning Requires Prefrontal Suppression of Amygdala-

Mediated Defensive Reactions”, *Journal of Neuroscience* 33, no. 9 (2013): 3815-23.

6. S. W. Porges, “Stress and Parasympathetic Control”, *Stress Science: Neuroendocrinology* 306 (2010). Xem thêm S. W. Porges, *Reciprocal Influences Between Body and Brain in the Perception and Expression of Affect*, trong *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology (New York: W. W. Norton, 2009), 27.

7. B. A. van der Kolk, et al., “Yoga as an Adjunctive Treatment for PTSD” *Journal of Clinical Psychiatry* 75, no. 6 (June 2014): 559-65.

8. Sebern F. Fisher, *Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear-Driven Brain* (New York: W. W. Norton & Company, 2014).

9. R. P. Brown and P. L. Gerbarg, *Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression Part II: Clinical Applications and Guidelines*, *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 11, no. 4 (2005): 711-17. Xem thêm C. L. Mandle, et al., “The Efficacy of Relaxation Response Interventions with Adult Patients: A Review of the Literature”, *Journal of Cardiovascular Nursing* 10 (1996) 4-26; và M. Nakao, et al., “Anxiety Is a Good Indicator for Somatic Symptom Reduction Through Behavioral Medicine Intervention in a Mind/Body Medicine Clinic”, *Psychotherapy and Psychosomatics* 70 (2001): 50-57.

10. C. Hannaford, *Smart Moves: Why Learning Is Not All in Your Head* (Arlington, VA: Great Ocean Publishers, 1995), 22207-3746.

11. J. Kabat-Zinn, *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness* (New York:

Bantam Books, 2013). Xem thêm D. Fosha, D. J. Siegel, và M. Solomon, eds., *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology (New York: W. W. Norton, 2011); và B. A. van der Kolk, “Posttraumatic Therapy in the Age of Neuroscience”, *Psychoanalytic Dialogues* 12, no. 3 (2002): 381-92.

12. Như chúng ta đã thấy ở chương 5, kết quả quét não của những người bị PTSD cho thấy sự kích hoạt thay đổi trong các khu vực liên quan đến mạng lưới mặc định, liên quan đến bộ nhớ tự truyện và cảm giác liên tục về bản thân

13. P. A. Levine, *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness* (Berkeley, CA: North Atlantic, 2010).

14. P. Ogden, *Trauma and the Body* (New York: Norton, 2009). See also A. Y. Shalev, “Measuring Outcome in Posttraumatic Stress Disorder”, *Journal of Clinical Psychiatry* 61, supp. 5 (2000): 33-42.

15. I. Kabat-Zinn, *Full Catastrophe Living*. p. XX.

16. S. G. Hofmann, et al., “The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78, no. 2 (2010): 169-83; J. D. Teasdale, et al., “Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by MindfulnessBased Cognitive Therapy”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (2000): 615-23. Xem thêm Britta K. Holzel, et al., “How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action from a Conceptual and Neural Perspective”, *Perspectives on Psychological Science* 6, no. 6 (2011): 537-59; và P. Grossman, et al., “Mindfulness-Based Stress Reduction

and Health Benefits: A Meta-Analysis”, *Journal of Psychosomatic Research* 57, no. 1 (2004): 35-43.

17. Các mạch não liên quan đến thiền chánh niệm đã được thiết lập tốt và cải thiện sự chú ý và có ảnh hưởng tích cực đến sự can thiệp của phản ứng cảm xúc tới các công việc cần sự chú ý. Xem thêm L. E. Carlson, et al., “One Year Pre-Post Intervention Follow-up of Psychological, Immune, Endocrine and Blood Pressure Outcomes of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in Breast and Prostate Cancer Outpatients”, *Brain,*

Behavior, and Immunity 21, no. 8 (2007): 1038-49; và R. J. Davidson, et al., “Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation”, *Psychosomatic Medicine* 65, no. 4 (2003): 564-70.

18. B. K. Holzel, et al., “Stress Reduction Correlates with Structural Changes in the Amygdala”, *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 5 (2010): 11-17; B. K. Holzel, et al., “Mindfulness Practice Leads to Increases in Regional Brain Gray Matter Density”, *Psychiatry Research* 191, no. 1 (2011): 36-43; B. K. Holzel, et al., “Investigation of Mindfulness Meditation Practitioners with Voxel-Based Morphometry”, *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 3, no. 1 (2008): 55-61; và B. K. Holzel, et al., “Differential Engagement of Anterior Cingulate and Adjacent Medial Frontal Cortex in Adept Meditators and Non-meditators”, *Neuroscience Letters* 421, no. 1 (2007): 16-21.

19. A. D. Craig, “Interoception: The Sense of the Physiological Condition of the Body”, *Current Opinion on Neurobiology* 13 (2003): 500-5; Critchley, Wiens, Rotshtein, Ohman, and Dolan, 2004; N. A. S.

Farb, Z. V. Segal, H. Mayberg, J. Bean, D. McKeon, Z. Fatima, et al., “Attending to the Present Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-Reference” *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2 (2007): 313-22.; J. A. Grant, J. Courtemanche, E. G. Duerden, G. H. Duncan, và P. Rainville, “Cortical Thickness and Pain Sensitivity in Zen Meditators”, *Emotion* 10, no. 1 (2010): 43-53.

20. S. J. Banks, et al., “Amygdala-Frontal Connectivity During Emotion Regulation”, *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2, no. 4 (2007): 303-12. Xem thêm M. R. Milad, et al., “Thickness of Ventromedial Prefrontal Cortex in Humans Is Correlated with Extinction Memory”, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 102, no. 30 (2005): 10706-11; và S. L. Rauch, L. M. Shin, và E. A. Phelps, “Neurocircuitry Models of Posttraumatic Stress Disorder and Extinction: Human Neuroimaging Research Past, Present, and Future”, *Biological Psychiatry* 60, no. 4 (2006): 376-82.

21. A. Freud and D. T. Burlingham, *War and Children* (New York: New York University Press, 1943).

22. Có 3 cách khác nhau khi con người đối phó với các trải nghiệm quá sức. chịu đựng : phân ly (đóng sập bản thân, không tiếp nhận cảm giác), giải thể nhân cách (cảm thấy chuyện đang xảy ra không phải xảy ra với mình) và giải thể nhận thức (cảm thấy bất cứ chuyện gì xảy ra đều không thực).

Đồng nghiệp của tôi tại Viện Tài nguyên Tư pháp (Justice Resource Institute) đã sáng lập ra một chương trình chữa trị nội trú cho các trẻ vị thành niên. Trung tâm Van der Kolk tại Học viện Glenhaven, thực hiện nhiều biện pháp điều trị sang chấn đã được

thảo luận trong cuốn sách này bao gồm yoga, tích hợp cảm giác, phản hồi thần kinh và kịch nghệ [http:// www.jri.org/vanderkolk/about](http://www.jri.org/vanderkolk/about). Mô hình chữa trị khác chưa được nhắc đến gồm gắn bó, tự điều chỉnh và năng lực (attachment, self-regulation, and competency – ARC) được phát triển bởi các đồng nghiệp của tôi Margaret Blaustein và Kristine Kinniburgh. Margaret E. Blaustein, và Kristine M. Kinniburgh, *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents: How to Foster Resilience Through Attachment, Self-Regulation, and Competency* (New York: Guilford Press, 2012).

1. C. K. Chandler, *Animal Assisted Therapy in Counseling* (New York: Routledge, 2011). Xem thêm A. J. Cleveland, “Therapy Dogs and the Dissociative Patient: Preliminary Observations”, *Dissociation* 8, no. 4 (1995): 247-52; và A. Fine, *Handbook on Animal Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice* (San Diego: Academic Press, 2010).

5. E. Warner, et al., “Can the Body Change the Score? Application of Sensory Modulation Principles in the Treatment of Traumatized Adolescents in Residential Settings”, *Journal of Family Violence* 28, no. 7 (2013): 729-38. Xem thêm A. J. Ayres, *Sensory Integration and Learning Disorders* (Los Angeles: Western Psychological Services, 1972); H. Hodgdon, et al., “Development and Implementation of Trauma-Informed Programming in Residential Schools Using the ARC Framework”, *Journal of Family Violence* 27, no. 8 (2013); J. LeBel, et al., “Integrating Sensory and Trauma-Informed Interventions: A Massachusetts State Initiative, Part 1”, *Mental Health Special Interest Section Quarterly* 33, no. 1 (2010): 1-4.

5. Chúng kích hoạt hệ thống tiền đình-não trong não, có vẻ như có liên quan đến việc tự điều chỉnh và có thể bị hư hỏng do bệnh nhân bị bỏ bê thời thơ ấu.

7. Aaron R. Lyon và Karen S. Budd, “A Community Mental Health Implementation of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT).” *Journal of Child and Family Studies* 19, no. 5 (2010): 654-68. Xem thêm See also Anthony J. Urquiza and Cheryl Bodiford McNeil, “Parent-Child Interaction Therapy: An Intensive Dyadic Intervention for Physically Abusive Families”, *Child Maltreatment* 1, no 2 (1996): 134-44; J. Borrego Jr., et al. “Research Publications”, *Child and Family Behavior Therapy* 20: 27-54.

28. B. A. van der Kolk, et al., “Fluoxetine in Post Traumatic Stress”, *Journal of Clinical Psychiatry* (1994): 517-22.

29. P. Ogden, K. Minton, và C. Pain, *Trauma and the Body* (New York: Norton, 2010); P. Ogden and J. Fisher, *Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment* (New York: Norton, 2014).

30. P. Levine, *In an Unspoken Voice* (Berkeley, CA: North Atlantic Books); P. Levine, *Waking the Tiger* (Berkeley, CA: North Atlantic Books). 31. Để có thêm thông tin, xem <http://modelmugging.org/>.

32. S. Freud, *Remembering, Repeating, and Working Through* (Further Recommendations on the Technique of Psychoanalysis II), standard ed. (London: Hogarth Press, 1914), p. 371.

33. E. Santini, R. U. Muller, và G. J. Quirk, “Consolidation of Extinction Learning Involves Transfer from NMDA-Independent to NMDADependent Memory”, *Journal of Neuroscience* 21 (2001): 9009-17.

34. E. B. Foa và M. J. Kozak, "Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information", *Psychological Bulletin* 99, no. 1 (1986): 20-35.

35. C. R. Brewin, "Implications for Psychological Intervention", in *Neuropsychology of PTSD: Biological, Cognitive, and Clinical Perspectives*, ed. J. J. Vasterling and C. R. Brewin (New York: Guilford, 2005), 272.

36. T. M. Keane, "The Role of Exposure Therapy in the Psychological Treatment of PTSD", *National Center for PTSD Clinical Quarterly* 5, no. 4 (1995): 1-6.

37. E. B. Foa và R. J. McNally, "Mechanisms of Change in Exposure Therapy", trong *Current Controversies in the Anxiety Disorders*, ed. R. M. Rapee (New York: Guilford, 1996), 329-43.

38. J. D. Ford và P. Kidd, "Early Childhood Trauma and Disorders of Extreme Stress as Predictors of Treatment Outcome with Chronic PTSD", *Journal of Traumatic Stress* 8 (1998): 743-61. Xem thêm A. McDonaghCoyle, et al., "Randomized Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73, no. 3 (2005): 515-24; Institute of Medicine of the National Academies, *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence* (Washington, DC: National Academies Press, 2008); và R. Bradley, et al., "A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD", *American Journal of Psychiatry* 162, no. 2 (2005): 214-27.

39. J. Bisson, et al., "Psychological Treatments for Chronic Posttraumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-

Analysis”, British Journal of Psychiatry 190 (2007): 97-104. Xem thêm L. H. Jaycox, E. B. Foa, and A. R. Morrall, “Influence of Emotional Engagement and Habituation on Exposure Therapy for PTSD”, Journal of Consulting and Clinical Psychology 66 (1998): 185-92.

40. P. P. Schnurr, et al., “Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Women”, JAMA 297, no. 8 (2007): 820-30.

41. R. Bradley, et al., “A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD”, American Journal of Psychiatry 162, no. 2 (2005): 214-27.

42. J. H. Jaycox và E. B. Foa, “Obstacles in Implementing Exposure Therapy for PTSD: Case Discussions and Practical Solutions”, Clinical Psychology and Psychotherapy 3, no. 3 (1996): 176-84. Xem thêm E. B. Foa, D. Hearstlkeda, và K. J. Perry, “Evaluation of a Brief Cognitive-Behavioral Program for the Prevention of Chronic PTSD in Recent Assault Victims”, Journal of Consulting and Clinical Psychology 63 (1995): 948-55.

43. Alexander McFarlane personal communication.

44. R. K. Pitman, et al., “Psychiatric Complications During Flooding Therapy for Posttraumatic Stress Disorder”, Journal of Clinical Psychiatry 52, no. 1 (January 1991): 17-20.

45. Jean Decety, Kalina J. Michalska, and Katherine D. Kinzler, “The Contribution of Emotion and Cognition to Moral Sensitivity: A Neurodevelopmental Study”, Cerebral Cortex 22, no. 1 (2012): 209-20; Jean Decety và C. Daniel Batson, “Neuroscience Approaches to Interpersonal Sensitivity”, Social Neuroscience, 2, nos. 3-4 (2007).

46. K. H. Seal, et al., “VA Mental Health Services Utilization in Iraq and Afghanistan Veterans in the First Year of Receiving New Mental Health Diagnoses”, *Journal of Traumatic Stress* 23 (2010): 5-16.

47. L. Jerome, “(+/-)-3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA, ‘Ecstasy’) Investigator's Brochure”, December 2007, available at www.maps.org/research/mdma/protocol/ib_mdma_new08.pdf (accessed August 16, 2012).

48. John H. Krystal, et al. "Chronic 3, 4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) use: effects on mood and neuropsychological function", *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 18.3 (1992): 331-341.

49. Michael C. Mithoefer, et al., “The Safety and Efficacy of 3, 4-methylenedioxy methamphetamine-assisted Psychotherapy in Subjects with Chronic, Treatment-resistant Posttraumatic Stress Disorder: The First Randomized Controlled Pilot Study”, *Journal of Psychopharmacology* 25.4 (2011): 439-452; M. C. Mithoefer, et al., “Durability of Improvement in Post-traumatic Stress Disorder Symptoms and Absence of Harmful Effects or Drug Dependency after 3, 4-Methylenedioxy methamphetamine Assisted Psychotherapy: A Prospective Long-Term Follow-up Study”, *Journal of Psychopharmacology* 27, no. 1 (2013): 28-39.

50. J. D. Bremner, "Neurobiology of Post-traumatic Stress Disorder", in *Posttraumatic Stress Disorder: A Critical Review*, ed. R. S. Rynooos (Lutherville, MD: Sidran Press, 1994), 43-64.

51. http://cdn.nextgov.com/nextgov/interstitial.html? v=2.1.1& rf=http% 3A% 2F%2Fwww.nextgov.com% 2Fhealth% 2F2011%

2F01%2Fmilitarys-drugpolicy-threatens-troops-health-doctors-say%2F48321% 2F.

52. J. R. T. Davidson, “Drug Therapy of Post-traumatic Stress Disorder”, *British Journal of Psychiatry* 160 (1992): 309-14. Xem thêm R. Famularo, R. Kinscherff, and T. Fenton, “Propranolol Treatment for Childhood Posttraumatic Stress Disorder Acute Type”, *American Journal of Disorders of Childhood* 142 (1988): 1244-47; F. A. Fesler, “Valproate in CombatRelated Posttraumatic Stress Disorder”, *Journal of Clinical Psychiatry* 52 (1991): 361-64; B. H. Herman, et al., “Naltrexone Decreases Self-Injurious Behavior”, *Annals of Neurology* 22 (1987): 530-34; và B. A. van der Kolk, et al., “Fluoxetine in Posttraumatic Stress Disorder.”

53. B. Van der Kolk, et al., “A Randomized Clinical Trial of EMDR, Fluoxetine and Pill Placebo in the Treatment of PTSD: Treatment Effects and LongTerm Maintenance”, *Journal of Clinical Psychiatry* 68 (2007): 37-46.

54. R. A. Bryant, et al., “Treating Acute Stress Disorder: An Evaluation of Cognitive Behavior Therapy and Supportive Counseling Techniques”, *American Journal of Psychiatry* 156, no. 11 (November 1999): 1780-86; N. P. Roberts, et al., “Early Psychological Interventions to Treat Acute Traumatic Stress Symptoms”, *Cochran Database of Systematic Reviews* 3 (March 2010).

55. Bao gồm thuốc prazosin ức chế thụ thể alpha 1, thuốc clonidine ức chế thụ thể alpha 2 và thuốc propranolol ức chế thụ thể beta receptor antagonist propranolol. Xem M. J. Friedman và J. R. Davidson, “Pharmacotherapy for

PTSD”, in *Handbook of PTSD: Science and Practice*, ed. M. J. Friedman, T. M. Keane, and P. A. Resick (New York: Guilford Press, 2007), 376.

56. M. A. Raskind, et al., “A Parallel Group Placebo Controlled Study of Prazosin for Trauma Nightmares and Sleep Disturbance in Combat Veterans with Post-traumatic Stress Disorder”, *Biological Psychiatry* 61, no. 8 (2007): 928-34; F. B. Taylor, et al., “Prazosin Effects on Objective Sleep Measures and Clinical Symptoms in Civilian Trauma Posttraumatic Stress Disorder: A Placebo-Controlled Study”, *Biological Psychiatry* 63, no. 6 (2008): 629-32.

57. Lithium, lamotrigine, carbamazepine, divalproex, gabapentin, và topiramate có thể giúp kiểm soát sang chấn liên quan đến tính gây hấn và dễ cáu gắt. Valproate cho thấy có hiệu quả trong nhiều trường hợp báo cáo bị PTSD, bao gồm các bệnh nhân là binh lính quân đội bị PTSD kinh niên. Friedman và Davidson, “Pharmacotherapy for PTSD”; F. A. Fesler, “Valproate in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder”, *Journal of Clinical Psychiatry* no. 9 (1991): 361-64. Nghiên cứu sau đây cho thấy PTSD giảm 37,4%: S. Akuchekian và S. Amanat, “The Comparison of Topiramate and Placebo in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized, Double-Blind Study”, *Journal of Research in Medical Sciences* 9, no. 5 (2004): 240-44.

58. G. Bartzokis, et al., “Adjunctive Risperidone in the Treatment of Chronic Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder”, *Biological Psychiatry* 57, no. 5 (2005): 474-79. Xem thêm D. B. Reich, et al., “A Preliminary Study of Risperidone in the Treatment of

Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Abuse in Women”, *Journal of Clinical Psychiatry* 65, no. 12 (2004): 1601-6.

59. Các phương pháp khác bao gồm những can thiệp giúp người bị sang chấn có thể ngủ được, như thuốc chống trầm cảm trazodone, nhịp song âm, ánh sáng/máy tạo âm thanh như Proteus (www.brainmachines.com), máy theo dõi HRV như hearthmath (<http://www.heartmath.com>), và iRest, một phương pháp can thiệp hiệu quả dựa trên yoga (<http://www.irest.us>). 60. D. Wilson, “Child's Ordeal Shows Risks of Psychosis Drugs for Young”,

New York Times, September 1, 2010, xem tại http://www.nytimes.com/2010/09/02/business/02kids.html?pagewanted=all&_r=0.

61. M. Olfson, et al., “National Trends in the Office-Based Treatment of Children, Adolescents, and Adults with Antipsychotics”, *Archives of General Psychiatry* 69, no. 12 (2012): 1247-56.

62. E. Harris, et al., “Perspectives on Systems of Care: Concurrent Mental Health Therapy Among Medicaid-Enrolled Youths Starting Antipsychotic Medications”, *FOCUS* 10, no. 3 (2012): 401-7.

63. B. A. van der Kolk, “The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress”, *Harvard Review of Psychiatry* 1, no. 5 (1994): 253-65.

64. B. Brewin, “Mental Illness Is the Leading Cause of Hospitalization for Active-Duty Troops”, *Nextgov.com*, May 17, 2012, <http://www.nextgov.com/health/2012/05/mental-illness-leading-cause-hospitalization-activeduty-troops/557971>.

65. Mental health drug expenditures, Department of Veterans affairs. <http://www.veterans.senate.gov/imo/media/doc/For%20the%20Record%20-%20CCHR%204.30.14.pdf>.

CHƯƠNG 14: NGÔN NGỮ: ĐIỀU KỲ DIỆU VÀ SỰ BẠO TÀN

1. Dr. Spencer Eth to Bessel A. van der Kolk, March 2002.
2. J. Breuer và S. Freud, “The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena”, trong The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (London: Hogarth Press, 1893). J. Breuer và S. Freud, Studies on Hysteria (New York: Basic Books, 2009).
3. T. E. Lawrence, Seven Pillars of Wisdom (New York: Doubleday, 1935).
4. E. B. Foa, et al., “The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation”, Psychological Assessment 11, no. 3 (1999): 303-14.
5. K. Marlantes, What It Is Like to Go to War (New York: Grove Press, 2011).
6. Cùng nguồn như trên, 114.
7. Cùng nguồn như trên, 129.
8. H. Keller, The World I Live In (1908), ed. R. Shattuck (New York: NYRB Classics, 2004). Xem thêm R. Shattuck, “A World of Words”, New York Review of Books, February 26, 2004.
9. H. Keller, The Story of My Life, ed. R. Shattuck and D. Herrmann (New York: Norton, 2003).
- W. M. Kelley, et al., “Finding the Self? An Event-Related fMRI Study”, Journal of Cognitive Neuroscience 14, no. 5 (2002): 785-94. Xem thêm N. A. Farb, et al., “Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-Reference”, Social Cognitive and Affective Neuroscience 2, no. 4 (2007): 313-22. P. M. Niedenthal, “Embodying Emotion”, Science 316, no. 5827 (2007):

1002-5; và J. M. Allman, "The Anterior Cingulate Cortex", *Annals of the New York Academy of Sciences* 935, no. 1 (2001): 107-17.

J. Kagan, dialogue with the Dalai Lama, Massachusetts Institute of

Technology, 2006. <http://www.mindandlife.org/about/history/>. 12. A. Goldman và F. de Vignemont, "Is Social Cognition Embodied?" *Trends in Cognitive Sciences* 13, no. 4 (2009): 154-59. Xem thêm A. D. Craig, "How Do You Feel-Now? The Anterior Insula and Human Awareness", *Nature Reviews Neuroscience* 10 (2009): 59-70; H. D. Critchley, "Neural Mechanisms of Autonomic, Affective, and Cognitive Integration", *Journal of Comparative Neurology* 493, no. 1 (2005):154-66; T. D. Wager, et al., "Prefrontal-Subcortical Pathways Mediating Successful Emotion Regulation", *Neuron* 59, no. 6 (2008): 1037-50; K. N. Ochsner, et al., "Rethinking Feelings: An fMRI Study of the Cognitive Regulation of Emotion", *Journal of Cognitive Neuroscience* 14, no. 8 (2002): 1215-29; A. D'Argembeau, et al., "Self-Reflection Across Time: Cortical Midline Structures Differentiate Between Present and Past Selves", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 3, no. 3 (2008): 244-52; Y. Ma, et al., "Sociocultural Patterning of Neural Activity During Self-Reflection", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 9, no. 1 (2014): 73-80; R. N. Spreng, R. A. Mar, và A. S. Kim, "The Common Neural Basis of Autobiographical Memory, Prospection, Navigation, Theory of Mind, and the Default Mode: A Quantitative Meta-Analysis", *Journal of Cognitive Neuroscience* 21, no. 3 (2009): 489-510; H. D. Critchley, "The Human Cortex Responds to an Interoceptive Challenge", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 101,

no. 17 (2004): 6333-34; và C. Lamm, C. D. Batson, and J. Decety, "The Neural Substrate of Human Empathy: Effects of Perspective-Taking and Cognitive Appraisal", *Journal of Cognitive Neuroscience* 19, no. 1 (2007): 42-58.

13. J. W. Pennebaker, *Opening Up: The Healing Power of Expressing Emotions* (New York: Guilford Press, 2012), 12.

14. Cùng nguồn như trên, p. 19.

Cùng nguồn như trên, p.35.

16. Cùng nguồn như trên, p. 50.

17. J. W. Pennebaker, J. K. Kiecolt-Glaser, and R. Glaser, "Disclosure of Traumas and Immune Function: Health Implications for Psychotherapy"

Journal of Consulting and Clinical Psychology 56, no. 2 (1988): 239-45. 18. D. A. Harris, "Dance/Movement Therapy Approaches to Fostering Resilience and Recovery Among African Adolescent Torture Survivors" *Torture* 17, no. 2 (2007): 134-55; M. Bensimon, D. Amir, và Y. Wolf, "Drumming Through Trauma: Music Therapy with Post-traumatic Soldiers", *Arts in Psychotherapy* 35, no. 1 (2008): 34-48; M. Weltman, "Movement Therapy with Children Who Have Been Sexually Abused" *American Journal of Dance Therapy* 9, no. 1 (1986): 47-66; H. Englund, "Death, Trauma and Ritual: Mozambican Refugees in Malawi", *Social Science & Medicine* 46, no. 9 (1998): 1165-74; H. Tefferi, *Building on Traditional Strengths: The Unaccompanied Refugee Children from South Sudan* (1996); D. Tolfree, *Restoring Playfulness: Different Approaches to Assisting Children Who Are Psychologically Affected by War or Displacement* (Stockholm: Radda Barnen, 1996), 158-73; N. Boothby, "Mobilizing

Communities to Meet the Psychosocial Needs of Children in War and Refugee Crises”, in *Minefields in Their Hearts: The Mental Health of Children in War and Communal Violence*, ed. R. Apfel và B. Simon (New Haven, CT: Yale University Press, 1996), 149-64; S. Sandel, S. Chaiklin, và A. Lohn, *Foundations of Dance/Movement Therapy: The Life and Work of Marian Chace* (Columbia, MD: American Dance Therapy Association, 1993); K. Callaghan, “Movement Psychotherapy with Adult Survivors of Political Torture and Organized Violence”, *Arts in Psychotherapy* 20, no. 5 (1993): 411-21; A. E. L. Gray, “The Body Remembers: Dance Movement Therapy with an Adult Survivor of Torture”, *American Journal of Dance Therapy* 23, no. 1 (2001): 29-43.

19. A. M. Krantz, and J. W. Pennebaker, “Expressive Dance, Writing, Trauma, and Health: When Words Have a Body”, *Whole Person Healthcare* 3 (2007): 201-29.

20. P. Fussell, *The Great War and Modern Memory* (London: Oxford University Press, 1975).

21. Những phát hiện này được tìm thấy ở những nghiên cứu tiếp theo: J. D. Bremner, “Does Stress Damage the Brain?” *Biological Psychiatry* 45, no. 7

(1999): 797-805; I. Liberzon, et al., “Brain Activation in PTSD in Respons to Trauma-Related Stimuli”, *Biological Psychiatry* 45, no. 7 (1999): 817-26 L. M. Shin, et al., “Visual Imagery and Perception in Posttraumatic Stres Disorder: A Positron Emission Tomographic Investigation”, *Archives o General Psychiatry* 54, no. 3 (1997): 233-41; L. M. Shin, et al., “Regiona Cerebral Blood Flow During Script-Driven Imagery in Childhoo Sexual Abuse-Related PTSD: A PET Investigation”, *American Journal Psychiatry* 156, no. 4 (1999): 575-84.

Tôi không chắc điều này bắt nguồn từ tôi hay từ Peter Levine. Tôi có một video trong đó Peter gán nó cho tôi, nhưng trên tất cả là tôi đã học từ Peter phương pháp con lắc.

3. Một số bằng chứng nhỏ ủng hộ lời tuyên bố rằng việc kích thích tiếp xúc nhưng điểm huyết sẽ mang lại kết quả tốt hơn và cho thấy có thể kết hợp các kỹ thuật thư giãn như thế nào. (www.vetcases.com). D. Church, et al., "Single-Session Reduction of the Intensity of Traumatic Memories in Abused Adolescents After EFT: A Randomized Controlled Pilot Study" *Traumatology* 18, no. 3 (2012): 73-79; và D. Feinstein and D. Church "Modulating Gene Expression Through Psychotherapy: The Contribution of Noninvasive Somatic Interventions", *Review of General Psychology* 14 no. 4 (2010): 283-95.

T. Gil, et al., "Cognitive Functioning in Post-traumatic Stress Disorder" *Journal of Traumatic Stress* 3, no. 1 (1990): 29-45; J. J. Vasterling, et al., "Attention, Learning, and Memory Performances and Intellectual Resources in Vietnam Veterans: PTSD and No Disorder Comparisons" *Neuropsychology* 16, no. 1 (2002): 5.

5. Trong một nghiên cứu hình ảnh thần kinh, các đối tượng PTSD bị báo hoạt vùng ngôn ngữ trong não, vùng Broca, khi họ phản ứng lại với những lời nói bình thường. Nói cách khác: Sự suy giảm chức năng của vùng Broca ở các bệnh nhân PTSD (xem chương 3) không chỉ xảy ra khi họ đáp ứng lại với ký ức sang chấn, mà nó cũng xảy ra khi họ được yêu cầu chú ý với những lời nói bình thường. Điều này có nghĩa là, những bệnh nhân sang chấn gặp khó khăn khi diễn đạt điều họ cảm nhận và nghĩ về những sự kiện thông thường. Nhóm bệnh nhân bị PTSD cũng suy giảm kích hoạt vùng giữa của vỏ não

trán trước (medial prefrontal cortex – MPFC) vùng thùy trán, khu vực chịu trách nhiệm về tự nhận thức, và làm lu mờ hoạt động của hạch hạnh nhân, hệ thống báo động trong não. Việc này khiến họ khó kiểm chế phản ứng sợ hãi của não trước một nhiệm vụ ngôn ngữ đơn giản, khó chú ý và khó tiếp tục cuộc sống bình thường. Xem: K. A. Moores, C. R. Clark, A. C. McFarlane, G. C. Brown, A. Puce, và D. J. Taylor, “Abnormal Recruitment of Working Memory Updating Networks During Maintenance of Trauma-neutral Information in Post-traumatic Stress Disorder”, *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 163(2), 156-170.

26. J. Breuer và S. Freud, “The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena”, in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (London: Hogarth Press, 1893)

27. D. L. Schacter, *Searching for Memory* (New York: Basic Books, 1996).

CHƯƠNG 15: BUÔNG BỎ QUÁ KHỨ: EMDR

1. F. Shapiro, *EMDR: The Breakthrough Eye Movement Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma* (New York: Basic Books, 2004).

2. B. A. van der Kolk, et al., “A Randomized Clinical Trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Fluoxetine, and Pill Placebo in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Treatment Effects and Long-Term Maintenance”, *Journal of Clinical Psychiatry* 68, no. 1 (2007): 37-46.

3. J. G. Carlson, et al., “Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EDMR) Treatment for Combat-Related Posttraumatic

Stress Disorder”, *Journal of Traumatic Stress* 11, no. 1 (1998): 3-24.

4. J. D. Payne, et al., “Sleep Increases False Recall of Semantically Related Words in the Deese-Roediger-McDermott Memory Task”, *Sleep* 29 (2006): A373.

5. B. A. van der Kolk và C. P. Ducey, “The Psychological Processing of Traumatic Experience: Rorschach Patterns in PTSD”, *Journal of Traumatic Stress* 2, no. 3 (1989): 259-74.

6. M. Jouvet, *The Paradox of Sleep: The Story of Dreaming*, trans. Laurence Garey (Cambridge, MA: MIT Press, 1999).

7. R. Greenwald, “Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): A New Kind of Dreamwork?” *Dreaming* 5, no. 1 (1995): 51-55.

8. R. Cartwright, et al., “REM Sleep Reduction, Mood Regulation and Remission in Untreated Depression”, *Psychiatry Research* 121, no. 2 (2003): 159-67. Xem thêm R. Cartwright, et al., “Role of REM Sleep and Dream Affect in Overnight Mood Regulation: A Study of Normal Volunteers”, *Psychiatry Research* 81, no. 1 (1998): 1-8.

9. R. Greenberg, C. A. Pearlman, and D. Gampel, “War Neuroses and the Adaptive Function of REM Sleep”, *British Journal of Medical Psychology* 45, no. 1 (1972): 27-33. Ramon Greenberg và Chester Pearlman, cũng như phòng thí nghiệm của chúng tôi, đã tìm thấy rằng các cựu binh luôn tự giết mình thức dậy khi họ bước vào giấc ngủ REM. Trong khi nhiều bệnh nhân sang chấn uống rượu để có thể ngủ được, thì bằng cách ấy họ có thể cho phép bản thân hưởng lợi từ việc ngủ mơ (quá trình tích hợp và chuyển đổi ký ức) và việc này có thể góp phần ngăn chặn PTSD.

10. B. van der Kolk, et al., "Nightmares and Trauma: A Comparison of Nightmares After Combat with Lifelong Nightmares in Veterans", *American Journal of Psychiatry* 141, no. 2 (1984): 187-90.

11. N. Breslau, et al., "Sleep Disturbance and Psychiatric Disorders: A Longitudinal Epidemiological Study of Young Adults", *Biological Psychiatry* 39, no. 6 (1996): 411-8.

12. R. Stickgold, et al., "Sleep-Induced Changes in Associative Memory" *Journal of Cognitive Neuroscience* 11, no. 2 (1999): 182-93. Xem thêm R. Stickgold, "Of Sleep, Memories and Trauma", *Nature Neuroscience* 10, no. 5 (2007): 540-42; và B. Rasch, et al., "Odor Cues During Slow-Wave Sleep Prompt Declarative Memory Consolidation", *Science* 315, no. 5817 (2007): 1426-29.

13. E. J. Wamsley, et al., "Dreaming of a Learning Task Is Associated with Enhanced Sleep-Dependent Memory Consolidation", *Current Biology* 20, no. 9 (May 11, 2010): 850-55.

14. R. Stickgold, "Sleep-Dependent Memory Consolidation", *Nature* 437 (2005): 1272-78.

15. R. Stickgold, et al., "Sleep-Induced Changes in Associative Memory", *Journal of Cognitive Neuroscience* 11, no. 2 (1999): 182-93.

16. J. Williams, et al., "Bizarreness in Dreams and Fantasies: Implications for the Activation-Synthesis Hypothesis", *Consciousness and Cognition* 1, no. 2 (1992): 172-85. Xem thêm Stickgold, et al., "Sleep-Induced Changes in Associative Memory."

17. M. P. Walker, et al., "Cognitive Flexibility Across the Sleep-Wake Cycle: REM-Sleep Enhancement of Anagram Problem Solving", *Cognitive Brain Research* 14 (2002): -24.

18. R. Stickgold, "EMDR: A Putative Neurobiological Mechanism of Action", *Journal of Clinical Psychology* 58 (2002): 61-75.

19. Có một số nghiên cứu về việc cử động mắt giúp thay đổi ký ức sang chấn M. Sack, et al., "Alterations in Autonomic Tone During Trauma Exposur Using Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) – Result of a Preliminary Investigation", *Journal of Anxiety Disorders* 22, no. (2008): 1264-71; B. Letizia, F. Andrea, and C. Paolo, "Neuroanatomica Changes After Eye Movement Desensitization and Reprocessin (EMDR) Treatment in Posttraumatic Stress Disorder", *The Journal o Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 19, no. 4 (2007): 475-76; P Levin, S. Lazrove, và B. van der Kolk, "What Psychological Testing and Neuroimaging Tell Us About the Treatment of Posttraumatic Stres Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing", *Journa of Anxiety Disorders* 13, nos. 1-2, 159-72; M. L. Harper, T. Rasolkhan Kalhorn, J. F. Drozd, "On the Neural Basis of EMDR Therapy: Insightfrom Qeeg Studies", *Traumatology* 15, no. 2 (2009): 81-95; K. Lansing, D G. Amen, C. Hanks, và L. Rudy, "High-Resolution Brain SPECT Imaging and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Police Officer with PTSD", *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience* 17, no. 4 (2005): 526-32; T. Ohtani, K. Matsuo, Ki Kasai, T. Kato, và N Kato, "Hemodynamic Responses of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Posttraumatic Stress Disorder." *Neuroscience Research* 65, no. 4 (2009): 375-83; M. Pagani, G. Hogberg, D. Salmaso, D. Nardo O. Sundin, C. Jonsson, và T. Hallstrom, "Effects of EMDR Psychotherapy on 99mtc-HMPAO Distribution in Occupation-Related Post-Traumati Stress Disorder",

Nuclear Medicine Communications 28 (2007): 757-65; H. P. Sondergaard và U. Elofsson, "Psychophysiological Studies of EMDR" Journal of EMDR Practice and Research 2, no. 4 (2008): 282-88.

CHƯƠNG 16: HỌC CÁCH SỐNG VỚI CƠ THỂ BẠN: TẬP YOGA

. Châm cứu và bấm huyệt được các bác sĩ thực hiện rộng rãi trong chữa trị sang chấn và đang bắt đầu được nghiên cứu có hệ thống như là một trong các phương pháp điều trị PTSD lâm sàng. M. Hollifield, et al., "Acupuncture for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Pilot Trial" Journal of Nervous and Mental Disease 195, no. 6 (2007): 504-13. Các nghiên cứu sử dụng fMRI để đo các hiệu ứng của châm cứu trên các vùng não liên quan đến sợ hãi để có thể điều chỉnh nhanh chóng các vùng não này. K. K. Hui, et al., "The Integrated Response of the Human Cerebro Cerebellar and Limbic Systems to Acupuncture Stimulation at ST 36 as

Evidenced by fMRI", NeuroImage 27 (2005): 479-96; J. Fang, et al., "TE Salient Characteristics of the Central Effects of Acupuncture Needlin Limbic-Paralimbic-Neocortical Network Modulation", Human Bra Mapping 30 (2009): 1196-206; D. Feinstein, "Rapid Treatment of PTSD Why Psychological Exposure with Acupoint Tapping May Be Effective Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training 47, no. 3 (2010): 385 402; D. Church, et al., "Psychological Trauma Symptom Improveme in Veterans Using EFT (Emotional Freedom Technique): A Randomize Controlled Trial", Journal of Nervous and Mental Disease 201 (2013 153-60; D. Church, G. Yount, và A. J. Brooks, "The Effect of Emotion Freedom Techniques (EFT) on Stress Biochemistry: A Randomize Controlled Trial", Journal of Nervous and

Mental Disease 200 (2012): 89-96; R. P. Dhond, N. Kettner, và V. Napadow, "Neuroimaging Acupuncture Effects in the Human Brain", Journal of Alternative and Complementary Medicine 13 (2007): 603-16; K. K. Hui, et al., "Acupuncture Modulates the Limbic System and Subcortical Gray Structures of the Human Brain: Evidence from fMRI Studies in Normal Subjects", Human Brain Mapping 9 (2000): 13-25.

M. Sack, J. W. Hopper, và F. Lamprecht, "Low Respiratory Sinus Arrhythmia and Prolonged Psychophysiological Arousal in Posttraumatic Stress Disorder: Heart Rate Dynamics and Individual Differences in Arousal Regulation", Biological Psychiatry 55, no. 3 (2004): 284-90. Xem thêm H. Cohen, et al., "Analysis of Heart Rate Variability in Posttraumatic Stress Disorder Patients in Response to a Trauma-Related Reminder", Biological Psychiatry 44, no. 10 (1998): 1054-59; H. Cohen, et al., "Long Lasting Behavioral Effects of Juvenile Trauma in an Animal Model of PTSD Associated with a Failure of the Autonomic Nervous System to Recover", European Neuropsychopharmacology 17, no. 6 (2007): 464-77; và H. Wahbeh và B. S. Oken, "Peak High-Frequency HRV and Peak Alpha Frequency Higher in PTSD", Applied Psychophysiology and Biofeedback 38, no. 1 (2013): 57-69.

J. W. Hopper, et al., "Preliminary Evidence of Parasympathetic Influence on Basal Heart Rate in Posttraumatic Stress Disorder", Journal of Psychosomatic Research 60, no. 1 (2006): 83-90.

Arieh Shalev ở Trường Y Hadassah Medical tại Jerusalem và các thí nghiệm của Roger Pitman ở Harvard đều chỉ về hướng này: A. Y. Shalev et al., "Auditory Startle Response in Trauma Survivors with Posttraumatic

Stress Disorder: A Prospective Study”, American Journal of Psychiatry 157 no. 2 (2000): 255-61; R. K. Pitman, et al., “Psychophysiologic Assessment of Posttraumatic Stress Disorder Imagery in Vietnam Combat Veterans” Archives of General Psychiatry 44, no. 11 (1987): 970-75; A. Y. Shalev, et al., “A Prospective Study of Heart Rate Response Following Trauma and the Subsequent Development of Posttraumatic Stress Disorder”, Archives of General Psychiatry 55, no. 6 (1998): 553-59.

P. Lehrer, Y. Sasaki, và Y. Saito, “Zazen and Cardiac Variability” Psychosomatic Medicine 61, no. 6 (1999): 812-21. Xem thêm R. Sovik “The Science of Breathing: The Yogic View”, Progress in Brain Research 122 (1999): 491-505; P. Philippot, G. Chapelle, và S. Blairy, “Respiratory Feedback in the Generation of Emotion”, Cognition & Emotion 16, no. (2002): 605-27; A. Michalsen, et al., “Rapid Stress Reduction and Anxiolysis Among Distressed Women as a Consequence of a Three-Month Intensive Yoga Program”, Medical Science Monitor 11, no. 12 (2005): 555-61; C Kirkwood, et al., “Yoga for Anxiety: A Systematic Review of the Research Evidence”, British Journal of Sports Medicine 39 (2005): 884-91; K Pilkington, et al., “Yoga for Depression: The Research Evidence”, Journal of Affective Disorders 89 (2005): 13-24; và P. Gerberg và R. Brown, “Yoga A Breath of Relief for Hurricane Katrina Refugees”, Current Psychiatry (2005): 55-67. 2

Cuthbert, et al., “Strategies of Arousal Control: Biofeedback, Meditation, and Motivation”, Journal of Experimental Psychology 110 (1981): 518-46. Xem thêm S. B. S. Khalsa, “Yoga as a Therapeutic Intervention: A Bibliometric Analysis of Published Research Studies”,

Indian Journal of Physiology and Pharmacology 48 (2004): 269-85; M. M. Delmonte, "Meditation as Clinical Intervention Strategy: A Brief Review", International Journal of Psychosomatics 33 (1986): 9-12; I. Becker, "Uses of Yoga in Psychiatry and Medicine", in Complementary and Alternative Medicine and Psychiatry vol. 19, ed. P. R. Muskin (Washington, DC: American Psychiatric Press 2008); L. Bernardi, et al., "Slow Breathing Reduces Chemoreflex Response to Hypoxia and Hypercapnia, and Increases Baroreflex Sensitivity", Journal of Hypertension 19, no. 12 (2001): 2221-29; R. P. Brown và P. L. Gerberg "Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression: Part I: Neurophysiologic Model", Journal of Alternative and Complementary Medicine 11 (2005): 189-201; R. P. Brown và P. L. Gerberg "Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety and Depression: Part II: Clinical Applications and Guidelines", Journal of Alternative and Complementary Medicine 11 (2005): 711-17; C. C. Streeter et al., "Yoga Asana Sessions Increase Brain GABA Levels: A Pilot Study" Journal of Alternative and Complementary Medicine 13 (2007): 419-26; và C. C. Streeter, et al., "Effects of Yoga Versus Walking on Mood, Anxiety, and Brain GABA Levels: A Randomized Controlled MRS Study", Journal of Alternative and Complementary Medicine 16 (2010): 1145-52.

Có hàng tá nghiên cứu khoa học cho thấy hiệu quả tích cực của yoga đối với nhiều chứng bệnh khác nhau. Đây là một ví dụ nhỏ: S. B. Khalsa, "Yoga as a Therapeutic Intervention"; P. Grossman, et al., "MindfulnessBased Stress Reduction and Health Benefits: A Meta-Analysis", Journal of Psychosomatic Research 57 (2004): 35-43; K.

Sherman, et al., "Comparing Yoga, Exercise, and a Self-Care Book for Chronic Low Back Pain: A Randomized, Controlled Trial", *Annals of Internal Medicine* 143 (2005): 849-56; K. A. Williams, et al., "Effect of Iyengar Yoga Therapy for Chronic Low Back Pain", *Pain* 115 (2005): 107-17; R. B. Saper, et al., "Yoga for Chronic Low Back Pain in a Predominantly Minority Population: A Pilot Randomized Controlled Trial", *Alternative Therapies in Health and Medicine* 15 (2009): 18-27; J. W. Carson, et al., "Yoga for Women with Metastatic Breast Cancer: Results from a Pilot Study", *Journal of Pain and Symptom Management* 33 (2007): 331-41.

8. B. A. van der Kolk, et al., "Yoga as an Adjunctive Therapy for PTSD", *Journal of Clinical Psychiatry* 75, no. 6 (June 2014): 559-65.

9. Một công ty ở California company, HeartMath, đã phát triển những thiết bị tiện lợi và trò chơi máy tính nhằm giúp mọi người đạt được HRV tốt hơn. Ngày nay, chưa có ai nghiên cứu xem các thiết bị như của HeartMath có hiệu quả trong việc giảm các triệu chứng PTSD hay không, nhưng đây có vẻ là trường hợp giống vậy. (Xem www.heartmath.org).

10. Theo bài viết này, iTunes hiện có 24 ứng dụng được xem là giúp tăng HRV như emWave, HeartMath, and GPS4Soul.

11. B. A. van der Kolk, "Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD", *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071, no. 1 (2006): 277-93.

12. S. Telles, et al., "Alterations of Auditory Middle Latency Evoked Potentials During Yogic Consciously Regulated Breathing and Attentive State of Mind", *International Journal of Psychophysiology* 14, no. 3 (1993): 189-98.

7.

Xem thêm P. L. Gerberg, “Yoga and Neuro-Psychoanalysis”, trong *Bodies in Treatment: The Unspoken Dimension*, ed. Frances Sommer Anderson (New York: Analytic Press, 2008), 127-50.

D. Emerson và E. Hopper, *Overcoming Trauma Through Yoga: Reclaiming Your Body* (Berkeley, CA: North Atlantic Books, 2011).

A. Damasio, *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness* (New York: Harcourt, 1999).

“Nội cảm” (Interoception) là tên khoa học của khả năng tự cảm giác về chính bản thân. Các nghiên cứu hình ảnh chụp não bộ của những người bị sang chấn cho thấy vấn đề ở vùng não liên quan đến sự tự nhận thức là thùy đảo. J. W. Hopper, et al., “Neural Correlates of Reexperiencing Avoidance, and Dissociation in PTSD: Symptom Dimensions and Emotion Dysregulation in Responses to Script-Driven Trauma Imagery” *Journal of Traumatic Stress* 20, no. 5 (2007): 713-25. Xem thêm I. A. Strigo, et al., “Neural Correlates of Altered Pain Response in Women with Posttraumatic Stress Disorder from Intimate Partner Violence”, *Biologica Psychiatry* 68, no. 5 (2010): 442-50; G. A. Fonzo, et al., “Exaggerated and Disconnected Insular-Amygdalar Blood Oxygenation Level-Dependent Response to Threat-Related Emotional Faces in Women with Intimate Partner Violence Posttraumatic Stress Disorder”, *Biological Psychiatry* 68, no. 5 (2010): 433-41; P. A. Frewen, et al., “Social Emotions and Emotional Valence During Imagery in Women with PTSD: Affective and Neural Correlates”, *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2, no. 2 (2010): 145-57; K. Felmingham, et al., “Dissociative Responses to Conscious and Non-conscious Fear Impact Underlying

Brain Function in Post-traumatic Stress Disorder”, *Psychological Medicine* 38, no. 12 (2008): 1771-80; A. N. Simmons, et al., “Functional Activation and Neural Networks in Women with Posttraumatic Stress Disorder Related to Intimate Partner Violence”, *Biological Psychiatry* 64, no. 8 (2008): 681. 90; R. J. L. Lindauer, et al., “Effects of Psychotherapy on Regional Cerebral Blood Flow During Trauma Imagery in Patients with Post-traumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial”, *Psychological Medicine* 38, no. · (2008): 543-54; và A. Etkin and T. D. Wager, “Functional Neuroimaging of Anxiety: A Meta-Analysis of Emotional Processing in PTSD, Social Anxiety Disorder, and Specific Phobia”, *American Journal of Psychiatry* 164, no. 10 (2007): 1476-88.

16. J. C. Nemiah and P. E. Sifneos, “Psychosomatic Illness: A Problem in Communication”, *Psychotherapy and Psychosomatics* 18, no. 1-6 (1970) 154-60. Xem thêm G. J. Taylor, R. M. Bagby, and J. D. A. Parker, *Disorder of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. (Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1997).

17. A. R. Damasio, *The Feeling of What Happens: Body and Emotion and the Making of Consciousness* (New York: Random House, 2000), 28.

18. B. A. van der Kolk, “Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD”, *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071, no. 1 (2006) 277-93. Xem thêm B. K. Holzel, et al., “How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action from a Conceptual and Neural Perspective”, *Perspectives on Psychological Science* 6, no. 6 (2011): 537-59.

19. B. K. Holzel, et al., “Mindfulness Practice Leads to Increases in Regional Brain Gray Matter Density”, *Psychiatry Research: Neuroimaging* 191, no. (2011): 36-43. Xem thêm B. K. Holzel, et al., “Stress Reduction Correlates with Structural Changes in the Amygdala”, *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 5, no. 1 (2010): 11-17; và S. W. Lazar, et al., “Meditation Experience Is Associated with Increased Cortical Thickness”, *NeuroReport* 16 (2005): 1893-97.

CHƯƠNG 17: SẮP XẾP NHỮNG MẢNH GHÉP LẠI VỚI NHAU: T LÃNH ĐẠO BẢN THÂN

1. R. A. Goulding and R. C. Schwartz, *The Mosaic Mind: Empowering the Tormented Selves of Child Abuse Survivors* (New York: Norton, 1995), 4.

2. J. G. Watkins và H. H. Watkins, *Ego States* (New York: Norton, 1997) Jung calls personality parts archetypes and complexes; cognitive psychology schemes and the DID literature refers to them as alters. See also J. G. Watkins and H. H. Watkins, “Theory and Practice of Ego State Therapy A Short-Term Therapeutic Approach”, *Short-Term Approaches to Psychotherapy* 3 (1979): 176-220; J. G. Watkins và H. H. Watkins, “Ego States and Hidden Observers”, *Journal of Altered States of Consciousness* no. 1 (1979): 3-18; và C. G. Jung, *Lectures: Psychology and Religion* (New Haven, CT: Yale University Press, 1960).

3. W. James, *The Principles of Psychology* (New York: Holt, 1890), 206.

4. C. Jung, *Collected Works*, vol. 9, *The Archetypes and the Collective Unconscious* (Princeton, NJ: Princeton University Press,

1955/1968), 330.

5. C. Jung, *Collected Works*, vol. 10, *Civilization in Transition* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1957/1964), 540.

6. Cùng nguồn như trên, 133.

7. M. S. Gazzaniga, *The Social Brain: Discovering the Networks of the Mind* (New York: Basic Books, 1985), 90.

8. Cùng nguồn như trên, 356.

9. M. Minsky, *The Society of Mind* (New York: Simon & Schuster, 1988), 51. 10. Goulding and Schwartz, *Mosaic Mind*, 290.

11. O. van der Hart, E. R. Nijenhuis, và K. Steele, *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization* (New York: W. W. Norton, 2006); R. P. Kluft, *Shelter from the Storm* (self-published, 2013).

12. R. Schwartz, *Internal Family Systems Therapy* (New York: Guilford Press, 1995).

13. Cùng nguồn như trên, p. 34.

14. Cùng nguồn như trên, p. 19.

15. Goulding and Schwartz, *Mosaic Mind*, 63.

16. J. G. Watkins, 1997, đã minh họa điều này như một ví dụ của trầm cảm: “Chúng ta cần biết cảm giác hình ảnh của chúng trầm cảm và người bị trầm cảm”.

17. Richard Schwartz, personal communication.

18. Goulding and Schwartz, *Mosaic Mind*, 33.

19. A. W. Evers, et al., “Tailored Cognitive-Behavioral Therapy in Early Rheumatoid Arthritis for Patients at Risk: A Randomized Controlled Trial”, *Pain* 100, no. 1-2 (2002): 141-53; E. K. Pradhan, et al., “Effect of MindfulnessBased Stress Reduction in Rheumatoid Arthritis

Patients”, *Arthritis da Rheumatology* 57, no. 7 (2007): p. 1134-42; J. M. Smyth, et al., “Effects of Writing About Stressful Experiences on Symptom Reduction in Patients with Asthma or Rheumatoid Arthritis: A Randomized Trial”, *JAMA* 281, no. 14 (1999): 1304-9; L. Sharpe, et al., “Long-Term Efficacy of a Cognitive Behavioural Treatment from a Randomized Controlled Trial for Patients Recently Diagnosed with Rheumatoid Arthritis”, *Rheumatology (Oxford)* 42, no. 3 (2003): 435-41; H. A. Zangi, et al, “A Mindfulness-Based Group Intervention to Reduce Psychological Distress and Fatigue in Patients with Inflammatory Rheumatic Joint Diseases: A Randomised Controlled Trial”, *Annals of the Rheumatic Diseases* 71, no. 6 (2012): 911-17.

CHƯƠNG 18: LẤP ĐẦY NHỮNG KHOẢNG TRỐNG: KIẾN TẠO CÁC CẤU TRÚC

1. Pesso Boyden System Psychomotor. See <http://pbsp.com/>. 2.
- D. Goleman, *Social Intelligence: The New Science of Human Relationships* (New York: Random House Digital, 2006).
3. A. Pesso, “PBSP: Pesso Boyden System Psychomotor”, in *Getting in Touch: A Guide to Body-Centered Therapies*, ed. S. Caldwell (Wheaton, IL: Theosophical Publishing House, 1997); A. Pesso, *Movement in Psychotherapy: Psychomotor Techniques and Training* (New York: New York University Press, 1969); A. Pesso, *Experience in Action: A Psychomotor Psychology* (New York: New York University Press, 1973); A. Pesso và J. Crandell, eds., *Moving Psychotherapy: Theory and Application of Pesso System/Psychomotor* (Cambridge, MA: Brookline Books, 1991); M. Scarf, *Secrets, Lies, and Betrayals* (New York: Ballantine Books,

2005); M. van Attekum, Aan Den Lijve (Netherlands: Pearson Assessment, 2009); and A. Pessoa, "The Externalized Realization of the Unconscious and the Corrective Experience", in Handbook of Body-Psychotherapy/Handbuch der Körperpsychotherapie, ed. H. Weiss và G. Marlock (Stuttgart, Germany: Schattauer, 2006).

4. Luiz Pessoa và Ralph Adolphs, "Emotion Processing and the Amygdala: from a 'Low Road' to 'Many Roads' of Evaluating Biological Significance." *Nature Reviews Neuroscience* 11, no. 11 (2010): 773-83.

CHƯƠNG 19: TÁI KẾT NỐI NÃO BỘ: PHẢN HỒI THẦN KINH

1. H. H. Jasper, P. Solomon, và C. Bradley, "Electroencephalographic Analyses of Behavior Problem Children", *American Journal of Psychiatry* 95 (1938): 641-58; P. Solomon, H. H. Jasper, và C. Braley, "Studies in Behavior Problem Children", *American Neurology and Psychiatry* 38 (1937): 1350-51.

2. Martin Teicher ở Trường Y Harvard đã thực hiện một nghiên cứu rộng lớn và ghi nhận những bất thường trong thù thái ợng của người trưởng thành từng bị lạm dụng khi còn nhỏ: M. H. Teicher, et al., "The Neurobiological Consequences of Early Stress and Childhood

Maltreatment", *Neuroscience và Biobehavioral Reviews* 27, no. 1-2 (2003) 33-44; M. H. Teicher, et al., "Early Childhood Abuse and Limbic System Ratings in Adult Psychiatric Outpatients", *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neurosciences* 5, no. 3 (1993): 301-6; M. H. Teicher, et al., "Sticks Stones and Hurtful Words: Combined Effects of Childhood Maltreatment Matter Most", *American Journal of Psychiatry* (2012).

Sebern F. Fisher, *Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear-Driven Brain* (New York: Norton, 2014).

J. N. Demos, *Getting Started with Neurofeedback* (New York: W. W Norton, 2005). Xem thêm R. J. Davidson, "Affective Style and Affective Disorders: Perspectives from Affective Neuroscience", *Cognition and Emotion* 12, no. 3 (1998): 307-30; và R. J. Davidson, et al., "Regional Brain Function, Emotion and Disorders of Emotion", *Current Opinion in Neurobiology* 9 (1999): 228-34.

J. Kamiya, "Conscious Control of Brain Waves", *Psychology Today*, April 1968, 56-60. Xem thêm D. P. Nowlis, and J. Kamiya, "The Control of Electroencephalographic Alpha Rhythms Through Auditory Feedback and the Associated Mental Activity", *Psychophysiology* 6, no. 4 (1970): 476-84 và D. Lantz và M. B. Stermán, "Neuropsychological Assessment of Subjects with Uncontrolled Epilepsy: Effects of EEG Feedback Training", *Epilepsia* 29, no. 2 (1988): 163-71.

M. B. Stermán, L. R. MacDonald, và R. K. Stone, "Biofeedback Training of the Sensorimotor Electroencephalogram Rhythm in Man: Effects on Epilepsy", *Epilepsia* 15, no. 3 (1974): 395-416. Phân tích dữ liệu từ 87 cuộc nghiên cứu cho thấy phản hồi thần kinh làm giảm tần suất động kinh một cách đáng kể ở 80% người luyện tập phương pháp này. Gabriel Tan, et al. "Meta-Analysis of EEG Biofeedback in Treating Epilepsy", *Clinical EEG and Neuroscience* 40, no. 3 (2009): 173-79.

Đây là một phần của cùng một mạch não về tự nhận thức mà tôi đã mô tả trong chương 5. Alvaro Pascual-Leone đã cho thấy làm thế

nào, khi một người tạm thời vô hiệu hóa khu vực phía trên vùng giữa của vỏ não trán trước với kích thích từ trường xuyên qua da (transcranial magnetic stimulation TMS), họ có thể tạm thời không xác định được chính mình trong gương. J. Pascual-Leone, “Mental Attention, Consciousness, and the Progressive Emergence of Wisdom”, *Journal of Adult Development* 7, no 4 (2000): 241-54.

8. <http://www.eegspectrum.com/intro-to-neurofeedback/>.

9. S. Rauch, et al., “Symptom Provocation Study Using Positron Emission Tomography and Script Driven Imagery”, *Archives of General Psychiatry* 53 (1996): 380-87. Ba nghiên cứu khác sử dụng phương pháp chụp từ tính (magnetoencephalography – MEG) để chụp não thì cho thấy những người bị PTSD chịu ảnh hưởng từ sự kích hoạt gia tăng của vỏ não thái bên phải: C. Catani, et al., “Pattern of Cortical Activation During Processing of Aversive Stimuli in Traumatized Survivors of War and Torture”, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 259, no. 6 (2009): 340-51 B. E. Engdahl, et al., “Post-traumatic Stress Disorder: A Right Temporal Lobe Syndrome?” *Journal of Neural Engineering* 7, no. 6 (2010): 0660053 A. P. Georgopoulos, et al., “The Synchronous Neural Interactions Test as a Functional Neuromarker for Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): A Robust Classification Method Based on the Bootstrap”, *Journal of Neural Engineering* 7, no. 1 (2010): 016011.

10. Khi sử dụng thang đo Clinician Administered PTSD Scale (CAPS).

11. Khi sử dụng thang đo John Briere's Inventory of Altered Self-Capacities (IASC).

12. J. Kropotov, *Quantitative EEG, ERP's and Neurotherapy* (Amsterdam: Elsevier, 2009).

13. H. Benson, "The Relaxation Response: Its Subjective and Objective Historical Precedents and Physiology", *Trends in Neurosciences* 6 (1983): 281-84.

14. Tobias Egner và John H. Gruzelier, "Ecological Validity of Neurofeedback: Modulation of Slow Wave EEG Enhances Musical Performance", *Neuroreport* 14, no. 9 (2003): 1221-24; David J. Vernon, "Can Neurofeedback Training Enhance Performance? An Evaluation of the Evidence with Implications for Future Research", *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 30, no. 4 (2005): 347-64.

15. "Vancouver Canucks Race to the Stanley Cup - Is It All in Their Minds?" *Bio-Medical.com*, June 2, 2011, <http://bio-medical.com/news/2011/06/vancouver-canucks-race-to-the-stanley-cup-is-it-all-in-their-minds/>.

16. M. Beauregard, *Brain Wars* (New York: HarperCollins, 2013), p. 33.

17. J. Gruzelier, T. Egner, và D. Vernon, "Validating the Efficacy of Neurofeedback for Optimising Performance", *Progress in Brain Research* 159 (2006): 421-31. Xem thêm D. Vernon and J. Gruzelier, "Electroencephalographic Biofeedback as a Mechanism to Alter Mood, Creativity and Artistic Performance", in

Mind-Body and Relaxation Research Focus, ed. B. N. De Luca (New York: Nova Science, 2008), 149-64.

18. Xem e.g., M. Arns, et al., "Efficacy of Neurofeedback Treatment in ADHD: The Effects on Inattention, Impulsivity and Hyperactivity: A Meta-Analysis", *Clinical EEG and Neuroscience* 40,

no. 3 (2009): 180-89 T. Rossiter, “The Effectiveness of Neurofeedback and Stimulant Drugs in Treating AD/HD: Part I: Review of Methodological Issues”, *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 29, no. 2 (June 2004): 95-112; T. Rossiter “The Effectiveness of Neurofeedback and Stimulant Drugs in Treating AD/HD: Part II: Replication”, *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 29, no. 4 (2004): 233-43; và L. M. Hirshberg, S. Chiu, and J. A. Frazier, “Emerging Brain-Based Interventions for Children and Adolescents Overview and Clinical Perspective”, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 14, no. 1 (2005): 1-19.

19. Để biết thêm về qEEG, xem <http://thebrainlabs.com/qeeg.shtml>.

20. N. N. Boutros, M. Torello, và T. H. McGlashan, “Electrophysiological Aberrations in Borderline Personality Disorder: State of the Evidence” *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 15 (2003): 145-54.

21. Trong chương 17, chúng ta đã thấy sự cần thiết của việc trau dồi một trạng thái ổn định, bình tĩnh tự quan sát mà IFS gọi là một trạng thái “sống trong tự ngã”. Dick Schwartz tuyên bố rằng với sự kiên trì, bất cứ ai cũng có thể đạt được một trạng thái như vậy, và thực sự, tôi đã nhìn thấy anh ấy giúp đỡ những người bị sang chấn thực hiện đúng như vậy. Tôi không có tay nghề, và nhiều bệnh nhân sang chấn nghiêm trọng nhất của tôi trở nên điên cuồng hoặc phân ly khi chúng tôi tiếp cận những người khó chịu. Những người khác lại mất kiểm soát kinh niên nên họ khó có thể tìm thấy bất kỳ ý nghĩa nào về “bản thân”. Trong hầu hết các trường hợp những người tâm thần có vấn đề này đều được cho thuốc để ổn định chúng. Đôi khi có

hiệu quả, nhưng nhiều bệnh nhân mất động lực và thiếu sự quyết tâm. Trong nghiên cứu có kiểm soát ngẫu nhiên và phản hồi thần kinh, bệnh nhân bị sang chấn kinh niên đã giảm khoảng 30% các triệu chứng PTSD và cải thiện đáng kể các chức năng điều hành và kiểm soát cảm xúc (van der Kolk và đồng nghiệp, đệ trình năm 2014).

22. Trẻ bị sang chấn bị tổn hại cảm giác tích hợp cần các chương trình được phát triển đặc biệt cho nhu cầu của chúng. Hiện nay, những người dẫn đầu cho các nỗ lực này là đồng nghiệp tại Trauma Center của tôi Elizabeth Warner và Adele Diamond tại Đại học British Columbia.

R. J. Castillo, "Culture, Trance, and the Mind-Brain", *Anthropology of Consciousness* 6, no. 1 (March 1995): 17-34. Xem thêm See also B. Inglis *Trance: A Natural History of Altered States of Mind* (London: Paladin 1990); N. F. Graffin, W. J. Ray, và R. Lundy, "EEG Concomitants of Hypnosis and Hypnotic Susceptibility", *Journal of Abnormal Psychology* 104, no. 1 (1995): 123-31; D. L. Schacter, "EEG Theta Waves and Psychological Phenomena: A Review and Analysis", *Biological Psychology* 5 no. 1 (1977): 47-82; và M. E. Sabourin, et al., "EEG Correlates of Hypnotic Susceptibility and Hypnotic Trance: Spectral Analysis and Coherence" *International Journal of Psychophysiology* 10, no. 2 (1990): 125-42.

24. E. G. Peniston and P. J. Kulkosky, "Alpha-Theta Brainwave Neuro Feedback Therapy for Vietnam Veterans with Combat-Related Post traumatic Stress Disorder", *Medical Psychotherapy* 4 (1991): 47-60.

25. T. M. Sokhadze, R. L. Cannon, và D. L. Trudeau, "EEG Biofeedback as Treatment for Substance Use Disorders: Review,

Rating of Efficacy and Recommendations for further Research”, *Journal of Neurotherapy* 12, no 1 (2008): 5-43.

26. R. C. Kessler, “Posttraumatic Stress Disorder: The Burden to the Individual and to Society”, *Journal of Clinical Psychiatry* 61, suppl. 5 (2000): 4-14. Xem thêm R. Acerno, et al., “Risk Factors for Rape, Physical Assault, and Posttraumatic Stress Disorder in Women: Examination of Differential Multivariate Relationships”, *Journal of Anxiety Disorders* 13, no. 6 (1999) 541-63; và H. D. Chilcoat và N. Breslau, “Investigations of Causal Pathways Between PTSD and Drug Use Disorders”, *Addictive Behaviors* 23, no. E (1998): 827-40.

27. S. L. Fahrion, et al., “Alterations in EEG Amplitude, Personality Factors and Brain Electrical Mapping After Alpha-Theta Brainwave Training: A Controlled Case Study of an Alcoholic in Recovery”, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 16, no. 3 (June 1992): 547-52; J. Goldberg, J. C. Greenwood, và Z. Taintor, “Alpha Conditioning as an Adjunct Treatment for Drug Dependence: Part 1”, *International Journal of Addiction* 11, no 6 (1976): 1085-89; R. F. Kaplan, et al., “Power and Coherence Analysis on the EEG in Hospitalized Alcoholics and Nonalcoholic Controls”, *Journal of Studies on Alcohol* 46 (1985): 122-27; Y. Lamontagne et al., “Alpha and

EMG Feedback Training in the Prevention of Drug Abuse: A Controlled Study”, *Canadian Psychiatric Association Journal* 22, no. 6 (October 1977) 301-10; Saxby và E. G. Peniston, “Alpha-Theta Brainwave Neurofeedback Training: An Effective Treatment for Male and Female Alcoholics with Depressive Symptoms”, *Journal of Clinical Psychology* 51, no. 5 (1995) 685-93; W. C. Scott, et al., “Effects

of an EEG Biofeedback Protocol on a Mixed Substance Abusing Population”, American Journal of Drug and Alcohol Abuse 31, no. 3 (2005): 455-69; và D. L. Trudeau, “Applicability o Brain Wave Biofeedback to Substance Use Disorder in Adolescents”, Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America 14, no. 1 (January 2005) 125-36.

28. E. G. Peniston, “EMG Biofeedback-Assisted Desensitization Treatment for Vietnam Combat Veterans Post-traumatic Stress Disorder”, Clinica Biofeedback and Health 9 (1986): 35-41.

29. Eugene G. Peniston và Paul J. Kulkosky, “Alpha-Theta Brainwave Neurofeedback for Vietnam Veterans with Combat-Related Post Traumatic Stress Disorder”, Medical Psychotherapy 4, no. 1 (1991): 47-60.

30. Kết quả tương tự được báo cáo bởi một nhóm khác vào 7 năm sau đó W. C. Scott, et al., “Effects of an EEG Biofeedback Protocol on a Mixed Substance Abusing Population”, American Journal of Drug and Alcoho Abuse 31, no. 3 (2005): 455-69.

31. D. L. Trudeau, T. M. Sokhadze, và R. L. Cannon, “Neurofeedback in Alcohol and Drug Dependency”, in Introduction to Quantitative EEG and Neurofeedback:Advanced Theory and Applications, ed. T. Budzynski et al. (Amsterdam: Elsevier, 1999), 241-68; F. D. Arani, R. Rostami, và M Nostratabadi, “Effectiveness of Neurofeedback Training as a Treatment for Opioid-Dependent Patients”, Clinical EEG and Neuroscience 41 no. 3 (2010): 170-77; F. Dehghani-Arani, R. Rostami, và H. Nadali “Neurofeedback Training for Opiate Addiction: Improvement of Mental Health and Craving”, Applied Psychophysiology and Biofeedback 38, no. 2 (2013): 133-41;

J. Luigjes, et al., “Neuromodulation as an Intervention for Addiction: Overview and Future Prospects”, *Tijdschrift voor psychiatrie* 55. no. 11 (2012): 841-52.

32. S. Othmer, “Remediating PTSD with Neurofeedback”, October 11, 2011 http://hannokirk.com/files/Remediating-PTSD_10-01-11.pdf.

33. F. H. Duffy, "The State of EEG Biofeedback Therapy (EEG Operant Conditioning) in 2000: An Editor's Opinion", an editorial in *Clinical Electroencephalography* 31, no. 1 (2000): v-viii.

34. Thomas R. Insel, “Faulty Circuits”, *Scientific American* 302, no. 4 (2010): 44-51.

35. T. Insel, “Transforming Diagnosis”, National Institute of Mental Health, Director's Blog, April 29, 2013, <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>.

36. Joshua W. Buckholz and Andreas Meyer-Lindenberg, “Psychopathology and the Human Connectome: Toward a Transdiagnostic Model of Risk for Mental Illness”, *Neuron* 74, no. 4 (2012): 990-1004.

37. F. Collins, “The Symphony Inside Your Brain”, NIH Director's Blog, November 5, 2012, <http://directorsblog.nih.gov/2012/11/05/the-symphonyinside-your-brain/>.

CHƯƠNG 20: TÌM LẠI TIẾNG NÓI CỦA BẢN THÂN: GIAI ĐIỆU CỘNG ĐỒNG VÀ KỊCH NGHỆ

1. F F. Butterfield, “David Mamet Lends a Hand to Homeless Vietnam Veterans”, *New York Times*, October 10, 1998. Để biết thêm thông tin, xem <http://www.nechv.org/historyatnechv.html>.

2. P. Healy, “The Anguish of War for Today's Soldiers, Explored by Sophocles”, *New York Times*, November 11, 2009. Để biết thêm thông

tin về dự án của Doerries, xem see <http://www.outsidethewirellc.com/projects/theater-of-war/overview>.

3. Sara Krulwich, "The Theater of War", New York Times, November 11, 2009. 4. W. H. McNeill, *Keeping Together in Time: Dance and Drill in Human History* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1997).

5. Plutarch, *Lives*, vol. 1 (Digireads.com, 2009), 58.

6. M. Z. Seitz, "The Singing Revolution", New York Times, December 14, 2007. 7. Để biết thêm về Urban Improv, xem <http://www.urbanimprov.org/>.

8. Trang web của The Trauma Center Web cung cấp đầy đủ thông tin 4 bậc của chương trình Urban Improve để giáo viên từ khắp có thể tải về sử dụng. <http://www.traumacenter.org/initiatives/psychosocial.php>.

9. Để biết thêm thông tin về Dự án Triển vọng (Possibility Project), xem <http://thepossibility-project.org/>.

10. Để biết thêm thông tin về Shakespeare trước Tòa (Shakespeare in the Courts), xem <http://www.shakespeare.org/education/for-youth/shakespearecourts/>.

11. C. Kiesel, et al., "Evaluation of a Theater-Based Youth Violence Prevention Program for Elementary School Children", *Journal of School Violence* 5, no. 2 (2006): 19-36.

12. Người đứng đầu The Urban Improv và Trauma Center là Amie Alley, PhD, Margaret Blaustein, PhD, Toby Dewey, MA, Ron Jones, Merle Perkins, Kevin Smith, Faith Soloway, Joseph Spinazzola, PhD.

13. H. Epstein và T. Packer, *The Shakespeare & Company Actor Training Experience* (Lenox MA, Plunkett Lake Press, 2007); H.

Epstein, Tina Packer Builds a Theater (Lenox, MA: Plunkett Lake Press, 2010).

Table of Contents

LỜI GIỚI THIỆU

LỜI MỞ ĐẦU

PHẦN I

Chương 1

Chương 2

Chương 3

PHẦN II

Chương 4

Chương 5

Chương 6

PHẦN III

Chương 7

Chương 8

Chương 9

Chương 10

PHẦN IV

Chương 11

Chương 12

PHẦN V

Chương 13

Chương 14

Chương 15

Chương 16

Chương 17

Chương 18

Chương 19

Chương 20

Lời kết

Phụ lục