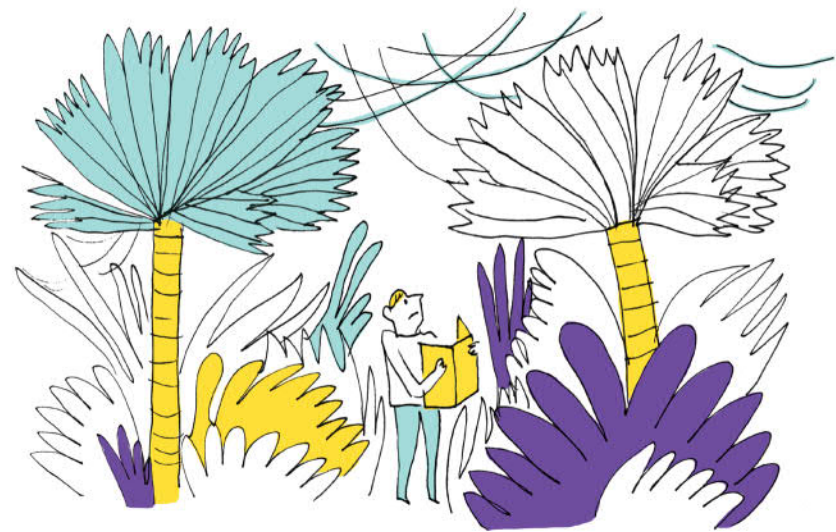


-MỤC LỤC-

LỜI NÓI ĐẦU	6
LỜI TỰA.....	9
DẪN NHẬP	15
RỐI LOẠN LƯƠNG CỰC	23
Rối loạn lương cực là gì?	24
Hành trình dài chẩn đoán.....	35
Nghiên cứu và phát triển	46
CHẨN ĐOÁN.....	53
Các triệu chứng	55
Chăm sóc y tế	63
Theo dõi y tế.....	67
PHỤC HỒI.....	75
Giáo dục tâm lí.....	80
Tăng quyền tự chủ cho bệnh nhân...hay <i>empowerment</i>	89
Phục hồi chức năng tâm lí xã hội	93
RỐI LOẠN LƯƠNG CỰC – HÀNH TRÌNH CHUNG SỐNG	101
Trong cuộc sống hằng ngày.....	103
Trong công việc.....	109
Trong đời sống cá nhân.....	116
KẾT LUẬN	125
LỜI CẢM ƠN	131
GIẢI THÍCH TỪ NGỮ	135
DANH MỤC THAM KHẢO	141
VỀ CÁC TÁC GIẢ	145

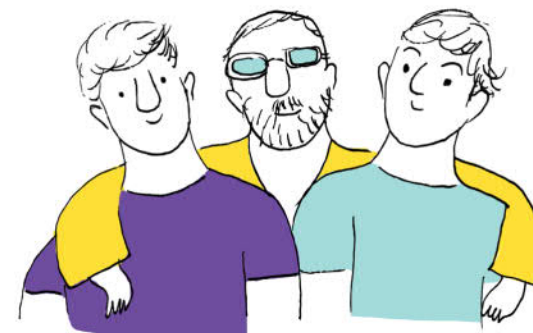
DẪN NHẬP



Cuốn sách này được viết ra nhằm giải thích rối loạn lưỡng cực là gì và trả lời cho mọi băn khoăn nảy sinh từ đó: Làm cách nào để xác định rối loạn lưỡng cực? Chúng bệnh này có thể chữa khỏi được không? Và cuối cùng, phải chung sống với nó ra sao?

Dù đây không phải tác phẩm tự truyện theo nghĩa hẹp, qua mỗi trang sách, tôi vẫn muốn chia sẻ với các bạn kinh nghiệm của riêng tôi; tất cả những gì tôi mô tả, tôi đều đã thực sự trải qua. Tuy nhiên, tôi không hướng đến mục đích phản ánh theo kiểu người thật việc thật mà chỉ phản ánh một hiện thực như mọi hiện thực khác, một bằng chứng. Tôi tin giờ đây, tôi có thể khẳng định, vị thế người hỗ trợ đồng đẳng về sức khỏe tâm thần cũng như tính hiếu kỳ mãnh liệt đã biến tôi thành người đặc biệt am hiểu chứng bệnh mình mắc phải. Dẫu vậy, vì không ai tránh được sai sót, nên tôi thực hiện công việc này dưới sự giám sát y tế, sao cho mọi thông tin tôi truyền tải đều chính xác về mặt khoa học.

“Đèn nhấp nháy trên xe cứu thương, và anh giết chết cơ may cuối cùng mình có, giờ đây đâu còn gì quan trọng...” Tôi mượn những lời này từ nhóm nhạc Téléphone và bài hát “Lọ Lem” của họ để tả lại những ngày đầu tôi bước vào thế giới “người điên”, hay chính xác hơn là thế giới tâm thần học, ở tuổi 40 – điều biến tôi thành kẻ lạc quẻ trong thống kê, mà mãi sau này tôi mới biết. Rồi sẽ chẳng còn gì giống như trước đó nữa! Vợ chồng tôi, gia đình tôi, người thân, bạn bè, công việc, vị trí xã hội... tất cả sắp vĩnh viễn thay đổi, giây phút ấy tôi đã nghĩ vậy. Thế nhưng đèn lại ngừng nhấp nháy còn tôi không hề chết. Thậm chí, tôi thành công trong việc biến bệnh tật thành nghề nghiệp: tôi trở thành người hỗ trợ đồng đẳng về sức khỏe tâm thần, một nghề đang đà phát triển! Tóm lược một hành trình và một cuộc chiến kéo dài hơn mười lăm năm qua vài câu là thế đấy. Sở dĩ khi nhớ lại, tôi vẫn mỉm cười được, thậm chí cười phá lên, là vì mọi chuyện không hề dễ dàng như vậy suốt hành trình tôi qua. Để có được cuộc sống



viên mãn như tôi đang hưởng lúc này, tôi đã phải băng qua biết bao giông bão và nhiều lần sụp đổ...

Ban đầu, tôi đã không đấu tranh với đúng người. Tôi tấn công cả những người được coi là giúp đỡ tôi: đội ngũ chăm sóc. Khi tôi nhắc đến đấu tranh thì đó còn hơn cả một sự phản đối. Chỉ đơn giản là tôi chối bỏ việc mình bị bệnh, nhất là bị rối loạn tâm thần. Tôi đâu thể kháng cự với bệnh tật khi phủ nhận nó như thế. Thời ấy, tôi còn chưa phải chịu những lời lên án, coi tôi như kẻ thiếu năng, vốn thường vẫn xảy ra với người rối loạn lưỡng cực.

Sự vô tri ấy khiến tôi ngã sang phe thành kiến và hình dung không mấy tốt đẹp về những người rối loạn tâm thần.

Với tôi, có sự khác biệt lớn lao giữa chẩn đoán về một căn bệnh ảnh hưởng đến thể chất, dù là bệnh hiểm nghèo, và chẩn đoán về một căn bệnh ảnh hưởng đến năng lực tâm thần; bởi chứng điên khiến người ta hoảng sợ. Trong khi bệnh lý thể chất, dẫu nghiêm trọng, có thể góp phần hàn gắn gia đình và những người thân thiết, khiến họ thường chung tay đương đầu, thì rối loạn lưỡng cực, vốn diễn ra âm ỉ, lại tạo nên khoảng trống quanh ta, cắt ta khỏi mọi mối dây gắn kết và làm nhiễu loạn các mốc định hướng của ta. Chính bởi bị những thành kiến ấy ăn sâu bám rễ mà tôi không đấu tranh chống lại bệnh tật mà đấu tranh chống lại những người kết tôi vào tội mắc một bệnh như vậy. Họ nhầm rồi, sao có thể như vậy được!

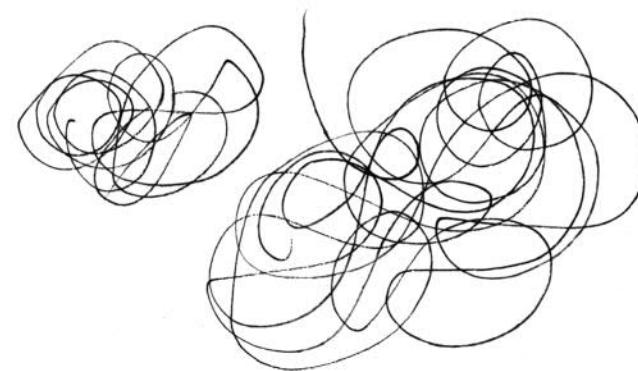
Ai cũng sẽ trải qua giai đoạn chối bỏ. Nhận thông báo bệnh nặng chẳng khác nào nhận thông báo án tử, mỗi chặng tiến đến sự chấp nhận đều giống như một chặng để tang. Năm chặng đó – chối bỏ, giận dữ, thương lượng, suy sụp, chấp nhận – là cần thiết để đi đến thời điểm chấp nhận mình có bệnh và bước vào hành trình chăm sóc thực sự, hết như một người ở vào giai đoạn trước khi chấp nhận được mình đã mất người thân.

Song để chấp nhận một chẩn đoán thì ta phải có được chẩn đoán! Tôi không ngốc hơn ai cả, nếu tôi được chăm sóc ở bệnh viện tâm thần thì có nghĩa là bệnh tôi mắc phải thuộc thể loại tâm thần. Thế nhưng, người ta chẳng giải thích gì thêm với tôi, mãi sau này tôi mới nhận được chẩn đoán. Lại còn vì cơ chế thay đổi. Chẳng phải mới cách đây chừng mười lăm năm, người ta còn không nói gì với bệnh nhân, bệnh nhân không cần phải biết đó sao. Ít nhất, đó cũng là những gì tôi cảm thấy.

Khi tôi nói “mãi sau này” thì đó thực sự là “mãi sau này”, cũng phải hàng năm trời! Trong trường hợp của tôi, chẩn đoán được đưa ra sau năm năm nhập viện và người ta thấy thế là nhanh lắm rồi. Độ chậm trung bình trong chẩn đoán là từ tám đến mười năm⁽¹⁾. Bao năm đằng đẳng tự hỏi mình đang chiến đấu chống lại điều gì, tại sao mình phải điều trị thể này hay thể kia, khi nào mình mới được hưởng chế độ điều trị cố định, bao năm đằng đẳng tự hỏi liệu tình trạng ấy có kéo dài mãi mãi. Điều đó làm dấy lên băn khoăn về chất lượng của cuộc sống mà ta có thể sống. Liệu ta còn có thể tiếp tục một đời sống viên mãn?

Liệu mọi chuyện có được giải quyết không nếu dựa theo nguyên tắc “chẩn đoán có đây rồi, điều trị ổn định rồi”? Buồn thay là không. Tôi nhập viện lần đầu năm 2007, lần thứ hai và ba năm 2008,

¹ Haute Autorité de Santé (Cơ quan Y tế Cấp cao), “Note de cadrage, Troubles bipolaires: repérage et diagnostic en premier recours” (Ghi chú định hướng, Rối loạn lưỡng cực: phát hiện và chẩn đoán ban đầu), tháng 6/ 2014, tr. 8 (trực tuyến) www.has.sante.fr (tra cứu ngày 3/7/2023).



đến lần thứ tư năm 2013 thì mới có chẩn đoán. Sau đó lại thêm một lần lưu viện nữa vào năm 2017. Lần lưu viện ấy là lần thay đổi mọi chuyện, bởi lúc bấy giờ, cảm giác bất lực và định mệnh thôi thúc tôi, cảm giác một cái vòng luẩn quẩn đã hình thành, xen kẽ những giai đoạn lúc thì hồi phục lúc lại nhập viện mà dường như không điều gì có thể chống lại cái vòng quái ác đó. Tôi cảm giác như đã ra viện, mình vẫn không thể hoạt động 100% công suất, căn bệnh vẫn lớn vờn xung quanh, sẵn sàng giở chứng, ẩn sâu bên trong tôi chẳng khác nào con rắn ngày ngày tinh luyện nọc độc chờ thời. Tôi tự nhủ chắc mình bị kết án cứ đến kì là phải đi viện, đó chắc hẳn là một phần đời tôi.

Tâm trạng lên xuống thất thường khiến rối loạn lưỡng cực trở thành mãn tính. Tuy cường độ lên xuống ấy mà bệnh nhân phải nhập viện hoặc không. Vậy là vòng luẩn quẩn hình thành, nếu không ai thoát khỏi mở giúp ta lối thoát khác, ta sẽ dễ tự nhủ, “vậy là xong đời”.

Câu hỏi đặt ra là cái vòng luẩn quẩn ấy sẽ tồn tại bao lâu? Liệu đó có phải loại bệnh đeo đẳng ta suốt đời? Ta phải chịu đựng nó trong hoàn cảnh nào? Chưa kể, do bị thiếu thông tin, thiếu quy trình theo dõi y tế đảm nhận bởi một bác sĩ tâm thần có khả năng khẳng định phải điều trị bằng thuốc suốt đời hay dừng lại được vào một lúc nào đó, nên tôi đã tìm cách thực hiện các thí nghiệm của riêng mình.

Thế là tôi tự mình cai thuốc mà không có bất kì sự kiểm soát y tế nào, điều dĩ nhiên ngược lại với những gì cần làm. Tôi mất hai năm, từ 2011 đến 2013, để dùng điều trị bằng thuốc. Đây là quãng thời gian cần thiết để xem xét lại tình trạng bệnh tật của tôi, vốn không biểu hiện gì suốt hai năm đó, đồng thời nghi ngờ tính xác thực của bệnh.

Giờ đây, trào lưu tiên phong nhất của tâm thần học hiện đại ca ngợi việc cai thuốc từ từ bằng phương pháp “*tapering strips*”. Phương pháp này cho phép chống lại các hệ quả không mong muốn của việc *cai thuốc* và thói quen dẫn đến việc tăng liều thuốc theo thời gian để đạt hiệu quả ban đầu. Như vậy, về lâu dài, thuốc càng lúc càng trở nên kém tác dụng.

Song sau hai năm, con rắn vẫn ở đó, cuộn mình nằm ấm chỗ, đầu độc đời tôi bằng những cú đớp nhỏ, làm suy giảm khả năng phán xét, sự sáng suốt hoặc năng lượng trong tôi. Tôi lại phải nhập viện vào một ngày 24 tháng 12 nào đó, và lần này tàn bạo khôn tả, những ác quỷ trong tôi trỗi dậy, nói với tôi rằng tôi thực sự bị rối loạn tâm thần. Trong hoàn cảnh đó, tôi chỉ mong biết mình mắc chứng gì và đang phải đấu tranh chống lại cái gì; tôi cũng ước được chăm sóc đều đặn và lâu dài.

Lần nhập viện năm 2013, lần nhận chẩn đoán, đã giúp tôi có được vài bước tiến, song mọi chuyện không nhẹ nhõm chút nào mà còn nặng nề mất mát – gia đình, tình cảm, quan hệ xã hội và đồng nghiệp. Phải đến năm 2017, tôi mới dần thân vào một hành trình chăm sóc hoàn toàn khác biệt, cho phép tôi được như tôi của ngày hôm nay, dẫu vẫn còn đôi ba khoảnh khắc hỗn loạn rải rác xảy đến.

Suốt mười năm sau lần đầu bệnh biểu hiện, đời tôi chẳng khác nào địa ngục, đầy rẫy những nghi ngờ, đau khổ, mất mát và sợ hãi. Sợ hãi lớn nhất, liên quan đến các con tôi, cứ đeo đẳng tôi chừng ấy năm không rời. Tôi sợ người cha bệnh hoạn là tôi đây sẽ làm hỏng đời chúng.

CHƯƠNG 1

RỐI LOẠN LƯỠNG CỰC



- RỐI LOẠN LƯƠNG CỰC LÀ GÌ? -

Rối loạn lưỡng cực là điều mà ta vẫn thường gọi là “tâm trạng thất thường”, đặc trưng bởi sự xen kẽ giữa các pha trầm uất (hoặc u buồn) với các pha kích động (hoặc giai đoạn hưng cảm). Cũng hơi giống như thể ta bỏ vào cùng một hộp sọ bộ não một con hươu cao cổ, vốn luôn ở trên cao ngất ngưỡng, và bộ não một con sứa, vốn sống dưới vực thẳm đại dương. Hươu cao cổ hẳn bị rối loạn giấc ngủ, rơi vào trạng thái kích động, khó lập luận và đánh mất khả năng hài hước, hoặc ngược lại, mĩa mai cay độc quá đà. Nó hẳn còn có cảm giác muốn kiểm soát mọi việc và nghĩ mình sở hữu bộ não toàn năng hơn bất kì ai. Trong khi đó, con sứa của chúng ta có lẽ có khuynh hướng ẩn mình khỏi thế giới và ngồi một góc suy sụp, với tinh thần chạm đáy vực sâu, thậm chí chỉ mong muốn biến mất.

Nói đơn giản, thì đó là chứng bệnh trời sập tinh thần. Song suy cho cùng, như vợ tôi chia sẻ với bác sĩ tâm thần của tôi, thì đó là “chứng bệnh cuộc sống”, ai chẳng có lúc thăng trầm. Vì bác sĩ đó trả lời rằng riêng trường hợp của tôi, thì khi thăng lại quá thăng, đến lúc trầm lại quá trầm. Lúc thăng, hay còn gọi là pha hưng cảm, thường tương ứng với các khoảnh khắc mà ở đó, chúng ta trải qua tình trạng:

- dư thừa năng lượng quá mức;
- suy giảm, thậm chí thiếu ngủ;
- vô cảm trước sự mệt mỏi;
- não bộ quay cuồng hết công suất;
- có thể kiểm soát mọi việc;
- mắc chứng tháo lời nói, nghĩa là thao thao bất tuyệt những lời khó hiểu;
- không có khả năng chấp nhận sai lầm, dù rành rành ra đó;
- từ chối dừng tranh luận nếu không được là người nói lời chốt hạ, không đếm xỉa sẽ mất thời gian thế nào.

Lúc trầm, hay còn gọi là pha trầm cảm, thường không có gì khó hiểu và dễ phát hiện. Ta ủ rũ kiệt sức, không hề mong muốn hay thiết tha với bất cứ điều gì, dù là những điều ta vốn thường yêu thích. Khi hai pha này diễn ra luân phiên trong khoảng thời gian gần nhau, ta có thể gọi đó là trạng thái hỗn hợp. Lúc ấy, ta dễ dàng đang khóc lại cười⁽¹⁾.

Ý kiến chuyên gia:

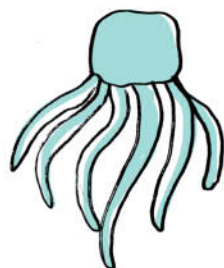
Rối loạn lưỡng cực là tình trạng rối loạn tâm thần kinh niên mà từ 1 - 4% dân số mắc phải. Các pha hưng cảm và/hoặc trầm cảm diễn ra xen kẽ với thời kì tâm trạng ổn định. Ngày nay, chúng ta đều biết khi rơi vào thời kì như vậy, chất lượng sống của chúng ta sẽ bị tác động mạnh trước nhiều triệu chứng tâm thần khác nhau biểu hiện ra ngoài. Triệu chứng thường thấy nhất là suy giảm chức năng nhận thức, điều tiết cảm xúc và rối loạn giấc ngủ.



• PHÁT HIỆN RỐI LOẠN LƯƠNG CỰC •

Trong trường hợp của tôi, bệnh biểu hiện lần đầu ở pha “con sứa”. Tôi cảm thấy trống rỗng, kiệt quệ năng lượng, chỉ còn là cái bóng của chính mình và chẳng thích thú bất cứ điều gì. Khi ai đó hỏi tôi ổn không, tôi chỉ cười nhạt mà trả lời: “Ổn, cảm ơn.” Nguyên nhân của pha trầm cảm đầu tiên này là vụ chia tay mẹ lữ trẻ. Vụ chia tay ấy gây ra tình trạng sụp đổ bước đầu trong tôi, nghĩa là tôi bị cắt đứt khỏi trạng thái cân bằng tâm thần. Đó là biểu hiện đầu tiên của bệnh. Ngay cả một số phản ứng tôi có, chẳng hạn theo dõi vợ cũ, cũng có thể được xếp vào giai đoạn hưng cảm, dấu hiệu hiển nhiên nhất được lưu ý trong lần tôi nhập viện và được chẩn đoán trầm cảm. Sau mỗi lần vào khoa tâm thần, tôi lại hiểu thêm bệnh có những triệu chứng gì, song chỉ mãi sau này tôi mới biết cách nhận ra các triệu chứng ấy, như những chỉ dẫn cảnh báo các lần suy sụp tái phát.

¹ Simon Royez, *Les troubles bipolaires et leurs prises en charge en 2010* (Rối loạn lưỡng cực và chăm sóc rối loạn lưỡng cực năm 2010), *Sciences pharmaceutiques* (Khoa học dược lí), tr. 14, dumas-03219554.



Bất chấp bao nỗ lực tôi bỏ ra để chống lại rối loạn lưỡng cực cũng như mong muốn điên cuồng được làm việc trở lại sau mỗi kì “lên cơn”, những lần nhập viện cứ từng bước chậm rãi đưa tôi xuống địa ngục. Dù cực kì đặc biệt vì là hệ quả từ việc cắt đứt quan hệ với vợ cũ, song lần nhập viện thứ nhất vào năm 2007 lại không khiến tôi vật vã chút nào trong việc tiếp nhận, cũng chẳng diễn ra dữ dội là mấy vì đó là một phòng khám tâm thần tư nhân. Nếu bạn có bảo hiểm y tế tốt, bao hàm cả bảo hiểm bổ sung, thì phòng khám tư thường là giải pháp đỡ tốn kém và bớt gây sang chấn hơn so với bệnh viện. Phòng khám tư chỉ chịu trách nhiệm với các chứng bệnh nhẹ và không được phép cưỡng chế bệnh nhân nhập viện, trừ vài trường hợp ngoại lệ hiếm hoi mới xuất hiện gần đây.

Quả thực, thời kì chia tay, trải dài suốt mười hai tháng trời, rất đáng sợ với mẹ lũ trẻ và tôi. Tôi bám theo cô ấy để chắc chắn cô ấy nói thật về những nơi cô ấy đến, tôi đọc tin nhắn điện thoại của bạn trai hoặc bạn bè cô ấy, những người khiến cô ấy chia tay tôi. Rồi khi cuối cùng cô ấy cũng ra quyết định, tôi đã dọa sẽ chấm dứt đời mình. Vậy là cô ấy phải đi cùng tôi đến một phòng khám tư, chỉ đơn giản để kiểm tra liệu tôi có đáp ứng các tiêu chí nhập viện và ở đó còn chỗ cho tôi hay không. Kể từ đó, mọi chăm sóc thông thường dành cho bệnh nhân trầm cảm bị suy sụp nặng nề bắt đầu được áp dụng.

Năm 2007, điều trị bằng thuốc quan trọng hơn ngày nay rất nhiều. Người ta cứ nghĩ sau mỗi lần tiêm là có thể cải thiện được tình trạng sức khoẻ bệnh nhân rối loạn tâm thần, dù đã có nhiều hoạt động theo chủ đề được đưa ra để hỗ trợ họ vượt qua khủng hoảng. Chẳng hạn nghệ thuật-trị liệu, xưởng sáng tác tranh, hội hoạ hay điêu khắc, chưa kể các hình thức thư giãn và các nhóm trò chuyện khác. Về phần mình, tôi tham gia rất ít, thậm chí chẳng hề tham gia. Tôi hững hờ vô cảm, kiệt quệ năng lượng, không may mắn mong muốn, gần như mất hết sức sống, ấy vậy mà bình thường tôi là người vui vẻ và hồn nhiên. Điều duy nhất mang lại cho tôi chút vui thích, ấy là mỗi lần vợ cũ dẫn lũ trẻ đến thăm. Tôi không chắc chúng hiểu những gì đang diễn ra – chúng mới 8 và 12 tuổi – bởi cha chúng đâu chỉ bị ốm. Dù sao chẳng nữa, bấy giờ, chúng vẫn chấp nhận đến phòng khám tư đó và sự hiện diện của chúng giúp tôi thêm sức mạnh.

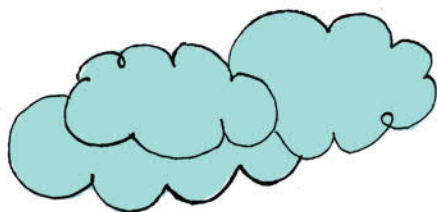
Lần nhập viện ấy kéo dài một tháng. Xuất viện được một tuần thì tôi tìm được một căn hộ; về phần mình, vợ cũ của tôi đã an cư đâu vào đấy, nên tôi phải tiến hành mọi việc thật nhanh. Sau giai đoạn trầm cảm, không thực hiện bất kì theo dõi tâm thần hay tâm lí nào nữa. Chỉ phải điều trị bằng thuốc chống trầm cảm, thậm chí còn không phải do bác sĩ tâm thần kê đơn. Vậy là cuộc gặp gỡ lần thứ nhất với thế giới tâm thần đã kết thúc như thế.

Sau đó, một bác sĩ cho tôi hay việc điều trị chống trầm cảm có thể đóng vai trò quyết định đối với tương lai ngắn hạn của tôi. Quả thực, việc dùng thuốc chống trầm cảm, dù chứa hoạt chất điều tiết tâm trạng – hay còn gọi là **thuốc ổn định tâm trạng** – chắc chắn sẽ dẫn đến thời điểm khởi phát một cơn hưng cảm, đây là lí do khiến loại thuốc này bị cấm dùng với các ca rối loạn lưỡng cực, trừ khi ở bệnh viện, nơi có thể thực hiện xét nghiệm định kì bằng cách lấy máu và nhằm mục đích duy nhất là “vực dậy tinh thần” cho những người trầm uất quá mức nặng nề.

Để giảm thiểu áp lực cho đội ngũ chăm sóc khi gặp phải bệnh nhân có triệu chứng rối loạn tâm thần, thì bảng biểu hiện

lâm sàng – nghiên cứu về các triệu chứng này kết hợp các tiền sử bệnh khác và bệnh án của bệnh nhân – sẽ được dùng để quyết định nên theo chiến lược trị liệu nào. Chỉ khi phương pháp điều trị được chọn cho bệnh nhân có hiệu quả thì giả thiết bác sĩ đưa ra mới được hợp thức hoá.

Nếu bác sĩ xác định đó là trầm cảm, kê đơn điều trị tương ứng và người bệnh đáp ứng tích cực, thì chắc chắn chẩn đoán của bác sĩ là đúng. Một trong những vấn đề lớn mà ngành tâm thần học vấp phải và có xu hướng dần biến mất nhờ tiến bộ trong lĩnh vực chăm sóc, ấy là nhiều bác sĩ không chia sẻ giả thiết của họ với người bệnh. Bởi minh bạch có thể dẫn đến hệ quả là tạo ra cuộc đối thoại về đạo đức và khởi phát một sự kết hợp trị liệu vốn là mối quan hệ tin tưởng phải được thiết lập giữa bác sĩ và bệnh nhân thì hiệu quả chăm sóc mới đạt mức tối ưu.



• THẾ GIỚI TÂM THẦN •

Ở trên, tôi có nhắc đến tương lai ngắn hạn... Chưa đầy một năm sau, vào năm 2008, tôi lại gia nhập thế giới tâm thần, lần này theo cách “dân gian” hơn và phải đến tận khoa cấp cứu bệnh viện công.

Hiển nhiên tôi vẫn chưa hồi phục sau cú sốc mà cuộc chia tay gây ra, nhưng cũng đã hình thành thói quen nhất định. Tôi tìm được một căn hộ gần nơi vợ cũ sống và có thể thường xuyên thăm lũ trẻ; đây là điều quan trọng nhất đời tôi. Bên cạnh đó, ở góc độ công việc, tôi cùng một người bạn và chỗ quen biết của anh ấy mở một cửa hàng đồ ăn nhanh, song việc buôn bán không được suôn sẻ lắm. May thay, tôi có tiền để dành, nhưng tôi lo lắng cho tình hình làm ăn tới nỗi thường xuyên căng thẳng, đã thế còn đảm nhận việc giữ tiền vì bạn tôi đã ứng trước vốn đầu tư.

Sau này, khi tôi đã có những kiến thức về tâm lý học thì tôi hiểu, song thời điểm bấy giờ trong tôi đã hội tụ đủ các điều kiện cho phép khởi phát một cơn hưng cảm:

- căng thẳng;
- thiếu ngủ;
- làm việc quá sức;
- nếp sống thiếu lành mạnh;
- bất ổn về vật chất và tinh thần.

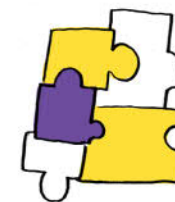
Tôi chưa quá lâm vào tình trạng suy sụp, song cũng chẳng khoẻ mạnh là bao. Vì thế, tôi đến khoa cấp cứu tâm thần. Buồn thay tôi lại là bệnh nhân biết nghe lời nên khi được hỏi có đồng ý cho sinh viên y khoa đến học hỏi và thực hành kiểm tra lâm sàng không, tôi đã đồng ý. Tôi vẫn chưa gặp bác sĩ tâm thần và bắt đầu thấy từng sinh viên một đi qua chăm chú nắn bóp ổ bụng tôi. Một rồi hai rồi năm rồi bảy rồi mười, tới đó thì tôi thấy vậy là quá đủ!

Điềm đạm và kiên nhẫn không phải phẩm chất hàng đầu của một bệnh nhân rối loạn lưỡng cực, dù anh ta mới chỉ ở giai đoạn đầu. Tôi thể hiện thái độ khó chịu và người ta bảo tôi là xong rồi, mọi chuyện sắp dừng lại, nhưng chắc chắn tôi đã rơi vào **pha hưng cảm nhẹ**, nghĩa là trước **pha hưng cảm thực sự** một chút, do vậy tôi bắt đầu bị kích động, thiếu ngủ và làm nhảm tràng giang đại hải. Một ý nghĩ điên rồ lướt qua tâm trí tôi: tôi sẽ mặc nguyên bộ đồ bệnh nhân ra khỏi bệnh viện! Kế hoạch của tôi rất đơn giản, tôi sẽ cuốc bộ đến tận nhà mấy người bạn sống cách đó không quá xa và mượn họ quần jean cùng áo len chui đầu. Và đó chính xác là việc tôi đã làm, nói với các bạn rằng tôi không gặp những ánh mắt hoảng hốt trong cuộc hành trình ấy thì hẳn là nói dối, song tôi đạt được mục tiêu đề ra. Sau này tôi biết mình cũng khiến cô bạn cho mượn quần áo sợ chết khiếp...



Công việc của tôi đi xuống, vụ làm ăn không được suôn sẻ cho lắm và người bạn đối tác gây áp lực khủng khiếp lên tôi. Càng lúc tôi càng căng thẳng và ngủ ít đi. Chẳng hạn, có lúc tôi dọn sạch trơn cửa hàng của chúng tôi để lau chùi và sắp xếp, xong việc thì một mình ngồi trên ghế trước cửa hàng, nằm ngay giữa trung tâm Lyon, để ngắm nhía tác phẩm mình vừa hoàn thành lúc bốn giờ sáng.

Khi sức khoẻ giảm sút, biểu hiện rối loạn có thể càng lúc càng “ẩn tượng” hơn. Mỗi lần lên cơn **loạn thần**, ta có xu hướng mất hẳn kết nối với thực tế. Chính trong hoàn cảnh như vậy mà một người rối loạn tâm thần dễ gây nguy hiểm cho bản thân họ, chỉ trong vài trường hợp hiếm thì cho người khác. “Người rối loạn tâm thần hiếm khi dính vào các vụ bạo lực đối với người khác [...]. Tình trạng bạo lực do người rối loạn tâm thần gây ra tăng tỉ lệ thuận với tình trạng bạo lực quan sát được trong xã hội⁽¹⁾.”



Ý kiến chuyên gia:

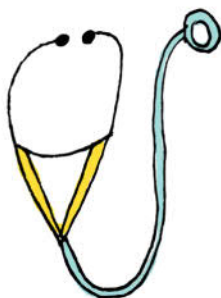
Những người phải đối mặt với các chứng rối loạn tâm thần thường là nạn nhân hơn là thủ phạm! Nguy cơ bạo lực mà họ phải chịu, theo các nghiên cứu, cao gấp 7 - 17 lần so với dân số nói chung. Ngược lại, chỉ 3 - 5% hành vi bạo lực là do người rối loạn tâm thần gây ra, và các hành vi ấy không nhất thiết biểu hiện bệnh lý ở họ.



¹ Cơ quan Y tế Cấp cao (Pháp), “Mối nguy từ bệnh tâm thần: nghiên cứu và đánh giá các tác nhân dẫn đến nguy cơ bạo lực gây hấn với người khác ở bệnh nhân rối loạn tâm thần phân liệt hoặc rối loạn tâm trạng. Khuyến cáo của ủy ban thẩm định”, tháng 3/2011, tr. 5, [trực tuyến], www.has-sante.fr.

Một số người rối loạn lưỡng cực có thể bị hoang tưởng. Chẳng hạn trường hợp của tôi. Đặc biệt khi liên quan đến các con tôi. Lúc lên cơn, tôi thường sợ chúng bị bắt cóc. Và thế là hành vi cùng hành động tôi thể hiện dưới tác động của cơn hoang tưởng khiến tôi phải nhập viện, lần này người ta chẳng đếm xỉa xem tôi đồng ý hay không. Thi thoảng tôi lại tưởng tượng vợ cũ tìm cách cướp các con khỏi tay tôi, dù cô ấy không bao giờ có thái độ như vậy mà hoàn toàn ngược lại. Ở cấp độ thực tế hơn, tôi bắt đầu đối hết mặt khẩu vì nghĩ người ta có thể truy cập tài khoản ngân hàng hoặc các tài khoản mạng xã hội của tôi.

Đến bệnh viện, việc đầu tiên bạn phải làm là chờ đợi. Khoa cấp cứu tâm thần có đặc tính riêng và tuân thủ các quy định giống mọi khoa tương tự ở các bệnh viện khác, do đó đây là một khoa quá tải. Cuối cùng cũng được trao đổi với một bác sĩ tâm thần, rồi lại chờ đợi, lần này chỉ có mình tôi giữa một căn phòng, mặc áo blu bệnh nhân, loại thắt dây sau lưng, nằm dài trên một cái cang. Tôi lại càng phải chờ đợi lâu vì bệnh viện từ chối trường hợp nhập viện cưỡng chế, vợ tôi kí đơn, bởi họ thấy cô ấy can thiệp quá đà. Rốt cuộc, mẹ tôi phải kí đơn nhập viện theo yêu cầu của một bên thứ ba, nói cách khác là nhập viện không đồng thuận.



• CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN •

Ngoài ý chí tự nguyện nhập viện, có nhiều nguyên nhân dẫn bạn đến bệnh viện, do đó cũng tồn tại các hình thức nhập viện khác nhau. Với tình hình ở Pháp là:

- **Chăm sóc sức khỏe tâm thần theo yêu cầu của bên thứ ba hoặc chăm sóc sức khỏe tâm thần trong trường hợp nguy cơ nhân tiện:** khi sức khỏe tâm thần của một người bị cho là đáng

quan ngại, người thân xung quanh hoặc gia đình có thể yêu cầu để người đó được hưởng các biện pháp chăm sóc sức khỏe tâm thần. Việc giữ người đó lại bệnh viện thường được luật pháp quy định khá cụ thể, trong đó phải nêu rõ tên bệnh, đặc tính của bệnh và cần thiết phải chăm sóc đến đâu;

- **Chăm sóc sức khỏe tâm thần theo yêu cầu khẩn cấp của bên thứ ba:** tính chất khẩn cấp được bổ sung vào các điều kiện nêu trên, cho phép đơn giản hoá việc tiếp nhận.

- **Chăm sóc sức khỏe tâm thần theo quyết định của cơ quan nhà nước:** nếu sức khỏe một người làm nguy hại đến an toàn của người khác và xâm phạm nghiêm trọng trật tự công cộng, thì tình trường có thể dựa trên chứng nhận y tế mà ra quyết định cho người đó nhập viện nhận chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Điều kiện cho phép một người được nhận chăm sóc sức khỏe tâm thần sau khi nhập viện theo một trong các hình thức không đồng thuận nêu trên được pháp luật quy định và chịu sự đánh giá của một thẩm phán quyền tự do.

Ý kiến chuyên gia:

Chăm sóc sức khỏe tâm thần không đồng thuận được quy định chặt chẽ bằng các văn bản pháp luật bởi nó có liên quan đến quyền tự do của công dân. Các biện pháp này chỉ được tuyên bố nếu đáp ứng hai điều kiện: có tồn tại một tình trạng tâm thần cần chăm sóc tức thì dưới sự giám sát thường xuyên, và hiện diện một rối loạn tâm thần khiến việc đồng thuận là bất khả.

