

HYS-TE-RI-A TẬP THỂ VÀ VAI TRÒ CỦA CHA MẸ, BẠN BÈ VÀ NHÂN CÁCH

Bahr Weiss - *Đại học Vanderbilt, Hoa Kỳ; Lâm Tứ Trung - Bệnh Viện Tâm thần Đà Nẵng; và các cộng sự.*

Người dịch: Đặng Hoàng Minh - *Trường Đại học Giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội.*

1. Đặt vấn đề

Hys-te-ri-a tập thể hay tên khoa học là “Bệnh của đám đông có nguồn gốc tâm lý” (Mass Psychogenic Illness - MPI) được Bartholomew (2002) định nghĩa rất rõ và thuyết phục. Đó là “sự lan rộng nhanh chóng các dấu hiệu và triệu chứng bệnh về mặt cơ thể, ảnh hưởng đến những thành viên của nhóm có kết, có nguồn gốc từ rối loạn hệ thống thần kinh với những biểu hiện quá khích, mất hoặc biến đổi chức năng. Tính bất bình thường về mặt cơ thể thường bộc lộ một cách vô thức, không rõ nguyên nhân bệnh học thực thể tương ứng”. Thuật ngữ “bệnh tập thể có nguồn gốc tâm lý (Mass Psychogenic Illness) trong lịch sử thường được xác định là bệnh “hys-te-ria tập thể” hay “bệnh đám đông có nguồn gốc xã hội”. Người ta có thể tìm thấy những mô tả về các trường hợp MPI từ nhiều thế kỉ trước, chẳng hạn như hiện tượng “nhảy điên loạn” (dance mania) ở châu Âu từ thế kỉ XIV, hys-te-ri-a với những dấu hiệu mất hoặc tổn thương về vận động tập thể ở châu Âu thời trung cổ, hoặc phép mê thuật ở thế kỉ XV đến XIX. Môi trường làm việc khắc nghiệt trong thời kì cách mạng công nghiệp dường như cũng đóng góp thêm vào các biểu hiện của MPI như co giật, các vận động bất thường, than phiền về thần kinh ở các công nhân nhà máy. Tương tự, thế kỉ XX và XXI, nỗi lo sợ về ô nhiễm môi trường và ô nhiễm khí thải từ khủng bố sinh học hoặc dò rỉ chất hóa học cũng gây nên những biểu hiện khó thở, buồn nôn, đau đầu, chóng mặt, yếu đuối như muốn lả đi, góp phần vào sự kích hoạt MPI.

“Bệnh của đám đông có nguồn gốc tâm lý” xuất hiện ở khắp mọi nơi trên thế giới. Nó liên quan đến phù thủy ở trường tiểu học ở Nam Phi (Wittstock et al., 1991). Nó xuất hiện trong cơn hỏa hoạn ở trường Hồi Giáo (Amin et al., 1997), và những đợt lên cơn co giật khi có ánh sáng ở Nhật Bản (Radford & Bartholomew, 2001), rồi từ đau đầu, buồn nôn và nôn, đến khó thở ở đám đông tại sân bay Úc (Balaratnasingam & Janca, 2006) và ở các học sinh nữ tại Đài Loan (Chen et al., 2003). Trong một vài trường hợp hiếm hoi, bệnh

này cũng thấy trong các thành viên của gia đình (Mattoo et al., 2002).

Trong bảng phân loại bệnh của Mỹ DSM và châu Âu, MPI ban đầu không được coi như là rối loạn tinh thần/tâm thần bởi vì các triệu chứng xuất hiện không lâu dài và vì những người đã từng bị MPI thường cũng không mắc các triệu chứng của MPI hoặc các vấn đề khác có liên quan đến MPI một cách thường xuyên, lâu dài. Tuy thế, vì một số lý do, MPI vẫn là vấn đề quan trọng từ góc độ lâm sàng. Đầu tiên, một khi MPI xuất hiện ở trường học, nó ảnh hưởng đến việc học của học sinh, thậm chí đến một số lượng lớn học sinh phải đưa ngay đến bệnh viện, phải nghỉ học vài ngày. Việc học của các học sinh khác cũng bị ảnh hưởng vì giáo viên và các cán bộ khác của trường phải giải quyết, và xử lý với những học sinh có dấu hiệu bệnh, và trường học phải đóng cửa để thực hiện các kiểm tra về sinh học và môi trường nhằm xác định xem có các chất độc hay không. Thứ hai, xử lý các vụ này rất tốn kém. Tại bệnh viện phải tiến hành các thử nghiệm y tế và hóa sinh đối với một số người. Ở nơi xảy ra bệnh, việc chi trả cho những khoản này đều đắt. Hơn nữa, MPI thường có những ảnh hưởng ở ngoài nơi xảy ra bệnh. Ví dụ, một vụ MPI cách đây 10 năm ở châu Âu làm cho một công ty nước giải khát phải hủy toàn bộ sản phẩm và bị lỗ tới hàng nghìn đô la Mỹ (Dillner, 1999). Cuối cùng, bởi vì MPI được chẩn đoán dựa trên nguyên tắc loại trừ, nên thông thường cha mẹ, học sinh và nhà trường vẫn còn lo lắng về triệu chứng này vì nguyên nhân cuối cùng, chắc chắn của bệnh không bao giờ có thể tìm thấy được.

Từ góc độ tâm lý xã hội, MPI là hiện tượng thú vị, nhưng những hiểu biết về nó vẫn còn hạn chế phần nào bởi vì nó xảy ra không thường xuyên và khó có thể nghiên cứu một cách hệ thống. Mục tiêu của nghiên cứu này là tìm hiểu cơ chế củng cố có tính xã hội của bệnh và các hành vi bình thường, làm sáng tỏ cơ chế nào có liên quan đến các triệu chứng MPI, cơ chế nào thì không liên quan. Hơn nữa, nghiên cứu này cũng đánh giá mối quan hệ giữa nhân cách và MPI.

2. Phương pháp và khách thể nghiên cứu

Nghiên cứu này tập trung nghiên cứu vụ MPI xảy ra ở Đà Nẵng. Vụ việc bắt đầu khi một nữ học sinh có những biểu hiện đột ngột với các triệu chứng cơ thể như ngất, ngứa chân và tay, khó thở, và các biểu hiện theo cơn khác. Học sinh này là bạn với những học sinh của trường Cao đẳng kỹ thuật ở cạnh bên, gồm các vị thành niên lớn hơn, mà trước đó không lâu cũng có những triệu chứng tương tự. Ngay sau khi nữ sinh cấp 3 này có những biểu hiện đó, một số học sinh nữ khác cùng trường với em cũng bắt đầu có triệu chứng tương tự. Các nam sinh và giáo viên không bị. Xe cứu thương được đưa đến trường để chở các học sinh này đến bệnh viện. Ở đó, người ta khám và các nguyên tắc cơ bản của triệu chứng được loại bỏ. Sau đó, học sinh được xuất viện về nhà. Ngay hôm

sau ở tại trường đó, những học sinh đã bị mắc ngày hôm trước thì lại bị lại, cùng với một số các em mới. Học sinh lại được gửi về nhà và cho nghỉ vài ngày. Sau khi các em quay lại trường, không có dấu hiệu xuất hiện lại triệu chứng học cơ thể nữa.

Khách thể nghiên cứu của chúng tôi là 100 nữ sinh tuổi từ 16 đến 21 ở trường cấp 3 đã xảy ra MPI. 45 em trong số này có biểu hiện các triệu chứng của MPI trong ngày đầu tiên và 45 em khác không có triệu chứng được chọn từ các lớp các em có biểu hiện MPI.

Đo lường

Những khách thể của ca MPI. Đánh giá xem liệu học sinh có triệu chứng MPI hay không được tìm hiểu từ giáo viên. Những em bị MPI được mã 1, những em không bị được mã 0.

Nhân cách. Thang đo The Big Five (BFQ; Barbaranelli et al., 2003) được sử dụng để đo nhân cách của vị thành niên. BFQ là bảng hỏi gồm 65 câu được xây dựng để đánh giá 5 yếu tố nhân cách ở trẻ em và vị thành niên bao gồm: (a) *Nhiều tâm - Neuroticism* (xu hướng trải nghiệm các cảm xúc không dễ chịu như cáu giận hay lo âu; yếu tố này thỉnh thoảng còn được gọi là không cân bằng cảm xúc); (b) *Hướng ngoại - Extraversion* (xu hướng tìm sự kích thích và sự đồng hành của người khác; yếu tố này còn được gọi là Năng lượng); (c) *Dễ hòa hợp - Agreeableness* (xu hướng liên đới và hợp tác với người khác, không hoài nghi và thù địch); (d) *Chu đáo, tận tâm - Conscientiousness* (xu hướng tuân thủ kỉ luật và luôn hướng tới hiệu quả, hoàn thành công việc), và (e) *Cởi mở - Openness* (quan tâm, tiếp nhận, thưởng thức nghệ thuật, tình cảm, mạo hiểm, tò mò v.v...).

Củng cố bởi cha mẹ. Một công cụ do vị thành niên tự báo cáo đánh giá (a) sự củng cố từ cha mẹ và (b) không củng cố các hành vi của chủ thể khi (c) có bệnh và khi (d) khỏe mạnh. Các câu hỏi củng cố, ví dụ như “Khi tôi ốm và cảm thấy không khỏe, cha mẹ của tôi chú ý đến tôi nhiều hơn lúc bình thường”, các câu hỏi không củng cố hành vi bệnh tật của trẻ như “Khi tôi ốm hoặc không khỏe, cha mẹ vẫn yêu cầu tôi làm những việc vặt vãnh trong nhà như thường ngày”. Câu hỏi không củng cố hành vi khỏe mạnh như “Khi tôi khỏe, cha mẹ rất nghiêm khắc với tôi” và câu hỏi củng cố các hành vi khỏe mạnh là “Khi tôi khỏe, cha mẹ khen và thưởng cho tôi”.

Củng cố từ phía bạn bè. Song song với công cụ đánh giá cha mẹ là công cụ đánh giá bạn bè trong việc củng cố hoặc không củng cố hành vi của vị thành niên khi khỏe và khi có bệnh. Câu hỏi củng cố hành vi bệnh tật như “Khi tôi ốm hoặc không khỏe, các bạn đến thăm tôi và cố gắng giúp làm tôi cảm thấy khỏe hơn” và câu hỏi không củng cố “Khi tôi ốm hoặc không khỏe, bạn bè

nghe là tôi lười và trốn học". Câu hỏi củng cố hành vi khỏe mạnh như "Khi tôi khỏe mạnh, bạn bè chú ý đến tôi nhiều" và câu hỏi không củng cố hành vi khỏe mạnh như "Khi tôi khỏe mạnh, bạn bè không chú ý đến tôi nhiều".

Dịch và phát triển công cụ đo lường. Bảng hỏi nhân cách Big-Five BFQ được dịch từ tiếng Anh sang tiếng Việt bởi một đội ngũ bao gồm 1 bác sĩ tâm thần người Việt thông thạo tiếng Anh, 1 nhà tâm lý học giáo dục người Việt thông thạo tiếng Anh, 1 nhà tâm lý học người Canada gốc Việt thông thạo tiếng Việt và 1 nhà tâm lý học lâm sàng người Mỹ thông thạo tiếng Việt. Phương pháp thích nghi và dịch của chúng tôi tuân thủ theo chỉ dẫn của van-de-Vijver and Hambleton (1996). Thay vì sử dụng phương pháp dịch xuôi - dịch ngược một cách nghiêm ngặt, cách này lại tập trung tiếp cận theo hướng ưng thuận mà van-de-Vijver and Hambleton (1996) đã chứng minh là có chất lượng tốt hơn. Với dịch xuôi - dịch ngược, van-de-Vijver and Hambleton (1996) cho thấy người dịch có xu hướng dịch chữ theo nghĩa đen các câu hỏi và khi chuyển sang dịch ngược thì sẽ trùng với bản nguyên gốc. Tuy nhiên, cách này, cuối cùng, lại không đạt được việc nắm bắt các tầng ý nghĩa quan trọng của ngôn ngữ. Khi dịch ngược, mặc dù không nắm bắt được tầng ý nghĩa của câu, nhưng lại đúng về mặt từ ngữ. Bảng hỏi củng cố được thiết kế riêng cho nghiên cứu này. Những người chịu trách nhiệm dịch cũng như đội ngũ bác sĩ tâm thần cũng đều tham dự xây dựng bảng hỏi này.

Các bước triển khai nghiên cứu

Ngay sau khi biết được sự việc xảy ra, một bác sĩ tâm thần của bệnh viện điều phối nghiên cứu này đã liên lạc với hiệu trưởng của trường cấp 3 và xin phép được thu thập thông tin từ học sinh và nhà trường có liên quan đến sự việc. Hai bác sĩ tâm thần gặp mặt hiệu trưởng và bốn giáo viên để thông tin cho họ về bệnh này cũng như giải đáp thắc mắc của họ. Nhà trường đã cho phép tiến hành nghiên cứu ở trường vì họ quan ngại rằng các triệu chứng có thể lại xuất hiện do mọi người đều quá chú ý đến các vụ trước đã xảy ra. Nhà trường cũng yêu cầu việc lấy số liệu sẽ do cán bộ của trường thực hiện chứ không phải do cán bộ của bệnh viện làm. Do vậy, 2 bác sĩ tâm thần đã huấn luyện cán bộ của trường về việc thu thập số liệu. Giáo viên trực tiếp cung cấp các bảng hỏi cho học sinh trong lớp học.

3. Kết quả nghiên cứu

Ba phân tích hàm phân biệt được thực hiện. Phân tích hàm phân biệt (Discriminant Function Analysis) là một dạng của phân tích thống kê mà ở đó biến phụ thuộc là biến nhị nguyên xác thực và biến độc lập là một biến liên tục. Trong trường hợp này, biến phụ thuộc là Nhóm (có biểu hiện triệu chứng MPI hay không). Phân tích đầu tiên tập trung vào biến nhân cách, phân tích thứ 2 liên quan đến biến củng cố từ cha mẹ, phân tích thứ 3 về biến củng cố từ phía

hậu quả không rõ ràng, chẳng hạn như có thể việc liên đới đến ca MPI ảnh hưởng đến ứng xử củng cố của cha mẹ chứ chưa chắc là cách ứng xử của cha mẹ là nguyên nhân khiến trẻ mắc MPI. Tuy vậy, nếu nhân cách, củng cố từ cha mẹ và bạn bè là ổn định, thì việc lấy thông tin hồi tưởng ngược sẽ bớt là vấn đề hạn chế.

Tài liệu tham khảo

1. Barbaranelli, C., Caprara, G. V., Rabasca, A., & Pastorelli, C. (2003). A questionnaire for measuring the Big Five in late childhood. *Personality and Individual Differences*, 34, 645-664.
2. Cheung, M., & Nguyen, S. M. H. (2001). Parent-child relationships in Vietnamese American families. In N. B. Webb (Ed). *Culturally diverse parent-child and family relationships: A guide for social workers and other practitioners* (pp. 261-282). New York: Columbia University Press.
3. Dandy, J., & Nettelbeck, T. (2002). A cross-cultural study of parents' academic standards and educational aspirations for their children. *Educational Psychology*, 22, 621-627.
4. De Gucht, V. Fischler, B. & Heiser, W. (2003). Job stress, personality, and psychological distress as determinants of somatization and functional somatic syndromes in a population of nurses. *Stress and Health*, 19, 195-204.
5. Dillner, L. (1999). A case of mass hysteria. *The Guardian*, p. 42.
6. van-de-Vijver, F. & Hambleton, R.K. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist*, 1, 89-99.
7. World Health Organization. (1994). *International Classification of Diseases* (10th ed). Geneva: Author.