



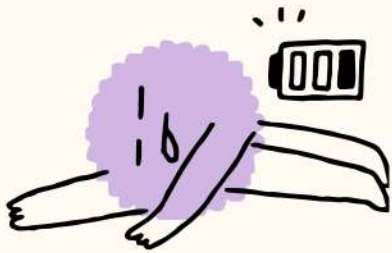
Bản tin

NGHỀ THAM VẤN TÂM LÝ

sự thật



về



sức khỏe tâm thần



Lời giới thiệu

Quý độc giả thân mến,

Trong những thập kỷ gần đây, sức khỏe tâm thần (mental health) đã được tái định nghĩa vượt ra khỏi khuôn khổ bệnh lý học, hướng tới một cách hiểu tích hợp hơn bao gồm cả trải nghiệm chủ quan, năng lực hành động và bối cảnh sống của con người. Tuy nhiên trong thực hành và đặc biệt tại các bối cảnh văn hoá đang phát triển như Việt Nam, việc khái niệm hoá (conceptualization) sức khỏe tâm thần vẫn còn thấy tình trạng phân mảnh hay thiếu một khung tích hợp có thể kết nối giữa lý thuyết, nghiên cứu và thực hành.

Ở Bản tin Nghề Tham vấn Tâm lý 10 với chủ đề “Sự thật về sức khỏe tâm thần”, chúng ta cùng làm rõ trục Nền tảng lý luận (trong 3 trục của Thực hành dựa trên chứng cứ - cũng là cấu trúc chính của Bản tin). Liệu trong quá trình thực hành tham vấn tâm lý với hướng tiếp cận phi bệnh lý hóa, hiểu biết về sức khỏe tâm thần đóng góp vai trò gì trong nhận thức của khách hàng về chính họ và đóng góp vai trò như thế nào trong chiều dài tiến trình tham vấn? Hi vọng từng bài viết có thể gợi mở thêm suy tư trong chúng ta về một góc nhìn rộng mở khi nhắc đến khái niệm sức khỏe tâm thần.

Đặc biệt, trong chuyên mục Đối thoại, chuyên gia tham vấn tâm lý Ngô Minh Uy đã đưa ra đề xuất về mô hình khái niệm hoá tích hợp gồm: Trải nghiệm chủ quan (Subjectivity); Năng lực tự chủ (Agency); và Trong bối cảnh (Context), gọi tắt là mô hình ICMH-SAC. Mô hình này được đề xuất nhằm tổ chức lại cách hiểu về sức khỏe tâm thần theo 3 trục đã được đề cập trong những lý thuyết khác nhau bao gồm 3 chiều kích vừa nói trên. Dựa trên việc tổng hợp các lý thuyết lớn (nhân văn, nhận thức-hành vi, hệ thống gia đình, tâm lý học tích cực) và các nghiên cứu gần đây, mô hình mang đến một cách tiếp cận tích hợp không chỉ giúp hiểu rõ hơn bản chất đa chiều của sức khỏe tâm thần mà còn cung cấp nền tảng vững chắc cho thực hành tham vấn, giáo dục và can thiệp cộng đồng.

Trong nỗ lực cùng chung tay phát triển và mở rộng sự hiểu biết dựa trên khoa học chứng cứ về nghề tham vấn tâm lý, Bản tin Nghề Tham vấn Tâm lý là một tài liệu chuyên môn đáp ứng 3 thành phần quan trọng của “Thực hành dựa trên chứng cứ” (EBP-Evidence-based practice). Xin chân thành cảm ơn quý độc giả luôn quan tâm, ủng hộ chúng tôi!

Trân trọng,
NGÔ MINH UY và nhóm thực hiện.

Lưu hành nội bộ

Hợp tác thực hiện cùng QHome - Yoga Psychology

welinkvn.org

bantintvtl@gmail.com

<https://www.facebook.com/welinkchannel>



Mục lục

Tiếng nói khách hàng



Bản tin NGHỀ THAM VẤN TÂM LÝ triển khai nội dung đáp ứng 3 thành phần quan trọng của “Thực hành dựa trên chứng cứ” (EBP - Evidence-based practice).

✓ Mục “Tiếng nói khách hàng” làm rõ giá trị, đặc tính của khách hàng.

✓ Mục “Năng lực người tham vấn” khai thác góc nhìn về kinh nghiệm hay năng lực lâm sàng (năng lực chuyên môn) của người hành nghề.

✓ Mục “Nền tảng lý luận” cung cấp thông tin về các nghiên cứu mới, lý thuyết nghiên cứu, những nội dung chuyên môn.

Chào CVTV 4

Độc nhanh 7

*Tâm lý học đại chúng:
Vấn đề của đơn giản hóa quá mức sức khỏe tâm thần*

Khảo sát 11

*Hiểu đúng về sức khỏe tâm thần:
Khoảng cách giữa nhận thức, ngôn ngữ và thực hành*

Năng lực người tham vấn

Đối thoại 17

*Truyền thông nhân văn:
Nền tảng của truyền thông về sức khỏe tâm thần*

Tôi với nghề 30

Khoảng trống truyền thông về sức khỏe tâm thần



Tổ chức thực hiện :

- Ngô Minh Uy
- Nguyễn Như Quỳnh

Thiết kế:

- Nguyễn Như Quỳnh
- Đào Công Anh

Truyền thông:

- Trương Thị Thu Thảo
- Văn Ngọc Minh Nguyệt

CTV:

- Nguyễn Thị Hiếu Lợi
- (đọc bản cuối)

Nền tảng lý luận

Lăng kính khoa học 37

*Từ tiến trình “trở thành” đến trạng thái “nở hoa”:
Nền tảng nhân văn trong lý luận về phát triển con người*

Nghiên cứu mới 46

Liệu chúng ta có thực sự hiểu về sức khỏe tâm thần?

Hiểu đúng về sức khỏe tâm thần trong 52

tiến trình tham vấn tâm lý



**Mời bạn gửi ý kiến
đóng góp và đăng ký**

welinkvn.org

bài vở về: bantintvttl@gmail.com

<https://www.facebook.com/welinkchannel>

Xin chào Bản tin Nghề Tham vấn Tâm lý,

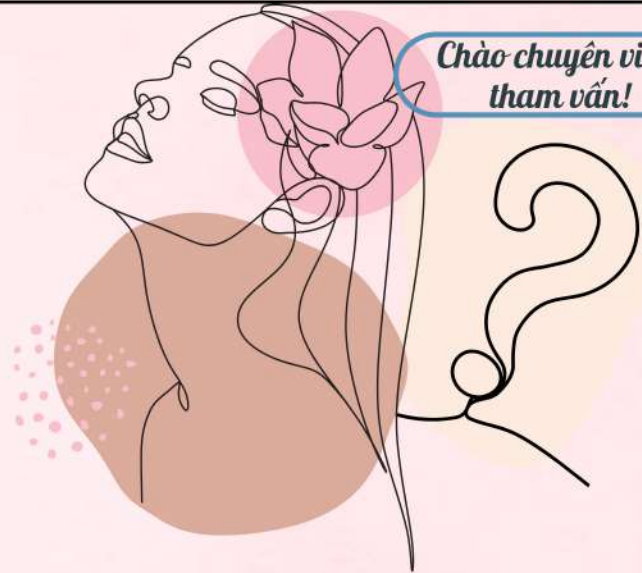
Mình là nữ, 23 tuổi, hiện đang đi làm trong lĩnh vực marketing. Mình bắt đầu công việc hiện tại từ vị trí thực tập sinh, được giảng viên giới thiệu. Thời điểm đó mình khá tự tin vì trước đó đã từng làm leader trong nhiều hoạt động ở trường và có một số trải nghiệm về ngành khi còn đi học.

Trong khoảng hơn một năm đầu làm việc, mình cảm thấy khá may mắn vì được làm trong một môi trường tốt. Mình học được nhiều thứ, từ chuyên môn đến các kỹ năng như AI, teamwork hay leadership. Đồng nghiệp và sếp ban đầu cũng tạo điều kiện để mình phát triển, nên mình luôn có cảm giác mình đang đi đúng hướng.

Tuy nhiên, khoảng 2-3 tháng gần đây, mình bắt đầu nhận ra bản thân có nhiều thay đổi. Mình không còn chủ động trong công việc như trước, mình trì hoãn dù biết là cần hoàn thành nhanh chóng và chuyện đúng giờ hay trễ giờ không còn quan trọng nữa. Mình nhận task và làm theo cho xong chứ không còn tò mò hay đặt câu hỏi để phát triển task như trước đây, những cuộc họp nội bộ hay giao ban cũng không còn năng nổ, hoạt bát, đóng góp ý tưởng nữa. Điều này khác so với trước đây, vì mình từng là người luôn muốn làm nhanh và làm tốt.

Trong thời gian này, mình nhận thấy có một số thay đổi trong môi trường làm việc. Khi làm việc chung với một đồng nghiệp, mình có cảm giác mình bị lấn át năng lượng, phần đóng góp của mình không được ghi nhận rõ ràng, và kết quả công việc được trình bày theo hướng có lợi cho đối phương, nhận hết công lao về phía cô ấy và báo cáo lên cấp trên theo hướng bất lợi cho mình, ảnh hưởng đến đánh giá hiệu suất của mình. Ngoài ra, sau một lần mình phát biểu chưa chính xác về chuyên môn trong một cuộc họp, sếp bắt đầu hình thành một thiên kiến về năng lực của mình, nghi ngờ liệu mình có thật sự là sinh viên tiêu biểu hay tốt nghiệp loại giỏi như hồ sơ thể hiện hay không.

Chào chuyên viên tham vấn!



Dù mình không nghe trực tiếp từ sếp mà nghe qua lời kể của chị quản lý phản ánh lại, nhưng từ đó về sau mình luôn trong tâm thế phải làm đúng mọi thứ, các công việc của mình đều bị quản lý giám sát và soi xét rất chặt chẽ, điều này khiến mình thấy tù túng, gò bó khả năng linh hoạt và không thử những cách làm mới - điều rất quan trọng trong lĩnh vực Marketing, dần dần mình chỉ còn chấp nhận và làm theo những phương án có sẵn.

Trước đây, trong team mình thường được gọi vui là “vua trò chơi”, từ lúc còn là thực tập sinh hay đã là nhân sự chính thức, vì dù làm hay chơi mình luôn muốn lao đến đích sớm nhất. Nhưng gần đây mình và cả đồng nghiệp nhận ra nickname đó mờ dần với mình rồi.

Mình cũng bắt đầu nghĩ rằng bản thân mình chưa đủ năng lực, chưa thật sự làm hết khả năng của mình và không kiên trì cho công việc mình chọn. Càng nghĩ như vậy, mình càng thấy khó để lấy lại trạng thái làm việc như trước.

Không biết liệu vấn đề thật sự nằm ở năng lực của mình, hay ở cách mình nhìn nhận bản thân và môi trường xung quanh?

Chào em,

Cảm ơn em đã chia sẻ một cách rất chân thành và rõ ràng về trải nghiệm của mình. Khi đọc những dòng em viết, mình cảm nhận được em là một người trẻ có trách nhiệm, có ý thức về bản thân, và thực sự muốn phát triển. Điều đó là một điểm rất đáng quý. Nhưng đồng thời, mình cũng thấy em đang phải mang theo một điều không nhẹ nhàng chút nào, đó là cảm giác “chưa đủ tốt” ở bản thân dù em đã cố gắng rất nhiều.

1. Khi “động lực phát triển” đi cùng “nghỉ ngơi bản thân”

Những gì em mô tả khá gần với một trạng thái mà trong tâm lý học hay gọi là chủ nghĩa cầu toàn (perfectionism), mang tính tự phê phán cao.

Kiểu như ở đây có một vòng lặp xảy ra như sau: Đặt ra tiêu chuẩn cao; Dẫn đến khả năng không đạt được như kỳ vọng; Bản thân tự xem lại, tự trách, tự nghỉ ngơi; Cố gắng nhiều hơn nữa (học thêm, làm thêm); Dần dần trở nên mệt mỏi, mất động lực; Kết quả cuối cùng không như mong muốn; Và lặp lại vòng lặp.

Điều quan trọng không phải là “em có cố gắng hay không” mà là cách em đang đối xử với chính mình trong quá trình cố gắng đó như thế nào.

2. Áp lực có vẻ không thể giúp mình trở nên tốt hơn

Em có đặt một câu hỏi rất quan trọng, “Nếu mình không tự gây áp lực, liệu mình có trở nên dễ hài lòng và không tiến bộ không?”

Đây là một hiểu lầm khá phổ biến. Trong nhiều nghiên cứu, ví dụ về lòng tự trắc ẩn với bản thân (self-compassion), người ta thấy rằng những người không tự đánh giá mình quá nặng nề và quá nghiêm khắc lại là những người kiên trì hơn, ít kiệt sức hơn, và duy trì động lực lâu dài tốt hơn.

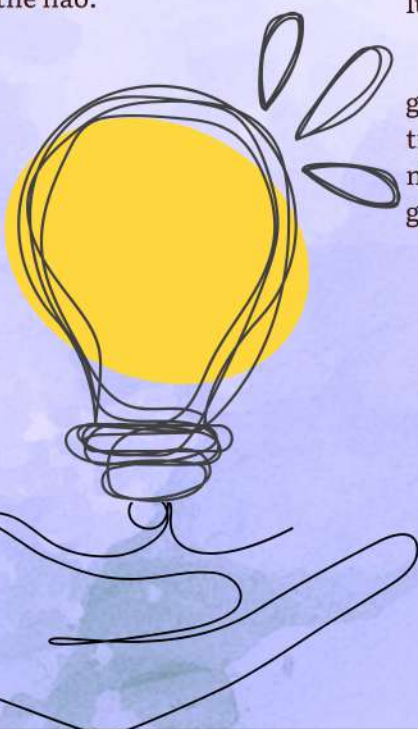
Nói cách khác, áp lực có thể giúp em đi nhanh nhưng chỉ trong ngắn hạn, còn sự tử tế và nhẹ nhàng với bản thân mới giúp em đi đường dài.



3. Khi “chưa đủ tốt” trở thành một tiếng nói bên trong

Có vẻ trong em đang có một “tiếng nói nội tâm” kiểu như “Mình phải làm tốt hơn nữa”; “Như vậy là chưa đủ”; hay “Người khác giỏi hơn mình”... Tiếng nói này không phải tự nhiên có trong em mà thường đến từ môi trường cạnh tranh, từ trải nghiệm trước đây (được khen khi làm tốt, bị so sánh...), hoặc từ những tiêu chuẩn em tự xây dựng để bảo vệ mình khỏi những thất bại.

Điều đáng lưu ý là những tiếng nói này tưởng như giúp em tiến lên thì chúng lại khiến em kiệt sức và trì hoãn (tiếng nói càng mạnh thì tình trạng trì trệ càng nghiêm trọng). Như em có nói rất rõ ràng rằng càng ép em càng mệt và càng không muốn làm.



4. Một vài hướng em có thể thử và điều chỉnh

4.1. Tập nhận diện thay vì tin hoàn toàn vào suy nghĩ

Khi có suy nghĩ “mình không đủ tốt”, em có thể thử đổi giọng: “À, mình đang có suy nghĩ là mình không đủ tốt”. Một điều chỉnh nhỏ nhưng giúp em bớt bị cuốn theo sự căng thẳng.

4.2. Đặt lại tiêu chuẩn theo kiểu “đủ tốt để tiến lên”

Thay vì chú tâm vào tiêu chuẩn “phải làm thật tốt”, em có thể thử đổi một chút, tìm ra “mức đủ tốt để có thể nộp hoặc để có thể học được điều gì đó”. Đây là cách nhiều người làm việc hiệu quả lâu dài sử dụng.

4.3. Tách “giá trị bản thân” khỏi “kết quả một lần làm bài”

Một bài làm chưa tốt chỉ là một dữ liệu, tuyệt đối không phải là bằng chứng cho thấy “mình kém”.

4.4. Chú ý dấu hiệu kiệt sức (khi nó vừa chớm xuất hiện)

Những lúc em không muốn làm, những lúc thấy mình trì hoãn, hay những lúc thấy nặng nề... nhớ rằng chúng không hẳn thể hiện cái em gọi là “lười biếng” mà có thể là não của em đang quá tải vì áp lực liên tục.

4.5. Giữ lại một phần động lực, nhưng đổi “giọng nói”

Không phải bỏ cố gắng mà là đổi từ “mình phải làm tốt hơn nữa” sang “mình muốn làm tốt hơn, và mình đang nỗ lực để khắc phục.”

5. Hãy giữ lấy điều này

Em không sai khi muốn phát triển và em cũng không “yếu” khi thấy mình mệt. Có thể điều em đang cần không phải là cố gắng nhiều hơn mà là học cách đồng hành với chính mình theo một cách bền vững hơn.

Nếu em thấy những trải nghiệm này lặp lại nhiều và bắt đầu ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần (tâm trí) hoặc ảnh hưởng đến chuyện học hành, em có thể cân nhắc việc liên hệ và nói chuyện với một người làm tham vấn tâm lý một cách nghiêm túc để hiểu mình hơn.

Chúc em mọi điều tốt lành.

Bản tin Nghề Tham vấn Tâm lý



POP PSYCHOLOGY



TÂM LÝ HỌC ĐẠI CHÚNG:

Vấn đề của việc đơn giản hóa
quá mức sức khỏe tâm thần

VĂN NGỌC MINH NGUYỆT dịch



Những rủi ro của việc đơn giản hóa tâm lý học: Tại sao tâm lý học đại chúng có nhiều hạn chế

Pop psychology là viết tắt của “popular psychology” - tâm lý học đại chúng. Khái niệm này đề cập đến các ý tưởng và lý thuyết về hành vi con người đạt được sự chấp nhận rộng rãi và được phổ biến tới công chúng (Cuncic, 2023).

Những ý tưởng này thường bắt nguồn từ nghiên cứu tâm lý học có cơ sở nhưng được đơn giản hóa hoặc điều chỉnh để phù hợp với đại chúng. Các chủ đề tâm lý học đại chúng thường xuyên xuất hiện trong sách self-help, bài viết tạp chí, chương trình truyền hình, podcast, và các bài đăng trên mạng xã hội (Cuncic, 2023).

Những hiểu lầm phổ biến trong tâm lý học đại chúng: Khái quát hóa quá mức và lời khuyên gây hiểu sai

Trong khi những nguồn này hướng đến việc giúp kiến thức tâm lý học trở nên dễ tiếp cận và có thể áp dụng vào đời sống hàng ngày, nhưng đôi khi đơn giản hóa quá mức các khái niệm phức tạp hoặc trình bày chúng mà không có sự hiểu biết sâu sắc cần thiết để áp dụng chính xác (Finch, 2023).



Một dấu hiệu đặc trưng của tâm lý học đại chúng là tập trung vào lời khuyên thực tế nhằm cải thiện bản thân và sức khỏe tâm thần. Các chủ đề phổ biến bao gồm nâng cao lòng tự tôn, thúc đẩy các mối quan hệ tốt hơn, quản lý căng thẳng, và đạt được thành công cá nhân. Tuy nhiên, thông tin được trình bày trong nội dung tâm lý học đại chúng có thể bị khái quát hóa quá mức, gây hiểu sai, diễn giải sai về sức khỏe tâm lý, bệnh lý hóa hành vi lành mạnh, và mang tính khuôn mẫu (Finch, 2023). Đôi khi mọi người phụ thuộc quá nhiều vào tâm lý học đại chúng và không tìm đến hỗ trợ chuyên môn chính thống.

Những nhà phê bình lập luận rằng tâm lý học đại chúng đôi khi thúc đẩy giả khoa học hoặc các lý thuyết không có cơ sở. Mong muốn đưa ra các giải pháp nhanh chóng hoặc làm giạt gân các phát hiện có thể khiến các lời khuyên được lan truyền mà không có cơ sở thực nghiệm (Cuncic, 2023). Sự phê bình này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phân biệt giữa các thực hành dựa trên chứng cứ và những gì chỉ đơn thuần phổ biến hoặc hấp dẫn theo trực giác. Bất chấp những phê bình này, tâm lý học đại chúng có thể đóng vai trò như một cánh cổng để người đọc tìm hiểu thêm về tâm lý học và có khả năng theo đuổi việc học sâu hơn hoặc tìm đến trị liệu chuyên nghiệp.

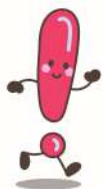
Bốn khái niệm tâm lý học đại chúng bị lạm dụng bởi những người sáng tạo nội dung:
(Dwyer, 2024)

1. Gán nhãn người khác là ái kỷ.

2. Hợp thức hóa một thuật ngữ không mang tính lâm sàng như gaslighting được cho là một hình thức thao túng tâm lý, và sử dụng nó để mô tả hành vi.

3. Lạm dụng từ “triggered” - “bị kích hoạt sang chấn” cho những trải nghiệm không thoải mái nhỏ nhất hoặc khi tâm trí và cơ thể trải qua một phản ứng nhẹ trước kích thích môi trường. Việc sử dụng từ này không chính xác hoặc quá sớm có thể làm giảm mức độ nghiêm trọng của trải nghiệm bị kích hoạt thật sự, đặc biệt ở những người sống chung với PTSD.

4. Bình thường hóa các vấn đề hành vi không lành mạnh hoặc kém thích nghi, như thể hầu hết mọi người sẽ hoặc thật sự trải qua hành vi đó. Đôi khi các vấn đề được bình thường hóa để giảm cảm giác xấu hổ hoặc tự phê phán mà một người có thể đang cảm thấy với bản thân, tuy nhiên điều đang được bình thường hóa có thể không phổ biến hoặc không có khả năng xảy ra trong thực tế. Có thể tốt hơn nếu thể hiện sự chấp nhận và xử lý cảm giác xấu hổ/tự phê phán mà không cần bình thường hóa.



Đọc nhanh

Đọc nhanh



Sự khác biệt giữa tâm lý học đại chúng và tâm lý học tích cực



Tâm lý học tích cực là một nhánh của tâm lý học mà tập trung vào việc nghiên cứu và thúc đẩy hạnh phúc, điểm mạnh cá nhân, và cảm xúc tích cực nhằm giúp các cá nhân và cộng đồng phát triển. Tuy nhiên, hướng tiếp cận này có giới hạn ở chỗ đôi khi nó có thể che lấp suy nghĩ tiêu cực hoặc các vấn đề thay vì giải quyết chúng.



Sự phổ biến của một số ý tưởng đôi khi có thể dẫn đến việc lan truyền của những chuyện hoang đường hoặc hiểu lầm về hành vi con người và sức khỏe tâm thần. Ví dụ, quan niệm được đơn giản hóa quá mức về “tư duy tích cực” như một giải pháp chữa các vấn đề tâm lý có thể bỏ qua sự phức tạp của các rối loạn tâm thần và sự cần thiết của việc can thiệp chuyên môn trong nhiều trường hợp (Cuncic, 2023). Một ví dụ khác có thể là nhiều nhân vật trên mạng xã hội sử dụng các khái niệm nghe có vẻ chuyên môn như “trauma response” - “phản ứng sang chấn” để giải thích hành vi có vấn đề ở bản thân và người khác (Cuncic, 2023). Tuy nhiên lý thuyết và tư duy trừu tượng của họ bị hiểu lầm là những suy nghĩ dựa trên bằng chứng. Những người này cũng có thể có lợi ích cá nhân trong việc quảng bá tâm lý học đại chúng, chẳng hạn như một hội thảo chữa lành, gói đăng ký theo dõi một trang, hoặc một cuốn sách họ đã viết.

Tâm lý học đại chúng: Những lời khuyên về sức khỏe tâm thần được đơn giản hóa, nhưng dễ gây hiểu lầm



Tâm lý học đại chúng có thể bình thường hóa các hành vi không lành mạnh để giảm cảm giác xấu hổ, ngay cả khi những hành vi đó không phổ biến hoặc kém thích nghi.

Mạng xã hội khuếch đại tâm lý học đại chúng, với những người có sức ảnh hưởng đơn giản hóa quá mức các khái niệm tâm lý để thu hút người quan tâm, thường dẫn đến hiểu lầm và thúc đẩy giả khoa học.

Việc lạm dụng các thuật ngữ như “kẻ ái kỷ”, “thao túng tâm lý”, và “bị kích hoạt sang chấn” bởi những người sáng tạo nội dung, thường không có độ chính xác lâm sàng hoặc bối cảnh phù hợp.

Thông tin gây hiểu lầm có thể làm mọi người ngần ngại trong việc tìm đến hỗ trợ chuyên môn về sức khỏe tâm thần.

Mặc dù tâm lý học đại chúng đã làm cho các khái niệm tâm lý trở nên dễ tiếp cận hơn với công chúng, nhưng nó thường đơn giản hóa quá mức và trình bày sai các ý tưởng phức tạp, đặc biệt trên mạng xã hội.

*Tài liệu tham khảo

1. Cuncic, A. (2023, November 28). What is pop psychology?. Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/what-is-pop-psychology-5195653>
2. Dwyer, C. (2024, May 24). 4 psychological ideas too many people misunderstand. Psychology Today. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/thoughts-on-thinking/202405/4-dubious-pop-psychology-understandings>
3. Finch, J. (2023, September 25). The problem with pop psychology. Centre for Clinical Psychology Melbourne. <https://ccp.net.au/the-problem-with-pop-psychology/>



Đọc nhanh

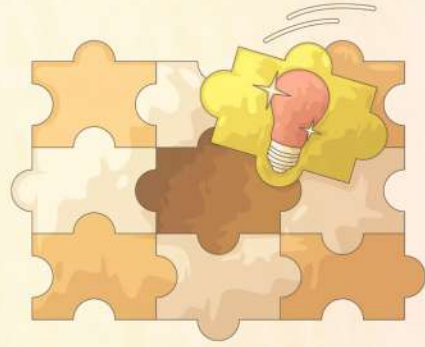
BÀI KHẢO SÁT BẢN TIN SỐ 10

HIỂU ĐÚNG VỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN: KHOẢNG CÁCH
GIỮA NHẬN THỨC, NGÔN NGỮ VÀ THỰC HÀNH

▪ VĂN NGỌC MINH NGUYỆT

1. Bối cảnh

Trong những năm gần đây, sức khỏe tâm thần ngày càng trở thành một chủ đề được quan tâm rộng rãi trong xã hội. Tuy nhiên, sự gia tăng về mức độ quan tâm không đồng nghĩa với việc các khái niệm liên quan được hiểu đúng hoặc được vận dụng một cách nhất quán trong đời sống. Các nghiên cứu trong lĩnh vực thông hiểu về sức khỏe tâm thần cho thấy cộng đồng thường gặp khó khăn trong việc phân biệt giữa những trải nghiệm cảm xúc phổ biến và các vấn đề cần can thiệp chuyên môn (Jorm, 2012; Kutcher et al., 2016).



Những nghiên cứu gần đây tiếp tục chỉ ra rằng, mặc dù nhận thức về sức khỏe tâm thần đã được cải thiện, các yếu tố như kỳ thị, hiểu sai về thuật ngữ và thiếu rõ ràng trong việc nhận diện vấn đề vẫn là những rào cản quan trọng đối với hành vi tìm kiếm hỗ trợ (World Health Organization [WHO], 2022). Một số nghiên cứu cũng cảnh báo về xu hướng bệnh lý hóa (over-pathologizing) những khó khăn đời sống thông thường khi các khái niệm tâm lý được phổ biến rộng rãi nhưng chưa được diễn giải đầy đủ (Foulkes & Andrews, 2023).

Trong bối cảnh đó, vẫn còn thiếu các dữ liệu thực nghiệm phản ánh cách cộng đồng tại Việt Nam thực sự hiểu, gọi tên và thực hành chăm sóc sức khỏe tâm thần trong đời sống hằng ngày. Do đó, khảo sát này được thực hiện nhằm cung cấp một góc nhìn thực tiễn, từ đó làm rõ khoảng cách giữa nhận thức - ngôn ngữ - hành vi trong bối cảnh Việt Nam.

2. Phương pháp

Khảo sát được thực hiện với 94 người tham gia. Bảng hỏi được xây dựng dựa trên tổng hợp tài liệu khoa học liên quan đến thông hiểu về sức khỏe tâm thần (Jorm, 1997), lý thuyết kỳ thị trong sức khỏe tâm thần (Corrigan et al., 2014), mô hình hành vi tìm kiếm hỗ trợ (Rickwood et al., 2005), và mô hình phổ sức khỏe tâm thần của Corey L. M. Keyes (2002).

Khảo sát gồm ba trục nội dung chính:

1. Nhận diện “có vấn đề” thông qua các tình huống giả định (vignette)
2. Cách gọi tên và cảm nhận về “sức khỏe tâm thần” (thang Likert)
3. Thực hành chăm sóc và trạng thái sức khỏe tâm thần (bao gồm thang đo Keyes)

Bên cạnh đó, các câu hỏi mở được sử dụng nhằm khai thác sâu hơn cách người tham gia lý giải, diễn giải và trải nghiệm các khái niệm liên quan.

Dữ liệu được phân tích bằng thống kê mô tả, kiểm định Chi-square, ANOVA và phân tích nội dung (thematic analysis).





3. Kết quả

a. Nhận diện “có vấn đề”



Kết quả từ các tình huống giả định cho thấy sự thiếu nhất quán trong cách cộng đồng phân biệt giữa phản ứng căng thẳng thông thường và vấn đề sức khỏe tâm thần, phản ánh một khoảng mờ trong nhận thức cộng đồng. Ở tình huống mức độ nhẹ (căng thẳng ngắn hạn, chưa ảnh hưởng rõ đến chức năng sống), 39% người tham gia cho rằng nhân vật có vấn đề sức khỏe tâm thần, trong khi 36,6% cho rằng không và 24,4% không chắc.

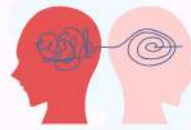


Ở tình huống mức độ trung bình (trạng thái kéo dài và bắt đầu ảnh hưởng đến sinh hoạt), tỷ lệ nhận diện tăng lên 78%. Trong khi đó, ở tình huống mức độ cao (biểu hiện rõ ràng, suy giảm hứng thú và chức năng), 90,2% người tham gia cho rằng nhân vật có vấn đề sức khỏe tâm thần.

Một mặt, khoảng 39% người tham gia có xu hướng gán nhãn các biểu hiện căng thẳng hoặc mệt mỏi thông thường là “có vấn đề”. Mặt khác, 36,6% lại nhấn mạnh tính bình thường của những trải nghiệm này trong bối cảnh đời sống, và 24,4% thể hiện sự không chắc chắn trong việc đánh giá.

Các phản hồi mở cho thấy người tham gia thường dựa vào ba tiêu chí để đánh giá:

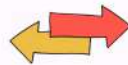
- Thời gian kéo dài
- Mức độ ảnh hưởng đến chức năng sống
- Khả năng tự điều chỉnh của cá nhân



Một số ý kiến thể hiện rõ cách tiếp cận theo hướng liên tục (continuum): “Cả 3 đều bị ảnh hưởng nhưng ở mức độ khác nhau.”

Tuy nhiên, cũng xuất hiện hai xu hướng đối lập trong dữ liệu định tính:

Bệnh lý hóa sớm: “Bất kỳ thay đổi nào cũng nên tiếp cận chuyên môn sớm”



Bình thường hóa mạnh: “Căng thẳng là điều bình thường, không nhất thiết cần hỗ trợ”

Sự dao động này phản ánh đúng những gì các nghiên cứu gần đây ghi nhận: khi kiến thức về sức khỏe tâm thần lan rộng nhưng chưa được hệ thống hóa, cộng đồng có thể rơi vào trạng thái không chắc chắn trong việc xác định ranh giới giữa “bình thường” và “bất thường” (Foulkes & Andrews, 2023).

Đáng chú ý, sự khác biệt này giảm dần khi mức độ triệu chứng trở nên rõ ràng hơn, thể hiện qua việc tỷ lệ nhận diện “có vấn đề” tăng từ 39% lên 90,2% qua ba tình huống. Kết quả so sánh nhóm cũng cho thấy những người có nền tảng chuyên môn hoặc đang học trong lĩnh vực liên quan có xu hướng phân biệt rõ ràng hơn, phù hợp với mô hình hành vi tìm kiếm hỗ trợ, trong đó khả năng nhận diện vấn đề là bước đầu tiên và mang tính quyết định (Rickwood et al., 2005).



b. Ngôn ngữ

Phân tích dữ liệu cho thấy cụm từ “sức khỏe tâm thần” vẫn mang tính nhạy cảm trong nhận thức cộng đồng. Cụ thể, 31,7% người tham gia đồng ý hoặc hoàn toàn đồng ý rằng cụm từ này gợi liên tưởng tiêu cực. Ở một khía cạnh khác, 44% người tham gia cho biết họ có xu hướng tránh sử dụng cụm từ này trong giao tiếp. Đồng thời, 51,2% người tham gia đồng ý hoặc hoàn toàn đồng ý rằng đây vẫn là một chủ đề nhạy cảm trong xã hội. Một số ý kiến cho biết họ không hoàn toàn thoải mái khi sử dụng thuật ngữ này, hoặc có xu hướng thay thế bằng các cách gọi khác. Các cụm từ phổ biến bao gồm:

- “Sức khỏe tinh thần”
- “Tâm lý”
- “Căng thẳng”, “Áp lực”
- Hoặc mô tả trạng thái thay vì gọi tên trực tiếp

Các lý do được nhắc đến nhiều nhất:

- “Nghe nhẹ nhàng hơn”
- “Tránh gây phản ứng tiêu cực”
- “Dễ tiếp nhận hơn trong giao tiếp”



Một số phản hồi trực tiếp chỉ ra mối liên hệ giữa ngôn ngữ và kỳ thị: “Nghe ‘tâm thần’ thì người ta nghĩ là không bình thường”.

Kết quả này phù hợp với lý thuyết về kỳ thị trong sức khỏe tâm thần, trong đó ngôn ngữ đóng vai trò trung tâm trong việc hình thành và duy trì định kiến xã hội (Corrigan et al., 2014). Việc né tránh thuật ngữ không chỉ là lựa chọn giao tiếp, mà còn phản ánh nỗ lực giảm thiểu rủi ro bị gán nhãn hoặc bị đánh giá.

Đồng thời, một nhóm nhỏ người tham gia chủ yếu có nền tảng chuyên môn lại có xu hướng sử dụng trực tiếp thuật ngữ “sức khỏe tâm thần” như một cách chuẩn hóa và giảm kỳ thị, cho thấy sự khác biệt giữa nhận thức chuyên môn và nhận thức phổ thông.

c. Thực hành chăm sóc



Khi nói về chăm sóc sức khỏe tâm thần, người tham gia đề cập đến các hoạt động chăm sóc bản thân trong đời sống hằng ngày. Cụ thể, 90,2% lựa chọn nghỉ ngơi hoặc ngủ đủ giấc, 78% lựa chọn chế độ ăn uống lành mạnh, vận động cơ thể chiếm 75,6%, dành thời gian thư giãn hoặc làm điều mình thích chiếm 87,8%, trò chuyện với người tin cậy được lựa chọn với 75,6%, điều chỉnh công việc hoặc sinh hoạt để giảm áp lực chiếm 70,7% và tìm đến sự hỗ trợ chuyên môn khi cần chiếm 56,1%. Những hoạt động này xuất hiện với tần suất cao, cho thấy nhận thức khá rõ ràng về vai trò của chăm sóc bản thân.

Các phản hồi mở cho thấy một cách hiểu tương đối toàn diện: “Chăm sóc sức khỏe tâm thần là chăm sóc cả cảm xúc, nhận thức, hành vi và các mối quan hệ”.

Một số người tham gia còn phân biệt rõ giữa:

- Chăm sóc hằng ngày
- Tìm kiếm hỗ trợ chuyên môn khi cần

Điều này phù hợp với mô hình phổ biến sức khỏe tâm thần của **Corey L. M. Keyes (2002)**, trong đó chăm sóc bản thân đóng vai trò nền tảng trong việc duy trì trạng thái an lạc, trong khi can thiệp chuyên môn được xem là một phần của phổ hỗ trợ rộng hơn.

Tuy nhiên, việc tìm đến chuyên gia vẫn chưa phải là lựa chọn phổ biến nhất, cho thấy khoảng cách giữa nhận thức và hành vi là một hiện tượng đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu về thông hiểu về sức khỏe tâm thần (**Jorm, 2012**).

d. Trạng thái sức khỏe tâm thần



Phân tích thang đo Keyes cho thấy sức khỏe tâm thần của người tham gia phân bố trên một phổ liên tục, từ mức thấp đến mức cao, thay vì chia thành hai trạng thái đối lập “có vấn đề” và “không có vấn đề”. Kết quả này củng cố quan điểm rằng sức khỏe tâm thần không chỉ là sự vắng mặt của rối loạn, mà là sự hiện diện của các yếu tố tích cực như cảm xúc, chức năng và sự gắn kết xã hội (**Keyes, 2002**).

e. Khoảng cách giữa hiểu - gọi tên - hành động



Tổng hợp các kết quả cho thấy một mô hình nhất quán rằng cộng đồng có những hiểu biết bước đầu về sức khỏe tâm thần. Tuy nhiên, cách gọi tên vẫn chịu ảnh hưởng của kỳ thị và né tránh, và hành vi chăm sóc vẫn tập trung vào chăm sóc bản thân nhiều hơn là tìm kiếm hỗ trợ chuyên môn. Khoảng cách này phản ánh một đặc điểm quan trọng của thông hiểu về sức khỏe tâm thần: việc có kiến thức không tự động dẫn đến thay đổi hành vi (**Jorm, 2012**).

f. Khoảng trống trong truyền thông sức khỏe tâm thần

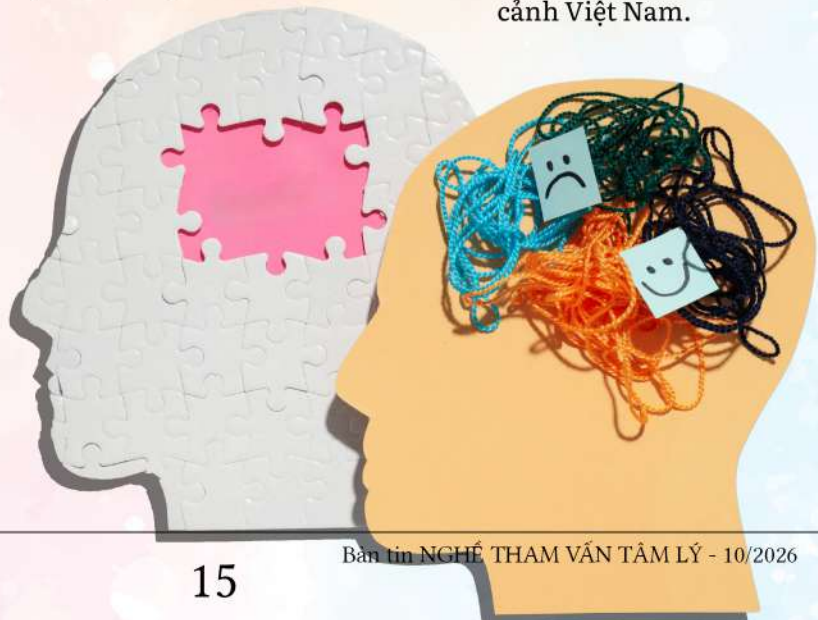


Những kết quả trên không chỉ phản ánh bối cảnh trong nước mà còn tương đồng với xu hướng quốc tế. Các báo cáo gần đây cho thấy mặc dù sức khỏe tâm thần ngày càng được đưa vào chương trình truyền thông và chính sách, vẫn tồn tại khoảng cách đáng kể giữa thông tin được truyền tải và cách cộng đồng hiểu và áp dụng trong thực tế (**WHO, 2022**).

Điều này cho thấy truyền thông về sức khỏe tâm thần không chỉ cần mở rộng về phạm vi, mà còn cần:

- Chuẩn hóa về khái niệm
- Nhất quán về ngôn ngữ
- Thực tế về kỳ vọng

Đây cũng là một hướng quan trọng cho các nghiên cứu tiếp theo trong bối cảnh Việt Nam.



4. Hạn chế của khảo sát

Mặc dù khảo sát cung cấp một bức tranh có giá trị về cách cộng đồng hiểu, gọi tên và thực hành chăm sóc sức khỏe tâm thần, vẫn có một số hạn chế cần được cân nhắc khi diễn giải kết quả:

- Thứ nhất, công cụ khảo sát được xây dựng dựa trên tổng hợp tài liệu và mục tiêu ứng dụng thực tiễn, điều này có thể ảnh hưởng đến độ chính xác khi diễn giải các cấu trúc tâm lý phức tạp như thái độ hay nhận thức.

- Thứ hai, mẫu khảo sát được thu thập theo phương pháp thuận tiện và chủ yếu thông qua các kênh trực tuyến, do đó có khả năng thiên lệch về những cá nhân đã có sẵn mối quan tâm hoặc mức độ tiếp xúc nhất định với chủ đề sức khỏe tâm thần.

- Thứ ba, dữ liệu dựa trên tự báo cáo (self-report) có thể chịu ảnh hưởng của thiên lệch xã hội (social desirability bias), đặc biệt trong các câu hỏi liên quan đến thái độ và hành vi chăm sóc bản thân.

- Cuối cùng, khảo sát mang tính cắt ngang (cross-sectional), do đó không cho phép xác định quan hệ nhân quả, cũng như chưa phản ánh được sự thay đổi nhận thức theo thời gian hoặc dưới tác động của các yếu tố truyền thông - xã hội.

Tuy vậy, những hạn chế này cũng phản ánh đúng bản chất của một khảo sát khám phá (exploratory), và mở ra hướng cho các nghiên cứu tiếp theo với thiết kế chặt chẽ hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37 - 70.
- Foulkes, L., & Andrews, J. L. (2023). Are mental health awareness efforts contributing to the rise in reported mental health problems? *Perspectives on Psychological Science*, 18(1), 20 - 28.
- Jorm, A. F. (1997). Mental health literacy. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community. *American Psychologist*, 67(3), 231 - 243.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207 - 222.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking behaviour. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 218 - 251.
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. WHO.



Đối thoại

Truyền thông nhân văn: Nền tảng của truyền thông về sức khỏe tâm thần

Trong suốt quá trình thực hiện Bản tin Nghề Tham vấn Tâm lý, chúng ta đã nhiều lần đề cập đến hướng tiếp cận phi bệnh lý hóa. Đặc biệt trong chuỗi Bản tin năm 2026 với các chủ đề tập trung làm rõ Bản sắc Nghề Tham vấn Tâm lý, nội dung tiếp tục bám sát nền tảng thực hành dựa trên chứng cứ, chúng ta sẽ lần lượt làm rõ từng trục thực hành này.

Ở Bản tin số 10, chúng ta sẽ làm rõ bản sắc nghề ở trục nền tảng lý luận với câu hỏi đặt ra: Sức khỏe tâm thần cần được hiểu như thế nào đặt trong bối cảnh đời thường và bối cảnh của một tiến trình tham vấn tâm lý cùng chuyên gia tham vấn tâm lý Ngô Minh Uy. Từ đó, chúng ta có thể hình dung về một tương lai với hi vọng truyền thông nhân văn sẽ là nền tảng bền vững cho sự thông hiểu về sức khỏe tâm thần.



Anh Ngô Minh Uy

Chị Nguyễn Như Quỳnh

Đối thoại


Từ tiếp cận “bệnh lý” đến góc nhìn “nhân văn”


Chị Quỳnh: Chào anh Uy, khi chọn nhấn mạnh và làm rõ hướng tiếp cận phi bệnh lý trong thực hành tham vấn tâm lý, có một khái niệm mà có lẽ chúng ta rất cần làm rõ, đó chính là khái niệm sức khỏe tâm thần. Khái niệm này đang được số đông hiểu như thế nào và liệu cách hiểu ấy có giúp ích cho việc tham vấn tâm lý hay không?


Anh Uy: Sức khỏe tâm thần là khái niệm liên quan đến nhiều khía cạnh, lĩnh vực trong đời sống của chúng ta, đồng thời liên quan đến rất nhiều ngành nghề trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Có thể ở mỗi ngành nghề, sức khỏe tâm thần sẽ được tiếp cận ở góc độ khác nhau. Tuy nhiên, khi nhắc đến khái niệm thì chúng ta cần hướng đến định hướng chung mà Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã đưa ra. Theo định nghĩa mới nhất của WHO về sức khỏe tâm thần thì “sức khỏe tâm thần là một trạng thái an lạc, cho phép con người có thể đối diện và thích ứng với

những căng thẳng trong cuộc sống, nhận ra và phát huy năng lực của bản thân, học tập và làm việc hiệu quả, cũng như đóng góp cho cộng đồng. Sức khỏe tâm thần vừa mang giá trị tự thân, vừa nâng đỡ các khía cạnh khác của cuộc sống, và là một quyền cơ bản của mỗi con người”. Nếu so sánh với những định nghĩa được WHO đưa ra trước đó, chúng ta sẽ thấy một sự chuyển dịch sâu sắc về cách con người hiểu chính mình và xã hội, hướng đến một đời sống ý nghĩa và nhân văn. Định nghĩa WHO đưa ra năm 2022 đã đánh dấu một bước chuyển quan trọng từ cách hiểu dựa trên bệnh lý sang cách hiểu dựa trên năng lực và phát triển.

Có vẻ nhiều tổ chức khác như Liên đoàn sức khỏe Tâm thần Thế giới (WFMH), Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ (APA), Hiệp hội Tâm lý học Hoa Kỳ (APA), v.v. cũng có khuynh hướng diễn đạt tương tự khái niệm của WHO.

 **Báo cáo về sức khỏe tâm thần của WHO công bố năm 2001 “World Health Report - Mental Health: New Understanding, New Hope” (tr.5):** Sức khỏe tâm thần đã được các học giả từ nhiều nền văn hóa khác nhau định nghĩa theo nhiều cách. Các khái niệm về sức khỏe tâm thần bao gồm trạng thái an lạc chủ quan, cảm nhận về năng lực bản thân, tinh tự chủ, năng lực, sự phụ thuộc giữa các thế hệ, và việc hiện thực hóa tiềm năng trí tuệ và cảm xúc của mỗi người, cùng với những yếu tố khác.

 **Báo cáo về sức khỏe tâm thần của WHO công bố năm 2022 “World Mental Health Report - Transforming Mental Health for All” (tr.8):** Sức khỏe tâm thần là một trạng thái an lạc, cho phép con người đối phó với những căng thẳng của cuộc sống, nhận thức và phát huy khả năng của bản thân, **học tập và làm việc hiệu quả, đồng thời đóng góp cho cộng đồng. Sức khỏe tâm thần là một thành phần không thể tách rời của sức khỏe và trạng thái an lạc, và không chỉ đơn thuần là sự vắng mặt của các rối loạn.**

 **Nội dung trên trang web của WHO (cập nhật tháng 10/2025):** Sức khỏe tâm thần là một trạng thái an lạc, cho phép con người có thể đối diện và thích ứng với những căng thẳng trong cuộc sống, nhận ra và phát huy năng lực của bản thân, học tập và làm việc hiệu quả, cũng như đóng góp cho cộng đồng. Sức khỏe tâm thần **vừa mang giá trị tự thân, vừa nâng đỡ các khía cạnh khác của cuộc sống, và là một quyền cơ bản của mỗi con người. Sức khỏe tâm thần tồn tại trên một phổ liên tục phức tạp, và được mỗi người trải nghiệm theo những cách khác nhau.**

Đối thoại

Chúng ta thấy, với ý nghĩa được nêu ra như thế thì sức khỏe tâm thần không phải là định nghĩa của riêng những ai đang làm việc trong lĩnh vực tâm thần. Tôi quan sát và thấy có nhiều tín hiệu tích cực khi khái niệm này ngày càng được phổ thông hóa, giúp công chúng có thể tiếp cận được dễ dàng hơn, có sự hiểu biết rõ hơn, tốt hơn.

Trong định nghĩa mới nhất về sức khỏe tâm thần, WHO nhấn mạnh sức khỏe tâm thần là một quyền cơ bản của mỗi con người, nó không phải để chỉ điều gì đó ở bên ngoài chúng ta mà mỗi chúng ta có nhu cầu, có quyền sống cuộc đời của mình một cách an lạc về tâm thần. WHO cũng nói rõ sự khỏe mạnh về sức khỏe tâm thần không có nghĩa là vắng bóng bệnh tật. Chẳng hạn, một người không được chẩn đoán một rối loạn nào đó như rối loạn trầm cảm hay rối loạn lo âu thì không có nghĩa là họ chắc chắn khỏe. Bên cạnh đó, chúng ta cần nhìn thấy khái niệm “bệnh” trong sức khỏe tâm thần cũng đã có những thay đổi trong lối tiếp cận, tranh luận về việc như thế nào mới gọi là “bệnh”.

Sức khỏe tâm thần ngày càng được nhìn nhận theo nghĩa đời thường hơn, gắn chặt với trải nghiệm của con người hơn.

Anh Uy: Trong quan sát của tôi, tôi thấy có một vài điểm mà chúng ta có thể suy tư thêm.

Thứ nhất, khi một người hiểu điều gì đó một cách mông lung, hời hợt thì họ dễ có khuynh hướng chấp nhận nhắc đến một cách đại khái thôi mà không đi tiếp đào sâu xem đó thực sự là gì. Có thể chúng ta nghĩ đến việc đặt câu hỏi cho các nhà chuyên môn làm việc liên quan trực tiếp đến sức khỏe tâm thần như bác sĩ tâm thần, các nhà tâm lý lâm sàng, các nhà tâm lý trị liệu, những người làm tham vấn tâm lý, những người làm tâm lý học đường, v.v., liệu họ có đang hiểu về sức khỏe tâm thần với tinh thần mà WHO liên tục cập nhật, mở rộng hay không? Tôi nghĩ đây là câu hỏi thiết thực và thú vị để chúng ta có cơ hội cùng nhau nhìn lại một khái niệm, nó không đóng khung mà nó phát triển qua từng giai đoạn.

Chị Quỳnh: Như anh Uy vừa chia sẻ, sức khỏe tâm thần ngày càng được nhìn nhận theo hướng đời thường hơn, tuy nhiên theo quan sát của tôi cũng như những bài viết về chủ đề này thì số đông họ sẽ không tiếp cận khái niệm sức khỏe tâm thần như cách anh vừa nêu. Rõ ràng ở đây có một khoảng trống rất lớn về nhận thức đúng khái niệm trên.



Đối thoại

Thứ hai có thể là thói quen trong giao tiếp hoặc tư duy mà khi quan sát, làm việc với nhiều người thì chúng tôi thấy rất nhiều người có khuynh hướng né tránh, nói giảm đi vì tin rằng nói quá nhiều điều gì thì có vẻ như điều đó trở nên nghiêm trọng.

Có những người nghe nhắc đến hay phải nói đến cụm từ sức khỏe tâm thần thì họ tự nhiên thấy... bất ổn. Lâu nay, người dân quen với việc liên tưởng từ tâm thần với những từ/cụm từ như “bệnh viện tâm thần”, “người điên” và một cách rất dễ dàng, họ đồng nhất hóa tâm thần chính là bệnh, là điều gì đó bất bình thường. Những định kiến ấy khiến người dân tránh nhắc đến.

Nhưng yếu tố nguy hiểm ở đây chính là giới chuyên gia cũng tránh nhắc đến một cách rõ ràng và trực diện cụm từ “sức khỏe tâm thần”. Chẳng hạn họ thay thế “sức khỏe tâm thần” thành “sức khỏe tinh thần”. Về ngôn ngữ, nếu chúng ta dịch “mental health” thành “sức khỏe tâm thần” hay “sức khỏe tinh thần” đều được. Nhưng vấn đề ở chỗ:

Tại sao chúng ta có khuynh hướng chọn dịch là “sức khỏe tinh thần” hơn? Tôi từng nghe nhiều người chia sẻ rằng nếu họ dùng “sức khỏe tâm thần” thì có vẻ nặng nề và có thể khiến công chúng... sợ. Vậy chỉ vì điều đó mà chúng ta phải né tránh một từ và dần dần dẫn đến thái độ kỳ thị từ ấy sao?

Lựa chọn này có thể phù hợp cho những nội dung không thực sự đào sâu về tính học thuật, khoa học mà nhắm vào những mục tiêu chính là thu hút được sự quan tâm, “chiều” theo mong muốn tiếp cận thông tin một cách giản lược và nhẹ nhàng của số đông. Nhưng đến cuối cùng, sự kỳ thị về từ ngữ ấy khiến chúng ta hiểu sai, không thể tiếp cận một khái niệm đúng ý nghĩa của nó. Hoặc chúng ta thử dịch cụm “sức khỏe tinh thần” sang tiếng Anh, có thể cho ra một kết quả khác, là “spiritual health” chẳng hạn, và rõ ràng nó khác “mental health”.

Hai điều tôi vừa nêu, có thể là hai yếu tố dẫn đến sự hiểu lầm về khái niệm sức khỏe tâm thần. Với một số bài viết hay nghiên cứu về văn hóa Việt Nam (đĩ nhiên những bài viết này cũng có những giới hạn trong tiếp cận, không thể phản ánh được hết về đặc điểm của người Việt nhưng cũng có giá trị về mặt tham khảo) thì có thể thấy nổi bật nét tính cách né tránh. Điều này chúng ta cũng có thể quan sát thêm ở các quốc gia châu Á khác.

Chị Quỳnh: Những điều anh vừa nhắc đến cho tôi thấy ở đây có hai thái cực của việc không hiểu đến nơi đến chốn khái niệm về sức khỏe tâm thần. Một bên đẩy chúng ta về cực tránh nói về khái niệm này vì nhắc đến sức khỏe tâm thần nghe có vẻ nghiêm trọng quá. Cực còn lại thì đẩy những trải nghiệm sống của con người cá nhân thành bệnh lý. Ở đây, nếu chúng ta thay đổi góc nhìn, nhìn sức khỏe tâm thần như là sự phản ánh quá trình sống con người với những trải nghiệm cá nhân thì chúng ta thấy được điều gì ạ?

Đối thoại

Anh Uy: Khi đọc những tài liệu nghiên cứu gần đây, bao gồm cả những nghiên cứu của hai tác giả Ryff và Keyes, tôi nhận thấy hướng tiếp cận mô tả sức khỏe tâm thần là trạng thái có tính chất chủ quan (subjectivity).

Chủ quan nghĩa là gì? Chủ quan ở đây có thể hình dung: Từ buổi sáng thức dậy cho đến khi đi ngủ tôi trải nghiệm những điều gì thì đó là đời sống tâm thần của tôi. Điều này liên quan đến khả năng mà tôi hình thành tư duy trong bản thân tôi, tôi tiếp nhận thông tin gì và điều gì đang diễn ra trong tâm trí tôi. Bởi vậy nên nó sẽ không có tiêu chuẩn đúng/sai. Cùng một sự việc được quan sát, có người cho rằng điều đang diễn ra quá nguy hiểm, có người thì không. Những cảm nhận, nhận định này hoàn toàn chủ quan.

Nên ở đây, nếu biến sức khỏe tâm thần thành một khái niệm buộc phải đo lường thì chúng ta phải hết sức cẩn trọng. Về mặt khoa học, chúng ta cần những số liệu, đo lường, đây là điều chúng ta không thể phủ nhận, nhưng cách đo lường phải được cân nhắc. Đo lường ở đây liên quan đến những yếu tố chủ quan, liên quan đến trạng thái tâm lý của cá nhân nên không thể đóng khung theo kiểu cứng nhắc được.

Nếu để ý, chúng ta sẽ nhận ra trong thực hành tham vấn có một điều rất hay. Khi mình nghe câu chuyện của khách hàng, việc của mình không phải tìm tiêu chuẩn để nhận định rằng “họ nói thế này nghĩa là họ buồn” hay “họ nói thế kia nghĩa là họ vui” mà chúng ta có thể nghe được cảm xúc sâu bên trong họ là gì, trải nghiệm đó có ý nghĩa gì với họ. Phi bệnh lý hóa chính là như thế. Mình không đi đến kết luận mà mình mô tả.

Khi nhắc đến cách tư duy chọn một thái cực duy nhất, có lẽ chúng ta thấy khá quen thuộc trong đời sống, rất nhiều người có lối tư duy như thế, tôi hình dung như đi vào “đường một chiều” vậy vì họ sẽ không nhìn thấy phía còn lại.

Tôi rất thích cách tiếp cận của Keyes trong Mô hình hai trục sức khỏe tâm thần. Trong đó, một trục là trục có hay không có vấn đề/rối loạn, một trục là trục về chất lượng đời sống tâm thần. Việc bạn không bị trầm cảm không có nghĩa là bạn đang hạnh phúc. Ngược lại, một người có bệnh lý tâm thần vẫn có thể rèn luyện để có một tinh thần hứng khởi, phấn chấn với cuộc sống. Với lĩnh vực sức khỏe tâm thần, chúng ta cần nhìn một bức tranh rộng hơn và cần loại bỏ dần lối suy nghĩ loại trừ hay quá tập trung vào một thái cực nào đó.



Đối thoại

Nhìn con người một cách toàn diện

Chị Quỳnh: Khi nghiêng về một thái cực nào đó, có lẽ người ta dễ liên tưởng đến việc “có vấn đề” hoặc “không có vấn đề” và nhiều người đặt mục tiêu làm sao phải giải quyết những khó khăn, những điều họ cho là vấn đề trong cuộc sống của mình. Suy nghĩ này sẽ ảnh hưởng đến một người như thế nào khi họ bước vào tiến trình tham vấn ạ?

Anh Uy: Thường trong phiên đầu tiên, chúng tôi sẽ trao đổi giúp khách hàng hiểu đâu là phạm vi, triết lý, cách thức làm việc. Quay lại một chút về lịch sử ngành nghề, tâm lý trị liệu đã có từ lâu tính từ sự phát triển của phân tâm học ở thế kỷ 19. Xét về chiều dài phát triển thì chúng ta thấy có hai trường phái rất nổi trội là phân tâm học và hành vi. Đến khoảng thập niên 1960 thì ông Carl Rogers mới đề xuất cách nhìn phi bệnh lý hóa. Ông cho rằng những rắc rối, đau khổ của họ đi từ sự thiếu nhất quán (incongruence) trong con người họ. Ở đây chúng ta không phủ nhận rối loạn tâm thần nhưng nó là phần còn lại bên cạnh những khó khăn, rắc rối đời thường của con người.

Từ đó, chúng ta cần có một cách nhìn khác, không thể đơn giản hóa quá mức khi đưa ra một kết luận rối loạn nào đó được, cũng không tự động nghĩ đến bệnh lý với những trải nghiệm mang tính con người.

Hiện tại DSM-5-TR hay ICD-11 cũng đề xuất có những vấn đề không gọi là rối loạn nhưng vẫn được quan tâm “như một vấn đề lâm sàng”. Như Rối loạn về định hình giới (Gender Identity Disorder) cũng được chuyển tên gọi thành một tình trạng bối rối về giới (Gender Dysphoria). Cách đặt vấn đề giá trị ở chỗ: Đó có phải là rối loạn không? – Không; Đó có là vấn đề cần được quan tâm không? – Có.

Một người mang tâm thế họ có vấn đề và họ tìm tới nhà chuyên môn thì có thể họ trông chờ nhà chuyên môn xác định xem họ có một vấn đề nào đó không, rồi sẽ đưa ra một phương án, cách thức nào đó giúp họ “thoát” khỏi vấn đề. Thái độ đó đã vô tình đánh mất tính chủ thể của người gặp khó khăn ấy. Trong phòng tham vấn, đến một lúc nào đó, người khách hàng cần nhận ra chính họ mới là người có thẩm quyền giải quyết những khó khăn mình đang gặp.



Đối thoại

Chị Quỳnh: Để đưa ra chẩn đoán thì cần rất nhiều thời gian, bên cạnh đó chúng ta cũng không thể tách con người cá nhân khỏi bối cảnh sống của họ.

Anh Uy: Trong những trường hợp phức tạp, lối tiếp cận mới trong tâm lý trị liệu, người ta đều có những lưu tâm đến bối cảnh. Đặc biệt những nhà nghiên cứu ở châu Á, họ nhìn thấy rất rõ con người cá nhân gặp vấn đề không chỉ xuất phát từ cá nhân họ mà còn liên quan đến những bối cảnh khác.

Hầu hết các trường hợp hiện nay quan tâm đến cả hai, gồm con người cá nhân và bối cảnh. Khi tập trung vào con người cá nhân thì họ thấy không phải cá nhân có vấn đề mà đôi khi đau khổ xuất phát từ mối quan hệ với những người xung quanh. Nhưng chỉ trong trường hợp chủ thể bất lực, không thể làm gì, mất năng lực phản ứng thì chúng ta mới tập trung chú trọng vào yếu tố bên ngoài (như chiến tranh, thiên tai, dịch bệnh, đói nghèo). Còn nếu chủ thể vẫn có đầy đủ năng lực phản ứng thì yếu tố bên ngoài dù có tác động cũng chỉ là yếu tố kích hoạt, nó không phải là nguyên nhân. Cá nhân khi ấy phải có khả năng đối diện, ứng phó.

Có thể nói Adler chính là nhân vật đầu tiên nhắc nhiều đến ý rằng: vấn đề không phải là chuyện gì đã xảy ra mà vấn đề là người ấy họ phản ứng với chuyện đã xảy ra như thế nào. Từ đó hướng đến củng cố sức bền và sự vững vàng nội tâm ở họ. Trong lĩnh vực công tác xã hội, chúng ta sẽ thấy hoạt động cải thiện bối cảnh, tạo điều kiện sống thuận lợi sẽ được chú trọng nhằm đáp ứng những nhu cầu thiết yếu của con người, cải thiện đời sống kinh tế từ đó mới tạo điều kiện cho sự phát triển con người cá nhân ở những khía cạnh khác. Khi ấy, điều kiện sống được cải thiện sẽ giúp sức khỏe tâm thần trở nên tốt hơn. Chúng ta quan tâm đến phản ứng của cá nhân đồng thời quan tâm đến cả bối cảnh là như thế.

Chị Quỳnh: Tôi từng được nghe anh nhắc đến ý tưởng mà anh đang phát triển, đó là Khái niệm hóa tích hợp về sức khỏe tâm thần: Khung Tính chủ quan - Chủ thể - Bối cảnh. Anh có thể chia sẻ nhiều hơn về ý tưởng này không ạ?

Anh Uy: Qua thời gian dài làm việc, tôi có những tích lũy và suy tư khi nghĩ đến khái niệm sức khỏe tâm thần. Tôi nhận thấy hầu hết các nghiên cứu liên quan đến khái niệm này xoay quanh chính vào ba yếu tố.



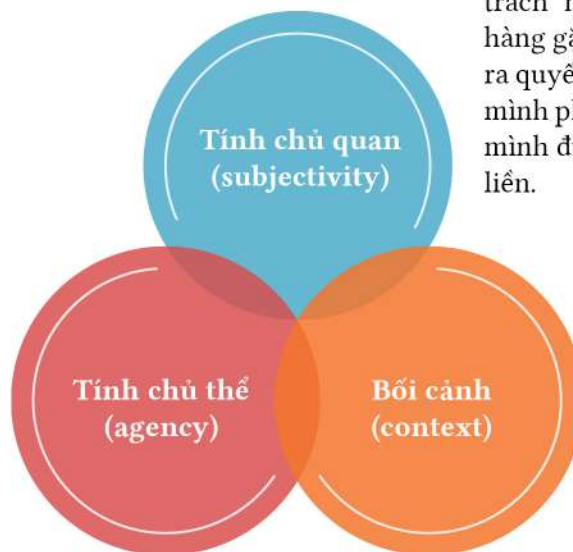
Đối thoại

Thứ nhất là tính chủ quan (subjectivity), tôi trải nghiệm chuyện này, tôi phản ứng chuyện kia một cách chủ quan. Ở đây mình không thể nêu ra được tiêu chuẩn về trải nghiệm chủ quan mà nó là của từng người. Vậy làm sao mình biết một người khỏe hay không? Khi nào người ta cảm thấy hài lòng, cảm thấy thỏa mãn, thấy chính đáng với trải nghiệm ấy và hầu như không còn điều gì lấn tẩn thì đó là trạng thái khỏe. Như vậy, trạng thái khỏe ấy không do người khác đánh giá và những thang đo của Ryff nhấn mạnh đến sự an lạc mang tính cá nhân (psychological wellbeing). Trong những lớp giảng về tham vấn tâm lý, tôi luôn nhắc học viên phải luôn cẩn trọng, không thể vội vàng đưa ra kết luận “người này bất ổn”, “người kia ổn”. Chúng ta nghe khách hàng nói và chúng ta đưa ra kết luận thì điều đó là sai, phải để khách hàng nhìn nhận, đưa ra kết luận cho chính họ.

Một người khỏe có thể chia ra cảm xúc khỏe, nhận thức khỏe, hành vi khỏe, mối quan hệ khỏe. Thế nào là hành vi khỏe? Chúng ta biết có một thời gian dài trong tâm lý, đặc biệt là tâm lý lâm sàng, người ta hay dùng khái niệm bất thường (abnormal) về hành vi và những hành vi được cho là bất thường rất dễ gán trên người khác như một thú để “kết tội”.

Có thể có những hành vi không đúng chuẩn mực như mong đợi nhưng không có nghĩa đó là hành vi có vấn đề vì có thể nó là tiếng nói cho một chuyện khác mà chúng ta chưa nhận ra. Người ta có khái niệm “ý nghĩa của triệu chứng” (the meaning of symptoms), nghĩa là có dấu hiệu bật ra thì mình để yên đó mình quan sát, mình xem điều gì dẫn đến dấu hiệu này.

Yếu tố thứ hai là tính chủ thể (agency) diễn đạt ý khi tôi làm, khi tôi quyết định, tôi có quyền kiểm soát cuộc đời của tôi. Trong tham vấn, chúng ta sẽ thấy rất nhiều khách hàng đánh mất tính chủ thể của họ. Cách họ diễn đạt thường là “tôi bị” (tôi bị trở ngại, tôi bị một vấn đề, v.v.), dường như ai đó gây đau khổ cho họ chứ họ không liên quan gì. Khi chúng ta rơi vào đau khổ, chúng ta cần nhìn thấy có sự thiếu nhất quán trong chính mình. Gần nhất, chúng ta có thể liên hệ với Lý thuyết Tự quyết (Self-Determination Theory) do Deci và Ryan phát triển. Lý thuyết này nhấn mạnh việc tôi phải có khả năng đưa ra quyết định cho cuộc đời của tôi. Khía cạnh này liên quan đến từ trách nhiệm. Rất nhiều khách hàng gặp rắc rối vì họ không thể ra quyết định, lý do họ nghĩ rằng mình phải trả giá cho quyết định mình đưa ra nên họ thu mình lại liền.



Khái niệm hòa tích hợp về sức khỏe tâm thần:
Khung Tính chủ quan - Chủ thể - Bối cảnh (ICMH-SAC)

Đối thoại

Yếu tố thứ ba tôi đề cập trong mô hình tích hợp là bối cảnh (context), xem thử các mối quan hệ xung quanh họ, bối cảnh sống, đời sống kinh tế, những dự định, mục tiêu, hàng xóm, v.v.. Ở đây không phải tôi tạo ra khái niệm mới, điều tôi làm là cấu trúc lại (reframe), tổ chức lại (re-organize) những khái niệm, có thể nói đây là tổng hợp dựa trên các lý thuyết mà tôi đã đọc.

Tôi hi vọng anh chị em khi nhắc đến sức khỏe tâm thần sẽ có một khung để hình dung. Trên thế giới cũng có những khung như vậy nhưng như tôi biết, ít có nhà tâm lý nào có thể bao quát được các khía cạnh trong một khung như thế, có thể tùy thuộc vào lĩnh vực họ chuyên sâu. Với mô hình này, tôi cũng hướng đến việc cần có những nghiên cứu để thực chứng được nó phù hợp cho việc áp dụng.

Cơ hội cho truyền thông về sức khỏe tâm thần

Chị Quỳnh: Mô hình mà anh đề cập khiến tôi liên tưởng như một cách giúp chúng ta thông hiểu về sức khỏe tâm thần (mental health literacy). Tôi thấy việc truyền thông đúng và đủ về sức khỏe tâm thần vô cùng cần thiết vì nếu công chúng hiểu được các khía cạnh của sức khỏe tâm thần thì họ có thể sẽ bình tĩnh hơn trước những khó khăn hay những điều họ cho là “vấn đề” trong đời sống tâm lý của mình. Tôi rất quan tâm đến khía cạnh này.

Anh Uy: Ý chị Quỳnh đề cập khiến tôi bật ra hình ảnh có rất nhiều sinh viên hay nhiều người làm chuyên môn tôi từng gặp không quá chú trọng đến việc nắm rõ và đào sâu những khái niệm trong khi cốt lõi chính là nằm ở khái niệm. Ở đây tôi có thể liên tưởng đến một ví dụ liên quan đến tính tự chủ. Khi một người quan tâm đến tham vấn và chọn làm công việc tham vấn thì trong mình sẽ có câu hỏi: “Tham vấn là gì?”. Khi nào chúng ta trả lời được rõ ràng và tường tận tham vấn là gì thì đó mới là chúng ta có sự hiểu biết về lĩnh vực này. Đó là hỗ trợ, giúp đỡ, nâng đỡ, đồng hành cùng người khác nhưng chúng ta phải hiểu khái niệm này một cách cụ thể.



Đối thoại

Có một định nghĩa về tham vấn đã nhận được sự đồng thuận từ 29 tổ chức tại Hội nghị diễn ra năm 2010 của Hiệp hội Tham vấn Tâm lý Hoa Kỳ (ACA). Theo đó, tham vấn là một mối quan hệ chuyên nghiệp và không có khoảng cách quyền lực, thay vào đó là sự đón nhận bình đẳng, giữa một người có khó khăn trong cuộc sống và một người có hiểu biết về tâm lý học. Mối quan hệ này giúp khách hàng lấy lại quyền làm chủ cuộc đời họ và họ có thể đạt được những mục tiêu của họ. Như vậy thì những ai nói mình làm tham vấn nhưng làm việc với bạn bè, người thân thì rõ ràng không đúng nếu chiếu theo định nghĩa trên vì nó không đáp ứng tiêu chí mối quan hệ chuyên nghiệp.

Lần lại thì chúng ta thấy Carl Rogers là người đã có cả quá trình làm việc để giúp khách hàng nhận diện đâu là con người thực sự của họ và chấp nhận chính họ. Từ sự chấp nhận đó, họ hoạch định mục tiêu họ muốn hướng tới.

Nếu đối chiếu với mô hình tích hợp thì quyền làm chủ cuộc đời chính là yếu tố tự chủ mà chúng ta đã nhắc đến. Bất kỳ một người khỏe mạnh nào cũng cần hiểu được đâu là việc của họ, và việc của họ thì họ sẽ tự quyết định, tự có trách nhiệm, thậm chí trả giá cho quyết định đó. Lý tưởng thì sẽ diễn ra như thế. Tuy nhiên, để giúp một người đó đủ sự sẵn sàng để ra quyết định thì cả hệ thống từ gia đình, trường học phải thay đổi. Những người đồng hành khi giáo dục trẻ phải tăng cường sự hỗ trợ, tạo cơ hội để đứa trẻ dám ra quyết định và người đồng hành ấy không làm thay cho trẻ.

Chị Quỳnh: Như vậy thì chúng ta có thể làm gì để giữ được cách tiếp cận khái niệm đi vào cốt lõi và chiều sâu của nó khi nội dung trên các nền tảng đang được khuyến khích theo kiểu nhanh gọn và giản lược ạ?

Anh Uy: Một câu hỏi thú vị mà tôi nghĩ có thể dành cho rất nhiều người thấy mình có liên quan. Đã từ lâu, trong rất nhiều dịp tôi thường nhấn mạnh đến việc tiếp cận từ sâu trong cốt lõi, đi từ dưới lên. Cụ thể là gì? Ở WELink, mỗi năm chúng tôi có khoảng trên dưới 20 học viên của khóa học đào tạo về tham vấn tâm lý. Một số bạn sau đó sẽ đi tiếp bằng cách học cao học, chuyển sang học một văn bằng về tâm lý để theo đuổi theo hướng chính thống hoặc chọn theo đuổi công việc của một người làm tham vấn, một người trợ giúp.

Tuy nhiên, cũng có những người sau khi học, họ vận dụng những điều đã học để nhận diện, quản lý cuộc sống của họ. Tôi chọn cách tác động ít nhưng hoàn toàn là sự chủ động của anh chị em. Khi họ muốn tham gia vào lớp học thì tôi sẽ trao đổi trước để biết mong muốn của họ là gì, mình có đáp ứng được không.

Đối thoại

Ngoài ra, tôi hay nhắc đến từ chức năng. WELink chỉ là một trung tâm quy mô nhỏ nên khả năng tác động của mình cũng tương ứng với quy mô như thế, chỉ tác động đến những ai mình có thể tác động được, và dần dần sẽ lan tỏa. Rõ ràng chúng ta cũng cần xác định mình không có chức năng thay đổi xã hội mà nên theo những quy luật tự nhiên của sự vận động xã hội. Khi chúng ta thấy điều gì đó còn đang lộn xộn thì đó là điều phải trải qua vì trước khi mọi thứ đi vào quy củ thì phải trải qua giai đoạn đó, từ từ mọi thứ sẽ rõ ràng, tốt lên.

Trong những báo cáo của WHO qua nhiều năm, họ cũng chỉ ra tình hình chung trong giới chuyên môn trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần, đó là dựa nhiều vào bệnh viện, mô hình y khoa theo hướng bệnh lý hóa vì có vẻ như dễ kiểm soát hơn và cũng có vẻ mọi thứ được cho là dễ được phân loại, giải quyết hơn chẳng? Nguy hiểm của sự phân loại quá rõ ràng như thế chính là tước mất đi tính chủ quan hay tính cá nhân của từng người.



Chị Quỳnh: Không chỉ ở Việt Nam mà trên thế giới, việc phổ biến những kiến thức đúng về sức khỏe tâm thần vẫn còn rất hỗn độn giữa bối cảnh thuật toán của các nền tảng ưu tiên cho những nội dung gây ấn tượng mà thiếu đi vào chiều sâu nội dung. Tuy nhiên, tôi vẫn thấy những hi vọng khi vẫn có những cá nhân, tổ chức nỗ lực truyền thông về sức khỏe tâm thần trong phạm vi họ có thể nhằm thúc đẩy sự hiểu biết của cộng đồng.

Anh Uy: Tôi nghĩ đến một điều rất cốt lõi là sự tin tưởng của những người cùng làm trong lĩnh vực chính là điểm mà chúng ta cần nhấn mạnh, trong phạm vi của chúng ta là lĩnh vực về sức khỏe tâm thần. Rất tiếc, các khảo sát trên thế giới hiện nay cho thấy niềm tin của chúng ta đối với người xung quanh không cao. Trong trải nghiệm cá nhân của tôi cũng vậy, việc thực sự tạo được

một kết nối để xây dựng một cộng đồng nghề cũng không dễ. Tính cộng đồng là một yếu tố mà giới chuyên môn trên thế giới và Việt Nam nói riêng cần phát triển. Nếu những nhà chuyên môn không thực sự ngồi với nhau thì rất khó có thay đổi xảy ra.

Chị Quỳnh: Những nhà chuyên môn khi thực sự ngồi với nhau thì mới có thể có ý tưởng cho những hành động, thay đổi cụ thể mang đến lợi ích cho cộng đồng.

Tôi quan sát thấy rằng người trẻ hiện nay rất quan tâm đến sức khỏe tâm thần của bản thân. Họ cũng rất chủ động tìm kiếm tài liệu, thông tin nhưng dường như những nội dung khá phân mảnh. Liệu có cách nào giúp họ có những tiếp cận hữu ích không ạ?

Đối thoại

Anh Uy: Thực sự quá khó bởi vì mỗi cá nhân sẽ có lựa chọn tiếp cận chuyên gia hay một nguồn kiến thức mà họ cảm thấy phù hợp với họ ngay tại thời điểm đó. Nhưng cũng có những tiêu chí để giúp một người nhận ra đâu là thông tin đáng tin cậy, điều này cần một năng lực tư duy và phân biện mà bạn cần liên tục rèn luyện. Từ đó bạn sẽ nhìn được vấn đề sâu hơn, rõ hơn thay vì để cho những thông tin xuất hiện trên xu hướng hay thông tin kiểu nhanh gọn, giản lược (có thể tìm kiếm ngay tức thì trên các nền tảng hoặc AI) dẫn dắt bạn.

Có một thực tế mà chúng ta quan sát cũng sẽ thấy là có một khoảng cách giữa truyền thông đúng và đủ về sức khỏe tâm thần với truyền thông tập trung theo hướng quảng bá đơn vị/cá nhân trong lĩnh vực này. Trong lĩnh vực sức khỏe tâm thần và lĩnh vực giáo dục, có rất nhiều trường hợp thông tin được quảng bá, tiếp thị lại không đúng sự thật vì mục tiêu là “đánh lừa” công chúng, thuyết phục công chúng bằng mọi giá chứ không cân nhắc lợi hay hại. Vậy câu hỏi đặt ra là trọng tâm của việc truyền thông về sức khỏe tâm thần là chuyên môn, chất lượng hay chỉ nhắm vào

việc thu hút khách hàng. Việc thu hút khách hàng là chính đáng nhưng nó phải tương xứng với chất lượng chuyên môn. Đó cũng chỉ là bận tâm của tôi cùng một số anh chị em chứ mình không thể tác động hay yêu cầu ai đó phải làm như thế nào. Nên ở đây chúng ta càng thấy giá trị của việc có một tổ chức kết nối về mặt chuyên môn.

Chị Quỳnh: Như vậy chúng ta thấy giữa người cung cấp nội dung và người tiêu thụ nội dung thì cần nhìn rõ họ lựa chọn tạo hay tiêu thụ nội dung với trọng tâm ưu tiên là gì. Giữa sự hỗn loạn hiện nay, tôi nhìn thấy có những điều mà chúng ta có thể hi vọng. Cụ thể, khi một người làm nội dung hướng đến lợi ích công chúng gặp được công chúng có sự chủ động cao, nỗ lực tư duy về những điều họ đọc thì cơ hội cho sự thông hiểu về sức khỏe tâm thần là khả quan. Thực tế, truyền thông về sức khỏe tâm thần hiện vẫn còn nhiều khoảng trống và thử thách.

Anh Uy: Đúng là thử thách. Và những nỗ lực mà chúng ta đang hướng về với các hoạt động truyền thông về tham vấn tâm lý, về sức khỏe tâm thần, như Bản tin Nghề Tham vấn Tâm lý cũng là một đóng góp nhỏ với niềm tin và hi vọng vào điều gì đó tốt đẹp hơn.



Đối thoại

Chị Quỳnh: Ở đây tôi nghĩ đến thực tế không chỉ truyền thông về sức khỏe tâm thần mà truyền thông nói chung chạy theo xu thế chung là nền kinh tế chú ý (Attention Economy) coi sự tập trung của con người là tài nguyên đắt giá, khan hiếm trong kỷ nguyên số, nơi lượt xem/thích (view/like) trở thành một loại “tiền tệ” mới. Nhưng người ta cũng đang bàn về một tương lai mà nền kinh tế chú ý cần có sự dung hòa của nền kinh tế niềm tin (Trust Economy) đi sâu vào sự thật, chất lượng. Như vậy thì nỗ lực truyền thông đúng về một khía cạnh nào đó, ở đây là khía cạnh liên quan đến sức khỏe tâm thần sẽ là điều xứng đáng để tin tưởng.

Anh Uy: Một cách nhìn khá lạc quan và tôi cũng có sự tin tưởng như vậy.

Chị Quỳnh: Để hiểu đúng về sức khỏe tâm thần, chúng ta cần truyền thông đúng và đủ, điều này cần rất nhiều thời gian, chắc chắn không thể nhanh được. Với từng cá nhân, có lẽ chúng ta cần nhìn lại cách mình tiếp cận thông tin, liệu thông tin ấy có thực sự hữu ích cho bản thân mình không, có phải là thông tin đáng tin cậy hay không vì việc tiêu thụ thông tin liên quan trực tiếp đến sức khỏe tâm thần của chính mình. Đây cũng là trách nhiệm của mỗi người.

Rất cảm ơn anh Uy đã dành thời gian cho buổi đối thoại!



Tôi với nghề



VỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN

▪ NGUYỄN NHƯ QUỲNH

Càng gắn bó với công việc tham vấn tâm lý, tôi càng nhận ra có rất nhiều “hiểu lầm”, “hiểu sai” về sức khỏe tâm thần đã gây ra rào cản rất lớn đối với nỗ lực tìm kiếm sự hỗ trợ giúp ích cho bản thân. Góc nhìn dựa trên lý thuyết truyền thông giúp tôi nhìn thấy một bức tranh rộng hơn trong hành trình theo đuổi công việc của một người trợ giúp.

Để chuẩn bị cho những tiến trình đồng hành có thể xảy ra, đó không chỉ là sự tập trung vào những phiên làm việc cá nhân mà tôi còn chú trọng vào việc mình sẽ truyền thông về tham vấn tâm lý như thế nào, về sức khỏe tâm thần ra sao.

Giữa bối cảnh quá dư thừa thông tin về tâm lý học, về sức khỏe tâm thần thì vẫn có một khoảng trống rất lớn về truyền thông. Truyền thông làm sao để mang lại hiểu biết đúng và giúp ích cho công chúng?

Tôi với nghề



Nghịch lý thời đại: Càng nhiều không có nghĩa là càng tốt

“Chỉ cần nghỉ tích cực, biết ơn mỗi ngày, và bạn sẽ vượt qua trăm cảm” - Bạn có thường gặp những câu nói này ở các bài đăng trên mạng xã hội không? Không khó để một người tìm kiếm một tài liệu/nguồn thông tin giúp họ trả lời cho câu hỏi “Tôi đang gặp vấn đề tâm lý gì?” hay “Tôi nên làm gì để thoát khỏi tình trạng hiện tại”, nhưng không chắc nội dung họ đọc là đúng và giúp ích được cho họ, thậm chí đôi khi là gây hại.

Năm 2025, tờ Guardian công bố số liệu từ khảo sát do họ thực hiện thông qua tìm hiểu các video có nội dung chia sẻ về sức khỏe tâm thần. Khảo sát chỉ ra 52% video đang thịnh hành trên TikTok có gắn thẻ #mentalhealthtips cho lời khuyên chữa thông tin sai lệch về sức khỏe tâm thần. Khảo sát cho thấy ngày càng có nhiều người tìm đến mạng xã hội để được hỗ trợ về sức khỏe tâm thần, tuy nhiên

các nghiên cứu cho thấy nhiều “người ảnh hưởng” (influencer) đang lan truyền thông tin sai lệch, bao gồm việc sử dụng sai ngôn ngữ trị liệu, đưa ra các giải pháp “nhanh chóng” và những tuyên bố không đúng sự thật.

Những người đang tìm kiếm sự giúp đỡ phải đối mặt với những lời khuyên đáng ngờ, chẳng hạn như ăn một quả cam khi đang tắm để giảm lo âu; quảng bá các loại thực phẩm bổ sung có ít bằng chứng khoa học về hiệu quả trong việc giảm lo âu như nhụy hoa nghệ tây (saffron), hợp chất magnesium glycinate và hương nhu (holy basil), các phương pháp chữa lành chấn thương tâm lý chỉ trong một giờ; và những hướng dẫn coi các trải nghiệm cảm xúc bình thường là dấu hiệu của rối loạn nhân cách ranh giới hoặc bị lạm dụng.

Có lẽ việc một khách hàng tìm đến chuyên viên tâm lý và tự nhận bản thân đang có một rối loạn nào đó không phải là điều hiếm gặp trong bối cảnh thực hành ở Việt Nam. Ở vị trí chuyên viên tham vấn tâm lý, tôi luôn đặt cho mình câu hỏi: “Những nội dung truyền thông về sức khỏe tâm thần có phải đang tạo nên môi trường quá dễ dàng để một người tự dán nhãn cho mình như thế không?”. Một người có khuynh hướng lo lắng về những điều họ không chắc chắn và dễ dàng được cho là có Rối loạn lo âu. Sự dễ dãi ấy kéo theo những nhãn dán (label) và cũng tạo ra những sự kỳ thị (stigma) về trải nghiệm sống của một con người.

Tôi với nghề

Bossa Health. (n.d.) cho rằng sự phổ biến rộng khắp của mạng xã hội đã biến nó từ một phương tiện tương tác xã hội thành một nguồn thông tin chính, bao gồm cả nội dung liên quan đến sức khỏe. Khi khả năng truy cập internet trên toàn cầu tăng lên, ranh giới giữa kiến thức chuyên môn và ý kiến cá nhân ngày càng trở nên mờ nhạt. Sự gia tăng thảo luận công khai về sức khỏe tâm thần là một tín hiệu tích cực trong nhiều xã hội.

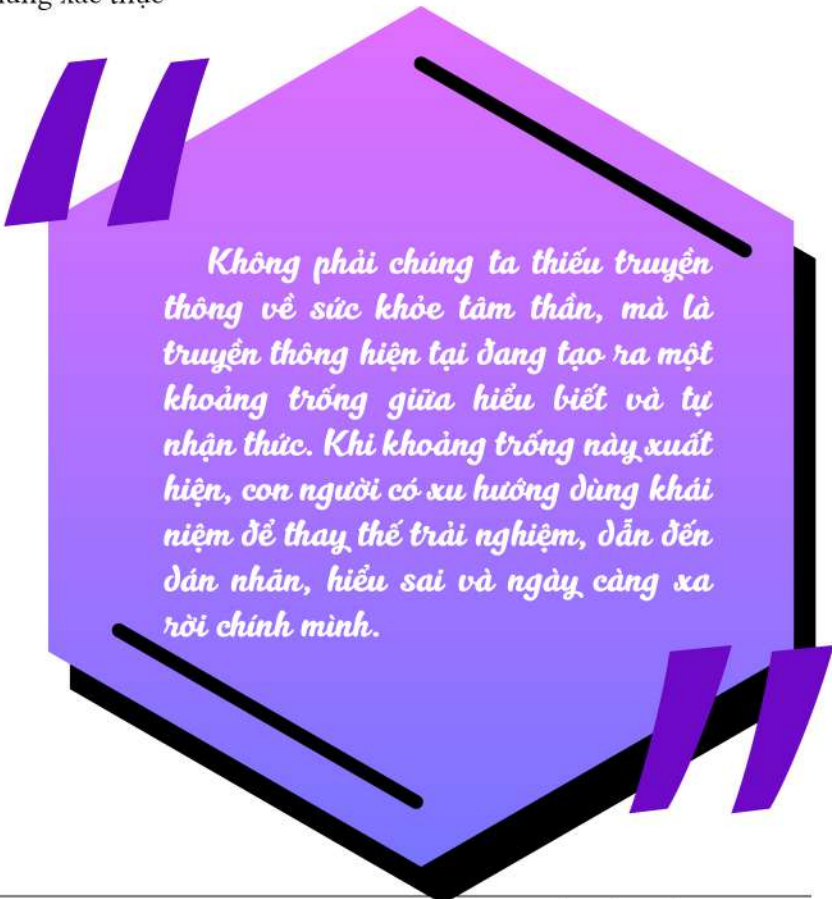
Tuy nhiên, việc các chủ đề về sức khỏe tâm thần trở nên phổ biến hơn lại không đi kèm với sự gia tăng tương xứng về hiểu biết (literacy) trong lĩnh vực này. Chuyên gia John Piacentini (Tiến sĩ, Giáo sư tâm thần học tại Đại học California, Los Angeles, Mỹ), nhận xét: “Nhưng hiện nay, nhân danh việc nâng cao hiểu biết về sức khỏe tâm thần, chúng ta cũng đang chứng kiến một dạng “thiếu hiểu biết” về sức khỏe tâm thần”.

Theo bài viết trên Guardian, 4 **kiểu thông tin sai về sức khỏe tâm thần** thường xuất hiện trên TikTok là:

- Bệnh lý hóa cảm xúc bình thường của con người
- Lạm dụng / sử dụng sai ngôn ngữ trị liệu tâm lý
- Các phương pháp trị liệu được đề cập không có bằng chứng và các tuyên bố sai lệch
- Nội dung dựa trên giai thoại, chuyện kể hoặc kinh nghiệm cá nhân thay vì dựa trên dữ liệu, nghiên cứu khoa học hay bằng chứng xác thực

Lỗi hổng này không chỉ là câu chuyện ở Việt Nam mà bất cứ ai quan tâm đến những thông tin dựa trên chứng cứ khoa học về sức khỏe tâm thần cũng nhận ra đây là chuyện của rất nhiều quốc gia trong thời đại thông tin được lan truyền nhanh mà thiếu sự kiểm chứng.

Là người thực hành tham vấn tâm lý, tôi không muốn dừng lại ở vai trò của mình là một người trợ giúp trong những phiên làm việc mà tôi xem việc truyền thông về sức khỏe tâm thần đặt trong mối liên hệ với tham vấn tâm lý là việc tôi cần làm.



Tôi với nghề

Ở phần này, tôi nhắc đến một số lý thuyết truyền thông giúp nhìn rõ những trải nghiệm của chúng ta trong vai trò người tiêu thụ nội dung và từng bước nhận diện những “điểm nhiễu” mà chúng ta có thể tránh khi tiếp cận một nội dung về sức khỏe tâm thần.

Trước tiên, ở khía cạnh môi trường truyền thông, cần nhận diện cách mà các nền tảng truyền thông đang vận hành. Lý thuyết Thiết lập chương trình nghị sự (Agenda-Setting Theory, do Maxwell McCombs và Donald Shaw phát triển năm 1972) cho rằng: Truyền thông không nói cho bạn nghĩ gì, nhưng nói cho bạn nghĩ về điều gì. Với cơ chế này, những chủ đề xuất hiện nhiều, lặp lại, nổi bật sẽ được công chúng cho là quan trọng. Nghĩa là nội dung cần độ phủ và sự quan tâm, còn thông tin có chính xác hay không không phải là thứ được ưu tiên.

Nếu so sánh một thông tin/nội dung dựa trên chứng cứ khoa học với thông tin/nội dung dựa trên ý kiến cá nhân/chủ quan, thì đâu là thông tin được tạo nhanh hơn?

Thông tin được tạo nhanh và dễ dàng mà không cần kiểm chứng sẽ định hình nên những nội dung được quan tâm, dễ tiếp cận công chúng.

Xét theo Mô hình Giao tiếp tương tác đồng thời, chúng ta có thể thấy việc giảm thiểu “nhiều” là điều không dễ dàng. “Nhiều” không chỉ đến từ thông tin sai lệch mà còn đến từ môi trường, điều kiện, hiểu biết của những người cùng tham gia quá trình truyền thông. Vì thế, đây là điểm mà chúng ta có thể tác động để giảm “nhiều”.

Khoảng trống không phải do thiếu thông tin, mà do cách thông tin được sản xuất, lan truyền và tiêu thụ.

Nền kinh tế của thời đại này được mô tả là nền kinh tế của sự chú ý (dựa theo thuật ngữ "Attention Economy" được phát triển bởi học giả người Mỹ Herbert A.Simon). Các thuật toán được thiết kế một cách tinh vi khi giúp các nền tảng liên tục "tranh giành" thời gian quý báu của công chúng. Giữa biển thông tin, nội dung được xem lâu, được xem nhiều chính là lợi thế, bất chấp chất lượng nội dung thế nào.

Người dùng bị cuốn theo những thuật toán, nội dung mà không biết rằng mình bị đẩy vào một vòng lặp bán tận. Cho đến khi họ nhận diện được những gì đang diễn ra, cân nhắc và tiếp nhận nội dung một cách chủ động thì vòng lặp này mới bị phá vỡ.

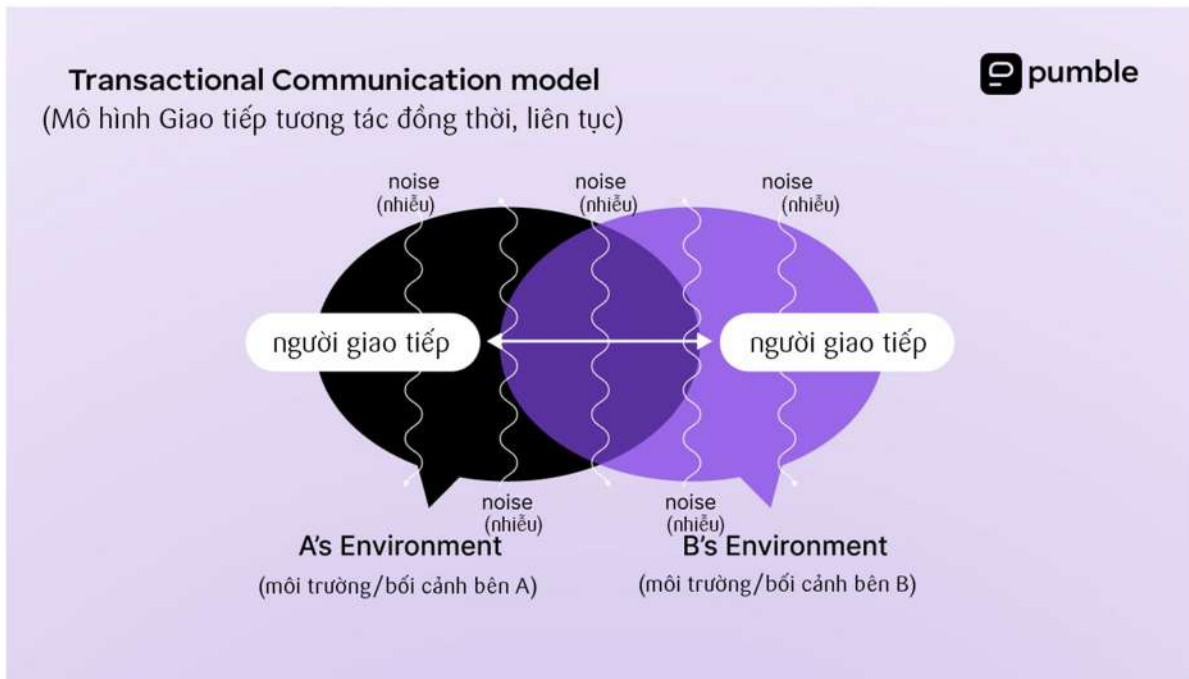
Tôi với nghề

Khía cạnh thứ hai là môi trường xã hội. Khi rối loạn được chẩn đoán một cách dễ dàng, khi một khó khăn về mặt tâm lý được hướng đến rằng phải bị loại trừ hay phải được xử lý, khi một trải nghiệm sống bị dán nhãn hay kỳ thị, theo thời gian, cách tiếp cận này sẽ ảnh hưởng như thế nào đến niềm tin của số đông về những khái niệm liên quan đến sức khỏe tâm thần hay tham vấn tâm lý? Lý thuyết Biểu tượng xã hội (Social Representation Theory) được xây dựng bởi nhà tâm lý học xã hội người Pháp Serge Moscovici vào đầu thập niên 1960 từng đề cập đến hiện tượng này. Đó là khi xã hội chuyển một khái niệm khoa học phức tạp thành một

phiên bản dễ hiểu, dễ nhớ, dễ dùng trong đời sống.

Song song đó là khái niệm “văn hóa trị liệu” (Therapy Culture – cũng là tựa sách ra mắt năm 2004 của tác giả Frank Furedi). Khái niệm này được nhiều chuyên gia nhắc đến và xem đây là cách phản ánh việc ngôn ngữ và tư duy trị liệu lan rộng ra toàn xã hội và trở thành cách phổ biến để nói về con người. Ví dụ, bạn buồn và muốn ở một mình yên tĩnh, thì sẽ được “hiểu” là “bị trầm cảm”; có những thay đổi về cảm xúc trong những tình huống, bối cảnh khác nhau, thì sẽ được “hiểu” là “bị rối loạn lưỡng cực”, v.v..

Ở khía cạnh những yếu tố cần thiết khi xét về sức khỏe tâm thần, có rất nhiều điều bị bỏ qua. Nội dung ngắn, ấn tượng được nhắc đến ở khía cạnh đầu tiên đã tạo nên sức ép loại bỏ bối cảnh sống, là điều không thể tách rời đời sống của mỗi cá nhân. Bạn thử tìm cụm từ “rối loạn lo âu và trầm cảm ngày càng gia tăng” xem ra được bao nhiêu bài viết có nhắc đến bối cảnh sống của thời đại? Hầu như rất ít. Nội dung phần lớn hướng đến việc nhận diện, phòng chống, xử lý, điều trị.



Với Mô hình Giao tiếp tương tác đồng thời, liên tục thì tính đồng thời thể hiện ở việc người dùng vừa gửi vừa nhận thông điệp trong thời gian thực. Trong khi đó, tính liên tục thể hiện ở việc giao tiếp kéo dài, không bị gián đoạn và có thể mở rộng theo thời gian.

Những đặc tính này làm cho quá trình giao tiếp trong bối cảnh hiện nay trở nên linh hoạt, đa chiều và phức tạp hơn nhiều so với trước đây.

Tôi với nghề

Mô hình Sinh học – Tâm lý – Xã hội (Biopsychosocial Model – của George L. Engel) cho rằng khi xét đến sức khỏe không thể đánh giá một người chỉ dựa trên triệu chứng mà phải xét toàn bộ bối cảnh sống và trải nghiệm. Sức khỏe tâm thần còn được quan sát, đánh giá dựa trên hướng tiếp cận ở góc nhìn, cách cá nhân trải nghiệm và diễn giải thực tại, thay vì chỉ dựa trên dấu hiệu hay chuẩn mực khách quan.

Những ý này dường như đã bị loại trừ khỏi những nội dung truyền thông về sức khỏe tâm thần “ăn liền” hiện nay.

? Nếu ở vai trò là người tạo nội dung có liên quan đến sức khỏe tâm thần, bạn sẽ chọn cách tiếp cận nào để hạn chế “điểm nhiều”?

Thông điệp ngay từ đầu đã không chính xác hoặc gây hiểu nhầm vì người gửi:

- Thiếu chuyên môn
- Dùng sai ngôn ngữ tâm lý
- Phóng đại hoặc đơn giản hóa vấn đề
- Đưa ra phương pháp chưa được kiểm chứng

Mạng xã hội ưu tiên:

- Nội dung giật gân, đơn giản hóa vấn đề
- Thông tin bị cắt ngắn để thu hút sự chú ý của công chúng
- Thuật toán lặp lại một kiểu nội dung

Người gửi

Người nhận

Môi trường

NHIỀU

Người nhận giải mã sai hoặc cực đoan hóa thông điệp:

- Tự chẩn đoán dựa trên nội dung đọc được
- Hiểu sai thuật ngữ tâm lý do thiếu nền tảng
- Bị ảnh hưởng bởi trải nghiệm cá nhân hoặc cảm xúc hiện tại
- Chỉ chọn lọc thông tin phù hợp với niềm tin sẵn có

3 nguồn nhiễu này không tách rời mà tác động đồng thời, ảnh hưởng qua lại lẫn nhau, làm thông điệp bị bóp méo, thiếu chiều sâu hoặc lệch hướng.

Tôi với nghề

Trả lại bối cảnh sống, trả lại không gian cho mỗi cá nhân

Có lẽ câu hỏi không phải là chúng ta cần thêm bao nhiêu nội dung về sức khỏe tâm thần, mà là chúng ta cần một cách tiếp cận khác với những nội dung đó. Trong một môi trường truyền thông dày đặc khái niệm, điều cần thiết không phải là chúng ta phải biết bao nhiêu mô hình, bao nhiêu khái niệm mới có thể cảm nhận được trạng thái viên mãn trong đời sống, mà là chúng ta có thể tự phản chiếu, tự nhận ra, tự chấp nhận mình trong những trải nghiệm sống không.

Vì vậy, khoảng trống truyền thông không phải là số lượng thông tin mà chính là khoảng trống dành cho không gian của mỗi cá nhân, của những tương tác con người – con người để cá nhân có thể dừng lại, quan sát, và tiếp xúc một cách đầy tính nhân văn với trải nghiệm của bản thân.

Trong cách tiếp cận con người trọng tâm, con người được nhìn nhận như một tổng thể đang sống và trải nghiệm, thay vì bị thu gọn thành các nhãn chẩn đoán. Dưới góc nhìn của Carl Rogers, con người chỉ có thể được hiểu khi được nhìn như một tổng thể đang trải nghiệm, thay vì bị chia nhỏ thành các nhãn chẩn đoán.

Tuy nhiên, trong môi trường truyền thông hiện nay, xu hướng đơn giản hóa và dán nhãn lại đi ngược với cách tiếp cận này. Những khái niệm như trải nghiệm toàn thể (organismic experience), con người như một tổng thể (the whole person), con người có chức năng sống trọn vẹn/ con người vận hành đầy đủ (fully functioning person) dần thiếu vắng.

Trên hành trình thực hành triết lý lấy con người làm trọng tâm của Carl Rogers, tôi càng nhận ra, truyền thông về sức khỏe tâm thần và truyền thông về tham vấn tâm lý là một bài toán rất thách thức giữa bối cảnh thông tin dày đặc, nhưng lại vô cùng giá trị để theo đuổi.

Khi chia sẻ nội dung liên quan đến lĩnh vực sức khỏe tâm thần, liệu mỗi người sẽ giữ ranh giới như thế nào để không xâm phạm đến không gian ấy của mỗi cá nhân?

“Kể cả Kinh Thánh, các nhà tiên tri, Freud, hay bất cứ nghiên cứu nào... cũng không quan trọng bằng chính những trải nghiệm mà tôi trực tiếp cảm nhận.”

Rogers, 1961



*Từ tiến trình “trở thành” đến
trạng thái “nở hoa”:*

Nền tảng nhân văn trong lý luận về phát triển con người

▪ TRỊNH HẢI LINH

Một trong những bài học đầu tiên trong chương trình Huấn luyện Kỹ năng tham vấn tâm lý căn bản tại WELink là những suy tư được khơi gợi về hạnh phúc/an lạc (well-being), khi học viên chúng tôi thực hiện Bảng hỏi ngắn về Sức khỏe Tâm thần dành cho người lớn (Adult MHC-SF), dựa trên khung lý thuyết của Carol Ryff và Corey Keyes. Sau này, khi đi sâu vào thực hành tham vấn thẩm đẫm tinh thần của Carl Rogers, tôi càng suy tư nhiều hơn về sự giao thoa giữa hai cách tiếp cận nhân văn đối với sự phát triển con người cá nhân này.

Những dòng dưới đây, vì thế là một nỗ lực để làm rõ mối liên hệ ấy, từ góc nhìn còn nhiều hạn hẹp của một người vừa thực hành tham vấn tâm lý, vừa tham gia giảng dạy các nội dung liên quan đến “an lạc tại nơi làm việc” (well-being at work).

Lãng kính khoa học

Sự dịch chuyển từ mô hình bệnh lý

Trong nhiều thập kỷ, chăm sóc sức khỏe tâm thần chủ yếu vận hành trong mô hình tập trung vào bệnh lý, nơi mục tiêu của trị liệu là giảm hoặc loại bỏ các triệu chứng lâm sàng. Cách tiếp cận này đã góp phần hình thành các hệ thống chẩn đoán chuẩn hóa như DSM và ICD, đồng thời thúc đẩy sự phát triển của nhiều liệu pháp dựa trên bằng chứng. Nhưng cùng với những tiến bộ đó, một câu hỏi đặt ra liệu sự vắng mặt của bệnh lý có đồng nghĩa với khỏe mạnh, hạnh phúc, an lạc?

Thực tế nghiên cứu và lâm sàng cho thấy mô hình truyền thống để lại nhiều khoảng trống chưa có câu trả lời. Ví như, một người có thể không đạt ngưỡng chẩn đoán trầm cảm nhưng vẫn sống trong trạng thái suy tàn (languishing), thiếu ý nghĩa, thiếu kết nối. Ngược lại, một số nghiên cứu gần đây cho thấy ngay cả những cá nhân có nguy cơ rối loạn vẫn có thể đạt mức hưng thịnh/“nở hoa” (flourishing), tức trạng thái sức khỏe tâm thần tích cực (an lạc) tốt như được mô tả trong mô hình Dual Continua của Corey Keyes.

Nhìn rộng hơn, cách hiểu này không phải là một phát kiến hoàn toàn mới của Tâm lý học Tích cực thế kỷ XXI. Nó tiếp nối một dòng chảy tư tưởng đã được đặt nền từ Tâm lý học Nhân văn giữa thế kỷ XX, nổi bật với tư tưởng của Carl Rogers trong tham vấn tâm lý.

Carl Rogers và nền tảng nhân văn của phát triển con người

Tư tưởng của Carl Rogers khởi đi từ một giả định rằng con người mang trong mình khuynh hướng phát triển nội tại - khuynh hướng hiện thực hóa (actualizing tendency). Nó được coi là động lực duy nhất (only motive), bẩm sinh, hướng con người tới sự phát triển mọi năng lực nhằm duy trì và tăng cường chính nó.

Trung tâm của quá trình này là bản ngã (self/self-concept), cấu trúc nhận thức về “tôi” và mối quan hệ của cá nhân với thế giới (Rogers, 1959). Những khó khăn tâm lý này sinh khi có sự bất nhất/không tương hợp (incongruence) giữa bản ngã được tri giác và trải nghiệm sống. Khi sự bất nhất kéo dài, con người có xu hướng bóp méo hoặc phủ nhận trải nghiệm để bảo vệ hình ảnh bản thân. Vì vậy, mục tiêu của tham vấn không phải là “sửa chữa” con người mà là khôi phục sự thống nhất giữa trải nghiệm và bản thân, giúp cá nhân trở nên chân thực hơn với chính mình.

Liệu sự vắng mặt của bệnh lý có đồng nghĩa với khỏe mạnh, hạnh phúc, an lạc?

Lãng kính khoa học

Theo Rogers, sự chuyển dịch này diễn ra trước hết trong mối quan hệ trị liệu. Trong bài viết về các điều kiện cần và đủ cho thay đổi nhân cách (1957), ông nhấn mạnh ba yếu tố cốt lõi bao gồm sự chân thực của nhà trị liệu (congruence), sự chấp nhận tích cực vô điều kiện (unconditional positive regard) và sự thấu cảm (empathic understanding). Khi những điều kiện ấy hiện diện, thân chủ có thể dần mở lòng với trải nghiệm và tiến tới hình ảnh fully functioning person - con người vận hành trọn vẹn.

Như Rogers viết trong *On Becoming a Person* (1961): “The good life is a process, not a state of being”. Cuộc sống tốt đẹp mà một cá nhân hướng tới (mục tiêu cho sự phát triển cá nhân), vì thế, không phải là một trạng thái, mà là một tiến trình sống linh hoạt, cởi mở với trải nghiệm và tin tưởng vào tiếng nói nội tại của chính mình.

Những khó khăn tâm lý nảy sinh khi có sự bất nhất/không tương hợp (incongruence) giữa bản ngã được tri giác và trải nghiệm sống.

Corey Keyes và mô hình Dual Continua

Quan điểm của Corey Keyes về sự phát triển con người cũng xuất phát từ việc bác bỏ quan niệm truyền thống cho rằng sức khỏe chỉ đơn giản là sự vắng mặt của bệnh tật (Westerhof & Keyes, 2010). Thay vào đó, ông đề xuất cách hiểu sức khỏe tâm thần như một trạng thái hiện hữu tích cực và trọn vẹn, nơi con người không chỉ tránh khỏi bệnh lý mà còn đạt được mức độ an lạc cao trong đời sống cá nhân và xã hội.

Trên cơ sở đó, Keyes phát triển Mô hình Hai trục liên tục (Dual Continua Model), cho rằng sức khỏe tâm thần và bệnh lý tâm thần không phải là hai cực của cùng một trục mà là hai chiều kích riêng biệt nhưng có liên quan (Keyes, 2005; Westerhof & Keyes, 2010). Một trục phản ánh mức độ triệu chứng bệnh lý (mental illness), trong khi trục còn lại phản ánh mức độ an lạc hay sức khỏe tâm thần tích cực (positive mental health/well-being). Theo cách tiếp cận này, trạng thái phát triển tối ưu (complete mental health), chỉ đạt được khi cá nhân vừa không có bệnh lý tâm thần vừa duy trì mức an lạc cao.

Lãng kính khoa học

Keyes định nghĩa sự phát triển con người thông qua ba chiều kích của an lạc. Thứ nhất là an lạc cảm xúc (emotional well-being), bao gồm cảm xúc tích cực và sự hài lòng với cuộc sống (Keyes, 2007). Thứ hai là an lạc tâm lý (psychological well-being), phản ánh sự vận hành tối ưu của cá nhân với các yếu tố như tự chấp nhận, mục đích sống, tự chủ và phát triển cá nhân (Ryff, 1989). Thứ ba là an lạc xã hội (social well-being), thể hiện cảm giác thuộc về cộng đồng và khả năng đóng góp có ý nghĩa cho xã hội (Keyes, 1998; Westerhof & Keyes, 2010).

Từ khung lý luận này, Keyes phân loại trạng thái sức khỏe tâm thần của con người trên phổ từ suy tàn (languishing) đến hưng thịnh (flourishing) (Keyes, 2002). Hưng thịnh mô tả trạng thái mà cá nhân đạt mức cao ở các chỉ số an lạc cảm xúc, tâm lý và xã hội. Ngược lại, suy tàn là trạng thái thiếu sinh lực, thiếu ý nghĩa và thiếu kết nối xã hội, ngay cả khi cá nhân không mắc rối loạn tâm thần được chẩn đoán.



Điểm quan trọng trong mô hình này là sự tương đối độc lập giữa phát triển và bệnh lý. Một số cá nhân vẫn có thể đạt mức hưng thịnh dù đang sống chung với những khó khăn tâm lý, cho thấy sự phát triển con người có thể diễn ra song song với quá trình quản lý bệnh lý (Westerhof & Keyes, 2010; Fowler et al., 2025).

Điểm giao thoa nhân văn giữa Rogers và Keyes

Sự giao thoa giữa tư tưởng của Carl Rogers và Corey Keyes cho thấy một hướng chuyển dịch quan trọng trong tâm lý học: từ mô hình tập trung vào bệnh lý sang cách tiếp cận nhấn mạnh sự phát triển tối ưu của con người.

Lãng kính khoa học

Điểm giao thoa sâu sắc nhất nằm ở niềm tin vào tiềm năng phát triển của con người cá nhân. Cả Rogers và Keyes đều chia sẻ nền tảng triết học nhân văn, tin rằng con người có khả năng tự điều chỉnh và hướng tới sự phát triển tích cực. Rogers cho rằng mỗi sinh thể đều mang trong mình khuynh hướng hiện thực hóa (actualizing tendency), là xu hướng bẩm sinh nhằm duy trì và phát triển chính mình (Rogers, 1959). Ở một bình diện khác, trạng thái hưng thịnh (flourishing) trong mô hình của Keyes (2002) có thể được xem như biểu hiện của khuynh hướng này khi nó được vận hành trọn vẹn.

Sự tương đồng này cũng thể hiện trong mối liên hệ giữa sự thống nhất (congruence) của Rogers và chiều kích an lạc tâm lý (psychological well-being) trong mô hình của Keyes. Rogers cho rằng khó khăn tâm lý phát sinh khi có sự bất nhất giữa trải nghiệm sống và bản ngã (self/self-concept). Tiến trình tham vấn, vì vậy, nhằm giúp thân chủ trở nên chân thực hơn với chính mình. Trong mô hình của Keyes, chiều kích an lạc tâm lý (dựa trên công trình của Ryff) bao gồm các yếu tố như tự chấp nhận (self-acceptance), tự chủ (autonomy) và phát triển cá nhân (personal growth), cũng là những đặc điểm phản ánh mức độ thống nhất (congruence) cao trong quan niệm của Rogers.

Một điểm giao thoa khác nằm ở mối liên hệ giữa mở lòng với trải nghiệm (openness to experience) và an lạc cảm xúc (emotional well-being). Rogers mô tả một cá nhân vận hành trọn vẹn (fully functioning person) là người có khả năng tiếp nhận trải nghiệm mà không bóp méo cảm xúc hay tri giác để tự vệ. Khi thân chủ cảm thấy an toàn trong mối quan hệ tham vấn, họ dần học cách lắng nghe và chấp nhận các cảm xúc của mình một cách trung thực. Trong mô hình của Keyes, an lạc cảm xúc được đặc trưng bởi cảm xúc tích cực (positive affect) và sự hài lòng với cuộc sống (life satisfaction). Việc chấp nhận trọn vẹn trải nghiệm cảm xúc (kể cả những cảm xúc khó khăn) chính là nền tảng của trạng thái an lạc bền vững.

Lãng kính khoa học

Sự tương đồng giữa hai cách tiếp cận cũng thể hiện sâu sắc trong chiều kích xã hội của sự phát triển con người. Carl Rogers (1959) lập luận rằng một kết quả tất yếu của tiến trình tham vấn là hành vi của cá nhân trở nên mang tính xã hội hóa (socialized) và trưởng thành hơn, đi kèm với việc gia tăng sự chấp nhận người khác. Ông khẳng định rằng con người vận hành trọn vẹn sẽ sống trong sự hòa hợp tối đa với người khác nhờ vào tính chất phần thưởng của sự chấp nhận tích cực lẫn nhau (reciprocal positive regard). Điều này tương ứng với chiều kích an lạc xã hội trong mô hình của Keyes, vốn bao gồm các yếu tố hội nhập xã hội (Social integration) - cảm giác thuộc về và có kết nối với cộng đồng, và đóng góp xã hội (Social contribution) - niềm tin rằng các hoạt động cá nhân của mình có giá trị và hữu ích cho xã hội.

Cuối cùng, khái niệm suy tàn (languishing) của Keyes cũng có thể được hiểu dưới ánh sáng lý thuyết Rogers. Keyes mô tả suy tàn như trạng thái trống rỗng và thiếu sức sống dù không có rối loạn lâm sàng rõ ràng. Trong ngôn ngữ của Rogers, đây có thể là biểu hiện của sự bất nhất (incongruence), một đời sống bị chi phối bởi các điều kiện giá trị (conditions of worth), nơi cá nhân sống theo những “mặt nạ” (facades) để đáp ứng kỳ vọng bên ngoài.

Có thể nói, cả hai cách tiếp cận, của Carl Rogers và Corey Keyes, đều nhấn mạnh rằng việc không có triệu chứng bệnh lý là chưa đủ; tiến trình tham vấn cần giúp cá nhân tái kết nối với bản thân để khôi phục khả năng phát triển của chính mình.

Lãng kính khoa học

Những khác biệt cần được nhận diện

Mặc dù có nhiều điểm giao thoa về tinh thần nhân văn, tư tưởng của Carl Rogers và Corey Keyes vẫn tồn tại những khác biệt quan trọng mà nhà tham vấn cần nhận diện.

Trước hết là quy mô tiếp cận. Rogers tập trung vào vi mô, là thế giới nội tâm của cá nhân và chất lượng của mối quan hệ trị liệu, nơi các điều kiện như thấu cảm, chân thực và chấp nhận vô điều kiện giúp giải phóng năng lực tự trị của thân chủ. Ngược lại, Keyes mở rộng góc nhìn sang vĩ mô, là quy mô quần thể và hệ thống sức khỏe tâm thần, xây dựng khung lý thuyết và các công cụ đo lường, được áp dụng phổ biến là Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) nhằm đánh giá và phân loại trạng thái sức khỏe tâm thần trong cộng đồng.

Sự khác biệt thứ hai nằm ở cách định nghĩa về sức khỏe tâm thần. Rogers nhìn nó là một tiến trình (a process) vận động liên tục hướng tới sự phát triển và hoàn thiện bản thân.

Trong khi đó, Keyes định nghĩa sức khỏe tâm thần như một trạng thái hoàn chỉnh (complete state), đạt được khi cá nhân đồng thời duy trì mức cao ở ba chiều kích: an lạc cảm xúc (emotional well-being), an lạc tâm lý (psychological well-being) và an lạc xã hội (social well-being).

Tương ứng với hai cách tiếp cận này là hai phương pháp đánh giá khác nhau. Rogers tập trung vào điều kiện của mối quan hệ công việc giữa thân chủ và nhà tham vấn và các thay đổi nội tại của thân chủ bằng cách ghi âm và phân tích tiến trình của họ. Trong khi đó, Keyes sử dụng các thang đo định lượng và thu thập mẫu lớn để thống kê và dự báo.

Một khác biệt quan trọng khác nằm ở vai trò của chiều kích xã hội và cách nhìn nhận bệnh lý. Rogers chủ yếu phân tích khó khăn tâm lý thông qua sự bất nhất giữa trải nghiệm và bản ngã, trong đó các triệu chứng được xem như hệ quả của sự bất nhất. Keyes, ngược lại, đặt an lạc xã hội (social well-being) như một trụ cột độc lập của sức khỏe tâm thần và nhấn mạnh rằng bệnh lý và phát triển tồn tại trên hai trục tương đối độc lập.

Điều này cho phép một cá nhân vừa có thể đối diện với khó khăn tâm lý vừa duy trì mức an lạc cao. Từ góc nhìn tích hợp, có thể nói Rogers cung cấp “môi trường nuôi dưỡng” của tiến trình phát triển trong quan hệ trị liệu, trong khi Keyes cung cấp “ma trận định vị” giúp định vị cá nhân trên phổ liên tục của sức khỏe tâm thần.

Lãng kính khoa học

Ý nghĩa cho thực hành tham vấn tâm lý

Trong tham vấn tâm lý, việc kết hợp được cả tư tưởng của Carl Rogers về tiến trình thành nhân (process of becoming) với mô hình Dual Continua của Corey Keyes mang lại những gợi ý thực hành quan trọng.

Sự giao thoa này giúp chuyển dịch trọng tâm của trị liệu từ việc chỉ “giảm triệu chứng” sang việc đồng hành cùng thân chủ hướng tới trạng thái “vận hành” tối ưu. Theo đó, mục tiêu của tham vấn không dừng lại ở việc giúp thân chủ thoát khỏi lo âu hay trầm cảm, mà còn hướng đến việc phát triển các nguồn lực giúp họ đạt tới trạng thái hưng thịnh trên tiến trình trở thành một con người vận hành đầy đủ (fully functioning person).

Cách tiếp cận này cũng gợi ý một khung đánh giá toàn diện hơn về sức khỏe tâm thần. Theo mô hình Dual Continua, nhà tham vấn cần quan sát thân chủ trên hai chiều kích tương đối độc lập: mức độ bệnh lý tâm thần (mental illness) và mức độ an lạc (well-being).

Điều này cho phép nhận diện những trường hợp thường bị bỏ sót trong mô hình bệnh lý truyền thống, chẳng hạn những người không có chẩn đoán lâm sàng nhưng vẫn ở trạng thái suy tàn. Trong thực hành, việc sử dụng các công cụ như Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF) có thể hỗ trợ nhà tham vấn phát hiện sớm những trạng thái này và triển khai các can thiệp mang tính phòng ngừa.

Cuối cùng, sự tích hợp cũng một lần nữa củng cố hướng tiếp cận dựa trên điểm mạnh (strength-based approach) của thực hành tham vấn tâm lý. Thay vì chỉ tập trung vào các thiếu hụt hay triệu chứng bệnh lý, nhà tham vấn được định vị như người đồng hành giúp thân chủ nhận diện và phát huy các nguồn lực nội tại, các thế mạnh cá nhân và những yếu tố an lạc sẵn có.

Lãng kính khoa học

Nhân văn như một dòng chảy trong tâm lý học

Khi đặt tư tưởng của Carl Rogers bên cạnh mô hình Mental Health Continuum của Corey Keyes, ta có thể thấy hai dòng suy nghĩ gặp nhau trong một câu hỏi chung: *Con người phát triển như thế nào khi họ được sống đúng với chính mình?*

Rogers nói về tiến trình trở thành (process of becoming), nơi con người dần tháo bỏ những mặt nạ và sống chân thực hơn với trải nghiệm của mình. Keyes, từ một góc nhìn khác, vẽ nên ma trận các trạng thái của sự phát triển, nơi mỗi người có thể dịch chuyển từ trạng thái này qua trạng thái khác qua các chiều kích cảm xúc, tâm lý và xã hội.

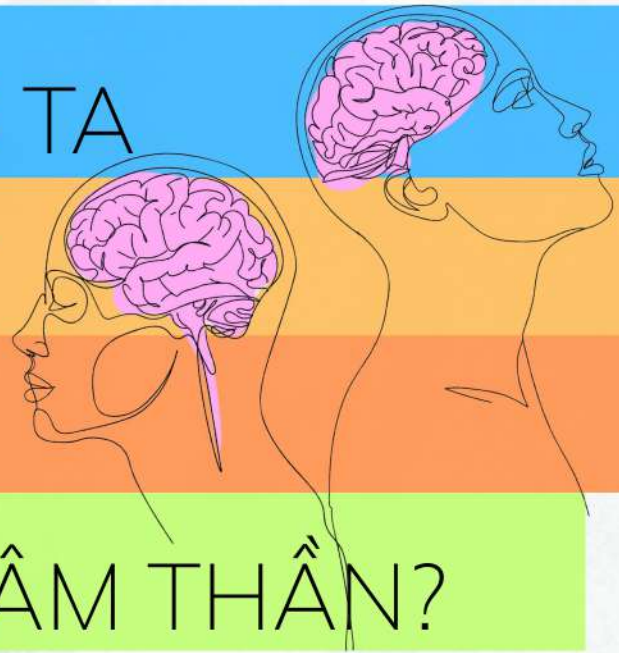
Một bên nói về hành trình, một bên giúp nhận diện vị trí trên hành trình ấy. Và ở điểm giao nhau đó, tâm lý học trở lại với tinh thần nhân văn ban đầu: tin rằng “con người có khả năng” luôn hiện diện trong mỗi người, chờ được đánh thức để “nở hoa” (flourishing) theo cách riêng của mình.



*** Tài liệu tham khảo:**

1. Rogers, C. R. (1951). Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory. Houghton Mifflin.
2. Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
3. Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. Trong S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science: Study 1. Formulations of the person and the social context* (Vol. 3, pp. 184-256). McGraw-Hill.
4. Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
5. Fowler, K., Wareham-Fowler, S., & Keyes, C. L. M. (2025). Flourishing despite eating disorder risk: exploring undergraduate student academic, social and mental health outcomes via the dual continua model. *Psychology, Health & Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/13548506.2025.2594167>
6. Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140. <https://doi.org/10.2307/2787065>
7. Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
8. Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
9. Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *The American Psychologist*, 62(2), 95-108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
10. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
11. Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>

LIỆU CHÚNG TA CÓ THẬT SỰ HIỂU VỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN?



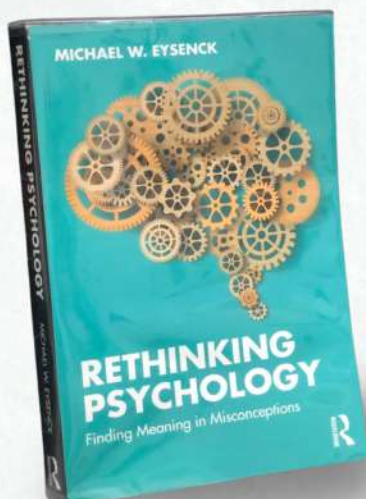
▪ NGÔ MINH UY

6 huyền thoại phổ biến và 1 cách nhìn lại

Trong khoảng hơn một thập niên trở lại đây, sức khỏe tâm thần đã dần trở thành một chủ đề quen thuộc trong đời sống xã hội Việt Nam. Từ trường học, doanh nghiệp cho đến truyền thông đại chúng, cụm từ này xuất hiện ngày càng nhiều, đi cùng với sự gia tăng nhận thức, quan tâm và nhu cầu hỗ trợ.

Tuy nhiên, một nghịch lý cũng đồng thời diễn ra: càng nói nhiều về sức khỏe tâm thần, chúng ta lại càng dễ hiểu sai về nó.

Những hiểu lầm này không phải là do thiếu thiện chí. Ngược lại, nhiều quan niệm sai lại xuất phát từ mong muốn thấu cảm, bảo vệ hoặc giúp đỡ con người. Nhưng chính vì “nghe có vẻ đúng” nên trở thành nguy hiểm hơn bởi chúng làm đơn giản hóa một lĩnh vực vốn dĩ rất phức tạp.



Bài viết này điểm lại 6 huyền thoại phổ biến về sức khỏe tâm thần, dựa trên các tổng hợp nghiên cứu hiện đại được trình bày bởi Eysenck trong cuốn sách Rethinking Psychology xuất bản 2025 với mong muốn góp phần làm rõ một điều tưởng chừng rất quen thuộc đó là hiểu con người không phải là một việc đơn giản

Nghiên cứu mới

Nghiên cứu mới

1. “Rối loạn tâm thần hầu như hoàn toàn do trải nghiệm sống gây ra”

Một trong những cách hiểu phổ biến nhất hiện nay là quy toàn bộ khó khăn tâm lý về trải nghiệm sống như tuổi thơ không trọn vẹn, biến cố gia đình, áp lực học tập, mất mát, tổn thương...

Cách hiểu này có sức hấp dẫn rất lớn vì nó mang lại cảm giác hợp lý và dễ đồng cảm. Khi thấy một người trầm cảm sau ly hôn, mất việc hay mất người thân, chúng ta dễ kết luận rằng “À, là do biến cố đó”.

Tuy nhiên, khoa học tâm lý hiện đại cho thấy một bức tranh phức tạp hơn nhiều.

Một trong những khung lý thuyết quan trọng nhất hiện nay là mô hình “dễ tổn thương - căng thẳng” (diathesis-stress). Theo đó, rối loạn tâm thần không xuất hiện chỉ vì một biến cố mà là kết quả của sự tương tác giữa hai yếu tố:

Mức độ dễ tổn thương của cá nhân (bao gồm yếu tố di truyền, sinh học, đặc điểm nhân cách...)

Các yếu tố căng thẳng trong cuộc sống

Điều này giải thích vì sao cùng một biến cố, có người sụp đổ nhưng có người vẫn đứng vững; hoặc có người trải qua nhiều khó khăn hơn nhưng không phát triển thành rối loạn.



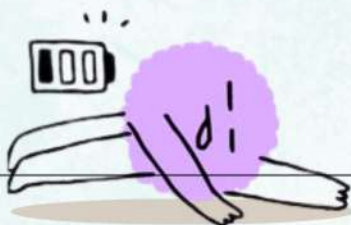
Các nghiên cứu song sinh cho thấy yếu tố di truyền đóng vai trò đáng kể trong nhiều rối loạn tâm thần, đặc biệt là tâm thần phân liệt và rối loạn lưỡng cực. Tuy nhiên, di truyền không quyết định số phận, mà chỉ tạo ra một “nền dễ tổn thương” khác nhau giữa các cá nhân.

Hiểu lầm này phổ biến một phần vì chúng ta thường nhìn thấy cái xảy ra trước mắt (biến cố), nhưng không thấy được cái nằm bên dưới (tính dễ tổn thương). Ngoài ra, chúng ta cũng dễ nhầm lẫn giữa hai câu hỏi:

→ “Khi nào vấn đề xuất hiện?” (thường liên quan đến biến cố)

→ “Ai có nguy cơ xuất hiện vấn đề?” (liên quan đến yếu tố cá nhân)

Khi hai câu hỏi này bị lẫn lộn, chúng ta dễ đi đến kết luận sai rằng trải nghiệm sống là nguyên nhân chính. Trong khi đó, trải nghiệm sống thường đóng vai trò kích hoạt, nhưng kích hoạt không đồng nghĩa với chuyện cho rằng đó là nguyên nhân duy nhất.



2. “Chẩn đoán tâm thần sẽ làm tăng kỳ thị”

Một hiểu lầm khác cũng rất phổ biến, đặc biệt trong giới có học và làm tâm lý, là niềm tin rằng việc chẩn đoán hay “dán nhãn” rối loạn tâm thần sẽ làm tăng kỳ thị.

Niềm tin này thường đi kèm với một thái độ “tránh gọi tên”, với mong muốn bảo vệ con người khỏi bị đóng khung. Tuy nhiên, khoa học cho thấy vấn đề không nằm ở chẩn đoán.



Trong thực hành tâm lý lâm sàng, chẩn đoán là một công cụ chuyên môn cần thiết. Phần lớn các liệu pháp tâm lý hiện nay được phát triển và kiểm chứng dựa trên các nhóm chẩn đoán cụ thể. Việc chẩn đoán giúp:

- Lựa chọn phương pháp can thiệp phù hợp
- Theo dõi tiến trình
- Đánh giá hiệu quả điều trị

Nếu bỏ chẩn đoán, chúng ta không làm người gặp khó khăn được “tự do hơn”, mà có thể khiến họ rơi vào những can thiệp mơ hồ và kém hiệu quả.

Vậy kỳ thị đến từ đâu?

Các nghiên cứu chỉ ra rằng kỳ thị chủ yếu đến từ những niềm tin sai lệch của xã hội về rối loạn tâm thần như cho rằng người có rối loạn là nguy hiểm, khó lường, không thể làm việc, không thể yêu thương, không thể sống bình thường...

Những niềm tin này tồn tại từ lâu trước cả hệ thống chẩn đoán hiện đại, và không biến mất dù có hay không có nhãn.



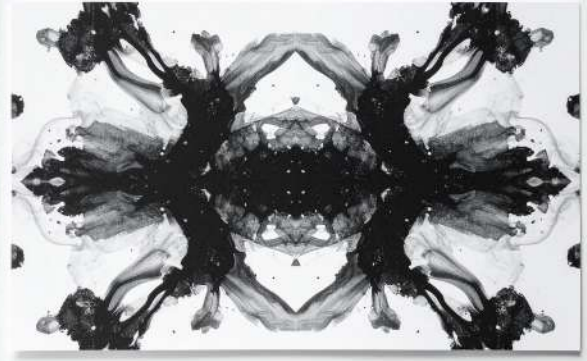
Điều gây tổn hại lớn nhất không phải là chẩn đoán, mà là tự kỳ thị (*self-stigma*) khi mà người được chẩn đoán bắt đầu tin vào những định kiến tiêu cực về chính mình.

Như vậy, vấn đề không nằm ở cái tên hay việc chẩn đoán mà nằm ở cách xã hội hiểu và đối xử với con người phía sau cái tên đó.

Nghiên cứu mới

3. “Test Rorschach là công cụ chẩn đoán rất hiệu quả”

Test vết mực loang Rorschach là một trong những biểu tượng nổi tiếng nhất của tâm lý học trong văn hóa đại chúng. Hình ảnh một người nhìn vào các vết mực và “bị đọc ra nội tâm” xuất hiện dày đặc trong phim ảnh và tiểu thuyết.



Ý tưởng nền tảng của Rorschach là: khi đối diện với kích thích mơ hồ, con người sẽ phóng chiếu đặc điểm nội tâm của mình ra bên ngoài. Ý tưởng này hấp dẫn, nhưng hấp dẫn không đồng nghĩa với chính xác.

Các nghiên cứu tổng hợp cho thấy Rorschach có nhiều vấn đề nghiêm trọng:

- Chuẩn mực đánh giá không ổn định
- Phản ứng phụ thuộc mạnh vào văn hóa
- Kết quả bị ảnh hưởng bởi người chấm
- Khó phân biệt giữa người có rối loạn và người không có



Ngoài ra, người làm test hoàn toàn có thể điều chỉnh câu trả lời, và test không có giá trị dự đoán mạnh so với các công cụ đánh giá khác.

Hai yếu tố tâm lý giúp duy trì niềm tin vào Rorschach là:

- Ảo giác về mối liên hệ (illusory correlation): chúng ta nhớ những trường hợp “khớp” và quên những trường hợp không khớp
- Hiệu ứng Barnum: các mô tả mơ hồ khiến nhiều người thấy “đúng với mình”

Tổng hợp lại, Rorschach có thể cung cấp một số thông tin hạn chế, nhưng không phải là công cụ chẩn đoán mạnh và không nên được sử dụng như nền tảng cho quyết định lâm sàng.

4. “Rối loạn đa nhân cách là có nhiều nhân cách hoàn toàn tách biệt”

Hình ảnh “đa nhân cách” với nhiều con người độc lập trong cùng một cơ thể là một sản phẩm mạnh mẽ của văn hóa đại chúng.

Tuy nhiên, thuật ngữ chính thức hiện nay là rối loạn bản dạng phân ly (Dissociative Identity Disorder - DID), và cách hiểu hiện đại đã thay đổi đáng kể.

Thay vì “nhiều nhân cách”, DID được hiểu là sự phân mảnh và thiếu tích hợp của bản ngã.

Trong thực tế lâm sàng:

Hiếm khi có các nhân cách hoàn chỉnh, độc lập

Phổ biến hơn là các trạng thái bản thân khác nhau xen kẽ, gây gián đoạn trải nghiệm liên tục về chính mình

Mối liên hệ giữa sang chấn và DID cũng không mạnh như từng được tin. Nhiều người có biểu hiện DID không có tiền sử sang chấn rõ ràng, và các yếu tố nhận thức - xã hội (gợi ý, kỳ vọng, truyền thông...) có thể đóng vai trò đáng kể.

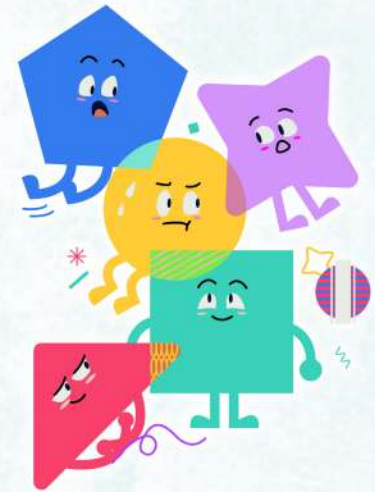
Một hiểu lầm phổ biến khác là đồng nhất DID với tâm thần phân liệt. Trên thực tế, đây là hai nhóm rối loạn hoàn toàn khác nhau. Người bị tâm thần phân liệt có thể có ảo giác, hoang tưởng, nhưng không có nhiều nhân cách.

Những hiểu lầm này cho thấy một điều: chúng ta thường bị ảnh hưởng mạnh bởi những câu chuyện hấp dẫn hơn là bằng chứng khoa học.

5. “Muốn trị liệu tâm lý thì phải đào xới tuổi thơ”

Hình ảnh người nằm trên ghế dài kể lại tuổi thơ là một di sản của phân tâm học cổ điển và được củng cố mạnh mẽ bởi văn hóa đại chúng.

Đúng là trong phân tâm học, trải nghiệm thời thơ ấu có vai trò quan trọng. Tuy nhiên, ngay cả Freud cũng không cho rằng ký ức được nhớ lại là bản sao trung thực của quá khứ, mà là những cấu trúc chịu ảnh hưởng của hiện tại.



Quan trọng hơn, thực hành trị liệu hiện nay đã thay đổi rất nhiều. Có hơn 500 phương pháp trị liệu khác nhau, và phần lớn:

Tập trung vào hiện tại

Làm việc với suy nghĩ, hành vi, cảm xúc

Xây dựng kỹ năng và thay đổi cách phản ứng

Ví dụ như CBT tập trung vào nhận thức và hành vi; ACT tập trung vào giá trị và hành động; và Liệu pháp giải pháp tập trung vào tương lai

Các tổng quan nghiên cứu cho thấy việc “đào xới tuổi thơ” không phải là điều kiện cần để trị liệu hiệu quả. Nhiều người cải thiện đáng kể mà không cần quay lại quá khứ.

Điều quan trọng không phải là nhìn về đâu, mà là can thiệp đúng vào điều đang duy trì khổ đau trong hiện tại.

Nghiên cứu mới

Nghiên cứu mới

6. “Thuốc chống trầm cảm hiệu quả hơn nhiều so với trị liệu tâm lý”

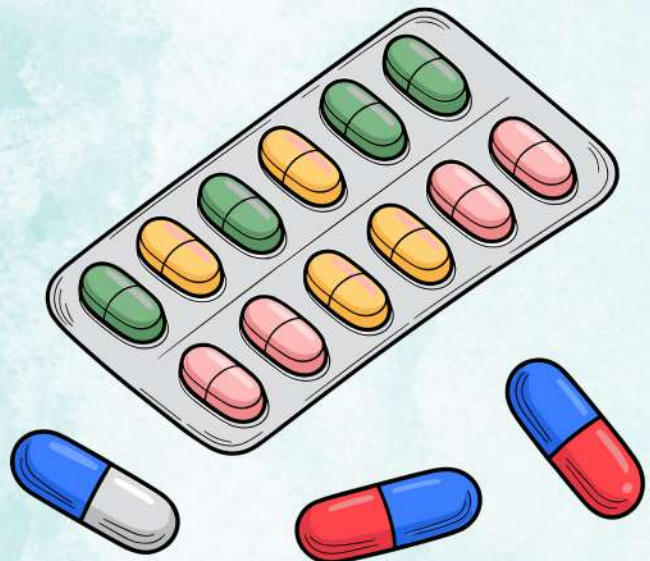
Niềm tin này được củng cố bởi cách hiểu đơn giản về sinh học (“trầm cảm do thiếu serotonin”) và bởi ảnh hưởng mạnh mẽ của truyền thông.

Tuy nhiên, các nghiên cứu so sánh cho thấy:

Trong ngắn hạn: thuốc và trị liệu tâm lý (đặc biệt là CBT) có hiệu quả tương đương

Trong dài hạn: trị liệu tâm lý giúp giảm tái phát tốt hơn đáng kể

Thuốc có thể làm giảm triệu chứng, nhưng không làm thay đổi những cơ chế duy trì rối loạn (cách suy nghĩ, hành vi né tránh...). Khi ngưng thuốc, những cơ chế này có thể quay trở lại.



Trong khi đó, trị liệu giúp người ta học cách hiểu và điều chỉnh chính mình, từ đó tạo ra năng lực tự duy trì.

Ngoài ra, giả thuyết “thiếu serotonin” hiện không có bằng chứng nhất quán để giải thích trầm cảm như một nguyên nhân đơn tuyến.

Điều này không có nghĩa là thuốc không có giá trị. Trong nhiều trường hợp, thuốc là cần thiết và hữu ích. Nhưng việc đặt thuốc lên trên trị liệu như một giải pháp “mạnh hơn” là một cách hiểu thiếu cân bằng.



Nghiên cứu mới

HIỂU ĐÚNG VỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN TRONG TIẾN TRÌNH THAM VẤN TÂM LÝ



▪ NGUYỄN NHƯ QUỲNH

Nghiên cứu mới

Tham vấn tâm lý với hướng tiếp cận phi bệnh lý hóa đặt trạng thái an lạc và hạnh phúc của con người cá nhân là trọng tâm trong hành trình sống của chính họ, không dừng lại ở câu chuyện loại bỏ những trở ngại hay cảm giác nào đó không dễ chịu gặp phải.

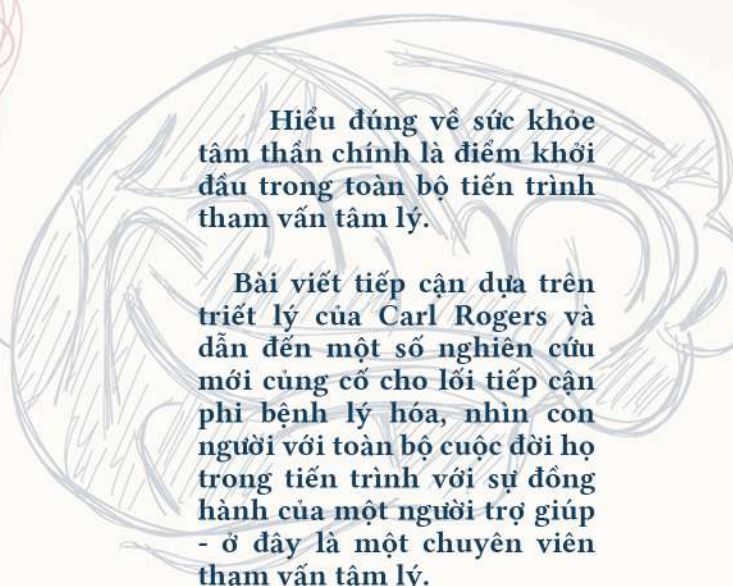
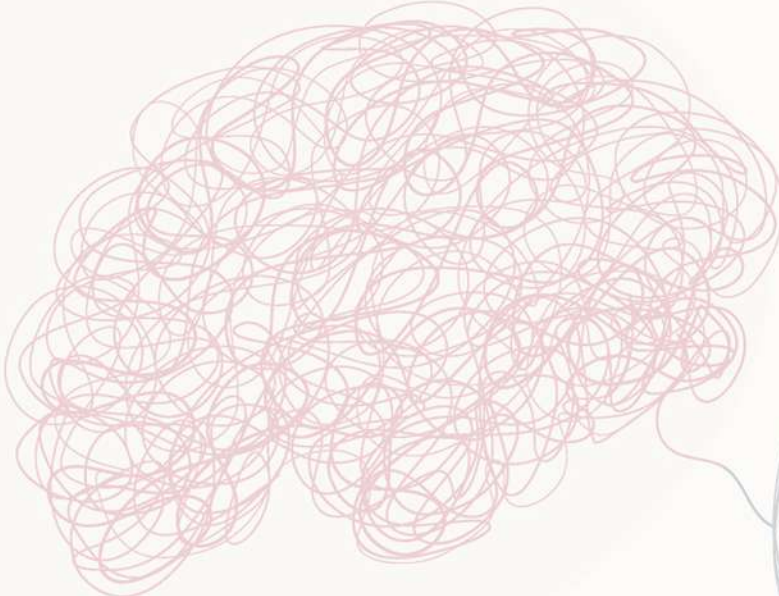
Hiểu đúng về ý nghĩa của sức khỏe tâm thần giúp người làm tham vấn và khách hàng nhận diện mình ở đâu trong tiến trình đồng hành chuyên nghiệp này. Khi có những

nhìn nhận đúng về sức khỏe tâm thần, những hao phí gây ra bởi nhận định sai, những thiên kiến, những kỳ vọng không hợp lý sẽ giảm dần. Đó là lúc mà cơ hội dành cho sự nâng đỡ được vun đắp.

Tham vấn tâm lý khởi đầu từ những triết lý cốt lõi của Carl Rogers bao gồm: sự chân thật, sự tôn trọng tích cực vô điều kiện và lắng nghe với lòng thấu cảm. Xuyên suốt sự kết nối ấy chính là sự hiện diện tạo nên

“điểm gặp gỡ” đắt giá trong phiên làm việc.

Với liệu pháp lấy con người làm trọng tâm được phát triển từ Carl Rogers, nhiều nhà thực hành trên thế giới thông qua quá trình làm việc cùng quá trình quan sát đã đưa ra những đúc kết củng cố chứng cứ khoa học cho giá trị của tham vấn tâm lý. Sức khỏe tâm thần đặt trong tiến trình tham vấn chính là xét trên chiều dài cuộc sống, không tách rời những sự kiện hay dán nhãn lên con người cá nhân mà soi chiếu trên phổ dài của Trục sức khỏe tâm thần (Keyes, 2002).



Hiểu đúng về sức khỏe tâm thần chính là điểm khởi đầu trong toàn bộ tiến trình tham vấn tâm lý.

Bài viết tiếp cận dựa trên triết lý của Carl Rogers và dẫn đến một số nghiên cứu mới củng cố cho lối tiếp cận phi bệnh lý hóa, nhìn con người với toàn bộ cuộc đời họ trong tiến trình với sự đồng hành của một người trợ giúp - ở đây là một chuyên viên tham vấn tâm lý.

Nghiên cứu mới

“Cuộc sống tốt đẹp là một quá trình, không phải là một trạng thái tồn tại cố định. Nó là một hướng đi, không phải là một đích đến.”

Rogers, C. (1961). On Becoming a Person, tr.186



Một TIẾN TRÌNH trở thành

Sức khỏe tâm thần vì thế cần được nhìn thấy trong một quá trình phát triển liên tục của con người, chứ không phải là một trạng thái ổn định, bất biến.

Nghiên cứu mới

Không xem một “cuộc sống tốt đẹp” là đích đến cố định

Khái niệm “cuộc sống tốt đẹp” của Carl Rogers trực tiếp thách thức các khuôn khổ tôn giáo và đạo đức truyền thống, vốn xem sự viên mãn cuối cùng là một đích đến cố định. Như Manickanamparambil nhận xét, các quan điểm chính thống thường mô tả cuộc sống tốt đẹp như một “trạng thái cuối cùng của đức hạnh, sự mãn nguyện, niết bàn hay hạnh phúc” (Manickanamparambil, tr. 198). Ngược lại, lý thuyết của Rogers khẳng định rằng sự trưởng thành của con người là một “quá trình luôn vận động, đối lập với tính cố định và trạng thái tĩnh” (Manickanamparambil, tr. 196). Vì vậy, cuộc sống tốt đẹp về bản chất “bao hàm một hướng đi chứ không phải một đích đến”, đòi hỏi sự tự do tâm lý để liên tục đưa ra lựa chọn, thay vì đạt tới một điểm dừng cuối cùng, bất biến (Manickanamparambil, tr. 197).

Manickanamparambil, J. M. (n.d.). Manickanamparambil, J. M. (n.d.). Meeting of humanistic and religious goals in theory of growth orientation of Carl Rogers. DVK, Bangalore.

Chấp nhận bản thân như một quá trình trở thành

Quan điểm này được củng cố bởi lý thuyết Organismic Valuing Process (OVP), nhấn mạnh khả năng của con người là “trở thành một quá trình, chứ không phải một sản phẩm” (Maurer & Daukantaitė, 2020). Đây là cơ chế tự nhiên, cho phép con người tự đánh giá và lựa chọn những trải nghiệm thúc đẩy sự phát triển, trưởng thành và hiện thực hóa bản thân. Đây cũng là khả năng nội tại giúp cá nhân nhận biết điều gì là tốt cho sự toàn vẹn của mình, hướng tới sự tự chủ và hạnh phúc, thay vì tuân theo tiêu chuẩn bên ngoài.

Theo khuôn khổ này, một sự chuyển biến tâm lý căn bản xảy ra khi cá nhân chấp nhận rằng cả cuộc sống lẫn bản thân đều luôn ở trong trạng thái “biến đổi không ngừng” (Maurer & Daukantaitė, 2020). Để đạt được một cuộc sống tốt đẹp, con người cần học cách tìm sự hài hòa trong những biến động liên tục của cuộc sống, thay vì đòi hỏi một kết thúc rõ ràng ngay lập tức. Nói cách khác, đó là việc “chấp nhận bản thân như một quá trình đang trở thành, thay vì một sản phẩm đã hoàn tất” (Maurer & Daukantaitė, 2020).

Maurer, M. M., & Daukantaitė, D. (2020). Maurer, M. M., & Daukantaitė, D. (2020). Revisiting the organismic valuing process theory of personal growth: A theoretical review of Rogers and its connection to positive psychology. *Frontiers in Psychology*, 11, Bài viết 1706. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01706>.

Nghiên cứu mới

Sự phát triển như một động lực liên tục từ bên trong

Khi nhắc đến sức bền tâm lý và trạng thái an lạc, Tiittanen (2014) trích dẫn nguyên văn lời của Rogers để lập luận rằng khả năng hoạt động tối ưu của con người bắt nguồn từ một động lực nội tại để không ngừng phát triển. Tiittanen (2014) nhấn mạnh rằng cuộc sống tốt đẹp vốn gắn liền với “cách nhìn nhận cuộc sống như một quá trình, với những thăng trầm và biến đổi của nó, cùng khả năng phát triển theo quá trình đó” (tr. 38).

Thay vì coi hạnh phúc như một điểm dừng nơi nỗ lực của con người chấm dứt, nó được hiểu như một chuyển động tiến liên tục, hướng tới việc thực hiện tiềm năng bản thân, đồng thời thích ứng với những thách thức phát sinh.

Tiittanen, M. (2014). Tiittanen, M. (2014). Grit and different aspects of well-being: Direct and indirect effects via sense of coherence and authenticity (Luận văn Thạc sĩ). Lund University, Department of Psychology.

Phát triển nhân cách như một tiến trình luôn vận động

Patterson và Joseph (2007) cung cấp bằng chứng thực nghiệm củng cố quan điểm của Rogers bằng cách liên kết Lý thuyết Lấy con người làm trung tâm (Person-centered Theory) với Lý thuyết Tự quyết (Self-Determination Theory). Điều được củng cố là con người có xu hướng chủ động hướng tới “phát triển, trưởng thành và hoạt động tối ưu”, thay vì hướng tới một trạng thái tâm lý trọn vẹn cuối cùng (Patterson & Joseph, 2007, tr. 117).

Vì con người vốn được thúc đẩy tự nhiên để hiện thực hóa các tiềm năng của mình, nên cuộc sống tốt đẹp được định nghĩa bởi chuyển động liên tục này.

Patterson, T. G., & Joseph, S. (2007). Patterson, T. G., & Joseph, S. (2007). Person-centered personality theory: Support from self-determination theory and positive psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 47(1), 117-139. [h t t p s : / / doi.org/10.1177/0022167806293008](https://doi.org/10.1177/0022167806293008).

Cuộc sống tốt đẹp như một hành động liên tục (cuộc sống ở đây là một động từ, không phải một danh từ)

Luận án Tiến sĩ của tác giả Benton (2018) về những nữ lãnh đạo điều hành trong thế giới mà con người liên tục tương tác với nhau. Nghiên cứu đã áp dụng triết lý của Rogers và công khai bác bỏ quan niệm cho rằng cuộc sống tốt đẹp là một “điều gì đó tồn tại độc lập, ở đâu đó để con người khám phá và đạt được” (Benton, 2018, tr. 87).

Thay vào đó, các kết quả nghiên cứu định tính của bà cho thấy cuộc sống tốt đẹp là điều được hiện thực hóa liên tục thông qua hành động và các mối quan hệ. Nó cần được xem như “những hành động và quá trình hợp tác, đang diễn ra liên tục, chứ không phải một trạng thái hay một chân lý tuyệt đối cần đạt tới” (Benton, 2018, tr. 253-254). Bằng việc kết luận rằng cuộc sống tốt đẹp là một sự theo đuổi chủ động thay vì một điểm kết thúc tuyệt đối, nghiên cứu này khẳng định đặt trong bối cảnh thời đại rằng sự viên mãn là một hành trình liên tục.

Benton, M. (2018). Benton, M. (2018). Executive women: Creating a good life in a world of social saturation (Luận án Tiến sĩ, University of Twente). <https://doi.org/10.3990/1.9789036545372>.

Nghiên cứu mới

“Có một nghịch lý kỳ lạ là khi tôi chấp nhận bản thân như là chính tôi thì tôi bắt đầu thay đổi.”

Rogers, C. (1961). On Becoming a Person. tr.17

Nhìn thấy bản thân như là chính mình giúp một người đón nhận bản thân thông qua những trải nghiệm sống trước khi đòi hỏi hay áp đặt một hình mẫu nào lên chính mình.



Nghiên cứu mới

Tự tôn trọng bản thân một cách tích cực vô điều kiện là chất xúc tác cho sự phát triển

Maurer và Daukantaite (2020) lập luận rằng sự phát triển cá nhân phụ thuộc sâu sắc vào “sự tự tôn trọng tích cực vô điều kiện”, được định nghĩa là sự chấp nhận hoàn toàn, thấu cảm và tử tế đối với bản thân với tất cả những phức tạp vốn có của chính người ấy. Khi cá nhân học cách chấp nhận những phản ứng luôn biến đổi của mình, bao gồm cả những trạng thái tiêu cực, nỗi sợ hãi và lo âu, như những biểu hiện chân thực của trải nghiệm từ bên trong bản thể con người, họ sẽ thiết lập được một trạng thái an toàn tâm lý bên trong.

Chính sự chấp nhận không phán xét đối với bản thân hiện tại này giúp một người ngừng tiêu tốn năng lượng tinh thần cho việc tự phòng vệ, qua đó giải phóng năng lượng đó để phục vụ cho xu hướng tự hiện thực hóa một cách tự nhiên (Maurer & Daukantaitė, 2020). Do đó, sự thay đổi thực sự và khả năng tự làm chủ bản thân sẽ tự nhiên xuất hiện vào thời điểm con người ngừng chống lại thực tại hiện tại của chính mình.

Maurer, M. M., & Daukantaitė, D. (2020). Revisiting the organismic valuing process theory of personal growth: A theoretical review of Rogers and its connection to positive psychology. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 1706. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01706>

Giảm sự phòng vệ và hướng đến sự nhất quán

Từ góc nhìn của Lý thuyết Lấy con người làm trung tâm (Person-centered Theory), Patterson và Joseph (2007, tr. 128) giải thích rằng sự trì trệ trong hành vi là do cơ chế phòng vệ, vốn được kích hoạt khi một người cảm nhận các trải nghiệm nội tâm của chính mình như một mối đe dọa đối với hình ảnh bản thân.

Khi lựa chọn chấp nhận bản thân như hiện tại, cá nhân sẽ làm giảm đáng kể sự phòng vệ này, từ đó dẫn đến một trạng thái “nhất quán” (congruence), nơi suy nghĩ, cảm xúc và hành vi hài hòa với nhau.

Các bằng chứng thực nghiệm được Patterson và Joseph (2007) tổng hợp cho thấy rằng những cá nhân có khả năng tự chấp nhận và tự chủ không cần phải dựa vào các thiên kiến có lợi cho bản thân hay những lời biện minh, phủ nhận các thất bại.

Do đó, sự chấp nhận chân thực bản thân mở đường cho sự hòa hợp giữa suy nghĩ, cảm xúc và hành vi một cách chân thực, hướng đến những thay đổi hành vi mang tính xây dựng.

Patterson, T. G., & Joseph, S. (2007). Person-centered personality theory: Support from self-determination theory and positive psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 47(1), 117-139. <https://doi.org/10.1177/0022167806293008>

Nghiên cứu mới

Cần lột bỏ những “mặt nạ” để dẫn đến sự thay đổi một cách tự nhiên

Trong những suy ngẫm trực tiếp về trị liệu tâm lý, Carl Rogers đã chỉ ra rằng con người sẽ bị mắc kẹt khi họ duy trì một “mặt nạ” hoặc phủ nhận những cảm xúc thật, sâu kín của mình (Stich, n.d.). Bước ngoặt quan trọng trong quá trình phát triển tâm lý chỉ xảy ra khi một người cho phép bản thân hiểu rõ và chấp nhận hoàn toàn những khuyết điểm của mình mà không phán xét (Stich, n.d.). Nhấn mạnh chính nghịch lý này, Stich (n.d.) tóm tắt: “Chúng ta không thể thay đổi, chúng ta không thể rời xa con người mình, cho đến khi chúng ta hoàn toàn chấp nhận con người mình - khi đó sự thay đổi dường như đến một cách tự nhiên đến mức chúng ta không nhận ra được”.

Bằng việc từ bỏ nhu cầu phải phòng vệ trước những khuyết điểm của bản thân, cá nhân sẽ loại bỏ những rào cản tâm lý đang ngăn cản sự chuyển động, từ đó cho phép sự chuyển hóa chân thực diễn ra một cách tự nhiên.

Stich, G. (n.d.). A summary of: On becoming a person by Carl R. Rogers.

“Con người đang trong tiến trình” và lối sống chân thực

Proctor, Tweed và Morris (2015, tr. 4) củng cố nghịch lý này bằng cách định nghĩa con người có chức năng sống trọn vẹn, họ không phải là một thực thể tĩnh, đã hoàn thiện, mà là một “con người đang trong tiến trình” (person-in-process) luôn không ngừng thay đổi.

Sự phát triển liên tục này chỉ có thể diễn ra thông qua “lối sống chân thực”, vốn đòi hỏi lòng can đảm để thể hiện bản thân một cách chân thực, không che đậy hay tạo lớp mặt nạ.

Khi một cá nhân ngừng đánh giá bản thân theo những kỳ vọng có điều kiện của người khác (các điều kiện về giá trị), và thay vào đó hoàn toàn chấp nhận trải nghiệm từ bên trong bản thân, họ sẽ khai mở được năng lực phát triển vốn có bên trong.

Do đó, việc chấp nhận trạng thái nội tâm chân thực của bản thân là điều kiện tiên quyết cơ bản để tiến bước theo một hướng đi giúp nuôi dưỡng và phát triển con người một cách tự nhiên.

Proctor, C., Tweed, R., & Morris, D. (2015). The Rogerian fully functioning person: A positive psychology perspective. *Journal of Humanistic Psychology*, 1-28. <https://doi.org/10.1177/0022167815605936>



Tiếp nhận trải nghiệm hướng đến hiện thực hóa trọn vẹn tiềm năng

Cơ chế của nghịch lý này được làm rõ hơn thông qua các yếu tố cấu trúc trong Lý thuyết Khái niệm bản thân của Rogers (Gimmenotes, n.d., tr. 6). Khi một người từ chối chấp nhận một số khía cạnh của chính mình, họ buộc phải phủ nhận hoặc bóp méo thực tại để bảo vệ một hình ảnh bản thân mong manh, điều này thực chất làm tê liệt sự phát triển của họ.

Ngược lại, khi đạt được sự chấp nhận bản thân vô điều kiện, cá nhân có thể an toàn tiếp nhận và dung hợp tất cả những trải nghiệm cảm giác và cảm nhận sâu bên trong vào ý thức về bản thân mà không còn sợ hãi.

Bằng cách thừa nhận và hòa hợp hoàn toàn những phần trước đây bị từ chối của chính mình, con người có thể tiếp cận một phổ rộng hơn nhiều các khả năng và tài năng của bản thân, từ đó có đủ điều kiện để hiện thực hóa trọn vẹn tiềm năng và tạo ra những thay đổi có ý nghĩa.

Gimmenotes. (n.d.). The self concept theory of Carl Rogers

Nghiên cứu mới

CỞI MỞ với trải nghiệm

“Tiến trình này dường như gắn liền với việc một người ngày càng sẵn sàng đón nhận trải nghiệm của bản thân.”

Rogers, C. (1961). On Becoming a Person. tr.115

Sức khỏe tâm thần lúc này gắn với khả năng đón nhận những trải nghiệm và giảm bớt sự phòng vệ trước trải nghiệm nội tâm.

Nghiên cứu mới

Thái độ cởi mở là cực đối lập với tính phòng vệ

Carl Rogers xem sự cởi mở với trải nghiệm của một cá nhân là “cực đối lập với tính phòng vệ”, và coi đó là đặc điểm cốt lõi của một con người có chức năng sống trọn vẹn, (Patterson & Joseph, 2007, tr. 127). Khi một người trở nên hoàn toàn cởi mở với cả thế giới nội tâm lẫn môi trường bên ngoài, họ không còn cần dựa vào một cơ chế nhận biết vô thức dùng để phát hiện và phòng vệ trước những trải nghiệm đe dọa đến hình ảnh bản thân (Gimmenotes, n.d., tr. 9).

Bằng cách từ bỏ những cơ chế phòng vệ cứng nhắc này, cá nhân có thể nhận thức và biểu đạt một cách chính xác mọi dữ liệu cảm giác và cảm nhận bên trong ý thức của mình, mà không còn bị thôi thúc phải phủ nhận hay bóp méo thực tại để bảo vệ một cái tôi mong manh dễ tổn thương (Patterson & Joseph, 2007, tr. 128).

Patterson, T. G., & Joseph, S. (2007). Person-centered personality theory: Support from self-determination theory and positive psychology. *Journal of Humanistic Psychology, 47*(1), 117-139. <https://doi.org/10.1177/0022167806293008>

Mối liên hệ thực nghiệm giữa sự cởi mở và khả năng tự chủ

Tâm lý học tích cực đương đại cung cấp bằng chứng thực nghiệm ủng hộ khẳng định của Rogers rằng việc gia tăng sự cởi mở sẽ dẫn đến sự thích nghi tâm lý tối ưu. Theo các nghiên cứu được Proctor, Tweed và Morris (2015, tr. 6-7) tổng hợp, những cá nhân có mức độ tự chủ cao và ít chịu sự kiểm soát từ bên ngoài thể hiện mức độ cởi mở với trải nghiệm cao hơn đáng kể. Vì những người tự chủ cảm nhận có ít mối đe dọa đối với lòng tự tôn của mình hơn, họ chủ động đón nhận các cơ hội để phát triển và không cần dựa vào các thiên kiến mang tính tự bảo vệ để che chắn bản thân trước thất bại (Proctor và cộng sự, 2015, tr. 7).

Theo cách này, để trở thành một con người có chức năng sống trọn vẹn, cá nhân cần có một cách tiếp nhận trải nghiệm không mang tính phòng vệ, qua đó dần trở thành “chính con người mà mình thực sự là” (Proctor và cộng sự, 2015, tr. 6).

Proctor, C., Tweed, R., & Morris, D. (2015). The Rogerian fully functioning person: A positive psychology perspective. *Journal of Humanistic Psychology, 55*(4), 503-529. <https://doi.org/10.1177/0022167815605936>

Chấp nhận cuộc sống như một quá trình hiện sinh đang diễn ra và không ngừng mở ra

Đến cuối cùng, sự cởi mở ngày càng tăng đối với trải nghiệm buộc cá nhân phải từ bỏ những cách sống mang tính cố định, khuôn mẫu, và thay vào đó là chấp nhận một lối sống linh hoạt, mang tính hiện sinh. Khi một người hoàn toàn cởi mở, khái niệm bản thân và nhân cách của họ sẽ tự nhiên nảy sinh từ trải nghiệm theo từng khoảnh khắc, thay vì buộc trải nghiệm phải bị bóp méo để phù hợp với một cấu trúc bản thân đã định sẵn từ trước (Gimmenotes, n.d., tr. 9).

Quá trình tiếp nhận liên tục và cởi mở này trao cho cá nhân khả năng đưa ra lựa chọn dựa trên toàn bộ trường trải nghiệm của mình, đồng thời tin tưởng vào trực giác bẩm sinh để dẫn dắt họ hướng tới những hành vi mang tính xây dựng và chân thực (Gimmenotes, n.d., tr. 9-10).

Gimmenotes. (n.d.). The self concept theory of Carl Rogers.

Nghiên cứu mới

Các giá trị nội tại chính là chất xúc tác cho định hướng cởi mở

Khả năng duy trì sự cởi mở với trải nghiệm cũng có mối liên hệ sâu sắc với các loại mục tiêu và giá trị mà một người theo đuổi trong cuộc sống. Sheldon và Kasser (2001, tr. 43) chỉ ra rằng những cá nhân ưu tiên các mục tiêu nội tại như phát triển bản thân, chấp nhận chính mình và cảm giác thuộc về cộng đồng, có xu hướng phát triển tâm lý lành mạnh hơn so với những người chạy theo các phần thưởng bên ngoài như tiền bạc hay địa vị.

Các phát hiện thực nghiệm của họ cho thấy rằng định hướng mạnh mẽ theo các giá trị nội tại có liên hệ đáng kể với mức độ cởi mở cao hơn đối với những trải nghiệm mới, sự hài lòng tổng thể với cuộc sống cao hơn, đồng thời giảm các xu hướng phòng vệ hay tự luyện quá mức (Sheldon & Kasser, 2001, tr. 43).

Sự an toàn tâm lý được tạo ra từ việc theo đuổi các mục tiêu chân thực, xuất phát từ nội tâm sẽ tự nhiên mở rộng khả năng cởi mở của một người đối với thế giới.

Sheldon, K. M., & Kasser, T. (2001). Goals, congruence, and positive well-being: New empirical support for humanistic theories. *Journal of Humanistic Psychology*, 41(1), 30-50

Chánh niệm và quá trình tự đánh giá bản thân

Trong các khuôn khổ tâm lý học hiện đại, khái niệm “sự cởi mở” của Rogers có mối liên hệ chặt chẽ với thực hành chánh niệm (mindfulness), vốn là việc hướng sự chú ý vào bên trong để điều chỉnh và cảm nhận các quá trình xử lý bắt đầu từ cơ thể rồi mới đến nhận thức, suy nghĩ mà không phán xét (Maurer & Daukantaite, 2020, ở mục: “Sự cởi mở với trải nghiệm và học cách tin vào bản thân”).

Thông qua sự nhận thức chánh niệm, cá nhân học cách giải phóng bản thân khỏi những khuôn mẫu định kiến sẵn có và các niềm tin cứng nhắc, từ đó có thể đón nhận khoảnh khắc đang diễn ra một cách mới mẻ đúng như nó vốn là (Maurer & Daukantaite 2020).

Bằng việc nuôi dưỡng khả năng quan sát không phán xét này, con người nhận ra rằng những phản ứng nội tâm và ngay cả những cảm xúc khó chịu không phải là những “kẻ thù” đáng sợ cần bị kìm nén, mà là những tín hiệu quý giá giúp định hướng quá trình tự đánh giá của bản thân.

Maurer, M. M., & Daukantaite, D. (2020). Revisiting the organismic valuing process theory of personal growth: A theoretical review of Rogers and its connection to positive psychology. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 1706. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01706>

Nghiên cứu mới

“ Một người có chức năng sống trọn vẹn là người đang trong tiến trình, là người luôn không ngừng thay đổi. ”

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), Psychology: A study of a science: Vol. 3: Formulations of the person and the social context (pp. 184-256). New York, NY: McGraw-Hill - tr.235.

Chính sự cởi mở, linh hoạt này là nền tảng của một sức khỏe tâm thần lành mạnh.

Trở thành một người có
CHỨC NĂNG SỐNG TRỌN VẸN

Nghiên cứu mới

Sự phát triển tối ưu về mặt tâm lý và kết nối xã hội

Trong tâm lý học tích cực đương đại, khái niệm trở thành một con người có chức năng sống trọn vẹn của Rogers có mối liên hệ chặt chẽ với định nghĩa hiện đại về “sự phát triển viên mãn” (flourishing). Maurer và Daukantaite (2020) nhấn mạnh rằng: “Một người kết nối được với quá trình đánh giá bản thân sẽ đạt được sự nhất quán (và cảm thấy chân thực), đồng thời có mức độ cao về tự tôn tích cực vô điều kiện, sự cởi mở với trải nghiệm, lòng trắc ẩn và có thể được xem là một con người có chức năng sống trọn vẹn”.

Maurer, M. M., & Daukantaite, D. (2020). Revisiting the organismic valuing process theory of personal growth: A theoretical review of Rogers and its connection to positive psychology. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 1706. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01706>

Đón nhận trải nghiệm mà không sợ hãi

Trở thành một con người có chức năng sống trọn vẹn đòi hỏi cá nhân phải từ bỏ các cơ chế phòng vệ tâm lý và chấp nhận toàn bộ những trải nghiệm của cuộc sống. Benton (2018) nhấn mạnh điều này khi cho rằng Rogers đã định nghĩa cuộc sống tốt đẹp là khi một người hoạt động trọn vẹn “tiến tới nhận ra rằng mình không còn cần phải sợ hãi trước những gì trải nghiệm có thể mang lại, mà có thể đón nhận nó một cách tự do như một phần của bản thân đang thay đổi và phát triển” (tr. 48).

Điều này có nghĩa là con người hoạt động trọn vẹn sẽ từ bỏ nhu cầu tìm kiếm sự an toàn cứng nhắc, và thay vào đó chấp nhận sự dễ tổn thương của quá trình phát triển liên tục, tích hợp cả những trải nghiệm tích cực lẫn thử thách vào trong bản sắc đang không ngừng hình thành của mình.

Benton, M. (2018). *Executive women: Creating a good life in a world of social saturation* (Ph.D. dissertation). University of Twente. <https://doi.org/10.3990/1.9789036545372>

Nghiên cứu mới

Chấp nhận “con người đang trong tiến trình” một cách linh hoạt

Proctor, Tweed và Morris (2015) làm rõ rằng việc trở thành một con người hoạt động trọn vẹn không bao giờ là một thành tựu mang tính tĩnh tại. Họ trích dẫn Rogers để giải thích rằng “thuật ngữ “con người có chức năng sống trọn vẹn” đồng nghĩa với sự thích nghi tâm lý tối ưu... tất cả các đặc điểm của kiểu người này đều là những đặc điểm mang tính tiến trình” (tr. 4). Do đó, con người hoạt động trọn vẹn nên được hiểu tốt nhất như một “con người đang trong tiến trình, một con người luôn không ngừng thay đổi” (Proctor và cộng sự, 2015, tr. 4).

Sự phát triển mang tính động này diễn ra khi cá nhân hoạt động trong một môi trường xã hội có sự quan tâm tích cực vô điều kiện, cho phép họ hiện thực hóa bản thân theo các xu hướng tự nhiên bên trong, thay vì bị chi phối bởi các điều kiện về giá trị do xã hội áp đặt.

Proctor, C., Tweed, R., & Morris, D. (2015). The Rogerian fully functioning person: A positive psychology perspective. *Journal of Humanistic Psychology*, 1-28. <https://doi.org/10.1177/0022167815605936>

Tính tự chủ và các giá trị được hình thành từ bên trong

Cuối cùng, trở thành một con người có chức năng sống trọn vẹn đồng nghĩa với việc giành lại quyền chủ động đối với chính cuộc sống và hệ giá trị của mình. Patterson và Joseph (2007) liên kết khái niệm này với Lý thuyết Tự quyết, giải thích rằng Rogers sử dụng thuật ngữ này để mô tả “trạng thái tối ưu về chức năng tâm lý tự chủ xảy ra khi quá trình tự hiện thực hóa phù hợp với bản chất nội tại” (tr. 119).

Thay vì phụ thuộc vào sự công nhận từ bên ngoài hay những đánh giá của xã hội, những cá nhân có tính tự chủ này được dẫn dắt bởi “kim chỉ nam” bên trong họ. Do đó, “thái độ và hành vi của những cá nhân có chức năng sống trọn vẹn sẽ nhất quán với những định hướng giá trị được hình thành từ bên trong họ” (Patterson & Joseph, 2007, tr. 119), một cách tự nhiên hướng họ tới các mối quan hệ sâu sắc, khả năng tự định hướng và sự cởi mở.

Patterson, T. G., & Joseph, S. (2007). Person-centered personality theory: Support from self-determination theory and positive psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 47(1), 117-139. <https://doi.org/10.1177/0022167806293008>

Nghiên cứu mới

Với hướng tiếp cận tham vấn tâm lý dựa trên nền tảng triết lý của Carl Rogers, người tham vấn và khách hàng sẽ chọn cho mình cách bước đi trong hành trình mà ở đó, chiều dài cuộc sống của con người mới là chất liệu quý giá chứ không phải một nhãn dán, kết quả hay giới hạn nào.

Ở đó, người tham vấn không nỗ lực sửa chữa, mà họ trợ giúp để tiến trình diễn ra.

Khách hàng không nỗ lực “giải quyết vấn đề” mà đón nhận tất cả con người cá nhân, từng bước cùng cố gắng nhất quán và nhìn thấy cơ hội sống một cuộc đời toàn vẹn.

Thư ngỏ

Trung tâm Tâm lý Chuyên nghiệp WELink cùng nhóm thực hiện trân trọng cảm ơn sự quan tâm của độc giả dành cho Bản tin Nghề Tham vấn Tâm lý.

Chân thành cảm ơn anh chị em đồng nghiệp đã dành thời gian trao đổi, đóng góp bài vở liên quan chủ đề này.

Bản tin Nghề Tham vấn Tâm lý số 11 sẽ thực hiện chủ đề **NĂNG LỰC NGƯỜI LÀM THAM VẤN**, tập trung khai thác nội dung về năng lực cần có của người làm nghề.

Rất mong nhận được chia sẻ của quý bạn đọc về chất lượng Bản tin cũng như bài vở liên quan chủ đề số 11. Bài vở sẽ được chọn đăng dựa trên các tiêu chí:

+ Bài gửi đúng hạn (vui lòng đăng ký, trao đổi trước chủ đề/chuyên mục).

+ Bài viết phù hợp văn phong và hình thức cho từng chuyên mục (Bạn có thể tham khảo thêm ở các Bản tin tại: <https://welinkvn.org/wenews/ban-tin/>).

+ Bài viết có góc nhìn không trùng lặp những bài viết đã được nhận và xử lý trước đó nhằm mục đích đưa đến độc giả những nội dung đa dạng, có sự chặt lọc.

**Trân trọng,
WELink**



Mời bạn gửi ý kiến đóng góp và đăng ký bài vở về: bantintvtl@gmail.com, chúng tôi sẽ có những trao đổi cụ thể. Trân trọng!