



## RỐI LOẠN ĂN UỐNG: DƯỚI GÓC NHÌN CỦA MỘT DẠNG RỐI LOẠN TÂM THẦN

*Sâm Vĩnh Lộc\**

*Khoa Giáo dục Thể chất - Trường Đại học Sư phạm TP Hồ Chí Minh*

*Ngày Tòa soạn nhận được bài: 06-02-2017; ngày phân biên đánh giá: 10-02-2017; ngày chấp nhận đăng: 25-5-2017*

### TÓM TẮT

Rối loạn ăn uống tại Việt Nam được hiểu theo cách thông thường là “biếng ăn” ở cả trẻ nhỏ và ở người lớn. Nguyên nhân mọi người mắc biếng ăn phần lớn là do thực thể như thức ăn không ngon, cơ thể không hấp thụ tốt; và phần nhỏ còn lại là các vấn đề tâm lý như không thích ăn, không hứng thú việc ăn uống, hay đang gặp sang chấn tâm lý nào đó. Tuy nhiên, rối loạn ăn uống (EDs) lại hết sức phức tạp về triệu chứng, ảnh hưởng, nguyên nhân, và cả các cách tiếp cận điều trị. Bài viết tổng hợp, phân tích, và thực hiện các đánh giá chuyên sâu hơn về rối loạn ăn uống nhằm hệ thống hóa vấn đề dưới góc nhìn đa chiều về tình trạng này.

**Từ khóa:** rối loạn ăn uống, biếng ăn, tâm lý, điều trị.

### ABSTRACT

#### *Eating disorder viewed as a mental disorder*

Eating Disorders (EDs) are commonly well-known as an “anorexia” in both children and adults in Vietnam. The causes of anorexia are mostly due to the fact that the food is not good, the body does not absorb well; and the rest are psychological issues such as not liking to eat, having no motivation on eating, or experiencing some psychological trauma. However, eating disorders (EDs) are extremely complex in terms of symptoms, effects, causes, and treatment approaches. This paper was written to synthesize, analyze, and implement more sophisticated about EDs in order to systematize this disorder from a multidimensional perspective.

**Keywords:** eating disorders, anorexia nervosa, psychology, therapy.

### 1. Đặt vấn đề

Có thể khẳng định rằng rối loạn ăn uống (Eating Disorders – EDs) là một dạng rối loạn tâm thần, hoặc chí ít là một dạng rối loạn tâm lý, hành vi thể nhẹ. Hiện nay, bộ tiêu chuẩn Chẩn đoán rối loạn tâm thần chuyên sâu được dùng rộng rãi là DSM-5 do APA phát triển (The National Institute of Mental Health, 2013). Rối loạn ăn uống (EDs) được xếp vào nhóm các rối loạn

nuôi dưỡng và ăn uống (Feeding and Eating Disorders). Bên cạnh đó, theo bộ tiêu chuẩn phân loại các rối loạn tâm thần và hành vi (The ICD-10) do Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) công bố thì rối loạn ăn uống (EDs) cũng được phân nhóm vào Các rối loạn hành vi và tâm thần (Classification of Mental and Behavioural Disorders) có liên quan đến các rắc rối về sinh học. Việc xác định cho đúng nguyên nhân và đánh

\* Email: locsv@hcmup.edu.vn

giá các tác động của dạng rối loạn này sẽ giúp định hướng nghiên cứu cũng như lựa chọn tiếp cận điều trị hợp lý.

## 2. Giải quyết vấn đề

Việc xem xét rối loạn ăn uống là một dạng rối loạn tâm thần, hoặc chí ít là một dạng rối loạn tâm lý, hành vi thể nhẹ cần được phân tích trên bình diện: lịch sử nghiên cứu, định nghĩa, tiêu chuẩn đánh giá và trị liệu.

### 2.1. Lịch sử của rối loạn ăn uống (EDs)

Thuật ngữ rối loạn ăn uống (EDs) là tên gọi chung dành cho 2 nhóm rối loạn khác nhau:

Biếng ăn còn gọi là anorexia nervosa (AN). Thuật ngữ AN có gốc từ Hy Lạp cổ gồm: *anorexia* gồm tiền tố *an-* biểu thị sự “phủ định” và hậu tố *orexis* thể hiện sự “ngon miệng” hay “thèm ăn”; *nervosa* giải thích các vấn đề thuộc thần kinh. Vì vậy, từ gốc từ cổ, thuật ngữ này đã có nghĩa là “sự mất cảm giác ngon miệng do vấn đề thần kinh” hay hiểu đơn giản là biếng ăn (Barlow and Durand, 2015).

Thuật ngữ AN xuất hiện từ những năm đầu thế kỉ XIII-XIV từ các nhà thờ Công giáo (Catholic), dùng nghi lễ mà các nữ tu dùng để thanh tẩy cơ thể và tinh thần, đó chính là nhịn ăn. Các nữ tu có niềm tin rằng việc nhịn ăn giúp cơ thể trong sạch và thể hiện sự thuận hiếu của họ. Đã có nhiều nữ tu sau khi hoàn thành nghi lễ này được phong thánh, nhưng họ gần như không thể ăn uống lại bình thường. Y văn khoảng năm 1556 cũng mô tả Nữ hoàng Mary của xứ Scotland với các triệu chứng của AN như người xanh xao, gầy gò, biếng ăn,

thường nôn mửa sau khi ăn, hay tiêu chảy. Nhưng bà lại là người rất hay vận động, có thể cưỡi ngựa hay khiêu vũ nhiều giờ liền mà không thấy mệt mỏi (Pamela, 2006).

Tuy nhiên, người chính thức đặt nền móng và xuất bản các bài viết nghiên cứu y khoa trong đó đề cập thuật ngữ anorexia nervosa với đầy đủ các dấu hiệu của chứng biếng ăn là Sir. William Gull (Pamela, 2006). Ông làm việc tại Đại học Oxford, Hội Y học Anh quốc và là Bác sĩ riêng của Nữ hoàng Victoria. Ông thực hiện nhiều nghiên cứu quan sát bệnh chứng trên nhóm các nữ bệnh nhân tuổi từ 16 đến 20 có nhiều biểu hiện của chứng biếng ăn. Năm 1873, ông xuất bản ấn phẩm y học có tên “*Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica)*”. Trong đó, ông mô tả nữ bệnh nhân A cao khoảng 1,6m, nặng chỉ 42kg trông vẻ ngoài khỏe bình thường, nhịp tim, hơi thở, màu sắc nước tiểu không có gì khác thường, ngoại trừ việc bệnh nhân này từ chối thức ăn từ động vật, và về sau là từ chối không ăn bất kì thứ gì. Ông cố gắng thực hiện nhiều thủ thuật để điều trị cho nữ bệnh nhân này nhưng đều không thành công (Pamela, 2006). Tuy nhiên điều lạ lùng là bệnh nhân này trông thư thái, hoạt bát và sinh hoạt hoàn toàn bình thường, không thấy dấu hiệu gì của mệt mỏi, bệnh tật. Ông viết 1 đoạn ghi chú trong đó có đề cập: “Có lẽ đây là một trạng thái tinh thần khác lạ, vì cơ thể dường như vẫn có thể thậm chí là tập thể dục bình thường”. Kết luận cho các trường hợp rối loạn ăn uống mà ông đã điều trị, Gull cho rằng các dấu hiệu bệnh lý nhìn thấy ở cả

nam và nữ này thuộc về các vấn đề thần kinh trung ương, đó là các rối loạn tâm thần. Việc xác định nguyên nhân bệnh chứng này sẽ hạn chế chọn sai hướng tiếp cận điều trị.

Cũng trong năm 1873, bác sĩ Lasègue công bố các nghiên cứu của mình về hội chứng AN. Ông quan tâm đến các biểu hiện bệnh lý về mặt thực thể, xem xét quan hệ của di truyền với rối loạn ăn uống. Tuy các công bố của ông có phần trái ngược quan điểm của William Gull, nhưng nhìn chung đó là sự bổ sung thú vị cho các dữ liệu quan sát được hoàn chỉnh hơn về AN (Barlow and Durand, 2015).

Mặc dù y văn đã ghi nhận khá nhiều thông tin về chứng biếng ăn từ cuối thế kỉ XVIII, nhưng mãi đến cả trăm năm sau, công chúng mới bắt đầu quan tâm đến hội chứng này. Khái niệm về vẻ đẹp hình thể với sự ám ảnh về một cơ thể gầy gò bắt đầu được nhắc đến trong giai đoạn 1960-1980. Cái chết của nghệ sĩ nổi tiếng Karen Carpenter vào ngày 3 tháng 2 năm 1983, mà nguyên nhân được xác định là suy tim do liên quan đến chứng biếng ăn (AN), khiến công chúng bắt đầu chú ý đến chứng AN (Pamela, 2006). Liên tục sau đó là các nhân vật nổi tiếng như Jane Fonda và Lynn Redgrave, họ thú nhận bị mắc chứng biếng ăn và thực hiện các chia sẻ về tình trạng của bản thân với công chúng (Barlow and Durand, 2015). Đến giữa những năm 80, Hội Thần kinh học Hoa Kỳ chính thức công bố các mô tả về chứng biếng ăn trong Hướng dẫn chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần (APA, 2013). Đây được xem

là sự khẳng định về gốc bệnh của chứng biếng ăn là do các rối loạn về tâm lí hơn là nguyên nhân sinh học.

Ngược lại với biếng ăn, chứng cuồng ăn với hai thể khác nhau gọi là binge nervosa (BiN) và bulimia nervosa (BuN). Ở cả hai thể cuồng ăn này, đều có chung biểu hiện là người bệnh cố gắng ăn thật nhiều một lượng thức ăn lớn trong thời gian ngắn. Nhưng ở thể BuN còn có thêm các biểu hiện như nôn mửa, đi ngoài liên tục sau khi ăn. Người bệnh thể BuN còn có xu hướng cuồng vận động, tập thể dục thể thao quá sức, cơ thể mất nước, điện giải, dễ kích động. Thuật ngữ bulimia có gốc từ Hy Lạp cổ đại ngụ ý đến “con đói còn cào” và khi ghép với gốc từ nervosa có thể hiểu là “hoảng loạn trong cơn đói còn cào” (Barlow and Durand, 2015).

Các văn tự cổ trước công nguyên đã ghi nhận tầng lớp tinh tú, hay binh lính thời Hy Lạp, Ai Cập cổ đại xem việc thanh tẩy cơ thể bằng cách nôn hết thức ăn có trong người trong vài ngày là rất tốt. Nó giúp cơ thể sạch sẽ và cũng đồng thời làm cho cơ thể sẵn sàng trong cơn đói để tham gia các buổi dạ tiệc linh đình, nơi mà thức ăn thừa mứa. Vì vậy, họ có thể tha hồ ăn trong cơn đói điên cuồng đó. Bằng chứng là các ghi chép, hình ảnh thời cổ cho thấy các vị hoàng đế, quan lại đa phần trong hình dạng phốp pháp, thậm chí là béo phì. Đó là biểu hiện của giàu sang và quyền lực.

Đến đầu thế kỉ XIX, các biểu hiện của chứng cuồng ăn bắt đầu được chú ý ghi nhận trong y văn nhiều hơn. Năm 1939,

Rahman và Richardson viết trong báo cáo quan sát 6 bệnh nhân đang điều trị rối loạn ăn uống, thì có một người xuất hiện biểu hiện cuồng ăn và một người vừa cuồng ăn vừa cố gắng ói để tiếp tục ăn được. Đến năm 1958, Ludwig Binswanger miêu tả một nữ bệnh nhân giảm cân bằng cách nôn mửa và dùng các loại thuốc nhuận trường. Sau đó thì dùng liên tục thuốc điều trị cường giáp cũng để giảm cân. Cuối cùng, bệnh nhân này khi đã phải đến điều trị tại một đơn vị trị liệu tâm thần. Tuy nhiên việc điều trị hết sức khó khăn vì các biểu hiện bệnh chưa hề được ghi nhận trong Hướng dẫn chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần của Hội Thần kinh học Hoa Kỳ (Barlow and Durand, 2015).

Vào năm 1979, nhà thần kinh học người Anh, Gerald Russell xuất bản công trình nghiên cứu của ông với tựa đề “Cuồng ăn: một biến thể đáng ngại của chứng rối loạn ăn uống” (Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa) trên tập san Y học Thần kinh. Trong đó, ông có miêu tả tình trạng của một bệnh nhân với nỗi ám ảnh sẽ trở nên tròn trịa về ngoại hình. Rồi cũng chính bệnh nhân này bằng mọi cách cố gắng thanh lọc cơ thể để rồi sau đó ăn uống một cách cuồng loạn. Gerald đánh giá tình trạng của bệnh nhân khá gần với chứng trầm cảm, có nguy cơ tự tử cao, đây là dạng bệnh lý nghiêm trọng (Barlow and Durand, 2015). Chỉ sau đó một năm, tức năm 1980, chứng cuồng ăn (bulimia nervosa) được cập nhật trong *Hướng dẫn chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần* - tái bản lần 3.

Có thể nói, dù là chứng biếng ăn hay chứng cuồng ăn thì các ghi chép trong y văn từ cổ đến hiện nay đều nhận định rằng chúng là các rối loạn về tâm lý hoặc thần kinh ở một mức độ nào đó. Biểu hiện tinh thần của những người mắc chứng rối loạn ăn uống thường là dạng ám ảnh về tiêu chuẩn ngoại hình hoặc một đức tin tôn giáo; từ đó, họ hình thành các hành vi tiêu cực đối với việc ăn uống như bỏ ăn hay cuồng ăn.

## 2.2. Một số định nghĩa về rối loạn ăn uống (EDs)

Thuật ngữ chỉ chứng rối loạn ăn uống hiện nay được dùng rộng rãi là EDs (Eating Disorders) hoặc có thể dùng từ cổ hơn là AN (Anorexia Nervosa). Thử điếm qua một số định nghĩa về chứng rối loạn ăn uống như sau:

Theo Viện Sức khỏe tâm thần Hoa Kỳ: “Có một quan điểm phổ biến cho rằng rối loạn ăn uống là một sự lựa chọn lối sống. Rối loạn ăn uống là một căn bệnh nghiêm trọng và có thể gây tử vong mà nguyên nhân là từ những rối loạn nghiêm trọng về hành vi ăn uống của người bệnh. Sự ám ảnh với thức ăn, trọng lượng và hình dáng cơ thể, có thể báo hiệu triệu chứng của rối loạn ăn uống. Rối loạn ăn uống thường gặp bao gồm chứng biếng ăn, cuồng ăn, và cuồng ăn cưỡng bức.” (The National Institute of Mental Health, 2013).

Theo Hướng dẫn chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần (tái bản lần thứ 5 của Hội Thần kinh học Hoa Kỳ) thì rối loạn ăn uống được xếp vào nhóm các rối loạn cho ăn và ăn, được định nghĩa khái quát:

“Rối loạn ăn uống đặc trưng bởi thay đổi cách ăn hoặc hành vi ăn qua cách điều chỉnh lượng thức ăn dung nạp vào cơ thể gây ra những ảnh hưởng rõ rệt tới sức khỏe và tinh thần của người bệnh” (APA, 2013).

Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đưa ra góc nhìn thiên về sức khỏe thể chất hơn và phân định riêng hai khái niệm đối nghịch về rối loạn ăn uống: chứng biếng ăn và chứng cuồng ăn. Trong *Hướng dẫn phân loại và thống kê quốc tế về các rối loạn sức khỏe và bệnh tật* (tái bản lần thứ 10), mục Các rối loạn hành vi và tâm thần, WHO định nghĩa như sau: “Biếng ăn tinh thần là dạng rối loạn đặc trưng bởi hành vi giảm cân cố ý, do chính người bệnh tạo ra và duy trì nó”; “Chứng cuồng ăn là một hội chứng đặc trưng bởi những cơn lặp đi lặp lại của việc ăn quá nhiều và một mối bận tâm quá mức với sự kiểm soát trọng lượng cơ thể, khiến bệnh nhân có các biện pháp cực đoan để giảm thiểu những tác động “vỗ béo” các thực phẩm ăn vào” (WHO, 2010). Tuy hai định nghĩa khá khác nhau, nhưng WHO nhận định rằng hai thể rối loạn này đều có nhiều điểm chung về các đặc điểm bệnh lý học về tâm lý.

Các định nghĩa này tuy không đồng nhất nhưng đều cố gắng khái quát một cách chi tiết và thận trọng các dạng và dấu hiệu có thể nhận thấy sơ khởi ở người bệnh. Điểm chung nhất là sự đề cập hành vi, trong đó thể hiện thái độ rất tiêu cực của người bệnh với thức ăn, thức uống. Bên cạnh đó, là sự ám ảnh tiêu cực về tinh thần, hình dáng cơ thể xuất hiện chung ở người mắc chứng rối loạn ăn uống. Từ đó dẫn đến

tình trạng biếng hoặc cuồng ăn một cách quá mức. Đây đều là nguồn gốc từ các vấn đề tâm lý hoặc thần kinh.

Các nghiên cứu cho thấy nhóm đối tượng dễ mắc chứng rối loạn ăn uống là phụ nữ và trẻ em. Thực trạng nghiên cứu về hội chứng rối loạn ăn uống tại Việt Nam là rất yếu và thiếu. Tại Việt Nam, vấn đề nghiên cứu bài bản về một trong các thể của chứng rối loạn ăn uống thường gặp ở trẻ từ 1 đến 6 tuổi là chứng “biếng ăn tâm lý”. Trong một trong công trình nghiên cứu, Huỳnh Văn Sơn đã thực hiện các phân tích, đánh giá lý thuyết cơ sở về tâm lý và sinh học chặt chẽ; từ đó, ông định nghĩa “**Biếng ăn là hiện tượng trẻ không chịu ăn đủ lượng (số lượng và chất lượng) thức ăn cần thiết theo nhu cầu của lứa tuổi hoặc ăn với trạng thái không thoải mái về mặt tinh thần**” (Huỳnh Văn Sơn, 2011b). Từ định nghĩa biếng ăn về thực thể này, ông cũng đồng thời phát biểu một định nghĩa khác về biếng ăn tâm lý như sau “**Biếng ăn tâm lý là một dạng rối loạn về ăn uống do ảnh hưởng bởi các yếu tố tâm lý từ môi trường xung quanh trẻ hay từ người nuôi dưỡng trẻ**” (Huỳnh Văn Sơn, 2011b). Các hướng tiếp cận và định nghĩa của tác giả thể hiện sự hiểu biết sâu sắc về lứa tuổi và thực trạng cuộc sống. Tác giả cũng đồng thời nhận định rằng biếng ăn tâm lý ở trẻ em sẽ trở nên nghiêm trọng nếu không được quan tâm và cư xử đúng mức. Biếng ăn tâm lý ở trẻ cũng đồng thời chỉ là biểu hiện giai đoạn không phải bệnh lý do trẻ chưa chủ động được về hành vi và động cơ của bản thân. Tuy nhiên, biếng ăn tâm lý ở

trẻ vẫn rất đa dạng về nguyên nhân và chủ yếu là do các ảnh hưởng của môi trường xung quanh. Trong đó, ảnh hưởng của bố mẹ hay người nuôi dưỡng là rất lớn đến chứng biếng ăn tâm lý ở trẻ.

Những phân tích trên đặt ra vấn đề cần có các nghiên cứu tiếp theo về tình trạng rối loạn ăn uống tại Việt Nam. Các nghiên cứu có thể hướng đến các nhóm đối tượng có độ tuổi lớn hơn, hoặc các nhóm hành vi cuồng, háu ăn. Vì hiện nay, ngoài tình trạng suy dinh dưỡng - thấp còi đang là vấn đề mang tính quốc gia thì béo phì trong lứa tuổi học đường cũng đang gia tăng với tốc độ chóng mặt (Nguyễn Lâm Đính, 2006). Kèm theo đó là áp lực của môi trường sống và học tập cũng ảnh hưởng không nhỏ đến tâm lý của trẻ em, khiến hành vi ăn uống của các em có những dấu hiệu tiêu cực. Từ đó, ảnh hưởng sức khỏe thể chất, tinh thần và gián tiếp ảnh hưởng kết quả học tập.

### **2.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn ăn uống**

Hiện nay, tiêu chuẩn chẩn đoán với chứng rối loạn ăn uống là tương đối phức tạp. Nhưng nhìn chung các hướng dẫn chẩn đoán hiện nay tập trung vào hai nhóm: dấu hiệu thực thể và hành vi (APA, 2013).

*Nhóm 1:* Dấu hiệu thực thể có thể lượng giá được như chiều cao, cân nặng, và tính tương quan chiều cao và cân nặng. WHO trong ICD-10 thì gọi là chỉ số Quetelet, còn APA trong DSM-5 thì gọi là chỉ số BMI, hai chỉ số này chỉ là một với cùng cách tính tương quan chiều cao và cân nặng ( $\text{Quetelet}/ \text{BMI} = \text{trọng lượng cơ}$

$\text{thể [kg]} / \text{chiều cao [m]} \times \text{chiều cao [m]}$ ) (WHO, 2010). Tại Việt Nam, gọi là chỉ số khối cơ thể. Cả hai tổ chức này đều chọn mốc dưới 17.5 để làm dấu hiệu đánh giá tình trạng biếng ăn, và không có hướng dẫn dùng chỉ số này đánh giá tình trạng cuồng ăn. Điểm hạn chế là chỉ số này chỉ dùng được cho người từ 16 tuổi trở lên, không áp dụng cho vận động viên thể thao chuyên nghiệp. Vì vậy, APA có hướng dẫn dùng chỉ số BMI kèm với đánh giá bằng Biểu đồ bách phân vị BMI theo tuổi và giới tính do Trung tâm Dự phòng và Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ (CDC) ban hành (APA, 2013). Hệ thống biểu đồ này giúp đánh giá chính xác hơn tình hình thể trạng của trẻ em, từ đây mới có cơ sở “nói” trẻ gầy hay không gầy, suy dinh dưỡng hay bình thường.

*Nhóm 2:* Hành vi ăn. Với người lớn bị rối loạn ăn uống, hành vi ăn thường xác định ở mức rối loạn hay tiêu cực là hành vi bỏ ăn, hay ăn liên tục. Tùy theo dạng thức rối loạn mà thời gian xuất hiện hành vi này được xác định theo mức khác nhau. Kèm theo đó là các hành vi khác như: quan tâm quá mức đến hình dáng cơ thể như quá sợ béo, quá sợ gầy; hoặc làm mọi cách để đạt được hình dáng cơ thể như bị ám ảnh (WHO, 2010).

Như vậy, chẩn đoán bệnh chứng với người lớn trưởng thành là khá phức tạp và rõ ràng. Tuy nhiên để đánh giá ở trẻ em thì đòi hỏi vận dụng hết sức linh hoạt và thận trọng. Cũng trong nghiên cứu của mình, Huỳnh Văn Sơn và các cộng sự đã phân tích các biểu hiện để đánh giá biếng ăn tâm lý ở trẻ nhỏ gồm: ăn không đủ lượng thức

ăn cần thiết, thời gian ăn quá lâu (trên 30 phút), bộc lộ những cảm xúc tiêu cực (sợ hãi, khó chịu, căng thẳng...), hành vi né tránh (chạy trốn, giả bộ no hoặc bị đau để khỏi phải ăn...), hành vi chống đối (làm đổ thức ăn, phun thức ăn, đánh lại người cho ăn...), phản ứng sinh lý trực tiếp (nôn, buồn nôn, toát mồ hôi, xanh mặt...) (Huỳnh Văn Sơn, 2010, 2011a, 2011b). Đây được xem là cách vận dụng linh hoạt các nhóm tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn ăn uống như trên. Hướng nghiên cứu này cần được tiếp tục phát huy và tiến hành trên nhiều bình diện khác nhau để có những cái nhìn khoa học về hiện tượng rối loạn ăn uống.

#### **2.4. Xu hướng nghiên cứu và trị liệu rối loạn ăn uống**

Nguyên nhân chính của chứng biếng ăn là các vấn đề tâm lý hoặc thần kinh, vì vậy giải pháp trị liệu cũng tập trung giải quyết gốc rễ các vấn đề này. Có hai nhóm trị liệu dành cho người mắc chứng rối loạn ăn uống, gồm: trị liệu tâm lý xã hội và trị liệu kết hợp tâm - dược lý (APA, 2013).

Trong trị liệu tâm lý xã hội thì phương pháp trị liệu nhận thức - hành vi (Cognitive Behavioral Therapy - CBT) tỏ ra có hiệu quả với chứng cuồng ăn. Các buổi trị liệu tập trung vào việc tư vấn, hướng dẫn người bệnh cách thức tư duy, sau đó là hình thành nhận thức và hành vi đúng đắn hơn với việc ăn uống. Liệu pháp này được báo cáo bởi nhiều nhóm nghiên cứu khác nhau cho một tỉ lệ thành công xấp xỉ trên 40% ca bệnh (WHO, 2010). Tuy nhiên, không nhiều dữ liệu cho biết tác động của liệu pháp này với trẻ vị thành niên hoặc trẻ

em. Một điểm hạn chế của phương pháp này là rất tốn kém tiền bạc và thời gian. Để khắc phục hạn chế đó, phương pháp điều trị tại gia đình (Family Based Treatment - FBT) được phát triển tạo nhiều không gian thuận lợi hơn cho điều trị chứng rối loạn ăn uống ở trẻ em, trẻ vị thành niên và cũng hạn chế tốn kém (WHO, 2010).

Với trị liệu hỗn hợp tâm - dược lý thì có thêm phần kê toa các loại thuốc kiểm soát rối nhiễu thần kinh theo chỉ định của bác sĩ. Các loại thuốc này thường là nhóm các thuốc an thần, chống trầm cảm. Nhưng đồng thời việc dùng thuốc cũng mang lại nhiều tác dụng phụ không mong đợi. Tuy vậy, cho đến nay, chưa đủ dữ liệu nghiên cứu cho thấy hiệu quả của sự kết hợp này. Nếu xem xét trên góc độ điều trị cho trẻ em thì đây là phương pháp bất khả thi.

Các phương pháp trị liệu mới trên nền tảng trị liệu nhận thức hành vi như trị liệu phân tích giấc mơ (Dream Analysis), hoặc trị liệu thôi miên (Hypnosis) đang nhận được sự quan tâm tích cực nhằm giải quyết vấn đề rối loạn ăn uống (Barlow and Durand, 2015). Các phương pháp này cho thấy hiệu quả khi ứng dụng tại các đội tuyển thể thao Olympic của các quốc gia phát triển. Nó giúp vận động viên nhìn ra những điểm ngoài giới hạn của bản thân. Từ đó kích thích họ thay đổi thái độ tiếp cận, hướng đến đạt được hành vi vận động vượt bậc và giành được thành tích cao. Dù chưa có nhiều nghiên cứu về việc ứng dụng các biện pháp này với người mắc chứng rối loạn ăn uống nhưng tiềm năng ứng dụng là khá rõ rệt do tác động thay đổi nhận thức

hành vi của chúng là đáng kể.

Ngoài ra, trị liệu vận động (Exercise Therapy) cũng nên được xem xét phối hợp trong bối cảnh rối loạn ăn uống, nhất là ở trẻ em chỉ là rối loạn giai đoạn, hoặc tình huống (Pamela, 2006). Hướng đi này cũng được Huỳnh Văn Sơn trong thực nghiệm điều trị chứng biếng ăn ở trẻ 1 đến 3 tuổi có áp dụng một số trò chơi vận động, trí tuệ nhằm tạo không gian, tinh thần thoải mái để khắc phục tình trạng biếng ăn ở trẻ. Nhóm các biện pháp này cho thấy hiệu quả là đáng tin cậy, vì vậy, cần được chú ý hơn trong các nghiên cứu về sau. Rõ ràng, vấn đề rối loạn ăn uống không phải là vấn đề mang tính chất riêng rẽ của một cá nhân đơn thuần dưới góc độ sinh học hay dinh dưỡng mà nó liên quan chặt chẽ đến tâm lí – đời sống tinh thần của con người. Việc nhìn nhận rối loạn ăn uống dưới những tiêu chuẩn chẩn đoán, tìm ra nguyên nhân và tiến hành trị liệu cho thấy việc xem xét rối loạn ăn uống như một dạng rối loạn tâm thần, hoặc chí ít là một dạng rối loạn tâm lí, hành vi thể nhẹ là một cái nhìn khách quan, xác đáng.

### 3. Kết luận

Rối loạn ăn uống về bản chất là một dạng rối loạn tâm thần, hay chí ít là rối loạn tâm lí thể nhẹ. Rối loạn ăn uống bao gồm hai thể trái ngược nhau: chứng biếng hoặc nhịn ăn (anorexia nervosa) và chứng cuồng ăn (bulimia nervosa, binge nervosa). Trong đó, chứng biếng ăn thường gặp nhiều ở trẻ nhỏ hay còn gọi là chứng biếng ăn tâm lí, xảy ra trong một giai đoạn ngắn của cuộc đời trẻ và hoàn toàn có thể khắc phục được bằng các trị liệu tâm lí phù hợp. Tuy nhiên chứng biếng ăn thể nặng sẽ trở thành chứng nhịn ăn ở người lớn, cũng có thể xảy ra một vài trường hợp cá biệt ở trẻ em, phần lớn là nữ giới. Ngược lại với biếng ăn là chứng cuồng ăn. Người mắc phải chứng này thể hiện sự ám ảnh về hình thể và nhu cầu ăn uống liên tục một cách mất kiểm soát. Rối loạn ăn uống gây ra nhiều tác hại về mặt sức khỏe và tinh thần với con người, cần được đánh giá đúng mức và có hướng điều trị thích hợp. Điều trị rối loạn ăn uống thường là trị liệu tổng hợp với nhiều liệu pháp, trong đó trị liệu tâm lí đóng vai trò chủ đạo được xem là liệu pháp hữu hiệu trong giai đoạn hiện nay.

---

**Ghi chú:** Bài viết có sử dụng một số từ viết tắt như: Eds (rối loạn ăn uống), DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>th</sup> – Hướng dẫn Chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần: tái bản lần thứ 5), APA (American Psychiatric Association – Hội Thần kinh học Hoa Kỳ), The ICD-10 (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Hướng dẫn phân loại và thống kê quốc tế về các rối loạn sức khỏe và bệnh tật: tái bản lần thứ 10), WHO (World Health Organization – Tổ chức Y tế thế giới), NIH (National Institute of Mental Health - Viện Sức khỏe tâm thần quốc gia Hoa Kỳ).



**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Huỳnh Văn Sơn. (2010). Thực trạng việc sử dụng các biện pháp khắc phục tình trạng biếng ăn tâm lý ở trẻ từ 1 đến 6 tuổi của các phụ huynh hiện nay. *Tạp chí Tâm lý học*, số tháng 3.
- Huỳnh Văn Sơn. (2011a). Biểu hiện biếng ăn tâm lý của trẻ từ 1 đến 6 tuổi qua đánh giá của phụ huynh. *Tạp chí khoa học Trường Đại học Sư phạm TPHCM*, số tháng 5/2011.
- Huỳnh Văn Sơn. (2011b). Nhận thức của phụ huynh về vấn đề biếng ăn tâm lý của trẻ từ 1 đến 6 tuổi. Trường Đại học Sư phạm – Đại học Huế: *Tạp chí Khoa học và Giáo dục*, số tháng 3.
- Nguyễn Lâm Đỉnh. (2006). *Chăm sóc và dinh dưỡng cho trẻ từ 0 đến 6 tuổi*. TPHCM: NXB Y học.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>th</sup>* Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Barlow, David H. and Durand, V. Mark (2015). *Abnormal Psychology: An Integrative approach 7<sup>th</sup> ed.* Stamford: CENGAGE learning, Wadsworth Publishing.
- The National Institute of Mental Health. (2013). Eating Disorders. [https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders/index.shtml?utm\\_source=rss&utm\\_medium=rss](https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders/index.shtml?utm_source=rss&utm_medium=rss).
- Pamela K. Keel. (2006). *Eating Disorders (Psychological Disorders)*. New York: Chelsea House Publications.
- World Health Organization. (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - 10<sup>th</sup>* – Volume 2 Instruction Manual. Geneva: WHO press.