

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG HÀNH VI GÂY HẤN Ở BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT THỂ PARANOID

Nguyễn Quang Ngọc Linh^{1,3}; Trần Thị Thu Hà^{1,2}
Vũ Thy Cẩm²; Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: hành vi gây hấn khá phổ biến ở các bệnh nhân tâm thần phân liệt. **Mục tiêu:** mô tả đặc điểm lâm sàng hành vi gây hấn ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 32 bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia. **Kết quả:** gây hấn bằng lời nói 93,8%; đập phá đồ đạc 50%; 40,6% bệnh nhân có hành vi tấn công người khác và không bệnh nhân nào có hành vi tấn công bản thân. **Kết luận:** gây hấn bằng lời nói thường gặp hơn các hình thức gây hấn thể chất khác.

* Từ khóa: Tâm thần phân liệt thể paranoid; Hành vi gây hấn; Đặc điểm lâm sàng.

Clinical Characteristics of Aggressive Behavior in Patients with Paranoid Schizophrenia

Summary

Objectives: Aggressive behavior is common in patients with schizophrenia. This study determines clinical characteristics of aggressive behavior in patients with paranoid schizophrenia. **Subjects and methods:** Cross-sectional study on 32 inpatients with paranoid schizophrenia from National Institute of Mental Health. **Results:** The prevalence of verbal aggression was 93.8%; physical aggression against objects was 50%; 40.6% of patients had physical aggression against others and no patients had physical aggression against themselves. **Conclusions:** Verbal aggression is more common than other forms of physical aggression.

* **Keywords:** Paranoid schizophrenia; Aggressive behavior; Clinical characteristics.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một rối loạn tâm thần nghiêm trọng, phổ biến ở các nước trên thế giới với tỷ lệ khoảng 0,3 - 1% dân số. Thể paranoid của TTPL là thể bệnh hay gặp nhất, chiếm khoảng 50% trường hợp. Các triệu chứng dương

tính như hoang tưởng và ảo giác chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng, có thể dẫn đến những hành vi nguy hiểm cho bệnh nhân (BN) và cộng đồng [4].

Hành vi gây hấn là một trạng thái tâm lý dẫn đến những hành động thể chất hoặc lời nói thù địch, hoặc hành vi gây thương tích cho con người, gây hư hỏng đồ vật [2].

1. Trường Đại học Y Hà Nội

2. Viện Sức khỏe Tâm thần

3. Trường Đại học Y Dược Huế

Người phân hồi (Corresponding): Nguyễn Quang Ngọc Linh (nguyenquangngocolinh@gmail.com)

Ngày nhận bài: 22/08/2018; **Ngày phản biện đánh giá bài báo:** 26/10/2018

Ngày bài báo được đăng: 12/11/2018

Theo Yudofsky, hành vi gây hấn có thể biểu hiện bằng lời nói, đập phá đồ đạc, tấn công bản thân hoặc tấn công người khác [7]. Theo Nguyễn Văn Thọ, kích động ở BN TTPL thể paranoid chiếm tỷ lệ cao (72,53%) [1].

Mục tiêu nghiên cứu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng hành vi gây hấn ở BN TTPL thể paranoid.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

32 BN TTPL thể paranoid điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 - 2017 đến 06 - 2018.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

Tất cả BN được chẩn đoán TTPL thể paranoid theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế Thế giới (ICD-10) [6].

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

BN mắc bệnh cơ thể nặng hoặc nghiện chất. BN khiếm thính, khiếm thị, chậm phát triển trí tuệ. BN và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu.

* *Thiết kế nghiên cứu:* mô tả cắt ngang.

* *Các bước tiến hành:*

- BN được khám lâm sàng vào thời điểm nhập viện.

- Mô tả hành vi gây hấn theo 4 mức độ leo thang của bạo lực: gây hấn bằng lời nói, đập phá đồ đạc, tấn công bản thân và tấn công người khác [7].

* *Xử lý số liệu:* bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học của nhóm đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (nhỏ nhất - lớn nhất)		29,94 ± 6,34	(18 - 42)
Giới	Nữ	11	34,4
	Nam	21	65,6
Nghề nghiệp	Thất nghiệp	13	40,6
	Học sinh, sinh viên	2	6,3
	Cán bộ, nhân viên	3	9,3
	Công nhân	1	3,1
	Nông dân	2	6,3
	Nghề khác	11	34,4
Hôn nhân	Độc thân	24	75,0
	Kết hôn	5	15,6
	Ly thân, ly hôn	3	9,4

Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu 29,94 ± 6,34, đa số là nam, BN thất nghiệp và độc thân chiếm tỷ lệ cao nhất.

* *Tỷ lệ các hành vi gây hấn của nhóm đối tượng nghiên cứu:*

30 BN (93,8%) gây hấn bằng lời nói; 16 BN (50%) đập phá đồ đạc; 13 BN (40,6%) tấn công người khác; không BN nào tấn công bản thân. Nghiên cứu của Bobes và CS trên 895 BN TTPL điều trị ngoại trú tại Tây Ban Nha cho thấy, thứ tự tỷ lệ các hình thức gây hấn tương tự kết quả của chúng tôi, với hành vi gây hấn bằng lời nói chiếm tỷ lệ cao nhất (97%), tiếp theo là đập phá đồ đạc (63,4%), tấn công người khác (41,5%) và 19,5% có hành vi tấn công bản thân [3]. Từ kết quả các nghiên cứu cho thấy, hành vi gây hấn ở

mức độ gây hấn thấp nhất (gây hấn bằng lời nói) chiếm tỷ lệ cao nhất, hành vi tấn công bản thân chiếm tỷ lệ thấp nhất. Theo Stahl (2014), BN TTPL với các triệu chứng hoang tưởng, ảo giác (như hoang tưởng bị hại, ảo thanh ra lệnh) có thể dẫn đến nhận thức sai lệch hoặc hiểu nhầm của người bệnh với các kích thích của môi trường. Hành vi này thường liên quan đến mất cân bằng giữa kiểm soát từ trên xuống của vỏ não trước trán và phản ánh thông tin quá mức mối đe dọa từ hệ viền, với vai trò quan trọng của hạch hạnh nhân [5]. Nghiên cứu phân tích tổng hợp của Zhou J.S và CS (2016) đánh giá hành vi gây hấn ở BN TTPL nhập viện cho thấy các yếu tố nguy cơ đối với hành vi gây hấn là triệu chứng dương tính: thù địch hoặc nghi ngờ (78,9%), hoang tưởng (63,2%), hành vi vô tổ chức (26,3%), ảo thanh (10,5%) [8].

** Hành vi gây hấn bằng lời nói của nhóm đối tượng nghiên cứu:*

30 BN (93,8%) gây ồn ào, la hét giận dữ; 23 BN (71,9%) xúc phạm cá nhân (đồ ngu ngốc); 14 BN (43,8%) chửi rủa ác ý, dùng từ thô tục, tạo mối đe dọa vừa phải đến người khác hoặc bản thân; không BN nào có đe dọa bạo lực rõ ràng đối với người khác hoặc bản thân (tôi sẽ giết anh). Nghiên cứu của Bobes và CS cho thấy thứ tự tỷ lệ các hình thức gây hấn bằng lời nói giảm dần như nghiên cứu chúng tôi, lần lượt là 36,6%; 34,2%; 24,4% và 2,4% [3]. Kết quả này cho thấy hành vi gây hấn bằng lời nói ở mức độ thấp nhất chiếm tỷ lệ cao nhất, giảm dần khi mức độ gây hấn leo thang.

Bảng 2: Hành vi đập phá đồ đạc của nhóm đối tượng nghiên cứu.

Các hành vi đập phá đồ đạc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đóng sầm cửa, gây tình trạng lộn xộn	16	50,0
Vứt đồ vật xuống đất, đá đồ đạc	15	46,9
Phá vỡ đồ đạc, đập vỡ cửa sổ	7	21,9
Gây cháy, ném đồ vật một cách nguy hiểm	0	0

Nghiên cứu của Bobes và CS cho kết quả tương tự như của chúng tôi (42,1%; 21,1%; 5,3% và 0%) [3]. So sánh giữa các kết quả cho thấy tỷ lệ hành vi gây hấn đập phá đồ đạc giảm dần khi mức độ gây hấn leo thang.

Bảng 3: Hành vi tấn công người khác của nhóm đối tượng nghiên cứu.

Các hành vi tấn công người khác	Số lượng	Tỷ lệ %
Cử chỉ đe dọa, túm quần áo	13	40,6
Tấn công người khác không gây thương tích (đánh, đá, xô đẩy, kéo tóc)	13	40,6
Tấn công người khác, gây thương tích ở mức nhẹ và vừa (bầm tím, bong gân, vết lằn)	4	12,5
Tấn công người khác, gây thương tích trầm trọng (gãy xương, tổn thương nội tạng)	0	0

Nghiên cứu của Bobes và CS cho kết quả tương ứng: 33,7% có cử chỉ đe dọa, túm quần áo; 8,9% tấn công người khác không gây thương tích; không gặp trường hợp nào tấn công người khác,

gây thương tích ở mức nhẹ và vừa, không có BN nào tấn công người khác, gây thương tích trầm trọng [3]. Kết quả cho thấy hình thức gây hấn nghiêm trọng nhất đều không xuất hiện ở BN TTPL.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu hành vi gây hấn ở BN TTPL thể paranoid tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia cho thấy gây hấn bằng lời nói thường gặp nhất, tiếp theo là đập phá đồ đạc, tấn công người khác, không có trường hợp nào có hành vi tấn công bản thân. Cần có những nghiên cứu cụ thể hơn về ảnh hưởng của hoang tưởng và ảo giác đối với hành vi gây hấn ở BN TTPL thể paranoid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Thọ. Đặc điểm lâm sàng và các hành vi nguy hiểm ở BN TTPL thể paranoid. Tạp chí Y - Dược học Quân sự. 2009, 6 (34), tr.90-93.
2. Anderson C.A, Bushman B.J. Human aggression. Annu Rev Psychol. 2002, 53, pp.27-51.

3. Bobes J, Fillat O, Arango C. Violence among schizophrenia outpatients compliant with medication: Prevalence and associated factors. Acta Psychiatr Scand. 2009, 119, pp.218-225.

4. Lindenmayer J.P, Khan A. Psychopathology. Textbook of Schizophrenia. American Psychiatric Publishing, Arlington. 2006, pp.187-220.

5. Stahl S.H. Deconstructing violence as a medical syndrome: Mapping psychotic, impulsive, and predatory subtypes to malfunctioning brain circuits. CNS Spectrums. 2014, 19 (5), pp.357-365.

6. World Health Organization. Schizophrenia. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders - Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva. 1992, pp.76-83.

7. Yudofsky S.C, Silver J.M, Jackson W et al. The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. Am J Psychiatry. 1986, 143, pp.35-39.

8. Zhou J.S, Zhong B.L, Xiang Y.T et al. Prevalence of aggression in hospitalized patients with schizophrenia in China: A meta-analysis. Asia-Pacific Psychiatry. 2016, 8, pp.60-69.