

ĐỀ TÀI NĐ

Bệnh tâm thần phân liệt (Schizophrenia) là một trong những bệnh loạn thần nặng và phức tạp, căn nguyên chưa rõ, bệnh có khuynh hướng tiến triển mãn tính và hay tái phát. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tỉ lệ mắc bệnh tâm thần phân liệt trên thế giới là khoảng 0,6-1,5% dân số và theo một số tác giả khác thì tỉ lệ này chiếm khoảng từ 0,3%-1% dân số [1],[2],[5]. Theo thống kê của Chương trình Quốc gia, tỉ lệ mắc bệnh tâm thần phân liệt là 0,47% (Trần Văn Cường, (2002) [3]. Bệnh khởi phát ở lứa tuổi từ 16-30 tuổi, nam giới chiếm hơn nửa tổng số và tỉ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ là tương đương nhau [55].

Các triệu chứng lâm sàng của bệnh rất đa dạng, những chủ yếu là các triệu chứng phản ánh một quá trình chia cắt giữa các thành phần khác nhau của hoạt động tâm thần và đời sống như di chứng nặng nề về tư duy, hành vi, nhân cách và cuối cùng dẫn đến mất trí [11],[15]. Bệnh thường gây ra hậu quả nghiêm trọng cho bản thân người bệnh và những người xung quanh như: mất khả năng học tập và lao động, mất khả năng tham gia các hoạt động xã hội, không thể nuôi sống hoặc không có khả năng tự chăm sóc bản thân, làm giảm sút nghiêm trọng chất lượng cuộc sống và trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội [20],[22]. Chăm sóc, quản lý và điều trị tốt bệnh nhân tâm thần phân liệt ở các bệnh viện chuyên khoa tâm thần cũng như ở môi trường gia đình người bệnh là việc làm hết sức cần thiết để ngăn ngừa và đề phòng các hành vi nguy hiểm có nguy cơ xảy ra bất cứ lúc nào như: giết người, bạo lực, kích động, tự sát và gây hại (Pettit G.S., 1997) [57].

Năm 1967, Tổ chức Y tế Thế giới khởi đầu một nghiên cứu Quốc tế về hậu quả những hành vi mà bệnh nhân tâm thần phân liệt gây ra cho chính bản thân người bệnh, cho gia đình và xã hội ở 16 nước trên thế giới. Từ đó, Tổ chức Y tế Thế giới có kế hoạch tập hợp các nghiên cứu Quốc tế để xác định

những hành vi nguy hiểm và các yếu tố nguy cơ liên quan đến phát sinh, phát triển và hậu quả của những hành vi do bệnh nhân tâm thần phân liệt gây ra. Đặc biệt hành vi gây hấn (aggression) là một trong những rủi ro lớn hành vi có tính chất nguy hiểm có thể gây ra hậu quả nghiêm trọng cho bản thân người bị bệnh, cho gia đình và cho xã hội [23],[26],[29].

Viết Nam, đã có những công trình nghiên cứu về hành vi gây hấn (aggression) ở bệnh nhân tâm thần phân liệt, những vấn đề là các thông báo khoa học lý thuyết và việc xem xét những hành vi này như một phạm trù riêng biệt của rủi ro lớn hành vi ở bệnh nhân tâm thần phân liệt hầu như cũng chưa được quan tâm và nghiên cứu một cách kỹ lưỡng [21]. Để góp phần tìm hiểu toàn diện và sâu sắc hơn về vấn đề này, chúng tôi tiến hành đề tài : **“Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng hành vi gây hấn ở bệnh nhân tâm thần phân liệt”** nhằm các mục tiêu sau:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng hành vi gây hấn ở bệnh nhân tâm thần phân liệt điều trị nội trú tại Bệnh viện tâm thần Trung ương 2 (Biên Hòa).

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến hành vi gây hấn ở các bệnh nhân nói trên.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Một số điểm chung về bệnh tâm thần phân liệt.

1.1.1. Khái niệm về bệnh tâm thần phân liệt.

Bệnh tâm thần phân liệt (TTPL) là một bệnh loạn thần nặng tiến triển từ từ, có khuynh hướng mạn tính, căn nguyên hiện nay chưa rõ ràng, làm cho người bị bệnh dần dần tách khỏi cuộc sống bên ngoài, thu dần vào thế giới bên trong, làm cho tình cảm trở lên khô lạnh, khả năng làm việc và học tập ngày càng sút kém, có những hành vi và ý nghĩ kỳ dị, khó hiểu [1],[5],[12].

Theo Alpert J.E. và cs: bản chất chung của các thể bệnh TTPL khác nhau là sự phân ly giữa các khu vực khác nhau của đời sống tinh thần, thậm chí là sự phân ly ngay cả bên trong mỗi khu vực này. Hậu quả của sự phân ly này là các biểu hiện lặp đi lặp lại hàng ngày của bệnh nhân [24].

Theo Nguyễn Việt, bệnh TTPL làm biến đổi nhân cách người bị bệnh theo kiểu phân liệt, có nghĩa là sự mất dần tính thống nhất giữa các mặt của hoạt động tâm thần, mất dần sự liên hệ với thế giới xung quanh người bị bệnh. Bệnh tiến triển làm cho cảm xúc ngày càng khô lạnh, duy lịch ngày càng trầm trọng cả về nội dung lẫn hình thức, tác phong kỳ dị, khó hiểu [20].

Theo Trần Đình Xiêm, bệnh TTPL làm cho người bị bệnh tách khỏi thế giới bên ngoài, thu dần vào thế giới bên trong, thế giới tư tưởng của riêng người bị bệnh [22]. Kecicop O.V. cũng cho rằng bản chất của quá trình phân liệt là sự tan rã tính thống nhất của tâm thần, sự chia cắt tâm thần [12].

Tóm lại, đa số các nhà tâm thần học đều thống nhất rằng: bản chất của bệnh TTPL là sự chia cắt tính thống nhất của hoạt động tâm thần, gây rời loạn các chức năng tâm thần. Quá trình tiến triển mạn tính của bệnh dần dần sẽ

biến đổi nhân cách người bệnh theo kiểu phân liệt: thiêu hoà hợp, tẻ nhạt, tẻ duy nghèo nàn, cảm xúc cùn mòn, trí tuệ sa sút, hành vi lố pho đố thối đố ng,...

1.1.2. Sơ lược lịch sử nghiên cứu bệnh tâm thần phân liệt.

Theo các tài liệu kinh điển, bệnh TTPL đã có hàng nghìn năm nay, lịch sử nghiên cứu bệnh TTPL gắn liền với các quan niệm và các giả thuyết về bệnh sinh. Các tác giả cho rằng mặc dù pho biến của bệnh TTPL từ thời nguyên thủy cho đến nay cũng không thay đổi nhiều, nhưng nội dung của các rừi loàn phân liệt thì mang tính thời đại sâu sắc. Đến thế kỷ XVIII bệnh TTPL mới được mô tả trong y văn, các nghiên cứu về bệnh chủ hoàn toàn dựa vào quan sát và mô tả lâm sàng [5],[15].

Fodere F.E. (1817) mô tả nhóm bệnh tâm thần cấp tính với các biểu hiện rừi loàn ý thức và tăng thân nhiệt gọi là “bệnh hoang tưởng” (delire).

Morel B. (1857) mô tả một loại bệnh tâm thần dần đến mất trí sớm (Dementia Praecox) người trẻ tuổi.

Magnan V. (1893) mô tả bệnh hoang tưởng mạn tính (Delire Chronique) trong đó mất sự bệnh nhân kích thích bằng mất trí-vô cảm (Dementia-Apathia).

Kandinski V.Kh. (1882) đã mô tả bệnh tâm thần tẻ duy (Idiophrenia) là một bệnh đặc biệt mà các triệu chứng chủ yếu phù hợp với bệnh tâm thần phân liệt hiện nay.

Korsacop S.S. (1891) mô tả bệnh Dysnoia như là một bệnh loàn thần cấp tính có nhiều nét lâm sàng phù hợp với bệnh tâm thần phân liệt tiến triển cấp.

Kraepelin E. (1898) thống nhất các bệnh đặc biệt do các tác giả trên mô tả thành một bệnh tâm thần riêng gọi là bệnh "mất trí sớm".

Bleuler P.E. (1911) nhà tâm thần học Thuỵ sĩ, thấy rằng sự mất trí không phải là đặc điểm thống nhất xuyên của sa sút sớm. Và Ông đã đề xuất

thuật ngữ "Schizophrenia - bệnh tâm thần phân liệt", có nghĩa là sự chia cắt trong tâm thần.

Theo quan điểm của Bleuler P.E., quá trình chia cắt là nền tảng của bệnh và là cơ sở cho biểu hiện đa dạng của các triệu chứng bệnh TTPL. Nghĩa là, mặc dù có nhiều biểu hiện lâm sàng khác nhau, nhưng TTPL là một nhóm bệnh thống nhất, có sự giao nhau về nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh cho tất cả các bệnh nhân. Đặc trưng của sự thiếu thống nhất giữa các mặt hoạt động tâm thần làm biến đổi nhân cách kiểu phân liệt, cảm xúc ngày càng cùn mòn, tiêu duy nghèo nàn, ý chí suy đồi,... [1],[23].

Schneider K. (1939) cho rằng các triệu chứng cơ bản của Bleuler P.E. xuất hiện chung và cũng có thể gặp trong các bệnh tâm thần khác, tác giả đưa vào các triệu chứng đặc trưng tính để đưa ra tiêu chuẩn đoán bệnh TTPL gồm có 11 triệu chứng đặc trưng. Quan điểm của Schneider K. được tiếp thu và thể hiện trong các bảng phân loại bệnh của TCYTTG và của Hội Tâm thần học Mỹ [11],[16].

Xnhegiñ nepxki A.V. (1966) đưa ra các kết luận về chẩn đoán sớm TTPL [20]:

- + Bệnh TTPL tiến triển dần và đa dạng.
- + Sự biến chuyển và thay thế nhau giữa các hội chứng đặc trưng chẩn đoán theo các triệu chứng tâm thần hiện tại và quá trình tiến triển của bệnh theo thời gian.
- + Sự chuyển biến của 9 triệu chứng đặc trưng tính thay thế nhau từng nhóm đến nhóm.
- + Các hội chứng lo âu không có trong TTPL.
- + Mối liên quan giữa các hội chứng âm tính và đặc trưng tính quyết định sự hình thành các thể lâm sàng của bệnh.

Bảng phân loại DSM III-R năm 1987, DSM IV năm 1994 của Hội tâm thần học Mỹ đã tập hợp các triệu chứng thành 6 nhóm giúp chẩn đoán xác định bệnh TTPL.

Năm 1992, TCYTTG tập trung trí tuệ của 915 nhà Tâm thần học có uy tín của 52 Quốc gia trên thế giới, thống nhất đưa ra bảng phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 (ICD-10F) và xếp bệnh TTPL vào mã F20-F29. Từ đó, bệnh TTPL được trình bày kết hợp giữa các quan điểm cổ điển và quan điểm tâm thần học hiện đại [13].

1.1.3. Những nghiên cứu về bệnh nguyên và bệnh sinh bệnh tâm thần phân liệt.

Trong suốt quá trình lịch sử của ngành tâm thần học, các tác giả đã kiên trì nghiên cứu và thử nghiệm, nhưng cho đến nay bệnh nguyên và bệnh sinh của TTPL vẫn chưa xác định được rõ ràng. Có nhiều giả thuyết của các chuyên ngành liên quan đến Tâm thần học như: Hoá sinh học, Di truyền học, Thận kinh học, Triết học,...Song cho đến nay vẫn chưa có một giả thuyết nào mang đến một kết quả thuyết phục thuyết phục [1],[19].

1.1.3.1. Giả thuyết về sinh hoá.

Có rất nhiều nghiên cứu của nhiều tác giả cho rằng ở bệnh nhân TTPL có sự rối loạn chuyển hoá các chất trung gian hoá học thần kinh như Serotonin Catecholamin. GABA... [5],[32].

Giả thuyết về dopamine cho rằng sự tăng thái quá dopamine liên quan đến triệu chứng nhàn nhạt và triệu chứng dương tính, còn sự thiếu hụt dopamine liên quan đến triệu chứng âm tính của TTPL [38],[41],[69].

Theo Hoàng Tích Huyền sự tăng hoạt động của hệ thống dopamine đi từ vùng trung não đến hai bên sọ dẫn đến các triệu chứng dương tính như: Hoang tưởng, ảo giác, tăng vận động. Còn sự giảm hoạt động của hệ thống

dopamine đi từ trung não đến vỏ não sẽ dẫn đến các triệu chứng âm tính như cảm xúc cùn mòn, thu hẹp xã hội [8].

Một số tác giả cũng cho rằng ở não người bình thường hoạt động của dopamine trong thùy trán kìm hãm sự phát triển các con đường dopamine trong thùy vân. Nhưng ở não bệnh nhân TTPL lượng dopamine hoạt động trong thùy trán giảm đi dẫn đến tăng nhiều dopamine ở thùy vân và gây ra triệu chứng bệnh. Ngoài ra giả thuyết dopamine còn dựa trên hiệu quả của việc sử dụng thuốc chống threon làm phong toả các Receptor dopamin để làm mất các triệu chứng loạn thần của TTPL [14],[44],[54].

Giả thuyết về vai trò của Glutamate trong bệnh sinh của TTPL xuất phát từ sự hiểu biết về thùy cảm thụ chủ yếu của hệ thống glutamat là N-methyl-D-aspartate (NMDA). Giả thuyết cho rằng nếu giảm Glutamate sẽ sinh ra các triệu chứng TTPL và để điều trị cần hoạt hoá phức hợp thụ cảm thụ NMDA [28],[73].

Giả thuyết về vai trò của serotonin xuất phát thông qua việc quan sát thấy ảo giác xuất hiện ở những người uống chất lysergic acid diethylamid (LSD). Hợp chất LSD tương tác với hoá học với serotonin và chặn các vị trí thụ cảm thụ serotonin. Qua đó các tác giả đưa ra giả thuyết về sự suy giảm serotonin trong bệnh TTPL [27],[41].

1.1.3.2. Giả thuyết về rối loạn cấu trúc và chức năng não.

Qua các nghiên cứu cấu trúc não của các bệnh nhân TTPL. Các tác giả nhận thấy có sự giảm thể tích chất xám và chất trắng vùng trán, những bất thường của tế bào thần kinh. Những rối loạn chuyển hoá, những rối loạn dòng máu vùng trán, sự giảm thể tích hệ hệ mã và thùy khu... có liên quan đến sinh bệnh học TTPL [1],[64].

Các tác giả cũng nêu ra rằng sự phát triển sớm con đường dopaminergic từ vùng trước trán đã dẫn đến rối loạn chức năng của vùng trước trán liên hệ limbic và biểu hiện bằng các triệu chứng âm tính, rối loạn tính và suy giảm nhận thức ở bệnh nhân TTPL [25],[29].

Các rối loạn chức năng của vùng trước trán – liên hệ là nguồn gốc của những triệu chứng âm tính nguyên phát kéo dài hoặc những triệu chứng TTPL [27],[60].

Một số tác giả cũng mô tả những tổn thương kinh điển cho tiến trình ngôn ngữ, bao gồm các vùng Werniker và Broca và cấu trúc vỏ não – dưới vỏ liên quan đến sự phát sinh những ảo giác, hoang tưởng và những rối loạn tư duy khác [15],[27].

1.1.3.3. Một số giả thuyết và di truyền học.

Bệnh TTPL và những rối loạn liên quan đến TTPL xảy ra với tỷ lệ cao trong số những người có mối liên hệ sinh học với bệnh nhân TTPL.

Một số nghiên cứu cho thấy rằng nếu bố hoặc mẹ mắc bệnh thì khả năng mắc bệnh của con cái từ 10% - 20% và nếu cả bố và mẹ mắc bệnh thì tỷ lệ con mắc bệnh tăng lên đến 65% - 70% [1],[5].

Trong trường hợp sinh đôi cùng trứng, tỷ lệ mắc bệnh tương ứng là 40% - 50% cao gấp 4 lần tỷ lệ tương ứng ở sinh đôi khác trứng hoặc quan hệ họ hàng thân thuộc. Có từ 15% - 20% người bị bệnh TTPL có thành viên trong gia đình có mối quan hệ họ hàng cũng mắc bệnh TTPL [14],[27].

Tuy nhiên trình độ của giả thuyết này là cho đến nay người ta vẫn chưa biết TTPL được di truyền theo phả hệ nào. Thêm nữa có rất nhiều trường hợp bệnh nhân TTPL không phát hiện thấy trong họ hàng có người mắc bệnh TTPL.

1.1.3.4. Một số giả thuyết khác.

+ Nhiễm sinh và mùa sinh: theo một số tác giả nguy cơ mắc bệnh TTPL tăng lên khoảng 10% cho những người sinh vào mùa đông và mùa xuân. Những người sinh ở thành phố có nguy cơ mắc bệnh TTPL cao gấp 2 lần những người sinh ở nông thôn [15].

+ Các biến chứng khi mang thai và sinh đẻ: những biến chứng khi thai nghén hoặc sinh đẻ có thể gây ra tình trạng thiếu oxy. Những vùng nhầy cổ tử cung với sự thiếu hụt oxy nhất trong quá trình phát triển như vùng Hippocampus có liên quan nhiều đến TTPL [15],[60].

+ Virus nhiễm khuẩn trước khi sinh (nhiễm virus cúm hoặc virus khác) và khả năng đáp ứng của người mẹ với nhiễm khuẩn (đặc biệt là giai đoạn phân bào gian kỳ) cũng như sự thiếu dinh dưỡng như: axit folic, vitamin D,...có thể góp phần gây ra nguy cơ mắc bệnh TTPL [13].

+ Nhiễm độc hóa học và lạm dụng chất: những người nhiễm độc một số chất hóa học như thuốc ngán, chì. Thuốc trộm sâu hay những người thường xuyên sử dụng rượu ma túy,...thực tăng rõ rệt các nguy cơ loãn thẩn cũng như tăng nguy cơ tái phát bệnh TTPL [11].

1.2. Một số nghiên cứu và lâm sàng bệnh tâm thần phân liệt.

1.2.1 Đặc điểm lâm sàng chung bệnh tâm thần phân liệt.

Các triệu chứng lâm sàng của bệnh TTPL là vô cùng phong phú, phức tạp và luôn biến đổi. Tuy nhiên đa số các tác giả đều chia ra 2 loại triệu chứng lâm sàng gồm các triệu chứng âm tính và các triệu chứng dương tính [1],[5],[16].

1.2.1.1. Các triệu chứng âm tính.

Theo quan điểm của Bleuler P.E. triệu chứng âm tính là nền tảng của quá trình phân liệt. Nó biểu hiện sự tiêu hao, mất mát các hoạt động tâm thần nên có như một tính toàn vẹn, tính thống nhất của hoạt động tâm thần [5],[16].

Những triểu chủ ngữ âm tính thường gặp là:

+ Cảm xúc không thích hợp: là trạng thái cảm xúc không tương ứng với kích thích như thiều tình cảm với người thân, bàng quan lạnh nhạt với những thích thú trước đây, hoặc khóc cười vô duyên [1],[19], [22]. Theo Kaplan H.I và cs (1994) cho rằng trạng thái này là sự mất tính thường như tất cả các biểu hiện cảm xúc với nội dung tiêu duy [42].

+ Cảm xúc cùn mòn: là triểu chủ ngữ hay gặp và đặc trưng bởi nét mặt bất động, vô cảm, ánh mắt vô hồn, giọng sút ngôn ngữ không lời (cười, điếu b...) [1],[19],[31].

+ Tiêu duy nghèo nàn: biểu hiện giọng sút vận tốc, ngừng tạm khi nói, giọng sút số lượng, ý ngừng diễn đạt. Nội dung sơ sài, đơn điệu đôi khi vô nghĩa [11],[13].

+ Dòng tiêu duy chậm chạp, rời rạc, ngắt quãng như phải suy nghĩ rất lâu sau mỗi câu hỏi đến gần bệnh nhân mới trả lời hoặc đang nói chuyện tự nhiên bệnh nhân không nói, một lúc sau lại nói tiếp những chuyện sang chủ đề khác [11],[12].

+ Rời lõn hoạt động có ý chí: thường suy giảm hoạt động có ý chí như: lơ đãng, thiếu sáng kiến trong lao động, học tập. né tránh xã hội, ngại giao tiếp, mất chủ động, giảm cảm xúc trong giao tiếp. Kém chăm sóc bản thân như: mặc lôi thôi, bẩn thỉu, luôn phải nhắc nhở dọn dẹp trong vệ sinh cá nhân hàng ngày. Nói chung bệnh nhân sống thu mình vào thế giới tiêu cực [16],[19],[20].

+ Về hoạt động bản năng cũng bị rời lõn thể hiện như:

- Rời lõn giấc ngủ: thường gặp là ngủ ít nhưng cũng có thể ngủ nhiều, hoặc rời lõn nhịp thức ngủ sinh học [19].

- Rời lõn ăn uống: ăn ít, bỏ ăn, tạm thời ăn, có thể ăn nhiều, ăn vô độ, có khi ăn vất vả, động vật sống [20],[22].

- Rối loạn bản năng tình dục: giảm hoặc mất ham muốn tình dục, có khi giảm hoặc mất bản năng tình dục [22].

1.2.1.2. Các triệu chứng rối loạn tính.

Các triệu chứng này rất đa dạng và phong phú, nó phát sinh trong quá trình diễn biến của bệnh, xuất hiện nhất thời rồi lại mất đi hay dần dần thay thế bằng các triệu chứng rối loạn tính khác. Các triệu chứng này có thể xuất hiện riêng lẻ, nhưng cũng có thể kết hợp với nhau thành những hội chứng (hội chứng rối loạn cảm xúc, hội chứng paranoia, hội chứng paranoid, hội chứng căng thẳng rối loạn, ...). Các triệu chứng rối loạn tính thường làm cơ sở cho việc phân biệt các thể bệnh TTPL (thể Paranoid, thể căng thẳng rối loạn, ...) [1],[7],[16].

Các triệu chứng rối loạn tính thường gặp là:

+ Rối loạn hình thức tư duy: tư duy phi tán, tư duy dồn dập, nói hời hợt, ...

+ Rối loạn nội dung tư duy: hoang tưởng là triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân TTPL, trong đó hoang tưởng bắt đầu hay gặp nhất. Theo Nguyễn Thế Vân (2003) nghiên cứu 30 bệnh nhân TTPL paranoid hoang tưởng bắt đầu chiếm 63,3% sau đó mới đến các hoang tưởng khác như hoang tưởng tị hân, hoang tưởng ghen tuông, hoang tưởng liên hệ [18].

Ngoài ra còn gặp các hoang tưởng khác như: hoang tưởng về ký sinh vật (hoại côn trùng), loại này thường gặp khoảng từ 5-15% trong bệnh TTPL [45]. Hoang tưởng về tôn giáo gặp khoảng 24% bệnh nhân TTPL và bệnh nhân có hoang tưởng về tôn giáo thì tiền lệ bệnh nhân có các hoang tưởng khác [60].

+ ảo giác: ảo thanh thường gặp, nhất là ảo thanh giọng nói. Nội dung ảo thanh rất phong phú như bình phẩm, ra lệnh, chuyển trò, và ảo giác đặc biệt là mất đi hình ảnh ảo giác trong bệnh TTPL [46]. Ảo giác trong bệnh TTPL có liên quan với sự bất thường trong cấu trúc chức năng của vùng ngôn ngữ thùy thái dương [44]. Nguyễn Thế Vân (2003) nghiên cứu 30 bệnh nhân TTPL paranoid

thầy 56,70% có ảo thanh bình phàm, 6,7% có ảo thanh ra lìa [18]. Ngoài ra, trong TTPL còn gặp các loại ảo giác khác như ảo thính, ảo khứu, nhưng ít gặp hơn.

Người bị bệnh có hoang tưởng và ảo giác thường chỉ mới vài hoang tưởng và ảo giác cụ thể dần dần không nhận thức được về bệnh tật của mình, thu hẹp phạm vi hoạt động xã hội, các mối quan hệ nghèo nàn. Do đó, người bệnh thường có thu nhập thấp hơn người bình thường chiếm tỷ lệ chủ yếu (97,3%) [30].

1.2.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt.

1.2.2.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt theo ICD – 10F (1992).

Theo tiêu chuẩn này triệu chứng được chia thành 9 nhóm ký hiệu từ (a) đến (i) [16].

a) Tồn duy vang thành tiếng, tồn duy bắt áp đầu hay bắt đánh đập và tồn duy bắt phát thanh.

b) Các hoang tưởng bị kiểm tra, bắt chi phải hay bắt đầu, có liên quan rõ rệt với vận động thân thể hay các chi hoặc có liên quan đến ý nghĩ, hành vi hay cảm giác đặc biệt, tri giác hoang tưởng.

c) Các ảo thanh bình phàm thường xuyên và hành vi của bệnh nhân hay thói quen với nhau và bệnh nhân hoặc các loại ảo thanh khác xuất hiện từ một bộ phận nào đó của thân thể.

d) Các hoang tưởng dai dẳng khác không thích hợp với môi trường văn hóa là hoàn toàn không thể có được tính đúng như tôn giáo hay chính trị hoặc những khả năng quyên rũ siêu nhiên, thí dụ như: có khả năng đi vào khi ngủ người khác hay tiếp xúc với thế giới khác.

e) Thời gian dài dùng bất cứ loại nào, có khi kèm theo hoang tưởng thông qua hay chữa hoàn chỉnh, không có nội dung cảm xúc rõ ràng hoặc kèm theo ý tưởng quá dài dùng hoặc xuất hiện hàng ngày trong nhiều tuần hay nhiều tháng.

f) Duy duy gián đoạn, hay thêm từ khi nói đã đến duy không liên quan, lại nói không thích hợp hay ngôn ngữ bừa bãi.

g) Tác phong căng thẳng lúc nhấc kích động, giận nguyên đáng, uốn sấp, phớt lờ, không nói hay sống sống.

h) Các triệu chứng âm tính rõ rệt như vô cảm, ngôn ngữ nghèo nàn, các đáp ứng cảm xúc cùn mòn, không thích hợp, thường đã đến cách ly xã hội hay giảm sút hiệu suất lao động và phải rõ ràng là các triệu chứng trên không do trầm cảm và thu hẹp an thần gây ra.

i) Bị đến đến thường xuyên có ý nghĩa về chất lượng toàn diện của tập tính cá nhân như là mất thích thú, thiếu mục đích, lười nhác, thái độ miễn mê suy nghĩ về cá nhân và cách ly xã hội.

Các yêu cầu chẩn đoán:

+ Phải có ít nhất một triệu chứng rõ ràng hoặc có hai triệu chứng hay nhiều hơn nữa (nếu triệu chứng ít rõ ràng) thuộc vào nhóm tiêu chuẩn d kể trên.

+ Nếu là các nhóm tiêu chuẩn i thì phải có ít nhất 2 nhóm triệu chứng.

+ Thời gian tồn tại của (một nhóm) các triệu chứng phải ít nhất là một tháng hay lâu hơn.

+ Không được chẩn đoán TTPL khi có các triệu chứng trầm cảm hay hưng cảm mới xuất hiện trước các triệu chứng nói trên.

+ Không được chẩn đoán TTPL khi có bệnh não rõ rệt hoặc bệnh nhân đang trong trạng thái nhiễm độc ma túy.

+ Không được chẩn đoán TTPL khi có bệnh động kinh và các bệnh thần kinh thực thể nào [13].

1.2.2.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt theo DSM-IV (1994).

Nhóm A: Có hai hay nhiều hơn trong số các triệu chứng sau: mỗi triệu chứng phải biểu hiện rõ ràng trong thời gian 1 tháng (hoặc ít hơn nếu đã được điều trị kịp thời).

1. Hoang tưởng.
2. ảo giác.
3. Ngôn ngữ thanh xuân.
4. Hành vi căng thẳng hoặc hành vi thanh xuân rõ.
5. Triệu chứng âm tính.

** Ghi chú:*

Chẩn đoán một triệu chứng duy nhất trong tiêu chuẩn A nếu như các hoang tưởng là kỳ dị hoặc các ảo thanh là giọng nói bình phẩm về hành vi hoặc ý nghĩ của bệnh nhân, hoặc hai hay nhiều giọng nói trò chuyện với nhau.

Nhóm B: Một chức năng xã hội và nghề nghiệp trong một thời gian dài dài sau khi khởi phát bệnh, một hay nhiều lĩnh vực chính như việc làm, quan hệ với mọi người hoặc tự chăm sóc bản thân giảm sút so với trước khi bắt đầu bệnh.

Nhóm C: Đủ dài các dấu hiệu tiếp theo criteria chẩn đoán bệnh và ít nhất 6 tháng (hoặc ít hơn nếu điều trị thành công), các triệu chứng thỏa mãn tiêu chuẩn A (triệu chứng cấp pha hoạt động) và các triệu chứng cấp pha tiêu triệu chứng hoặc di chứng. Trong giai đoạn tiền triệu hoặc di chứng các dấu hiệu tiền chẩn đoán có thể chỉ là một triệu chứng âm tính hoặc hai hay nhiều hơn các triệu chứng tiêu chuẩn A với hình thức như.

Nhóm D: Không phải là rối loạn phân liệt cảm xúc hoặc rối loạn cảm xúc. Rối loạn phân liệt cảm xúc và rối loạn cảm xúc đã được loại trừ, hoặc là

không có mặt giai đoạn trầm cảm điển hình, hăng cộm hay pha trộn nào xuất hiện đồng thời với các triệu chứng của pha hoạt động, độ dài toàn bộ của chúng phải ngắn hơn khi so sánh với độ dài của pha hoạt động và di chuyển.

Nhóm E: Không phải là một rối loạn do thu hút hoặc bệnh tiến triển gây ra. Rối loạn không phải là hậu quả trực tiếp của ma túy hoặc một bệnh cấp tính.

Nhóm F: Liên quan với rối loạn chậm phát triển bản năng náu tịm từ thời thơ ấu hoặc rối loạn chậm phát triển bản năng khác, chẩn đoán tâm thần phân liệt chỉ đặt ra khi hoang tưởng hoặc ảo giác rõ ràng được biểu hiện trong thời gian ít nhất là một tháng (có thể ít hơn nếu điều trị thành công) [13],[34].

1.2.3. Phân loại bệnh tâm thần phân liệt.

1.2.3.1. Phân loại bệnh tâm thần phân liệt theo ICD – 10F (1992).

Bệnh TTPL được ký hiệu từ F20.0 đến F20.9 và bao gồm 9 thể [13]:

- F20.0 : TTPL thể paranoide.
- F20.1 : TTPL thể thanh xuân.
- F20.2 : TTPL thể căng thẳng nặng nề.
- F20.3 : TTPL thể không biết định.
- F20.4 : TTPL thể trầm cảm sau phân liệt
- F20.5 : TTPL thể di chuyển
- F20.6 : TTPL thể dần thuyên
- F20.8 : Các thể TTPL khác.
- F20.9 : TTPL không xác định.

1.2.3.2. Phân loại bệnh tâm thần phân liệt theo DSM – IV (1994):

Bệnh TTPL được ký hiệu theo mã số 295 bao gồm [13],[34]:

- 295.30 : TTPL thđ paranoid
- 295.10 : TTPL thđ thanh xuân.
- 295.20 : TTPL thđ căng trđ đ ng lđ c.
- 295.90 : TTPL thđ không biđt đđnh
- 295.60 : TTPL thđ di chđ ng.

1.3. Vđ n đđ hành vi gây hđ n đ bđnh nhân tâm thđ n phân liđ t.

1.3.1. Nhđ ng khái niđm chung vđ hành vi gây hđ n.

Có nhiđu khái niđm vđ hành vi gây hđ n (Aggression) và hành vi chđ ng đđi xã hđi (Anti-social behaviour) rđt khác nhau, tùy thuđ c vào quan niđm cđ a các chuyên ngành khác nhau nhđ : Triđt hđ c, Xã hđi hđ c, Tâm lý hđ c, Tâm thđn hđ c,... Nhđ ng trong Tâm thđn hđ c các tác giđ đđ thđ ng nhđt vđ khái niđm hành vi gây hđ n và chđ ng đđi xã hđi bao gđm [35],[57]:

+ Hành vi xâm hđi hay gây hđ n (Aggressive behaviour):

- Gây hđ n bđng lđi nói (verbal aggeression).
- Gây hđ n bđng tđn công vđt lý (physycal aggression).
- Gây hđ n bđng thái đđ giđn đđ (anger aggeression).
- Gây hđ n bđng hành vi thù đđch (hostility aggeression).

+ Hành vi bđo lđ c (Violent behaviour).

+ Hành vi kích đđ ng (Agitative behaviour).

+ Hành vi gây rđi (Disruptive behaviour).

Mđt sđ tác giđ nhđn mđnh hình thái hđ c cđ a hành vi gây hđ n (các hình thđ c và đđc đđm cđ a hành vi), các stress cũng nhđ các yđu tđ thúc đđy khác nhau đđ hình thành các hình thđ c khác nhau cđ a hành vi gây hđ n [27],[35].

Hành vi gây hấn diễn hình thức xảy ra trong các bối cảnh chung đối xã hội theo các hình thức khác nhau (ví dụ: các vấn đề về tình dục, nghiện chất ma túy và phạm pháp) [24],[27].

Theo nghiên cứu của các tác giả (Cadoret R.J. và cs, 1997), cho thấy: có nhiều khái niệm khác nhau về hành vi gây hấn, nhưng chủ yếu là hành vi gây hấn phải thể hiện bằng các tính chất chuyên biệt trong tiến số cũng như trong quá trình phát triển và các hành vi liên quan thường phù hợp với nhau. Điều đó nói lên rằng xem hành vi gây hấn như là một phạm trù riêng biệt có giá trị trong việc để phòng các hành vi bất thường do người bị bệnh gây ra [30].

Pettit G.R. (1997) đã định nghĩa tổng quát hành vi gây hấn là một hành vi gây tổn thương và nguy hại đến người khác. Định nghĩa này bao hàm các động gây hấn lên đến các điểm trong một hành động bạo lực. Nhưng trên thực tế nó không chỉ giới hạn ở những hành vi bạo lực mà còn thấy cả những hành vi gây tổn thương và nguy hại cho người khác mà không có bạo lực giữa các cá nhân là bạo lực và bạo lực ngay từ thời thơ ấu [57].

Foley S.R. và cs (2005) đã đưa ra một loạt định nghĩa khác chú trọng đến tác động của hành vi gây hấn. Định nghĩa này tiếp cận và mô tả một cách đơn giản hành vi gây hấn là hành vi gây nguy hại và tổn thương cho người khác một cách rõ rệt. Tuy nhiên trong thực tế một số hành vi gây hấn do một vài nguyên nhân khác nhau có thể không gây hại thực sự (ví dụ như: cú đấm không trúng đích hoặc lời phê bình bằng quạ).

Các tác giả đã nghiên cứu sâu về các khái niệm cũng như các giả thuyết về sự hình thành và phát triển của hành vi gây hấn. Các nghiên cứu đã từng hợp phân tích đánh giá trên 250 định nghĩa về hành vi gây hấn. Định nghĩa của các tác giả nói trên cốt lõi là đã nhận mạnh đến vai trò của kết quả hành vi gây hấn (ví dụ như: một đứa trẻ tìm mọi cách gây hấn bởi vì điều đó

đưa đến những kết quả nó mong muốn, chúng hơn như gây hơn để chúng được sự tác động của bản thân hoặc là giành được một món đồ chơi mà nó mong muốn) [35],[57].

Như vậy, hành vi gây hơn là một đáp ứng có thể với những hoàn cảnh được biết mang tính chất chúng đòi là hành vi gây hơn thì phát (có ý nghĩa). Những cái này, hành vi gây hơn định hướng theo một đích để đạt được kết quả có thể là hành vi gây hơn tiên phát. Tuy nhiên, các nghiên cứu về hành vi gây hơn thường sử dụng cả hai định nghĩa trên để đạt được những vấn đề trong phân loại hay sự khác biệt trong các hành vi gây hơn như [35],[57]:

- + Gây hơn bằng sự can thiệp có chủ ý với gây hơn bằng lời nói.
- + Gây hơn bằng sự chống đối với gây hơn bằng hung khí.
- + Gây hơn công khai với gây hơn ngầm ngầm.

1.3.2. Đặc điểm lâm sàng hành vi gây hơn ở bệnh nhân tâm thần phân liệt.

Hành vi gây hơn là một vấn đề chung phổ biến ở bệnh nhân TTPL được điểu trị ngoại trú tại gia đình và cộng đồng xã hội cũng như điểu trị nội trú trong các bệnh viện chuyên khoa tâm thần [42].

Trong các bệnh viện chuyên khoa tâm thần số bệnh nhân TTPL có hành vi gây hơn nhiều hơn đáng kể so với bệnh nhân không có hành vi gây hơn. Các tác giả Barlow K., Grenyer B. và Lavalley I.O. (2000), đã nghiên cứu trên 1269 bệnh nhân tâm thần nói chung nhận thấy rằng tổng số có 174 bệnh nhân có hành vi gây hơn chiếm tỉ lệ là 13,7%, trong đó số bệnh nhân TTPL tăng gấp 1,96 lần so với nhóm bệnh nhân khác [27].

Các hành vi gây hơn ở bệnh nhân TPL biểu hiện bằng nhiều triệu chứng rất đa dạng và phong phú như: rời lỏng tư duy có hình thức lẫn lộn nội dung (hoang tưởng), rời lỏng cảm giác, tri giác (ảo giác), rời lỏng cảm xúc (hưng

cảm hoặc trầm cảm) rồi lo lắng vẩn đục (các cơn xung động như đốt nhà, giết người...). Nói một cách chính xác hơn là các triệu chứng rối loạn tâm thần trên bệnh nhân TTPL có nhiều nguy cơ gây hơn [31].

Tuy nhiên việc nhận biết sẽ có một số các hành vi gây hơn bệnh nhân TTPL thông qua việc thăm khám chi tiết kết hợp với quan sát các rối loạn hoạt động của bệnh nhân. Các rối loạn này rất đa dạng và phong phú có thể xuất hiện đến mức hoặc phải hợp với nhau bao gồm rất nhiều hành vi nguy hiểm kích động, bạo lực, gây rối, xâm hại hoặc thô bạo, giết mổ, chửi bới, đánh người, đập phá đồ đạc,... gây ra rất nhiều thiệt hại cho bản thân người bệnh, cho gia đình và cho xã hội [39].

Theo Trần Cao Cường (1999) các hành vi mang tính chất phá hoại tài sản, đập phá đồ đạc gặp bệnh nhân TTPL là 10,41-13,0%. Trong đó tỷ lệ bệnh nhân gây thiệt hại tài sản của gia đình là 55-60% và của xã hội là 10% [4].

Theo Nguyễn Bá Hùng (2001) nghiên cứu trên 70 bệnh nhân TTPL thể paranoid có hành vi nguy hiểm thực: hành vi hung bạo chiếm 82,58% và trong số này có 84,29% do hoang tưởng và ảo giác chi phối [9].

Theo Trần Văn Cường (1996) nghiên cứu trên 30 trường hợp bệnh tâm thần phàm thì có tới 50% là bệnh nhân TTPL, trong đó hoang tưởng và ảo giác chiếm tỷ lệ cao nhất tới 53,2% [3].

Trong bệnh TTPL có hành vi gây hơn thì rối loạn hoạt động chủ yếu là những hành vi xung động thường xuất hiện đột ngột, mãnh liệt không rõ lý do, không được kiểm soát bởi bệnh cân nhắc kỹ, không có sự đấu tranh tư tưởng chủ yếu:

+ Xung động phân liệt: bệnh nhân đột nhiên la hét, đập phá, xé quần áo, đánh người,... người bệnh không có rối loạn ý thức, vẫn nhận biết được

xung quanh và hành vi xung đột của mình, nhưng không kiểm soát được và tình huống bệnh cũng không hiểu vì sao lại hành động như vậy [5],[11].

+ Xung đột trầm cảm: đột nhiên tức giận hay giận người, đột nhiên rời tức giận [19]. Theo Cao Tiến Đức (1997) nghiên cứu trên 51 bệnh nhân có hành vi tức giận thì khoa tâm thần bệnh viện 103 thấy bệnh nhân TTPL chiếm tới 90,5% [7].

+ Xung đột trầm cảm: là sự ham thích ăn cắp xuất hiện đột ngột, sự ăn cắp này không có mục đích hay lý do chính đáng sau đó đem vứt bỏ đi, hoặc bỏ quên hoặc thậm chí còn mang trở lại [11],[23].

+ Xung đột đột nhiên: bệnh nhân tức nhiên đột nhiên và khi lửa càng cháy to bệnh nhân càng thích thú [5],[11].

+ Xung đột giận người: xuất hiện đột ngột, vô nguyên cớ. Bệnh nhân trong bệnh viện có thể đột ngột bóp cổ hoặc dìm người khác xuống bể nước. [5],[11],[23].

+ Các rối loạn bệnh năng ăn uống: ăn ít hoặc không ăn thường gặp ở giai đoạn đầu của bệnh có thể do hoang tưởng và ảo giác chi phối. Ở giai đoạn sau bệnh nhân có thể ăn nhiều hoặc ăn vứt bỏ (ăn cắp, ăn phân, ăn chuồng,...) chán ăn ở bệnh nhân TTPL thường gặp là đối tượng trung niên [19],[55].

Theo Beis A. và cs (1985) đã khẳng định ở bệnh nhân TTPL có sự chi phối về ăn uống của các triệu chứng khác nhau như: có 2/5 số bệnh nhân do hoang tưởng chi phối, 1/6 số bệnh nhân khác do ảo giác chi phối và số bệnh nhân còn lại có rối loạn ăn uống do các nguyên nhân khác [28].

Theo Golovina A.G. (1998) nghiên cứu ở 200 bệnh nhân TTPL thấy có các xung đột nguy hiểm như: rối loạn ăn uống chiếm 7%, rối loạn bệnh năng tính dục chiếm 28%, xung đột nguy cơ rơi xuống chiếm 38%, xung đột đột nhiên chiếm 1% và trầm cảm chiếm 2% [38].

+ Rối loạn bản năng tình dục: có biểu hiện gì đó bất thường tình dục như: cởi bỏ quần áo, tìm mọi cách để gần người khác giới, có thể có những cơn loạn dục (pervevsn sexuelle) với nhiều hình thức khác nhau như:

- Thủ dâm (masturbation).
- Loạn dâm đồng giới (homosexualite).
- Loạn dục với trẻ con (pedophilie).
- Loạn dục với súc vật (zoophilie).

Các rối loạn này thường phát sinh do bệnh tâm thần và có thể do sự thiếu giáo dục và ảnh hưởng của môi trường [11],[22].

+ Rối loạn giấc ngủ thường gặp là ngủ ít, có thể gặp người nhiều hoặc ngủ ngày thức đêm [46].

1.3.3. Một số yếu tố liên quan đến hành vi gây hấn ở bệnh nhân tâm thần phân liệt.

1.3.3.1. Các yếu tố tâm lý.

Yếu tố tâm lý có vai trò rất quan trọng trong việc phát sinh các hành vi gây hấn đặc biệt là tình trạng stress như: bất hòa hay mất cảm, tức giận. Các stress tâm lý có thể là căn nguyên trực tiếp phát sinh các hành vi gây hấn ở bệnh nhân TTPL [2].

Theo Nguyễn Thế Duyên (1999) các stress tâm lý đã làm tái phát bệnh TTPL chiếm 38,9% [6].

Một số bệnh nhân trong giai đoạn ổn định thường bị gia đình xa lánh, bất hòa do không có việc làm hoặc việc làm chưa ổn định kém hoặc bị bệnh bè, làng xóm chê cười, xã hội xa lánh, coi người như là gánh nặng cho họ né tránh và mất cảm có khi dẫn đến cảm xúc bùng nổ hoặc thậm chí tự sát [65].

Các stress tâm lý trong gia đình và xã hội đã gây ra những nguy cơ cho rối loạn tâm thần đa dạng đôi khi khiến bệnh nhân phạm tội hình sự. Theo

nguyên cứu của Trần Văn Công (2003) về các yếu tố thúc đẩy hành vi phạm tội ở bệnh nhân TTPL trong giám định pháp y tâm thần nhân thọ y: trong giai đoạn tiền triệu thì stress tâm lý trong gia đình chiếm 37,5% và ngoài xã hội chiếm 62,5%. Trong giai đoạn ổn định stress tâm lý trong gia đình chiếm 25% và ngoài xã hội chiếm 75 % [3].

Vấn đề thất nghiệp, thiếu giáo dục, sống xa bố mẹ cũng làm cho các stress trầm trọng thêm và làm tăng nguy cơ gây hại [47].

Theo Robinson L.R. và Steven H.L. (1999) nghiên cứu về stress tâm lý trong bệnh TTPL thấy có tỉ lệ cao. Các tác giả nhận thấy số lượng đáng kể tình dục hoặc thân thể trong thời thơ ấu của bệnh nhân có sự liên quan đến sự phát triển và phát sinh các triệu chứng rối loạn lo âu sau này. Đáng chú ý là rối loạn hoạt động, đặc biệt là hành vi gây hại [60].

1.3.3.2. Các yếu tố bệnh lý tâm thần.

Các yếu tố bệnh lý tâm thần là nguyên nhân quan trọng trong việc phát sinh hành vi gây hại ở bệnh nhân TTPL và biểu hiện ở những mức độ khác nhau với những triệu chứng khác nhau, rõ rệt nhất là các triệu chứng hoang tưởng và ảo giác. Các triệu chứng này chi phối hành vi của bệnh nhân như đập phá, la hét, đánh người và gây rối trật tự xã hội tùy theo nội dung của những hoang tưởng và ảo giác [53].

Ở trạng thái hoang tưởng chỉ phải khi theo đuổi mục đích của hoang tưởng mà những người khác gây trở ngại thì người bệnh có thể lên cơn kích động, đập phá, đánh người, trạng thái hoang tưởng bệnh chỉ phải thì người bệnh thường có hành vi tiêu cực như: lo lắng, sợ hãi, bất ổn hoặc tấn công đối tượng. Bệnh nhân có các ảo thanh ra lệnh bắt bệnh nhân tự sát hoặc có hành vi nguy hiểm do ảo thanh chi phối là rất cao [33].

Theo Trần Văn Công (2003) nghiên cứu trên 50 bệnh nhân TTPL có hành vi phạm tội nhưn thý hoang tđng chi phí chiđm 53,33% và o giác chi phí chiđm 33,33% [3].

Theo Nguyễn Bá Hùng (2001) nghiên cứu trên 41 bệnh nhân có hành vi tđ sát tội Bđnh viđn tâm thđn Trung đđng 1 nhưn thý bđnh nhân TTPL có hành vi tđ sát do o thanh ra lđnh chiđm tội 33% và 69,5 % tđ sát do hoang tđng chi phí. o thanh ra lđnh còn chi phí nhưn hành vi bđo lđc và các hành vi phạm tội [9].

1.3.3.3. Các yếu tố xã hội.

Các vđn đđ xã hội như chđ đđ làm viđc, chđ đđ giáo dđc, các khođn thu nhđp cá nhân, các mđi quan hđ xã hội cũng là nhưnng yếu tố gây phát sinh hành vi gây hđn đ bđnh nhân tâm thđn phân liđt [40].

1.3.3.4. Các yếu tố liên quan khác.

Ngoài các yếu tố trên còn có mđt số yếu tố liên quan khác như hđng tđi sđ phát sinh hành vi gây hđn đ bđnh nhân tâm thđn phân liđt. Ví đđ như : lđm đđng chđt gây nghiđn, bđnh nhân TTPL thđng có tđ lđ sđ đđng rđđu và ma túy rđt cao. Nhiđu tác giđ cho rđng vđn đđ này có liên quan đđn các nhu cđu tham gia hođt đđng xã hội nhđm đđu chđnh các triđu chđng do bđnh TTPL gây ra. Rđi lođn do lđm đđng và nghiđn các chđt ma túy thđng kèm theo hành vi gây hđn kiđu bùng phát, kích đđng, đđ gây các hành vi nguy hiđm cho bđn thân ngđđi bđnh, cho gia đđnh và cho xã hội [37].

Resnick P.J. và cs (1997) nghiên cứu 283 kđ gây ra hođ hođn thý có 90% có tiđn sđ rđi lođn tâm thđn, trong sđ đó có 64% do lđm đđng rđđu [59].

Yếu tố vđ tuđi liên quan đđn sđ phát sinh hành vi gây hđn: nghiên cứu cđa Mallett R., và cs (2002) đã chđ ra rđng có mđi liên quan giđa tuđi và bđo lđc, tuđi vđ thành niên nguy cđ có hành vi bđo lđc nhiđu hđn các lđa tuđi

khác. Tuổi trung bình của lợn phôi thai đầu tiên là 14 tuổi (đôi với những người phôi thai thường xuyên như một thói quen) [50].

Yếu tố về giới tính: một số nghiên cứu cho thấy ở nam giới ít có hành vi gây hấn cao hơn hơn nữ giới [42].

Steinert T. và Wiebe C. (1999) nghiên cứu trên 138 bệnh nhân (77 nam và 61 nữ) thấy có 75% số bệnh nhân nam và 53% số bệnh nhân nữ có các hành vi gây hấn [66].

Theo Vevera J. và Hubbard A. (2005) nhận thấy trong số 404 bệnh nhân TTPL mà họ nghiên cứu có 41,85 % nam giới có hành vi bạo lực và chỉ có 32,7% nữ giới có hành vi bạo lực [70].

Yếu tố về mùa sinh và nơi sinh: theo Kaplan H.I. và cs (1994) nhận thấy những bệnh nhân TTPL có hành vi gây hấn thường sinh vào mùa đông-xuân [45].

Yếu tố về dòng thu nhập an thần kinh trong quá trình điều trị: các nghiên cứu nhận thấy ở bệnh nhân TTPL có tình trạng bệnh thu nhập rất cao hoặc không uống thuốc đều sẽ dẫn đến tái phát bệnh và phát sinh các hành vi gây hấn, đây là biểu hiện đầu tiên mà người xung quanh cảm nhận được [21],[52].

Chương 2

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

2.1.1. Mẫu nghiên cứu.

Gồm 35 bệnh nhân được chẩn đoán là TTPL đáp ứng đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán TTPL của ICD - 10F (1992) và có hành vi gây hấn mức độ cao nhất liên tục trong quá trình bệnh. Các bệnh nhân này đang được điều trị nội trú tại Bệnh viện tâm thần Trung ương 2 (Biên Hòa) từ tháng 9 năm 2006 đến tháng 8 năm 2007.

+ Tuổi thấp nhất là: 20 tuổi

+ Tuổi cao nhất là : 60 tuổi

+ Tuổi trung bình là : $36,94 \pm 10,20$ tuổi.

2.1.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh nhân nghiên cứu.

- Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là TTPL theo tiêu chuẩn ICD - 10F (1992) của Tổ Chức Y tế Thế giới.

- Các bệnh nhân đều có hành vi gây hấn ít nhất một lần trong thời gian điều trị nội trú tại Bệnh viện tâm thần Trung ương 2 (Biên Hòa).

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ .

- Loại trừ những bệnh nhân được chẩn đoán TTPL nhưng không có người nhà cung cấp tài liệu và thông tin, bệnh sử.

- Loại trừ những bệnh nhân được chẩn đoán là TTPL nhưng sau đó có các bệnh thực thể nặng, các trạng thái mất trí, nhiễm độc ma túy hoặc các chất khác.

- Loài trẻ nhũn ng bnh nhn TTPL đang đc trẻ ng cđu giám đnh pháp y tâm thn.

2.2. Phn ng pháp nghiên cđu.

- Theo phn ng pháp tinn cđu mô tđ lâm sàng tđng trđng hđp.

2.2.1. Phn ng pháp thu thđp sđ liđu.

- Xây đđng mđu bnh án chuyên biđt phù hđp vđi mđc tiêu nghiên cđu. Các bnh nhn nghiên cđu đđu đđc làm bnh án theo mđu chuyên biđt đã thiđt kđ (xem phđ lđc 2).

- Khám lâm sàng kđ lđng, đđy đđ theo trình tđ trong bnh án.

- Tham khđo bnh án, xét nghiđm cđn lâm sàng cđa bnh nhn nđm đđđu trđnđi trđ.

- Phn ng vđn trđc tđp ngđđi bnh, ngđđi thân đđ thu thđp các thông tin vđ tinn sđ, vđ quá trình phát triđn bnh lý theo bđng phn ng vđn chđn đđán quđc tđ kđt hđp (CIDI) vđ bnh tâm thn phân liđt.

- Khám lâm sàng tâm thn đđ thu thđp các thông sđ sau:

+ Các thông sđ chung vđ giđi tính, lđa tuđi nghđ nghiđp trình đđ văn hoá, dân tđc, tôn giáo, tình trđng hôn nhn,...

+ Tìm hiđu tinn sđ và quá trình diđn biđn cđa bnh nhn, trong đó lđu ý đđn các yđu tđ tâm lý, yđu tđ bnh lý tâm thn, yđu tđ di truyđn, yđu tđ bnh lý cđ thđ, yđu tđ môi trđng tđ nhiên xung quanh.

+ Các thông sđ vđ các triđu chđng rđi lođn tâm thn và đđnh giá các rđi lođn đó.

* Biđu hiđn chung: quan sát trang phđc thái đđ tđp xúc cđ chđ, nét mđt tác phong.

* Biđu hiđn cđa rđi lođn ý thđc: các năng lđc đđnh hđđng vđ thđi gian, không gian, bđn thân và xung quanh.

* Biđu hiđn cđa rđi lođn tđ duy: vđ hình thđc và nđi dung tđ duy, các hoang tđđng, đđnh kiđn, ám đnh chi phđi hành vi.

* Biểu hiện của rối loạn cảm giác và tri giác: phát hiện các rối loạn cảm giác (tăng, giảm cảm giác, rối loạn cảm giác bên thân,...). Phát hiện các ảo giác như ảo thanh ra mắt, bình phôi, xui khiên và các loại ảo giác khác.

* Biểu hiện của rối loạn cảm xúc: tình trạng cảm xúc, khí sắc, ý tưởng tiêu sít...

* Biểu hiện của rối loạn trí nhớ: trí nhớ ngắn hạn, dài hạn, tăng hoặc giảm trí nhớ thông qua việc hình thành liên quan đến bệnh nhân.

* Biểu hiện của rối loạn chú ý: tập trung chú ý bằng nghiệm pháp 100 - 7

* Biểu hiện của rối loạn hoạt động:

- Hoạt động có ý chí qua việc hình thành và quan sát bệnh nhân.

- Hoa? động bên năng: ăn uống, tình dục, giấc ngủ, các chức năng động, các rối loạn hoạt động bên năng khác.

* Biểu hiện của rối loạn giấc ngủ: các loại rối loạn giấc ngủ của bệnh nhân.

* Làm và tham khảo các xét nghiệm cần thiết, các phương pháp thăm dò chuyên khoa khác nếu thấy cần thiết.

* Có hình thức, hình thức với các bác sĩ điều trị để chẩn đoán, xác định và theo dõi.

* Biểu hiện các yếu tố liên quan đến hành vi gây nên như yếu tố stress, yếu tố bệnh lý tâm thần, yếu tố xã hội,...

2.2.2. Công cụ chẩn đoán và đánh giá.

- Bảng phân loại quốc tế lần thứ 10 ICD - 10F (1992) của TCYTTG, mục chẩn đoán các rối loạn TTPL có thêm khảo DSM - IV (1994) của Hội tâm thần học Mỹ.

- Bảng phân loại chẩn đoán quốc tế kết hợp CIDI (1997) của TCYTTG phần G: Bệnh tâm thần phân liệt và các rối loạn thần kinh khác (F20, F22, F23 và F25).

- Thang h i ch ng d  ng t nh v   m t nh PANSS (1997) trong c c m c sau: S1: Gi n d ; S2: B c t c khi c c thoả mãn nhu cầu b  ch m tr ; S3: C m x c không  n đ nh; P4: Kích đ ng; P7: Th  h n.

- Trong nghi n cứu này ch ng t i ch  đ nh gi  m t s  m c đ  c a h nh vi g y h n theo các ch  ti u sau: Trung bình; Tr n trung bình; N ng; R t n ng. (Chi tiết xem ph  l c 3).

2.2.3. Ti u chuẩn đ nh gi  c c m c đ  g y h n.

B ng 2.1. Ti u chuẩn đ nh gi  m c đ  gi n d  (S1).

TT	Đ�nh gi�	Ti�u chuẩn
1	Trung bình	Bi�u hiện m�t th�i đ� gi�n d� r� rệt nh�ng v�n c�n kiểm soát được.
2	Tr�n trung bình	B�nh nh�n c� v� h�t s�c b�c t�c v� s� gi�n d� được tr�t qua việc th��ng xuyên l�n ti�ng, th�nh tho�ng ch�i b�i hoặc nh�ng đ� do� �p m�.
3	N�ng	B�nh nh�n c� v� h�t s�c b�c t�c v� s� gi�n d� được tr�t qua việc ch�i b�i l�p đ� l�p l�i, đ� do� công khai hoặc ph� ho�i.
4	R�t n�ng	M�i m�c đ� gi�n d� b�ng n� bi�u hiện qua việc nh�m vào hoặc m�u to�n t�n c�ng ng��i khác.

Bảng 2.2. Tiêu chuẩn đánh giá mức độ bộc lộ khi sơ đồ mãn các đòi hỏi bệnh nhân (S2).

TT	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Trung bình	Hành vi đòi hỏi xuất hiện nhiều hơn hoặc có tính chất yêu sách làm người bệnh trở thành một người “hay quỵr”. Tuy nhiên thường không kèm theo các cơn bùng nổ gây hại và bệnh nhân có thể thường dễ dàng xử trí không mấy khó khăn.
2	Trên trung bình	Hành vi đòi hỏi vừa thường xuyên vừa dai dẳng, đôi khi đưa đến sự đối đầu với các bệnh nhân khác, với nhân viên bệnh viện hoặc gia đình. Tuy nhiên, thường thì bệnh nhân có thể lý giải được sự kiểm soát mà không có sự việc gì nghiêm trọng xảy ra.
3	Nặng	Bệnh nhân trở nên hết sức bộc lộ khi các yêu cầu hoặc đòi hỏi không được đáp ứng ngay lập tức. Hành vi bùng nổ hoặc hung dữ có thể tiếp theo sau đó 1 hoặc 2 lần và sự mất kiểm soát là khả năng luôn luôn có thể xảy ra.
4	Rất nặng	Các đòi hỏi và yêu cầu của bệnh nhân nếu không được thoả mãn ngay lập tức sẽ gây ra hành vi bùng nổ, hung dữ hoặc xung đột, luôn cần đến sự giám sát chặt chẽ.

Bảng 2.3. Tiêu chuẩn đánh giá mức độ cảm xúc không ổn định (S3).

TT	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Trung bình	Cảm xúc thường không phù hợp với tình duy (thí dụ rời dỗi, giận dữ hoặc lo lắng) và có nhiều thay đổi cảm biến của trạng thái cảm xúc trong quá trình phản ứng.
2	Trên trung bình	Các biểu hiện cảm xúc hết sức không ổn định và đôi khi đáng nhẽ vượt quá sự kiểm soát của bản thân. Cảm xúc có thể biến đổi đột ngột đến các điểm và thường khó điều chỉnh.
3	Nặng	Cảm xúc đáng nhẽ không được kiểm soát trong suốt cuộc phản ứng và có thể chi phối bởi các kích thích từ bên ngoài hoặc không liên quan. Tình trạng cảm xúc có tính chất thay đổi nhanh chóng với các biến đổi kỳ lạ hoặc đa dạng. Các cơn cảm xúc sẽ đáng nhẽ các biểu hiện say đắm hoặc giận dữ có thể gặp.
4	Rất nặng	Bệnh nhân đáng nhẽ không còn kiểm soát được tình trạng cảm xúc của mình. Cảm xúc dao động từ do khi đáp ứng với các sự việc không phù hợp từ bên ngoài hoặc bên trong. Các tình trạng cảm xúc các điểm như kích động hoặc giận dữ đôi khi nổi bật.

Bảng 2.4. Tiêu chuẩn đánh giá mức độ kích động (P4).

TT	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Trung bình	Bớt rớt và quá cảnh giác thể hiện rõ qua cuộc phỏng vấn, nhìn họ đang nhìn ngôn ngữ và vận động chung hoặc có những cơn bùng nổ xuất hiện lẻ tẻ.
2	Trên trung bình	Sử dụng hoạt động đáng kể hoặc các cơn hoạt động vận động thể năng xuyên suốt những thời kỳ, nó làm người bệnh khó có thể ngồi lâu quá vài phút và bất cứ thời điểm nào.
3	Nặng	Kích động nổi bật qua quá trình phỏng vấn, chú ý suy giảm và phần nào nhìn họ đang mất sự hoạt động cá nhân như ăn và ngủ.
4	Rất nặng	Kích động mãnh liệt nhìn họ đang nghiêm trọng đến ăn và ngủ, làm cho quá trình giao tiếp không thể thực hiện được. Gia tăng vận ngôn ngữ và hoạt động có thể đưa đến tử duy không liên quan và suy giảm thể.

Bảng 2.5. Tiêu chuẩn đánh giá mức độ thù ghét (P7).

TT	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Trung bình	Thể hiện thái độ thù ghét rõ rệt qua việc thường xuyên bộc phát và các biểu hiện trực tiếp của sự giận dữ hay tức giận.
2	Trên trung bình	Bệnh nhân bộc phát cao độ và thỉnh thoảng lại chỉ bị hoặc hăm dọa.
3	Nặng	Sẽ không hợp tác và chỉ bị hoặc hăm dọa như hàng rõ rệt đến cuộc phỏng vấn và gây trở ngại nghiêm trọng đến các quan hệ xã hội. Bệnh nhân có thể hung hăng hoặc phá phách nhưng không dùng vũ lực tấn công người khác.
4	Rất nặng	Giận dữ rõ nét đến mức sẽ không hợp tác hoàn toàn, cần trợ các quan hệ khác hoặc đang trong cơn tức công người khác.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu.

Các số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê bằng chương trình SPSS 11.5

- Tính các số trung bình:

$$\overline{X} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i$$

- Tính độ lệch chuẩn:

$$SD = \sqrt{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2}$$

- Tính tỉ lệ %: $p = \frac{k}{n}$

Trong đó:

p : Tỉ lệ %

k : Số đợt kết quả nghiên cứu

n : Tổng số nghiên cứu

- Kiểm định và so sánh 2 tỉ lệ % bằng test T-Student

$$t = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{\frac{p_1(1-p_1)}{n_1} + \frac{p_2(1-p_2)}{n_2}}}$$

- Kiểm định và so sánh các tỉ lệ quan sát bằng test χ^2 .

Chương 3

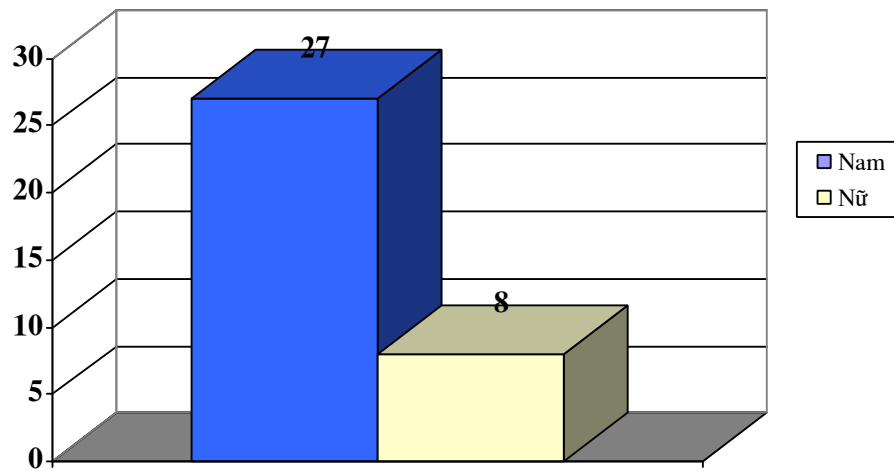
Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 3.1. Đặc điểm và giới tính.

STT	Bệnh nhân	n	Tỉ lệ %	p
	Giới tính			
1	Nam	27	77,14	< 0,001
2	Nữ	8	22,86	
Tổng số		35	100,00	

Đặc điểm và giới tính (bảng 3.1.) trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi thấy có 27 bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ 77,14% và nữ có 8 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 22,86%. Như vậy, số bệnh nhân nam gấp 3,37 lần bệnh nhân nữ. Sự khác biệt giữa tỉ lệ nam và nữ trong mẫu nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



Biểu đồ 3.1. Giới tính của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.2. Đặc điểm về lứa tuổi.

Số TT	Bệnh nhân Tuổi	n	Tỷ lệ %	p
1	= 20	1	2,86	$p_{1-4} > 0,05$
2	21 - 30	9	25,72	$p_{2-1} < 0,05$
3	31 - 40	15	42,86	$p_{3-4} < 0,05$ $p_{3-5} < 0,05$ $p_{3-1} < 0,001$ $p_{3-2} > 0,05$
4	41 - 50	5	14,28	$p_{2-4} > 0,05$
5	> 50	5	14,28	$p_{5-4} < 0,05$
Tổng số		35	100,00	
Tuổi trung bình		35	$36,94 \pm 10,2$	

Qua bảng 3.2. về đặc điểm lứa tuổi trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm tuổi 31-40 là cao nhất (42,86%), tiếp theo là nhóm tuổi 21-30 có 9 bệnh nhân (25,72%), nhóm > 20 có tỷ lệ thấp nhất 1 bệnh nhân (2,86%). Sự khác biệt rõ rệt giữa các nhóm tuổi và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ ($\chi^2 = 16$).

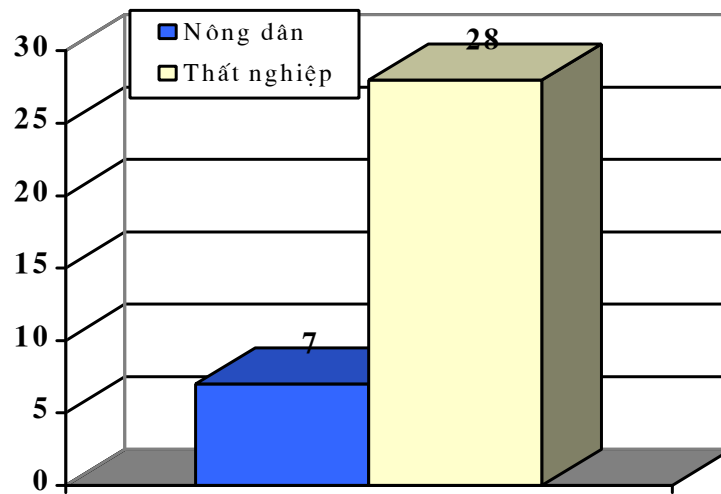
Khi so sánh giữa các nhóm tuổi thấy nhóm 31-40 tuổi khác biệt rõ và có ý nghĩa thống kê với $p_{3-1} < 0,001$, $p_{3-4} < 0,05$, $p_{3-5} < 0,05$, $p_{5-4} < 0,05$, $p_{5-4} < 0,05$ (trừ nhóm 21-30 tuổi). Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $36,94 \pm 10,2$ tuổi.

Bảng 3.3. Đặc điểm về nghề nghiệp.

Bệnh nhân Nghề nghiệp	n	Tỷ lệ %	p
Nông dân	7	20,00	< 0,001
Thật nghiệp	28	80,00	
Tổng số	35	100,00	

Về nghề nghiệp của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (bảng 3.3.) chúng tôi thấy phần lớn bệnh nhân không có nghề nghiệp định (28 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 80%), nhóm còn lại là nông dân (7 bệnh nhân, chỉ chiếm tỷ lệ 20%).

Khi so sánh các nhóm số liệu chúng tôi thấy có sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



Biểu đồ 3.2 . Nghề nghiệp của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.4. Đặc điểm và trình độ học vấn.

STT	Bệnh nhân Học vấn	n	Tỉ lệ %	p
1	Không biết chữ	2	5,71	$p_{1-5} > 0,05$
2	Tiểu học	7	20,00	$p_{2-1} > 0,05$
3	Trung học cơ sở	14	40,00	$p_{3-1} < 0,001$ $p_{3-5} < 0,001$
4	Phổ thông trung học	10	28,58	$p_{4-1} < 0,05$
5	Đại học -THCN	2	5,71	$p_{4-5} < 0,05$
Tổng số		35	100,00	

Đặc điểm và trình độ học vấn của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (bảng 3.4.) cho thấy trình độ văn hoá trong mẫu nghiên cứu có bệnh nhân không

biết chết và Đới hực –THCN là thấp nhất (5,71%), nhóm bệnh nhân có trình độ trung học cấp 3 cao nhất là 40%, trung học phổ thông là 28,58%.

Khi so sánh giữa các nhóm số liệu cho ta thấy tỷ lệ nhóm PTTH cao hơn nhóm đới hực và không biết chết và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; nhóm THCS với nhóm đới hực và không biết chết có sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.5. Về tình trạng hôn nhân.

STT	Bệnh nhân Hôn nhân	n	Tỷ lệ %	p
1	Chưa kết hôn	25	71,43	$p_{1-3} < 0,001$
2	Đã kết hôn	8	22,86	$p_{2-1} < 0,01$
3	Ly hôn, ly thân	2	5,71	$p_{2-3} < 0,05$
Tổng số		35	100,00	

Qua bảng 3.5. cho ta thấy: nhóm bệnh nhân chưa kết hôn chiếm đa số (71,43%), nhóm đã kết hôn chiếm 22,86%, nhóm ly thân và ly hôn chiếm tỷ lệ 5,71%.

Khi so sánh giữa các nhóm số liệu thấy có sự khác biệt khác nhau và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 3.6. Đặc điểm về tuổi khi phát.

STT	Bệnh nhân Tuổi khi phát	n	Tỷ lệ %	p
1	= 20	12	34,28	$p_{6-1} < 0,05$
2	21 - 25	8	22,86	$p_{1-2} < 0,05$

3	26 - 30	6	17,14	$p_{2-3} > 0,05$
4	31 - 35	4	11,43	$P_{3-4} > 0,05$
5	36 - 40	4	11,43	$p_{4-5} > 0,05$
6	> 40	1	2,86	$p_{5-6} > 0,05$
Tổng số		35	100,00	
Trung bình		25,5 ± 7,78		

Về tuổi khi phát của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (bảng 3.6.) cho chúng ta thấy tuổi khi phát hay gặp nhất là tuổi = 20 (34,28%), tiếp theo là tuổi 21-25 (22,86%), tuổi 26-30 (17,14%), tuổi 31-35 và 36-40 đều có tỉ lệ 11,43%, thấp nhất là tuổi > 40 có 2,86%. Đa số bệnh nhân khi phát ở tuổi = 30 chiếm 74,28% sau đó là nhóm tuổi 31-40 chiếm 22,86%.

So sánh giữa các nhóm cho thấy sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khi so sánh tỉ lệ của từng nhóm với nhau chúng ta cũng thấy nhóm = 20 tuổi có sự khác biệt rõ rệt có ý nghĩa thống kê với các nhóm khác $p_{6-1} < 0,05$, $p_{1-2} < 0,05$, còn lại không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.7. Số lần vào viện.

STT	Bệnh nhân	n	Tỷ lệ %	P
	Số lần vào viện			
1	1-2 lần	4	11,43	$p_{3-1} > 0,05$
2	3-4 lần	20	57,14	$p_{1-2} < 0,001$
3	= 5 lần	11	31,43	$p_{2-3} > 0,05$
	Tổng số	35	100,00	

Số lần vào viện của các bệnh nhân nghiên cứu (bảng 3.7.) cho ta thấy hầu hết bệnh nhân vào viện nhiều lần, số bệnh nhân nhập viện từ 3-4 lần

chiếm tỉ lệ cao nhất (20 triệu người chiếm 57,14%), = 5 triệu có 11 triệu người (31,43%), nhóm vào vị trí 1-2 triệu chiếm 11,43%. Khi so sánh thấy sự khác biệt rõ rệt ở nhóm bệnh nhân vào vị trí 3-4 triệu và có ý nghĩa thống kê với $p_{2-1} < 0,001$. Còn các nhóm khác thấy không có sự khác biệt rõ ràng và không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.8. Thời gian mắc bệnh.

STT	Bệnh nhân T/G. mắc bệnh	n	Tỉ lệ %	P
1	= 2 năm	2	5,72	$p_{1-2} > 0,05$
2	3 - 5 năm	5	14,28	$p_{2-3} > 0,05$
3	6 -10 năm	7	20,00	$p_{3-4} < 0,01$
4	> 10 năm	21	60,00	$p_{1-4} < 0,001$ $p_{2-4} < 0,01$
Tổng số		35	100,00	

Bảng 3.8: về thời gian mắc bệnh của nhóm bệnh nhân nghiên cứu cho thấy sự bệnh nhân mắc bệnh > 10 năm chiếm tỉ lệ cao nhất (60%), nhóm bệnh nhân mắc bệnh 6-10 năm là 20%, nhóm 3-5 năm 14,28%, nhóm = 2 năm chiếm tỉ lệ ít nhất 5,72%.

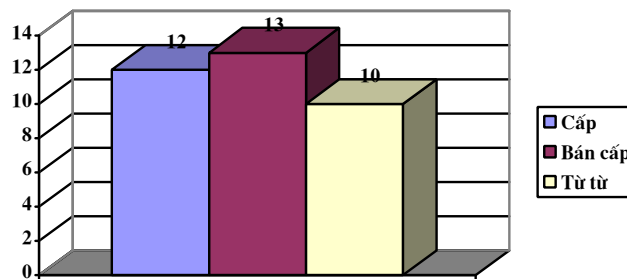
So sánh giữa các nhóm số liệu thấy sự khác biệt rõ rệt khác nhau như: $p_{1-4} < 0,001$, p_{2-4} và $p_{3-4} < 0,01$, nhưng ngược lại khi so sánh các nhóm số liệu khác thấy: p_{1-2} và $p_{2-3} > 0,05$.

Bảng 3.9. Tính chất khi phát bệnh trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

STT	Bệnh nhân T/C. khi phát	n	Tỉ lệ %	P
1	Cấp tính	12	34,29	$P_{3-1} > 0,05$
2	Bán cấp tính	13	37,14	$p_{1-2} > 0,05$

3	Tỉ lệ	10	28,57	$p_{2-3} > 0,05$
Tổng số		35	100,00	

Tính chất khi phát còi a bệnh ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu (bảng 3.9.) cho chúng ta thấy: tính chất khi phát bệnh bán cấp tính chiếm tỉ lệ cao nhất (37,14%), nhóm bệnh nhân xuất hiện bệnh cấp tính chiếm tỉ lệ 34,29%, nhóm bệnh nhân có tính chất khi phát bệnh tỉ lệ chiếm tỉ lệ thấp nhất (28,57%). So sánh các nhóm số liệu khác nhau không thấy có sự khác biệt và không thấy có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3.3. Tính chất khi phát còi a bệnh

Bảng 3.10. Thái độ tiếp xúc còi a bệnh nhân nghiên cứu.

STT	Bệnh nhân T/Đ. tiếp xúc	n (35)	Tỉ lệ %	p
1	Chứng đờ đẫn	4	11,43	$p_{1-4} > 0,05$
2	Không hợp tác	16	45,71	$p_{1-2} < 0,01$ $p_{2-4} < 0,01$
3	Thờ ơ	14	40,00	$p_{3-2} > 0,05$ $p_{3-1} < 0,01$
4	Mơ mê suy nghĩ	1	2,86	$p_{3-4} < 0,001$ $p_{2-4} < 0,001$
	Tổng số	35	100,00	

Thái độ tiếp xúc còi a bệnh nhân nghiên cứu (bảng 3.10.) cho thấy thái độ không hợp tác là 16 trường hợp (45,71%), tiếp theo là trạng thái thờ

Đã có 14 trường hợp (40%), thái độ chấp nhận để có 4 trường hợp (11,43%), mới mê suy nghĩ chỉ có 1 trường hợp (2,86%). So sánh từng cặp các nhóm số liệu thấy có sự khác biệt về tỉ lệ thái độ tiếp xúc của bệnh nhân và có ý nghĩa thống kê với $p_{1-2} < 0,01$, $p_{2-4} < 0,01$, $p_{3-1} < 0,01$, $p_{3-4} < 0,001$, $p_{2-4} < 0,001$.

Bảng 3.11. Trang phục và vẻ sinh cá nhân.

STT	Bệnh nhân		Tỉ lệ %	p
	Triệu chứng	n (35)		
1	Quần áo gọn	4	11,43	$p_{1-4} > 0,05$
2	Quần áo xộc xệch	20	57,14	$p_{1-2} < 0,001$ $p_{2-4} < 0,001$
3	Quần áo bẩn thỉu	9	25,71	$p_{3-1} < 0,05$
4	Không mặc quần áo	2	2,86	$p_{2-4} < 0,001$ $p_{3-4} < 0,05$
5	Không tỉa rambut	10	28,57	$p_{5-4} < 0,05$ $p_{5-6} < 0,05$
6	Không tỉa tóc	24	68,57	$p_{6-4} < 0,001$
7	Không tỉa chúi tóc	20	57,14	$p_{7-4} < 0,001$

Qua bảng 3.11 về trang phục và vẻ sinh cá nhân cho chúng ta thấy: nhiều nhất là bệnh nhân không tỉa tóc (68,57%), không tỉa tóc là 68,57%, không tỉa chúi tóc và quần áo xộc xệch đều là 57,14%, không tỉa rambut là 28,57%, quần áo bẩn thỉu là 25,71%, quần áo gọn là 11,43% và ít nhất là không mặc quần áo 2,86%.

So sánh từng cặp các nhóm số liệu cho thấy có sự khác biệt với mức độ khác nhau và có ý nghĩa thống kê với p_{1-2} , p_{2-4} , p_{2-4} , p_{6-4} , $p_{7-4} < 0,001$ và p_{3-1} , p_{3-4} , p_{5-4} , $p_{5-6} < 0,05$.

3.2.2. Các mối liên quan đến hành vi gây hại ở bệnh nhân tâm thần phân liệt.

Bảng 3.12. Các triệu chứng khi phát.

STT	Bệnh nhân Triệu chứng	n	Tỷ lệ %	p	
1	Mất ngủ	34	97,14	< 0,001	$p_{1-9} < 0,001$
2	Đau đầu	18	51,43	> 0,05	$p_{1-2} < 0,05$
3	Thay đổi tính tình	33	94,28	< 0,001	$p_{2-3} < 0,05$
4	Cảm xúc thất vọng	9	25,71	< 0,01	$p_{3-4} < 0,001$
5	Hoạt động bất thường	28	80,00	< 0,001	$p_{1-5} < 0,001$
6	Ngại mặt mình	15	42,85	> 0,05	$p_{5-6} < 0,05$
7	Thu hẹp quan hệ	13	37,14	> 0,05	$p_{1-7} < 0,01$ $p_{3-7} < 0,001$
8	Độc thoại	5	14,28	< 0,001	$p_{1-8} < 0,001$ $p_{3-8} < 0,001$ $p_{2-8} < 0,001$
9	Cảm xúc dễ bùng nổ	4	11,42	< 0,001	$p_{3-9} < 0,001$ $p_{5-9} < 0,001$
10	Rối loạn khác	7	20,00	< 0,001	$p_{1-10} < 0,001$ $p_{3-10} < 0,001$

Với các triệu chứng khi phát của bệnh nhân TTPL c  hành vi gây h n (b ng 3.12) cho thấy triệu chứng khi phát th i t  g p t  cao đ n th p l  các triệu chứng sau: mất ngủ chiếm t  97,14%, thay đổi tính tình 94,28%, hoạt động bất thường 80%, đau đầu 51,43%, ngại mặt mình 42,85%, thu hẹp các mối quan hệ 37,14%, cảm xúc thất vọng 25,71%, các rối loạn khác chiếm t  20%, độc thoại 14,28% và cảm xúc dễ bùng nổ chiếm t  thấp nhất 11,42%.

Khi so sánh các c p s  liệu thấy c  s  khác biệt nh t đ nh và c  ý nghĩa th ng kê với $p_{1-9}, p_{3-4}, p_{1-5}, p_{3-7}, p_{1-8}, p_{3-8}, p_{2-8}, p_{3-9}, p_{5-9}, p_{1-10}, p_{3-10} < 0,001$, $p_{1-7} < 0,01$ và $p_{1-2}, p_{2-3}, p_{5-6} < 0,05$.

B ng 3.13. Đ c đ m v  th  b nh   nhóm b nh nhân nghiên cứu.

STT	Bệnh nhân Thọ bệnh	n	Tỷ lệ %	p
1	Paranoid	18	51,43	$p_{1-4} < 0,001$
2	Không biết định	8	22,86	$p_{1-2} < 0,05$
3	Di chứng	6	17,14	$p_{1-3} < 0,05$
4	Đón thu	3	8,57	$p_{2-4} > 0,05$
	Tổng số	35	100,00	

Với đặc điểm thọ bệnh ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu (bảng 3.13.) cho ta thấy: mẫu nghiên cứu có thọ bệnh paranoid gặp nhiều hơn cả (18 trường hợp, chiếm tỷ lệ 51,43%), thọ không biết định có 8 trường hợp (22,86%), thọ di chứng có 6 trường hợp (17,14%), thọ đón thu có 3 trường hợp (8,57%).

So sánh các số liệu với nhau ta thấy thọ paranoid so với các thọ khác có số khác biệt đáng kể và có ý nghĩa thống kê với $p_{1-4} < 0,001$, p_{1-2} và $p_{1-3} < 0,05$ và chỉ có nhóm 2,3 so với nhóm 4 là không có ý nghĩa thống kê ($p_{2,3-4} > 0,05$).

Bảng 3.14. Các loại vào giác.

STT	Bệnh nhân Vào giác	n = 35	Tỷ lệ %	p	
1	Vào thanh bình phẩm	9	25,71	$< 0,01$	$p_{1-7} > 0,05$
2	Vào thanh đàm thoại	3	8,57	$< 0,001$	$p_{1-2} > 0,05$
3	Vào thanh ra lệnh	11	31,43	$< 0,05$	$p_{3-2} < 0,05$
4	Vào th	2	5,71	$< 0,001$	$p_{3-4} < 0,05$
5	Vào khu	1	2,86	$< 0,001$	$p_{3-5} < 0,01$

6	Đo xúc giác	0	0		
7	Đo thanh thô s	3	8,57	< 0,001	$p_{3-7} < 0,05$
Có 1 loại đo giác		19	54,29	> 0,05	

Qua bảng 3.14. về các loại đo giác cho chúng ta thấy: Đo thanh ra lỉnh chiếm tỉ lệ cao nhất 31,43%, tiếp theo là Đo thanh bình phẩm 25,71%, Đo thanh đàm thoại là 8,57%, Đo th giác là 5,71%, Đo khu giác chiếm tỉ lệ thấp nhất 2,86%. Sự khác biệt của các nhóm tri thức riêng biệt là có ý nghĩa thống kê với Đo thanh bình phẩm $p < 0,05$ và Đo thanh ra lỉnh $p < 0,01$, các loại khác $p < 0,001$. Tỉ lệ bình nhân có ít nhất 1 loại đo giác là 54,29%.

Khi so sánh giữa các nhóm tri thức với nhau cho thấy Đo thanh ra lỉnh khác biệt có ý nghĩa thống kê với Đo thanh đàm thoại ($p < 0,05$), Đo thanh thô s ($p < 0,05$), Đo th giác ($p < 0,05$), Đo khu giác ($p < 0,01$). Đo thanh bình phẩm khác biệt có ý nghĩa thống kê với Đo th giác ($p < 0,05$), Đo khu giác ($p < 0,05$).

Bảng 3.15. Tính chất của đo giác.

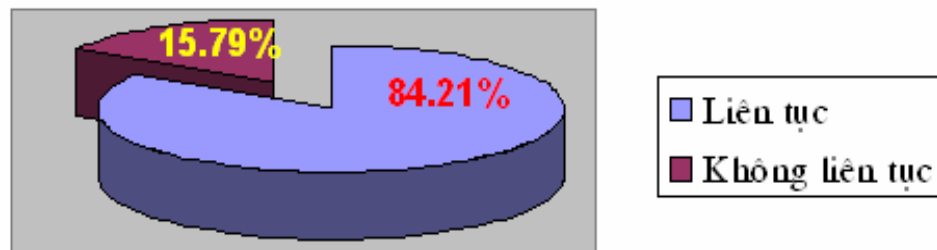
Bệnh nhân		n = 19	Tỉ lệ %	p
Tính chất đo giác				
Tần thi	Liên tục	16	84,21	< 0,01
	Không liên tục	3	15,79	
Phối hợp	Không chi phối hành vi	5	26,32	< 0,05

	Chi phí hành vi	14	73,68	
--	--------------------	----	-------	--

Xét về tính chất của ảo giác (bảng 3.15.) chúng ta thấy 2 bệnh nhân có hành vi gây hấn có nhúng đũa tính sau: tỉ lệ liên tục của ảo giác chiếm phần lớn 84,21% chỉ có 15,79% là không liên tục.

So sánh tính chất liên tục chúng ta thấy sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tỉ lệ chi phí hành vi của ảo giác cũng chiếm một tỉ lệ khá lớn (73,68%), tỉ lệ không chi phí hành vi là 26,32%.

So sánh ảnh hưởng chi phí hành vi gây hấn của ảo giác cho thấy sự khác biệt thống kê rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.4. Tính chất liên tục của ảo giác.

Bảng 3.16. Rối loạn hình thức tư duy ở bệnh nhân gây hấn.

STT	Bệnh nhân H/T. tư duy	(n = 35)	Tần lệ %	p	
1	Tư duy logic	4	11,43	< 0,001	$p_{1-11} > 0,05$
2	Tư duy phi tán	4	11,43	< 0,001	$p_{1-2} > 0,05$
3	Tư duy chậm	13	37,14	> 0,05	$p_{1-3} < 0,05$
4	Tư duy đơn điệu	4	11,43	< 0,001	$p_{4-3} < 0,05$
5	Nói nhảm nhí	2	5,71	< 0,001	$p_{4-5} > 0,05$
6	Ngôn ngữ rời rạc	5	14,28	< 0,001	$p_{5-6} > 0,05$
7	Tư duy nghèo nàn	14	40,00	> 0,05	$p_{6-7} < 0,05$
8	Tư duy ngớ ngẩn	6	17,14	< 0,001	$p_{7-8} > 0,05$
9	Suy luận bệnh lý	8	22,86	< 0,001	$p_{8-9} > 0,05$
10	Tư duy đặc thù	20	57,14	> 0,05	$p_{10-9} < 0,05$
11	Tư duy lai nhai	3	8,57	< 0,001	$p_{10-11} < 0,01$

Rối loạn hình thức tư duy ở bệnh nhân gây hấn (bảng 3.16.) cho thấy: tư duy đặc thù chiếm tỉ lệ cao nhất 57,14%, tư duy nghèo nàn chiếm tỉ lệ 40%, tư duy chậm chiếm tỉ lệ 37,14%, tư duy ngớ ngẩn chiếm tỉ lệ 17,14%, tư duy rời rạc có tỉ lệ là 14,28%, tư duy lai nhai chiếm tỉ lệ 8,57%, nói nhảm nhí chiếm tỉ lệ 5,71%. Số khác biệt của có hay không có biểu hiện tư duy chậm, đặc thù và nghèo nàn không có ý nghĩa thống kê, các rối loạn khác đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Khi so sánh giữa các triệu chứng rối loạn hình thức tiêu duy có tiêu duy đặc thù khác biệt có ý nghĩa thống kê với các loại tiêu duy phi tán, tiêu duy lại nhai, nói nhai lười, ngôn ngữ rối rạc với $p < 0,01$. Tiêu duy nghèo nàn khác biệt có ý nghĩa thống kê với các loại tiêu duy phi tán, tiêu duy lại nhai, nói nhai lười, ngôn ngữ rối rạc với $p < 0,05$. Tiêu duy chàm khác biệt có ý nghĩa thống kê với các loại tiêu duy phi tán, tiêu duy lại nhai, nói nhai lười, ngôn ngữ rối rạc với $p < 0,05$.

Bảng 3.17. Rối loạn nội dung tiêu duy.

STT	Bệnh nhân Hoang tưởng	n = 35	Tỷ lệ %	p	
1	Bệnh hại	18	51,43	$> 0,05$	$p_{1-6} < 0,001$
2	Bệnh theo dõi	11	31,43	$< 0,05$	$p_{1-2} > 0,05$
3	Bệnh chi phối	3	8,57	$< 0,001$	$p_{2-3} < 0,01$
4	Liên hệ	2	5,71	$< 0,001$	$p_{3-4} > 0,05$
5	Tiêu duy bất cập	2	5,71	$< 0,001$	$p_{5-4} > 0,05$
6	Ghen tị	1	2,86	$< 0,001$	$p_{6-5} > 0,05$
7	Tiêu cao	3	8,57	$< 0,001$	$p_{7-6} > 0,05$
8	Khác	4	11,43	$< 0,001$	$p_{7-8} > 0,05$
Có 1 loại hoang tưởng		24	68,57	$< 0,05$	

Rối loạn nội dung tiêu duy ở bệnh nhân TTPL có biểu hiện hành vi gây hấn (bảng 3.17.) chúng tôi thấy: hoang tưởng bệnh hại chiếm tỷ lệ cao nhất 51,43%, hoang tưởng bệnh theo dõi chiếm tỷ lệ 31,43%, hoang tưởng tiêu cao và bệnh chi phối là 8,57%, hoang tưởng ghen tị 2,86%, các loại hoang tưởng khác chiếm 11,43%. Có 24 bệnh nhân (68,57%) bị một loại hoang tưởng.

So sánh hoang t_đ ng b_đ h_đ i v_đ i các b_đ nh nhân không có hoang t_đ ng th_đ y không có s_đ khác bi_đ t rõ r_đ t và không có ý nghĩa th_đ ng kê. Còn các lo_đ i hoang t_đ ng khác so v_đ i b_đ nh nhân không có hoang t_đ ng th_đ y có s_đ khác bi_đ t rõ r_đ t và có ý nghĩa th_đ ng kê v_đ i $p < 0,001$.

Khi so sánh các lo_đ i hoang t_đ ng v_đ i nhau chúng ta th_đ y: ch_đ có hoang t_đ ng b_đ h_đ i không khác bi_đ t v_đ i hoang t_đ ng b_đ theo dõi và không có ý nghĩa th_đ ng kê, còn các lo_đ i hoang t_đ ng khác đ_đ u khác bi_đ t _đ các m_đ c đ_đ khác nhau và đ_đ u có ý nghĩa th_đ ng kê v_đ i $p < 0,001$, $p < 0,01$ và $p < 0,05$ tr_đ hoang t_đ ng b_đ theo dõi và hoang t_đ ng b_đ h_đ i.

B_đ ng 3.18. Tính ch_đ t c_đ a các hoang t_đ ng.

T _đ nh ch _đ t		B _đ nh nhân	n = 24	T _đ l _đ %	p
T _đ n t _đ i	Liên t _đ c		18	75,00	< 0,01
	Không liên t _đ c		6	25,00	
Đ _đ h _đ đ _đ ng	Không chi ph _đ i hành vi		2	8.33	< 0,001
	Chi ph _đ i hành vi		22	91,67	

V_đ tính ch_đ t c_đ a các hoang t_đ ng _đ b_đ nh nhân TTPL có hành vi gây h_đ n (b_đ ng 3.18.) cho ta th_đ y: s_đ t_đ n t_đ i c_đ a các hoang t_đ ng liên t_đ c chi_đ m t_đ l_đ 75% và không liên t_đ c 25%, so sánh 2 s_đ li_đ u này có s_đ khác bi_đ t và có ý nghĩa th_đ ng kê v_đ i $p < 0,01$.

Số chi phí của các hoang tật trong mẫu nghiên cứu này là 91,67% và không chi phí là 8,33%. Khi so sánh giữa 2 số liệu này cho thấy sự khác biệt rất rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.19. Rối loạn cảm xúc.

STT	Bệnh nhân Rối loạn cảm xúc	n = 35	Tỷ lệ %	p	
1	Trầm cảm	2	5,71	< 0,001	$p_{1-5} < 0,001$
2	Hung cảm	5	14,28	< 0,001	$p_{1-2} > 0,05$
3	Cảm xúc cùn mòn	10	28,57	< 0,05	$p_{3-2} > 0,05$ $p_{3-1} > 0,05$
4	Không ổn định	13	37,14	> 0,05	$p_{4-2} < 0,05$ $p_{4-6} < 0,05$
5	Không thích hợp	24	68,57	> 0,05	$p_{5-2} < 0,001$

Rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân TTPL có hành vi gây hấn (bảng 3.19.) cho chúng ta thấy: cảm xúc không thích hợp là rối loạn cảm xúc phổ biến nhất trong mẫu nghiên cứu này (68,57%), cảm xúc không ổn định chiếm 37,14%, cảm xúc cùn mòn chiếm 28,57%, hung cảm chiếm 14,28% và trầm cảm chỉ có 5,71%.

So sánh sự khác biệt giữa 2 nhóm đối tượng có và không có các biểu hiện rối loạn cảm xúc thấy có sự khác biệt khá rõ và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và $p < 0,05$. So sánh giữa các biểu hiện rối loạn cảm xúc cho thấy: cảm xúc không thích hợp và rối loạn hung cảm, trầm cảm có sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với p_1 và $2-5 < 0,001$. Cảm xúc không ổn định và rối loạn hung cảm và trầm cảm có sự khác biệt khá rõ và có ý nghĩa thống kê với $p_{1,2-4} < 0,05$.

Bảng 3.20. Rối loạn hoạt động có ý chí.

STT	Bệnh nhân R/L. hoạt động	n = 35	Tỷ lệ %	p	
1	Tăng hoạt động	19	54,28	$> 0,05$	$p_{1-3} > 0,05$
2	Giảm hoạt động	8	22,85	$< 0,001$	$p_{1-2} < 0,05$
3	Vận động dãn thả lỏng	20	57,14	$> 0,05$	$p_{2-3} < 0,05$

Với rối loạn hoạt động có ý chí của bệnh nhân TTPL có hành vi gây hấn (bảng 3.20.) cho chúng ta thấy: vận động dãn thả lỏng chiếm tỷ lệ cao nhất là 57,14%, tiếp đến là tăng hoạt động chiếm tỷ lệ 54,28% và giảm hoạt động chiếm 22,85%.

So sánh giữa các đối tượng có và không có rối loạn hoạt động có ý chí cho thấy tăng hoạt động và vận động dãn thả lỏng không có sự khác biệt rõ rệt và không có ý nghĩa thống kê. Giảm hoạt động và không có rối loạn hoạt động có ý chí có sự khác biệt rõ và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Khi so sánh giữa các rối loạn hoạt động với nhau cho thấy sự khác biệt rõ và có ý nghĩa thống kê với $p_{1-2} < 0,05$, $p_{3-2} < 0,05$.

3.2.3. Đặc điểm lâm sàng hành vi gây hấn ở bệnh nhân tâm thần phân liệt.

Bảng 3.21. Đặc điểm các hành vi gây hấn.

STT	Bệnh nhân Hành vi	n = 35	Tỷ lệ %	p
1	Kích động	16	45,71	$p_{1-5} > 0,05$
2	Thù hằn	10	28,57	$p_{1-2} > 0,05$
3	Giận dữ	12	34,28	$p_{2-3} > 0,05$
4	Bực tức	15	42,85	$p_{3-4} > 0,05$

5	Cảm xúc không ổn định	18	51,43	$p_{5-4} > 0,05$
---	-----------------------	----	-------	------------------

Qua bảng 3.21 và để đánh giá các hành vi gây hại ở bệnh nhân TTPL cho chúng ta thấy: biểu hiện cảm xúc không ổn định chiếm tỉ lệ cao nhất (51,43%), tiếp theo là hành vi kích động (45,71%), Bị kích (42,85%), thù hận (28,57%) và giận dữ (34,28%). Khi so sánh thấy không có sự khác biệt và không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.22. Các mức độ của hành vi gây hại.

STT	Mức độ Hành vi	Trung bình		Trên trung bình		Nặng		Rất nặng		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
1	Kích động	4	25,00	3	18,75	7	43,75	2	12,50	P_{1-5} $>0,05$
2	Thù hận	5	50,00	0	0	2	20,00	3	30,00	P_{1-2} $>0,05$
3	Giận dữ	8	66,67	0	0	3	25,0	1	8,33	P_{3-2} $>0,05$
4	Bị kích	7	50,00	3	21,43	3	21,43	1	7,14	P_{4-3} $>0,05$
5	Cảm xúc không ổn định	3	15,00	5	26,31	10	52,63	1	5,26	P_{4-5} $>0,05$

Về các mức độ của hành vi gây hại ở bệnh nhân TTPL (bảng 3.22.) cho thấy các hành vi có mức độ cao nhất sau: hành vi thù hận có mức độ rất nặng cao nhất 30%, cảm xúc không ổn định có mức độ nặng cao nhất 52,63%, Kích động có mức độ nặng là 43,75%, giận dữ có mức độ trung bình 66,67%

và bậc t-test có mức độ trung bình là 50%. Nhưng khi so sánh các mức độ năng của các hành vi khác nhau đều không có sự khác biệt và không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.23. Độ c đi m lâm sàng các hình thức của hành vi gây h n.

STT	Bệnh nhân Độ c đi m	n = 35	Tỉ lệ %	p
1	Gây h n lời nói	16	45,71	$p_{1-4} > 0,05$
2	Gây h n t n công v t lý	9	25,71	$p_{1-2} > 0,05$
3	Gây h n b ng s gi n d	13	37,14	$p_{2-3} > 0,05$
4	Gây h n b ng thái đ thù đ ch	10	28,57	$p_{3-4} > 0,05$

Độ c đi m lâm sàng các hình thức của hành vi gây h n ở bệnh nhân TTPL (bảng 3.23.) cho thấy trong các r i lo n hành vi gây h n thì gây h n b ng lời nói chiếm tỉ lệ cao nhất (45,71%), tiếp theo là gây h n b ng s gi n d chiếm tỉ lệ 37,14%, gây h n b ng thái đ thù đ ch 28,57% và gây h n b ng t n công v t lý chỉ chiếm có 25,71%.

Khi so sánh các nhóm số liệu này thấy không có sự khác biệt và không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.24. Các mức độ của hình thức gây h n.

STT	Mức độ		Trung bình	Trên trung bình	Năng	Rất năng	p
	Hành vi						
1	Gây hấn lời nói	n	2	7	3	2	> 0,05
		%	12,5	43,8	18,8	12,5	

2	Tần công vật lý	n	1	3	4	1	> 0,05
		%	11,1	33,3	44,4	11,1	
3	Giãn dãn	n	1	7	3	1	> 0,05
		%	7,7	53,8	23,1	7,7	
4	Thù địch	n	2	3	2	3	> 0,05
		%	20,0	30,0	20,0	30,0	

Bảng 3.24: các mức độ của hình thức gây hấn ở bệnh nhân TTPL cho thấy: trong hành vi gây hấn bệnh nhân nói mức độ trên trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất (43,8%), phân bố của các mức độ khác gần như nhau. Hành vi tấn công bệnh vật lý có mức độ nặng là cao nhất (44,4%). Gây hấn bằng sự giận dữ mức trên trung bình là cao nhất chiếm 53,8%. Gây hấn bằng thái độ thù địch mức nặng chiếm tỉ lệ cao nhất (30%).

So sánh mức độ nặng của các hình thức gây hấn với nhau đều không có sự khác biệt và không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3. Các yếu tố liên quan đến hành vi gây hấn ở bệnh nhân tâm thần phân liệt.

Bảng 3.25. Các yếu tố bệnh lý tâm thần liên quan đến hành vi gây hấn.

STT	Bệnh nhân Yếu tố	n = 35	Tỉ lệ %	p
1	Hoang tưởng đơn thuần	10	28,57	$p_{1-4} < 0,01$
2	Ảo giác đơn thuần	2	5,71	$p_{1-2} < 0,01$
3	Hoang tưởng và ảo giác	12	34,28	$p_{2-3} < 0,01$
4	Dùng thuốc không đều	28	80,00	$p_{4-3} < 0,05$ $p_{4-2} < 0,001$ $p_{4-1} < 0,01$

Các yếu tố bệnh lý tâm thần có liên quan đến hành vi gây hấn ở bệnh nhân TTPL (bảng 3.25.) như sau: yếu tố liên quan chủ yếu có 5,71% số bệnh nhân có lo giác đến thu nhập, hoang tưởng đến thu nhập là 28,57%, hoang tưởng và lo giác hiện hiện chiếm 34,28% và có liên quan đến dùng thuốc không đều chiếm nhiều nhất (80%). Khi so sánh giữa việc dùng thuốc không đều và dùng thuốc đều đến thấy có sự khác biệt rất rõ và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. So sánh giữa các yếu tố bệnh lý tâm thần có liên quan đến hành vi gây hấn chúng ta thấy có sự khác biệt cũng rõ ràng và có ý nghĩa thống kê như sau: $p_{1-4} < 0,01$, $p_{1-2} < 0,01$, $p_{2-3} < 0,01$, $p_{4-3} < 0,05$, $p_{4-2} < 0,001$, $p_{4-1} < 0,01$.

Bảng 3.26. Các yếu tố tâm lý có liên quan đến hành vi gây hấn.

STT	Bệnh nhân Yếu tố tâm lý	n = 35	Tỷ lệ %	p	
1	Mức cảm	11	31,43	$< 0,05$	$p_{1-3} > 0,05$
2	Bệnh nhân bề chửi	4	11,43	$< 0,001$	$p_{1-2} > 0,05$
3	Gia đình hất hủi	10	28,57	$< 0,05$	$p_{2-3} > 0,05$

Bảng 3.26: các yếu tố tâm lý có liên quan đến hành vi gây hấn ở bệnh nhân TTPL chúng tôi nhận thấy: yếu tố mức cảm chiếm nhiều nhất (31,43%), yếu tố bệnh nhân bề chửi 11,43% và yếu tố gia đình hất hủi 28,57%.

So sánh giữa bệnh nhân có và không có yếu tố tâm lý thấy rằng yếu tố mức cảm và bệnh nhân bề chửi khác biệt rõ và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, yếu tố gia đình hất hủi cũng có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nhưng khi so sánh các yếu tố tâm lý nói trên với nhau thấy không có sự khác biệt và không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.27. Yếu tố mùa phát bệnh liên quan đến hành vi gây hấn.

STT	Bệnh nhân	n	Tỉ lệ %	p
	Yếu tố mùa			
1	Xuân (Tháng 1- 3)	10	28,57	$p_{1-4} > 0,05$
2	Hè (Tháng 4- 6)	18	51,43	$p_{1-2} > 0,05$
3	Thu (Tháng 7- 9)	3	8,57	$p_{2-3} < 0,001$
4	Đông (Tháng 10- 12)	4	11,43	$p_{2-4} < 0,01$
	Tổng số	35	100,00	

Yếu tố khí hậu và thời tiết (mùa phát bệnh trong năm) hoặc là một trong những yếu tố tự nhiên ảnh hưởng đến hành vi gây hại ở bệnh nhân TTPL (bảng 3.27.) cho ta thấy: tỉ lệ bệnh nhân phát sinh hành vi gây hại vào mùa hè là nhiều nhất (18 bệnh nhân chiếm 51,43%), mùa thu là 10 bệnh nhân (28,57%), mùa đông là 11,43% và mùa thu chiếm 8,57%.

Khi so sánh giữa các nhóm số liệu cho thấy sự khác biệt giữa tỉ lệ phát sinh hành vi gây hại ở mùa hè và mùa thu là rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, mùa hè và mùa đông cũng có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.28. Yếu tố mùa sinh liên quan đến hành vi gây hại.

STT	Bệnh nhân	n	Tỉ lệ %	p
	Mùa sinh			
1	Xuân (Tháng 1- 3)	12	34,29	$p_{1-4} > 0,05$
2	Hè (Tháng 4- 6)	8	22,86	$p_{2-1} > 0,05$
3	Thu (Tháng 7- 9)	5	14,28	$p_{2-3} > 0,05$
4	Đông (Tháng 10- 12)	10	28,57	$p_{4-3} > 0,05$
	Tổng số	35	100,00	

Bảng 3.28: v^u y^u t^u mùa sinh ^unh h^u ^ung đ^un hành vi gây h^un ^u b^unh nhân TTPL cho ta th^uy nh^u sau: t^u l^u cao nh^ut là mùa xuân 34,29%, ti^up theo là mùa đông 28,57%, mùa h^u 22,86%, th^up nh^ut là mùa thu 14,28%. So sánh các nhóm s^u li^u theo mùa th^uy không có s^u khác bi^ut và không có ý nghĩa th^ung kê.

Chương 4

Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

4.1.1. Về giới tính của bệnh nhân nghiên cứu.

Trong bảng 3.1. về giới tính, cho thấy đối tượng nghiên cứu là nam giới có 27 bệnh nhân (77,14%) và nữ giới có 8 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 22,86%. Mẫu nghiên cứu của chúng tôi thấy có tỷ lệ nam nhiều gấp 3,37 lần nữ giới.

Theo nghiên cứu của một số tác giả thấy tỷ lệ bệnh nhân nam mắc bệnh nhũ u hân nư : Trần Văn Trường (2005) nghiên cứu trên 173 bệnh nhân thì nam giới có 113 bệnh nhân, cao gấp 2 lần nữ giới [17].

Cao Tiến Đức (1997) cho thấy tỷ lệ nam giới chiếm 92,16%, nữ giới chỉ chiếm có 7,84% [7].

Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân (2003) cũng cho kết quả tương tự, nam giới chiếm 80,02%, nữ giới chiếm 19,98% [18].

Một số tác giả khác ngoài nghiên cứu về hành vi gây hân của bệnh nhân TTPL đều cho thấy có xu hướng hành vi gây hân và hành vi bạo lực xảy ra ở bệnh nhân nam nhiều hơn nữ giới. Theo Steinert T. và cộng sự (1999) nghiên cứu trên 138 bệnh nhân (77 nam và 61 nữ) 75% số bệnh nhân nam và 53% số bệnh nhân nữ có hành vi gây hân [66].

Vevera J. và cộng sự (2005) nghiên cứu trên 404 bệnh nhân TTPL có 41,8% nam giới có hành vi bạo lực, 32,7% nữ bệnh nhân có hành vi bạo lực [70].

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam giới gấp nhiều hơn 3,37 lần nữ giới không chỉ là do yếu tố phân bố giới tính của bệnh nhân TTPL mà còn do xu hướng gây hân thường gặp ở nam giới hơn nữ giới.

4.1.2. Về lứa tuổi của bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 3.2. khảo sát về lứa tuổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi thấy tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm tuổi 31-40 là cao nhất (15 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 42,86%), tiếp theo là nhóm tuổi 21-30 có 9 bệnh nhân (25,71%). Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $36,94 \pm 10,2$ tuổi. Khi so sánh giữa các nhóm tuổi thấy nhóm 31-40 tuổi có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và $p < 0,05$. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $36,94 \pm 10,2$ tuổi.

Theo một số tác giả như Trần Văn Trường (2005) lứa tuổi 21-30 có 64 trường hợp chiếm tỷ lệ cao nhất (36,99%), đứng thứ hai là lứa tuổi 31-40 có 56 trường hợp chiếm tỷ lệ 32,37% [17].

Haro J.M. và cs (2006) nghiên cứu tiến hành trên 1410 bệnh nhân TTPL, tuổi trung bình 40,5 tuổi [41].

Như vậy, theo nghiên cứu của chúng tôi thì lứa tuổi của bệnh nhân TTPL có hành vi gây hấn cao, nhưng độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi lại không cao hơn so với Haro J.M. và cs. (2006). Vì mẫu nghiên cứu của chúng tôi là những người có hành vi gây hấn nên thống kê được đưa vào trong mẫu thì gian dài, vì vậy tuổi hiện tại cao hơn những bệnh nhân TTPL nói chung.

4.1.3. Về nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu.

Tổng kết qua bảng 3.3. cho thấy tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm không có nghề nghiệp ổn định (thực nghiệp) chiếm tỷ lệ cao nhất (80%), tỷ lệ bệnh nhân là nông dân chiếm 20%.

Do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành chủ yếu tại bệnh viện tâm thần Trung ương 2 (Biên Hòa) nên tỷ lệ bệnh nhân TTPL là nông dân chiếm tỷ lệ rất thấp [17].

Bệnh nhân không có nghề nghiệp ổn định (thực nghiệp) có tỉ lệ rất cao là vì bệnh TTPL thường khởi phát ở lứa tuổi trẻ chiếm đa số cho nên việc học nghề thường bị bỏ dở. Người bị bệnh phần lớn không có nghề nghiệp ổn định do bệnh TTPL làm cho khả năng tâm thần giảm sút ở các mức độ khác nhau tùy từng thể bệnh và làm khả năng lao động mất dần đến nỗi người bệnh cũng mất dần các chức năng xã hội và nghề nghiệp khác [20].

4.1.4. Về trình độ học vấn của bệnh nhân nghiên cứu.

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhận xét về trình độ học vấn của bệnh nhân TTPL thấy: số bệnh nhân có trình độ học vấn trung học cơ sở là cao nhất (40%) và số bệnh nhân không biết chữ và có trình độ Tiểu học và THCS là thấp nhất (5,71%) và số bệnh nhân có trình độ trung học phổ thông chiếm 28,57%. So sánh giữa các nhóm bệnh nhân nghiên cứu về trình độ học vấn khác nhau cho ta thấy: chỉ có nhóm trình độ Tiểu học và nhóm trung học cơ sở là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Theo Nguyễn Thị Vân (2003) về trình độ học vấn của bệnh nhân TTPL như: trung học phổ thông có tỉ lệ là 48,18%, trung học cơ sở 37,28%, cao đẳng tiểu học 9,09%, tiểu học 5,45% và không có bệnh nhân mù chữ. Kết quả của chúng tôi không phù hợp với tác giả trên, vì bệnh nhân của chúng có rối loạn hành vi đặc biệt hơn các bệnh nhân TTPL khác. Bệnh nhân TTPL có hành vi gây hấn thường có đủ tuổi khi phát bệnh sớm, điều đó gợi ý thích thú sao bệnh nhân thường chỉ học đến trung học cơ sở và THPT [18].

Nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh nhân TTPL thường khởi phát ở tuổi 20-25 [7],[12]. Với sự phát triển của khoa học ngày nay cùng với điều kiện kinh tế của nước ta trong những năm gần đây thì những người ở giai đoạn thanh niên đa số là có điều kiện kinh tế đủ học tập và nghiên cứu, nếu khi phát ở lứa tuổi này thì số bệnh nhân có trình độ tiểu học-trung học chuyên nghiệp phải chiếm tỉ lệ cao nhất. Những bệnh nhân trong nhóm

nguyên cu này trình đo đoi hoc-trung hoc chuyên nghip cho đong hàng thu ba. Điu này có thu giui thích là bonh nhun TTPL thu đong khoi phát tu lua tuui tru, mut so khoi phát sum làm bonh nhun TTPL phui bo hoc houc không theo hoc đuc, mut khác là các rui loun nhun cách tiun bonh lý tu bonh nhun TTPL cũng làm cho bonh nhun gup nhiu khó khăn trong hoc tup, do đo mà đa so bonh nhun TTPL đã không thu có đu kho năng thi tuyun vào các tru đung đui hoc và trung hoc chuyên nghip.

4.1.5. Vu tình trung hôn nhun cua bonh nhun nghiun cu.

Trong nghiun cu cua chúng tôi nhóm bonh nhun chua kut hôn chium đa so (71,43%), nhóm đã kut hôn chium 22,86%, nhóm ly thân và ly hôn chium tu lu 5,71%. Khi so sánh giua các nhóm so liu thuy có su khác biut khác nhuu và có ý nghĩa thung kê vui $p < 0,001$, $p < 0,01$ và $p < 0,05$.

Theo Trun Văn Tru đung (2005) đa su bonh nhun trong nhóm nghiun cu là chua kut hôn (47,40%) [17].

Tu lu chua kut hôn trong nghiun cu cua chúng tôi chium tu lu cao hun các tác giu khác nhu : nghiun cu cua Trun Cao Cu đung (1999) là 55,00% và Tru đung Tâm (2004) là 54,55%. có thu là do đui tu đung nghiun cu cua chúng tôi là bonh nhun TTPL có hành vi gây hun và kích đung tâm thun vun đung nhiu lun nên khó có đuu kiun kut hôn hun các bonh nhun TTPL khác [4],[12].

Mut khác, nhung bonh nhun TTPL có hành vi gây hun luôn luôn bo hoang tu đung và ou giuc chi phui, khó có thu hòa hup, hun nua tuui muc bonh tru đung tru nên thu đung bonh nhun không kut hôn.

Tu lu bonh nhun TTPL ly hôn-ly thân trong nhóm nghiun cu cua chúng tôi cũng phù hup vui các nghiun cu cua các tác giu khác [3],[15].

4.2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

4.2.1.1. Tuổi khi phát của bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 3.6. cho chúng ta thấy tuổi khi phát trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $25,5 \pm 7,78$ tuổi. Tuổi khi phát hay gặp nhất là tuổi = 20 (34,28%), tiếp theo là tuổi 21-25 (22,86%), tuổi 26-30 (17,14%), tuổi 31-35 và 36-40 đều có tỉ lệ 11,43%, thấp nhất là tuổi > 40 có 2,86%. Đa số bệnh nhân khi phát ở tuổi = 30 chiếm 74,28%.

So sánh giữa các nhóm số liệu khác nhau cho thấy số khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khi so sánh tỉ lệ riêng của từng nhóm, chúng ta thấy nhóm = 20 tuổi có số khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Theo Naqvi H. và cs (2005) cho thấy tuổi mắc bệnh trung bình ở nam giới là 23,96 tuổi và nữ giới là 24,13 tuổi [55]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với độ tuổi mắc bệnh trung bình của các tác giả trên.

Nghiên cứu của Sandyk R. (1993) đã cho ta thấy lứa tuổi khi phát bệnh của bệnh nhân TTPL là lứa tuổi trẻ thơ hay gặp rối loạn hành vi, thậm chí có bệnh nhân kích động mãnh liệt, có hành vi nguy hiểm, đặc biệt là có các biểu hiện hành vi gây hấn như hăm dọa các lứa tuổi khác [62]. Điều này cũng thể hiện rõ trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có hành vi gây hấn chiếm 11% khi phát bệnh = 20 tuổi (34,28%).

Theo ICD - 10 và DSM - IV thì đa số bệnh nhân TTPL khi phát ở lứa tuổi 15 - 44 tuổi, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các tài liệu trên [16].

Tỷ lệ khởi phát ở lứa tuổi = 35 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi là 85,71% phù hợp với nghiên cứu của Trần Văn Cường (92,0%) [3].

Tỷ lệ khởi phát ở lứa tuổi 21-25 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi là 22,86% tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Văn Trường [17].

Theo Nguyễn Bá Hùng (2001) tỷ lệ bệnh nhân TTPL thể paranoid có hành vi nguy hiểm khởi phát ở lứa tuổi trên 34 tuổi là 22,8% cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (11,43%). Có thể tác giả Nguyễn Bá Hùng chỉ nghiên cứu trên các đối tượng là bệnh nhân TTPL thể paranoid có hành vi phạm pháp mà đang được trưng cầu giám định Pháp y tâm thần [9].

4.2.1.2. Số lần nhập viện của bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 3.7. vẽ số lần vào viện của các bệnh nhân nghiên cứu cho ta thấy số bệnh nhân nhập viện từ 3-4 lần chiếm tỷ lệ cao nhất (20 trường hợp chiếm 57,14%), = 5 lần có 11 trường hợp (31,43%), nhóm vào viện từ 1-2 lần chiếm 11,43%. Vì vậy, đa số bệnh nhân vào viện nhiều lần = 5 lần. Khi so sánh thấy số khác biệt rõ rệt ở nhóm bệnh nhân vào viện 3-4 lần và có ý nghĩa với $p < 0,001$.

Theo Haro J.M. và cs (2006), nghiên cứu theo dõi dài lâu dài về số tái phát của bệnh nhân TTPL cho thấy: số phân tích trên hồ sơ kết hợp với lâm sàng hiện tại ở 6516 bệnh nhân, các tác giả có nhận xét rằng: có 4206 bệnh nhân chiếm 64,6% tái phát trong vòng thời gian 3 năm [41].

Theo Polat A.và cs. (2006), tổng số bệnh nhân tái phát trong vòng 1 năm theo dõi là 33% và 12,1% bệnh nhân cần phải tái nhập viện [58].

Theo số liệu nghiên cứu của chúng tôi thấy bệnh nhân TTPL thường bị tái phát do nhiều nguyên nhân, như dùng thuốc không đúng, do tác động của các yếu tố tâm lý và xã hội và nhiều trường hợp phải tái nhập viện, thậm chí còn phải nhập viện nhiều lần (= 5 lần). Số lần nhập viện từ 3-4 lần chiếm tỷ lệ

cao nhất 57,14%, điều này có thể là lý do đầu tiên phát bệnh mất sự bình an đã được điều trị các bệnh viêm tuyến tụy vì đây là tuyến chuyên khoa cuối cùng. Tiếp theo là nhóm bệnh nhân nhập viện = 5 lý do chiếm tỷ lệ 31,43%, chúng tôi nhận thấy rằng phù hợp với hầu hết các tác giả nghiên cứu về bệnh TTPL và bệnh TTPL có xu hướng tiến triển nặng dần, hay tái phát [12],[30],[34].

Sự tái phát của bệnh TTPL phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như: Nguyễn Thị Duyên (1999) thấy rằng chấn tâm lý gây tái phát bệnh TTPL chiếm tỷ lệ 38,9%, làm việc nặng sức và tình trạng sau điều trị chiếm tỷ lệ 50%, tai nạn lao động và tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ 11,1% [6].

4.2.1.3. Thời gian mắc bệnh của bệnh nhân nghiên cứu.

Về thời gian mắc bệnh của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (bảng 3.8.) cho thấy sự bình an mắc bệnh >10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (60%), nhóm bệnh nhân mắc bệnh 6-10 năm là 20%, nhóm 3-5 năm 14,28%, nhóm = 2 năm chiếm tỷ lệ ít nhất 5,72%. So sánh giữa các nhóm số liệu thấy sự khác biệt rất khác nhau như: $p < 0,001$ và $p < 0,01$.

Tỷ lệ bệnh nhân TTPL mắc bệnh ≤ 5 năm trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn hẳn (20%) so với nghiên cứu của Trần Văn Cường (2003) (74%). Điều này có thể thấy thấy điểm nghiên cứu của tác giả trên về công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng chưa được chú trọng nên chưa được phát hiện sớm và được điều trị chuyên khoa kịp thời, không hẳn chỉ được nhận biết bệnh nhân có hành vi gây hấn và kích động tâm thần và điều trị và thậm chí còn có những bệnh nhân có nguy hiểm cho tính mạng của chính bản thân bệnh nhân và những người xung quanh [3].

4.2.1.4. Về tính chất khởi phát của bệnh nhân nghiên cứu.

Tính chất khi phát của nhóm bệnh nhân nghiên cứu cho thấy: bệnh khi phát bán cấp tính chiếm tỉ lệ cao nhất (37,14%), bệnh khi phát cấp tính chiếm tỉ lệ 34,29% và bệnh khi phát từ từ chiếm tỉ lệ thấp nhất (28,57%). So sánh các nhóm số liệu trên ta không thấy có sự khác biệt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi về tính chất khi phát của bệnh phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trần Văn Trường (2005), bệnh khi phát với tính chất bán cấp tính chiếm tỉ lệ cao nhất (38,18%), tiếp đến là bệnh khi phát từ từ chiếm tỉ lệ 33,53%, ít gặp hơn cả là bệnh khi phát cấp tính chiếm tỉ lệ 28,32% [17].

Một số nghiên cứu đã tập đến tính chất khi phát của hành vi gây hấn trong bệnh TTPL là do sự đáp ứng của thuốc, sự can thiệp điều trị sớm hay muộn đến tình hình gián tiếp hay trực tiếp của hành vi này. Nhưng tính chất khi phát của hành vi gây hấn trong bệnh TTPL cũng có tình hình quan trọng đến quá trình tiến triển của bệnh [5],[12],[45].

Các nghiên cứu cho thấy có mối liên hệ giữa tính chất khi phát của hành vi bạo lực, xâm hại và gây rối là sự khiếm khuyết trong quá trình tiến triển của bệnh TTPL và ngược lại ta đưa vào đây để đánh giá tình hình chẩn đoán các trường lâm sàng của bệnh [60],[47].

Sự khiếm phát của hành vi gây hấn mang tính chất từ từ có liên quan đến quá trình chậm trễ trong điều trị những cơn đầu tiên của bệnh TTPL, sự chậm trễ này còn có nguy cơ dẫn đến tiến triển không thuận lợi của bệnh và rút ngắn đến đến sa sút [45]. Việc khiếm phát mang tính chất cấp tính và bán cấp tính trên lâm sàng dễ phát hiện hơn nên được điều trị đúng và kịp thời do vậy hành vi bạo lực và gây hấn ít khi xuất hiện và tiên lượng khá quan trọng [34],[72].

4.2.1.5. Thái độ tiếp xúc của bệnh nhân nghiên cứu.

Về thái độ tiếp xúc của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cho

thầy trình thái tiếp xúc của bệnh nhân rất phong phú và đa dạng biểu hiện bằng số không hợp tác chiếm tỉ lệ cao nhất (45,71%), tiếp đến là trình thái thờ ơ chiếm 40%, thái độ chống đối là 11,43% và mọi mê suy nghĩ chỉ có 1 trình hợp tác chiếm 2,86%. So sánh tình trạng của các nhóm số liệu thầy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ và $p < 0,001$.

Do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân TTPL có hành vi gây hấn, bạo lực, thậm chí còn có kích động tâm thần nên đối đa số bệnh nhân có thái độ tiếp xúc không hợp tác kích động và chống đối là chủ yếu. Để khai thác kỹ và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến nguyên nhân gây ra các trình thái này ở nhiều bệnh nhân chúng tôi đã phải khám nhiều lần và tham gia hỏi chuyện với các bác sĩ điều trị khi bệnh nhân đã tạm thời ổn định.

Bệnh nhân có thái độ tiếp xúc mọi mê suy nghĩ ít gặp hơn cả, có lẽ bệnh nhân đang suy nghĩ về các ảo giác hoặc hoang tưởng hoặc có thể bệnh nhân đang sống trong thế giới nội tâm của mình. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhiều tác giả khác nhau: Trần Văn Trường (2005), Trần Văn Công (2003), Trần Cao Công (1999) [3],[4],[17].

4.2.1.6. Trang phục và sinh cá nhân của bệnh nhân nghiên cứu.

Về trang phục và sinh cá nhân trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu cho chúng ta thấy: chiếm tỉ lệ cao nhất là bệnh nhân không tắm (68,57%), không chải tóc và quần áo sạch sẽ chỉ chiếm với tỉ lệ là 57,14%, không rửa mặt là 28,57%, quần áo bẩn thỉu là 25,71%, quần áo gọn là 11,43% và thối nhất là không mặc quần áo 2,86%. So sánh tỉ lệ của các nhóm số liệu cho thấy có sự khác biệt với mức độ khác nhau và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả khác nhau: Trần Văn Trường bệnh nhân không chịu tắm chiếm

tỉ lệ 63,61%, tiếp theo là mức quần áo xỏ c xỏ ch chiếm tỉ lệ 56,07%, không tỉ lệ ra mắt chiếm tỉ lệ 26,59%, mức gón gàng chiếm tỉ lệ 11,56%, không mức quần áo chiếm tỉ lệ 2,31% [17].

Sở dĩ mẫu nghiên cứu của chúng tôi có kết quả như trên là do những bệnh nhân này mức bệnh lâu ngày, nhiều bệnh nhân có biểu hiện sa sút trí tuệ, nhiều bệnh nhân không có người nhà giúp đỡ. Hơn nữa, những bệnh nhân này là những đối tượng mà người sống liên lạc, xa lánh, sợ hãi bỏ rơi, ... nên các bệnh nhân càng trở lên bế tắc, không quan tâm đến bản thân.

4.2.2. Các rối loạn tâm thần liên quan đến hành vi gây hấn ở bệnh nhân tâm thần phân liệt.

4.2.2.1. Các triệu chứng khi phát cơn bệnh nhân nghiên cứu.

Với các triệu chứng khi phát cơn bệnh nhân TTPL có hành vi gây hấn cho thấy: triệu chứng khi phát thường gặp nhất là các triệu chứng sau: mất ngủ chiếm tỉ lệ 97,14%, thay đổi tính tình 94,28%, hoạt động bất thường 80%, đau đầu 51,43%, ngửi mùi mình 42,85%, thu hẹp các mối quan hệ 37,14%, cảm xúc thất vọng 25,71%, các rối loạn khác chiếm tỉ lệ 20%, dễ dàng thỏa hiệp 14,28% và cảm xúc dễ bùng nổ chiếm tỉ lệ thấp nhất 11,42%. Khi so sánh các cấp số liệu thấy có sự khác biệt nhất định và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ đến $p < 0,05$.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng các triệu chứng khi phát xuất hiện không riêng lẻ mà một bệnh nhân có thể có nhiều triệu chứng khác nhau cùng xuất hiện. Kết quả này phù hợp với một số tác giả khi đề cập đến lĩnh vực về các triệu chứng khi phát có liên quan đến hành vi gây hấn [38],[69]. Trần Đình Xiêm (1996) cũng cho rằng bệnh thần kinh khi phát hàng đầu với những triệu chứng mất ngủ, thay đổi tính tình, hành vi không bình thường, đau đầu và nhiều triệu chứng riêng lẻ khác. Kết quả này cũng

phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu khác của các tác giả trong và ngoài nước [22].

4.2.2.2. Về đặc điểm thể bệnh của bệnh nhân nghiên cứu.

Về đặc điểm thể bệnh ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu cho ta thấy: mẫu nghiên cứu có thể bệnh paranoid gặp nhiều hơn cả và chiếm tỉ lệ cao nhất (51,43%), thể không biết định có 8 trường hợp (22,86%), thể di chứng có 6 trường hợp (17,14%) và thể đần thuẩn có 3 trường hợp (8,57%).

So sánh các số liệu với nhau ta thấy thể paranoid so với các thể khác có số khác biệt đáng kể và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả khác như: Trần Văn Công (2003) thấy thể paranoid chiếm tỉ lệ 56% [3], Trần Ngọc Tâm (2004) thấy thể paranoid chiếm tỉ lệ 52,20% [12], Tô Xuân Lân (2003) thể paranoid chiếm tỉ lệ 69,4% [6], Nguyễn Thị Vân (2003) thể paranoid chiếm tỉ lệ 50% [18].

4.2.2.3. Về đặc điểm và tính chất ảo giác của bệnh nhân nghiên cứu.

Về các loại ảo giác cho chúng ta thấy: ảo thanh ra lệnh chiếm tỉ lệ cao nhất (31,43%), tiếp theo là ảo thanh bình phẩm (25,71%), ảo thanh đàm thoại là 8,57%, ảo thính giác là 5,71%, ảo khứu giác chiếm tỉ lệ thấp nhất (2,86%). Số khác biệt của các nhóm triệu chứng riêng biệt là có ý nghĩa thống kê với ảo thanh bình phẩm $p < 0,05$ và ảo thanh ra lệnh $p < 0,01$, các loại khác $p < 0,001$. Tỉ lệ bệnh nhân có ít nhất 1 loại ảo giác là 54,29%. Xét về tính chất của ảo giác ta nhận thấy ở bệnh nhân có hành vi gây hại có 15,79% sau: tỉ lệ tỉn tĩ liên tục của ảo giác chiếm phần lớn (84,21%) chỉ có 15,79% là không tỉn tĩ liên tục.

Khi so sánh tính chất tỉn tĩ ta cũng nhận thấy số khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tỉ lệ chi phối hành vi của ảo giác cũng chiếm

mặt thì lại khá lớn (73,68%), thì lại không chi phí hành vi là 26,32%. So sánh số bình thường đến chi phí hành vi gây nên của họ giác cũng cho ta thấy sự khác biệt thì đang dần rõ và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của Trần Văn Trùng cho thấy họ giác ở bệnh nhân TTPL chủ yếu là họ thanh có 108 bệnh nhân chiếm thì lại 62,43% trong đó họ thanh bình phẩm có 60 bệnh nhân chiếm thì lại 34,68%, họ thanh ra lệnh có 33 bệnh nhân chiếm thì lại 19,08%, họ thanh đàm thoại có 15 bệnh nhân chiếm thì lại 8,67%. Còn các họ thanh khác có 12 bệnh nhân chiếm thì lại 6,94%. Nhìn chung nội dung họ giác trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu thì đang là rõ ràng, có tính chi phí, đa số bệnh nhân đáp ứng rõ rệt với cảm xúc và hành vi đến với họ giác đặc biệt là hành vi bạo lực. Trong đó nguy hiểm nhất là họ thanh ra lệnh, đây là mặt cấp cứu tâm thần vì các họ thanh này thì đang chi phí hành vi của bệnh nhân như đánh người, giết người, đốt nhà thậm chí có thể sát [17].

Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Tô Xuân Lâm (2003) và Trùng Tâm (2004) đều cho thấy họ thanh chiếm thì lại cao nhất so với các họ giác khác [6],[12].

Theo Nelson E.A. và cs. (2003) cho biết trong bệnh TTPL họ thanh ra lệnh thì sát chiếm 22 % trong đó 8% thì hiện thì sát ít nhất mặt liên đáp ứng với họ thanh [56].

4.2.2.4. Về nội dung các hình thức duy của bệnh nhân nghiên cứu.

Nội dung hình thức duy ở bệnh nhân gây nên (bảng 3.16.) cho thấy: duy đặc thoại chiếm thì lại cao nhất 57,14%, duy nghèo nàn chiếm thì lại 40%, duy chậm chạp thì lại 37,14%, duy ngất quăng chiếm thì lại 17,14%, duy rời rạc có thì lại là 14,28%, duy lai nhai chiếm thì lại 8,57%, nói nhảm thì lại chiếm thì lại 5,71%. Sự khác biệt của có hay không có biểu hiện duy

chăm, đặc thối và nghèo nàn không có ý nghĩa thống kê, các rời loãn khác đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Khi so sánh giữa các triệu chứng rời loãn hình thức thì duy có thể duy đặc thối khác biệt có ý nghĩa thống kê với các loãn thì duy phi tán, thì duy lai nhai, nói nhai lồi, ngôn ngữ rời rạc với $p < 0,01$. Thể duy nghèo nàn khác biệt có ý nghĩa thống kê với các loãn thì duy phi tán, thì duy lai nhai, nói nhai lồi, ngôn ngữ rời rạc với $p < 0,05$. Thể duy chăm khác biệt có ý nghĩa thống kê với các loãn thì duy phi tán, thì duy lai nhai, nói nhai lồi, ngôn ngữ rời rạc với $p < 0,05$.

Các hình thức rời loãn thì duy rất đa dạng và phức tạp, thể duy đặc thối chiếm tỉ lệ cao do bệnh nhân bị chi phối bởi hoang tưởng và ảo giác nên suy nghĩ và đặc thối theo hướng hoang tưởng, ảo giác chi phối. Thể duy nghèo nàn, thể duy chăm cũng chiếm một tỉ lệ khá cao do bệnh nhân thường mắc bệnh lâu ngày gây ra một tình trạng sa sút về trí tuệ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các kết quả nghiên cứu của các tác giả khác như: Trần Văn Trường (2005) gặp đa số là dòng thì duy âm tính chiếm tỉ lệ cao như dòng thì duy chăm có 74 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 42,77%, tiếp theo một chút là thể duy nghèo nàn có 72 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 41,62%. Còn dòng thì duy dương tính chiếm tỉ lệ tiếp theo như thể duy phi tán chiếm tỉ lệ 6,36%, thể duy đơn độc chiếm tỉ lệ 5,78%, đặc biệt nói bìa, chỉ chỉ chiếm tỉ lệ rất thấp chỉ hai đều chiếm 0,58% [17].

Qua kết quả này chúng tôi thấy đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là bệnh nhân mãn tính, đây cũng là đặc thù của bệnh nhân ở Bệnh viện tâm thần Trung ương 2 Biên Hoà thường đón tiếp và điều trị những bệnh nhân nặng mãn tính.

4.2.2.5. Về rời loãn nội dung thì duy của bệnh nhân nghiên cứu.

Rõ ràng nội dung duy nhất bệnh nhân TTPL có biểu hiện hành vi gây hấn chúng tôi nhận thấy: hoang tưởng bị hại chiếm tỉ lệ cao nhất (51,43%), hoang tưởng bị theo dõi chiếm tỉ lệ 31,43%, hoang tưởng tự cao và bị chi phối là 8,57%, hoang tưởng ghen tuông 2,86%, các loại hoang tưởng khác chiếm 11,43%. Có 24 bệnh nhân (68,57%) chỉ có một loại hoang tưởng.

Khi so sánh các loại hoang tưởng với nhau chúng ta thấy: chỉ có hoang tưởng bị hại không khác biệt với hoang tưởng bị theo dõi và không có ý nghĩa thống kê, còn các loại hoang tưởng khác đều khác biệt với các mức độ khác nhau và đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và $p < 0,05$.

Theo kết quả nghiên cứu của Trần Văn Trường (2005), cho thấy rằng nội dung duy nhất các bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu là các hoang tưởng xuất hiện trong đời sống xuyên và chi phối các mối quan hệ và các hành vi xâm hại và gây rối loạn xã hội của bệnh nhân. Trong đó thống kê gặp nhất là hoang tưởng bị truy hại chiếm tỉ lệ cao (51,45%) [17].

Theo tác giả Freeman D. và cs (2001), cho thấy bệnh nhân TTPL mà có hoang tưởng bị truy hại thì bao giờ cũng có hành vi tự tử [37].

Theo nghiên cứu của Trần Văn Trường (2005) thấy: hoang tưởng tự cao có 21 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 12,14%, tiếp theo là hoang tưởng bị chi phối có 20 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 11,56%, hoang tưởng ghen tuông có 12 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 6,94%. Đây là các hoang tưởng đặc trưng cho bệnh TTPL và cũng là nguy cơ gây rối loạn hành vi nhiều nhất, đặc biệt là hành vi bạo lực [17].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với đa số các tác giả nhận thấy hoang tưởng có nội dung rõ rệt và chi phối các cảm xúc, hành vi của người bị bệnh TTPL [5],[25],[35].

4.2.2.6. Tính chất các hoang tưởng của bệnh nhân nghiên cứu.

Về tính chất của các hoang tửng ở bệnh nhân TTPL có hành vi gây hấn cho ta thấy: số tửn tửi của các hoang tửng liên tục chiếm tỉ lệ 75% và không liên tục 25%. Khi so sánh số liệu này thấy có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Nhưng hoang tửng của bệnh nhân như bệnh, bệnh theo dõi đeo đai đai chi phối rất nhiều đến hành vi gây hấn của bệnh nhân, nhưng biểu hiện này còn rất dễ tái phát nếu bệnh nhân không được dùng thuốc đầy đủ, thích hợp và không có môi trường gia đình và xã hội tốt.

Số chi phối của các hoang tửng trong mẫu nghiên cứu này là 91,67% và không chi phối là 8,33%. Khi so sánh giữa số liệu này cũng cho thấy sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Tỉ lệ bệnh nhân ở nhóm hoang tửng bệnh truy hấn, bệnh chi phối (hoang tửng mang tính chất âm tính) cao hơn so với bệnh nhân ở nhóm hoang tửng khuếch đại (hoang tửng mang tính chất dương tính). Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Cernovsky Z.Z. và cs (2004): bệnh nhân có hành vi bạo lực thường có hoang tửng bệnh hấn hơn là hoang tửng tỉ cao [33].

Về tính chất của các hoang tửng, theo Trần Văn Trường (2005) thấy hoang tửng tửn tửi liên tục chiếm tỉ lệ 82,98%, hoang tửng xuất hiện không liên tục chiếm 17,02%. Đa số các hoang tửng đều chi phối mạnh mẽ các hành vi của bệnh nhân (76,60%) và các hoang tửng không chi phối hành vi chỉ chiếm 23,40% [17].

Về sự phối hợp giữa hoang tửng và ảo giác, cũng theo tác giả trên cho thấy hoang tửng đến nhận chiếm tỉ lệ 23,41% thấp hơn so với nhóm bệnh nhân có hấn hợp nhiều hoang tửng và ảo giác (59,57%). Số phối hợp 1

hoang tởn ng và 1 ỏo giác chiẻm tở lỏ là 17,02% cũng thỏp hỏn so vớ i nhỏ ng bỏnh nhỏn có nhiỏu hoang tởn ng và ỏo giác hỏn hỏp [17].

4.2.2.7. Vớ rỏi loỏn cẻm xẻc cẻ a bỏnh nhỏn nghiẻn cẻ u.

Rỏi loỏn cẻm xẻc ỏ bỏnh nhỏn TTPL có hành vi gây hỏn (bỏng 3.19.) cho chúng ta thỏy: cẻm xẻc không thỏch hỏp là rỏi loỏn cẻm xẻc phỏ biỏn nhỏt trong mỏu nghiẻn cẻ u này (68,57%), cẻm xẻc không ỏn đẻnh chiẻm 37,14%, cẻm xẻc cùn mỏn chiẻm 28,57%, hỏng cẻm chiẻm 14,28% và trỏm cẻm chỏ có 5,71%.

So sỏnh sỏ khác biẻt giở a 2 nhỏm đẻi tởn ng có và không có các rỏi loỏn cẻm xẻc thỏy có sỏ khác biẻt và có ý nghiỏ thỏng kê vớ i $p < 0,001$ và $p < 0,05$. So sỏnh giở a các biỏu hiẻn rỏi loỏn cẻm xẻc cho thỏy: cẻm xẻc không thỏch hỏp và rỏi loỏn hỏng cẻm, trỏm cẻm có sỏ khác biẻt rỏ rỏt và có ý nghiỏ thỏng kê vớ i $p < 0,001$.

Kỏt quỏ nghiẻn cẻ u cẻ a chúng tỏi khác vớ i cẻ a Trỏn Vỏn Trỏn ng (2005), cẻm xẻc cùn mỏn là triỏu chỏ ng phỏ biỏn chiẻm tở lỏ 50,29%, cẻm xẻc đỏ bẻng nỏ chiẻm tở lỏ 26,01%, cẻm xẻc 2 chiẻu chiẻm tở lỏ 13,29%. Đẻu này cho thỏy rỏi loỏn cẻm xẻc ỏ bỏnh nhỏn TTPL biỏu hiẻn hành vi gây hỏn bỏ chi phỏ i bỏi hoang tởn ng và ỏo giác mỏnh mỏ gây ra tình trỏng biỏu hiẻn cẻm xẻc không phỏ hỏp và không ỏn đẻnh [17].

4.2.2.8. Vớ rỏi loỏn hoỏt đẻng có ý chí cẻ a bỏnh nhỏn nghiẻn cẻ u.

Vớ rỏi loỏn hoỏt đẻng có ý chí cẻ a bỏnh nhỏn TTPL có hành vi gây hỏn cho chúng ta thỏy: vỏn đẻng đỏ thỏn ng chiẻm tở lỏ cao nhỏt (57,14%), tỏp đẻn là tăng hoỏt đẻng chiẻm tở lỏ 54,28% và giỏm hoỏt đẻng chiẻm 22,85%. So sỏnh giở a các đẻi tởn ng có và không có rỏi loỏn hoỏt đẻng có ý chí cho thỏy tăng hoỏt đẻng và vỏn đẻng đỏ thỏn ng không có sỏ khác biẻt rỏ rỏt. Giỏm hoỏt đẻng và không có rỏi loỏn hoỏt đẻng có ý chí có sỏ khác biẻt rỏ và có ý

nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Khi so sánh giữa các ròi lõn hoạt động với nhau cho thấy sự khác biệt rõ và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của Trùng Tâm (2004) cho biết giảm hoạt động chiếm tở 45,15%, tăng hoạt động chiếm tở 24,58% [12], Trùng Văn Trùng (2005) 34,68% số bệnh nhân trong nghiên cứu có giảm hoạt động và 27,17% có tăng hoạt động, nhưng chủ yếu là giảm hoạt động do thở ng chiếm tở 58,80% [17].

Nhưng nghiên cứu của các tác giả trên thở ng đi phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi (hoạt động do thở ng chiếm tở 57,14%). Nhưng tăng hoạt động chiếm tở 54,28% thở ng đi khác với các kết quả của các tác giả khác do nhóm bệnh nhân của chúng tôi có hành vi gây hấn, bạo lực, thỏm chí cớ kích động tâm thần nên động chủ yếu là có tăng hoạt động do các triệu chứng ảo giác và hoang tưởng chiếm tở.

Các vận động do thở ng của chúng tôi chiếm tở cao là các vận động có các động tác không cần thiỏt, không có ý nghĩa và có tính chất định hình như rung đùi, lắc ngỏỏ nhỏp nhàng, trỏn mỏt trỏng trỏng, vung vỏy tay và thỏng gỏp trong bệnh TTPL. Kết quả này phù hợp với nhận xét của Nguyễn Đăng Dung và cs. (1996) vì đây là các triệu chứng đặc trỏng và thỏng gỏp nhất ở bệnh nhân TTPL [5].

Mỏt khác, trong nghiên cứu của chúng tôi không đở cỏp đỏn vận động tở sát, đây là vận động phức tạp và nan giải, hỏn nỏa số liệu của chúng tôi còn quá ít nên hành vi tở sát trong nghiên cứu này chủ là nhưng nguy cớ rỏnh rỏp hàng ngày. Chúng tôi cũng bàn luận ở đây đở góp thêm số liệu cho động nghiỏp cỏnh giác và vì đây là hành vi nguy hiểm nhất đi với ngỏỏỏ bệnh.

Theo Ngô Ngọc Tuấn (2003) thông báo là bệnh nhân TTPL có hành vi tự sát cao (50% bệnh nhân có ý tưởng tự sát, trong đó 10% tự sát thành công) [15].

Kaplan H.I, Sadock B.J và cộng sự (1994) cho biết 50% tổng số bệnh nhân TTPL có ý tưởng tự sát ít nhất một lần trong đời [45].

Theo Nguyễn Bá Hồng (2001) cho biết tự sát không thành chiếm tỉ lệ 11,11% [9]. Điều đó đã thể hiện thích là do ngày nay bệnh nhân được điều trị với nhiều loại thuốc an thần kinh mới có tác động tốt hơn các loại thuốc an thần kinh cũ nên nên tỉ lệ tự sát có phần giảm hơn trước.

4.2.3. Về lâm sàng hành vi gây hại ở bệnh nhân tâm thần phân liệt.

4.2.3.1. Mục đích các rối loạn phát sinh hành vi gây hại.

Các mục đích phát sinh hành vi gây hại ở bệnh nhân TTPL cho thấy: đây là những rối loạn rất phức tạp và có các mục đích khác nhau như: hành vi thù hận có mục đích rõ ràng là 30%, cảm xúc không ổn định có mục đích nặng là 52,63%, kích động có mục đích nặng là 43,75%, giận dữ có mục đích trung bình 66,67% và bị kích thích có mục đích trung bình là 50%. Nhưng khi so sánh các mục đích nặng của các hành vi khác nhau đều không có sự khác biệt.

4.2.3.2. Về lâm sàng của các hành vi gây hại ở nhóm nghiên cứu.

Đặc điểm lâm sàng hành vi gây hại ở bệnh nhân TTPL (bảng 3.23.) cho thấy trong các rối loạn hành vi gây hại thì gây hại bằng lời nói chiếm tỉ lệ cao nhất (45,71%), tiếp theo là gây hại bằng sự giận dữ chiếm tỉ lệ 37,14%, gây hại bằng thái độ thù địch 28,57% và gây hại bằng tấn công vật lý chiếm 25,71%. Khi so sánh các nhóm số liệu này thấy không có sự khác biệt và không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Theo Barlow K. và cs (2000), trong 1269 bệnh nhân tâm thần nhép viến có 174 (13,7%) có hành vi gây hấn, trong đó bệnh nhân TPL có nguy cơ gây hấn tăng hấn 1,96 lần so với các bệnh khác[27].

Steinert T. và cs (1999) nghiên cứu trên 138 bệnh nhân TTPL (77 nam và 61 nữ) thấy hành vi gây hấn của nam giới chiếm tỉ lệ là 75% và nữ giới chiếm tỉ lệ là 53% [66].

Theo Robinson L. và cs (1999), thấy trong số các bệnh nhân TTPL được điều trị nội trú trong bệnh viện chuyên khoa tâm thần thì số bệnh nhân có hành vi gây hấn tăng gấp 4 lần so với các bệnh nhân tâm thần khác. Số bệnh nhân TTPL có hành vi tấn công chiếm tỉ lệ là 10%, tỉ lệ có hành vi đe dọa hoặc gây hấn bằng lời nói là 20-30 %, số bệnh nhân tấn công bằng sức mạnh thể (tấn công vật lý) là 10-15%, số bệnh nhân có hành vi giết mổ là 32-35% và bệnh nhân nam thường có tỉ lệ hành vi gây hấn cao hơn nữ [60].

Qua các nghiên cứu của tác giả nước ngoài, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ hành vi gây hấn của bệnh nhân TTPL trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với kết quả của các tác giả trên. Tỉ lệ hành vi gây hấn ở bệnh nhân TTPL thường cao hơn so với các bệnh tâm thần khác là do các triệu chứng ảo giác và hoang tưởng chi phối.

4.2.3.3. Về mức độ hành vi gây hấn của bệnh nhân nghiên cứu.

Qua bảng 3.24. nói về các mức độ của hành vi gây hấn ở bệnh nhân TTPL cho thấy: hành vi gây hấn bằng lời nói mức độ trên trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất (43,8%), hành vi tấn công bằng sức mạnh thể (tấn công vật lý) có mức độ nặng là cao nhất (44,4%), gây hấn bằng sự giết mổ mức trên trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất (53,8%) và gây hấn bằng thái độ thù địch mức nặng chiếm tỉ lệ cao nhất (30%). So sánh mức độ nặng của các hành vi gây hấn với nhau đều không có sự khác biệt và không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Theo Pettit G.S. và cs (1997), cho thấy các mức độ gây hấn của bệnh nhân TTPL rất khác nhau, đặc biệt là những bệnh nhân mãn tính thì hành vi bạo lực thường rất tàn bạo như: đánh người thì tổng tích nặng chiếm tới 29,7%, gây rối trật tự xã hội chiếm 21,3% chủ yếu là những bệnh nhân nghiện chất [57].

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi không gặp các trường hợp như trên cho thấy chủ yếu là các hành vi gây hấn có các mức độ từ mức độ trung bình đến mức độ nặng. Những mức độ nặng của hành vi gây hấn có ảnh hưởng nhiều đến thời gian điều trị và ảnh hưởng đến thời gian tái phát của bệnh nhân nghiên cứu.

4.3. Các yếu tố liên quan đến phát sinh hành vi gây hấn.

4.3.1. Các yếu tố bệnh lý tâm thần.

Các yếu tố bệnh lý tâm thần có liên quan đến hành vi gây hấn ở bệnh nhân TTPL ta nhận thấy: chỉ có 5,71% số bệnh nhân có ảo giác đến thính, hoang tưởng đến thính là 28,57%, hoang tưởng và ảo giác hấn hập chiếm 34,28% có liên quan đến hành vi gây hấn. Số bệnh nhân dùng thuốc không đều chiếm tỉ lệ cao nhất (80%) có liên quan đến hành vi gây hấn. Khi so sánh giữa việc dùng thuốc không đều và dùng thuốc đều đến thấy có sự khác biệt rõ và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. So sánh giữa các yếu tố bệnh lý tâm thần có liên quan đến hành vi gây hấn chúng ta thấy cũng có sự khác biệt ở các mức độ khác nhau và có ý nghĩa thống kê với: $p < 0,001$, $p < 0,01$ và $p < 0,05$.

4.3.2. Các yếu tố tâm lý liên quan đến hành vi gây hấn.

Các yếu tố tâm lý có liên quan đến hành vi gây hấn ở bệnh nhân TTPL chúng tôi nhận thấy: yếu tố mức cảm đau với bệnh, gia đình và xã hội chiếm tỉ lệ cao nhất (31,43%), yếu tố bỏ gia đình hết hạn, bỏ mức không quan tâm

đến bệnh nhân như : ăn, mặc, uống thuốc, việc làm phù hợp chiếm tỉ lệ là 28,57% và yếu tố bệnh nhân bè chửi đứu, trêu chọc là bệnh nhân tâm thần, những câu nói như : hâm, ốm đứu, chộp mớch,...làm cho bệnh nhân né tránh với xung quanh, số này chiếm chiếm tỉ lệ là 11,43%.

So sánh giữa những bệnh nhân có và không có yếu tố tâm lý thấy rằng yếu tố mặc cảm và bệnh gia đình hắt hủi có số khác biệt rõ và có ý nghĩa với $p < 0,05$, yếu tố bệnh nhân bè chửi đứu cũng có số khác biệt và có ý nghĩa với $p < 0,001$. Những khi so sánh các yếu tố tâm lý nói trên với nhau thấy không có số khác biệt nào.

4.3.3. Yếu tố mùa phát bệnh liên quan đến hành vi gây hấn.

Yếu tố khí hậu và thời tiết (mùa phát bệnh trong năm) hoặc là một trong những yếu tố tự nhiên ảnh hưởng đến hành vi gây hấn ở bệnh nhân TTPL cho ta thấy: tỉ lệ bệnh nhân phát sinh hành vi gây hấn vào mùa hè là nhiều nhất (18 bệnh nhân chiếm 51,43%), mùa thu là 10 bệnh nhân (28,57%), mùa đông là 11,43% và mùa xuân chiếm 8,57%.

Khi so sánh giữa các nhóm số liệu cho thấy số khác biệt giữa tỉ lệ phát sinh hành vi gây hấn ở mùa hè và mùa thu có số khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, mùa hè và mùa đông cũng có số khác biệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

4.3.4. Yếu tố mùa sinh liên quan đến hành vi gây hấn.

Bảng 3.28: đặc điểm về mùa sinh ảnh hưởng đến hành vi gây hấn ở bệnh nhân TTPL cho ta thấy: tỉ lệ cao nhất là mùa xuân 34,29%, tiếp theo là mùa đông 28,57%, mùa hè 22,86%, thấp nhất là mùa thu 14,28%. So sánh các nhóm số liệu theo mùa sinh không có số khác biệt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi về yếu tố này phù hợp với nghiên cứu của Trần Bình An và Trần Việt Ngh (2001), bệnh nhân sinh vào mùa Xuân có nhiều hành vi bất thường như: kích động, bạo lực, xâm hại, gây rối xã hội và phạm pháp [1].

Theo Kaplan H.I., Sadock B.J và cs (1994), nhóm bệnh nhân TTPL sinh vào mùa Đông-Xuân thường hay có hành vi tự sát, bạo lực, nghiện chất,...[45].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 35 bệnh nhân tâm thần phân liệt có hành vi gây hấn đang điều trị nội trú tại Bệnh viện tâm thần trung ương 2 (Biên Hòa) từ tháng 09/2006- 08/2007, chúng tôi rút ra những kết luận sau:

1. Đặc điểm lâm sàng hành vi gây hấn ở bệnh nhân tâm thần phân liệt.

+ Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu thấy nam giới gặp 3,37 lần nữ giới (nam giới 77,14% và nữ giới 22,86%). Tuổi khởi phát bệnh trung bình là $25,5 \pm 7,78$ tuổi và lứa tuổi khởi phát hay gặp nhất là 20 tuổi (34,28%). Đa số bệnh nhân có kết hôn (71,43%) và thời gian gặp là bệnh nhân mãn tính (57,14%) đã vào viện 3-4 lần trong đó 60% mắc bệnh > 10 năm.

+ Tính chất khởi phát bệnh chủ yếu là cấp tính và bán cấp tính (77,43%) và thời gian bùng các triệu chứng rối loạn tâm thần đa dạng như: mất ngủ là triệu chứng hay gặp nhất (97,14%) và triệu chứng cảm xúc dễ bùng nổ ít gặp nhất (11,42%).

+ Thể bệnh tâm thần phân liệt có hành vi gây hấn chiếm tỉ lệ cao nhất là thể paranoid (51,43%) và thể đơn thuần thấp nhất là 8,57%. Số giác xuất hiện nhiều nhất là ảo thanh ra lệnh (31,43%) chiếm tỉ lệ cao nhất và ảo thanh bình phẩm là 25,71%. Trong đó có 84,21% ảo giác liên tục, chỉ có 1 loại ảo giác đơn thuần là 54,29% và có 73,68% ảo giác chi phối hành vi gây hấn.

+ Rối loạn duy ý thức đa dạng: vẽ hình thức duy thấy nói mớit mình chiếm tỉ lệ cao nhất (57,14%) và nói nhảm nhí là thấp nhất (5,71%). Về nội dung duy chủ yếu thấy hoang tưởng bệnh chiếm 53,43% là cao nhất và thấp nhất chỉ có 1 bệnh nhân có hoang tưởng ghen tuông (2,86%).

+ Các hành vi gây hấn: gây hấn bằng lời nói chiếm tỉ lệ cao nhất (45,71%), gây hấn bằng sự giận dữ (34,14%), gây hấn bằng thái độ thù địch (28,57%) và gây hấn bằng sự cằn nhằn cố ý (tên công vật lý) chiếm tỉ lệ thấp nhất là 25,71%.

+ Các mức độ của hành vi gây hấn cũng rất đa dạng, nhưng các mức độ cao nhất của mỗi loại có sự khác nhau như: gây hấn bằng lời nói mức độ trên trung bình là 43,8%, gây hấn bằng tên công vật lý mức độ nặng là 44,4%, gây hấn bằng sự giận dữ mức độ trên trung bình là 53,8% và gây hấn bằng sự thù địch mức độ rất nặng là 30%.

2. Một số yếu tố liên quan đến hành vi gây hấn ở bệnh nhân tâm thần phân liệt.

+ Yếu tố bệnh lý tâm thần có liên quan đến sự phát sinh hành vi gây hấn chủ yếu là: hoang tưởng đến thu nhập là 28,57%, hoang tưởng kết hợp với ảo giác chiếm tỉ lệ là 34,28%, dùng thuốc an thần kinh để điều trị ngoại trú không đều là 80% và ảo giác đến thu nhập chủ yếu có 5,71%.

+ Yếu tố tâm lý có liên quan đến sự phát sinh hành vi gây hấn chủ yếu là: yếu tố mức cảm xúc bệnh tâm thần chiếm nhiều nhất (31,43%), yếu tố bối gia đình hắt hủi là 28,57% và yếu tố bệnh nhân bị chế độ điều trị chiếm tỉ lệ là 11,43%.

+ Yếu tố mùa có liên quan đến phát sinh hành vi gây hấn ở bệnh nhân tâm thần phân liệt chủ yếu là mùa Hè chiếm tỉ lệ cao nhất (51,43%) và thấp nhất vào mùa Thu chiếm tỉ lệ 8,57%.

+ Yếu tố mùa sinh liên quan đến những bệnh nhân tâm thần phân liệt có hành vi gây hấn chủ yếu là bệnh nhân sinh vào mùa Xuân chiếm tỉ lệ cao nhất (34,29%) và thấp nhất là sinh vào mùa Thu chiếm tỉ lệ 14,28%.

Tài liệu tham khảo

Tiêng Việt:

1. **Trần Bình An, Trần Việt Ngh** (2001) "Bệnh tâm thần phân liệt", *Bệnh học tâm thần nhi sinh (Tập bài giảng dành cho sau đại học)* tr 5-12.
2. **Lã Thị Bích** (2002), "Bệnh tâm thần phân liệt", *Sổ khoa tâm thần trẻ em đang đ* (Tài liệu dành cho đào tạo sau đại học), tr 64 - 72.
3. **Trần Văn Công** (2003), "Nghiên cứu đ tìm lâm sàng và nhân tố thúc đ hành vi phạm t ở bệnh nhân trong giám đnh pháp y tâm thần", *Nội san Bệnh viện Tâm thần Trung ương*, Tháng 6 - 2003, tr 1 – 7.
4. **Trần Cao Công** (1999), “ Nghiên cứu hu qu của bệnh nhân tâm thần phân liệt đ v gia đình và xã h ”, *Lưu văn tha? số Y học? Tr* đ i h c Y Hà Nội , 85 tr.
5. **Nguyễn Đăng Dung, Nguyễn Văn Ngân** (1996), "Bệnh tâm thần phân liệt", *M* t số chuyên đ tâm thần học, *H* c v n Quân y, tr 39 - 61.
6. **Nguyễn Thị Duyên** (1999), "Nghiên cứu yu t thúc đ tái phát Bệnh tâm thần phân liệt th Paranoid", *Lưu văn văn Th* c số y h c, *H* c v n Quân y.
7. **Cao Tiến Đ** c (1997), “ M t số yu t nh h ng đ n hành vi t sát c a bệnh nhân tâm thần”, *Nội san Bệnh viện Tâm thần Trung ương*. Số 1-1997, tr: 28 – 30.
8. **Hoàng Tích Huy** n, **Trần Đình Thái** (2001), "Quan nim v ch t đ i v n Serotonin - Dopamine trong bệnh tâm thần phân liệt", *Khái ni* m v số đ i v n Serotonin - Dopamin trong tâm thần phân liệt, tr 3 - 14.
9. **Nguyễn Bá H** ng (2001), "Nghiên cứu đ c đ m các hành vi nguy him ở bệnh nhân tâm thần phân liệt th paranoid", *Lưu văn văn th* c số y h c, *H* c v n Quân y.

10. **Kerbicop O.V., Cockina M.V., Natgiarov R.A., Xnhegiñ nehpxki A.V. (1980),** “Bệnh tâm thần phân liệt”; *Tâm thần học, Nhà xuất bản Y học Hà Nội* (Bản dịch – Chỗ biên: Đặng Đình Huân), tr 242 – 288.
11. **Nguyễn Văn Ngân, Nguyễn Văn Nhàn, Nguyễn Sinh Phúc (1998),** “Rối loạn hoạn đởng có ý chí”, *Tâm thần học đởi cộng và Tâm lý học Y học. (Dành cho cao học và chuyên khoa), tr 134 - 141.*
12. **Nguyễn Văn Ngân, Ngô Ngọc Tấn (2003),** “Đởi cộng Tâm thần học”, *Tâm thần học đởi cộng và đởu trị các bệnh tâm thần, Nhà xuất bản QĐND, tr 15 – 30.*
13. **Nguyễn Văn Ngân, Ngô Ngọc Tấn (2003),** “Nguyên nhân các bệnh tâm thần” và “Phân loỏi các bệnh tâm thần”. *Tâm thần học đởi cộng và đởu trị các bệnh tâm thần, Học viện Quân Y, Nhà xuất bản QĐND, tr 31 – 79.*
14. **Patric Megory, John Megrath (2002),** “Tâm thần phân liệt và các rối loạn có liên quan”. *Cổ lâm sàng Tâm thần học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội* (Bản dịch – Chỗ biên: Trần Việt Ngh), tr 295 – 328.
15. **Ngô Ngọc Tấn (2005),** “Tâm thần phân liệt”, *Bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản QĐND- Hà nội, tr 175-214.*
16. **Tổ chức Y tế Thế giới (1992),** “Bệnh tâm thần phân liệt”; *Phân loỏi bệnh quỏc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi, mô tả lâm sàng và nguyên tắc chỏ đởo chuỏn đoán; World Health Organization, Geneva* (Bản dịch tiếng Việt), tr 52 – 63.
17. **Trần Văn Trọng (2005)** “ Nghiên cứu đởc đởm lâm sàng và các rối loạn hoạn đởng ở bệnh nhân tâm thần phân liệt ”. *Lưu văn thỏc sỹ y học, Học viện Quân y.*
18. **Nguyễn Thế Vân (2003)** “Nghiên cứu đởc đởm trí tuệ ở bệnh nhân TTPL thỏ paranoid và thỏ di chỏ ng bỏng test trí tuệ Wechsler”, *Lưu văn thỏc sỹ y học - Học viện Quân y, 75 tr.*

19. **Nguyễn Việt (1984)**, "Bệnh tâm thần phân liệt", *Tâm thần học*, Nhà xuất bản y học -Hà Nội; tr 123 – 132.
20. **Nguyễn Việt (2000)**, "Bệnh tâm thần phân liệt", *Bách khoa thư bệnh học 1*. Nhà xuất bản tài liệu bách khoa, Hà Nội, tr 84 – 86.
21. **Nguyễn Kim Việt (2000)**, "Vấn đề tái phát và phòng tái phát bệnh tâm thần phân liệt"; *Nội san tâm thần học*, số 3, *Hội tâm thần học Hà Nội*; tr 34 – 38.
22. **Trần Đình Xiêm (1996)**, "Bệnh tâm thần phân liệt", *Tâm thần học*, *Trên đường Địch học Y Dược TPHCM (lưu hành nội bộ)*: tr 260 –263.
23. **Trần Đình Xiêm (1995)**, "Rối loạn hành vi", *Tâm thần học*, *Trên đường Địch học Y Dược TPHCM (lưu hành nội bộ)*: tr 104 – 107.

Tiếng Anh:

24. **Alpert J.E., Spillmann M.K. (1997)**, " Psychotherapeutic approaches to aggressive and violent patients" *The psychiatric clinic of North America*, Vol. 20, No 2, June, pp. 453 – 472.
25. **American Psychiatric Association (1994)**, "Schizophrenia and other Psychotic Disorders", *Diagnostic Criteria from DSM – IV*. A.P.A Washington, DC.
26. **Asnis G.M., Kaplan M.L., Hundert G., Saeed W. (1997)**, "Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders" *The psychiatric clinic of North America*, Vol. 20, No 2, June, pp. 405 – 425.
27. **Barlow K., Grenyer B., Lavallo I.O. (2000)**, "Prevalence and recidivants of aggression in psychiatric inpatient units", *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. Dec;34(6):967-974.
28. **Beis A., Lyketsos C.G., Paterakis P., Lyketsos G.C. (1985)**, "Eating disorders in schizophrenia" *Br. J. Psychiatry*, Mar; 146: 255 – 261.

29. **Buchanan R.W., Carpenter W.T. (2000)**, "Schizophrenia", *Kaplan & Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Philadelphia, USA*, pp. 1096 – 1109.
30. **Cadore R.J. , Leve L.D. and Devor E. (1997)**, "Genetics of aggressive and violent behavior ", *The psychiatric clinic of North America, Vol. 20, No 2, June*, pp. 301 – 322.
31. **Campbell J.C., Lewandowski L.A.**, "Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children" *The psychiatric clinic of North America, Vol. 20, No 2, June*, pp. 353 – 374.
32. **Catts S.V., Ward P.B., Lloyd A., et al (1997)**, "Molecular biological investigations in the role of the NMDA receptor in the pathophysiology of schizophrenia", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, pp. 17 – 26.
33. **Cernovsky Z.Z., Landmark J.A., Merskey H., et al (2004)**, "Clinical correlates of insight in schizophrenia", *Psycho. Rep. Dec; 95 (3 pt 1): 821 - 827*.
34. **DSM - IV (1994)**, "Schizophrenia", *American psychiatric association - Washington*, pp. 298 – 309.
35. **Fava M. (1997)**, "Psychopharmacologic treatment of pathologic aggression" *The psychiatric clinic of North America, Vol. 20, No 2, June*, pp. 427 – 451.
36. **Foley S.R., Kelly B.D., Clarke M., et al (2005)**, "Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis.", *Schizophr Res. Jan 1;72(2-3):161-168*.
37. **Freeman D., Garety P.A., Kuipers E. (2001)**, "Persecutory delusion: developing the understanding of belief maintenance and emotional distress", *Psychol Med. Oct; 31 (7): 1293 – 1304*.

38. **Golovina A.G. (1998)**, "Characteristics of family status of patients with schizophrenia" *Zh. Nevrol Psikhiatr Im. S S Korsakova*. 98(1):16-21.
39. **Gortner E.T., Gollan J.K., Jacobson N.S. (1997)**, "Psychological aspects of perpetrators of domestic violence and their relationships with the victims" *The psychiatric clinic of North America*, Vol. 20, No 2, June, pp. 337 – 352.
40. **Hamera E., Lawson G., Tankee K. (1996)**, "Internal and external environment of individuals with schizophrenia during alcohol and drug use", *Arch Psychiatry Nurs. Jun; 10 (3): 136 – 142*.
41. **Haro J.M., Novick D., Suarez D. (2006)**, "Remission and relapse in the outpatient care of schizophrenia: three-year results from the Schizophrenia Outpatient Health Outcomes study." *J Clin Psychopharmacol. Dec;26(6):571-578*.
42. **Hastings J.E., Kevin L.H. (1997)**, "Sociodemographic predictors of violence ", *The psychiatric clinics of North America*, Vol. 20, No 2, June, pp . 323 – 335.
43. **Janssen Pharmaceutia (1993)**, "Serotonin–Dopamin Autagonism in Schizophrenia"; *Gadiser – Caldwell Communications Ltd, Belgium*. pp. 3 – 25.
44. **Johns L.C., Van Os.J. (2001)**, "The continuity of psychotic experiences in the general population"; *Clin Psychol Rev. No; 21 (8) pp: 1125 – 1141*.
45. **Kaplan H.I., Sadock B.J., Grebb J.A. (1994)**, "Schizophrenia Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences", *Clinical Psychiatry, Sydney*, pp.457 – 485.
46. **Kavoussi R., Armstead P., Coccaro E. (1997)**, "The neurobiology of impulsive aggression" *The psychiatric clinic of North America*, Vol. 20, No 2, June, pp. 394 – 403.
47. **Kim C., Kim J., Lee M., Kang M. (2003)**, "Delusional parasitosis as (polie a deux)" *J Korean MedSei. Jun; 18(3): 462 - 465*.

48. **Kobayyashi T., Kato S. (2000)**, "Hallucination of soliloquy: speaking component and hearing component of schizophrenic hallucination", *Psychiatry Chin Neurosci. Oct; 54 (5) 531 - 536*.
49. **Loberg E.M., Jorgensen H.A., Hugdahe K. (2004)**, "Dichotic listening in schizophrenia patients: effects of previous vs. ongoing auditory hallucinations", *Psychiatry Res. Sep 30; 128 (2): 167 - 174*.
50. **Mallett R., Leff J., Bhugra D., et al (2002)**, "Social environment, ethnicity and schizophrenia. A case - control study", *Soc psychiatry psychiatr epidemial. 2002 Jul; 37 (7): 329 – 335*.
51. **McKay A.P., McKenna P.J. (1993)**, "The Dopamine hypothesis of Schizophrenia", *Schizophrenia current Concepts and therapeutic Prospect, Clinical, Vol. 11 No 4 pp. 31 – 45*.
52. **Mevoy J.P. (1994)**, "Efficacy of risperidone on Positive Features and Schizophrenia", *The Journal of Clinical Psychiatry, 55, pp. 18 – 21*.
53. **Moore H., West A.R.; Grace A.A. (1999)**, "The regulation of forebrain dopamine transmission relevance to the pathophysiology and psychopathology of schizophrenia"; *Biol Psychiatry, 46 (1), pp. 40 – 45*.
54. **Muller P., Kupperts M., Kunert H.J., et al (2004)**, "Environmental factors as delusional contents in patients with schizophrenia", *Int J Hug Environ health. 2004 Jul; 207 (3): 255 – 258*.
55. **Naqvi H., Khan M.M., Faizi A. (2005)**, "Gender differences in age at onset of schizophrenia." *J Coll Physicians Surg Pak. Jun;15(6):345-348*.
56. **Nelson E.A., Man J.J., Kimly D., et al. (2003)**, "Suicide attempts in schizophrenia: The role of command auditory hallucinations for suicide", *J. Clin. Psychiatry; 64 (8): 871 – 874*.

57. **Pettit G.S. (1997)**, "The developmental course of violence and aggression", *The psychiatric clinic of North America*, Vol. 20, No 2, June, pp. 283 – 299.
58. **Polat A., Cakir S. (2006)**, "One year outcome in first episode schizophrenia. Predictors of relapse.", *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. Feb*;256(1):37-43.
59. **Resnick P.J., Scott C.L., (1997)**, "Legal issues in treating perpetrators and victims of violence" *The psychiatric clinic of North America*, Vol. 20, No 2, June, pp. 473 – 487.
60. **Robinson L.R., Steven H.L. (1999)**, "Managing Aggression in Schizophrenia", *Nurses Assoc* 5, S9-S16).
61. **Ryan W.G., Munoz C.R. (1997)**, "Late - onset anorexia nervosa in schizophrenia: a case report", *Ann Clin Psychiatry. Jun*; 9(2): 109 – 111.
62. **Sandyk R. (1993)**, "Aggressive behavior in schizophrenia: relationship to age of onset and cortical atrophy.", *Int J Neurosci. Jan*;68(1-2):1-10.
63. **Scarpa A., Raine A. (1997)**, "Psychophysiology of anger and violent behavior" *The psychiatric clinic of North America*, Vol. 20, No 2, June, pp. 375 – 394.
64. **Shaner A., Miller G., Mintz J. (2007)**, "Evidence of a latitudinal gradient in the age at onset of schizophrenia." *Schizophr Res* 2007 Aug;94(1-3):58-63.
65. **Stanton B., Baldwin R.M., Rachuba L., (1997)**, "A quarter century of violence in the United States", *The psychiatric clinics of North America*, June, Vol.20, No 2, 269-282.
66. **Steinert T., Wiebe C., Gebhardt R.P. (1999)**, "Aggressive behavior against self and others among first-admission patients with schizophrenia.", *Psychiatr Serv. Jan*;50(1):85-90.

67. **Swanson J.W., Marvin S.S. (2006)**, "A National Study of Violent Behavior in Persons With Schizophrenia", *Arch Gen Psychiatry* 63:490-499.
68. **Sweney J.A., Hogs G., Nimgaonkar V. (2000)**, "Schizophrenia: Etiology", *Psychopathology in Adulthood, Hersen M. & Bellack A.S, Needham Heights*, pp. 276 – 304.
69. **Tarrier N., Siddle R., Haddock G., Faraghe E.B (2002)**, "Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia", *Soc Psychiatry Epidemiol. Mar; 37 (3): 130 – 138*.
70. **Vevera J., Hubbard A., Vesely A., Papezovor H. (2005)**, "Violent behaviour in schizophrenia. Retrospective study of four independent samples from Prague, 1949 to 2000". *Br. J. Psychiatry. Nov;187:426-430*.
71. **WHO (1992)**, "F20 – F29 Schizophrenia, Schizotypal and delusional disorder", *The ICD. 10 Classification of mental and Behavioural Disorders, Geneva*, pp. 86 – 95.
72. **Zak B., Zolnierczuk - Kieliszek D. (2002)**, "Emotional responses of patients with schizophrenia to their illness. Attitudes of social environment towards schizophrenes", *Ann Uuiz Mariae Curie Sklodowska [Med]* .
73. **Zewski W.K, Cechnicki A., Matkowski J., et al. (2002)**, "Relationship between structural brain abnormalities and psychopathology in patients with schizophrenia", *Psychiatr Pol, 25 (1)*, pp. 33 – 46.

Phụ lục 1**Danh sách bñnh nhân nghiên cứu**

STT	Họ tên	Địa chỉ	GIỚI	TUỔI	Số nhậ p việ
1	Lê Kim K.	Hùng Vĩng, Quận 10,TPHCM	Nam	37	1249/92
2	Trĩng Ngĩc C.	Chĩng, Tiĩng giang	Nam	35	466/02
3	Đĩng Thành T.	Thành phố Cĩn Thĩ	Nam	41	1966/03
4	Lê Văn T.	ĩp 3 Xã Bình Thĩng, Bình Đĩi, Bĩn Tre	Nam	48	312/89
5	Lê VănN.	Cĩ Xá Đô Thành P4.Q3 Tphcm	Nam	49	1204/01
6	Nguyĩn Hoàng N.	P10.Phĩ Nhuĩn TPHCM	Nam	42	2110/05
7	Nguyĩn Văn G.	Thĩn Bình Đĩc Xã Bình Hoà Thuĩn An Bình Đĩng	Nam	39	819/94
8	Trĩn Thanh K.	Tĩn Thĩt Thuỹt Q4 TPHCM	Nam	35	664/91
9	Trĩn Công V.	Bĩc Sĩn Trĩng Bom,Đĩng nai	Nam	24	1390/05
10	Huỹnh Kĩĩn T.	Phĩ Mĩ Phĩ Tâm An Giang	Nam	26	1093/98
11	Nguyĩn Thanh T.	Bĩn Thuỹ khu phố 4 Cĩn Thĩ	Nam	27	846/00
12	Vĩ Minh H.	Tĩn Thuĩ Ba Trĩ Bĩn Tre	Nam	32	82/99
13	Lê Xuĩn H.	Long Phĩ, Hoĩ Long, Lai Nung, Đĩng Thĩp	Nam	27	1234/05
14	Lê Hoàng P.	Vĩn Bĩn, Chĩ Lĩn, Bĩn Tre	Nam	33	403/95
15	Thĩ Vĩn N.	Đĩn Phĩĩng ,Lĩn Hà, Lĩn Đĩng	Nam	34	155/03
16	Lĩu Hĩu P.	Bĩu Long, Biĩn Hoà, Đĩng Nai	Nam	29	1802/96
17	Lĩu Vĩn Đ.	Phĩĩng 2, Tuy Hoà, Phĩ Yĩn	Nam	40	644/88
18	Nguyĩn Công Đ.	Lĩn Trung, Nĩn Sĩn, Tĩn Nĩn	Nam	35	1123/96
19	Hĩng Vĩn T.	Dĩu Dĩ, Phĩĩc Hĩng, Trĩ Cĩ, Trĩ Vĩn	Nam	34	468/05
20	Nguyĩn Huy T.	Thanh Phong, Tuy Hoà, Phĩ Yĩn	Nam	35	338/98
21	Mĩ Vĩ T.	Trĩng Dĩi, Biĩn Hoà, Đĩng Nai	Nam	25	1412/00

STT	Họ tên	Địa chỉ	GIOI	TUOI	Số nháp viện
22	Nguyễn Văn H.	Phú Thọ, Lâm Hà, Lâm Đồng	Nam	55	1625/94
23	Nguyễn Huỳnh Đ.	Trảng Bàng, Tây Ninh	Nam	29	1343/98
24	Musa	Phú Tân An Giang	Nam	20	1254/06
25	Phạm Văn H.	Mỹ Thuận Long Xuyên An Giang	Nam	45	1800/01
26	Vũ Văn L.	Vĩnh Thuận Cần Thơ	Nam	55	16/91
27	Nguyễn Hữu H.	Phù Cát, Bình Định	Nam	32	1189/03
28	Lê Kim H.	Tân Hoà, Lai Vung, Đồng Tháp	nu	60	64/07
29	An Tú L.	Hưng Yên, Bắc Liêu	nu	22	1065/05
30	Trần Thị Ái H.	Thuận Hoà, Thừa Thiên Huế	nu	53	2040/02
31	Huỳnh Thị Bích H.	Hải Lăng, Quảng Trị	nu	53	2296/06
32	Nguyễn Thị Ngọc L.	Tân Hoà A. Tân Hiệp B, Tân Hiệp p. Kiên Giang	nu	37	118/96
33	Trần Ngọc H.	Đập 1, Hộ Phùng, Gia Rai, Bạc Liêu	nu	39	1756/06
34	Lê Thị Ngọc H.	Quang Trung, Phường 10, Gò Vấp, TPHCM	nu	37	209/07
35	Nguyễn Thị H.	Độc Nông, Gia Lai	nu	29	755/02

Xác Nhận Của Bệnh Viện Tâm Thần Trung Ương 2

Giám đốc





S BANC:
S vào vi n
S l u tr

I – Hành chính:

- Họ và tên:..... Tuổi:..... Tháng
sinh:.....

- Giới tính: Nam ☐ Nữ ☐

- Nơi cư trú: Thành thị ☐ Nông thôn ☐ Miền núi ☐

- Dân tộc: Kinh ☐ Khác ☐

- Tôn giáo: Không ☐ Đạo phật ☐
Thiên chúa ☐ Khác ☐

[illegible]

- Trình độ văn hoá:

Không biết chữ	☐	Tiểu học	☐
THCS	☐	THPT	☐
Đại học – THCN	☐		

- Mức sống:

Nghèo ☐ Trung bình ☐ Khá ☐ Giàu ☐

- Tình trạng hôn nhân:

Đã kết hôn	☐	Chưa kết hôn	☐
Ly hôn	☐	Ly thân	☐
Goá bụa	☐		

- Chọn đoán của khoa đầu tư.....

II – Lý do vào viện:

.....

III – Bệnh sử :

1. Các triệu chứng khởi phát:

Mất ngủ	☐	Đau đầu	☐	Thay đổi tính tình	☐
Cảm xúc thất	☐			Hoạt động bất thường	☐
Ngủ ít mất mình	☐			Thu hẹp quan hệ	☐
Đánh rầy cảm	☐			Uống	☐
Ám ảnh	☐			Bị rầy	☐
Cảm giác	☐			Khác	☐

2. Tính chất xuất hiện:

Cấp	☐	Bán cấp	☐	Tỉ lệ	☐
-----	--------------------------	---------	--------------------------	-------	--------------------------

3. Hoàn cảnh xuất hiện:

Tự nhiên	☐	Nhiễm khuẩn	☐	Stress	☐
Chọn lọc	☐	Khác	☐		

IV – Tiền sử :

1. Tiền sử bệnh thân:

- Mẹ mang thai:	Bình thường	☐	Bất thường	☐
- Sang chấn sản khoa:	Có	☐	Không	☐
- Bệnh cũ:	Có	☐	Không	☐
- Chọn lọc sản khoa:	Có	☐	Không	☐
- Chấn thương:	Có	☐	Không	☐
- Dùng thuốc ngộ độc:	Đầu	☐	Không đầu	☐
			Không dùng	☐

2. Tiền sử gia đình (Như người khác gia đình tâm thần)

Ông, bà	☐	Bố	☐	Mẹ	☐
Bà và mẹ	☐			Anh chị em ruột	☐
Con của họ	☐			Khác	☐

V – Khám lâm sàng tâm thần:**1. Biểu hiện chung:**

- Thái độ tiếp xúc:

Chứng dỗi ☐Thờ ơ ☐Kích động ☐Bên chẵn ☐Lo âu ☐Cởi mẫn ☐Mối mê suy nghĩ ☐

- Trang phục:

Gần sạch ☐Xúc xích ☐Bẩn thỉu ☐

- Vệ sinh cá nhân:

Không rửa mặt ☐Không tắm ☐Không chải tóc ☐**2. ý thức:**

Định hướng không gian:

Đúng ☐Giảm ☐Mất ☐

Định hướng thời gian:

Đúng ☐Giảm ☐Mất ☐

Định hướng bản thân:

Đúng ☐Giảm ☐Mất ☐

Định hướng xung quanh:

Đúng ☐Giảm ☐Mất ☐

- Hồi đáp nội dung yêu cầu:.....

3. Cảm giác tri giác:

- Cảm giác: Bình thường

Tăng ☐Giảm ☐

- Nhận diện cảm giác bản thân:

Có ☐Không ☐

- Nhận thức:

Có ☐Không ☐

- Nhận thức:

Có ☐Không ☐

- Các loại nhận thức:

+ Nhận thức bình phẩm:

Có ☐Không ☐

+ Nhận thức đàm thoại:

Có ☐Không ☐

+ Nhận thức ra lỗi:

Có

☐ không☐

+ Nhận thức:

Có ☐Không ☐

+ Nhận thức:

Có ☐Không ☐

+ Nhận thức xúc giác:

Có ☐Không ☐

+ 0 thanh thô s :	Có ☐	Không ☐
+ Chi phí hành vi	Có ☐	Không ☐

4. T duy:

* Hình thức t duy:

T duy logic	: ☐	Phi tán ☐	Ch m ch p ☐
D n d p	☐	Nói nh i i ☐	Ngôn ngữ r i r c ☐
Nghèo nàn	☐	Ng t quăng	Suy lu n b nh lý ☐
Nói m t mình	☐	Không nói ☐	Tr i i bên c nh ☐

* Nội dung t duy:

- Ám nh:	Có ☐	Không ☐
- Đ nh ki n:	Có ☐	Không ☐
- Hoang t ng:	Có ☐	Không ☐
- Các lo i hoang t ng		
+ B h i:	Có ☐	Không ☐
+ B theo dõi:	Có ☐	Không ☐
+ B chi phí:	Có ☐	Không ☐
+ Liên h :	Có ☐	Không ☐
+ T duy b b c l :	Có ☐	Không ☐
+ Ghen tuông	Có ☐	Không ☐
+ Nghi b nh	Có ☐	Không ☐
+ T cao	Có ☐	Không ☐
+ T bu c t i	Có ☐	Không ☐
+ Phát minh	Có ☐	Không ☐
+ Đ c yêu:	Có ☐	Không ☐
+ Nh n nh m:	Có ☐	Không ☐
+ Bi n hình b n thân:	Có ☐	Không ☐
+ Hoang t ng kỳ quái:	Có ☐	Không ☐
+ Chi phí hành vi	Có ☐	Không ☐

5. Cảm xúc:

Hồi ng cảm ☐

Trầm cảm ☐ Cùn mòn ☐

Không ổn định ☐

Không thích hợp ☐

Bí chi phôi ☐

ý tưởng và hành vi tiêu sát ☐

6. Hoạt động:

* Rối loạn hoạt động có ý chí:

Giảm hoạt động ☐

Mất hoạt động ☐

Tăng hoạt động ☐

Vận động đôi thủ ☐

* Rối loạn hoạt động bản năng:

Xung động ☐

Phô trương ☐

Không ăn ☐

Chán ăn ☐

Cuồng ăn ☐

ăn vật bẩn ☐

Cần bẩn nhà ☐

Trầm cảm ☐

Đốt nhà ☐

Giết người ☐

Loạn dâm ☐

Thủ dâm ☐

Cưỡng dâm ☐

* Các hành vi chống rối loạn vận động:

Căng trương lực: Có ☐

Không ☐

Kích động: Có ☐

Không ☐

Bất động: Có ☐

Không ☐

7. Các rối loạn hành vi gây hại:

- Gây hại bằng lời nói: Có ☐

Không ☐

- Gây hại bằng tính công vật lý: Có ☐

Không ☐

- Gây hại bằng sự hung dữ: Có ☐

Không ☐

- Thái độ và hành vi thù địch: Có ☐

Không ☐

- Mức độ của các hành vi gây hại:

Hành vi gây hại \ Mức độ	Nhẹ	Trung bình	Trung bình nặng	Nặng	Cực nặng
Gây hại bằng lời nói	☐	☐	☐	☐	☐
Tính công vật lý	☐	☐	☐	☐	☐
Sự hung dữ	☐	☐	☐	☐	☐
Thái độ thù địch	☐	☐	☐	☐	☐

* Các yếu tố liên quan đến hành vi gây hại:

- Yếu tố bệnh lý tâm thần:

Hoang tưởng	☐	Đeo giác	☐
Hoang tưởng và đeo giác	☐	Cần hàng cấm	☐
Trộm cắp	☐	Buông thả	☐

- Yếu tố môi trường:

Thay đổi thói quen:	Có	☐	Không	☐
Theo mùa:	Có	☐	Không	☐

- Yếu tố tâm lý:

Hoang tưởng	☐	Hội họa	☐
Mất cắp	☐	Bắt nạt	☐

Thay đổi môi trường quen thuộc ☐

- Yếu tố xã hội:

Mất việc	☐	Không làm được việc	☐
Thu nhập thấp	☐	Không năng động	☐
Môi trường giáo dục kém			

- Yếu tố bệnh lý cơ thể:

Chẩn đoán sơ não	☐	Nhiễm khuẩn	☐
Khác	☐		

- Các yếu tố khác: Có ☐ Không ☐

8. Chú ý: Bình thường ☐ Tăng ☐ Giảm ☐

9. Trí nhớ:

- Gần: Bình thường ☐ Tăng ☐ Giảm ☐

- Xa: Bình thường ☐ Tăng ☐ Giảm ☐

10. Trí tuệ: Bình thường ☐ Giảm ☐

11. Giấc ngủ: Mất ngủ ☐ Ngủ nhiều ☐

Ác mộng ☐ Mất ngủ đau giấc ☐

Mất ngủ cuối giấc ☐

V – Khám n^{ội} khoa:

1. Toàn thân:.....
2. Tuần hoàn:.....
3. Hô hấp:.....
4. Tiêu ni^ệu:.....
5. Th^{ận} kinh:.....
6. Các b^ộ ph^{ần} khác:.....

VII – C^{lin} lâm sàng:

- Công th^{ức} máu:

- | | |
|---|--|
| + H ^{ồng} c ^ỏ u | B ^ộ ch ^{ức} c ^ỏ u |
| + Huyết s ^{ắc} t ^{ím} | Công th ^{ức} b ^ộ ch ^{ức} c ^ỏ u |
| + Hematocrit | |
| + XQ tim ph ^{ổi} i | |
| + Đi ^{nh} tim | |
| + Các xét nghi ^{ệm} khác | |

VIII – K^{ết} lu^{ận}:

1. Ch^{ẩn} đoán xác đ^{ịnh}
2. Ch^{ẩn} đoán th^ể b^{ệnh}

Ngày... tháng... năm 200..

Ng^{ười} i làm b^{ệnh} án

BS. Lâm Thanh Hùng

Phụ lục 3

S1. Giãn dãn

Trạng thái chú quan không hài lòng và bất tiện đối với những người khác.

Có sự đồng ý cho đi: là khai của bệnh nhân và các cảm xúc giãn dãn trong quá trình phàn nàn và các hành vi thù hận từ người khác đến các nhân viên trong lúc phàn nàn hoặc đồng ý ghi nhận qua báo cáo của các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc gia đình.

TT	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tốt thiểu	Nghi ngờ, có lẽ là các trên của người bệnh bình thường
3	Nhẹ	Biểu hiện sự bất tiện hoặc cảm xúc khó chịu đối với người khác nhưng không có dấu chứng về cảm xúc hoặc hành vi của sự giãn dãn.
4	Trung bình	Biểu hiện một thái độ giãn dãn rõ rệt nhưng vẫn còn kiểm soát được.
5	Trung bình nặng	Bệnh nhân có vẻ hết sức bất tiện và sự giãn dãn được trút qua việc thường xuyên lên tiếng, thỉnh thoảng chỉ bị hoặc nhưng để do dự.
6	Nặng	Bệnh nhân có vẻ hết sức bất tiện và sự giãn dãn được trút qua việc chỉ bị lặp đi lặp lại, để do dự công khai hoặc phá hoại.
7	Cực nặng	Mọi mặt đối diện bùng nổ biểu hiện qua việc nhậm vào hoặc mưu toan tấn công người khác.

S2. Bất tiện khi sử dụng miễn các đòi hỏi bị cấm cản.

Đòi hỏi, yêu sách, các nhu cầu phải được thỏa mãn ngay lập tức và khó chịu rõ rệt khi sử dụng đáp ứng các nhu cầu hoặc nguyên nhân bị cấm cản.

- Công sở để cho điếm: quan sát hành vi trong quá trình phòng vụ vụ vụ vụ vụ báo cáo của các nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc gia đình.

TT	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1.	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2.	Tốt thiểu	Nghi ngờ, có lẽ có trên của ghi nhận bình thường
3.	Nhỏ	Bệnh nhân đôi khi đòi hỏi và thiếu kiên nhẫn nhưng đủ để nhanh chóng khi được chuyển
4.	Trung bình	Hành vi đòi hỏi xuất hiện nhiều hơn hoặc có tính chất yêu sách làm người bệnh trở thành một người “hay quỵ rầy”. Tuy nhiên thường không kèm theo các cơn bùng nổ gây hại và bệnh nhân có thể thường được xử trí không mấy khó khăn.
5.	Trung bình nặng	Hành vi đòi hỏi và thậm chí xuyên suốt dai dẳng, đôi khi đưa đến sự đối đầu với các bệnh nhân khác, với nhân viên bệnh viện hoặc gia đình. Tuy nhiên, thường thì bệnh nhân có thể lấy lại được sự kiểm soát mà không có sự việc gì nghiêm trọng xảy ra.
6.	Nặng	Bệnh nhân trở nên hất sức bất cứ khi nào các yêu cầu hoặc đòi hỏi không được đáp ứng ngay lập tức. Hành vi bùng nổ hoặc hung dữ có thể tiếp theo sau đó 1 hoặc 2 lần và sự mất kiểm soát là một khả năng luôn luôn có thể xảy ra.
7.	Cực nặng	Các đòi hỏi và yêu cầu của bệnh nhân nếu không được thỏa mãn ngay lập tức sẽ gây ra hành vi bùng nổ, hung dữ hoặc xung đột. Luôn luôn cần đến sự giám sát chặt chẽ.

S3. Cảm xúc không ổn định

Các biểu hiện cảm xúc không ổn định, dao động, không phù hợp và khó kiểm soát.

Có sự đổi cho đi: trạng thái cảm xúc được nhận thấy trong quá trình phản ứng.

TT	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tốt thiểu	Nghi ngờ, có lẽ có trên cả hai bên bình thường
3	Nhẹ	Một số đáp ứng cảm xúc không phù hợp được nhận thấy hoặc một vài biến đổi về trạng thái cảm xúc không gây thích được có thể xảy ra.
4	Trung bình	Cảm xúc thường không phù hợp với tình duy (thí dụ rời đi, giận dữ hoặc lo lắng) và có nhu cầu thay đổi cảm biến cả trạng thái cảm xúc trong quá trình phản ứng.
5	Trung bình nặng	Các biểu hiện cảm xúc hiếm khi không ổn định và đôi khi được nhận thấy quá sự kiểm soát của bình nhân. Cảm xúc có thể biến đổi đột ngột đến các cảm biến và thường khó điều chỉnh.
6	Nặng	Cảm xúc được nhận thấy không được kiểm soát trong suốt cuộc phản ứng và có thể chi phối bởi các kích thích từ bên ngoài hoặc không liên quan. Tình trạng cảm xúc có tính chất thay đổi nhanh chóng với các biến đổi kỳ lạ hoặc đa dạng. Các cảm xúc sẽ được nhận thấy các biểu hiện say đắm hoặc giận dữ có thể gặp.
7	Cực nặng	Bệnh nhân được nhận thấy không còn kiểm soát được tình trạng cảm xúc của mình. Cảm xúc dao động từ do khi đáp ứng với các sự việc không phù hợp từ bên ngoài hoặc bên trong. Các tình trạng cảm xúc các cảm biến như kích động hoặc giận dữ đôi khi nổi

TT	Đánh giá	Tiêu chuẩn
		bất.

P7. Sự thù ghét

- Các biểu hiện ngôn ngữ và không ngôn ngữ của sự giận dữ và tức giận bao gồm sự châm chích, các hành vi gây hấn thô bỉ, chửi bới và hành hung.

- Các sự kiện cho điểm: các hành vi giao tiếp quan sát được qua cuộc phỏng vấn và các báo cáo của nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu hoặc người ở nhà.

TT	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2	Tồi thiểu	Nghỉ ngữ, có lỗi các trên của giới hiện bình thường
3	Nhẹ	Sự giận dữ được biểu hiện gián tiếp hoặc được kiểm soát qua các biểu hiện như châm chích, thiếu tôn trọng, các biểu hiện cắn gét và thỉnh thoảng tỏ ra bất lịch sự.
4	Trung bình	Thì hiện thái độ thù ghét rõ rệt qua việc thỉnh thoảng xuyên bất lịch sự và các biểu hiện trực tiếp của sự giận dữ hay tức giận.
5	Trung bình nặng	Bệnh nhân bất lịch sự cao độ và thỉnh thoảng lại chửi bới hoặc hăm dọa.
6	Nặng	Sự không hợp tác và chửi bới hoặc hăm dọa như hàng rõ rệt đến cuộc phỏng vấn và gây trở ngại nghiêm trọng đến các quan hệ xã hội. Bệnh nhân có thể hung hăng hoặc phá phách nhưng không dùng vũ lực tấn công người khác.
7	Cực nặng	Giận dữ rõ nét đến mức không hợp tác hoàn toàn,

TT	Đánh giá	Tiêu chuẩn
		còn trừ các quan hệ khác hoặc đang trong công trình khác.

P4. Kích động.

Số TT	Đánh giá	Tiêu chuẩn
1.	Không có	Định nghĩa này không áp dụng
2.	Thiếu thiểu	Nghi ngờ có lỗi các trên giới hạn bình thường
3.	Nhẹ	Có khuynh hướng bắt đầu, tăng cảm giác hoặc hình ảnh quá trình trong học có vẻ như trong suốt cuộc phỏng vấn. Nhưng không có các cảm kích động rõ ràng hoặc cảm xúc không nên định rõ rệt, có thể ngôn ngữ hình ảnh diễn đạt.
4.	Trung bình	Bắt đầu và quá trình giác thức hiện rõ qua cuộc phỏng vấn, như hướng đến ngôn ngữ và vấn đề chung hoặc có những cảm xúc bùng nổ xuất hiện liên tục
5.	Trên trung bình	Số tăng hoạt động đáng kể hoặc các cảm xúc hoạt động vận động thường xuyên được nhận thấy, nó làm ngừng lại bình khó có thể ngừng lâu vài phút vào bất kỳ thời điểm nào
6.	Nặng	Kích động nổi bật qua quá trình phỏng vấn, chú ý suy giảm và phần nào như hướng mất sự hoạt động cá nhân như ăn và ngủ
7.	Rất nặng	Kích động mãnh liệt như hướng nghiêm trọng đến

Số TT	Đánh giá	Tiêu chuẩn
		ăn và ngủ và làm cho quá trình giao tiếp không thể thực hiện được. Gia tăng về ngôn ngữ và hoạt động có thể đưa đến tư duy không liên quan và suy nghĩ tẻ nhạt