

KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HÀNH VI PHẠM TỘI Ở CÁC ĐỐI TƯỢNG TÂM THẦN PHÂN LIỆT ĐƯỢC GIÁM ĐỊNH NỘI TRÚ TẠI TRUNG TÂM PHÁP Y TÂM THẦN KHU VỰC TÂY NAM BỘ GIAI ĐOẠN NĂM 2015 - NĂM 2020

Vương Ngọc Hải, Nguyễn Văn Oanh

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt là một rối loạn loạn thần nặng và nghiêm trọng trong các rối loạn tâm thần, có khuynh hướng tiến triển mạn tính và hay tái phát, làm suy giảm nặng nề các chức năng tâm thần. Triệu chứng của Tâm thần phân liệt bao gồm các rối loạn về nhận thức, cảm xúc, tri giác, tư duy mà đặc trưng là những biểu hiện loạn thần như hoang tưởng, ảo giác... gây mất khả năng học tập, lao động, tham gia hoạt động xã hội, không tự nuôi sống hay tự chăm sóc bản thân, làm giảm sút nghiêm trọng chất lượng cuộc sống và trở thành gánh nặng cho gia đình, xã hội.

Tâm thần phân liệt làm mất đi tính thống nhất và toàn vẹn trong các hoạt động tâm thần của người bệnh, dẫn đến làm lệch lạc các mối quan hệ giữa người bệnh và xã hội đồng thời thường làm giảm hoặc mất khả năng lao động, khả năng sử dụng quyền công dân và khả năng chịu trách nhiệm về các hành vi do người bệnh gây ra. Có mối liên hệ rõ ràng giữa bệnh Tâm thần phân liệt và nguy cơ phạm tội bạo lực nhưng mức độ liên quan của bản thân căn bệnh này đối với hành vi tội phạm vẫn chưa rõ ràng và còn nhiều tranh cãi. Tại một số nước Châu Âu, Canada và Hoa Kỳ, khoảng 50-60% bệnh nhân trong giám định pháp y tâm thần mắc Tâm thần phân liệt. Trong mô hình bệnh tâm thần tại Trung tâm Pháp y Tâm thần khu vực Tây Nam Bộ, Tâm thần phân liệt đứng thứ hai trong những bệnh lý tâm thần thường gặp, gây ra những hậu quả đau lòng, đáng tiếc mà nếu như bệnh nhân được quan tâm chăm sóc, giám sát chặt chẽ, theo dõi các dấu hiệu cảnh báo, có thể đã không xảy ra những vụ án nghiêm trọng như vậy.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Khảo sát đặc điểm dân số học ở các đối tượng Tâm thần phân liệt.
2. Khảo sát các yếu tố liên quan đến hành vi phạm tội ở đối tượng Tâm thần phân liệt.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các đối tượng giám định trong các vụ án hình sự, được giám định nội trú tại Trung tâm Pháp y Tâm thần khu vực Tây Nam Bộ giai đoạn năm 2015 - năm 2020, được kết luận mắc bệnh TTPL.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

2.2.2. Mẫu nghiên cứu

2.2.2.1. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \times p \times (1-p)}{d^2}$$

Ta chọn $p = 0,55$ (theo Emma LE Wall và cộng sự [16]), tính được $n = 66,03$.

Vậy mẫu cần lấy tối thiểu là 67 đối tượng.

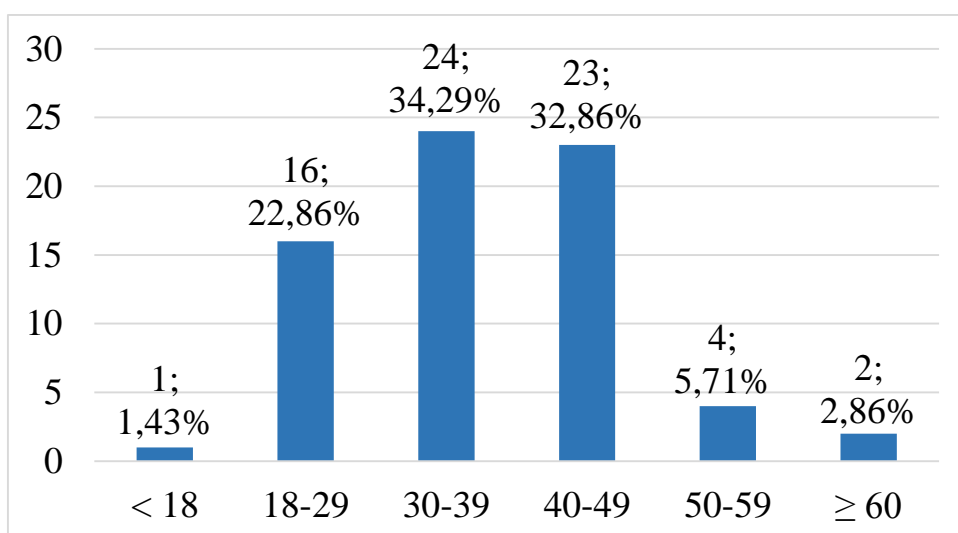
Kết quả thu thập được 70 mẫu thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và nằm ngoài tiêu chuẩn loại trừ.

KẾT QUẢ

Qua thu thập số liệu khảo sát trong GDPYTT giai đoạn từ ngày 01/7/2015 - ngày 01/7/2020, chúng tôi thống kê được tổng cộng 70 mẫu.

3.1. Các đặc điểm dân số học

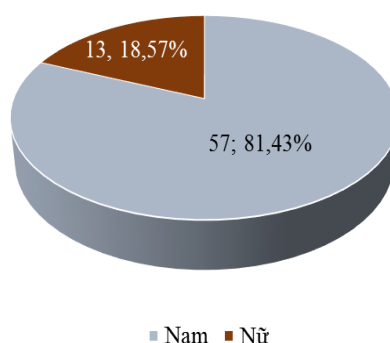
3.1.1. Nhóm tuổi



Biểu đồ 3.2. Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Các đối tượng giám định có độ tuổi tập trung nhiều ở nhóm 30 – 39 và 40 – 49.

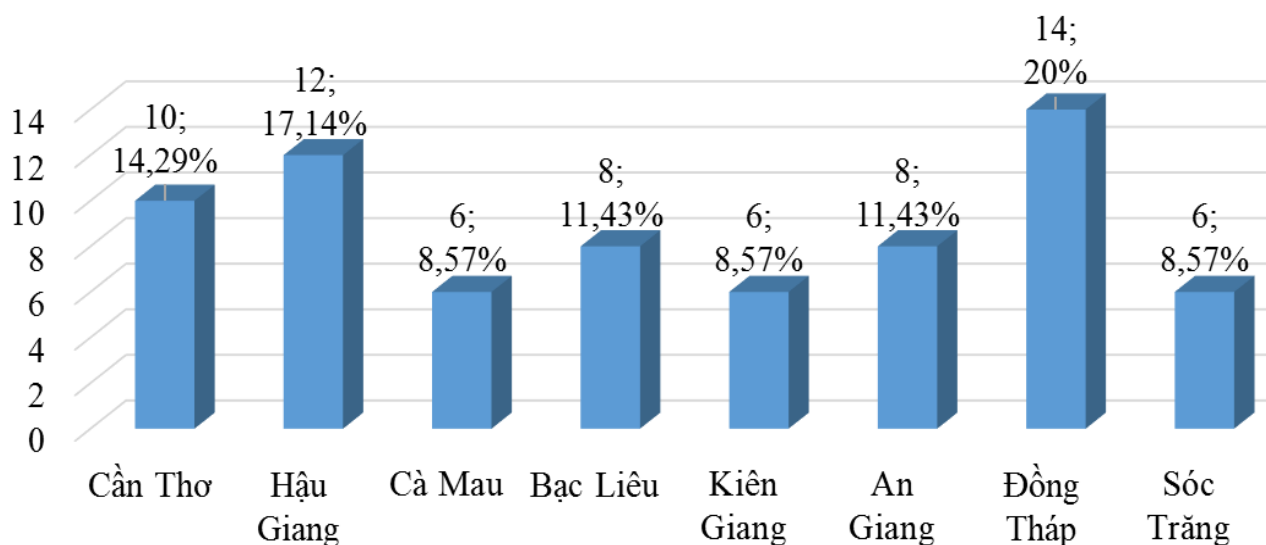
3.1.2. Giới tính



Biểu đồ 3.3. Giới tính của đối tượng nghiên cứu

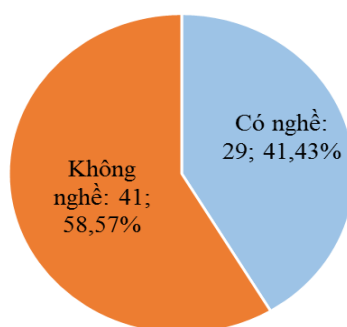
Nhận xét: Khoảng 4/5 đối tượng nghiên cứu có giới tính nam.

3.1.3. Địa phương trưng cầu



Nhận xét: Đối tượng Tâm thần phân liệt trong giám định gặp nhiều ở Đồng Tháp (20%), Hậu Giang (17,14%) và Cần Thơ (14,29%).

3.1.4. Nghề nghiệp



Biểu đồ 3.5. Nghề nghiệp

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng giám định không nghề nghiệp là 58,57%.

3.2. Các yếu tố liên quan hành vi phạm tội

3.2.1. Tiền án, tiền sự

Bảng 3.3. Tiền án, tiền sự

Tiền án, tiền sự	Đối tượng TTPL	
	n	%
Có	7	10
Không	63	90
Tổng	70	100

Nhận xét: 90% đối tượng không có tiền án, tiền sự, chỉ 10% đối tượng đã từng phạm tội ít nhất 01 lần trước khi xảy ra vụ án liên quan đến giám định.

3.2.2. Số lần điều trị trước đây

Bảng 3.4. Số lần điều trị trước đây

Số lần điều trị trước đây	Đối tượng TTPL	
	n	%
Chưa điều trị	6	8,57
Một lần	4	5,71
Nhiều lần	60	85,71
Tổng	70	100

Nhận xét: Hầu hết đối tượng TTPL (85,71%) đã được điều trị nhiều lần trước khi vào giám định.

3.2.3. Hình thức điều trị trước đây

Bảng 3.5. Hình thức điều trị trước đây

Hình thức điều trị trước đây	Đối tượng TTPL	
	n	%
Chưa khám và điều trị	6	8,57
Điều trị không đúng hoặc bỏ thuốc	42	60
Có điều trị liên tục	22	31,43
Tổng	70	100

Nhận xét: Nhóm đối tượng điều trị không đúng hoặc bỏ thuốc chiếm tỉ lệ 60%, 31,43% đối tượng tuân thủ điều trị liên tục, 8,57% chưa từng được đưa đi khám và điều trị.

3.2.4. Thời gian mắc bệnh

Bảng 3.6. Thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	Đối tượng TTPL	
	n	%
< 5 năm	15	21,43
5 - 10 năm	18	25,71
> 10 năm	37	52,86
Tổng	70	100

Nhận xét: Hơn ½ đối tượng nghiên cứu (52,86%) mắc bệnh TTPL trên 10 năm.

3.2.5. Thể bệnh

Bảng 3.7. Thể bệnh

Thể bệnh	Đối tượng TTPL	
	n	%
Thể hoang tưởng	18	25,71
Thể không biệt định	37	52,86
Thể di chứng	01	1,43
Thể khác	06	8,57
Không phân loại thể bệnh	08	11,43
Tổng	70	100

Nhận xét: Về phân loại thể bệnh, hơn ½ đối tượng nghiên cứu (52,86%) mắc TTPL thể không biệt định, 25,71% mắc TTPL thể hoang tưởng, có 11,43% đối tượng không kết luận thể bệnh.

3.2.6. Khả năng nhận thức và điều khiển hành vi tại thời điểm xảy ra vụ án

Bảng 3.8. Khả năng nhận thức và điều khiển hành vi tại thời điểm xảy ra vụ án

Khả năng nhận thức và điều khiển hành vi tại thời điểm xảy ra vụ án	Đối tượng TTPL	
	n	%
Đủ	02	2,86
Hạn chế	20	28,57
Mất	48	68,57
Tổng	70	100

Nhận xét: 68,57% đối tượng TTPL được kết luận mất khả năng nhận thức và điều khiển hành vi, 28,57% đối tượng được kết luận hạn chế khả năng nhận thức và điều khiển hành vi, còn lại 2,86% đối tượng đủ khả năng nhận thức và điều khiển hành vi.

3.2.7. Địa điểm gây án

Bảng 3.9. Địa điểm gây án

Địa điểm gây án	Đối tượng TTPL	
	n	%
Nhà tội phạm	12	17,14
Nhà nạn nhân	35	50
Sân, đường, nơi công cộng	23	32,86
Tổng	70	100

Nhận xét: Địa điểm gây án tại nhà nạn nhân chiếm 50%, 32,86% tại sân, đường, nơi công cộng, còn lại 17,14% là tại nhà tội phạm.

3.2.8. Hình thức gây án

Bảng 3.10. Hình thức gây án

Hình thức gây án	Đối tượng TTPL	
	n	%
Có dùng hung khí	36	51,43
Không dùng hung khí	23	32,86
Xâm hại tình dục	11	15,71
Tổng	70	100

Nhận xét: Hình thức gây án có dùng hung khí chiếm 51,43%, không dùng hung khí 32,86%, còn lại là xâm hại tình dục 15,71%.

3.2.9. Hậu quả

Bảng 3.11. Hậu quả

Hậu quả	Đối tượng TTPL	
	n	%
Gây chết người	19	27,14
Gây thương tích	19	27,14

Gây rối trật tự công cộng	03	4,29
Thiệt hại tài sản	15	21,43
Xâm hại tình dục	11	15,71
Khác	03	4,29
Tổng	70	100

Nhận xét: Tỷ lệ gây chết người và tỷ lệ gây thương tích bằng nhau 27,14%, thiệt hại tài sản 21,43%, xâm hại tình dục 15,71%, còn lại là gây rối trật tự công cộng và các hậu quả khác.

3.2.10. Nạn nhân

Bảng 3.12. Nạn nhân

Nạn nhân	Đối tượng TTPL	
	n	%
Bản thân	08	11,43
Cha/mẹ	03	4,29
Chồng/vợ	01	1,43
Con	03	4,29
Người khác	55	78,57
Tổng	70	100

Nhận xét: Nạn nhân là bản thân chiếm tỷ lệ 11,43%, cha/ mẹ là 4,29%, con 4,29%, chồng/ vợ 1,43%, người khác 78,57%.

KẾT LUẬN

Các đặc điểm dân số học:

- Độ tuổi tập trung nhiều ở nhóm 30 – 39 và 40 – 49.
- Khoảng 4/5 đối tượng nghiên cứu có giới tính nam.
- Đối tượng TTPL trong giám định gặp nhiều ở Đồng Tháp (20%), Hậu Giang (17,14%) và Cần Thơ (14,29%).
- Tỷ lệ đối tượng không nghề là 58,57%.

Các yếu tố liên quan hành vi phạm tội:

- 10% đối tượng có tiền án, tiền sự.
- Hầu hết đối tượng TTPL (85,71%) đã được điều trị nhiều lần.
- Nhóm đối tượng điều trị không đúng hoặc bỏ thuốc chiếm 60%, 8,57% chưa từng được đưa đi khám và điều trị, **31,43% đối tượng tuân thủ điều trị liên tục nhưng vẫn thực hiện hành vi vi phạm pháp luật.**
- Hơn ½ đối tượng nghiên cứu (52,86%) mắc TTPL trên 10 năm.
- Hơn ½ đối tượng nghiên cứu (52,86%) mắc TTPL thể không biệt định, 25,71% mắc TTPL thể hoang tưởng, có 11,43% đối tượng không kết luận thể bệnh.
- 68,57% đối tượng TTPL mất khả năng nhận thức và điều khiển hành vi, 28,57% đối tượng hạn chế khả năng nhận thức và điều khiển hành vi, 2,86% đối tượng đủ khả năng nhận thức và điều khiển hành vi.

- Địa điểm gây án tại nhà nạn nhân chiếm 50%, 32,86% tại sân, đường, nơi công cộng, còn lại 17,14% là tại nhà tội phạm.

- Hình thức gây án có dùng hung khí chiếm 51,43%, không dùng hung khí 32,86%, còn lại là xâm hại tình dục 15,71%.

- Hậu quả: chết người 27,14%, gây thương tích 27,14%, gây thiệt hại tài sản 21,43%, xâm hại tình dục 15,71%, còn lại là gây rối trật tự công cộng và các hậu quả khác.

- Nạn nhân là bản thân chiếm tỉ lệ 11,43%, cha/ mẹ là 4,29%, con 4,29%, chồng/ vợ 1,43%, người khác 78,57%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Cường (1998), “Điều tra về an toàn xã hội liên quan đến bệnh tâm thần phân liệt tại cộng đồng”, *Nội san tâm thần học*, Hà Nội, 1 (1), tr19-23.
2. Bùi Quang Huy (2011), *Tâm thần phân liệt*, NXB Y học, Hà Nội.
3. Lê Quốc Nam (2004), “Khảo sát tình trạng tâm thần phân liệt kháng trị trên các bệnh nhân đang được quản lý điều trị trong chương trình săn sóc sức khỏe ban đầu về tâm thần tại các trạm y tế Thành phố Hồ Chí Minh”, *Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở*, Bệnh viện Tâm thần Thành phố Hồ Chí Minh.
4. Nguyễn Văn Nuôi (2007), “Tâm thần phân liệt”, *Tâm thần học*, NXB Y học, Thành phố Hồ Chí Minh.
5. Nguyễn Văn Thọ (2009), “Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị ở 1021 bệnh nhân tâm thần phân liệt”, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 14 (1), tr51-56.
6. Ngô Đình Thư và cộng sự (2017), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, một số yếu tố thúc đẩy hành vi phạm tội ở bệnh nhân Tâm thần phân liệt trong giám định pháp y tâm thần”, *Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở*, Trung tâm Pháp y Tâm thần khu vực Miền Trung.
7. Ngô Văn Truyền, Nguyễn Văn Thống (2020), “Tâm thần phân liệt”, *Giáo trình tâm thần*, NXB Y học, Hà Nội.
8. Thông tư 18/2015/TT-BYT ngày 14/7/2015 của Bộ Y tế ban hành quy trình giám định pháp y tâm thần và biểu mẫu sử dụng trong giám định pháp y tâm thần, có hiệu lực thi hành từ ngày 01/9/2015.
9. Thông tư 23/2019/TT-BYT ngày 28/8/2019 của Bộ Y tế ban hành quy trình giám định pháp y tâm thần và biểu mẫu sử dụng trong giám định pháp y tâm thần, có hiệu lực thi hành từ ngày 01/11/2019.
10. Birchwood M, Spencer E, McGovern D (2000), “Schizophrenia: early warning signs”, *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(2), p93-101.
11. Emma L. E. Wall, David Mirfin, Sarah White & Gillian C. Mezey (2017), “Patient perceptions of schizophrenia in forensic and general adult psychiatry”, *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 28(3), p357-367.
12. Ferrari A J, Baxter A J, Somerville A J, Scheurer R, Whiteford H A (2011), “Global Burden of Disease Project, 2010: The Epidemiology and Modelling of

Schizophrenia”, *Queensland Centre for Mental Health Research*, University of Queensland, Australia.

13. Sadock B J, Sadock V A (2007), *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th Edition*, Lippincott Williams and Wilkins and Wolter Kluwer Health, America.
14. Stefan M, Travis M, Murray R M (2002), *An Atlas of Schizophrenia*, the Parthenon Publishing Group, United Kingdom.
15. Thomas R. Insel (2010), “Rethinking Schizophrenia”, *National Institute of Mental Health*, 468(7321), p187-193.
16. Van Meijel B, van der Gaag M, Kahn R S, Grypdonck M H (2003), “Relapse prevention in patients with schizophrenia: A nursing intervention study. Introduction”, *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(3), p11-22.
17. World Health Organization (1992), “F20 - F29 Schizophrenia, Schizotypal and delusional disorder”, *The ICD 10 - Classification of mental and Behavioural Disorders*, the Universal Copyright Convention, Switzerland, p78-88.
18. World Health Organization (2008), *The global burden of disease: 2004 update*, WHO, Geneva, Switzerland.