

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ TRÍ NHỚ 43 BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT BẰNG THỰC NGHIỆM GHI NHỚ 10 TỪ VÀ THỰC NGHIỆM PICTOGRAM

Nguyễn Thị Hương

Bệnh viện Tâm thần Trung ương I.

1. Đặt vấn đề

Trí nhớ là quá trình tâm lý có liên quan chặt chẽ với toàn bộ đời sống tâm lý con người, là điều kiện không thể thiếu để con người có đời sống tâm lý bình thường, hình thành và phát triển các chức năng tâm lý bậc cao, tích lũy kinh nghiệm và sử dụng vốn kinh nghiệm trong hoạt động sống, đáp ứng những yêu cầu ngày càng cao của cá nhân và xã hội [4].

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một bệnh tâm thần nặng, có khuynh hướng tiến triển mãn tính, để lại những hậu quả nặng nề về nhiều mặt cho người bệnh, gia đình họ và cả cộng đồng. Tỷ lệ bệnh khá phổ biến, theo số liệu thống kê trong tài liệu tuyên truyền của “Chương trình Quốc gia về chăm sóc sức khỏe tâm thần cho cộng đồng” (2006), bệnh nhân TTPL chiếm 0,47% dân số nước ta. Những rối loạn của các quá trình hoạt động tâm lý thường gặp ở bệnh nhân TTPL, như rối loạn cảm giác, tri giác, tư duy, cảm xúc, ngôn ngữ, hay sự suy giảm một phần hay toàn bộ hoạt động tâm thần trong sự tiến triển của bệnh, không thể không có những ảnh hưởng đến hoạt động trí nhớ của những đối tượng bệnh nhân này.

Việc tìm hiểu những sai sót trong hoạt động trí nhớ của người bệnh TTPL không chỉ có ý nghĩa về mặt lý luận, mà còn cung cấp cho các bác sỹ tâm thần và các nhà tâm lý lâm sàng những cứ liệu về những thiếu sót trong hoạt động trí nhớ của người bệnh, làm cơ sở để đưa ra những chiến lược và phương pháp điều chỉnh, phục hồi, cũng như dự phòng những rối loạn về trí nhớ.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu “Đánh giá trí nhớ của bệnh nhân tâm thần phân liệt bằng thực nghiệm ghi nhớ 10 từ và thực nghiệm Pictogram” nhằm mục đích:

- Đánh giá khả năng ghi nhớ và tác động của việc củng cố lên khối lượng ghi nhớ của bệnh nhân tâm thần phân liệt.

- Đánh giá những thiếu sót trong quá trình tái hiện của các đối tượng nghiên cứu.

2. Khách thể và phương pháp nghiên cứu

Tham gia nghiên cứu của chúng tôi có 43 bệnh nhân (BN) TTPL (23 BN nam và 20 BN nữ) tạo thành nhóm thực nghiệm, và 27 nhân viên y tế (17 nam và 10 nữ) đang công tác tại Bệnh viện TTTW 1 – nhóm đối chứng.

Đặc điểm khách thể nghiên cứu

Bảng 1: Một số đặc điểm khách thể nghiên cứu

Tiêu chí đánh giá Nhóm nghiên cứu	Giới		Độ tuổi (Min-Max) M ± m	Trình độ văn hoá			Tuổi khởi phát bệnh M ± m	Thời gian bị bệnh M ± m
	Nam	Nữ		THCS	THPT	TC-ĐH		
BNTTPL (n = 43)	23	20	19 – 45 30.52 ± 4.33	5 = 11.7%	21 = 48.8%	17 = 39.5%	24.33 ± 4.66	5.73 ± 3.27
Nhóm đối chứng (n = 27)	17	10	22 – 45 31.34 ± 4.81	0 = 0.0%	14 = 51.8%	13 = 48.2%	-	-

Ghi chú: M và m là giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

*** Phương pháp nghiên cứu:** chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang bằng các công cụ sau:

- *Thực nghiệm ghi nhớ 10 từ:*

Tác giả Luria A.R - nhà tâm lý học người Nga: gồm 10 từ rời rạc: người dẫn thực nghiệm đọc rõ ràng cho người làm thực nghiệm nghe 10 từ. Những từ người làm thực nghiệm tái hiện được lần đầu tiên gọi là khối lượng ghi nhớ tức thì. Thực nghiệm được thực hiện tối đa 10 bước (sau 9 lần được củng cố) và được kết thúc ở các bước bất kỳ nếu người làm thực nghiệm tái hiện đủ 10 từ. Số từ người làm thực nghiệm tái hiện được (sau khi vẽ hình để nhớ từ ở thực nghiệm Pictogram) gọi là khối lượng ghi nhớ ngắn hạn có giao thoa.

- *Thực nghiệm Pictogram:*

Tác giả Luria A.R: gồm 16 từ, người dẫn thực nghiệm đọc lần lượt từng từ, người làm thực nghiệm vẽ hình để cuối buổi nhìn vào những hình đó nhớ lại những từ đã được nghe đọc [6].

Ngoài ra, các số liệu nghiên cứu còn được thu thập qua việc khám hỏi lâm sàng và tham khảo hồ sơ bệnh án y khoa tâm thần. Số liệu được xử lý theo các phương pháp thống kê y học.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Khả năng ghi nhớ và tác động của việc củng cố lên khối lượng ghi nhớ của bệnh nhân tâm thần phân liệt

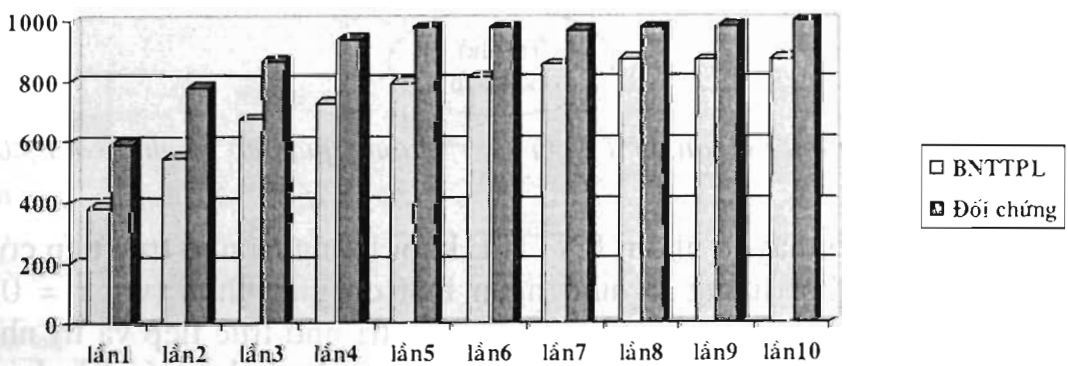
Bảng 2: Khối lượng trí nhớ tức thì và ngắn hạn có giao thoa của các nhóm nghiên cứu

Chỉ số trí nhớ Nhóm	KL trí nhớ trực tiếp $M \pm m$	KL trí nhớ ngắn hạn CGT $M \pm m$	P
Bệnh nhân TTPL (n = 43)	$3,80 \pm 1,27$	$6,40 \pm 1,40$	$<0,01$
Nhóm đối chứng (n = 27)	$5,89 \pm 1,65$	$9,15 \pm 0,91$	$<0,01$
P	$< 0,01$	$< 0,001$	

Qua bảng 2 chúng ta có thể nhận thấy có sự khác biệt khá lớn giữa nhóm bệnh nhân tâm thần phân liệt (BNTTPL) và nhóm đối chứng cả về khả năng ghi nhớ trực tiếp và khả năng ghi nhớ ngắn hạn có giao thoa. Nhóm BNTTPL có khả năng ghi nhớ trực tiếp và khả năng ghi nhớ ngắn hạn có giao thoa kém hơn hẳn nhóm đối chứng (cả hai chỉ số $P < 0,01$).

Khối lượng ghi nhớ trực tiếp và ngắn hạn có giao thoa ở nhóm BNTTPL nhìn chung ở mức thấp. Tuy nhiên, khối lượng ghi nhớ ngắn hạn có giao thoa được cải thiện hơn nhiều và hơn hẳn khối lượng ghi nhớ trực tiếp. Điều đó chứng tỏ sự củng cố trong việc ghi nhớ bằng những lần nhắc lại vẫn có tác dụng rõ rệt, tăng cường khối lượng ghi nhớ của người bệnh TTPL. Điều này có ý nghĩa rất lớn đối với công tác phục hồi chức năng về trí nhớ cho những đối tượng bệnh nhân này: tuy khả năng ghi nhớ tức thì của BNTTPL có hạn chế, nhưng việc luyện tập củng cố trí nhớ của họ vẫn có hiệu quả tốt.

Biểu đồ 1: Biểu đồ khối lượng ghi nhớ của nhóm bệnh nhân TTPL và nhóm đối chứng



Ghi chú: cột đứng chỉ giá trị trung bình của số lượng từ mà các nhóm tái hiện đúng

Quan sát biểu đồ "ghi nhớ" của nhóm BNTTPL có thể nhận xét rằng, việc củng cố là có tác dụng tăng cường khả năng nhớ từ của bệnh nhân từ lần tái hiện thứ hai (củng cố lần 1) đến lần tái hiện 7. Đến lần tái hiện thứ 8 và 9 tác động củng cố bị dừng lại, và không ổn định.

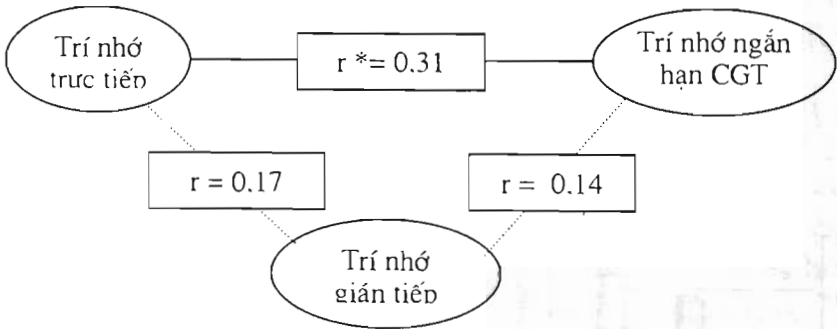
Bảng 3: Kết quả tái hiện từ của các nhóm nghiên cứu trong thực nghiệm Pictogram

Kết quả tái hiện \ Nhóm	Bệnh nhân TTPL (n = 43)	Nhóm đối chứng (n = 27)	P
Số lượng từ tái hiện đúng (M ± m)	7,27 ± 3.62	12,41 ± 2.50	< 0,01
Tỷ lệ từ tái hiện đúng (%)	45,44%	77,56%	-

Qua các số liệu ở bảng 3 có thể thấy rằng, khả năng ghi nhớ gián tiếp (ghi nhớ từ thông qua các pictogram) của BNTTPL bị giảm sút rõ rệt so với người bình thường, điều này được minh chứng bởi sự khác biệt giữa số lượng từ tái hiện đúng ở nhóm bệnh nhân TTPL và nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê ($P < 0,01$).

Để tìm hiểu mối quan hệ giữa các chỉ số về trí nhớ trực tiếp, trí nhớ ngắn hạn có giao thoa và trí nhớ gián tiếp của các nhóm nghiên cứu (thực nghiệm và đối chứng), chúng tôi tiến hành phân tích tương quan nhị biến Person (r) giữa các biến số trên.

Sơ đồ 1: Mối tương quan giữa trí nhớ trực tiếp, trí nhớ ngắn hạn có giao thoa và trí nhớ gián tiếp ở bệnh nhân tâm thần phân liệt



r - Hệ số tương quan Person giữa 2 chỉ số; *r** tương quan có ý nghĩa với $P < 0,05$.

Sơ đồ 1 cho thấy, ở nhóm BNTTPL khối lượng trí nhớ trực tiếp có tương quan thuận với khối lượng trí nhớ ngắn hạn có giao thoa (với $r = 0,31$ và $P < 0,05$). Tuy nhiên, các mối tương quan giữa trí nhớ trực tiếp và trí nhớ gián tiếp, cũng như giữa trí nhớ ngắn hạn có giao thoa và trí nhớ gián tiếp lại không có ý nghĩa thống kê (trong cả 2 trường hợp P đều lớn hơn 0,05).

Điều này có thể lý giải dựa trên đặc điểm của hoạt động trí nhớ trực tiếp và trí nhớ ngắn hạn có giao thoa là mang tính chất máy móc, tự động, còn hoạt động trí nhớ gián tiếp đòi hỏi phải có sự tham gia của các quá trình tư duy và tưởng tượng như khái quát hoá và mô hình hoá. Nên nếu các quá trình tư duy và tưởng tượng này hoạt động không tốt thì người ta khó có thể ghi nhớ gián tiếp tốt được. Mà các vấn đề về tư duy và tưởng tượng thì lại rất thường gặp ở những bệnh nhân TTPL.

3.2. Kết quả phân tích lỗi ghi nhớ trong quá trình tái hiện của người bệnh tâm thần phân liệt

Bảng 4: Các loại lỗi nhóm bệnh nhân TTPL mắc phải trong thực nghiệm ghi nhớ 10 từ

Nhóm Loại lỗi	BNTTPL			Nhóm đối chứng		
	Tỷ lệ BN mắc lỗi	Số lỗi mắc ($M \pm m$)	Người mắc nhiều lỗi nhất	Tỷ lệ mắc lỗi	Số lỗi mắc ($M \pm m$)	Người mắc nhiều lỗi nhất
Loạn ngôn	58,14%	$1,35 \pm 0,44$	6	11,11%	$0,26 \pm 0,04$	5
Chấp đầu đuôi	23,26%	$0,36 \pm 0,45$	4	18,52%	$0,22 \pm 0,03$	2
Ì bệnh lý	97,67%	$5,31 \pm 3,02$	15	7,41%	$0,19 \pm 0,03$	3

Khi phân tích số liệu thu được chúng tôi thấy rằng hầu như tất cả các bệnh nhân TTPL đều mắc các lỗi trong tái hiện. Loại lỗi bị mắc nhiều nhất là lỗi “ì bệnh lý”, có 42/43 bệnh nhân mắc phải, chiếm 97,67% BNTTPL. Tiếp đến là lỗi “loạn ngôn” có 58,14% bệnh nhân mắc, và thứ ba là lỗi “chấp đầu đuôi” có 10/43 bệnh nhân, chiếm 23,26%. Theo phiếu ghi kết quả, không có bệnh nhân nào mắc lỗi loạn ngôn đồng âm, và các lỗi bệnh nhân mắc phải đều là loạn ngôn kiểu ngữ nghĩa.

Bảng 5: Các loại lỗi mà nhóm bệnh nhân TTPL mắc phải khi tái hiện từ trong thực nghiệm Pictogram

Nhóm Loại lỗi	Bệnh nhân TTPL			Nhóm đối chứng		
	Tỷ lệ mắc lỗi	Số lỗi mắc ($M \pm m$)	Người mắc nhiều lỗi nhất	Tỷ lệ mắc lỗi	Số lỗi mắc ($M \pm m$)	Người mắc nhiều lỗi nhất
Tái hiện gần đúng	87,88%	$4,12 \pm 1,81$	10	96,27%	$2,96 \pm 1,53$	5
Tái hiện sai	95,35%	$7,50 \pm 3,46$	13	18,52%	$0,74 \pm 0,11$	8
Quên	48,84%	$1,23 \pm 1,06$	6	18,52%	$0,30 \pm 0,05$	3

Qua bảng 5 ta thấy, tỷ lệ mắc lỗi “tái hiện gần đúng” ở nhóm đối chứng rất cao (96,27%). Trong hai loại lỗi còn lại, thì lỗi tái hiện sai có ở đại đa số bệnh nhân (41/43 BNTTPL chiếm 95,35%), trung bình mỗi bệnh nhân mắc 7,50 lỗi, và người tái hiện sai nhiều nhất lên tới 13 lỗi. Có 48,84% BNTTPL mắc lỗi quên, trung bình mỗi bệnh nhân quên 1,23 từ và người quên nhiều nhất là 6 từ.

Để lý giải các nguyên nhân dẫn đến những sai sót trong việc tái hiện từ trong thực nghiệm Pictogram của BNTTPL, chúng tôi tiến hành nghiên cứu kỹ bệnh án và khám hỏi thêm 4 trường hợp bệnh nhân mắc nhiều lỗi nhất. Kết quả cho thấy những chỉ số khách quan như trình độ văn hoá, tuổi khởi phát bệnh và thời gian bị bệnh của những bệnh nhân này đều mang tính không thuận lợi. Cụ thể có 3/4 bệnh nhân này chưa tốt nghiệp THPT, cả 4 bệnh nhân đều bị bệnh trước năm 20 tuổi, thời gian bị bệnh kéo dài hơn 5 năm (người bị bệnh lâu nhất là 13 năm). Như vậy, có thể nói, những yếu tố đó có vai trò nhất định làm giảm sút khả năng ghi nhớ gián tiếp của BNTTPL [2].

4. Kết luận

- Khả năng ghi nhớ trực tiếp và ghi nhớ ngắn hạn có giao thoa ở nhóm BNTTPL bị giảm sút rõ rệt so với nhóm đối chứng.

- Tuyệt đại đa số BNTTPL mắc lỗi “ì bệnh lý” trong thực nghiệm ghi nhớ 10 từ và lỗi “tái hiện sai” trong thực nghiệm Pictogram.

- Ở những BNTTPL trí nhớ trực tiếp và trí nhớ ngắn hạn có giao thoa có mối tương quan thuận, còn giữa trí nhớ gián tiếp và hai loại trí nhớ còn lại có mối tương quan không chặt chẽ.

- Tuy khả năng ghi nhớ của BNTTPL đã bị giảm sút nhưng sự củng cố và vận dụng các công cụ ghi nhớ vẫn có tác động nâng cao khối lượng ghi nhớ của bệnh nhân.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Sinh Phúc; Nguyễn Văn Nhận (2007), *Trắc nghiệm tâm lý lâm sàng*, NXB Quân đội nhân dân.
2. Quán Trường Sơn; Nguyễn Thị Hương; Nguyễn Thu Linh; Lê Thị Thu Quỳnh (2008), “*Bước đầu đánh giá trí nhớ của 43 bệnh nhân tâm thần phân liệt bằng Thực nghiệm ghi nhớ 10 từ và Thực nghiệm Pictogram*”, Báo cáo tổng kết đề tài cấp cơ sở, Bệnh viện tâm thần Trung ương I.
3. Roberts Feldman (2005), *Tâm lý học căn bản*, (Biên dịch: Minh Đức – Hồ Kim Chung), NXB Văn hoá thông tin.

4. Lê Thị Bùng; Nguyễn Thị Vân Hương (2005). *Những điều kỳ diệu về tâm lý con người*. NXB Đại học Sư phạm.
5. Học viện Quân y – Bộ môn Tâm thần và Tâm lý y học (2007). *Tâm thần học và tâm lý y học* (Tập bài giảng dạy đại học), NXB Quân đội nhân dân.
6. Trần Thành Nam (2004). *Nghiên cứu phương pháp Pictogram trên kết quả thực nghiệm của bệnh nhân tâm thần phân liệt*. Luận văn thạc sĩ tâm lý học. trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn.
7. Шапарь В.Б. и др (2002). *Практическая психология инструментов* - Ростов н/Д. Издательство "Феникс".