

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU TRÍ TUỆ Ở BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT BẰNG TEST TRÍ TUỆ WECHSLER

Nguyễn Sinh Phúc

Bệnh viện 103 - Học viện Quân y.

Nguyễn Thị Vân

Bệnh viện Tâm thần Trung ương.

1. Đặt vấn đề

Bệnh tâm thần phân liệt (TTPL) là một trong những bệnh tâm thần nặng. Theo các số liệu thống kê của Tổ chức Y tế thế giới thì bệnh TTPL chiếm 0,6 - 1,5% dân số thế giới. Ở nước ta, tỷ lệ này vào khoảng 0,3 - 1% [2]. Nhiều nghiên cứu cho thấy, có tới 90% số bệnh nhân TTPL tiến triển thành mạn tính, 95% - 98% các trường hợp bị tái phát. Tiến triển mạn tính và tái phát nhiều lần thường dẫn đến các di chứng tâm thần với những mức độ khác nhau như tư duy nghèo nàn, giảm ý chí, thu mình, cảm xúc thờ ơ, giảm hoạt động...

Trong lâm sàng tâm thần TTPL, bên cạnh những rối loạn về tri giác, cảm xúc... các rối loạn trí tuệ cũng rất được nhiều tác giả chú ý. Theo phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD - 10), về cơ bản, năng lực trí tuệ của bệnh nhân TTPL còn được duy trì. Trên thực tế, có những người bị bệnh TTPL song khả năng lao động trí tuệ không hề giảm sút. Do vậy, không phải cứ bị bệnh tâm thần nói chung, TTPL nói riêng thì trí tuệ sẽ bị suy giảm.

Trí tuệ là hiện tượng tâm lý phức tạp. Nó có liên quan đến các hiện tượng tâm lý khác, trước hết là với tư duy. Một khi quá trình tư duy bị rối loạn, trí tuệ ít nhiều cũng bị biến đổi theo.

M. Bleuler (1941) đã nghiên cứu trí tuệ ở 500 bệnh nhân TTPL, với thời gian là 15 năm, kể từ khi khởi phát. Kết quả là: có 25% số bệnh nhân tiến triển nặng nề và dần dần bị sa sút trí tuệ. Theo G.V. Zenevich (1964), tỷ lệ bệnh nhân kháng điều trị khá cao (65,5%), trong đó có 19% bệnh tiến triển trầm trọng đến sa sút trí tuệ. D.N. Allen và CS (1998), đã làm test trí tuệ Wechsler (WAIS) ở 169 bệnh nhân TTPL nam và 250 người đối chứng, kết quả là các bệnh nhân TTPL có điểm số thấp ở tất cả các test. B.B. Sheiman và các CS (2000); S. Mohamed, J.S. Paulsen, D. O'leary và cộng sự (2000), trên cơ sở nghiên cứu của mình cũng đã khẳng định ở bệnh nhân TTPL có rối loạn trí tuệ. L.J. Sheidman (2002), đã nghiên cứu trí tuệ ở 2 nhóm bệnh nhân TTPL và

rối loạn cảm xúc lưỡng cực. Kết quả cho thấy, IQ ở bệnh nhân TTPL thấp hơn hẳn IQ ở bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực.

Ở nước ta, bước đầu đã có những nghiên cứu về trí tuệ ở bệnh nhân TTPL, nhưng các nghiên cứu đó chưa có nhiều và chưa sâu. Để góp phần làm sáng tỏ những đặc điểm trí tuệ của bệnh nhân TTPL, chúng tôi tiến hành trắc nghiệm trí tuệ Wechsler đối với nhóm bệnh nhân TTPL.

2. Khách thể và phương pháp nghiên cứu

2.1. Khách thể

Chúng tôi lựa chọn 2 nhóm bệnh nhân: paranoid và di chứng, bởi đây là 2 thể bệnh TTPL thường gặp. Trong khi thể paranoid diễn hình với các hoang tưởng và ảo giác (hội chứng ảo giác - paranoid), có thể tiến triển từng giai đoạn với thuyên giảm một phần hay hoàn toàn hoặc tiến triển mãn tính thì thể di chứng thường diễn hình với các triệu chứng âm tính.

Mặt khác, thể di chứng thực chất là một giai đoạn mạn tính trong tiến triển của TTPL. Do vậy, thông qua kết quả trắc nghiệm trí tuệ của bệnh nhân TTPL thể di chứng, phân nào chúng ta có thể nhận xét được mức độ suy giảm trí tuệ của bệnh nhân TTPL nói chung.

Nhóm khách thể nghiên cứu gồm 60 bệnh nhân, trong đó có 30 bệnh nhân TTPL thể paranoid và 30 bệnh nhân TTPL thể di chứng. Các bệnh nhân đều đang được điều trị nội trú (trong thời điểm trắc nghiệm) tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương và khoa Tâm thần Bệnh viện 103 từ tháng 5/2002 đến tháng 4/2003. Tất cả các bệnh nhân đều được chẩn đoán xác định là TTPL theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD - 10. Các bệnh nhân này tương đối tỉnh táo, tiếp xúc tốt và hợp tác trong quá trình khám, tuổi từ 17 - 56, có trình độ văn hoá từ trung học cơ sở (THCS) trở lên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Ở nước ta hiện nay, trắc nghiệm trí tuệ Raven được ưa dùng hơn bởi tính tiện lợi của nó. Tuy nhiên, test này không cung cấp nhiều thông tin cho chúng ta nếu như cần phải đi sâu phân tích các khía cạnh của trí tuệ. Chính vì lẽ đó, chúng tôi lựa chọn test trí tuệ Wechsler, bản dành cho người lớn (WAIS), bởi trắc nghiệm này bao gồm nhiều bài khác nhau.

Toàn bộ test gồm 11 tiểu test được chia thành 2 loại: dùng lời (verbal) và phân thực thi (performance). Phần dùng lời gồm có các tiểu test: thông tin; hiểu biết; số học; tương tự; nhớ dãy số và vốn từ. Các tiểu test thực thi gồm: ghi kí hiệu; tìm nét thiếu; xếp khối theo sơ đồ; ghép tranh và chấp hình.

Kết quả làm test của mỗi bệnh nhân được tính thành điểm, từ điểm thô quy theo điểm IQ cho từng phần và cho toàn bộ.

3. Kết quả

Bảng 1: IQ trung bình của 2 nhóm nghiên cứu

Thể bệnh IQ	Paranoid (n = 30) $\bar{X} \pm SD$ (I)	Di chứng (n = 30) $\bar{X} \pm SD$ (II)	Cộng (n = 60) $\bar{X} \pm SD$	P_{I-II}
IQ lời (1)	93,87 ± 11,41	82,63 ± 14,32	88,25 ± 12,86	p < 0,001
IQ việc (2)	82,73 ± 10,40	72,20 ± 12,26	77,47 ± 11,33	
IQ toàn bộ	88,57 ± 10,56	77,72 ± 13,50	83,15 ± 12,03	
P_{1-2}	< 0,001	< 0,01	< 0,001	

Bảng 2: So sánh mức độ trí tuệ của 2 nhóm bệnh nhân

IQ	Nhóm BN	Nhóm paranoid		Nhóm di chứng	
		n	%	n	%
Rất kém (< 70)		1	3,3	10	33,3
Kém (70 - 79)		0	0	7	23,3
TB yếu (80 - 89)		19	63,3	9	30,1
TB (90 - 109)		8	26,7	4	13,3
Thông minh (110 - 119)		2	6,7	0	0
Xuất sắc (120 - 129)		0	0	0	0
Cộng		30	100	30	100

Kết quả ở bảng 1 cho thấy, chỉ số IQ của cả 2 nhóm bệnh nhân khá thấp: 83,15 ± 12,03. So sánh giữa 2 nhóm bệnh nhân có sự khác nhau khá rõ rệt. Nếu như chỉ số IQ toàn thể trung bình của nhóm paranoid ở mức độ trung bình dưới thì ở nhóm di chứng là mức độ yếu (theo phân loại của ICD - 10 cũng như Wechsler, IQ dưới 70 được xếp vào chậm phát triển). Sự khác biệt giữa 2 nhóm là đáng kể. Ở cả 2 nhóm, IQ thực thi đều thấp hơn đáng kể so với IQ lời (p < 0,001). Tuy nhiên, cũng cần lưu ý rằng, ngay trong nhóm những người khỏe mạnh, IQ lời thường cao hơn IQ thực thi (Trần Di Ái và CS, 1991; Nguyễn Việt và CS, 1994).

Bảng 2 cho thấy sự khác biệt giữa 2 nhóm được tạo nên chủ yếu là do có đến 1/3 số bệnh nhân TTPL thể di chứng có IQ thấp dưới 70, trong khi đó, ở nhóm paranoid, chủ yếu là ở mức độ từ 80 - 89. Bên cạnh đó, cũng có thể thấy trong số bệnh nhân TTPL thể paranoid cũng có 2 bệnh nhân đạt chỉ số IQ cao.

Ở bệnh nhân TTPL thể paranoid, mặc dù quá trình tư duy của họ bị rối loạn (có các hoang tưởng, tư duy vang thành tiếng...) nhưng đây chủ yếu là các triệu chứng dương tính và thường đáp ứng tốt với điều trị. Ngoài ra, các triệu chứng khác như những rối loạn về ngôn ngữ, chú ý và hoạt động có ý chí thường mờ nhạt và không chiếm ưu thế. Điều này phần nào làm hạn chế sự giảm sút trí tuệ ở bệnh nhân TTPL thể paranoid. (TTPL thể paranoid cũng chính là thể bệnh mà John Forbes Nash đã

mắc phải và sau 20 năm bị bệnh mà ông vẫn đoạt được giải Nobel kinh tế vào năm 1994).

Ngược lại, nhóm di chứng là thời kỳ sau của giai đoạn toàn phát, quá trình biến đổi bệnh lý đã qua nhiều thời kỳ. Động lại trong bệnh cảnh lâm sàng là các triệu chứng âm tính chiếm ưu thế và phổ biến. Đó là các triệu chứng như: cảm xúc cùn mòn; ngôn ngữ nghèo nàn về nội dung; tư duy chậm chạp, ngắt quãng; thiếu ý chí; cách ly xã hội...

Các triệu chứng âm tính lại rất ít đáp ứng với thuốc điều trị, mặc dù ngày nay đã có nhiều loại thuốc mới. Những thuốc này có tác dụng khá hơn đến các triệu chứng âm tính nhưng mới chỉ khá hơn chứ chưa cải thiện được nhiều. Và chính những biến đổi lâu dài, dai dẳng của các triệu chứng trên đã kéo theo những biến đổi sâu sắc về trí nhớ, trí tuệ của bệnh nhân TTPL thể di chứng. Điều này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi: IQ lời TB là 82,63 (ở mức TB yếu), IQ việc TB là 72,20 (ở mức kém) và IQ toàn bộ là 77,72 (ở mức kém).

Bảng 3 trình bày kết quả của 2 nhóm qua từng tiểu test. Điểm chuẩn TB của các tiểu test kí hiệu, chấp hình, xếp khối ở cả 2 nhóm đều thấp nhất. Đây đều là các tiểu test của phần việc. J. Cutting (1996) cũng cho thấy sự suy giảm biểu hiện ở tất cả các mục trong thang đo trí tuệ của WAIS, đặc biệt là ở các test thực hành như tiểu test kí hiệu, xếp khối. Spollin và CS cũng đưa ra kết luận là khả năng suy luận logic (toán học) của bệnh nhân TTPL tốt hơn khả năng thực hành.

Bảng 3: Điểm chuẩn trung bình các tiểu test ở 2 nhóm khách thể nghiên cứu

Thẻ bệnh Tiểu test	Paranoid (n = 30)		Di chứng (n = 30)		p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
Thông tin	8,60	1,89	6,37	3,06	< 0,001
Hiểu biết	9,30	3,39	5,77	3,54	
Toán	8,60	1,75	6,17	2,68	
Tương tự	8,10	2,58	6,40	2,47	
Dãy số	10,70	1,44	8,37	1,27	
Vốn từ	9,43	2,78	6,67	2,56	
Tổng lời	54,73	11,02	40,33	14,72	
Ký hiệu	4,57	1,28	2,93	2,33	
Nét thiếu	9,90	2,19	7,60	2,28	
Xếp khối	6,73	3,21	3,97	1,87	
Ghép tranh	9,50	3,37	5,10	4,03	
Chấp hình	4,97	1,75	2,95	1,19	
Tổng việc	35,67	8,62	22,17	9,90	
Tổng	90,40	18,38	62,50	23,60	

Trong trắc nghiệm WAIS, tiểu test kí hiệu cho phép đánh giá trình độ kỹ xảo của thị giác - vận động và năng lực tổng hợp các kích thích thị giác - vận động. Hay

nói cách khác, tiểu test này đòi hỏi sự kết hợp nhịp nhàng của tay - mắt, và đặc biệt cần sự tập trung cao. Tiểu test xếp khối và tiểu test chấp hình đều nhằm đánh giá khả năng phối hợp cảm giác - vận động, đánh giá khả năng thực hiện các thao tác trên vật liệu và đánh giá khả năng phân tích tổng hợp, để từ một bộ phận mà hình thành toàn bộ khách thể nghiên cứu. Mà ở bệnh nhân TTPL đều có sự rối loạn sâu sắc các quá trình trên, nên điểm của các tiểu test này thấp là điều dễ hiểu.

Chỉ số IQ không phải là bẩm sinh, di truyền mà ngược lại, nó chịu nhiều ảnh hưởng của môi trường giáo dục. Sự khác biệt về kết quả thực hiện các bài tập do IQ theo trình độ văn hoá đã được nhiều người đề cập đến. Liệu trong điều kiện bệnh lý, sự khác biệt đó có còn hay không? Kết quả ở bảng 4 và bảng 5 đã phần nào làm sáng tỏ điều đó.

Bảng 4: IQ với trình độ văn hoá ở nhóm paranoid

Văn hoá IQ	THCS (n = 16)		THPT (n = 10)		Đại học (n = 4)		p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
IQ lời	88,13	8,14	93,94	10,22	107,75	7,27	< 0,05
IQ việc	76,13	6,94	82,94	10,39	90,05	6,36	
IQ toàn bộ	83,25	8,43	88,72	9,37	98,50	4,23	

Qua bảng 4 cho thấy, ở nhóm bệnh nhân paranoid thì những người có trình độ đại học có IQ lời, IQ việc, IQ toàn bộ cao hơn hẳn nhóm bệnh nhân khác. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có sự tương quan giữa trình độ văn hoá của nhóm bệnh nhân TTPL thể paranoid với IQ lời ($r = 0,53$); IQ việc ($r = 0,45$) và IQ toàn bộ ($r = 0,52$).

Bảng 5: IQ với trình độ văn hoá ở nhóm di chứng

Văn hoá IQ	THCS (n = 16)		THPT (n = 10)		Đại học (n = 4)		p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
IQ lời	74,81	5,90	82,10	13,97	105,00	14,79	< 0,05
IQ việc	60,69	7,71	72,80	15,25	84,25	8,85	
IQ toàn bộ	67,13	7,15	77,50	14,42	95,25	6,19	

Qua bảng 5 cho thấy, ở nhóm bệnh nhân di chứng thì những người có trình độ đại học có IQ lời, IQ việc, IQ toàn bộ cao hơn hẳn nhóm bệnh nhân khác. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có sự tương quan giữa trình độ văn hoá của nhóm bệnh nhân TTPL thể di chứng với IQ lời ($r = 0,74$); IQ việc ($r = 0,51$) và IQ toàn bộ ($r = 0,68$). Ở cả 2 nhóm khách thể nghiên cứu đều có sự tương quan giữa chỉ số IQ và trình độ văn hoá với hệ số $r = 0,58$.

Sự khác biệt như vậy có thể được giải thích bởi khi bệnh nhân đã có trình độ học vấn cao hơn, thì khả năng ý thức về bệnh tật cũng có phần tốt hơn. Từ đó, việc phát hiện ra bệnh cũng có phần sớm hơn, việc tuân thủ điều trị cũng có phần tốt hơn và quá trình dẫn đến sa sút cũng chậm hơn.

Bảng 6: Kết quả IQ theo thời gian bị bệnh của nhóm paranoid

Thời gian (năm) IQ	1 - 5 (n = 22)		5 - 9 (n = 5)		10 - 14 (n = 3)		p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
IQ lời	92,82	11,72	94,40	8,05	100,6 7	15,31	> 0,05
IQ việc	82,05	10,17	79,60	7,57	93,00	13,45	
IQ toàn bộ	87,68	10,73	88,00	7,91	96,00	14,12	

Qua bảng 6 cho thấy, ở nhóm bệnh nhân TTPL thể paranoid thì sự khác biệt về IQ giữa các bệnh nhân có thời gian bị bệnh khác nhau là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Không có sự tương quan giữa thời gian bị bệnh của TTPL thể paranoid với chỉ số IQ.

Bảng 7: Kết quả IQ theo thời gian bị bệnh của nhóm di chứng

Thời gian (năm) IQ	< 10 (n = 11)		10 - 20 (n = 10)		> 20 (n = 9)		p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
IQ lời	89,91	14,00	78,90	15,24	71,22	12,99	< 0,05
IQ việc	73,82	15,24	61,10	11,18	59,22	13,44	
IQ toàn bộ	82,64	3,93	59,22	13,44	64,44	4,78	

Qua bảng 7 cho thấy, ở nhóm bệnh nhân TTPL thể di chứng thì sự khác biệt về IQ giữa các bệnh nhân có thời gian bị bệnh khác nhau là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có sự tương quan nghịch chặt chẽ giữa thời gian bị bệnh của TTPL thể di chứng với IQ lời ($r = -0,59$); IQ thực thi ($r = -0,54$) và IQ toàn bộ ($r = -0,57$). Như vậy, có thể thấy, không nhất thiết cứ bị bệnh TTPL và kéo dài thì đều dẫn tới suy giảm trí tuệ. Sự suy giảm đó còn phụ thuộc vào thể bệnh.

4. Kết luận

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có sự suy giảm rõ rệt về trí tuệ của bệnh nhân TTPL. Tuy nhiên, sự suy giảm trí tuệ này cũng không đồng đều. IQ phần thực thi giảm nhiều hơn so với IQ dùng lời; của nhóm bệnh nhân thể di chứng giảm.

Tài liệu tham khảo

1. Trần Di Ái, Nguyễn Sỹ Long và CS. *Tương quan giữa thương trí qua bộ test Wechsler với kết quả*

- học tập ở một quần thể sinh viên y khoa. Kỹ yếu công trình khoa học, Tổng hội Y Dược học VN, 1991, tr. 32 - 37.
2. Nguyễn Đăng Dung, Nguyễn Văn Ngân. *Bệnh tâm thần phân liệt. Một số chuyên đề tâm thần*. Học viện Quân y, 1996, tr. 39 - 61.
3. P. Gory & J. Grath. *Tâm thần phân liệt và các rối loạn có liên quan*. Trong *Cơ sở của lâm sàng tâm thần học*. Hiệu đính sang tiếng Việt: Trần Viết Nghị và CS, NXB Y học, Hà Nội, 2003, tr. 295 - 316.
4. Ngô Công Hoàn, Nguyễn Thị Thanh Bình, Nguyễn Thị Kim Quý. *Những trắc nghiệm tâm lý*. Tập 1, NXB ĐH Quốc gia, Hà Nội, 1990, tr. 57 - 150.
5. Phan Trọng Ngọ, Dương Diệu Hoa, Nguyễn Lan Anh. *Tâm lý học trí tuệ*. ĐH Quốc gia, Hà Nội, 2001.
6. Nguyễn Việt, Nguyễn Viết Thiêm, Trần Thị Bình An và CS. *Sử dụng bộ trắc nghiệm WAIS tìm hiểu trí tuệ ở một quần thể nhân dân ngoại thành Hà Nội*. Công trình nghiên cứu khoa học, Bộ Y tế, 1994, tr. 279 - 284.
7. D.H. Allen et al. *Confirmatory factor analysis of the WAIS in patients schizophrenia*. Schizophr. Res, 1998, 34 (1 - 2), p. 87 - 94.
8. G.P. Ammiger, M. Schogelhofer, T. Lehner et al. *Premorbid performance IQ deficit in schizophrenia*. Acta. Psychiatr. Scand, 2000, 102 (6), p. 414 - 422.
9. J.J. Ryan, M.E. Weilage, W.D. Spauding. *Accuracy of the seven subtest WAIS-R shortform in chronic schizophrenia*. Schizophr. Res, 1999, 39(1), p. 79 - 83.