

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ các rối loạn tâm thần ngày càng gia tăng ở các nước đang phát triển. Cùng với tăng trưởng kinh tế, quá trình công nghiệp hóa, hiện đại hóa, đô thị hóa, cơ chế thị trường... là sự gia tăng các rối loạn liên quan đến stress trong đó có rối loạn phân ly.

Rối loạn phân ly là một rối loạn chức năng có liên quan chặt chẽ với sang chấn tâm lý và nhân cách người bệnh. Theo Kaplan – Sadock rối loạn phân ly vận động và cảm giác khá phổ biến; chiếm khoảng 0,22% dân số; Theo Deveci và cộng sự (2007) tỷ lệ rối loạn phân ly vận động và cảm giác ở Thổ Nhĩ Kỳ là 5,6%; Kozłowska và cộng sự (2007) nhận thấy ở Úc tỷ lệ rối loạn phân ly vận động và cảm giác ở trẻ em là 0,042%... Những nghiên cứu trên đã chỉ ra tỷ lệ mắc rối loạn phân ly vận động và cảm giác ở mỗi quốc gia và ở các đối tượng nghiên cứu là khác nhau.

Bệnh cảnh lâm sàng của rối loạn phân ly vận động và cảm giác rất đa dạng, biểu hiện bằng nhiều loại triệu chứng từ các triệu chứng cơ thể đến các triệu chứng thần kinh như liệt, mù, câm, tê bì... nên rối loạn phân ly vận động và cảm giác đã gây không ít những khó khăn và nhầm lẫn trong chẩn đoán phân biệt giữa các bệnh chức năng và thực thể. Mặt khác, rối loạn phân ly thường phát sinh ở những người có những nét nhân cách yếu với đặc điểm dễ tái diễn triệu chứng, các trạng thái rối loạn phân ly kéo dài trên 2 năm điều trị không có kết quả có thể gây ảnh hưởng đến các chức năng tâm lý – xã hội của người bệnh.

Bởi vậy, việc nhận dạng được hình thái lâm sàng của rối loạn phân ly vận động và cảm giác cũng như nhận biết sớm các nét tính cách phân ly là một vấn đề cần thiết trong thực hành lâm sàng nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh.

1. Mục tiêu nghiên cứu

1.1. Phân tích đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân rối loạn phân ly vận động và cảm giác.

1.2. Mô tả một số đặc điểm nhân cách của bệnh nhân rối loạn phân ly vận động và cảm giác.

1.3. Phân tích mối liên quan giữa đặc điểm nhân cách và các thể lâm sàng của bệnh nhân rối loạn phân ly vận động và cảm giác.

2. Bố cục của luận án

- Nội dung chính của luận án gồm 134 trang với 35 bảng, 14 biểu đồ và 147 tài liệu tham khảo với bố cục sau: đặt vấn đề 3 trang, tổng quan tài liệu 35 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 15 trang, kết quả nghiên cứu 35 trang, bàn luận 41 trang, ca lâm sàng 2 trang, kết luận và kiến nghị 3 trang.

- Phần tài liệu tham khảo có tài liệu bao gồm 26 tài liệu tiếng Việt, 121 tài liệu tiếng Anh.

- Phụ lục gồm danh sách bệnh nhân nghiên cứu, bệnh án nghiên cứu, hồ sơ tâm lý cá nhân, các trắc nghiệm tâm lý EPI, MMPI, Beck, Zung.

3. Những đóng góp khoa học và giá trị thực tiễn của luận án

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng đặc trưng của rối loạn phân ly trong giai đoạn hiện nay là những cái mới có ý nghĩa đóng góp cho lâm sàng của rối loạn phân ly nói chung cũng như hình thái lâm sàng của rối loạn phân ly tại Việt Nam nói riêng. Kết quả nghiên cứu là cần thiết cho các chuyên khoa khác đồng thời cũng rất cần thiết cho chuyên khoa Tâm thần bởi vì còn có tỷ lệ đáng kể bệnh nhân rối loạn phân ly bị chẩn đoán nhầm với bệnh lý cơ thể và đang được điều trị tại các chuyên khoa khác.

Vấn đề nhân cách bệnh nhân rối loạn phân ly cho đến nay ở Việt Nam cũng như trên thế giới chưa được nghiên cứu một cách hệ thống, đây cũng là vấn đề mới. Nghiên cứu đặc điểm nhân cách bệnh nhân rối loạn phân ly có sự hỗ trợ của các TNTL đánh giá nhân cách là những đóng góp mới rất có ý nghĩa cả về phương diện lý thuyết và lâm sàng trong chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh.

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. NHỮNG VẤN ĐỀ CHUNG VỀ RỐI LOẠN PHÂN LY

1.1.1. Khái niệm và phân loại rối loạn phân ly

Lịch sử của thuật ngữ “*Rối loạn phân ly*” rất phức tạp. Trước đây rối loạn chuyển di (RLCD) và rối loạn phân ly (RLPL) cùng có tên gọi là Hysteria.

Năm 1980, Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ sử dụng thuật ngữ: “*Rối loạn chuyển di*” (Conversion Disorders) trong DSM-III để định nghĩa cho tình trạng mất hoặc thay đổi cấp tính các chức năng của cơ thể gợi ý về một bệnh lý thần kinh (ví dụ: mất cảm giác hoặc liệt...) trong khi không có bằng chứng khách quan và trong hoàn cảnh stress tâm lý. Thuật ngữ: “*Rối loạn phân ly*” (Dissociative Disorders) được dùng để chỉ bệnh cảnh mất một phần hoặc hoàn toàn các chức năng của nhận dạng, trí nhớ và ý thức, ở đây xung đột tâm lý được chuyển thành triệu chứng tâm thần. Trong DSM IV (1994) các thuật ngữ về cơ bản vẫn giữ nguyên và RLCD được xếp trong nhóm rối loạn dạng cơ thể, còn RLPL lại thuộc một nhóm khác.

Theo hệ thống phân loại bệnh quốc tế ICD, trong ICD-10 thuật ngữ “*Rối loạn phân ly*” (chuyển di) (Dissociative (Conversion) disorder) được dùng để định nghĩa cho bệnh cảnh mất một phần hay hoàn toàn sự hợp nhất bình thường giữa trí nhớ, quá khứ, ý thức về đặc tính cá nhân với những cảm giác trực tiếp và sự kiểm soát vận động của cơ thể.

Các RLPL vận động và cảm giác trong ICD-10 gồm các mã bệnh từ F44.4-F44.7:

- Rối loạn vận động phân ly (F44.4).
- Co giật phân ly (F44.5).
- Mê và mất giác quan phân ly (F44.6).
- Các rối loạn phân ly hỗn hợp (F44.7).

1.1.2. Một vài đặc điểm dịch tễ học rối loạn phân ly

1.1.2.1. Tỷ lệ mắc chung

Theo Kaplan-Sadock, tỉ lệ RLPL vận động và cảm giác là 0,22% dân số; chiếm 5-15% bệnh nhân đến khám tại các phòng khám đa khoa.

1.1.2.2. Giới

RLPL gặp ở nữ nhiều hơn nam; tỷ lệ nữ/ nam là 2/1 đến 10/1.

1.1.2.3. Rối loạn phân ly tập thể

Đa số các RLPL xuất hiện trên các cá nhân nhưng cũng có thể phát triển thành “dịch”. Nhiều nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng các rối loạn tâm thần hàng loạt xảy ra đột ngột trong dân cư đa số có chẩn đoán RLPL.

1.1.2.4. Khu vực sống và tình trạng văn hóa xã hội

RLPL thường xảy ra trên những bệnh nhân sống ở nông thôn, điều kiện kinh tế khó khăn có trình độ văn hóa thấp.

1.1.3. Bệnh nguyên và bệnh sinh rối loạn phân ly

1.1.3.1. Vai trò của nhân cách trong rối loạn phân ly

1.1.3.2. Vai trò của sang chấn tâm lý (stress) trong rối loạn phân ly

Những stress có thể gây RLPL liên quan đến những hoàn cảnh xung đột, những vấn đề không giải quyết được, những mối quan hệ phức tạp giữa người với người hoặc đôi khi là các nhu cầu tâm lý không được đáp ứng tác động vào tâm thần gây ra các cảm xúc mạnh, phần lớn là các xúc cảm tiêu cực như lo lắng, buồn rầu, tức giận, ghen tuông, thất vọng...

1.1.3.3. Yếu tố sức khỏe thể chất chung

Các bệnh lý cơ thể như nhiễm khuẩn, nhiễm độc, chấn thương sọ não... đó là các nhân tố làm suy yếu hệ thần kinh, làm giảm sút hoạt động của vỏ não và tăng cường hoạt động dưới vỏ có thể tạo điều kiện thuận lợi phát sinh rối loạn phân ly.

1.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN PHÂN LY

1.2.1. Triệu chứng lâm sàng rối loạn phân ly vận động và cảm giác

Có một hoặc nhiều triệu chứng về vận động và cảm giác tự động gợi ý về một bệnh thần kinh. Các triệu chứng này xuất hiện liên quan trực tiếp với các SCTL.

- + Triệu chứng vận động
- + Triệu chứng co giật
- + Triệu chứng cảm giác
- + Triệu chứng giác quan

1.2.2. Chẩn đoán rối loạn phân ly vận động và cảm giác

- Trước hết phải đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn phân ly theo ICD 10:

- (A). Các nét lâm sàng biệt định cho các rối loạn cá nhân trong chương F44.
- (B). Không có bằng chứng của một rối loạn cơ thể nào có thể giải thích các triệu chứng.
- (C). Bằng chứng có nguyên nhân tâm lý dưới dạng kết hợp rõ rệt về thời gian với sự kiện gây sang chấn và những vấn đề hoặc các mối quan hệ bị rối loạn.
- Đáp ứng tiêu chuẩn về triệu chứng lâm sàng của rối loạn phân ly vận động và cảm giác.

1.2.3. Điều trị rối loạn phân ly

Mọi triệu chứng RLPL có thể tự mất hoặc sau một quá trình điều trị. Tuy nhiên các triệu chứng dễ tái diễn. RLPL là bệnh tâm sinh nên trong điều trị liệu pháp tâm lý có vai trò quan trọng trong việc điều trị triệu chứng cũng như dự phòng tái diễn bệnh.

1.3. ĐẶC ĐIỂM NHÂN CÁCH VÀ BỆNH LÝ NHÂN CÁCH TRONG RỐI LOẠN PHÂN LY

Các nhà tâm lý học nghiên cứu nhân cách thấy rằng những bệnh nhân có nhân cách phân ly được thể hiện ở một trong những đặc điểm sau:

- Cố gắng bằng mọi cách làm cho người xung quanh chú ý đến mình.
- Thiếu sự chân thật, khách quan đối với những người khác cũng như đối với chính mình, thường xuyên đòi hỏi người khác phải chú ý đến mình. Đời sống tình cảm của người có nhân cách phân ly luôn thay đổi, cảm xúc nông cạn, dễ thay đổi khí sắc, dễ bị ám thị, tăng cảm giác...
- Một đặc điểm mà nhiều tác giả coi là rất điển hình đối với bệnh nhân RLPL đó là xu hướng thích hoặc mong muốn ốm, lẫn trốn vào trạng thái bệnh tật và trục lợi trong bệnh tật của mình.

Những nét nhân cách phân ly của bệnh nhân được thể hiện khá rõ nét trên lâm sàng và trên các kết quả trắc nghiệm tâm lý (TNTL) đánh giá nhân cách.

* Tại Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai sử dụng trắc nghiệm tâm lý Eysenck (EPI) và trắc nghiệm tâm lý MMPI là hai trắc nghiệm tâm lý đánh giá nhân cách phổ biến dưới dạng câu hỏi.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm tất cả 115 bệnh nhân được chẩn đoán RLPL vận động và cảm giác với các thể lâm sàng khác nhau, theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10. Các bệnh nhân này được điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5 năm 2010 đến tháng 11 năm 2011.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu

Bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu phải đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán RLPL vận động và cảm giác (mục F44.4 - F44.7) của Bảng Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi của Tổ chức Y tế Thế giới (ICD-10) năm 1992.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

Không nhận vào nhóm nghiên cứu các đối tượng sau:

- Có bệnh lý thực thể về nội khoa, thần kinh.
- Các trường hợp bệnh nhân không hợp tác tham gia nghiên cứu.
- Những bệnh nhân có trình độ văn hóa dưới mức trung học cơ sở.

2.1.4. Tiêu chuẩn chẩn đoán các thể lâm sàng của rối loạn phân ly vận động và cảm giác

- * Tiêu chuẩn chẩn đoán các rối loạn vận động phân ly (F44.4):
- * Tiêu chuẩn chẩn đoán co giật phân ly (F44.5):
- * Tiêu chuẩn chẩn đoán tê và mất giác quan phân ly (F44.6):
- * Tiêu chuẩn chẩn đoán các rối loạn phân ly hỗn hợp (F44.7):
- * Thời gian nghiên cứu: từ năm 2010 đến năm 2013

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

2.2.1.1. Công thức tính cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức: “Ước tính một tỷ lệ trong quần thể”.

$$n = Z^2 \frac{p \cdot (1 - p)}{1 - \alpha/2 (p\varepsilon)^2}$$

n : cỡ mẫu tối thiểu; α : mức ý nghĩa thống kê; $Z^2(1-\alpha/2)$: hệ số tin cậy; khi $\alpha = 0,05$ (độ tin cậy 95%) thì $Z^2(1-\alpha/2) = 1,96^2$; p : tỷ lệ triệu chứng có gặt theo nghiên cứu trước = 33%; ε : giá trị tương đối = 0,3.

Thay vào công thức, cỡ mẫu được chọn tối thiểu là 87. Trong nghiên cứu này cỡ mẫu là 115 bệnh nhân.

2.2.1.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả tiến cứu và nghiên cứu từng trường hợp gồm các bước:

+ Mô tả lâm sàng cắt ngang: mô tả các triệu chứng lâm sàng của RLPL và mô tả những nét tính cách của bệnh nhân; phân tích so sánh các triệu chứng và các nét tính cách.

+ Nghiên cứu từng trường hợp: sử dụng phương pháp trò chuyện, phỏng vấn sâu bệnh nhân được sinh ra và lớn lên như thế nào, có những đặc điểm tính tình gì. Nghiên cứu những điều kiện của môi trường xã hội xung quanh, các mối quan hệ, hoàn cảnh sống và những đặc điểm tính tình của bệnh nhân thời điểm hiện tại. Trong điều kiện bệnh viện, người nghiên cứu theo dõi bệnh nhân thông qua các mối quan hệ giữa bệnh nhân với nhân viên y tế, với các bệnh nhân khác, việc thực hiện y lệnh và các chế độ điều trị.

+ Thực hiện các TNTL và phân tích kết quả trắc nghiệm.

2.2.2. Phương pháp thu thập số liệu

- Công cụ chẩn đoán: dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán của Bảng Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 (ICD-10) năm 1992.

- Thiết lập bệnh án mẫu, hồ sơ tâm lý cá nhân theo mẫu được thiết kế chuyên biệt đáp ứng với các mục tiêu nghiên cứu, thu thập các thông tin đầy đủ cho nghiên cứu.

2.2.2.1. Thu thập các thông tin về bệnh nhân

Phỏng vấn bệnh nhân và người thân bệnh nhân theo bảng hỏi được in sẵn gồm nhiều thông tin về gia đình, tiền sử, quá trình phát triển cơ thể, tính cách, đời sống tình cảm, các sự kiện trong cuộc sống, quá trình phát sinh và diễn biến triệu chứng...

2.2.2.2. Khám lâm sàng

Người nghiên cứu trực tiếp khám lâm sàng các bệnh nhân nghiên cứu chi tiết và toàn diện về tâm thần, thần kinh, nội khoa. Theo dõi diễn biến

triệu chứng hàng ngày dưới tác động của điều trị và ghi đầy đủ vào các mục của bệnh án nghiên cứu. Có tham khảo ý kiến của các bác sỹ và hồ sơ bệnh án của bệnh nhân trong quá trình điều trị tại bệnh phòng.

2.2.2.3. Cận lâm sàng

Sử dụng trắc nghiệm tâm lý MMPI và trắc nghiệm tâm lý Eysenck (EPI) là hai trắc nghiệm đánh giá nhân cách được sử dụng phổ biến ở Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai.

2.2.3. Công cụ thu thập thông tin

- Bệnh án nghiên cứu
- Các trắc nghiệm tâm lý: MMPI, EPI, Beck, Zung
- Hồ sơ tâm lý cá nhân

2.2.4. Nội dung nghiên cứu

2.2.4.1. Đánh giá đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

2.2.4.2. Phân tích đặc điểm lâm sàng rối loạn phân ly vận động và cảm giác

2.2.4.3. Phân tích một số đặc điểm nhân cách ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

2.2.4.4. Kết quả các trắc nghiệm tâm lý

2.3. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ SỐ LIỆU

Số liệu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học bằng phần mềm SPSS 17.0.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA NHÓM NGHIÊN CỨU

3.1.1. Tuổi của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Tuổi của nhóm nghiên cứu

Nhóm tuổi	n	%
< 20	37	32,18
20 – 29	38	33,04
30 – 39	25	21,74
≥ 40	15	13,04
Tổng số	115	100,00
$\bar{X} \pm SD$	26,36 ± 9,818	

- Tuổi < 20 tỷ lệ 32,18%; tuổi trung bình 26,36 ± 9,818.

3.1.2. Tuổi khởi phát

Bảng 2. Tuổi khởi phát bệnh

Nhóm tuổi	n	%
< 20	49	42,60
20 – 29	32	27,83
30 – 39	25	21,74
> 40	9	7,83
Tổng số	115	100,00
$\bar{X} \pm SD$	24,57 ± 9,36	

- Tuổi khởi phát ở nhóm tuổi < 20 là thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 42,6%. Tuổi khởi phát trung bình là 24,57 ± 9,36.

3.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA NHÓM NGHIÊN CỨU

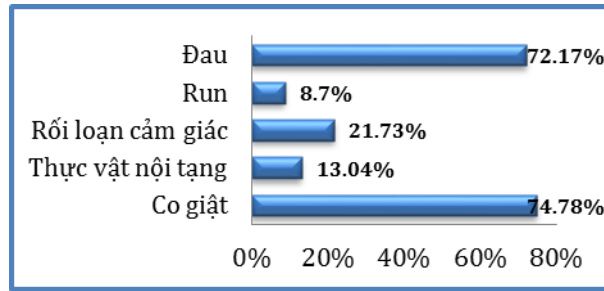
3.2.1. Đặc điểm chung của các triệu chứng

Bảng 3. Đặc điểm chung của triệu chứng

Đặc điểm của triệu chứng		n	%
Tính chất xuất hiện	Đột ngột	115	100,00
	Từ từ	0	0,00
Hoàn cảnh khởi phát	Liên quan SCTL	99	86,08
	Không tìm thấy SCTL	16	13,92

- Triệu chứng xuất hiện liên quan sang chấn tâm lý 86,08%.

3.2.2. Tần suất các triệu chứng phân ly vận động và cảm giác



Biểu đồ 1. Tần suất các triệu chứng vận động, cảm giác

- Co giật là triệu chứng thường gặp tỷ lệ 74,78%.

3.2.3. Đặc điểm triệu chứng co giật phân ly

Bảng 4. Đặc điểm triệu chứng co giật (n = 86)

Đặc điểm triệu chứng co giật		n	%
Ý thức	Không rối loạn	76	88,37
	Ý thức thu hẹp	10	11,63
Hoàn cảnh xuất hiện	Liên quan đến SCTL	73	84,88
	Không liên quan SCTL	13	15,12
Kiểu co giật	Định hình	1	1,16
	Không định hình	85	98,84
Thời gian co giật	Ngắn < 10 phút	31	36,05
	Dài > 10 phút	55	63,95
Điều trị bằng ám thị	Hết cơn	86	100,00
	Giảm cơn	0	0,00
	Không đỡ	0	0,00

- Cơn co giật liên quan đến SCTL 84,88%.

3.2.4. Đặc điểm các triệu chứng vận động phân ly

Bảng 5. Đặc điểm các triệu chứng liệt (n = 14)

Đặc điểm triệu chứng liệt		n	%
Tính chất	Liệt mềm	14	100,00
	Trương lực cơ bình thường	14	100,00
	Không có phản xạ bệnh lý	14	100,00
Vị trí	Liệt 2 chi dưới	14	100,00
	Liệt nửa người	0	0,00
	Liệt toàn thân	0	0,00
Liệt liên quan đến sang chấn tâm lý		11	78,57
Điều trị khỏi bằng liệu pháp tâm lý		14	100,00

Liên quan đến SCTL 78,57%; điều trị bằng LPTL 100%.

3.2.5. Đặc điểm triệu chứng cảm giác

Bảng 6. Đặc điểm triệu chứng đau (n = 83)

Đặc điểm triệu chứng đau		n	%
Khởi phát	Đột ngột	78	93,98
	Từ từ	5	6,02
Liên quan đến SCTL	Có	73	87,95
	Không	10	12,05
Kiểu đau	Từng cơn	70	84,34
	Liên tục	13	15,66
Quan tâm của BN tới đau	Than phiền nhiều	52	62,65
	Không than phiền	31	37,35

Đau khởi phát đột ngột 94%, liên quan SCTL 87,95%.

3.2.6. Các chuyên khoa bệnh thực thể đã điều trị

Bảng 7. Các chuyên khoa bệnh thực thể đã điều trị

Các chuyên khoa	n	%
Thần kinh	16	13,90
Tim mạch	3	2,61
Tai – Mũi – Họng	7	6,09
Mắt	5	4,35
Chuyên khoa khác	10	8,70
Chưa điều trị	74	64,35
Tổng số	115	100,00

- 35,65% số bệnh nhân điều trị tại các chuyên khoa bệnh thực thể trước khi được hội chẩn nhận về điều trị tại CKTT.

3.2.7. Đặc điểm sang chấn tâm lý liên quan khởi phát RLPL

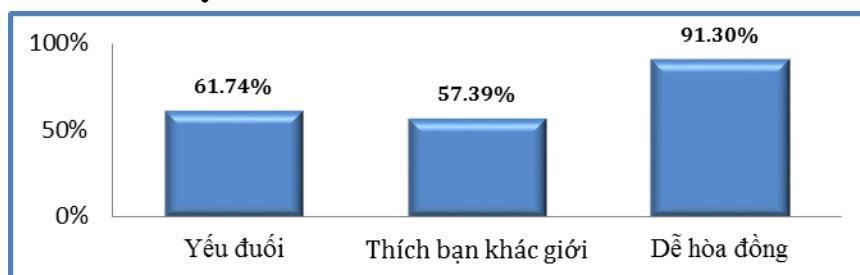
Bảng 8. Đặc điểm các sang chấn tâm lý (n = 99)

Loại sang chấn tâm lý	n	%
Sang chấn trong gia đình	45	45,45
Sang chấn trong công việc	37	37,37
Sang chấn trong xã hội	3	3,00
Sau bệnh lý cơ thể	17	17,17
Sang chấn khác	10	10,10

- Sang chấn trong gia đình có ở 45,45% số bệnh nhân.

3.3. ĐẶC ĐIỂM NHÂN CÁCH CỦA NHÓM NGHIÊN CỨU

3.3.1. Tính cách của bệnh nhân ở thời niên thiếu



Biểu đồ 2. Tính cách của bệnh nhân ở thời niên thiếu

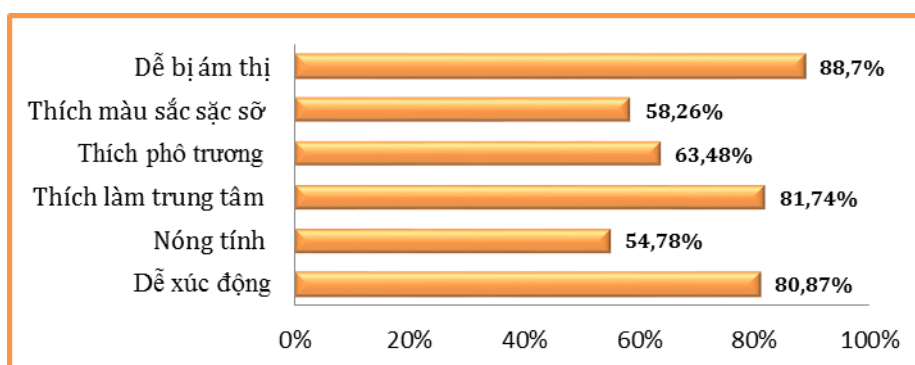
- Nét tính cách dễ hòa đồng 91,3%; nét tính cách yếu đuối 61,74%.

3.3.2. Tính cách của bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu

Bảng 9. Đặc điểm các nét tính cách

Nét tính cách	n	%
Cởi mở	89	77,40
Nhút nhát	69	60,00
Tự ti	47	40,87
Đại khái	70	60,87
Vô tâm	32	27,82

- Nét tính cách cởi mở 77,4%; nét tính cách nhút nhát 60%.



Biểu đồ 3. Đặc điểm các nét tính cách phân ly trên lâm sàng

- Tính dễ bị ám thị 88,7%; Tính thích làm trung tâm 81,87%.

3.3.3. Kết quả trắc nghiệm tâm lý Eysenck

Bảng 10. Kết quả nghiệm kê nhân cách EPI (n = 108)

Yếu tố nhân cách	Ổn định		Không ổn định		Tổng số
	n	%	n	%	
Hướng ngoại	14	12,96	55	50,93	69
Hướng nội	5	4,63	34	31,48	39
Tổng số	19	17,59	89	82,41	108

- Yếu tố hướng ngoại - không ổn định tỷ lệ 50,93%.
- Yếu tố hướng ngoại tỷ lệ 63,89%.
- Yếu tố không ổn định tỷ lệ 82,41%.

3.3.4. Kết quả trắc nghiệm tâm lý MMPI

Bảng 11. Đặc điểm nhân cách theo MMPI (n = 97)

Thang MMPI	Điểm số		Bình thường		Ranh giới		Bệnh lý		Tổng số
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hd (Nghỉ bệnh)	5	5,15	20	20,62	72	74,23			97
D (Trầm cảm)	32	32,99	29	29,90	36	37,11			97
Hy (Phân ly)	27	27,84	21	21,65	49	50,51			97
Pd (Lệch lạc NC)	48	49,48	42	43,30	7	7,21			97
Mf (Tính cách nữ)	89	91,76	8	8,24	0	0,00			97
Pa (Paranoia)	42	43,30	53	54,64	2	2,06			97
Pt (Suy nhược)	8	8,25	71	73,20	18	18,56			97
Sc (TTPL)	14	14,43	69	71,13	14	14,43			97
Ma (Hung cảm nhẹ)	74	76,29	22	22,68	1	1,03			97
Si (Hướng nội XH)	57	58,76	29	29,90	11	11,34			97

- Thang Nghi bệnh bệnh lý 74,23%; thang Hysteria bệnh lý 50,51%.

3.3.5. Kết quả điểm số thang Hysteria (Hy) trong MMPI

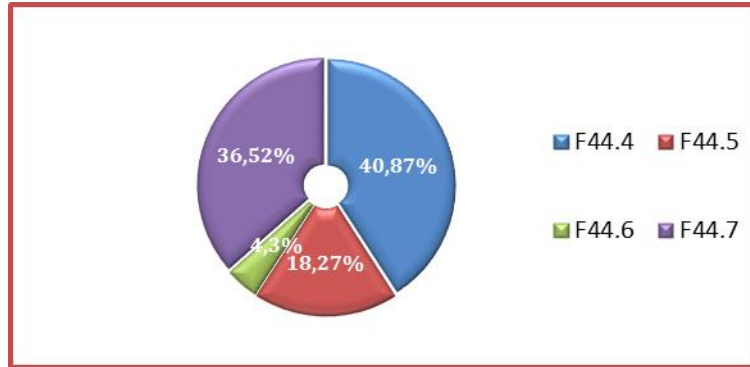
Bảng 12. Kết quả điểm số thang Hysteria (n = 97)

Mức độ điểm số Hy	n	%
Bệnh lý (> 70)	46	47,42
Bình thường (40 – 60)	27	27,84
Ranh giới (61 – 70)	19	19,59
Ranh giới (30 - 39)	2	2,06
Bệnh lý (< 30)	3	3,09
Tổng số	97	100,00

- Thang Hy điểm số bệnh lý > 70 có đến 50,51% số bệnh nhân.

3.4. MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM NHÂN CÁCH VÀ CÁC THỂ LÂM SÀNG

3.4.1. Đặc điểm các thể bệnh



Biểu đồ 4. Đặc điểm các thể bệnh

- Thể bệnh rối loạn vận động phân ly: 40,87%.

3.4.2. Kết quả điểm số hướng ngoại – hướng nội trung bình của trắc nghiệm EPI ở các thể bệnh

Bảng 13. Kết quả điểm số hướng ngoại – hướng nội trung bình ở các thể bệnh (n = 108)

Thể bệnh	n	Điểm hướng ngoại – hướng nội	p
F44.4	45	12,18 ± 3,135	p > 0,05 (khi so sánh các thể bệnh với nhau)
F44.5	20	11,90 ± 2,222	
F44.6	4	10,50 ± 2,887	
F44.7	39	12,26 ± 3,274	
Tổng số	108		

Không có sự khác biệt điểm hướng ngoại – hướng nội ở các thể bệnh.

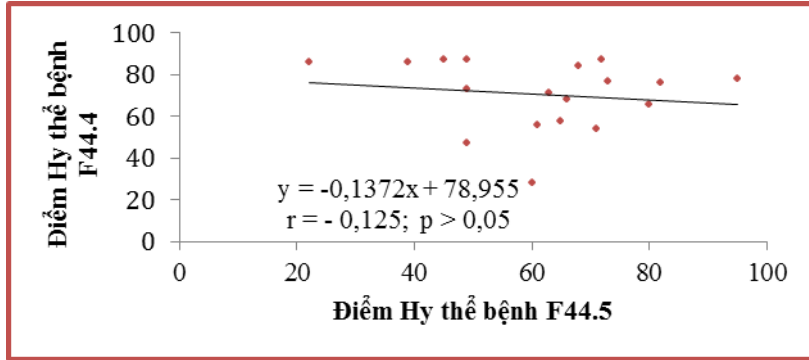
3.4.3. Kết quả điểm số Hy ở các thể bệnh

Bảng 14. Kết quả điểm số Hy trung bình ở các thể bệnh (n = 97)

Thể bệnh	n	Điểm trung bình Hy	p
F44.4	40	64 ± 16,64	p > 0,05 (khi so sánh các thể bệnh với nhau)
F44.5	18	68,28 ± 16,85	
F44.6	5	68,60 ± 12,09	
F44.7	34	68,62 ± 14,51	
Tổng số	97		

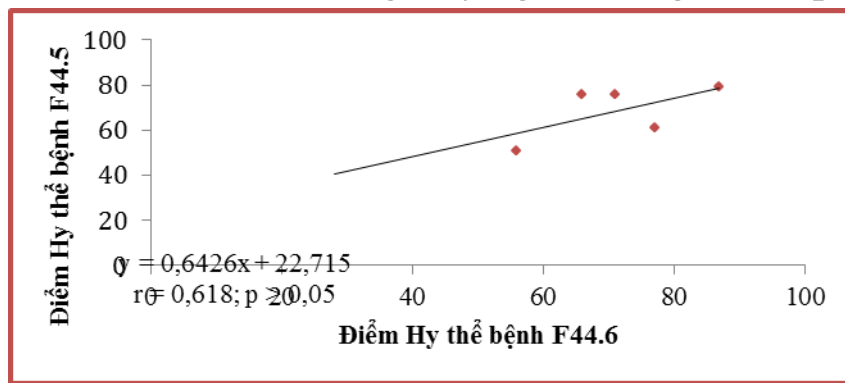
Không có sự khác biệt điểm số Hy ở các thể bệnh.

3.4.4. Tương quan điểm số Hy giữa các thể lâm sàng



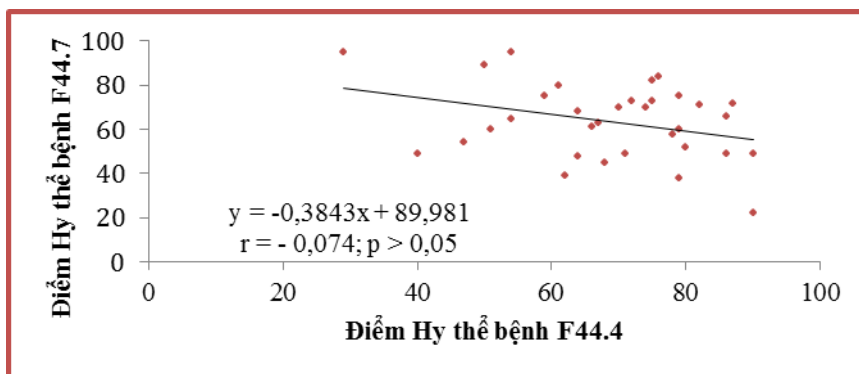
Đồ thị 1. Tương quan điểm số Hy ở thể bệnh F44.4 và F44.5

Có mối tương quan tuyến tính giữa điểm Hy ở thể bệnh F44.4 và F44.5 với $r = -0,125$ và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Đồ thị 2. Tương quan giữa điểm số Hy ở thể bệnh F44.5 và F44.6

Có mối tương quan tuyến tính chặt chẽ giữa điểm Hy ở thể bệnh F44.5 và F44.6 với $r = 0,618$ và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Đồ thị 3. Tương quan giữa điểm số Hy ở thể bệnh F44.4 và F44.7

Có mối tương quan tuyến tính giữa điểm số Hy ở thể bệnh F44.4 và F44.7 với $r = -0,074$ và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1.1. Tuổi của nhóm nghiên cứu

Tuổi thấp nhất trong nhóm nghiên cứu là 13; tuổi cao nhất là 50; tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $26,36 \pm 9,818$ (bảng 1).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của tác giả trên thế giới về tuổi trung bình RLPL. Như vậy, RLPL thường gặp ở tuổi trẻ với tuổi trung bình là < 35 .

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có tới 65,22% số bệnh nhân ở tuổi ≤ 29 còn ở tuổi ≥ 40 chỉ có 13,04%. Tuổi ≤ 29 là lứa tuổi học tập và lao động nên tình trạng bệnh lý sẽ ảnh hưởng nhiều đến việc học tập, lao động cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

4.1.2. Tuổi khởi phát

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số các bệnh nhân khởi phát bệnh ở tuổi < 20 (42,6%), khởi phát ở lứa tuổi ≤ 29 chiếm phần lớn số bệnh nhân nghiên cứu (70,43%) (bảng 2).

Nhiều nghiên cứu về RLPL của các tác giả trên thế giới đã chỉ ra rằng RLPL vận động và cảm giác thường khởi phát ở cuối tuổi thiếu niên và tuổi trưởng thành [83]. RLPL ít thấy khởi phát ở trẻ < 10 tuổi và những người > 35 tuổi và rất hiếm gặp trước 5 tuổi [84], [85], [86]. Như vậy, trên lâm sàng khi làm chẩn đoán RLPL ở những bệnh nhân < 10 tuổi và > 40 tuổi cần phải rất thận trọng và chỉ đặt chẩn đoán khi đã chắc chắn loại trừ được các bệnh lý cơ thể khác.

4.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA NHÓM NGHIÊN CỨU

4.2.1. Đặc điểm chung của các triệu chứng

100% bệnh nhân có triệu chứng xuất hiện đột ngột. Đây là dấu hiệu để phân biệt RLPL với các bệnh cơ thể. Nghiên cứu của chúng tôi quan sát thấy mối liên quan của triệu chứng với SCTL chiếm tỷ lệ 86,08% (bảng 3) và các sang chấn thường xuất hiện đột ngột mang tính cấp diễn.

Các nghiên cứu RLPL tại Canada, Thổ Nhĩ Kỳ, Hoa Kỳ, Đức, Hà Lan... cũng cho thấy có liên quan giữa SCTL với sự khởi phát RLPL trong dân số nói chung [98]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các kết quả nghiên cứu của các tác giả trên thế giới cũng như y văn. Như vậy,

trên lâm sàng khi có các triệu chứng vận động, cảm giác có tính chất chức năng khởi phát đột ngột và liên quan đến SCTL cần nghĩ tới chẩn đoán RLPL.

4.2.2. Tần suất các triệu chứng phân ly vận động và cảm giác

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng co giật là thường gặp nhất 74,78%; triệu chứng đau 72,17%; không gặp triệu chứng ảo giác và mất đứng mất đi trong nhóm nghiên cứu (biểu đồ 1). Kết quả nghiên cứu phù hợp với các tác giả trên thế giới khi nghiên cứu về RLPL vận động và cảm giác các triệu chứng phổ biến là co giật,... [87] và triệu chứng đau cũng chiếm tỷ lệ đáng kể trong RLPL vận động và cảm giác [83], [87] nhưng tần suất xuất hiện các triệu chứng ở các nghiên cứu là khác nhau.

Thời gian gần đây tại các quốc gia đang phát triển các triệu chứng phân ly thường được mô tả đó là các cơn co giật, các triệu chứng đau còn các triệu chứng liệt, mù, điếc, kích động và ảo giác ít gặp hơn [96], [97] và không thấy mô tả các triệu chứng như mất đứng-mất đi, ảo giác của RLPL vận động và cảm giác trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy trường hợp nào có các triệu chứng này. Như vậy, hình thái lâm sàng của RLPL vận động và cảm giác phần nào đã có sự thay đổi theo thời đại.

4.2.3. Đặc điểm triệu chứng co giật phân ly

Các cơn co giật khởi đầu đột ngột và kết thúc đột ngột không có các giai đoạn điển hình của một cơn co giật trong động kinh cơn lớn là đặc điểm thường thấy trong số bệnh nhân có triệu chứng co giật.

Triệu chứng co giật với đặc điểm: không có rối loạn ý thức (88,37%). Trong cơn bệnh nhân vẫn có khả năng nhận biết môi trường xung quanh, nhận biết được người thân, bệnh nhân mô tả lại được người thân lo lắng cho bệnh tật của mình như thế nào và chứng kiến được diễn biến cơn giật. Khác với triệu chứng co giật phân ly, trong cơn co giật động kinh cơn lớn bệnh nhân thường có rối loạn ý thức (mất ý thức), không nhận biết được xung quanh. Đây là đặc điểm quan trọng để chẩn đoán phân biệt giữa co giật phân ly và co giật động kinh.

Hình thái co giật ở bệnh nhân co giật phân ly chủ yếu là co giật toàn thân không có tính chất định hình (98,84%) với các biểu hiện đa dạng như co cứng toàn thân, uốn cong người, đập chân tay xuống giường. Một số tác giả còn gọi co giật phân ly là: “Co giật không rõ ràng” hay “Co giật

kỳ lạ” [106]. Tất cả các bệnh nhân cơ giât phân ly đều hết cơn hoặc giảm cơn khi được điều trị bằng liệu pháp tâm lý mà không cần sử dụng thuốc chống cơ giât (100%).

4.2.4. Đặc điểm các triệu chứng vận động phân ly

* Đặc điểm triệu chứng liệt:

Bảng 5 cho thấy đặc điểm triệu chứng liệt là liệt mềm, trương lực cơ bình thường, không có teo cơ và không có các phản xạ bệnh lý (100%). Triệu chứng liệt xuất hiện đột ngột, không theo một qui luật nhất định nào, liệt mềm hoàn toàn ngay từ lúc bắt đầu bị bệnh, khởi phát triệu chứng liệt có liên quan chặt chẽ với SCTL (78,57%). Triệu chứng liệt khỏi nhanh khi bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp tâm lý ám thị (100%), sự hồi phục của triệu chứng cũng không phù hợp với qui luật thời gian của hồi phục trong liệt do nguyên nhân thực thể.

4.2.5. Đặc điểm triệu chứng cảm giác

Đau là triệu chứng phân ly vận động và cảm giác khá phổ biến với tỷ lệ 72,17%. Triệu chứng đau có phần giống nhưng cũng có phần khác với triệu chứng đau trong các bệnh lý có tổn thương thực thể. Vì vậy, triệu chứng đau thường được chẩn đoán nhầm với đau do nguyên nhân thực thể; đây cũng là lý do tại sao bệnh nhân rối loạn phân ly thường được khám và điều trị ở các chuyên khoa cơ thể trước khi đến khám và điều trị tại chuyên khoa tâm thần.

4.2.6. Các chuyên khoa cơ thể đã điều trị

Có đến 35,65% (bảng 7) số bệnh nhân RLPL đã được điều trị tại các CK cơ thể trước khi nhận về điều trị tại CKTT qua hội chẩn. 13,9% số BN trước khi đến khám tại CKTT đã khám và điều trị tại chuyên khoa Thần kinh vì các triệu chứng cơ giât, tê bì, liệt... với lý do triệu chứng RLPL vận động và cảm giác nhiều khi rất giống với bệnh cơ thể làm cho các nhà lâm sàng nhầm lẫn giữa bệnh cơ thể và RLPL. Tại Bệnh viện Bạch Mai là bệnh viện tuyến Trung Ương số bệnh nhân RLPL nhập viện điều trị tại các chuyên khoa cơ thể chiếm một tỷ lệ đáng kể chứng tỏ hiện nay việc chẩn đoán nhầm RLPL với các bệnh lý khác còn chiếm tỷ lệ cao.

4.2.7. Yếu tố sang chấn tâm lý liên quan đến khởi phát rối loạn

Sang chấn tâm lý gặp nhiều nhất là các sang chấn trong gia đình (45,45%) (bảng 8). Đây là các xung đột giữa các thành viên trong gia đình với bệnh nhân...

Khan và cộng sự (2006) nghiên cứu trên đối tượng là các bệnh nhân RLCD được điều trị tại bệnh viện trung tâm Karachi cũng cho thấy xung đột trong gia đình là phổ biến nhất [80]. Các sang chấn trong công việc có ở 37,4% số bệnh nhân. Những bệnh nhân này có thất bại trong công việc như làm ăn thua lỗ, học tập căng thẳng, một số bệnh nhân có thất bại trong các kỳ thi kết hợp với sự kỳ vọng của người thân đặc biệt là của cha mẹ làm cho bệnh nhân cảm thấy đuối sức dễ lún tụt vào bệnh tật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Krishnakumar (2006): các vấn đề tại nhà trường như thất bại trong kỳ thi, sự thay đổi về môi trường học tập,... là SCTL thường thấy ở các bệnh nhân RLPL [97].

4.3. ĐẶC ĐIỂM NHÂN CÁCH CỦA NHÓM NGHIÊN CỨU

4.3.1. Tính cách của bệnh nhân ở thời thơ ấu

Biểu đồ 2 cho thấy ngay từ khi còn nhỏ có 61,74% số bệnh nhân có nét tính cách yếu đuối luôn được các thành viên trong gia đình và thầy cô giáo ở trường nhận xét là rất hiền, hay khóc, thường xuyên bị các bạn trong lớp bắt nạt và khi bị bắt nạt thì hầu hết không có phản ứng chống lại... Đây cũng là những nhận xét của A.L.Zakharov (1982) và Harriet (1974) khi nghiên cứu về nhân cách phân ly ở trẻ em [55], [90]. Nhìn chung, các bệnh nhân rất dễ hòa đồng trong cuộc sống (91,3%) với tính cách dễ thương và đáng yêu luôn được mọi người yêu mến. Những đặc điểm trên có ảnh hưởng sâu sắc đến quá trình phát triển nhân cách của bệnh nhân sau này.

4.3.2. Đặc điểm các nét tính cách của bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu

Theo kết quả hồ sơ tâm lý cá nhân tại thời điểm nghiên cứu thường thấy là các nét tính cách cởi mở có ở 89 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 77,4%... (bảng 9). Bệnh nhân có tính cách nhút nhát luôn tỏ ra yếu đuối trước mọi người, thường dễ bị tổn thương, luôn tìm đến sự thông cảm và giúp đỡ của những người xung quanh và dễ bị ảnh hưởng bởi những người khác. Các nét tính cách trên tác động vào quá trình ứng xử ở mỗi cá nhân.

* Các nét tính cách phân ly được thể hiện trên lâm sàng.

Biểu đồ 3: tính dễ xúc động có ở 93 bệnh nhân với tỷ lệ 80,87%. Đời sống tình cảm của bệnh nhân được nhận xét thiên về tình cảm từ nhỏ. Người bệnh thể hiện tính nhạy cảm cảm xúc như dễ thay đổi, dễ mủi lòng, hay chảy nước mắt, cả tin, hiền lành, thương người và đồng cảm vì thế nhiều khi bệnh nhân bị người khác lợi dụng. Đó cũng là SCTL làm xuất hiện triệu chứng phân ly khiến bệnh nhân phải nhập viện. Chúng tôi đưa ra nhận xét rằng có mối liên quan giữa nét tính cách dễ bị tổn thương và RLPL cũng như nhận xét của Krishnakumar (2006) [97].

Bệnh nhân RLPL dễ bị ám thị bởi người khác và hoàn cảnh xung quanh. Tính dễ bị ám thị còn phụ thuộc vào trình độ nhận thức, kinh nghiệm sống và tình trạng sức khỏe của bản thân. Trong số bệnh nhân nghiên cứu có 88,7% bệnh nhân có nét tính cách dễ bị ám thị. Nét tính cách dễ bị ám thị và tự ám thị giải thích tại sao RLPL có thể xảy ra hàng loạt trong cộng đồng.

4.3.3. Kết quả trắc nghiệm tâm lý Eysenck

Kết quả trắc nghiệm tâm lý Eysenck thường gặp là yếu tố nhân cách không ổn định với tỷ lệ 82,41% số bệnh nhân nghiên cứu (bảng 10). Theo vòng tròn nhân cách Eysenck xu hướng khí chất hướng ngoại càng cao và tính không ổn định càng cao thì nét tính cách dễ xúc động, dễ mất bình tĩnh, nóng nảy, dễ thay đổi càng rõ rệt và càng dễ mắc các bệnh tâm căn. Kết quả này giải thích các nét lâm sàng của nhân cách kịch tính có ở bệnh nhân RLPL đó là đời sống tình cảm rất khó chiều do thường biểu lộ cảm xúc mạnh nhưng dễ thay đổi, cảm xúc nông cạn, dễ lây cảm xúc của người khác... Kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với các tác giả nước ngoài nghiên cứu về tính cách của bệnh nhân RLPL là cởi mở, thiếu kiên nhẫn và nóng nảy hơn những người khác [57].

4.3.4. Kết quả trắc nghiệm tâm lý MMPI

Bảng 11 cho thấy: thang Nghi bệnh (Hs) có tỷ lệ điểm số bệnh lý 74,23%. Điểm số này phản ánh sự phàn nàn của bệnh nhân thường liên quan đến các triệu chứng cơ thể khác nhau, phàn nàn có tính chất lan tỏa, không cố định hay di chuyển. Mục đích của sự phàn nàn này để thể hiện mình là trung tâm và tìm kiếm sự chú ý từ người khác. MMPI cũng đã được sử dụng trong rất nhiều các nghiên cứu để đánh giá bệnh lý nhân

cách. Các bệnh nhân có giạt phân ly được đánh giá bằng MMPI thì nét tính cách phân ly được đặc trưng bởi điểm số cao trên thang 1 (Hs) và thang 3 (Hy) và một số bệnh nhân có bộ ba thang 1 – 2 – 3 (Hs, D, Hy) cao phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi (trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có giạt là triệu chứng phân ly thường gặp nhất với tỷ lệ 74,78%).

4.3.5. Kết quả điểm số thang Hysteria (Hy) của MMPI

Kết quả nghiên cứu ở bảng 12: điểm thang Hy (thang 3) cao khẳng định khí chất dạng Hysteria ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Điểm Hy cao (> 70) thể hiện một nhu cầu quá mức về cảm xúc ở bệnh nhân; sự thất vọng thường xuyên thấy ở bệnh nhân; bệnh nhân rất dễ bị ám thị. Bệnh nhân than phiền về triệu chứng của mình để tìm kiếm sự quan tâm, thông cảm và sự giúp đỡ của những người xung quanh, nếu không đạt được thì có phản ứng phân ly. Kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với các tác giả Nynke (2011) và Krzysztof Owczarek (2012) [57], [58].

4.4. MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM NHÂN CÁCH VÀ CÁC THỂ LÂM SÀNG

4.4.1. Đặc điểm các thể bệnh RLPL vận động và cảm giác

Kết quả nghiên cứu tại biểu đồ 4 cho thấy thể bệnh rối loạn vận động phân ly (F44.4) là thường gặp nhất (40,87%). Kết quả này phù hợp với tỷ lệ bệnh nhân có các triệu chứng vận động trên lâm sàng. Kết quả nghiên cứu về thể bệnh RLPL vận động và cảm giác có sự khác biệt so với các tác giả khác [30]... Kết quả nghiên cứu về thể bệnh cũng cho thấy sự khác biệt của các thể lâm sàng của RLPL ở các Quốc gia là khác nhau [78].

4.4.2. Kết quả điểm số Hướng ngoại – Hướng nội trung bình của trắc nghiệm tâm lý EPI ở các thể bệnh

Điểm số trung bình hướng ngoại – hướng nội của trắc nghiệm EPI của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $12,11 \pm 3,114$. Khi phân tích riêng ở từng thể bệnh cho thấy điểm cao nhất ở thể bệnh rối loạn phân ly hỗn hợp (F44.7) với điểm số trung bình $12,26 \pm 3,274$. Thể bệnh này trên lâm sàng biểu hiện bởi nhiều triệu chứng vận động và cảm giác kết hợp với nhau tại thời điểm bệnh nhân nhập viện hoặc là trong cả quá trình bệnh nhân nằm viện. Khi so sánh sự khác biệt giữa điểm trung bình hướng ngoại – hướng nội của từng thể bệnh với nhau cho chúng tôi kết quả là không có sự khác biệt. Chúng tôi

đưa ra nhận xét là không có sự khác biệt về điểm hướng ngoại – hướng nội của trắc nghiệm EPI ở từng thể bệnh.

4.4.3. Kết quả điểm số Hy trung bình của trắc nghiệm tâm lý MMPI ở các thể bệnh

Điểm trung bình chung thang Hy của trắc nghiệm tâm lý MMPI của nhóm nghiên cứu là $65,5 \pm 16,01$. Điểm trung bình của thang Hy trong từng thể bệnh đều ở mức ranh giới với điểm trung bình cao nhất là $68,62 \pm 14,51$ (thể bệnh F44.7) và thấp nhất là $64 \pm 16,64$ (thể bệnh F44.4). Tuy nhiên, chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt của điểm trung bình thang Hy ở các thể bệnh RLPL vận động và cảm giác. Kết quả này cũng đưa ra nhận xét là không có sự khác biệt về đặc điểm tính cách của bệnh nhân và thể lâm sàng RLPL.

4.4.4. Tương quan điểm số Hy giữa các thể lâm sàng

Kết quả nghiên cứu ở đồ thị 1, 2, 3 cho thấy có mối tương quan tuyến tính giữa điểm số thang Hy của trắc nghiệm MMPI với các thể lâm sàng RLPL vận động và cảm giác song không có sự khác biệt giữa các thể lâm sàng. Từ các kết quả nghiên cứu trên có thể nhận xét là không có sự khác biệt về nhân cách của bệnh nhân rối loạn phân ly vận động và cảm giác ở từng thể lâm sàng, các bệnh nhân cùng có nhân cách phân ly có thể biểu hiện các triệu chứng phân ly trên lâm sàng hoàn toàn khác nhau có thể là triệu chứng vận động, triệu chứng cảm giác hoặc kết hợp các triệu chứng với nhau.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng rối loạn phân ly vận động và cảm giác

- Giới: nữ nhiều hơn nam (tỷ lệ nữ/nam = 4,48/1).
- Bệnh thường gặp ở tuổi trẻ: 65,22% < 30 tuổi, sau 40 tuổi chỉ gặp ở 13,04%.
- Rối loạn phân ly vận động và cảm giác xuất hiện đột ngột ở 100% các trường hợp nghiên cứu.
- Một tỷ lệ cao rối loạn phân ly vận động và cảm giác xảy ra sau sang chấn tâm lý (86,08%). Trong đó sang chấn trong gia đình 45,45%; sang chấn trong công việc 37,37%.
- Triệu chứng vận động thường gặp nhất là co giật phân ly (74,78%); các triệu chứng mất tiếng, liệt, run gặp với tần suất nhỏ hơn với tỷ lệ lần lượt là 25,22%; 12,17%; 8,7%.
- Triệu chứng cảm giác thường gặp nhất là đau (72,17%), tê bì (21,73%), mù phân ly chỉ gặp tỷ lệ thấp (3,5%).
- Các triệu chứng phân ly khác ít gặp hơn: sưng sờ phân ly (7,83%), quên phân ly (4,34%), hờn cục phân ly (5,22%).
- 73,04% số bệnh nhân thuyên giảm hoàn toàn sau điều trị; 60% số bệnh nhân có thời gian điều trị ngắn ≤ 2 tuần.

2. Một số đặc điểm nhân cách của bệnh nhân rối loạn phân ly

- Rối loạn phân ly thường xảy ra ở những người có tính cách dễ bị ám thị (88,7%), dễ xúc động (80,87%), thích phô trương (63,48%).
- Những bệnh nhân có điểm số thang Hysteria của trắc nghiệm tâm lý MMPI > 70 có số nét tính cách phân ly trung bình là $3,60 \pm 1,196$ so với $2,88 \pm 1,154$ ở những bệnh nhân có điểm Hy ≤ 70 . Có mối tương quan giữa số nét tính cách phân ly và điểm số thang Hy ($p < 0,05$).
- Một tỷ lệ cao bệnh nhân rối loạn phân ly có xu hướng nhân cách không ổn định (82,41%) và một tỷ lệ thấp hơn có xu hướng nhân cách hướng ngoại (63,89%) theo trắc nghiệm tâm lý Eysenck.
- 50,51% số bệnh nhân có điểm số thang Hy ở mức bệnh lý theo trắc nghiệm tâm lý MMPI. Do vậy có thể sử dụng trắc nghiệm tâm lý Eysenck và MMPI làm tài liệu tham khảo để đánh giá tính cách phân ly ở bệnh nhân RLPL vận động và cảm giác.

3. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân cách và các thể lâm sàng của bệnh nhân rối loạn phân ly vận động và cảm giác

- Nét tính cách dễ bị ám thị là thường gặp ở tất cả các thể bệnh (F44.4: 93,62%; F44.5: 90,48%; F44.6: 80%; F44.7: 83,33%).
- Điểm trung bình yếu tố hướng ngoại – hướng nội của trắc nghiệm tâm lý Eysenck ở thể bệnh F44.4 và F44.7 là $12,18 \pm 3,135$ và $12,26 \pm 3,274$ so với $11,90 \pm 2,222$ và $10,50 \pm 2,887$ ở thể bệnh F44.5 và F44.6. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.
- Điểm trung bình yếu tố ổn định – không ổn định của trắc nghiệm tâm lý Eysenck ở các thể bệnh đều cao từ $14,57 \pm 4,490$ đến $16,60 \pm 2,302$. Song không có sự khác biệt ở các thể bệnh ($p > 0,05$).
- Không có sự khác biệt giữa yếu tố hướng nội – hướng ngoại và yếu tố ổn định – không ổn định của trắc nghiệm tâm lý Eysenck ở các thể bệnh.
- Điểm trung bình thang Hy của trắc nghiệm tâm lý MMPI của các thể bệnh từ $64 \pm 16,64$ đến $68,62 \pm 14,51$ và không có sự khác biệt giữa các thể bệnh ($p > 0,05$).
- Có sự tương quan tuyến tính của điểm số thang Hy giữa các thể lâm sàng với các mức độ khác nhau, nhưng đáng chú ý là thang Hy của thể bệnh F44.5 và F44.6 ($r = 0,618$); F44.5 và F44.7 ($r = - 0,307$); F44.6 và F44.7 ($r = - 0,578$).

KIẾN NGHỊ

1. Rối loạn phân ly là một phạm trù bệnh học rất đặc thù của tâm thần học, bệnh lý biểu hiện đa dạng, phức tạp, luôn biến đổi nên rất khó chẩn đoán và dễ nhầm lẫn với các bệnh lý cơ thể khác dẫn đến điều trị không có kết quả, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của nhiều người bệnh. Vì vậy, phải tăng cường giáo dục tâm thần học không chỉ cho các bác sỹ chuyên khoa mà cho cả các bác sỹ đa khoa và các bác sỹ chuyên khoa khác trong Y học lâm sàng để người bệnh thuộc phạm vi bệnh học này được sớm chẩn đoán đúng và điều trị đúng.
2. Các bác sỹ lâm sàng phải thường xuyên rèn luyện kỹ năng chẩn đoán và cả kỹ năng điều trị tâm lý, tư vấn giáo dục hoàn thiện nhân cách của thể hệ trẻ để phòng ngừa tốt những bệnh lý liên quan đến nhân cách và sự ứng phó của nhân cách trước những căng thẳng thường xuyên có trong cuộc sống.

PROBLEM RAISING

The rate of mental disorders is increasing in developing countries. There is an increase in stress-related disorders, including dissociation disorders along with economic growth, process of industrialization, modernization, urbanization, market mechanisms...

Dissociation disorder is a dysfunction which is closely associated with psychological trauma and patient personality. According to Kaplan – Sadock, movement and sensation dissociation disorders seem quite common, accounting for approximately 0,22% of the population; A proportion of 5,6% of movement and sensation dissociation disorder is reported in the study of Deveci et al (2007) in Turkey. In Australia, Kozłowska et al (2007) found that the rate of movement and sensation dissociation disorders in children is 0,042%... In the above studies, it is clear that movement and sensation dissociation disorders is different in each country and each study object.

The clinical diversity of movement and sensation dissociation disorders, which manifest not only a wide variety of physical symptoms but also neurological symptoms such as paralysis, blindness, dumbness, numbness... so that movement and sensation dissociation disorders have caused many difficulties and confusion in the differential diagnosis of organic diseases and functional disorders. On the other hand, dissociation disorders often arise and have easily recurrent symptoms in people who have weak personality traits. The state of dissociation disorders which persists over 2 years of unsuccessful treatment may affect patient's psychological - social functions.

Therefore, in clinical practice, it is essential to identify clinical manifestations of movement and sensation dissociation disorders as well as early recognize histrionic personality traits in order to improve the quality of diagnosis, treatment and prevention.

1. Objectives of the study

1.1. Analysis of clinical features in patients with movement and sensation dissociation disorders.

1.2. Description of some personality characteristics in patients with movement and sensation dissociation disorders.

1.3. Analysis of the relationship between personality characteristics and clinical type of dissociation disorders of movement and sensation.

2. Layout of the thesis

- The main contents of the thesis consists of 134 pages with 35 tables, 14 diagrams and 147 references with the following layout: Problem raising 3 pages, overview documents 35 pages, objects and methods of study 15 pages, research results 35 pages, discussions 41 pages, case study 02 pages, conclusions and recommendations 3 pages.
- The references include 26 Vietnamese documents, 121 English documents.
- The appendix includes a list of research patients, case history, psychological profile, psychological tests EPI, MMPI, Beck, Zung.

3. Scientific and practical contributions of the thesis

In the current period, the research on clinical feature characteristics in dissociation disorders is significant and it is a new contribution to the clinical dissociation disorders in general and clinical manifestations of dissociation disorders in Vietnam in particular. Because a significant proportion of dissociation disorder patients are misdiagnosed with organic diseases and are being treated in other specialties, our research results are needed not only for other specialties but also for psychiatry.

So far, personality dissociation disorder patients have not been systematically studied in Vietnam as well as in the world. This is also a new problem. The study of personality characteristics of dissociation disorder patients with the assistance of psychological tests for personality assessment is new meaning contributions to theoretical and clinical aspects of diagnosis, treatment and disease prevention.

Chapter 1

OVERVIEW

1.1. GENERAL PROBLEMS OF DISSOCIATION DISORDER

1.1.1. Concepts and classification of dissociation disorder

The history of the term “dissociation disorder” is very complicated. Conversion disorders and dissociation disorders were previously called Hysteria.

In 1980, the Psychiatric Association of the United States used the term “Conversion Disorders” in DSM - III to define the loss or acute changes of body's function that pointers on a neuropathy (eg, loss of sensation or paralysis ...) in the absence of objective evidence of circumstances and psychosocial stress. The term “dissociation disorder” is used to define an illness that has partial or completely loss of of identity function, memory and awareness. In this condition, psychological conflicts are transformed into psychiatry symptoms. In DSM - IV (1994) the basic terminology remained intact and conversion disorder was classified as a form of somatoform, while dissociative disorders belonged to another group.

Under the system of international disease classification (ICD), in the ICD - 10, the term “dissociation disorder” (Conversion disorder) is used to define the illness causing partial or completely loss of intergration between normal memory, past, awareness of identity and the direct sensation and control of bodily movement.

The movement and sensation dissociation disorders in the ICD - 10 includes the codes from F44.4 - F44.7:

- Movement dissociation disorders (F44.4)
- Dissociative convulsions (F44.5)
- Numbness and loss of sensory dissociation (F44.6)
- Mixed dissociation disorders (F44.7)

1.1.2. Some epidemiology characteristics of dissociation disorders

1.1.2.1. Common incidence

According to Kaplan - Sadock, the rate of dissociative disorders of movement and sensation is 0,22% of the population, accounting for 5 - 15% of patients examined at clinics.

1.1.2.2. Sex

Dissociation disorder is more common in women more than it is in men; the ratio of female/male is from 2/1 to 10/1.

1.1.2.3. Collective dissociation disorders

The majority of dissociation disorder appears on the individual but can also develop into “epidemy”. Many recent studies have shown that mass psychosis occurs suddenly in the majority of people diagnosed with dissociation disorders.

1.1.2.4. Living areas and socio-cultural status

Dissociation disorder usually occurs in patients who live in rural areas, with difficult economic conditions and low level of education.

1.1.3. Etiology and pathogenesis of dissociation disorder

1.1.3.1. The role of personality in dissociation disorders

1.1.3.2. The role of psychological stress in dissociation disorders

Dissociation disorders can be caused by stresses which are related to conflicting situations, insoluble problems, complex interpersonal relationships or sometimes unsatisfying psychological needs. These stresses affect psychiatry causing strong emotions, mostly negative ones such as anxiety, sadness, anger, jealousy, frustration...

1.1.3.3. Element of common physical health

The physical conditions such as infections, poisoning, brain injury... are the factors which weaken the nervous system, reduce cortical activities and enhance subcortical activities. Those are favourable conditions for dissociation disorder onset.

1.2. CLINICAL FEATURES OF DISSOCIATIVE DISORDERS OF MOVEMENT AND SENSATION

1.2.1. Clinical symptoms of dissociation disorder of movement and sensation

There is one or more symptoms of automatic movement and sensation that suggest a neurological condition. These symptoms appear directly in relation to stresses.

+ Movement symptoms

+ Convulsion symptoms

+ Sensation symptoms

+ Sensory symptoms

1.2.2. Dissociative disorder of movement and sensation diagnosis

- First of all, the general criteria diagnosis as disorders should be met according to ICD - 10:

(A). The distinctive clinical features as specified the individual disorder in F44.

(B). No evidence of physical disorders that might explain the symptoms.

(C). Convincing evidence of psychological causation in the form of clear association in time with stressful events and problems or disturbed relationships.

- Meet the clinical criterias of dissociation disorders of movement and sensation.

1.2.3. Dissociation disorder treatment

All symptoms of dissociation disorders can be lost by themselves or after a treatment course. However, symptoms recur easily. Dissociation disorders are stress - related disorders so psychotherapy plays an important role in treatment as well as in prevention of disorder recurrence.

1.3. PERSONALITY CHARACTERISTICS AND DISORDER OF PERSONALITY IN DISSOCIATION DISORDER

Psychologists who study personality found that patients with personality dissociation traits have one of the following characteristics:

- They try at any cost to make people around them notice.
- They lack honesty and objectivity for others as for themselves and often require other people to pay attention to them. The emotional life of people with personality dissociation is always changing. They have shallow emotions, volatile mood. They are prone to suggestion, their feeling increase...

- Many authors considered that a very typical feature of the dissociative patient is his trend of liking or wishing illness, hiding in his disease state and profiteering from his illness.

Dissociative personality traits are shown quite clear on the clinical and psychological assessing personality test.

* In The Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital, the Eysenck Personality Inventory (EPI) and Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) are broadly used to assess personality in the form of common questions.

Chapter 2

SUBJECTS AND METHODS OF RESEARCH

2.1. RESEARCH SUBJECTS

2.1.1. Research subjects

Include 115 patients diagnosed with dissociation disorders of movement and sensation, according to the ICD - 10 diagnostic criteria. They were in-patients at the Institute of Mental Health, Bach Mai Hospital from May 2010 to November 2011.

2.1.2. Selection criteria for study patients

Patients who were selected in the study should meet the diagnostic criteria of Dissociation disorder of movement and sensation (Section F44.4 - F44.7) according to the ICD 10 for Classification of Mental and Behavioural Disorder of The World Health Organization in 1992.

2.1.3. Exclusion criteria

The following subjects are not taken into the group:

- They have medical illnesses, neurological diseases.

- Uncooperative patients for the study.
- Patients with education level lower than the secondary school level.

2.1.4. Clinical diagnosis criteria of dissociation disorders of movement and sensation

- * Diagnostic criteria for dissociative motor disorders (F44.4)
- * Diagnostic criteria for dissociative convulsions (F44.5)
- * Diagnostic criteria for dissociative anesthesia and sensory loss (F44.6)
- * Diagnostic criteria for mixed dissociative disorders (F44.7)
- * Study period: from 2010 to 2013

2.2. METHODOLOGY

2.2.1. Study Design

2.2.1.1. The formula for calculating sample sizes

The sample size was calculated using the formula: “Estimating a proportion of the population”.

$$n = Z^2 \frac{p \cdot (1 - p)}{1 - \alpha/2 \cdot (p \cdot \varepsilon)^2}$$

n: minimum sample size; α : statistical significance; $Z^2(1 - \alpha/2)$: reliability coefficients and when $\alpha = 0,05$ (95% confidence), the $Z^2(1 - \alpha/2) = 1.96^2$, p: rate of symptomatic seizure according to previous studies = 33%; ε : relative value = 0,3.

Instead of formula, a minimum sample size of 87 was chosen. In this study, the sample size was 115 patients.

2.2.1.2. Research Methodology

- The study was conducted according to the described prospective method and each case study. The study included the following steps:
 - + Cross - section Description: description of the clinical symptoms of dissociative disorders and the personality traits of patients; comparative analysis of symptoms and personality traits.
 - + Each case study: the methods used are chats, in-depth interviews about their birth, their grow up, their personality characteristics. Research on environmental social conditions, relationships, life circumstances and personality characteristics of patients at present time. In hospital, the researchers watched the patients through their relationship with medical staff, other patients and their implementation of treatment regimen.
 - + Make psychological test and analyze test results.

2.2.2. Methods of data collection

- Diagnostic Tools: based on diagnostic criteria of the International Classification Disease 10th (ICD - 10) in 1992.
- Establishment of profiles, individual psychological profiles that are specifically designed to meet research objectives, collection of sufficient information on the study.

2.2.2.1. Gathering information about patients

Interview of patients and their relatives with pre-printed questionnaire that included information about family, history, grow- up, personality, love life, life events, process of arising symptom onset and symptom development...

2.2.2.2. Clinical examination

The researcher directly examines the patients in detail and a comprehensive psychiatric, neurological, internal medicine examination is fulfilled. The daily symptoms under the action of treatment are followed and fully recorded in the items of medical profile. We also consulted the treatment doctors and the medical records of patients in the treatment process .

2.2.2.3. Subclinical work

Use of rating scale MMPI and EPI. Both personality tests are commonly used in the Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital.

2.2.3. Information gathering tool

- Research Profiles
- Psychological tests: MMPI, EPI
- Individual psychology profiles

2.2.4. Research Contents

2.2.4.1. Evaluation of general characteristics of the study patient group

2.2.4.2. Analysis of clinical features of dissociation disorders of movement and sensation

2.2.4.3. Analysis of some personality traits in the group of study patients

2.2.4.4. Results of psychological tests

2.3. METHOD OF DATA PROCESSING

The data were processed according to the biostatistics algorithm with SPSS 17.0 software

Chapter 3 FINDINGS

3.1. GENERAL CHARACTERISTICS OF RESEARCH GROUP

3.1.1. The age of the study group

Table 1. The age of the study group

Age group	n	%
< 20	37	32,18
20 – 29	38	33,04
30 – 39	25	21,74
≥ 40	15	13,04
Total	115	100,00
$\bar{X} \pm SD$	26,36 ± 9,818	

- Age < 20 ratio of 32,18 %; Mean age 26,36 ± 9,818.

3.1.2. Age of onset

Table 2. Age of onset

Age group	n	%
< 20	49	42,60
20 – 29	32	27,83
30 – 39	25	21,74
> 40	9	7,83
Total	115	100,00
$\bar{X} \pm SD$	24,57 ± 9,36	

- Age of onset in the age group < 20 is the most common, accounting for 42,6%; - The average age of onset of 24,57 ± 9,36.

3.2. FEATURE OF CLINICAL RESEARCH GROUP

3.2.1. Common feature of these symptoms

Table 3. General characteristics of symptoms

Characteristic symptoms		n	%
Aspect of appearance	Sudden	115	100
	Slow	0	0
Circumstances of onset	Related to Psychological stress	99	86,08
	Absence of Psychological stress	16	13,92

- Symptoms related to psychological stress 86,08%.

3.2.2. Frequency of symptoms of movement and sensation dissociation

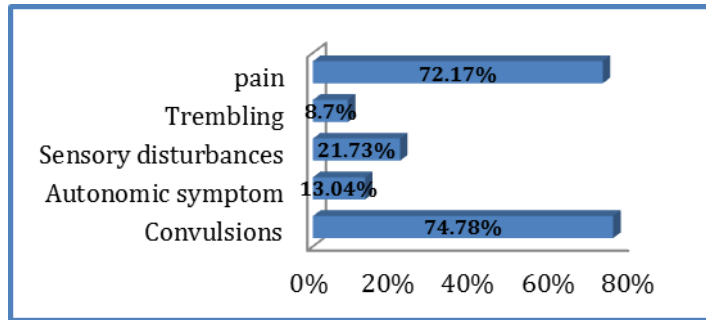


Chart 1. Frequency of motor symptoms and sensation symptoms
- Convulsions are often symptoms with the rate of 74,78%.

3.2.3. Characteristic symptoms of dissociation convulsions

Table 4. Characteristic symptoms of convulsions (n = 86)

Characteristic symptoms of convulsions		n	%
Consciousness	Normal	76	88,37
	Narrow awareness	10	11,63
Appearance situation	Related stress	73	84,88
	Not related stress	13	15,12
Convulsions types	Fix form	1	1,16
	Amorphous	85	98,84
Convulsions time	Short < 10 minutes	31	36,05
	Long > 10 minutes	55	63,95
Psychotherapy	Complete remission	86	100,00
	Partial decrease	0	0,00
	No relief	0	0,00

- The rate of convulsions that related to stress is 84,88%

3.2.4. Characteristics of motor symptoms dissociation

Table 5. Characteristic symptoms of paralysis (n = 14)

Characteristic of paralysis symptoms		n	%
Feature	Flaccid paralysis	14	100,00
	Normal muscle tone	14	100,00
	No pathological reflexes	14	100,00
Position	Paralysis of the lower limbs	14	100,00
	Hemiplegia	0	0,00
	Full body paralysis	0	0,00
Paralysis Related to stress		11	78,57
Complete remission with psychotherapy		14	100,00

- The ratio of paralysis related to stress is 78,57%.

- The ratio of treatment with psychotherapy is 100%.

3.2.5. Characteristics of sensory symptoms

Table 6. Characteristics of pain symptoms (n = 83)

Characteristics of pain symptoms		n	%
Onset	Sudden	78	93,38
	Gradual	5	6,02
Related to stress	Yes	73	87,95
	No	10	12,05
Pain types	Bout	70	84,34
	Continuous	13	15,66
Patient's attention to the pain	Much complaint	52	62,65
	No complaint	31	37,35

- The pain rate with sudden onset is 93,38%, 87,95% related to stress.

3.2.6. The specialized organic treatment

Table 7. The specialized organic treatment

Specialized	n	%
Neurology	16	13,90
Cardiology	3	2,61
Oto – Rhino – Laryngology	7	6,09
Ophthalmology	5	4,35
Other Specialized	10	8,70
Not treated	74	64,35
Total	115	100,00

- 35,65% patients treated at specialized organic department before consultation with psychiatrists to transfer them to the psychiatry department.

3.2.7. Characteristics associated with psychological stress onset

Table 8. Characteristics of psychological stress (n = 99)

Stress types	n	%
Family stress	45	45,45
Stress at work	37	37,37
Social stress	3	3,00
Organic disease	17	17,17
Other stress	10	10,10

- Family trauma found in 45,45% of patients.

3.3. PERSONALITY CHARACTERISTICS OF THE STUDY GROUP

3.3.1. Temperament in childhood patients

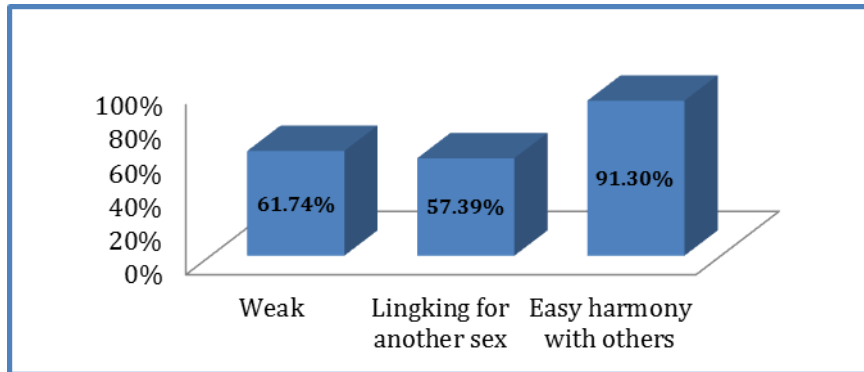


Chart 2. Temperament in childhood patients

- Harmonious personality traits is 91,3%; 61,7% weakness traits.

3.3.2. Personality of patients at the time of study

Table 9. Characteristics of personality traits

Personality Traits	n	%
Openess	89	77,40
Shyness	69	60,00
Inferiority	47	40,87
Perfunctoriness	70	60,87
Heedless	32	27,82

- Openness Personality traits account for 77,4%; 60% is shy personality.

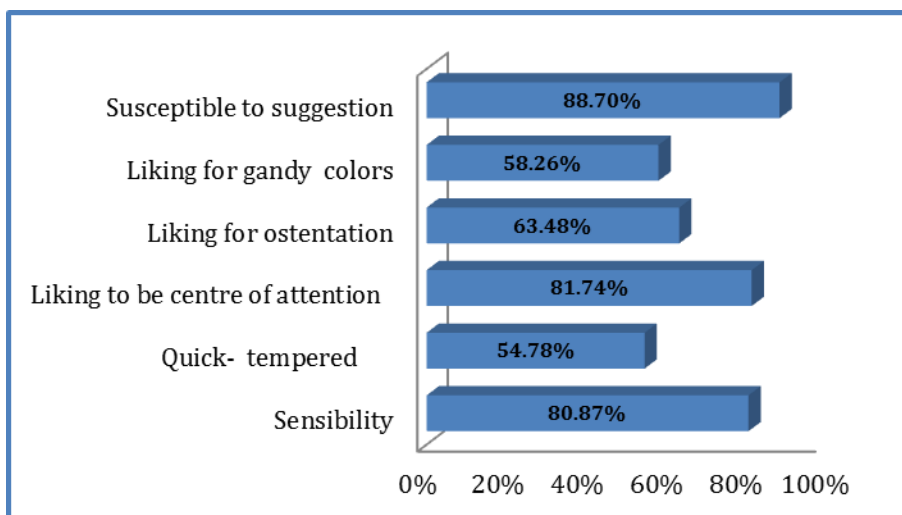


Chart 3. Clinical characteristics of personality dissociation

- 88,7% patients are susceptible to suggestion.

- 80,87% of patients like to be centre of attention.

3.3.3. Result of Eysenck Personality Inventory test

Table 10. Result of EPI test (n = 108)

Personality factors	Stable		Unstable		Total	
	n	%	n	%	n	%
Extroversion	14	12,96	55	50,93	69	63,89
Introversion	5	4,63	34	31,48	39	36,2
Total	19	17,59	89	82,41	108	100

- The extrovert factor is at the rate of 63,89%.
- The unstable factor is at the rate of 82,41%.

3.3.4. Result of MMPI test

Table 11. Result of MMPI test (n = 97)

MMPI Scale	Score	Normal		Boundaries		Pathology		Total
		n	%	n	%	n	%	
Hypochondriasis		5	5,15	20	20,62	72	74,23	97
Depression		32	32,99	29	29,90	36	37,11	97
Hysteria		27	27,84	21	21,65	49	50,51	97
Personality deviation		48	49,48	42	43,30	7	7,21	97
Masculinity - femininity		89	91,76	8	8,24	0	0,00	97
Paranoia		42	43,30	53	54,64	2	2,06	97
Psychasthenia		8	8,25	71	73,20	18	18,56	97
Schizophrenia		14	14,43	69	71,13	14	14,43	97
Hypomania		74	76,29	22	22,68	1	1,03	97
Social introversion		57	58,76	29	29,90	11	11,34	97

- Pathological Hypochondria scale is 74,23%; Pathological Hysteria scale is 50,51%.

3.3.5. Result of Hysteria (Hy) scale in MMPI

Table 12. Result of Hysteria (Hy) scale in MMPI (n = 97)

Hy scores	n	%
Pathology (> 70)	46	47,42
Normal (40 – 60)	27	27,84
Boundaries (61 – 70)	19	19,59
Boundaries (30 - 39)	2	2,06
Pathology (< 30)	3	3,09
Total	97	100

- 47,42% of patients have pathological Hy Scale scores > 70.

3.4. THE RELATIONSHIP BETWEEN PERSONALITY CHARACTERISTICS AND CLINICAL TYPES

3.4.1. Characteristics of clinical types

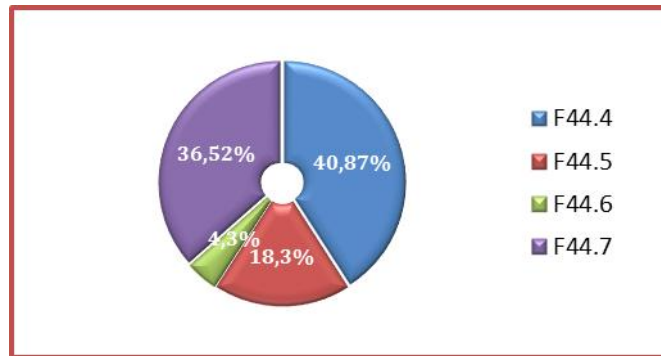


Chart 4. Characteristics of clinical types

- Movement dissociation disorder is at the rate of 40,87%.

3.4.2. Result of Extroversion - Introversion average scores in the EPI test

Table 13. Result of Extroversion - Introversion average scores among clinical types

Clinical types	n	Extroversion- Introversion average scores	p
F44.4	45	12,18 ± 3,135	p > 0,05 (When comparing to clinical types)
F44.5	20	11,90 ± 2,222	
F44.6	4	10,50 ± 2,887	
F44.7	39	12,26 ± 3,274	
Total	108		

- There is no difference between of Extroversion - Introversion average scores among clinical types.

3.4.3. Hy score result of clinical types

Table 14. Hy score result of clinical types

Clinical types	n	Hy average scores	p
F44.4	40	64 ± 16,64	p > 0,05 (When comparing to clinical types)
F44.5	18	68,28 ± 16,85	
F44.6	5	68,60 ± 12,09	
F44.7	34	68,62 ± 14,51	
Total	97		

- There is no differences of Hy average scores among clinical types.

3.4.4. Hy score correlations among clinical types

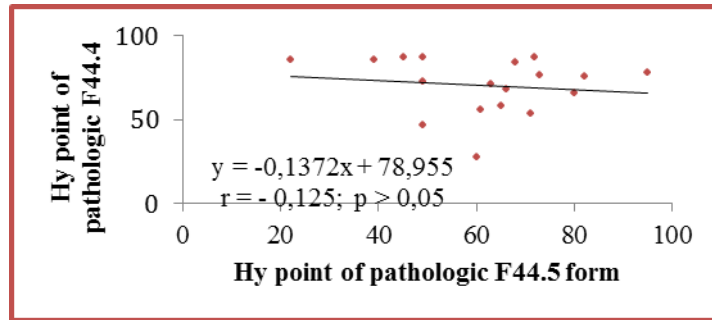


Figure 1. Correlations between Hy scores of pathologic forms F44.4 and F44.5; - There is linear correlation between Hy points between F44.5 and F44.4 form with $r = -0,125$. The difference was not statistically significant with $p > 0,05$.

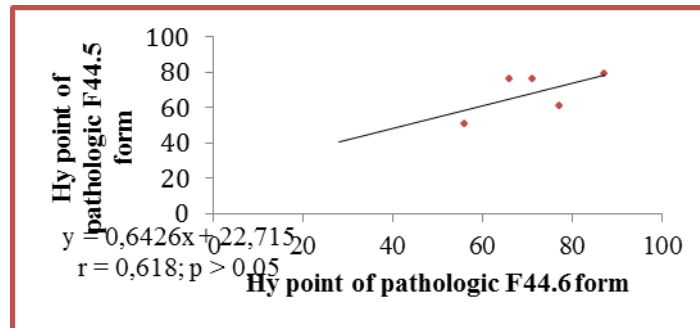


Figure 2. Correlations between Hy scores of pathologic forms F44.5 and F44.6; - There is strict linear correlation between Hy points between F44.5 and F44.6 form with $r = 0,618$. The difference was not statistically significant with $p > 0,05$.

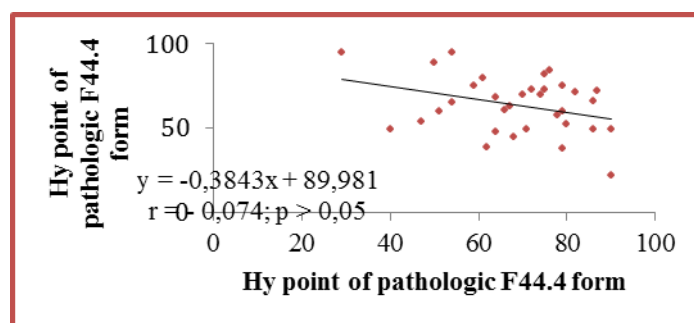


Figure 3. Correlations between Hy scores of pathologic forms F44.4 and F44.7; - There is linear correlation between Hy points between F44.4 and F44.7 form with $r = -0,074$. The difference was not statistically significant with $p > 0,05$.

Chapter 4

DISCUSSION

4.1. GENERAL CHARACTERISTICS OF RESEARCH GROUP

4.1.1. The age of the study group

In the study group, the minimum age is 13; the oldest is 50, the average age of the study group is $26,36 \pm 9,818$ (Table 1).

The results of our study are in accordance with the author's research on average age of dissociative disorder of movement and sensation in the world. Thus, dissociative disorder of movement and sensation is common in young people in average age of < 35 .

In our study, there are up to 65,22% of patients aged ≤ 29 years, the rate of age ≥ 40 is only 13%. The age ≤ 29 years is learning and labor age, so that the pathologic condition will affect much the learning, employment and life quality of patients.

4.1.2. Age of onset

In our study, lots of patients have onset at age < 20 (42,6%), onset age ≤ 29 accounted for the majority of the study patients (70,43%) (Table 2).

Many conversion disorder studies around the world have shown that dissociative disorder of movement and sensation have usually onset age in late adolescence and adulthood [83]. The onset of dissociative disorder is seldom found in children < 10 years of age and those > 35 years of age and this disorder is rarely seen before 5 years of age [84], [85], [86]. Thus, it should be careful to make the clinical diagnosis of dissociative disorder in patients < 10 years and > 40 years and only conclude this diagnosis before having definitely excluded other physical pathologies.

4.2. CLINICAL FEATURES OF RESEARCH GROUP

4.2.1. Common features of symptoms

100% of patients had symptoms which appeared suddenly. This is a sign to distinguish dissociative disorder with the physical pathologies. An association of symptoms with stress was recognized, accounting for a percentage of 86,06% (Table 3) and stresses often appear with abrupt level.

Dissociative disorder studies in Canada, Turkey, USA, Germany, Holland... also show the relationship between the onset and stress in the general population [98]. The results of our study consist of the findings of the authors around the world as well as in medical literature. Thus, dissociative disorder diagnosis should be considered when the sudden

onset of clinical motor, sensory functional symptoms, relating to psychological stress appears.

4.2.2. Frequency of symptoms of dissociation of movement and sensation

In our study, convulsion symptoms are the most common, accounting for 74,78%; 72,17 for pain. There were not any hallucination symptoms and loss of standing symptoms in the study group (chart 1). Research results consisted of other authors' studies over the world. The researchers found that the common symptoms of dissociative disorders of movement and sensation were convulsions... [87] and pain was also accounted for a significant proportion in dissociative disorder of movement and sensation [83], [87] but the frequency of symptoms were different from studies.

Recently, in developing countries, dissociation symptoms that are often described as convulsions, pain symptoms, but other features such as paralysis, blindness, deafness, agitation and hallucinations seem less common [96], [97] and there were not any loss of standing symptoms, hallucination symptoms in patients of dissociation disorders of movement and sensation. Our research did not find any case which had these symptoms. Thus, the clinical features of dissociative disorders of movement and sensation somewhat change according to the times.

4.2.3. Characteristic symptoms of dissociation convulsions

The convulsions always have a sudden onset and an abrupt termination. They also have no typical stages and special characteristics like those of grand epilepsy seizure that are common features in patients with convulsion symptoms.

The feature of convulsion symptoms is the absence of consciousness disorder (88,37%). In the attack, patients still have the ability to recognize the surrounding environment, recognize close people. They could describe the worry of their relatives for their illness and know how the attack developed. Different from dissociation convulsions, in grand epilepsy seizure, patients often have consciousness disorder (loss of consciousness), do not know the environment around. These are important characteristics for the differential diagnosis between dissociative convulsions and epileptic convulsions.

The morphology of convulsions in patients with dissociation convulsion is mainly twitching body shape that does not have properties (98,84%) with various forms such as spastic body, arched body, beating limbs down on the bed. Some authors also called convulsions dissociation: "unclear convulsions" or "weird convulsions" [106].

All patients suffering from dissociation convulsions may have their attacks terminated or relieved when treated with psychological therapy without using anticonvulsants (100%).

4.2.4. Characteristics of motor dissociation symptoms

The characteristics of paralysis symptoms are illustrated in table 5. This is flaccid paralysis, muscle tone normal, no atrophy and no pathological reflexes (100%). Paralysis symptoms appear suddenly, not according to a certain rule; it's completely flaccid paralysis from the beginning of disease; paralysis onset is closely related to stresses (78,57%). Paralysis symptoms were reduced rapidly when the patient is treated with suggestion psychotherapy (100%) and the symptomatic recovery does not respond to the rules of recovery time in entity paralysis.

4.2.5. Characteristics of sensation symptoms

Pain is a quite common symptom of dissociation disorder of movement and sensation, accounting ratio 72,17%. This symptom is somewhat similar to but also different from pain symptom in the entity lesion pathology. Therefore, pain symptom is often misdiagnosed with physical pain. This is also the reason why patients with dissociation disorders are often primarily examined and treated at the physical department before being transferred to the psychiatric department.

4.2.6. The treatment in special physical department

Up to 35,65% (Table 7) patients with dissociation disorder were treated at the physical department before being received at psychiatry department through consultation. 13,9% of patients were examined and treated at Neurological department for the symptoms such as convulsions, numbness, paralysis prior to be examined in psychiatry department because the symptoms of dissociative disorders of movement and sensation are very similar to those of physical conditions. Therefore clinicians may confuse dissociative disorders with entity conditions. There is a significant proportion of dissociative patients who are hospitalized in the physical speciality departments in Bach Mai central Hospital. This proved that a high ratio of dissociative disorders are now misdiagnosed with other conditions.

4.2.7. Traumatic psychological factors related to the onset of disorders

Stress in family is the most common psychological stresses (45,45%) (Table 8). This is the conflict between family members and patients...

Khan et al (2006) who researched on conversion disorder patients treated in Karachi center hospital also showed that conflict in the family

was the most popular [80]. The stress at work is 37,4% of patients. These patients failed in their work such as loss in trade, fully stretched study. In some patients, the exam failure associated with the the high expectations of their relatives, especially their parents have caused the stress to patients on the elusive disease. The results of our study are consistent with Krishnakumar's research (2006): the problems at school such as exam failure, change in education environment... are the stresses commonly seen in dissociative patients [97].

4.3. PERSONALITY CHARACTERISTICS IN STUDY GROUP

4.3.1. Personality of patients in childhood

Chart 2 shows that there are 61,74% of patients who have weak personality traits even from their young age. Their parent and their teachers commented that they were very gentle. They cried when being bullied and most of them didn't react against ...

These are the comments of AlZakharov (1982) and Harriet (1974) when studying personality dissociation in children [55], [90]. In general, those patients are harmonious with others (91,3%), lovely and they are always adored. These characteristics have a profound impact on personality development process of patients latter.

4.3.2. Characteristical personality traits of patients at the time of study

As a result of individual psychological profile, openness was the common trait in 89 patients accounting for 77,4%... (Table 9). Patients with a shy personality always show weakness; they are easily vulnerable. They always seek the sympathy and help from other people around them and they are easily influenced by others. These personality traits have an impact on the individual behavior.

* Expression of dissociation traits in clinic.

Chart 3: affective trait was in 93 patients at a rate of 80,87%. When patients were a child, they were commented having emotional life. The patient shown emotional sensitivity such as easy change, easy pity, or tearful eyes, gullibility, gentleness, compassion and empathy; so that many patients were taken advantage by others. These traits are also stresses that cause the appearance of dissociation symptoms and patient's hospitalization. We remark that there is a relation between personality traits and vulnerability like Krishnakumar's comment (2006) [97].

Dissociative patients seem to be suggested by others and circumstances around. Suggestion vulnerability depends on the level of awareness, life experiences and their health status. In our research, there were 88,7% of

patients with personality traits prone to suggestion. Suggestion - prone personality traits and self - suggestion explain why mass dissociative disorders can occur in the community.

4.3.3. Result of EPI test

Result of Eysenck Personality Inventory test are often unstable personality factors, accounting for the rate of 82,41% of patients (Table 10). According to the Eysenck circle, the higher Personality temperament is extroverted trend and the more unstable emotional personality traits are, the easier your temper is lost, the more you become markedly volatile and the more you are susceptible to disorders associated with stresses. This result explains the clinical definition of dramatic personality in dissociative patients. This emotional life is difficult to condense because they often express strong but fickle feelings. Their emotion seem shallow, being easily contagious with other people's feelings... The study results are also consistent with the researches of foreign authors. These authors consider that personality of dissociative patients is more open, impatient and hot - tempered than others [57].

4.3.4. Result of MMPI test

Table 11 shows that the rate of patients who have pathology score in hypochondria scale (Hs) is 74,23% of patients. This score reflects that patient's complaints are usually related to different discomforts. These symptoms have diffuse, unfixed or moved characteristics. The purpose of this complaint is to show that they are the centre of attention and they seek the paying attention from others. MMPI was used in many studies to assess pathology personality. Patients with dissociation convulsions who were assessed by the MMPI had dissociation traits characterized by high scores on scales 1 (Hs) and scale 3 (Hy). Some patients had high triad of 1 - 2 - 3 scale appropriate to the results of our research (Hs, D, Hy). In our study, convulsions are the common symptoms of dissociation at the rate of 74,78%.

4.3.5. Result of scores scale Hysteria (Hy) in MMPI

The findings in Table 12: High point in Hy scale (scale 3) confirmed Hysteria temper in our study patients. High Hy Point (> 70) show an excess of emotional demand in patients; frustration was often seen in patients; they are vulnerable to suggestion. Patients complain about their symptoms for seeking care, sympathy and help from the other people. If their demand is not satisfied, they will have dissociation reaction. The study results are also consistent with those of Nynke (2011) and Krzysztof Owczarek (2012) [57], [58].

4.4. THE RELATIONSHIP BETWEEN PERSONALITY CHARACTERISTICS AND CLINICAL TYPES

4.4.1. Characteristics of dissociation disorders of movement and sensation

Research results in chart 4 show that motor dissociation (F44.4) is the most common (40,87%). This result is consistent with the proportion of patients who have motor symptoms in clinical practice. Our research results in dissociation disorders of movement and sensation were different from those of other authors [30]... Study results may also show the clinical differentiation in Nations [78].

4.4.2. Extrovert - Introvert average scores in EPI test of clinical types

The extrovert - introvert average score in EPI test of patients was $12,11 \pm 3,114$. When analyzing separately in each clinical type, we observed that mixed dissociation disorder (F44.7) had the highest point with an average score of $12,26 \pm 3,274$. Multiple motor and sensation symptoms may be associated with each other at the time patients were admitted to hospital or during hospitalization time. There is no difference between the outward - inward average point of each disorder. In our research, we could remark that extrovert - introvert point in EPI test of each disorder didn't differ respectively.

4.4.3. Hy average scores in MMPI test of clinical types

Hy scale's general average score of MMPI psychological test was $65,5 \pm 16,01$. Hy scale's general average score in each type will be at the limited scores where the highest average point was $68,62 \pm 14,51$ (F44.7) and the lowest was $64 \pm 16,64$ (F44.4). However, we found no difference in Hy scale's average score in the dissociation disorders of movement and sensation. We may remark that there is no difference in the personality traits characteristics of dissociative patients and clinical type.

4.4.4. Correlations of Hy scores among clinical disorders

Research results in figure 1, 2, 3 showed that there is a linear correlation between Hy scale's scores in MMPI test and the clinical types of dissociation disorder of movement and sensation but the difference was not statistically significant. From the research results, we can comment that there is no difference between in personality patient's dissociative disorder of movement and sensation in each clinical disorder. Patients with the same personality dissociation may manifest entirely different dissociation symptoms such as motor symptoms, sensation symptoms or combined symptoms.

CONCLUSION

1. Clinical features of dissociation disorders of movement and sensation

- Gender: Women are higher than men (ratio of female/male = 4,48/1).
- The disease is common in young age: 65,22% of patients < 30 years, only 14,04% of patients \geq 40years.
- Dissociation disorders of movement and sensation suddenly appear in 100% of studied cases.
- A high rate of dissociation disorder of movement and sensation occurs after psychological stress (86,08%), in which family stress (45,45%); work stress 37,37%.
- The most common of motor symptoms are the convulsion dissociation (74,78%). Hoarseness, paralysis, trembling symptoms are met at smaller frequency with ratio 25,22%; 12,17%; 8,7% respectively.
- The most common of sensation symptoms are pain (72,17%), numbness (21,73%), blindness dissociation see only at low percentage (3,5%).
- The less common symptoms are stupefaction dissociation (7,83%), dissociative anaesthesia (4,34%), rock dissociation (5,22%).
- 73,04% of patients remiss completely after treatment; treatment duration of 60% of patients is shorter than \leq 2 weeks.

2. Some personality characteristics of dissociative disorder patients

- Dissociation disorders usually occur in people who are susceptible to suggestion (88,7%), excitation (80,87%), ostentation (63,48%).
- Patients with Hysteria scale scores in the MMPI psychological test > 70 who have average of personality dissociation traits $3,60 \pm 1,196$ versus $2,88 \pm 1,154$ in patients with Hy scale scores \leq 70. There is correlation between dissociative trait and Hy scale scores ($p < 0,05$).
- There is a high rate of dissociation disorder patients who tend unstable personality (82,41%) and there is a lower rate of patients who tend extrovert personality (63,89%) according to Eysenck psychological testing.
- 50,51% of patients who have Hy scale scores at pathology level according to the MMPI psychological test. So MMPI and Eysenck psychological tests can be used as references in evaluating dissociation personality in patients with dissociation disorders of movement and sensation.

3.The relationship between personality characteristics and the clinical types of dissociation disorder of movement and sensation

- Susceptible to suggestion trait is common in most of clinical types (F44.4: 93,62% ; F44.5: 90,48%; F44.6: 80%; F44.7: 83,33%).
- Extrovert-introvert factor of average scores in Eysenck psychological test of F44.4 and F44.7 types are $12,18 \pm 3,135$ and $12,26 \pm 3,274$ versus $11,90 \pm 2,222$ and $10,50 \pm 2,887$ in F44.5 and F44.6 types. However, the difference was not statistically significant with $p > 0,05$.
- Stable-unstable factor of average point in Eysenck psychological test was also high from $14,57 \pm 4,490$ to $16,60 \pm 2,302$. But there is no difference among clinical types ($p > 0,05$).
- There is no difference between introvert-extrovert factors and stable-unstable factors in Eysenck psychological test among clinical types .
- The Hy scale of average scores in MMPI psychological test are from $64 \pm 16,64$ to $68,62 \pm 14,51$ and there is no difference among clinical types ($p > 0,05$).
- There is a linear correlation among Hy scale scores in the clinical types with different levels, but the Hy scale scores of F44.5 và F44.6 ($r = 0,618$); F44.5 và F44.7 ($r = - 0,307$); F44.6 và F44.7 ($r = - 0,578$) are the most significant.

PROPOSALS

1. Dissociation disorder is a very specific category of pathology in psychiatry; the manifestations are varied, complex, changeable. It is so difficult to diagnose and easy to confuse with other physical conditions that lead to unsuccessful treatment, affecting the life quality of many patients. Therefore, the education should be enhanced not only for psychiatry specialist doctors, but also for the general practitioner and other specialist physicians in clinical medicine in order that patients within the scope of this pathology may soon receive a correct diagnosis and proper treatment.
2. The clinicians must regularly improve diagnostic skills and practice psychological therapy, educate and advise the younger generation for complete personality strengthening to better prevent the diseases related to personality and to cope with the manifold stresses in their lives.