

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG HÀNH VI TỰ GÂY THƯƠNG TÍCH KHÔNG TỰ SÁT Ở NGƯỜI BỆNH VỊ THÀNH NIÊN (10 - 19 TUỔI) ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI VIỆN SỨC KHOẺ TÂM THẦN, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị Hoa^{1,2,✉}, Ngô Văn Tuất¹, Vương Đình Thuỷ¹,
Nguyễn Hồng Hải¹, Phạm Thị Kim Chi¹

¹Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng hành vi tự gây thương tích không tự sát trên đối tượng trẻ vị thành niên. Nghiên cứu được thực hiện tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 02/2025 đến 07/2025 theo phương pháp cắt ngang trên những người bệnh điều trị nội trú trong độ tuổi từ 10 - 19 tuổi. Trong 157 người được nghiên cứu, 70 người bệnh (44,6%) có hành vi tự gây thương tích không tự sát. Hành vi được sử dụng nhiều nhất là cắt và đập hoặc đánh vào cơ thể mình (cùng là 62,9%). Đốt là hành vi ít được sử dụng nhất (2,9%). Hành vi xuất hiện sớm nhất khi trẻ 5 tuổi, thường được thực hiện khi ở một mình (72,9%). Thời gian từ khi có ý định đến khi thực hiện hành vi chủ yếu là dưới 1 giờ (71,4%). Kết quả cung cấp thông tin về biểu hiện lâm sàng giúp cho người bệnh và gia đình phát hiện sớm dấu hiệu của hành vi và tìm đến sự trợ giúp của chuyên gia càng sớm càng tốt.

Từ khóa: Hành vi tự gây thương tích, hành vi tự gây thương tích không tự sát, vị thành niên, rối loạn tâm thần, điều trị nội trú.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hành vi tự hủy hoại là bất kì hành động phá hủy có định hướng vào đối tượng là chính bản thân chủ thể, dẫn tới thương tổn trực tiếp các mô của cơ thể. Các hành vi này được biểu hiện theo nhiều cách khác nhau như tự cắt, cào cấu, phá hoại quá trình lành vết thương và tự làm bỏng mình.¹ Thuật ngữ, hành vi tự gây thương tích không tự sát (NSSI: Non-Suicidal Self-Injury) lần đầu tiên được đưa vào phiên bản thứ năm của Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần (DSM-5). Đây là một hiện tượng tương đối phổ biến ở lứa tuổi vị thành niên và trẻ thực hiện hành vi không có ý định

tự sát. Thay vào đó, hành động được sử dụng vì một hoặc nhiều lý do như để giảm sự đau buồn, để tự trừng phạt hoặc để báo hiệu sự đau khổ của bản thân đến những người quan trọng xung quanh. Những người có hành vi tự gây thương tích một lần có nguy cơ cao lặp lại những hành vi tự gây thương tích lần tiếp theo, lặp lại hành vi cố ý gây thương tích và thậm chí dẫn đến hành vi tự sát hoàn thành.²

Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu được thực hiện về hành vi tự gây thương tích không tự sát. Nghiên cứu đầu tiên về mức độ phổ biến của NSSI trong mẫu trường học là thanh thiếu niên được xuất bản vào năm 2002, cho thấy tỷ lệ hành vi tự hủy hoại là khoảng 14%.³ Theo một tổng quan các dữ liệu từ năm 1989 đến năm 2018, cho thấy tỉ lệ suốt đời và tỉ lệ 12 tháng của hành vi tự gây thương tích không tự sát

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hoa

Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai

Email: Hoanguyen@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 11/11/2025

Ngày được chấp nhận: 25/11/2025

trên nhóm đối tượng trẻ em và thanh thiếu niên lần lượt là 22,1% (95% CI: 16,9 - 28,4%) and 19,5% (95% CI: 13,3 - 27,6%).⁴ NSSI không chỉ có thể xảy ra trong bối cảnh rộng rãi của các rối loạn tâm thần (rối loạn trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực, lạm dụng chất gây nghiện, rối loạn lo âu, rối loạn căng thẳng sau sang chấn) mà còn có thể xảy ra mà không có chẩn đoán tâm thần kèm theo.⁵ Sự thực hiện hành vi tự gây thương tích này có thể bắt đầu từ những cảm xúc tiêu cực như: sự tức giận, bức bối, thất vọng hoặc đau đớn, và không có ý định tự sát và trẻ thường không biết cách nào để vượt qua những cảm xúc tiêu cực này. Một khi làm đau bản thân, họ có thể trải nghiệm cảm giác xấu hổ và tội lỗi. Nếu sự xấu hổ lại đưa đến những cảm xúc cực kì tiêu cực khác, thì người đó có thể lại tiếp tục làm tổn thương bản thân. Hành vi này vì vậy mà cũng có thể trở thành một vòng tuần hoàn nguy hiểm và một thói quen lâu dài, làm tăng nguy cơ thực hiện hành vi tự sát.

Việt Nam là một đất nước đang phát triển, trong những năm gần đây kinh tế xã hội cũng đã có sự cải thiện hơn trước. Tuy nhiên, sự tiến bộ như vậy càng đặt ra những thách thức trong việc chăm sóc đời sống tinh thần của giới trẻ hiện nay. Tính đến thời điểm hiện tại, không có nhiều nghiên cứu tại Việt Nam được thực hiện tập trung vào việc phân tích hành vi tự gây thương tích không tự sát, mặc dù phạm vi tác động của tình trạng này có xu hướng ngày càng gia tăng. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng hành vi tự gây thương tích không tự sát trên đối tượng trẻ vị thành niên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện từ 02/2025 đến tháng 07/2025 tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai. Người bệnh được đưa vào chẩn đoán khi đáp ứng các tiêu chuẩn lựa

chọn và tiêu chuẩn loại trừ như sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Đang điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai.

- Độ tuổi từ 10 - 19 tuổi.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- Có vấn đề nhận thức hoặc mắc các bệnh cơ thể nặng dẫn đến không hoàn thành được bộ câu hỏi nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ. Tất cả chọn được 157 mẫu đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian thu thập số liệu từ tháng 02/2025 đến 07/2025.

Các biến số và chỉ số nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành đánh giá các biến số nghiên cứu bao gồm:

(1) các đặc điểm nhân khẩu - xã hội học, gồm có: tuổi, giới, khu vực sống, dân tộc, nghề nghiệp, trình độ văn hoá, học lực trước khi khởi phát bệnh, mối quan hệ giữa các thành viên trong gia đình, tính cách tiền bệnh lý, mối quan hệ với các bạn;

(2) các đặc điểm lâm sàng của hành vi tự gây thương tích không tự sát: có bao giờ thực hiện hành vi tự gây thương tích không tự sát hay không, các hình thức thực hiện hành vi tự gây thương tích không tự sát (cắt, cào xước nghiêm trọng, cắn, đập hoặc đánh vào cơ thể mình, đốt, làm chậm lành vết thương, khắc lên da, cọ xát da và bề mặt thô ráp, nhéo/bấu, đâm kim vào cơ thể, nhổ tóc, nuốt các chất nguy hiểm, và các phương thức khác) bao gồm về việc có thực

hiện hay không? nếu có thì tính đến thời điểm hiện tại đã thực hiện bao nhiêu lần?

Bên cạnh đó, còn có các thông tin khác: tuổi bắt đầu thực hiện hành vi, cảm nhận về đau của bệnh nhân khi thực hiện, trong khi thực hiện hành vi có ở một mình hay không, và thời gian từ khi có ý định tự làm đau bản thân đến khi thực hiện hành vi mất khoảng bao lâu, bản thân người bệnh có muốn dừng hành vi đó lại hay không?

Quy trình nghiên cứu

Số liệu được thu thập qua việc phỏng vấn trực tiếp người bệnh. Sau khi người bệnh nhập viện, người bệnh được xem xét lựa chọn vào nghiên cứu khi đáp ứng được đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Người bệnh được nhóm nghiên cứu tiếp cận, sau khi được giải thích và cung cấp các thông tin về nghiên cứu, nếu người bệnh và người nhà đồng ý tham gia vào nghiên cứu, người bệnh sẽ được yêu cầu hỏi các thông tin theo bệnh án nghiên cứu đã được thiết kế trước đó. Đồng thời nghiên cứu viên đánh giá tình trạng sức khỏe tâm thần của người bệnh.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu nghiên cứu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 29.0. Phân tích thống kê mô tả được sử dụng trong phân tích số liệu: với các biến liên tục, sẽ được biểu diễn dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn; trong khi đó các biến rời rạc sẽ được biểu diễn dưới dạng phần trăm.

3. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được chấp thuận khía cạnh đạo đức nghiên cứu và được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức - Bệnh viện Bạch Mai với số quyết định 7140/QĐ-BM ngày 31 tháng 12 năm 2024.

- Sự tham gia của đối tượng nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện và có thể rút khỏi nghiên cứu bất cứ thời điểm nào. Đối tượng tham gia nghiên cứu được cung cấp đầy đủ các thông tin về nghiên cứu.

- Các thông tin của đối tượng tham gia nghiên cứu được bảo mật, chỉ nhóm nghiên cứu có quyền tiếp cận.

III. KẾT QUẢ

1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu (n = 157)

Chỉ số	Phân loại	(n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Mean $\pm$ SD	16,38 $\pm$ 2,04	
	Min - Max	11 - 19	
Giới tính	Nam	60	38,2
	Nữ	97	61,8
Khu vực sống	Nông thôn	68	43,3
	Thành thị	78	49,7
	Miền núi	11	7,0
Dân tộc	Kinh	148	94,3
	Khác	9	5,7

Chỉ số	Phân loại	(n)	Tỷ lệ (%)
Trình độ văn hoá	Tiểu học	2	1,3
	THCS	62	39,5
	THPT	87	55,4
	Cao đẳng, đại học	6	3,8
Học lực trước khi khởi phát bệnh	Giỏi	46	29,3
	Khá	62	39,5
	Trung bình	42	26,8
	Kém	7	4,5
Mối quan hệ giữa các thành viên trong gia đình	Hoà thuận	102	65,0
	Thường có xung đột	40	25,5
	Mất bố hoặc mẹ	4	2,5
	Ly dị, ly thân	7	4,5
	Khác	4	2,5
Tính cách tiền bệnh lý	Hay lo nghĩ	54	34,4
	Cầu toàn	26	16,6
	Vui vẻ	48	30,6
	Trầm tính	68	43,3
	Nóng tính	24	15,3
	Khác	5	3,2
Mối quan hệ với các bạn	Hoà đồng	101	64,3
	Thân thiết	32	20,4
	Xung đột với bạn bè	28	17,8
	Có vấn đề học đường	25	15,9
	Bị bạo hành	2	1,3
	Khác	6	3,8

Độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $16,38 \pm 2,04$, trong đó đa phần là nữ giới (chiếm tỷ lệ 61,8%), sống chủ yếu ở nông thôn và thành thị (với tỷ lệ lần lượt là 43,3% và 49,7%), một tỷ lệ rất nhỏ sống ở miền núi (7,0%). Đa số đối tượng nghiên cứu là dân tộc kinh (94,3%). Hơn một nửa số người bệnh

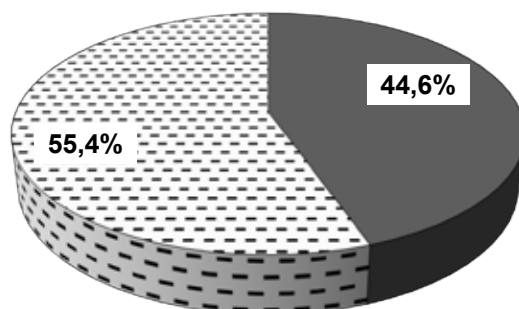
hiện đang học tại các trường THPT (55,4%), học lực khá và giỏi chiếm tỷ lệ cao nhất (với tỷ lệ lần lượt là 39,5% và 29,3%). Mặc dù phần lớn có mối quan hệ hoà thuận với gia đình (65,0%), một phần tư người bệnh thường xuyên có xung đột với bố/mẹ (25,5%) và một số nhỏ đã mất bố/mẹ hoặc bố mẹ ly dị, ly thân (7%). Đặc điểm

tính cách thường gặp nhất là trầm tính (43,3%), hay lo nghĩ (34,4%). Gần một phần năm số người bệnh có xung đột với bạn bè (17,8%) và chỉ 1,3% trường hợp có khai báo về việc bị bạo

hành tại trường học.

2. Đặc điểm lâm sàng hành vi tự gây thương tích không tự sát

Tỷ lệ hành vi tự gây thương tích không tự sát



■ Có hành vi □ Không có hành vi

Biểu đồ 1. Tỷ lệ người bệnh có hành vi tự gây thương tích không tự sát

Trong số 157 người bệnh tham gia nghiên cứu, có 70 người bệnh (44,6%) có thực hiện hành vi tự gây thương tích không tự sát.

Bảng 2. Các hình thức thực hiện hành vi tự gây thương tích không tự sát (n = 70)

Hình thức thực hiện hành vi tự gây thương tích không tự sát	Có thực hiện						Số lần thực hiện nhiều nhất	Số lần (Mean ± SD)
	Nữ (n = 56)		Nam (n = 14)		Tổng (n = 70)			
	n	%	n	%	n	%		
Cắt	38	67,9	6	42,9	44	62,9	100	15,50 ± 19,067
Cào xước nghiêm trọng	21	37,5	3	21,4	24	34,3	120	25,25 ± 38,261
Cắn	26	46,4	3	21,4	29	41,4	100	13,48 ± 19,55
Đập hoặc đánh vào cơ thể mình	37	66,1	7	50	44	62,9	150	19,55 ± 35,98
Đốt	2	3,6	0	0	2	2,9	4	3,0 ± 1,41
Làm chậm lành vết thương (vd: bóc vảy vết thương)	23	41,1	4	28,6	27	38,6	150	20,19 ± 32,28
Khắc lên da	17	30,4	1	7,1	18	25,7	50	10,06 ± 12,28
Cọ xát da vào bề mặt thô ráp	7	12,5	1	7,1	8	11,4	100	23,25 ± 34,87

Hình thức thực hiện hành vi tự gây thương tích không tự sát	Có thực hiện						Số lần thực hiện nhiều nhất	Số lần (Mean ± SD)
	Nữ (n = 56)		Nam (n = 14)		Tổng (n = 70)			
	n	%	n	%	n	%		
Nhéo, bầu	26	46,4	7	50	33	47,1	50	15,88 ± 17,347
Đâm kim vào cơ thể	11	19,6	0	0	11	15,7	50	10,27 ± 14,62
Nhổ tóc	18	32,1	2	14,3	20	28,6	20	4,0 ± 7,326
Nuốt các chất nguy hiểm	7	12,5	0	0	7	10	10	3,29 ± 3,45
Khác (cạy móng chân, đâm vào tường, đập đầu)	3	5,4	2	14,3	5	7,1		

Các hình thức thực hiện hành vi tự gây thương tích không tự sát là đa dạng. Trong đó, hành vi được người bệnh sử dụng nhiều nhất đó là cắt và đập hoặc đánh vào cơ thể mình (cùng là 62,9%), tiếp đó đến nhéo/bầu (47,1%), làm chậm lành vết thương (38,6%) và cào xước nghiêm trọng (34,3%). Các hành vi ít được ưa chuộng thực hiện gồm có đốt (2,9%) và cạo xát

da vào bề mặt thô ráp (11,4%). Đập hoặc đánh vào cơ thể mình là phương pháp được cả nam giới và nữ giới thường xuyên sử dụng (50% và 66,1%). Các hành vi trên được thực hiện lặp lại nhiều lần, dao động từ 4 lần (với hành vi đốt), đến 150 lần (gồm có đập hoặc đánh vào cơ thể mình và làm chậm lành vết thương).

Bảng 3. Các đặc điểm khác của hành vi tự gây thương tích không tự sát (n = 70)

Chỉ số	Phân loại	n	Tỷ lệ (%)
Tuổi bắt đầu có hành vi này	Mean $\pm$ SD	13,71 $\pm$ 2,62	
	Min - Max	5 - 19	
	Không	28	40,0
Cảm giác đau khi thực hiện hành vi	Đôi khi	30	42,9
	Có	12	17,1
	Không	7	10,0
Có ở một mình khi thực hiện hành vi không?	Đôi khi	12	17,1
	Có	51	72,9
	Dưới 1 giờ	50	71,4
Mất bao nhiêu thời gian từ khi có ý định, đến khi thực hiện hành vi	1 - 3 giờ	13	18,6
	3 - 6 giờ	3	4,3
	6 - 12 giờ	0	0
	12 - 24 giờ	0	0
	Hơn 1 ngày	4	5,7

Chỉ số	Phân loại	n	Tỷ lệ (%)
Có muốn dừng hành vi này không?	Không	21	30
	Có	49	70

Hành vi tự gây thương tích không tự sát được thực hiện sớm nhất từ khi trẻ 5 tuổi, với độ tuổi trung bình khởi phát việc thực hiện là $13,71 \pm 2,62$. Người bệnh thường không cảm thấy đau hoặc cảm thấy đau rất ít khi thực hiện hành vi (chiếm tỷ lệ 82,9%) và thực hiện khi ở một mình (72,9%). Thời gian từ khi có ý định đến khi thực hiện hành vi chủ yếu là dưới 1 giờ (71,4%). Khoảng một phần ba người bệnh có xu hướng muốn chấm dứt hành vi này (70%).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ của hành vi tự gây thương tích không tự sát là khá cao trong nhóm bệnh nhân nằm viện điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai (tỷ lệ là 44,6%). Kết quả nghiên cứu này cao hơn hẳn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuý Linh và Bùi Văn Lợi. Cả hai nghiên cứu trên đều được thực hiện tại Viện Sức khỏe Tâm thần.^{6,7} Theo Nguyễn Thị Thuý Linh, nghiên cứu được thực hiện trên 260 trẻ vị thành niên (10 - 19 tuổi) điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần cho thấy tỷ lệ trẻ có hành vi tự gây thương tích không tự sát là 13,1% với độ tuổi trung bình là 15,97.⁶ Nghiên cứu của Bùi Văn Lợi trên bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn hỗn hợp cảm xúc và hành vi tuổi thanh thiếu niên độ tuổi từ 10 - 19 tuổi, bên cạnh hành vi gây hấn, phá hoại tài sản, hành vi tự sát, có 14,3% người bệnh có hành vi tự huỷ hoại.⁷ Các kết quả này đều thấp hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuý Linh việc thực hiện trên cả nhóm đối tượng bệnh nhân ngoại trú, do đó mức độ nặng của bệnh lý rối loạn tâm thần không cao, đó có thể là nguyên nhân dẫn đến tình trạng hành vi tự gây thương tích không cao. Nghiên cứu

của Bùi Văn Lợi chỉ tập trung vào một nhóm đối tượng mắc rối loạn cảm xúc và hành vi khởi phát tuổi thanh thiếu niên, nghiên cứu của chúng tôi bao gồm nhiều nhóm bệnh nhân được chẩn đoán với các mã bệnh khác nhau. Hơn nữa, các nghiên cứu trên được thực hiện trong giai đoạn năm 2021 - 2022, những năm đó sự nhận biết cũng như kiến thức về hành vi tự gây thương tích không tự sát vẫn chưa được phát triển và quan tâm như hiện nay.

Trong nghiên cứu của chúng tôi liệt kê 12 hành vi phổ biến được sử dụng để thực hiện hành vi tự gây thương tích, bao gồm các hành vi: cắt, cào xước nghiêm trọng, cắn, đập hoặc đánh vào cơ thể mình, đốt, làm chậm lành vết thương, khắc lên da, cạo xát da và bề mặt thô ráp, nhéo/bấu, đâm kim vào cơ thể, nhổ tóc, nuốt các chất nguy hiểm. Ngoài ra, người bệnh được tự do nói về các phương thức thực hiện khác nếu sử dụng phương thức không được liệt kê ở trên. Ba phương thức được liệt kê thêm là cạy móng chân, đâm vào tường và đập đầu. Trong các phương thức trên, phương thức được sử dụng nhiều nhất đó là cắt. Kết quả nghiên cứu có sự tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới, cho thấy phương pháp sử dụng phổ biến nhất là tự cắt hoặc tự rạch bằng dụng cụ sắc nhọn như dao, dao cạo và đều ở vị trí tay, chân và bụng.⁸⁻¹⁰ Cánh tay, bàn tay và cẳng tay đối diện với tay thuận là những vị trí thường bị thương, cũng như chân và bụng; tuy nhiên, có thể có bằng chứng tự gây thương tích ở bất kỳ vị trí nào trên cơ thể. Các dấu hiệu khác của tự gây thương tích không tự sát bao gồm: ăn mặc không phù hợp với thời tiết, ví dụ như mặc áo dài tay khi trời nóng; nhiều lần “tai nạn”; đeo trang sức, vòng tay hoặc vật che phủ;

ngại tham gia các hoạt động đòi hỏi phải để lộ một số bộ phận cơ thể, chẳng hạn như bơi lội; và thường xuyên sử dụng băng dán cá nhân. Do đó, khi khai thác các triệu chứng này, điều quan trọng là các câu hỏi về thương tích được đặt ra một cách không mang tính đe dọa, trung lập về mặt cảm xúc và không phán xét.

Trong nghiên cứu này phát hiện ra rằng có bệnh nhân có hành vi tự gây thương tích từ khi còn 5 tuổi. Mặc dù nghiên cứu cho thấy ở độ tuổi này tỉ lệ thực hiện hành vi là rất hiếm. Một đánh giá có hệ thống về các nghiên cứu dài hạn về NSSI cho thấy tỷ lệ phổ biến của NSSI diễn ra nhiều nhất vào khoảng giữa tuổi thanh thiếu niên (khoảng 15 - 16 tuổi) và giảm dần về cuối tuổi thanh thiếu niên (khoảng 18 tuổi).¹¹ Người bệnh thường ít có trải nghiệm đau đớn khi thực hiện hành vi do ngưỡng chịu đau của bệnh nhân cao hơn so với những người bệnh không có hành vi tự gây thương tích. Các hành vi thường được thực hiện khi ở một mình và mang tính xung động (thời gian từ khi có ý tưởng đến khi thực hiện hành vi là nhỏ hơn 1 giờ), nên gây khó khăn trong việc ngăn chặn kịp thời hành vi. Một vấn đề cần lưu ý, đó là việc thực hiện hành vi tự gây thương tích nhiều lần sẽ làm tăng nguy cơ thực hiện hành vi tự sát. Mối quan hệ này khá phức tạp và vẫn chưa được hiểu đầy đủ. Mặc dù cả hành vi tự gây thương tích không tự sát và hành vi tự sát đều là các dạng hành vi tự gây thương tích, nhưng chúng đã được phân biệt dựa trên ý định, tần suất và mức độ gây tử vong. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hành vi tự gây thương tích không tự sát và hành vi tự sát không loại trừ sự đồng thời xảy ra của chúng; chúng thường được phát hiện đồng thời. Nghiên cứu chỉ ra rằng 40% những người tự gây thương tích không phải vì mục đích tự sát có ý định tự sát khi gây ra thương tích¹² và ước tính rằng 50 - 70% những người tự gây thương tích đã từng cố gắng tự sát ít nhất một lần trong đời.^{13,14}

V. KẾT LUẬN

Trong 157 người bệnh (độ tuổi từ 10 - 19 tuổi) được nghiên cứu, gần một nửa người bệnh (chiếm tỉ lệ 44,6%) có hành vi tự gây thương tích không tự sát. Hành vi được sử dụng nhiều nhất là cắt và đập hoặc đánh vào cơ thể mình (cùng là 62,9%); tiếp đó đến nhéo/bấu (47,1%), làm chậm lành vết thương (38,6%) và cào xước nghiêm trọng (34,3%). Đốt là hành vi ít được sử dụng nhất (2,9%). Hành vi xuất hiện sớm nhất khi trẻ 5 tuổi, thường được thực hiện khi ở một mình (72,9%). Thời gian từ khi có ý định đến khi thực hiện hành vi chủ yếu là dưới 1 giờ (71,4%). Kết quả trên cung cấp thông tin về biểu hiện lâm sàng giúp cho người bệnh và gia đình phát hiện sớm dấu hiệu của hành vi và khuyến cáo tìm đến sự trợ giúp của chuyên gia càng sớm càng tốt.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành sâu sắc tới Bệnh viện Bạch Mai đã tài trợ cho nghiên cứu được thực hiện thành công (mã số đề tài: BM_2024_129).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015;9:31. doi:10.1186/s13034-015-0062-7
2. Chan MKY, Bhatti H, Meader N, et al. Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *Br J Psychiatry*. 2016;209(4):277-283. doi:10.1192/bjp.bp.115.170050
3. Ross S, Heath N. A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *J Youth Adolesc*. 2002; 31(1): 67-77. doi:10.1023/A:1014089117419.
4. Lim KS, Wong CH, McIntyre RS, et al.

Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(22):4581. doi:10.3390/ijerph16224581

5. Andover MS. Non-Suicidal Self-Injury Disorder in a Community Sample of Adults. *Psychiatry Res*. 2014;219(2):305-310. doi:10.1016/j.psychres.2014.06.001

6. Nguyễn Thị Thuỳ Linh. *Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng Hành vi Tự Huỷ Hoại và Một Số Yếu Tố Liên Quan ở Trẻ vị Thành Niên*. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội; 2022.

7. Bùi Văn Lợi, Nguyễn Văn Tuấn, Lê Thị Thu Hà. Một số yếu tố liên quan với rối loạn hành vi ở người bệnh rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc khởi phát tuổi thanh thiếu niên. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;521(2). doi:10.51298/vmj.v521i2.4069

8. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: a research review for the practitioner. *J Clin Psychol*. 2007;63(11):1045-1056. doi:10.1002/jclp.20412

9. Nock MK, Prinstein MJ. A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(5):885-890. doi:10.1037/0022-006X.72.5.885

10. Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J. Variation in nonsuicidal self-injury: identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53*. 2008; 37(4): 725-735. doi:10.1080/15374410802359734.

11. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation*. 2015;2:2. doi:10.1186/s40479-014-0024-3

12. Klonsky ED, Moyer A. Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2008; 192(3): 166-170. doi:10.1192/bjp.bp.106.030650.

13. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*. 2006; 144(1): 65-72. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.010.

14. Muehlenkamp JJ, Ertelt TW, Miller AL, Claes L. Borderline personality symptoms differentiate non-suicidal and suicidal self-injury in ethnically diverse adolescent outpatients. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011; 52(2): 148-155. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02305.x.

Summary

CLINICAL CHARACTERISTICS OF NON-SUICIDAL SELF-INJURY BEHAVIOR IN ADOLESCENTS (10-19 YEARS OLD) INPATIENT TREATED AT NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, BACH MAI HOSPITAL

The study was conducted to describe the clinical characteristics of non-suicidal self-injury behavior in adolescents. The study was conducted at National Institute of Mental Health, Bach Mai Hospital from February 2025 to July 2025 using a cross-sectional method on inpatients aged 10 - 19 years. Of the 157 people studied, 70 patients (44.6%) had non-suicidal self-injury behavior. The most commonly used behavior was cutting and banging or hitting oneself (62.9%). Burning was the least commonly used behavior (2.9%). The behavior appeared earliest when children were 5 years old, often performed when they were alone (72.9%). The time from intention to execution was mostly less than 1 hour (71.4%). The results help provide information about clinical manifestations to help patients and their families detect early signs of this behavior and seek professional help as soon as possible.

Keywords: Self-injurious behavior, non-suicidal self-injurious behavior, adolescents, mental disorders.