

CLINICAL SYMPTOMS OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AMONG ADOLESCENT INPATIENTS WITH NON-SUICIDAL SELF-INJURY IN NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH

Nguyen Thuy Hang^{1*}, Nguyen Thi Phuong Mai², Duong Minh Tam^{1,2}

¹Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

²National Institute of Mental Health - 78 Giai Phong, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

Received: 10/7/2025

Revised: 19/7/2025; Accepted: 30/7/2025

ABSTRACT

Objective: To describe borderline personality disorder symptoms in adolescent inpatients with non-suicidal self-injury.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 52 adolescent inpatients with non-suicidal self-injury at the National Institute of Mental Health, Bach Mai Hospital, from July 2024 to February 2025.

Results: The mean number of borderline personality disorder symptoms was 4.7 ± 2.1 ; 55.8% of patients met ≥ 5 borderline personality disorder criteria. The most common symptoms: recurrent suicidal threats/self-harm behaviors (88.5%), affective instability (82.7%), chronic feelings of emptiness (63.5%), and paranoid ideation/dissociative symptoms (65.4%). Patients with repetitive and more diverse forms of non-suicidal self-injury had a higher percentage of borderline personality disorder symptoms.

Conclusion: Most adolescent inpatients with non-suicidal self-injury exhibited multiple borderline personality disorder symptoms, particularly affective instability, recurrent suicidal/self-injurious behaviors, and chronic emptiness. Detailed symptom profiling may help identify high-risk individuals and provide a foundation for early intervention.

Keywords: Non-suicidal self-injury, borderline personality disorder, adolescents.

*Corresponding author

Email: nghuyenthuyhang48@gmail.com Phone: (+84) 949377891 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD12.2980>

ĐẶC ĐIỂM TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG RỐI LOẠN NHÂN CÁCH RANH GIỚI Ở NGƯỜI BỆNH VỊ THÀNH NIÊN CÓ HÀNH VI TỰ GÂY THƯƠNG TÍCH KHÔNG TỰ SÁT ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN

Nguyễn Thúy Hằng^{1*}, Nguyễn Thị Phương Mai², Dương Minh Tâm^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

²Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia - 78 Giải Phóng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/7/2025

Ngày chỉnh sửa: 19/7/2025; Ngày duyệt đăng: 30/7/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả triệu chứng rối loạn nhân cách ranh giới ở người bệnh nội trú vị thành niên có hành vi tự gây thương tích không tự sát.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang 52 người bệnh nội trú vị thành niên có hành vi tự gây thương tích không tự sát tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 7/2024 đến tháng 2/2025.

Kết quả: Số triệu chứng rối loạn nhân cách ranh giới trung bình là $4,7 \pm 2,1$; 55,8% người bệnh có ≥ 5 triệu chứng rối loạn nhân cách ranh giới. Các triệu chứng phổ biến gồm: hành vi tự sát/tự gây thương tích lặp đi lặp lại (88,5%), cảm xúc không ổn định (82,7%), cảm giác trống rỗng dai dẳng (63,5%), ý tưởng paranoid/triệu chứng phân ly (65,4%). Người bệnh có hành vi tự gây thương tích không tự sát lặp đi lặp lại và mức độ đa dạng tự gây thương tích không tự sát cao có tỷ lệ triệu chứng rối loạn nhân cách ranh giới cao hơn.

Kết luận: Phần lớn người bệnh nội trú vị thành niên có hành vi tự gây thương tích không tự sát biểu hiện nhiều triệu chứng rối loạn nhân cách ranh giới, đặc biệt là cảm xúc không ổn định, hành vi tự gây thương tích/tự sát lặp đi lặp lại, và cảm giác trống rỗng dai dẳng. Mô tả triệu chứng chi tiết giúp nhận diện nhóm nguy cơ cao và là cơ sở quan trọng để có thể can thiệp sớm.

Từ khóa: Hành vi tự gây thương tích không tự sát, rối loạn nhân cách ranh giới, thanh thiếu niên.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vị thành niên (10-19 tuổi) là giai đoạn phát triển tâm sinh lý đặc biệt, trong đó những thay đổi trong cấu trúc não ảnh hưởng đến khả năng điều hòa cảm xúc và những hành vi xung động [1]. Tự gây thương tích không tự sát (non-suicidal self-injury - NSSI) phổ biến trong giai đoạn này. Một nghiên cứu ở Việt Nam năm 2021 chỉ ra có 43,9% thanh thiếu niên tham gia nghiên cứu đã từng thực hiện ít nhất một hành vi NSSI trong 12 tháng trước đó [2]. NSSI liên quan đến nhiều kết cục tồi tệ, đặc biệt người bệnh NSSI có triệu chứng rối loạn nhân cách ranh giới (borderline personality disorder - BPD) có nguy cơ cao hơn tiếp tục hoặc tái phát NSSI [3]. BPD là một rối loạn tâm thần nặng, đặc trưng bởi sự mất ổn định cảm xúc, hành vi xung động, rối loạn nhân dạng và quan hệ xã hội. Theo DSM-5, NSSI lặp đi lặp lại là một trong các tiêu chí chẩn đoán BPD. Khoảng 63,5% người bệnh vị thành niên có NSSI đạt ≥ 5 tiêu chí chẩn đoán BPD [4], phổ biến nhất gồm: cảm xúc không ổn định, NSSI lặp đi lặp lại, cảm giác trống rỗng dai dẳng và rối loạn các mối quan hệ [4-5]. Tần suất và mức độ nặng của các triệu chứng này có mối liên quan với hành vi NSSI kéo dài và đa dạng [6].

Người bệnh NSSI có triệu chứng BPD có thể cần liệu pháp chuyên biệt để đạt kết quả tốt nhất. Tuy nhiên, ở Việt Nam, nghiên cứu về triệu chứng lâm sàng của BPD ở nhóm người bệnh này vẫn còn rất hạn chế.

Do đó, nghiên cứu này mô tả đặc điểm triệu chứng lâm sàng BPD ở người bệnh nội trú vị thành niên có NSSI, qua đó có thể giúp phát hiện sớm BPD để can thiệp kịp thời và định hướng các nghiên cứu chuyên sâu hơn trong tương lai.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang các triệu chứng BPD theo DSM-5.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2024 đến tháng 2/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh nội trú 10-19 tuổi có NSSI.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) có ít nhất một lần có NSSI trong đời theo định nghĩa của Hội Quốc tế Nghiên cứu về NSSI: hành vi cố ý tự gây thương tích cho các mô

*Tác giả liên hệ

cơ thể, được thực hiện mà không có ý định tự sát và không vì những lý do không được xã hội chấp nhận [7]; (2) đồng thuận tham gia nghiên cứu thông qua sự chấp thuận của người bệnh hoặc người giám hộ hợp pháp.

- Tiêu chuẩn loại trừ: có rối loạn phát triển lan tỏa, chậm phát triển trí tuệ nặng, loạn thần cấp hoặc đau thể chất nặng ảnh hưởng đến quá trình phỏng vấn người bệnh.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Xác định cỡ mẫu theo công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{\Delta^2}$$

Trong đó $p = 63,5\%$ theo nghiên cứu trước [4]; Zscore = 1,96; $\alpha = 0,05$; $\Delta = 0,15$. Từ đó tính được $n = 39,57$ (cỡ mẫu tối thiểu là 40).

Nghiên cứu bao gồm 52 người bệnh theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chúng tôi lấy tất cả những người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn từ tháng 7/2024 đến tháng 2/2025.

2.5. Biến số

Biến nhân khẩu xã hội học (tuổi, giới, trình độ học vấn), các biến liên quan đến NSSI (thời điểm khởi phát, đã bao giờ phải nhập viện vì NSSI chưa, thời gian thực hiện, các phương thức, số lần thực hiện NSSI), các biến liên quan đến BPD (tỷ lệ từng triệu chứng theo DSM-5, số lượng triệu chứng BPD).

2.6. Công cụ nghiên cứu

Bệnh án nghiên cứu, bảng câu hỏi đánh giá hành vi tự gây thương tích có chủ đích (DSHI), DSM-5, thang Zanarini đánh giá mức độ nặng của triệu chứng BPD.

DSHI [8] là thang đo tự báo cáo để đo lường NSSI, gồm: tần suất, tuổi khởi phát, thời gian kéo dài, thời điểm xảy ra gần nhất và mức độ nghiêm trọng của 17 loại NSSI khác nhau. Tần suất được tính bằng tổng điểm các câu hỏi về tần suất tương ứng với từng loại hành vi. NSSI được coi là “lặp đi lặp lại” khi có ≥ 5 lần NSSI trong suốt cuộc đời. Mức độ đa dạng được xác định dựa trên số loại NSSI từng thực hiện: 0-1 loại là thấp, 2-4 loại là trung bình, 5-11 loại là cao. Mức độ nặng được xác định dựa trên sự can thiệp y tế sau hành vi: “nặng” nếu người tham gia trả lời “có” với bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến việc phải nhập viện hoặc can thiệp y tế sau khi thực hiện 1 trong 17 hành vi trong DSHI.

DSM-5 là cẩm nang chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần phiên bản thứ 5. Tiêu chuẩn chẩn đoán BPD: một mô hình dai dẳng về sự mất ổn định trong các mối quan hệ liên cá nhân, hình ảnh bản thân và cảm xúc và tính xung động rõ rệt, xuất hiện từ đầu tuổi trưởng thành và ở nhiều bối cảnh khác nhau, biểu hiện ≥ 5 triệu chứng sau:

1. Nỗ lực điên cuồng để tránh bị bỏ rơi (thực tế hoặc tưởng tượng).
2. Một mô hình những mối quan hệ liên cá nhân căng thẳng hoặc không ổn định, biểu hiện bằng sự thay đổi sự lý tưởng hóa và sự coi thường người khác.
3. Rối loạn nhân dạng: hình ảnh/cảm giác về bản thân không ổn định dai dẳng và đáng kể.
4. Xung động trong ≥ 2 tình huống có thể gây hại cho bản thân (ví dụ: tiêu tiền, tình dục, lạm dụng chất, ăn uống vô độ, lái xe thiếu thận trọng).
5. Hành vi tự sát/dọa tự sát hoặc tự gây thương tích lặp đi lặp lại.
6. Tâm trạng thay đổi nhanh, kéo dài thường chỉ vài giờ và hiếm khi hơn một vài ngày.
7. Cảm giác trống rỗng dai dẳng.
8. Sự tức giận dữ dội không phù hợp hoặc khó khăn trong kiểm soát sự tức giận.
9. Ý tưởng hoang tưởng tạm thời/triệu chứng phân ly trầm trọng gây ra bởi căng thẳng.

Thang Zanarini: công cụ bán định lượng để đánh giá mức độ nặng của 9 triệu chứng BPD theo DSM-5. Mỗi tiêu chí được chấm điểm 0-4, tương ứng từ không có triệu chứng đến rất nặng. Điểm càng cao phản ánh mức độ rối loạn càng nghiêm trọng.

2.7. Xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 25. Các biến định lượng được thể hiện dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$) hoặc trung vị (IQR), biến định tính được thể hiện bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp vào phương pháp điều trị của bác sĩ. Người bệnh và người nhà được giải thích rõ mục tiêu và phương pháp nghiên cứu, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu mà không cần giải thích. Các thông tin cung cấp được đảm bảo giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm người bệnh vị thành niên có NSSI

Bảng 1. Đặc điểm chung (n = 52)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ
Tuổi	10-13	7	13,5%
	14-16	31	59,6%
	17-19	14	26,9%

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ	
Giới	Nữ	42	80,8%	
	Nam	10	19,2%	
Nơi ở	Thành thị	29	55,8%	
	Nông thôn	16	30,8%	
	Miền núi	7	13,5%	
Đặc điểm NSSI	Khởi phát ($\bar{X} \pm SD$) (tuổi)		13,7 $\pm$ 2,0	
	Mức độ nặng	Nặng	19	36,5%
		Không nặng	33	63,5%
	Tần suất	Đôi khi	23	44,2%
		Lặp đi lặp lại	29	55,8%
	Thời gian kéo dài (median $\pm$ IQR) (năm)		1,7 $\pm$ 1,5	
	Mức độ đa dạng	Thấp	11	21,2%
		Trung bình	23	44,2%
		Cao	18	34,6%

Nghiên cứu gồm 52 người bệnh có NSSI, phần lớn là nữ (80,8%), tuổi trung bình 15,5 $\pm$ 1,8 với độ tuổi giữa vị thành niên chiếm phần lớn (59,6%), sinh sống ở khu vực thành thị (55,8%). Độ tuổi trung bình khởi phát NSSI là 13,7 $\pm$ 2,0, phần lớn là mức độ không nặng (63,5%), và tần suất là lặp đi lặp lại (55,8%), người bệnh thực hiện NSSI kéo dài trong 1,7 $\pm$ 1,5 năm với mức độ đa dạng trung bình (2-4 phương thức, 44,2%).

3.2. Đặc điểm triệu chứng BPD ở người bệnh vị thành niên có NSSI

Bảng 2. Tỷ lệ người bệnh có ≥ 5 triệu chứng BPD theo các dưới nhóm (n = 52)

Đặc điểm		Có ≥ 5 triệu chứng BPD		
		Có	Không	
Tuổi	10-13	6 (85,7%)	1 (14,3%)	
	14-16	16 (51,6%)	15 (48,4%)	
	17-19	7 (50,0%)	7 (50,0%)	
Giới	Nữ	26 (61,9%)	16 (38,1%)	
	Nam	3 (30,0%)	7 (70,0%)	
Nơi ở	Thành thị	17 (58,6%)	12 (41,4%)	
	Nông thôn	9 (56,3%)	7 (43,8%)	
	Miền núi	3 (42,9%)	4 (57,1%)	
Đặc điểm NSSI	Khởi phát ($\bar{X} \pm SD$) (tuổi)		13 ± 3	15 ± 2
	Mức độ nặng	Nặng	11 (57,9%)	8 (42,1%)
		Không nặng	18 (54,5%)	15 (45,5%)
	Tần suất	Đôi khi	9 (39,1%)	14 (60,9%)
		Lặp đi lặp lại	20 (69,0%)	9 (31,0%)
	Thời gian kéo dài (median ± IQR) (năm)		2,13 ± 1,5	1,20 ± 1,23
	Mức độ đa dạng	Thấp	2 (18,2%)	9 (81,8%)
		Trung bình	11 (47,8%)	12 (52,2%)
		Cao	16 (88,9%)	2 (11,1%)

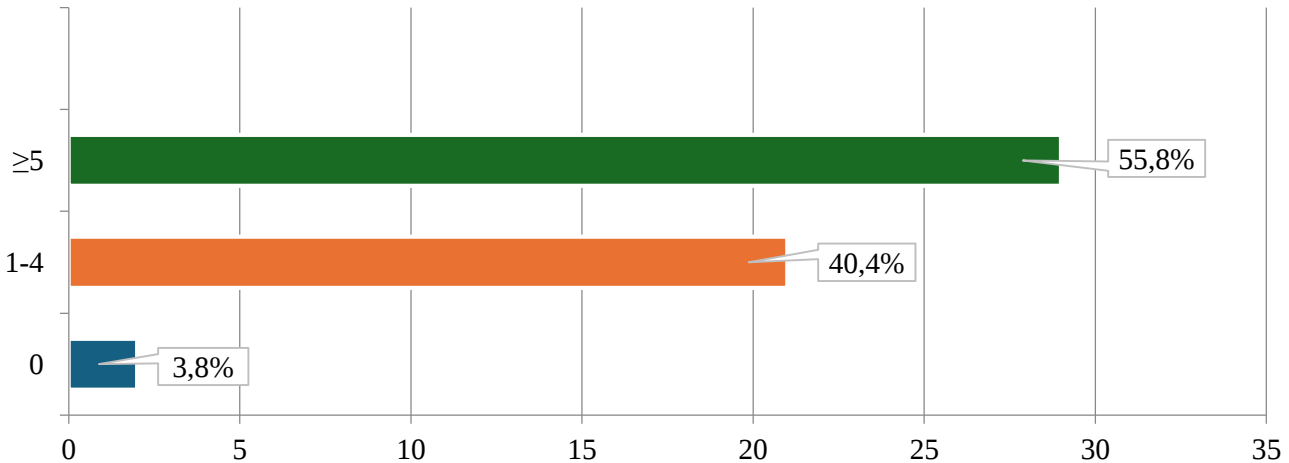
Tỷ lệ người bệnh có ≥ 5 triệu chứng BPD ở nhóm tuổi vị thành niên sớm (10-13 tuổi) (85,7%) cao hơn ở 2 nhóm còn lại, ở nữ (61,9%) cao hơn nam (30%), ở thành thị (58,6%) và nông thôn (56,3%) cao hơn miền núi (42,9%). Tỷ lệ số người bệnh có ≥ 5 triệu chứng BPD ở nhóm có NSSI nặng cao hơn nhóm không nặng (57,9% và 54,5%), lặp đi lặp lại cao hơn ở nhóm có tần suất NSSI đôi khi (69,0% so với 39,1%), mức độ đa dạng cao thì cao hơn

(88,9% so với 47,8% và 18,2%). Nhóm có ≥ 5 triệu chứng BPD có tuổi khởi phát NSSI sớm hơn (13 ± 3 tuổi so với 15 ± 2 tuổi), thời gian kéo dài NSSI cao hơn ($2,13 \pm 1,5$ năm so với $1,20 \pm 1,23$ năm).

Bảng 3. Tỷ lệ và mức độ nặng triệu chứng BPD (n = 52)

Triệu chứng BPD theo DSM-5	Số lượng	Mức độ nặng (median, IQR)
1. Tránh bị bỏ rơi	22 (42,3%)	1 (0,5-2)
2. Rối loạn mối quan hệ liên cá nhân	12 (23,1%)	1 (0-1,5)
3. Rối loạn nhân dạng	20 (38,5%)	1 (0-3)
4. Hành vi xung động	10 (19,2%)	0,5 (0-1,5)
5. Hành vi tự sát/tự gây thương tích lặp đi lặp lại	46 (88,5%)	2 (1-3,5)
6. Cảm xúc không ổn định	43 (82,7%)	2 (1,5-4)
7. Cảm giác trống rỗng dai dẳng	33 (63,5%)	2 (1-3)
8. Con giận dữ không phù hợp/khó kiểm soát	22 (42,3%)	2 (1-3)
9. Ý tưởng paranoid/triệu chứng phân ly	34 (65,4%)	2 (1-2)

Những triệu chứng BPD phổ biến nhất là hành vi tự sát/tự gây thương tích lặp đi lặp lại (88,5%), cảm xúc không ổn định (82,7%), ý tưởng paranoid/triệu chứng phân ly (65,4%). Triệu chứng ít phổ biến nhất là hành vi xung động (19,2%). Các triệu chứng có mức độ nặng hơn theo thang Zanarini là hành vi tự sát/tự gây thương tích lặp đi lặp lại, cảm xúc không ổn định, cảm giác trống rỗng dai dẳng, cơn giận dữ không phù hợp/khó kiểm soát.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ người bệnh theo số lượng triệu chứng BPD

Số lượng triệu chứng trung bình là $4,7 \pm 2,1$ (1-8 triệu chứng), phần lớn người bệnh có ≥ 5 triệu chứng BPD (55,8%), không có người bệnh nào có đủ 9 triệu chứng BPD.

Bảng 4. Tỷ lệ triệu chứng BPD theo tần suất và mức độ nặng NSSI

Triệu chứng BPD theo DSM-5	Tần suất NSSI		Mức độ nặng NSSI	
	Đôi khi	Lặp đi lặp lại	Nặng	Không nặng
1. Tránh bị bỏ rơi	11/34 (32,4%)	11/18 (61,1%)	9/19 (47,4%)	13/33 (39,4%)
2. Rối loạn mối quan hệ liên cá nhân	6/34 (17,6%)	6/18 (33,3%)	7/19 (36,8%)	5/33 (15,2%)
3. Rối loạn nhân dạng	13/34 (38,2%)	7/18 (38,9%)	7/19 (36,8%)	13/33 (39,4%)
4. Hành vi xung động	2/34 (5,9%)	8/18 (44,4%)	5/19 (26,3%)	5/33 (15,2%)
5. Hành vi tự sát/tự gây thương tích lặp đi lặp lại	28/34 (82,4%)	18/18 (100%)	17/19 (89,5%)	29/33 (87,9%)
6. Cảm xúc không ổn định	26/34 (76,5%)	17/18 (94,4%)	14/19 (73,7%)	29/33 (87,9%)
7. Cảm giác trống rỗng dai dẳng	20/34 (58,8%)	13/18 (72,2%)	8/19 (42,1%)	25/33 (75,8%)
8. Cơn giận dữ không phù hợp/khó kiểm soát	12/34 (35,3%)	10/18 (55,6%)	9/19 (47,4%)	13/33 (39,4%)
9. Ý tưởng paranoid/ triệu chứng phân ly	20/34 (58,8%)	14/18 (77,8%)	15/19 (78,9%)	19/33 (57,6%)

Nhóm NSSI lặp đi lặp lại có tỷ lệ triệu chứng BPD cao hơn nhóm còn lại. Nhóm có NSSI nặng có tỷ lệ người bệnh có triệu chứng BPD cao hơn nhóm NSSI không nặng.

Bảng 3.5. Tỷ lệ triệu chứng BPD theo phương thức NSSI

Triệu chứng BPD theo DSM-5	NSSI		
	Thấp	Vừa phải	Cao
1. Tránh bị bỏ rơi	2/11 (18,2%)	9/23 (39,1%)	11/18 (61,1%)
2. Rối loạn mối quan hệ liên cá nhân	0/11 (0,0%)	6/23 (26,1%)	6/18 (33,3%)
3. Rối loạn nhân dạng	5/11 (45,5%)	8/23 (34,8%)	7/18 (38,9%)
4. Hành vi xung động	0/11 (0,0%)	2/21 (8,7%)	8/18 (44,4%)
5. Hành vi tự sát/tự gây thương tích lặp đi lặp lại	8/11 (72,7%)	20/23 (87,0%)	18/18 (100,0%)
6. Cảm xúc không ổn định	10/11 (90,9%)	16/23 (69,6%)	17/18 (94,4%)
7. Cảm giác trống rỗng dai dẳng	5/11 (45,5%)	15/23 (65,2%)	13/18 (63,5%)
8. Con giận dữ không phù hợp/khó kiểm soát	2/11 (18,2%)	10/23 (43,5%)	10/18 (55,6%)
9. Ý tưởng paranoid/triệu chứng phân ly	6/11 (54,5%)	14/23 (60,9%)	34/52 (65,4%)

Hầu hết, nhóm có mức độ đa dạng NSSI cao hơn có tỷ lệ có các triệu chứng BPD cao hơn, trừ triệu chứng rối loạn nhân dạng.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu bao gồm 52 người bệnh nội trú vị thành niên có hành vi tự gây thương tích không tự sát với 80,8% là nữ giới với độ tuổi trung bình $15,5 \pm 1,8$, tuổi khởi phát NSSI là $13,7 \pm 2,0$, tương tự với nghiên cứu trước đó (2023) được thực hiện ở Bệnh viện Đại học Oslo, Na Uy [6].

4.2. Đặc điểm triệu chứng BPD

Kết quả cho thấy nhóm tuổi vị thành niên sớm (10-13 tuổi) có tỷ lệ người bệnh đáp ứng ≥ 5 tiêu chí BPD cao nhất (85,7%), so với nhóm tuổi khác. Điều này gợi ý thanh thiếu niên khởi phát NSSI từ rất sớm có thể thuộc nhóm bệnh cảnh rối loạn nhân cách. Nữ chiếm đa số trong mẫu nghiên cứu (80,8%) và tỷ lệ người bệnh nữ có ≥ 5 triệu chứng BPD (61,9%) cao hơn đáng kể so với nam (30%). Nguyên nhân có thể do khác biệt giới trong biểu hiện cảm xúc và hành vi: nữ vị thành niên thường có xu hướng hướng nội, bộc lộ đau khổ qua tự gây thương tích, trong khi nam có thể thể hiện xung động bằng các hành vi khác (như lạm dụng chất, gây hấn) nên ít được nhận diện là BPD. Người bệnh đến từ khu vực miền núi có tỷ lệ có ≥ 5 triệu chứng BPD thấp nhất (42,9%), so với nhóm ở nông thôn và thành thị (56,3% và 58,6%). Mặc dù cỡ mẫu nhóm miền núi nhỏ, kết quả này gợi ý sự khác biệt về môi trường sống có thể ảnh hưởng đến biểu hiện BPD. Cần nghiên cứu thêm với cỡ mẫu lớn hơn để xác định rõ ảnh hưởng của yếu tố địa lý đến BPD.

Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ cao các triệu chứng BPD ở người bệnh vị thành niên có NSSI điều trị nội trú. 55,8% người bệnh có ≥ 5 tiêu chí BPD và trung bình số triệu chứng là $4,7 \pm 2,1$, phù hợp với các nghiên cứu trước đây ở nhóm nội trú, trong đó tỷ lệ BPD dao động từ 51,7-63,5% [4], [9]. Đặc biệt, cảm xúc không ổn định (82,7%), hành vi tự sát/tự gây thương tích lặp đi lặp lại (88,5%) và cảm giác trống rỗng dai dẳng

(63,5%) là những triệu chứng phổ biến nhất, tương tự như nghiên cứu của Buerger A và cộng sự [5].

Sự khác biệt về tỷ lệ triệu chứng theo tần suất và mức độ đa dạng của NSSI cũng cho thấy hành vi NSSI có thể phản ánh rối loạn nhân cách tiềm ẩn. Người bệnh có NSSI lặp đi lặp lại, tính đa dạng cao, mức độ nặng hơn thường có tỷ lệ có các triệu chứng BPD cao hơn. Điều này phù hợp với nghiên cứu năm 2017 của Vega D và cộng sự [10].

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ sử dụng tiêu chí triệu chứng BPD thay vì chẩn đoán đầy đủ nhằm tăng độ nhạy trong sàng lọc nhóm nguy cơ. Tuy nhiên, nhược điểm là một số người bệnh biểu hiện triệu chứng BPD, nhưng những triệu chứng này cũng có thể là của một rối loạn khác như trầm cảm, lo âu hoặc rối loạn sự thích ứng. Vì vậy, cần thận trọng khi kết luận từ triệu chứng sang chẩn đoán, và kết hợp đánh giá theo thời gian.

5. KẾT LUẬN

Phần lớn thanh thiếu niên nội trú có hành vi NSSI biểu hiện nhiều triệu chứng rối loạn nhân cách ranh giới, đặc biệt ở nhóm nữ, khởi phát NSSI sớm, lặp đi lặp lại và đa dạng. Việc mô tả triệu chứng theo phân nhóm giúp nhận diện các đặc điểm nguy cơ, từ đó đặt nền tảng cho việc sàng lọc sớm và can thiệp kịp thời nhằm phòng ngừa tiến triển rối loạn nhân cách ở tuổi trưởng thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Casey B.J, Heller A.S, Gee D.G, Cohen A.O. Development of the emotional brain. Neuroscience Letters, 2019 Feb 6, 693: 29-34.
- [2] Thai T.T, Jones M, Nguyen T, Pham T, Bui H.H, Kim L et al. The Prevalence, Correlates and Functions of Non-Suicidal Self-Injury in Vietnamese Adolescents. Psychology Research and Behavior Management, 2021 Nov 1, Volume 14: 1915-27.
- [3] Glenn C.R, Klonsky E.D. Prospective Prediction of Nonsuicidal Self-Injury: A 1-Year Longitudinal Study in Young Adults. Behav Ther, 2011 Dec, 42 (4): 751-62.

- [4] Mauro Ferrara, Arianna Terrinoni, Riccardo Williams. Non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescent inpatients: assessing personality features and attitude toward death. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2012 Mar 30, 6: 12. DOI: 10.1186/1753-2000-6-12.
- [5] Buerger A, Fischer-Waldschmidt G, Hammerle F, Auer K von, Parzer P, Kaess M. Differential Change of Borderline Personality Disorder Traits During Dialectical Behavior Therapy for Adolescents. *J Pers Disord*, 2019 Feb, 33 (1): 119-34.
- [6] Brager-Larsen A, Zeiner P, Mehlum L. Sub-threshold or full-syndrome borderline personality disorder in adolescents with recurrent self-harm - distinctly or dimensionally different? *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*, 2023 Sep 14, 10: 26.
- [7] About Self-Injury [Internet]. ISSS. [cited 2025 Jun 27]. Available from: <https://www.itriples.org/aboutnssi>.
- [8] Gratz K.L. Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2001 Dec 1, 23 (4): 253-63.
- [9] Nock M.K, Joiner T.E, Gordon K.H, Lloyd-Richardson E, Prinstein M.J. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*, 2006 Sep 30, 144 (1): 65-72.
- [10] Vega D, Torrubia R, Soto À, Ribas J, Soler J, Pascual J.C et al. Exploring the relationship between non suicidal self-injury and borderline personality traits in young adults. *Psychiatry Res*, 2017 Oct, 256: 403-11.