

TỘI PHẠM CÓ CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN: TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU VÀ ĐỀ XUẤT CÁC HÌNH THỨC ĐÁNH GIÁ/CAN THIỆP

Lê Minh Công¹

TÓM TẮT

Tại Việt Nam, người phạm tội có những vấn đề về sức khỏe tâm thần đang là một chủ đề còn bỏ ngỏ. Điều này gây rất nhiều trở ngại cho ngành Tư pháp nói riêng và xã hội nói chung. Chúng tôi bước đầu triển khai một nghiên cứu tổng quan và đề xuất một số giải pháp tổng thể trong chiến lược phòng ngừa, đánh giá sàng lọc và can thiệp, điều trị cho các phạm nhân có rối loạn tâm thần tại các trại giam song song với việc quản lý, giáo dục. Tuy nhiên, những trở ngại về chính sách và nguồn lực con người đang là rào cản rất lớn với tiến trình này.

Từ khóa: *Sức khỏe tâm thần, rối loạn tâm thần, tội phạm, đánh giá, điều trị*

1. Đặt vấn đề

Sức khỏe tâm thần (SKTT) nói chung và các rối loạn tâm thần (RLTT) nói riêng đang là những vấn đề thách thức của xã hội hiện đại. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO - 2004), có gần 54 triệu người trên thế giới mắc chứng tâm thần phân liệt và rối loạn lưỡng cực, có khoảng 154 triệu người mắc chứng trầm cảm và khoảng 1 triệu người tự tử mỗi năm. Tại Việt Nam, từ năm 1999, Bộ Y tế đã triển khai dự án quốc gia về chăm sóc SKTT cộng đồng. Tuy nhiên mô hình này được đánh giá là chưa hiệu quả. Điều đó ảnh hưởng rất nhiều đến các vấn đề xã hội, một trong các vấn đề chính là tỷ lệ tội phạm có các vấn đề tâm thần ngày càng gia tăng. Đây là thực trạng đáng báo động của xã hội hiện đại và là trở ngại rất lớn không chỉ đối với lĩnh vực SKTT, các hoạt động tư pháp.

Trong thực hành tâm lý lâm sàng và thực thi pháp luật, chúng ta mới chỉ quan tâm đến các trường hợp phạm nhân có biểu hiện của triệu chứng tâm thần và được gửi đến giám định tại các cơ sở pháp y tâm thần. Điều này tạo ra những bất cập, nhất là việc phòng ngừa tội phạm có RLTT, hoặc điều trị người tâm

thần phạm tội nên tỷ lệ tái phạm gia tăng. Trong thực tiễn, chúng tôi cũng chưa ghi nhận các báo cáo nghiên cứu nào có bằng chứng hoặc có phạm vi đủ rộng để có thể xem xét trong việc xây dựng các giải pháp và mô hình phòng ngừa, đánh giá và điều trị, phục hồi các phạm nhân có RLTT tại Việt Nam. Vì vậy, việc nghiên cứu tổng quan về tội phạm có các rối loạn tâm thần từ các quốc gia trên thế giới, trên cơ sở đó, đề xuất một số hình thức đánh giá/can thiệp phù hợp với bối cảnh của Việt Nam là rất cần thiết.

2. Một số nghiên cứu về mối liên quan giữa các hình thức tội phạm và rối loạn tâm thần

Các nghiên cứu cho thấy, RLTT có thể là vấn đề ở nhiều loại tội phạm khác nhau. Do đó, chúng tôi đã tiến hành tìm kiếm và mô tả các vấn đề tội phạm liên quan đến RLTT. Trên cơ sở phân tích từ dữ liệu này, chúng tôi sẽ đề xuất một số hình thức đánh giá/can thiệp và khuyến nghị để phòng ngừa, giải quyết tình trạng đó ở tội phạm có vấn đề tâm thần ở Việt Nam.

2.1. Nghiên cứu về tội giết người

Tội phạm giết người ngày càng gia tăng ở nhiều quốc gia với sự đa dạng về cách thức cũng như động cơ phạm tội. Dữ

¹Trường Khoa học Xã hội và Nhân văn -
Đại học Quốc gia thành phố Hồ Chí Minh
Email: congle@hcmussh.edu.vn

liệu nghiên cứu do Sidney Bloch & Bruce S. Singh (2001) tổng hợp cho thấy, đa số nạn nhân là người quen biết hoặc ở trong gia đình, hoặc có mối quan hệ vợ chồng với thủ phạm, trong đó chỉ có khoảng 20% nạn nhân là người lạ với thủ phạm [1]. Vấn đề rất đáng quan tâm là rất nhiều tội phạm giết người có các RLTT. Điều đặc biệt là những quốc gia có tỷ lệ tội phạm giết người thấp như Anh lại có tỷ lệ tội phạm giết người có RLTT cao hơn so với các quốc gia có tỷ lệ tội phạm giết người cao như Hoa Kỳ. Tại Anh, có khoảng 10% người phạm tội giết người bị tâm thần phân liệt và một tỷ lệ nhiều hơn người có vấn đề về nhân cách (đa số là nhân cách chống đối) và có vấn đề lạm dụng chất (chủ yếu là rượu và ma túy). Những người trầm cảm có khuynh hướng giết người, sau đó tự sát và khá nhiều phụ nữ có xu hướng giết con sau đó tự sát. Nhiều vụ giết người do thủ phạm có các cơn bùng nổ xung động bạo lực và không thể kiểm soát cảm xúc trong các cuộc tranh cãi, đối đầu trong gia đình hoặc ghen tuông. Các nghiên cứu tổng hợp cũng cho thấy, khoảng 1/10 các thủ phạm giết người cũng là tội phạm trộm cắp hay một tội khác và 10 - 20% thủ phạm đã tự sát ngay sau khi giết người [1].

Báo cáo nghiên cứu tổng hợp trong 30 năm (1970 - 2000) tại New Zealand của Alexander I. F Simpson và cộng sự (2004) cho thấy, các vụ giết người mà tội phạm có vấn đề về SKTT chiếm khoảng 8,7%; trong đó, 10% thủ phạm đã từng được nhập viện điều trị trước khi phạm tội, 28,6% chưa từng được tiếp nhận các dịch vụ chăm sóc SKTT, đa số các nạn nhân và thủ phạm là người quen biết nhau (74%) [2]. Nghiên cứu của Urara Hiroeh

và cộng sự (2001) cho thấy, tội phạm có RLTT tăng lên trong các vụ án giết người, tự sát và tai nạn. Tỷ lệ tội phạm có RLTT giữa nam và nữ ở các vụ án trên là tương đương và không có sự khác biệt. Nghiên cứu cũng ghi nhận, tội phạm giết người ngày càng tăng ở nam giới tâm thần phân liệt và nhân cách ái kỷ. Nguy cơ tử vong là nạn nhân của các vụ giết người và tai nạn cao nhất ở những người có nghiện rượu và sử dụng ma túy [3].

Báo cáo khảo sát quốc gia ở Anh và xứ Wales của Jenny Shaw, Isabelle M. Hunt, Sandra Flynn (2006) với khoảng 1.594 tội phạm giết người trong 3 năm (1996 - 1999) cho thấy, khoảng 34% tội phạm giết người có các RLTT, trong đó hầu hết chưa được tiếp nhận các dịch vụ chăm sóc SKTT. Trong 34% tội phạm giết người có RLTT, 5% bị tâm thần phân liệt (suốt đời), 10% có triệu chứng bệnh tâm thần tại thời điểm phạm tội, 9% đã từng nhận được các bản án giảm nhẹ trách nhiệm hình sự vì RLTT, 7% đã từng điều trị nội trú tâm thần và trốn/hoặc bỏ viện điều trị [4].

Báo cáo nghiên cứu của Willcox D E (1985) tại Contra Costa, California, trong giai đoạn 1978 - 1980 cho thấy, có 49/71 (69%) người có RLTT liên quan đến tội phạm giết người. Các RLTT bao gồm: tâm thần phân liệt thể hoang tưởng cấp tính và mãn tính, RLTT do sử dụng chất gây nghiện, sa sút trí tuệ do các bệnh lý nhồi máu cơ tim, nhân cách chống đối xã hội. Trên cơ sở dữ liệu này, các nhà nghiên cứu đề nghị Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ cần phải xây dựng các nguyên tắc, cam kết trong đánh giá và bắt buộc điều trị đối với phạm nhân có RLTT để giảm nguy cơ tái phạm ở những phạm

nhân này [5]. Báo cáo nghiên cứu tổng hợp của Paolo Roma và cộng sự (2012) trong 60 năm ở nhiều quốc gia cho thấy, trầm cảm là rối loạn thường xuyên được báo cáo trong các trường hợp giết người - tự sát (khoảng 39%), lạm dụng chất kích thích (20%), loạn thần (17%) [5].

2.2. Nghiên cứu về tội phạm về tình dục

Tội phạm tình dục bao gồm hiếp dâm/cưỡng dâm và các loại tội phạm tình dục khác như phô bày tình dục, cạo râu tình dục, tình dục nhìn trộm, điện thoại khiêu dâm, loạn dục với đồ vật và lạm dụng với trẻ em. Cưỡng dâm, hay hiếp dâm (*rape*) là một hành vi tình dục mà theo quy định tại Điều 141, Bộ luật Hình sự (2015) là: “Người nào dùng vũ lực, đe dọa dùng vũ lực hoặc lợi dụng tình trạng không thể tự vệ được của nạn nhân hoặc thủ đoạn khác giao cấu hoặc thực hiện hành vi quan hệ tình dục khác trái với ý muốn của nạn nhân thì bị phạt tù từ 02 năm đến 07 năm”.

Các dữ liệu nghiên cứu khác nhau cho thấy, đa số thủ phạm hiếp dâm không có RLTT, có các trường hợp sử dụng rượu, đặc biệt là ma túy. Tuy nhiên, thủ phạm của các vụ hiếp dâm thường có một quá trình phát triển bị rối loạn và có thể dính tới các tội phạm khác trong quá khứ. Một số tội phạm hiếp dâm có liên quan đến sự thỏa mãn các xung động tấn công, xâm chiếm, sự thèm muốn sử dụng quyền lực của mình và làm nhục người khác. Nhiều thủ phạm hiếp dâm cũng có năng lực trí tuệ/nhận thức và năng lực xã hội kém, có khó khăn trong việc xây dựng các mối quan hệ tình cảm và cảm xúc. Mặc dù vậy, nhiều dữ liệu nghiên cứu cũng chỉ ra, tội phạm hiếp dâm có

liên quan đến một số vấn đề SKTT khác nhau. Nghiên cứu của Gordon H, Grubin D (2004) cho thấy, tội phạm hiếp dâm có liên quan đến vấn đề tổn thương não bộ hoặc các dạng khuyết tật học tập hoặc các vấn đề phát triển thần kinh khác như chậm phát triển, tăng động giảm chú ý hoặc rối loạn phổ tự kỷ. Marshall và Barbaree (1990) cho rằng, một số cá nhân có các xung động thần kinh (chưa phải các rối loạn kiểm soát xung lực), nhất là các xung động gây hấn thường có xu hướng bạo lực trong tình dục hoặc hiếp dâm. Những dữ liệu nghiên cứu cũng cho thấy, cá nhân có trải nghiệm cảm xúc khó khăn từ nhỏ (thời ấu thơ) và những người tổn thương não bộ (khoảng 3,9%), bất thường ở thùy thái dương có nguy cơ cao xâm hại tình dục/hoặc tội phạm hiếp dâm [6].

Ngoài những vấn đề của não bộ, tội phạm hiếp dâm/cưỡng dâm cũng có những vấn đề RLTT. Những người có tội phạm hiếp dâm liên quan đến SKTT thường là người bệnh tâm thần phân liệt (nguy cơ cao hơn gấp bốn lần so với người không có RLTT), rối loạn lưỡng cực (chủ yếu là hội chứng hưng cảm). Những người tâm thần phân liệt là tội phạm tình dục thường có các vấn đề: tâm thần phân liệt thể paranoid, có lệch lạc tình dục xuất hiện trong bối cảnh bệnh tật/hoặc quá trình điều trị; có lệch lạc tình dục là một biểu hiện của hành vi chống đối xã hội (thường ở trong giai đoạn hưng cảm với các triệu chứng dương tính); có sa sút trí tuệ, tổn thương não bộ hoặc lạm dụng chất. Nghiên cứu của Langstrom và cộng sự (2004) cho thấy, các chẩn đoán tâm thần ở tội phạm hiếp dâm phổ biến nhất là nghiện rượu (9,3%), nghiện ma

túy (3,9%), các rối loạn nhân cách (2,6%), loạn thần (1,7%) [1].

Bên cạnh những RLTT được chẩn đoán liên quan đến tội phạm tình dục như tâm thần phân liệt, rối loạn lưỡng cực thì các rối loạn chức năng tình dục cũng là vấn đề rất cần được quan tâm. Rối loạn chức năng tình dục có liên quan bao gồm: phô bày tình dục, cạo xát tình dục, khoái cảm nhìn trộm (thị dâm), điện thoại (hoặc hiện nay là internet), loạn dụng với đồ vật và loạn dục với trẻ em. Nghiên cứu của Craissati J. (2005) cho thấy, khoảng 5-10% tội phạm tình dục có liên quan đến các chẩn đoán rối loạn chức năng tình dục [1]. Tội phạm tình dục còn liên quan đến một vấn đề khác, đó là sự theo đuổi. Đây là vấn đề lo lắng của nhiều người về sự quá khích lặp đi lặp lại, dẫn tới việc làm cho nạn nhân phải buồn phiền vì sự giao tiếp miễn cưỡng, hoặc cách tiếp cận gây sợ hãi và phiền muộn. Sự theo đuổi là vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, bởi vì sự quá khích liên tiếp sẽ dẫn đến các rắc rối về tâm lý và xã hội đáng kể cho nạn nhân. Một số người bị theo đuổi nhiều tháng hoặc nhiều năm có thể gây cảm xúc khó chịu, buồn phiền nặng nề và thường gây những hạn chế nghiêm trọng cho cuộc sống của họ. Hiện tượng này tương đối phổ biến, 5-10% người dân cho biết có những giai đoạn bị theo đuổi kéo dài một tháng hoặc hơn, các nạn nhân thường là nữ nhiều hơn nam (8:2) và nam giới thường là thủ phạm nhiều hơn nữ (8:2), một số thủ phạm theo đuổi người cùng giới với mình. Theo các nghiên cứu thì những kẻ theo đuổi thuộc nhóm có các RLTT rõ rệt, đa phần là các rối loạn nhân cách mà tỷ lệ cao là các rối loạn nhân cách thể paranoid [6].

2.3. Nghiên cứu về tội phạm liên quan đến các sự cố như gây hỏa hoạn, gây thương tích cho người khác bằng bạo lực

Các vấn đề về sự cố và gây thương tích thường có nhiều động cơ như trả thù, tìm cảm giác bạo lực, hành vi nhằm phá hoại, che giấu tội phạm khác, do kích động dâm dục hoặc vì tiền... Tuy nhiên, tỷ lệ không nhỏ tội phạm gây nên các sự cố hoặc gây thương tích là do các RLTT hoặc vấn đề SKTT khác như rối loạn hành vi và tăng động giảm chú ý ở thanh thiếu niên và tâm thần phân liệt, rối loạn nhân cách (chủ yếu là rối loạn nhân cách chống đối), rối loạn khí sắc, trầm cảm, nghiện chất và chậm/khuyết tật trí tuệ [1]. E. Fuller Torrey (1994) cho rằng, cá nhân có tiền sử bạo lực, không tuân thủ điều trị và lạm dụng chất kích thích là những yếu tố dự báo trước về hành vi bạo lực và phạm tội trong nhóm bệnh nhân tâm thần. Jari Tiihonen và cộng sự (1997) cho rằng, có 7% đối tượng phạm tội bạo lực được chẩn đoán RLTT. Tội phạm bạo lực ở người tâm thần phân liệt cao gấp 7 lần so với người bình thường và ở người rối loạn khí sắc là 8,8 lần. Khoảng 7% nam giới có RLTT liên quan đến hành vi vi phạm Luật Giao thông và xâm phạm tài sản của người khác. Tỷ lệ không nhỏ tội phạm liên quan đến các hành vi sử dụng rượu và ma túy, nhất là khi nam có RLTT có sử dụng rượu thì tỷ lệ phạm tội cao gấp 4 lần so với nhóm tâm thần không có sử dụng rượu. Người RLTT ở tầng lớp kinh tế - xã hội thấp có tỷ lệ phạm tội cao hơn gấp 1,5 lần so với nhóm khác. Hơn thế, tỷ lệ tái phạm chung là 57%, trong đó đa số là người có RLTT (85% của nhóm trên). Nghiên cứu cũng chỉ ra, tỷ lệ người phạm

tội bạo lực là 10%, trong đó khoảng 25% RLTT [7].

2.4. Nghiên cứu về tội phạm trộm cắp

Những dữ liệu thực tế cho thấy, hầu hết tội phạm trộm cắp đều có động cơ và nhu cầu chiếm hữu tài sản của người khác hoặc do tham lam. Tội phạm trộm cắp đa phần thuộc tầng lớp nghèo, kinh tế khó khăn. Tuy nhiên, một tỷ lệ không nhỏ có các vấn đề tâm thần, trong đó tỷ lệ cao nhất là rối loạn cảm xúc, đặc biệt là trầm cảm. Những người trầm cảm ăn cắp một cách ngẫu nhiên và do sợ ý vì khi trầm cảm, họ rất đau khổ và giảm tập trung chú ý vào đối tượng họ đang thực hiện hoạt động. Đôi khi người trầm cảm ăn cắp vì tin rằng họ đáng bị trừng phạt hoặc muốn mọi người biết đến sự đau khổ của họ. Tình trạng lạm dụng ma túy hay rượu cũng có liên quan đến tình trạng phạm tội trộm cắp, vì tình trạng nghiện làm cho họ giảm khả năng kiểm chế và gây ra tình trạng vắng ý thức, sa sút trí tuệ. Do đó, việc ăn cắp thường là do giảm sút quá trình nhận thức. Tình trạng rối loạn kiểm soát xung lực, cụ thể là ăn cắp bệnh lý (*Kleptomania*) cũng là vấn đề nghiêm trọng dẫn tới tình trạng phạm tội này. Với nhóm người có ăn cắp bệnh lý thì sự căng thẳng bị tăng cường trước khi ăn cắp sẽ được giải tỏa khi ăn cắp và các đồ vật ăn cắp được là những thứ mà thực ra đối tượng không thèm muốn, về sau sẽ được vứt bỏ hoặc đem trả lại [1].

Từ các báo cáo nghiên cứu trên có thể thấy, RLTT là một trong những nguyên nhân quan trọng chi phối hành vi phạm tội của hầu hết các loại tội phạm. Các loại tội phạm giết người, hiếp dâm, gây thương tích, trộm cắp... có liên quan đến RLTT đều chiếm tỷ lệ khá cao trong

các dữ liệu nghiên cứu. Bên cạnh đó, việc lạm dụng các chất kích thích cũng là một trong những nguyên nhân gây ra các RLTT và dẫn đến hành vi phạm tội của hầu hết các loại tội phạm được đề cập. Kết quả nghiên cứu sẽ là những dữ liệu quan trọng cho việc đề xuất các hình thức đánh giá/can thiệp, từ đó có thể góp phần hạn chế hành vi phạm tội ở những nhóm người có nguy cơ hoặc can thiệp đối với những tội phạm có tiền sử RLTT trong thời gian chịu sự trừng phạt của pháp luật, hạn chế đến mức thấp nhất các hành vi lặp lại khi họ có cơ hội tái hòa nhập cộng đồng.

3. Đề xuất các hình thức đánh giá/can thiệp đối với nhóm tội phạm có các rối loạn tâm thần và một số kiến nghị

3.1. Tiên lượng lâm sàng về các mối nguy hiểm/nguy cơ ở tội phạm có rối loạn tâm thần để phòng ngừa

Tại nhiều quốc gia trên thế giới, việc quản lý các nguy cơ ở nhóm tội phạm có RLTT tập trung ở nhiều bối cảnh khác nhau. Ví dụ: Có thể thực hiện ở trường học với các học sinh có nguy cơ và hành vi vi phạm pháp luật cao, ở tại cộng đồng (đặc biệt là các phường/xã) thường xuyên tiếp xúc với các cá nhân có hành vi phạm tội và ở các cơ quan cảnh sát điều tra, nơi tạm giữ hình sự với những trường hợp vi phạm (nếu có nghi ngờ về RLTT của họ).

Tại Việt Nam, điều này đòi hỏi phải có một hướng dẫn chi tiết về việc đánh giá SKTT dành cho các nhóm chuyên môn ở cộng đồng khác nhau như nhà tâm lý trường học, nhân viên công tác xã hội tại địa phương hoặc nhân viên y tế tại các trại giam giữ ban đầu (nhà tạm giam). Thậm chí các cá nhân thuộc lĩnh vực khác như giáo viên, cảnh sát... cũng cần

có hiểu biết cơ bản về RLTT để có thể sàng lọc và chuyển cho nhà chuyên môn một cách phù hợp. Vì vậy, việc đào tạo các nhà chuyên môn và có hướng dẫn cơ bản là rất quan trọng, nhất là trong bối cảnh nhân lực của ngành Tâm thần tại Việt Nam hiện nay rất hạn chế.

3.2. Giám giữ và điều trị cưỡng bức

Người có RLTT thường gây ra các hành vi tự gây tổn thương. Hơn thế, người tâm thần thường không tuân thủ điều trị tại cộng đồng. Họ có thể gây ra các hành vi nguy hiểm cho bản thân hay cho người khác. Vì vậy, đối với những người có hành vi vi phạm pháp luật hoặc tội phạm có các RLTT thì việc điều trị cưỡng bức trong bệnh viện/hoặc những nơi giam giữ có điều trị tâm thần là rất cần thiết.

Trong lĩnh vực đánh giá và điều trị tâm thần, tại Việt Nam hiện có hai hình thức can thiệp/điều trị như sau: 1) Mô hình can thiệp bắt buộc trong bệnh viện/trung tâm SKTT; 2) Mô hình điều trị/can thiệp các RLTT dựa vào cộng đồng (thuộc chương trình mục tiêu quốc gia, hoặc điều trị ngoại trú). Với hình thức điều trị ngoại trú tại cộng đồng thì các nhóm đối tượng có RLTT thuộc chương trình mục tiêu quốc gia mới được quan tâm sàng lọc và có chính sách điều trị hỗ trợ là tâm thần phân liệt, động kinh và trầm cảm. Các nhóm khác, nhất là nhóm rối loạn nhân cách hoặc loạn dục đường như khá ít được quan tâm trong thực hành lâm sàng, người bệnh cũng chưa có hiểu biết về nhóm rối loạn này. Chính vì thế chúng tôi cho rằng, việc xây dựng và thông qua luật về SKTT là rất cần thiết. Trong đó quy định rõ ai là người có thẩm quyền xác định/chẩn đoán các RLTT, đồng thời chính người có thẩm quyền

xác định/chẩn đoán cũng phải có quyền chỉ định điều trị bắt buộc hay không với bệnh nhân của mình. Nơi gửi và giới thiệu đến có thể là nhà tâm lý lâm sàng, nhân viên công tác xã hội lâm sàng hoặc tòa án, cơ quan điều tra. Điều này sẽ giúp việc sàng lọc các mối nguy cơ từ bệnh nhân tâm thần dẫn tới các loại tội phạm.

Ngành Tâm thần Việt Nam đang gặp nhiều trở ngại, nhất là sự thiếu thốn các cơ sở điều trị tâm thần nội trú/bắt buộc (bệnh viện, trung tâm...), sự thiếu và yếu về nguồn lực nhân viên y tế, thiếu các mô hình điều trị/ phục hồi SKTT tại cộng đồng. Luật về SKTT cũng cần phải quy định rõ ai là người cần phải điều trị cưỡng bức/điều trị nội trú và ai là người điều trị. Theo kinh nghiệm của nhiều quốc gia trên thế giới, những bệnh nhân tâm thần có nguy cơ cao trong việc gây nguy hại cho bản thân hoặc người khác thường phải điều trị cưỡng bức tại các bệnh viện tâm thần, như bệnh nhân có rối loạn khí sắc, bệnh nhân loạn thần hoặc RLTT do nghiện chất. Việc yêu cầu điều trị cưỡng chế thường kéo dài từ 2 đến 7 ngày tùy vào từng quốc gia, tập trung vào các vấn đề cấp tính để nhà chuyên môn theo dõi, đánh giá, xác định có điều trị tiếp tục hay không. Sau đó việc điều trị có thể kéo dài 2 - 4 tuần, hoặc lâu hơn, thậm chí vài tháng hoặc năm tùy thuộc vào mức rối loạn và nguy cơ của bệnh lý tâm thần.

3.3. Đối với các phạm nhân đã được định bệnh tại trại giam

Tội phạm có các RLTT thường có tỷ lệ tái phạm cao. Theo nghiên cứu của Ralph C. Serin (1996), tỷ lệ tái phạm chung ở phạm nhân là 57%, trong đó đa số là người có RLTT (85% của nhóm trên). Do đó, để giúp phạm nhân hạn chế

tỷ lệ tái phạm tội thì một trong các giải pháp chính là sàng lọc và điều trị các vấn đề tâm thần của bệnh nhân. Muốn chăm sóc SKTT một cách hệ thống, hiệu quả thì điều quan trọng là phải có sự đánh giá một cách toàn diện để đưa ra biện pháp xử lý thích hợp trong hệ thống tư pháp hình sự. Việc đánh giá phải được thực hiện một cách hệ thống thông qua các bối cảnh khác nhau. Nền tảng của việc đánh giá là sàng lọc để xác định những người phạm tội RLTT và đưa ra phương pháp điều trị cần thiết. Phương pháp sàng lọc nên xây dựng các bảng hỏi có cấu trúc một cách tổng quát để nhân viên trong hệ thống tư pháp có thể sàng lọc, sau đó gửi cho các nhà chuyên môn trong lĩnh vực SKTT đánh giá chính thức. Một số công cụ được sử dụng rộng rãi là Thang sàng lọc để giới thiệu, Bảng sàng lọc các vấn đề tâm thần và Công cụ đánh giá sàng lọc trong trại giam.

Đánh giá và sàng lọc bởi cơ quan cảnh sát: Cơ quan cảnh sát thường là đầu mối đầu tiên của hệ thống tư pháp hình sự có tiếp xúc với tội phạm. Chính vì thế, nhân viên cảnh sát cũng cần có các kiến thức về SKTT và RLTT để có thể có sự sàng lọc ban đầu. Đồng thời họ có thể biết cách liên hệ với những nhà chuyên môn gần nhất (như bác sĩ tâm thần hoặc nhà tâm lý lâm sàng) để sàng lọc và chẩn đoán, từ đó có những quyết định phù hợp: bắt tạm giam hoặc kiến nghị được điều trị các RLTT.

Việc sàng lọc tội phạm có RLTT cũng thường diễn ra trong nhà tạm giữ. Vì vậy, ở nhiều quốc gia thì y tá/hoặc nhân viên y tế trong nhà tạm giữ cũng có thể thực hiện việc sàng lọc này.

Đánh giá và sàng lọc tại tòa: Đánh giá và sàng lọc các vấn đề rối loạn hay

SKTT là một việc không thể thiếu trong hệ thống tòa án các quốc gia phát triển. Việc đánh giá trong giai đoạn này thường được cơ quan pháp y tâm thần và chủ yếu là các bác sĩ hoặc chuyên gia tâm lý lâm sàng có năng lực thực hiện. Việc đánh giá giúp tòa án có các quyết định về việc định tội danh hay giảm trừ mức độ phạm tội, hoặc đề nghị giam giữ.

Đánh giá và sàng lọc để điều trị trong các trại giam (nhà tù): Việc đánh giá và sàng lọc này phải được thực hiện một cách rộng rãi và thường xuyên với phạm nhân ở các trại giam. Nguyên nhân là nhiều phạm nhân có thể khởi phát các RLTT trong quá trình giam giữ, hoặc có vấn đề tâm thần trước đó. Vì thế, sàng lọc các RLTT để được điều trị các RLTT là rất cần thiết, giúp tỷ lệ tái phạm giảm và hiệu quả hơn trong quá trình cải huấn. Việc này phải được thực hiện ở tất cả các trại giam (kể cả các trường giáo dưỡng) và phải được thực hiện bởi các nhà chuyên môn là bác sĩ tâm thần và nhà tâm lý lâm sàng trong lĩnh vực pháp y và tội phạm. Các cơ sở giam giữ cũng cần tuyển chọn đội ngũ nhà chuyên môn này để có thể có chiến lược điều trị RLTT cho phạm nhân có RLTT.

3.4. Một số kiến nghị

Dưới đây là một số kiến nghị cụ thể:

- Xây dựng luật về SKTT làm cơ sở pháp lý để có thể nâng cao các chiến lược sàng lọc, đánh giá và điều trị, phục hồi, quản lý các RLTT tại cộng đồng.

- Có các nghiên cứu hoặc thu thập dữ liệu về tỷ lệ bệnh nhân có RLTT, yếu tố ảnh hưởng đến RLTT ở phạm nhân (nhất là trong quá trình giam giữ) để có thể có chiến lược dự phòng phù hợp.

- Xây dựng và hoàn thiện hệ thống dữ liệu các RLTT của phạm nhân trong

hệ thống tư pháp để quá trình sàng lọc, đánh giá được hiệu quả.

- Cảnh sát là người tiếp xúc với phạm nhân đầu tiên nên việc được đào tạo thêm kiến thức về RLTT là rất cần thiết trong việc sàng lọc cá nhân có RLTT hay không. Trên cơ sở đó có các khuyến nghị trong chẩn đoán xác định tiếp theo hiệu quả.

- Tất cả các đối tượng bị cảnh sát tạm giữ cần trải qua một cuộc kiểm tra SKTT. Điều này dẫn tới việc phải có hệ thống nhân viên y tế có kiến thức và được đào tạo về sàng lọc SKTT tại đây để có thể đảm đương việc sàng lọc này.

- Cần tạo kênh thông tin giữa tòa án và các chuyên gia (đặc biệt là các trung tâm pháp y tâm thần, bệnh viện tâm thần hay trung tâm SKTT) để có thể hỗ trợ tòa án một cách hiệu quả thông qua tiến trình đánh giá và thu thập thông tin trước khi tòa xử chính thức.

- Các phạm nhân khi vào trại giam (sau khi xử án) cần phải được kiểm tra SKTT (kể cả trẻ vị thành niên), sau đó phải được kiểm tra định kỳ, thường xuyên. Việc thực hiện này do các nhà chuyên môn (bác sĩ tâm thần, nhà tâm lý lâm sàng) thực hiện. Vì vậy, trong trại giam cần tuyển dụng hệ thống các nhà chuyên môn này, họ sẽ là người cung cấp dịch vụ điều trị RLTT cho các phạm nhân có RLTT. Mặt khác, các trại giam cũng cần có sự liên kết với hệ thống bệnh

viện tâm thần để có thể gửi/chuyển bệnh nhân tâm thần là phạm nhân đến điều trị khi cần thiết.

4. Kết luận

Tỷ lệ phạm nhân có RLTT trong tất cả các nhóm tội phạm là tương đối cao, tùy vào đặc điểm văn hóa và xã hội của quốc gia, địa phương. Các RLTT khá đa dạng, từ vấn đề sa sút nhận thức/trí tuệ đến nhiều vấn đề thần kinh khác, cũng như các rối loạn như tâm thần phân liệt, rối loạn lưỡng cực, rối loạn trầm cảm, rối loạn hành vi, nghiện chất và rối loạn nhân cách. Để giải quyết những vấn đề trên cần tập trung vào các giải pháp đồng bộ bao gồm phòng ngừa, sàng lọc ban đầu, can thiệp/điều trị trong các nhà giam và chiến lược phục hồi sau khi mãn hạn tù.

Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về chủ đề này. Chính vì vậy, chúng tôi khuyến nghị xây dựng luật về SKTT, các chiến lược dự phòng tại cộng đồng (nhấn mạnh vào trường học và các cộng đồng dân cư), sàng lọc (tập trung vào cảnh sát địa phương và nơi tạm giữ, tòa án), hướng đến việc có các nhà chuyên môn trong cơ quan tư pháp (tòa án, trại giam) để có thể đánh giá liên tục và điều trị RLTT ở phạm nhân. Các nhân viên thuộc lĩnh vực tư pháp cũng cần phải được đào tạo có kiến thức về RLTT và SKTT để sàng lọc ban đầu và hỗ trợ điều trị RLTT ở phạm nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sidney Bloch & Bruce S. Singh (2001), *Foundation of clinical Psychiatry* (Recond Edition), Melbourne University Press
2. Alexander I. F. Simpson, Brian Mckenna, Andrew Moskowitz, Jeremy Skipworth (2004), "Homicide and mental illness in New Zealand, 1970-2000", *The British Journal of Psychiatry, Volume 185, Issue 5, November 2004*, pp. 394-398

3. Urara Hiroeh, Louis Appleby, Preben Bo Mortensen, Graham Dunn (2001), "Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study", *The Lancet*, Vol 358, Issue 9229, 2001, pp. 22-29
4. Jenny Shaw, Isabelle M. Hunt, Sandra Flynn, Janet Meehan (2006), "Rates of mental disorder in people convicted of homicide: National clinical survey", *The British Journal of Psychiatry*, Volume 188, Issue 2, February 2006, pp. 143-147
5. Wilcox, D. E. (1985), "The relationship of mental illness to homicide", *American Journal of Forensic Psychiatry*, 6(1), 1985, pp. 3-15
6. Marshall W, Barbaree H (1990), "An integrated theory of sexual offending", *Handbook of Sexual Assaults: Issues, Theories and Treatment of the Offender*, New York: Plenum; 1990. pp. 363-385
7. E. Fuller Torrey (1994), "Violent Behavior by Individuals With Serious Mental Illness", *Psychiatric Services*, Volume 45, Issue 7, pp. 653-662

CRIMINALS WITH MENTAL DISORDERS: LITERATURE REVIEW AND RECOMMENDATIONS FOR ASSESSMENT/INTERVENTION

ABSTRACT

In Vietnam, criminals with mental disorders have been the open topic. This causes many obstacles for the Judiciary sector in particular and society in general. We initially developed several overview studies and proposed some overall solutions in strategies for prevention, evaluation, screening, intervention, and treatment strategies together with management and education for prisoners with mental disorders. However, the constraints of policy and human resource are major barriers to this progress.

Keywords: *Mental health, mental disorders, crime, assessment, treatment*

(Received: 24/11/2021, Revised: 29/12/2021, Accepted for publication: 31/8/2022)