

Các Rối loạn liên quan đến Stress ở Trẻ em và trẻ vị thành niên: từ DSM-IV đến DSM-V

Lời mở đầu

Sự ra đời của Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê các Rối loạn Tâm thần phiên bản thứ 5 (DSM-5) vào năm 2013 không chỉ thay đổi các tiêu chí chẩn đoán mà còn tái định hình nhận thức lâm sàng của chúng ta về cách trẻ em xử lý sang chấn. Chuyên đề này sẽ phân tích các thay đổi cốt lõi trong tiêu chuẩn chẩn đoán, so sánh các rối loạn chính (PTSD, ASD, RAD), và rút ra những khuyến nghị thực tiễn dựa trên kinh nghiệm lâm sàng đối với thực hành tâm thần Nhi.

I. Sự Phát Triển trong Phân Loại Học (DSM-IV so với DSM-V)

Thay đổi quan trọng nhất của DSM-V là việc chuyển **Rối loạn stress /sau sang chấn (PTSD)** và **Rối loạn stress cấp tính (ASD)** ra khỏi nhóm Rối loạn Lo âu và đặt chúng vào nhóm mới: **Rối loạn liên quan đến Sang chấn và Stress**. Sự thay đổi này nhấn mạnh rằng **tiếp xúc với sang chấn** là yếu tố nguyên nhân cốt lõi, tách biệt nó khỏi lo âu thông thường (APA, 2013).

A. Rối loạn stress sau sang chấn (PTSD)

| Tiêu chí | DSM-IV (2000) | DSM-V (2013) | Ý nghĩa Lâm sàng |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tiêu chí A1/A2 | Yêu cầu phải có Phản ứng Chủ quan (A2): Sợ hãi, bất lực hoặc kinh hoàng tột độ. | Loại bỏ A2. Chỉ yêu cầu Tiếp xúc (A1) với sang chấn (trực tiếp, chứng kiến, xảy ra với người thân, hoặc tiếp xúc nghề nghiệp lặp đi lặp lại). | Giảm rào cản chẩn đoán, đặc biệt hữu ích cho trẻ em, vì khó diễn đạt phản ứng cảm xúc tột độ ban đầu. |
| Cụm Triệu chứng | 3 cụm: Tái trải nghiệm (B), Né tránh/Tê liệt Cảm xúc (C), Kích | 4 cụm: Tái trải nghiệm (B), Né tránh (C), Thay đổi Tiêu cực | Tách Tê liệt Cảm xúc (ví dụ: mất hứng thú) ra khỏi Né tránh |

| | | | |
|----------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | thích (D). | trong Nhận thức và Tâm trạng (D), Kích thích và Phản ứng (E). | Hành vi và đưa vào cụm D, giúp tập trung hơn vào các triệu chứng tâm trạng và nhận thức tiêu cực dai dẳng. |
| Hành vi | Triệu chứng kích thích tập trung vào lo âu (dễ giật mình, khó ngủ). | Thêm tiêu chí về Hành vi liều lĩnh hoặc Phá hoại vào Cụm E. | Nhấn mạnh rằng sang chấn dẫn đến rối loạn điều chỉnh cảm xúc và hành vi , không chỉ là lo âu. |

B. Rối loạn Stress Cấp tính (ASD)

DSM-V đã đơn giản hóa ASD để phù hợp hơn với cấu trúc của PTSD và giảm sự nhấn mạnh vào các triệu chứng phân ly. DSM-IV yêu cầu triệu chứng phân ly (tê liệt, mất thực tế) là cốt lõi. Ngược lại, **DSM-V** chỉ yêu cầu có **9 triệu chứng** từ 5 cụm khác nhau (xâm nhập, tâm trạng tiêu cực, phân ly, né tránh, kích thích). Sự thay đổi này làm tăng tính ứng dụng của ASD như một yếu tố dự báo sớm cho PTSD.

C. Rối loạn Gắn bó Phản ứng (RAD)

DSM-IV coi RAD là một rối loạn duy nhất với hai loại (Ức chế và Không Ức chế). **DSM-V** đã tách chúng thành hai chẩn đoán riêng biệt:

1. **Rối loạn Gắn bó Phản ứng (RAD - Ức chế):** Đặc trưng bởi kiểu hành vi rút lui xã hội và cảm xúc.
2. Rối loạn Gắn bó Xã hội Không Ức chế (DSED - Không Ức chế): Đặc trưng bởi hành vi tương tác xã hội bừa bãi, thiếu ranh giới an toàn.
Sự phân tách này giúp các chuyên gia lâm sàng phân biệt giữa hai kiểu phản ứng khác nhau đối với sự thiếu thốn chăm sóc nghiêm trọng.

II. Biểu hiện Phát triển và Đặc điểm Dân số Nhi Khoa

Kinh nghiệm lâm sàng cho thấy các rối loạn stress ở trẻ em phải được nhìn nhận qua

lãng kính phát triển. Triệu chứng thường được **biểu hiện bằng hành vi** thay vì ngôn ngữ.

Đặc điểm Đặc trưng:

- **Tái trải nghiệm ở Trẻ nhỏ:** Trẻ dưới 6 tuổi hiếm khi có hồi tưởng (flashback) rõ ràng. Thay vào đó, chúng thể hiện sang chấn qua **chơi đùa lặp đi lặp lại** (re-enactment play) hoặc **ác mộng không rõ nội dung**.
- **Thoái lui (Regression):** Phổ biến ở trẻ em là mất các kỹ năng đã học (ví dụ: đái dầm trở lại, mất khả năng ngôn ngữ tạm thời) như một phản ứng với sang chấn hoặc tác nhân gây stress.
- **Kích thích và Điều chỉnh Cảm xúc:** Ở thanh thiếu niên, Cụm E (Kích thích) thường biểu hiện dưới dạng **hành vi liều lĩnh, bùng nổ cơn giận không cân xứng và xung đột với người có thẩm quyền**, như một nỗ lực để kiểm soát hoặc tự điều chỉnh cảm xúc quá tải.
- **Rối loạn Gắn bó (DSED):** Hành vi "quá thân thiện" với người lạ ở trẻ bị thiếu thốn chăm sóc là một dấu hiệu rối loạn nghiêm trọng về mặt phát triển, không phải là sự tự tin xã hội.

Bảng So sánh Tổng hợp các Rối loạn Liên quan đến Stress

| Rối loạn | Nguyên nhân Cốt lõi | Thời gian Khởi phát | Triệu chứng Đặc trưng ở Trẻ em | Tính chất |
|-----------------|-----------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| PTSD | Sang chấn đe dọa tính mạng (hiếm nghèo) | Sau 1 tháng | Chơi đùa tái diễn sang chấn, Hồi quy, Bùng nổ cơn giận, Hành vi liều lĩnh. | Mãn tính nếu không điều trị. |
| ASD | Sang chấn đe dọa tính mạng | 3 ngày - 1 tháng | Ngây dại, Sững sờ, Mất kỹ năng, triệu chứng hỗn hợp. | Cấp tính, là yếu tố dự báo cho PTSD. |

| | | | | |
|------------|---------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| RAD | Thiếu thốn/bỏ bê chăm sóc nghiêm trọng | Thường trước 5 tuổi | Rút lui, Ức chế cảm xúc, Không tìm kiếm sự an ủi từ người chăm sóc. | Mẫn tính, liên quan đến thất bại hệ thống gắn bó. |
| AJD | Tác nhân gây stress (ly hôn, chuyển nhà) | Trong vòng 3 tháng | Thay đổi thành tích học tập, Hành vi đối nghịch, Phản ứng cảm xúc quá mức. | Tạm thời (tối đa 6 tháng sau khi tác nhân kết thúc). |

III. Đặc điểm tiếp cận lâm sàng dành cho trẻ em và trẻ vị thành niên

Kinh nghiệm lâm sàng trong hai thập kỷ qua đã khẳng định nguyên tắc điều trị rối loạn stress ở trẻ em là **liên quan đến hệ thống (systemic)** và **tập trung vào gia đình**.

1. Liệu pháp Tập trung vào Sang chấn (TF-CBT)

Liệu pháp Nhận thức Hành vi Tập trung vào Sang chấn (TF-CBT) được xem là **tiêu chuẩn vàng (gold standard)** cho PTSD ở trẻ em và thanh thiếu niên (Cohen et al., 2017). Khác với CBT người lớn, TF-CBT có cấu trúc 8-10 giai đoạn, tích hợp chặt chẽ:

- **Giáo dục Tâm lý (Psychoeducation):** Dạy trẻ và cha mẹ về phản ứng bình thường đối với sang chấn.
- **Kỹ năng Điều chỉnh Cảm xúc (Affect Regulation):** Bắt buộc phải dạy các kỹ năng làm dịu (grounding) và đối phó trước khi xử lý ký ức sang chấn.
- **Liệu pháp Chơi:** Đối với trẻ nhỏ, thay vì trò chuyện, chúng tôi sử dụng **Liệu pháp Chơi Tập trung vào Sang chấn** để cho phép trẻ tái hiện và xử lý cảm xúc một cách an toàn.

2. Vai trò Bắt buộc của Người chăm sóc

Trong hầu hết các trường hợp, đặc biệt là RAD và PTSD, liệu pháp không chỉ tập trung vào trẻ mà còn vào **mối quan hệ gắn bó**. Bác sĩ/nhà trị liệu phải đồng hành:

- **Đồng điều chỉnh (Co-regulation):** Dạy cha mẹ cách điều chỉnh cảm xúc của chính họ để có thể hỗ trợ trẻ làm dịu cơn bùng nổ của chúng (thay vì phản ứng lại cơn giận dữ đó).
- **Can thiệp dựa trên Gắn bó:** Đối với RAD, trọng tâm là cải thiện môi trường chăm sóc, thiết lập sự ổn định và xây dựng lại niềm tin cơ bản thông qua các kỹ thuật gắn bó trị liệu.

3. Tiếp cận Thuốc thận trọng

Mặc dù SSRIs (như Sertraline) có thể được sử dụng để điều trị các triệu chứng đồng mắc (ví dụ: trầm cảm, lo âu toàn thể), kinh nghiệm lâm sàng luôn khuyến cáo **liệu pháp tâm lý phải là can thiệp hàng đầu**. Thuốc được sử dụng để **hỗ trợ** quá trình trị liệu tâm lý, đặc biệt là để kiểm soát các triệu chứng kích thích nặng (như rối loạn giấc ngủ hoặc bùng nổ cơn giận nghiêm trọng), nhưng không được coi là phương pháp điều trị sang chấn cốt lõi.

IV. Kết luận:

Trong hai thập kỷ qua, lĩnh vực này đã chuyển từ việc nhìn nhận stress chỉ là một vấn đề lo âu sang công nhận tác động lan tỏa của **Chấn thương phức hợp (Complex Trauma)** – hậu quả của sự bỏ bê hoặc lạm dụng kéo dài. Nền tảng điều trị hiện tại là sự kết hợp giữa chẩn đoán DSM-5 tinh tế, liệu pháp tập trung vào sang chấn (TF-CBT) và sự tham gia sâu sắc của hệ thống gia đình.

Can thiệp hoặc điều trị tập trung vào việc xây dựng **khả năng phục hồi (resilience)**, giúp trẻ em không chỉ sống sót sau sang chấn mà còn phát triển mạnh mẽ. Việc đào tạo lâm sàng về TF-CBT và các can thiệp dựa trên gắn bó là trọng tâm của mọi chuyên gia tâm thần trẻ em hiện đại.

Tác giả bài viết: Huỳnh Ngọc Lan Vy