

Tổng quan nghiên cứu các vấn đề hành vi và cảm xúc ở trẻ có rối loạn phổ tự kỉ

Nguyễn Thị Hoài Phương¹, Ngô Thùy Dung²,
Trần Văn Công³

¹ Email: phuongnth@vnies.edu.vn

² Email: dungnt@vnies.edu.vn

Viện Khoa học Giáo dục Việt Nam
52 Liễu Giai, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

³ Email: congvt.vnu@gmail.com

Trường Đại học Giáo dục - Đại học Quốc gia Hà Nội
144 Xuân Thủy, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

TÓM TẮT: Rối loạn phổ tự kỉ là một dạng rối loạn phát triển và thường đi kèm với các chẩn đoán liên quan đến sự phát triển, tâm thần, thần kinh hoặc các chẩn đoán về y tế khác. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, nhóm rối loạn phổ tự kỉ có tỉ lệ rối loạn tâm thần kèm theo cao hơn nhóm không có rối loạn phổ tự kỉ. Các vấn đề về hành vi và cảm xúc đi kèm chồng chéo lên những triệu chứng cốt lõi của tự kỉ khiến trẻ gặp nhiều khó khăn hơn trong việc cải thiện các hoạt động chức năng phục vụ cho cuộc sống hàng ngày. Bài viết tổng quan các nghiên cứu về các vấn đề hành vi và cảm xúc của trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Các vấn đề hành vi phổ biến bao gồm tăng động, gây hấn và rối loạn hành vi ứng xử. Trong khi đó, các vấn đề cảm xúc thường gặp gồm trầm cảm, lo âu chia tách và ám sợ đặc hiệu hoặc ám sợ xã hội.

TỪ KHÓA: Tự kỉ; rối loạn phổ tự kỉ; vấn đề hành vi và cảm xúc.

→ Nhận bài 03/8/2020 → Nhận bài đã chỉnh sửa 19/10/2020 → Duyệt đăng 10/5/2021.

1. Đặt vấn đề

Rối loạn phổ tự kỉ (RLPTK) là một dạng rối loạn phát triển khởi phát sớm trong quá trình phát triển, thường được bộc lộ rõ trước 3 tuổi. RLPTK được đặc trưng bởi các khiếm khuyết kéo dài về giao tiếp, tương tác xã hội và có các hành vi, sở thích hạn hẹp và định hình lặp lại. Về sự xuất hiện của những đặc điểm có ở trẻ RLPTK: Những lo ngại về thị lực và thính giác thường được báo cáo trong năm đầu tiên; sự khác biệt về tương tác xã hội, giao tiếp và kỹ năng vận động tinh được biểu hiện rõ khi trẻ 6 tháng tuổi; các hành vi định hình lặp lại và sự khác biệt khi chơi, bắt chước và thói quen ăn uống được báo cáo trong năm thứ hai; sự khác biệt về tính khí nổi lên ở 24 tháng tuổi. Mặc dù chưa xác định được nguyên nhân chính xác của RLPTK nhưng có một số yếu tố nguy cơ như: Cha mẹ có con đầu tiên có RLPTK, nguy cơ con thứ hai có RLPTK là 2% - 18% [1], con đầu lòng của cha mẹ lớn tuổi có khả năng có RLPTK cao gấp 3 lần so với con thứ 3 hoặc sau này của mẹ từ 20 - 34 tuổi và cha nhỏ hơn 40 tuổi [2].

RLPTK thường đi kèm với các chẩn đoán liên quan đến sự phát triển, tâm thần, thần kinh hoặc các chẩn đoán về y tế khác. Kết quả nghiên cứu từ dữ liệu về 2568 trẻ đáp ứng định nghĩa giám sát trường học RLPTK cho thấy: Sự xuất hiện của hơn một chẩn đoán về sự phát triển không phải RLPTK là 83%, về chẩn đoán tâm thần là 10% và chẩn đoán về thần kinh là 16% [3]. Nhóm RLPTK có tỉ lệ rối loạn tâm thần kèm theo cao hơn nhóm không có RLPTK. Năm 2008, kết quả nghiên cứu của Simonoff và cộng sự cho thấy: Tỉ lệ lưu hành trong 3 tháng với tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-IV cho thấy

70,8% trẻ có ít nhất một rối loạn tâm thần ở thời điểm hiện tại; 62,8% có rối loạn chính là rối loạn tăng động giảm chú ý, cảm xúc hoặc về hành vi và 24,7% có một rối loạn khác thuộc một trong những rối loạn thần kinh.

Những suy yếu về giao tiếp và tương tác xã hội khiến trẻ RLPTK gặp nhiều khó khăn với các kỹ năng xã hội bao gồm việc tham gia vào xã hội, quản lý giận dữ và khả năng xã hội, điều này ảnh hưởng đến tình bạn và các mối quan hệ đồng đẳng khác. Như vậy, bản thân RLPTK đã gặp nhiều khó khăn, việc chồng chéo các vấn đề về hành vi - cảm xúc lên các triệu chứng RLPTK khiến cho những suy yếu ở trẻ càng phức tạp và khó để can thiệp hơn. Bên cạnh đó, các triệu chứng cũng tạo ra những rào cản trong việc chẩn đoán RLPTK. Ví dụ, các biểu hiện trầm cảm ở trẻ có RLPTK có thể bao gồm: Gây hấn, tăng động, tăng hành vi rập khuôn, có hành vi tự gây tổn thương. Hiện nay, nghiên cứu tại Việt Nam tập trung khá nhiều vào việc “Làm thế nào để có cách thức hỗ trợ tốt nhất cho trẻ?”. Các đề tài tìm hiểu vấn đề đi kèm RLPTK còn khá hạn chế và chưa có nghiên cứu nào về các vấn đề hành vi và cảm xúc ở trẻ có RLPTK. Từ những lí do trên, bài viết này nhằm mô tả và thống kê số liệu về các vấn đề hành vi và cảm xúc có ở trẻ RLPTK. Từ đó có biện pháp hỗ trợ trẻ và gia đình, giảm thiểu các hệ quả tiêu cực của hành vi và cảm xúc lên vấn đề sẵn có của trẻ có RLPTK. Đồng thời góp phần bổ sung nghiên cứu lí luận, mở ra các hướng nghiên cứu chuyên sâu hơn nhằm nâng cao chất lượng giáo dục, chăm sóc sức khỏe tâm thần cho trẻ có RLPTK.

Một số khái niệm liên quan

RLPTK được đặc trưng bởi các khiếm khuyết kéo dài

về giao tiếp xã hội và tương tác xã hội trong các tình huống khác nhau, bao gồm sự khiếm khuyết trong tính qua lại về mặt xã hội, hành vi giao tiếp không lời sử dụng trong tương tác xã hội và kỹ năng trong phát triển, duy trì và hiểu các mối quan hệ. Ngoài khiếm khuyết về giao tiếp xã hội, chẩn đoán RLPTK yêu cầu phải có sự xuất hiện của các mẫu hình hành vi, sở thích hay hoạt động giới hạn, lặp lại. Bởi vì, các triệu chứng thay đổi theo sự phát triển và có thể được che giấu bởi các cơ chế ứng phó, các tiêu chí chẩn đoán có thể cần dựa vào thông tin từ quá khứ (lịch sử phát triển) và triệu chứng hiện tại phải gây ra những khiếm khuyết đáng kể.

Hành vi là điều gì đó mà một người làm có thể quan sát được, đo lường được và lặp đi lặp lại. Năm 2000, Jost đã đưa ra khái niệm về hành vi như sau: Hành vi là cách mà một cá nhân ứng xử/hành động với con người, xã hội hoặc các đối tượng. Nó có thể là tốt hoặc xấu, có thể là bình thường hoặc bất thường theo chuẩn mực xã hội. Xã hội sẽ luôn cố gắng sửa những hành vi không tốt và mang những hành vi bất thường trở lại bình thường. Các vấn đề về hành vi thường bao gồm: Tăng động - giảm chú ý, rối loạn hành vi ứng xử, hành vi gây hấn.

Cảm xúc là bất kì trải nghiệm tinh thần nào của trạng thái xúc cảm mãnh liệt hoặc khoái lạc cao (hài lòng/không hài lòng). Cảm xúc được định nghĩa là một giai đoạn những thay đổi xảy ra đồng thời, có quan hệ với nhau trong trạng thái của tất cả hoặc hầu hết 5 tiêu hệ thống của cơ thể/sinh vật (tiến trình xử lý thông tin, xác nhận, quyết định thi hành, hành động, kiểm tra/giám sát) để đáp ứng với việc đánh giá sự kiện kích thích bên ngoài hoặc bên trong có liên quan đến mối quan tâm chính của cơ thể/sinh vật. Các vấn đề về cảm xúc bao gồm: Lo âu, trầm cảm, rối loạn dạng cơ thể.

2. Nội dung nghiên cứu

2.1. Tổ chức và phương pháp nghiên cứu

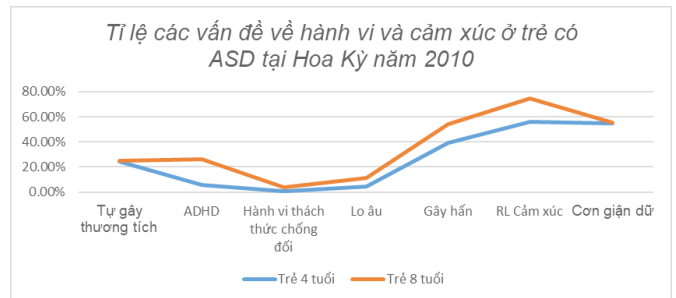
Bài viết này sử dụng phương pháp tổng quan và phân tích tài liệu. Đầu tiên, nhóm tác giả tiến hành tổng hợp các nghiên cứu tại Google scholar, Researchgate,... với các cụm từ: "*Anxiety in children with autism spectrum disorder; depression in children with autism spectrum disorder; behavioural and emotional issues/problems in children with autism spectrum disorder; aggression/ADHD/conduct disorder in children with autism spectrum disorder; characterization of depression/anxiety in children with autism spectrum disorder; risk of depression/anxiety/ADHD in children with autism spectrum disorder...*". Dữ liệu được chọn là những nghiên cứu đáp ứng các tiêu chí: thời gian xuất bản (từ 2006 - 2019), nhóm khách thể của nghiên cứu (trẻ dưới 18 tuổi), đối tượng nghiên cứu (các vấn đề hành vi và cảm xúc ở trẻ có RLPTK, những nghiên cứu về vấn đề đi kèm ở trẻ RLPTK có liên quan đến tình trạng y tế bị loại

trừ). Sau khi lọc, dữ liệu cuối cùng có 30 nghiên cứu đáp ứng các tiêu chí của chúng tôi và được chia thành 3 nhóm nội dung như sau: (1) Tỷ lệ các vấn đề hành vi và cảm xúc ở trẻ có RLPTK; (2) Đặc điểm lâm sàng của các vấn đề hành vi và cảm xúc ở trẻ có RLPTK; (3) Nguy cơ xuất hiện các vấn đề về hành vi và cảm xúc ở trẻ có RLPTK.

2.2. Kết quả nghiên cứu

2.2.1. Tỷ lệ các vấn đề về hành vi và cảm xúc ở trẻ rối loạn phổ tự kỉ

Phân tích dữ liệu thứ cấp từ mạng lưới giám sát các khuyết tật phát triển và tự kỉ được thu thập từ khảo sát năm 2010 trên trẻ có RLPTK 4 tuổi và 8 tuổi, trong đó: Trẻ 4 tuổi có 783 trẻ (22,09% nữ và 77,91% nam); Trẻ 8 tuổi có 1091 trẻ (18,97% nữ và 81,03% nam), tỷ lệ trẻ có RLPTK đi kèm với các vấn đề hành vi và cảm xúc là không nhỏ, đặc biệt là rối loạn cảm xúc và cơn giận dữ. Chi tiết được biểu hiện trong Biểu đồ 1:



Biểu đồ 1: Tỷ lệ các vấn đề về hành vi và cảm xúc ở trẻ có ASD tại Hoa Kỳ năm 2010

a. Các vấn đề về hành vi

Các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng, một nửa số trẻ có RLPTK đáp ứng tiêu chí chẩn đoán của rối loạn tăng động giảm chú ý mặc dù chẩn đoán đi kèm được loại trừ bởi DSM-IV-TR. Đây cũng là vấn đề hành vi mà trẻ có RLPTK gặp nhiều nhất. Tỷ lệ mắc cả hai rối loạn ở nam cao hơn nữ. Vấn đề hành vi đi kèm nhiều thứ hai ở trẻ RLPTK là gây hấn, một số biểu hiện như đánh, đá, cắn, cầu trên cả người chăm sóc và người khác. Số liệu cụ thể được thể hiện trong Bảng 1.

b. Các vấn đề về cảm xúc

Kết quả nghiên cứu tổng hợp từ Bảng 1 và 2 cho thấy: Ở trẻ có RLPTK, tăng động-giảm chú ý và lo âu là hai vấn đề về hành vi, cảm xúc xuất hiện phổ biến nhất và có sự đồng nhất giữa các nghiên cứu mà chúng tôi tổng hợp. Bên cạnh hai nhóm vấn đề này, các triệu chứng của gây hấn, hành vi thách thức - chống đối và tự gây thương tích cũng được biểu hiện không ít. Đối với nhóm trẻ tự kỉ có lo âu, đặc điểm biểu hiện và dạng lo âu ở mỗi trẻ là khác nhau. Tuy nhiên, ám sợ là dạng lo âu thường gặp nhất. Một phát hiện nữa mà kết quả nghiên cứu đã chỉ ra, đó là sự tương quan giữa vấn đề về hành vi với cảm xúc, cụ thể, nghiên cứu của Williams và cộng sự (2015) trên

Bảng 1: Tỷ lệ các vấn đề về hành vi ở trẻ có RLPTK

TT	Tác giả (năm)	Khách thể	Phương pháp nghiên cứu	Kết quả nghiên cứu
1	Ghirardi và cộng sự (2018)	- Mẫu: 1 899654 cá nhân tại Thụy Điển (1987-2006). - Dữ liệu được lấy từ sổ đăng kí bệnh nhân quốc gia, các bệnh nhân được chẩn đoán RLPTK ≥ 1 tuổi được chọn đưa vào nghiên cứu. Về chẩn đoán khuyết tật trí tuệ, sẽ lấy trẻ từ 3 tuổi trở lên trong nhóm RLPTK.	- Thử nghiệm mối liên hệ giữa RLPTK và rối loạn tăng động giảm chú ý giữa các cá nhân và trong các gia đình bằng cách sử dụng hồi quy.	Trong tổng số khách thể: - 28468 trường hợp có RLPTK. - 82398 trường hợp có rối loạn tăng động giảm chú ý. - 13793 đồng bệnh. - Tỷ lệ mắc cả hai rối loạn ở nam (1,01%) cao hơn ở nữ (0,43%). - Gần một nửa số người mắc RLPTK (48%) cũng có rối loạn tăng động giảm chú ý và 17% người có rối loạn tăng động giảm chú ý cũng có RLPTK. - Con của những bà mẹ có rối loạn tăng động giảm chú ý có nguy cơ cao gấp 2,5 lần có RLPTK (Không có rối loạn tăng động giảm chú ý đi kèm) so với những bà mẹ không có rối loạn tăng động giảm chú ý. Nguy cơ mắc rối loạn tăng động giảm chú ý tăng gấp 3,7 lần được tìm thấy trong số các trường hợp có RLPTK.
2	Ooi và cộng sự (2011)	71 trẻ có độ tuổi trung bình là 10,24 tuổi được chẩn đoán bởi các nhà lâm sàng là có RLPTK tại Trung Quốc (86,1%), Malaysia (9,7%) và 4,2% khác.	- Thông tin về các vấn đề hành vi và cảm xúc được rút ra từ bảng kiểm hành vi trẻ em (Child Behaviour Checklist - CBCL) và DSM-oriented scales.	- Có khoảng 72% đến 86% tổng số khách thể có ít nhất một vấn đề về hành vi hoặc cảm xúc. - Các vấn đề được báo cáo nhiều nhất theo DSM là tăng động/giảm chú ý (35,2%).
3	Hartley và cộng sự (2008)	- 169 trẻ từ 1,5 tuổi đến 5,8 tuổi - 132 nam và 38 nữ	- Bảng kiểm hành vi trẻ em (CBCL) 1,5-5 tuổi.	- 27,2% tổng số khách thể có các vấn đề hướng ngoại. - 22,5% có hành vi gây hấn.
4	Simonoff và cộng sự (2008)	112 trẻ có RLPTK (từ 10 đến 14 tuổi): 98 là nam giới (7:1 tỉ lệ nam:nữ), với tuổi trung bình là 11,5 tuổi.	- Phỏng vấn phụ huynh với Đánh giá tâm thần trẻ em và vị thành niên (Child and Adolescent Psychiatric Assessment - CAPA). - Các thang đo bao gồm: + Trí tuệ: Wisc III và RAVEN + Hành vi thích ứng: Vineland + Đặc điểm về gia đình: Sử dụng thang điểm 8 của Cơ quan thống kê quốc gia Vương quốc Anh.	- Tỷ lệ lưu hành trong 3 tháng với tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-IV cho thấy 70,8% trẻ có ít nhất một rối loạn tâm thần ở thời điểm hiện tại; 62,8% có rối loạn chính là rối loạn tăng động giảm chú ý, cảm xúc hoặc về hành vi và 24,7% có một rối loạn khác thuộc một trong những rối loạn thần kinh. - Các rối loạn phổ biến: + Rối loạn tăng động giảm chú ý (28,1%). + Rối loạn hành vi - thách thức chống đối (28,1%).
5	Dominick và cộng sự (2007)	- 54 trẻ có RLPTK từ 4 tuổi 2 tháng đến 14 tuổi 2 tháng.	- Các hành vi bất thường: sử dụng Bảng câu hỏi về các mẫu hành vi không điển hình (Atypical Behavior Patterns Questionnaire - ABPQ).	- 32,7% tổng số khách thể có hành vi tự gây tổn thương (đập đầu, tự đánh và cắn mình). - 32,7% trẻ có hành vi gây hấn (đánh, đá, cắn và cấu/véo người khác).

Bảng 2: Tỷ lệ các vấn đề về cảm xúc ở trẻ có RLPTK

TT	Tác giả (năm)	Khách thể	Phương pháp nghiên cứu	Kết quả nghiên cứu
1	Hollocks và cộng sự (2019)	35 nghiên cứu được công bố từ tháng 01 năm 2000 đến tháng 9 năm 2017	Tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp	Ước tính gộp về tỉ lệ hiện tại và suốt đời đối với người trưởng thành có RLPTK là 27% và 42% cho bất kì rối loạn lo âu nào, 23% và 37% cho rối loạn trầm cảm.
2	Zaboski và cộng sự (2018)	83 nghiên cứu RLPTK và các rối loạn lo âu đáp ứng các tiêu chí của nghiên cứu.	Tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp.	Các rối loạn lo âu phổ biến nhất là: Ám sợ xã hội (17-30%), ám sợ đặc hiệu (30-44%), rối loạn lo âu lan tỏa (15-35%), rối loạn lo âu chia tách (9-38%) và rối loạn ám ảnh cưỡng chế (17-37%).
3	Van Steensel và cộng sự (2017)	Các nghiên cứu RLPTK và biện pháp lo lắng cho trẻ nhỏ có độ tuổi trung bình <19 tuổi.	Tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp.	- Trẻ em có RLPTK có mức độ lo lắng cao hơn so với trẻ em đang phát triển thông thường. - Chỉ số trí tuệ (IQ) cao thì mức độ lo âu tăng theo.

TT	Tác giả (năm)	Khách thể	Phương pháp nghiên cứu	Kết quả nghiên cứu
4	Black và cộng sự (2017)	79 cha mẹ có con có RLPTK.	Bảng hỏi về những khó khăn liên quan đến xử lý cảm giác, mất cảm giác quan và lo lắng.	- 67% có mối quan hệ với các triệu chứng ám sợ chuyên biệt. - 57% có mối quan hệ với rối loạn lo âu chia tách. - Không có mối quan hệ với ám sợ xã hội.
5	Williams và cộng sự (2015)	109 trẻ em và thanh thiếu niên được chẩn đoán mắc RLPTK, tuổi trung bình là 9,74 (80 nam, 29 nữ). 47% bị thiếu năng trí tuệ.	- Danh sách kiểm tra hành vi - Child Behavior Checklist (CBCL). - Kiểm kê triệu chứng tiêu hóa - Gastrointestinal Symptom Inventory. - Câu hỏi về thói quen ngủ ở trẻ em - Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ). - Bảng mẫu ngắn các vấn đề về hành vi - Behavior Problems Inventory-Short Form (BPI-S).	- Mức độ lo âu: 15% bình thường, 10% ở ngưỡng, 75% ở phạm vi lâm sàng. - 99% có ít nhất một hành vi thách thức: 67% có cả 3 hành vi, 28% có 2 hành vi và 5% có một hành vi. - Có mối tương quan thấp giữa lo lắng và tiêu hóa - Mối tương quan thuận giữa lo lắng và khó ngủ (r=44, p<0,01). - Có mối tương quan giữa lo lắng và hành vi thách thức.

109 trẻ RLPTK với độ tuổi trung bình là 9.74 đã xác định có mối tương quan giữa lo lắng và hành vi thách thức. Để thể hiện rõ về tỉ lệ hành vi và cảm xúc ở trẻ RLPTK, chúng tôi đã tổng hợp ngẫu nhiên 23 nghiên cứu tìm hiểu các vấn đề về hành vi và cảm xúc của trẻ có RLPTK, xác định các vấn đề nằm trong kết quả nghiên cứu và thống kê trên ứng dụng Mentimeter. Kết quả cụ thể như sau (xem Hình 1):



(Ghi chú: Cỡ chữ của tên rối loạn càng lớn nghĩa là rối loạn đó xuất hiện càng nhiều và ngược lại)

Hình 1: Các vấn đề về hành vi và cảm xúc của trẻ có RLPTK

2.2.2. Biểu hiện lâm sàng của các vấn đề về hành vi và cảm xúc ở trẻ có rối loạn phổ tự kỉ

Trầm cảm được tìm thấy là xuất hiện ở nhiều trẻ có RLPTK. Tuy nhiên, việc phát hiện là khó khăn bởi trầm cảm có thể bị che giấu bởi các triệu chứng của RLPTK vì những biểu hiện như thu mình hay gặp vấn đề trong ăn uống và giấc ngủ cũng được biểu hiện ở trầm cảm. Năm 2011, tác giả Magunson và cộng sự đã có bài viết về các đặc điểm của trầm cảm ở trẻ có RLPTK. Một số biểu hiện có thể hiện diện như sau: Gây hấn, tâm trạng bất

ổn, tăng động, giảm chức năng thích ứng hoặc tự chăm sóc, thoái lui kĩ năng, tăng tính ép buộc, những thay đổi thất thường trong các triệu chứng của tự kỉ bao gồm cả việc tăng hành vi rập khuôn và suy giảm hứng thú trong các mối bận tâm/sở thích hạn hẹp, hành vi tự gây thương tích, căng trương lực/rối loạn tâm lí (catatonia), có sự thay đổi tổng thể rõ rệt trong hành vi từ đường cơ sở bởi những đặc điểm trên. Nghiên cứu của Stewart và cộng sự (2006) cho thấy, việc khởi phát trầm cảm có liên quan đến việc bắt đầu hoặc trầm trọng hơn các hành vi kém thích nghi, đặc biệt là tự gây thương tích và gây hấn [4].

Trẻ em tự kỉ có lo âu biểu hiện mức độ cao hơn ở toàn bộ các hành vi lặp đi lặp lại, các sở thích hạn hẹp và các hành vi vận động tạo cảm giác (tự kích thích) so với những trẻ không có lo âu. Lo âu ở thanh thiếu niên có RLPTK cũng có liên quan đến các phản ứng quá nhạy cảm và làm giảm chất lượng cuộc sống nói chung. Ở những thanh thiếu niên có RLPTK, lo âu có thể được biểu hiện ở sự không linh hoạt/cứng nhắc, không tiếp nhận/chịu đựng điều gì khác lạ một cách mãnh liệt và sự né tránh quá mức các tác nhân khác nhau liên quan đến lo âu. Các triệu chứng khác có thể bao gồm: Tăng sự phòng vệ về cảm giác, tương tác xã hội theo cách tiêu cực và giận dữ, đồng thời cực kì khó khăn với sự thay đổi. Nghiên cứu của nhóm tác giả Williams năm 2015, đánh giá mức độ lo âu ở thanh thiếu niên có RLPTK được biểu hiện thông qua sự lo lắng, rối loạn giấc ngủ, triệu chứng tiêu hóa và hành vi chống đối/thách thức.

2.2.3. Các yếu tố liên quan đến vấn đề về hành vi và cảm xúc ở trẻ có rối loạn phổ tự kỉ

Năm 2015, kết quả nghiên cứu của tác giả Myriam và cộng sự trên dữ liệu có sẵn từ PsycInfo, Pubmed, Web of Science và ERIC đưa ra một số điểm quan trọng sau: Trẻ tự kỉ có khả năng trầm cảm cao hơn ở những gia đình có lịch sử trầm cảm; trầm cảm phổ biến ở thanh

thiếu niên và người lớn hơn so với trẻ em, trẻ càng lớn trí tuệ càng tốt hơn và tỉ lệ mắc trầm cảm cũng cao hơn. Một vài nghiên cứu cũng đưa ra kết quả cho thấy trẻ tự kỉ có mức độ nhận thức cao và các triệu chứng của tự kỉ ít nghiêm trọng dự báo nguy cơ cao hơn có trầm cảm; những khiếm khuyết về mặt xã hội ở trẻ tự kỉ có tương quan với tâm trạng tiêu cực ở trẻ em và thanh thiếu niên tự kỉ chức năng cao cũng đã được chứng minh. Các yếu tố stress môi trường đóng vai trò trong nguy cơ trầm cảm ở những cá nhân có RLPTK cũng giống như với những thanh thiếu niên phát triển thông thường [5].

Nghiên cứu trên 67 trẻ có RLPTK được đánh giá với thang đo cha mẹ báo cáo của Conner (Conner's Parent Rating Scale-Revised: CPRS-R) và thực hiện phỏng vấn bán cấu trúc trên cha mẹ để thu thập dữ liệu lâm sàng về các vấn đề tâm thần kinh và thực thể cùng tồn tại và các yếu tố nguy cơ từ gia đình và trước/gần/sau sinh. Kết quả nghiên cứu cho thấy, 55% trẻ vượt quá điểm cắt của tổng thang đo CPRS-R. Một số yếu tố dự báo các vấn đề ở trẻ RLPTK liên quan đến gia đình bao gồm: tiền sử gia đình có khuyết tật trí tuệ ($P=0.003$) và rối loạn tâm thần ($P=0.039$) [6].

Nghiên cứu trên 3319 trẻ có RLPTK, trong đó có 45,3% trẻ có rối loạn tăng động giảm chú ý. Phân tích một mẫu tuyến tính tiết lộ rằng, trẻ có cả rối loạn tăng động giảm chú ý và RLPTK làm tăng nguy cơ rối loạn lo âu (nguy cơ tương đối được điều chỉnh là 2,20) và rối loạn cảm xúc (nguy cơ là 2,72) khi so sánh với trẻ chỉ có RLPTK. Độ tuổi tăng là yếu tố góp phần đáng kể nhất dẫn đến sự hiện diện của rối loạn lo âu và rối loạn cảm xúc [7]. Rối loạn lo âu không hiếm gặp ở trẻ em có RLPTK. Có nhiều khả năng có sự ảnh hưởng của độ tuổi và trí tuệ đến sự hiện diện của lo âu, những trẻ nhỏ tuổi hơn có trải nghiệm lo âu nhẹ nhàng hơn (theo báo cáo của cha mẹ) và những trẻ có chức năng nhận thức cao hơn có trải nghiệm lo âu nhiều hơn. Nghiên cứu của tác giả Wijnhoven và cộng sự năm 2018 trên 172 trẻ có từ 8 đến 15 tuổi chỉ ra rằng, những trẻ ít tuổi hơn và trẻ nữ có nhiều triệu chứng lo âu hơn những trẻ lớn và trẻ nam có RLPTK. Với những trẻ thể hiện IQ không lời cao và IQ sử dụng lời nói thấp có nhiều hơn các triệu chứng của ám sợ đặc hiệu.

Theo nghiên cứu của nhóm tác giả Salazar năm 2015 thì các yếu tố nguy cơ của rối loạn tăng động giảm chú ý, rối loạn thách thức chống đối (ODD) là giới tính nam. Các yếu tố nguy cơ của rối loạn lo âu: IQ cao hơn, trẻ lớn hơn (với các rối loạn lo âu chia tách, rối loạn lo âu lan tỏa, sợ khoảng trống). Những người có nhiều triệu chứng tự kỉ hơn có khả năng chẩn đoán sợ khoảng trống, rối loạn thách thức chống đối và sợ ban đêm. Các đặc điểm của cha mẹ cũng có ảnh hưởng đến các rối loạn ở trẻ: Đau khổ tâm lí của cha mẹ và thất nghiệp của cha mẹ ảnh hưởng đến nỗi sợ hãi ban đêm, trình độ học vấn của

cha mẹ thấp có liên quan đến tỉ lệ cao hơn của bất kì rối loạn cảm xúc và rối loạn thách thức đối lập nào ở trẻ [8].

3. Kết luận và bàn luận

Bài viết tổng quan các nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam về các vấn đề về hành vi và cảm xúc có ở trẻ RLPTK. Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong khoảng 13 năm trở lại đây, các nghiên cứu trên thế giới về các vấn đề hành vi, cảm xúc ở trẻ tự kỉ đã được nhiều nhà nghiên cứu quan tâm và tiến hành thực hiện. Các vấn đề về hành vi, cảm xúc ở trẻ tự kỉ nổi bật nhất là tăng động giảm chú ý (35,2% - 62,8%), hành vi gây hấn (đánh, đá, cắn, cẩu) (22,5% - 28,1%), cơn giận dữ, rối loạn lo âu (ám sợ đặc hiệu, ám sợ xã hội, rối loạn lo âu lan tỏa, rối loạn ám ảnh cưỡng chế, rối loạn lo âu chia tách) (27% - 42%), rối loạn trầm cảm (23% - 37%). Các vấn đề này có thể chưa đủ tiêu chuẩn đáp ứng trở thành rối loạn nhưng những ảnh hưởng của nó góp phần thêm khó khăn cho trẻ học tập và hòa nhập. Các vấn đề về hành vi có thể dễ dàng quan sát nhưng việc xác định nguyên nhân cốt lõi gây nên các vấn đề đó lại không dễ dàng bởi có sự chồng chéo, nhầm lẫn giữa các biểu hiện đặc trưng ở trẻ tự kỉ với các biểu hiện của các rối loạn về cảm xúc. Chẳng hạn, làm tăng lên các hành vi định hình, rập khuôn, hay sự tương tác bất thường được biểu hiện theo chiều hướng tiêu cực hoặc làm trầm trọng sự kém thích ứng ở trẻ.

Các nghiên cứu cũng cho thấy tỉ lệ rối loạn lo âu, trầm cảm ở trẻ tự kỉ cao hơn với trẻ khác. Những yếu tố nguy cơ có thể kể đến là: Gia đình có lịch sử trầm cảm, lo âu, ở thanh thiếu niên cao hơn ở trẻ em, trẻ có trí tuệ tốt hơn và những trẻ có nhiều triệu chứng tự kỉ hơn. Không chỉ riêng ở trẻ có RLPTK mà ở nhóm trẻ khác, lịch sử gia đình cũng là yếu tố nguy cơ đối với các vấn đề về sau ở trẻ và có thể phát triển thành các rối loạn như: Lo âu, trầm cảm, gây hấn,... Ở những trẻ tự kỉ có nhận thức tốt hơn, trẻ biết để ý và quan tâm đến thái độ của những người xung quanh hơn và đồng thời tự nhận thức về bản thân tốt hơn. Do vậy, trẻ biết được những khó khăn của chính mình và đôi khi không biết làm thế nào để có thể giải quyết được vấn đề này, lo âu xuất hiện như là một điều có thể tiên lượng trước được.

Như đã trình bày ở trên, thực trạng các nghiên cứu về tự kỉ tại Việt Nam hiện nay tập trung các vấn đề về nhận thức của cộng đồng về RLPTK và các cách thức, phương pháp hỗ trợ giáo dục, y tế cho trẻ mà chưa có nghiên cứu nào tìm hiểu các vấn đề về hành vi, cảm xúc hay các rối loạn tâm thần, thần kinh ở trẻ tự kỉ. Bài viết này đã tổng quan tỉ lệ, biểu hiện lâm sàng và nguy cơ của các vấn đề về hành vi và cảm xúc ở trẻ có RLPTK, trước hết là nhằm nâng cao và mở rộng hiểu biết về RLPTK nói riêng và sức khỏe tâm thần nói chung. Thứ hai, việc gợi ý các biểu hiện lâm sàng của những vấn đề về hành vi và cảm xúc ở trẻ có RLPTK có thể góp

phần hỗ trợ các nhà lâm sàng đánh giá chính xác hơn về trẻ, giảm thiểu nhầm lẫn giữa các biểu hiện chồng chéo lên nhau của các rối loạn. Cuối cùng, nội dung bài viết nhấn mạnh đến một trong những yếu tố quan trọng khi can thiệp cho trẻ có RLPTK đó là: Cần xác định chính xác tối đa những vấn đề về hành vi và cảm xúc mà trẻ

đang thực sự gặp phải, phân biệt đúng nguyên nhân gây ra khó khăn đó, đồng thời phải chú ý đến đặc điểm riêng của trẻ tự kỉ để có biện pháp hỗ trợ tốt nhất cho từng trẻ, giảm thiểu những khả năng nhầm lẫn nguyên nhân của triệu chứng dẫn đến thiết kế chương trình can thiệp không phù hợp.

Tài liệu tham khảo

- [1] Ozonoff S, Young GS, Carter A, Messinger D, Yirmiya N, Zwaigenbaum L, Bryson S, Carver LJ, Constantino JN, Dobkins K, Hutman T, Iverson JM, Landa R, Rogers SJ, Sigman M, Stone WL, (2011), *Recurrence risk for autism spectrum disorders: A Baby Siblings Research Consortium study*, Pediatrics, 128: e488-e495.
- [2] Durkin, M. S., Maenner, M. J., Newschaffer, C. J., Lee, L. C., Cunniff, C. M., Daniels, J. L., ... & Schieve, L. A., (2008), *Advanced parental age and the risk of autism spectrum disorder*, American journal of epidemiology, 168(11), p.1268-1276.
- [3] Levy, S. E., Giarelli, E., Lee, L. C., Schieve, L. A., Kirby, R. S., Cunniff, C., ... & Rice, C. E., (2010), *Autism spectrum disorder and co-occurring developmental, psychiatric, and medical conditions among children in multiple populations of the United States*, Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 31(4), p.267-275.
- [4] Stewart, M. E., Barnard, L., Pearson, J., Hasan, R., & O'Brien, G., (2006), *Presentation of depression in autism and Asperger syndrome: A review*, Autism, 10(1), p.103-116.
- [5] DeFilippis, M., (2018), *Depression in children and adolescents with autism spectrum disorder*, Children, 5(9), p.112.
- [6] Lamanna, A. L., Craig, F., Matera, E., Simone, M., Buttiglione, M., & Margari, L., (2017), *Risk factors for the existence of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in children with autism spectrum disorders*, Neuropsychiatric disease and treatment, 13, p.1559.
- [7] Gordon-Lipkin, E., Marvin, A. R., Law, J. K., & Lipkin, P. H., (2018), *Anxiety and mood disorder in children with autism spectrum disorder and ADHD*, Pediatrics, 141(4), e20171377.
- [8] Salazar, F., Baird, G., Chandler, S., Tseng, E., O'sullivan, T., Howlin, P., ... & Simonoff, E., (2015), *Co-occurring psychiatric disorders in preschool and elementary school-aged children with autism spectrum disorder*, Journal of Autism and Developmental Disorders, 45(8), p.2283-2294.

A RESEARCH REVIEW OF BEHAVIORAL AND EMOTIONAL PROBLEMS IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Nguyễn Thị Hoài Phương¹, Ngô Thùy Dung²,
Trần Văn Công³

¹ Email: phuongnth@vnies.edu.vn

² Email: dungnt@vnies.edu.vn

The Vietnam National Institute of Educational Sciences
52 Lieu Giai, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

³ Email: congvt.vnu@gmail.com

VNU University of Education,
Vietnam National University, Hanoi
144 Xuan Thuy, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

ABSTRACT: *Autism Spectrum Disorder, which is a kind of neuro developmental disorder, is often accompanied by developmental, psychiatric, neurological, or other medical diagnoses. Recent studies also found that the autism spectrum disorder group had a higher incidence of comorbidities than those without autism spectrum disorder. The comorbid behavioral and emotional issues that overlap with the core symptoms of autism make it more difficult for children to improve their functional activities for daily life. This article aims to review the researches on the behavioral and emotional issues of children with autism spectrum disorders. The common behavioral problems include hyperactivity, aggression and conduct disorder. Meanwhile, the common emotional problems include depression, separation anxiety, and specific or social phobia.*

KEYWORDS: Autism; autism spectrum disorder; behavioral and emotional issues.