

RỐI LOẠN THÁCH THỨC CHỐNG ĐỐI

Katie Quy & Argyris Stringaris

Hiệu đính: Phạm Minh Triết

Người dịch: Nguyễn Thị Huệ, Nguyễn Thị Nhanh, Trần Kim Phú



Katie Quy MSc

Institute of Education, Thomas Coram Research Unit, London, UK

Conflict of interest: none reported.

Argyris Stringaris MD, PhD, MRCPsych

Senior Lecturer, King's College London, Institute of Psychiatry, UK & Consultant Child and Adolescent Psychiatrist, Mood Disorder Clinic, Maudsley Hospital, London, UK

Conflict of interest: none reported.

Acknowledgments: The authors are grateful Professor Stephen Scott for his helpful comments. Dr Stringaris gratefully acknowledges the support of the Wellcome Trust.

Ấn phẩm này hướng tới đối tượng các chuyên gia đào tạo hoặc thực hành trong lĩnh vực Sức khỏe tâm thần và không dành cho cộng đồng nói chung. Ý kiến của các tác giả đưa ra không nhất thiết phải thể hiện quan điểm của Biên tập viên hoặc IACAPAP. Ấn phẩm cung cấp các phương pháp điều trị và thực hành tốt nhất dựa trên bằng chứng khoa học có sẵn tại thời điểm viết sách theo đánh giá của các tác giả và có thể thay đổi so với kết quả của những nghiên cứu mới sau này. Độc giả nên áp dụng kiến thức này cho bệnh nhân theo hướng dẫn và luật pháp của quốc gia đang hành nghề. Một số quốc gia có thể không có đầy đủ các loại thuốc cũng như liều lượng và tác dụng không mong muốn được đề cập đến vì vậy độc giả nên tham khảo thông tin thuốc cụ thể. Chúng tôi có bổ sung thông tin về một số tổ chức, ấn phẩm và trang web được trích dẫn hoặc liên kết để minh họa cho các vấn đề. Điều này không có nghĩa là các tác giả, biên tập viên hoặc IACAPAP tán thành các nội dung đó, người đọc cần đánh giá nghiêm túc các khuyến nghị trên. Trang web cũng có thể đã bị thay đổi hoặc không còn tồn tại.

© IACAPAP 2015. Đây là ấn phẩm truy cập mở theo Giấy phép của tổ chức phi lợi nhuận Creative Commons Attribution. Bất cứ hình thức sử dụng, phát hành và tái bản trong bất kỳ phương tiện được cấp phép nào mà không có sự cho phép trước của tác giả cần đảm bảo điều kiện ấn phẩm gốc được trích dẫn chính xác và sử dụng mang tính chất phi lợi nhuận. Gửi ý kiến về cuốn sách điện tử hoặc dự án này đến địa chỉ jmreyATbigpond.net.au.

Gợi ý trích dẫn: Quy K, Stringaris A. Oppositional defiant disorder. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

Rối loạn hành vi gây rối (disruptive behaviour disorder) là một tình trạng phổ biến và có liên quan đến sự suy giảm rõ rệt về mặt chức năng của trẻ em và gia đình, hệ lụy là sự kém thích ứng trong quá trình phát triển sau này (Ford và cộng sự, 2003; Burke và cộng sự, 2005; Copeland và cộng sự, 2009; Kim-Cohen và cộng sự, 2003; Costello và cộng sự, 2003). Các vấn đề về hành vi gây rối cũng liên quan đến gia tăng chi phí xã hội: ước tính cho thấy, tại thời điểm cá nhân đạt tuổi 28, chi phí phát sinh cho người có hành vi chống đối xã hội ở thời thơ ấu cao hơn ít nhất 10 lần so với những người không có biểu hiện này (Scott và cộng sự, 2001a).

Trong hai hệ thống phân loại chính: Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê các Rối loạn Tâm thần, Phiên bản lần thứ 4 (DSM-IV; APA, 1994, 2000) và Phân loại Bệnh tật Quốc tế, Sửa đổi lần thứ 10 (ICD-10; WHO, 1993) xác định rối loạn thách thức chống đối (oppositional defiant disorder) là một hình mẫu dai dẳng của hành vi thách thức, không vâng lời và đối nghịch (defiant, disobedient and antagonistic) với người lớn. Rối loạn này được xác định khi không có sự hiện diện của hung hăng mức độ trầm trọng hoặc chống đối xã hội liên quan đến rối loạn cư xử (conduct disorder).

CHẨN ĐOÁN

Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn thách thức chống đối theo DSM-IV yêu cầu có từ bốn triệu chứng trở lên và hiện diện ít nhất 6 tháng. Các triệu chứng phải xảy ra với mức độ nặng hơn so với các trẻ khác trong cùng độ tuổi hoặc so với giai đoạn phát triển tương đương và phải gây suy giảm chức năng một cách ‘đáng kể’. Để chẩn đoán rối loạn thách thức chống đối phải loại trừ rối loạn cư xử. Theo hướng dẫn của ICD-10, các đặc điểm chính của rối loạn thách thức chống đối bao gồm một hình mẫu dai dẳng các hành vi khiêu khích, thù địch và không tuân thủ (provocative, hostile and non-compliant behaviour), đặc trưng bởi ngưỡng tức giận thấp (low temper threshold).

DỊCH TỄ HỌC

Rối loạn thách thức chống đối xảy ra tương đối phổ biến trong thời thơ ấu với tỷ lệ mắc ước tính từ 2% đến 10% (Maughan và cộng sự, 2004; Costello và cộng sự, 2003). Tuy nhiên, tỷ lệ mắc ước tính có thể thay đổi tùy thuộc vào một số yếu tố như nguồn thông tin (ví dụ: phụ huynh và trẻ), loại thiết kế nghiên cứu (ví dụ: tiền cứu hay hồi cứu) và liệu trong số đó có đáp ứng các tiêu chuẩn rối loạn cư xử hay không. Rối loạn thách thức chống đối thường gặp ở trẻ trai nhiều hơn đáng kể so với trẻ gái. Các triệu chứng tương đối ổn định trong độ tuổi từ năm đến mười, tuy nhiên có ý kiến cho rằng sau thời điểm đó các triệu chứng sẽ thuyên giảm. Rối loạn thách thức chống đối hiếm khi được chẩn đoán ở trẻ lớn, một phần để tránh gán nhãn những bất hòa do việc thiết lập các quy định giữa trẻ và cha mẹ trong thời niên thiếu. Bảng D.2.1 tóm tắt tỷ lệ mắc từ một loạt các nghiên cứu lớn.

Sự khác biệt văn hóa trong tỷ lệ mắc

Dữ liệu tổng hợp từ các cuộc điều tra của Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organisation) và Sức khỏe Tâm thần Thế giới (World Mental Health) cho thấy ước tính tỷ lệ mắc của rối loạn thách thức chống đối rất khác nhau giữa các quốc gia. Ví dụ, dữ liệu từ một cuộc khảo sát quốc tế quy mô lớn do Kessler

Các triệu chứng của rối loạn thách thức chống đối theo DSM-IV

- Thường xuyên tức giận và bực bội
- Thường xuyên tranh cãi với người lớn
- Thường nhạy cảm hoặc dễ bị người khác quấy rầy
- Thường mất bình tĩnh.
- Thường cố tình làm phiền hoặc chọc tức người khác
- Thường đổ lỗi cho người khác về lỗi lầm hoặc hành vi sai trái của mình
- Thường chủ động thách thức hoặc từ chối tuân thủ các yêu cầu hoặc quy tắc mà người lớn đưa ra
- Thường xuyên hằn học và muốn trả thù

Bảng D.2.1 Ước tính tỷ lệ mắc rối loạn thách thức chống đối

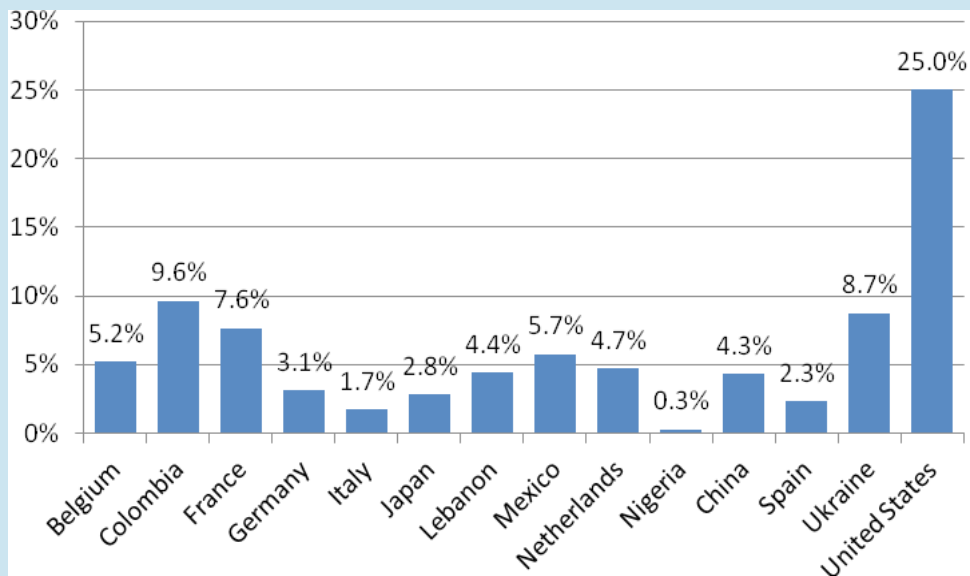
	Độ tuổi	Trẻ nam (%)	Trẻ nữ (%)
Khảo sát Sức khỏe Tâm thần Trẻ em và Vị thành niên Anh (British Child and Adolescent Mental Health Survey) (Meltzer và cộng sự, 2000; Ford và cộng sự, 2003)	5-10 tuổi	4.8	2.1
	11-15 tuổi	2.8	1.3
Nghiên cứu tại dãy núi Great Smoky (The Great Smoky Mountains Study) (Costello và cộng sự, 2003) – tỷ lệ mắc trong ba tháng	9-16 tuổi	3.1	2.1
Nghiên cứu về Trẻ em tại thành phố Bergen (The Bergen Child Study) (Munkvold và cộng sự, 2009)	7-9 tuổi	2.0	0.9

và cộng sự (2007) công bố đã chứng minh sự thay đổi rõ rệt về tỷ lệ mắc suốt đời của các rối loạn kiểm soát xung động (impulse control disorder) (bao gồm rối loạn bùng nổ từng cơn – intermittent explosive disorder, rối loạn thách thức chống đối, rối loạn cư xử và rối loạn tăng động/giảm chú ý – attention-deficit/hyperactivity disorder).

Mối quan hệ giữa rối loạn thách thức chống đối và rối loạn cư xử

Việc nhìn nhận rối loạn thách thức chống đối và rối loạn cư xử là riêng biệt hay cùng một loại là chủ đề cho một số cuộc tranh luận. Điều này được phản ánh trong các hệ thống phân loại hiện có: DSM-IV chẩn đoán rối loạn cư xử có thể bao gồm tất cả các đặc điểm của rối loạn thách thức chống đối và rối loạn thách thức chống đối được xem là tiền thân của rối loạn cư xử. Trong ICD-10, rối loạn thách thức chống đối được xem là một dạng nhẹ hơn của rối loạn cư xử, vì vậy chúng được nhìn nhận như một loại, đôi khi một số nghiên cứu thực nghiệm cũng không phân biệt hai rối loạn trên (Kim-Cohen và cộng sự, 2003). Tuy nhiên, trong khi rối loạn thách thức chống đối và rối loạn cư xử có sự phối

Biểu đồ D.2.1 Tỷ lệ mắc suốt đời của các rối loạn kiểm soát xung động (Kessler và cộng sự, 2007)



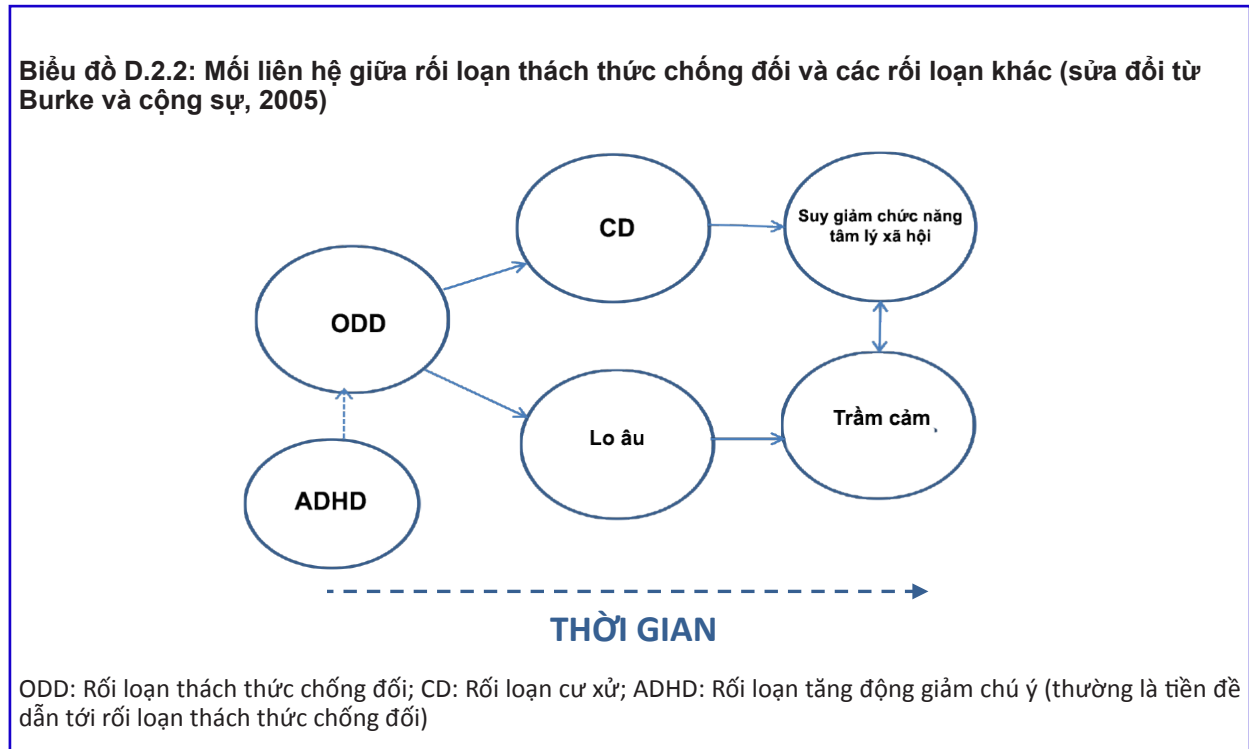
hợp đồng bệnh lý ở mức độ cao thì phần lớn trẻ em được chẩn đoán rối loạn thách thức chống đối không tiếp tục phát triển rối loạn cư xử (Rowe và cộng sự, 2002), và hai rối loạn này có thể phân biệt được bằng một loạt mối tương quan khác nhau (Dick và cộng sự, 2005; Nock và cộng sự, 2007).

Mối liên hệ giữa rối loạn thách thức chống đối và các rối loạn khác (xuất hiện cùng lúc và xuất hiện trong tương lai) (co-morbidity and heterotypic continuity)

Rối loạn thách thức chống đối có thể xảy ra cùng hoặc trước một loạt các rối loạn khác (Costello và cộng sự, 2003) bao gồm rối loạn lo âu và trầm cảm (trẻ nữ), rối loạn cư xử và rối loạn sử dụng chất gây nghiện (substance use disorders). Trẻ tăng động giảm chú ý thường có khuynh hướng phát triển rối loạn thách thức chống đối. Mối liên kết rộng giữa rối loạn thách thức chống đối và các rối loạn khác được mô tả trong Biểu đồ D.2.2.

Rối loạn thách thức chống đối thường được xác định là yếu tố dự đoán trầm cảm (Copeland và cộng sự, 2009; Burke và cộng sự, 2010; Burke và cộng sự, 2005) và lo âu (Maughan và cộng sự, 2004) trong tương lai. Đáng chú ý nhất, Copeland và cộng sự (2009) thấy rằng rối loạn thách thức chống đối thời thơ ấu dự đoán trầm cảm ở người trẻ trưởng thành; người trẻ trưởng thành mắc rối loạn trầm cảm và lo âu thường có rối loạn thách thức chống đối trong độ tuổi vị thành niên. Mối quan hệ giữa rối loạn thách thức chống đối và các vấn đề cảm xúc rất phức tạp – những khía cạnh về biểu hiện cảm xúc của rối loạn thách thức chống đối có thể dự đoán các rối loạn cảm xúc như lo âu và trầm cảm (Burke và cộng sự, 2005; Stringaris & Goodman, 2009b).

Trong nỗ lực giải thích sự không đồng nhất của mối liên quan giữa rối loạn thách thức chống đối thời thơ ấu và các rối loạn ở người trưởng thành, Stringaris và Goodman (2009a, 2009b) đã đề xuất tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn thách thức chống đối của DSM-IV bao gồm ba kiểu mẫu tiên nghiệm được



xác định cụ thể (a priori specified dimension) là “dễ cáu giận”, “cứng đầu” và hành vi “gây tổn thương” (“irritability,” “headstrong” and “hurtful” behaviour). Những tác giả khác (Rowe và cộng sự, 2010) chỉ đề cập tới hai kiểu mẫu – dễ cáu giận và cứng đầu, trong khi các nhà nghiên cứu khác đề xuất cách phân chia triệu chứng có chút khác biệt (Burke và cộng sự, 2010). Các phát hiện cho thấy tâm trạng “dễ cáu giận” có tiên lượng cao hơn với rối loạn cảm xúc sau này (Stringaris và cộng sự, 2009), trong khi “cứng đầu” và hành vi “gây tổn thương” lại dự đoán các vấn đề hành vi nhiều hơn. Công cụ lâm sàng của những kiểu mẫu tiên nghiệm này vẫn chưa được thiết lập (Rowe và cộng sự, 2010; Burke và cộng sự, 2010; Aebi và cộng sự, 2010).

NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

Mặc dù không xác định được nguyên nhân duy nhất nào gây ra rối loạn thách thức chống đối, tuy nhiên một số yếu tố nguy cơ và dấu hiệu đã được phát hiện có liên quan đến hành vi chống đối.

Yếu tố di truyền

Ảnh hưởng của di truyền đóng góp đáng kể đến sự phát triển triệu chứng rối loạn thách thức chống đối với (1) ước tính khả năng di truyền trên 50% và (2) các yếu tố di truyền chiếm hơn 70% sự biến thiên trong đánh giá cá nhân dựa trên báo cáo của phụ huynh (Eaves và cộng sự, 1997). Trong khi một số ý kiến cho rằng rối loạn thách thức chống đối có sự chồng chéo đáng kể về mặt di truyền so với rối loạn cư xử (Eaves và cộng sự, 2000), thì một số nghiên cứu khác chỉ ra rằng mỗi loại rối loạn có tác động di truyền theo từng cách riêng (Rowe và cộng sự, 2008, Dick và cộng sự, 2005). Ngoài ra, các tác động di truyền là nền tảng của mối liên hệ giữa rối loạn thách thức chống đối và tăng động giảm chú ý (Hewitt và cộng sự, 1997) cũng như giữa rối loạn thách thức chống đối và trầm cảm (Rowe và cộng sự, 2008). Trong một nghiên cứu các cặp song sinh ở trẻ vị thành niên, triệu chứng của rối loạn thách thức chống đối được cá nhân tự báo cáo như dễ cáu giận có chung tác động di truyền với các triệu chứng trầm cảm, trong khi các triệu chứng “cứng đầu/gây tổn thương” lại chung nguy cơ di truyền với các biểu hiện phạm pháp (delinquent symptoms) (Stringaris và cộng sự, 2012).

Tương tác gen – môi trường

Khái niệm về tác động của việc tiếp xúc với một yếu tố môi trường (ví dụ như bị ngược đãi lúc nhỏ) đến một hành vi của trẻ phụ thuộc vào đặc tính di truyền của trẻ đó có sự hợp lý và chính xác trong việc thu thập thông tin (gọi là hiệu lực bề ngoài – face validity) và sự hợp lý sinh học (biological plausibility). (Rutter, 2006). Trong một nghiên cứu tiên phong ở lĩnh vực này (Caspi và cộng sự, 2002), một biến thể gen về chức năng (functional polymorphism) trong vùng khởi động của gen mã hóa enzyme chuyển hóa chất dẫn truyền thần kinh monoamine oxidase A (MAO-A) được phát hiện có chức năng làm giảm nhẹ tác động của việc ngược đãi trẻ em tới các vấn đề cư xử và chống đối xã hội trong tương lai, mặc dù một số nghiên cứu sau đó không tìm thấy sự tương tác như trên. Khi theo dõi nhóm trẻ bị ngược đãi với kiểu gen có mức độ hoạt động MAOA kém, cho thấy biểu hiện rối loạn cư xử và chống đối xã hội thường xuyên hơn so với nhóm trẻ có hoạt động của MAOA mạnh hơn (Caspi và cộng sự, 2002). Điều này sẽ được thảo luận thêm trong chương rối loạn cư xử

(Chương D.3).

Tuổi khởi phát

Độ tuổi khởi phát các biểu hiện chống đối xã hội (Moffitt, 1993) dường như là một yếu tố tiên lượng hiệu quả cho cuộc sống của bệnh nhân về sau. Moffitt (1993) phân biệt giữa những trẻ có triệu chứng khởi phát từ thời thơ ấu và tồn tại đến tuổi vị thành niên (khởi phát dai dẳng từ thời thơ ấu – childhood onset persistent) so với những trẻ có triệu chứng xuất hiện lần đầu ở tuổi vị thành niên. Các trẻ trong nhóm khởi phát dai dẳng từ thời thơ ấu cho thấy dự hậu xấu hơn khi tới tuổi trưởng thành so với các bạn cùng độ tuổi không có rối loạn cũng như những trẻ khởi phát ở độ tuổi vị thành niên (Moffitt, 2003; Moffitt, 2006; Moffitt và cộng sự, 2002; Odgers và cộng sự, 2007; Farrington và cộng sự, 2006). Tuổi khởi phát có vai trò như một yếu tố tiên lượng dự hậu về sau sẽ được thảo luận thêm trong Chương D.3.

Tính khí (Temperament)

Các yếu tố về tính khí ở trẻ từ 1 đến 3 tuổi, chẳng hạn như dễ cáu gắt, bốc đồng và phản ứng thái quá với các kích thích bất lợi, có thể góp phần vào sự phát triển của một hình mẫu hành vi chống đối và thách thức. Rối loạn thách thức chống đối có thể bắt nguồn thông qua nhiều đường hướng tính khí khác nhau, điều đó có thể dùng để giải thích các rối loạn cùng xuất hiện của rối loạn này. Stringaris và cộng sự (2010) đã chỉ ra rằng sự phối hợp giữa rối loạn thách thức chống đối và rối loạn hướng nội (internalizing disorders) có liên quan rõ ràng hơn với tính khí thất thường về mặt cảm xúc, trong khi sự phối hợp giữa rối loạn thách thức chống đối và tăng động giảm chú ý được dự đoán nhiều hơn bởi tính khí thất thường về mặt hoạt động.

Ảnh hưởng của bạn đồng trang lứa

Trẻ em biểu hiện hành vi chống đối có xu hướng trải qua các mối quan hệ trục trặc hoặc đổ vỡ với bạn bè cùng tuổi nhiều hơn. Những trẻ này thường bị từ chối bởi các bạn cùng tuổi không có hành vi lệch chuẩn, thay vào đó có xu hướng kết giao với những trẻ bộc lộ hành vi có vấn đề. Dường như có mối quan hệ hai chiều giữa bị bạn bè từ chối và các triệu chứng rối loạn thách thức chống đối thời thơ ấu đã được minh họa tỉ mỉ trong một loạt nghiên cứu về bắt nạt (tóm tắt trong Arseneault và cộng sự, 2010).

Đặc tính nhẵn tâm và vô cảm (Callous and unemotional traits)

Khái niệm về nhân cách bệnh (psychopathy) đã được mở rộng cho đối tượng trẻ tuổi trong những năm gần đây (Frick và cộng sự, 1994) với trọng tâm là đặc điểm nhẵn tâm và vô cảm. Mặc dù không phải tất cả các trẻ được chẩn đoán rối loạn hành vi đều có những đặc điểm nhẵn tâm và vô cảm (Frick và cộng sự, 2000), tuy nhiên sự có mặt của những đặc điểm đó nhằm phân biệt nhóm trẻ có vấn đề hành vi nghiêm trọng hơn. Đặc điểm nhẵn tâm và vô cảm dường như có tính di truyền cao (Viding và cộng sự, 2005) và được đặc trưng bởi nét mặt ít biểu lộ cảm xúc (đặc biệt là sợ hãi) (Blair và cộng sự, 2006; Dadds và cộng sự, 2006). Tầm quan trọng của các đặc điểm nhẵn tâm và vô cảm được thảo luận thêm trong Chương D.3.

Môi trường xung quanh

Môi trường rộng lớn hơn xung quanh trẻ cũng có thể là một yếu tố nguy cơ. Hành vi gây rối liên quan chặt chẽ với các yếu tố bất lợi về mặt kinh tế – xã

hội và sống trong một cộng đồng bạo lực (Guerra và cộng sự, 1995; Rowe và cộng sự, 2002).

Yếu tố gia đình

Tầm quan trọng của sự tương tác giữa gen và các yếu tố môi trường ở cấp độ gia đình đã trở nên ngày càng rõ ràng trong căn nguyên gây nên các vấn đề hành vi gây rối ở trẻ (Moffitt, 2005). Những nghiên cứu trên trẻ em là con nuôi (O'Connor và cộng sự, 1998; Ge và cộng sự, 1996) cho thấy các trẻ có nguy cơ di truyền cao đối với hành vi chống đối xã hội có khả năng tiếp nhận cách nuôi dạy tiêu cực từ cha mẹ nuôi nhiều hơn so với những trẻ có nguy cơ di truyền thấp với hành vi chống đối xã hội. Ngược lại, các nghiên cứu trên những trẻ sinh đôi cùng trứng cho thấy những tác động ở cấp độ gia đình góp phần thúc đẩy nguy cơ của trẻ với các rối loạn hướng ngoại ở mức độ cao hơn so với tác động di truyền (Jaffee và cộng sự, 2003; Caspi và cộng sự, 2004). Nói cách khác, hành vi của cha mẹ đối với trẻ em có thể thực sự là một yếu tố nguy cơ môi trường.

Mô hình ảnh hưởng của gia đình

Patterson (1982) đã đề xuất một mô hình trong đó, cách cư xử của cha mẹ có thể làm trầm trọng thêm hành vi tiêu cực của trẻ và tác giả đã đưa ra kết quả về “quá trình cưỡng chế trong gia đình” (coercive family processes). Công trình của ông đã chỉ ra rằng cha mẹ của những trẻ có vấn đề về hành vi gây rối có nhiều khả năng không kiên định trong cách áp dụng các quy tắc và đưa ra các mệnh lệnh vừa không rõ ràng vừa là hệ quả do trạng thái cảm xúc nhất thời của chính cha mẹ thay vì phải dựa vào hành vi của trẻ. Một quá trình cưỡng chế qua lại điển hình sẽ phát sinh khi cha mẹ phản ứng một cách khắc nghiệt quá mức đối với trẻ có hành vi gây rối nhẹ, dựa vào đó trẻ sẽ gia tăng thêm các hành vi chống đối. Điều này lần lượt dẫn đến phản ứng gay gắt từ cha mẹ tiếp tục leo thang nhiều hơn. Cuối cùng, kết quả là cha mẹ có thể nhượng bộ và củng cố những hành vi tiêu cực của trẻ. “Phần thưởng” nghịch lý cho hành vi tiêu cực của trẻ có thể làm gia tăng và duy trì các hành vi chống đối và đây là mục tiêu cụ thể của các can thiệp trị liệu (xem bên dưới).



Gerald R Patterson, Gerald R Patterson, người sáng lập tổ chức xã hội Oregon Trung tâm Học tập, đã mô tả “quá trình cưỡng chế trong gia đình” và vai trò của chúng trong việc phát triển và duy trì các vấn đề về hành vi.

ĐÁNH GIÁ

Các công cụ đo lường

Các vấn đề chống đối ở trẻ 5 tuổi có thể đánh giá được (Kim-Cohen và cộng sự, 2005). Một loạt các công cụ có thể sử dụng để đánh giá các triệu chứng của rối loạn thách thức chống đối và hỗ trợ cho quá trình chẩn đoán cũng như theo dõi. Các nhà lâm sàng cần luôn nhớ rằng việc chẩn đoán phải dựa trên nền tảng của việc đánh giá và tổng hợp các thông tin thu thập được thông qua phỏng vấn, thăm khám lâm sàng, các thang đo và các công cụ có ý nghĩa khác (được tóm tắt trong bảng D.2.2).

Những nguyên tắc hữu dụng để đánh giá trẻ em có rối loạn thách thức chống đối bao gồm: a) Cố gắng thu thập thông tin từ nhiều nguồn khác nhau (cha mẹ, trẻ, giáo viên); b) Đánh giá các vấn đề tâm thần kèm theo, đặc biệt rối loạn tăng động giảm chú ý; c) Đánh giá các yếu tố nguy cơ khác từ cấp độ gia đình, trường học và môi trường xung quanh. Trẻ em với các vấn đề hành vi gây rối thường được sinh ra trong hoàn cảnh thiếu thốn. Nên việc xác định các yếu tố (như bị bắt nạt hoặc chơi với nhóm bạn có hành vi lệch chuẩn) làm duy trì

Bảng D.2.2 Các công cụ phổ biến được sử dụng để xác định rối loạn thách thức chống đối (các triệu chứng hoặc rối loạn).

Phân loại	Tên gọi	Nguồn
Bảng hỏi	<ul style="list-style-type: none"> Bảng kiểm hành vi trẻ em của Eyberg – The Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI), (Eyberg & Ross, 1978; Eyberg & Robinson, 1983) 	Có thể mua được từ PAR
	<ul style="list-style-type: none"> Bảng liệt kê hành vi trẻ em – The Child Behaviour Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1983) 	Có thể mua được từ ASEBA
	<ul style="list-style-type: none"> Thang đánh giá hành vi cho trẻ em – The Behaviour Assessment for Children (BASC-2), (Reynolds & Kamphaus, 2004) 	Có thể mua được từ Pearson
	<ul style="list-style-type: none"> Bảng kiểm hành vi trẻ em Conners - Conners Child Behaviour Checklist (Conners & Barkley, 1985) 	Có thể mua được từ MHS
	<ul style="list-style-type: none"> Bảng hỏi Điểm mạnh và Điểm yếu – Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), (Goodman, 1997) 	Có thể sử dụng miễn phí từ trang web SDQ tùy thuộc các điều kiện.
Bảng phỏng vấn bán cấu trúc	<ul style="list-style-type: none"> Thang đánh giá tâm thần trẻ em và thanh thiếu niên – The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (Angold & Costello, 2000) 	Có thể sử dụng miễn phí từ đại học Duke , cần có sự chấp thuận bản quyền của tác giả.
Bảng phỏng vấn có cấu trúc	<ul style="list-style-type: none"> Đánh giá Phát triển và Sức khỏe – The Development and Well-Being Assessment (DAWBA): Goodman và cộng sự, 2000), hợp nhất bảng hỏi và bảng phỏng vấn (với hai thành phần có cấu trúc và bán cấu trúc) 	Có thể sử dụng miễn phí từ trang web DAWBA , với mục đích phi thương mại.
	<ul style="list-style-type: none"> Bảng phỏng vấn chẩn đoán cho trẻ em – The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC), (Shaffer và cộng sự, 1993; Schwab-Stone và cộng sự, 1993; Shaffer và cộng sự, 2000; Shaffer và cộng sự, 2004) 	Có thể sử dụng bằng cách gửi email tới disc@worldnet.att.net (trả phí quản lý cho các bản sao giấy).
Các công cụ quan sát	<ul style="list-style-type: none"> Thang quan sát chẩn đoán hành vi gây rối – The Disruptive Behaviour Diagnostic Observation Schedule (Wakschlag và cộng sự, 2008b, Wakschlag và cộng sự, 2008a) 	

hoặc gia tăng các hành vi chống đối là rất quan trọng. Điều tương tự cũng được áp dụng với các hoạt động ở trường học: một trẻ với chứng khó đọc hoặc tăng động có thể nhiều khả năng biểu hiện hành vi chống đối ở trường.

Chẩn đoán phân biệt

Sự chống đối có thể thấy trong nhiều hoàn cảnh ở thời thơ ấu. Việc nhận ra những trường hợp có hành vi chống đối từ các rối loạn khác nhau là điều cực kỳ quan trọng đối với các nhà lâm sàng. Ví dụ: không hiếm các trường hợp trẻ có ám ảnh sợ đặc hiệu (specific phobia) hoặc rối loạn lo âu khác (như OCD – rối loạn ám ảnh cưỡng bức) trở nên chống đối và không hợp tác đặc biệt trong những tình huống mà trẻ cho rằng chúng bị đặt vào tình huống sợ hãi. Các nhà lâm sàng điều trị cho trẻ em bị OCD biết rất rõ hiện tượng này khi các nghi thức của trẻ bị ngăn cản. Trong những trường hợp trên, đưa ra chẩn đoán rối loạn thách thức chống đối mà không nhận biết và giải quyết rối loạn lo âu tiềm tàng

Jack 7 tuổi. Mẹ cậu phản ánh cậu “rất khó tính” và cậu “luôn luôn” như vậy. Cậu dễ mất bình tĩnh với những vấn đề có vẻ như tầm thường, ví như chơi video game với bạn thân nhưng bị thua: “mặt nó đỏ lên và nó bắt đầu cáu giận, la hét và gào khóc”. Cậu cũng thường xuyên gắt gỏng mà không có lí do. Mẹ cậu cho rằng đó là khi cậu không muốn làm gì đó “đơn giản là nó không muốn”. Cậu cũng thường xuyên không chịu đi ngủ; “chúng tôi thường tranh cãi nhau nhiều vào buổi tối vì vấn đề này”. Jack đôi khi cũng rất tức giận đến nỗi cậu phá đồ chơi hoặc ném đồ chơi lung tung.

Jack không tiếp xúc với bố từ khi cậu 6 tháng tuổi. Mẹ cậu nói rằng bố của Jack là “người đàn ông hay tức giận và bạo lực”, ông ấy thường la hét và mất bình tĩnh.

Giáo viên của cậu nói rằng Jack hay lý sự và từ chối làm bài tập khi được yêu cầu ở lớp và cậu liên tục làm phiền các bạn khác như ném các mẫu giấy vào bạn hoặc lấy bút chì và đồ chơi của bạn. Các bạn trong lớp không thích chơi với Jack và điều đó làm cậu tức giận. Gần đây một số trẻ lớn hơn thường chế nhạo và bắt nạt cậu ở sân trường. Cậu thường về nhà với vẻ buồn bã và gắt gỏng.

Mẹ của Jack nói rằng cô ấy “chịu hết nổi rồi” và rằng “tôi không thể thuyết phục nó, cũng không thể quát mắng nó, nó chẳng có tác dụng gì – dù tôi có làm bất cứ điều gì cũng không có hiệu quả”.

Jack và mẹ của cậu đã tìm đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần trẻ em và thanh thiếu niên ở địa phương. Dựa trên những triệu chứng và mức độ ảnh hưởng, Jack được đưa ra chẩn đoán rối loạn thách thức chống đối và mẹ của cậu được đề nghị tham gia khóa tập huấn quản lý con cái dành cho cha mẹ.

Chỉ trong một vài tuần tham gia, bà đã nhận thấy khóa tập huấn rất hữu ích trong việc học cách ứng xử với hành vi của Jack. Và cuối đợt trị liệu, Jack không còn những triệu chứng nổi bật của rối loạn thách thức chống đối. Những cơn cáu giận của cậu trở nên hiếm hơn và nhìn chung cũng ít chống đối hơn. Cậu và mẹ có thể cùng tham gia các hoạt động giải trí và vui chơi cùng nhau nhiều hơn. Mẹ của Jack kể lại rằng bây giờ bà có thể dễ dàng nhận thấy những hành vi tốt của Jack và kịp thời khen ngợi chúng.

có thể gây phản tác dụng. Điều này cũng diễn ra tương tự đối với rối loạn tăng động giảm chú ý khi trẻ thường phát triển hành vi chống đối. Do đó biểu hiện chống đối là lý do chính khiến nhóm trẻ này được đưa tới khám. Mấu chốt ở chỗ, bác sĩ lâm sàng cần phải nhìn nhận rối loạn tăng động giảm chú ý ở khía cạnh các vấn đề tiềm tàng, ngay cả khi lý do chính khiến phụ huynh đưa con đến khám là sự chống đối. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong điều trị (xem bên dưới). Những tình huống tương tự cũng xuất hiện ở trẻ tự kỷ, chúng đặc biệt trở nên chống đối khi phải đối mặt với sự thay đổi thói quen hay bởi nhạy cảm giác quan (sensory sensitivities). Trong trường hợp này cũng vậy, các nhà lâm sàng cần nhận thấy các vấn đề tiềm ẩn bên dưới và đảm bảo rằng chúng được điều trị phù hợp.

ĐIỀU TRỊ

Có một số nguyên tắc chung được áp dụng cho điều trị các vấn đề chống đối cũng như các rối loạn tâm thần khác. Cần xác định các rối loạn đi kèm vì có khả năng những rối loạn này yêu cầu phương pháp điều trị riêng. Điều này không chỉ đúng với ADHD nói riêng mà ở khía cạnh rộng hơn, đúng với cả trầm cảm và lo âu ở trẻ em. Các yếu tố nguy cơ khác có thể điều trị hay thay đổi được (ví dụ như bị bắt nạt hoặc gặp vấn đề ở trường do các khó khăn trong học tập) cũng cần được đánh giá và can thiệp như một phần của gói điều trị dành cho gia đình.

Các nhà lâm sàng có thể sử dụng một vài phương pháp, tùy theo nhu cầu của cá nhân trẻ và gia đình. Ví dụ, hành vi xảy ra chủ yếu ở nhà hoặc trường học, có thể được quản lý tốt nhất bằng cách sử dụng phương pháp điều trị được thiết kế phù hợp với bối cảnh cụ thể. Các vấn đề lan toả hơn có thể cần nhiều buổi làm việc cá nhân và chuyên sâu hơn (Moffitt và Scott, 2008).

Tập huấn quản lý hành vi dành cho phụ huynh (Parent management training)

Tập huấn quản lý hành vi dành cho phụ huynh dựa trên nguyên lý của thuyết học tập xã hội (social learning theory) là đặc tính chính trong điều trị rối loạn thách thức chống đối. Kiểu mẫu tương tác có vấn đề giữa cha mẹ và con cái (problematic parent-child interaction patterns) liên quan đến sự phát triển và duy trì hành vi chống đối; và các nguyên lý của học tập xã hội, đặc biệt liên quan đến điều kiện hóa từ kết quả (operant conditioning) (vai trò của củng cố (reinforcement)/hệ quả (consequences) trong thay đổi hành vi) được nhận thấy có hữu ích trong điều chỉnh hành vi ở cả cha mẹ lẫn con cái (Feldman và Kazdin, 1995). Chương trình tập huấn quản lý hành vi hướng dẫn cho phụ huynh nhận biết các hành vi có ích và các hành vi có vấn đề (prosocial and problem behaviour), áp dụng các kỹ thuật phạt và củng cố nhằm gia tăng tần suất các hành vi mong muốn và giảm thiểu tần suất các hành vi không mong muốn.

Một số chương trình hướng dẫn kỹ năng dạy con (parenting programmes)

Một số chương trình dựa trên thuyết học tập xã hội cho thấy hiệu quả trong can thiệp hành vi chống đối xã hội khởi phát sớm, cụ thể gồm:

- **The Incredible Years (Webster-Stratton, 1981)**

Một trong những chương trình có giá trị nhất là “The Incredible Years” của Webster-Stratton, chương trình được thiết kế trên nền tảng huấn luyện hành vi (behaviourally-based training) cho phụ huynh (Webster – Stratton & Hammond, 1997; Webster – Stratton, 1982; Webster – Stratton, 1981), cho giáo viên và trẻ em (Webster – Stratton & Hammond, 1997). Scott và đồng nghiệp (2001b) đã tiến hành một thử nghiệm đa trung tâm có đối chứng (a multi-centre controlled trial) trên các kiểu dạy con với cỡ mẫu là 141 (nhóm can thiệp, n=90; nhóm chứng, n=51), trẻ em trong độ tuổi từ 3-8 có liên quan tới hành vi chống đối xã hội được đưa tới dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần đa ngành dành cho trẻ em và thanh thiếu niên tại địa phương. Họ sử dụng chương trình “Cơ bản” (“Basic”) dựa trên nền tảng xem video (Webster – Stratton & Hancock, 1998). Chương trình này bao gồm 13-16 buổi, một buổi kéo dài 2 giờ mỗi tuần, cha mẹ ngồi xem lại các đoạn video có các bối cảnh ứng xử *chưa phù hợp* và ứng xử *phù hợp* trong quản lý con cái. Chương trình bao gồm chơi, khen ngợi, thưởng, thiết lập giới hạn và xử lý các cư xử không phù hợp. Sau khi xem video, cha mẹ được khuyến khích thảo luận về hành vi của con họ và diễn tập lại với các phương pháp khác nhau nhằm xử lý tình huống đó. Phụ huynh cũng được giao các hoạt động hàng tuần để thử thực hành tại nhà (bài tập về nhà) và tiến độ thực hiện được hỗ trợ qua điện thoại. Chi phí của chương trình này tương đương với chi phí điều trị cá nhân. Sự giảm thiểu đáng kể và có ý nghĩa thống kê các hành vi chống đối xã hội của nhóm can thiệp so với nhóm chứng được xác định qua: bảng đánh giá của phụ huynh về vấn đề cư xử cũng như tăng động ở trẻ em; bản ghi chép tất cả các vấn đề mỗi ngày của phụ huynh; các vấn đề cư xử và tổng các hành vi lệch chuẩn đánh giá bằng Bảng hỏi Điểm mạnh và Điểm yếu (Goodman, 1997); các rối loạn hướng ngoại và tổng điểm tất cả các vấn đề đánh giá bằng Bảng danh sách hành vi trẻ em (Achenbach & Edelbrock, 1983); Bảng hỏi các vấn đề được cha mẹ xác định (parents defined problems Questionnaire)



Một nhóm các cha mẹ đạt được chứng nhận từ chương trình làm cha mẹ ở Nam Phi. Nguồn: Beautifulgate.

(cha mẹ đưa ra ba vấn đề mà họ mong muốn thấy sự cải thiện nhất); và rối loạn thách thức chống đối chẩn đoán theo ICD-10. Hành vi của cha mẹ cũng được đánh giá và cho thấy có sự giảm thiểu đáng kể sau khi họ quan sát lại cách ra câu lệnh chưa phù hợp của mình. Hai chương trình hỗ trợ nữa cũng đã được phát triển: Chương trình “Nâng cao” (“Advance”) được thiết kế để quản lý các mối quan hệ của cha mẹ và chương trình “Bạn đồng hành” (“Partners”) được thiết kế để hỗ trợ trẻ học tập và xây dựng mối quan hệ với cha mẹ – giáo viên. Sự kết hợp của ba chương trình này được nhận thấy có sự cải thiện hành vi đáng kể.

- **The Triple P – Positive Parenting Programme**

Triple P là một chương trình dạy con và hỗ trợ gia đình dựa trên nền tảng chứng cứ, được thiết kế để phòng ngừa và quản lý các vấn đề hành vi ở trẻ trước tuổi vị thành niên, bằng cách nâng cao các kỹ năng làm cha mẹ và cải thiện mối quan hệ cha mẹ – con cái. Chương trình bao gồm nhiều mức độ: can thiệp tổng thể (universal intervention) - thiết kế để cung cấp thông tin về các vấn đề nuôi dạy con cái với đối tượng là phụ huynh quan tâm đến nội dung này; cung cấp lời khuyên cho từng hành vi cụ thể; chương trình ngắn hạn đưa ra lời khuyên và tập huấn ứng phó với các vấn đề hành vi ở mức độ nhẹ và các chương trình chuyên sâu hơn bao gồm chiến lược quản lý cảm xúc, các kỹ năng ứng phó và kỹ năng hỗ trợ bạn đời (vợ – chồng) được thiết kế để giải quyết các vấn đề hành vi dai dẳng và lan tỏa nhiều hơn. Triple P cho thấy có giá trị trong một số nghiên cứu với nhiều kiểu mẫu gia đình và nhiều nền văn hóa (Graaf và cộng sự, 1998, Bor và cộng sự, 2002).

Các tiếp cận khác

Các chiến lược này được đưa ra để điều trị các vấn đề hành vi trong gia đình khi các chương trình trên không thành công. Scott và Dadds (2009) đề xuất một số cách tiếp cận can thiệp thay thế, cung cấp bộ khung để xác định các tác nhân hạn chế tính hiệu quả của các chương trình tập huấn dạy con. Họ đề cập việc lưu ý đến an toàn gắn bó (attachment security) và mối quan hệ cha mẹ – con cái trong khi xem xét các chiến lược can thiệp, để đánh giá những tác

động mà sự gắn bó bị phá vỡ có thể xảy ra bên cạnh những giá trị của việc cùng cố hoặc phạt. Ngoài ra, họ nhấn mạnh tầm quan trọng của bối cảnh xã hội rộng lớn có thể tác động lên trẻ, như mối quan hệ với cha mẹ, anh chị em, họ hàng và khu vực đang sinh sống. Cuối cùng, họ khuyến khích các nhà lâm sàng xem xét tới niềm tin của cha mẹ về con cái của họ (hoặc các khía cạnh của việc nuôi dạy trẻ) có thể ảnh hưởng đến điều trị.

Can thiệp dựa vào trường học (School-based interventions)

Giáo viên cũng có thể được cung cấp các công cụ hỗ trợ để thúc đẩy cải thiện hành vi trong lớp học. Thuyết học tập xã hội cũng là chìa khóa trong hình thức tiếp cận này. Moffitt và Scott (2008) xác định 4 lĩnh vực chức năng cơ bản cần được chú trọng:

1. Tăng cường sự chấp thuận và tôn trọng triệt để các quy tắc trong lớp và các hành vi có thể chấp nhận được.
2. Hỗ trợ phát triển các kỹ năng giải quyết vấn đề.
3. Ngăn ngừa các vấn đề hành vi.
4. Ngăn ngừa sự leo thang các hành vi chống đối.

Liệu pháp cá nhân – quản lý cơn giận (Individual therapy – anger management)

Bằng chứng hiện tại chỉ ra rằng tập huấn quản lý sự tức giận dựa trên nền tảng trị liệu nhận thức hành vi (CBT-based anger management training) có thể đặc biệt hữu ích trong việc đối phó với cơn giận dữ (Beck & Fernandez, 1998; Lochman và cộng sự, 2011). Chương trình tập huấn này sử dụng hướng tiếp cận dựa vào các kỹ năng ứng phó (coping skills) kèm theo những can thiệp phòng ngừa căng thẳng (stress inoculation interventions) bao gồm 3 yếu tố: chuẩn bị nhận thức (cognitive preparation), thu nhận các kỹ năng (skill acquisition), và tập huấn ứng dụng (application training) (Meichenbaum, 1996). Trong giai đoạn đầu tiên, chuẩn bị nhận thức, người hướng dẫn thiết lập mối quan hệ với người bệnh. Bệnh nhân được huấn luyện để nhìn nhận lại các yếu tố gây căng thẳng như một vấn đề có thể biến đổi, và từ đó, dùng các chiến lược ứng phó để quản lý. Trong giai đoạn thứ hai, thu nhận kỹ năng, người bệnh được hướng dẫn các chiến lược ứng phó cụ thể như tự điều chỉnh cảm xúc, khả năng chấp nhận, giải quyết vấn đề và cách thức chuyển hướng sự chú ý tới các hoạt động giải trí; các phương pháp có thể sử dụng để giải quyết các vấn đề đặc biệt của bệnh nhân và gia đình của họ. Ở giai đoạn cuối cùng, người bệnh được hướng dẫn để áp dụng ba chiến lược này trong thực hành. Các tác nhân gây căng thẳng dần dần được đưa vào (ví dụ sử dụng kỹ thuật chơi đóng vai), cho đến khi bệnh nhân có thể sử dụng các kỹ năng ứng phó trong tình huống đời sống thực.

Điều trị bằng thuốc

Không có bằng chứng cho thấy việc sử dụng thuốc có hiệu quả trong điều trị rối loạn thách thức chống đối. Ở trẻ em bị rối loạn tăng động giảm chú ý, điều trị bằng thuốc kích thích thần kinh (stimulants) được biết là sẽ cải thiện các triệu chứng hành vi và chống đối (NICE, 2008); tuy nhiên, không có nhiều bằng chứng ủng hộ việc sử dụng thuốc kích thích thần kinh để điều trị các vấn đề chống đối ở trẻ em không bị rối loạn tăng động giảm chú ý. Một nghiên cứu thử nghiệm ở trẻ em bị rối loạn tăng động giảm chú ý (Blader và cộng sự, 2009) cho thấy natri valproate có thể hiệu quả với những trẻ có hành vi gây hấn không đáp ứng với thuốc kích thích thần kinh. Tuy nhiên, đây là các trẻ điều trị nội trú

Những mục tiêu trong quản lý rối loạn thách thức chống đối (Từ Fraser & Wray, 2008)

Với cha mẹ

- Cải thiện các kỹ năng làm cha mẹ tích cực
- Nâng cao kỹ năng trong giải quyết vấn đề, trong giải quyết xung đột và trong giao tiếp

Với trẻ em

- Phát triển giao tiếp hiệu quả, giải quyết vấn đề và các kỹ năng quản lý cơn tức giận

Với gia đình

- Tư vấn và hỗ trợ gia đình để giải quyết những căng thẳng trong mối quan hệ giữa các thành viên trong gia đình.

Trong lớp học

- Khuyến khích giáo viên hoặc các nhà tham vấn học đường cung cấp các buổi học kỹ năng xã hội để cải thiện mối quan hệ bạn bè.

tại bệnh viện và kết quả này có thể không có hiệu lực cho các trẻ điều trị ngoại trú thông thường. Một thử nghiệm về Lithium ở trẻ em bị kích động mức độ nghiêm trọng không thấy có hiệu quả (Dickstein và cộng sự, 2009). Vẫn chưa rõ liệu hiệu quả của risperidone đối với các hành vi khó khăn của trẻ tự kỷ (McCracken và cộng sự, 2002) hoặc khuyết tật phát triển có thể được mở rộng và áp dụng trên trẻ phát triển bình thường hay không. Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin đôi khi được sử dụng để điều trị cơn tức giận ở người lớn nhưng còn thiếu các bằng chứng cho thấy hiệu quả ở thanh thiếu niên. Sự gia tăng đáng kể trong chẩn đoán rối loạn lưỡng cực, đặc biệt ở Hoa Kỳ (Blader & Carlson, 2007; Moreno và cộng sự, 2007) trong vòng 10-15 năm qua có liên quan đến việc tăng số lượng các đơn thuốc chống loạn thần cho trẻ em (Olfson và cộng sự, 2006). Điều này được lập luận rằng các trường hợp có triệu chứng điển hình của rối loạn thách thức chống đối, chẳng hạn như dễ cáu gắt, đã bị chẩn đoán nhầm là rối loạn lưỡng cực. Không có bằng chứng xác thực hỗ trợ việc mở rộng ranh giới chẩn đoán rối loạn lưỡng cực như vậy (Leibenluft, 2011; Stringaris, 2011) và với những bằng chứng hiện tại, không nên dùng thuốc chống hưng cảm cho trẻ em bị rối loạn thách thức chống đối (xem Chương E.3 thảo luận chi tiết hơn về vấn đề này). Có thể xem xét trên từng trường hợp cụ thể việc sử dụng các thuốc an thần một cách thận trọng trong trường hợp khẩn cấp hoặc thuốc đối kháng dopamin (ví dụ, risperidone) sử dụng trong thời gian ngắn để kiểm soát triệu chứng cụ thể. Các bác sĩ lâm sàng sử dụng các loại thuốc này cần phải thông báo đầy đủ cho cha mẹ và trẻ về lý do sử dụng thuốc (thay vì các thuốc khác) cũng như các tác dụng phụ có thể xảy ra. Mục tiêu điều trị rõ ràng (nghĩa là giảm/thay đổi hành vi cụ thể hoặc thang điểm đánh giá) nên được thống nhất ngay từ đầu trong đội ngũ cán bộ lâm sàng, với bệnh nhân và người chăm sóc. Hiệu quả (và tác dụng không mong muốn) của điều trị nên được xem xét cẩn thận và thường xuyên.

Không có bằng chứng về việc thuốc có hiệu quả trong điều trị rối loạn thách thức chống đối. Đối với trẻ bị rối tăng động giảm chú ý, việc điều trị với thuốc kích thích thần kinh được biết nhằm cải thiện triệu chứng về hành vi và chống đối; tuy nhiên, không có nhiều bằng chứng hỗ trợ sử dụng thuốc kích thích thần kinh cho điều trị các vấn đề chống đối ở trẻ không bị rối loạn tăng động giảm chú ý.

NHÓM HIỆU ĐỈNH, DỊCH THUẬT

Hiệu đỉnh	Phạm Minh Triết	Bác sĩ Y khoa, Thạc sĩ tâm lý lâm sàng Nghiên cứu sinh Tâm lý lâm sàng trẻ em Trường Nghiên cứu Tâm lý – Đại học Quốc Gia Úc
Dịch thuật	Nguyễn Thị Huệ	Bác sĩ chuyên khoa Tâm thần Khoa Tâm lý lâm sàng – Bệnh viện tâm thần Trung Ương 1
Dịch thuật	Nguyễn Thị Nhanh	Thạc sĩ Tâm lý Khoa Tâm lý lâm sàng – Bệnh viện tâm thần Trung Ương 1
Dịch thuật	Trần Kim Phú	Bác sĩ Y khoa Khoa Tâm lý – Bệnh viện Nhi đồng 1

Xin chân thành cảm ơn sự tham gia đóng góp nhiệt tình, tinh thần trách nhiệm của tất cả các thành viên tham gia hiệu đỉnh và dịch thuật, cùng sự cố vấn, hỗ trợ tâm huyết từ các đồng nghiệp.

Bên dưới là một số thuật ngữ ít gặp hoặc chưa có sự thống nhất trong việc dịch sang tiếng Việt được tóm tắt thành bảng để quý đồng nghiệp tiện theo dõi và góp ý. Mọi ý kiến đóng góp và phản hồi để giúp cho tài liệu được hoàn thiện hơn đều được trân trọng. Vui lòng gửi ý kiến đóng góp về địa chỉ email: vncapap@gmail.com

DANH MỤC THUẬT NGỮ

English	Tiếng Việt
Application training	Tập huấn ứng dụng
Attachment security	An toàn gắn bó
Attention-deficit/hyperactivity disorder	Rối loạn tăng động/giảm chú ý
Biological plausibility	Sự hợp lý sinh học
Callous and unemotional trait	Đặc tính nhẫn tâm và vô cảm
CBT-based anger management training	Tập huấn quản lý sự tức giận dựa trên nền tảng trị liệu nhận thức hành vi
Childhood onset persistent	Khởi phát dai dẳng từ thời thơ ấu
Coercive family processes	Quá trình cưỡng chế trong gia đình
Cognitive preparation	Chuẩn bị nhận thức
Co-morbidity	Các rối loạn khác xuất hiện cùng lúc
Conduct disorder	Rối loạn cư xử
Conners Child Behaviour Checklist	Bảng kiểm hành vi trẻ em Conners
Coping skills	Các kỹ năng ứng phó
Disruptive behaviour disorder	Rối loạn hành vi gây rối
Delinquent symptom	Biểu hiện phạm pháp
Externalising disorder	Rối loạn hướng ngoại
Face validity	Sự hợp lý và chính xác trong việc thu thập thông tin – hiệu lực bề ngoài
Functional polymorphism	Biến thể gen về chức năng
Heterotypic continuity	Các rối loạn khác xuất hiện trong tương lai liên quan đến rối loạn đang đề cập
Impulse control disorder	Rối loạn kiểm soát xung động
Individual therapy – anger management	Liệu pháp cá nhân – quản lý cơn giận
Intermittent explosive disorder	Rối loạn bùng nổ từng cơn
Internalizing disorders	Rối loạn hướng nội
Lifetime prevalence	Tỷ lệ mắc suốt đời
Low temper threshold	Ngưỡng tức giận thấp
Obsessive compulsive disorder (OCD)	Rối loạn ám ảnh cưỡng bức
Operant conditioning	Điều kiện hóa từ kết quả
Oppositional defiant disorder (ODD)	Rối loạn thách thức chống đối
Parents defined problems Questionnaire	Bảng hỏi các vấn đề được cha mẹ xác định
Parenting programme	Chương trình hướng dẫn kỹ năng dạy con
Parent management training	Tập huấn quản lý hành vi dành cho phụ huynh
Priori specified dimension	Kiểu mẫu tiên nghiệm được xác định cụ thể
Problematic parent-child interaction patterns	Kiểu mẫu tương tác có vấn đề giữa cha mẹ và con cái
Prosocial behaviour	Hành vi có ích
Psychopathy	Nhân cách bệnh
School-based intervention	Can thiệp dựa vào trường học

Sensory sensitivities	Nhạy cảm giác quan
Skill acquisition	Thu nhận các kỹ năng
Social learning theory	Thuyết học tập xã hội
Specific phobia	Ám ảnh sợ đặc hiệu
Stimulant	Thuốc kích thích thần kinh
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Bảng hỏi Điểm mạnh và Điểm yếu
Stress inoculation intervention	Can thiệp phòng ngừa căng thẳng
Substance use disorder	Rối loạn sử dụng chất gây nghiện
Temperament	Tính khí
The Behaviour Assessment for Children (BASC-2)	Thang đánh giá hành vi cho trẻ em
The Child and Adolescent Psychiatric Assessment	Thang đánh giá tâm thần trẻ em và thanh thiếu niên
The Child Behaviour Checklist	Bảng liệt kê hành vi trẻ em
The Development and Well-Being Assessment (DAWBA)	Đánh giá Phát triển và Sức khỏe
The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)	Bảng phỏng vấn chẩn đoán cho trẻ em
The Disruptive Behaviour Diagnostic Observation Schedule	Thang quan sát chẩn đoán hành vi gây rối
The Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)	Bảng kiểm hành vi trẻ em của Eyberg
Universal intervention	Can thiệp tổng thể

Tài liệu tham khảo

- Achenbach TM, Edelbrock C (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*, Burlington, VT: Queen City Printers.
- Aebi M, Müller UC, Asherson P et al (2010). Predictability of oppositional defiant disorder and symptom dimensions in children and adolescents with ADHD combined type. *Psychological Medicine*, 40:2089–2100.
- Angold A, Costello E (2000). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39:39–48.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)*, Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition) Text Revision*, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arseneault L, Bowes L, Shakoor S (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: 'Much ado about nothing'? *Psychological Medicine*, 40:717-729.
- Beck R, Fernandez E (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: a meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22:63-74.
- Blader JC, Carlson GA (2007). Increased rates of bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996-2004. *Biological Psychiatry*, 62:107.
- Blader JC, Schooler NR, Jensen PS et al (2009). Adjunctive divalproex versus placebo for children with ADHD and aggression refractory to stimulant monotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 166:1392-1401.
- Blair RJ, Peschardt KS, Budhani S et al (2006). The development of psychopathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:262.
- Bor W, Sanders MR, Markie-Dadds C (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/ hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30:571-587.
- Burke JD, Hipwell AE, Loeber R (2010). Dimensions of oppositional defiant disorder as predictors of depression and conduct disorder in preadolescent girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49:484-492.
- Burke JD, Loeber R, Lahey BB et al (2005). Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46:1200-1210.
- Caspi A, McClay J, Moffitt TE et al (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297:851.
- Caspi A, Moffitt TE, Morgan J et al (2004). Maternal expressed emotion predicts children's antisocial behavior problems: using monozygotic-twin differences to identify environmental effects on behavioral development. *Developmental Psychology*, 40:149-161.
- Conners CK, Barkley RA (1985). Rating scales and checklists for child psychopharmacology. *Psychopharmacology Bulletin*, 21:809-843.
- Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ et al (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66:764-772.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A et al (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60:837-844.
- Dadds MR, Perry Y, Hawes DJ et al (2006). Attention to the eyes and fear-recognition deficits in child psychopathy. *British Journal of Psychiatry*, 189:280-281.
- Dick DM, Viken RJ, Kaprio J et al (2005). Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33:219-229.
- Dickstein DP, Towbin KE, van der Veen JW et al (2009). Randomized double-blind placebo-controlled trial of lithium in youths with severe mood dysregulation. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 19:61-73.
- Eaves L, Rutter M, Silberg JL et al (2000). Genetic and environmental causes of covariation in interview assessments of disruptive behavior in child and adolescent twins. *Behavior Genetics*, 30:321-334.
- Eaves LJ, Silberg JL, Meyer JM et al (1997). Genetics and developmental psychopathology: 2. the main effects of genes and environment on behavioral problems in the Virginia twin study of adolescent behavioral development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:965-980.
- Eyberg SM, Robinson EA (1983). Conduct problem behavior: Standardization of a behavioral rating scale with adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12:347-354.
- Eyberg SM, Ross AW (1978). Assessment of child behavior problems: The validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 7:113-116.
- Farrington DP, Coid JW, Harnett LM et al (2006). *Criminal Careers up to Age 50 and Life Success up to Age 48: New Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development*. Home Office Research, Development and Statistics Directorate.
- Feldman J, Kazdin AE (1995). Parent management training for oppositional and conduct problem children. *The Clinical Psychologist*, 48:3-5.
- Ford T, Goodman R, Meltzer H (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:1203-1211.
- Fraser A, Wray J (2008). Oppositional defiant disorder. *Australian Family Physician*, 34:402-405.

- Frick PJ, Bodin SD, Barry CT (2000). Psychopathic traits and conduct problems in community and clinic-referred samples of children: Further development of the Psychopathy Screening Device. *Psychological Assessment*, 12:382-393.
- Frick PJ, O'Brien BS, Wootton JM et al (1994). Psychopathy and conduct problems in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 103:700-707.
- Ge X, Conger RD, Cadoret RJ et al (1996). The developmental interface between nature and nurture: A mutual influence model of child antisocial behavior and parent behaviors. *Developmental Psychology*, 32:574-589.
- Goodman R (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:581-586.
- Goodman R, Ford T, Richards H et al (2000). The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41:645-655.
- Graaf ID, Speetjens P, Smit F et al (1998). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: a meta-analysis. *Behaviour Modification*, 32:714-735.
- Guerra NG, Huesmann LR, Tolan PH et al (1995). Stressful events and individual beliefs as correlates of economic disadvantage and aggression among urban children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62:518-528.
- Hewitt JK, Eaves LJ, Silberg JL et al (1997). Genetics and developmental psychopathology: 1. Phenotypic assessment in the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:943-963.
- Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A et al (2003). Life with (and without) father: The benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. *Child Development*, 74:109-126.
- Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC et al (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6:168-176.
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE et al (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60:709-717.
- Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A et al (2005). Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. *Archives of General Psychiatry*, 62:173-181.
- Leibenluft E (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *American Journal of Psychiatry*, 168:129-142.
- Lochman JE, Powell NP, Boxmeyer CL et al (2011). Cognitive behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 20:305-318.
- Maughan B, Rowe R, Messer J et al (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45:609-621.
- McCracken JT, McGough J, Shah B et al (2002). Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *New England Journal of Medicine*, 347:314-321.
- Meichenbaum D (1996). Stress inoculation training for coping with stressors. *The Clinical Psychologist*, 49:4-7.
- Meltzer H, Gatward R, Goodman R et al (2000). *The Mental Health Of Children And Adolescents in Great Britain*. Office for National Statistics.
- Moffitt TE (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100:674-701.
- Moffitt TE (2003). Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A 10-year research review and a research agenda. In TMB LAHEY, A CASPI (eds) *Cause of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency*, New York: Guilford Press, pp 49-75.
- Moffitt TE (2005). The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: Gene-environment interplay in antisocial behaviors. *Psychological Bulletin*, 131:533-554.
- Moffitt TE (2006). Life-course persistent versus adolescence-limited antisocial behavior: Research review. In D CICCHETTI and DJ COHEN (eds.) *Developmental Psychopathology*. New York: Wiley.
- Moffitt TE, Caspi A, Harrington H et al (2002). Males on the life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, 14:179-207.
- Moffitt TE, Scott S (2008). Conduct disorders. In M Rutter, D Bishop, D Pine et al (eds) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Wiley-Blackwell, pp543-564.
- Moreno C, Laje G, Blanco C et al (2007). National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of General Psychiatry*, 64:1032-1039.
- Munkvold L, Lundervold A, Lie SA et al (2009). Should there be separate parent and teacher-based categories of ODD? Evidence from a general population. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50:1264-1272.
- NICE (2008). [Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People, and Adults](#).
- Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E et al (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48:703-713.
- O'Connor TG, Deater-Deckard K, Fulker DW et al (1998). Genotype-environment correlations in late childhood and early adolescence: Antisocial behavioral problems and coercive parenting. *Developmental Psychology*, 34:970-981.
- Ogders CL, Caspi A, Broadbent JM et al (2007). Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males. *Archives of General Psychiatry*, 64:476-484.

- Olfson M, Blanco C, Liu L et al (2006). National trends in the outpatient treatment of children and adolescents with antipsychotic drugs. *Archives of General Psychiatry*, 63:679-685.
- Patterson GR (1982). *Coercive Family Process*: Eugene, OR: Castalia.
- Reynolds CR, Kamphaus RW (2004). *BASC-2: Behavior Assessment System for Children*, Circle Pines, Minnesota: American Guidance Service.
- Rowe R, Costello EJ, Angold A et al (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119:726-738.
- Rowe R, Maughan B, Pickles A et al (2002). The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: Findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43:365-373.
- Rowe R, Rijdsdijk FV, Maughan B et al (2008). Heterogeneity in antisocial behaviours and comorbidity with depressed mood: a behavioural genetic approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:526-534.
- Rutter M (2006). *Genes and Behaviour, Nature-Nurture Interplay Explained*. Wiley-Blackwell.
- Schwab-Stone M, Fisher PW, Piacentini J et al (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children--Revised version (DISC--R): II. Test-retest reliability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32:651-657.
- Scott S, Dadds MR (2009). Practitioner Review: When parent training doesn't work: theory-driven clinical strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50:1441-1450.
- Scott S, Knapp M, Henderson J et al (2001a). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 323:191.
- Scott S, Spender Q, Doolan M et al (2001b). Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *British Medical Journal*, 323:194.
- Shaffer D, Fisher P, Lucas C (2004). The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC): Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 2: Personality assessment. In MJ Hilsenroth, DL Segal, M Hersen (eds). Wiley, pp256-270.
- Shaffer D, Fisher P, Lucas C et al (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39:28-38.
- Shaffer D, Schwab-Stone M, Fisher P et al (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): I. Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32:643-650.
- Stringaris A (2011). Irritability in children and adolescents: a challenge for DSM-5. *European Child and Adolescent Psychiatry* (in press).
- Stringaris A, Cohen P, Pine DS et al (2009). Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. *American Journal of Psychiatry*, 166:1048-1054.
- Stringaris A, Goodman R (2009a). Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48:404-412.
- Stringaris A, Goodman R (2009b). Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50:216-223.
- Stringaris A, Maughan B, Goodman R (2010). What's in a disruptive disorder? Temperamental antecedents of oppositional defiant disorder: findings from the Avon longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49:474-483.
- Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E et al (2012). Adolescent irritability: phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *American Journal of Psychiatry*, 169:47-54.
- Viding E, Blair RJ, Moffitt TE et al (2005). Evidence for substantial genetic risk for psychopathy in 7-year-olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46:592-597.
- Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ, Hill C et al (2008a). Observational assessment of preschool disruptive behavior, part II: Validity of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47:632-641.
- Wakschlag LS, Hill C, Carter AS et al (2008b). Observational assessment of preschool disruptive behavior, part I: Reliability of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47:622-631.
- Webster-Stratton C (1981). Modification of mothers' behaviors and attitudes through videotape modeling group discussion program. *Behavior Therapy*, 12:634-642.
- Webster-Stratton C (1982). The long term effects of a videotape modeling parent training program: Comparison of immediate and 1-year follow-up results. *Behavior Therapy*, 13:702-714.
- Webster-Stratton C, Hammond M (1997). Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65:93-109.
- Webster-Stratton C, Hancock LT (1998). Training for parents of young children with conduct problems: content, methods, and therapeutic processes. In JM Briesmeister, CE Schaefer (eds) *Handbook of Parent Training*. New York: Wiley.
- World Health Organisation (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*, Geneva: World Health Organization.