

RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý Ở TRẺ EM - LỊCH SỬ VẤN ĐỀ THUẬT NGỮ

Nguyễn Thị Vân Thanh

Bệnh viện Bạch Mai.

Rối loạn tăng động giảm chú ý (RLTĐGCY) là một hội chứng được các nhà khoa học, các thầy thuốc, các nhà tâm thần học và các nhà tâm lý học quan tâm đến từ lâu. Cho đến ngày nay, trên thế giới, RLTĐGCY cũng vẫn được các bác sĩ gia đình, các bác sĩ nhi khoa, các bác sĩ thần kinh nhi và các bác sĩ tâm thần nhi đề cập đến nhiều nhất. Bởi lẽ, RLTĐGCY ảnh hưởng đến xã hội trên rất nhiều khía cạnh: chi phí tài chính, stress cho các gia đình, phá phách ở trường học và có khả năng dẫn đến phạm tội và lạm dụng ma túy (substance abuse) [11].

Tuy nhiên, ở Việt Nam, vấn đề này hiện vẫn còn bỏ ngỏ. Đã có một vài nghiên cứu nhưng còn lẻ tẻ và ở quy mô nhỏ [xem 1].

Trong những tài liệu cổ xưa, có những bằng chứng cho thấy RLTĐGCY không phải là hiện tượng mới xuất hiện. 2500 năm trước, nhà khoa học, nhà vật lý học Hypocrate đã mô tả một tình trạng mà ta có thể so sánh với cái mà ngày nay ta biết về RLTĐGCY. Ông mô tả những bệnh nhân này có "những đáp ứng tăng nhanh cho những trải nghiệm cảm giác nhưng cũng ít bền bỉ vì tâm trí chuyển nhanh chóng sang ấn tượng tiếp theo" [14].

Năm 1898, ở Pháp, Kreapelin mô tả một dạng nhân cách bệnh lý với cái tên "nhân cách bồn chồn không yên" (psychopathes instables) với những đặc điểm: có những rối loạn về tính cách (tự cho mình là trung tâm (égocentrisme), hay tự ái (susceptibilité), hay đòi hỏi (exigence)); hay thay đổi về khí sắc [17].

Cuối thế kỷ XIX, người ta gặp những thuật ngữ mô tả trong các tài liệu y học như "thằng ngốc điên" (mad idiod), "mất trí xung động" (impulsive insanity) và "thiếu ức chế" (defective inhibition) (Thorley, 1984).

Demoor (1901), ở Pháp [17], mô tả những trẻ em ở trường học có đặc điểm là bồn chồn không yên (instabilite) với thuật ngữ "múa giật tâm thần" (chorée mentale) với những đặc điểm: 1) Cảm xúc mất thăng bằng; 2) Thiếu ức chế và chú ý; 3) Có nhu cầu không ngừng vận động và thay đổi cả về lời nói và cử động.

Still (1902) đưa ra một mô tả có vẻ tương tự những định nghĩa ngày nay [8]. Theo đó, trẻ bị "bệnh thiếu kiểm soát về đạo đức" (morbid defects of moral control) là những trẻ tăng động, không thể tập trung chú ý, có khó khăn trong học tập và có những vấn đề về hành vi.

Sau dịch viêm não năm 1918, Hohman (1922), Strecker và Ebaugh (1923) nhận thấy có nhiều bệnh nhân có những di chứng về cảm xúc, những đảo lộn về nhân cách, có những khó khăn trong học tập, nhất là hành vi tăng động. Họ cho rằng, có mối liên hệ giữa những tổn thất trong não (lésions cérébrales) và chứng tăng động.

Smith (1926) [17] đề nghị thay đổi thuật ngữ "tổn thất trong não" (lésion cérébrale) bằng thuật ngữ "tổn thương não tối thiểu" (lésion cérébrale a minima).

Năm 1934, Kahn và Cohen đưa ra thuật ngữ "cường bức một cách có hệ thống" (organically driven, organic drivenness).

"Hội chứng tổn thương não tối thiểu" (Minimal Brain Damage Syndrome), được Strauss và cs ở Mỹ (1947) đưa ra để mô tả những trẻ chậm phát triển trí tuệ có tăng động, dễ sao lãng chú ý, xung động, bướng bỉnh và có thiếu hụt về nhận thức [5, 8].

"Rối loạn chức năng não tối thiểu" (Minimal Brain Dysfunction(MBD)) là khái niệm mà Clements và Peter đưa ra năm 1962. Tuy nhiên, người ta sớm nhận ra rằng [5] khái niệm MBD còn thiếu những chẩn đoán đặc trưng và bao gồm cả nhiều trẻ với các bệnh khác nhau nhưng có một số đặc điểm lâm sàng tương tự nhau. Thêm vào đó, MBD ám chỉ trực tiếp sự tổn thương trong não gây ra các rối loạn hành vi, nhưng những tổn thương này lại không được chứng minh về mặt bệnh sinh của rối loạn.

Những nỗ lực để tạo ra một phân loại có độ ứng nghiệm và độ tin cậy bắt đầu từ Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 9 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD - 9 (International Classification of Diseases 9th, 1965) và Sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần của Hội Tâm thần học Hoa kỳ lần thứ 2, DSM - II (Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorder, 2nd edition, 1968). Khi đó, thuật ngữ được đổi thành "hội chứng quá tăng động ở trẻ em" (hyperkinetic syndrome of childhood) [5, 8, 11]. Tuy nhiên, hạn chế vẫn còn khá nhiều, ví dụ như gộp quá nhiều các trẻ ở các nhóm bệnh khác nhau: các khái niệm bao hàm 4 - 17 lĩnh vực có vấn đề: có khó khăn trong học tập, vụng về, chữ viết, tiền sử gia đình v.v...

Sớm nhận thấy sự thiếu hụt cơ bản của rối loạn nằm trong sự mất điều chỉnh chú ý và kiểm soát ức chế, Sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần của Hội Tâm thần học Hoa kỳ lần thứ 3, DSM - III (Diagnostic and

Still (1902) đưa ra một mô tả có vẻ tương tự những định nghĩa ngày nay [8]. Theo đó, trẻ bị "bệnh thiếu kiểm soát về đạo đức" (morbid defects of moral control) là những trẻ tăng động, không thể tập trung chú ý, có khó khăn trong học tập và có những vấn đề về hành vi.

Sau dịch viêm não năm 1918, Hohman (1922), Strecker và Ebaugh (1923) nhận thấy có nhiều bệnh nhân có những di chứng về cảm xúc, những đảo lộn về nhân cách, có những khó khăn trong học tập, nhất là hành vi tăng động. Họ cho rằng, có mối liên hệ giữa những tổn thất trong não (lésions cérébrales) và chứng tăng động.

Smith (1926) [17] đề nghị thay đổi thuật ngữ "tổn thất trong não" (lésion cérébrale) bằng thuật ngữ "tổn thương não tối thiểu" (lésion cérébrale a minima).

Năm 1934, Kahn và Cohen đưa ra thuật ngữ "cường bức một cách có hệ thống" (organically driven, organic driveness).

"Hội chứng tổn thương não tối thiểu" (Minimal Brain Damage Syndrome), được Strauss và cs ở Mỹ (1947) đưa ra để mô tả những trẻ chậm phát triển trí tuệ có tăng động, dễ sao lãng chú ý, xung động, bướng bỉnh và có thiếu hụt về nhận thức [5, 8].

"Rối loạn chức năng não tối thiểu" (Minimal Brain Dysfunction(MBD) là khái niệm mà Clements và Peter đưa ra năm 1962. Tuy nhiên, người ta sớm nhận ra rằng [5] khái niệm MBD còn thiếu những chẩn đoán đặc trưng và bao gồm cả nhiều trẻ với các bệnh khác nhau nhưng có một số đặc điểm lâm sàng tương tự nhau. Thêm vào đó, MBD ám chỉ trực tiếp sự tổn thương trong não gây ra các rối loạn hành vi, nhưng những tổn thương này lại không được chứng minh về mặt bệnh sinh của rối loạn.

Những nỗ lực để tạo ra một phân loại có độ ứng nghiệm và độ tin cậy bắt đầu từ Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 9 về các rối loạn tâm thần và hành vi ICD - 9 (International Classification of Diseases 9th, 1965) và Sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần của Hội Tâm thần học Hoa kỳ lần thứ 2, DSM - II (Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorder, 2st edition, 1968). Khi đó, thuật ngữ được đổi thành "hội chứng quá tăng động ở trẻ em" (hyperkinetic syndrome of childhood) [5, 8, 11]. Tuy nhiên, hạn chế vẫn còn khá nhiều, ví dụ như gộp quá nhiều các trẻ ở các nhóm bệnh khác nhau; các khái niệm bao hàm 4 - 17 lĩnh vực có vấn đề: có khó khăn trong học tập, vụng về, chữ viết, tiền sử gia đình v.v...

Sớm nhận thấy sự thiếu hụt cơ bản của rối loạn nằm trong sự mất điều chỉnh chú ý và kiểm soát ức chế, Sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần của Hội Tâm thần học Hoa kỳ lần thứ 3, DSM - III (Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorder, 3th edition, 1987) [4, 5] đã đổi thành “rối loạn giảm chú ý có hay không có tăng động” (attention deficit disorder with or without hyperactivity - ADHD). Ba thành phần cơ bản của rối loạn được mô tả và các triệu chứng được liệt kê và đặt tên là: giảm chú ý, xung động và bồn chồn [5, 11]. Trong thuật ngữ lần này, người ta đã đưa thêm tiêu chuẩn loại trừ, đó là: chậm phát triển tâm thần, tâm thần phân liệt và hưng cảm.

Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi, ICD - 10 đã xếp rối loạn này vào mục F90.0 và đặt tên là rối loạn hoạt động và chú ý [2, 5].

Trong Sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần của Hội Tâm thần học Hoa kỳ lần thứ 4, DSM - IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition, 1994) [3] và ICD - 10 cho nghiên cứu (Classification of Mental and Behavioural Disorder: Diagnostic Criteria for Research; 1993) [15], người ta bắt gặp sự tương tự nhau của cả hai phân loại bệnh lớn này. Ba nhóm triệu chứng mà họ cùng đưa ra cho chẩn đoán là: giảm chú ý (inattention), tăng động (hyperactivity) và xung động (impulsivity). Mặc dầu ICD - 10 của năm 1993 vẫn còn trong giai đoạn nghiên cứu nhưng những tiêu chuẩn mà họ đưa vào chẩn đoán giống DSM - IV chứng tỏ sự thừa nhận của các nhà nghiên cứu ICD - 10 với các tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM - IV.

Sự thừa nhận đó là do tính ưu việt vượt trội của DSM - IV, thể hiện qua sự rõ ràng của các mặt được đánh giá [5, 11, 14].

- Tiêu chuẩn thời gian tồn tại của vấn đề rối loạn là khá rõ ràng (6 tháng).

- Thời gian khởi phát cũng khá rõ ràng: trước 7 tuổi.

- Tiêu chuẩn loại trừ: rối loạn phát triển lan toả, tâm thần phân liệt, hoặc một rối loạn loạn thần khác và nó không do các rối loạn loạn thần khác như rối loạn khí sắc, lo âu, rối loạn phân ly hoặc rối loạn của nhân cách gây ra.

- Ít nhất 6 câu hỏi về các triệu chứng giảm chú ý và 6 câu hỏi về các triệu chứng tăng động/xung động được trả lời là “có”.

- Rối loạn phải đánh giá trên ít nhất hai lĩnh vực. Ví dụ ở nhà và ở trường [xem thêm 3].

Tóm lại, rối loạn TĐGCMY đã được biết đến từ rất lâu. Sự thay đổi về cách dùng các thuật ngữ phản ánh sự thay đổi các khái niệm về dịch tễ học và những khó khăn chính để nhận dạng hội chứng. Tuy nhiên sự thừa nhận lẫn nhau của hai phân loại bệnh lớn ICD - 10 và DSM - IV hiện nay đã tạo điều kiện cho chúng ta nghiên cứu và so sánh rối loạn này ở các quốc gia khác nhau thuận lợi và thống nhất hơn.

Hiện nay, tiêu chuẩn được các nhà khoa học sử dụng rộng rãi nhất trên thế giới để chẩn đoán RLTDGCY là tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM - IV.

Tài liệu tham khảo

1. Đặng Hoàng Minh. *Tìm hiểu ảnh hưởng của hội chứng tăng động giảm chú ý đến học tập ở học sinh tiểu học*. Tạp chí Tâm lý học, số 3 (6/2001).
2. Tổ chức Y tế thế giới. *Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi. Mô tả lâm sàng và các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán*. Tài liệu tiếng Việt năm 1992.
3. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorder (4th edition)*. Washington, DC: APA; 1994.
4. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorder (3th edition)*. Washington, DC: APA; 1987.
5. Barry D. Garfinkel, Gabrielle A. Carlson, Elizabeth B. Weller. *Psychiatric Disorder in children and adolescent*. W.B. Saunder Company 1990 (10): 149 - 182.
6. Barry D. Garfinkel. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children*. W.B. Saunder Company, 1990.
7. Child Development Institute 1998 - 2005. About Attention Deficit Hyperactivity Disorder ADD/ADHD.
8. Fargason RE, Ford CV. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults: Diagnosis, Treatment, and Prognosis*. South Med J 1994; 87: 302 - 9.
9. Gabrielle Weiss. *Child and Adolescent Psychiatry (Melvins Lewis) Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. William & Willskin, 1991, p. 153 - 161.
10. Gerald C. Davison. *Abnormal Psychology John Wiley & Son. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*, Inc, 1997.
11. Marilyn T. Erickson. *Behavior Disorders of Children and Adolescents Prentice - Hall, Inc, 1992, p. 229 - 234*.
12. Nationl Mental Health Information Center. *Children's Mental Health Fact Children and Adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*, 1990.
13. R. Tannok. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Advance in Cognitive, Neurobiological and Genetic Reseach*. J. Child Psychol. Psychiatry, 1998, 39: 65 - 99
14. *What is ADHD???* năm 2000. www.ADHD.org.nz.
15. World Health Orgnisation. *The ICD - 10 Classification of Mental and Behavoiral Disorder: Diagnostic Criteria for Reseach*. Geneva, Franc: W.H.O, 1993.
16. B. Harle. *Syndrome Hyperkinetique de l'enfant ou Trouble Hyperkinetique avec Deficit de l'Attention (THADA)*. Nervure Journal de Psychiatrie Tome XII - N^o 2 - Mars, 1999.
17. Michel Dugas. *L'hyperactivity chez l'enfant*. Press Universitaires de France Nodule series Janvier, 1987.