

Một góc nhìn khác về Vấn đề Ngôn Ngữ và Rối loạn Phổ Tự kỷ (ASD)

Tác giả: ĐV SHPT, BVĐK GIA ĐÌNH

Vô số báo cáo khoa học đã bàn về ASD liên quan đến vấn đề ngôn ngữ hoặc ngược lại, từ khía cạnh gen. Hôm nay, chúng tôi muốn nhìn đề tài này từ một góc nhìn khác.

Với bài viết này, chúng tôi sẽ trình bày quan điểm của mình về Vấn đề Nói và Rối loạn Phổ Tự kỷ (ASD) từ một góc nhìn khác, **phi-genomic**, nhưng cũng quan trọng không kém so với cách tiếp cận di truyền học đối với vấn đề y tế và xã hội quan trọng này.

Hãy nhìn từ phía sau đây: **Biết rằng chẩn đoán ASD rất nhạy cảm đối với các bậc cha mẹ, làm sao để nói rằng các vấn đề về lời nói của trẻ A là do ASD, ngay trong buổi trị liệu đầu tiên về vấn đề ngôn ngữ cho nhóm khách hàng chung? Điều này có khả thi không? Cách xử lý tình huống khó xử này sao cho phù hợp nhất?**

Đây là một loạt câu hỏi rất quan trọng — vì trị liệu ngôn ngữ thường là điểm tiếp xúc chuyên môn đầu tiên của gia đình khi lo lắng về tự kỷ xuất hiện. Dưới đây là câu trả lời của chúng tôi:

1. Khả năng chẩn đoán trong buổi đầu tiên

- Không khả thi cũng như không phù hợp để khẳng định hay loại trừ chẩn đoán ASD ngay trong buổi trị liệu đầu tiên, đặc biệt khi phụ huynh đưa trẻ đến vì “vấn đề ngôn ngữ.”
- Một buổi duy nhất chỉ có thể cung cấp **ấn tượng sàng lọc**, chứ không phải chẩn đoán chính thức.
- Chẩn đoán ASD đòi hỏi đánh giá đa chuyên khoa (tiền sử phát triển, quan sát trong nhiều bối cảnh, công cụ tiêu chuẩn như ADOS-2, ADI-R, và phán đoán lâm sàng).

🌀 **Vì vậy, trong buổi đầu tiên**, nhà lâm sàng/ chuyên viên ngôn ngữ trị liệu **không nên gán nhãn các vấn đề nói là ASD mà chỉ nên ghi nhận “các dấu hiệu cảnh báo về sự khác biệt phát triển rộng hơn.”**

2. Cách nhận diện các dấu hiệu cảnh báo mà không gán nhãn

Trong buổi trị liệu, bạn có thể quan sát:

- Thiếu chú ý chung, ít giao tiếp mắt, hoặc không dùng cử chỉ đi kèm khi nói.
- Nói nhại (echolalia), đảo ngược đại từ, ngữ điệu bất thường.

- Sở thích hẹp/lặp lại chi phối giao tiếp.
- Khó sử dụng ngôn ngữ trong xã hội (không chỉ đơn thuần là chậm nói).

Những điều này cần được ghi nhận về mặt chuyên môn nhưng **chia sẻ với phụ huynh một cách thận trọng**.

3. Cách giao tiếp với phụ huynh — Phương pháp tốt nhất

Vì nhiều cha mẹ cảm thấy lo lắng hay kỳ thị khi nghe nhắc đến tự kỷ, nên cách diễn đạt rất quan trọng. Gợi ý tiếp cận:

3.1. Tập trung vào các mối quan tâm chức năng

- “Tôi thấy có một số kiểu mẫu trong cách bé A sử dụng lời nói gợi ý rằng đây không chỉ là chậm ngôn ngữ, mà còn có sự khác biệt trong cách sử dụng lời nói để giao tiếp xã hội.”

3.2. Tránh gán nhãn sớm

- Thay vì nói “trông giống tự kỷ,” hãy nói:

“Đây là những dấu hiệu cho thấy lời nói có thể liên quan đến sự khác biệt rộng hơn về giao tiếp, chứ không chỉ về từ vựng hay phát âm.”

3.3. Thừa nhận và xác nhận lo lắng của phụ huynh

- Nhấn mạnh rằng những quan sát của họ rất quan trọng:

“Tôi hiểu vì sao anh/chị lo lắng về lời nói của bé A — việc anh/chị đưa bé đến đây là hoàn toàn đúng đắn.”

3.4. Đề nghị đánh giá thêm

- “Để hiểu rõ hơn bức tranh tổng thể, sẽ hữu ích nếu có bác sĩ nhi khoa phát triển hoặc nhà tâm lý nhi khoa đánh giá sự phát triển toàn diện của bé A, bao gồm cả giao tiếp, chơi và cách học, bên cạnh vấn đề ngôn ngữ.”

4. Xử lý tình huống phù hợp nhất

- **Mục tiêu buổi đầu tiên = xây dựng niềm tin**
 - Tạo sự gắn kết với trẻ và cha mẹ.
 - Cung cấp chiến lược hỗ trợ ngay cho ngôn ngữ (để phụ huynh không cảm thấy bị bỏ rơi).
- **Gieo hạt giống, không đưa ra chẩn đoán đầy đủ**

- Nhấn mạnh hành vi quan sát được (“bé hay lặp lại cụm từ mà không rõ ý nghĩa”) thay vì “bé có echolalia điển hình của tự kỷ.”

- **Giới thiệu nhẹ nhàng**

- Đưa ra hướng đánh giá thêm như một “bước tiếp theo” để mở rộng hỗ trợ, không phải như một khủng hoảng.

Thông điệp chính

Trong buổi đầu tiên, vai trò của chuyên viên ngôn ngữ trị liệu là:

- Nhận diện các mối quan tâm, **không chẩn đoán tự kỷ**.
- Chia sẻ quan sát một cách trung lập.
- Trao cho phụ huynh quyết định về bước tiếp theo (đánh giá phát triển).
- Duy trì niềm tin — coi đây là “hỗ trợ toàn diện hơn,” không phải “dán nhãn nặng nề.”

5. Cách chuyên viên ngôn ngữ có thể diễn đạt với phụ huynh trong tình huống nhạy cảm này (góc nhìn phi-genomic)

Kịch bản gợi ý (Buổi đầu tiên về vấn đề ngôn ngữ):

5.1. Bắt đầu bằng điểm tích cực & xác nhận

“Cảm ơn anh/chị đã đưa bé A đến hôm nay. Tôi thấy anh/chị đã rất quan tâm đến lời nói và giao tiếp của bé, và thật tuyệt khi anh/chị tìm kiếm sự hỗ trợ sớm — điều đó tạo ra khác biệt lớn.”

5.2. Mô tả quan sát bằng ngôn ngữ trung lập, không gán nhãn

“Trong buổi hôm nay, tôi nhận thấy A có một số điểm mạnh — ví dụ như bé có thể [lặp lại từ / phát âm một số âm / tỏ ra hứng thú với sách]. Đồng thời, tôi cũng thấy một số kiểu mẫu khác biệt so với những trường hợp chỉ chậm nói. Chẳng hạn, A đôi khi lặp lại câu nói mà không dùng để giao tiếp trực tiếp, và bé không phải lúc nào cũng dùng ánh mắt hay cử chỉ khi nói.”

5.3. Đặt vấn đề theo hướng giao tiếp rộng hơn, không chỉ lời nói

“Những gì tôi thấy không chỉ là từ vựng hay phát âm — mà còn là cách sử dụng lời nói trong giao tiếp xã hội. Điều đó không có nghĩa là có gì ‘sai’, mà có nghĩa là chúng ta cần xem xét bức tranh rộng hơn về sự phát triển của bé.”

5.4. Đưa ra bước tiếp theo một cách nhẹ nhàng

“Vi ngôn ngữ và giao tiếp chỉ là một phần của phát triển, nên sẽ hữu ích nếu có bác sĩ nhi khoa phát triển hoặc nhà tâm lý nhi khoa thực hiện đánh giá toàn diện. Như vậy chúng ta sẽ biết được bé chỉ cần trị liệu ngôn ngữ, hay có thêm hỗ trợ khác để giúp bé phát triển tốt nhất.”

5.5. Bình thường hóa & trấn an

“Nhiều trẻ có khác biệt về ngôn ngữ được lợi khi có đánh giá toàn diện — điều này không có nghĩa là đã có chẩn đoán ngay lúc này. Điều đó chỉ có nghĩa là chúng ta đang đảm bảo A nhận được sự hỗ trợ đầy đủ nhất.”

5.6. Kết thúc bằng sự trao quyền

“Hôm nay, chúng ta sẽ bắt đầu một số chiến lược ngôn ngữ mà anh/chị có thể áp dụng tại nhà. Đồng thời tôi cũng sẽ cung cấp thông tin để anh/chị có thể sắp xếp đánh giá phát triển, nhờ vậy anh/chị vừa có sự giúp đỡ ngay, vừa có kế hoạch dài hạn.”

Vì sao kịch bản này hiệu quả:

- Bắt đầu bằng **sự xác nhận** → xây dựng niềm tin.
- Dùng ngôn ngữ **trung lập** (“kiểu mẫu”, “khác biệt”) thay vì “tự kỷ.”
- Nhấn mạnh **đánh giá toàn diện** thay vì chẩn đoán sớm.
- Trao cho phụ huynh **giải pháp ngay** (chiến lược tại nhà) + **hướng đi tiếp** (đánh giá).

6. KẾT LUẬN:

♦ Vấn đề nói ở trẻ có thể xuất phát từ nhiều nguyên nhân — có trẻ chỉ đơn thuần chậm nói, có trẻ lại thuộc nhóm khác biệt về giao tiếp xã hội trong ASD.

♦ Trong buổi trị liệu đầu tiên, **không khả thi và không phù hợp** để chẩn đoán ASD. Vai trò của nhà lâm sàng là:

- Xác định sự khác biệt giữa chậm nói và khó khăn giao tiếp,
- Trình bày quan sát trung lập,
- Đưa ra chiến lược ngôn ngữ tức thì, và
- Đề nghị đánh giá phát triển rộng hơn nếu có dấu hiệu cảnh báo.
 - ♦ Thực hành tốt nhất là định khung thảo luận quanh **hỗ trợ, không phải nhãn dán**. Cách tiếp cận này xây dựng niềm tin với gia đình, tránh chẩn đoán vội vàng, và đảm bảo trẻ nhận được can thiệp đúng lúc.
 - ♦ **Thông điệp chính cho phụ huynh**: Hỗ trợ toàn diện và sớm mang lại kết quả tốt hơn. Trị liệu ngôn ngữ giúp ích, nhưng nếu có sự khác biệt về giao tiếp xã hội, một cuộc đánh giá phát triển là cần thiết.

7. Tài liệu tham khảo có chú giải (Annotated References)

7.1. American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®) (5th ed.)**.

- Định nghĩa tiêu chuẩn chẩn đoán ASD. Nhấn mạnh thiếu hụt trong **giao tiếp xã hội** và **hành vi**

hạn chế, lặp lại là các đặc điểm cốt lõi. Được xem là “tiêu chuẩn vàng” trong tham chiếu chẩn đoán.

7.2. Tager-Flusberg, H., Paul, R., & Lord, C. (2013). Language and communication in autism. In F. Volkmar (Ed.), Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders (4th ed., pp. 335–364).

- Chương tổng quan toàn diện về ngôn ngữ điển hình so với không điển hình ở ASD. Hữu ích để hiểu rõ về **echolalia (nhại lời)**, **ngữ điệu (prosody)** và các vấn đề về **ngữ dụng học**.

7.3. Paul, R., & Norbury, C. F. (2021). Language Disorders from Infancy through Adolescence (6th ed.).

- Giáo trình dành cho các chuyên viên ngôn ngữ trị liệu. Cung cấp các chiến lược **đánh giá và trị liệu thực tiễn** cho trẻ có khác biệt ngôn ngữ, bao gồm cả ASD.

7.4. Boucher, J. (2012). Structural language in autistic spectrum disorder – characteristics and causes. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53(3), 219–233.

- Bài tổng quan về **cú pháp, ngữ pháp và từ vựng** trong ASD. Giải thích sự khác biệt của vấn đề ngôn ngữ trong ASD so với rối loạn ngôn ngữ phát triển nói chung.

7.5. Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-VanderWeele, J. (2018). Autism spectrum disorder. The Lancet, 392(10146), 508–520.

- Bài tổng quan được trích dẫn nhiều. Bao quát về **dấu hiệu lâm sàng, tỷ lệ hiện mắc, khó khăn trong ngôn ngữ/giao tiếp, và các phương pháp điều trị**. Rất hữu ích cho các buổi thuyết trình và đối tượng y khoa.

7.6. Eigsti, I.-M., de Marchena, A. B., Schuh, J. M., & Kelley, E. (2011). Language acquisition in autism spectrum disorders: A developmental review. Research in Autism Spectrum Disorders, 5(2), 681–691.

- Cách tiếp cận phát triển: giải thích cách trẻ ASD tiếp thu ngôn ngữ khác biệt qua các giai đoạn **ấu thơ, giữa thời thơ ấu và sau này**. Rất hữu ích cho các nhà lâm sàng muốn theo dõi tiến trình các mốc phát triển ngôn ngữ.