

# TỔNG QUAN CÁC THANG CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ CĂNG THẲNG SAU SANG CHẤN THEO DSM-V

Bài viết được rút ra từ kết quả nghiên cứu của đề tài cấp Viện 2019: *Tổng quan các công cụ đánh giá sàng lọc và các biện pháp can thiệp rối loạn căng thẳng sau sang chấn*; Viện Tâm lý học chủ trì. TS. Nguyễn Cao Minh làm chủ nhiệm.

TS. Nguyễn Cao Minh

CN. Hoàng Nhật

Viện Tâm lý học.

## TÓM TẮT

Với việc ra đời của Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn tâm thần (DSM), phiên bản 5 (DSM-V), tiêu chuẩn chẩn đoán căng thẳng sau sang chấn (PTSD) đã được thay đổi đáng kể. Điều đó dẫn tới nhiều công cụ đánh giá PTSD dựa trên DSM-IV trở nên không phù hợp. Do vậy, để duy trì mức độ chính xác và tính khoa học trong việc đánh giá, chẩn đoán PTSD, bài viết tổng hợp các công cụ đánh giá PTSD theo tiêu chuẩn của DSM-V. Có tám thang công cụ đánh giá PTSD có hiệu lực được giới thiệu. Các thang công cụ này được nhìn nhận theo hai khía cạnh: mục đích sử dụng và độ chính xác của thang công cụ. Kết quả nghiên cứu cho thấy, những công cụ này có thể sử dụng được.

**Từ khóa:** Thang đánh giá; Rối loạn stress sau sang chấn; Sức khỏe tâm thần.

Ngày nhận bài: 17/10/2019; Ngày duyệt đăng bài: 25/11/2019.

## 1. Đặt vấn đề

Trên thế giới đã có rất nhiều công cụ đánh giá căng thẳng sau sang chấn (PTSD) có hiệu lực, tuy nhiên với sự ra đời của Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn tâm thần phiên bản 5 (DSM-V) vào năm 2012, tiêu chuẩn chẩn đoán PTSD đã có nhiều thay đổi (American Psychiatric Association, 2013). Điều đó dẫn tới nhiều công cụ đánh giá PTSD dựa trên DSM-IV trở nên không phù hợp. Do vậy, để duy trì mức độ chính xác và tính khoa học trong việc đánh giá, chẩn đoán PTSD, các công cụ đánh giá PTSD mới cần phải được cập nhật. Bài viết này hướng đến việc cập nhật kết quả những thay đổi về tiêu chuẩn chẩn đoán PTSD theo DSM-V, đồng thời tổng hợp một số công cụ

đánh giá PTSD phù hợp với các tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-V, được dùng phổ biến nhất trên thế giới. Các công cụ được chia theo mục đích sử dụng: sàng lọc, theo dõi hoặc chẩn đoán. Các thông tin căn bản của thang đo cùng với độ hiệu lực, độ tin cậy được đề cập. Cuối cùng, đánh giá tổng quát về các thang đo được đưa ra. Bài viết giúp các nhà nghiên cứu về PTSD ở Việt Nam có cái nhìn khái quát về các thang đo PTSD phổ biến được dùng trên thế giới hiện nay.

## **2. Lịch sử đánh giá chẩn đoán, sàng lọc và thay đổi của tiêu chuẩn PTSD trong DSM-V**

Các dấu hiệu của PTSD được ghi lại trước khi hội chứng PTSD được các nhà tâm thần học công nhận chính thức. Theo Barlow và Durand (2016), Samuel Pepys là người đầu tiên ghi chép lại những hội chứng về PTSD trong nhật ký của mình. Pepys đã trải qua một đám cháy lớn tại London (Anh). Sáu tháng sau, Pepys vẫn chưa thoát khỏi những ám ảnh về cuộc cháy đó. Mỗi tối trước khi đi ngủ, ông vẫn nhớ lại đám cháy, ông cảm thấy rất sợ hãi và chỉ ngủ được khi đã nửa đêm. Hàng ngày, Pepys phải sống với cảm giác tội lỗi vì mình và tài sản của mình an toàn còn những người khác bị mất. Những gì Pepys trải qua là những triệu chứng phổ biến của bệnh PTSD ngày nay.

PTSD lần đầu tiên được gọi tên vào năm 1980 trong DSM-III (Nevid, Rathus và Greene, 2017). PTSD được khái quát từ hiện tượng phản ứng của con người sau khi trải qua một sang chấn mạnh. Khi trải qua một căng thẳng gây tổn thương tâm lý, các cá nhân có thể phát triển các phản ứng mãnh liệt về cảm xúc, hành vi lẫn suy nghĩ, những phản ứng này gây đau khổ hoặc giảm khả năng thích nghi của cá nhân (Kring và cộng sự, 2017). Với đa số, những phản ứng này sẽ dần dần mất đi, nhưng với một số người, những phản ứng này xuất hiện trong một thời gian dài. PTSD là một hội chứng rối loạn tâm lý xuất hiện ít nhất là sau một tháng khi cá nhân trải qua một căng thẳng gây tổn thương tâm lý. Nói một cách khác, PTSD xuất hiện khi một cá nhân trải qua căng thẳng gây tổn thương tâm lý mà không phục hồi được theo quá trình phục hồi bình thường (Lancaster, 2016).

Vào năm 2012, DSM-V ra đời đã có những thay đổi đáng kể về cách hiểu về hội chứng này. Trước đây, PTSD thường được nhóm chung vào các hội chứng lo âu, bởi lẽ bệnh nhân PTSD có nhiều triệu chứng tránh né và thoái lui, là các triệu chứng đặc trưng của rối loạn lo âu (Schupp, 2015). Trong DSM-IV, PTSD được xếp vào nhóm các hội chứng liên quan đến căng thẳng do các hội chứng này đều có một điểm chung là cá nhân bộc lộ các rối loạn cảm xúc mạnh sau khi trải qua những sự kiện rất căng thẳng (Friedman và

		D. Triệu chứng tránh né và gợi nhớ về mặt suy nghĩ và cảm xúc	Phải có ít nhất một trong hai
D. Kích động thể chất (quá nhạy cảm)	Phải có ít nhất hai trong số năm	E (tương đương với D trong DSM-IV). Kích động thể chất (quá nhạy cảm). Thêm triệu chứng: bất cẩn hoặc hành vi tự hại	Phải có ít nhất hai trong sáu
E. Độ dài của triệu chứng (Mục B, C, D) lâu hơn một tháng			Giữ nguyên
F. Gây đau khổ và mất chức năng rõ rệt			Giữ nguyên

Như vậy, có thể thấy rằng, tiêu chuẩn chẩn đoán PTSD thay đổi rất đáng kể. Tiêu chuẩn chẩn đoán mới sẽ làm thay đổi tỷ lệ ước lượng PTSD trong cộng đồng. Modrowski, Bennett, Chaplo và Kerig (2017) nghiên cứu sàng lọc trên 209 thiếu niên tuổi từ 13 - 19 cho thấy, chỉ có 17,7% trên tổng số đáp ứng tiêu chuẩn của DSM-IV, trong khi đó, với tiêu chuẩn của DSM-V tỷ lệ này là 19,06%. Không chỉ thay đổi tỷ lệ sàng lọc, tiêu chuẩn mới còn thay đổi tỷ lệ mắc sau khi chuẩn đoán. Carmassi và cộng sự (2013) nghiên cứu trên 512 trẻ vị thành niên đã trải qua trận động đất L'Aquila năm 2009 thấy rằng, 38% trên tổng số khách thể đáp ứng tiêu chuẩn DSM-V trong đó chỉ có 37,5% khách thể đáp ứng tiêu chuẩn DSM-IV. Những nghiên cứu trên cung cấp bằng chứng cho thấy, việc thay đổi của tiêu chuẩn DSM-V đã dẫn đến việc thay đổi kết quả sàng lọc và chẩn đoán PTSD, do vậy các thang đánh giá PTSD cần được đổi mới và cập nhật cho phù hợp với tiêu chuẩn mới.

### 3. Các góc độ đánh giá một thang đo

#### 3.1. Đánh giá độ chính xác của một thang đo

Trước hết, giống như các thang công cụ đánh giá khác, bản chất của một thang đo PTSD là dự đoán việc xuất hiện của hội chứng này ở trên một chủ thể nhất định. Việc dự đoán này dựa trên việc xem xét sự xuất hiện của các triệu chứng PTSD theo các tiêu chí như số lượng các triệu chứng cần có trong hội chứng, thời gian và mức độ tồn tại của các triệu chứng. Một thang công cụ đánh giá PTSD về bản chất là một phép đo lường để xác định sự xuất hiện của các triệu chứng, từ đó đưa ra ước lượng khả năng mức độ xuất hiện các triệu chứng đó cũng như có thể dự đoán được sự xuất hiện của hội chứng PTSD hay không.

Như vậy, khi đánh giá một thang công cụ PTSD, các nhà nghiên cứu, nhà thực hành đối mặt với các câu hỏi: Công cụ này chính xác ở mức độ nào (Kring và cộng sự, 2017). Xác định độ chính xác cho một phép đo là câu hỏi quan trọng

cộng sự, 2011; Riboni và Belzung, 2017). Thêm vào đó, các phản ứng cảm xúc của hội chứng PTSD và các hội chứng khác trong nhóm này đa dạng hơn, bao gồm cả những phản ứng tức giận, xấu hổ, ăn năn, so với phản ứng cảm xúc chủ đạo là lo lắng, sợ hãi ở nhóm rối loạn lo âu (Pai, Suris và North, 2017).

Không chỉ thay đổi về phân loại, các tiêu chí chẩn đoán PTSD trong DSM-V cũng thay đổi khá nhiều. Đầu tiên, tiêu chí A1 đưa ra những quy định cụ thể khi nào một cá nhân được xem là bị phơi nhiễm với sang chấn (xem bảng 1), đồng thời tiêu chí A2 đã được loại bỏ nhằm giúp tiêu chí này bao quát được nhiều hơn các sự kiện được coi là sang chấn (Weathers, Marx, Friedman và Schnurr, 2014). Một thay đổi lớn khác là các tiêu chí của PTSD trong DSM-V được nhóm thành 4 nhóm bao gồm: tái trải nghiệm, tránh né, tê liệt và kích động thể chất. Bảng dưới đây liệt kê cụ thể những thay đổi giữa DSM-IV và DSM-V (Glasheen và cộng sự, 2016; Weathers, 2017).

**Bảng 1: So sánh tiêu chuẩn DSM-IV và DSM-V**

Tiêu chuẩn DSM-IV	Số lượng item cần có để đáp ứng	Tiêu chuẩn DSM-V	Số lượng item cần có để đáp ứng
A1. Phơi nhiễm với việc đe dọa hoặc chết chóc, bị thương nặng hoặc bị xâm hại đến sự toàn vẹn về thể chất của cá nhân	Phải có ít nhất một	A. Phơi nhiễm với việc đe dọa hoặc chết chóc, bị thương nặng hoặc bạo lực tình dục (cá nhân cảm thấy bất lực). Phơi nhiễm được định nghĩa theo bốn cách: 1/ Trải nghiệm trực tiếp sự kiện chấn thương; 2/ Chứng kiến sự kiện xảy ra cho người khác; 3/ Biết rằng sang chấn xảy ra cho người thân hoặc bạn bè; 4/ Trải nghiệm liên tục hoặc nhiều quá mức các thông tin không mong muốn của sự kiện gây sang chấn	Phải có ít nhất một
A2. Có cảm giác sợ hãi, tuyệt vọng hoặc kinh hoàng với sự kiện xảy ra		Loại bỏ	
B. Trải nghiệm lại sự kiện qua các triệu chứng	Phải có ít nhất một	B. Trải nghiệm lại sự kiện qua các triệu chứng	Phải có ít nhất một
C. Triệu chứng né tránh và tê liệt	Phải có ít nhất ba trong số bảy	C. Né tránh cách kích thích bên ngoài gợi nhớ. Sắp xếp lại các triệu chứng né tránh và tê liệt	Phải có ít nhất một trong hai

		D. Triệu chứng tránh né và gợi nhớ về mất suy nghĩ và cảm xúc	Phải có ít nhất một trong hai
D. Kích động thể chất (quá nhạy cảm)	Phải có ít nhất hai trong số năm	E (tương đương với D trong DSM-IV). Kích động thể chất (quá nhạy cảm). Thêm triệu chứng: bất cẩn hoặc hành vi tự hại	Phải có ít nhất hai trong sáu
E. Độ dài của triệu chứng (Mục B, C, D) lâu hơn một tháng			Giữ nguyên
F. Gây đau khổ và mất chức năng rõ rệt			Giữ nguyên

Như vậy, có thể thấy rằng, tiêu chuẩn chẩn đoán PTSD thay đổi rất đáng kể. Tiêu chuẩn chẩn đoán mới sẽ làm thay đổi tỷ lệ ước lượng PTSD trong cộng đồng. Modrowski, Bennett, Chaplo và Kerig (2017) nghiên cứu sàng lọc trên 209 thiếu niên tuổi từ 13 - 19 cho thấy, chỉ có 17,7% trên tổng số đáp ứng tiêu chuẩn của DSM-IV, trong khi đó, với tiêu chuẩn của DSM-V tỷ lệ này là 19,06%. Không chỉ thay đổi tỷ lệ sàng lọc, tiêu chuẩn mới còn thay đổi tỷ lệ mắc sau khi chẩn đoán. Carmassi và cộng sự (2013) nghiên cứu trên 512 trẻ vị thành niên đã trải qua trận động đất L'Aquila năm 2009 thấy rằng, 38% trên tổng số khách thể đáp ứng tiêu chuẩn DSM-V trong đó chỉ có 37,5% khách thể đáp ứng tiêu chuẩn DSM-IV. Những nghiên cứu trên cung cấp bằng chứng cho thấy, việc thay đổi của tiêu chuẩn DSM-V đã dẫn đến việc thay đổi kết quả sàng lọc và chẩn đoán PTSD, do vậy các thang đánh giá PTSD cần được đổi mới và cập nhật cho phù hợp với tiêu chuẩn mới.

### 3. Các góc độ đánh giá một thang đo

#### 3.1. Đánh giá độ chính xác của một thang đo

Trước hết, giống như các thang công cụ đánh giá khác, bản chất của một thang đo PTSD là dự đoán việc xuất hiện của hội chứng này ở trên một chủ thể nhất định. Việc dự đoán này dựa trên việc xem xét sự xuất hiện của các triệu chứng PTSD theo các tiêu chí như số lượng các triệu chứng cần có trong hội chứng, thời gian và mức độ tồn tại của các triệu chứng. Một thang công cụ đánh giá PTSD về bản chất là một phép đo lường để xác định sự xuất hiện của các triệu chứng, từ đó đưa ra ước lượng khả năng mức độ xuất hiện các triệu chứng đó cũng như có thể dự đoán được sự xuất hiện của hội chứng PTSD hay không.

Như vậy, khi đánh giá một thang công cụ PTSD, các nhà nghiên cứu, nhà thực hành đối mặt với các câu hỏi: Công cụ này chính xác ở mức độ nào (Kring và cộng sự, 2017). Xác định độ chính xác cho một phép đo là câu hỏi quan trọng

nhất trong đo lường. Trong các đo lường khoa học tự nhiên thường có các tiêu chuẩn vàng. Tiêu chuẩn vàng được coi là một phép đo chính xác tuyệt đối, các phép đo khác sẽ dựa vào đó để kiểm tra được mức độ sai số. Thông thường tiêu chuẩn vàng ngày nay thường dựa trên các hằng số bất biến (Esposito, 2012). Trong khoa học xã hội và y tế, McDonald, Gentes và Calhoun (2015) cho rằng, không tồn tại tiêu chuẩn vàng như vậy. Thay vào đó, tiêu chuẩn vàng trong khoa học xã hội và y tế được hiểu là thang đo tốt nhất đang dùng hiện nay (Claassen, 2005). Quay trở lại với vấn đề đo lường PTSD, bộ tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-V được coi là tiêu chuẩn vàng (McDonald và cộng sự, 2015) bởi lẽ đây là bộ tập hợp các triệu chứng được mô tả toàn diện và khái quát về chứng bệnh PTSD và được đồng ý chấp nhận bởi cộng đồng khoa học.

Để xác định độ chính xác, các thang công cụ sẽ được xem xét có tính thống nhất như thế nào với bộ tiêu chuẩn vàng đó. Tuy nhiên, trong khoa học xã hội, các thang đo không tự động đo lường được mà được diễn giải dựa trên người thực hiện (Barlow và Durand, 2015). Do đó, hai thang đo có thể có nội dung giống nhau nhưng lại cho kết quả đo lường khác nhau do yếu tố chủ quan của người thực hiện, gây ra sự khác biệt trong giải thích, diễn giải, từ đó dẫn đến sự khác biệt về kết quả (Coulacoglou và Saklofske, 2017). Chính vì sự phức tạp như vậy, tính chính xác của thang công cụ đo lường trong ngành khoa học xã hội, y tế được triển khai bằng hai câu hỏi: Liệu thang công cụ có tính thống nhất giữa các lần đo hay không và Liệu thang công cụ có đo đúng vấn đề được nó định đo hay không (Butcher và Hooley, 2018). Trả lời tương ứng cho hai câu hỏi này là hai chỉ số độ tin cậy và độ hiệu lực. Độ chính xác của các thang công cụ được xác định dựa trên hai chỉ số này (Barlow và Durand, 2015).

### ***3.2. Đánh giá thang đo theo mục đích sử dụng***

Các thang đánh giá PTSD được dùng với nhiều mục đích khác nhau trong nghiên cứu và trị liệu. Có ba mục đích chính của các thang đánh giá: chẩn đoán, ước lượng/sàng lọc và theo dõi kết quả trị liệu (Beidas và cộng sự, 2015). Mục đích sử dụng của thang công cụ sẽ quyết định cách thức xác định mức độ cũng như số lượng của các triệu chứng PTSD ở mỗi thang công cụ. Và các mục đích này cũng sẽ có các yêu cầu mức độ chính xác tương ứng.

Khi một thang công cụ được sử dụng để chẩn đoán, thang công cụ phải tìm cách đo lường được mức độ, thời gian xuất hiện của toàn bộ các tiêu chí chẩn đoán của hội chứng PTSD. Bệnh cạnh đó, trong tâm bệnh học, có rất nhiều triệu chứng xuất hiện đồng thời trong nhiều loại bệnh khác nhau. Chính vì vậy, các thang công cụ chẩn đoán phải có phần giúp chẩn đoán phân biệt với những vấn đề khác. Với những lý do trên, các thang công cụ dùng để chẩn

**Bảng 2: Liệt kê các thang công cụ đo lường PTSD theo tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-V**

Tên thang đo	Mục đích đánh giá	Nội dung	Thang điểm/Mức tiêu	Hình thức	Đối tượng	Độ tin cậy/hiệu lực
CAPS-V (thang đo Đánh giá PTSD của nhà chuyên gia lâm sàng)	Chẩn đoán	CAPS-V gồm các item hệ thống mang tính đánh giá và phân tích thời điểm xuất hiện và mức độ của các triệu chứng PTSD trong DSM-V. Cách dùng: Chuyên gia lâm sàng sẽ sàng lọc tiêu chí A (phơi nhiễm với sang chấn) bằng thang đo LEC-V trước. Nếu tiêu chí A tồn tại, CAPS-V sẽ được dùng để chẩn đoán PTSD. Đánh giá mức độ của 20 triệu chứng PTSD, trong đó: - Item 1 đến 5 đánh giá tiêu chí B (trải nghiệm lại sự kiện). - Item 6 và 7 đánh giá tiêu chí C (tránh né và tê liệt). - Item 8 đến 14 đánh giá tiêu chí D (kích động thể chất). - Item 15 đến 20 đánh giá tiêu chí E (đánh giá độ dài của các triệu chứng).	Mức độ của triệu chứng được tính theo thang Likert từ 0 đến 4 trong đó: 0: Không tồn tại 1: Nhẹ/dưới ngưỡng lâm sàng 2: Trung bình/ngưỡng lâm sàng 3: Nặng/vượt ngưỡng lâm sàng 4: Rất nặng/mất chức năng hoạt động (Pynoos, 2015)	Phòng vấn cấu trúc	Người lớn	Độ tin cậy: Tính đồng nhất (internal consistency) Alpha của Cronbach = 0,88. 20 triệu chứng PTSD được chia làm 4 mục gồm: - Mục tải trải nghiệm (tiêu chí B): $\alpha = 0,77$ . - Mục né tránh (tiêu chí C): $\alpha = 0,55$ . - Mục thay đổi tiêu cực đến cảm xúc (tiêu chí D): $\alpha = 0,77$ . - Mục thay đổi tiêu cực đến hành vi nhận thức (tiêu chí E): $\alpha = 0,65$ . Độ tin cậy giữa 2 chuyên gia đánh giá (interrater reliability) có kappa = 0,78. Độ tin cậy giữa 2 lần đánh giá (Test-retest reliability) có Kappa = 0,83. Độ hiệu lực liên quan (convergent validity) và độ hiệu lực phân

<p>DSPS (thang đo Các rối nhiều PTSD)</p>	<p>Sàng lọc</p>	<p>Đánh giá sự tồn tại các triệu chứng rối nhiễu trong vòng một tháng vừa qua và cả quãng đời. DSPS sàng lọc ba loại trải nghiệm rối nhiễu (dissociative subtype) trong chẩn đoán PTSD: (1) Tách khỏi cơ thể (derealization/depersonalization) (DSM-V). (2) Mất nhận thức (loss of awareness) (DSM-IV). (3) Rối loạn quên phản lý (psychogenic amnesia) (DSM-IV).</p>	<p>Các item có thể trả lời bằng "Có" hay "Không" cho sự tồn tại của các triệu chứng trong quãng đời. Nếu khách thể trả lời "Có" trong tháng vừa qua, khách thể sẽ trả lời thêm item về tần suất (thang Likert từ 1 - 5). (Wolf, 2017)</p>	<p>Phòng vấn bán cấu trúc</p>	<p>Người lớn</p>	<p>biệt (discriminant validity) khi so sánh CAPS-V với CAPS-IV (thang đo Đánh giá PTSD theo tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-IV), cho thấy: Mức tương quan Pearson tổng mức độ của các triệu chứng giữa CAPS-V và CAPS-IV là 0,83.</p>
<p>Độ tin cậy: Tính đồng nhất (internal consistency) Alpha của Cronbach = 0,79 cho 7 item của loại rối nhiễu (1); <math>\alpha = 0,74</math> cho 6 item của loại rối nhiễu (2); <math>\alpha = 0,74</math> cho 2 item của loại rối nhiễu (3). Tổng điểm độ nặng cả đời của 15 item có <math>\alpha = 0,85</math> (tác giả xét triệu chứng cả đời do số lượng khách thể mắc triệu chứng trong tháng vừa qua có tỷ lệ thấp). Độ hiệu lực: Độ hiệu lực trái lệch (discriminant validity) khi so sánh với thang đo MPQ-BF (đánh giá trải nghiệm tách ly khỏi cơ thể, do tương tự hoặc trải nghiệm tôn giáo) cho thấy: Mức tương quan Pearson <math>r = 0,38</math> cho rối nhiễu loại (1); <math>r = 0,53</math> cho rối nhiễu loại (2);</p>						



PCL-V (thang đo Đánh giá sàng lọc theo danh sách các triệu chứng PTSD)	Sàng lọc	PCL-S bao gồm các item mô tả cụ thể triệu chứng, với hướng dẫn và chi rõ mối liên hệ với câu từ chi đến danh sách triệu chứng PTSD theo Bộ tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-V.	<p>Mức độ từ 0 đến 80 được tính bằng tổng của 20 item, trong đó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Item 1 đến 5 đánh giá tiêu chí B.</li> <li>- Item 6 và 7 đánh giá tiêu chí C.</li> <li>- Item 8 đến 14 đánh giá tiêu chí D.</li> <li>- Item 15 đến 20 đánh giá tiêu chí E.</li> </ul> <p>PCL-V có thang độ nặng Likert từ 0 đến 4 (0 là không hề, 1 là một chút, 2 là trung bình, 3 là khá, 4 là nặng).</p>	Tự khai hoặc phỏng vấn bán cấu trúc.	Người lớn	$r = 0,18$ cho rối nhiễu loại (3) (Wolf, 2017)  Độ tin cậy: Tính đồng nhất (internal consistency) Alpha của Cronbach = 0,85 cho cả thang PCL-V khi tự khai và $\alpha = 0,86$ cho phỏng vấn cấu trúc PCL-V.  Độ hiệu lực: Độ hiệu lực liên quan (convergent validity) được tính bằng cách xem xét mối quan hệ giữa các yếu tố dự báo PTSD (chiến tranh hay sự kiện gây sang chấn khác) và tổng mức độ của thang PCL-V, cho thấy:  Mức tương quan Pearson $r = 0,25$ với sự kiện chiến tranh khi nhập ngũ.  Mức tương quan $r = 0,23$ với sự kiện chiến tranh trong quãng đời.  Mức tương quan $r = 0,27$ với sự kiện sang chấn đã trải qua và $r = 0,29$ với sự kiện sang chấn đã chứng kiến.  (Ibrahim, 2018).
---	----------	--	---	--------------------------------------	-----------	---

CAPS-CA-V (thang đo Đánh giá PTSD của nhà chuyên gia lâm sàng đánh cho trẻ em)	Chẩn đoán	CAPS-CA-V bao gồm các item mô tả cụ thể triệu chứng theo tiêu chuẩn DSM-V. CAPS-CA-V có các item hỏi để đánh giá rõ nhiều tách khỏi cơ thể (xem nội dung thang đo DSPS) và không có bao gồm các triệu chứng liên quan đến rối nhiễu về mặt nhận thức hay quên phân ly.	Đánh giá mức độ của 20 triệu chứng PTSD, trong đó: - Item 1 đến 5 đánh giá tiêu chí B. - Item 6 và 7 đánh giá tiêu chí C. - Item 8 đến 14 đánh giá tiêu chí D. - Item 15 đến 20 đánh giá tiêu chí E. Mức độ của triệu chứng được tính theo thang Likert từ 0 đến 4 trong đó: 0: Không tồn tại; 1: Nhẹ/dưới ngưỡng lâm sàng; 2: Trung bình/ngưỡng lâm sàng; 3: Nặng/vượt ngưỡng; 4: Rất nặng/mất chức năng hoạt động. (Pynoos, 2015)	Phòng vấn bản câu trúc	Trẻ em từ 7 tuổi trở lên	Độ tin cậy: Độ tin cậy giữa 2 chuyên gia đánh giá (intrater reliability) có hệ số tương quan từ 0,8 đến 1,0 cho từng điểm ca 4 tiêu chí B, C, D và E. Độ tin cậy giữa 2 chuyên gia đánh giá chẩn đoán và triệu chứng rõ nhiều PTSD đều có Kappa = 1,0. Độ hiệu lực: Độ hiệu lực khi so sánh với thang RI-V (chỉ số đánh giá triệu chứng PTSD ở trẻ em/vị thành niên của Trường Đại học California UCLA) cho thấy chỉ số hiệu lực chẩn đoán cao. (Kaplow, 2019)
RI-V (Chỉ số đánh giá triệu chứng PTSD ở trẻ em/vị thành niên của Trường Đại học	Chẩn đoán	RI-V có 6 phần: (1) Đánh giá lịch sử những trải nghiệm đối với sự kiện gây sang chấn khác nhau. (2) Với mỗi sự kiện được đánh dấu "Có" (trên 22 sự kiện khác nhau), phần sự	Đánh giá mức độ của 20 triệu chứng PTSD, trong đó: - Item 1 đến 5 đánh giá tiêu chí B. - Item 6 và 7 đánh giá tiêu chí C. - Item 8 đến 14 đánh giá tiêu chí D. - Item 15 đến 20 đánh giá tiêu chí E. Mức độ của triệu chứng được tính theo thang Likert từ 0 đến 4 trong đó: 0: Không tồn tại; 1: Nhẹ/dưới ngưỡng lâm sàng; 2: Trung bình/ngưỡng lâm sàng; 3: Nặng/vượt ngưỡng; 4: Rất nặng/mất chức năng hoạt động. (Pynoos, 2015)	Phòng vấn bản câu trúc	Trẻ em tuổi đi học/trẻ vị thành niên	Độ tin cậy: Tính đồng nhất (internal consistency) Alpha của Cronbach từ 0,76 đến 0,89 cho các tiêu chí B, D và E. Tiêu chí C có $\alpha = 0,67$ ở mức trung bình (Kaplow, 2019). Alpha của Cronbach là 0,92

Đại học California UCLA)		<p>kiện chi tiết tìm hiểu thêm liệu trẻ có phải là nạn nhân, là người chứng kiến hoặc biết về sự kiện và độ tuổi trẻ khi sự kiện xảy ra.</p> <p>(3) Phần thang đo Triệu chứng PTSD.</p> <p>(4) Bảng đánh giá tần suất được dùng để đánh giá số ngày trong tháng vừa qua mà trẻ trải nghiệm từng triệu chứng của PTSD.</p> <p>(5) Phần đánh giá hoạt động chức năng được thực hiện để xét các triệu chứng PTSD có mối quan hệ với các vấn đề của trẻ về quan hệ ở nhà, ở trường, với bạn bè và sự phát triển.</p> <p>(6) Bảng chi số đánh giá phản ứng tính toán các tiêu chí của DSM-V có khớp với các triệu chứng PTSD và ảnh hưởng đến hoạt động chức năng và xét tiêu chí chẩn đoán cho PTSD toàn phần và các triệu chứng rối nhiễu (NCTSN).</p> <p>(Kaplow, 2019)</p>	Các item trả lời theo phương án Có hoặc Không.	Tự khai	Người lớn	<p>khi so sánh tổng độ nặng triệu chứng PTSD ở trẻ vị thành niên trên 11 nước khác nhau.</p> <p>Độ hiệu lực: Độ hiệu lực trái lệch (discriminant validity) khi so sánh tương quan giữa tổng độ nặng triệu chứng RI-V với các triệu chứng trầm cảm lo âu có Pearson <math>r &lt; 0,7</math>.</p> <p>(Doric, 2019)</p>	Độ tin cậy: PC-PTSD-V có độ tin cậy giữa 2 lần đánh giá
PC-PTSD-V (thang	Sàng lọc						

đo Đánh giá PTSD trong chăm sóc sức khỏe ban đầu)		DSM-IV như là trải nghiệm "đáng sợ, tồi tệ hoặc buồn bã" dẫn đến khả năng khách thể có thể trả lời sự kiện không phải là tiêu chí A mặc dù vẫn gây stress (ví dụ: ly dị, mất việc). Để tránh nhầm lẫn, PC-PTSD-V đặt câu hỏi nếu khách thể trải nghiệm sự kiện sang chấn trước đó chưa đi kèm với vấn đề như: xâm hại tình dục, chiến tranh,... PC-PTSD-V có thêm một câu hỏi về cảm nhận tội lỗi hay hổ thẹn quá mức về sự kiện sang chấn. Câu hỏi này khớp với tiêu chí chẩn đoán DSM-V.	Đánh giá theo hai phương án: có, không.	Tự khai báo ngắn (xét sự tồn tại sự kiện) Tự khai báo dài (xét sự kiện tế nhât nếu có trên một sự kiện gây sang chấn).	Người lớn	(Test-retest reliability) có tương quan Pearson $r = 0,83$ và độ hiệu lực dự đoán (predictive validity) có $r = 0,83$ với thang đo CAPS cho DSM-IV. Độ hiệu lực: Độ hiệu lực chẩn đoán (diagnostic accuracy) của PC-PTSD-V được thể hiện qua hệ số $k$ , trong đó $k [1]$ là độ nhạy, $k [0]$ là độ chi tiết và $k [0,5]$ là độ hiệu quả. Điểm $k$ được hiệu chuẩn và đánh giá độ thống nhất giữa các test và chẩn đoán với nhau. Kết quả khi xét điểm $k$ với tổng điểm PC-PTSD-V từ 0 - 5 cho thấy $k [1]$ dao động từ 0,78 đến 0,97; $k [0]$ dao động từ 0,22 đến 0,7 và $k [0,5]$ dao động từ 0,36 đến 0,59. (Prins, 2016)
LEC-V (thang đo Đánh giá sáng lọc các sự kiện sang chấn PTSD)	Sáng lọc	LEC xác định sự tồn tại sự kiện gây sang chấn tâm lý. Thang LEC-V có 16 item tương ứng với 16 sự kiện sang chấn khác nhau được biết sẽ gây ra PTSD và 1 item mở để khách thể khai báo. (Weathers, 2013)				Độ tin cậy: Độ tin cậy giữa 2 lần đánh giá có chỉ số hệ số tương quan trong khoảng từ 0,933 tới 0,946 về số lượng sự kiện sang chấn khách thể đã trải nghiệm, chứng kiến hoặc biết được. Độ hiệu lực: Độ hiệu lực Kendall's tau cho thấy sự tương quan giữa số

<p>PSS-I-V (thang đo Triệu chứng PTSD phiên bản phòng vấn)</p>	<p>Theo dõi kết quả</p>	<p>PSS-I-V dùng với khách thể đã trải nghiệm sự kiện sang chấn. Thang sẽ đánh giá sự kiện sang chấn làm cho họ cảm thấy căng thẳng nhất. PSS-I-V có 17 item đánh giá các triệu chứng PTSD trong đó: - Item 1 đến 5 đánh giá triệu chứng B. - Item 6 đến 12 đánh giá triệu chứng C. - Item 13 đến 17 đánh giá triệu chứng D. PSS-I-V đã được cập nhật để bao gồm triệu chứng trong DSM-V xuất hiện và độ nặng trong vòng một tháng qua. PSS-I-V có thêm 4 câu hỏi đánh giá sự căng thẳng, mức độ can thiệp chức năng hoạt động và thời lượng của triệu chứng.  (Foa E.B., 2013)</p>	<p>Độ tần suất có thang Likert từ 0 đến 3, trong đó: 0: Không có gì. 1: Một lần/tuần hoặc ít hơn. 2: 2 đến 4 lần/tuần. 3: Từ 5 lần trở lên/tuần. Tổng điểm tần suất dao động từ 0 đến 51. Chẩn đoán PTSD được thực hiện bằng cách đếm số lượng triệu chứng có điểm từ 1 trở lên và theo tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-V (PSS-I manual).</p>	<p>Tự khai, phòng vấn bán cấu trúc</p>	<p>Người lớn</p>	<p>lượng sự kiện sang chấn PTSD của thang LEC-V và độ nặng triệu chứng trong thang PDS-V là 0,187 và tổng điểm thang IES-R sàng lọc sự kiện sang chấn là 0,224.  (Rzeszutek, 2018)</p> <p>Độ tin cậy: dùng PSS-I-V và PCL-S để đánh giá trước và sau trị liệu CPT cho thấy tổng điểm PSS-I có hệ số ảnh hưởng Cohen (d) = 0,6 và có ý nghĩa lâm sàng khi so sánh 2 nhóm trước trị liệu. Sau 6 tháng theo dõi lại, tổng điểm PSS-I có hệ số ảnh hưởng (d) = 0,3 cho thấy thay đổi rõ rệt sau khi 2 nhóm đã nhận trị liệu.  (Resick, 2017)</p>
--	-----------------------------	--	--	--	------------------	--

#### 4. Kết luận

Bộ tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-V ra đời đã đưa ra một số thay đổi đối với tiêu chuẩn chẩn đoán PTSD. Với sự thay đổi này, các thang công cụ đánh giá PTSD cần được điều chỉnh và đánh giá lại mức độ chính xác của nó. Bài viết tổng hợp một số thang công cụ đánh giá PTSD theo DSM-V theo hai khía cạnh: mục đích sử dụng thang công cụ và độ chính xác của thang đo. Mục đích sử dụng thang đo được chia làm ba mục tiêu: sàng lọc, chẩn đoán và theo dõi kết quả. Độ chính xác của thang công cụ được đánh giá bằng hai chỉ số: độ tin cậy và độ hiệu lực. Nghiên cứu đã liệt kê được 7 thang đo được nêu cụ thể. Các thang đo này có thể được thích ứng văn hóa để dùng trong thực hành và nghiên cứu ở Việt Nam.

#### Tài liệu tham khảo

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V®)*. American Psychiatric Pub.
2. Barlow D. & Durand V. (2015). *Abnormal psychology: An integrative approach (7e eds.)*. Stamford, CT: Cengage Learning.
3. Barlow D.H. & Durand V.M. (2016). *Abnormal psychology: An integrative approach*. Nelson Education.
4. Beidas R.S., Stewart R.E., Walsh L., Lucas S., Downey M.M., Jackson K.,... Mandell D.S. (2015). *Free, brief, and validated: Standardized instruments for low-resource mental health settings*. *Cognitive and Behavioral Practice*. 22 (1). P. 5 - 19.
5. Butcher J.N. & Hooley J.M. (2018). *APA handbook of psychopathology: Psychopathology: Understanding, assessing, and treating adult mental disorders*. Vol. 1. American Psychological Association.
6. Carmassi C., Akiskal H.S., Yong S.S., Stratta P., Calderani E., Massimetti E.,... Dell'Osso L. (2013). *Post-traumatic stress disorder in DSM-5: Estimates of prevalence and criteria comparison versus DSM-IV-TR in a non-clinical sample of earthquake survivors*. *Journal of Affective Disorders*. 151 (3). 843 - 848. DOI: 10.1016/j.jad.2013.07.020.
7. Claassen J.A.H.R. (2005). *The gold standard: Not a golden standard*. *BMJ: British Medical Journal*. 330 (7500). P. 1.121.
8. Coulacoglou C. & Saklofske D.H. (2017). *Psychometrics and psychological assessment: Principles and applications*. Academic Press.
9. Esposito S. (2012). *Introduction to Modern Physics: Theoretical Foundations, by John Dirk Walecka*. *Contemporary Physics*. Vol. 53. P. 531 - 532. DOI: 10.1080/00107514.2012.737856.

10. Friedman M., Resick P., Bryant R., Strain J., Horowitz M. & Spiegel D. (2011). *Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-V*. Depression and anxiety. 28 (9). P. 737 - 749.
11. Glasheen C., Bose J., Batts K., Hedden S., Karg R. & Piscopo K. (2016). *Impact of the DSM-IV to DSM-V changes on the national survey on drug use and health*.
12. Kring A.M., Kyrios M., Fassnacht D., Lambros A., Mihaljcic T., Teesson M.,... Harris A. (2017). *Abnormal psychology*.
13. McDonald S., Gentes E. & Calhoun P. (2015). *Evaluation of screening tests for PTSD*. In Martin C., Preedy V.R. and Patel V.B. (eds). *Comprehensive guide to post-traumatic stress disorders (PTSD)*. Springer. P. 1 - 14.
14. Modrowski C.A., Bennett D.C., Chaplo S.D. & Kerig P.K. (2017). *Screening for PTSD among detained adolescents: Implications of the changes in the DSM-V*. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 9 (1). 10 - 17. DOI: 10.1037/tra0000156.
15. Nevid J., Rathus S. & Greene B. (2017). *Abnormal psychology in a changing world (10th ed.)*. Pearson Education.
16. Pai A., Suris A. & North C. (2017). *Posttraumatic stress disorder in the DSM-V: Controversy, change, and conceptual considerations*. Behavioral Sciences. 7 (1). 7. DOI: 10.3390/bs7010007.
17. Riboni F.V. & Belzung C. (2017). *Stress and psychiatric disorders: From categorical to dimensional approaches*. Current Opinion in Behavioral Sciences. Vol. 14. P. 72 - 77.
18. Schupp L.J. (2015). *Assessing and treating trauma and PTSD*. PESI Publishing & Media.
19. Weathers F.W. (2017). *Redefining posttraumatic stress disorder for DSM-5*. Current Opinion in Psychology. Vol. 14. P. 122 - 126.
20. Weathers F.W., Marx B.P., Friedman M.J. & Schnurr P.P. (2014). *Posttraumatic stress disorder in DSM-V: New criteria, new measures, and implications for assessment*. Psychological Injury and Law. 7 (2). P. 93 - 107.