

TRỊ LIỆU NGHỆ THUẬT VÀ CAN THIỆP PHỤC HỒI SAU SANG CHẤN Ở TRẺ EM: TỔNG QUAN TƯỜNG THUẬT

NGUYỄN THỊ THANH TÚ

Khoa Tâm lý học, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn,
Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh

Nhận bài ngày 30/8/2026. Sửa chữa xong 30/9/2026. Duyệt đăng 07/10/2026.

Abstract

This narrative review systematizes the theoretical foundations and research evidence concerning art therapy in recovery-oriented interventions for children and adolescents following trauma. Case studies consistently describe mechanisms involving symbolization, the externalization of threats, and the restoration of relational safety, although standardized measures are rarely employed. A meta-analysis of 33 studies reported a large effect on post-traumatic stress symptoms ($g = 0.85$), primarily in non-Western samples. A clinical case from Ho Chi Minh City is presented as an illustrative example. The findings suggest that art therapy is promising but should be used as a complementary intervention within a stepped-care model. The article proposes a framework for prevention and intervention and discusses implications for practice, research, and teaching aimed at strengthening awareness of child protection.

Keywords: Art therapy, case studies, childhood trauma, cultural adaptation, post-traumatic stress, recovery interventions.

1. Đặt vấn đề

Sang chấn ở trẻ em có thể đến từ những sự kiện đơn lẻ như tai nạn, thiên tai hay bạo lực nhưng cũng có thể hình thành từ những thiếu hụt kéo dài trong quan hệ gần bó như bị bạo hành tinh thần hoặc bị bỏ rơi về cảm xúc. Ở Việt Nam, trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu (Adverse Childhood Experiences - ACE) khá phổ biến: 76% sinh viên đại học hồi cứu báo cáo có ít nhất một ACE và 21% có từ bốn ACE trở lên (Tran et al., 2015); ở học sinh trung học phổ thông, chỉ khoảng ¼ không báo cáo trải nghiệm bất lợi nào (Le et al., 2022). Rối loạn stress sau sang chấn (Post-traumatic Stress Disorder - PTSD) ở lứa tuổi này gắn với suy giảm điều hòa cảm xúc, rối loạn chú ý và trí nhớ, kết quả học tập kém và xu hướng thu mình khỏi các mối quan hệ (Li et al., 2025). Điều trị hàng đầu hiện nay là liệu pháp nhận thức - hành vi tập trung vào sang chấn (Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy - TF-CBT), với liệu pháp giải mã cảm và tái xử lý bằng chuyển động mắt (EMDR) là lựa chọn thay thế (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2018). Các liệu pháp này đòi hỏi trẻ mô tả được điều đã xảy ra. Yêu cầu đó khó thực hiện với trẻ nhỏ, với trẻ bị gián đoạn ngôn ngữ do sang chấn và ở những nơi thiếu nhà trị liệu được đào tạo (Li et al., 2025).

Trị liệu nghệ thuật, trong đó vẽ, tô màu, cắt dán hoặc nặn được sử dụng trong một mối quan hệ trị liệu, thường được đề xuất cho chính những tình huống này vì hình ảnh có thể đi trước lời nói (Malchiodi, 2020). Phương pháp này phổ biến trong dịch vụ sức khỏe tâm thần trẻ em nhưng hướng dẫn về PTSD của Vương quốc Anh không khuyến nghị nó như một liệu pháp độc lập (Braitto et al., 2022; NICE, 2018). Cơ sở bằng chứng cũng mất cân đối. Một tổng quan hệ thống sàng lọc 1.273 tài liệu nhưng chỉ đưa vào được 17 nghiên cứu có kết quả lâm sàng, phần lớn là nghiên cứu trường hợp hoặc bán thực nghiệm nhỏ, chỉ có hai thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng (Braitto et al., 2022). Sự mất cân đối này có ý nghĩa thực tiễn: nhà lâm sàng học được nhiều từ các mô tả ca chi tiết nhưng nhà hoạch định chính sách cần biết một cách tiếp cận có hiệu quả hay không, với ai và trong điều kiện nào. Tại Việt Nam, tác giả chưa

Email: tunguyen.fmm@hcmussh.edu.vn

tim thấy tổng quan nào hệ thống hóa các bằng chứng này cho người làm thực hành. Bài viết có ba mục tiêu: 1) Hệ thống hóa nền tảng lý thuyết và các cơ chế giả định của trị liệu nghệ thuật với trẻ bị sang chấn; 2) Đánh giá đóng góp riêng của nghiên cứu trường hợp và nghiên cứu có đối chứng; 3) Đề xuất một khung can thiệp và rút ra hàm ý cho thực hành, nghiên cứu và báo cáo ca tại Việt Nam.

2. Phương pháp nghiên cứu

Bài viết sử dụng phương pháp tổng quan tường thuật kết hợp với phân tích lý luận. Cách tiếp cận này phù hợp vì chủ đề nằm ở giao điểm của tâm lý học lâm sàng trẻ em, tâm lý học sang chấn và trị liệu bằng nghệ thuật, trong khi bằng chứng trực tiếp còn rời rạc và đa dạng về thiết kế. Vì vậy, bài viết không tiến hành tổng quan hệ thống theo nghĩa hẹp mà tập hợp các nhóm tài liệu liên quan để hình thành lập luận và xây dựng khung can thiệp. Việc tìm kiếm được thực hiện vào tháng 9/2026 trên các nguồn học thuật truy cập mở và công cụ tìm kiếm thông thường, với các từ khóa art therapy, creative arts therapy, child*, adolescent*, trauma, PTSD và case study. Bốn tổng hợp gần đây được dùng làm khung chọn tài liệu: hai tổng quan hệ thống (Braitto et al., 2022; Li et al., 2025) và hai phân tích gộp (Applewhite et al., 2025; Maddox et al., 2024). Từ đó, tác giả truy vết ngược trích dẫn tới các nghiên cứu gốc và truy vết xuôi tới các báo cáo trường hợp gần đây. Nguồn tài liệu được tổ chức theo bốn mạch nội dung: các công trình nền tảng về lý thuyết trị liệu nghệ thuật và tâm lý trị liệu trẻ em (Kramer, 1971; Malchiodi, 2020; White & Epston, 1990; White, 2005; Winnicott, 1971/2005); các tổng quan và phân tích gộp (Applewhite et al., 2025; Braitto et al., 2022; Li et al., 2025; Maddox et al., 2024); các nghiên cứu gốc có đối chứng và báo cáo trường hợp (Chapman et al., 2001; Gutiérrez-Ajamil & de Dios, 2026; Haeyen & Wanten, 2024; Lyshak-Stelzer et al., 2007; McCullough, 2009; van Westrhenen et al., 2019); và tài liệu về hướng dẫn lâm sàng, chuẩn báo cáo và bối cảnh Việt Nam (Gagnier et al., 2013; Le et al., 2022; Lilienfeld et al., 2000; NICE, 2018; Tran et al., 2015). Chỉ tài liệu tiếng Anh được xem xét. Kết quả được tổng hợp theo chủ đề, không gộp số liệu. Một ca lâm sàng từ thực hành của tác giả được nêu ngắn gọn như ví dụ minh họa; thân chủ và người giám hộ đã đồng ý cho sử dụng thông tin trong công bố khoa học và mọi chi tiết nhận dạng đã được lược bỏ.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Nền tảng lý thuyết của trị liệu nghệ thuật với trẻ bị sang chấn

Trị liệu nghệ thuật có hai gốc rễ là nghệ thuật và tâm lý trị liệu nên hình thành hai cách nhìn bổ sung cho nhau. Cách nhìn thứ nhất coi hình ảnh tự phát là một ngôn ngữ biểu tượng, cần được diễn đạt thành lời trong mối quan hệ trị liệu. Cách nhìn thứ hai được Kramer (1971) phát triển qua làm việc với trẻ em, nhấn mạnh tiềm năng chữa lành của chính quá trình sáng tạo: chứa đựng giận dữ, lo âu và xây dựng cảm giác làm chủ mà ít dựa vào diễn giải. Với trẻ bị sang chấn, cách nhìn thứ hai đặc biệt có ý nghĩa, vì trẻ có thể chưa sẵn sàng hoặc chưa đủ khả năng nói về điều đã xảy ra. Winnicott (1971/2005) bổ sung khái niệm không gian chuyển tiếp: trò chơi và sáng tạo diễn ra trong một vùng trung gian giữa thế giới bên trong và thực tại bên ngoài. Trong trị liệu, chất liệu nghệ thuật đóng vai trò là vật trung gian giữa nhà trị liệu và trẻ, một vùng đệm nơi xung đột có thể tồn tại mà không gây hủy hoại. Gần đây, Malchiodi (2020) phát triển một cách tiếp cận có hiểu biết về sang chấn, theo đó, điều hòa, an toàn và trải nghiệm cơ thể được ưu tiên trước khi xử lý bằng lời kể. Liệu pháp tường thuật của White và Epston (1990), dù không phải trị liệu nghệ thuật cung cấp một lập trường bổ sung: vấn đề được “ngoại hiện hóa” để con người tách khỏi câu chuyện bị vấn đề chi phối. Với trẻ bị sang chấn, White (2005) đề xuất phát triển “mạch truyện phụ”, giúp trẻ có một vùng bản sắc an toàn để đứng vững trước khi kể về sang chấn nhằm giảm nguy cơ tái sang chấn. Điểm gặp gỡ giữa trị liệu nghệ thuật và liệu pháp tường thuật là trẻ chứ không phải nhà trị liệu, là người có thẩm quyền về ý nghĩa của tác phẩm. Điều này quan trọng vì việc gán ý nghĩa cố định cho đặc điểm tranh vẽ theo logic của các kỹ thuật phóng chiếu có cơ sở thực nghiệm yếu (Lilienfeld et al., 2000). Nói cách khác, tranh vẽ là điểm khởi đầu cho đối thoại, không phải công cụ chẩn đoán.

3.2. Các cơ chế giả định

Các tài liệu gợi ý ba cơ chế qua đó trị liệu nghệ thuật có thể hỗ trợ phục hồi sau sang chấn. Cơ chế thứ nhất là điều hòa qua cảm giác và cơ thể. Theo cách tiếp cận có hiểu biết về sang chấn, hoạt động tạo hình huy động vận động, xúc giác và nhịp điệu, giúp trẻ giảm kích động và lấy lại cảm giác kiểm

soát trước khi tiếp cận nội dung đau đớn; nhà trị liệu có thể chọn chất liệu có cấu trúc để chứa đựng hoặc chất liệu tự do để khơi gợi cảm xúc (Malchiodi, 2020). Cơ chế thứ hai là biểu tượng hóa và khoảng cách thẩm mỹ. Tạo hình biến trải nghiệm quá sức thành một vật thể có thể nhìn ngắm, thay đổi và chia sẻ. Nhờ vậy, trẻ có thể đến gần ký ức sang chấn mà vẫn giữ mức đau khổ chịu đựng được, qua đó giảm né tránh (Li et al., 2025). Cơ chế thứ ba mang tính quan hệ. Chất liệu và vật chuyển tiếp làm nhịp cầu giữa thực tại đáng sợ và cái tôi mong manh của trẻ (McCullough, 2009), đồng thời giúp thiết lập liên minh trị liệu dễ hơn so với chỉ trò chuyện (Braitto et al., 2022). Với trẻ có sang chấn quan hệ, việc nhà trị liệu vẽ bên cạnh trẻ, đồng điệu mà không lấn át, có thể là trải nghiệm đầu tiên về một người lớn an toàn. Mức độ phát triển của trẻ cũng ảnh hưởng đến cách các cơ chế này vận hành. Với trẻ nhỏ, hoạt động tạo hình gắn với trò chơi và thường chỉ cần ít lời giải thích; với vị thành niên, tác phẩm dễ trở thành phương tiện bày tỏ bản sắc, sự giận dữ hoặc nỗi xấu hổ mà các em chưa muốn nói trực tiếp với người lớn (Malchiodi, 2020). Vì vậy, cùng một kỹ thuật có thể cần được điều chỉnh về chất liệu, mức độ cấu trúc và cách mời trẻ chia sẻ tùy theo lứa tuổi. Các luận giải này hợp lý về mặt lý thuyết nhưng bằng chứng trực tiếp ở trẻ bị sang chấn còn ít; phần lớn mới được mô tả trong nghiên cứu trường hợp.

3.3. Đóng góp của nghiên cứu trường hợp

Các báo cáo trường hợp lặp lại bốn chủ đề: 1) Nghệ thuật mở đường đến những trải nghiệm mà trẻ không thể hoặc không muốn kể; 2) Hình ảnh giúp ngoại hiện hóa mối đe dọa, sự gây hấn hoặc nỗi xấu hổ; trong một ca được Braitto và cộng sự (2022) dẫn lại, một thiếu nữ nhìn mình là người đã vượt qua “kẻ thù” bên trong; 3) Mối quan hệ trị liệu và vật chuyển tiếp tạo cảm giác an toàn trước khi chạm đến nội dung sang chấn, như McCullough (2009) mô tả ở một trẻ dùng vật chuyển tiếp để đối phó với việc cha mẹ ly hôn; 4) Hình thức nhóm với biểu tượng chung và sự chứng kiến của bạn bè giúp chống lại sự cô lập; Gutiérrez-Ajamil và de Dios (2026) mô tả một chu trình tạo tác - phá hủy - tái tạo ở nhóm trẻ có sang chấn sớm, trong đó việc được phép phá hủy rồi làm lại tác phẩm giúp trẻ trải nghiệm rằng tổn thương có thể được sửa chữa. Các hạn chế của nghiên cứu trường hợp cũng nhất quán: kết quả do chính nhà trị liệu mô tả, không có thang đo chuẩn hóa, không có đường nền và không làm mù. Tổng quan của Braitto và cộng sự (2022) không tìm thấy nghiên cứu tiêu cực nào được công bố, gợi ý có sai lệch xuất bản. Vì vậy, nghiên cứu trường hợp nên được xem là nguồn giả thuyết và chi tiết lâm sàng, không phải bằng chứng về hiệu quả. Một hướng khắc phục là thiết kế một trường hợp phương pháp hỗn hợp, kết hợp mô tả quá trình với thang đo PTSD lặp lại ở nhiều thời điểm như Haeyen và Wanten (2024) đã thực hiện. Để các ca có giá trị tích lũy, hướng dẫn báo cáo CARE cung cấp một danh mục tối thiểu gồm thông tin thân chủ, đồng thời gian, đánh giá ban đầu, can thiệp, kết quả, theo dõi và quan điểm của thân chủ (Gagnier et al., 2013).

3.4. Bằng chứng từ nghiên cứu có đối chứng

Hai thử nghiệm ngẫu nhiên đầu tiên cho kết quả không thống nhất. Chapman và cộng sự (2001) ghi nhận trẻ bị thương được trị liệu nghệ thuật ngắn hạn tại bệnh viện có ít triệu chứng stress cấp hơn nhưng điểm PTSD không khác biệt có ý nghĩa so với nhóm chứng. Lyshak-Stelzer và cộng sự (2007) ghi nhận triệu chứng PTSD giảm nhiều hơn sau 16 buổi trị liệu nghệ thuật nhóm tập trung vào sang chấn ở vị thành niên nội trú nhưng tỷ lệ hoàn thành nghiên cứu thấp và cỡ mẫu nhỏ. Các nghiên cứu cộng đồng gần đây cho tín hiệu tích cực nhưng cũng bộc lộ giới hạn. Tại Nam Phi, chương trình nghệ thuật sáng tạo 10 tuần làm giảm tăng kích thích và né tránh nhưng không khác nhóm chứng về PTSD tổng thể; cả hai nhóm đều cải thiện theo thời gian, gợi ý vai trò của sự quan tâm và tiếp xúc nhóm hơn là thành phần đặc thù của nghệ thuật (van Westrhenen et al., 2019). Các thử nghiệm tại Nigeria sau những vụ bắt cóc học sinh báo cáo PTSD giảm nhưng không thống nhất về loại hình nghệ thuật hiệu quả nhất (Li et al., 2025). Nhìn chung, các thử nghiệm sớm có cỡ mẫu nhỏ, tỷ lệ bỏ cuộc cao và thường không mô tả đủ nội dung các buổi trị liệu nên khó xác định thành phần nào của can thiệp tạo ra thay đổi. Ở cấp độ tổng hợp, các tổng quan và phân tích gộp gần đây cho thấy một bức tranh nhất quán về chiều hướng nhưng chưa chắc chắn về độ lớn (bảng 1). Phân tích gộp của Applewhite và cộng sự (2025) trên 33 nghiên cứu (N = 4.587) ghi nhận hiệu ứng gộp $g = 0,85$ (KTC 95%: 0,70-1,00) nhưng hiệu ứng mạnh chủ yếu ở mẫu ngoài phương

Tây và không có ý nghĩa ở mẫu phương Tây. Phân tích gộp của Maddox và cộng sự (2024) cho thấy hiệu quả trên các kết quả đặc thù PTSD rõ hơn ở mẫu trẻ em, dù trẻ em chỉ là một phần của mẫu nghiên cứu.

Bảng 1: Các tổng hợp gần đây về can thiệp dựa trên nghệ thuật cho trẻ em và vị thành niên bị sang chấn

Tác giả	Phạm vi	Kết quả chính	Hạn chế
Braitto et al. (2022)	17 nghiên cứu, dịch vụ sức khỏe tâm thần trẻ em	Có lợi ích với triệu chứng sang chấn; rõ hơn khi trị liệu từ 8 tuần trở lên	Nhiều nghiên cứu trường hợp; chỉ 2 thử nghiệm ngẫu nhiên
Maddox et al. (2024)	Phân tích gộp, nghệ thuật thị giác sau sang chấn	Hiệu quả trên kết quả đặc thù PTSD rõ ở mẫu trẻ em	Không đồng nhất; trẻ em chỉ là một phần mẫu
Li et al. (2025)	10 nghiên cứu, PTSD ở trẻ em	Kết quả tích cực; hiệu quả từng loại hình chưa rõ	6/10 nghiên cứu từ Nigeria; 4 có nguy cơ sai lệch cao
Applewhite et al. (2025)	33 nghiên cứu, N = 4.587	$g = 0,85$ (KTC 95%: 0,70–1,00)	Hiệu ứng mạnh ở mẫu ngoài phương Tây, không có ý nghĩa ở mẫu phương Tây

Nguồn: Tổng hợp của tác giả tháng 9/2026.

3.5. Một ví dụ vận dụng tại Việt Nam

Để minh họa cách các cơ chế trên có thể vận hành trong bối cảnh Việt Nam, tác giả nêu ví dụ ca An (tên giả), một vị thành niên nữ tại Thành phố Hồ Chí Minh, không nói trong các bối cảnh xã hội sau trải nghiệm bị bỏ rơi về cảm xúc trong gia đình. Trong ca này, tranh vẽ và nhật ký là kênh biểu đạt đầu tiên, xuất hiện trước khi em có thể nói. Lời nói xuất hiện dần, ban đầu qua việc mô tả các nhân vật trên giấy, tức là ở một khoảng cách an toàn, phù hợp với cơ chế biểu tượng hóa và khoảng cách thẩm mỹ (mục 3.2). Ở giai đoạn cuối, cha mẹ được mời tham gia đối thoại, giúp quá trình kết nối lại diễn ra ngay trong mối quan hệ gia đình. Ví dụ này không nhằm chứng minh hiệu quả; nó chỉ cho thấy ba điểm mà y văn đã mô tả: nghệ thuật mở đường đến trải nghiệm trước khi có lời, ngoại hiện hóa qua nhân vật giúp trẻ chạm đến nỗi đau mà không bị tràn ngập và sự tham gia của gia đình có ý nghĩa đặc biệt với sang chấn quan hệ.

3.6. Khung phòng ngừa và can thiệp đề xuất

Từ các tài liệu trên, có thể đề xuất một khung phòng ngừa và can thiệp xem trị liệu nghệ thuật là một thành phần trong tiến trình phục hồi, không phải liệu pháp độc lập. Khung gồm bốn thành tố: thiết lập an toàn và điều hòa; biểu tượng hóa và ngoại hiện hóa; kết nối lại trong quan hệ; và đo lường, bảo vệ trẻ. Mỗi thành tố gắn với một cơ chế giả định và một yêu cầu cụ thể đối với người thực hành. Khung này không coi tác phẩm là căn cứ chẩn đoán và không thay thế các liệu pháp được hướng dẫn khuyến nghị khi trẻ có triệu chứng PTSD rõ. Các thành tố chính được tóm tắt ở bảng 2.

Bảng 2: Khung phòng ngừa và can thiệp dựa trên nghệ thuật cho trẻ phục hồi sau sang chấn

Thành tố	Cơ chế giả định	Biểu hiện ở trẻ	Ý nghĩa cho thực hành
Thiết lập an toàn và điều hòa	Điều hòa qua cảm giác và cơ thể; không gian chuyên tiếp	Trẻ tham gia hoạt động tạo hình mà chưa cần nói; bớt kích động, né tránh	Chọn chất liệu có cấu trúc; không thúc ép, kê; nhà trị liệu đồng điệu, không lấn át
Biểu tượng hóa và ngoại hiện hóa	Khoảng cách thẩm mỹ; ngoại hiện hóa vấn đề	Trẻ biểu đạt qua hình ảnh, nhân vật; lời nói xuất hiện qua tác phẩm	Hỏi trẻ về ý nghĩa tác phẩm thay vì diễn giải; phát triển mạch truyện phụ trước khi tiếp cận sang chấn
Kết nối lại trong quan hệ	Liên minh trị liệu; sự chứng kiến của người khác	Trẻ chia sẻ với bạn bè, gia đình; giảm cô lập	Hình thức nhóm ở trường học; mời gia đình tham gia khi phù hợp
Đo lường và bảo vệ trẻ	Tách giả thuyết của nhà trị liệu khỏi lời của trẻ	Thay đổi được ghi nhận bằng công cụ chuẩn hóa	Thang đo ở đầu, cuối và theo dõi; báo cáo theo CARE; quy trình báo mật và chuyển tuyến

Nguồn: Tổng hợp của tác giả từ Malchiodi (2020), Winnicott (1971/2005), White (2005), Li và cộng sự (2025), Gagnier và cộng sự (2013), NICE (2018).

4. Thảo luận

Kết quả tổng quan cho thấy nghiên cứu trường hợp và nghiên cứu có đối chứng trả lời những câu hỏi khác nhau nhưng hiếm khi được kết nối. Nghiên cứu có đối chứng ít khi mô tả trẻ thực sự làm gì trong

các buổi trị liệu, còn nghiên cứu trường hợp hiếm khi đo triệu chứng bằng công cụ đã được kiểm chứng. Hiệu ứng gộp $g = 0,85$ cần được diễn giải thận trọng vì chủ yếu đến từ nghiên cứu bán thực nghiệm, một cụm thử nghiệm cùng khu vực và không được ghi nhận ở mẫu phương Tây (Applewhite et al., 2025; Li et al., 2025). Khác biệt này có thể do mức độ phù hợp văn hóa, do điều kiện so sánh (nhóm không can thiệp ở bối cảnh nguồn lực hạn chế so với điều trị thông thường tích cực ở các nước thu nhập cao) hoặc do sai lệch phương pháp; dữ liệu hiện có chưa cho phép tách bạch. Kết luận công bằng nhất là: tiếp cận dựa trên nghệ thuật có triển vọng và được trẻ chấp nhận; hiệu quả đối với triệu chứng PTSD nhiều khả năng có thật nhưng độ lớn chưa chắc chắn; bằng chứng về cơ chế đặc thù theo loại hình nghệ thuật còn yếu.

Trong mô hình chăm sóc theo bậc, trị liệu nghệ thuật không nên thay thế TF-CBT cho trẻ được chẩn đoán PTSD (NICE, 2018). Phương pháp này phù hợp nhất khi là (a) biện pháp bổ trợ giúp tăng sự tham gia và khả năng biểu đạt; (b) lựa chọn thay thế khi chưa thể thực hiện liệu pháp bằng lời, như với trẻ nhỏ, trẻ hạn chế ngôn ngữ hoặc nơi thiếu nhà trị liệu TF-CBT (Li et al., 2025); và (c) hình thức nhóm có thể nhân rộng ở trường học và cộng đồng. Trẻ có triệu chứng kéo dài hoặc nghiêm trọng cần được đánh giá và chuyển tuyến. Tác dụng bất lợi, như tái trải nghiệm trong buổi trị liệu, hầu như chưa được báo cáo có hệ thống, nên người thực hành cần chuẩn bị sẵn kỹ thuật điều hòa và đường chuyển tuyến.

Đối với Việt Nam, tỷ lệ ACE cao (Le et al., 2022; Tran et al., 2015) cho thấy nhu cầu lớn về các hình thức hỗ trợ dễ tiếp cận và ít bị kỳ thị. Chương trình nhóm gắn với trường học, do chuyên viên tham vấn hoặc giáo viên đã được đào tạo thực hiện dưới sự giám sát, có lợi thế về chi phí và kết nối bạn bè; tín hiệu ở các mẫu ngoài phương Tây cũng gợi ý rằng tiếp cận sáng tạo có thể cộng hưởng với các hình thức văn hóa bản địa (Applewhite et al., 2025). Tuy vậy, cần lưu ý ba điểm: 1) Tác giả chưa tìm thấy thử nghiệm có đối chứng nào tại Việt Nam trong nguồn tài liệu tiếng Anh nên mọi chương trình cần được triển khai kèm đánh giá ngay từ đầu bằng thang đo đã được chuẩn hóa tại địa phương; 2) Điều chỉnh văn hóa không chỉ là dịch thuật: quyền uy của cha mẹ, chuẩn mực gia đình và bộ từ vựng hình ảnh, tâm linh của trẻ sẽ định hình những gì trẻ vẽ và cách gia đình tiếp nhận; đây là giả thuyết cần nghiên cứu định tính, không phải căn cứ để giải mã từng bức tranh (Lilienfeld et al., 2000). Ví dụ ca (trường hợp) của An cho thấy, với sang chấn quan hệ, sự tham gia của gia đình có thể quan trọng không kém những gì diễn ra trong phòng trị liệu; 3) Tác phẩm có thể làm lộ danh tính hoặc hé lộ việc trẻ bị xâm hại, nên sự đồng ý của người giám hộ, sự đồng thuận của trẻ, bảo mật, quy trình báo cáo bắt buộc và đường chuyển tuyến phải được xác định trước khi bắt đầu.

Năng lực của người thực hành là một điều kiện khác cần được bàn đến. Trị liệu nghệ thuật dễ bị hiểu như một hoạt động vẽ đơn thuần, trong khi giá trị của nó phụ thuộc vào mối quan hệ trị liệu, khả năng điều hòa khi trẻ bị kích hoạt và sự thận trọng khi bàn về tác phẩm. Ở Việt Nam, đào tạo chuyên sâu về trị liệu nghệ thuật còn hạn chế và nhiều người thực hành đến từ các nền tảng khác nhau như tâm lý học, công tác xã hội, giáo dục hoặc mỹ thuật. Vì vậy, các chương trình cần xác định rõ ai được phép thực hiện thành phần nào: giáo viên có thể tổ chức hoạt động nghệ thuật mang tính nâng đỡ cho cả lớp, trong khi việc tiếp cận nội dung sang chấn chỉ nên do nhà tâm lý đã được đào tạo và được giám sát thực hiện. Sự phân tầng này phù hợp với mô hình chăm sóc theo bậc và giúp giảm nguy cơ tái sang chấn do can thiệp thiếu chuẩn bị.

Trong giảng dạy, các chương trình đào tạo tâm lý học, công tác xã hội và sư phạm có thể đưa nội dung về trị liệu nghệ thuật có hiểu biết về sang chấn vào học phần can thiệp cho trẻ em, kèm theo kỹ năng nhận diện dấu hiệu xâm hại, quy trình báo cáo và chuyển tuyến. Qua đó, người học không chỉ biết dùng nghệ thuật để nâng đỡ trẻ mà còn biết lên tiếng bệnh vực trẻ và tham gia phòng, chống bạo lực, xâm hại trẻ em.

Để nghiên cứu trường hợp tại Việt Nam có giá trị tích lũy, tác giả đề nghị tuân theo hướng dẫn CARE (Gagnier et al., 2013) và bổ sung: mô tả loại sang chấn, giai đoạn phát triển, bối cảnh gia đình - văn hóa; dùng ít nhất một thang đo triệu chứng phù hợp lứa tuổi ở thời điểm ban đầu, kết thúc và theo dõi; ghi rõ số buổi, thời lượng, chất liệu và trình độ nhà trị liệu; tách diễn giải của nhà trị liệu khỏi lời kể của trẻ; báo cáo cả bước lùi, bỏ cuộc và ca không cải thiện; nêu rõ cách xin phép công bố tác phẩm. Tổng quan này cũng có những hạn chế. Đây không phải là tổng quan hệ thống; việc tìm kiếm không đầy đủ, chỉ giới hạn ở tài liệu tiếng Anh và có thể thiên về công trình truy cập mở. Một phần thông tin về nghiên cứu gốc được lấy từ các tổng hợp, nên sai sót trong các tổng hợp đó có thể được chuyển sang bài này. Ví dụ lâm sàng chỉ có giá trị minh họa.

5. Kết luận

Qua các tài liệu được xem xét, trị liệu nghệ thuật có thể được coi là một nguồn lực có giá trị trong can thiệp phục hồi cho trẻ sau sang chấn, đặc biệt với những trẻ chưa thể diễn đạt trải nghiệm thành lời. Nghiên cứu trường hợp cho thấy sáng tạo nghệ thuật giúp trẻ tiếp cận trải nghiệm qua biểu tượng, ngoại hiện hóa mối đe dọa và khôi phục an toàn trong quan hệ; nghiên cứu có đối chứng gợi ý, với mức độ không chắc chắn đáng kể rằng các chương trình dựa trên nghệ thuật có thể làm giảm triệu chứng stress sau sang chấn. Tuy nhiên, hai khối bằng chứng này chưa được kết nối và chưa ủng hộ mạnh các cơ chế đặc thù theo loại hình. Trị liệu nghệ thuật vì vậy nên được xem là biện pháp bổ trợ có triển vọng trong mô hình chăm sóc theo bậc, không thay thế các phương pháp được hướng dẫn khuyến nghị. Ở Việt Nam, ưu tiên là các chương trình nhóm phù hợp với văn hóa, có sự tham gia của gia đình và nhà trường, có đánh giá ngay từ đầu và có biện pháp bảo vệ trẻ, cùng với việc báo cáo ca minh bạch và dựa trên đo lường.

Tuyên bố sử dụng trí tuệ nhân tạo: Tác giả đã sử dụng Claude (Anthropic) để hỗ trợ kỹ thuật. Tác giả xác định cấu trúc bản thảo và ngôn ngữ biên dịch, đã rà soát, chỉnh sửa và chịu hoàn toàn trách nhiệm về nội dung bài viết.

Chú thích

(*) Bài nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh trong khuôn khổ đề tài mã số T2025-25.

Tài liệu tham khảo

- Applewhite, B., Delattre, B., Singh, I., Kringelbach, M., & Spiegler, O. (2025). Creative arts-based interventions for the improvement of PTSD symptoms in young people: A meta-analysis with a focus on non-Western populations. *Nature Mental Health*, 3(12), 1616-1632. <https://doi.org/10.1038/s44220-025-00543-y>.
- Braitto, I., Rudd, T., Buyuktasgin, D., Ahmed, M., Glancy, C., & Mulligan, A. (2022). Review: Systematic review of effectiveness of art psychotherapy in children with mental health disorders. *Irish Journal of Medical Science*, 191(3), 1369-1383. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02688-y>.
- Chapman, L., Morabito, D., Ladakakos, C., Schreier, H., & Knudson, M. M. (2001). The effectiveness of art therapy interventions in reducing post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in pediatric trauma patients. *Art Therapy*, 18(2), 100-104. <https://doi.org/10.1080/07421656.2001.10129750>.
- Gagnier, J. J., Kienle, G., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., & Riley, D. (2013). *The CARE guidelines: Consensus-based clinical case reporting guideline development*. *BMJ Case Reports*, 2013, Article bcr2013201554. <https://doi.org/10.1136/bcr-2013-201554>.
- Gutiérrez-Ajamil, E., & de Dios, J. E. (2026). *Create, destroy, recreate: A case study of art therapy with children who have experienced early trauma*. *The Arts in Psychotherapy*, 98, Article 102415. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2026.102415>.
- Haeyen, S., & Wanten, F. (2024). *Effectiveness of trauma-focused art therapy (TFAT) for psychological trauma: A mixed-method single-case study*. *The Arts in Psychotherapy*, 91, Article 102218. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2024.102218>.
- Kramer, E. (1971). *Art as therapy with children*. Schocken Books.
- Le, T., Dang, H.-M., & Weiss, B. (2022). *Prevalence of adverse childhood experiences among Vietnamese high school students*. *Child Abuse & Neglect*, 128, Article 105628. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105628>.
- Li, Z., Cui, Q., & Liu, X. (2025). *Systematic review of the effectiveness of arts therapy for children and adolescents with post-traumatic stress disorder*. *Frontiers in Psychiatry*, 16, Article 1716481. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1716481>.
- Lilienfeld, S. O., Wood, J. M., & Garb, H. N. (2000). The scientific status of projective techniques. *Psychological Science in the Public Interest*, 1(2), 27-66. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.002>.
- Lyshak-Stelzer, F., Singer, P., St. John, P., & Chemtob, C. M. (2007). Art therapy for adolescents with posttraumatic stress disorder symptoms: A pilot study. *Art Therapy*, 24(4), 163-169. <https://doi.org/10.1080/07421656.2007.10129474>.
- Maddox, G. A., Bodner, G. E., Christian, M. W., & Williamson, P. (2024). On the effectiveness of visual arts therapy for traumatic experiences: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(4), Article e3041. <https://doi.org/10.1002/cpp.3041>.
- Malchiodi, C. A. (2020). *Trauma and expressive arts therapy: Brain, body, and imagination in the healing process*. Guilford Press.
- McCullough, C. (2009). A child's use of transitional objects in art therapy to cope with divorce. *Art Therapy*, 26(1), 19-25. <https://doi.org/10.1080/07421656.2009.10129306>.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder* (NICE guideline NG116). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>.
- Tran, Q. A., Dunne, M. P., Vo, T. V., & Luu, N. H. (2015). Adverse childhood experiences and the health of university students in eight provinces of Vietnam. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 27(8, Suppl.), 265-325. <https://doi.org/10.1177/1010539515589812>.
- van Westrhenen, N., Fritz, E., Vermeer, A., Boelen, P., & Kleber, R. (2019). Creative arts in psychotherapy for traumatized children in South Africa: An evaluation study. *PLOS ONE*, 14(2), Article e0210857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210857>.
- White, M. (2005). Children, trauma and subordinate storyline development. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 3(3-4), 10-22.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. W. W. Norton.
- Winnicott, D. W. (2005). *Playing and reality*. Routledge. (Original work published 1971).