

ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC KHOA HỌC XÃ HỘI VÀ NHÂN VĂN
KHOA TÂM LÝ HỌC



TRẦN VĂN CÔNG

**BƯỚC ĐẦU ỨNG DỤNG LIỆU PHÁP HÀNH VI VÀO CAN THIỆP
CHO TRẺ TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý ĐỘ TUỔI ĐẦU TIỂU HỌC**

KHOÁ LUẬN TỐT NGHIỆP

NGÀNH	: Tâm lý học
KHOÁ	: 47 (2002- 2006)
HỆ	: Chính quy

HÀ NỘI - 2006

ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC KHOA HỌC XÃ HỘI VÀ NHÂN VĂN
KHOA TÂM LÝ HỌC



TRẦN VĂN CÔNG

**BƯỚC ĐẦU ỨNG DỤNG LIỆU PHÁP HÀNH VI VÀO CAN THIỆP
CHO TRẺ TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý ĐỘ TUỔI ĐẦU TIỂU HỌC**

KHOÁ LUẬN TỐT NGHIỆP

Ngành : Tâm lý học
Người hướng dẫn : Th.S. Trần Thành Nam

HÀ NỘI - 2006

LỜI CẢM ƠN

Để thực hiện và hoàn thành tốt khóa luận tốt nghiệp này, trước hết em xin cảm ơn các thầy cô trong và ngoài Khoa Tâm lý học - Trường Đại học Khoa học xã hội và Nhân văn đã dìu dắt giúp đỡ em trong bốn năm học vừa qua.

Em xin được kính gửi những lời cảm ơn chân thành nhất tới thầy, cô giáo đã giúp em một cách hết sức nhiệt tình, tận tâm và kịp thời trong quá trình làm khoá luận. Em xin cảm ơn **Thạc sĩ Trần Thành Nam** - giảng viên Khoa Tâm lý học, thầy giáo hướng dẫn khoá luận, người đã giúp em định hướng, chỉ dẫn em một cách hết sức nhiệt tình. Em xin gửi lời cảm ơn tới **Tiến sĩ, bác sĩ Hoàng Cẩm Tú, Phó giáo sư, tiến sĩ Nguyễn Sinh Phúc** và **Thạc sĩ Nguyễn Thị Hồng Thúy** đã giúp đỡ em trong tất cả quá trình làm khoá luận, từ định hướng, tìm khách thể, tài liệu và kinh nghiệm trị liệu.

Xin cảm ơn tất cả bạn bè, đồng nghiệp thuộc Nhóm Tương trợ phụ huynh, trực thuộc Trung tâm Hỗ trợ và tư vấn Tâm lý - Đại học Khoa học xã hội và nhân văn đã hết sức ủng hộ và giúp đỡ tôi trong cả quá trình học tập, làm việc và làm khoá luận.

Xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Hỗ trợ và Tư vấn Tâm lý (CACP), Khoa Tâm thần và chống động kinh - Bệnh viện Nhi Trung ương, Phòng khám của TS. BS. Hoàng Cẩm Tú, Trung tâm Sao Mai - Hội cứu trợ trẻ em tàn tật Hà Nội đã tạo điều kiện thuận lợi trong thời gian tôi thực hiện khoá luận.

Tôi vô cùng biết ơn tất cả gia đình có trẻ thuộc đề tài nghiên cứu đã ủng hộ và cộng tác với tôi trong quá trình làm việc.

Với niềm trăn trở làm sao để trợ giúp được nhiều hơn những trẻ em thiệt thòi, giúp đỡ được nhiều hơn cho xã hội, tôi quyết định chọn đề tài có tính ứng dụng với hy vọng mỗi việc làm của mình đều giúp được ai đó, cái gì đó. Trong quá trình thực hiện đề tài, mặc dù đã hết sức cố gắng, nhưng năng lực còn rất hạn

chế cả về kiến thức chuyên môn, kinh nghiệm, khả năng dịch thuật... nên chắc hẳn còn nhiều thiếu sót. Tôi rất mong muốn và hy vọng rằng những thiếu sót này sẽ được tiếp tục xem xét và giải quyết, với mục đích cuối cùng là giúp đỡ được nhiều hơn cho mọi người, cho xã hội.

Xin chân thành cảm ơn !

Hà nội, ngày 28 tháng 05 năm 2006

Trần Văn Công

CÁC TỪ VIẾT TẮT TRONG KHOÁ LUẬN

AAP: American Academy of Pediatrics - Học viện Nhi khoa Hoa Kỳ

ADD: Attention Deficit Disorder - Rối loạn giảm chú ý

ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder-Rối loạn tăng động giảm chú ý

APA: American Psychological Association - Hội Tâm lý học Hoa Kỳ

CD: Conduct Disorder- Rối loạn hành vi

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Sổ tay chẩn đoán và phân loại bệnh tâm thần (của Hội Tâm thần học Hoa Kỳ).

ICD: The International Classification of Diseases - World Health Organization:

Bảng phân loại bệnh quốc tế của Tổ chức Y tế Thế giới

IQ: Inteligence Quotien - Chỉ số thông minh (trí tuệ)

NIMH: National Institute of Mental Health - Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia (Hoa Kỳ)

MỤC LỤC

Trang phụ bìa

Lời cảm ơn

Các từ viết tắt trong khoá luận

Mục lục

Phần một: MỞ ĐẦU	1
1. Đặt vấn đề.....	1
2. Mục đích, nhiệm vụ nghiên cứu	3
2.1. Mục đích nghiên cứu	3
2.2. Nhiệm vụ nghiên cứu.....	3
3. Đối tượng, khách thể nghiên cứu.....	4
3.1. Đối tượng nghiên cứu	4
3.2. Khách thể nghiên cứu	4
4. Giả thuyết nghiên cứu	4
5. Phương pháp nghiên cứu	5
5.1. Phương pháp nghiên cứu tài liệu	5
5.2. Phương pháp quan sát.....	5
5.3. Phương pháp nghiên cứu trường hợp (ca).....	5
5.4. Phương pháp vãng gia và phỏng vấn sâu	6
5.5. Phương pháp sử dụng test đánh giá	6
Phần hai: NỘI DUNG NGHIÊN CỨU	11
Chương 1 - Cơ sở lý luận.....	11
1.1. Tổng quan về vấn đề nghiên cứu.....	11
1.2. Các vấn đề về rối loạn tăng động giảm chú ý	12
1.2.1. Lịch sử thuật ngữ tăng động giảm chú ý	12
1.2.2. Khái niệm và chẩn đoán rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD).....	14
1.2.3. Đặc điểm chung.....	24
1.2.4. Nguyên nhân.....	27
1.2.5. Điều trị.....	33
1.2.6. Chương trình điều trị cho trẻ ADHD	41
1.3. Liệu pháp hành vi	43
1.3.1. Đôi nét về lịch sử.....	44
1.3.2. Các kỹ thuật trong liệu pháp hành vi được sử dụng trong đề tài	45
1.3.3. Các liệu pháp tâm lý khác bổ trợ cho liệu pháp hành vi.....	50
1.4. Chương trình can thiệp cho trẻ ADHD ở độ tuổi đầu tiểu học	58
1.4.1. Đặc điểm chung của trẻ em độ tuổi đầu tiểu học	58
1.4.2. Đặc điểm ADHD của lứa tuổi	63
1.4.3. Chương trình can thiệp	63
Chương 2. Cơ sở thực tiễn	84
2.1. Giới thiệu chung về quá trình thực hành	84
2.1.1. Giới thiệu chung về 4 khách thể nghiên cứu	84
2.1.2. Thời gian, địa điểm và các điều kiện khác	85

2.1.3. Quy trình can thiệp	85
2.1.4. Quy trình chẩn đoán và đánh giá.....	89
2.1.5. Khó khăn và thuận lợi.....	90
2.2. Đánh giá chung về kết quả thực hành	91
2.2.1. Đánh giá hiệu quả của chương trình can thiệp	91
2.2.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả của chương trình can thiệp	92
2.2.3. Sự đáp ứng của trẻ đối với các bài tập tăng cường chú ý.....	92
2.3. Phân tích ca lâm sàng.....	95
2.3.1. Trường hợp 1	95
2.3.2. Trường hợp 2	99
2.3.3. Trường hợp 3	102
2.3.4. Trường hợp 4	108
Phần ba: KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ	113
1. Kết luận	113
1.1. Hiệu quả của liệu pháp thưởng quy đổi.....	113
1.2. Vai trò của sự hợp tác từ phía gia đình	114
1.3. Sự linh hoạt và sáng tạo trong xây dựng chương trình cho từng trường hợp ..	114
1.4. Các kết luận khác.....	115
2. Kiến nghị	115
2.1. Với xã hội	116
2.2. Với các bạn đang thực hành hoặc công tác trong lĩnh vực tâm lý lâm sàng ..	116
2.2.1. Đề xuất về mặt lý thuyết.....	116
2.2.2. Đề xuất về mặt thực hành	117
Tài liệu tham khảo	119
Phụ lục	
Phụ lục 1 - Hồ sơ các khách thể nghiên cứu	
Phụ lục 2 - Thang đo ADHD	
Phụ lục 3 - Các trắc nghiệm đo trí tuệ	
Phụ lục 4 - Các bảng theo dõi	
Phụ lục 5 - Bản cam kết	
Phụ lục 6 - Bảng quan sát hành vi	
Phụ lục 7 - Bảng giao tiếp chức năng	
Phụ lục 8 - Các hình tô màu	
Phụ lục 9 - Bài tập tìm số	
Phụ lục 10 - Bài tập tìm chữ	
Phụ lục 11 - Bài tập sắp xếp lại số	
Phụ lục 12 - Bài tập tìm số giống nhau	

PHẦN MỘT

MỞ ĐẦU

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm gần đây, tăng động giảm chú ý (ADHD) là một vấn đề được chú ý và quan tâm rộng rãi. Trẻ mắc ADHD không thể tập trung lâu vào bài tập, không thể ngồi yên, hành động thiếu suy nghĩ, và hiếm khi hoàn thành được thứ gì đó. Nếu không được điều trị, rối loạn có thể ảnh hưởng lâu dài đến khả năng kết bạn, học tập hay công việc của trẻ. [36, 1]

Nếu chịu khó quan sát, chúng ta sẽ dễ dàng nhận thấy trong nhiều lớp học luôn luôn có một vài em không thể ngồi yên, luôn cựa quậy nhúc nhích, không chú ý lắng nghe thầy cô giảng bài, thậm chí chạy ra khỏi ghế không xin phép cô giáo trong khi cả lớp đang ngoan ngoãn ngồi học. Các em thường viết chữ nguệch ngoạc, nói nhiều hoặc hò hét âm ỉ, đến lúc chơi thì chạy nhảy lung tung, trêu chọc các bạn, xen vào cuộc chơi của các bạn nhưng không có bạn nào chịu chơi cùng. Kết quả là bị bạn bè tẩy chay, thầy cô khó chịu, bị phạt, bố mẹ bị gọi đến trường. Nhiều trường hợp còn bị đình chỉ học, đuổi học, phải chuyển trường...

Có đúng là các em như vậy “hư đốn” “phá phách” hay “đần độn” như mọi người vẫn dùng để mắng các em không? Có đúng là các em không thích học và không có khả năng học? Không hẳn như vậy, hầu hết trong số những em có những đặc điểm nêu trên bị mắc một chứng gọi là rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD). Những biểu hiện như vậy của các em hoàn toàn không phải do các em muốn làm, cố ý làm, mà do một rối loạn bên trong, khiến các em không thể kiềm chế, từ đó dẫn tới không thể tập trung, hoạt động nhiều.

Khi ở nhà, trẻ ADHD thường biến môi trường gia đình thành một “bãi chiến trường”, và liên tục có những lời cằn nhằn, mắng mỏ, ra lệnh... của bố mẹ, người thân trong gia đình. Nặng hơn nữa là roi vọt, là trừng phạt, nhưng rồi đầu vẫn vào đấy. Trẻ vẫn chạy nhảy, hò hét, còn bố mẹ thì bất lực. Và mối quan hệ giữa bố mẹ với trẻ ADHD càng ngày càng xấu đi.

Thuật ngữ ADHD đã có lịch sử hơn 100 năm. Ở Bắc Mỹ và các nước Châu Âu, vấn đề này đã được phổ biến rộng rãi trong dân chúng, trẻ ADHD được cả xã hội quan tâm, được hưởng những chế độ giáo dục riêng, những chương trình can thiệp hiệu quả. Nhưng ở Việt Nam, đây là vấn đề còn mới, thực sự ít được quan tâm. Khi trẻ bị đau ốm, bị bệnh thực thể (ho, sốt, viêm, đau, nhiễm trùng, chấn thương,...) thì ai cũng lo lắng, quan tâm, được yêu thương, nuông chiều, bởi ai cũng nhìn thấy, và nếu không khám, chữa ngay thì nguy hiểm. Trong khi còn nhiều trẻ đang ốm, đang chết dần vì những căn bệnh mà chẳng ai nhìn thấy (bệnh tâm thần), nếu có nhìn thấy thì lại là “hư đốn” “nghịch” “hâm”, khiến cho trẻ đã luôn trong tình trạng bệnh, khó chịu rồi lại còn thêm những căng thẳng, đau đốn về tinh thần.

Việt Nam chưa có thống kê dịch tễ về ADHD. Tuy nhiên, có một điều chắc chắn là số trẻ ADHD được phát hiện ngày càng nhiều. Khoa Tâm thần - Bệnh viện Nhi Trung ương hầu như ngày nào cũng có trẻ đến khám và được chẩn đoán ADHD. Rất nhiều bài báo, cả báo viết và báo điện tử (từ mạng Internet) đã đề cập đến vấn đề này, từ nhiều góc độ khác nhau. Những diễn đàn trên mạng dành cho phụ huynh, đặc biệt là diễn đàn của WTT¹, có hẳn những chuyên mục cho phụ huynh có con tăng động, luôn luôn rất sôi động.

Khi thấy con quá hiếu động, được bác sĩ chẩn đoán ADHD, bố mẹ thường “chạy khắp nơi” nhằm tìm kiếm thông tin, tìm kiếm nguồn giúp đỡ. Nhưng chưa có tổ chức nào chuyên tư vấn, giúp đỡ một cách chuyên nghiệp về vấn đề này. Khó khăn này cũng do một loại khó khăn khác gây ra, đó là có quá ít tài liệu về loại rối loạn khá phổ biến này. Tài liệu tiếng Việt chỉ nằm lác đác trong các sách của trung tâm NT với cách tiếp cận của Pháp, một số báo cáo, nghiên cứu khoa học, khoá luận tốt nghiệp... nhưng phần lớn tập trung vào thống kê mô tả. Có thể kể ra ở đây như nghiên cứu khoa học “*Tìm hiểu ảnh hưởng của hội chứng tăng động giảm chú ý đối với học tập ở trẻ em tiểu học*” của Đặng Hoàng Minh và TS. Hoàng Cẩm Tú (2001); báo cáo khoa học “*Bước đầu thích nghi hoá các thang đánh giá những hành vi kém thích nghi của Conners trên học sinh tiểu học và trung học cơ sở*” của T.S Nguyễn Công Khanh (2002), có đề cập đến rối loạn tăng động giảm chú ý; đề tài

¹ <http://www.webtretho.com> - Diễn đàn của webtretho.com

“Thử ứng dụng một vài liệu pháp tâm lý trong trị liệu tăng động giảm chú ý ở học sinh trung học cơ sở ở Hà Nội” của TS. Nguyễn Thị Hồng Nga (2003); đề tài B2001-49-12-B9 do TS Võ Thị Minh Chí làm chủ biên; nghiên cứu khoa học “Một số nhận xét về kết quả nghiên cứu test Luria-90 trên học sinh tăng động giảm chú ý bậc trung học cơ sở” của PGS.TS. Võ Thị Minh Chí (2001-2002). Ngoài ra còn một số bài viết chuyên ngành, các khoá luận tốt nghiệp chuyên ngành Tâm lý học Lâm sàng của Khoa Tâm lý học, trường Đại học Khoa học xã hội và Nhân văn; của khoa Tâm lý giáo dục, Giáo dục đặc biệt thuộc Đại học Sư phạm 1 Hà nội.

Chính từ những yêu cầu của xã hội ngày càng lớn và những bức xúc trên. Chúng tôi quyết định thực hiện đề tài **“Bước đầu ứng dụng liệu pháp hành vi vào can thiệp cho trẻ tăng động giảm chú ý độ tuổi đầu tiểu học”** nhằm bổ sung thêm một nguồn tài liệu tham khảo cho các bạn sinh viên chuyên ngành, những người đang trực tiếp đi trị liệu trợ giúp trẻ em, các bậc phụ huynh và những ai quan tâm. Đề tài cũng cung cấp một số phương pháp, cách thức, trò chơi, hoạt động có thể áp dụng trong quá trình thực tiễn trị liệu tại gia đình.

2. MỤC ĐÍCH, NHIỆM VỤ NGHIÊN CỨU

2.1. MỤC ĐÍCH NGHIÊN CỨU

- Ứng dụng các lý thuyết về liệu pháp hành vi-nhận thức, dựa trên lý thuyết về ADHD, kết hợp các lý thuyết về lứa tuổi tiểu học, đặc biệt là lứa tuổi đầu tiểu học nhằm thử thiết kế một chương trình can thiệp, trong đó có các bài tập và trò chơi nhằm tăng cường tập trung và kiểm soát hành vi.

- Tìm hiểu hiệu quả cũng như đáp ứng của trẻ đối với chương trình điều trị, từ đó rút ra các kết luận cũng như kinh nghiệm lâm sàng trong trị liệu cho trẻ ADHD.

2.2. NHIỆM VỤ NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu lý luận: tìm hiểu và xây dựng những vấn đề lý thuyết có liên quan đến vấn đề tăng động giảm chú ý, liệu pháp hành vi nhận thức, lứa tuổi đầu tiểu học và từ đó thiết kế chương trình, trò chơi, bài tập trị liệu.

- Nghiên cứu thực tiễn: thực hành ngay trên các trẻ, kiểm tra thực tế hiệu quả của chương trình, từ đó rút ra những kết luận.

3. ĐỐI TƯỢNG, KHÁCH THỂ NGHIÊN CỨU

3.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Ứng dụng liệu pháp hành vi-nhận thức vào xây dựng chương trình can thiệp, trong đó bao gồm nhiều thành phần và quy trình như tư vấn cho gia đình, giáo viên của trẻ và thiết kế trò chơi trị liệu cho trẻ tăng động trong độ tuổi này.

3.2. KHÁCH THỂ NGHIÊN CỨU

4. GIẢ THUYẾT NGHIÊN CỨU.

Cho đến nay, các nghiên cứu đều chứng minh điều trị ADHD bằng thuốc và bằng liệu pháp hành vi là hai phương thức hiệu quả nhất, trong đó điều trị bằng thuốc tỏ ra hiệu quả hơn liệu pháp tâm lý. [35, 2] Tuy nhiên, thuốc không thể dạy trẻ các kỹ năng xã hội và các kỹ năng tự kiểm chế, cũng không cải thiện được thành tích học tập trong thời gian dài. Vì vậy, kết hợp điều trị bằng thuốc và bằng liệu pháp tâm lý (ở đây là liệu pháp hành vi) tỏ ra có hiệu quả hơn cả. [38]

Với mục đích nghiên cứu là ứng dụng liệu pháp hành vi-nhận thức vào xây dựng chương trình cụ thể cho từng trẻ, độ tuổi đầu tiểu học, với những khả năng riêng của từng trẻ, hoàn cảnh của từng gia đình và điều kiện ở Việt Nam. Chúng tôi đưa ra các giả thuyết sau (tất cả giả thuyết ở đây là áp dụng cho trẻ ADHD trong độ tuổi đầu tiểu học):

- Liệu pháp thường quy đổi hiệu quả hơn khi áp dụng cho trẻ có mức trí tuệ khá, và kém hiệu quả hơn khi áp dụng cho trẻ có mức trí tuệ trung bình dưới.
- Sự hợp tác của gia đình đóng vai trò quan trọng đối với hiệu quả trị liệu, góp phần vào sự thành công hay thất bại của việc điều trị.
- Mô hình can thiệp phải dựa trên đặc điểm và khả năng hiện tại của từng trẻ. Không có mô hình cứng nhắc cho tất cả các trẻ.

5. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

5.1. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU TÀI LIỆU

Đây là phương pháp quan trọng của khoá luận. Tài liệu tiếng Việt nói chung rất ít hoặc không đúng vấn đề cần tìm hiểu. Chỉ có một số tài liệu do Trung tâm NT xuất bản, có đề cập đến một chút về ADHD, theo cách tiếp cận của Pháp. Chúng tôi phải khai thác chủ yếu tài liệu tiếng Anh, bao gồm cả sách, tạp chí, bài viết, và cả các tài liệu từ mạng Internet.

5.2. PHƯƠNG PHÁP QUAN SÁT.

Là phương pháp nghiên cứu có mục đích dựa trên việc tri giác các hành vi, cử chỉ, lời nói của con người trong các điều kiện tự nhiên. Đối tượng quan sát là các hành vi, cử chỉ, lời nói. Quan sát biểu hiện bên ngoài để đoán biết những đặc điểm tâm lý bên trong.

Quan sát khoa học có đặc điểm: tuân theo mục đích nghiên cứu; tuân theo cách thức nhất định, được ghi chép theo cách thức nhất định, mang tính hệ thống, thông tin thu được phải kiểm tra tính ổn định và tính hiệu lực.

Các bước thực hiện quan sát trong nghiên cứu tâm lý học: xác định sơ bộ khách thể quan sát, xác định thời gian địa điểm, lựa chọn cách thức quan sát, tiến trình quan sát, và cuối cùng là kiểm tra thông tin quan sát được.

Trong phạm vi đề tài, khi quan sát trẻ, chúng tôi lựa chọn cách quan sát tại gia đình, trong quá trình can thiệp, chính vì vậy phải dùng cách quan sát tự do và có tham dự. Phương pháp quan sát cũng hỗ trợ rất quan trọng cho các phương pháp khác được nêu dưới đây.

Quan sát tập trung vào các biểu hiện của trẻ, đặc biệt là các biểu hiện liên quan đến các triệu chứng tăng động giảm chú ý. Chúng tôi không thiết kế bảng riêng mà quan sát và ghi chép lại theo thang đo ADHD dựa trên những tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-IV (xem phụ lục 2).

5.3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU TRƯỜNG HỢP (CASE STUDY).

Đây là phương pháp đặc trưng chủ yếu của tâm lý học lâm sàng. Từ những tri thức về lý thuyết chung, nhà lâm sàng áp dụng cho từng ca bệnh cụ thể. Ưu điểm

của phương pháp này là đem lại cái nhìn toàn diện, tổng thể với từng ca lâm sàng có yếu tố cụ thể, riêng biệt, sinh động.

Trong phạm vi đề tài, chúng tôi đi từ những tri thức về lý thuyết chung về liệu pháp hành vi- nhận thức, rối loạn tăng động giảm chú ý, về lứa tuổi đầu tiểu học và áp dụng cho từng trẻ, với những đặc điểm rất khác nhau.

5.4. PHƯƠNG PHÁP VẮNG GIA VÀ PHÒNG VẤN SÂU.

Các khách thể đều được quan sát và nghiên cứu trường hợp tại nhà, vì vậy việc tất yếu là phải đến tận nhà. Và việc phỏng vấn sâu cũng được thực hiện tại nhà.

Phỏng vấn sâu là một loại phương pháp mà đã xác định sơ bộ những thông tin cần thu được cho đề tài nghiên cứu. Người phỏng vấn tự do hoàn toàn trong việc dẫn dắt cuộc phỏng vấn, cách thức đặt câu hỏi, trình tự sắp xếp các câu hỏi sao cho thu được thông tin mong muốn. Mục tiêu của phỏng vấn sâu là giúp người nghiên cứu hiểu sâu về một vấn đề nhất định.

Phỏng vấn sâu được sử dụng nhiều với những đề tài mà đối tượng nghiên cứu còn chưa được hiểu biết đầy đủ. Phỏng vấn sâu được sử dụng trong nghiên cứu trường hợp và những nghiên cứu nhằm chỉ ra bản chất của hiện tượng. Phỏng vấn sâu chủ yếu dùng câu hỏi mở.

Trong đề tài, phỏng vấn sâu chủ yếu được dùng để tìm hiểu, khai thác thông tin sâu về quá trình phát triển, đặc điểm và tất cả những vấn đề liên quan đến trẻ qua bố mẹ và người thân của trẻ.

5.5. PHƯƠNG PHÁP SỬ DỤNG TEST ĐÁNH GIÁ.

5.5.1. Test Raven màu.

Trắc nghiệm khuôn hình tiếp diễn chuẩn do J.C. Raven (Anh) xây dựng. Trắc nghiệm này lần đầu tiên được ông mô tả vào năm 1936 (L. S. Penrose, J. C. Raven, 1936). Trắc nghiệm này thuộc loại trắc nghiệm phi ngôn ngữ, nó được dùng để đo các năng lực tư duy trên bình diện rộng nhất. Những năng lực đó là: năng lực hệ thống hoá, năng lực tư duy lôgic và năng lực vạch ra những mối liên hệ tồn tại giữa các sự vật và hiện tượng. Trắc nghiệm cho phép san bằng trong một mức độ nào đó ảnh hưởng của trình độ học vấn và kinh nghiệm sống của người được nghiên cứu. Trắc nghiệm khuôn hình tiếp diễn chuẩn của Raven được xây dựng trên cơ sở 2 lý

thuyết là : thuyết tri giác hình thể của tâm lý học Gestal và thuyết “Tân phát sinh” của Spearman [7, 168]

Toàn bộ trắc nghiệm gồm 60 bài tập, được chia làm 5 nhóm: A, B, C, D, E. Mỗi nhóm có 12 bài. Trong mỗi nhóm bài tập, mức độ khó của bài sau tăng hơn bài trước; so sánh giữa các nhóm bài tập với nhau, thì nhóm bài sau khó hơn nhóm bài trước. Trắc nghiệm có thể dùng cho từng cá nhân hoặc cả nhóm. Thời gian không bị hạn chế. Vì phạm vi ứng dụng test này rất rộng nên các trẻ nhỏ và người quá cao tuổi chỉ nên giải các bài trong các bộ A và B và các bài mở đầu của bộ C và D. [19, 31]

Các kết quả đã thu được khi sử dụng thang kiểm tra này cho thấy không phải xem xét lại toàn bộ. Tuy nhiên, cũng nên xây dựng thêm một thang có thể cho phép các điểm số có được khoảng phân tán rộng hơn và thay đổi nội dung test đi một chút nhằm sử dụng cho các trẻ nhỏ và người thiếu năng, để có thể biết chắc chắn rằng các đối tượng này, dù có làm được hay không, cũng hiểu được tính chất của bài. [19, 31]

Tập khuôn hình tiếp diễn 1947 gồm các bộ A, AB và B đã được xây dựng cho các trẻ từ 3 đến 10 tuổi, nhằm đạt được các kết quả với khoảng phân tán rộng, giảm khả năng làm được một cách “tình cờ” và tạo điều kiện dùng test này để chọn ra những đối tượng có mức trí tuệ dưới trung bình, do một nguyên nhân nào đó: kém, chậm và rối loạn phát triển. [19, 31]

Trong đề tài, test Raven màu được sử dụng để đo mức độ trí tuệ (chỉ số IQ) của trẻ.

5.5.2 . Test vẽ người Goodenough

Đây là test đo năng lực trí tuệ của cá nhân hoặc tập thể bằng giấy - bút chì, thực hiện không có hình mẫu và cho phép đo năng lực trí tuệ lứa tuổi và chỉ số IQ cho trẻ em từ 3 đến 13 tuổi. [18, 1]

Quan điểm cho việc xây dựng trắc nghiệm [18, 16-18]

- Ở trẻ nhỏ, rõ ràng có mối quan hệ chặt chẽ giữa sự phát triển trí tuệ bộc lộ qua các bức vẽ và trí thông minh của nó.

- Tranh vẽ của trẻ trước hết là một thứ ngôn ngữ, một hình thức thể hiện hơn là một cách sáng tạo ra cái đẹp.

- Đầu tiên, đứa trẻ vẽ cái mà nó biết hơn là cái mà nó trông thấy. Về sau, bé đạt đến trình độ thử trình bày những đồ vật như em nhìn thấy. Bước tiến từ trình độ thứ nhất đến thứ hai là tuần tự và liên tục.

- Cơ sở ý tưởng của các bức vẽ thể hiện rõ ở kích thước các bộ phận mà em bé vẽ. Em tăng kích thước phần nào mà em thích hoặc cho là quan trọng, những bộ phận khác thì bị giảm bớt hoặc lãng quên.

- Sự tiến triển của các bức tranh là đặc biệt chắc chắn, dù các em có nguồn gốc xã hội rất khác nhau.

- Những bức tranh đầu tiên mà các em vẽ bao gồm hầu hết cái mà ta có thể gọi là liệt kê các bộ phận bằng nét bút.

- Để vẽ theo mẫu đặt trước mắt, các em nhỏ ít hoặc không chú ý đến hình mẫu. Những bức vẽ theo mẫu không khác bao nhiêu so với các bức vẽ theo trí nhớ.

- Những bức tranh do các em bé chậm phát triển vẽ trông giống như tranh của các em bình thường ít tuổi hơn ở chỗ thiếu chi tiết và kích thước tỷ lệ không hợp lý.

- Những em trí tuệ kém sao chép tốt nhưng rất ít khi sáng tạo tốt. Ngược lại, đứa trẻ tỏ ra có năng khiếu sáng tạo thường có trình độ trí tuệ cao.

- Có nhiều sự bất đồng giữa các nhà nghiên cứu về những mối liên hệ giữa các bức vẽ trẻ em và các bức vẽ của người cổ sơ hoặc những người thời tiền sử.

- Những sự khác biệt về giới, nói chung xét đến các em trai, được nhiều nhà nghiên cứu đặc biệt là Kerschensteir và Jvanoff thừa nhận.

Trong đề tài, test vẽ người Goodenough được sử dụng để đo trí tuệ (chỉ số IQ) của trẻ. Test Raven màu đòi hỏi duy trì tập trung và nỗ lực trí tuệ nên có thể trẻ né tránh, không thực hiện. Test Goodenough có thể dùng để thay thế test Raven màu trong những trường hợp đó. Bởi đối với trẻ, nhất là trẻ ADHD, việc vẽ hình người tỏ ra hấp dẫn và dễ thực hiện hơn nhiều việc phải làm các bài tập.

5.5.3. Thang đo ADHD.

Thang dựa trên tiêu chuẩn DSM-IV, được thiết kế thành các câu hỏi về biểu hiện của trẻ trong vòng 6 tháng qua cùng với các phương án trả lời để xác định, chẩn đoán rối loạn và xác định hiệu quả điều trị. Thang này do người trị liệu trực tiếp làm dựa trên quan sát lâm sàng và hỏi gia đình trẻ.

Bảng gồm 18 câu hỏi, trong đó có 9 câu về các vấn đề chú ý, 9 câu về hành vi tăng động. Bao gồm:

- 1) Khó tập trung cao vào các chi tiết hoặc thường mắc lỗi do cầu thả khi làm bài ở trường, ở nhà hay trong các hoạt động khác.
- 2) Khó duy trì sự tập trung vào nhiệm vụ hoặc hoạt động giải trí.
- 3) Có vẻ không chăm chú vào những điều người đối thoại đang nói.
- 4) Không theo dõi các hướng dẫn và không làm hết bài tập ở trường, các việc vặt hoặc những nhiệm vụ khác (không phải là hành vi chống đối hay không hiểu được lời hướng dẫn).
- 5) Khó tổ chức các nhiệm vụ và hoạt động.
- 6) Né tránh, không thích hoặc miễn cưỡng tham gia vào các hoạt động đòi hỏi phải duy trì nỗ lực trí tuệ (ví dụ như bài học ở trường hoặc bài tập về nhà).
- 7) Quên những thứ quan trọng cho nhiệm vụ hoặc hoạt động (ví dụ đồ chơi, bài tập được giao về nhà, bút chì, sách hay dụng cụ học tập).
- 8) Dễ bị sao lãng bởi những kích thích bên ngoài.
- 9) Đãng trí trong các hoạt động hàng ngày.
- 10) Hay cựa quậy tay, chân hoặc cả người khi ngồi.
- 11) Rời khỏi ghế trong lớp học hoặc trong những trường hợp cần ngồi ở chỗ cố định.
- 12) Chạy hoặc leo trèo quá mức trong những tình huống không phù hợp.
- 13) Khó khăn khi chơi hoặc tham gia một cách yên tĩnh vào các hoạt động giải trí.
- 14) “Luôn tay luôn chân” hoặc hành động như thể “được gắn động cơ”.
- 15) Nói quá nhiều.
- 16) Đưa ra câu trả lời trước khi người câu hỏi đặt xong câu hỏi.
- 17) Khó chờ đến lượt mình.
- 18) Cắt ngang hoặc nói leo người khác (ví dụ chen vào cuộc trò chuyện hoặc trò chơi).

Mỗi câu được cho từ 0 đến 3 điểm tùy theo triệu chứng của trẻ: 0 điểm nếu không đúng, 1 điểm nếu thường xuyên đúng, 2 điểm nếu đúng một phần hoặc có

lúc đúng, 3 điểm nếu luôn luôn đúng. Tổng điểm phân bố từ 0 đến 54 điểm. Điểm càng cao có nghĩa là các triệu chứng ADHD càng nặng và ngược lại.

Thang dùng để chẩn đoán tăng động, bao gồm 3 thể chính là: tăng động chú ý thể giảm chú ý trội, thể tăng động-xung động trội và thể kết hợp. (xem phụ lục 2)

Ngoài ra, thang còn được dùng để theo dõi hiệu quả điều trị. Trong phạm vi đề tài, chúng tôi sử dụng thang để đo mức độ ADHD của mỗi trẻ vào đầu và cuối đợt điều trị (trước khi trị liệu và sau quá trình trị liệu). Điểm số giảm càng nhiều thì hiệu quả càng cao. Điểm số không giảm hoặc tăng lên có nghĩa là sự can thiệp không có hiệu quả.

PHẦN HAI

NỘI DUNG NGHIÊN CỨU

Chương 1

CƠ SỞ LÝ LUẬN

1.1. TỔNG QUAN VỀ VẤN ĐỀ NGHIÊN CỨU

Nền kinh tế - xã hội ở các nước Bắc Mỹ và châu Âu rất phát triển, cùng với đó là sự phát triển cao của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Chúng tôi nhận thấy các nghiên cứu mới về ADHD ở các nước tiên tiến này chủ yếu tập trung vào vấn đề so sánh hiệu quả giữa các cách can thiệp khác nhau: dùng thuốc, điều trị tâm lý, chăm sóc tại cộng đồng. Các nghiên cứu về điều trị ADHD gần đây của Viện Sức khỏe Tâm thần quốc gia, Hội Tâm thần học Hoa Kỳ, Học Viện Nhi khoa Hoa Kỳ chủ yếu nhằm so sánh hiệu quả của các phương thức khác nhau. Các phương thức bao gồm: dùng thuốc đơn thuần, trị liệu tâm lý (chủ yếu là cách tiếp cận hành vi), kết hợp dùng thuốc và điều trị tâm lý, còn lại là chăm sóc tại cộng đồng.[22]

Mặc dù can thiệp tâm lý được các chuyên gia, gia đình và nhà trường đánh giá cao nhưng nó ít được chứng minh bằng tài liệu về hiệu quả điều trị ADHD. [22]

Ở Việt Nam, các nghiên cứu chủ yếu dừng lại ở mức độ thống kê, mô tả như đã đề cập ở phần trên. Đáng chú ý là nghiên cứu “Thử ứng dụng một vài liệu pháp tâm lý trong trị liệu tăng động giảm chú ý ở học sinh THCS ở Hà Nội” của TS. Nguyễn Thị Hồng Nga - Đại học Sư phạm Hà Nội. Đề tài tập trung chủ yếu vào vai trò của nhà tâm lý trong điều trị cho trẻ ADHD bằng việc sử dụng những liệu pháp, kỹ thuật của mình. Tuy nhiên, chưa thấy có đề tài nào đề cập đến việc xây dựng một chương trình điều trị toàn diện cho trẻ ADHD, bao gồm tất cả các môi trường và làm nổi bật vai trò quan trọng, chủ yếu và lâu dài của bố mẹ, giáo viên, cán bộ nhà trường.

Vấn đề ADHD đã được bằng quan tâm nhiều ở Khoa Tâm lý học - Đại học Khoa học xã hội và nhân văn. Một số khoá luận tốt nghiệp, niên luận, tiểu luận hệ cử nhân hoặc cao học đã đề cập đến các phương diện như mô tả, thống kê, tìm hiểu nguyên nhân. Tuy nhiên chưa thấy có tài liệu nào về trị liệu.

1.2. CÁC VẤN ĐỀ VỀ RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý.

Tăng động giảm chú ý là rối loạn tâm thần phổ biến nhất ở trẻ em độ tuổi đi học và được hiểu rõ nhất. Trẻ mắc ADHD biểu hiện những triệu chứng ban đầu liên quan đến sự phát triển như hoạt động quá mức, thiếu tập trung, khó khăn học đường và hành vi xung động. Nếu không được điều trị, trẻ có nguy cơ lớn sau này trở thành tội phạm, hay bị tai nạn, hoặc lạm dụng chất. [33]

1.2.1. LỊCH SỬ THUẬT NGỮ TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý.

Thuật ngữ tăng động giảm chú ý đã được quan tâm chú ý và bình luận ít nhất 130 năm qua, và được quan tâm dưới khía cạnh khoa học được gần 100 năm. Trong khi cách gọi tên có nhiều thay đổi, nhưng bản chất thực sự của nó thay đổi rất ít, từ những mô tả đầu tiên của Still (1902) đến tận DSM-IV (1994). [32, 64]

Trong văn học, những mô tả về những người có vấn đề nghiêm trọng về chú ý, tăng hoạt động, và suy yếu kiểm chế xung động đã có từ rất lâu. Đại văn hào Shakespear (Anh) đã mô tả bệnh về tập trung như là một trong những đặc điểm của vua Henry VIII. Vào giữa thế kỷ XIX, Heinrich Hoffman, một bác sĩ người Đức, đã mô tả về một trẻ tăng động trong bài thơ của mình có tên *Bé Phil hay cựa quậy* (Stewart, 1970). William James (1890), trong tác phẩm *Nguồn gốc tâm lý học*, đã mô tả một đặc điểm tâm lý là ông gọi là “ý muốn bùng nổ” tương tự với những triệu chứng mà ngày nay trẻ được gọi là ADHD phải trải qua. [32, 64]

Tuy nhiên, sự quan tâm thực sự về mặt lâm sàng với những trẻ có hàng loạt các triệu chứng như vậy dường như xuất hiện lần đầu tiên ở bài thuyết trình của một bác sĩ người Anh là Geogre Still (1902) trước Viện Hàn lâm Y khoa Hoàng gia. Still đã báo cáo về một nhóm 20 trẻ trong thực hành lâm sàng của ông, đã được ông xác định là có sự thiếu hụt trong “ý chí kiểm chế” trong hành vi của chúng. Tuy nhiên, phát hiện này của ông hầu như rất ít được quan tâm. [32, 64]

Sự quan tâm tới trẻ có những đặc điểm như trên dường như bắt đầu ở Bắc Mỹ xung quanh thời điểm bệnh dịch não lớn vào năm 1917 - 1918. Những trẻ sống qua được những sự nhiễm trùng não được ghi nhận là có nhiều vấn đề hành vi tương tự bao gồm ADHD theo quan điểm của thời đó (Ebaugh, 1923; Hohman, 1922; Stryker, 1925). Những trường hợp đó và các trường hợp khác nữa được biết đến là phát sinh từ lúc sinh, tổn thương não, do lan tràn độc tố, và nhiễm trùng (Barkley,

1990) đã làm nổi lên khái niệm *hội chứng tổn thương não trẻ em* (Strauss & Lehtinen, 1947), thường kết hợp với chậm phát triển tâm thần, mà rốt cuộc sau đó lại áp dụng cho cả những trẻ có những biểu hiện tương tự nhưng không tổn thương não cũng không chậm phát triển (Dolphin & Cruickshank, 1951; Strauss & Kephardt, 1955). Khái niệm này về sau phát triển thành *tổn thương não nhẹ*, và thậm chí là *loạn chức năng não nhẹ* (MBD)¹, do những dấu hiệu thiếu tổn thương não trong nhiều trường hợp (Kessler, 1980). [32, 65].

Những năm 50 của thế kỷ XX, nhiều tác giả lại quan tâm đến những hành vi đặc trưng của tăng động và xung động, được gọi là *rối loạn tăng động xung động*, và quy cho là do kích thích quá mức của vỏ não do suy yếu bộ lọc của đồi não đối với những kích thích vào bộ não. Đến năm 1969, DSM-II xuất hiện, và tất cả rối loạn thời thơ ấu được miêu tả như là “những phản ứng”, và hội chứng tăng động giảm chú ý ở trẻ em trở thành *phản ứng tăng động thời thơ ấu*. [32, 65]

Cho đến những năm 70 (thế kỷ XX), các nghiên cứu lại đi đến nhấn mạnh tầm quan trọng của vấn đề duy trì chú ý và kiểm soát xung động (Douglas, 1972). Những quan điểm của Douglas ảnh hưởng lớn đến nhiều nghiên cứu về chú ý sau này, dẫn tới việc đổi tên gọi từ phản ứng tăng động thời thơ ấu trong DSM-II thành *rối loạn suy giảm chú ý* (ADD) trong DSM-III (APA, 1980). Trong DSM-III, ADD được chia làm hai thể: thể có tăng động và thể không tăng động. [32, 66]

Tuy nhiên, chỉ một vài năm sau khái niệm ADD ra đời, các nghiên cứu lại cho thấy rằng tăng hoạt động và xung động là những đặc trưng rất quan trọng để phân biệt rối loạn này với những rối loạn khác và để dự đoán sự phát triển sau này. Năm 1987, rối loạn được đổi tên thành *rối loạn tăng động giảm chú ý* trong DSM-III-R (APA, 1987)

Ngoài ra, theo các tác giả Pháp, tăng động giảm chú ý được gọi là “Chúng không ổn định tâm lý-vận động”, là một trong những rối loạn hành vi vận động cùng với tíc, những thói quen xấu và động tác lặp đi lặp lại. Các tác giả đây quan niệm đây là một rối loạn hành vi đơn thuần.[4, 158-174]

¹ Minimal Brain Dysfunction - MBD

Đến DSM-IV (APA, 1994), tên gọi ADHD vẫn giữ nguyên, nhưng cách phân loại các thể ADHD đã tách tăng động và giảm chú ý ra thành: thể tăng động chiếm ưu thế, thể giảm chú ý chiếm ưu thế và thể kết hợp cả tăng động và giảm chú ý.

1.2.2. KHÁI NIỆM VÀ CHẨN ĐOÁN RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý (ADHD).

1.2.2.1. Khái niệm “Rối loạn tăng động giảm chú ý”.

Theo ICD-10, rối loạn tăng động giảm chú ý thuộc mục F90 có đặc điểm là: *dấu hiệu khởi phát sớm, sự kết hợp của một hành vi hoạt động quá mức, kém kiểm tra với thiếu chú ý rõ rệt và thiếu kiên trì trong công việc; và những đặc điểm hành vi lan toả trong một số lớn hoàn cảnh và kéo dài với thời gian.* [15, 258]

Theo DSM-IV thì ADHD là một mẫu hành vi khó kiểm soát, biểu hiện dai dẳng sự kém tập trung chú ý và tăng cường hoạt động một cách thái quá, khác biệt hẳn với một mẫu hành vi của những trẻ bình thường khác cùng tuổi phát triển. [9, 7]

Người ta thường nghĩ rằng những nét bất thường về thể chất đóng một vai trò chủ yếu trong sự phát triển rối loạn này nhưng nguyên nhân đặc hiệu hiện nay chưa biết được. Trong những năm gần đây người ta đưa ra thuật ngữ “rối loạn suy giảm sự chú ý” để chẩn đoán hội chứng này. Nhưng ở đây nó không được dùng bởi vì nó đòi hỏi tri thức về các quá trình tâm lý mà chúng ta chưa có sẵn, và nó gợi ý đưa vào chẩn đoán này những em bé thường hay lo lắng, bận tâm hoặc vô cảm, “mơ mộng” mà những khó khăn của chúng có lẽ có tính chất khác. Tuy nhiên, về phương diện hành vi, rõ ràng là những khó khăn trong chú ý là nét trung tâm của các hội chứng tăng động này. [15, 258]

Các rối loạn tăng động thường bắt đầu sớm trong quá trình phát triển (thông thường trong 5 năm đầu của cuộc đời). Các nét đặc trưng chính của chúng là thiếu sự kiên trì trong các hoạt động đòi hỏi sự tham gia của nhận thức, và khuynh hướng chuyển từ hoạt động này sang hoạt động khác nhưng không hoàn thành cái nào cả, kết hợp với một hoạt động quá đáng, thiếu tổ chức và kém điều tiết. Sự thiếu sót này thường kéo dài trong suốt quá trình đi học và sang cả tuổi vị thành niên, nhưng sự chú ý và hoạt động của một số lớn các đối tượng được cải thiện dần dần. [15, 258]

Nhiều bất thường khác có thể kết hợp với các rối loạn này. Những trẻ em tăng động thường đại dốt và xung động, dễ bị tai nạn, và bản thân chúng thường có những vấn đề về kỷ luật do thiếu tôn trọng các quy tắc, việc thiếu tôn trọng này là kết quả của sự thiếu suy nghĩ (hơn là cố tình chống đối). Các quan hệ của chúng đối với người thành niên thường là thiếu kiềm chế về mặt xã hội, thiếu thận trọng và dè dặt; chúng không được trẻ em khác thừa nhận và có thể trở nên bị cô lập. Các tật chứng về nhận thức cũng thường gặp và các trạng thái chậm phát triển đặc hiệu về vận động và ngôn ngữ cũng gặp nhiều hơn một cách không cân xứng. [15, 258]

Các triệu chứng thứ phát bao gồm tác phong chống đối xã hội và tự ti. Do vậy, có sự gối lên nhau quan trọng giữa tăng động và các rối loạn hành vi khác, như rối loạn hành vi ở những người không thích ứng xã hội. Tuy nhiên những bằng chứng hiện nay nghiêng về sự phân ra một nhóm rối loạn trong đó tăng động là vấn đề trung tâm. [15, 259]

1.2.2.2. Chẩn đoán và phân loại ADHD.

- Các nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán

Các nét đặc trưng chủ yếu là tật chứng về sự chú ý và tăng hoạt động: cả hai tiêu chuẩn này đều cần thiết cho chẩn đoán, và phải được thấy rõ ràng trong nhiều hoàn cảnh (thí dụ ở nhà, ở lớp, ở trong bệnh viện). [15, 259]

Tật chứng về sự chú ý biểu hiện bằng sự đình chỉ trước thời hạn các nhiệm vụ đang làm và bỏ dở các hoạt động trong khi chưa hoàn thành. Các trẻ em thường chuyển từ một hoạt động này sang một hoạt động khác, hình như chúng thời không chú ý đến một công việc bởi vì chúng bị hấp dẫn bởi công việc khác (trong khi đó thì những nghiên cứu trong phòng thí nghiệm thường không cho thấy một mức độ bất thường về sự đăng trí giác quan hay tri giác). Thiếu kiên trì và thiếu chú ý chỉ có thể đưa vào chẩn đoán nếu chúng quá đáng so với lứa tuổi và chỉ số trí tuệ. Tăng hoạt động bao gồm một sự hoạt động quá mức, đặc biệt trong những hoàn cảnh đòi hỏi một sự yên tĩnh nào đó. Tùy theo hoàn cảnh, nó biểu hiện ở trẻ em chạy và nhảy liên tục hoặc đứng dậy khỏi chỗ trong khi người ta yêu cầu ngồi yên, nói quá mức và làm ồn ào, hoặc cựa quậy không ngừng khi ngồi. Tiêu chuẩn để đánh giá là mức hoạt động quá cao trong khuôn khổ người ta chờ đợi ở một đứa bé trong một hoàn cảnh nhất định và so sánh với một đứa bé cùng lứa tuổi cùng mức độ trí tuệ. Đặc

điểm hành vi này biểu hiện rõ ràng hơn trong những hoàn cảnh có tổ chức và có cấu trúc đòi hỏi một sự kiểm tra bản thân ở mức cao. [15, 259]

**Bảng 1 - Những đặc điểm cơ bản
của các tiêu chuẩn chẩn đoán ADHD¹**

<i>Kém chú ý</i>	<i>Tăng động - xung động</i>
Không tập trung được chú ý vào các chi tiết hoặc mắc lỗi cẩu thả trong các bài học, công việc hoặc các hoạt động khác	Ngồi vãn vẹo, bồn chồn
Không tập trung được chú ý vào bài tập cũng như trò chơi	Hay rời khỏi chỗ ngồi khi không được phép
Không thể chú ý nghe	Không thể chơi cũng giải trí một cách yên lặng
Không thể làm được theo hướng dẫn hoặc hoàn thành bài tập hoặc một việc nào đó (không phải là hành vi chống đối hoặc không hiểu)	Chạy nhảy, leo trèo liên tục; ở tuổi thanh, thiếu niên hoặc tuổi trưởng thành thì có thể chỉ còn cảm giác chủ quan về sự không nghỉ ngơi
Có rắc rối khi phải tổ chức hoạt động hoặc nhiệm vụ	Đi liên tục
Không thích hoặc né tránh những công việc cần nỗ lực tinh thần	Nói quá nhiều
Đánh mất vật dụng cho các hoạt động: sách vở, bút, dụng cụ học tập...	Trả lời ngay khi vừa mới nghe câu hỏi
Dễ chú ý đến kích thích bên ngoài	Có rắc rối khi phải chờ đợi
Hay quên	Hay làm gián đoạn, can thiệp vào công việc của người khác

Các triệu chứng kết hợp không đủ hoặc không cần thiết để đặt chẩn đoán, nhưng có thể giúp cho chẩn đoán. Thiếu kiểm chế trong các mối quan hệ xã hội, sự đại dột trong những hoàn cảnh nguy hiểm, sự coi thường các quy tắc xã hội một

¹ Theo **Paul Bennett** (2003). *Tâm lý học dị thường và lâm sàng*. Trang 424. Biên dịch: PGS.TS. Nguyễn Sinh Phúc.

cách xung động (như can thiệp vào hay làm gián đoạn những công việc của người khác, hoặc vội vã đưa ra những câu trả lời cho những câu hỏi trước khi chúng được phát biểu đầy đủ, hoặc không yên tâm chờ đợi đến lượt mình) tất cả là những nét đặc trưng của những trẻ em có rối loạn này. [15, 260]

Các khó khăn trong học tập và sự vụng về trong vận động xuất hiện với tần số bất thường phải ghi chú riêng (từ F80-F89) nếu có; nhưng chúng không được xem xét như là thành phần của chẩn đoán hiện tại về rối loạn tăng động. Các triệu chứng rối loạn hành vi không phải là những chỉ tiêu bao gồm hay loại trừ chẩn đoán nhưng có chúng hay không có chúng là cơ sở để sự phân chia chủ yếu của rối loạn (xem dưới). [15, 260]

Các rối loạn hành vi đặc trưng phải xuất hiện sớm (trước 6 tuổi) và tồn tại lâu dài. Tuy nhiên, tăng động khó phát hiện trước tuổi vào trường bởi vì các biến đổi của trạng thái bình thường rất rộng, chỉ những cách biệt cực xa mới phải làm chẩn đoán ở trẻ em trước tuổi đi học. [15, 260]

Ở tuổi thành niên chẩn đoán rối loạn tăng động còn có thể đặt ra. Cơ sở như nhau, nhưng sự chú ý và hoạt động phải được đánh giá theo các chuẩn mực tương ứng của sự phát triển. [15, 260]

Khi tăng động xuất hiện ở tuổi trẻ em nhưng đã mất để nhường chỗ cho một rối loạn khác như rối loạn nhân cách chống đối xã hội hoặc lạm dụng ma túy, thì người ta ghi mã ở trạng thái hiện tại hơn là trạng thái trước kia. [15, 260]

- *Tiêu chuẩn ICD-10 và DSM-IV*

Tiêu chuẩn ICD-10 cho ADHD¹

Ghi chú: Nghiên cứu chẩn đoán rối loạn tăng động cần xác định rõ sự hiện diện của các mức độ thường của giảm tập trung, tăng hoạt động, và luôn động đậy tồn tại qua các tình huống và tiếp tục tồn tại theo thời gian và không được gây ra bởi các rối loạn khác như tự kỷ hay các rối loạn cảm xúc.

¹ Russel A. Barkley (1996). Child psychopathology. The Guilford Press. 82.

G1. Giảm chú ý. Ít nhất sáu trong số các triệu chứng giảm chú ý sau đây đã tồn tại ít nhất 6 tháng, theo một mức độ kém thích nghi và mâu thuẫn với mức độ phát triển của trẻ:

- (1) Thường không có khả năng chú ý cao tới chi tiết, hoặc mắc những lỗi do cầu thả trong học tập ở trường, công việc hay các hoạt động khác;
- (2) Thường không có khả năng duy trì chú ý vào các nhiệm vụ hay các hoạt động chơi;
- (3) Thường tỏ ra là không nghe những điều mà người khác đang nói với mình;
- (4) Thường không có khả năng theo những chỉ dẫn hay hoàn thành bài tập, công việc vặt trong nhà, hay những nhiệm vụ ở nơi làm việc (không phải do hành vi chống đối hay không hiểu chỉ dẫn);
- (5) Suy yếu trong tổ chức nhiệm vụ và các hoạt động;
- (6) Thường tránh hoặc rất ghét các nhiệm vụ, như là bài tập về nhà, cần sự nỗ lực duy trì hoạt động trí tuệ lâu;
- (7) Thường mất các vật cần thiết cho các nhiệm vụ hay bài tập nào đó, như đồ dùng học tập ở trường, bút, sách, đồ chơi, hay dụng cụ;
- (8) Thường hay quên trong quá trình của các hoạt động thường ngày.

G2. Tăng hoạt động. Ít nhất ba trong số các triệu chứng tăng động sau đây đã tồn tại ít nhất 6 tháng, theo một mức độ kém thích nghi và mâu thuẫn với mức độ phát triển của trẻ:

- (1) Thường cựa quậy nhúc nhích tay hoặc chân hay cựa quậy trên ghế ngồi;
- (2) Rời khỏi ghế trong lớp học hay trong các tình huống khác khi việc ngồi yên được trông đợi;
- (3) Chạy lăng xăng hay leo trèo quá mức trong các tình huống không phù hợp (ở thanh thiếu niên hoặc người lớn, có thể biểu hiện cảm giác không ngồi yên được);
- (4) Gây ồn quá mức trong khi chơi hay gặp khó khăn khi cố gắng giữ yên lặng trong các hoạt động giải trí;
- (5) Biểu hiện một mẫu hoạt động vận động quá mức kéo dài mà không được duy trì sự những tình huống xã hội hay những yêu cầu.

G3. Xung động. ít nhất một trong số các triệu chứng xung động sau đây đã tồn tại ít nhất 6 tháng, theo một mức độ kém thích nghi và mâu thuẫn với mức độ phát triển của trẻ:

- (1) Thường buột ra những câu trả lời trước khi câu hỏi được kết thúc;
- (2) Thường khó đợi theo hàng hay đợi đến lượt mình trong các trò chơi hay trong các hoạt động của nhóm;
- (3) Thường làm gián đoạn hay xen vào người khác (ví dụ chen ngang vào cuộc nói chuyện hay trò chơi của người khác).
- (4) Thường nói nhiều quá chừng mà không có câu trả lời phù hợp với yêu cầu của xã hội.

G4. Khởi phát của rối loạn không muộn hơn tuổi lên 7.

G5. Toả khắp/lan tràn khắp. Tiêu chuẩn nên được thấy ở hơn một tình huống, ví dụ, sự kết hợp của tăng hoạt động và giảm tập trung cần biểu hiện cả ở nhà và ở trường, hoặc ở trường và một tình huống khác mà trẻ được quan sát, ví dụ như phòng khám. (Bằng chứng cho các môi trường khác nhau là nói chung là cần đến các thông tin từ hơn một nguồn; chẳng hạn như tường thuật lại của cha mẹ về các hành vi ở lớp học, chưa chắc đã đầy đủ.)

G6. Các triệu chứng ở G1-G3 gây ra các khó khăn đáng kể về phương diện lâm sàng hay những suy yếu về mặt xã hội, học đường, hay chức năng nghề nghiệp.

G7. Rối loạn cần không phải thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán cho các rối loạn phát triển lan toả (F84.-), giai đoạn hưng cảm (F30.-), giai đoạn trầm cảm (F32.-) hoặc các rối loạn lo âu (F41.-).

Tiêu chuẩn DSM-IV [23, 63-65]

A. Mặc phải (1) hoặc (2):

(1) Sáu hoặc hơn các triệu chứng giảm tập trung sau đây kéo dài ít nhất 6 tháng ở mức độ thích nghi không tốt và mâu thuẫn với mức phát triển.

Giảm tập trung:

a. Thường khó tập trung cao vào các chi tiết hoặc thường mắc lỗi do cẩu thả khi làm bài ở trường, ở nơi làm việc hay trong các hoạt động khác.

b. Thường khó duy trì sự tập trung vào nhiệm vụ hoặc hoạt động giải trí.

- c. Thường có vẻ không chăm chú vào những điều người đối thoại đang nói.
- d. Thường không theo dõi các hướng dẫn và không làm hết bài tập ở trường, các việc vặt hoặc những nhiệm vụ khác ở nơi làm việc (không phải là hành vi chống đối hay không hiểu được lời hướng dẫn).
- e. Thường khó tổ chức các nhiệm vụ và hoạt động.
- f. Thường né tránh, không thích hoặc miễn cưỡng tham gia vào các hoạt động đòi hỏi phải duy trì nỗ lực trí tuệ (ví dụ như bài học ở trường hoặc bài tập về nhà).
- g. Thường quên những thứ quan trọng cho nhiệm vụ hoặc hoạt động (ví dụ đồ chơi, bài tập được giao về nhà, bút chì, sách hay dụng cụ học tập).
- h. Thường dễ bị sao lãng bởi những kích thích bên ngoài.
- i. Thường vắng mặt trong các hoạt động hàng ngày.

(2) Sáu hoặc hơn các triệu chứng quá hiếu động - hấp tấp sau đây kéo dài trong ít nhất 6 tháng ở mức độ thích nghi không tốt và mâu thuẫn với mức phát triển:

Quá hiếu động:

- a. Thường hay cựa quậy tay, chân hoặc cả người khi ngồi.
- b. Thường rời khỏi ghế trong lớp học hoặc trong những trường hợp cần ngồi ở chỗ cố định.
- c. Thường chạy hoặc leo trèo quá mức trong những tình huống không phù hợp.
- d. Thường khó khăn khi chơi hoặc tham gia một cách yên tĩnh vào các hoạt động giải trí.
- e. Thường “luôn tay luôn chân” hoặc thường hành động như thể “được gắn động cơ”.
- f. Thường nói quá nhiều.

Hấp tấp.

- g. Thường đưa ra câu trả lời trước khi người câu hỏi đặt xong câu hỏi.
- h. Thường khó chờ đến lượt mình.
- i. Thường cắt ngang hoặc nói leo người khác (ví dụ chen vào cuộc trò chuyện hoặc trò chơi).

B. Một vài triệu chứng quá hiếu động-hấp tấp hoặc giảm tập trung gây ra sự kém khả năng xuất hiện trước tuổi lên 7.

C. Có một dạng khuyết tật nào đó từ những triệu chứng này bộc lộ trong hai môi trường hoặc hơn (như ở trường hoặc ở nơi làm việc và ở nhà).

D. Phải có bằng chứng lâm sàng rõ ràng về sự suy yếu đáng kể trong các chức năng xã hội, học tập và nghề nghiệp.

E. Những triệu chứng không xuất hiện riêng biệt trong các Rối loạn phát triển lan toả, Tâm thần phân liệt hoặc Rối loạn tâm thần khác và không thể xếp vào một dạng rối loạn trí tuệ nào (như Rối loạn khí sắc, Rối loạn lo âu, Rối loạn phân ly).

Trong phạm vi đề tài, chúng tôi chẩn đoán ADHD dựa theo tiêu chuẩn DSM-IV.

- *Chẩn đoán phân biệt.* Các rối loạn hỗn hợp thường gặp, và các rối loạn lan toả của sự phát triển được ưu tiên chẩn đoán nếu chúng xuất hiện. Những vấn đề chủ yếu trong chẩn đoán nằm ở chỗ phân biệt với các rối loạn hành vi: rối loạn tăng động được ưu tiên chẩn đoán hơn các rối loạn hành vi, khi các tiêu chuẩn được đáp ứng. Tuy nhiên, các thể nhẹ hơn của tăng hoạt động và thiếu chú ý cũng phổ biến trong rối loạn hành vi. Khi cả hai nét tăng động rối loạn hành vi đều có và tăng động lan toả và nặng thì chẩn đoán là “rối loạn hành vi tăng động” (F90.1). Một vấn đề khác phát sinh ở chỗ tăng động và thiếu chú ý thuộc loại không đặc trưng cho một rối loạn tăng động, có thể xuất hiện như một triệu chứng của lo âu hay trầm cảm. Do vậy, trạng thái bất an, thành phần điển hình của rối loạn trầm cảm kích động, không được đưa vào chẩn đoán của một rối loạn tăng động. Cũng như vậy, trạng thái bất an đó thường là thành phần của lo âu trầm trọng cũng không được đưa vào chẩn đoán của một rối loạn tăng động. Nếu các tiêu chuẩn cho một rối loạn lo âu (F40.-, F41.-, F43.-, hoặc F93.-) được thoả mãn thì chẩn đoán này phải ưu tiên hơn là chẩn đoán rối loạn tăng động, trừ khi có nhưng bằng chứng là có thêm rối loạn tăng động cùng với trạng thái bất an kết hợp với lo âu. Tương tự như vậy, nếu tiêu chuẩn của rối loạn cảm xúc (F30 đến F39) được thoả mãn thì không được chẩn

đoán thêm rối loạn tăng động, đơn giản vì có sự suy giảm sự tập trung và có kích động tâm thần vận động. Chỉ làm cả hai chẩn đoán khi các triệu chứng trên không phải đơn thuần là một phần của rối loạn cảm xúc và khi chúng cho thấy rõ ràng là các rối loạn tăng động riêng biệt. [15, 261]

Sự khởi phát cấp của một hành vi tăng động ở một đứa trẻ ở tuổi đi học có thể là kết quả của một rối loạn phản ứng (tâm sinh hoặc thực tổn) một trạng thái hưng cảm, bệnh tâm thần phân liệt hay bệnh thần kinh (thí dụ sốt do thấp khớp). Loại trừ: các rối loạn lo âu (F41 hoặc F93.0); các rối loạn khí sắc (cảm xúc) (F30-F39); các rối loạn phát triển lan toả (F84); tâm thần phân liệt (F20). [15, 261]

Làm sao để chẩn đoán chính xác một đứa trẻ có bị rối nhiễu ADHD hay không? Các nhà tâm lý học đường đã đưa ra một số điều cần lưu ý khi chẩn đoán ADHD:

1) Ở trẻ, các triệu chứng phải kéo dài ít nhất 6 tháng. Trước hết do lịch học của trẻ có sự đan xen giữa việc học và nghỉ nên thời gian để quan sát các triệu chứng rối nhiễu không nhiều. Hơn nữa, không phải lúc nào cũng có thể ở gần trẻ để quan sát nhằm phát hiện và theo dõi các biểu hiện, nên cần có một thời gian dài.

2) Rất nhiều trẻ mới vào tiểu học đã bị cha mẹ, giáo viên xem là thiếu hụt chú ý, hiếu động thái quá. Nhưng thực chất, những đứa trẻ này chỉ hiếu động. Sau một thời gian học, chúng không phát triển thành ADHD.

3) Tuy ADHD khởi phát sớm ở trẻ, thường ngay từ tuổi mẫu giáo, nhưng chỉ được phát hiện đầy đủ khi trẻ đã học tiểu học (6-7 tuổi) và những dấu hiệu then chốt thường xuất hiện trước 7 tuổi.

- Khi 6, 7 tuổi trẻ đến trường và tham gia hoạt động học tập một cách có hệ thống, trong đó trẻ được giao một loạt các nhiệm vụ mà bản thân việc thực hiện các nhiệm vụ buộc trẻ phải có sự tập trung, chú ý. Đây chính là điều kiện thuận lợi để chẩn đoán ADHD một cách chính xác.

4) Những nghiên cứu rối nhiễu học đường gần đây cho thấy khoảng 20-25% trẻ em ở lứa tuổi tiểu học bị ADHD không có khả năng học tập các môn toán, tập đọc, học vắn. Tuy nhiên một số trẻ giảm khả năng học tập nhưng không phải là do rối nhiễu ADHD.

5) Một số trẻ bị chứng lo âu hoặc hưng cảm, tâm thần phân liệt và một số bệnh thần kinh khác cũng có một số triệu chứng gần giống với rối nhiễu ADHD.

6) Một cơ chế từ ADHD có thể chuyển thành rối loạn hành vi (CD) khi ban đầu chỉ là sự thiếu hụt chú ý, tăng động nhưng nếu hành vi kém thích nghi này không được khắc phục mà trở nên trầm trọng sẽ thúc đẩy những hành vi gây hấn, thù nghịch.

- *Phân loại.*

+ **Phân loại theo DSM-IV:** [23, 65]

Mã dựa trên loại bệnh:

314.01. *Rối loạn tăng động giảm chú ý, dạng liên kết:* Cả tiêu chí A1 và A2 đều có trong 6 tháng qua.

314.00. *Rối loạn tăng động giảm chú ý, dạng giảm tập trung là chủ yếu:* Nếu có tiêu chí A1 nhưng không có tiêu chí A2 trong 6 tháng qua.

314.01. *Rối loạn tăng động giảm chú ý, dạng tăng động-xung động là chủ yếu:* Nếu có tiêu chí A2 nhưng không có tiêu chí A1 trong 6 tháng qua.

+ **Phân loại theo tác giả Pháp:** [38]

- *Giả tăng động có nguồn gốc tâm lý-giáo dục:* Đây là những trẻ hiếu động một cách tự nhiên; không phải do một rối loạn thực sự, mà gây ra bởi sự giáo dục đôi khi không phù hợp. Vì vậy, chúng không được học cách kiểm soát cảm xúc của mình, chúng thường xuyên thất vọng, kéo theo những vấn đề về gây hấn (tấn công).

- *Giả tăng động thứ phát hay phản ứng:* Trong trường hợp này, các rối loạn hành vi là do sự phản ứng lại một sự kiện cá nhân hay của gia đình: ly hôn, trầm cảm ở bố hoặc mẹ chúng...

- *Tăng động có nguồn gốc thực thể:* Nhằm chỉ rối loạn tăng động giảm chú ý thực sự đúng theo thuật ngữ. Nguồn gốc này có nguyên nhân từ gen và cảm xúc. Những rối loạn gây ra một sự kết hợp tăng động quan trọng với suy giảm chú ý. Những bài kiểm tra về thần kinh được thực hiện bởi bác sĩ có thể xác nhận chẩn đoán.

1.2.3. ĐẶC ĐIỂM CHUNG.

1.2.3.1. Dịch tễ học.

Thật khó để tìm ra tỷ lệ mắc của ADHD bởi những định nghĩa khác nhau qua thời gian và những mẫu dân cư khác nhau. Ước lượng tỷ lệ từ 1-20% (Dupaul, 1991; Ross & Ross, 1982; Szatmari và cộng sự, 1989). Nhiều ý kiến thống nhất với tỷ lệ 3-5% (APA, 1994). [27, 410]

Nói chung, nhiều số liệu dịch tễ học cùng chỉ ra rằng ADHD là một rối loạn phổ biến ở trẻ em và thanh thiếu niên (với tỷ lệ trung bình được nhận biết là 3-5%) và là một trong những rối loạn thường gặp nhất trong số trẻ em được đưa đi khám. Dù sao, như hầu hết các rối loạn tâm thần khác, sự thay đổi định nghĩa cũng ảnh hưởng đến việc đánh giá tỷ lệ mắc, và một số tỷ lệ biến thiên trong những mẫu khác nhau đã được đưa ra. Các cuộc điều tra dịch tễ học quy mô lớn sử dụng những tiêu chuẩn chẩn đoán phù hợp thời điểm được tóm tắt trong bảng sau: [33]

Bảng 2 - Tỷ lệ ADHD trong các mẫu dân cư

Tác giả	ADHD (%)	Tác giả	ADHD (%)
Anderson và cộng sự, 1987	5,7	Costello và cộng sự, 1996	1,9
Costello và cộng sự, 1988	2,0	Shaffer và cộng sự, 1996	4,1
Szatmari và cộng sự, 1989	6,3	Wolraich, 1996	11,4
Jensen và cộng sự, 1995	7,4		

Các nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ ADHD trong các mẫu khác nhau dao động từ 2,0-9,5%. Tỷ lệ ADHD theo định nghĩa của DSM-IV cao hơn từ 15-57% so với DSM-III-R¹. Tỷ lệ nam cao hơn 2-3 lần so với nữ ở cả các mẫu lâm sàng và học sinh. Khoảng 3% trẻ em gái mắc ADHD. [33]

Ở Việt Nam, theo nghiên cứu về rối loạn hành vi ở trẻ em và vị thành niên của Viện Nhi (1999) thì tỷ lệ ADHD là 2,68%. [10, 50]

1.2.3.2. Mức độ nguy hại.

¹ Revised Third Edition of DSM: Phiên bản thứ ba DSM đã được hiệu chỉnh

- Không có tương quan giữa tỷ lệ chết tồn tại trong ADHD. Dù sao, các nghiên cứu cũng cho thấy rằng tuổi thơ mắc ADHD thì khi lớn lên có nhiều nguy cơ về cách cư xử, hành vi sai trái, có thể mang đến cái chết thực sự¹.

- ADHD có thể dẫn đến những khó khăn học đường hoặc nghề nghiệp và những khó khăn xã hội có thể ảnh hưởng sâu sắc đến sự phát triển bình thường. Dù sao, chính xác sự nguy hại của rối loạn như thế nào vẫn chưa được chứng minh. [26]

1.2.3.3. Giới tính.

- Đối với trẻ em mắc ADHD, tỷ lệ ở nam gấp 3-5 lần ở nữ. Một số báo cáo về tỷ lệ là 5:1. Phần lớn của dạng giảm tập trung của ADHD được thấy ở nữ nhiều hơn nam. [26]

- Đối với người lớn, tỷ lệ giới tính là ngang bằng. [26]

1.2.3.4. Tuổi.

- ADHD là một rối loạn phát triển có những triệu chứng khởi phát trước 7 tuổi. Các triệu chứng có thể vẫn tồn tại đến tuổi thanh thiếu niên và trưởng thành, có thể giảm đi hoặc biến mất. [26]

- Tỷ lệ phần trăm ở mỗi nhóm chưa được chứng minh rõ ràng, nhưng ước tính ít nhất 15-20% trẻ mắc ADHD vẫn còn nguyên những chẩn đoán bệnh đến khi trưởng thành. Khoảng 65% số trẻ này sẽ mắc ADHD hay những triệu chứng còn lại của ADHD khi trưởng thành. [26]

- Tỷ lệ thường thấy ở người lớn ước tính từ 2-7%. [26]

1.2.3.5. Thể chất và trạng thái tâm thần. [26]

- Không có khám phá nào về thể chất có liên quan đến ADHD.

- Kiểm tra trạng thái tâm thần có thể thấy những dấu hiệu sau:

+ Biểu hiện bên ngoài: Thường xuyên nhất là nhiệm vụ rất khó cấu được cấu trúc và lưu lại bởi tăng hoạt động và giảm tập trung. Trẻ em với ADHD có thể biểu hiện hay cựa quậy, hấp tấp và không thể ngồi yên, hoặc chúng có thể chạy liên tục quanh phòng. Người lớn bị ADHD có thể hay đăng trí, đứng ngồi không yên và hay quên.

¹ Kiki D Chang (2004). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. From: <http://www.emedicine.com>

+ Cảm xúc: Cảm xúc thường xuyên thích hợp và có thể hoan hỉ, nhưng không phải khoái cảm. Khí sắc và cảm xúc không phải bị ảnh hưởng chủ yếu bởi ADHD.

+ Lời nói, tư duy: Lời nói có tốc độ bình thường nhưng có thể to hơn do xung động bên trong. Quá trình suy nghĩ được định hướng nhưng có thể gặp khó khăn với một chủ đề hay nhiệm vụ. Bằng chứng về tư duy hay lời nói nhanh chưa được nói đến.

+ Nội dung suy nghĩ: Nội dung bình thường, không có bằng chứng về tự sát, giết người hay triệu chứng tâm thần.

+ Nhận thức: Sự tập trung và lưu trữ lại trí nhớ tạm thời bị ảnh hưởng. Bệnh nhân ADHD có thể gặp khó khăn với những bài tập tính toán và những nhiệm vụ đòi hỏi trí nhớ tạm thời. Sự định hướng, trí nhớ dài hạn, hay ý nghĩ trừu tượng không bị ảnh hưởng.

1.2.3.6. Tiên lượng (xem bảng 3)

- Tuổi nhỏ bị ADHD có thể mang nguy cơ lớn tiên lượng về những hành vi rối loạn và hành vi xâm hại tới tuổi thanh thiếu niên và người lớn. Có thể có những rối loạn tiên phát cùng tồn tại hoặc những rối loạn thứ phát với những rối loạn ADHD chưa được xử lý hoặc xử lý không được. [26]

- Hầu hết trẻ em mắc ADHD có cuộc sống tâm thần tương đối tốt khi trưởng thành.[26]

- ADHD tiếp tục tồn tại một cách hoàn toàn ít nhất 15-20% đến lúc trưởng thành, khoảng 65% có thể tiếp tục có những triệu chứng không rõ ràng của ADHD gây trở ngại đến việc nhận ra đúng bệnh hay công việc của người bệnh. [26]

1.2.3.7. Những liên quan đặc biệt¹

- ADHD có thể đi cùng (kết hợp) với những tình trạng sau:

+ Các rối loạn học tập.

+ Rối loạn hành vi hoặc rối loạn khiêu khích chống đối.

+ Rối loạn lưỡng cực.

+ Hội chứng Tourette.

+ Rối loạn phát triển lan toả.

+ Chậm phát triển tâm thần.

Bảng 3 - Các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh [42]

Tiên lượng tốt	Tiên lượng xấu
- IQ trung bình hoặc cao - Chỉ rối loạn một loại tri giác - Được chẩn đoán sớm - Giáo dục phù hợp	- Chỉ số IQ thấp, chậm phát triển; - Suy yếu tổng thể các giác quan thính giác và thị giác; - Rối loạn đọc nặng nề; - Giáo dục không phù hợp; - Môi trường gia đình không ổn định và không được cấu trúc (kết cấu); - Trẻ biểu hiện những rối loạn cảm xúc nghiêm trọng; - Trẻ biểu hiện những rối loạn loạn thần

1.2.4. NGUYÊN NHÂN.

Việc tìm kiếm nguyên nhân của ADHD khá phức tạp bởi tính không thuần nhất của những trẻ đã được chẩn đoán này; một vài yếu tố được thấy là kết hợp với hội chứng có thể có sự liên quan với chỉ một vài của những yếu tố chứa đựng chẩn đoán. [27, 411]

1.2.4.1. Nguyên nhân sinh học.

Các nghiên cứu về hoá học thần kinh,

- *Các yếu tố di truyền (gen)*. Một tố bẩm (bẩm chất) cho ADHD có thể được thừa kế (di truyền). Trong một nghiên cứu trên 238 cặp song sinh, Goodman và Stevenson (1989) đã tìm ra sự phù hợp cho chẩn đoán lâm sàng tăng động ở 51% các cặp sinh đôi cùng trứng và 33% các cặp sinh đôi khác trứng. Người ta vẫn chưa biết chính xác cái gì được di truyền, nhưng những nghiên cứu gần đây đã nêu lên một số khác biệt trong chức năng não. Trao đổi chất ở não thấp hơn mức bình thường ở nữ mắc ADHD, nhưng không phải ở nam (Ernst và cộng sự, 1994), mặc dù điều này có thể là do tình trạng rối loạn nặng nề hơn ở những phụ nữ đã được nghiên cứu (những người tham gia thuộc một tổ chức ADHD). Trong một nghiên

¹ **Kiki D Chang** (2004). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. From: <http://www.emedicine.com>

cứu quan trọng trong 10 năm của Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia, Catellanos và cộng sự (1996) đã so sánh những lớp chụp cộng hưởng từ MRI¹ (cf. p. 88) ở nam giới bình thường và bị ADHD và đã phát hiện ra thùy trán nhỏ hơn ở những trẻ mắc rối loạn. Bằng chứng từ những nghiên cứu khác đã chỉ ra hoạt động kém hơn của trẻ ADD ở những trắc nghiệm tâm lý-thần kinh về chức năng của thùy trán (như việc kiểm chế những đáp ứng hành vi) đã ủng hộ ý kiến cho rằng một sự suy yếu đáng kể ở phần này của bộ não có thể liên quan đến rối loạn (Barkley, 1997; Chelune và cộng sự, 1986; Heilman, Voeller, & Nadeau, 1991). [27, 411]

- *Các độc tố từ môi trường.* Các lý thuyết phổ biến của ADHD qua nhiều năm đã chú ý tới vai trò của các độc tố từ môi trường trong sự tiến triển của tăng động. Một thuyết về hoá sinh của tăng động được đưa ra bởi Feingold (1973) đã gây nhiều sự chú ý trong nhiều năm. Ông cho rằng thực phẩm có chất phụ gia gây rối loạn cho hệ thần kinh trung ương của trẻ tăng động, và ông quy định một chế độ ăn kiêng tự nguyện cho chúng. Mặc dù không chắc là có một tỷ lệ các trường hợp tăng động bị gây ra bởi sự nhạy cảm với các chất phụ gia thực phẩm. Những nghiên cứu dựa trên đối chứng chặt chẽ theo chế độ ăn của Feingold đã nhận thấy rằng một số trẻ đáp ứng tích cực với điều này (Goyette & Conners, 1977). Tương tự, nhiều người cũng nhận thấy quan điểm đường tinh chế có thể gây ADHD (Smith, 1975) đã không được sự xác nhận của nghiên cứu kỹ lưỡng (Gross, 1984; Wolraich và cộng sự, 1985). Mặc dù một số bằng chứng nói lên rằng nhiễm độc chì có thể kết hợp với một mức độ nhỏ các triệu chứng của tăng động và các vấn đề chú ý (Thompson và cộng sự, 1989), hầu hết trẻ mắc ADHD không có lượng chì cao hơn mức bình thường trong máu. [27, 411]

Hút thuốc lá trong suốt thời kỳ mang thai được cho là có liên quan đến tăng nguy cơ mắc ADHD cho trẻ. Nicôtin, đặc biệt là việc hút thuốc ở người mẹ, là một độc tố từ môi trường có thể đóng vai trò trong tiến triển của ADHD. Milberger và cộng sự (1996) mới báo cáo rằng 22% người mẹ của những trẻ mắc ADHD hút trên một bao thuốc mỗi ngày trong suốt quá trình mang thai, so với nhóm đối chứng chỉ có 8%. Hơn nữa, những nghiên cứu trên động vật đã chỉ ra rằng nicôtin làm tăng

¹ Magnetic Resonance Imaging - MRI

giải phóng dopamin và gây ra tăng động (Fung và Lau, 1989; John và cộng sự, 1982). Dựa trên nền tảng của những số liệu này, Milberger và những người cộng tác giả thuyết rằng hút thuốc ở người mẹ có thể ảnh hưởng đến hệ thống tiết dopamin của bào thai đang phát triển, để lại kết quả ở mất phản xạ có điều kiện hành vi và ADHD. [27, 412]

- *Nghiên cứu hoá học thần kinh:*

Bởi hiệu quả điều trị của những chất kích thích đối với những triệu chứng của hội chứng, người ta cho rằng những rối loạn này là do sự loạn chức năng của quá trình gây tiết adrenalin hoặc hệ thống tiết huyết thanh.

Những báo cáo trước đây cho bằng những sản phẩm chuyển hoá não như MHPG¹ thấp hơn trong nước tiểu của trẻ tăng động, so với nước tiểu của trẻ bình thường. Những nghiên cứu gần đây hơn đo axit phenylatic tiết niệu, phenylalanine và tirosin và không tìm ra sự khác biệt. Có khả năng là những phép đo ngoại vi về sản phẩm chuyển hoá thần kinh, không nhất thiết phản ánh những giá trị trung tâm. Hơn nữa, theo những nghiên cứu, những chất kích thích làm suy giảm sự bài tiết MHPG trong hai tuần sau khi chúng bị gián đoạn. Điều này có thể giải thích cho những kết quả của các nghiên cứu trước. Đo đặc chất axit homovanillic (HVA²) trong một nghiên cứu thấy rằng nó thấp hơn trong chất dịch xương sống của trẻ tăng động, tuy nhiên, trong các nghiên cứu khác thì chưa được chứng minh. Những nghiên cứu về chất dịch não tủy, nói chung thường là quy mô mẫu nhỏ, do đó hạn chế độ tin cậy. Zametkin và Rapoport (1987) kết luận rằng, những nghiên cứu so sánh monoamin và những sản phẩm chuyển hoá trong nước tiểu plasma và dịch não tủy trẻ ADHD và trẻ bình thường đáng không khác biệt.

Zametkin và Rapoport kết luận rằng chức năng catecholamine và sự điều biến của nó rất có khả năng liên quan đến sự phát sinh bệnh và chữa trị ADHD. Họ cho rằng việc thiếu các phản ứng đáp lại đối với một kích thích có thể dự đoán sự phản ứng nhanh đối với kích thích khác. Sự thay đổi chức năng của noradrenegre có vẻ như cần thiết nhưng phải là chủ đối với hiệu quả lâm sàng bởi vì những nhân tố như haloperidol cũng hiệu lực.

¹ Methylhydroxyphenylglycol - MHPG

² Homovanillic Acid - HVA

Trong khi những đặc điểm chính chưa rõ ràng, một số các nghiên cứu đã phát hiện ra rằng ở trẻ ADHD, methylphenidate (Ritalin) và dextroamphetamine gây ra việc tiết nhanh nhiều các hóc môn tăng trưởng.

Dopamin là chất dẫn truyền thần kinh được xem là có tham gia vào ADHD. Các cứ liệu ủng hộ cho nhận định này chủ yếu xuất phát từ những nghiên cứu phát hiện thấy nồng độ dopamin tăng thì các triệu chứng của ADHD giảm. Ngoài ra cũng còn một loạt các hợp chất khác cũng được xem là có vai trò trong ADHD như các dạng khác nhau của amphetamines và các chủ vận không trực tiếp dopamin. Cũng cần nói thêm rằng việc sử dụng L-dopa và tyrosine, những tiền chất của dopamin, cũng làm giảm nhẹ các triệu chứng ADHD ở một nửa số trường hợp được dùng (Reimherr và cộng sự, 1987). Điều này có vẻ như là một nghịch lí bởi amphetamine thực tế làm giảm mức độ hoạt động thể lực song có lẽ nó thực hiện được điều đó thông qua tăng cường hoạt động thủy trán và kiểm soát những rối loạn chức năng thừa hành - nền tảng của hành vi. [2, 426]

- Vai trò của thùy trước.

Các nhà khoa học cùng tập trung quan tâm nghiên cứu vai trò ảnh hưởng của thùy trước đối với hội chứng. Thùy trước, bằng cách điều chỉnh adrenergic sử dụng những tác dụng ức chế lên các cấu trúc thể vân dưới, được điều chỉnh bởi dopamin. Điều này có thể giải thích được nhiều các nhân tố ảnh hưởng đến việc cải thiện những triệu chứng của hội chứng vỏ não trước, thuộc quỹ đạo có khả năng liên quan đến các hành vi xung động và hung tính. Một số nghiên cứu gần đây sử dụng chụp cắt lớp bằng dòng positron (PET¹) đã chứng minh được những thay đổi về phát triển trong suốt thời thơ ấu và vị thành niên, theo mật độ của thụ thể dopamin, lượng máu não và sử dụng glucose ở thùy trước, như PET đo đặc trong một số nghiên cứu chỉ ra là có sự khác biệt giữa trẻ tăng động và trẻ bình thường. Hơn nữa, những sự phân phối methylphenidate dẫn đến có sự tăng lượng máu chảy tới não giữa và hạch cơ sở, trong khi những khu vực vỏ não vận động cho thấy sự giảm đi, điều này có thể giải thích được ảnh hưởng trị bệnh của chất kích thích đối với hội chứng. Trong khi rất nhiều những nghiên cứu vẫn đang trong thời kỳ khởi đầu, các nghiên cứu PET

¹ Positron Emission Tomography - PET

trong tương lai sẽ cung cấp cho chúng ta nhiều thông tin hơn về loạn chức năng vỏ não ở trẻ ADHD.

1.2.4.2. Nguyên nhân tâm lý.

- *Nguyên gia đình, tương tác bố mẹ và con.*

Nhà phân tâm học trẻ em Bruno Bettelheim (1973) đã đưa ra thuyết “tạng nhay cảm với stress”¹, giải thích rằng tăng động phát triển khi đứa trẻ sinh ra vốn có một bẩm chất hướng đến rối nhiễu này lại đi kèm với cách giáo dục độc đoán của bố mẹ. Nếu trẻ có tạng (khí chất) hướng tới tăng động và khí sắc thất thường dễ bị stress, do người mẹ sớm trở nên kém kiên trì dễ bực bội thì đứa trẻ có thể mất khả năng thoả mãn những đòi hỏi buộc phải vâng lời của người mẹ. Và khi người mẹ càng trở nên bực tức cáu bẳn thì quan hệ mẹ-con càng sớm trở nên xung đột. Với mối quan hệ không vâng lời và bị phá vỡ đã được thiết lập, đứa trẻ khó thích nghi với những đòi hỏi của nhà trường, và hành vi của chúng thường xuyên vi phạm các quy định của lớp học. [27, 412]

Việc học tập cũng có thể góp phần vào tăng động. Tăng hoạt động có thể được củng cố bằng việc kém chú ý, theo cách ấy mà tăng lên về tần số hoặc cường độ. Hoặc là, như Ross và Ross (1982) đã nêu ra, hành vi tăng động có thể được mô hình hoá từ hành vi của bố mẹ hay anh chị em ruột. [27, 412]

Mối quan hệ bố mẹ-con cái là mối quan hệ hai chiều. Chỉ cần bố mẹ của những trẻ ADHD ra nhiều mệnh lệnh và có những tương tác tiêu cực với trẻ thì chúng sẽ biểu hiện ít phục tùng mệnh lệnh hơn và có những tương tác tiêu cực hơn với bố mẹ (Barkley, Karlson, & Pollard, 1985; Tallmadge & Barkley, 1983). Như chúng ta sẽ đề cập qua một chút, các thuốc hưng phấn tâm thần đã được chứng minh là giảm tăng động và tăng cường sự nghe lời ở trẻ ADHD. Thật ý nghĩa, khi những thuốc như thế được sử dụng, những mệnh lệnh của bố mẹ và những hành vi tiêu cực cũng sẽ giảm xuống (xem Barkley, 1990), đã gợi ý rằng điều đó, ít nhất là đến phần nào đó, hành vi của trẻ ảnh hưởng tiêu cực đến cha mẹ hơn là ngược lại. [27, 412]

Bằng chứng về vai trò của động thái gia đình như là yếu tố gây ra ADHD cũng rất khác nhau. Ví dụ như A.J.Smith và cộng sự (2002) cho thấy có mối liên

quan mật thiết giữa mối quan hệ xung khắc mẹ- con và ADHD. Ngược lại, Rey và cộng sự (2000) chỉ ra rằng môi trường gia đình không tốt liên quan đến rối loạn hành vi đạo đức và chống đối chứ không liên quan ADHD. Cũng cần phải nói thêm rằng mặc dù quan hệ gia đình có trẻ bị ADHD có thể rất căng thẳng song cũng có những cứ liệu cho thấy khi bắt đầu trị liệu thì mối quan hệ cha mẹ- con cái cũng được cải thiện. *Điều này cho thấy nhận định rằng môi trường gia đình xung đột trong một chừng mực nào đó là sự đáp lại chứ không phải là nguyên nhân gây ra những hành vi của trẻ* (Tallmage & Barkley 1983). [2, 428]

- *Giải thích tâm lý học*

ADHD có đặc điểm nổi bật là không chỉ ở tính tăng động mà tính xung động cũng ở mức độ cao. Theo Barkley (1997), trẻ có ADHD làm những gì trẻ khác cũng nghĩ đến làm nhưng thực tế không làm. Đòi hỏi thực hiện hành động đã không bị ức chế. Trẻ đáp ứng ngay lập tức với tình huống. Hạt nhân của ADHD chính là mất khả năng ức chế những đáp ứng không phù hợp với các sự kiện môi trường. Cũng cần phải nói thêm rằng trẻ có ADHD đáp ứng cảm xúc với các sự kiện môi trường cao hơn so với hầu hết các trẻ khác. Chúng nghèo nàn về cảm xúc kiểm soát và kém chịu đựng những cảm xúc âm tính. Cảm xúc của chúng được dẫn dắt bởi thời điểm và đối tượng chú ý của chúng ở thời điểm đó. Do vậy chúng rất kém duy trì được những hành vi hướng mục đích, đặc biệt khi nó lại liên quan đến những cảm xúc âm tính. Chúng cũng rất khó duy trì được quá trình thực hiện bài tập để có thể được thưởng hoặc để hài lòng với bài tập đã được hoàn thành. Đối với chúng, công việc ở trường cũng như một số yêu cầu nào đó là những công việc tẻ nhạt, khó chịu, không giữ được chúng tập trung chú ý và chúng nhanh chóng chuyển chú ý sang những hoạt động khác. [2, 427]

Barkley (1997) cho rằng khi lớn lên, trẻ thường dùng đối thoại bên trong làm phương tiện tự kiểm soát. Ngôn ngữ nội tâm hoá được phát triển vào độ tuổi 3-4 tuổi, đây là thời điểm mà ADHD thường được xác định lần đầu. Điều này cũng không phải là ngẫu nhiên: Barkley cho rằng trẻ có ADHD có những vấn đề về tổ chức ngôn ngữ bên trong và điều này góp phần vào rối loạn tổ chức đáp ứng đối với những sự kiện bên ngoài. Barkley cũng lưu ý rằng trẻ có ADHD có vẻ như là người

¹ Diathesis-stress theory: Lý thuyết về tạng đặc biệt (dễ bị mắc) stress

“thích tán gẫu”, tuy nhiên câu chuyện của chúng lại thường gắn liền với hiện tại hơn là tương lai: những ý nghĩ không dẫn dắt đến lập kế hoạch dự định tương lai. Sự rối loạn tổ chức như vậy đồng nghĩa với việc trẻ có ADHD rất khó khăn khi phải giải quyết những vấn đề trừu tượng. Chúng rất khó giải thích, mô tả sự vật. [2, 427]

1.2.5. ĐIỀU TRỊ

Mặc dù hiện nay chưa có phương pháp chữa khỏi bệnh ADHD, nhưng có rất nhiều sự lựa chọn điều trị tỏ ra hiệu quả cho một số trẻ. Những chiến lược hiệu quả bao gồm phương pháp hành vi, y dược và kết hợp nhiều phương pháp. [38]

1.2.5.1. Điều trị bằng thuốc.

Các thuốc hưng phấn tâm thần, chủ yếu là methylphenidate, hay Ritalin, đã được kê đơn cho ADHD từ đầu những năm 1960 (Sprague & Gadow, 1976). Hiệu quả hoạt động của các loại thuốc này là làm dịu trẻ ADHD và tăng cường khả năng tập trung. Một cuộc khảo sát đã thấy rằng 6% trẻ học sinh các lớp (tiểu học, trung học) cơ sở và 25% ở các lớp giáo dục đặc biệt có sử dụng các thuốc này (Safer & Krager, 1988). Việc kê đơn các loại thuốc này đôi khi tiếp tục khi trẻ đến tuổi thanh thiếu niên và thậm chí tuổi trưởng thành khi vẫn còn những vết tích nhẹ của triệu chứng ADHD không phải sẽ luôn mất đi theo thời gian. [27, 412]

Nhiều nghiên cứu đối chứng so sánh thuốc với thuốc vờ (placebo) đã chỉ ra sự tăng cường tập trung, hành vi có mục đích, hành vi trong lớp học, các hoạt động vận động tốt và giảm gây hấn và xung động ở những trẻ mắc ADHD (Hinshaw, 1991; Weiss, 1983). Một nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng Ritalin giúp trẻ tham gia hoạt động thể thao tốt hơn, nhất là các môn đồng đội (Pelham và cộng sự, 1990). [27, 412]

Tuy nhiên các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng các loại thuốc này không cải thiện thành tích học tập qua một thời gian dài (Whalen và Henker, 1991), hay tăng cường kỹ năng xã hội và các hoạt động tập thể. Hơn nữa, các thuốc này có tác dụng phụ. Ngoài việc giảm nhẹ sự ngon miệng và giấc ngủ, một nguy cơ khác đã nổi lên: *Tuần báo* đã báo cáo rằng những trẻ con bắt đầu sử dụng thuốc Ritalin và các thuốc kích thích khác như là các thuốc để tiêu khiển (Leland, 1995). [27, 412]

Ở các nước châu Âu, nhất là ở Pháp, việc dùng thuốc vẫn là vấn đề rất gây tranh cãi. Các chuyên gia và bác sĩ đề nghị phương án dùng thuốc hay các cách điều trị khác cho các bậc cha mẹ lựa chọn. [42]

1.2.5.1. Điều trị bằng các liệu pháp tâm lý.

Điều trị trẻ ADHD dựa trên điều kiện hoá thao tác (tạo tác, quan sát được) được chứng minh là ít nhất trong giai đoạn ngắn tăng cường cả hành vi xã hội và học đường. Trong những cách điều trị này, hành vi của trẻ được kiểm soát ở nhà và ở trường học, được củng cố để ứng xử phù hợp hơn, ví dụ, để duy trì việc ngồi yên ở ghế và làm bài tập được giao. Hệ thống cho điểm và mô hình sao là những thành phần đặc trưng của chương trình này. Trẻ giành được điểm và những trẻ nhỏ hơn giành được sao khi ứng xử theo những cách phù hợp; và trẻ có thể đổi điểm, sao lấy phần thưởng. Các chương trình này được tập trung để tăng cường việc học tập, hoàn thành các việc vặt trong nhà, hoặc học những kỹ năng xã hội đặc trưng, hơn nữa làm giảm những dấu hiệu của tăng động, như chạy nhảy hay ngo ngoáy (O'Leary và cộng sự, 1976). *Các nhà trị liệu đã sáng tạo ra những can thiệp này dựa trên khái niệm cho rằng tăng động là sự suy yếu ở một số kỹ năng hơn là việc coi là sự thái quá của những hành vi tiêu cực, phá rối. Mặc dù các trẻ tăng động đáp ứng tốt với những chương trình này, nhưng cách trị liệu tối ưu cho rối loạn này nên sử dụng cả thuốc và liệu pháp hành vi* (Barkley, 1990; Gittelman và cộng sự, 1980; Pelham và cộng sự, 1993). [27, 412]

Phương thức thưởng điểm và mô hình sao, thường thấy ở trong lớp học, đặc biệt hữu ích cho trị liệu rối loạn tăng động giảm chú ý. [27, 412]

Liệu pháp hành vi.

Trong các liệu pháp tâm lý cho ADHD, tiếp cận hành vi tỏ ra hiệu quả nhất, phát triển nhất và được ứng dụng nhiều nhất.

Tiếp cận hành vi giới thiệu một tập hợp rộng của những can thiệp đặc trưng có chung mục tiêu là sửa đổi môi trường vật lý và môi trường xã hội nhằm thay đổi hành vi (AAP, 2001). Chúng được sử dụng trong điều trị ADHD để cung cấp cho trẻ cấu trúc và củng cố hành vi phù hợp. Những người tiêu biểu trong thực hiện tiếp cận bao gồm bố mẹ cũng như các giáo viên, các nhà trị liệu sức khỏe tâm thần địa phương, và các bác sĩ chăm sóc sức khỏe ban đầu. Các kiểu tiếp cận hành vi bao

gồm huấn luyện hành vi cho cha mẹ và giáo viên (trong đó cha mẹ và/hoặc giáo viên được dạy kỹ năng quản lý trẻ), một chương trình có hệ thống quản lý ngẫu nhiên (ví dụ như củng cố tích cực, “thời gian tách biệt, trả giá hành vi và thưởng quy đổi), trị liệu hành vi lâm sàng (huấn luyện trong giải quyết vấn đề và kỹ năng xã hội), và trị liệu nhận thức-hành vi (ví dụ, tự kiểm soát, tự nhắc nhở bằng lời, phát triển chiến lược giải quyết vấn đề, tự củng cố) (AAP, 2001; Barkley, 1998b; Pelham, Wheeler, & Chronis, 1998). Nói chung, những hướng tiếp cận này được được thiết kế để dạy trực tiếp và chiến lược củng cố cho những hành vi tích cực và kết quả trực tiếp là cho hành vi phù hợp. [38]

Trong những lựa chọn này, chương trình quản lý lớp học được thiết kế riêng và trại hè được giám sát cho thấy hiệu quả cao (Abramowitz, và cộng sự 1992; Carlson, và cộng sự, 1992; Pelham & Hoza, 1996). Một nghiên cứu sau đó dưới sự chỉ đạo của Pelham, Wheeler, và Chronis (1998) chỉ ra rằng hai cách tiếp cận-huấn luyện cha mẹ liệu pháp hành vi và can thiệp hành vi trong lớp học-cũng tỏ ra hiệu quả trong việc thay đổi hành vi của trẻ mắc ADHD. Thêm vào đó, sự ảnh hưởng lẫn nhau giữa gia đình-nhà trường hỗ trợ cách tiếp cận phù hợp cũng quan trọng đối với sự thành công của những cách tiếp cận hành vi. [38]

Vận dụng chiến lược hành vi mang lại nhiều hứa hẹn song cũng bộc lộ một số hạn chế. Chiến lược hành vi có thể hấp dẫn cha mẹ và giáo viên bởi một số lý do sau đây: [38]

- Chiến lược hành vi được sử dụng thông thường nhất khi phụ huynh không muốn cho con sử dụng thuốc.
- Chiến lược hành vi cũng có thể được sử dụng kết hợp với thuốc (xem phương pháp kết hợp).
- Kỹ thuật hành vi có thể được ứng dụng ở nhiều môi trường khác nhau như trường học, tại gia đình và ngoài xã hội.
- Chiến lược hành vi có thể chỉ là lựa chọn nếu trẻ bị tác dụng phụ của thuốc.

Trong khi những nghiên cứu so sánh hành vi của trẻ trong suốt giai đoạn có và không có liệu pháp hành vi chứng minh hiệu quả của liệu pháp hành vi (Pelham & Fabiano, 2001), thật là khó để cô lập hiệu quả của chúng. Vô số sự can thiệp và đo hiệu quả làm thành sự phân tích thận trọng hiệu quả riêng biệt của trị liệu hành

vi, hay phải kết hợp với thuốc là rất khó (AAP, 2001). Một bản xem xét lại dưới sự chỉ đạo của McInerney, Reeve, và Kane (1995) xác nhận rằng để giáo dục hiệu quả trẻ mắc ADHD cần đến sự điều chỉnh việc dạy học, quản lý hành vi và môi trường lớp học. Mặc dù một số nghiên cứu gợi ý rằng liệu pháp hành vi tạo cơ hội cho trẻ làm việc với đầy đủ khả năng của mình và tự quản lý, một số khác chỉ ra rằng can thiệp hành vi là hiệu quả nhưng ở mức độ thấp hơn điều trị bằng thuốc (Jadad, Boyle, & Cunningham, 1999; Pelham, và cộng sự, 1998). [38]

Liệu pháp hành vi được nhận thấy là chỉ có hiệu quả khi được thực hiện đầy đủ và được duy trì (AAP, 2001). Quả thực, chiến lược hành vi có thể khó thực hiện đầy đủ phù hợp với tất cả các môi trường cần thiết để có hiệu quả tối đa. Mặc dù chương trình quản lý hành vi đã được chỉ ra rằng nâng cao việc học ở trường và hành vi của trẻ ADHD, sự tiếp tục và sự duy trì của hình thức trị liệu này thường xuyên thiếu (Rapport, Stoner, & và Jones 1986). [38]

1.2.5.3. Các phương thức điều trị bổ trợ khác.

Ngoài dùng thuốc và liệu pháp tâm lý, nhiều cách điều trị khác cũng đang được áp dụng, và đã đem lại hiệu quả trên một số trẻ, tuy rằng chúng chưa được chứng minh một cách đầy đủ và chưa được khuyến cáo áp dụng.

- Luyện tập chú ý [2, 431].

Nhiệm vụ luyện tập chú ý, được dùng cho những người bị chấn thương sọ não, cũng có thể được dùng cho trẻ có ADHD. Ví dụ Semrud- Clikeman và cộng sự (1999) đã nghiên cứu thăm dò hiệu quả của chương trình ATP¹ kết hợp với luyện tập giải quyết vấn đề trong hệ thống trường học đối với những học sinh được xác định là có những vấn đề về chú ý và không hoàn thành các công việc. Kết quả của chương trình luyện tập cho thấy trẻ có tiến bộ trong các bài tập luyện, hoàn thành nhiều hơn các bài tập trên lớp và các thầy cô giáo cũng thông báo về trẻ có chú ý nhiều hơn. Sử dụng các tài liệu phát triển chuyên biệt cho trẻ, Kern và cộng sự. (1999) cho thấy sự tiến bộ đạt được trong nhóm trẻ 7-11 tuổi cũng tốt hơn như chương trình luyện tập chú ý. Cuối kì luyện tập, những người tham gia đạt kết quả cao trong các bài tập nhận thức mới, trong học tập và trong thông báo của giáo viên về tính xung động.

- Tạo môi trường thuận lợi [2, 432]

Do có nhiều hành vi liên quan đến ADHD được xem như là sự đáp lại tức thì đối với môi trường nên cũng có một cách nữa có thể ảnh hưởng đến những hành vi đó là môi trường thuận lợi. Trung tâm ERIC² (Trung tâm nguồn lực giáo dục và thông tin) Clearinghouse về giáo dục năng khiếu và rối loạn chức năng đã xây dựng được một số chương trình cơ bản, trong đó có tạo dựng môi trường học tập tự nhiên, giúp giáo viên làm việc với trẻ có ADHD. Chương trình này bao gồm:

- + Bố trí học sinh có ADHD ngồi ở phía trước, quay lưng lại phía sau để cho những học sinh khác không nằm trong tầm mắt của các em này
- + Xung quang những học sinh có ADHD là những mô hình vai trò tốt
- + Tránh những kích thích gây chú ý
- + Tạo khu vực hạn chế kích thích để dùng cho dạy học (có thể đưa thêm học sinh khác vào để tránh việc bị cô lập).

Bên cạnh những yếu tố môi trường đó, các tác giả còn lưu ý đến một loạt các yếu tố khác như hướng dẫn duy trì và tăng cường tự đánh giá, đáp lại những hành vi không phù hợp và quá trình dạy học. Tất cả những yếu tố này đều góp phần nhằm đạt kết quả thực hành cao nhất khi dạy trẻ có ADHD.

- Làm việc với gia đình [2, 432]

Như đã đề cập ở trên, gia đình có trẻ bị ADHD cũng thường phải trải nghiệm những stress đáng kể. Có nhiều nghiên cứu nhằm giảm nhẹ những vấn đề của gia đình bằng cách làm việc với toàn bộ gia đình. Ví dụ, Barkley và cộng sự. (2001) đã so sánh hiệu quả của luyện tập giao tiếp giải quyết vấn đề hoặc luyện tập này theo sau chương trình luyện tập các kỹ năng quản trị hành vi nhằm giảm thiểu xung đột trong gia đình. Luyện tập giao tiếp giải quyết vấn đề là một quá trình huấn luyện 5 bước: xác định vấn đề, những giải pháp tiềm năng bất ngờ, thoả thuận và quyết định của gia đình xem sẽ sử dụng giải pháp nào và sau đó là ứng dụng giải pháp. Quản trị kỹ năng hành vi bao gồm học cách thay đổi những yếu tố châm ngòi hoặc đáp lại hành vi rối loạn bằng cách sử dụng quy trình điều kiện tạo tác. Cả 2 cách can thiệp đều chứng tỏ được hiệu quả. Tuy nhiên khi chỉ có chương trình luyện tập giải quyết

¹ Adenosinetriphosphosphate - ATP

² Educational Resources Information Center - ERIC

vấn đề thì số người bỏ cuộc nhiều gấp 3 lần so với can thiệp kết hợp. Do vậy có thể cho rằng một số can thiệp kết hợp cũng là sự lựa chọn trị liệu.

- *Điều trị dinh dưỡng.*

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng hành vi của một số trẻ được cải thiện khi chúng ngừng ăn một vài loại thực phẩm. Những trẻ này có thể phản ứng với một vài loại thực phẩm và thành phần khác nhau. Một số nghiên cứu cũng gợi ý rằng trẻ đáp ứng tốt nhất với liệu pháp dinh dưỡng là những trẻ trước tuổi đi học và những trẻ bị hen suyễn, chàm, phát ban, sốt mùa hè hay những triệu chứng tương tự. Trong khi những trẻ đã đi học khó áp dụng hơn, bởi chúng phải sử dụng nhiều loại thực phẩm khác không có trong chế độ dinh dưỡng điều trị (ăn trưa ở trường, ở căng tin, ở các máy tự động). Những trẻ không đáp ứng tốt với thuốc cũng có thể áp dụng liệu pháp dinh dưỡng. [31] [25]

Nội dung của liệu pháp dinh dưỡng là loại bỏ một số loại thực phẩm trong thực đơn ăn uống hàng ngày của trẻ, cũng như tăng cường một số loại thực phẩm khác. Có thể phân làm 3 mức độ, từ hạn chế ít nhất đến hạn chế triệt để nhất. [25]

Dù sao, cũng chưa có những can thiệp về dinh dưỡng một cách chính thức đã được chứng minh một cách phù hợp là hiệu quả đối với phần lớn trẻ ADHD. Nghiên cứu trên một số lượng nhỏ đã nói lên rằng một số trẻ tiến bộ từ những sự can thiệp này, nhưng sự chậm trễ trong việc chứng minh đầy đủ, hiệu quả can thiệp khi tiến hành nghiên cứu về những chất gây dị ứng chưa biết, thông thường, không có bằng chứng, có vẻ có hại cho nhiều trẻ. [34]

- *Điều trị bằng “Thời gian xanh”.*

Nghiên cứu của trường Đại học Illinois ở Thành phố-Nông thôn đã chỉ ra rằng trẻ mắc ADHD có thể có lợi từ việc giành thời gian ngoài trời trong thiên nhiên. Theo những tác phẩm mới, một nghiên cứu, bắt đầu từ tháng 9 năm 2004 được đăng trên báo *Sức khỏe Nhân dân Hoa Kỳ*, đã thấy rằng “đỉnh cao của kiểu “trị liệu” này cho trẻ từ 5 đến 18 tuổi... là sự giảm đáng kể các triệu chứng.” Nghiên cứu đã đưa ra những câu hỏi đáng suy nghĩ về “trị liệu tự nhiên” có thể hỗ trợ như thế nào cho những cách trị liệu ADHD khác. [30]

Giành thời gian ngoài thiên nhiên không chỉ không hề đắt mà còn dễ làm, nhưng khi phụ huynh đưa con họ vào “thời gian xanh,” họ có thể cũng cần nhiều đến không khí trong lành và thở sâu cho chính họ. [30]

- *Điều trị qua các bài tập thể dục.* [30]

Tập thể dục, đặc biệt là chương trình đều đặn đúng giờ giấc và tích cực, có thể giảm bớt những triệu chứng của ADD/ADHD. Một số trẻ ADD/ADHD phát triển tốt với những môn thể thao cá nhân cần sự tập trung tinh thần cao độ, như thể dục, nghệ thuật tạo hình, võ thuật, hay đánh kiếm, hơn là những môn thể thao đồng đội, có thể có nhiều thời gian chết. Các bài tập thể dục có thể tăng cường sự tập trung và sự dẫn truyền thần kinh, cũng như giảm trầm cảm, lo âu và thúc đẩy sự phát triển não bộ. [30]

Stephen C. Putnam đã viết một cuốn sách về thể dục như là một sự lựa chọn điều trị cho ADHD có tên *Ritalin tự nhiên cho chú ý maratông: Chăm sóc trẻ ADHD của bạn với những bài tập thể dục*. Putnam tin rằng những bài thể dục nhịp điệu có hiệu quả lên não cũng như thuốc Ritalin và những chất tác động tâm thần khác (thuốc khác). Ông đề nghị thiết lập chương trình thể dục hấp dẫn con bạn và có vẻ sẽ tạo ra những thay đổi cho những triệu chứng ADD/ADHD. Tập thể dục là sự lựa chọn điều trị lành mạnh cho ADD/ADHD mà có thể có nhiều tác động tích cực khác tới thể chất và sức khỏe tinh thần của trẻ. [30]

- *Ngoài ra, còn nhiều cách điều trị khác vẫn đang được sử dụng nhưng chưa được chứng minh hiệu quả:* [42]

- Kích thích tiền đình;
- Soi huỳnh quang;
- Điều hoà sóng alpha não bằng “liên hệ phản hồi sinh học” (biofeedback)...
- Tập luyện thị giác;
- Các bài tập cấu trúc;
- Chế độ giảm glucoza huyết;
- Chế độ giảm dị ứng;
- Chế độ cắt xalixlat;
- Cacbonat và lithium;
- Khoáng chất và nguyên tố vi lượng;

- Điều trị bằng vitamin tăng cường.

1.2.5.4. Tiếp cận nhiều phương thức [38]

Nghiên cứu chỉ ra rằng làm giảm các triệu chứng ADHD thì cách tốt nhất đối với nhiều trẻ là sử dụng cách tiếp cận kết hợp. Nghiên cứu gần đây bởi Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia (NIMH) - Nghiên cứu điều trị nhiều phương thức của trẻ ADHD (MTA¹) - là nghiên cứu dài nhất và triệt để nhất những tác động của can thiệp ADHD (Nhóm Cộng tác MTA, 1999a, 1999b). Nghiên cứu trên 579 trẻ em tuổi từ 7 đến 10 thuộc 6 khu vực trên khắp đất nước Canada. Nghiên cứu đã so sánh tác động của bốn cách can thiệp: thuốc được cung cấp bởi các nhà nghiên cứu, can thiệp hành vi, kết hợp thuốc và can thiệp hành vi, và chăm sóc tại cộng đồng không có can thiệp (tức là, chăm sóc y tế đặc trưng tại cộng đồng). [38]

Can thiệp nhiều phương thức đã cải thiện được:

- Việc học
- Tương tác bố mẹ-con
- Hành vi liên quan trường học và giảm...
- Lo âu ở trẻ em
- Hành vi chống đối

Với bốn cách can thiệp đã được điều tra nghiên cứu, các nhà nghiên cứu đã nhận thấy rằng cách kết hợp thuốc/trị liệu hành vi và việc dùng thuốc tốt hơn đáng kể cách chỉ dùng liệu pháp hành vi hay chỉ chăm sóc tại cộng đồng trong việc làm giảm các triệu chứng của ADHD. Điều trị nhiều phương thức đặc biệt hiệu quả trong tăng cường kỹ năng xã hội cho học sinh từ môi trường nhiều căng thẳng và trẻ mắc ADHD có bệnh kèm theo là lo âu và trầm cảm. Nghiên cứu đã phát hiện ra liệu thuốc thấp hơn cũng hiệu quả trong điều trị nhiều phương thức, trong khi nếu điều trị chỉ dùng thuốc thì phải dùng liều cao hơn để đạt được cùng một kết quả. Các nhà nghiên cứu đã nhận thấy sự tiến bộ trong những khu vực sau đây khi sử dụng can thiệp nhiều phương thức: lo âu ở trẻ em, học tập, hành vi chống đối, và tương tác bố mẹ với con. Các kết quả tích cực cũng thấy ở các hành vi liên quan đến học đường khi điều trị nhiều phương thức đi kèm với phát triển kỹ năng của phụ huynh, bao

¹ Multimodal Treatment Study of Children with ADHD - MTA

gồm những lời đáp về kỷ luật hiệu quả hơn, và những củng cố phù hợp (Hinshaw, và cộng sự, 2000). Những kết quả tìm được là giống nhau ở cả sáu khu vực, bất chấp sự khác nhau đáng kể giữa các khu vực về đặc điểm dân cư xã hội. Tất cả các kết quả nghiên cứu tỏ ra là phù hợp với diện rộng các trẻ em và các gia đình được xác định là cần dịch vụ điều trị ADHD (NIMH, 2000). Những nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng điều trị nhiều phương thức là có hiệu quả cho những trẻ mà chỉ điều trị bằng thuốc là không đủ (Klein, Abikoff, Klass, Ganeles, Seese, và Pollack, 1997). [38]

1.2.6. CHƯƠNG TRÌNH ĐIỀU TRỊ CHO TRẺ ADHD.

1.2.6.1. Ở Bắc Mỹ, các chương trình sau đây hay được áp dụng:

- IDEA¹ : Luật giáo dục cho người những thiệt thòi. Đây là luật liên bang cho giáo dục đặc biệt. Có 13 loại thiệt thòi mà một trẻ có thể được coi là thích hợp cho giáo dục đặc biệt, và ADHD được đề cập một cách rõ ràng trong IDEA như một phần của định nghĩa về “Những suy yếu sức khỏe khác”. Khi trẻ được xác định là phù hợp cho giáo dục đặc biệt, phụ huynh sẽ cộng tác với cán bộ nhà trường để xây dựng Chương trình Giáo dục Cá nhân IEP¹. [29]

- Nói chung IEP là :

+ Giải thích rõ ràng các vấn đề cụ thể của trẻ và những nhu cầu học tập riêng biệt sẽ được tập trung vào;

+ Chú ý tới năng lực của trẻ;

+ Sẽ chú ý tới vấn đề hành vi nếu nó gây cản trở cho việc học.

Một cuộc gặp gỡ IEP sẽ được tổ chức, và êkíp IEP, bao gồm cả cha mẹ, sẽ xác định:

+ Loại dịch vụ nào là phù hợp cho nhu cầu của trẻ;

+ Nơi mà trẻ sẽ nhận được những dịch vụ này (phòng học chính quy, phòng tư liệu hay phòng học riêng biệt).

Những chương trình thành công cho trẻ ADHD tích hợp ba thành phần sau đây :[29]

- Dạy học kiến thức.

¹ Individuals with Disabilities in Education Act - IDEA

- Can thiệp hành vi.
- Lớp học được thích nghi hoá.

Vào tháng 10 năm 2001, AAP đã giới thiệu rộng rãi nghiên cứu đã được chứng minh về điều trị cho trẻ được chẩn đoán ADHD. Nguyên tắc chỉ đạo mà họ nêu ra là: [38]

- Các nhà lâm sàng chăm sóc ban đầu nên xây dựng một chương trình điều trị cho bệnh ADHD mạn tính đã được chẩn đoán;

- Nhà lâm sàng trị liệu, bố mẹ và bản thân trẻ, trong sự cộng tác với các giáo viên trường học, nên xác định rõ một mục tiêu tác động phù hợp với hướng dẫn quản lý;

- Nhà lâm sàng nên giới thiệu thuốc và/hoặc liệu pháp hành vi như là phù hợp để tăng cường những mục tiêu cần đạt được của trẻ ADHD;

- Khi chương trình quản lý đã được lựa chọn cho trẻ ADHD không đạt được mục tiêu, nhà lâm sàng nên đánh giá lại những chẩn đoán ban đầu, dùng tất cả những cách điều trị thích hợp, tôn trọng triệt để kế hoạch điều trị, và sự hiện diện của những điều kiện cùng tồn tại;

- Nhà lâm sàng nên xây dựng chương trình tiếp tục theo mỗi giai đoạn cho trẻ ADHD. Việc giám sát kết quả đạt được và tác dụng ngược nên làm trực tiếp, với những thông tin tập hợp lại từ phía cha mẹ, giáo viên và bản thân trẻ.

Báo cáo của AAP nhấn mạnh rằng điều trị ADHD (bất kể là dùng hành vi, dược phẩm hay nhiều phương thức) cần sự phát triển những kế hoạch điều trị (cụ thể) cho riêng biệt từng trẻ, nhưng cũng bao gồm cả những phương tiện giám sát theo thời gian và những chương trình cụ thể tiếp sau. Quá trình phát triển mục tiêu điều trị cần có sự tham gia ý kiến của cha mẹ, của trẻ, giáo viên và các cán bộ trường học khác ở những nơi có thể và phù hợp. [38]

AAP kết luận rằng cha mẹ, trẻ và các giáo viên nên thống nhất trên ít nhất ba tới sáu mục tiêu then chốt và những thay đổi được mong chờ cũng như điều kiện cần thiết để xây dựng chương trình trị liệu. Mục tiêu nên thực tế, có thể đạt được và đo được. Báo cáo của AAP chỉ ra rằng, đối với hầu hết trẻ, dược phẩm có hiệu quả cao trong việc quản lý những triệu chứng cốt lõi của ADHD. Với nhiều trẻ, can

¹ Individualized Education Program - IEP

thiệt hành vi cũng có giá trị như là điều trị ban đầu hay như là sự hỗ trợ cho quản lý ADHD, dựa trên những điều kiện tự nhiên cùng tồn tại, mục tiêu cần đạt được rõ ràng, và những tình huống trong gia đình (AAP, 2001). [38]

1.2.6.2. Tại Pháp, các phương pháp sau đây thường được áp dụng.

Chưa thấy có tài liệu nào đề cập một chương trình toàn diện tại Pháp, nhưng một số phương pháp sau đây thường được sử dụng:

- Liệu pháp phân tâm và liệu pháp tâm lý gia đình (dành cho trẻ tăng động có nguồn gốc tâm lý-giáo dục) [43]
- Các biện pháp trị liệu ứng nghệ thuật như: vẽ, nặn, âm nhạc... [6]
- Sử dụng đồ chơi và trò chơi. Các trò chơi với cát hoặc nước được rất nhiều nhà tâm lý tại Pháp sử dụng. Ví dụ tập bơi, sân chơi cát... [6]
- Trò chơi đóng vai: Các nhà tâm lý thường hay sử dụng những con thú bông nhỏ để cho trẻ chơi, tập đóng kịch, làm một số trò chơi phân vai... [6]

1.3. LIỆU PHÁP HÀNH VI.

Liệu pháp hành vi là hướng tiếp cận trị liệu tâm lý được ứng dụng và áp dụng nhiều, phát triển mạnh và có hiệu quả nhất trong các liệu pháp tâm lý [2, 87-88].

Liệu pháp tâm lý là liệu pháp mà trong đó nhà trị liệu sử dụng tác động tâm lý một cách tích cực, có hệ thống vào mục đích phòng và chữa bệnh, ở đó có mối quan hệ tương tác giữa nhà trị liệu và người bệnh. [1, 10]

Trong khi liệu pháp phân tâm nhằm vào những nguyên nhân nhằm vào những nguyên nhân bên trong (những sang chấn hoặc những xung đột từ thời thơ ấu không giải quyết được), thì *liệu pháp hành vi lại tập trung vào các hành vi quan sát được ở bên ngoài*. Liệu pháp hành vi áp dụng những nguyên tắc của điều kiện hoá và sự củng cố để biến đổi những mẫu ứng xử không mong muốn phối hợp với những rối loạn tâm thần. [1, 135]

Những nhà tâm lý hành vi khẳng định rằng những hành vi bất thường là hiện tượng mắc phải với cùng một phương thức như hành vi bình thường - thông qua quá trình tập nhiễm, điều này theo sau những nguyên lý cơ bản của điều kiện hoá và tập nhiễm. Những nhà trị liệu tâm lý hành vi xác nhận rằng toàn bộ những hành vi bệnh lý (loại trừ những hành vi những hành vi được hình thành do căn nguyên thực tổn)

có thể nhận dạng và biến đổi được, mà cách tốt nhất là bằng sự tập trung vào bản thân hành vi hơn là bằng cách nhằm vào sự thay đổi bất cứ bệnh lý cơ bản nào. [1, 135]

Biến đổi hành vi được xác định như là “sự cố gắng áp dụng hiện tượng tập nhiễm và những nguyên tắc tâm lý khác từ thực nghiệm đối với những mẫu ứng xử (Bootzin, 1975). Thuật ngữ liệu pháp hành vi và biến đổi (sửa đổi) hành vi, thường có thể sử dụng thay thế nhau. Cả hai đều xem việc sử dụng có hệ thống những nguyên lý tập nhiễm, đến sự gia tăng tần suất của những hành vi thoả đáng (thích hợp) và, hoặc giảm tần suất những ứng xử mang tính kém thích nghi. [1, 136]

1.3.1. ĐÔI NÉT VỀ LỊCH SỬ.

Trị liệu hành vi đã tồn tại từ xa xưa, dưới rất nhiều các hình thức khác nhau. Đến thế kỷ XIX, Pháp được xem như là một trong những cái nôi sản sinh ra liệu pháp hành vi, với những thực nghiệm của F. Leuret (1876), Perroun (1873) và Legrand du Saulle. Đầu thế kỷ XX, với sự ra đời của học thuyết Pavlov về phản xạ có điều kiện, được ứng dụng nhiều trong điều trị các rối loạn, thức chất đó là những kỹ thuật của liệu pháp hành vi... *Như vậy, không phải cho đến lúc Watson phát minh ra học thuyết hành vi thì các liệu pháp hành vi mới bắt đầu được sử dụng, mà từ xa xưa nó đã được con người dùng dưới cách này hay cách khác.* [1, 136-137]

Những năm 20-30 của thế kỷ XX, do sự phát triển của môn tâm lý thực nghiệm đã tạo cơ sở lý luận và khoa học cho liệu pháp hành vi. Watson đã đưa ra khái niệm hộp đen (black box) tức là ông chỉ quan sát những hành vi bên ngoài mà không đi sâu vào tìm hiểu cơ chế tâm lý chiều sâu bên trong. Chính Watson đã đưa ra thuật ngữ “học thuyết hành vi” (behaviorism) vào năm 1924. [1, 138]

Vào những năm 30-50 của thế kỷ XX, học thuyết hành vi phát triển rất nhanh và được nhiều nhà tâm lý học ứng dụng thực tế. Năm 1938, bằng thực nghiệm, Skinner đã phân biệt hiện tượng điều kiện hoá thực thi với điều kiện hoá của Pavlov. Về sau, chính ông và Lindsley (1954), Ayllon và Azrin (1965) đã áp dụng trị liệu điều kiện hoá thực thi trong các bệnh viện tâm thần và đã đạt được nhiều kết quả trong điều trị. [1, 138-139]

Vào những năm 60, liệu pháp hành vi rất thịnh hành ở Mỹ, Hà Lan, Pháp. Năm 1969, Albert Bandura đưa ra lý thuyết về tập nhiễm xã hội.

Cũng từ những năm 60, do sự phát triển của môn tâm lý học nhận thức nên liệu pháp hành vi đã bị ảnh hưởng rất lớn, từ đó xuất hiện thêm liệu pháp nhận thức, mà được nhiều tác giả gộp lại thành liệu pháp hành vi-nhận thức. Năm 1962 xuất hiện liệu pháp cảm xúc hợp lý của Albert Ellis và năm 1961 Beck đã xây dựng liệu pháp nhận thức để điều trị trầm cảm. [1, 140]

1.3.2. CÁC KỸ THUẬT TRONG LIỆU PHÁP HÀNH VI ĐƯỢC SỬ DỤNG TRONG ĐỀ TÀI.

Liệu pháp hành vi là tập hợp nhiều liệu pháp trong đó có sử dụng các liệu pháp khác như giải thích hợp lý, thư giãn. Trong phạm vi đề tài, chúng tôi ứng dụng chủ yếu các kỹ thuật: sử dụng điều kiện hoá thực thi, liệu pháp tập nhiệm xã hội và liệu pháp nhận thức, liệu pháp thư giãn. [1]

Kỹ thuật sử dụng điều kiện hoá thực thi bao gồm:

1.3.2.1. Thiết lập hành vi:

- *Củng cố tích cực*: tức là nhằm làm tăng cường độ hoặc tần suất xuất hiện của hành vi đó kèm theo yếu tố củng cố (khen thưởng). Chiến lược củng cố tích cực: Khi đáp ứng được tiến hành ngay lập tức bằng khen thưởng, thì phản ứng sẽ có khuynh hướng lặp đi lặp lại và sẽ làm tăng tần số vượt quá mức. Nguyên tắc trọng tâm của hiện tượng tập nhiệm thực thi trở thành chiến lược điều trị khi sử dụng biến đổi tần suất đáp ứng mong muốn nhằm thay thế những đáp ứng không mong muốn. Việc áp dụng kỹ thuật củng cố tích cực đối với những rối loạn ứng xử của trẻ em bị rối loạn tâm thần đã thu được kết quả rất tốt. [1, 153]

- *Củng cố âm tính*: tức là làm gián đoạn kích thích gây ghét sợ mà đó chính là hậu quả của một kích thích làm tăng tần suất và cường độ của hành vi đó. Vì vậy đó là sự thoát khỏi hay sự tránh hậu quả gây ghét sợ chính đã củng cố hành vi đó. [1, 153-154]

Củng cố là hình thức được chấp nhận rộng rãi và là một chiến thuật có hiệu quả trong việc tăng cường các hành vi phù hợp ta mong đợi ở trẻ. [16, 255]

Các bước tiến hành.

Bước một - Nhận diện “cái củng cố”: Trước hết bác sĩ trị liệu phải nhận diện những cái gì có thể trở thành cái có ý nghĩa đối với người bệnh, do vậy nó có vai trò

duy trì hành vi như là cái củng cố. Đó có thể là một thứ đồ vật hay một loại hoạt động được thân chủ ưa thích hoặc là sự chú ý, lời khen từ người khác hoặc là những thông tin phản hồi mà thân chủ mong chờ, hoặc phiếu nhận thưởng... Để biết chính xác, cụ thể cái gì có ý nghĩa với thân chủ, người ta có thể gợi ý các câu hỏi sau đây: [8, 175]

- + Những cái gì mà trẻ thích dùng, thích mua và thích tiêu thụ?
- + Những món quà nào làm trẻ thích thú?
- + Những hoạt động nào mà trẻ mong muốn tham gia?
- + Những công việc gì mà trẻ thích làm trong thời gian rỗi?
- + Những điều gì trong công việc, học tập làm trẻ thích thú?
- + Những lời khen nào làm trẻ hài lòng?

Bước hai - Sử dụng “cái củng cố” để duy trì và tăng cường một hành vi được chọn là mục tiêu trị liệu.

Sau khi xác định rõ hành vi cần điều chỉnh (ví dụ tính nhút nhát, thiếu chủ động và sợ tiếp xúc với đám đông...) và những gì có ý nghĩa như là cái củng cố (kẹo, bút hay là những phiếu thưởng bé ngoan...), bác sĩ (hay thầy cô giáo, cha mẹ) tổ chức môi trường hoạt động để trẻ biểu lộ hành vi cần tăng cường (tính chủ động). Trẻ luôn nhận được những lời động viên khuyến khích, hoặc được thưởng một đồ vật hay một phiếu thưởng bé ngoan (cái củng cố) mỗi khi nó thực hiện hành vi này như biểu lộ tính chủ động, có hành vi dũng cảm... [8, 176]

Bước ba - Tăng cường hành vi thích nghi để làm giảm một hành vi kém thích nghi. [8, 176]

Động viên khuyến khích thực hiện một hành vi nào đó mà nhờ vậy làm giảm hành vi khác (hành vi được chọn làm mục tiêu trị liệu). Chẳng hạn muốn làm giảm hành vi gây gổ thì cần khuyến khích trẻ chơi hợp tác, chơi công bằng. Một trẻ hay nói tự do nhiều lần trong lớp được yêu cầu giảm hành vi kém thích nghi này xuống chỉ còn 2-3 lần trong một buổi (trẻ luôn nhận được phần thưởng nào đó hoặc lời khen nếu trẻ làm được điều này). [8, 176]

- *Liệu pháp thưởng quy đổi*¹

¹ Token economy system: “Hệ thống biểu tượng tiết kiệm”, được thống nhất dịch là “Liệu pháp thưởng quy đổi”. [14, 320]

Liệu pháp thưởng quy đổi thực chất cũng là liệu pháp củng cố, nhưng nó được thực hiện một cách có hệ thống, có nguyên tắc và được thoả thuận trước với trẻ. Liệu pháp này cũng nhằm động viên khuyến khích trẻ thực hiện những hành vi được mong muốn nào đó (do bác sĩ trị liệu hay thầy giáo, cha mẹ trẻ đề ra). Trẻ sẽ nhận được đồ vật ưa thích, phiếu thưởng hoặc điểm cho những hành vi mong muốn và sẽ bị mất điểm khi thực hiện những hành vi không mong muốn. Kết thúc một giai đoạn (chẳng hạn sau một tuần). Những điểm hoặc phiếu thưởng do trẻ nỗ lực kiếm được sẽ được chuyển đổi thành những thứ thân chủ ưa thích (chuyển thành phần thưởng vật chất, tinh thần, được phép tham gia vào các hoạt động ưa thích). [8, 177]

Các bước cơ bản:

- Lập danh sách những hành vi mà trẻ được khuyến khích thực hiện. Sau đó quy định mức thưởng cụ thể cho từng loại với bệnh nhân tâm thần nặng nhưng hành vi được khuyến khích, có thể là sự tự phục vụ: Tự mặc quần áo, vệ sinh thân thể... còn với những trẻ bị rối nhiễu nhẹ, hành vi được khuyến khích có thể là những bài tập luyện nào đó. [8, 177]

- Lập danh sách và quy định mức thưởng, điểm thưởng để khuyến khích trẻ.

- Quy định những điều kiện cụ thể để trẻ biết và bằng cách nào đạt được những điểm thưởng, phiếu thưởng và khi nào những phiếu thưởng hay điểm thưởng này được quy đổi ra đồ vật, hoặc được phép tham gia các hoạt động được trẻ ưa thích.

Liệu pháp này nên được bổ sung vào bằng những cam kết mà nội dung của những cam kết này là những hành vi ta mong muốn ở trẻ. [8, 178]

1.3.2.2. Giảm thiểu hành vi.

- *Chiến lược dập tắt:* Khi một hành vi không được củng cố thì nó có chiều hướng giảm dần và từ từ bị dập tắt. Khái niệm này thuộc về quan điểm cầu điều kiện hoá thực thi và được bổ sung quan niệm của học thuyết Pavlov cổ điển - sự đáp ứng được tăng cường và được duy trì cùng với kích thích có điều kiện và được kết hợp với kích thích không điều kiện, nếu ngừng kích thích không điều kiện thì sự đáp ứng có điều kiện sẽ giảm dần và cuối cùng sẽ biến mất.[1, 154]

Sự khéo léo của chiến lược dập tắt là nhằm đồng nhất chính xác những điều được củng cố đối với các vấn đề ứng xử và chuyển những điều củng cố này một cách nhanh chóng và bền vững. [1, 154]

Chiến lược dập tắt tỏ ra hữu ích trong điều trị những ứng xử không phù hợp được duy trì bởi môi trường củng cố một cách vô tình. Cần sự phân tích hoàn cảnh một cách chi tiết và sau đó một chương trình có thể được sắp đặt để loại bỏ chúng trong trong sự hiện diện của sự đáp ứng không mong muốn. [1, 154]

- *Gây sự nhàm chán*: Đáp ứng trước kích thích mang tính củng cố sẽ bị giảm đi khi kích thích vượt quá mức và khi đó sẽ tạo ra sự nhàm chán. [1, 156]

- *Liệu pháp gây ghét sợ*: Kích thích gây khó chịu được thể hiện như là hậu quả của một hành vi và điều này làm giảm cường độ và tần suất xuất hiện của hành vi đó. Liệu pháp gây ghét sợ sử dụng những kỹ thuật khử điều kiện của sự tập nhiễm ghét sợ để sắp thành cặp những kích thích này với những kích thích có hại rõ rệt. [1, 156]

1.3.2.3. Liệu pháp tập nhiễm xã hội:

Tập nhiễm là để đạt được những điều có thể tốt hơn hoặc xấu hơn bằng sự quan sát những mẫu ứng xử của người khác. Liệu pháp tập nhiễm xã hội nhằm biến đổi những mô hình ứng xử bị rối loạn bằng việc xếp đặt những điều kiện trong đó chủ thể sẽ quan sát mô hình được củng cố cho sự đáp ứng theo mong muốn. Quá trình tập nhiễm có tính thay thế này đã được đánh giá một cách đặc biệt trong việc chế ngự ám ảnh sợ và xây dựng kỹ năng về xã hội. [1, 159]

Kỹ thuật tập nhiễm xã hội bằng hiện tượng bắt chước xã hội¹, theo liệu pháp này, một hành vi có thể tập nhiễm hoặc bị thay đổi đơn thuần bởi sự quan sát một mô hình và những hậu quả của hành vi đó. Có 3 kiểu mô hình được áp dụng: [1, 161]

- Mô hình hiện tại có thể quan sát được hành vi và hậu quả tích cực hay âm tính của hành vi đó.
- Mô hình tượng trưng, đặc biệt được ghi thành phim ảnh.
- Mô hình tưởng tượng do gợi ý của nhà trị liệu.

¹ Social learning by imitation: Tập nhiễm (học tập) xã hội bằng sự bắt chước

Kỹ thuật tập nhiệm xã hội bằng hiện tượng bất chước có thể được sử dụng trong những trường hợp sau đây: [1, 161-162]

- Hạn chế một hành vi không thích nghi.
- Thiết lập một hành vi mới thích nghi hơn.

1.3.2.4. Liệu pháp nhận thức

Liệu pháp nhận thức nhằm thay đổi những cảm xúc và hành vi bị rối loạn bằng sự biến đổi những phương thức mà người bệnh suy nghĩ về những kinh nghiệm sống có nghĩa. Giả thuyết căn bản của liệu pháp này là những mấu ứng xử bất thường và rối loạn cảm xúc bắt đầu với những vấn đề mà trong đó chúng ta suy nghĩ (nội dung nhận thức) và tại sao chúng ta suy nghĩ (quá trình nhận thức). Hai dạng chủ yếu là: [1, 162]

- *Biến đổi hành vi nhận thức:*

Những mẫu hành vi không phù hợp sẽ được biến đổi bằng sự thay đổi hiện tượng tự khẳng định tiêu cực về bản thân chuyển sang sự tự khẳng định tích cực, sáng tạo, kỹ thuật này gọi là liệu pháp tự khẳng định bản thân. [1, 162]

Thay vào việc chú ý vào những tình huống tiêu cực trong quá khứ mà chúng ta không thể thay đổi được, người bệnh được hướng dẫn để tập trung vào những tình huống tích cực trong tương lai mà họ có thể thực hiện được. [1, 163]

Việc xây dựng những kỳ vọng vào hiệu lực điều trị đã làm tăng tính đúng đắn của những ứng xử lành mạnh. Điều này thông qua việc đặt những mục đích cần đạt được, phát triển những chiến lược cần thực hiện nhằm đạt được những mục đích này và thông qua việc đánh giá sự phản hồi có thể thực hiện được mà con người phát triển ý nghĩa của công việc chuyên môn và ý nghĩa về hiệu lực điều trị (Bandura, 1986). [1, 163]

- *Điều chỉnh niềm tin sai lệch:*

Một số nhà trị liệu hành vi - nhận thức tranh luận về nhiều vấn đề tâm lý tăng lên do cách chúng ta suy nghĩ về bản thân mình trong mối quan hệ với người khác và những sự kiện mà chúng ta gặp phải. Những suy nghĩ không đúng có thể được chia làm 3 kiểu các nhân tố nhận thức không chuẩn mực: [1, 163-164]

➤ Những thái độ không hợp lý. Các rối loạn gây ra bởi những thái độ không hợp lý hoặc thái quá.

➤ Những tiền đề sai lệch: Một sự khẳng định về bản thân mà dựa trên những tiền đề sai.

➤ Những luật lệ hà khắc: Những luật lệ này đặt ứng xử trên “những thử nghiệm thụ động”.

1.3.4. Nguyên tắc chung khi tiến hành liệu pháp hành vi - nhận thức.

Đặt chẩn đoán và chỉ định đúng. Trước khi bước vào điều trị nhà trị liệu cần phải nắm vững và phân tích kỹ các triệu chứng, cách ứng xử, biểu hiện cảm xúc, nhận thức liên quan đến bệnh tật để từ đó nhà trị liệu chọn liệu pháp điều trị phù hợp nhất đối với từng trường hợp cụ thể. [1, 168]

Nhà trị liệu cần đặt ra mục đích điều trị rõ ràng. Giữa nhà trị liệu và thân chủ nên có một hợp đồng điều trị, trong đó cần ghi rõ thời gian các buổi điều trị, thời hạn của các liệu trình điều trị. Điều này thể hiện sự cần thiết về sự hợp tác của thân chủ. [1, 168]

Nên lượng hoá các triệu chứng bằng cách sắp xếp các triệu chứng theo thứ tự thang bậc để giúp thân chủ dễ dàng hình dung và giúp nhà trị liệu dễ dàng đánh giá kết quả điều trị. [1, 168]

Thường trong điều trị nhà trị liệu phối hợp nhiều liệu pháp với nhau, thường hay sử dụng liệu pháp thư giãn với các liệu pháp hành vi khác như: giải cảm ứng có hệ thống, với liệu pháp hồi cảm tràn ngập, nhấn chìm, hoặc các liệu pháp hành vi với liệu pháp nhận thức, hoặc giữa các liệu pháp hành vi - nhận thức với một số thuốc. Chính sự phối hợp này sẽ thúc đẩy hiệu quả điều trị nhanh hơn. [1, 168]

Trong điều trị có thể thay đổi liệu pháp này bằng liệu pháp khác nếu nhà trị liệu nhận thấy kết quả điều trị của liệu pháp đó không cao. [1, 168]

1.3.4. CÁC LIỆU PHÁP TÂM LÝ KHÁC BỔ TRỢ CHO LIỆU PHÁP HÀNH VI.

Liệu pháp hành vi - nhận thức là tập hợp nhiều liệu pháp trong đó có sử dụng nhiều liệu pháp khác như giải thích hợp lý, thư giãn¹. Trong thực tế làm việc với trẻ em, rất khó có thể áp dụng liên tục một liệu pháp mà cần phải kết hợp nhiều

¹ Theo **Võ Văn Bản** (2002). *Thực hành điều trị tâm lý*. Nhà xuất bản Y học. Trang 149.

liệu pháp để thu hút được trẻ. Chúng tôi sử dụng nhiều liệu pháp thư giãn, liệu pháp trò chơi và thử áp dụng liệu pháp gia đình.

1.3.4.1. Liệu pháp thư giãn.

Thư giãn được xem là một trong những phương pháp thường dùng rất có hiệu quả trong việc điều trị các chứng bệnh tâm trí. Đó là quá trình làm giãn mềm cơ bắp, giúp cho thần kinh, tâm trí được thư thái, qua đó làm giảm những cảm xúc tiêu cực. Thư giãn làm chuyển hoá cơ bản, tiết kiệm năng lượng, khiến máu về tim dễ hơn và nhiều hơn. Thư giãn giúp tập trung tư tưởng, ức chế vỏ não, ngắt bỏ những kích thích bên ngoài giúp tinh thần hết căng thẳng, làm chủ được giác quan và cảm giác. Thư giãn giúp dập tắt dần những phản xạ được điều kiện hoá có hại cho cơ thể. [8, 115]

Thư giãn có thể đã tồn tại ở Phương Đông cách đây vài nghìn năm đi liền với phép luyện khí công, thiền, yoga. Tuy nhiên với tư cách là một kỹ thuật cơ bản của trị liệu tâm lý, được sử dụng một cách bài bản trong điều trị tâm bệnh lý thì chỉ mới tồn tại vài chục năm nay. [8, 115]

Hiện tại có nhiều kỹ thuật thư giãn khác nhau được dùng trong trị liệu tâm lý. Tuy nhiên các kỹ thuật này chủ yếu được phát triển từ hai phương pháp: Thư giãn động, căng - chùng cơ và Thư giãn tĩnh - dựa vào tưởng tượng. [8, 116]

- *Thư giãn động, căng - chùng cơ* do Edmund Jacobson (1938), bác sĩ tâm thần người Mỹ đề xướng. Phương pháp này dựa trên giả thuyết cho rằng căng và giãn mềm cơ có liên quan đến các pha hưng phấn và ức chế của hệ thần kinh giao cảm và đối giao cảm, rằng một cá nhân không thể cùng một lúc vừa căng vừa thả lỏng một nhóm cơ nào đó. [8, 116]

Theo Jacobson, thư giãn là một phương pháp hành vi có chủ tâm nhằm kiểm soát và thay đổi mối quan hệ giữa 2 pha hưng phấn và ức chế của hệ thần kinh tự chủ. [8, 116]

Trẻ em từ 6 tuổi trở nên có thể tập thư giãn động được, tuy nhiên bác sĩ trị liệu cần biết cách “chế biến” các động tác thành các trò chơi. Ví dụ như thi uống dẽo, tập đi cầu thăng bằng, tập đứng một chân, tập chui qua “đường hầm” (có thể là hộp các tông đựng tủ lạnh). [8, 116]

- *Thư giãn tĩnh - dựa vào tưởng tượng* do Johannes Schultz (1932), bác sĩ tâm thần người Đức đề xướng. Phương pháp này chỉ thích hợp với trẻ lớn trên 10 tuổi. Trong khoá luận chúng tôi không đề cập đến phương pháp này. [8, 116]

Đối với trẻ ADHD, rất khó tập trung, dễ bị phân tán bởi kích thích bên ngoài, nhiều những cảm xúc tiêu cực, căng thẳng do những hành vi của mình gây ra. Không thể áp dụng liệu pháp thư giãn đúng liều lượng yêu cầu được, bởi ít nhất phải 2-3 lần/ngày, mỗi lần 30-40 phút. Chỉ có thể áp dụng ở mức độ nào đó trong quá trình trị liệu cho trẻ, trong lúc học, lúc chơi... Khi đã thấy trẻ có vẻ căng thẳng, mệt, có thể sắp xếp đồ đạc thành cầu thang bằng cho trẻ đi, thi đứng một chân, cho trẻ tập chui qua các “đường hầm” do người trị liệu thiết kế. [8, 116]

1.3.4.2. Liệu pháp trò chơi.

Từ ngàn xưa, vui chơi được xem là một phương thức hoạt động chủ yếu của trẻ em đặc biệt ở lứa tuổi ấu thơ (mẫu giáo, nhi đồng). Thông qua trò chơi trẻ mô phỏng thế giới, phát triển nhận thức và học cách ứng xử. Càng ngày các chuyên gia tâm lý càng đi đến một nhận định khái quát rằng trò chơi là điều kiện quan trọng nhất cho sự phát triển một nhân cách hài hoà ở trẻ, là phương thức để phát triển trí tưởng tượng, tính tự lập, các thói quen đạo đức và kỹ năng ứng xử xã hội thích nghi với mọi người.

- *Trò chơi như là công cụ chẩn đoán và trị liệu*

Liệu pháp trò chơi dựa trên nhu cầu tự nhiên của trẻ về trò chơi và coi việc tổ chức trò chơi như là một quá trình “tự bộc lộ” để phát hiện, chẩn đoán hay như là một quá trình học điều chỉnh - trị liệu.

Chức năng chẩn đoán của trò chơi thể hiện ở chỗ thông qua trò chơi, trẻ tự bộc lộ những thiếu hụt trong đặc điểm tính cách và quan hệ của trẻ. Cũng thông qua trò chơi, nỗi lo lắng buồn phiền “vô thức” của người bệnh được làm sáng tỏ. Đó là một phương pháp thực nghiệm tự nhiên giúp phát hiện một số triệu chứng, các xu hướng tiềm tàng, tâm thế bảo vệ, những mẫu thuẫn và các phương thức ứng xử không hợp lý. A. Freud và M. Klein là những người đầu tiên sử dụng phương pháp này phân tích hình tượng trò chơi mà sau đó họ gọi là liệu pháp trò chơi (Play therapy) từ những năm 20 - 30, các tác giả này đã quan sát trẻ chơi để sau đó phân tích nhằm tìm hiểu sâu hơn những xung đột của trẻ. D. Levy (1939) đã sử dụng trò

chơi như là những điều kiện ban đầu để chẩn đoán và lập kế hoạch huấn thị. [8, 163]

Chức năng điều trị của trò chơi thể hiện ở chỗ tạo cho người bệnh khả năng tự biểu thị cảm xúc, giải toả những dồn nén vô thức. Trò chơi tự phát được xem như là một thành phần chính thức của nhiều chương trình “trị liệu trọn gói”. Chính trò chơi giúp xoá bỏ sự căng thẳng xuất hiện trong quá trình trò chuyện, nó là một liệu pháp làm thư giãn, thanh lọc tâm trí, nâng cao hứng thú của người bệnh với quá trình điều trị. Erikson (1964), một trong những đại diện nổi tiếng của phân tâm học hiện đại, người có nhiều đóng góp trong việc phát triển và ứng dụng liệu pháp trò chơi, cho rằng trò chơi tự phát là phương thức giải quyết những khó khăn trong cuộc sống thông qua việc tạo ra mô hình hoàn cảnh và tiếp thu kinh nghiệm từ hiện thực qua thử nghiệm các “kế hoạch”, các giải pháp. Thông qua trò chơi chủ định - trò chơi có hướng dẫn hay trò chơi phân vai, các xung đột tâm lý bên trong được giải toả, các quá trình tâm lý được luyện tập và củng cố, nâng cao tính dung nạp stress. Liệu pháp trò chơi tạo ra tâm trạng vui vẻ, nâng cao bản lĩnh tâm lý của trẻ. *Vì vậy nó được coi là phương tiện tự chữa trị tự nhiên, phù hợp với lứa tuổi trẻ em.* [8, 164-164]

Để trò chơi được sử dụng như một phương tiện chẩn đoán, điều trị và dạy học, bác sĩ tâm lý cần thực hiện một số các nguyên tắc sau đây: [8, 164]

1) Lựa chọn chủ đề chơi phù hợp với mục đích trị liệu của bác sĩ và hứng thú của người bệnh.

2) Việc hướng dẫn trò chơi cần phải tổ chức sao cho nó có thể thúc đẩy tính chủ động, học tập và sáng tạo của trẻ, sắp xếp trò chơi phù hợp với từng cá nhân, hướng vào việc học các kỹ năng giải quyết vấn đề, khôi phục lại các mối quan hệ đã mất.

3) Những trò chơi tự phát và có hướng dẫn (của bác sĩ tâm lý) là hai giai đoạn bổ sung cho nhau của cùng một quá trình chơi thống nhất.

4) Tỷ lệ tương quan giữa thành phần tự phát và có hướng dẫn phụ thuộc không chỉ vào lứa tuổi mà cả những đặc điểm lâm sàng và tính cách của trẻ.

5) Trò chơi phải cuốn hút được xúc cảm, phải có tính ngẫu hứng, do đó đòi hỏi tính linh hoạt và khả năng làm phong phú trò chơi (bao gồm cả việc cùng chơi hết mình) của bác sĩ điều trị tâm lý.

6) Bác sĩ tâm lý không bình luận trò chơi (giúp trẻ tự tin và nâng cao khả năng tự ra quyết định).

7) Tác động hướng dẫn người bệnh thực hiện chủ yếu thông qua tính cách của nhân vật do người bệnh và bác sĩ tái tạo đối với từng hoàn cảnh chơi đã được mô hình hoá trên cơ sở ý đồ, mục tiêu trị liệu.

- Cách tổ chức trò chơi nhằm mục đích trị liệu.

Trò chơi được xem như là dạng hoạt động mong muốn mà không bắt buộc. Thoạt đầu trẻ được tạo điều kiện để tự chơi hoặc chơi cùng bác sĩ. Trong phòng chơi chuyên biệt, trẻ có thể cùng chơi với bố hoặc mẹ (đặc biệt với trẻ lứa tuổi nhỏ, nhút nhát). Sau một thời gian trẻ có thể chơi một mình hoặc có mặt bác sĩ nhưng “đang bận việc riêng”. Trong một số trường hợp trẻ có khó khăn khi bắt đầu chơi thì bác sĩ có thể sử dụng tranh vẽ, kể chuyện hoặc giới thiệu cho trẻ các đồ chơi và dần dần lôi cuốn trẻ vào trò chơi. [8, 165]

Không nhất thiết phải chơi liên tục, trò chơi có thể ngừng theo yêu cầu của người bệnh, song họ phải giải thích tại sao. Thường thường ngừng chơi gắn liền với mất hứng thú hoặc sợ một điều gì đó. [8, 165]

Khi đưa trẻ bắt đầu chơi một mình thì cảm giác thận trọng và lúng túng sẽ qua đi, khi đã bị cuốn hút thì đứa trẻ bắt đầu mạnh dạn thể hiện cảm xúc của mình, biểu thị và nói năng mạnh bạo hơn... Một số trẻ, đặc biệt trẻ ở tuổi mẫu giáo trong những trò chơi tự phát thường có những nhận xét các nhân vật. Do vậy, sự quan sát kín đáo hành vi của trẻ và các lời nhận xét trong khi chơi có thể cung cấp một lượng thông tin đáng kể về đặc điểm khí chất và tính cách, các mối quan hệ của trẻ (kể cả quan hệ gia đình). Chẳng hạn, trong trò chơi “mẹ - con” hay “cô giáo - học sinh”, những trẻ gái đóng làm mẹ hoặc cô giáo có thể cưỡng ép búp bê ăn, ngủ hoặc quát mắng, trừng phạt và lên mặt dạy đạo đức. Trong trường hợp này, nhà trị liệu dễ dàng biết được những mâu thuẫn, những dồn nén trong cuộc sống của trẻ, kể cả những mong muốn của chúng. [8, 165]

Trong trò chơi có nguyên tắc thực tế, bình đẳng trong việc thực hiện các vai chính, vai phụ của bác sĩ cũng như của bệnh nhân. Bác sĩ cùng tham gia đóng vai trò do trẻ quy định nếu đóng vai phụ, bác sĩ hoàn toàn phục tùng vai chính để vai chính thể hiện những hành vi hay nét tính cách không tốt như hung dữ, dễ tự ái, sợ hãi, lẩn tránh... sau đó đổi vai. Thông qua các vai, trẻ có được một cái gương soi giúp nó nhận thức được những nét tính cách chưa tốt của mình và có những phản ứng không thích đáng và nhờ đó giúp chúng tự điều chỉnh hoặc loại bỏ nỗi sợ hãi. [8, 165]

Liệu pháp trò chơi dựa trên cơ sở nhu cầu tự nhiên của trẻ về trò chơi mà trò chơi là điều kiện quan trọng nhất cho sự phát triển một cách hài hòa của trẻ, trong đó có cả trí tưởng tượng, tính tự lập, thói quen quan hệ thích nghi với mọi người. Liệu pháp trò chơi coi việc tổ chức trò chơi như là một quá trình liệu pháp, đòi hỏi sự cuốn hút cảm xúc và khả năng làm phong phú trò chơi của nhà trị liệu. [21, 147]

Liệu pháp trò chơi là một trong những liệu pháp tâm lý cơ bản cho trẻ, có thể sử dụng độc lập hoặc kết hợp với các phương pháp khác. Đối với trẻ mẫu giáo, thời gian chơi chiếm ưu thế, tuổi học sinh đầu cấp thì thời gian chơi ngang bằng với các liệu pháp khác. Còn lứa tuổi thanh thiếu niên thì thời gian chơi ít dần đi. [21, 150]

Thời gian một buổi chơi thường không vượt quá 30 phút, khoảng thời gian đó đủ để duy trì sự hứng thú và đáp ứng nhu cầu chơi. Nếu thời gian chơi ít hơn sẽ gây cảm giác chưa thỏa mãn còn muốn chơi tiếp, còn thời gian dài hơn sẽ làm giảm hứng thú và gây cảm giác chán ngán. [21, 150]

Liệu pháp trò chơi (mô phỏng) có hiệu quả hơn đối với lứa tuổi 4-7 tuổi, khi sự phát triển nhân cách diễn ra mạnh mẽ. Cũng nên sử dụng liệu pháp này với lứa tuổi lớn hơn (chuyển thành kịch). [21, 164]

1.3.4.3. Liệu pháp tâm lý gia đình

Trước đây tâm lý học lâm sàng trẻ em thường tập trung điều trị những rối nhiễu tâm lý ở chính đứa trẻ mà ít để ý đến môi trường gia đình. Có chăng, chỉ là làm tư vấn cho bố mẹ đỡ lo lắng, giúp con kiên trì điều trị. [8, 180]

Ngày nay, đa số các nhà trị liệu tâm lý không còn xem trẻ em như là cá thể riêng biệt, mà cho rằng những triệu chứng rối nhiễu tâm lý ở trẻ là biểu hiện của những rối nhiễu quan hệ nào đó hay rối nhiễu của toàn bộ gia đình. Bởi vì những

đứa trẻ ấy không phải là một cá thể độc lập mà nó là một thành viên của gia đình. Nó có quan hệ thân thích với bố mẹ, ông bà, anh chị em...Do vậy, muốn chữa trị tận gốc các chứng rối nhiễu tâm trí của trẻ, ta cần phải “chăm chữa” cả bố mẹ và toàn thể gia đình. [8, 180]

Trị liệu gia đình hay liệu pháp gia đình (family therapy) thực chất là một kiểu đặc biệt của liệu pháp nhóm. Trị liệu gia đình đòi hỏi không chỉ bản thân trẻ (bị rối nhiễu) được trị liệu mà các thành viên khác của gia đình, đặc biệt là bố mẹ cũng phải được trị liệu. Nhà trị liệu cần tập trung vào những mối quan hệ giao tiếp giữa cá nhân bị rối nhiễu để tìm cách điều chỉnh, cải thiện để thay đổi tình trạng của toàn bộ gia đình. [8, 181]

Điều chỉnh các mối quan hệ không thuận lợi trong gia đình thường bao gồm những phần việc sau đây: [8, 181]

Giúp bố mẹ ý thức được những nguyên nhân, trạng thái rối nhiễu tâm trí của con trẻ, cải thiện các trạng thái tâm lý tiêu cực của họ và xây dựng lại các mối quan hệ đồng cảm, yêu thương trong gia đình. Điều này có ý nghĩa đặc biệt quan trọng, giúp loại trừ nguồn gốc thường xuyên gây chấn thương tâm lý cho trẻ (do những xung đột tâm lý trong gia đình và phương pháp giáo dục sai lạc).

Các giai đoạn cơ bản của liệu pháp tâm lý gia đình:

Liệu pháp tâm lý gia đình bao gồm các giai đoạn sau đây:

Bước một - Tìm hiểu gia đình: Nhằm phát hiện các yếu tố duy trì trạng thái rối nhiễu tâm lý của đứa trẻ do các quan hệ giao tiếp không thuận lợi trong gia đình gây ra. Các bác sĩ trị liệu tâm lý nghiên cứu các mối quan hệ trong gia đình có trẻ bị rối nhiễu tâm trí có chung nhận xét rằng ở những gia đình này thường có những đặc điểm sau đây: [8, 181-182]

- Bố mẹ không hiểu những đặc điểm phát triển nhân cách của trẻ, thường kìm hãm các nhu cầu của chúng như nhu cầu được an toàn, được thừa nhận, được yêu thương, nhu cầu tự biểu thị cũng như nhu cầu trở thành chính mình...

- Mặc cảm ở trẻ: trẻ cảm thấy bị đối xử không công bằng hoặc cảm nhận bị mọi người trong gia đình, đặc biệt bố mẹ ruồng bỏ, hắt hủi.

- Bố mẹ không tiếp nhận tính cách cá nhân của trẻ, không tin vào kinh nghiệm của trẻ, xúc phạm lòng tự trọng của con.

- Những yêu cầu và mong muốn của bố mẹ không tương xứng với nhu cầu và khả năng của con.

- Thái độ quá nghiêm khắc hay quá nuông chiều con (sự bảo hộ quá đáng), sự đối xử không nhất quán với trẻ hay sự không thống nhất trong công tác giáo dục trẻ.

- Tính xúc cảm cao, thái độ lo lắng “quyến luyến” thái quá (tạo ra sự phụ thuộc tình cảm của trẻ đối với bố mẹ).

Các yếu tố bệnh tật, xung đột gia đình, ly dị... cũng gây những chấn thương tâm lý cho trẻ. Do vậy tìm hiểu, phân tích các sự kiện quan hệ mâu thuẫn trong gia đình, hiểu biết quan điểm của từng thành viên về mâu thuẫn đó là điều rất cần thiết. Nhiều khi bố mẹ đưa trẻ đến thăm khám tâm lý, nhưng chính họ cũng đang có vấn đề về tâm lý.

Thường thường cha mẹ hoặc quá lo lắng về trạng thái tâm lý của con hoặc họ đưa con đến thăm khám tâm lý chỉ do yêu cầu của chuyên môn y tế. Họ thực sự không hiểu những nguyên nhân thực chất dẫn đến tình trạng rối nhiễu tâm trí của con. Vì vậy bác sĩ tâm lý cần làm cho họ hiểu được mọi biểu hiện bệnh lý ở đứa trẻ đều trực tiếp hay gián tiếp bắt nguồn từ những tình trạng nhất định của gia đình. Hiệu quả của trị liệu phụ thuộc đáng kể vào sự hợp tác chặt chẽ của bố mẹ với bác sĩ trị liệu. Việc họ *tự nguyện thay đổi một số thái độ, cách ứng xử, nếp sinh hoạt là những nhân tố quan trọng giúp quá trình trị liệu hiệu quả*. [8, 182]

Bước hai - Thảo luận với bố mẹ hoặc thành viên khác trong gia đình về kết quả thăm khám

- Thảo luận về kết quả thăm khám nên được tiến hành trước hoặc đồng thời với liệu pháp cá nhân cho trẻ. Bác sĩ tâm lý nên kiên nhẫn lắng nghe bố mẹ của trẻ trình bày quan điểm của họ về nguyên nhân xuất hiện rối nhiễu. Thường thường bố mẹ trẻ có rối nhiễu, xu hướng nhìn nhận con mình một cách tiêu cực. Họ hay tìm thấy nhược điểm của con, hay phàn nàn về trẻ, gán thêm cho con những vấn đề của chính họ. Nhiệm vụ của bác sĩ tâm lý là lắng nghe để hiểu các nguyên nhân, những điều kiện đang duy trì rối nhiễu tâm lý ở trẻ mà không bị lôi cuốn vào các mâu thuẫn gia đình, không phê phán bố mẹ. Sau đó bác sĩ tâm lý cần chỉ ra những mối liên hệ cụ thể giữa tình trạng rối nhiễu của trẻ với những mâu thuẫn hiện có trong

gia đình, bao gồm cả những hoàn cảnh gây chấn thương tâm lý và tính cách của bố mẹ. Sau cuộc thảo luận, bác sĩ tâm lý nên gợi ý, hướng dẫn bố mẹ phải làm gì để xoá bỏ những mâu thuẫn đã kéo dài giữa họ với con cái, và bằng cách nào để xây dựng lại các mối quan hệ.[8, 183]

Bước ba - Tiến hành đồng thời các liệu pháp tâm lý với trẻ và bố mẹ.

Bác sĩ tâm lý nên đưa ra một pháp đồ điều trị cho trẻ gồm một nhóm các liệu pháp tâm lý thích hợp. Đồng thời giúp bố mẹ tìm kiếm cách giải quyết hợp lý những mâu thuẫn trong gia đình. Tốt nhất là giúp từng thành viên trong gia đình hình dung mình ở vị trí người khác, để thay đổi nhận thức, thái độ, thay đổi cách ứng xử (sử dụng tâm kịch, trò chơi phân vai...). Chấp hành trách nhiệm “hoà hoãn không xung đột” và tham gia bình đẳng tích cực vào quá trình điều trị cho trẻ. Bác sĩ tâm lý có thể gặp riêng từng thành viên trong gia đình để giúp họ hiểu những vấn đề của họ trong nhận thức, hành vi ứng xử đóng vai trò nguyên nhân hay cái củng cố đang duy trì trạng thái rối nhiễu tâm lý ở trẻ. Việc tháo gỡ, dỡ bỏ những vấn đề này chính là loại bỏ những điều kiện đang duy trì hành vi rối nhiễu ở trẻ. [8, 183]

1.4. CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP CHO TRẺ ADHD Ở TUỔI ĐẦU TIỂU HỌC.

1.4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA TRẺ EM Ở ĐỘ TUỔI ĐẦU TIỂU HỌC.

Trẻ em ở tuổi đầu tiểu học có độ tuổi tương đương với học sinh đầu bậc tiểu học (lớp 1, lớp 2), còn gọi là học sinh nhỏ, từ khoảng 6 tuổi đến hơn 7 tuổi. [13, 70]

Trong phạm vi đề tài, có 2 khách thể chưa đi học chính thức nên tạm thời chưa được gọi là “học sinh”, mà chỉ có độ tuổi tương đương học sinh đầu bậc tiểu học.

1.4.1.1. Về cơ thể và hoạt động.

Từ 3 đến 6 tuổi, trọng lượng não tăng nhanh chóng (từ 1100 gram đến 1300 gram). Đến 6 tuổi, vai trò điều chỉnh và kiểm tra của bán cầu đại não được tăng cường đối với các trung tâm dưới vỏ, bộ xương được cốt hoá, cơ to ra, cơ quan hô hấp và tuần hoàn phát triển. Tốc độ hình thành những phản xạ có điều kiện tăng nhanh, hệ thống tín hiệu thứ 2 phát triển mạnh. Các bộ phận nhận cảm phát triển

manh. Những sự phát triển như vậy của hệ thần kinh và cơ thể là điều kiện thuận lợi cho sự phát triển những chức năng tâm lý cấp cao. [13, 58]

Về mặt xã hội, mối liên hệ giữa trẻ và người lớn được chuyển từ hoạt động cùng nhau thành thực hiện những nhiệm vụ độc lập theo những chỉ dẫn của người lớn. Quan hệ giữa trẻ với bạn bè cùng lứa cũng được hình thành, nhờ ý thức về “cái tôi” ngày càng tăng và được củng cố. Từ 3 đến 6 tuổi, trò chơi, đặc biệt là trò chơi đóng vai có vai trò đặc biệt quan trọng. Từ 6 tuổi trở đi, trẻ bắt đầu tư vào các hoạt động có sản phẩm cụ thể như vẽ, nặn, xếp hình, xây dựng... với đòi hỏi phải đạt được những sản phẩm nhất định giúp trẻ hoạt động có mục đích, có ý đồ một cách nhất quán, giúp trẻ lĩnh hội được phương thức hoạt động, lĩnh hội được trình tự hoạt động, tạo ra những rung cảm thẩm mỹ, năng lực sáng tạo cũng như nhiều phẩm chất khác. Đây cũng là một loại hoạt động tạo điều kiện cho việc hình thành dần những hoạt động có động cơ, mục đích nghiêm ngặt của lứa tuổi sau. [13, 59]

Đến tuổi đi học, hoạt động chủ đạo của trẻ chuyển từ vui chơi sang hoạt động học tập. Hoạt động học tập không chỉ đòi hỏi một trình độ phát triển trí tuệ cho phép tiếp thu những tri thức, kỹ năng, kỹ xảo, mà còn cần một năng lực, ý chí nhất định giúp học sinh tự kiểm chế bản thân, vượt khó khăn, cố gắng thực hiện những yêu cầu cần thiết mà bản thân hoạt động này đòi hỏi. Trẻ sẽ gặp phải những khó khăn sau đây:

- Những khó khăn liên quan đến việc thay đổi chế độ sinh hoạt do hoạt động học tập đòi hỏi như, phải dậy đúng giờ, đi học đều đặn, thực hiện đúng nội quy lớp học, nội quy nhà trường như học bài, làm bài, mang dụng cụ học tập đầy đủ... Những khó khăn này gắn với thói quen và nề nếp sinh hoạt thường ngày của trẻ. [13, 69]

- Thứ hai là những khó khăn bắt nguồn từ việc thay đổi môi trường hoạt động. Trước đây, trẻ chỉ sống, vui chơi, hoạt động trong gia đình, hoặc được bao bọc bởi tình yêu thương của những người ruột thịt. Khi đi học, sinh hoạt trong một tập thể lớp học có những mục đích chung, dưới sự dạy dỗ của thầy giáo, cô giáo. Hoạt động này đòi hỏi một sự hoà nhập cần thiết giữa giáo viên và học sinh, giữa học sinh với nhau. [13, 69]

1.4.1.2. Đặc điểm tâm lý.

Ở tuổi học sinh nhỏ diễn ra một sự phát triển toàn diện về các quá trình nhận thức. Trong đó đáng kể nhất là sự phát triển của tri giác, sự tập trung, trí nhớ, tưởng tượng, tư duy. [13, 72]

Đây là giai đoạn mà tư duy trực quan hành động chiếm ưu thế. [13, 77]

- *Về trí tuệ.*

Nhờ tích lũy được một số khối lượng tri thức do nhận thức cảm tính mang lại, vào khoảng 4 tuổi ở trẻ bắt đầu diễn ra một bước ngoặt cơ bản về tư duy. Đó là việc chuyển từ tư duy hành động định hướng bên ngoài thành những hành động định hướng bên trong theo cơ chế nhập tâm (Piaget gọi là sự chuyển tâm). Kiểu tư duy bằng tay (*trực quan - hành động*) chuyển dần lên kiểu *tư duy trực quan - hình tượng*. Đặc điểm của kiểu tư duy này là việc thực hiện các hành động không chỉ ở bên ngoài mang tính vật chất cụ thể mà được xem xét ngầm trong óc dựa trên hình ảnh, biểu tượng mà trẻ đã lĩnh hội trước đó. [13, 61]

Cùng với đó, trẻ hình thành tư duy mang tính suy luận, dựa trên những biểu tượng cụ thể về thế giới khách quan. [13, 62]

Tuy nhiên, ở tuổi lớp 1, lớp 2, *tư duy trực quan hành động (tư duy cụ thể)* vẫn chiếm ưu thế. Việc học tập của trẻ chủ yếu dựa trên việc phân tích, so sánh, đối chiếu, dựa trên các đối tượng hoặc những hình ảnh trực quan. Những khái quát về sự vật, hiện tượng của trẻ còn mang tính trực tiếp, cảm tính. Phần lớn những khái quát chủ yếu dựa trên những dấu hiệu cụ thể nằm trên bề mặt của đối tượng hoặc những dấu hiệu thuộc công dụng và chức năng. [13, 77]

Tư duy cụ thể, trẻ tiến hành phân tích liên quan tới hành động phân tích trên đồ vật. Tổng hợp cũng gắn liền với đồ vật cụ thể, ví dụ như trẻ làm tính bằng ngón tay. Trẻ bắt đầu có sự phối hợp với những người xung quanh để giải quyết bài toán tư duy.

Phần lớn những khái quát của trẻ lớp 1, lớp 2 chủ yếu dựa trên việc tri giác những dấu hiệu cụ thể nằm trên bề mặt của đối tượng hoặc những dấu hiệu thuộc công dụng và chức năng. [13, 78]

Tư duy của trẻ ở tuổi này vẫn còn bị cái tổng thể chi phối. Tư duy phân tích bắt đầu hình thành nhưng còn yếu nên các biểu tượng được hình thành ở trẻ chưa

thật chính xác và vững chắc, trẻ có thể bị nhầm lẫn, sai sót trong khi lĩnh hội các âm, vần, quy tắc ngữ pháp đơn giản. [13, 78]

- *Về ngôn ngữ.*

Đến 6 tuổi, ngôn ngữ của trẻ phát triển mạnh, đạt chất lượng cao cả về mặt phát âm, vốn từ và những hình thức ngữ pháp. Nhờ đó mạnh mẽ cho sự phát triển loại tư duy “tiền khái niệm” (còn gọi là “tiền thao tác”) sẽ chiếm vị trí quan trọng ở giai đoạn sau.

- *Sự phát triển xúc cảm-ý chí.*

Đời sống xúc cảm, tình cảm của học sinh nhỏ khá phong phú, đa dạng và cơ bản là mang tính tích cực. Trẻ rất vui mừng vì tình bạn mới và bạn cùng lớp, tự hào vì được giáo viên, chỉ huy đội giao cho những công việc cụ thể. [13, 80]

Tính tự kiềm chế và tính tự giác được tăng cường bộc lộ ở sự ổn định của những trạng thái xúc cảm. Các em biết điều khiển tâm trạng của mình, thậm chí còn biết che giấu tâm trạng khi cần thiết. Nhìn chung, đây là lứa tuổi khá cân bằng và “bình yên” so với tuổi mẫu giáo và thiếu niên. [13, 80]

Tình cảm đạo đức ở trẻ phát triển rộng rãi hơn tuổi mẫu giáo. Trẻ tìm thấy cái hay cái mới trong các môn học, nhận thức được phát triển, do đó phát triển các xúc cảm-tình cảm đạo đức.

Ở tuổi này, thầy cô giáo là người mà trẻ tôn sùng nhất. Vì vậy, những lời nói, hành động của thầy cô đều có ảnh hưởng lớn lên trẻ.

- *Sự phát triển nhân cách.*

Ở độ tuổi này, nhân cách của trẻ đã thực sự được hình thành thể hiện tập trung ở các mặt: tự khẳng định, tự ý thức, ở xúc cảm, ý chí, hệ thống động cơ... [13, 63]

Trẻ đã nhận ra giới của mình, nhận ra vị trí của mình trong gia đình, trong nhóm bạn. Trẻ nhận thức ra mình là một thành viên của xã hội. [13, 64]

Khi các em đã đi học, sự phát triển nhân cách chủ yếu diễn ra và bị chi phối bởi hoạt động chủ đạo là hoạt động học tập. Dần dần trẻ phải tập với việc tự điều khiển mình tuân theo những điều cần phải chứ không phải ý muốn chủ quan. Nhờ có tính chủ định đối với mọi hành vi được hình thành và phát triển, trong hoạt động học tập, đứa trẻ dần dần nắm được những chuẩn mực đạo đức và những quy tắc

hành vi. Việc tuân theo những quy định của nhà trường giúp trẻ điều chỉnh hành vi của mình trên cơ sở những mẫu đã khiến cho bộ mặt nhân cách của trẻ mang ý nghĩa mới. [13, 80]

Quan hệ giữa giáo viên- học sinh là nét đặc thù trong nhân cách của học sinh nhỏ. Sau vài ba tuần lễ đi học, hầu hết học sinh nhỏ đã xác lập được mối quan hệ với giáo viên và với các bạn cùng tuổi. Chúng đã bắt đầu xem xét hành vi của các bạn cùng ngồi trong một bàn, tiếp xúc với các bạn khác trong lớp mà nó có thiện cảm hoặc có sự giống nhau về hứng thú. [13, 81]

Ở lớp 1, 2, trẻ mới từ mẫu giáo lên. Đặc trưng trong đạo đức của trẻ là vâng lời một chiều. Trẻ chưa có biểu hiện đòi hỏi người lớn phải tôn trọng nó. Điều này dẫn tới việc lấy vâng lời là một tiêu chí để đánh giá bản thân. Tình cảm vâng lời được Piaget gọi là *Tình cảm dị trị*, trẻ vâng lời vì hai lý do: *quyền uy* của người lớn làm trẻ sợ và *uy tín* của người lớn làm trẻ tin.

- *Về chú ý.*

Chú ý là trạng thái tâm lý giúp cho các quá trình tâm lý định hướng xung quanh, nhờ đó ta phản ánh chúng được rõ ràng, đầy đủ và chính xác. Trạng thái chú ý bao giờ cũng đi kèm với những quá trình tâm lý, như chú ý nghe, chú ý suy nghĩ...[20, 97]

Chú ý giữ vai trò rất quan trọng trong việc nhận thức thế giới xung quanh và trong hoạt động thực tiễn của con người. Nhờ có chú ý, các “tài liệu” cảm tính thu được từ các đối tượng thu được rõ ràng và đầy đủ, chính xác. Đó là cơ sở vững chắc để tiến hành các quá trình tâm lý bậc cao như tư duy, tưởng tượng... Như vậy chú ý là điều kiện rất cần thiết cho hoạt động nhận thức. [20, 100]

Các thuộc tính của chú ý bao gồm: chú ý có thể di chuyển, tính bền vững của chú ý, tính tập trung của chú ý, phân phối của chú ý. [20, 100]

Đối với trẻ đi học, chú ý đóng vai trò quan trọng trong việc tiếp thu kiến thức, những quy định, những hướng dẫn của thầy cô giáo... để có kết quả tốt. Những trẻ với chú ý bị suy yếu thường có kết quả học kém hơn, khó khăn trong việc nắm bắt các quy định, hướng dẫn nên thường phạm lỗi...

Ở trẻ ADHD, có sự suy yếu cách này hay cách khác đối với những đặc điểm trên.

1.4.2. ĐẶC ĐIỂM ADHD CỦA LÚA TUỔI.

Trẻ ở độ tuổi này nói chung đều đã đi học. Một số trẻ chưa đến tháng nhập học, hoặc mức trí tuệ thấp có thể không đến trường một cách chính thức, nhưng các gia đình đều cố gắng đưa đi học. Có thể là học thêm tại nhà cô giáo, tại lớp dạy thêm, xin học nửa buổi hoặc chỉ vài buổi trong tuần. Có thể là học theo chương trình của từng lớp, có thể là học để tạo thuận lợi khi vào lớp một thực sự.

Vì vậy, trẻ phải thích nghi với một môi trường rất mới và khác hoàn toàn trước kia: không còn sự bao bọc của người thân trong gia đình, phải tuân theo những quy tắc luật lệ, tạo lập những mối quan hệ mới...

Môi trường hoạt động của trẻ đã mở rộng ra một cách đáng kể. Nhiều trẻ học cả ngày ở trường, chỉ ở nhà với bố mẹ vào buổi tối và ngày chủ nhật. Nếu như trước đây, vai trò của môi trường gia đình là quan trọng nhất thì nay lại nhường phần quan trọng cho môi trường học đường. Vì vậy, muốn trợ giúp cho trẻ ADHD trong độ tuổi này thì phải có sự hợp tác của nhà trường, của các giáo viên.

Như đã nói ở trên, quan hệ giữa giáo viên - học sinh là nét đặc thù trong nhân cách của trẻ nhỏ, hơn nữa tình cảm đạo đức gắn liền với quyền uy và uy tín, trẻ luôn luôn ngoan ngoãn vâng lời, làm theo lời thầy cô giáo, bất kể đúng sai. Vì vậy, giai đoạn này, nhà trường, mà cụ thể hơn là những giáo viên trực tiếp dạy trẻ đóng vai trò vô cùng quan trọng với sự phát triển nhân cách của trẻ. [13][7]

Đối với trẻ ADHD, nhất là trong độ tuổi bắt đầu đi học, thì nhà trường trở thành một môi trường quan trọng trong cuộc sống của trẻ, không kém gì môi trường tại gia đình. Một chương trình can thiệp toàn diện cho trẻ ADHD cần phải toàn diện và trong tất cả môi trường mà trẻ sống. Vì vậy, nếu không có sự ủng hộ, hợp tác từ phía nhà trường thì hiệu quả chắc chắn sẽ giảm hẳn.

1.4.3. CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP.

Một chương trình can thiệp cho một trẻ gặp khó khăn, đặc biệt là rối loạn phát triển cần đến nhiều phía như: bác sĩ, nhà tâm lý, gia đình, giáo viên giáo dục đặc biệt, nhà vật lý trị liệu, nhà trị liệu ngôn ngữ, nhà chỉnh âm... Trẻ ADHD cũng

cần đến sự trợ giúp toàn diện như vậy. Tuy nhiên, với những đặc điểm riêng như đã đề cập ở trên, trẻ ADHD ở độ tuổi này cần 4 phía trợ giúp quan trọng nhất, đó là: bác sĩ, nhà tâm lý, gia đình và nhà trường. Vai trò cụ thể như sau:

- Bác sĩ: chẩn đoán, đề xuất và kiểm tra chương trình, kế hoạch, quyết định về sử dụng thuốc.

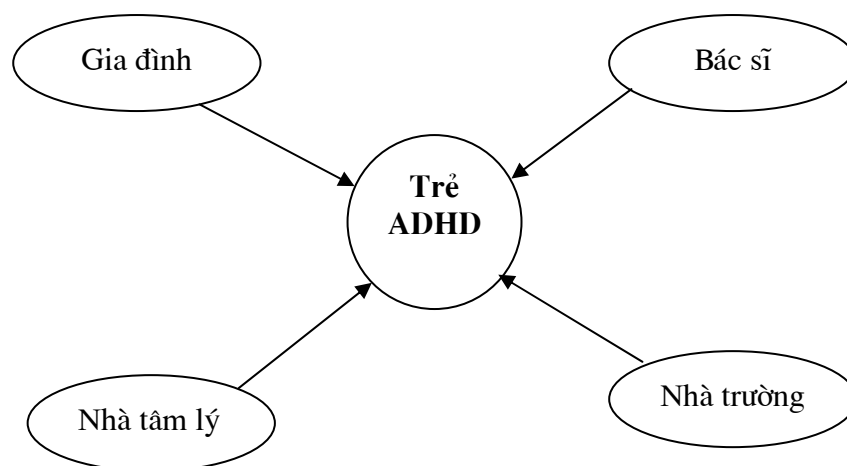
- Nhà tâm lý: cùng chẩn đoán, đề xuất và kiểm tra chương trình, kế hoạch. Xây dựng chương trình can thiệp tâm lý, dùng các liệu pháp tâm lý cho gia đình và để có sự hợp tác của gia đình

- Gia đình: cùng xây dựng chương trình, thực hiện chương trình và hợp tác chặt chẽ với các bên liên quan.

- Nhà trường: cùng xây dựng chương trình chủ yếu thông qua gia đình, áp dụng chương trình can thiệp ở môi trường nhà trường.

Với tình hình thực tế ở Việt Nam, khi bác sĩ nhi khoa và tâm thần nhi hầu hết chỉ kê đơn. Hơn nữa, việc dùng thuốc còn rất hạn chế, bởi những thuốc đặc hiệu cho trẻ ADHD như Ritalin, Dexedrin hay Adderall (kết hợp cả hai loại trước) có chất gây nghiện, không dễ được phân phối và sử dụng phổ biến cho trẻ.

Hình 1: Trong đa số trường hợp, can thiệp toàn diện cho trẻ ADHD cần sự hợp tác thực sự của 4 phía quan trọng nhất



Vì đề tài tập trung vào vận dụng liệu pháp hành vi - nhận thức, nên chương trình can thiệp tập trung vào 2 môi trường quan trọng nhất của trẻ là ở gia đình và trường học, và 3 phía là nhà tâm lý, bố mẹ trẻ và giáo viên.

Hơn nữa, hình thức điều trị phổ biến nhất cho trẻ ADHD là liệu pháp hành vi. *Đây là một tập hợp của những sự can thiệp có cùng mục tiêu là điều chỉnh kích thích từ môi trường nhằm thay đổi hành vi*¹. Biện pháp này được dùng cả ở nhà và trường học, bao gồm sự cấu trúc hơn, tập trung ở mức độ cao, và hạn chế những sự làm sao nhãng. Trẻ được đưa thông báo một tập hợp những hành vi được mong đợi, và được thưởng một cách tích cực khi thực hiện những hành vi đó. [40]

Liệu pháp hành vi giới thiệu một tập hợp những can thiệp chuyên biệt (khác nhau) có cùng chung mục tiêu là điều chỉnh kích thích vật lý và kích thích xã hội từ môi trường nhằm sửa đổi hành vi. Cùng với liệu pháp hành vi, hầu hết các nhà lâm sàng, bố mẹ, và trường học cùng nhau làm thay đổi nhiều môi trường ở nhà và ở trường, bao gồm sự kết cấu (cấu trúc) cao hơn, chú ý cao hơn, và hạn chế những gì gây sao nhãng. Những môi trường can thiệp như vậy không cần phải trải qua sự đánh giá hiệu quả kỹ càng, nhưng hầu hết các kế hoạch điều trị đều bao gồm chúng. [22]

Liệu pháp hành vi cung cấp cho cha mẹ và giáo viên những kỹ thuật chuyên biệt để tăng cường hành vi của trẻ. *Liệu pháp hành vi bao gồm cung cấp phần thưởng để củng cố hành vi được mong đợi (ví dụ như sự củng cố tích cực) hay hậu quả khi chệch hướng so với mong đợi (ví dụ như trừng phạt).* Việc lặp đi lặp lại phần thưởng và hậu quả dần dần định hình cho hành vi. Mặc dù liệu pháp hành vi có một tập hợp nguyên tắc, nhưng nó bao gồm những kỹ thuật khác nhau với nhiều chiến lược thường xuyên kết hợp với một chương trình toàn diện. [22] (Bao gồm 4 kỹ thuật chính, xem bảng 5 dưới đây).

Liệu pháp hành vi nên thay đổi theo những can thiệp tâm lý trực tiếp với trẻ và được thiết kế nhằm thay đổi tình trạng cảm xúc của trẻ (ví dụ: liệu pháp trò chơi) hay những mẫu tư duy suy nghĩ (ví dụ **liệu pháp nhận thức hay liệu pháp nhận thức-hành vi**). Mặc dù những sự can thiệp tâm lý này có sự hấp dẫn lớn về trực giác, chúng vẫn ít được chứng minh bằng tài liệu về hiệu quả trong điều trị trẻ ADHD, và giành được trong các môi trường điều trị thường chuyển đến lớp học hay

¹ Dereck Wood (2003). *ADHD Management: The Necessity of Psychotherapy: Clinical Paper*. From: <http://www.mental-health-matters.com>

ở nhà. Trái ngược với điều đó, việc tập huấn cha mẹ liệu pháp hành vi và can thiệp hành vi trong lớp học tạo ra những thay đổi thành công hành vi của trẻ ADHD. [22]

Vận dụng thuyết học tập xã hội: Trẻ có xu hướng làm theo những gì mà chúng quan sát được (bắt chước bố mẹ, thầy cô, bạn bè, người lớn...). Vì vậy, trong chính gia đình, bố mẹ phải là những người gương mẫu về hành vi, về cử chỉ, ngôn ngữ, lời nói. Nếu bố mẹ yêu cầu trẻ “làm theo bố mẹ nói, không làm theo bố mẹ làm”, họ sẽ làm cho trẻ rối tung lên (bởi chúng coi hành vi của bố mẹ là chuẩn mực), và sẽ hy sinh những bài học đạo đức tốt đẹp mà họ đang truyền đạt. [30].

Một cách tổng quát nhất, vận dụng liệu pháp hành vi ở đây là nhắm vào tất cả hành vi của trẻ nhằm phân tích và điều chỉnh. Tất cả những hành vi nào được coi là phù hợp, là chuẩn mực đều được củng cố với sự mong đợi chúng sẽ lặp lại. Tất cả những hành vi được coi là không phù hợp, hành vi sai đều được tìm cách loại bỏ với hy vọng chúng sẽ không lặp lại. Tất cả sự củng cố hay loại bỏ hành vi đều dựa trên những liệu pháp và kỹ thuật chuyên biệt và khác nhau.

1.4.3.1. Nhà tâm lý có nhiệm vụ cung cấp kiến thức, tài liệu, tập huấn cho bố mẹ và trị liệu gia đình khi cần thiết, có thể cùng cộng tác với giáo viên. Trong phạm vi đề tài, chúng tôi đóng vai trò trong việc tư vấn, cung cấp tài liệu, kiến thức và xây dựng chương trình trị liệu tại nhà (do nhà tâm lý thực hiện). *Dựa trên quan điểm cho rằng tăng động là sự suy yếu ở một số kỹ năng hơn là việc coi là sự thái quá của những hành vi tiêu cực, phá rối.* [27, 412]. Suy yếu khả năng tập trung, chú ý là những triệu chứng trung tâm của ADHD, và trong phạm vi đề tài, chúng tôi thiết kế các bài tập nhằm tăng cường khả năng tập trung, chú ý. Chúng tôi xin đưa ra giả thuyết sau cho các bài tập tăng cường chú ý:

+ Trong các hoạt động thường ngày, nhất là khi học ở trường, trẻ luôn phải chú ý và/hoặc luôn được nhắc nhở phải chú ý. Và khả năng chú ý ảnh hưởng đến chất lượng hoạt động của trẻ (xem phần *Về chú ý* của tiểu mục 1.4.1.2.).

+ Đối với trẻ đã đi học, dù muốn hay không, dù với cách giáo dục nào thì trẻ vẫn buộc phải cố gắng chú ý tới bài học. Đối với trẻ ADHD đã đi học, chúng luôn gặp phải vấn đề trong việc tập trung chú ý vào bài học, chỉ dẫn và quy định. Và tình hình chung là ở lớp học, khi giáo viên còn hiểu biết rất ít về vấn đề này, *những lời*

yêu cầu, mắng mỏ hoặc trừng phạt để yêu cầu sự tập trung chú ý cao hơn là những trải nghiệm học đường rất khó khăn (Đặng Hoàng Minh - Hoàng Cẩm Tú, 2001) [10, 54]

+ Đối với trẻ ADHD, suy giảm chú ý dẫn tới suy yếu nhiều kỹ năng khác (nghe lời, làm theo chỉ dẫn, kiểm soát hành vi...). Vì vậy, khi chú ý được tăng cường, nó kéo theo sự tăng cường của nhiều kỹ năng khác.

+ Một chương trình trị liệu trong đó bao gồm nội dung tăng cường tập trung chú ý với các kỹ thuật của liệu pháp hành vi có thể giúp trẻ tăng khả năng tập trung chú ý trong môi trường trị liệu, và nhờ đó đáp ứng tốt hơn với yêu cầu của cuộc sống thực, ngoài ra còn tăng cường một số kỹ năng khác, với những trải nghiệm tương đối dễ chịu, được trẻ chấp nhận và không để lại những kinh nghiệm tiêu cực. Cùng là yêu cầu tập trung chú ý, nhưng không phải là các bài học khô khan như ở lớp, mà được thiết kế dưới dạng các bài tập hấp dẫn, sinh động và “có thưởng” nên sẽ gây được hứng thú và làm giảm căng thẳng cho trẻ. Đây chính là giả thuyết cơ bản của các trò chơi và bài tập trong phạm vi đề tài.

- Ứng dụng liệu pháp hành vi vào các bài tập tăng khả năng chú ý.

Các bài tập được thiết kế với mức độ khó tăng dần.

Áp dụng liệu pháp hành vi vào các bài tập ở đây chính là dùng các kỹ thuật hành vi đã được công nhận là hiệu quả cho điều trị ADHD (xem bảng 4) [22]

Các bài tập trên giấy (xem phụ lục 8 - 13):

Các bài tập được thiết kế không nhằm để đo độ chính xác, khả năng chú ý mà tập trung vào rèn luyện chú ý. Sau một thời gian tập luyện có thể kiểm tra lại xem hiệu quả, sự tiến bộ của trẻ. Không quan trọng đo nhiều mặt khác nhau của chú ý như khả năng di chuyển chú ý, phân bố chú ý, khả năng lao động trí tuệ... mà tập trung vào nâng cao thời gian của chú ý và sự kiểm chế.

Việc thực hiện các bài tập không kèm theo yêu cầu về thời gian hay quy định quá chặt chẽ. Nhưng việc đo thời gian làm một hay một loại bài tập là cần thiết để kiểm tra sự đáp ứng của trẻ đối với bài tập, sự tiến bộ khi làm lại bài tập và là một điều kiện cần đạt được cho các phần thưởng (ứng dụng trong liệu pháp củng cố).

**Bảng 4 - Các kỹ thuật hành vi hiệu quả
cho trẻ mắc rối loạn tăng động giảm chú ý**

Kỹ thuật	Mô tả	Ví dụ
Củng cố tích cực	Cung cấp phần thưởng hoặc quyền lợi phụ thuộc vào sự thể hiện của trẻ	Trẻ hoàn thành một bài tập và được ăn kẹo, kết hợp lời khen.
Thời gian tách biệt	Tước bỏ cơ hội có được củng cố tích cực bởi những thể hiện không mong muốn hay vấn đề hành vi.	Trẻ không muốn làm bài nữa hoặc không muốn chuyển bài, bị buộc đứng ở góc tường hoặc bị buộc ra khỏi phòng chơi (với điều kiện trẻ đang thích chơi trong phòng và bên ngoài không có gì hấp dẫn với trẻ).
Trả giá hành vi	Rút lại các phần thưởng hay quyền lợi bởi những sự thể hiện không mong muốn hay vấn đề hành vi.	Trẻ sẽ không được ăn bim bim nữa nếu không hoàn thành bài tập hay chống đối việc làm bài tập.
Thưởng quy đổi	Bao gồm củng cố tích cực và trả giá hành vi. Trẻ giành được phần thưởng và những quyền lợi khi thể hiện những hành vi được mong chờ và bỏ lỡ phần thưởng và quyền lợi nếu với những hành vi không được mong đợi.	Trẻ chạy khi leo cầu thang (chứ không bước đi bình thường) phải tự đánh một dấu nhân (X) vào bảng theo dõi, cuối tuần nếu số lượng dấu trừ dưới một mức đã thoả thuận thì được đi chơi và đi ăn nhà hàng, nếu cao hơn thì sẽ không được đi đâu cả.

Tất cả bài tập đều đòi hỏi người thực hiện sự kiên trì, tập trung chú ý. Có 3 dạng bài tập được ứng dụng từ các trắc nghiệm khảo sát trạng thái chú ý (trong *Trắc nghiệm tâm lý lâm sàng* của TS. Nguyễn Sinh Phúc và PGS. TS. Nguyễn Văn Nhận). [12, 16-25]

1) Bài tập tô màu, các bài tập được xếp từ dễ đến khó. (phụ lục 8)

➤ Tô màu to hình đơn giản: bao gồm 12 hình to rất dễ tô như hình vuông, chữ nhật, hình tròn... (phụ lục 8.1)

➤ Tô màu to hình phức tạp: bao gồm 12 hình to khó tô hơn như ông mặt trời, biển báo, ngôi sao, trái tim...(phụ lục 8.2)

➤ Tô màu nhỏ hình phức từ đơn giản đến phức tạp: bao gồm các hình của hai bài trên và một số hình khác nhưng kích thước nhỏ hơn. (phụ lục 8.3)

➤ Tô màu liên tiếp vào các ô có kích thước nhỏ giống nhau (như các ô của vở ô ly). (phụ lục 8.4)

2) Tìm đọc số, gồm 5 bài, mô phỏng theo bảng Schulte. [12, 16-17] Dễ nhất là chỉ đọc một bảng hoặc chỉ đọc đến 20, khó hơn là đọc liên lúc 2, 3, 4 và khó nhất là đọc liên lúc 5 bảng. (phụ lục 9)

3) Tìm chữ, gồm 3 bài: tìm A; tìm A, C; và tìm A, C, K. Mô phỏng theo bảng Bourdon [12, 18-20]. Dễ nhất là chỉ tìm A và khoanh tròn vào A. Khó hơn là tìm A và C: khoanh tròn A và gạch C. Khó nhất là tìm cả A, C và K: khoanh tròn A, gạch C và đánh dấu cộng vào K. (phụ lục 10)

4) Sắp xếp lại các số: gồm 2 bài: 16 số và 25 số. Dựa theo trắc nghiệm sắp xếp lại các số [12, 24-25]. Bài 16 số dễ hơn bài 25 số. (phụ lục 11)

5) Bài tập tìm 2 số giống nhau: gồm 5 bài: 8, 12, 18, 24 và 32 cặp số giống nhau. (Trong một bảng có 16, 24, 36, 48 hoặc 64 số, trong đó tương ứng 8, 12, 18, 24 và 32 cặp số giống nhau. Yêu cầu trẻ tìm lần lượt từng cặp số giống nhau cho đến hết, làm từ bài dễ nhất đến khó nhất). (phụ lục 12)

Các trò chơi (đồ chơi)

1) Trò xếp domino. Mọi trẻ đều hào hứng với trò chơi này, một khi chúng đã nhìn thấy kết quả (một dãy dài domino đổ lần lượt nối tiếp). Để đạt tới một kết quả hấp dẫn (đầy đủ), trẻ phải rất cố gắng kiên trì và tập trung để xếp từng quân domino một. Dễ nhất là xếp 10 quân cờ domino thành đường thẳng và được thưởng, khó hơn là 20, 30, 40. Khó hơn là xếp thành hình vòng cung, hình chữ S, sơ đồ cành cây phân nhánh...

2) Trò xâu hạt. Dùng một dây dài xâu lại các hạt màu sắc khác nhau (5 màu khác nhau là đỏ, vàng, xanh lá cây, xanh lam và trắng, hạt có lỗ). Trò chơi này yêu cầu sự kiên trì để đạt tới một kết quả là được một vòng hạt dài. Dễ nhất Dễ nhất là xâu khoảng 10 hạt cùng màu với một dây ngắn, khó nhất là xâu cả 40 hạt với một dây thật dài và các màu đan xen nhau.

3) Trò xâu dây mẫu giáo. Gồm 40 hình với bốn loại con vật (hươu, cá, bướm, voi), mỗi loại con vật gồm 10 hình dẹt với một màu khác nhau, lỗ xâu rộng 2mm. Trò chơi này giúp trẻ rèn luyện lòng kiên trì và sự khéo léo. Dễ nhất là xâu một loại con và chỉ xâu 5 con, khó hơn là 10 con, khó hơn nữa là xâu kết hợp các loại con thú đan xen nhau.

4) Trò chơi câu cá. Loại cá có răng kích thước khoảng 1 cm, với cần câu có móc. Muốn hoàn thành trò chơi này, trẻ cũng cần huy động khả năng chú ý và một số kỹ năng trong tư duy, vận động khác. Trong khi “ao cá” quay tròn, trẻ được yêu cầu câu 5 con, 10 con và câu toàn bộ. Mỗi khi câu thêm được 5 con có thể thưởng.

5) Trò chơi với các viên gạch nhựa. Các viên gạch nhựa trông giống loại gạch nung có hai lỗ, nhưng kích thước nhỏ hơn nhiều. Có thể xây tường, xây cổng, xây cầu, xây chuồng bò, xây nhà cao tầng và thậm chí cả xếp domino. Khi xây nhà cao tầng, trẻ phải rất cẩn thận, kết hợp vận động tinh tế và chú ý cao độ mới để nhà khỏi đổ.

Các bài tập vận động

1) Bước theo đúng nhịp (vị trí): Đặt các miếng xốp (xếp thảm sàn nhà) cách nhau vừa bước chân của trẻ, hoặc tận dụng ngay sàn nhà lát gạch, yêu cầu trẻ bước tiến, lùi, đi ngang với điều kiện dẫm vào đúng ô. Dễ nhất là tiến thẳng và mở mắt, khó hơn là tiến theo hình zíc zắc, lùi. Khó hơn nữa là tiến thẳng và nhắm mắt. Khó nhất là vừa lùi vừa nhắm mắt.

2) Dẫm dây chun: Căng một dây chun dài (khoảng 5 m) cách mặt đất khoảng 20 cm và yêu cầu trẻ vừa dẫm lên dây chun vừa bước đi. Việc này đòi hỏi sự kết hợp vận động của cơ, của mắt nhìn, sự khéo léo và kiểm chế. Dễ nhất là dẫm một dây và tiến, khó hơn là dẫm cả hai dây và tiến, khó nhất là dẫm một hoặc hai dây và lùi.

3) Vận động trước gương: Cho trẻ tập một số vận động đơn giản khi đứng trước gương lớn. Trong lúc đó, vừa yêu cầu vừa giúp trẻ nhận thấy và điều chỉnh hành vi của mình bằng cách nhìn trong gương.

Tất cả các bài tập trên, nếu trẻ làm theo yêu cầu và/hoặc thực hiện tốt đều được thưởng. Mức thưởng từ nhỏ đến lớn tùy theo độ dễ đến khó của bài tập. Đây chính là kỹ thuật củng cố hành vi của liệu pháp hành vi.

**. Ứng dụng liệu pháp thư giãn.*

1) Dạy trẻ những kỹ thuật thở sâu và thư giãn - Nhiều trẻ tăng động dễ bị xao trộn và mất khả năng điều khiển cảm xúc. Để giúp trẻ đối phó với những suy nghĩ căng thẳng như vậy, học một vài kỹ thuật thư giãn, và dạy trẻ biết cách làm bằng cách cùng nhau thực hành. [30]

Một kỹ thuật làm như sau: Hít vào thật chậm. Khi hít vào, giãn rộng bụng và ngực khi đếm đến ba. Tập trung vào hơi thở vào thật chậm, sâu, nhẹ nhàng, và đều đặn. Sau đó, khi thở ra, hãy trút hơi ra thật từ từ và sâu, làm bụng xẹp xuống. Chọn những từ hay câu để nhắc lại khi thở ra, làm điều này với trẻ khi chúng cáu giận hay phá rối. Nó sẽ giúp cả hai lấy lại và giữ lại được sự kiểm soát xúc của của mình, và vì vậy chúng ta có thể đối phó với tình huống đó một cách bình tĩnh. [30]

2) Cho trẻ nằm duỗi trên giường, yêu cầu nhắm mắt lại và thả lỏng chân tay. Nếu trẻ chưa hiểu thì yêu cầu duỗi thẳng chân tay, yêu cầu nhắm mắt và hỏi trẻ đang nghe thấy gì, cảm thấy gì?...

3) Cho trẻ bò chui qua một ống (thùng các tông).

4) Thi đứng một chân. Ai đứng lâu hơn sẽ được thưởng. Cách 3) và 4) giúp trẻ nhận biết sự căng chùng các cơ, làm giảm sức căng.

5) Thổi khăn giấy. Việc thổi khăn giấy có tác dụng là kích thích việc thở ra và làm giảm bớt sức căng. Dụng cụ là khăn giấy thật mỏng. Cho trẻ nằm duỗi thẳng lưng, đặt một khăn giấy lên miệng. Thổi khăn bay lên. [41]

6) Cho trẻ nghe nhạc không lời trong khoảng 10 phút và giảm tối đa âm bass (âm trầm, tần số thấp hơn, gây đau tai). [41]

- Ứng dụng liệu pháp trò chơi.

Vì không có điều kiện chơi các trò đóng vai (phải có ít nhất 3 người, hoặc có thêm những trẻ khác) nên ứng dụng liệu pháp trò chơi ở đây chủ yếu hạn chế trong các trò chơi với đồ chơi đơn thuần. Có thể có trò chơi đóng vai nhưng với mức độ rất thấp.

Trong quá trình thực hiện các bài tập, có lúc trẻ hoặc người trị liệu căng thẳng. Hoặc có thể trẻ có những bức xúc khó chịu từ trước (ở trường, ở nhà) mà không biết diễn tả, trò chơi rất hữu ích cho trẻ giải toả căng thẳng, thể hiện bản thân mình và học được nhiều điều mới.

Trẻ ADHD hầu như lúc nào cũng như “dư thừa năng lượng”, các trò chơi vận động như chơi với bóng đá, bóng rổ, chơi cầu lông vừa giúp trẻ xả năng lượng đúng cách, vừa giúp tăng cường thể lực.

Ngoài ra, tận dụng ngay chính những đồ chơi trong phòng chơi của trẻ để tạo sự hấp dẫn hơn cho buổi trị liệu, tránh căng thẳng cho cả người trị liệu và trẻ.

- Ứng dụng liệu pháp gia đình.

Trong một số trường hợp, khi vấn đề gia đình và các mối quan hệ trong gia đình làm xấu thêm tình trạng của trẻ, do bố mẹ bất hoà, quan điểm khác nhau, thì muốn điều trị cho trẻ, trước hết phải điều trị cho bố mẹ trẻ đã.

Trong phạm vi đề tài, liệu pháp gia đình chỉ dừng lại ở việc gặp mặt cả bố mẹ và/hoặc cả gia đình trẻ, giải thích tình trạng của trẻ, yêu cầu sự hợp tác và sự thống nhất của cả gia đình.

1.4.3.2. Vận dụng liệu pháp hành vi vào nội dung can thiệp tại gia đình.

[31] [30]

- Quy định về giới hạn hành vi:

Trẻ ADHD thường hành động không có giới hạn, không có quy tắc. Cần xây dựng cho trẻ một quy tắc hành vi rõ ràng: những gì buộc phải làm, phải chấp hành, những gì được khuyến khích làm. Tất cả những điều này phải được thông báo tới trẻ rõ ràng và liên tục. Nguyên tắc thực hiện là phải kiên quyết và nhất quán.

- Đối với hành vi được khuyến khích làm (hành vi phù hợp, tích cực): luôn có sự khen thưởng của bố mẹ. Các mức độ khen thưởng tùy theo từng trẻ, sẽ được phân tích ở sau đây.

- Đối với hành vi buộc phải làm (đánh răng, rửa mặt, uống thuốc, đi học), không quan trọng là trẻ hét to, chống đối thế nào. Bố mẹ phải làm tới cùng. Và khi trẻ làm được thì lập tức khen thưởng. Chỉ cần trẻ chống đối và bố mẹ chiều theo một lần, những lần sau trẻ sẽ tiếp tục khóc, chống đối, hét... như vậy.

- Khi trẻ phạm phải những hành vi sai, hành vi không phù hợp. Nếu như hành vi đó diễn ra nhanh, không phải do trẻ chủ ý, không gây ảnh hưởng thì lờ đi. Đây cũng là một cách dập tắt hành vi. Còn lại là trừng phạt ngay sau khi hành vi xảy ra. Trừng phạt ở đây là tước bỏ những quyền lợi, những gì mà trẻ thích trong một thời gian nhất định, hoặc dùng roi. Việc trừng phạt sẽ được phân tích sau đây.

- *Danh sách hành vi thích hợp và không thích hợp ở nhà*

Đối với trẻ tăng động trong độ tuổi đầu tiểu học, với những đặc điểm riêng đã nêu trên. Chúng tôi lập một danh sách về những hành vi phù hợp và không phù hợp (xem bảng 5).

- *Khen thưởng và trừng phạt.*

Một phần của mục này được nêu ở bảng 5.

+ Phân thưởng phải phù hợp cho từng trẻ, ở từng giai đoạn, từng thời điểm và hoàn cảnh. [30]

+ Phân thưởng nên đa dạng và bất ngờ sẽ tạo thích thú nhiều hơn cho trẻ. [30]

Về việc phạt trẻ:

+ Trừng phạt nên được thiết kế phù hợp với từng trẻ và khác nhau cho từng loại vi phạm. [39, 3]

Quy tắc quan trọng nhất (tất yếu) là **“Trừng phạt hành vi xấu của trẻ chứ không trừng phạt bản thân trẻ”**. Thông thường, trừng phạt về thể xác (đánh roi...) nên tránh bởi những cách trừng phạt khác (bỏ mặc một mình hoặc không được làm những gì trẻ thích) thì tập trung vào hành vi của trẻ nhiều hơn và ít ảnh hưởng đến khái niệm của trẻ về bản thân mình. [39, 3]

Thực tế, hầu hết các gia đình dùng những hình phạt thể xác, nên cẩn thận và chắc chắn rằng nó không quá khắt khe và kéo dài, và nó nên được sử dụng lúc đầu khi trẻ không tuân thủ quy định của bố mẹ hay người chăm sóc. [39, 3]

**Bảng 5 - Danh sách hành vi thích hợp, không thích hợp
cùng với khen thưởng và trừng phạt**

Hành vi thích hợp	Hành vi chưa thích hợp
- Quay lại khi được gọi - Thực hiện những mệnh lệnh đơn giản - Ngồi yên trên ghế - Đi lại bình thường - Làm theo chỉ dẫn hoặc yêu cầu - Ngồi yên một chỗ và không gây ồn	- “Lờ đi” khi được gọi - Không thực hiện những nhiệm vụ đã biết làm. - Cựa quậy hoặc rời khỏi ghế mà không xin phép - Chạy, nhảy chứ không đi - Leo trèo
Khen thưởng	Trừng phạt
- Bánh kẹo, bim bim, thực phẩm... Đối với loại phần thưởng này, cần đưa ngay sau khi trẻ thực hiện tốt một hành vi hoặc nhiệm vụ để trẻ có mối liên hệ giữa phần thưởng và việc làm tốt. Cần kết hợp việc đưa phần thưởng với một lời khen, lời động viên để dần dần trẻ hiểu được ý nghĩa của lời khen chứ, để sau này lời khen chính là cái củng cố chứ không phải là bánh kẹo. - Xem phim, ti vi, đọc truyện, chơi điện tử... - Quy đổi: đổi sao, điểm thưởng... thành một phần thưởng khác như: được đi ăn nhà hàng, đi chơi công viên, một buổi tối xem phim, chơi vi tính thoải thích... - Mức độ cao nhất và ý nghĩa nhất là lời khen, sự hài lòng, sự chấp nhận của bố mẹ và những người xung quanh.	- Cắt bỏ tạm thời (trong thời gian xác định) một số quyền lợi của trẻ: Ví dụ, nếu trẻ thích ăn kẹo, bim bim thì sẽ không được ăn nữa. Trẻ thích đọc truyện, xem phim hoạt hình thì không được xem nữa. - Bỏ mặc trẻ. Trẻ em có nhu cầu rất lớn đối với sự quan tâm của bố mẹ, của người lớn. Bị bỏ mặc là một sự trừng phạt lớn đối với trẻ. Ngay sau khi trẻ thực hiện hành vi sai, bỏ mặc trẻ trong phòng đóng cửa lại hoặc giả vờ lờ đi, không quan tâm. - Phạt bằng roi: Thực hiện ngay sau khi hành vi sai xảy ra và thực hiện trong thời gian rất ngắn, không để trẻ có ấn tượng hoặc nhớ lại.

- Việc trừng phạt nên thực hiện ngay sau trẻ phạm lỗi, để trẻ có sự liên hệ giữa hành vi sai của mình với hình phạt sau đó. [39, 3]

- Trừng phạt nên diễn ra trong thời gian ngắn; thái độ phải rõ ràng. Cha mẹ không nên buộc tội và cần nhân, và không tiếp tục nhắc lại hành vi xấu của trẻ trong quá khứ. [39, 3]

Để củng cố hành vi có hiệu quả, gia đình trẻ phải tuân thủ một số quy định sau:

- + Không được tự tiện trao củng cố, có nghĩa là không để bánh kẹo, thức ăn, điều khiển để mở tivi... mà trẻ thích trong tủ để trẻ có thể lấy ăn bất cứ lúc nào như trước đây, tất cả đều trở thành phần thưởng và khi trẻ làm tốt thì mới được ăn. Không tự nhiên đưa trẻ đi chơi, đi ăn, đến những nơi, những hoạt động mà trẻ thích, mà phải căn cứ vào sự thể hiện tích cực trong một tuần rồi mới xem xét.

- + Không ứng xử với trẻ theo cảm xúc của mình mà phải theo sự thể hiện của trẻ. Nếu trẻ làm tốt thì phải luôn khen thưởng, vui mừng. Trẻ làm không tốt thì ngược lại chứ không phải lại vui mừng rồi xuýt soát bỏ qua bởi hôm nay mới được tăng lương...

- + Phải tuyệt đối chấp hành một nguyên tắc là nhất quán và thống nhất mọi mặt: trong mọi tình huống, thời điểm cũng như sự thống nhất của cả gia đình. Cùng một lúc trong gia đình chỉ có một người và đặt một yêu cầu cho trẻ, và đã đặt yêu cầu, đã thông báo trước về thưởng hay phạt thì phải tuyệt đối chấp hành theo, kể cả có khách, có việc đột xuất. Chỉ cần một hai lần có sự mâu thuẫn hay không nhất quán thì bao nhiêu công sức nhằm quản lý hành vi của trẻ coi như vô nghĩa. [39]

1.4.3.3. Vận dụng liệu pháp hành vi vào nội dung can thiệp ở trường học.

Thầy cô giáo của trẻ, cũng như tất cả cán bộ của trường mà trẻ học phải cộng tác trong các công việc cụ thể sau:

- + Thường xuyên liên lạc và trao đổi với gia đình về tình hình của trẻ trên lớp.

- + Được tập huấn một số kỹ thuật để can thiệp cho trẻ ở trên lớp. Cụ thể:

- *Mối quan hệ giữa giáo viên với trẻ ADHD [16, 247]*

Trong quan hệ giữa giáo viên với trẻ ADHD giáo viên cần có:

+ **Sự chấp nhận:** Giáo viên phải tỏ ra là mình quan tâm đến tình trạng của trẻ, trân trọng và đánh giá cao trẻ, luôn sẵn sàng để xây dựng mối quan hệ tốt đẹp với trẻ.

+ **Sự khoan dung:** Giáo viên phải thể hiện rằng mình rất hiểu và kiên nhẫn tới một mức độ nhất định đối với các vấn đề về hành vi mà trẻ ADHD có thể có. Giáo viên phải hiểu rằng trẻ không cố tình gây ra các vấn đề hành vi.

+ **Tính liên tục:** Cung cấp cho trẻ các kết cấu (cấu trúc) cần thiết cho một thế giới phức tạp: kết cấu về không gian, kết cấu về thời gian, kết cấu về hoạt động, kết cấu về con người.

- Các giáo viên và chuyên gia qua thực tế đều thấy rằng liệu pháp hành vi thường đem lại kết quả tốt. Hai giai đoạn chính của liệu pháp hành vi là thưởng và phạt. [16, 248]

Thưởng: Giáo viên phải lưu ý:

- + Quyết định loại hành vi nào sẽ được thưởng;
- + Nói cho trẻ biết mình muốn trẻ có các hành vi như thế nào;
- + Giải thích cho trẻ biết tại sao lại coi đó là hành vi tốt cũng như các kết quả tích cực mà một hành vi tốt có thể mang lại;
- + Lựa chọn loại phần thưởng sẽ cho trẻ: phần thưởng dạng vật chất, phần thưởng dạng hoạt động hoặc phần thưởng mang tính xã hội.
- + Trao phần thưởng cho trẻ ngay sau khi trẻ thực hiện được hành vi tốt để trẻ có mối liên hệ rõ ràng giữa hành vi và phần thưởng.

Nói chung thưởng cho trẻ có tác dụng tốt hơn là việc phạt trẻ. Nếu chỉ phạt thì trẻ sẽ học được những gì chúng không được làm mà không biết được những gì nên làm. Phạt trẻ có thể gây ảnh hưởng tiêu cực tới không khí lớp học và có thể làm suy giảm lòng tự trọng của trẻ. Do vậy giáo viên không nên nổi cáu với trẻ khi trẻ chạy vòng quanh lớp, mà nên đợi cho khi trẻ ngồi xuống để có thể thưởng cho trẻ vì em đã chịu ngồi trật tự trong một thời gian nhất định. Dù vậy vẫn có những lúc không thể không phạt trẻ, ví dụ như khi trẻ có những hành vi mang tính quấy rối hoặc thậm chí nguy hiểm (trẻ thấy thích thú khi ném gạch).

Phạt: Giáo viên phải lưu ý

- + Quyết định loại hành vi nào sẽ bị phạt;

- + Nói cho trẻ biết là trẻ không được phép có các hành vi đó như thế nào;
- + Giải thích cho trẻ biết tại sao hành vi đó không thể chấp nhận;
- + Lựa chọn loại hình phạt cho trẻ, ví dụ như bắt trẻ ra khỏi lớp v.v...;
- + Đưa ra hình phạt ngay sau khi trẻ thực hiện hành vi xấu để trẻ có thể lập được những liên hệ rõ ràng giữa hành vi xấu và hình phạt;
- + Nói cho trẻ biết nên có hành vi như thế nào;
- + Nói rõ cho trẻ biết khi nào thì hình phạt chấm dứt;

Dù vậy liệu pháp hành vi cũng có những điểm không thuận lợi nhất định, cụ thể như:

- + Giáo viên phải mất nhiều công sức mới có thể đảm bảo được tính nhất quán (trước sau như một) của liệu pháp;
- + Kết quả thường không tồn tại lâu;
- + Kết quả thường chỉ có ý nghĩa trong tình huống cụ thể mà ít được khái quát hoá sang các tình huống khác;

Như vậy khi điều trị trẻ ADHD, để đạt được kết quả nên kết hợp với việc dùng thuốc với liệu pháp hành vi. Ngoài ra sự hợp tác chặt chẽ giữa cha mẹ, giáo viên và bác sĩ nhằm giúp trẻ một cách toàn diện là cần thiết.

- Quản lý hành vi [16, 255-260]

Nhiều trường hợp giáo viên cảm thấy rằng yếu tố quan trọng nhất trong quản lý lớp học là quản lý các hành vi gây rối ảnh hưởng đến môi trường học tập của học sinh.

Trong một chương trình hay kế hoạch quản lý hành vi ngoài khả năng kiểm soát, hành vi không thích hợp của học sinh, giáo viên còn phải có nhiều kỹ năng và kỹ thuật khác nhằm tạo ra các hành vi mới hoặc nâng cao số lượng các hành vi phù hợp mà hiện tại trẻ thực hiện được. Một chương trình quản lý hành vi hợp lý phải đảm bảo các hành vi mới học hoặc mới thay đổi sẽ vẫn được duy trì và ứng dụng trong những hoàn cảnh và tình huống khác nhau.

Giúp trẻ hình thành và phát triển các hành vi mong muốn.

Trẻ học thêm ở lớp những hành vi tốt ngoài những gì chúng đã có từ trước. Đó có thể là những hành vi trong học tập, hành vi cá nhân, giao tiếp xã hội, hoặc hướng nghiệp.

Để củng cố hành vi tốt, giáo viên có thể sử dụng bất kì sự kiện nào có khả năng tăng cường hành vi vừa xảy ra. Có thể là củng cố tích cực, nghĩa là giáo viên hay bạn bè thể hiện sự hài lòng và vui vẻ khi trẻ thực hiện được một hành vi thích hợp. Củng cố tích cực có thể thực hiện theo nhiều cách khác nhau như khen ngợi, phần thưởng cụ thể, hay dành cho trẻ một hoạt động trẻ thích hoặc có những ưu tiên đặc biệt. Củng cố tiêu cực là loại bỏ hoặc không bắt trẻ làm điều gì chúng cảm thấy khó chịu hoặc không yêu thích khi chúng thực hiện được một hành vi phù hợp, ví dụ trẻ đồng ý vào nhà tắm để sau đó trẻ không phải uống thuốc. Củng cố là hình thức được chấp nhận rộng rãi và là một chiến thuật có hiệu quả trong việc tăng cường các hành vi phù hợp ta mong đợi ở trẻ.

Khi sử dụng củng cố tích cực để tăng cường các hành vi phù hợp của trẻ, giáo viên phải chú ý làm sao để trẻ cảm thấy thích nhân tố củng cố và hiểu rằng cái mình nhận được là kết quả của hành vi mà mình vừa thực hiện, và mình sẽ sớm nhận được nó sau khi thực hiện đúng điều giáo viên yêu cầu.

Một trong những cách sử dụng nguyên tắc củng cố tích cực là dùng một văn bản gọi là “Biên bản thoả thuận giữa giáo viên và học sinh” (xem phụ lục 5), cách này đặc biệt phù hợp với những trẻ lớn. Giáo viên và học sinh cùng thảo một bản thoả thuận, trong đó giáo viên nói rõ: các hành vi hay nhiệm vụ mà trẻ phải hoàn thành hoặc thực hiện được và những phản hồi (sự củng cố) giáo viên sẽ đưa ra. Việc thực hiện bản thoả thuận này là bắt buộc đối với giáo viên và học sinh.

Để giúp giáo viên tiến hành củng cố tốt cho trẻ, sau đây là tóm lược một vài gợi ý về kỹ thuật củng cố: Xác định xem cái gì là có giá trị củng cố thực sự đối với trẻ, chọn những hình thức củng cố dễ thực hiện trong điều kiện của lớp học, nắm bắt thời điểm học sinh có hành vi thích hợp rồi khen thưởng hoặc củng cố ngay. Ví dụ, nếu một trẻ thường xuyên phát biểu tự do trong lớp mà hôm nay tự nhiên gờ tay trước khi nói, giáo viên cần lập tức khen ngợi hành vi này. Sử dụng một số kỹ thuật củng cố để dần dần hướng hành vi của trẻ giống với hành mẫu, việc này đòi hỏi phải thực hiện nhiều bước nhỏ, có nghĩa là củng cố chuỗi thao tác trong đó sự khác

biệt giữa mỗi thao tác với hành vi chuẩn ngày càng nhỏ đi. Khuyến khích các trẻ khác trong lớp để trẻ thấy rằng một số hành vi tích cực sẽ dẫn đến kết quả đáng khích lệ.

Giảm bớt hành vi không mong muốn.

Hầu hết các giáo viên đều sẽ gặp phải những hành vi không mong muốn ở trẻ. Để xử lý những hành vi này giáo viên cần chú ý đến nguyên tắc “tối thiểu hoá sự can thiệp”. Nguyên tắc này nhằm đảm bảo các hành vi gây rối được loại trừ nhanh gọn mà các hoạt động của lớp học bị ảnh hưởng nhất.

Phòng ngừa và nhắc nhở.

Giáo viên có thể sử dụng các cách khác nhau để phòng ngừa hoặc nhắc trẻ không có những hành vi sai phạm như:

- + Đứng gần những trẻ hay gây rối.
- + Nhẹ nhàng chạm tay vào vai trẻ để báo hiệu cho trẻ rằng mình biết là trẻ đang có hành vi không thích hợp.
- + Sử dụng các cử chỉ thể hiện trực tiếp hoặc không trực tiếp sự không hài lòng của mình với trẻ để ngăn chặn các hành vi không mong muốn. Ví dụ như chỉ tay, lắc đầu, hoặc những dấu hiệu khác.
- + Đưa mắt nhìn trẻ có hành vi không thích hợp, duy trì trong một khoảng thời gian nhất định.
- + Nếu đang nói thì dừng lại trong một khoảng thời gian nhất định để thu hút sự chú ý của trẻ.
- + Gọi tên những trẻ không tập trung, và đặt câu hỏi mà trẻ có thể trả lời được, hoặc dùng tên của trẻ để minh họa cho những điều đang nói đến trong bài học.
- + Nên vui vẻ, hài hước khi nhắc nhở và chấn chỉnh những hành vi không thích hợp.

Nói chung, giáo viên có thể lựa chọn nhiều hình thức khác nhau để nhắc học sinh, nhưng hãy bắt đầu bằng những biện pháp can thiệp ít mang tính xâm phạm nhất. Tuy nhiên, việc lựa chọn hình thức nào còn phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của hành vi do trẻ gây ra.

Một số cách xử lý khi trẻ có hành vi gây rối.

Khi trẻ có hành vi gây rối nhưng mức độ không nghiêm trọng, giáo viên có thể xử lý theo những cách dưới đây:

+ **Nhân quả:** cách này áp dụng trong những tình huống khi có sự phù hợp logic giữa hành vi của trẻ gây nên với hậu quả mà trẻ phải chịu. Cách này giúp trẻ và có ý thức trách nhiệm hơn đối với các hành vi của mình. Ví dụ, nếu trẻ quên không đem bút hộp màu thì hậu quả tự nhiên là trẻ không được tham gia vào hoạt động, nếu trẻ quên mang thước kẻ sẽ phải đi mượn...

+ **Củng cố khi giảm bớt tính thường xuyên của một hành vi không mong muốn:** giáo viên nên củng cố thích hợp khi trẻ đạt được một tiêu chí nào đó về tần số của một hành vi nhất định, cho dù hành vi đó là hành vi không mong muốn. Với cách xử lý này, giáo viên cần giúp học sinh giảm các hành vi không mong muốn cả về tần số và thời gian. Ví dụ: một trẻ ADHD thường hay ngắt lời khi bạn phát biểu, hôm nay em ít ngắt lời các bạn hơn vì vậy em nhận được sự củng cố tích cực. Giáo viên có thể khen trẻ khi trong một thời gian nhất định trẻ chỉ vi phạm 5 lần chứ không phải 10 lần như mọi khi, giáo viên có thể nói: “Con giỏi lắm, hôm nay con rất chăm chú lắng nghe các bạn phát biểu”. Thực tế hành vi gây rối của trẻ vẫn và phải được châm chước cho đến tận khi trẻ đạt được hành vi chuẩn. Giáo viên phải tăng dần yêu cầu đối với trẻ khi thấy chúng đã đạt được sự ổn định về hành vi so với yêu cầu hiện tại.

+ **Dập tắt:** giáo viên không củng cố một hành vi nào đó. Dần dần với việc không củng cố hành vi đó, kết hợp với củng cố tích cực cho các hành vi mong muốn có liên quan, giáo viên sẽ giúp trẻ loại bỏ được các hành vi không thích hợp. Ví dụ trẻ có một hành vi không hợp lý nào đó nhằm thu hút sự chú ý của giáo viên, giáo viên không nên tỏ ra chú ý đến hành vi đó (lờ đi, giả vờ không để ý, không nhìn thấy). Trong một số tình huống, giáo viên nên để các trẻ khác trong lớp cùng tham gia quá trình dập tắt hành vi.

+ **Phạt:** là sự lựa chọn cuối cùng bởi vì nó liên quan đến việc đưa ra một điều không ưa thích cho trẻ hoặc lấy đi một điều gì đó trẻ ưa thích, coi như là hậu quả của hành vi không thích hợp. Trong nhiều trường hợp, giáo viên phải xem xét việc sử dụng phương pháp này bởi cách thức phạt khác nhau có thể giúp loại bỏ ngay lập tức một hành vi không mong muốn nào đó. Có thể phạt học sinh theo ba cách thông

thường: là khiển trách, thời gian tách biệt và trả giá hành vi. Để có thể phát huy tác dụng của các hình thức phạt này, giáo viên phải áp dụng chúng ngay sau khi học sinh thể hiện hành vi không thích hợp và giúp chúng hiểu được tại sao mình lại bị phạt.

+ Khiển trách: là giáo viên dùng lời để trách trẻ. Khi áp dụng hình phạt này cần lưu ý: không để việc khiển trách chiếm ưu thế trong mối quan hệ qua lại với trẻ, nhìn vào học sinh và nói với thái độ bình tĩnh, không đứng từ xa để khiển trách học sinh, nên tiến lại gần trẻ và duy trì một mức độ gần nhất định. Cần để trẻ biết rõ tại sao lại bị khiển trách và giúp trẻ hiểu rằng chúng bị khiển trách về hành vi chứ không phải là cả bản thân mình.

+ Thời gian tách biệt: là trẻ không được tham gia vào một hoạt động nào đó mà ở đây trẻ thường nhận được sự củng cố tích cực. Điều này nghĩa là khi bị phạt bằng thời gian tách biệt, trẻ sẽ không được thưởng thức một cái gì đó mà trẻ yêu thích. Có nhiều cách phạt bằng thời gian tách biệt như: trẻ phải ngồi tách ra song vẫn được quan sát hoạt động đó, trẻ bị tách hoàn toàn ra khỏi hoạt động, trẻ bị nhốt trong một phòng riêng. Khi áp dụng hình thức phạt này, giáo viên cần lưu ý:

➤ Chắc chắn rằng trẻ yêu thích hoạt động đang tiến hành, nếu không hình thức phạt này mất tác dụng.

➤ Đảm bảo địa điểm phạt không có những yếu tố mang tính củng cố, nếu không hình thức phạt này cũng mất tác dụng.

➤ Không phạt trẻ quá lâu hoặc phạt một cách thường xuyên vì trẻ sẽ bỏ lỡ nhiều kiến thức quan trọng.

➤ Chỉ xem xét việc sử dụng phương pháp này sau khi đã cảnh báo trẻ về khả năng có thể bị phạt bằng thời gian tách biệt (phải thông báo trước cho trẻ).

➤ Báo hiệu cho trẻ biết khi thời gian phạt đã hết.

➤ Khi trẻ được phép tham gia trở lại hoạt động với cả lớp hay cả nhóm, hỏi trẻ xem trẻ có biết lý do tại sao mình bị phạt không, nếu trẻ trả lời không, hãy giải thích lý do cho trẻ vào một thời điểm thích hợp mà không làm ảnh hưởng tới bài giảng.

➤ Không nên áp dụng hình thức phạt này với những trẻ có tính nhạy cảm cao.

➤ Khi cần nên thông báo và xin phép nhà trường để được áp dụng hình thức này.

+ Trả giá hành vi: là lấy đi của trẻ một cái gì đó mà trẻ yêu thích chẳng hạn như điểm thi đua hoặc một ưu tiên nào đó. Khi áp dụng phương pháp này phải lưu ý:

➤ Giải thích rõ cho trẻ biết nội dung của hình thức phạt là gì và mỗi lần phạt như vậy trẻ sẽ bị lấy đi những gì.

➤ Kết hợp hình thức phạt theo kiểu này với một hình thức củng cố nào đó.

➤ Đảm bảo rằng những quyền lợi bị tước mất thực sự mang tính củng cố đối với trẻ;

➤ Tránh trường hợp sau khi bị phạt, trẻ không còn hoặc còn rất ít yếu tố thúc đẩy để đưa ra các hành vi đúng đắn.

Trong trường hợp xảy ra một hành vi nghiêm trọng hơn, chẳng hạn như tranh giành đồ dùng của bạn, trêu chọc bạn, chửi thề, giận dữ, đe dọa bạn... giáo viên cần sử dụng những biện pháp quản lý hành vi ở mức cao hơn.

Muốn xác định một hành vi nghiêm trọng, giáo viên cần tìm hiểu đặc điểm, mức độ và độ thường xuyên của hành vi đó. Đánh giá chính xác là cơ sở để tìm ra những biện pháp xử lý hiệu quả và tích cực. Giáo viên có thể đánh giá trẻ nhằm tìm ra các yếu tố tiền hành vi (dẫn đến hành vi), các yếu tố hậu hành vi (hậu quả của hành vi) và yếu tố duy trì hành vi.

Nhiều hành vi có vấn đề xảy ra nhằm phục vụ một nhu cầu, hay ý định cụ thể nào đó của trẻ, nghĩa là hành vi đó như một phương pháp giao tiếp của trẻ với môi trường. Có thể khái quát thành bốn dạng hành vi như sau:

+ Gây chú ý: trẻ gây ra hành vi ấy là để thu hút sự chú ý của người khác.

+ Trốn chạy: nhờ có hành vi ấy mà trẻ sẽ thoát khỏi tình huống nó không thích, ví dụ như trẻ tự kỷ cố gắng thoát khỏi một hoạt động tập thể nào đó bằng cách nổi cơn giận dữ, khiến giáo viên phải phạt trẻ bằng thời gian tách biệt.

+ Đạt được một cái gì đó rất cụ thể: hành vi của trẻ dẫn đến việc giáo viên sẽ thưởng cho trẻ một đồ vật hay hoạt động nào đó, ví dụ trẻ bắt đầu la hét lên cho đến lúc nó lấy được đồ dùng giảng dạy của giáo viên mà nó muốn.

+ Phản hồi bằng các giác quan: hành vi của trẻ nhằm đạt được những kích thích về thính giác, thị giác hoặc xúc giác cho bản thân.

Giáo viên có thể sử dụng bảng quan sát (phụ lục 6) để xác định chính xác mục đích của hành vi. Bảng này bao gồm yếu tố: tiền hành vi (A), hành vi (B) và hậu hành vi (C).

Thực tế cho thấy nhiều nguyên nhân dẫn đến hành vi có vấn đề rất rộng, đa dạng và đặc biệt như chính bản thân mỗi trẻ; do vậy xác định chức năng của từng hành vi là rất khó khăn. Để có thể hiểu rõ hơn về nguyên nhân của các hành vi có vấn đề ở trẻ, các chuyên gia và giáo viên cần theo dõi những yếu tố có thể dẫn đến hành vi có vấn đề một cách hệ thống (phụ lục 7)...

Khi xác định được chức năng của một hành vi gây rối nào đó, giáo viên cần cung cấp và hướng dẫn cho trẻ phương pháp giao tiếp thích hợp hơn để thể hiện cùng một ý muốn. Giáo viên có thể đưa ra những quyền vớ có dán các tranh biểu tượng để giúp trẻ không có khả năng giao tiếp bằng lời thể hiện nhu cầu của mình, ví dụ: khi trẻ muốn ra ngoài em không phải tự đánh vào đầu mình nữa mà có thể chỉ vào tranh để thể hiện rằng mình muốn ra ngoài.

Mục tiêu khái quát là dạy trẻ kiểm soát được các hành vi của mình mà không cần hoặc cần rất ít sự hỗ trợ từ bên ngoài, trên cơ sở đó trẻ có được một cuộc sống độc lập tới mức có thể.

PHẦN BA

KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

1. KẾT LUẬN

Qua việc phân tích kỹ 4 ca lâm sàng trên, chúng tôi khẳng định những giả thuyết sau đây là đúng:

- Liệu pháp thưởng quy đổi hiệu quả hơn khi áp dụng cho trẻ có mức trí tuệ khá; và kém hiệu quả hơn khi áp dụng cho trẻ có mức trí tuệ trung bình dưới (trong độ tuổi đầu tiểu học).

- Sự hợp tác của gia đình đóng vai trò quan trọng đối với hiệu quả trị liệu, góp phần vào sự thành công hay thất bại của việc điều trị.

- Mô hình can thiệp phải dựa trên đặc điểm và khả năng hiện tại của từng trẻ. Không có mô hình cứng nhắc cho tất cả các trẻ.

1.1. HIỆU QUẢ CỦA LIỆU PHÁP THƯỞNG QUY ĐỔI.

Như đã phân tích ở trên, với trí tuệ khá tốt, nói chung khả năng nhận thức và ghi nhớ của N.Đ.T nói chung vẫn có thể khắc phục. Nếu những quy định trong bảng theo dõi được nhắc nhở liên tục hoặc có ghi giấy dán lên bàn học, lên tường thì T vẫn nhớ được. Vì vậy, T có thể đáp ứng được liệu pháp thưởng quy đổi. Trong khi, các bài tập về tăng cường chú ý, tuy T cũng đáp ứng tốt, trẻ hào hứng làm, nhưng có vẻ nó không giúp ích nhiều cho T.

Đ.H.L có mức trí tuệ cao, cũng có khả năng ghi nhớ các quy định nếu được nhắc thường xuyên, nhưng vì không có sự thống nhất của gia đình, nên không xác định được phần thưởng và trừng phạt, vì vậy chúng tôi đã không áp dụng được liệu pháp thưởng quy đổi cho L.

Đối với C.M.H và N.V.H, không thể áp dụng liệu pháp thưởng quy đổi, bởi trẻ chưa đủ khả năng hiểu và ghi nhớ một cách thường trực về những phần thưởng quy đổi khi mình làm tốt. Trẻ chỉ đáp ứng tốt với những phần thưởng trực tiếp, nhìn thấy và có thể sử dụng được ngay.

Như vậy, đối với trẻ ở độ tuổi đầu tiểu học (với đặc điểm là tư duy trực quan hành động chiếm ưu thế), nếu có sự thống nhất của gia đình, liệu pháp thưởng quy

đổi có thể áp dụng được và có hiệu quả với trẻ ADHD có trí tuệ khá. Tuy nhiên, liệu pháp thưởng quy đổi không thể áp dụng cho trẻ có trí tuệ từ trung bình dưới trở xuống, hoặc trẻ có trí tuệ khá nhưng không có sự thống nhất của gia đình.

1.2. VAI TRÒ CỦA SỰ HỢP TÁC TỪ PHÍA GIA ĐÌNH.

Bốn trẻ trong phạm vi đề tài, có hai nhóm trí tuệ: khá (2 trẻ) và trung bình dưới (2 trẻ). Trong mỗi nhóm có một gia đình hợp tác thực sự và một gia đình chưa hợp tác thực sự. Chúng ta đều dễ dàng nhận thấy là 2 trẻ có sự hợp tác của gia đình thì đều có sự tiến bộ có thể thấy rõ được.

Còn lại 2 trẻ chưa có sự hợp tác thực sự, triệt để của gia đình, chỉ có một trẻ có chút ít tiến bộ do nội dung can thiệp của người trị liệu, với khoảng 2 giờ/tuần, thời lượng quá ít và không đáng kể.

Sự hợp tác thực sự ở đây không chỉ bao gồm việc đồng ý, chấp nhận, tin tưởng vào người trị liệu mà bao gồm cả việc thực hiện theo những nội dung ở nhà, thực hành những kỹ năng làm việc với trẻ, chấp hành nghiêm ngặt kế hoạch và tiến trình điều trị, cũng như những yêu cầu liên quan như phân thưởng, trừng phạt. Muốn có hợp tác thực sự cũng cần cả sự thống nhất của cả gia đình, nhất là sự thống nhất giữa bố và mẹ của trẻ. Nếu không có được sự thống nhất này thì ít nhất phải có một người hợp tác tích cực thực sự và (những) người kia không gây trở ngại.

Khi có sự cộng tác chặt chẽ như vậy của gia đình, chương trình can thiệp cho trẻ đã có cơ sở để thành công ở ít nhất một môi trường quan trọng. Hơn nữa nội dung can thiệp của người trị liệu cũng được hỗ trợ rất tích cực, vì vậy, “gánh nặng” của người trị liệu sẽ được giảm bớt, và chất lượng các buổi can thiệp cũng được nâng cao.

1.3. SỰ LINH HOẠT VÀ SÁNG TẠO TRONG XÂY DỰNG CHƯƠNG TRÌNH CHO TỪNG TRƯỜNG HỢP.

Như chúng tôi đã trình bày ở phần cơ sở lý luận (xem tiểu mục 1.4.3), một chương trình can thiệp khá toàn diện dựa trên chủ yếu liệu pháp hành vi được thiết kế cho trẻ gồm tất cả những cá nhân và tổ chức liên quan đến trẻ phải liên kết hợp tác chặt chẽ với nhau trong cùng một chương trình. Nhưng đến khi thực hành, làm thực tế thì tất cả chương trình hầu như “phá sản” một nửa vì không có sự hợp tác từ

phía nhà trường (trừ trường hợp T không có vấn đề lớn ở trường). Sau nữa lại có thêm chương trình cho 2 trẻ khó khăn do sự hợp tác không thực sự của gia đình.

Các bài tập rèn luyện chú ý được chuẩn bị khá kỹ lưỡng, nhưng nó cũng chỉ tỏ ra hiệu quả đối với hai trẻ.

Vì vậy, thật khó để có thể xác định trước một chương trình can thiệp nếu chưa gặp trẻ, chưa trực tiếp làm việc với trẻ và hoạt động trong các môi trường của trẻ. Nói chung phải làm việc với trẻ một số buổi, tìm hiểu các thông tin và khía cạnh liên quan, sau đó mới có thể quyết định có can thiệp hay không và can thiệp thì chương trình nào. Đôi khi đòi hỏi của gia đình lại ít liên quan đến những triệu chứng then chốt của ADHD ở trẻ. Ví dụ như hầu hết các gia đình chỉ mong muốn trẻ không tự tiện rời khỏi ghế và nghe lời hơn, đối với các phụ huynh, những mặt đó chưa tiến bộ thì có nghĩa là chưa có gì tiến bộ.

Tuy chương trình can thiệp phải có sự điều chỉnh, linh hoạt nhưng không thể phủ nhận khả năng ứng dụng to lớn và hiệu quả của liệu pháp hành vi đối với loại rối loạn này. Trong mọi trường hợp, tiếp cận hành vi đều tỏ ra hữu ích với trẻ, khi ứng dụng những kỹ thuật phù hợp.

1.4. CÁC KẾT LUẬN KHÁC.

Qua quá trình làm việc với 4 trẻ tăng động giảm chú ý, chúng tôi thấy rằng sự quan tâm cũng như hiểu biết của các giáo viên cũng như trường học về vấn đề này còn rất ít. Hiểu biết của phụ huynh các em còn rất hạn chế. Một mặt do những nghiên cứu về vấn đề này chưa thực sự nhiều và chưa được phổ cập ở Việt Nam, mặt khác quan niệm và cách giải thích thông thường từ trước đến nay về trẻ ADHD còn nhiều sai lầm.

Một khi trẻ có những biểu hiện hiếu động, nghịch ngợm thái quá... thì trẻ thường bị quy vào "hư đốn" "nghịch ngợm" "không biết nghe lời". Vô hình chung đã làm xấu thêm tình trạng của trẻ, bên cạnh những khó khăn sẵn có ở trẻ.

2. KIẾN NGHỊ

Từ những nghiên cứu trên đây, cộng với quá trình trải nghiệm trong công việc trị liệu tại gia đình, chúng tôi xin phép được đưa ra những đề nghị sau:

2.1. VỚI XÃ HỘI

Cần chú ý nhiều hơn tới những trẻ có các rối loạn về tâm thần (tâm lý) trong quá trình phát triển, cần coi đó là một dạng khuyết tật đặc biệt và có ngay các chương trình trợ giúp trẻ. Trước hết là phổ biến rộng rãi để công chúng dần hiểu và nắm được. *Sau nữa, quan trọng hơn là phải đưa vào chương trình đào tạo cho các giáo viên, cán bộ công chức nhà trường để họ có kiến thức và thái độ thích đáng cho những trẻ em như vậy, đặc biệt là trẻ ADHD. Nếu không làm được những điều này, chúng ta sẽ bỏ phí rất nhiều những cá nhân có khả năng trí tuệ thực sự nhưng gặp phải những vấn đề phát triển nên không tiếp tục học, cống hiến được. Hơn nữa, nhiều số phận đáng lẽ được giúp đỡ để có cơ hội phát triển, hoà nhập thì lại bị xã hội tẩy chay, từ chối, lãng quên.*

2.2. VỚI CÁC BẠN ĐANG THỰC HÀNH HOẶC CÔNG TÁC TRONG LĨNH VỰC TÂM THẦN VÀ TÂM LÝ LÂM SÀNG.

2.2.1. Đề xuất về mặt lý thuyết:

- Các rối loạn phát triển ở trẻ em nói chung và ADHD nói riêng có nhiều cách tiếp cận, nhiều loại trường phái khác nhau và tương ứng là có nhiều cách can thiệp, trị liệu khác nhau, có thể còn đối lập nhau. Với kinh nghiệm bản thân trong quá trình thực hành, chúng tôi nhận thấy rằng, lý thuyết phân tâm và nhân văn tỏ ra hiệu quả - ở chừng mực nhất định - để giải thích nguyên nhân các rối nhiễu, nhưng rất ít hiệu quả nếu áp dụng vào trị liệu cho trẻ. Với cách tiếp cận của mình, ở châu Âu (nhất là Pháp), các nhà lâm sàng thích sử dụng những liệu pháp rất “thoải mái” như cùng chơi đùa tự do, tập bơi, tập vẽ... Cách này tỏ ra rất hiệu quả trong thời gian đầu làm quen, thiết lập quan hệ và tạo tâm lý thoải mái cho trẻ, nhưng xét về lâu dài, chúng tôi không thấy nó giúp nhiều trong việc phát triển các kỹ năng ở trẻ. Hơn nữa, việc chinh trị cho trẻ luôn phải chạy đua với thời gian, trẻ càng lớn thì càng khó can thiệp, đừng lên bỏ lỡ những ngày tháng quý giá của trẻ.

- Với tình hình thực tế thực hành tâm lý lâm sàng tại các gia đình và tại các trung tâm, tôi nhận thấy cách tiếp cận hành vi, đã và đang phát triển rất mạnh ở Mỹ, tỏ ra hiệu quả và được phụ huynh chấp nhận nhiều hơn. Các phương thức điều trị tâm lý được sáng tạo và thực hành bởi các tác giả Mỹ có tính thực dụng cao, nhắm

thẳng vào vấn đề khó khăn ở trẻ, vì vậy dễ nhìn thấy hơn kết quả điều trị, cũng là điều mà hầu hết các bậc cha mẹ mong muốn, cũng bởi tâm lý thực tế của người Việt nói chung.

2.2.2. Đề xuất về mặt thực hành:

- Một chương trình can thiệp cho trẻ ADHD phải rất linh hoạt và phù hợp với đặc điểm riêng của từng trẻ. Người trị liệu không được cứng nhắc trong việc xây dựng kế hoạch và lựa chọn các nội dung can thiệp nhưng rất cần sự nhất quán trong các kỹ thuật cụ thể khi làm việc với trẻ (như quy định hành vi, quy định thưởng phạt...).

- Đối với những trẻ có trí tuệ khá, áp dụng liệu pháp thưởng quy đổi, với quy định về hành vi, phần thưởng, hình phạt rõ ràng... có thể giúp ích cho trẻ. Khi áp dụng liệu pháp này ở môi trường gia đình, phải đạt được sự thống nhất của các thành viên trong gia đình. Khi áp dụng liệu pháp này ở trường học, cần có sự cộng tác tích cực và thực sự của giáo viên và cán bộ nhà trường.

- Điều trị tâm lý cho trẻ nói chung và cho trẻ ADHD nói riêng luôn cần đến sự hợp tác chặt chẽ của gia đình. Vì thế, khi đến trị liệu tại các gia đình, một trong những điều đầu tiên và quan trọng nhất là đề nghị sự hợp tác của gia đình, và thông báo ngay về khả năng thất bại nếu nhận thấy không có **sự hợp tác thực sự của cả gia đình**.

- Với các bài tập tăng cường chú ý đã nêu trong đề tài, nếu có điều kiện in màu hàng loạt sẽ hấp dẫn trẻ hơn và làm tăng hứng thú đối với bài tập. Các bài tập này có thể áp dụng cho mọi trẻ ADHD, tuy nhiên, tùy theo hiệu quả đối với từng trẻ mà xác định các bài tập này là nội dung quan trọng, chủ yếu của chương trình điều trị hay chỉ có tính chất bổ trợ cho các nội dung, liệu pháp khác.

- Đối với những trẻ có vấn đề ở trường học, thời điểm can thiệp nên bắt đầu từ đầu năm học mới (khai giảng năm học mới), nhằm tranh thủ tốt hơn sự hợp tác của giáo viên khi họ mới tiếp quản lớp, và để tránh một năm học đầy khó khăn cho trẻ. Nếu đến cuối năm, các giáo viên đều bận hoặc họ có tâm lý sắp trả lớp, sắp “thoát khỏi” những vấn đề khó khăn trong lớp, nên sự hợp tác kém hơn.

Mong muốn của chúng tôi sau khi thực hiện đề tài này là được tiếp tục nghiên cứu sâu, toàn diện, dài hạn, với độ tuổi phân bố rộng hơn, tình trạng bệnh đa dạng hơn, số lượng khách thể lớn hơn và có ý nghĩa thống kê. Đây chính là hướng nghiên cứu sau này của chúng tôi về rối loạn tăng động giảm chú ý, với mục đích là giúp đỡ được nhiều người hơn, giúp đỡ được xã hội nhiều hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

- [1] **Võ Văn Bản.** (2002). *Thực hành điều trị tâm lý*. Nhà xuất bản Y học. Hà nội.
- [2] **Bennett P.** (2003). *Tâm lý học dị thường và lâm sàng*. Biên dịch: PGS.TS. Nguyễn Sinh Phúc, từ cuốn *Abnormal and clinical psychology*, An introductory textbook. Open University Press. Maidenhead - Philadelphia. 44-90, 422-436, 477-478.
- [3] **Võ Thị Minh Chí.** (2004). *Một số nghiên nhận xét về kết quả nghiên cứu Test Luria - 90 trên học sinh tăng động giảm chú ý bậc trung học cơ sở*. Tạp chí Tâm lý học. Số 7. Tháng 7/2004. 28-34.
- [4] **Debray-Ritzen P., Messerschmitt P., & Golse B.** (1991). *Neuro-psychiatrie infantile*. Abrégés. Masson. Bản dịch *Tâm bệnh học trẻ em*. Ban biên soạn dịch thuật N-T. Nhà xuất bản Y học. Trung tâm nghiên cứu tâm lý trẻ em. Hà Nội. 170-174.
- [5] **Godefroid Jo.** (1998). *Những con đường của tâm lý học*. Chủ biên: B.S. Trần Di ái. Trung tâm nghiên cứu Tâm lý trẻ em. Tủ sách NT, Hà Nội. Tập một. 11-13.
- [6] **Nguyễn Thu Hằng.** (Ngày 13/03/2006). *Trẻ quá hiếu động, thiếu tập trung*. Nguồn: <http://www.lamchame.com>. BS. Nguyễn Thu Hằng biên dịch tổng hợp từ các trang <http://www.caducee.net>, <http://www.esculape.com> và <http://www.doctissimo.fr>.
- [7] **Ngô Công Hoàn, Nguyễn Thị Thanh Bình, Nguyễn Thị Kim Quý.** (2004). *Những trải nghiệm tâm lý*. Tập I. In lần thứ hai. Nhà xuất bản Đại học Sư phạm. 168-236.
- [8] **Nguyễn Công Khanh.** (2002). *Tâm lý trị liệu (ứng dụng trong lâm sàng và tự chữa bệnh)*. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội.
- [9] **Nguyễn Công Khanh.** (2002). *Rối nhiễu hành vi: Tăng động giảm chú ý ở học sinh tiểu học*. Tạp chí Tâm lý giáo dục. 28/04/2002. 7-9.
- [10] **Đặng Hoàng Minh, Hoàng Cẩm Tú.** (2001). *Rối loạn tăng động - giảm chú ý (Attention - Deficit Hyperactive Disorder - ADHD)*. Nội san Tâm thần học. Bệnh

viện Tâm thần Trung ương - Viện Sức khỏe tâm thần. Hà Nội. Số 6, tháng 09-2001. 48-55.

[11] **Nguyễn Thị Hồng Nga.** (2004). *Liệu pháp hành vi nhận thức ứng dụng trong trị liệu tăng động giảm chú ý ở học sinh trung học cơ sở Hà Nội*. Tạp chí Tâm lý học. Số 7. Tháng 7/2004. 35-38.

[12] **Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc** (chủ biên). (2004). Trắc nghiệm tâm lý lâm sàng. Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân. Hà Nội. 16-25.

[13] **Vũ Thị Nho.** (2003). *Tâm lý học phát triển*. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội. In lần thứ 2.

[14] **Nguyễn Văn Siêm.** (2003). *Từ điển Tâm thần học và Tâm lý học Anh - Pháp - Việt*. Nhà xuất bản Từ điển Bách khoa.

[15] **Tổ chức Y tế Thế giới.** (1992). *Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (PLBQT-10) về các rối loạn tâm thần và hành vi*. Mô tả lâm sàng và nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán. Bản dịch của Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Tâm thần trung ương. Hà Nội. 258-262.

[16] **Trần Thị Lệ Thu.** (2002). *Đại cương giáo dục đặc biệt cho trẻ chậm phát triển trí tuệ*. Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội. Trang 247-249. 255-260.

[17] **Nguyễn Trọng Trung.** (1998). *Nghệ thuật giáo dục trẻ cá biệt*. Biên dịch và biên soạn theo cuốn *The Hidden Handicap, How to help children who suffer from dyslexia, hyperactivity and learning difficulties* của Bác sĩ **Gordon Serfontein** . Nhà xuất bản Phụ nữ.

[18] **Trung tâm nghiên cứu tâm lý trẻ em (N-T).** *Test vẽ hình người của F. Goodenough*. 17 trang.

[19] **Trung tâm nghiên cứu tâm lý trẻ em (N-T).** *Khuôn hình tiếp diễn chuẩn Raven*. 59 trang.

[20] **Nguyễn Ánh Tuyết.** *Tâm lý học trẻ em*. Nhà xuất bản Giáo dục. 97-100.

[21] **Zakharov A. I.** (1987). *Liệu pháp tâm lý loạn thần kinh chức năng ở trẻ em và thanh thiếu niên*. Người dịch Lê Hải Chi. Nhà xuất bản Mir Matxcova - Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 92-94, 147-164.

Tiếng Anh

- [22] **American Academy of Pediatrics.** (Oct 2001). *Clinical Practice Guideline: Treatment of the School-Aged Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.* Pediatrics. v108 i4 p1033.
- [23] **American Psychiatric Association.** Diagnostic Criteria form DSM-IV. Publish by the American Psychiatric Association. Washington. DC. 63-65.
- [24] **Cavitt M.** *ADHD: Diagnosis and Treatment in Pediatric Primary Care.* From: <http://members.aapa.org>
- [25] **Center for Science in the Public Interest.** (1999). *A Parent's Guide to Diet, ADHD & Behavior.* From : <http://www.cspinet.org>
- [26] **Chang K. D.** (June 17, 2004). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.* From: <http://www.emedicine.com>
- [27] **Davison G. C. & Neale J. M.** (1998). *Abnormal Psychology.* Senventh Edition. John Wiley & Sons, Inc. 408-413.
- [28] **Dulcan M. K., Popper C. W.** (1991). *Concise guide to Child & Adolescent Psychiatry.* American Psychiatric Press Inc. Washington, DC. London, England. 27-32, 216-235.
- [29] **Dumke L. F., Segal R., Benedictis T. D., & Segal J.** (Last modified on: 02/09/2006). *Teaching a Child with ADD/ADHD: Tips for Parents and Teachers.* article. From: <http://www.helpguide.org>.
- [30] **Dumke L. F., Segal R., Benedictis T. D., & Segal J.** (Last modified on: 02/09/2006). *Parenting a Child with ADD/ADHD: Strategies for Family and Home.* .article. From: <http://www.helpguide.org>.
- [31] **Jacobson M. F., & Schardt D.** (September, 1999). *Diet, ADHD & Behavior, A quatre - century review.* Center for Science in the Public Interest. From : <http://www.cspinet.org>.
- [32] **Mash E. J., & Barkley R. A.** (1996). *Child Psychopathology.* Foreword by Alan E. Kazdin. The Guilford Press, New York, Lodon. 63-112.
- [33] **McCracken J.T.** *Attention - Deficit/Hyperactivity Disorder.*

[34] **MedicineNet, Inc.** *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. From: <http://www.medicinenet.com>

[35] **National Institute of Mental Health**. (January 2001). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Overview): An Update from the National Institute of Mental Health*. Bethesda (MD): National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services NIH Publication No. 01-4589. 4 pages. Available from: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/index.cfm>

[36] **Sanders M. R.** (2000). *Every parent, A positive Approach to Children's Behavior. A guide for parents of children aged 1-12 years*. Addison-Wesley.

[37] **U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, Office of Special Education Programs**. (2004). *Teaching Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Instructional Strategies and Practices*, Washington, D.C.

[38] **U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Services, Office of Special Education Programs**. (2002). *Identifying and Treating Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Resource for School and Home*, Washington, D.C.

[39] **Weathers. W.T.** *Management Suggestions for Children with Attention Deficit Disorders (ADD)*. 3 pages.

[40] **Wood D.** *ADHD Management: The Necessity of Psychotherapy: Clinical Paper*. © 2001-2003 Derek Wood. From: <http://www.mental-health-matters.com>

Tiếng Pháp

[41] **Malenfant N.** (2005). *Jeux de relaxation pour des enfants détendus et attentifs*. Les Publications du Petit matin. 117 pages.

[42] **Rossant L. & Lumbroso J. R.** *Hyperactivité : une vraie maladie ! Source :* <http://www.doctissimo.fr>

[43] **Sousa A.** *Enfant hyperactif : comment l'aider ? Source :* <http://www.doctissimo.fr>

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 2 - THANG ĐO ADHD

PHỤ LỤC 2.1 - THANG ĐO RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý Ở TRẺ

Họ và tên trẻ :.....Ngày sinh.....

Ngày làm :.....

Người thực hiện :.....

Những biểu hiện của trẻ trong 6 tháng qua, đánh dấu gạch chéo (X) vào ô phù hợp nhất:

Quy định:

0: Không đúng

2: Thường xuyên đúng

1: Đúng một phần hoặc có lúc đúng

3: Luôn luôn đúng

ST T	Biểu hiện của trẻ	0	1	2	3
1	Khó tập trung chú ý cao vào các chi tiết hoặc thường mắc lỗi do cầu thả khi làm bài ở trường, ở nhà hay trong các hoạt động khác.				
2	Khó duy trì chú ý nhiệm vụ hoặc hoạt động giải trí.				
3	Có vẻ không chăm chú vào những điều người đối thoại đang nói.				
4	Không theo dõi các hướng dẫn và không làm hết bài tập ở trường, các việc vặt hoặc những nhiệm vụ khác (không phải là hành vi chống đối hay không hiểu được lời hướng dẫn).				
5	Khó tổ chức các nhiệm vụ và hoạt động.				
6	Né tránh, không thích hoặc miễn cưỡng tham gia vào các hoạt động đòi hỏi phải duy trì nỗ lực trí tuệ (ví dụ như bài học ở trường hoặc bài tập về nhà).				
7	Quên những thứ quan trọng cho nhiệm vụ hoặc hoạt động (ví dụ đồ chơi, bài tập được giao về nhà, bút chì, sách hay dụng cụ học tập).				
8	Dễ bị sao nhãng bởi những kích thích bên ngoài				
9	Đãng trí trong các hoạt động hàng ngày.				
10	Hay cựa quậy tay, chân hoặc cả người khi ngồi.				
11	Rời khỏi ghế trong lớp học hoặc trong những trường hợp cần ngồi ở chỗ cố định				
12	Chạy hoặc leo trèo quá mức trong những tình huống không phù hợp.				
13	Khó khăn khi chơi hoặc tham gia một cách yên tĩnh vào các hoạt động giải trí.				
14	“Luôn tay luôn chân” hoặc hành động như thể “được gắn động cơ”.				
15	Nói quá nhiều				
16	Đưa ra câu trả lời trước khi người câu hỏi đặt xong câu hỏi				
17	Khó chờ đến lượt mình				
18	Cắt ngang hoặc nói leo người khác (ví dụ chen vào cuộc trò chuyện hoặc trò chơi)				

PHỤ LỤC 2.2 - QUY ĐỊNH ĐIỂM CHO THANG ĐO

RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý Ở TRẺ

- Thang này có thể đo lại sau mỗi tuần trẻ được áp dụng chương trình can thiệp, có thể áp dụng cho các nhà lâm sàng, bố mẹ và giáo viên của trẻ.
- Mức độ dao động của điểm có thể từ 0 đến 54, tuy nhiên trong thực tế khó có trẻ nào đạt 0 điểm hay tới 54 điểm cả. Mục tiêu của thang ngoài việc phục vụ cho chẩn đoán, còn nhằm đánh giá hiệu quả điều trị sau mỗi giai đoạn nhất định.

Quy định về chẩn đoán:

- Các biểu hiện của trẻ phải kéo dài ít nhất 6 tháng và ở mức độ thích nghi không tốt và mâu thuẫn với mức phát triển.
- Một vài biểu hiện xuất hiện trước tuổi lên 7.
- Các biểu hiện phải xuất hiện ở ít nhất hai môi trường.
- Phải có bằng chứng lâm sàng rõ ràng về sự suy yếu đáng kể trong các chức năng học tập và xã hội (như kết bạn, ứng xử đúng...).
- Các trẻ này không bị rối loạn phát triển lan toả (bao gồm tự kỷ Kanner và các thể tự kỷ không điển hình khác), tâm thần phân liệt hoặc rối loạn tâm thần khác như rối loạn khí sắc, rối loạn lo âu, rối loạn phân ly.

1. Vấn đề chú ý: 9 câu từ câu 1 đến câu 9. Nếu có 6 hoặc hơn các câu đạt từ 2 điểm trở nên thì trẻ mắc rối loạn tăng động giảm chú ý, dạng giảm tập trung là chủ yếu.

2. Vấn đề tăng động-xung động: 9 câu từ câu 10 đến câu 18. Nếu có 6 hoặc hơn các câu đạt từ 2 điểm trở nên thì trẻ mắc rối loạn tăng động giảm chú ý, dạng giảm tăng động-xung động là chủ yếu.

3. Nếu cả mục 1 và mục 2 đều được đáp ứng (có nghĩa là từ câu 1-9 có ít nhất 6 câu đạt và từ câu 10-18 có ít nhất 6 câu đạt 2 điểm trở nên) thì trẻ mắc rối loạn tăng động giảm chú ý dạng liên kết (thể kết hợp).

PHỤ LỤC 3 - CÁC TRẮC NGHIỆM ĐO TRÍ TUỆ

PHỤ LỤC 3.1 - KHUÔN HÌNH TIẾP DIỄN RAVEN MÀU 1947

Progressive Matrices Coloured - PMC

Tập khuôn hình tiếp diễn Matrix 1938 đã được xây dựng nhằm bao quát toàn bộ tầm phát triển trí tuệ từ tuổi thơ ấu đến thành thục. Vì phạm vi ứng dụng test này rất rộng nên các trẻ nhỏ và người quá cao tuổi chỉ nên giải các bài trong các bộ A và B và các bài mở đầu của bộ C và D.

Các kết quả đã thu được khi sử dụng thang kiểm tra này cho thấy không phải xem xét lại toàn bộ. Tuy nhiên, cũng nên xây dựng thêm một thang có thể cho phép các điểm số có được khoảng phân tán rộng hơn và thay đổi nội dung test đi một chút nhằm sử dụng cho các trẻ nhỏ và người thiếu năng, để có thể biết chắc chắn rằng các đối tượng này, dù có làm được hay không, cũng hiểu được tính chất của bài.

Tập khuôn hình tiếp diễn Matrix 1947 gồm các bộ A, AB và B đã được xây dựng cho các trẻ từ 3 đến 10 tuổi, nhằm đạt được các kết quả với khoảng phân tán rộng, giảm khả năng làm được một cách “tình cờ” và tạo điều kiện dùng test này để chọn ra những đối tượng có mức trí tuệ dưới trung bình, do một nguyên nhân nào đó: kém, chậm và rối loạn phát triển.

Nên tính các tỷ lệ phần trăm trong quần thể đã nghiên cứu vào nhóm các tổng điểm của các đối tượng lại theo các tỷ lệ này. Như vậy, có thể xếp một đối tượng theo tổng điểm đã đạt được vào một trong 5 bậc sau đây:

Bậc I. Đối tượng rất thông minh: điểm số đạt hoặc vượt điểm số ứng với centile 95 của các đối tượng cùng tuổi.

Bậc II. Đối tượng thông minh trên trung bình rõ rệt: điểm số đạt hoặc vượt điểm số ứng với centile 75.

II+ nếu đạt hoặc vượt hơn 90.

Bậc III. Đối tượng trí lực trung bình: điểm số vượt trị số trung tâm hoặc centile 50 của nhóm cùng tuổi.

III- nếu điểm số dưới trị số trung vị (median)

Bậc IV. Đối tượng trí lực dưới trung bình rõ rệt: điểm số đạt hoặc dưới centile 25.

IV- nếu điểm số đạt hoặc dưới centile 10.

Bậc V. Đối tượng thiếu năng: điểm số đạt hoặc dưới centile 5 của nhóm cùng tuổi.

PHỤ LỤC 3.2 - TEST VẼ HÌNH NGƯỜI CỦA F. GOODENOUGH

1. Dụng cụ

- Một tờ giấy trắng không dòng kẻ (bằng 1/2 tờ giấy khổ A4)
- Một bút chì đen và một cái tẩy (tẩy chỉ để dùng ở mức độ vừa phải), loại trừ thước kẻ, bút máy, bút chì màu
- Một đồng hồ bấm giờ
- Đồ dùng gọt bút chì

2. Cách thực hiện.

- Sau khi phân phát vật dụng (ghi họ tên, lớp, ngày tháng năm sinh đối với hoạt động tập thể) hãy nói: “Trên tờ giấy này em hãy vẽ một hình người. Hãy vẽ tốt nhất theo khả năng của em. Hãy tận dụng thời gian và hãy vẽ cẩn thận” (đối với hoạt động tập thể cần tránh cho các em khỏi bị ảnh hưởng lẫn nhau: “Nếu các em có gì cần hỏi, xin đừng nói to, hãy giơ tay và đợi tôi đến rồi hãy hỏi”).

- Nếu có em hỏi xem phải vẽ người nhìn thẳng hay nhìn nghiêng, có hay không mặc quần áo, nam hay nữ... thì trả lời: “Hãy vẽ theo ý riêng của em”. Hoặc không gợi ý gì cả.

- Thời gian thoải mái, nhưng phải ghi lại, kể cả những nhận xét cần thiết cho phân tích bức vẽ sau này. Nói chung các em thường cần khoảng 5 - 15 phút để hoàn thành.

- Chỉ cho phép vẽ lại khi hình vẽ chưa đủ các bộ phận như đầu hoặc cẳng chân và bàn chân, hoặc có chỗ sai ở mặt, hoặc có vết tẩy làm hỏng nặng bản vẽ (nhưng ta phải giữ lại bản đầu tiên dùng cho phân tích sau này).

3. Cách cho điểm

F. Goodenough phân biệt hai loại:

3.1. Loại A: Hình vẽ không nhận ra người

- Vẽ lem nhem, nguệch ngoạc: 0 điểm

- Hình vẽ không hình người nhưng có được một vài đường như hình tròn, hình vuông, hình tam giác...: 1 điểm

3.2. Loại B: Hình người nhận ra được nhưng còn thô sơ

- | | |
|--|--|
| 1) Trình bày đầu. | 7d) Mũi và miệng ở 2 chiều. |
| 2) Trình bày chân. | 7e) Vẽ lỗ mũi. |
| 3) Trình bày tay. | 8a) Trình bày tóc. |
| 4a) Trình bày thân mình. | 8b) Trình bày tốt bộ tóc. |
| 4b) Thân mình dài hơn rộng. | 9b) Ít nhất có 2 mảnh quần áo trong suốt. |
| 4c) Vai vẽ rõ ràng. | 9c) Hình vẽ đầy đủ quần áo không trong suốt. |
| 5a) Mối liên hệ giữa các cánh tay và cẳng chân. | 9d) Bốn tấm quần áo vẽ rõ ràng. |
| 5b) Điểm nối đúng. | 9e) Trang phục nghiêm chỉnh. |
| 6a) Trình bày cổ. | 10a) Trình bày ngón tay. |
| 6b) Đường vẽ cổ kéo dài đường vẽ đầu hoặc thân mình. | 10b) Số lượng chính xác các ngón tay. |
| 7a) Trình bày mắt. | 10c) Chi tiết về những ngón tay vẽ đúng. . |
| 7b) Trình bày mũi. | |
| 7c) Trình bày miệng. | |

- 10d) Sự khác biệt của ngón cái. .
- 10e) Các bàn tay phân biệt với ngón tay và cánh tay.
- 11a) Cánh tay gắn với vai, khuỷu tay hoặc với cả hai.
- 11b) Cẳng chân gắn với đầu gối, háng hoặc với cả hai.
- 12a) Kích thước đầu
- 12b) Kích thước cánh tay
- 12c) Kích thước cẳng chân.
- 12d) Kích thước bàn chân.
- 12e) Cánh tay và cẳng chân theo hai chiều:
- 13) Gót chân.
- 14a) Sự phối hợp vận động thường.
- 14b) Sự phối hợp vận động xuất sắc.

- 14c) Sự phối hợp vận động của đầu.
- 14d) Sự phối hợp vận động của thân mình.
- 14e) Sự phối hợp vận động của mặt.
- 15a) Trình bày tai.
- 15b) Tai đặt đúng chỗ, đúng tỷ lệ kích thước.
- 16a) Chi tiết vẽ mắt.
- 16b) Chi tiết vẽ mắt.
- 16c) Kích thước mắt.
- 16d) Cái nhìn.
- 17a) Vẽ cằm và trán.
- 17b) Nét nhô của cằm.
- 18a) Hình vẽ nghiêng A.
- 18b) Hình vẽ nghiêng B.

PHỤ LỤC 4 - CÁC BẢNG THEO DÕI

PHỤ LỤC 4.1 - BẢNG THEO DÕI NGÀY

S	Ngày:..... tháng.....năm.....												
T	Việc làm	Số lần trong ngày											
T													
1	Đi và bước chậm												
2	Nói chậm và không bị vấp												
3	Chơi với em mà không xô đẩy, tranh cướp												
4	Đáp lại bố mẹ gọi												
5	Thực hiện theo yêu cầu của bố mẹ												

PHỤ LỤC 4.2 - BẢNG THEO DÕI TUẦN

Từ ngày tháng năm:..... đến ngày tháng năm.....								
STT	Việc làm	Số lần trong ngày						
		Thứ 2	Thứ 3	Thứ 4	Thứ 5	Thứ 6	Thứ 7	Chủ nhật
1	Đi và bước chậm							
2	Nói chậm và không bị vấp							
3	Chơi với em mà không xô đẩy, tranh cướp							
4	Đáp lại bố mẹ gọi							
5	Thực hiện theo yêu cầu của bố mẹ							

PHỤ LỤC 5

BẢN CAM KẾT

*Em tên là:....., em hứa sẽ thực hiện
những điều sau đây:*

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

*Cô/Thầy giáo:..... hứa sẽ có những hình thức
khen thưởng dưới đây:*

1. Nếu em hoàn thành 1 trong 5 điều trên, em sẽ nhận được 10 sao.
2. Cứ 10 sao có thể đổi lấy
3. Cứ 20 sao có thể đổi lấy.....
- 4.
- 5.

Ngày.....tháng.....năm.....

Chữ ký của học sinh

Chữ ký của giáo viên

.....

.....

PHỤ LỤC 6

BẢNG QUAN SÁT HÀNH VI

A: Điều gì đã xảy ra trước đó? (Ngày, thời điểm, người có mặt, tình hình trước khi trẻ thể hiện hành vi)	B: Trẻ có hành vi có vấn đề nào?	C: Điều gì xảy ra sau đó?

PHỤ LỤC 7

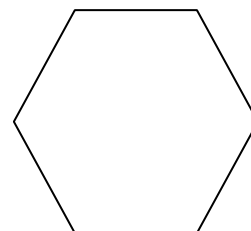
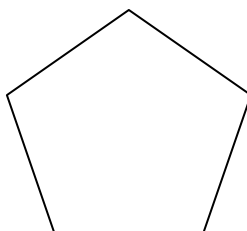
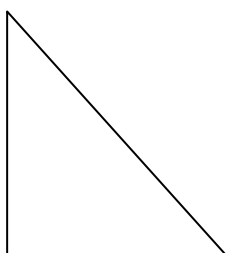
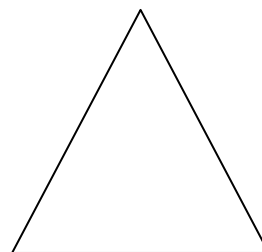
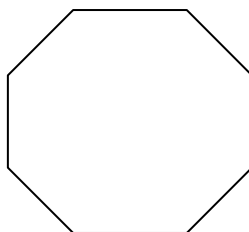
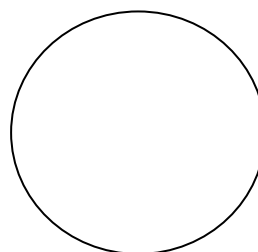
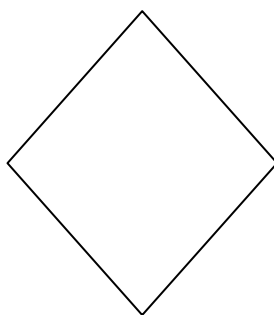
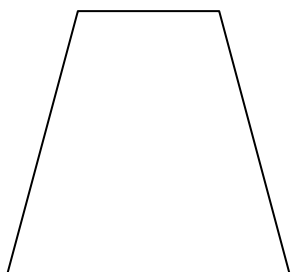
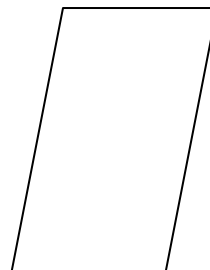
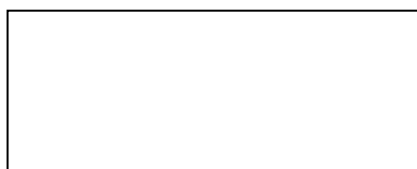
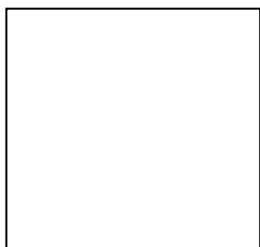
BẢNG GIAO TIẾP CHỨC NĂNG

Trong tình huống nào?	Trẻ làm gì?	Tôi cho là trẻ cảm thấy...	Theo tôi cách xử lý tốt nhất là...

PHỤ LỤC 8 - CÁC HÌNH TÔ MÀU¹

PHỤ LỤC 8.1 - HÌNH TÔ MÀU TO ĐƠN GIẢN

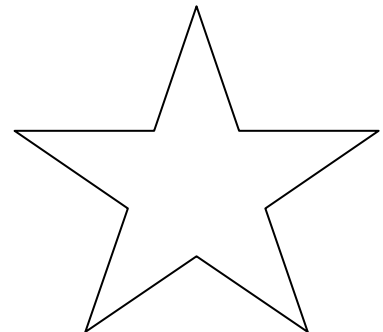
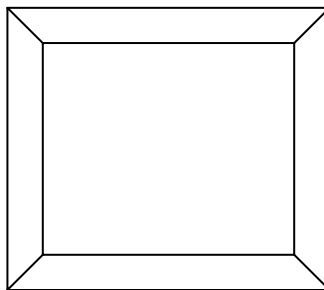
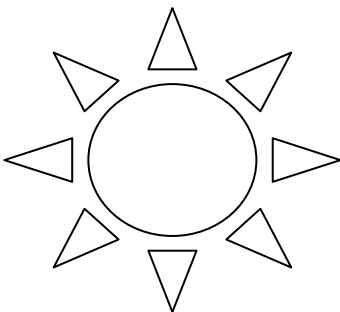
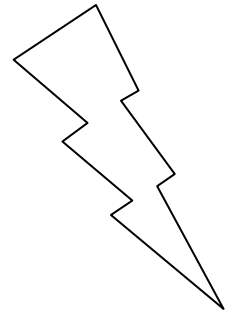
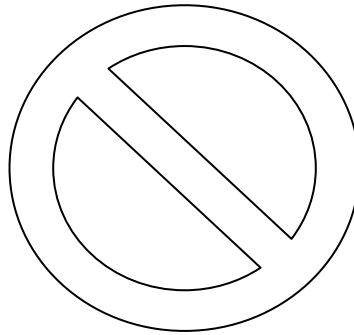
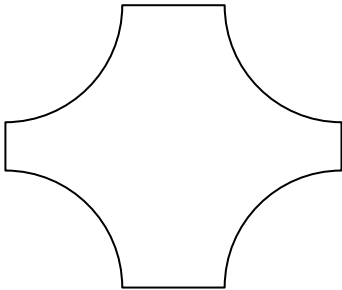
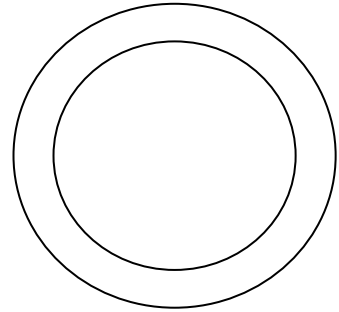
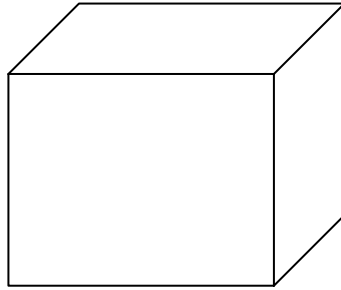
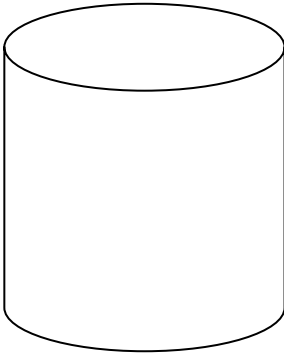
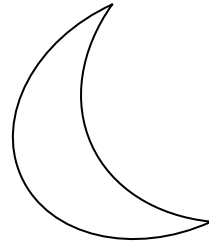
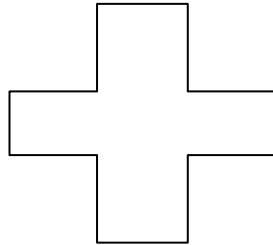
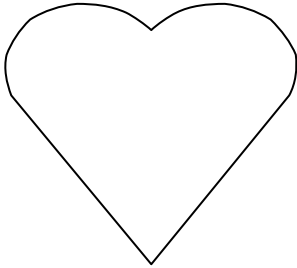
Họ và tên : Ngày sinh :
Ngày thực hiện:



¹ Một số bài tập đã được thu nhỏ lại cho vừa trình bày khổ giấy

PHỤ LỤC 8.2 - HÌNH TÔ MÀU TO PHỨC TẠP

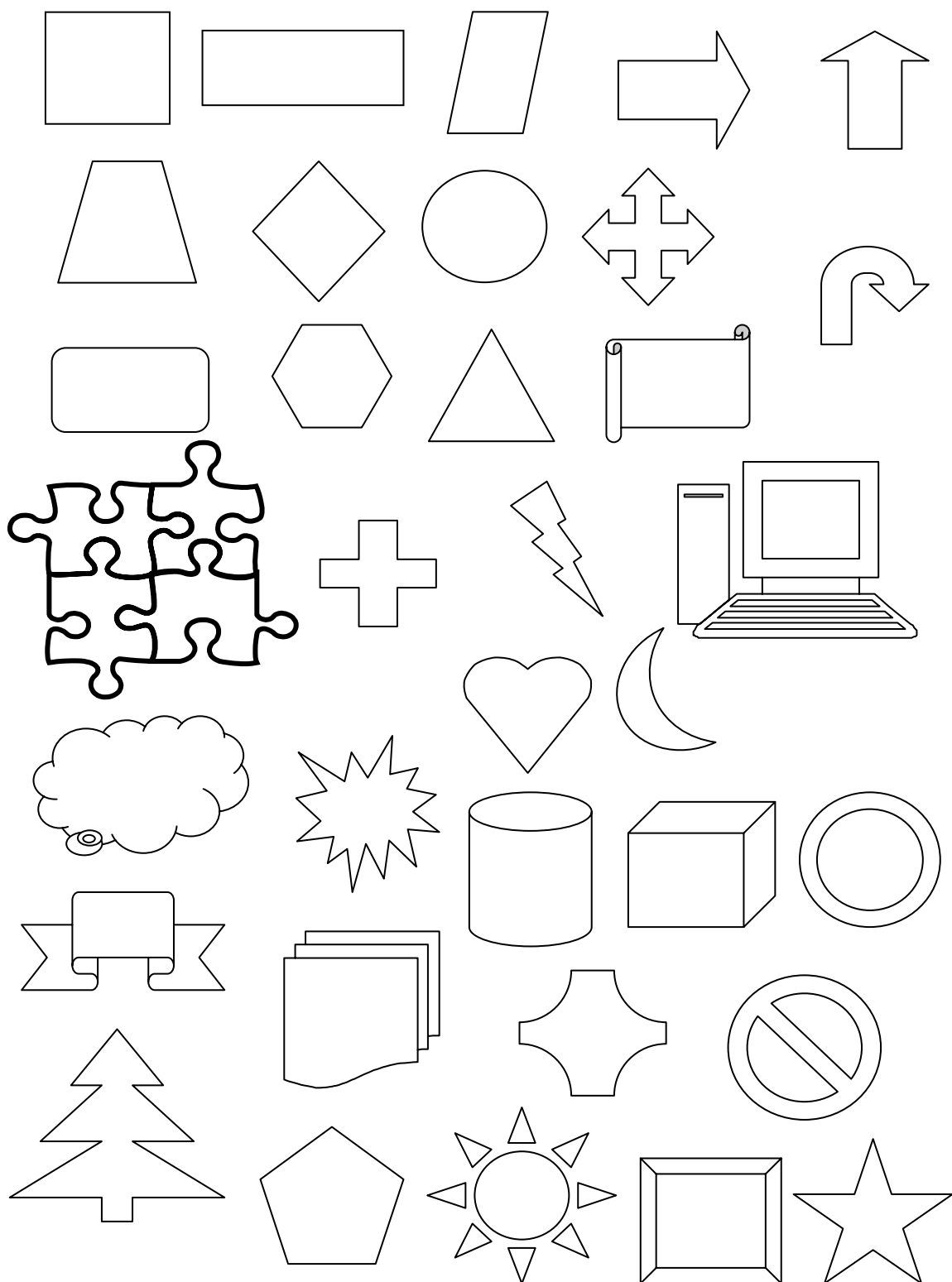
Họ và tên : Ngày sinh :
Ngày thực hiện:



PHỤ LỤC 8.3 - HÌNH TÔ MÀU NHỎ

Họ và tên :Ngày sinh :

Ngày thực hiện:



PHỤ LỤC 8.4 - TÔ MÀU VÀO Ô

Họ và tên :.....Ngày sinh :.....

Ngày thực hiện:

[illegible]

PHỤ LỤC 9 - BÀI TẬP TÌM SỐ*

PHỤ LỤC 9.1 - BẢNG 1 VÀ 2

Họ và tên :.....Ngày sinh :.....

Ngày thực hiện:

22	25	7	21	11
6	2	10	3	23
17	12	16	5	18
1	15	20	9	24
19	13	4	14	8

14	18	7	24	21
22	1	10	9	6
16	5	8	20	11
23	2	25	3	15
19	13	17	12	4

* Đối với những trang có hai bảng số, khi cho trẻ làm bài thì gấp đôi tờ giấy để chỉ nhìn thấy một bảng, nhằm tránh sự phân tán chú ý ở trẻ.

PHỤ LỤC 9.2 - BẢNG 3 VÀ 4

Họ và tên :.....Ngày sinh :.....
 Ngày thực hiện:

9	5	11	13	20
14	25	17	1	6
3	21	7	19	23
18	12	24	16	4
8	15	2	10	22

21	12	7	1	20
6	15	17	3	18
19	4	8	25	13
24	2	22	10	5
9	14	11	23	16

PHỤ LỤC 9.3 - BẢNG 5

Họ và tên :.....Ngày sinh :.....

Ngày thực hiện:

5	14	12	23	2
16	25	7	24	13
11	3	20	4	18
8	10	19	22	1
21	15	9	17	6

PHỤ LỤC 10 - BÀI TẬP TÌM CHỮ¹
PHỤ LỤC 10.1 - BẢNG TÌM CHỮ A

Họ và tên :.....Tuổi.....
Ngày làm :.....

BẢNG BOURDON - A

ABCDEHKLCBDELKHADBCKHLBDAHKLABDCKLBCDE
CADLHKBCDKHALBADCH ELLBCDEKKAKBLCEDAHL
BDAKLCEDKLBCHACBHKHBBDLCKLBACBDHLBEKLLK
DKHDBLDBCKKHDCBALLBCDHBDAHDDCBLDHA KC DH
KBHABLAHCKLEDDHLBADCKCBBADCHEKBLCDBCBD
HEKACAKHADBK LKHCDACKKLDECBKLA KLCALECAC
LHCBKEHBCALHBEKDCEDHHBK LHC LDKLEEDBKHHB
ELDCLHLKCDEABLKHDALLDHD AKHBEAECKCKHDC
BCEKEKAHBHKBDCBAELKBBEADBKCEHA CABLCBAC
KHALHDCLEKHCLKCBDECKHLCKEDHABCDBLBALHB
HLBECAHBCLDKEADCBDKHKEDLKBECDAHCKBD CD
LACBDEDCHALEHBLDABDLACHAECKDABKDEHCBDD
CBDHBLEDKBHAKLCECDLCDEKBLDHC DLKH KEDCHE
BCHKCABECDKBAHKCDLHBCDCHLKBHLECALBKEAK
DELBHKCHLCBCBK EHBCKDHKAKECEHKBHCELBLHC
KDKCKHDKBHDEABHKLB EKAHLAHBLKD HABC DHCE

¹ Một số bài tập được thu nhỏ để trình bày vừa khổ giấy

PHỤ LỤC 10.2 - BẢNG TÌM CHỮ A, C

Họ và tên :.....Ngày sinh.....

Ngày làm :.....

BẢNG BOURDON - A, C

BCHKCABECDKBAHKCDLHBCDCHLKBHLECALBKEAK
ELDCLHLKCDEABLKHDALLDHDAAKHBEAECKCKHDC
CBDHBLEDKBHAKLCECDLCDEKBLDHCDDLKH KEDCHE
LACBDEDCHALEHBLDABDLACHAECKDABKDEHCBDD
HLBE CA HBCLDKEADCBDKHKEDLKBECDAHCKBD CD
LHCBKEHBCALHBKDCEDHHBKLHCLDKLEEDBKHHB
HEKACAKHADBKCLKHCDACKKLDECBKLAKLCALECAC
KBHABLAHCKLEDDHLBADCKCBBADCHEKBLCDBCBD
KDKCKHDKBHDEABHKLBEKAHLAHBLK DHABCDHCE
BDAKLCEDKLBCHACBHKHBBDLCKLBA CBDHLBEKLB
DKHDBLDBCKKHDCBALB CDHBAHDDCBLDHAKCDH
ABCDEHKLCBDELKHADBCKHLBDAHKLABDCKLBCDE
DELBHKCHLCBCBKEHBCKDHKAKECEHKBHCELBLHC
KHALHDCLEKHCLKCBDECKHLCKEDHABCDBLBALHB
CADLHKBCDKHALBADCH ELLBCDEKKAKBLCEDAHL
BCEKEKAHBHKBDCBAELKBBEADBKCEHA CABLCBAC

PHỤ LỤC 10.3 - BẢNG TÌM CHỮ A, C, K

Họ và tên :.....Tuổi.....

Ngày làm :.....

BẢNG BOURDON - A, C, K

DELBHKCHLCBCBKEHBCKDHKAKECEHKBHCELBLHC
KHALHDCLEKHCLKCBDECKHLCKEDHABCDBLBALHB
ELDCLHLKCD EABLKHDALLDHD AKHBEAECKCKHD C
LHCBKEHBCALHB EKDCEDHHBKLHCLDKLEEDBKHHB
BCEKEKAHBHKBDCBAELKBBEADBKCEHA CABLCBAC
LACBDEDCHALEHBLDABDLACHAECKDABKDEHCBDD
CADLHKBCDKHALBADCH ELLBCDEKKAKBLCEDAHL
ABCDEHKLCBDELKHADBCKHLBD AHKL ABDCKLBCDE
BCHKCABECDKBAHKCDLHBCDCHLKBHLECALBKEAK
BDAKLCEDKLBCHACBHKHBBDLCKL BACBDHLBEK LK
CBDHBLEDKBHAKLCECDLCDEKBLDHCDLKH KEDCHE
HLBE CA HBCLDKEADCBDKHKEDLKBECDAHCKBDCD
DKHDBLDBCKKHDCBALLBCDHB AHDDCBLDHAKCDH
KDKCKHDKBHDEABHKLBEKAHLAHBLK DHABCDHCE
HEKACAKHADBK LKHCDACKKLDECBKLA KLCALECAC
KBHABLAHCKLEDDHLBADCKCBBADCHEKBLCDBCBD

PHỤ LỤC 11 - BÀI TẬP SẮP XẾP LẠI SỐ*
PHỤ LỤC 11.1 - BẢNG SẮP XẾP LẠI 16 SỐ

Họ và tên :Ngày sinh :

Ngày làm :

SẮP XẾP LẠI CÁC SỐ

49	17	19	2
10	42	16	38
31	21	13	30
35	5	20	27

* Mỗi bài tập sắp xếp lại số có một bảng ghi kết quả.

Họ và tên :Ngày sinh :
Ngày làm :

SẮP XẾP LẠI CÁC SỐ

PHỤ LỤC 11.3 - BẢNG SẮP XẾP LẠI 25 SỐ

Họ và tên :.....Ngày sinh :.....

Ngày làm :.....

SẮP XẾP LẠI CÁC SỐ

16	37	98	29	54
80	92	46	59	35
43	21	8	40	2
65	84	99	7	77
13	67	60	34	18

Họ và tên :.....Ngày sinh :.....

Ngày làm :.....

SẮP XẾP LẠI CÁC SỐ

PHỤ LỤC 12 - BÀI TẬP TÌM SỐ GIỐNG NHAU
PHỤ LỤC 12.1 - BẢNG 16 SỐ

Họ và tên :.....Ngày sinh.....

Ngày làm :.....

TÌM SỐ - BẢNG MỘT

2	20	9	12
14	8	4	17
4	12	8	14
17	20	2	9

PHỤ LỤC 12.2 - BẢNG 24 SỐ

Họ và tên :.....Ngày sinh.....

Ngày làm :.....

TÌM SỐ - BẢNG HAI

17	18	7	28	13	30
18	0	13	26	25	3
26	15	28	30	3	20
20	25	0	7	17	15

PHỤ LỤC 12.3 - BẢNG 36 SỐ

Họ và tên :.....Ngày sinh.....

Ngày làm :.....

TÌM SỐ - BẢNG BA

35	18	7	28	37	30
49	30	11	50	23	3
44	42	18	20	3	15
20	15	7	37	49	25
35	25	50	26	28	42
31	23	26	11	44	31

PHỤ LỤC 12.4 - BẢNG 48 SỐ

Họ và tên :.....Ngày sinh.....
Ngày làm :.....

TÌM SỐ - BẢNG BỐN

0	33	8	29	2	55	21	10
26	16	35	5	22	67	8	72
18	21	10	40	25	26	80	55
97	22	99	18	97	54	58	80
25	67	33	99	29	35	34	54
72	2	5	58	34	40	0	16

PHỤ LỤC 12.5 - BẢNG 64 SỐ

Họ và tên : Ngày sinh.....
 Ngày làm :

TÌM SỐ - BẢNG NĂM

2	65	98	29	80	92	21	35
59	21	46	54	15	55	40	2
43	77	8	73	99	45	80	22
0	84	22	7	4	8	65	13
13	67	60	34	18	73	35	29
37	40	98	0	45	16	77	99
43	54	84	7	59	67	55	37
46	16	60	4	34	92	18	15