

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO VIỆN KHOA HỌC XÃ HỘI VIỆT NAM

VIỆN TÂM LÝ HỌC

NGUYỄN THỊ VÂN THANH

**ĐẶC ĐIỂM TÂM LÝ LÂM SÀNG
CỦA HỌC SINH TIỂU HỌC CÓ RỐI LOẠN
TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý**

Chuyên ngành: Tâm lý học chuyên ngành

Mã số: 62 31 80 05

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ TÂM LÝ HỌC

HÀ NỘI-2010

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ

Công trình đã được hoàn thành tại Viện Tâm lý học.

Người hướng dẫn khoa học:

1.PGS.TS. Văn Thị Kim Cúc.

2.PGS.TS. Nguyễn Sinh Phúc

Phản biện 1: GS.TS Trần Hữu Luyến

Trường Đại học Ngoại ngữ, Đại học Quốc gia Hà Nội.

Phản biện 2: PGS.TS. Trần Thị Minh Đức

Trường Đại học KHXH & NV, Đại học Quốc gia Hà Nội.

Phản biện 3: PGS.TS. Trần Quốc Thành

Trường Đại học Sư phạm Hà Nội

Luận án được bảo vệ trước hội đồng chấm luận án cấp Nhà nước họp tại Viện Tâm lý học, 37 Kim Mã Thượng, Công Vi, Ba Đình, Hà Nội,

vào hồi 14 giờ, ngày 8 tháng 2 năm. 2010

Có thể tìm hiểu luận án tại: Thư viện Quốc gia Hà Nội, Thư viện Viện Tâm lý học.

1. Nguyễn Thị Vân Thanh (2006), “Rối loạn tăng động giảm chú ý và rối loạn học tập ở trẻ em”, *Tạp chí Tâm lý học* (số 3)-3.

2. Nguyễn Thị Vân Thanh (2006), “Rối loạn tăng động giảm chú ý ở trẻ em-Lịch sử vấn đề thuật ngữ”, *Tạp chí Tâm lý học* (số 4)-4.

3. Nguyễn Thị Vân Thanh, Nguyễn Sinh Phúc (2007), Thực trạng học sinh có rối loạn tăng động giảm chú ý ở hai trường tiểu học tại Hà Nội, Kỷ yếu hội thảo “*Can thiệp và phòng ngừa các vấn đề sức khoẻ tinh thần trẻ em Việt Nam*”, Khoa Sư phạm (trường Đại học quốc gia Hà Nội); Department of Psychology and Human Development (Đại học Valderbilt, và Pearbody) (12/2007), Hà Nội.

4. Nguyễn Thị Vân Thanh (2008), Vấn đề chẩn đoán và thực trạng rối loạn tăng động giảm chú ý của học sinh tiểu học ở Hà Nội, Kỷ yếu Hội thảo khoa học “*Chăm sóc sức khoẻ tinh thần*”, Hội Tâm lý-Giáo dục Việt Nam (11-13/1/2008), Sơn Tây-Hà Tây.

5. Nguyễn Thị Vân Thanh (2008), Giới thiệu một số bộ thang đo được sử dụng để đánh giá trẻ em có rối loạn tăng động giảm chú ý, Kỷ yếu Hội thảo khoa học “*Chăm sóc sức khoẻ tinh thần*”, Hội Tâm lý-Giáo dục Việt Nam (11-13/1/2008), Sơn Tây-Hà Tây.

6. Nguyễn Thị Vân Thanh (2008), Một số vấn đề đáng lưu tâm về tiến triển của rối loạn tăng động giảm chú ý, Kỷ yếu Hội thảo khoa học “*Chăm sóc sức khoẻ tinh thần*”, Hội Tâm lý-Giáo dục Việt Nam (11-13/1/2008), Sơn Tây-Hà Tây.

7. Nguyễn Thị Vân Thanh (2008), Chân dung tâm lý một trường hợp rối loạn tăng động giảm chú ý, *Tạp chí Tâm lý học* (số 3)-3.

8. Nguyễn Thị Vân Thanh (2008), Đặc điểm quan hệ gắn kết giữa trẻ tiểu học có rối loạn tăng động giảm chú ý và người chăm sóc, *Tạp chí Tâm lý học* (12) tr.53-60.

hệ tiếp xúc không có mối quan hệ với các mức độ của RLTDGCY. Nhưng mức độ các kỹ năng của quan hệ gắn kết có tương quan nghịch và có khả năng dự báo được mức độ biểu hiện của RLTDGCY của HSTH.

2. Về nghiên cứu thực nghiệm: Các trẻ được tác động đã cải thiện được một mức độ RLTDGCY trên thang điểm Conner và trên tất cả các khía cạnh quan sát. Ngược lại, các trẻ RLTDGCY không được áp dụng các biện pháp tác động tiến triển ít ở một số khía cạnh về chú ý, vận động và xung động. Một số khía cạnh quan sát khác ở các trẻ này có tiến triển theo chiều hướng xấu đi. Kết quả tác động thực nghiệm cũng khẳng định giả thuyết nghiên cứu của luận án là: “Có thể cải thiện mức độ biểu hiện trên lâm sàng đặc điểm tâm lý của trẻ tiểu học có RLTDGCY bằng cách sử dụng các biện pháp can thiệp tâm lý tác động vào quan hệ gắn kết M/NCS-trẻ”.

KIẾN NGHỊ

1. Ở phòng khám: để đi đến một chẩn đoán cho trẻ RLTDGCY cần hết sức thận trọng, phải phối hợp nhiều nguồn thông tin khác nhau, chứ không thể chỉ căn cứ vào kết quả trắc nghiệm hay những phỏng vấn lâm sàng được làm vội vã.

2. Trị liệu tâm lý: các trị liệu mới nên được xây dựng trên cơ sở nâng cao kỹ năng gắn kết cho M/NCS và trẻ.

3. Nhà trường và giáo viên: Phát hiện sớm trẻ có RLTDGCY để sớm đưa đến các nhà chuyên môn và để có kế hoạch giúp đỡ trẻ hòa nhập lớp học.

4. Tuyên truyền và giáo dục cộng đồng: Cần có những chương trình giảng dạy hoặc tuyên truyền để nâng cao kỹ năng gắn kết với trẻ cho M/NCS để giảm nhẹ mức độ RLTDGCY ở trẻ.

5. Ở gia đình cần lưu ý, M/NCS cần phải nâng cao kỹ năng trong quan hệ gắn kết để tránh gây “đau khổ” cho trẻ.

MỞ ĐẦU

1. LÝ DO CHỌN ĐỀ TÀI

1.1. Rối loạn tăng động giảm chú ý (RLTDGCY) là một loạn khá phổ biến ở trẻ em trên thế giới và gây ảnh hưởng không nhỏ đến đời sống và sự phát triển của trẻ. Trên thế giới, tính trung bình, cứ 100 trẻ thì có từ 2 đến 5 trẻ mắc rối loạn này. Ở lứa tuổi học đường, RLTDGCY chiếm khoảng 3-5% tổng số trẻ

1.2. RLTDGCY là một rối loạn ngày càng thu hút được sự quan tâm chú ý của xã hội vì sự phát triển phức tạp của nó. Trước đây người ta vẫn cho rằng, trẻ RLTDGCY sẽ thuyên giảm các triệu chứng khi bước vào tuổi thanh thiếu niên. Nhưng trong một nghiên cứu chiều dọc, Barkley (1990) nhận thấy 70% trẻ RLTDGCY đến lứa tuổi thanh thiếu niên vẫn đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán của RLTDGCY. Và nghiên cứu sau 20 năm thì 60% đối tượng này vẫn còn các triệu chứng chủ yếu của RLTDGCY.

1.3. Những nghiên cứu về RLTDGCY của học sinh tiểu học (HSTH) ở Việt Nam hiện nay còn chưa nhiều: Trong lĩnh vực y học, nghiên cứu về loại rối loạn này chỉ dừng lại là một phần trong các điều tra các rối loạn ở trẻ em nói chung; Trong lĩnh vực tâm lý học, các nghiên cứu cũng còn khiêm tốn và chỉ rải rác trong một số các luận văn tốt nghiệp đại học hay cao học.

Với những lý do trên đây, việc nghiên cứu đề tài “Đặc điểm tâm lý lâm sàng của học sinh tiểu học có rối loạn tăng động giảm chú ý” là một việc làm cần thiết, có ý nghĩa cả về mặt lý luận và thực tiễn.

2. MỤC ĐÍCH NGHIÊN CỨU

Làm rõ những đặc điểm tâm lý lâm sàng đặc trưng của trẻ RLTDGCY trong quần thể nghiên cứu, một số yếu tố liên quan đến tình trạng RLTDGCY ở các em (cụ thể là kỹ năng quan hệ gắn kết giữa trẻ có RLTDGCY và mẹ/người chăm sóc; đề xuất biện pháp tác động nhằm giảm thiểu RLTDGCY của trẻ tiểu học có RLTDGCY.

3. ĐỐI TƯỢNG, KHÁCH THỂ NGHIÊN CỨU

3.1. Đối tượng nghiên cứu: Đặc điểm tâm lý lâm sàng của HSTH có rối loạn tăng động giảm chú ý và mối quan hệ của HSTH có rối loạn tăng động giảm chú ý với M/NCS.

3.2. Khách thể nghiên cứu

➤ Khách thể chính là 41 HSTH được chẩn đoán xác định là RLTDGCY. Các học sinh này được tìm kiếm từ các nguồn: ở trường tiểu học, ở gia đình và các phòng khám nhi khoa và tâm thần nhi trên địa bàn Hà Nội.

➤ Khách thể phụ gồm: 41 mẹ hoặc người chăm sóc chính của những trẻ trong nhóm khách thể chính; 36 giáo viên của các trẻ có RLTDGCY nêu trên; 30 HSTH không có RLTDGCY làm nhóm đối chứng và 30 mẹ hoặc người chăm sóc chính (M/NCS) của những trẻ không có RLTDGCY này.

4. GIẢ THUYẾT KHOA HỌC

4.1. Đặc điểm tâm lý lâm sàng của HSTH có RLTDGCY có thể nhận thấy ở sự tăng vận động thô, ở sự chú ý (khối lượng chú ý nhỏ, kỹ năng chú ý thấp và không bền vững) và xung động hành vi.

4.2. Mức độ RLTDGCY của HSTH có RLTDGCY phụ thuộc vào kỹ năng quan hệ gắn kết giữa trẻ với M/NCS.

4.3. Có thể cải thiện mức độ RLTDGCY của HSTH bằng cách huấn luyện cho M/NCS hệ thống các biện pháp can thiệp tâm lý tác động tâm lý để họ cải thiện chất lượng quan hệ gắn kết của họ với trẻ.

5. NHIỆM VỤ NGHIÊN CỨU

5.1. Hệ thống hóa những vấn đề lý luận về trẻ tiểu học và RLTDGCY ở trẻ tiểu học.

5.2. Xác định và làm rõ những đặc điểm tâm lý lâm sàng đặc trưng của trẻ RLTDGCY, thực trạng quan hệ gắn kết giữa M/NCS-trẻ tiểu học có RLTDGCY trong quần thể nghiên cứu.

5.3. Nghiên cứu thực nghiệm tác động nhằm cải thiện các đặc điểm tâm lý của RLTDGCY để đi đến khẳng định giả thuyết nghiên cứu.

So với trường hợp không được áp dụng các biện pháp tác động, trường hợp được áp dụng các biện pháp tác động cho kết quả cải thiện trên cả thang điểm của CPRS và trên các khía cạnh quan sát chú ý ở tất cả các bối cảnh.

KẾT LUẬN

1. Về nghiên cứu thực trạng

❖ Đặc điểm tâm lý lâm sàng của HSTH biểu hiện trên ba khía cạnh chính là giảm chú ý, tăng động và xung động, cụ thể như sau:

- Đặc điểm chú ý của học sinh có RLTDGCY đối với những nhiệm vụ có cấu trúc là: trẻ RLTDGCY có sức bền chú ý ngắn, khối lượng chú ý nhỏ, mức độ các kỹ năng chú ý thấp hơn so với nhóm đối chứng trên tất cả các bối cảnh quan sát. Sự khác nhau về có sức bền chú ý, khối lượng chú ý, mức độ các kỹ năng chú ý là có giá trị khi phân biệt các HSTH có RLTDGCY và các HSTH không có RLTDGCY. Đối với một số nhiệm vụ chú ý loại khác, đặc điểm giảm chú ý của trẻ có thể có những dao động nhất định.

Trong học tập, trẻ thường biểu hiện đặc điểm giảm chú ý bằng việc mắc lỗi sai sót trong quá trình thực hiện nhiệm vụ: đọc bỏ sót chữ, chép bỏ sót chữ, chép đầu bài sai... dẫn đến làm sai.

- Biểu hiện tăng động của HSTH có RLTDGCY, đáng chú ý nhất là tăng vận động thô, với đặc điểm “ngọ ngoạy, vắn vẹo trên ghế ngồi”.

- HSTH có RLTDGCY thường biểu hiện xung động hành vi bằng “cướp lời người đối thoại”, “phá quấy, trêu chọc trẻ ngồi cạnh” và “nói leo vào câu chuyện của người khác”; biểu hiện xung động cảm xúc bằng “đề khóc hoặc hay khóc”. Khó kiểm chế hành vi của mình trước một sự hăng hụt, một sự phấn khích... làm trẻ thường khó có hành vi thích ứng với bối cảnh giao tiếp, làm người khác khó chịu.

❖ Quan hệ gắn kết của M/NCS với trẻ có RLTDGCY tại thời điểm khảo sát có đặc điểm: tần suất quan hệ tương tác tương đối lớn tuy nhiên mức độ các kỹ năng của quan hệ gắn kết phần lớn lại ở mức trung bình hoặc mức thấp. Kết quả của quan hệ tương tác thường thấp; Tần suất của quan

quan hệ gắn kết của M/NCS lại tăng cường thêm một mức Hệ thống các biện pháp được mô hình hóa trong hình 3.8.

3.5. KẾT QUẢ THỰC NGHIỆM TÁC ĐỘNG

Đối với các trường hợp RLTDGCY phân kiểu giảm chú ý tham gia thực nghiệm, chúng tôi chỉ đánh giá các đặc điểm giảm chú ý trước và sau thực nghiệm. Bởi lẽ, vấn đề giảm chú ý là vấn đề chính của các trẻ này, sự cải thiện

Bảng 3.16: Kết quả thực nghiệm tác động trên trường hợp RLTDGCY thể giảm chú ý

| | Trường hợp 012007 | | | Trường hợp 292007 | | |
|------------------------------------------------------|-------------------|-----------------|------------------|-------------------|-----------------|------------------|
| | Trước thực nghiệm | Sau thực nghiệm | Hiệu số thay đổi | Trước thực nghiệm | Sau thực nghiệm | Hiệu số thay đổi |
| Điểm của CPRS (điểm số) | 89 | 74 | - 15 | 92 | 90 | - 2 |
| Thời lượng chú ý (thời lượng trung bình/s) | | | | | | |
| Ở nhà | 1.4 | 4.7 | +3.3 | 1.2 | 1.2 | 0 |
| Ở trường | 1.7 | 5.8 | +4.1 | 1.9 | 2 | + .1 |
| Ở phòng khám | 26.2 | 30.2 | +4 | 28.6 | 20.1 | - 8.5 |
| Kỹ năng chú ý (mức độ điểm) | 3 | 5 | +2 | 4 | 4 | 0 |
| Khối lượng chú ý (số lượng trung bình) | | | | | | |
| Ở nhà | 1 | 1.4 | + .4 | 1.2 | 1.2 | 0 |
| Ở trường | 1.2 | 1.6 | + .4 | 2 | 2.1 | + .1 |
| Ở phòng khám | 2.1 | 2.5 | + .4 | 2 | 2 | 0 |

của RLTDGCY nhiều hay ít phụ thuộc vào sự cải thiện của các đặc điểm giảm chú ý này.

Xét về điểm số của CPRS, cả hai trường hợp đều có sự thay đổi. Tuy nhiên, trường hợp được can thiệp có hiệu số thay đổi lớn hơn (-15 so với -2), có nghĩa là sự cải thiện về điểm số trên trắc nghiệm tâm lý lớn hơn. Mức độ RLTDGCY được cải thiện từ mức nhẹ chuyển sang mức ranh giới. Trong khi trường hợp 292007 thì sự cải thiện là không đáng kể. Mức độ của RLTDGCY trên điểm số của CPRS vẫn giữ ở mức độ nhẹ như trước thực nghiệm.

6. GIỚI HẠN PHẠM VI NGHIÊN CỨU

6.1. Về khách thể nghiên cứu chính:

Khách thể đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-IV về RLTDGCY; Các tiêu chuẩn loại trừ của các khách thể bao gồm: chậm phát triển trí tuệ, các rối loạn tâm thần (tự kỷ, loạn thần), bệnh thực thể não, động kinh...; chức năng của các giác quan như tai, mắt, cơ quan phát âm còn tốt; không có các bệnh ngoài da như eczema, vẩy nến; không có hội chứng Tourette, múa giật Sydenham; Các khách thể chỉ có RLTDGCY đơn thuần, không có các rối loạn kèm theo: rối loạn học tập, rối loạn phòng vệ chống đối, rối loạn lo âu, rối loạn hành vi; Khách thể chính có RLTDGCY nhưng vẫn tham gia vào các lớp học bình thường như các trẻ em khác cùng độ tuổi; Thực nghiệm tác động không nghiên cứu trên những trẻ đang được sử dụng liệu pháp hóa dược (dùng thuốc điều trị RLTDGCY)

6.2. Giới hạn về đối tượng nghiên cứu: chỉ nghiên cứu đặc điểm tâm lý lâm sàng loạn tăng động giảm chú ý ở HSTH trong bối cảnh nhà trường, gia đình và phòng khám.

6.3. Về địa bàn nghiên cứu: các trẻ sống ở nội thành thành phố Hà Nội.

7. CÁC PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU. Đề tài sử dụng phối hợp các phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu tài liệu; Phương pháp phỏng vấn; Phương pháp quan sát; Phương pháp trò chuyện lâm sàng; Phương pháp trắc nghiệm; Phương pháp thực nghiệm tâm lý; Phương pháp thống kê toán học; Phương pháp nghiên cứu trường hợp.

8. ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

- Nghiên cứu này hệ thống góp phần làm sáng tỏ hơn hệ thống khái niệm và cơ sở lý luận về đặc điểm tâm lý lâm sàng, rối loạn tăng động giảm chú ý của HSTH, đồng thời đề cập đến sự phát sinh và phát triển của RLTDGCY trong đời sống cá nhân.

- Kết quả nghiên cứu của đề tài có thể sử dụng làm tài liệu tham khảo cho các nhà tâm lý lâm sàng, các nhà tư vấn tâm lý và các bậc cha mẹ trong việc chẩn trị, nuôi dạy trẻ tiểu học có RLTDGCY.

CHƯƠNG 1: CƠ SỞ LÝ LUẬN

1.1. LỊCH SỬ NGHIÊN CỨU VẤN ĐỀ

Có những bằng chứng cho thấy RLTĐGCY là hiện tượng đã xuất hiện từ hàng ngàn năm trước. Tuy nhiên tên gọi và nội dung của rối loạn này không ngừng thay đổi theo thời gian. Chỉ khi Sở tay Chẩn đoán và Thống kê các rối loạn tâm thần của Hội tâm thần học Hoa kỳ lần thứ 2 (1968) đưa ra thuật ngữ *phản ứng tăng động ở trẻ em*, định danh rối loạn với các đặc điểm cơ bản: giảm chú ý, tăng động và xung động, thuật ngữ này mới được sử dụng rộng rãi, thống nhất trong khoa học.

1.1.1. Nghiên cứu dịch tễ học về RLTĐGCY của trẻ 6-12 tuổi

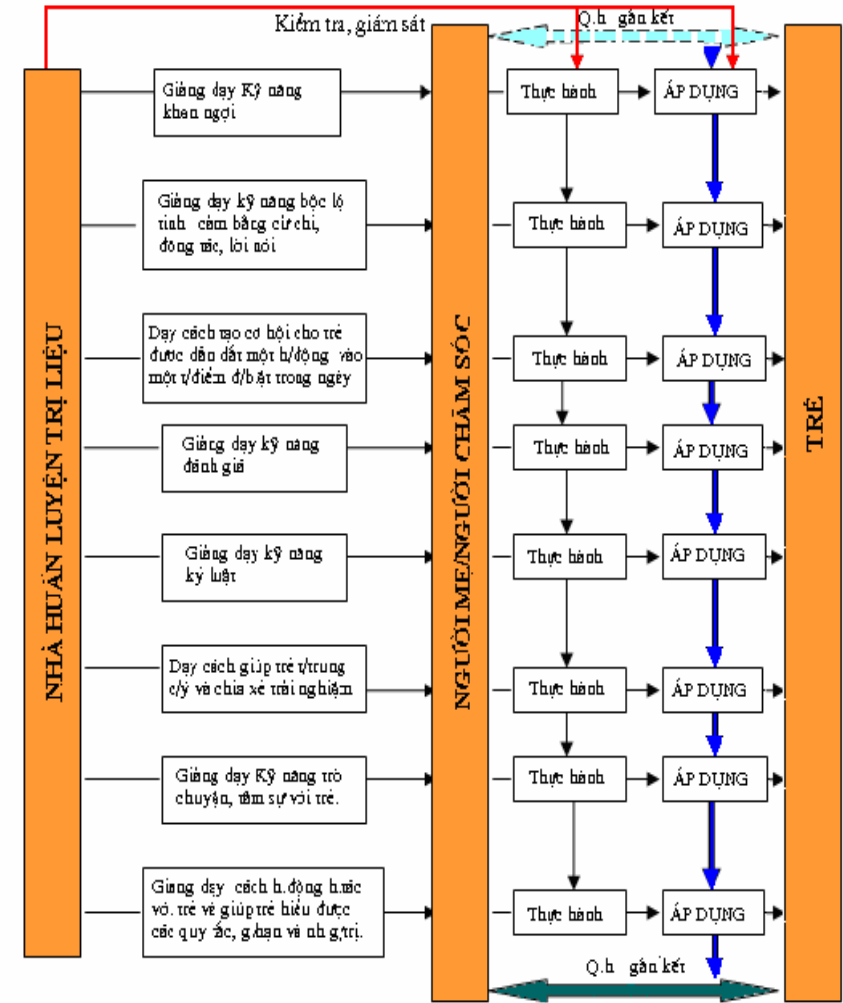
G.J.August và cs (1996) nghiên cứu trên 7.231 trẻ em từ lớp 1 đến lớp 4. Kết quả là tỷ lệ nam/nữ là 4/1, 4,4% có hành vi phá phách, 67% các trẻ có hành vi phá phách này đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán RLTĐGCY. Trong khi điều tra dịch tễ về tỷ lệ RLTĐGCY trên 2.400 trẻ em Canada (2002), cho tỷ lệ nam và nữ có RLTĐGCY gần tương đương.

M.Beiser, R.Dion, A.Gotowiec (2000) phân tích các số liệu trên 1.555 trẻ là dân bản xứ và 489 trẻ là dân nhập cư ở Bắc Mỹ để khảo sát yếu tố xuyên văn hóa của cấu trúc triệu chứng của RLTĐGCY.

Ở Việt nam, Nguyễn Văn Siêm (1996) thống kê, từ 1-2-1995 đến 15-5-1996, nhận thấy có 10 trẻ RLTĐGCY đến khám tại phòng khám tâm lý-y học-giáo dục, bệnh viện Saint Paul; Nguyễn Công Khanh (2003) công bố bài báo “Thích nghi hóa bộ trắc nghiệm Conner” và xác định trắc nghiệm là một công cụ hữu hiệu để phát hiện trẻ có RLTĐGCY; Trong “Phương pháp phát hiện hiện tượng rối nhiễu hành vi tăng động giảm chú ý ở học sinh trung học cơ sở” (2003), Võ Thị Minh Chí đưa ra tỷ lệ học sinh có RLTĐGCY là 0.73%, trong đó nam: 1.28%, nữ: 0.19%.

Việc dẫn ra nghiên cứu này ở Việt nam có vẻ khập khiễng so với các nghiên cứu nước ngoài. Tuy nhiên thực tế, số liệu này ở HSTH chưa có nghiên cứu nào đưa ra, nên chúng tôi không thể tiến hành so sánh được.

3.4. ĐỀ XUẤT CÁC BIỆN PHÁP TÁC ĐỘNG



Hình 3.9: Mô hình tổ chức các biện pháp tác động

Các biện pháp tác động được xây dựng trên cơ sở các kết quả nghiên cứu về đặc điểm quan hệ gắn kết của M/NCS-trẻ tiểu học có RLTĐGCY, nhằm nâng cao chất lượng quan hệ gắn kết được thiết kế chủ yếu là nhằm tác động từ M/NCS đến trẻ. Các biện pháp này được tổ chức thành một hệ thống, trong đó các biện pháp được tiến hành trước là cơ sở cho các biện pháp được tiến hành tiếp sau. Qua mỗi bước tiến hành,

tức, câu bản, nổi khùng”, “nói leo vào câu chuyện của người khác”, “dễ khóc hoặc hay khóc”, “chen ngang trong khi xếp hàng hay trong trò chơi” chỉ ra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

Tóm lại: Đa số HSTH biểu hiện tăng động RLTDGCY bằng “ngồi ngoay, vặn vẹo trên ghế ngồi”. HSTH có RLTDGCY thường biểu hiện xung động hành vi bằng việc khó kiềm chế hành vi của mình trước một sự hấp dẫn, một sự phấn khích....làm trẻ thường khó có hành vi thích ứng với bối cảnh giao tiếp.

3.2. QUAN HỆ GẮN KẾT GIỮA M/NCS-TRẺ CÓ RLTDGCY

Kết quả ở bảng 3.13 cho thấy: Sự tương quan không có ý nghĩa thống kê giữa mức độ RLTDGCY và tần suất quan hệ tiếp xúc; Có tương quan âm ($r = -.661$) có ý nghĩa ở mức $p = .01$ giữa kỹ năng gắn kết và mức độ RLTDGCY.

Bảng 3.13: Tương quan giữa tần suất quan hệ tiếp xúc và kỹ năng gắn kết với mức độ của RLTDGCY

| | | Mức độ RLTDGCY | Tần suất quan hệ tiếp xúc | Kỹ năng gắn kết |
|---------------------------|-----|----------------|---------------------------|-----------------|
| Mức độ RLTDGCY | r | 1 | -.109 | -.661** |
| | n | 41 | 41 | 41 |
| Tần suất quan hệ tiếp xúc | r | -.109 | 1 | -.067 |
| | n | 41 | 41 | 41 |
| Kỹ năng gắn kết | r | -.661** | -.067 | 1 |
| | n | 41 | 41 | 41 |

Ghi chú: ** Hệ số tương quan có ý nghĩa ở mức .01

Do đó, nếu kỹ năng gắn kết của M/NCS càng tốt thì mức độ biểu hiện của RLTDGCY càng nhẹ.

Như vậy, tần suất của quan hệ tiếp xúc không có mối quan hệ với các mức độ của RLTDGCY. Nhưng mức độ các kỹ năng của quan hệ gắn kết có tương quan nghịch và có khả năng dự báo mức độ biểu hiện của RLTDGCY của HSTH.

3.3. TRƯỜNG HỢP NGHIÊN CỨU ĐIỂN HÌNH (không trình bày vì khuôn khổ của cuốn tóm tắt có hạn)

1.1.2. Nghiên cứu các đặc điểm cụ thể của RLTDGCY

R.Pry (1998) ở Pháp, nghiên cứu các thành tố nhận thức và hành vi ở 30 trẻ 7 tuổi có RLTDGCY. Tác giả nhận xét về mối tương quan giữa nhận thức và hành vi của nhóm đối tượng nghiên cứu và đặt câu hỏi cho các hướng nghiên cứu về sau: Thiếu hụt chú ý liệu có cùng bản chất với trầm cảm ở trẻ em trong chậm phát triển trí tuệ hay trong các rối loạn học tập hay không?

D.R.Blachman và S.Hinshaw (2002) so sánh trẻ nữ có RLTDGCY và trẻ nữ không có RLTDGCY, nhận thấy: trẻ có RLTDGCY khó được bạn bè cùng lứa chấp nhận hơn; Khi tham gia vào quan hệ bạn bè: trẻ RLTDGCY không có bạn thân và không có nhiều loại bạn hơn; Độ bền của tình bạn và Chất lượng của quan hệ bạn bè: không nhận thấy sự khác biệt giữa hai nhóm.

1.1.3. Nghiên cứu về các rối loạn kèm theo

R.Delong (1995) đưa ra con số khoảng 41% đến 80% trẻ RLTDGCY có rối loạn học tập. Còn M.Touzin, M.F.Le Heuzey, M.C.Mouren-Simeoni (1997) nhận thấy: 29% có một rối loạn học tập biểu hiện ở chữ viết, 26,6% có một rối loạn học tập biểu hiện ở môn đọc, và 18% có một rối loạn học tập ở biểu đạt ngôn ngữ; Điều tra của Văn phòng Nghiên cứu và Chính sách Chăm sóc Sức khỏe Hoa kỳ (1996) ước tính, 1/3 trẻ có RLTDGCY thì cũng có thêm một chẩn đoán rối loạn phòng vệ chống đối; dưới 1/5 trẻ có RLTDGCY thì cũng có rối loạn trầm cảm; hơn 1/5 số trẻ có RLTDGCY thì có một chẩn đoán về rối loạn lo âu; 12,36% trẻ trong số đó có rối loạn học tập, 35,15% có rối loạn hành vi. Trong khi đó, theo điều tra của Trung tâm Kiểm soát và phòng ngừa bệnh tật Mỹ (1998) ước lượng hơn một nửa trẻ từ 6-11 tuổi được chẩn đoán có RLTDGCY thì cũng có một rối loạn học tập.

Ở Việt nam, Trần Thị Lệ Thu (2006), tìm ra 4 trẻ có RLTDGCY ở quần thể 59 trẻ phát triển tâm thần trong các lớp giáo dục đặc biệt.

1.1.4. Nghiên cứu về tiến triển của RLTDGCY

S.Mannuza và cs (1988) nghiên cứu chiều dọc trong 10 năm. Các nhà nghiên cứu nhận thấy tỷ lệ người bị cảnh sát bắt giữ, kết tội và bỏ tù cao hơn nhóm chứng.

1.1.5. Nghiên cứu về các phương thức trị liệu hay trợ giúp trị liệu tâm lý

G.A.Fabiano và W.E.Pelham Jr. (2003) nghiên cứu trường hợp một cậu bé 8 tuổi 11 tháng, học lớp 3. Các tác giả sử dụng liệu pháp hành vi với hệ thống nhiệm vụ cụ thể và hệ thống khen thưởng phù hợp và nhận định: việc áp dụng liệu pháp hành vi vào môi trường trường học là có tính khả thi.

G.M.Kapalka (2004) thử nghiệm 76 gia đình có trẻ RLTDGCY xem xét cách thức trẻ nhận được lời yêu cầu đề nghị của cha mẹ có hiệu quả nhất. Đánh giá sau hai tuần, tỷ lệ không vâng lời giảm 32%.

R.Reid, M.Schartz, A.L. Trout (2005) sử dụng can thiệp tự điều chỉnh cho trẻ RLTDGCY. Kết quả của nghiên cứu gợi ý: can thiệp tự điều chỉnh có thể tạo ra những cải thiện có ý nghĩa ở học sinh trên hành vi tập trung vào nhiệm vụ công việc, hiệu quả và tính chính xác của học tập và làm giảm những hành vi phá phách không thích hợp.

Như vậy, các nghiên cứu về RLTDGCY ở nước ngoài khá sâu và khá nhiều mặt. Trong lúc đó các nghiên cứu về RLTDGCY nói chung và RLTDGCY của HSTH ở Việt Nam nói riêng lại chưa nhiều.

1.2. MỘT SỐ KHÁI NIỆM CƠ BẢN

1.2.1. Học sinh tiểu học

1.2.1.1. Về độ tuổi: HSTH là trẻ em đi học, có độ tuổi từ 6 đến 12.

1.2.1.2. Những nhiệm vụ phát triển của HSTH: Học được những kỹ năng về thể chất cần thiết cho những trò chơi bình thường; Kiến tạo được những thái độ, quan niệm, tư thế, dáng điệu lành mạnh với bản thân như là một cơ thể đang tăng trưởng; Học được cách hoà hợp với bạn cùng tuổi và bạn cùng lứa; Học được một vai trò xã hội nam tính hay nữ tính thích hợp; Phát triển các kỹ năng cơ bản liên quan đến đọc, viết và tính toán;

Bảng 3.7: Đặc điểm xung động của hai nhóm

| Nội dung quan sát | Bối cảnh quan sát | Nhóm nghiên cứu | | Nhóm đối chứng | | p | | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|---------------------|----------------------|------|------|
| | | Trung bình số lần đánh dấu /10s | Độ lệch chuẩn | Trung bình số lần đánh dấu /10s | Độ lệch chuẩn | | | |
| Hành vi | Cướp lời người đối thoại | Ở nhà | 2.29 | .87 | .00 ^(**) | .00 ^(***) | .000 | |
| | | Ở trường | 1.45 | .46 | 0 | 0 | .000 | |
| | | Ở phòng khám | 1.31 | .41 | 0 | 0 | .000 | |
| | Phá quấy, trêu chọc trẻ ngồi cạnh | Ở nhà | 2.62 | 1.20 | 0 | 0 | .000 | |
| | | Ở trường | 1.52 | .50 | .00 ^(*) | .00 ^(**) | .000 | |
| | | Ở phòng khám | 1.49 | .49 | 0 | 0 | .000 | |
| | Phá đám trò chơi của những trẻ khác, hay hoạt động của người khác | Ở nhà | .54 | .38 | 0 | 0 | .000 | |
| | | Ở trường | 1.48 | .49 | .00 ^(*) | .00 ^(**) | .000 | |
| | | Ở phòng khám | .38 | .28 | 0 | 0 | .000 | |
| | Cảm xúc | Nhấp nhóm hoặc hành động như bị thúc đẩy | Ở nhà | .18 | .13 | 0 | 0 | .000 |
| | | | Ở trường | .00 ^(*) | .00 ^(**) | 0 | 0 | .000 |
| | | | Ở phòng khám | .00 ^(*) | .00 ^(**) | 0 | 0 | .002 |
| Nói leo vào câu chuyện của người khác | | Ở nhà | 2.79 | 1.28 | .00 ^(*) | .00 ^(**) | .000 | |
| | | Ở trường | 1.75 | .78 | 0 | 0 | .000 | |
| | | Ở phòng khám | 1.03 | .65 | 0 | 0 | .000 | |
| Gây gổ, đánh nhau. | Ở nhà | .00 ^(*) | .19 | 0 | 0 | .031 | | |
| | Ở trường | .00 ^(*) | .00 ^(**) | .00 ^(*) | .00 ^(**) | .082 | | |
| | Ở phòng khám | 0 | 0 | 0 | 0 | .000 | | |
| Chen ngang trong khi xếp hàng hay trong trò chơi | Ở nhà | .90 | .66 | .00 ^(*) | .00 ^(**) | .000 | | |
| | Ở trường | .64 | .50 | .00 ^(*) | .00 ^(**) | .000 | | |
| | Ở phòng khám | .31 | .41 | 0 | 0 | .000 | | |
| Cảm xúc | Bực tức, cáu bẳn, nổi khùng | Ở nhà | .30 | .00 ^(**) | .00 ^(*) | .00 ^(**) | .000 | |
| | | Ở trường | .19 | .00 ^(**) | .00 ^(*) | .00 ^(**) | .000 | |
| | | Ở phòng khám | .14 | .00 ^(**) | 0 | 0 | .000 | |
| | Bị kích động, nổi khùng | Ở nhà | .36 | .34 | .00 ^(*) | .00 ^(**) | .000 | |
| | | Ở trường | .16 | .26 | .00 ^(*) | .00 ^(**) | .002 | |
| | | Ở phòng khám | .00 ^(*) | .00 ^(**) | 0 | 0 | .006 | |
| Dễ khóc hoặc hay khóc. | Ở nhà | .56 | .27 | 0 | 0 | .000 | | |
| | Ở trường | .23 | .17 | 0 | 0 | .000 | | |
| | Ở phòng khám | .00 ^(*) | .00 ^(**) | 0 | 0 | .000 | | |

Ghi chú: ^(*) là những quan sát không đáng kể
^(**) là những lệch chuẩn không đáng kể

(9.8%) chạy nhảy, leo trèo không phù hợp tình huống của nhóm nghiên cứu và 30 trường hợp quan sát của nhóm đối chứng.

Bảng 3.4: Đặc điểm của các triệu chứng “ngồi không yên”, “ra khỏi chỗ ngồi”, “chạy nhảy leo trèo trong tình huống không phù hợp” của cả hai nhóm

| Nội dung quan sát | Bối cảnh quan sát | Nhóm nghiên cứu | | Nhóm đối chứng | |
|---------------------------------------------------|-------------------|-----------------|----------------------------------|----------------|----------------------------------|
| | | Số trẻ | Trung bình số lần đánh dấu/5phút | Số trẻ | Trung bình số lần đánh dấu/5phút |
| Ngồi không yên | Ở nhà | 36 | 24.62 | 0 | 0 |
| | Ở trường | 36 | 28.76 | 0 | 0 |
| | Ở phòng khám | 36 | 19.39 | 0 | 0 |
| Ra khỏi chỗ ngồi | Ở nhà | 12 | 3.93 | 0 | 0 |
| | Ở trường | 12 | 1.02 | 0 | 0 |
| | Ở phòng khám | 12 | 2.96 | 0 | 0 |
| Chạy nhảy leo trèo trong tình huống không phù hợp | Ở nhà | 4 | 1.10 | 0 | 0 |
| | Ở trường | 4 | 0.20 | 0 | 0 |
| | Ở phòng khám | 4 | 0 | 0 | 0 |

Kết quả của bảng 3.4 hoàn toàn không nhận thấy các đặc điểm “ngồi không yên”, “ra khỏi chỗ ngồi” và “chạy nhảy leo trèo trong tình huống không phù hợp” ở nhóm đối chứng. Không có sự khác nhau giữa các bối cảnh quan sát: ở nhà, ở trường và ở phòng khám. Như vậy, đối với trẻ có đặc điểm tăng động, có thể dễ dàng nhận ra hơn với những trẻ có đặc điểm kém chú ý.

Đặc điểm xung động của trẻ RLTDGCY được khảo sát bằng quan sát trên những trẻ RLTDGCY thể tăng động-xung động (10 trẻ) và những RLTDGCY thể hỗn hợp (3 trẻ). Các kết quả quan sát này được so sánh với quan sát trên các trẻ không có RLTDGCY trong nhóm đối chứng. Bảng 3.7 trình bày kết quả quan sát đặc điểm xung động của các trẻ có RLTDGCY và các trẻ trong nhóm đối chứng. Quan sát được thực hiện trên những trẻ có RLTDGCY thể tăng động-xung động và thể hỗn hợp.

Các mục “cướp lời người đối thoại”, “phá quấy, trêu chọc trẻ ngồi cạnh”, “phá đám trò chơi của những trẻ khác, hay hoạt động của người khác”,

“bực

Phát triển các khái niệm cần thiết cho cuộc sống hàng ngày; Phát triển lương tâm, đạo đức và thang các giá trị; Đạt được sự độc lập của cá nhân; Phát triển thái độ về các nhóm và các đoàn thể xã hội.

1.2.1.3. Một số đặc điểm cơ thể và tâm lý

a. Đặc điểm vận động

- *Sự phát triển của các kỹ năng vận động thô.* Vận động của HSTH uyển chuyển hơn và phối hợp tốt hơn ở thời kỳ trước. Hầu hết trẻ 10-11 tuổi có thể học chơi thể thao như: chạy, trèo, nhảy dây, bơi lội, đạp xe v.v. Và khi đã thực hiện được, các kỹ năng về thể chất lại là nguồn ham thích lớn hơn và đưa trẻ đến thành công. Kỹ năng vận động thô liên quan đến hoạt động của cơ lớn. Trẻ trai thường thực hiện loại vận động này nhiều hơn trẻ gái.

- *Sự phát triển của các kỹ năng vận động tinh tế.* Trẻ 6 tuổi có thể biết đóng đinh, buộc dây giày, mặc quần áo. Khi 7 tuổi, trẻ thích sử dụng một chiếc bút chì hơn là một chiếc bút sáp để vẽ và đôi khi viết ngược chữ. Chữ viết trở nên nhỏ hơn. Lúc 8-10 tuổi, trẻ có thể sử dụng hai tay độc lập một cách dễ dàng hơn và chính xác hơn; bây giờ trẻ có thể viết được chữ in. Cỡ chữ ngày càng nhỏ hơn so với trước đây. Khoảng 10-12 tuổi, trẻ bắt đầu bộc lộ những kỹ năng thao tác bằng tay tương tự những khả năng của người lớn. Trẻ đã có những cử động phức tạp, rắc rối và nhanh nhẹn cần thiết để tạo ra được một sản phẩm làm bằng tay có chất lượng tốt. Trẻ gái thường vận hành các kỹ năng vận động tinh tế tốt hơn trẻ trai.

b. Đặc điểm chú ý của học sinh tiểu học

Call (1985) ước lượng một sự phát triển độ dài thích hợp của chú ý để duy trì chú ý vào một hoạt động, ví dụ xem ti vi, với trẻ 6-7 tuổi là 60 phút.

Cooke và Williams (1987) đã tổng kết sáu mức độ phát triển bình thường của việc kiểm soát chú ý, dựa trên nghiên cứu của J.Reynell. Theo đó thì kỹ năng chú ý của HSTH đạt mức cao nhất: mức độ 6-mức độ cuối

cùng. Khi này, các kênh nghe, nhìn và thao tác bằng tay được thống hợp một cách trọn vẹn và sự chú ý của trẻ được thiết lập và duy trì tốt.

c. Đặc điểm quan hệ tương tác của học sinh tiểu học. Mặc dù, trẻ ở tuổi này dành ít thời gian cho cha mẹ hơn so với cho bạn bè cùng lứa, nhưng quan hệ với cha mẹ vẫn còn rất quan trọng. Thông thường, người ta cho rằng quan hệ cha mẹ-trẻ như một con đường một chiều chỉ có cha mẹ ảnh hưởng đến trẻ. Nhưng thực ra mối quan hệ này là quan hệ qua lại và theo hai chiều. Để có sự hòa hợp với trẻ, cha mẹ cần tạo được cách nuôi dạy theo hướng cùng điều hòa với trẻ.

1.2.2. Rối loạn tăng động giảm chú ý. Rối loạn tăng động giảm chú ý là tên gọi được sử dụng để đề cập đến những trẻ em có các nhóm triệu chứng bao gồm: giảm chú ý, tăng động và xung động tồn tại ở một mức độ không phù hợp với sự phát triển, và có tính lan toả. Sự tồn tại của rối loạn này ảnh hưởng đến quá trình lĩnh hội học vấn ở trường cũng như việc tạo dựng và duy trì các mối quan hệ trong gia đình và ngoài xã hội của trẻ.

1.2.3. Đặc điểm tâm lý lâm sàng của trẻ có rối loạn tăng động giảm chú ý

1.2.3.1. Đặc điểm tâm lý lâm sàng của người có rối loạn tăng động giảm chú ý. Đặc điểm tâm lý lâm sàng của người có rối loạn tăng động giảm chú ý là các đặc điểm về chú ý, hành vi, vận động mà nhà tâm lý học lâm sàng có thể nhận biết trực tiếp bằng các giác quan và dựa vào đó để nhận ra rối loạn này trên một người cụ thể nào đó có rối loạn tăng động giảm chú ý.

1.2.3.2. Đặc điểm tâm lý lâm sàng RLTDGCY của trẻ em

Giảm chú ý. Một nhà tâm lý học có thể ghi nhận là trẻ có thể chú ý trong quá trình làm test. Một nhà nhi khoa có thể quan sát thấy đứa trẻ không mất tập trung chú ý trong thử nghiệm ngắn ở phòng khám. Do vậy, nếu người khám, nhà tâm thần nhi, nhà nhi khoa hay nhà tâm lý học không nhận ra những biến đổi tiềm tàng cho những hành vi như vậy, người đó có thể sẽ không đúng đắn đi đến kết luận là đứa trẻ này hoàn

Bảng 3.2: Đặc điểm khối lượng chú ý của hai nhóm

| Số nhiệm vụ trẻ chú ý được | Nhóm tuổi | Nhóm nghiên cứu | | Nhóm đối chứng | | p |
|----------------------------|------------|-----------------|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------|------|
| | | Số trẻ | Trung bình số nhiệm vụ chú ý được | Số trẻ | Trung bình số nhiệm vụ chú ý được | |
| Bối cảnh Quan sát | 6-9 tuổi | 15 | 1.11 | 14 | 3.63 | .000 |
| | 10-12 tuổi | 16 | 1.99 | 16 | 4.66 | .000 |
| | Tổng | 31 | 1.56 | 30 | 4.18 | .000 |
| Ở nhà | 6-9 tuổi | 15 | 1.25 | 14 | 3.59 | .000 |
| | 10-12 tuổi | 16 | 2.08 | 16 | 4.58 | .000 |
| | Tổng | 31 | 1.68 | 30 | 4.12 | .000 |
| Ở trường | 6-9 tuổi | 15 | 2.02 | 14 | 3.65 | .000 |
| | 10-12 tuổi | 16 | 2.29 | 16 | 4.65 | .000 |
| | Tổng | 31 | 2.16 | 30 | 4.18 | .000 |

Sự khác nhau giữa thời lượng chú ý của trẻ ở bối cảnh phòng khám và bối cảnh khác là một điều khá thú vị. Theo chúng tôi, đó là do trẻ ở trong một bối cảnh xa lạ, với những người xa lạ, vì vậy trẻ chú tâm hơn, trạng thái chú ý chủ yếu là chú ý có chủ định, do vậy thời lượng chú ý cũng dài hơn. Điều này có thể dẫn đến một nhận định: chú ý của các trẻ RLTDGCY trong nhiều bối cảnh, thường là chú ý không chủ định.

Tóm lại: trẻ RLTDGCY có sức bền chú ý ngắn, khối lượng chú ý nhỏ, mức độ kỹ năng chú ý thấp hơn so với nhóm đối chứng trên tất cả các bối cảnh quan sát. Sự khác nhau này là có giá trị khi phân biệt các HSTH có RLTDGCY và các HSTH không có RLTDGCY.

3.1.2. Đặc điểm tăng động và xung động

“Ngo ngoạy, vắn vẹo trên ghế ngồi”, “chạy ra khỏi chỗ”, “chạy nhảy leo trèo không phù hợp” là những đặc điểm tăng động được khảo sát.

Cách thức lập bảng thống kê này như sau: chỉ chú ý đến các đối tượng có triệu chứng (đã liệt kê trong bảng 2.4). Có 36 trường hợp (87.8%) có triệu chứng hay ngo ngoạy, vắn vẹo trên ghế ngồi, 12 trường hợp (29.3%) hay chạy ra khỏi chỗ ngồi trong giờ học, 4 trường hợp

Ở nhóm đối chứng, chỉ có một trẻ ở lứa tuổi 6-9 (chiếm 7.1%) và một trẻ lứa tuổi 10-12 (chiếm 6.3%) đạt kỹ năng chú ý mức 5: trẻ hiểu những chỉ dẫn bằng lời liên quan đến nhiệm vụ mà vẫn không phải gián đoạn hoạt động để nhìn vào người nói. Thời gian tập trung chú ý của trẻ có thể ngắn nhưng trẻ có khả năng tập trung vào nhóm lời chỉ dẫn.

Ngược lại, ở nhóm nghiên cứu, chỉ có một trẻ (2.4%) đạt kỹ năng chú ý mức 6 và bảy trẻ (16.7%) đạt kỹ năng chú ý mức 5.

Đa số (26.8%) trẻ mới chỉ đạt kỹ năng chú ý mức 3. Ở mức này chú ý của trẻ vẫn là một kênh duy nhất. Trẻ không thể chú ý vào các kích thích nghe và nhìn từ các nguồn khác nhau.

Trong nhóm nghiên cứu, kỹ năng chú ý mức 4 cũng còn chiếm tỷ lệ khá lớn (23.8%).

Khối lượng chú ý của hai nhóm cũng được khảo sát bằng bảng quan sát chú ý. Việc khảo sát khối lượng chú ý nhằm mục đích xem xét trẻ có thể tổ chức được bao nhiêu nhiệm vụ chú ý trong cùng một lúc. Số nhiệm vụ mà trẻ chú ý được trong mỗi hành động chú ý ở cảnh quan sát được ghi nhận vào từng dòng riêng biệt, sau đó được tổng kết thành số trung bình cho tất cả cảnh quan sát.

Kết quả ở bảng 3.3 cho thấy, trung bình số nhiệm vụ mà các trẻ của cả hai nhóm có thể chú ý được ở các bối cảnh quan sát: ở gia đình, ở trường học hầu như không có sự khác nhau.

Số nhiệm vụ trung bình mà trẻ có thể chú ý được ở lứa tuổi 6-9 đều thấp hơn so với lứa tuổi 10-12 ở cả hai nhóm. Điều này cũng phù hợp với đặc điểm phát triển chú ý của trẻ em theo lứa tuổi.

Tuy nhiên, số nhiệm vụ trung bình mà các trẻ có RLTDGCY trong nhóm nghiên cứu chú ý được trong một khoảng thời gian so với nhóm đối chứng khác nhau rõ rệt, và sự khác nhau này là có ý nghĩa thống kê trên tất cả các bối cảnh quan sát ($p=.000$).

toàn tốt và rằng bố mẹ và giáo viên của trẻ đã phản ánh quá mức. Còn bố mẹ của đứa trẻ lại có thể phản đối chẩn đoán của nhà chuyên môn. Họ có thể sẽ hỏi “Làm sao mà con tôi có thể sao lãng chú ý khi nó chơi điện tử hàng giờ liền không dứt?”.

Cũng vì sự rắc rối này mà cho đến ngày nay, chưa có công cụ hay trắc nghiệm nào được thừa nhận rộng rãi để đo lường đặc điểm kém chú ý của trẻ RLTDGCY. Để có được một chẩn đoán đặc trưng, nhà lâm sàng phải tìm được các bằng chứng lâm sàng rằng: giảm chú ý gây ra cho thân chủ hàng loạt sự suy giảm khả năng trong học tập và chức năng xã hội.

Tăng động ở trẻ được bộc lộ bằng tăng vận động thô như chạy nhảy và trèo leo quá nhiều. Những trẻ này thường được mô tả luôn hoạt động, “chạy như một cái động cơ”, khó ngồi yên. Những trẻ lớn hơn thì có cảm giác cực kỳ bồn chồn, bứt rứt. Trong các tình huống mà tất cả các trẻ em đều bộc lộ mức độ vận động cao, ví dụ chơi trong sân trường, thì có thể không quan sát được tăng động. Sự không yên trong đặc điểm tăng động của trẻ không chỉ là háu động mà còn là chạy ra khỏi chỗ ngồi, phá phách trong lớp học. Vì vậy, Klein và Young (1979) đã cho rằng *sự kết hợp của mức độ hoạt động cao và những hành vi phá phách cao mới là điểm phân biệt giữa trẻ RLTDGCY và trẻ bình thường*. Đôi khi trẻ RLTDGCY ba hoa, nói chuyện phiếm không ngừng cũng giống như hoạt động của trẻ vậy.

Xung động. Người ta đã sử dụng các câu hỏi sau để phân biệt xung động trong quần thể: Trẻ có khó khăn khi phải chờ đợi đến lượt trong trò chơi hay trong các tình huống nhóm không? Trẻ có thường thốt ra câu trả lời trước khi đối tác nói xong câu không? Trẻ khó chơi yên lặng có phải không? Có phải trẻ ngắt lời, phá đám những người khác không (ví dụ: húc đầu vào những trẻ khác đang chơi)? Có phải trẻ tham gia vào những hoạt động nguy hiểm mà không để ý đến hậu quả và cũng không phải vì mục đích tìm kiếm sự ly kỳ, giật gân (ví dụ: chạy ngoài đường phố mà không để ý đến xe cộ)?

Ảnh hưởng của các đặc điểm của RLTDGCY lên sự lĩnh hội học vấn và các quan hệ liên cá nhân của trẻ chỉ được coi là có giá trị nếu nhà lâm sàng nhận thấy sự ảnh hưởng này là rõ nét.

Ảnh hưởng của RLTDGCY đến việc lĩnh hội học vấn ở trường học. Trẻ RLTDGCY thường có kết quả học tập kém, mặc dù chỉ số trí tuệ của trẻ cũng không thấp. Các môn học như Toán học, Đánh vần, Tập đọc của trẻ thường kém hơn so với những trẻ khác có cùng trình độ trí tuệ. Đường như những khó khăn của trẻ trong việc duy trì chú ý làm những trẻ RLTDGCY thường không hoàn thành được những bài tập được giao cho.

Ảnh hưởng của RLTDGCY đến việc các quan hệ trong gia đình và ngoài xã hội của trẻ. Trẻ RLTDGCY không được bạn bè cùng lứa ưa thích và gặp khó khăn trong quan hệ với cha mẹ, với anh chị em trong nhà và với giáo viên. Độ tuổi từ 6-12 là lứa tuổi mà các biểu hiện của RLTDGCY mang tính điển hình và rõ ràng nhất.

1.2.4. Chẩn đoán và phân loại RLTDGCY

1.2.4.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán sử dụng cho nghiên cứu này là tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-IV.

1.2.4.2. Phân loại RLTDGCY: RLTDGCY thể giảm chú ý, thể giảm chú ý là nổi trội: mã chẩn đoán 314.00; RLTDGCY thể tăng động-xung động: mã chẩn đoán 314.01; RLTDGCY thể hỗn hợp: mã chẩn đoán là 314.01.

1.2.4.3. Đi đến một chẩn đoán RLTDGCY để có được một chẩn đoán RLTDGCY chính xác nhất thiết cần có sự phối kết hợp của nhiều công cụ và tổng hợp từ nhiều nguồn thông tin khác nhau.

1.3. CÁC HƯỚNG NGHIÊN CỨU VỀ SỰ PHÁT SINH VÀ PHÁT TRIỂN CỦA RLTDGCY. Trong quá trình tìm hiểu những lý giải về sự phát sinh và phát triển của RLTDGCY trong đời sống cá nhân, chúng tôi đề cập đến các luồng quan điểm đương đại tiêu biểu khác nhau, bao gồm:

Tâm lý học thần kinh cho rằng, RLTDGCY thực chất là do quá trình tự điều hòa, tự kiểm soát, tự quản lý của trẻ kém. Điều này có liên quan đến các chức năng thực thi của trẻ cũng không tốt. Nguồn gốc của tự điều hòa và các chức năng thực thi là sự phát triển không đạt đến sự thuần thực

Mức độ 3: Chú ý của trẻ vẫn là một kênh duy nhất. Nhưng nếu được người lớn giúp đỡ, trẻ có thể chuyển sang từ kênh chú ý này sang kênh chú ý khác rồi lại quay trở về kênh chú ý ban đầu.

Mức độ 4: Trẻ chuyển được từ kênh chú ý này sang kênh chú ý khác nhưng không cần có sự giúp đỡ của người lớn.

Mức độ 5: Chú ý của trẻ có hai kênh. Tuy nhiên, thời gian tập trung chú ý của trẻ còn ngắn.

Mức độ 6: Các kênh chú ý của trẻ được thống hợp một cách trọn vẹn và sự chú ý của trẻ được thiết lập và duy trì tốt.

Bảng 3.1: Đặc điểm mức độ các kỹ năng chú ý của cả hai nhóm

| Mức độ Kỹ năng chú ý | Nhóm tuổi | Nhóm nghiên cứu | | Nhóm đối chứng | |
|----------------------|------------|-----------------|------|----------------|------|
| | | Số trẻ | % | Số trẻ | % |
| Mức độ 1 | 6-9 tuổi | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10-12 tuổi | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Tổng | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mức độ 2 | 6-9 tuổi | 1 | 5.3 | 0 | 0 |
| | 10-12 tuổi | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Tổng | 1 | 5.3 | 0 | 0 |
| Mức độ 3 | 6-9 tuổi | 4 | 21.1 | 0 | 0 |
| | 10-12 tuổi | 8 | 36.4 | 0 | 0 |
| | Tổng | 12 | 26.8 | 0 | 0 |
| Mức độ 4 | 6-9 tuổi | 9 | 47.4 | 0 | 0 |
| | 10-12 tuổi | 1 | 4.5 | 0 | 0 |
| | Tổng | 10 | 23.8 | 0 | 0 |
| Mức độ 5 | 6-9 tuổi | 1 | 5.3 | 1 | 7.1 |
| | 10-12 tuổi | 6 | 27.3 | 1 | 6.3 |
| | Tổng | 7 | 16.7 | 2 | 6.7 |
| Mức độ 6 | 6-9 tuổi | 0 | 0 | 13 | 92.9 |
| | 10-12 tuổi | 1 | 4.5 | 15 | 93.8 |
| | Tổng | 1 | 2.4 | 28 | 93.3 |

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.2 cho thấy, đa số các trẻ ở nhóm đối chứng đã đạt đến mức độ kỹ năng chú ý cao: 13 trẻ 6-9 tuổi (92.9%) và 15 trẻ 10-12 tuổi (93.8%) trẻ đạt được kỹ năng chú ý mức cao nhất-mức 6. Trong đó các kênh nghe, nhìn và thao tác bằng tay được thống hợp một cách trọn vẹn và sự chú ý của trẻ được thiết lập và duy trì tốt.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Điều tra sơ bộ trên 1.594 HSTH ở trường tiểu học Hoàng Hoa Thám (quận Ba đình, Hà Nội) và trường tiểu học Khương đình (quận Thanh xuân, Hà Nội), nhận thấy có 26 trẻ có RLTDGCY (chiếm tỷ lệ 1.63%). Tỷ lệ nam/nữ tìm được trong quần thể HSTH là 23/3.

3.1. ĐẶC ĐIỂM TÂM LÝ LÂM SÀNG HSTH CÓ RLTDGCY

3.1.1. Đặc điểm chú ý

Quan sát chú ý không được tiến hành với toàn bộ 41 khách thể nghiên cứu mà chỉ được tiến hành với các khách thể có RLTDGCY thể giảm chú ý (28 trường hợp) và RLTDGCY thể hỗn hợp (3 trường hợp). Bởi lẽ, các trường hợp RLTDGCY thể tăng động có thể có đặc điểm chú ý tương đối giống với các trẻ bình thường. Do vậy, nếu tổng kết cả các trường hợp này vào sẽ không làm nổi bật được sự khác thường về đặc điểm thời lượng chú ý của các khách thể nghiên cứu.

Để làm rõ hơn sự khác biệt (nếu có) giữa hai nhóm đầu tiểu học và cuối tiểu học, chúng tôi phân làm hai nhóm tuổi 6-9 tuổi (15 trường hợp) và 10-12 tuổi (16 trường hợp).

Chúng tôi cũng tiến hành quan sát ở các bối cảnh khác nhau: ở nhà, ở trường học và ở phòng khám nhằm tìm hiểu sự lan tỏa về biểu hiện các đặc điểm giảm chú ý của 31 trường hợp này ở các bối cảnh khác nhau.

Mức độ các kỹ năng chú ý được khảo sát bằng phiếu ghi lại quan sát chú ý. Các mức độ được đánh giá sau khi cảnh quan sát hành vi chú ý kết thúc, bao gồm:

Mức độ 1: Trẻ cực kỳ dễ bị sao lãng bởi các kích thích bên ngoài. Bất cứ sự kiện mới nào sẽ làm trẻ sao lãng chú ý ngay lập tức.

Mức độ 2: Trẻ có thể tập trung vào một nhiệm vụ cụ thể mà nó lựa chọn. Tuy nhiên, chú ý của trẻ chỉ là một kênh duy nhất.

của não bộ. Do trong quá trình phát triển có sự “mất hòa hợp” của quá trình “sinh lý thần kinh liên cá nhân” của cha mẹ và đứa trẻ; các sang chấn tâm lý diễn ra ở giai đoạn sớm trong quá trình phát triển của trẻ; sự bất thường trong cấu trúc của gen là tổ bảm cho việc bộc lộ các triệu chứng của RLTDGCY.

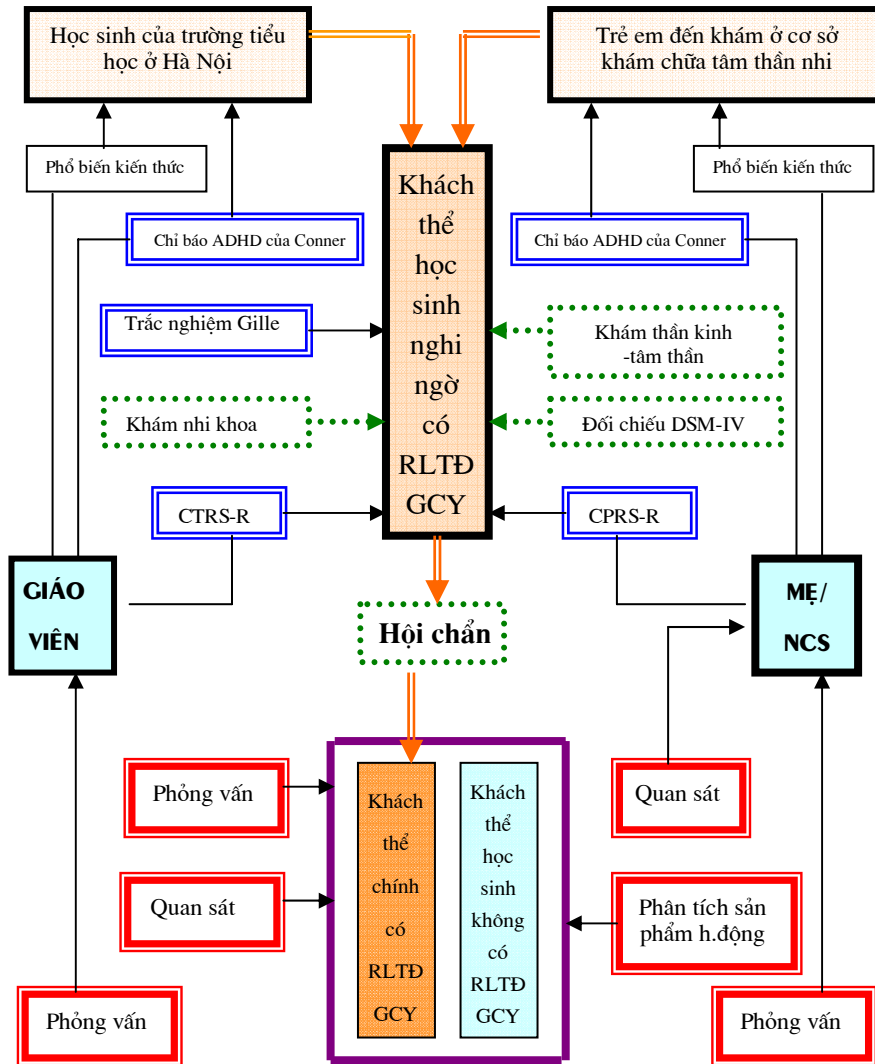
Trường phái động lực tâm lý quan niệm, sự hiện diện của RLTDGCY phản ánh sự gãy vỡ trong một dây truyền phức tạp của những sự kiện, những trải nghiệm ở các mức độ khác nhau. Những sự kiện và những trải nghiệm có thể kể đến như sau: sự li hôn, li thân (nhưng trẻ không thích nghi được); sự thiếu vắng vai trò của người cha; tốc độ thay đổi của xã hội làm thời gian mà cha mẹ dành cho trẻ trở nên quá ít ỏi; sự mất uy quyền và không thiết lập được các giới hạn của người lớn v.v.

Lý thuyết gắn bó đưa ra luận điểm, sự phát triển của RLTDGCY phải được xem xét từ quan hệ cha mẹ-trẻ. Sự nhấn mạnh của học thuyết này đến mức thay vì nói đến *cái tôi*, người ta phải đề cập đến *cái chúng tôi* - hàm ý đến quan hệ mãnh liệt giữa trẻ và những người chăm sóc. Ở giai đoạn sớm, quan hệ này được cá nhân hóa bởi quá trình của “cái ngăn chặn và cái bị ngăn chặn” giữa trẻ và người chăm sóc. Nếu quá trình này không được diễn ra hoặc bị gãy vỡ, hành vi của trẻ sẽ không bị ngăn chặn, trẻ không thể duy trì hoạt động vào một nhiệm vụ, trôi dạt từ hoạt động này sang hoạt động khác, dễ sao lãng chú ý. Đó là những đặc điểm của trẻ có RLTDGCY.

Cả ba quan điểm đều thống nhất ở một điểm: đều nhắc đến vai trò của quan hệ giữa trẻ và người chăm sóc. Điểm khác biệt của ba lý thuyết về vai trò này là: nếu như tâm lý học thần kinh chỉ coi vai trò của quan hệ này như một yếu tố ảnh hưởng, trường phái động lực tâm lý coi đó như một nhân tố nguy cơ, thì lý thuyết gắn bó lại phân tích rất sâu về quan hệ này và coi đó như là cội nguồn hình thành và phát triển của RLTDGCY trong đời sống của cá nhân. Vì vậy, theo quan điểm riêng của cá nhân chúng tôi, các luận điểm của lý thuyết gắn bó có ưu thế hơn trong việc giải thích về RLTDGCY.

CHƯƠNG 2: TỔ CHỨC VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tổ chức và phương pháp nghiên cứu thực trạng



Hình 2.1: Mô hình tìm kiếm khách thể và tổ chức các phương pháp nghiên cứu

Các khách thể chính được tìm kiếm từ hai nguồn là học sinh ở trường học và trẻ đến khám ở các cơ sở khám chữa về sức khỏe tâm thần. Giáo viên và cha mẹ ở các nguồn tương ứng được phổ biến kiến thức và làm Chỉ báo ADHD của Conner để có thể tìm kiếm được các khách thể nghi ngờ có RLTD/GCY. Các khách thể này được làm trắc nghiệm Gille để loại trừ chậm khôn, trẻ được khám nhi khoa, khám tâm thần kinh để loại trừ các nguyên nhân thực thể và đối chiếu DSM-IV. Trước khi tiến hành hội chẩn để đi đến chẩn đoán xác định trẻ có RLTD/GCY, cha mẹ và giáo viên được làm trắc nghiệm Conner dành cho giáo viên (CTRS-R) và Conner dành cho cha mẹ (CPRS-R) và đều được phỏng vấn sâu. Một nhóm trẻ không có RLTD/GCY cũng được chọn ra để làm đối chứng với nhóm khách thể chính. Cả hai nhóm này đều được tiến hành các thủ tục quan sát, phỏng vấn sâu, phân tích sản phẩm hoạt động. M/NCS cũng được tiến hành quan sát để tìm hiểu quan hệ gắn kết.

2.2. Tổ chức và phương pháp thực nghiệm tác động

2.2.1. Mục đích thực nghiệm tác động: Thực nghiệm được thực hiện để chứng minh giả thuyết nghiên cứu.

2.2.2. Khách thể của thực nghiệm tác động: một trẻ RLTD/GCY thể tăng động, một trẻ RLTD/GCY thể hỗn hợp.

2.2.3. Tổ chức tiến hành thực nghiệm tác động. Thời gian thực nghiệm là 8 tháng, chia làm ba giai đoạn: Đánh giá trước thực nghiệm; Tiến hành các bước của các biện pháp tác động thực nghiệm qua M/NCS; Đánh giá sau thực nghiệm. Chúng tôi so sánh mỗi trẻ này với một trẻ có độ tuổi và có phân kiểu RLTD/GCY tương đương nhưng không được áp dụng các biện pháp tác động để làm rõ hiệu quả của các biện pháp.

2.2.4. Phương pháp hỗ trợ trong thực nghiệm tác động Bao gồm phương pháp nâng đỡ, hỗ trợ của các thành viên khác trong gia đình; hỗ trợ của giáo viên.