

HƯỚNG NGHIÊN CỨU VỀ TRẺ CÓ RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý (ADHD)

LÊ THỊ MINH HÀ*

TÓM TẮT

Bài viết này đề cập vấn đề nghiên cứu trẻ có rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD), chủ yếu tập trung vào một số hướng như: biểu hiện, dịch tễ học (tỉ lệ mắc phải), nguyên nhân của rối loạn ADHD và ADHD đi kèm các hội chứng khác; đồng thời phát hiện, chẩn đoán, can thiệp, trị liệu và giáo dục trẻ có rối loạn ADHD.

Từ khóa: rối loạn giảm chú ý, rối loạn tăng động/xung động, rối loạn tăng động giảm chú ý.

ABSTRACT

*New reseach trend into children
with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)*

The article is about research into children with ADHD, focussing on some issues: symptoms, epidemiology (rate), causes of ADHD, ADHD and other syndromes; detection, diagnosis, intervention, treatment and education for children with ADHD.

Keywords: inattention disorder, impulsivity/ hyperactivity disorder, attention deficit hyperactivity disorder.

1. Đặt vấn đề

Rối loạn tăng động giảm chú ý (tiếng Anh là Attention Deficit Hyperactivity Disorder - viết tắt là ADHD). Trong bài này chúng tôi sử dụng tên viết tắt tiếng Anh – ADHD để chỉ rối loạn tăng động giảm chú ý.

ADHD là một dạng rối loạn phát triển thường gặp ở trẻ em. Theo “Sổ tay chẩn đoán và thống kê những rối nhiễu tâm thần - IV” (1994) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition – DSM-IV), ADHD có biểu hiện quá mức tình trạng không tập trung chú ý, hoạt động không kiểm soát và tăng hoạt động, làm ảnh hưởng đến việc học tập, phát triển cảm xúc và kỹ năng xã hội của trẻ.

Hiện tượng ADHD đã xuất hiện từ rất lâu, tên gọi của nó được thay đổi theo thời gian. Chỉ khi DSM - IV đưa ra thuật ngữ “Rối loạn tăng động giảm chú ý”, thì định danh rối loạn ADHD với các dạng biểu hiện: Giảm thiểu chú ý (Attention Dificit Disorder - ADD), tăng động/xung động (Hyperactivity Disorder - HD) và tăng động giảm chú ý (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD) mới được sử dụng rộng rãi, thống nhất trong khoa học.

Trong những năm gần đây, nghiên cứu về trẻ có rối loạn tăng động giảm chú ý tập trung vào một số hướng sau đây:

2. Nghiên cứu biểu hiện của rối loạn tăng động giảm chú ý

Với hơn 30 năm nghiên cứu sâu, rộng về ADHD, Barkley R.A (1997) đã nhấn mạnh các triệu chứng cốt lõi trong

* TS, Trường Đại học Sư phạm TPHCM

rối nhiễu ADHD là suy kém chức năng tự điều chỉnh (Self – Regulation), tự điều khiển (Self – Control) và khả năng kiềm chế (deficit inhibition) hành vi [7, tr.313]. Sau này, các tác giả khác như Quay (1997), Douglas (1999), Nigg (2001) cũng cho kết quả tương tự [10, tr.75-79]. Các nghiên cứu về ADHD của Booth, Canu, Carlson, Shin (1997, 1998, 2002) đề cập đến ba dạng biểu hiện cơ bản của

ADHD: Giảm chú ý (ADD) chiếm ưu thế, tăng vận động, xung động (HD) chiếm ưu thế và vừa tăng vận động vừa giảm chú ý (ADHD). Sandra Rief (2008) [4] đã hệ thống các nghiên cứu của nhiều tác giả về biểu hiện của ADHD và đưa ra bảng tổng hợp các đặc điểm hành vi của trẻ có rối loạn ADD và AD/HD như ở bảng 1 sau đây:

Bảng 1. Biểu hiện hành vi của trẻ có rối loạn ADD và AD/HD [4]

Dạng	Biểu hiện hành vi
Giảm chú ý (ADD)	Dễ bị xao nhãng bởi kích thích bên ngoài (hình ảnh, âm thanh, sự chuyển động trong môi trường xung quanh)
	Không tập trung nghe khi được nói trực tiếp
	Khó khăn trong việc nhớ và thực hiện theo hướng dẫn
	Khó khăn duy trì sự chú ý đối với các hoạt động đều đặn
	Hay quên thực hiện các hoạt động hằng ngày
	Thường thờ thẩn, mơ mộng
	Khó bắt đầu công việc và thường không hoàn thành việc được giao
	Dễ chán nản
	Uể oải (thường ngủ gục trong lớp)
	Không biết tổ chức sắp xếp công việc (lên kế hoạch, lập thời gian biểu, chuẩn bị bài)
	Thường làm mất dụng cụ học tập
Kĩ năng học tập kém	
Tăng hoạt động/xung động (AD/HD)	
Tăng động	Luôn “di chuyển” hoặc hành động như thể bị thôi thúc
	Rời khỏi chỗ ngồi khi không được phép
	Không thể ngồi yên (luôn nhảy lên hoặc ra khỏi ghế, ngã xuống ghế, quỳ gối, hoặc đứng sát bàn)
	Hầu như không ngừng hoạt động
	Luôn múa máy tay chân hoặc ưỡn eo trên ghế
	Khó tham gia hoạt động mà không gây ồn
	Khó ổn định tinh thần hay giữ bình tĩnh
Khó điều hòa các hoạt động/vận động	
Xung động	Gặp nhiều khó khăn trong các tình huống buộc phải chờ đợi

	Vứt trả lời trước khi câu hỏi chấm dứt
	Thường cắt ngang hoặc ngắt lời người khác
	Không thể chờ hoặc tạm hoãn ý thích, muốn có ngay lập tức
	Biết luật và hậu quả nhưng luôn phạm lỗi hoặc vi phạm quy định
	Tạo ra các tiếng ồn không phù hợp
	Tham gia vào những hoạt động nguy hiểm mà không lường trước được hậu quả (trèo cao, chạy xe không nhìn đường) nên dễ gặp tai nạn
	Thiếu kiên nhẫn và dễ chán nản
	Dễ bị cuốn hút vào các hoạt động khác gây hứng thú hoặc dễ bị kích thích
	Đánh nhau khi khó chịu hoặc giật đồ của bạn

3. Nghiên cứu dịch tễ học (tỉ lệ mắc phải)

Hầu hết các nghiên cứu được thực hiện và chẩn đoán dù ở đâu và khi nào đều cho thấy ADHD là một hiện tượng mang tính toàn cầu, nó nảy sinh và tồn tại không phân biệt ranh giới xã hội và văn hóa cũng như các nhóm dân tộc. Theo Cooper (2006), tỉ lệ lưu hành trên thế giới khoảng 3-6% ở trẻ em và những người trẻ tuổi. Một nghiên cứu quốc tế của Kewley (2005) giữa các nhà tâm lí Australia và Bắc Mỹ cho thấy, nếu tính cả những yếu tố nguy cơ thì tỉ lệ ADHD có tính toàn cầu là 13%.

- Tại Hoa Kỳ, G. J. August (1996) nghiên cứu trên 7.231 trẻ em lớp 1 - 4 tại 22 trường tiểu học cho thấy, tỉ lệ trẻ ADHD 3-6% [11, tr.384-385]. Theo Barkley R. A (2000) khoảng 3-7% trẻ trong độ tuổi học đường có rối loạn ADHD, điều đó có nghĩa là mỗi lớp học ở Hoa Kỳ có 1 hoặc 2 em bị chứng bệnh này [8, tr.20]. Theo Goldstein (2006) khoảng 5-8% trẻ ADHD trong nhóm trẻ 4-17 tuổi [12, tr.11]. Một nghiên cứu gần đây của Trung tâm kiểm soát ngăn ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (2010), bằng cách phỏng vấn cha mẹ của trẻ từ 4-17 tuổi,

kết quả cho thấy cứ 10 trẻ thì có gần 1 trẻ có rối loạn ADHD. Theo nghiên cứu này, tỉ lệ trẻ ADHD gia tăng từ 7.8% (2003) đến 9.5% (2007) và 22% (2010). Trưởng nhóm nghiên cứu, Susanna Visser giải thích nguyên nhân, một mặt do những bước tiến mạnh trong sự sàng lọc trẻ, mặt khác, phụ huynh cũng ngày càng có ý thức tốt hơn trong việc quan sát và tầm soát con mình. Nghiên cứu của Hội Tâm thần học Hoa Kỳ (2000) đã chỉ ra tỉ lệ giữa em trai và gái dao động từ 4:1 đến 9:1 phụ thuộc vào nhóm nghiên cứu phổ thông hoặc lâm sàng. Với tỉ lệ trai:gái là 4:1 trong dạng điển hình tăng động - xung động/dạng hỗn hợp vừa tăng động vừa giảm tập trung. Tỉ lệ trai và gái ngang nhau trong dạng giảm chú ý. Tỉ lệ chung giữa trai:gái ở trường phổ thông là 9:1 (Cooper và O'Regan, 2001). [12, tr.11-13]

- Ở Anh, theo nghiên cứu của Taylor và Hemsley (1995) khoảng 0.5-1% trẻ có rối loạn ADHD. Nghiên cứu của Trung tâm sức khỏe quốc gia trên 69.000 trẻ tại England và 4200 trẻ từ 6-16 tuổi tại Wales cho thấy 1% trẻ có chứng bệnh này. Nghiên cứu của Bộ Giáo dục vùng Bắc Ireland (2005) trên 345.000 trẻ và

21.000 trẻ ở xứ Wales (2000) cho thấy cứ một lớp học có 30 em thì có 1 em ADHD. Nghiên cứu của Wheeler (2007) trên 431 trẻ của 256 trường, kết quả nghiên cứu cho thấy 0,53% trẻ ADHD, có nghĩa là có 5,3 trẻ ADHD trong 1000 trẻ. Trong đó nhóm trẻ 7-11 tuổi có tỉ lệ mắc ADHD cao nhất (xem bảng 2).

Bảng 2. Tỉ lệ trẻ ADHD theo độ tuổi tại Anh [12, tr.12]

Tuổi	Số lượng học sinh	Tỉ lệ %
4-5	17	4
5-7	50	12
7-11	152	37
11-14	129	31
14-16	54	13
17-19	0	0
Không biết	11	3
Tổng cộng	413	100

- Khoảng 6% trẻ em ở Australia được chẩn đoán có rối loạn ADHD, tức là trung bình mỗi lớp học có 1 em mắc chứng bệnh này. Một nghiên cứu dựa trên sự đánh giá kĩ lưỡng và chẩn đoán dựa trên những đặc điểm lâm sàng trên 10.438 trẻ từ 5-15 tuổi cho thấy có 3,6% trẻ trai và 0,85% trẻ gái có rối nhiễu ADHD (Ford, 2003).

- Tại Canada, năm 2002, nghiên cứu điều tra tỉ lệ ADHD theo nhóm tuổi trên 2400 trẻ 4-16 tuổi ở Otario và 2674 trẻ 4-16 tuổi ở Quebec. Các nhà nghiên cứu sử dụng bảng liệt kê hành vi dành cho trẻ, cho cha mẹ và cho giáo viên. Kết quả như bảng 3 sau đây:

Bảng 3. Tỉ lệ trẻ ADHD theo nhóm tuổi tại Canada (Nguồn chính phủ Canada, 2002) [2, tr.11]

Nguồn thông tin	Giới tính	Nhóm tuổi	
		6-8 tuổi	9-11 tuổi
Từ trẻ	Trẻ gái	1,8%	1,5%
	Trẻ trai	5,6%	6,9%
	Tổng số	3,8%	4,3%
Từ cha mẹ	Trẻ gái	4,1%	2,1%
	Trẻ trai	9,6%	7,3%
	Tổng số	6,9%	4,8%
Từ giáo viên	Trẻ gái	7,5%	2,9%
	Trẻ trai	12,1%	13,2%
	Tổng số	9,8%	8,1%

- Ở Pháp, theo D. Marcelli, khoảng 3% trẻ trước tuổi dậy thì có rối nhiễu ADHD và nếu xác định chẩn đoán thời điểm trẻ bắt đầu đi học (6-7 tuổi) cho thấy tỉ lệ bé trai gấp 10 lần bé gái.

- Các nghiên cứu khác ở các nơi như: Colombia ADHD ở trẻ trai là 19,8% và trẻ gái là 12,3% (Pineda, 2003), ở Nhật 7%, Trung Quốc 6-8%, Newzeland trên 7% [8, tr.23]. Polanczyk và cộng sự (2007) đã tiến hành nghiên cứu tổng hợp lại những nghiên cứu về dịch tễ học ADHD tại các vùng từ Bắc và Nam Hoa Kỳ, Châu Âu, Châu Phi, Châu Á, Châu Đại Dương đến vùng Trung Đông. Từ kết quả các nghiên cứu cho thấy, không có sự khác biệt lớn về tỉ lệ ADHD trong các nghiên cứu tại các nước trên thế giới và tỉ lệ chung là 5,2%. [12, tr.147]

- Ở Việt Nam, Nguyễn Thị Vân Thanh và Nguyễn Sinh Phúc (2007) nghiên cứu trên 1594 học sinh ở hai trường tiểu học tại Hà Nội cho thấy tỉ lệ mắc bệnh là 3,01% [2]. Theo Võ Thị Minh Chí, tỉ lệ ADHD ở học sinh THCS là 0,73% (nam 1,28%, nữ 0,19%).

Tóm lại, theo DSM IV, khoảng 3-5% trẻ em mắc chứng rối nhiễu ADHD, còn Liên đoàn Sức khỏe Trí tuệ Thế giới cho rằng khoảng 3-7% trẻ em ở tuổi đến trường bị ảnh hưởng bởi rối loạn này.

4. Nghiên cứu nguyên nhân ADHD

Việc tìm kiếm nguyên nhân của ADHD khá phức tạp bởi tính không thuần nhất của những trẻ đã được chẩn đoán ADHD. Các bằng chứng cho thấy rằng một nguyên nhân duy nhất không thể giải thích được cho rối loạn này.

Yếu tố di truyền (gene) được đề cập đến 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. Nghiên cứu mới đây của các nhà khoa học Trường Đại học Cardiff (Anh) cho thấy, một trong những nguyên nhân của ADHD là do gene xấu. Kết luận trên rút ra sau khi nghiên cứu 366 trẻ mắc chứng ADHD và nhận ra những khác biệt rõ rệt trong não của các em này so với trẻ bình thường. Những trẻ có rối loạn ADHD thường có tình trạng thiếu hoặc thừa nhiễm sắc thể cao gấp đôi so với trẻ bình thường khác.

Các nghiên cứu gần đây đã nêu lên sự khác biệt trong chức năng của não, trao đổi chất ở não thấp hơn mức bình thường của nữ mắc ADHD [4, tr.157]. Một nghiên cứu quan trọng khác trong suốt 10 năm của Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia Hoa Kỳ đã so sánh những lớp chụp cộng hưởng từ MRI ở nam giới bình thường và mắc ADHD, cho thấy thùy trán ở những trẻ mắc ADHD nhỏ hơn. [11, tr.246-247]. Hàng loạt nghiên cứu trắc nghiệm tâm lí - thần kinh về chức năng của thùy trán (việc kiểm chế đáp ứng hành vi) cho rằng, có sự suy yếu đáng kể ở phần này của não bộ trẻ ADHD. [7, tr.31]

Nghiên cứu ADHD trong nhiều năm đã chú ý tới ảnh hưởng của các độc tố từ môi trường trong sự tiến triển của chứng rối loạn tăng động. Chất nicotin là một độc tố có ảnh hưởng đến tiến triển

của ADHD, đặc biệt khi người mẹ hút thuốc. Milberger và cộng sự (1996) báo cáo rằng 22% người mẹ của những trẻ mắc ADHD hút trên một bao thuốc lá mỗi ngày trong suốt quá trình mang thai, so với nhóm đối chứng chỉ có 8%. Hơn nữa, những nghiên cứu trên động vật cho thấy nicotin làm tăng giải phóng dopamin và gây ra tăng động (John và cộng sự, 1982; Fung và Lau, 1989). Dựa trên cơ sở của những số liệu này, Milberger và cộng sự đã giả thuyết rằng hút thuốc ở người mẹ có thể ảnh hưởng đến hệ thống tiết dopamin của bào thai đang phát triển. Các nhà nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, nguy cơ cho trẻ tiếp xúc với thuốc lá trước khi sinh làm cho trẻ mắc ADHD cao gấp 2,4 lần, tiếp xúc với độc tố chì làm cho trẻ mắc ADHD cao gấp 2,3 lần, nếu trẻ tiếp xúc cả hai độc tố thuốc lá và chì trước khi sinh sẽ làm cho trẻ mắc phải bệnh ADHD cao gấp 5,5 lần so với trẻ bình thường.

- M. Beiser, R. Dion, A. Gotowiec (2000) phân tích các số liệu trên 1555 trẻ là dân bản xứ và 489 trẻ nhập cư ở Bắc Mỹ, Greenfield (2003), các tác giả cho thấy yếu tố văn hóa như ngôn ngữ, giá trị, niềm tin, truyền thống, tập quán và tín

ngưỡng của cộng đồng có ảnh hưởng đến việc sàng lọc, phát hiện, đánh giá, trị liệu và giáo dục trẻ có rối loạn ADHD [5, tr.124-136]. Bruno Bettelheim cho rằng, ở một số trẻ quá nhạy cảm, lại đi kèm với cách giáo dục độc đoán của bố mẹ, đặc biệt người mẹ kém kiên trì, dễ bực bội hay cáu bẳn khi yêu cầu đứa trẻ phải vâng lời. Nếu đứa trẻ lại không vâng lời, thì quan hệ mẹ - con sớm trở nên xung đột và trẻ càng có biểu hiện tăng động. Theo Ross hành vi tăng động có thể được mô hình hóa từ hành vi của bố mẹ hay anh chị em ruột. Mỗi 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. [7]

5. Nghiên cứu ADHD đi kèm các hội chứng khác

Hầu hết các nghiên cứu cho thấy 60-70% trẻ ADHD có rối loạn khác đi kèm hoặc phải chung sống trong tình trạng của nhiều loại tật khác. Nghiên cứu của Szamari, Offord và Boyle (1989) cho kết quả như ở bảng 4 sau đây:

Bảng 4. Trẻ ADHD có kèm rối loạn khác

TT	Số rối loạn đi kèm ADHD	Tỉ lệ %
1	Có 1 rối loạn	44
2	Có 2 rối loạn	32
3	Có 3 rối loạn	11

Pliffner và cộng sự (1999) nghiên cứu trên 111 trẻ ADHD có kết quả tương tự. Vilens và những người khác (2002) cho rằng 75% trẻ trước tuổi học và 80% trẻ ở tuổi học có ít nhất một rối loạn khác đi kèm. Các nghiên cứu cho thấy rối loạn đi kèm ADHD thường là các rối loạn chống đối (Oppositional Defiant Disorder – ODD), rối loạn cư xử (Conduct Disorder - CD), rối loạn học tập (Learning Disorder - LD)... Trong các trường phổ thông, 70% học sinh ADHD cần phải giáo dục đặc biệt, số học sinh có khó khăn về hành vi cảm xúc cũng tương đương số học sinh có khó khăn về học [8, tr.184-200].

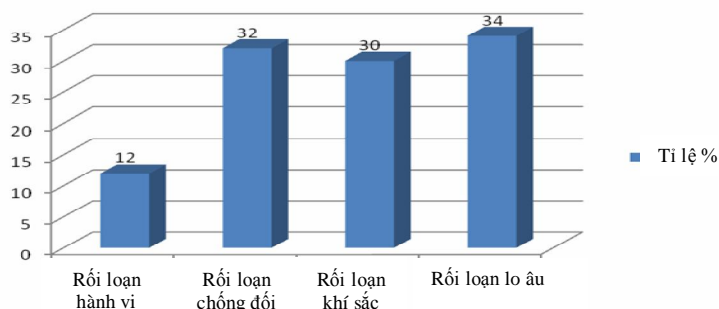
- Nghiên cứu của Satterfield & Schnell (1997) cho thấy trẻ ADHD có rối loạn hành vi (Behaviors Disorders), khoảng 54-67% trẻ 7 tuổi được gửi đến khám lâm sàng có ADHD và cũng được chẩn đoán có rối loạn chống đối, 20-50% trẻ 8-9 tuổi và 44-50% trẻ ở tuổi vị thành niên ADHD có rối loạn cư xử đi kèm. Theo Cooper và Bilton (2002), trẻ ADHD có rối loạn chống đối, rối loạn cư xử hoặc khó khăn về học (Learning Difficulties), khó đọc (Dyslexia), rối loạn lời nói và ngôn ngữ (Speech & Language Disorders), rối loạn đồng vận (Dyspraxia), tính toán (Dyscalculia), khả năng phối hợp tay mắt, viết, trạng thái suy nhược và lo âu, ám ảnh, tics (máy, giật cơ), khó ngủ và hội chứng Tourette (máy, giật vận động và ít nhất có một tật phát âm, Georges Gilles de la Tourette, người nhận ra hội chứng này), phổ tự kỉ,

Asperger, khả năng tự điều hòa cảm xúc, khó tự quản lí thời gian và kế hoạch hành động, có vấn đề trong giao tiếp với người xung quanh. Hơn 50% trẻ ADHD có vấn đề trong bộc lộ cảm xúc và kĩ năng xã hội [12, tr.13]. Theo Fintan O'Regan (2002), khoảng 50-70% trẻ ADHD không/ít bạn, 70-80% suy yếu khả năng lao động, 40-50% sẽ tham gia vào các hoạt động chống đối xã hội, bị nhiều tai nạn hơn và phóng xe nhanh hơn, dễ có nguy cơ sử dụng chất gây nghiện ở tuổi vị thành niên và dễ có hành động phạm tội ở tuổi trưởng thành [6]. Ngoài ra, trẻ ADHD cũng gặp khó khăn về giao tiếp với các bạn cùng tuổi, kém các kĩ năng xã hội và tự điều chỉnh cảm xúc [10, tr.385]. Nghiên cứu của D. R. Blachman và S. Hinshaw (2002) nhận thấy trẻ ADHD khó được bạn bè cùng lứa chấp nhận hơn.

- Nghiên cứu của Milich, Balantine, Lynam (2001) cho thấy khoảng 10-40% trẻ đến khám lâm sàng ADHD có rối loạn lo âu, trầm cảm. Sự hiện diện của rối loạn lo âu có khuynh hướng làm giảm đi cường độ của những hành vi gây hấn và ít bốc đồng hơn. Trẻ em thuộc loại kém chú ý thường có rối loạn lo âu đi kèm hơn. [6]

G. J. August và cộng sự (1996) nghiên cứu các rối loạn kèm theo ở 204 học sinh tiểu học ADHD [10, tr.384-387]. Kết quả được trình bày ở biểu đồ 1 sau đây:

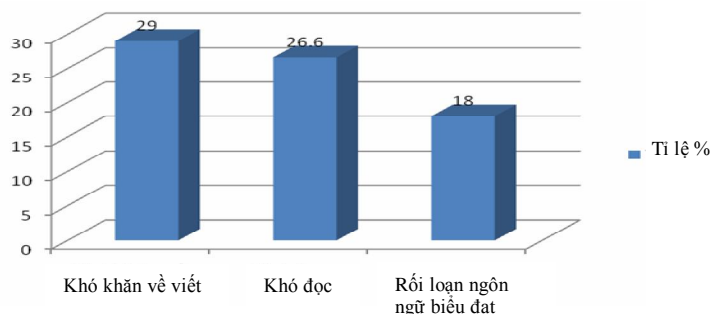
Biểu đồ 1. Trẻ ADHD có một số rối loạn đi kèm



Các nghiên cứu khác cũng cho thấy tỉ rối loạn khiêu khích chống đối dao động từ 43-93% và rối loạn lo âu hay rối loạn cảm xúc từ 13-51% (Burt, Krueger, McGue, & Iacono, 2001; Forness, Kavale, & San Miguel, 1998; Jensen, Martin & Cantwell, 1997; Jensen, Shertvette, Zenakis, & Richters, 1993), 65% phụ huynh có trẻ từ 6-13 tuổi bị rối loạn cảm xúc báo cáo rằng con họ bị ADHD. [9]

- ADHD và khó khăn về học:
R. Delong (1995) đã nghiên cứu trẻ rối loạn ADHD 6-9 tuổi ở Pháp, theo ông khoảng 41-80% số trẻ này có rối loạn học tập. Một nghiên cứu khác của M. Touzin và cộng sự (1997) trên 350 trẻ em 4-16 tuổi tại khoa Tâm bệnh trẻ em của bệnh viện Robert Debre tại Pháp, kết quả được trình bày ở biểu đồ 2 dưới đây: [2]

Biểu đồ 2. Trẻ ADHD có khó khăn về học



Theo Barkley, khoảng 35% trẻ ADHD bỏ học trước lớp 12, 58% lưu ban ít nhất một năm, tỉ lệ trẻ ADHD bị lưu ban, đình chỉ học tập, đuổi học gấp ba lần trẻ bình thường. Một nghiên cứu khác của DuPaul & Mc. Murray (1990), Barkley (2003), có 20-25% trẻ ADHD có vấn đề với các môn Toán/ Tập đọc/ Chính tả, khó khăn trong điều hợp vận

động tinh và vận động thô, ngôn ngữ diễn đạt kém lưu loát, yếu khả năng hoạch định và tổ chức [22, tr.184-200]. Nghiên cứu của Brown, học viện sức khỏe tâm thần Hoa Kỳ (1999) cho thấy gần một phần ba số trẻ ADHD có kèm với chứng khó học, hoặc rối loạn đọc (August và Garfinkel, 1990). Một nghiên cứu khác cũng khẳng định trên 25% trẻ ADHD có

khiếm khuyết đặc biệt rõ rệt về học tập [12, tr. 384-385]. Các tác giả Hynd và những người khác (1995), Riccio và những người khác (1996, 1998) đã nghiên cứu so sánh một nhóm trẻ ADHD không có biểu hiện lâm sàng và một nhóm trẻ ADHD có biểu hiện lâm sàng về khó học. Theo đó, những trẻ ADHD không có biểu hiện lâm sàng về khó học

thường không chú ý đến những yêu cầu chi tiết của bài học, làm sai do bất cẩn, thường tránh hoặc không thích những việc đòi hỏi phải duy trì sự nỗ lực chú ý [10, tr. 305]. Nghiên cứu của Fitan O'Regan trong dạy học và quản lí trẻ ADHD (2002) được trình bày ở bảng 5 sau đây:

Bảng 5. Trẻ có rối loạn ADHD với các vấn đề ở trường học

TT	Các vấn đề ở trường	Tỉ lệ %
1	Học kém ít nhất một môn học	80
2	Bị kỉ luật thôi học vì vi phạm kỉ luật	25
3	Không thể tiếp tục đến trường	40

6. Nghiên cứu sự can thiệp, trị liệu và giáo dục trẻ ADHD

- Giải pháp sử dụng thuốc được các bác sĩ dùng nhiều. Một số thuốc như Methylphenidate (Ritalin), Dextroamphetamine (Dexedrin) đã được các bác sĩ kê đơn cho ADHD từ đầu những năm 1960 (Sprague & Gadow, 1976). Hiệu quả của các loại thuốc này là làm dịu sự tăng động và tăng cường khả năng tập trung chú ý của trẻ. Tuy nhiên, các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng các loại thuốc này không cải thiện thành tích học tập hoặc tăng cường kĩ năng qua một thời gian dài (Whalen và Henker, 1991). Việc sử dụng thuốc trong trị liệu trẻ ADHD được thực hiện ở khắp các quốc gia từ Mỹ, Anh, Úc, các nước châu Âu, châu Á. [6]

- Trị liệu trẻ ADHD dựa trên điều kiện hóa thao tác được chứng minh rằng, ít nhất trong giai đoạn ngắn, cũng làm tăng cường cả hành vi xã hội và học đường. Theo hướng này, các nhà trị liệu

dựa trên quan niệm: *Tăng động là sự suy yếu ở một số kĩ năng hơn là việc coi là sự thái quá của những hành vi tiêu cực, phá rối.* Chẳng hạn dùng điểm thưởng (hoặc ngôi sao với trẻ nhỏ) để duy trì trẻ ngồi yên ở ghế và làm bài tập được giao. Trẻ giành được điểm thưởng và ngôi sao khi ứng xử theo những cách phù hợp và trẻ có thể đổi điểm, ngôi sao để lấy phần thưởng. Việc lặp lại nhiều lần các bài tập sẽ giúp trẻ hiểu các hành vi đúng (vẽ, tô màu, chơi đúng cách) và loại bỏ dần các hành vi sai (vận động tự phát) vì trẻ càng vận động tự phát thì càng tăng động. G. A. Fabiano và W. E. Pelham (2003) nghiên cứu trường hợp một cậu bé 8 tuổi 11 tháng học lớp 3, người Hoa Kỳ gốc Phi có rối loạn ADHD được trị liệu vì có hành vi phá phách trong lớp học. Sau một tháng, giáo viên của cậu bé cho biết hành vi của cậu trong lớp đã tốt hơn rất nhiều. Các tác giả đã nhận định, việc áp dụng liệu pháp hành vi vào trường học có tính khả thi. [2, tr.15]

- Các liệu pháp *Điều trị tổng hợp cảm giác* (vận động, tâm vận động, cảm nhận 5 giác quan) giúp trẻ điều hòa về cảm giác. Điều trị cảm giác vận động là một chương trình rất quan trọng và cần thiết đối với trẻ tăng động, vì những trẻ này quá thiếu cảm giác vận động trong cơ thể, dẫn đến tăng động. Chính vì vậy, sự vận động (vận động có định hướng và thời gian) sẽ giúp cho trẻ bù đắp lại sự thiếu cảm giác vận động trong cơ thể. Chẳng hạn cho trẻ đi bộ liên tục trong 30 phút (khoảng 1000 m) hoặc khoảng 1 - 2 tiếng/ngày, cho trẻ đạp xe, bơi, chơi những trò chơi có luật. [12]

- *Huấn luyện nhận thức*, dùng chương trình trò chơi Kismart giúp cho trẻ tập trung chú ý. Những hình ảnh đẹp, âm thanh vui nhộn, nhiều tình huống hấp dẫn của các trò chơi sẽ tạo sự hứng thú đối với trẻ. Đồng thời, qua trò chơi, trẻ còn được cung cấp một cách tự nhiên những kiến thức cơ bản về toán học, ngôn ngữ, không gian, thời gian... Trẻ nhận biết và so sánh hình dạng, kích thước, biết sáng tạo và hoàn thành hình mẫu, học được chữ số đến 30 và được thực hành phép tính cộng, trừ một cách thoải mái, tự nhiên. Hinshau (2000) sử dụng “trò chơi phù hợp” (Match Game), trong trò chơi này trẻ được yêu cầu đánh giá chính hành vi của mình để phát triển khả năng chú ý.

- *Chiến lược cho gia đình và ở nhà*, nghiên cứu của G. M. Kapalka (2004) thử nghiệm ở 76 gia đình có trẻ ADHD ở độ tuổi 5-10 nhằm tìm hiểu cách thức để trẻ tiếp nhận lời yêu cầu, đề nghị từ cha mẹ có hiệu quả nhất. Tác giả đã đưa ra lời

khuyến cha mẹ, kết quả cho thấy, chỉ sau hai tuần thực hiện, tỉ lệ trẻ không vâng lời giảm đáng kể. Một số lời khuyên như sau:

+ Chỉ đưa ra lời yêu cầu, đề nghị khi mắt ta và mắt trẻ nhìn nhau;

+ Mỗi lần chỉ đưa ra *một* lời yêu cầu, đề nghị;

+ Đưa ra những câu nói trực tiếp (ví dụ “cất đồ chơi đi” hơn là câu hỏi “con cất đồ chơi cho mẹ có được không?”);

+ Nói một cách bình tĩnh nhưng chắc chắn khi yêu cầu đề nghị trẻ;

+ Giảm thiểu những tác nhân gây sao nhãng chú ý khi ra yêu cầu, đề nghị;

+ Khen thưởng khi trẻ vâng lời và trách phạt khi trẻ không nghe lời.

Trong một nghiên cứu khác, các tác giả R. Reid, M. Schartz, A. L. Trout (2005) đã đưa ra *chiến lược tự điều chỉnh* (Self-Regulation) trên 48 học sinh tiểu học có rối loạn ADHD theo bốn bước sau:

+ *Tự điều khiển* (Self-Monitoring);

+ *Tự điều khiển có củng cố* (Self-Monitoring Plus Reinforcement);

+ *Tự củng cố* (Self-Reinforcement);

+ *Tự kiểm soát* (self-management).

Kết quả nghiên cứu cho thấy, can thiệp tự điều chỉnh có thể tạo ra những cải thiện hành vi tập trung vào công việc, hiệu quả và tính chính xác của học tập và giảm những hành vi phá phách không thích hợp. [2, tr. 16]

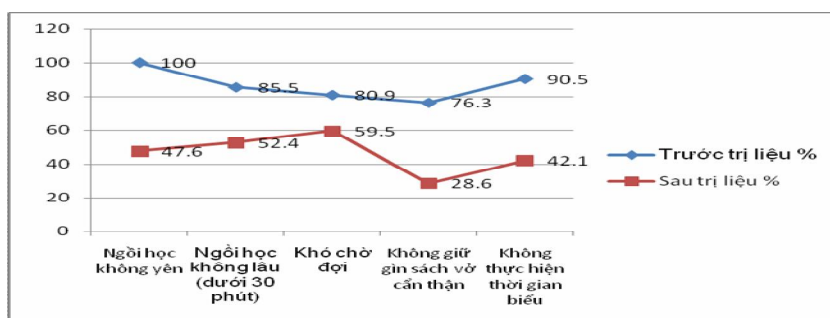
Lisa Flores Dumke, Robert Segal, Tina de Benedictis (2006) đã nghiên cứu theo hướng huấn luyện cha mẹ trẻ ADHD. Cha mẹ có con bị rối loạn ADHD thường nản lòng và tuyệt vọng khi cố gắng dạy con ứng xử theo cách họ

mong đợi mà không được. Để thay thế các ứng xử sai lệch của cha mẹ khi xử lý các vấn đề của trẻ bằng những đáp ứng phù hợp, các tác giả đã chỉ ra rằng cha mẹ trẻ ADHD cần kiên nhẫn và nghị lực để kiểm soát được sự lo âu về đứa con của mình, cha mẹ cần linh hoạt thiết kế các mô hình hoạt động phù hợp với trẻ, cần sẵn sàng gặp và phối hợp với giáo viên, nhà trị liệu và bác sĩ để hỗ trợ trẻ một cách tốt nhất. Cha mẹ cần xây dựng các hoạt động của trẻ theo một trật tự nhất định. Chẳng hạn đặt thời gian biểu đều đặn hàng ngày và phải theo sát lịch của trẻ như giờ đi ngủ, làm bài tập về nhà và chuẩn bị tới trường. Cần giảm những kích thích ngẫu nhiên/tùy tiện có thể gây ra hành vi bột phát ở trẻ, cho trẻ tham gia một số hình thức nghệ thuật hoặc những môn thể thao cá nhân (không cần đồng đội). Thiết lập cuộc sống gia đình theo cách khuyến khích sự tổ chức và tự chịu trách nhiệm. Ví dụ, dành một chỗ riêng để trẻ đặt bài tập đã hoàn thành và những

dụng cụ học tập mỗi tối trước khi đi ngủ. Sử dụng thiết bị bấm giờ trong nhà bếp để nhắc trẻ giờ nghỉ và tiếp sau là gì. Cha mẹ cần nhớ rằng hành vi của con bạn liên quan chặt chẽ đến một rối loạn và xét về đại thể thì *không phải do trẻ cố ý làm, con của bạn cũng có những khả năng và đặc điểm rất đáng nể trọng, nó có khả năng học và thành công*. Có lẽ điều quan trọng nhất là, cha mẹ phải biết kết hợp lòng yêu thương và sự kiên định.

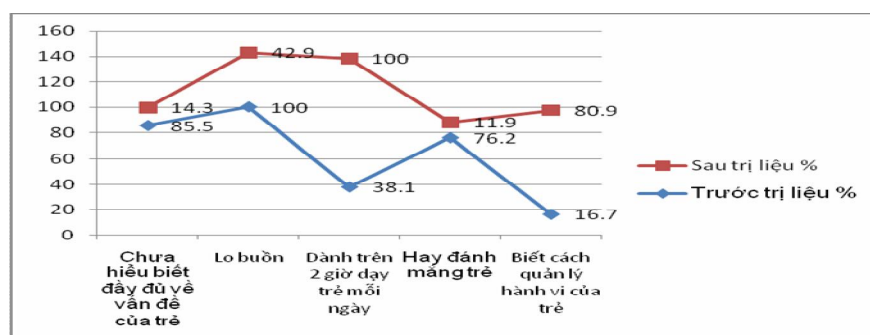
- Ở Việt Nam, Nguyễn Thị Hồng Nga đã đưa ra một số giải pháp vận dụng liệu pháp hành vi nhận thức trong trị liệu trẻ ADHD ở học sinh THCS. Thực hiện trị liệu tâm lý nhóm cho trẻ ADHD và phụ huynh, Quách Thúy Minh, Nguyễn Thị Hồng Thúy và cộng sự tại Khoa Tâm bệnh, Bệnh viện Nhi Trung ương đã nghiên cứu trên 42 trẻ ADHD ở lứa tuổi tiểu học và 42 phụ huynh của trẻ. Sau 3 tháng trị liệu, các tác giả đã báo cáo kết quả như sau:

Biểu đồ 3. Sự tiến bộ của trẻ¹



Ngoài ra, điểm tăng động có giảm đi 6 điểm (thang đo Vandebilt). Tuy nhiên, khoảng thời gian duy trì chú ý lắng nghe còn ngắn, các làm bài không cẩn thận giảm đi chưa nhiều. Mức độ giảm chú ý có giảm đi 3 điểm (thang đo Vandebilt), nhưng sự cải thiện này ít hơn so với mức điểm tăng động.

Biểu đồ 4. Sự tiến bộ của phụ huynh (²)



Như vậy, trị liệu tâm lý nhóm cho trẻ tăng động giảm chú ý cùng với phụ huynh của trẻ đã thu được một số kết quả tốt và cần được duy trì để đạt hiệu quả cao hơn và lâu dài.

7. Nghiên cứu phát hiện, chẩn đoán ADHD

Theo WHO (1990), có thể chẩn đoán ADHD theo “Bảng phân loại bệnh quốc tế - 10” (International Classification of Diseases - ICD-10). Hiện nay, các nhà chuyên môn thường chẩn đoán ADHD theo “Sổ tay chẩn đoán và thống kê những rối nhiễu tâm thần - IV” (1994).

Theo ICD-10 và DSM-IV, các triệu chứng bắt đầu **xuất hiện sớm** ở độ tuổi đến trường và kéo dài ít nhất 6 tháng, **KHÔNG có liên quan** đến các rối loạn phát triển khác (như tự kỉ) hay các bệnh

tâm thần (như rối loạn cảm xúc, nhân cách), các triệu chứng phải có **tính lan tỏa**, xuất hiện trong nhiều tình huống sinh hoạt khác nhau như giao tiếp xã hội, học tập ở nhà và ở trường.

C. Keith Conners, một trong những nhà tâm lý học lâm sàng nổi tiếng nhất trong lĩnh vực rối nhiễu hành vi, với 30 năm nghiên cứu về ADHD, đã công bố (1989) bộ trắc nghiệm chẩn đoán ADHD - Thang lượng giá Conners CRS (Conners’ Rating Scales). Năm 1997 Conners đã sửa chữa bổ sung thêm các thang đo mới và chuẩn hóa lại bộ công cụ này. Bộ trắc nghiệm được chỉnh sửa mới nhất gọi tắt là CRS-R (Conners’ Rating Scales - Revised - lượng giá Conners-Bảng sửa đổi). Thang CRS-R gồm các thang đo, các thang này đều có phiên bản rút gọn. [3]

Bảng 6. Các thang đánh giá Conners sửa đổi

Thang chính	Viết tắt
Thang đánh giá Conners dành cho cha mẹ -sửa đổi: Phiên bản dài	CPRS-R:L
Thang đánh giá Conners dành cho cha mẹ -sửa đổi: Phiên bản ngắn	CPRS-R:S
Thang đánh giá Conners dành cho giáo viên -sửa đổi: Phiên bản dài	CRS-R:L
Thang đánh giá Conners dành cho giáo viên -sửa đổi: Phiên bản ngắn	CTRS-R:S
Thang tự đánh giá Conners-Wells dành cho trẻ vị thành niên: phiên bản dài	CASS:L
Thang tự đánh giá Conners-Wells dành cho trẻ vị thành niên: phiên bản ngắn	CAS của S:S

bản dài	
Thang phụ	
Thang chỉ số toàn diện Conners dành cho cha mẹ	CGI-P
Thang chỉ số toàn diện Conners dành cho giáo viên	CGI-T
Thang chỉ số ADHD/DSM-IV dành cho cha mẹ	CAD-P
Thang chỉ số ADHD/DSM-IV dành cho giáo viên	CAD-T
Thang chỉ số ADHD/DSM-IV dành cho trẻ vị thành niên	CAD-A

CRS-R là những công cụ thích hợp cho việc đánh giá trẻ từ 3 đến 17 tuổi. Các thang tự đánh giá có thể được thực hiện trên trẻ từ 12 đến 17 tuổi. Bản quy chuẩn dữ liệu cho các phiên bản sửa đổi từ một mẫu nghiên cứu lớn từ cộng đồng cha mẹ, giáo viên, trẻ nhỏ và trẻ vị thành niên được thu thập trên khắp Hoa Kỳ và Canada từ năm 1993 đến 1996.

Gần đây, Hội đồng nghiên cứu Y khoa Quốc gia Australia (11/2009), đã công bố dự thảo pháp đồ điều trị và chẩn đoán chứng ADHD. Các nhà khoa học Australia đã sử dụng phương pháp trắc nghiệm bằng máy tính để chẩn đoán trẻ ADHD. Nhà tâm lý học Leanne Williams thuộc Đại học Sydney cho biết, ADHD là một trong những rối nhiễu thường gặp nhất ở trẻ em. Giáo sư Williams cho biết nhiều nghiên cứu trong 5 năm qua cho thấy ADHD là một chứng rối loạn não bộ, nhưng chưa có phương pháp xác định hoặc trắc nghiệm khách quan để chẩn đoán căn bệnh này. Bà đã sử dụng một phương pháp trắc nghiệm bằng máy tính đối với hơn 300 trẻ em để kiểm tra trí nhớ và mức độ chú ý, đồng thời đo hoạt động của não bộ và nhịp tim, qua đó nhận thấy những trẻ gặp khó khăn trong việc chú ý vào trò chơi hoặc có những quyết định hấp tấp có hoạt động não bộ chậm hơn và nhịp tim giảm. Những trẻ em

được chẩn đoán mắc chứng ADHD bằng phương pháp trắc nghiệm máy tính sau đó được các bác sĩ khác kiểm tra lại bằng những trắc nghiệm sinh học có kết quả chính xác tới 96%.

Ở Việt Nam, Nguyễn Công Khanh công bố nghiên cứu “Bước đầu thích nghi hóa các thang đánh giá của Conners trên học sinh tiểu học và trung học cơ sở”. Tác giả đã xác định thang đo Conners là công cụ đo hữu hiệu để phát hiện trẻ ADHD [1]. Trong “Phương pháp phát hiện rối nhiễu hành vi tăng động giảm chú ý ở học sinh THCS” (2003), Võ Thị Minh Chí đưa ra một số phương pháp chẩn đoán trẻ ADHD ở học sinh THCS, trong đó tác giả đã khẳng định thang đo Conner là công cụ hữu hiệu nhất (có hệ số tương quan chặt chẽ giữa các tiêu chí đánh giá tăng động, giảm chú ý theo DSM-IV và tăng động giảm chú ý theo bộ trắc nghiệm Conner. [1]

8. Kết luận

Tóm lại, ADHD là một trong những rối loạn phát triển thường gặp ở trẻ em, đặc điểm chung của ADHD là những hành vi hiếu động quá mức đi kèm sự suy giảm khả năng chú ý. ADHD ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng học tập và gây khó khăn trong quan hệ với mọi người. Tỷ lệ trẻ có rối loạn ADHD trên toàn cầu vào khoảng 5% và thay đổi

trong biên độ tương đối rộng do còn tùy thuộc vào phương pháp tiến hành trong nghiên cứu. *ADHD bắt đầu sớm trong quá trình phát triển của trẻ (thường trước 5 tuổi) và biểu hiện rõ rệt khi vào tiểu học.* Trẻ trai có khả năng mắc cao gấp 4 lần trẻ gái, khi trưởng thành bệnh

có xu hướng giảm. Các nghiên cứu về ADHD ở nước ngoài khá sâu sắc và toàn diện. Ở Việt Nam, bước đầu đã có các nghiên cứu về chẩn đoán đánh giá và trị liệu cho trẻ ADHD. Các nghiên cứu cho thấy việc chẩn đoán và trị liệu ADHD tăng vọt trong khoảng 15 năm qua.

^{1,2} Chúng tôi đặt tên biểu đồ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Công Khanh (2002), *Bước đầu thích nghi hóa các thang đánh giá của Conners trên học sinh tiểu học và trung học cơ sở*, Đề tài cơ sở, mã số: C3, Viện Khoa học Giáo dục.
2. Nguyễn Thị Vân Thanh (2010), *Đặc điểm tâm lý tâm sàng của học sinh tiểu học có rối loạn tăng động giảm chú ý*, Luận án tiến sĩ Tâm lý học, Viện Tâm lý học.
3. C. Keith Conners (2004), *Conners' Rating Scales – Revised: Technical Manual*, Multi-Health Systems Inc (MHS).
4. F.Rief Sandra (2008), *The ADD/ADHD checklist: A Practical Reference for Parents and Teachers*, Publisher by Jossey Bass.
5. M.Elena Garralda, Jean – Philoppe Raynaud (2010), *Increasing Awareness of Child and Adolescent Mental Health*, pp 124-136, Published by Jason Aronson.
6. R.Reid (1999), “Psychostimulant Use for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Australia”, *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, pp. 110-117.
7. Russell A.Barkley (1997), *ADHD and the Nature of Self-control*, New York, Guilford.
8. Russell A.Barkley (2000), *Taking Charge of ADHD: The Complete Authoritative Guide for Parents*, pp 19-37, Guilford Press, New York.
9. Russell A.Barkley, Kevin R.Murphy (2006), *Attention - Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnoses and Treatment*, pp.3-19, Guilford Press, New York.
10. R. Reynolds Cecil, Randy W.Kanphaus (2003), *Handbook of Psychological and Education Assessment of Children*, Guilford Press, New York.
11. S. Schroeder Carolyn, Betty N. Gordon (2002), *Assessment and Treatment of Childhood Problems: A clinician's Guide*, pp.384-386, Guilford Press, New York.
12. Wheeler Linda (2010), *The ADHD Toolkit: Case Studies, Electronic Resource Powerpoint Presentations Age Range*, pp.9-29, SEGA Publication Ltd, London.

(Ngày Tòa soạn nhận được bài: 05-4-2012; ngày phản biện đánh giá: 10-5-2012; ngày chấp nhận đăng: 27-8-2012)