

TỔNG QUAN CÁC NGHIÊN CỨU TRÊN THẾ GIỚI VỀ CHƯƠNG TRÌNH DẠY KỸ NĂNG XÃ HỘI CHO TRẺ MẦM NON CÓ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỈ

NGUYỄN THỊ KIM ANH*

TÓM TẮT

Bài viết trình bày tóm tắt các học thuyết tâm lí cổ điển và hiện đại được xem là nền tảng của dạy kỹ năng xã hội (KNXH) cho trẻ mầm non có rối loạn tự kỉ và các công trình nghiên cứu trên thế giới về chương trình dạy KNXH cho trẻ mầm non có rối loạn phổ tự kỉ (RLPTK).

Từ khóa: trẻ tự kỉ, kỹ năng xã hội, chương trình dạy kỹ năng xã hội.

ABSTRACT

An overview of worldwide studies on social skills training curricula for preschoolers with ASD

The article presents a summary of classical and modern psychological theories which form the foundation for teaching social skills to preschoolers with ASD and an overview of worldwide studies on social skills training curricula for preschoolers with ASD.

Keywords: Children with autism, social skills, social skills training curricula.

1. Đặt vấn đề

Rối loạn phổ tự kỉ đang thực sự là một vấn đề lớn của xã hội, một thách thức với công tác nghiên cứu và can thiệp. Việt Nam chưa có thống kê về tỉ lệ trẻ RLPTK, tuy nhiên theo các báo cáo tại hội thảo quốc gia về tự kỉ thì số lượng trẻ được phát hiện mỗi năm tăng lên rất nhiều.

Khiếm khuyết về giao tiếp xã hội thường được xem là khó khăn điển hình và gây ảnh hưởng nhiều đến trẻ rối loạn tự kỉ. Muốn tham gia môi trường hòa nhập tốt, đòi hỏi các trẻ cần có kỹ năng (KN) tự phục vụ tốt, KN ứng xử phù hợp, có khả năng thiết lập các mối quan hệ xã hội với những người xung quanh. Chính vì lẽ đó, giáo dục KNXH cho trẻ mầm

non có RLPTK là vô cùng quan trọng.

2. Nội dung

2.1. Từ các học thuyết cổ điển và hiện đại

Xuất phát từ lí thuyết văn hóa xã hội của L. S. Vygotsky “*Văn hóa vật chất và văn hóa tinh thần là sự kết tinh những kinh nghiệm xã hội mà con người tích lũy được trong quá trình lao động để chế ngự thiên nhiên và cải tạo xã hội*”. Theo học thuyết này, KNXH của trẻ bao hàm nội dung xã hội - lịch sử, môi trường xã hội là nguồn gốc của sự phát triển, sự giáo dục và phát triển của trẻ bao giờ cũng chịu sự chế ước của xã hội. Ông cũng nhận định, trẻ em khi sinh ra đã được hưởng những giá trị mà thế hệ trước để lại, nhưng

* TS, Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương TPHCM; Email: kimanh1966@yahoo.com

muốn hình thành nhân cách của bản thân thì trẻ phải hoạt động tích cực, sáng tạo và tự lập dưới sự hướng dẫn tổ chức của người lớn. Đồng thời, các biện pháp giáo dục phải tác động đến “*vùng phát triển gần*” để kích thích trẻ tích cực nhận thức và hoạt động thực tiễn, giúp trẻ dễ nhay bén hơn khi tiếp thu và thực hành các KNXH mới vào những hoàn cảnh sống khác nhau.

Vận dụng lí thuyết nhận thức xã hội của Albert Bandura: Học tập có thể diễn ra trên cơ sở quan sát hành vi của những người khác và hậu quả của những hành vi đó. Theo ông, “*Trẻ không làm cái mà người lớn nói, nhưng lại làm cái mà chúng thấy ở người lớn làm*”. Có nghĩa là, trẻ học và phát triển qua quan sát hành vi của những người có kinh nghiệm trong các hoạt động có ý nghĩa và quan trọng đối với trẻ. Bằng cách này, giáo viên và cha mẹ giúp trẻ thích ứng với các hoàn cảnh mới, giúp trẻ cố gắng để giải quyết vấn đề và hướng dẫn trẻ nhận trách nhiệm về những hành vi của mình.

Dựa vào lí thuyết phát triển nhận thức của J. Piaget thì quá trình giáo dục KNXH cho trẻ tức là giúp trẻ thích nghi với những hoàn cảnh sống khác nhau bằng cách thiết lập mối quan hệ cân bằng giữa trẻ với môi trường. Sự cân bằng này diễn ra trong quá trình đồng hóa và điều ứng. Đồng hóa tức là quá trình trẻ tiếp nhận thông tin từ các kích thích bên ngoài, biến đổi chúng, tạo thành cái có nghĩa cho bản thân trong quá trình thích ứng với môi trường. Còn điều ứng là quá trình thích nghi của cơ thể với những đòi hỏi đa dạng của môi trường bằng cách

biến đổi những cấu trúc đã có (thay đổi những hành động, hành vi, kĩ năng không phù hợp với chuẩn mực xã hội), tạo ra cấu trúc mới (những KNXH phù hợp với hoàn cảnh thực tiễn), dẫn đến sự cân bằng. Theo J. Piaget, trò chơi chính là sự đồng hóa thực sự với hoạt động cá nhân, cung cấp cho hoạt động cá nhân những nguyên liệu cần thiết và biến đổi thực tại tùy theo nhu cầu của trẻ.

Thuyết hành vi (Behaviorism) được hình thành bởi nhà tâm lí học người Mỹ John B. Watson năm 1913, cho rằng tâm lí học giải thích hành vi của con người không dựa trên quá trình nhận thức diễn ra trong não hay những hành vi không thấy rõ (covert behaviors), mà là những quan sát hành vi được nhận ra (overt behaviors). Học thuyết này sau đó đã được phát triển thành hai luận thuyết nổi tiếng bởi Ivan Pavlov và Burrhus Frederic Skinner. Ba đặc điểm để phân biệt tâm lí học hành vi, đầu tiên là khẳng định rằng khoa học tâm lí phải được dựa trên những hành vi có thể quan sát được. Các nhà hành vi cực đoan giới hạn tâm lí học trong việc nghiên cứu các đáp ứng của sinh vật đối với kích thích của môi trường; loại trừ tất cả các khác biệt về “tinh thần” như là suy nghĩ, hình ảnh tưởng tượng, cảm xúc, trí nhớ bởi vì những điều này không thể quan sát được. Những nhà lí thuyết hòa hoãn hơn thì cho rằng những khái niệm không quan sát được bao gồm 2 điều kiện: Những thuật ngữ có thể định nghĩa được theo cách hành vi và những bao hàm của chúng trợ giúp chúng ta gặp được các mục tiêu về tiên liệu và kiểm soát hành vi. Các nhà

tâm lí học hành vi dựa trên chứng cứ nghiên cứu thực nghiệm được thực hiện dưới những điều kiện được kiểm soát chặt chẽ, cùng với các thực nghiệm trong phòng thí nghiệm là phương pháp lí tưởng. Họ cũng tin rằng việc có được, sự duy trì, thay đổi hoặc loại bỏ đi nhiều hành vi ở động vật hay con người có thể giải thích được một cách đầy đủ và chính xác về các nguyên lí học tập (learning principles).

2.2. Tổng quan các nghiên cứu trên thế giới về chương trình dạy KNXH cho trẻ mầm non có RLPTK

2.2.1. Nghiên cứu dịch tễ về trẻ có RLPTK

Những nghiên cứu trong những năm 60 của thế kỉ XX đã cho rằng tự kỉ cổ điển là một rối loạn tương đối hiếm gặp: từ 4-6/10.000 hoặc khoảng 1/2.000 (theo Lotter, 1967), những phát hiện trong những năm từ 1999 đến năm 2003 thì tự kỉ được nhìn dưới góc độ “phổ của các rối loạn” thì tự kỉ có tỉ lệ lưu hành nhiều hơn so với suy nghĩ trước đây là 60/10.000 hoặc xấp xỉ 1/160 (theo Chakrabarti & Fombonne, 2001) [9]. Mặc dầu có sự cải thiện trong thực hành chẩn đoán và mở rộng những hệ thống phân loại đóng một vai trò quan trọng trong việc gia tăng này, hiện nay một số nhà nghiên cứu như Ozonoff & Rogers (2003) tin rằng các yếu tố môi trường có thể đặt trẻ nhỏ vào nguy cơ cao đối với sự phát triển tự kỉ. Bản dịch tễ học tự kỉ mới nhất năm 2013 (DSM5-APA) thì tỉ lệ trẻ tự kỉ là 1/100. [9].

Những nghiên cứu về dịch tễ học gần đây ghi nhận một sự gia tăng về số

lượng các cá nhân được xác định có rối loạn tự kỉ trong thập niên vừa qua. Louis F. Reichardt (2015) Giám đốc Hội nghiên cứu Tự kỉ Simons (SFARI) trong bài báo khoa học đã cho thấy các nhà nghiên cứu đã sử dụng một phân tích toàn diện về mô hình biểu hiện gen trong quá trình phát triển não bộ của con người. Cả hai nghiên cứu trong năm 2013 chỉ ra rằng các gen được kiểm soát bởi một số đường thần kinh liên quan đến sự phát triển sớm của vỏ não và trong sự hình thành của các khớp thần kinh, các kết nối thần kinh. Những kết quả này gợi ý rằng các đột biến ở các gen này có tác động rõ rệt nhất đến chức năng của các tế bào thần kinh kích thích sản xuất glutamate dẫn truyền thần kinh. Thay đổi về chức năng tế bào thần kinh trong các lớp bề mặt của vỏ não, cũng như những đường liên kết với các phần khác nhau của não bộ, dường như là quan trọng nhất cho sự biểu hiện của hành vi điển hình cho phổ tự kỉ. [1]

Theo nguồn của Autism Speaks, trong một nghiên cứu trong năm 2014 ở trẻ em từ 3 đến 17 tuổi tại Hoa Kỳ cho thấy, tỉ lệ tự kỉ khoảng 2%. Michael Rozanov, giám đốc nghiên cứu của Tổ chức Y tế công cộng Autism Speaks, vừa công bố kết quả của cuộc khảo sát một tỉ lệ đáng kể các phụ huynh của trẻ em từ 3-17 tuổi ở Mỹ đã chỉ ra tỉ lệ chẩn đoán trẻ có RLPTK là 1/45. Con số này cao hơn so với số liệu thống kê chính thức về sự phổ biến bệnh tự kỉ của Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ là 1/68. Tỉ lệ này được dựa trên một phân tích hồ sơ y tế và hồ sơ học tập của trẻ em trong tám năm của một vài khu vực

được lựa chọn của Hoa Kỳ. Dựa trên phỏng vấn 12.000 phụ huynh về sức khỏe và bệnh tật của các thành viên gia đình của họ kết hợp với phỏng vấn ngẫu nhiên một đứa con trong gia đình và kết quả là 2% trẻ em Mỹ sống với bệnh tự kỉ. Dữ liệu này dựa trên kết quả khảo sát của Trung tâm Quốc gia về Thống kê Y tế Hoa Kỳ được tiến hành năm 2014. Nghiên cứu dịch tễ học trước đó tiến hành tại Hàn Quốc cho thấy sự phổ biến của bệnh tự kỉ là 1/38, và đa số các trẻ em đã không được chẩn đoán như vậy. Là một phần của nghiên cứu Hàn Quốc, các nhà nghiên cứu đã đến thăm trường và kiểm tra các trẻ em có các dấu hiệu của bệnh tự kỉ. [1]

Theo quan niệm hiện nay, thuật ngữ “tự kỉ” bao gồm các rối loạn khác nhau và theo quá trình tiến hoá của lịch sử. Thuật ngữ tự kỉ đầu tiên được bác sĩ tâm thần người Thụy Sĩ Eugen Bleuler sử dụng vào năm 1911. Có nguồn gốc từ Hy Lạp: Autos (Self: tự thân) và Ismos (Condition: tình trạng), Bleuler dùng thuật ngữ này nhằm mô tả khái niệm về “sự rút lui vào bên trong của chính mình” và được áp dụng cho người trưởng thành bị tâm thần phân liệt. Năm 1943, Leo Kanner, bác sĩ tâm thần nhi khoa đầu tiên của Hoa Kỳ, tại bệnh viện Johns Hopkins là người đầu tiên sử dụng thuật ngữ “tự kỉ nhũ nhi” (Infantile Autism) để mô tả một nhóm trẻ có tính cách li xã hội, cứng nhắc về hành vi và có suy kém về giao tiếp. Đầu tiên, tự kỉ được xem như là hậu quả của việc nuôi chăm sóc kém từ cha mẹ cho mãi đến những năm của thập niên 1960, ghi nhận rằng nhiều trẻ có động

kinh, và rối loạn này bắt đầu được xem như là có nền tảng từ thần kinh. [12]

Năm 1980, tự kỉ nhũ nhi đầu tiên được đưa vào DSM-III (Sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn sức khỏe tâm thần của Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ), nằm trong phân loại các rối loạn phát triển lan tỏa. Cùng xảy ra vào thời điểm này là sự phát triển ý thức rằng tự kỉ theo Kanner (hay tự kỉ cổ điển) là dạng nặng nhất của một trong những rối loạn phổ tự kỉ. [1]

Ngoài ra, theo ICD 10, xếp các rối loạn phát triển lan tỏa từ F84.0 đến F84.9 đã đưa ra các đặc điểm tuổi khởi phát: phải trước 3 tuổi, tuy nhiên rất khó để có thể chẩn đoán được tự kỉ trước 1 tuổi.

Filipek và cộng sự (1999) liệt kê những quan tâm của cha mẹ có ý nghĩa cảnh báo tự kỉ:

- Quan tâm về xã hội: không biết cười xã hội, chơi một mình, rất độc lập, giao tiếp mắt kém, ở trong chính thế giới của trẻ, không hòa hợp, không quan tâm đến trẻ khác.

- Quan tâm về giao tiếp: không đáp ứng khi gọi tên, không biết nói với cha mẹ điều trẻ muốn, không theo hướng dẫn, giống như bị điếc, có lúc nghe nhưng lúc khác lại không nghe, không biết chỉ hoặc vẫy tay chào tạm biệt.

- Quan tâm về hành vi: những cơn nổi giận, tăng động, không hợp tác hoặc chống đối, không biết chơi với đồ chơi, lặp đi lặp lại, đi nhón gót, gấn bó khác thường với một số đồ chơi, xếp đồ cho thẳng hàng, quá nhạy cảm với một số cảm giác xúc giác hoặc âm thanh, có những kiểu vận động ngón tay hoặc cơ

thể khác lạ. [1]

2.2.2. Nghiên cứu về KNXH của trẻ mầm non có RLPTK

Đến bây giờ thì chúng ta đều biết là tự kỉ ASD là một phổ rối loạn phức tạp của hệ thần kinh ở một số trẻ em đang trên đà phát triển, biểu hiện qua các khiếm khuyết ở nhiều mức độ từ nhẹ đến nặng trong các lĩnh vực giao tiếp và tương tác xã hội, cùng với các hành vi hạn chế lặp đi lặp lại (DSM-V, 2013). Từ cuối thế kỉ XX, các tác giả Lorna Wing (1996), Utah Frith (1989) và Rita Jordan (1999) là những tác giả đầu tiên đã xác định được trẻ tự kỉ có một cụm 3 khiếm khuyết điển hình. Sau đây là tóm lược 3 khiếm khuyết điển hình đó:

- **Khiếm khuyết về tương tác xã hội:** Trẻ hay chơi một mình, có vẻ thờ ơ lãnh đạm, tựa như không thấy ai xung quanh mình, và không đáp ứng; trẻ có thói quen nắm tay người khác dặt đến lấy một vật gì cho mình thay vì hỏi xin. Trẻ thường hướng về người lớn thay vì bạn bè cùng lứa; đáp ứng bất chợt; có khi thụ động chịu đựng các tiếp xúc, tựa như chấp nhận tham gia bất cứ sinh hoạt nào đề ra; thiếu đồng cảm; không biết khen người khác; không biết tương tác xã hội; nhìn một vật hay sự thể gì rất lâu, ngồi sát và phản ứng bất chợt rồi bỏ đi; không biết tìm an ủi khi lo âu căng thẳng. [9]

- **Khiếm khuyết về giao tiếp:** Trẻ có vẻ không muốn giao tiếp; không hiểu các cử chỉ của người khác; có vẻ không muốn truyền thông điều gì cả; khi nói thì nói máy móc những câu thuộc lòng, nói trước khi hiểu nội dung, không cảm xúc, không hiểu đang nói với ai; chỉ hiểu nghĩa đen,

không hiểu nghĩa bóng và trù tượng, không hiểu những lời hài hước của người khác.

- **Hành vi và tư duy cứng nhắc**

Trẻ có những thói quen chơi lặp đi lặp lại, đong đưa, quay vòng hoài không chán, đặc biệt lúc trẻ muốn tránh né một kích thích nào đó; rất trật tự, không mềm dẻo và phản ứng mạnh với những thay đổi nhỏ; trẻ có thói quen phải hoàn tất một việc gì rồi mới chuyển tiếp.

Trẻ thiếu những hành vi phù hợp như nhìn vào mắt ai, nhận biết các nét mặt của người khác, giao tiếp bằng cử chỉ thân thể; không biết tạo quan hệ bè bạn cùng lứa tuổi; thiếu chia sẻ tự nhiên những niềm vui và sở thích - không biết khoe hay chỉ vào những vật mà trẻ thích; thiếu bày tỏ tình cảm với người khác, không biết mở đầu các quan hệ tương tác ra sao, hoặc đáp lại người khác ra sao; không biết gây chú ý và chú ý theo người khác; và không biết biết nhận ra những xúc cảm của chính mình.

Các chuyên gia khoa học cũng đã đồng loạt khẳng định khiếm khuyết KNXH là khiếm khuyết nặng nề nhất của trẻ tự kỉ (White, 2007; Romanczyk, White, & Gillis, 2005; Weiss, 2001; Weiss & Harris, 2001). [9]

DSM-4: Trước đây, DSM-4 (1994) đã xác định phổ tự kỉ gồm có ba lĩnh vực khiếm khuyết: khiếm khuyết về tương tác xã hội; khiếm khuyết về truyền thông giao tiếp; và các hành vi sở thích hạn chế và lặp đi lặp lại.

DSM-5: Trong lần duyệt lại vào năm 2013, DSM-5 quy định lại phổ tự kỉ là một loại khiếm khuyết với hai lĩnh

vực: khiếm khuyết trong giao tiếp, tương tác xã hội; khiếm khuyết trong các hành vi, sở thích, sinh hoạt hạn chế, lặp đi lặp lại.

Sau đây là những chi tiết mà DSM-5 đã xác định:

- **Khiếm khuyết trong giao tiếp và tương tác xã hội, không phải do phát triển chậm bình thường, biểu hiện qua tất cả 3 triệu chứng sau đây:**

+ **Khiếm khuyết trong tương tác xã hội**

Giao tiếp không bình thường, ví dụ: sờ, liếm người khác có tính cách xâm phạm; chỉ dùng người khác để đạt điều gì mình muốn mà thôi.

Trò chuyện vụng về, ví dụ: ngôn ngữ vụng về, không biết giải thích; không trả lời được khi ai gọi hay nói với mình; không bắt đầu câu chuyện; nói một mình, một chiều để đạt điều gì mình muốn.

Tương tác hạn chế, không chia sẻ, không cho xem, không đem tới ai, không chỉ điều gì mình thích; không biết chú ý vào một điểm gì người khác chú ý.

Chia sẻ tình cảm, cảm xúc hạn chế, không cười đáp lại người khác; không bày tỏ vui mừng, thích thú, thành đạt với người khác; không đáp ứng khi được khen; không thích thú trong tương tác xã hội; không an ủi, khen ai; thờ ơ hay tránh né các tiếp xúc giao cảm.

Không khởi xướng trong tương tác xã hội, chỉ khởi xướng khi cần ai giúp đạt điều gì thôi.

Bất chước xã hội rất vụng về, không biết chơi các trò chơi xã hội đơn giản.

+ **Khiếm khuyết trong những**

hành vi giao tiếp để tương tác xã hội

Khiếm khuyết trong giao tiếp mắt, khiếm khuyết dùng các thế đứng và cử động thân thể để giao tiếp, ví dụ quay đi chỗ khác khi người ta nói với mình; không biết chỉ, vẫy tay, gật hay lắc đầu; phát âm cường độ, nhịp độ và nhịp điệu bất bình thường.

Khiếm khuyết trong truyền thông, nói nhanh, lớn tiếng; xúc cảm không bình thường, không diễn tả bằng nét mặt, hay diễn tả nét mặt quá đáng, không nồng nàn, vui với người khác; không bày tỏ cảm xúc được bằng lời nói, giọng nói, cử chỉ kèm theo; không hiểu được những diễn tả của người khác.

Không phối hợp được cử chỉ và lời nói, ví dụ: không nhìn khi nói một điều gì; hay không giao tiếp mắt khi bày tỏ cử chỉ.

+ **Khiếm khuyết trong việc tạo quan hệ và duy trì các quan hệ, thích hợp với lứa tuổi phát triển (ngoài quan hệ với người nuôi mình)**

Khiếm khuyết về tạo quan hệ và duy trì quan hệ, phù hợp với tuổi phát triển, thiếu quan tâm hiểu đoán người khác suy nghĩ gì.

Không thích ứng được hành vi trong các hoàn cảnh xã hội, không nhận diện được người khác thích hay không thích một sinh hoạt nào đó; không phản ứng khi người khác ra dấu yêu cầu thay đổi hành vi; bày tỏ cảm tình không đúng chỗ, như cười nói không đúng lúc.

Không ý thức được những quy ước xã hội, phát biểu không đúng chỗ, đúng lúc; không biết được người ta đang mệt và không thích nữa; không biết tham gia

một trò chơi hay câu chuyện đúng lúc.

Không biết nhận diện tình cảm của mình, không biết đùa, và không biết hành vi của mình làm người khác khó chịu ra sao.

Khó khăn trong chơi tưởng tượng với bạn, ví dụ như đóng kịch.

Khó khăn trong việc kết bạn, không biết kết bạn, không có bạn thân, không biết chơi với bạn, không thích đùa giỡn, hay bị chọc, không chơi nhóm, không hiểu phải tương tác ra sao, chơi thụ động hay điều khiển một mình.

Hoàn toàn không quan tâm đến người khác, có vẻ lạnh lùng, không chú ý đến ai, co rút lại sinh hoạt một mình, không chơi với ai.

- Những hành vi, sở thích và sinh hoạt hạn chế, lặp đi lặp lại, biểu hiện qua ít nhất 2 trong 4 triệu chứng điển hình sau đây:

+ Lời nói, những cử chỉ vận động và dùng đồ vật một cách rất hạn chế, lặp đi lặp lại một cách máy móc

Ngôn ngữ hạn chế lặp đi lặp lại, nói văn hoa máy móc như ông cụ, lặp đi lặp lại, nói làm nhảm, chẳng có nghĩa gì; ngời thứ lung tung; tự xưng bằng tên, nói hoài một chuyện; phát âm lệch lạc.

Hành vi hạn chế và lặp đi lặp lại, vẫy tay, búng tay, quay người, đá chân, liên tục; đi nhón trên đầu ngón chân; cười nhe răng liên tục, nghiêng răng, tắt bật đèn, đóng cửa liên tục, xếp đồ chơi thành hàng.

+ Có những thói quen, những cách đi đứng, cách nói hay hỏi không thay đổi, có những lối đi, đường đi không chịu thay đổi, và nổi giận khi bị thay đổi.

+ Có những sở thích rất hạn chế,

tập trung quá đáng vào một thứ hoạt động, không rời để qua sinh hoạt khác.

+ Phản ứng quá nhạy cảm hay ngược lại quá vô cảm với những tiếp xúc xung quanh, như không biết đau, nóng hay lạnh; phản ứng mạnh với các âm thanh, mùi, sờ vào vật gì. Có khi nhìn vào đèn không bị chói, cầu không đau.

- Những triệu chứng của phổ tự kỉ đã biểu hiện khi trẻ còn thơ ấu, nhưng có thể không biểu hiện hoàn toàn cho tới khi phải đối phó với môi trường xã hội

- Những triệu chứng phối hợp lại làm hạn chế và cản trở chức năng của trẻ trong đời sống hằng ngày

DSM-5 cũng đã quy định sự cần thiết của can thiệp hỗ trợ phù hợp, vì nếu không, những khiếm khuyết về tương tác xã hội sẽ ảnh hưởng tới sự phát triển của trí tuệ và khả năng học vấn của trẻ, gây thiệt hại đáng kể cho đời sống của người tự kỉ cũng như cho xã hội.

- Khiếm khuyết KNXH

KNXH là khó khăn lớn nhất của người tự kỉ, bắt nguồn từ khó khăn giao tiếp và nhận biết. Các nhà tâm lý xã hội đã thấy là tình trạng thiếu KNXH ảnh hưởng lớn đến các quan hệ sau này trong cuộc sống, trong việc làm và đời sống tự lập, đưa tới nhiều vấn đề tâm thần như lo âu và trầm cảm. [7]

KNXH là gì? KNXH là những hành vi phù hợp mà cá nhân cần học và đạt được để giao tiếp với xung quanh, giải quyết các quan hệ xã hội; những hành vi được xã hội chấp nhận mà con người học để giúp mình tương tác với người khác một cách tích cực, tránh được những

phản ứng tiêu cực trong tương tác. Hoàn cảnh xã hội và văn hóa tác động trên các KNXH định nghĩa [9], cần thiết để tồn tại trong đời sống hằng ngày trong xã hội để giao tiếp giữa các thành viên xã hội đi tới những tương tác tích cực.

Đối với trẻ phát triển bình thường ở tuổi mầm non (2-5 tuổi), trẻ thường được dạy tương tác và chơi với bạn. Lúc đầu trẻ nào cũng chơi một mình với đồ chơi, không giao tiếp lắm với trẻ khác; dần dà chơi song song, cùng chơi một đồ chơi nhưng không nhất thiết tương tác với bạn [7]. Đến 3-4 tuổi, trẻ dần dần biết chơi chung và hợp tác, tự tiết chế cảm xúc cần thiết để chơi chung, và biết chờ đợi tới phiên mình trong các trò chơi nhóm. Đến 5 tuổi thì trẻ bắt đầu tương tác phức tạp hơn như biết nói đùa, chia sẻ đồ chơi với bạn, và biết nói chuyện lần lượt với bạn. [9]

Ở tuổi này, trẻ được khuyến khích tập các hành vi để tương tác với bạn trong khi chơi như chơi giả bộ, chia sẻ, và chờ đợi phiên mình; biết bắt đầu giao tiếp bằng lời nói hay cử chỉ; biết nhận diện các cảm xúc và đồng cảm với bạn. Đối với trẻ tự kỉ, các KN này rất hạn chế. [9]

Những kĩ năng thiện xảo được học để thành công trong các tương tác xã hội, không chỉ giới hạn ở: giao tiếp mắt; lắng nghe; chú ý; nhận biết các dấu hiệu xã hội; đáp ứng phù hợp; hiểu ý người khác; giao tiếp bằng lời và không lời; biết đối đáp trong câu chuyện; hiểu ý, cảm xúc người khác; tham gia phù hợp và đối phó với mâu thuẫn phù hợp; tương tác: ăn cơm trong gia đình; ra bên xe; đi mua

hàng; vào lớp; đi thư viện; đi chơi với bạn; thể thao sinh hoạt; nói chuyện điện thoại [7]. Những KN này phải được phối hợp nhịp nhàng trong khung cảnh cuộc sống thực tế, không thể là những KN rời rạc, lặp đi lặp lại một cách máy móc. KN tương tác xã hội rất cần thiết mà lại khó: giao tiếp, chơi, nhận biết, quan điểm; kế hoạch và lại bị ảnh hưởng của các yếu tố trong và ngoài - môi trường, cảm xúc, ý đồ. Một điều rõ ràng, các trẻ được can thiệp hành vi có nhiều tiến bộ về mặt tương tác xã hội. [7]

- **Khiếm khuyết về tư duy và đồng cảm của người tự kỉ**

Khó khăn về tư duy, khó đoán biết được nét mặt của người khác. Trẻ tự kỉ thiếu trầm trọng KN đồng cảm, nhận biết cảm xúc và tư duy, quan điểm của người khác và những biểu lộ hành vi xã hội của người khác do những khiếm khuyết về nối kết thần kinh ngay từ khi 20 tháng. Khiếm khuyết đó tác động đến KN tương tác xã hội của đứa trẻ? Nó sẽ bị tổn thương, không có bạn và cô lập, đưa tới những tình trạng trầm cảm, lo âu. Một cách đơn giản, thuyết “tư duy” *theory of mind* là khả năng đoán ý nghĩ và cảm xúc của người khác [2]. Trẻ tự kỉ thường không đoán được người khác đang cảm nghĩ gì trong một trường hợp nào đó, do đó không hiểu được những biểu hiện tế nhị của con người trong các quan hệ xã hội. Đi đôi với khiếm khuyết về tư duy, trẻ thiếu luôn sự đồng cảm và thường bị hiểu lầm là người vô cảm. Đồng cảm là một cảm xúc phức tạp mà khiếm khuyết đồng cảm rất phức tạp, không giống như khiếm thính hay khiếm thị. Thường thì

trẻ tự kỉ không ý thức về kĩ năng nhận biết dấu hiệu xã hội, đoán biết ý định của người khác và đáp ứng, không nhận biết cảm xúc của người khác và không biết thể hiện cảm xúc của bản thân. [2]

Những KNXH thường được phát triển dần dần từ khi trẻ sơ sinh, từ những KN đơn giản rồi lần lượt đến phức tạp, từ dễ đến khó khi trẻ mỗi ngày được tiếp xúc với xã hội. Những hoạt động như chia sẻ đồ chơi, chơi với bạn bè, có quan hệ với bạn khác giới khi lớn lên... rất cần thiết cho sự thành công trong lớp học, khi ra xã hội, trong các quan hệ nam nữ, không những quan trọng cho sự thành công mà còn cho cả sức khỏe tâm thần. Nhiều người hay nghĩ là người tự kỉ không quan tâm đến tương tác, nhưng thực sự họ không muốn cô đơn, ngược lại rất muốn được tương tác và được chấp nhận. Tuy nhiên, họ lại rất vụng về và hành xử không phù hợp.

Vì sao trẻ tự kỉ có khó khăn về đồng cảm? Trẻ tự kỉ có khiếm khuyết về tính đồng cảm do kết nối thần kinh bất thường ngay từ lúc 20 tháng tuổi. Một số có thể đồng cảm với cảm xúc của người khác một khi trẻ hiểu người đó cảm nhận ra sao, nhưng do bị khó khăn về cảm giác nên khó phát hiện được những thông tin không lời. Đôi khi trẻ tự kỉ đáp ứng bằng nét mặt và âm thanh không đồng bộ với thông tin của người kia nên dễ bị hiểu lầm là vô cảm, không thân thiện, dễ bị tổn thương và cô lập, đưa tới trầm cảm lo âu. Do đó, cần giúp trẻ nhận biết các cảm xúc của chính mình, sau đó suy đoán những gì người khác đang tư duy. Chúng ta có thể dùng hình ảnh về các cảm xúc,

giương để cho trẻ nhận diện các cảm xúc, ngôn ngữ cơ thể và tiếng nói; các phim câm; những phiếu vẽ những tương tác. Trẻ tự kỉ không phân biệt được nhưng phong cách tập quán xã hội ra sao do đó không tinh tế trong các quan hệ xã hội. Trẻ cần được dạy và hướng dẫn để phát triển năng khiếu đó để có những hành vi thích nghi khi giao tiếp, bắt đầu từ khung cảnh học đường. Việc học KN này không dễ, nhưng trẻ vẫn cần được học những hành vi thích hợp để ứng xử tốt trong các quan hệ xã hội. Người ta nghĩ đơn giản là dạy KNXH cho trẻ tự kỉ đơn thuần chỉ là dạy trẻ thích ứng vào thực tế xã hội phức tạp và đa dạng. Điềm khởi đầu là chúng ta liệt kê ra những dấu hiệu biểu hiện khiếm khuyết xã hội như không giao tiếp mắt; không quan tâm đến người khác; không biết diễn tả cảm xúc; không hiểu ngữ nghĩa của từ trong các tình huống giao tiếp xã hội. Ví dụ: Chào hỏi có thể là một KN đơn giản. Nhưng nếu phân tích kĩ càng hơn thì nó là một KN phức tạp, bởi vì chào một bạn cùng lớp khác với chào một người khách ngoài đường, tùy theo người khách đó là người thân hay thầy cô giáo. [2]

Howlin, Goode, Hutton and Rutter (2004) cho rằng thông thường khi trẻ vào trường thì nhà trường có khuynh hướng tập trung vào việc dạy trẻ các KN học viết và KN tự phục vụ hằng ngày, nhưng ít tập trung dạy KNXH cho trẻ. Do đó, ngay cả đối với trẻ có ngôn ngữ như trẻ Asperger, việc tương tác xã hội rất kém dễ làm cho trẻ căng thẳng và bùng nổ, dễ thất bại trong quan hệ hòa nhập trong đời sống và trong công việc. Trẻ tự kỉ cần

được dạy cụ thể và rõ ràng về giao tiếp và tương tác xã hội ngay từ tuổi mẫu giáo, để biết cách cư xử xã hội từ trong học đường ra tới ngoài xã hội, nếu không sẽ khó hòa nhập. Đặc điểm của trẻ: học từng cụm; nhớ dai; thị giác tốt; lặp lại những gì cụ thể. [7]

Khi giúp trẻ tự kỉ phát triển khả năng giao tiếp xã hội, chúng ta cần hiểu là những khó khăn này của trẻ do bệnh tự kỉ gây nên, và trẻ tự kỉ không học được cách giao tiếp trong xã hội một cách tự nhiên như những trẻ bình thường khác được. Trước hết trẻ cần được dạy ngôn ngữ và những nghi thức của giao tiếp xã hội, sau đó phát triển các cách giao tiếp để đem ra sử dụng trong học đường, ở nhà và trong cộng đồng. Cuối cùng, giới thiệu trẻ vào nhóm chơi để trẻ học chơi một cách độc lập với bạn.

Những khiếm khuyết của trẻ tự kỉ về mặt xã hội là không biết chơi giả bộ, không biết đặt vào địa vị người khác, không biết bắt đầu chuyện trò và đáp lại. Mặc dù trẻ muốn tương tác với trẻ khác, chúng không có KN cần thiết. Cho trẻ vào học chung với trẻ khác, cũng như dạy trẻ những KN học vẫn không đủ. Trẻ cần học những vi tế của tương tác xã hội, không gian riêng tư, đồng cảm và đoán hành vi. Các trường học đơn giản cho rằng chuẩn bị cho trẻ hòa nhập là dạy cho trẻ KN học vẫn thôi và giám các hành vi tiêu cực, nhưng thiếu KNXH trẻ sẽ bị cô lập. [9]

Nikopoulos & Keenan cho rằng dạy trẻ KNXH cần bắt đầu ngay từ tuổi mầm non. KNXH nhắm đến những hành vi đơn giản cần thiết như hướng về người khác và giao tiếp mắt [9]. KNXH bao

gồm chơi với bạn, chọn quan điểm, biết trò chuyện, có thể được dạy bằng kỹ thuật video, âm nhạc trong các tình huống tự nhiên hàng ngày. Pierce & Schreibman đã nghiên cứu áp dụng câu chuyện xã hội để dạy sự tự tin và tự lập cho trẻ trong mọi tình huống [9]. Khiếm khuyết KNXH có thể trầm trọng và đòi hỏi được dạy cho trẻ có RLPTK ngay từ tuổi mầm non cho đến hết trung học, có khi đến tuổi trưởng thành. KNXH tích cực rất cần thiết cho sự phát triển xã hội lành mạnh của trẻ. Trẻ có KNXH tích cực thường tự tin, có quan hệ tốt với bạn, và thành công trong học đường và trong cuộc sống. Ngược lại, khiếm khuyết KNXH có thể đưa tới hành vi bạo động, hành hạ người khác. Việc tìm ra những kế hoạch phát triển hành vi xã hội có thể đem lại những kết quả tích cực, đồng thời giảm các kết quả tiêu cực ở trẻ em.

2.2.3. Nghiên cứu về Chương trình dạy KNXH cho trẻ mầm non có RLPTK

Trên thế giới đã có nhiều các công trình khoa học chứng minh tính hiệu quả của việc sử dụng các chương trình can thiệp để thúc đẩy các KNXH ở trẻ em có sự chậm trễ xã hội. Có thể phân tích tóm tắt một vài công trình điển hình của Carr, EG, và Darcy, M. (1990). Các công trình này đã thiết lập tổng quát mô hình đồng đẳng ở trẻ em có RLPTK đã được đăng trên *Tạp chí Tự kỉ và rối loạn phát triển*. Đã có 4 trẻ mẫu giáo có RLPTK tham gia thử nghiệm theo chương trình can thiệp. Sau thực nghiệm, tất cả 4 trẻ mẫu giáo tổng quát đã hình thành được KN bắt chước và có thể thiết lập mối tương quan mới với những hành động

mới. Carr, E. G và Darcy, M là những tác giả thuộc khoa Tâm lí học, Đại học New York đã nghiên cứu về sự phát triển hành vi ở trẻ mẫu giáo có RLPTK theo mô hình “bạn bè-peer” [7].

Bên cạnh đó, chương trình dạy các KNXH LEAP cho trẻ mầm non có RLPTK đã được sử dụng tại các bệnh viện và trường học trên khắp nước Mỹ và Canada bởi các giáo viên, nhà trị liệu ABA và phụ huynh. Chương trình bao gồm các trò chơi và kế hoạch bài học, các hoạt động nhằm giúp trẻ hiểu được ngôn ngữ cơ thể, các kí hiệu giao tiếp xã hội, KN giao tiếp, đàm thoại, KN tự vệ sinh, cách cư xử và nhiều KNXH cần thiết khác. Chương trình hướng dẫn cá nhân hoặc có thể được sử dụng trong các thiết lập nhóm lớn. Chương trình hướng dẫn sử dụng các câu chuyện xã hội, video dạy KNXH mẫu để dạy KNXH cho trẻ. Chương trình “LEAP” cung cấp hơn 185 hoạt động hỗ trợ KNXH cho giáo dục trẻ mầm non. Giáo viên và phụ huynh có thể sử dụng các hoạt động này nhằm giúp trẻ giao tiếp bằng ngôn ngữ nói và không lời, phát triển các KN nghe. [10]

Schunk đã nghiên cứu chương trình dạy KNXH cho trẻ em tự kỉ chức năng cao qua mô hình “trung gian bạn bè” bởi lẽ một trong những đặc điểm phổ biến nhất của trẻ tự kỉ là thiếu hụt về KN giao tiếp xã hội. Mục đích của nghiên cứu này là để đánh giá hiệu quả của chương trình đào tạo KNXH qua mô hình “trung gian bạn bè” (SST) kết hợp với thông tin phản hồi bằng video, tăng cường KN giao tiếp xã hội ở trẻ em có RLPTK bậc cao. Có 4 trẻ trai 6-7 tuổi có RLPTK chức năng cao

tham gia vào nghiên cứu. Việc dạy các KNXH được kéo dài 12 tuần với mục tiêu dạy trẻ sáu KN giao tiếp được lựa chọn sau khi phỏng vấn phụ huynh và quan sát hành vi trong một khoảng thời gian đánh giá đầu vào. Kết quả của nghiên cứu là sự cải thiện KN giao tiếp xã hội của trẻ được chứng minh rõ nét. [7]

Garfinkle, AN, & Schwartz, IS đã nghiên cứu về sự phát triển tương tác xã hội ở trẻ em mắc chứng tự kỉ và chậm phát triển khác trong lớp học mầm non. Ba trẻ mẫu giáo có RLPTK và một trẻ CPTTT tham gia chương trình can thiệp trong các nhóm nhỏ. Các tác giả đã sử dụng quan hệ bạn bè (peer) kèm với hướng dẫn của giáo viên trong các nhóm nhỏ, khen ngợi các hành động bắt chước của trẻ trong quá trình thực nghiệm. Kết quả cho thấy sự gia tăng đáng kể mối quan hệ bạn bè và hành vi xã hội của trẻ. [4]

Jones, CD, & Schwartz, IS trong bài báo khoa học “*Anh chị em, bạn bè, và người lớn: các hiệu ứng khác biệt của mô hình cho trẻ em có RLPTK*” đã công bố 3 mô hình: mô hình người lớn, mô hình bạn bè ngang hàng và mô hình hóa anh chị em trong việc can thiệp hành vi xã hội của trẻ tự kỉ [2]. Có 12 mẫu nghiên cứu tham gia và thực nghiệm, trong đó có 3 trẻ tự kỉ, 3 bạn bè đồng tuổi, 3 anh chị em, 3 giáo viên. Kết quả cho thấy trẻ tự kỉ được cải thiện hành vi xã hội tích cực và KN ngôn ngữ nói trong giao tiếp. [4]

Wolfberg, PJ & Schuler, AK trong bài báo khoa học “*Nhóm chơi tích hợp: Một mô hình cho việc thúc đẩy các khía cạnh xã*

hội và nhận thức của trẻ em có RLPTK” được đăng trên *Tạp chí Tự kỉ và rối loạn phát triển* đã công bố kết quả nghiên cứu về Chương trình can thiệp dựa trên mô hình thực hành là thích hợp cho sự phát triển của tương tác xã hội, giao tiếp, vui chơi và trí tưởng tượng ở trẻ có RLPTK (ASD) [8]. Nền tảng khái niệm của mô hình được thảo luận về mô hình phát triển biểu tượng và các KNXH phù hợp với các biến thể của trẻ có RLPTK (ASD) cũng như quan điểm phát triển và văn hóa xã hội về vai trò nổi bật của trò chơi trong thời thơ ấu. [8]

Trong thời gian gần đây, chương trình dạy KNXH cho trẻ có RLPTK do Trường *The York County Division* thiết kế và tổ chức ở Hoa Kỳ đã được dịch ra tiếng Việt và được các nhà chuyên môn và phụ huynh Việt Nam biết đến. Mục đích của chương trình này nhằm cung cấp cho giáo viên, phụ huynh, các chuyên gia và sinh viên quy trình dạy các KN cơ bản để thúc đẩy sự phát triển nhận thức của học sinh trong học tập, tình cảm và KNXH. Các KNXH được đề cập trong hướng dẫn chương trình dạy được phân loại thành bảy lĩnh vực: quản lý xung đột (Conflict Management); mối quan hệ bạn bè (Peer Relationships); KN trong lớp học (School/Classroom Skills); KN thể hiện, nhận biết cảm xúc và tự nhận thức (Feelings and Self-Awareness); KN đàm thoại (Conversational Skills); KN giải quyết vấn đề (Problem Solving Skills); KN ứng xử trong cộng đồng (Community Conduct). Trong mỗi KNXH, các tác giả đã mô tả, phân tích thời điểm, địa điểm và lí do tại sao sử dụng KN đó, đồng thời ở từng KNXH có kèm theo các chỉ số

tương ứng, cụ thể: KN quản lý xung đột và KN giải quyết vấn đề cùng có 4 chỉ số; mỗi quan hệ bạn bè có 12 chỉ số; KN lớp học có 8 chỉ số; cảm xúc và tự nhận thức có 7 chỉ số; KN đàm thoại và KN ứng xử cộng đồng cùng có 14 chỉ số. [6]

Đặc biệt TeachTown là chương trình dạy trẻ có RLPTK với sự hỗ trợ của công nghệ thông tin, cung cấp các bài học trên máy tính dưới hình thức phim hoạt hình. TeachTown là chương trình dạy 5 lĩnh vực phát triển cho trẻ từ 2-7 tuổi có RLPTK. Mỗi lĩnh vực gồm 10 bài học và tổng số là 500 bài học về KN thích nghi, KN nhận thức, Nghệ thuật, Phát triển ngôn ngữ, Toán học, Tình cảm và KNXH. [11]

Những nghiên cứu nêu trên là những thông tin rất quan trọng cho nhóm nghiên cứu đề tài về các phương diện lí thuyết, thực tiễn và giáo dục.

3. Kết luận

Như vậy, rối loạn tự kỉ sẽ tác động trực tiếp tới sự phát triển tâm lí - nhân cách đặc biệt làm hạn chế KN giao tiếp, quan hệ xã hội, ngôn ngữ và cảm giác - giác quan của trẻ mầm non. Điều này sẽ ảnh hưởng trực tiếp tới phát triển KNXH và làm cho trẻ gặp khó khăn trong hòa nhập vào môi trường xã hội.

Các học thuyết cổ điển và hiện đại và những công trình khoa học trên thế giới về trẻ tự kỉ, về KNXH, về chương trình dạy KNXH cho trẻ em có RLPTK không chỉ là định hướng mà còn là những chỉ dẫn quý báu cho những người quan tâm đến vấn đề dạy trẻ tự kỉ, chương trình dạy KNXH cho những trẻ mầm non có RLPTK tại Việt Nam nói chung và TPHCM nói riêng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Thiệu Xuân Giang (2013), *Tự kỉ từ phát hiện sớm, chẩn đoán và can thiệp cập nhật các tiêu chí chẩn đoán mới theo DSM-5*.
2. Baron-Cohen.S (2001), *The Autism Spectrum Quotient (AQ): evidence from Asperger Syndrome/high functioning autism, mail and femails, sientists and mathematicians*, J Autism
3. Jones, Christopher D.; Schwartz, Ilene. S (2004), *Siblings, Peers, and Adults: Differential Effects of Models for Children With Autism*, IES Journal.
4. Garfinkle, AN, & Schwartz, IS (2002), *Interaction of Social and Play Behaviors in Preschoolers With and Without Pervasive Developmental Disorder*, SAGE Journal.
5. Megan Bailey Clinical Interventionist III (2010), *Social Skill Intervention Strategies for Children with Autism*, http://sociallyspeakingllc.com/my-mission-for-socially/free-pdfs/social_skills_strategies-sa.pdf
6. The York county school division (2006), *Social skills curriculum*
7. Research.pdf.<https://mospace.umsystem.edu/xmlui/bitstream/handle/10355/40106/research.pdf?>
8. Wolfberg, P., DeWitt, M., Young, G.S., & Nguyen, T. (2015), *Integrated Play Groups: Promoting symbolic play and social engagement with typical peers in children with ASD across settings*. Journal of Autism and Developmental Disorders 45 (3)
9. Исследование. Аутизм у одного из 45 - новые данные о распространенности PAC, <http://outfund.ru/autizm-u-odnogo-iz-45-novye-dannye-o-rasprostranennosti-ras/>.
10. <http://www.kennedykrieger.org/special-education/educational-programs/leap-program>
11. <http://web.teachtown.com/products/social-skills> 29/10/2015
12. <http://www.tamlyhocthanhinh.com>, 29/10/2015.

(Ngày Tòa soạn nhận được bài: 28-01-2016; ngày phản biện đánh giá: 29-2-2016;
ngày chấp nhận đăng: 20-4-2016)