

RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý VÀ RỐI LOẠN HỌC TẬP Ở TRẺ EM

Nguyễn Thị Vân Thanh

Bệnh viện Bạch Mai.

Rối loạn tăng động giảm chú ý (RLTĐGCY) - Attention Deficit Hyperactivity Disorder, là một rối loạn khá phổ biến ở trẻ em, ước chừng chiếm từ 3 - 5% trẻ em lứa tuổi học đường [1, 2, 4, 7, 10]. Đánh giá trẻ em RLTĐGCY đòi hỏi tiếp cận nhiều chiều. Đó là xem xét hoạt động của trẻ ở phòng khám, ở nhà và ở trường... Trong đó, người ta đặc biệt chú ý đến lĩnh vực trường học. Bởi lẽ, trẻ RLTĐGCY có rất nhiều khó khăn ảnh hưởng đến việc lĩnh hội tri thức của chúng [3]. Tuy nhiên, cũng còn có một rối loạn khác ảnh hưởng khá nhiều đến việc lĩnh hội tri thức của trẻ trong nhà trường, đó là rối loạn học tập (learning disorder). Và dường như có một mối tương quan nào đó giữa hai rối loạn RLTĐGCY và rối loạn học tập (RLHT) [10].

Tuy nhiên, cũng có một vài nghiên cứu còn nhận ra rằng RLHT gần như là phổ biến ở trẻ RLTĐGCY. Điều đó dẫn các tác giả này đến kết luận là không thể phân biệt được RLTĐGCY và RLHT [8]. Ở Việt Nam, vấn đề này hầu như chưa được nghiên cứu. Trong bài viết này, chúng tôi muốn trình bày một số ý kiến về những vấn đề nêu trên, các nhận xét dẫn ra chủ yếu từ các nghiên cứu của nước ngoài. Trước hết, chúng ta hãy xem xét các khái niệm.

RLTĐGCY là một rối loạn với những hành vi bộc lộ một cách dai dẳng qua thời gian. Các hành vi thường thuộc các phạm trù: thiếu tập trung chú ý, tăng động và xung động. Những trẻ có RLTĐGCY thường khó để tâm vào bất cứ việc gì và chán nản với một công việc chỉ sau vài phút. Những trẻ RLTĐGCY thường cảm thấy bồn chồn không yên, trẻ quá xung động thường phản ứng ngay lập tức và không suy nghĩ trước khi hành động [1, 2, 3, 4, 7, 11, 12].

RLHT là những vấn đề gây ảnh hưởng tiêu cực đến quá trình lĩnh hội học vấn hoặc một lĩnh vực quan trọng khác của cuộc sống cá nhân, trong đó yêu cầu những kỹ năng tính toán, đọc hay viết [3, 6, 8, 13].

Thực tế, mối quan hệ giữa RLTĐGCY và RLHT tồn tại như thế nào? [10, 11].

RLTĐGCY ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả học tập ở trường

Thời gian tập trung chú ý ngắn và chú ý có chủ định kém của trẻ RLTĐGCY làm cho việc lĩnh hội tri thức ở trên lớp học giảm đi đáng kể. Những trẻ này xung động về nhận thức và hành vi nên chúng ra các quyết định cực kỳ nhanh chóng nhưng lại không thích hợp. Thêm vào đó là sự xao lãng chú ý và kém tập trung chú ý làm cho trẻ lĩnh hội những lời giảng và những lời hướng dẫn của giáo viên ở lớp học kém khiến trẻ không hoàn thành được hoặc hoàn thành nhiệm vụ không đúng yêu cầu.

RLHT dẫn đến các triệu chứng của RLTĐGCY

Các RLHT không được khắc phục làm kết quả học tập của trẻ không tốt, trẻ dễ nhận được những lời phê bình, chỉ trích dẫn đến chán học, mất động cơ học tập, do vậy hay quấy phá, hung hãn trong lớp học. Mặt khác, chính các RLHT làm cho trẻ không theo kịp được những lời giảng của giáo viên trên lớp, khiến trẻ chán nản do đó xao lãng chú ý tới bài giảng. Nghĩa là các triệu chứng xung động, tăng động, giảm chú ý của RLTĐGCY có thể xuất hiện khi trẻ có RLHT.

Trên thực tế lâm sàng, nhiều nghiên cứu còn nhận thấy có sự gối lên nhau phức tạp giữa RLTĐGCY và RLHT.

Chẩn đoán phân biệt hai rối loạn này khá khó khăn bởi tỷ lệ rối loạn kèm theo của hai rối loạn này là khá cao và được nhận thấy cả trên các quần thể nghiên cứu trên lâm sàng và trên dịch tễ học (Pennington, Groisser & Welsh, 1993; Shaywitz và cs, 1995). Shaywitz và Shaywitz (1991) ghi nhận 9 - 10% trên dịch tễ học quần thể trẻ RLTĐGCY được chẩn đoán là có RLHT. 34 - 38% trẻ RLTĐGCY được đưa đi khám ở các bệnh viện và phòng khám thì cũng có RLHT (August & Cafinkel, 1990; Dykman & Ackerman, 1991; Weinberg & Emlise, 1991). Tổng kết qua nhiều nghiên cứu nhận thấy, tỷ lệ đó là 36 - 80% trẻ có RLHT thì cũng có RLTĐGCY (Cantell & Baker, 1991; Felton, Wood, Brown, & Campell, 1987; Weinberg & Emlise, 1991) [6].

Theo một điều tra liên quan đến lứa tuổi của Trung tâm Sức khỏe và chăm sóc sức khỏe ở trường học của Mỹ, khoảng 16% trẻ trai từ 5 - 17 tuổi và 8% trẻ gái có cùng độ tuổi được chẩn đoán thời điểm là có RLTĐGCY hoặc RLHT hoặc kết hợp cả hai. Điều tra cũng nhận thấy 5,4% trẻ trai và 1,6% trẻ gái chỉ được chẩn đoán là RLTĐGCY đơn thuần trong khi 5,3% trẻ trai và 3,8% trẻ gái được chẩn đoán là RLHT đơn thuần. Trong một nhóm khác, 4% trẻ trai và 2,4% trẻ gái có kết hợp cả hai rối loạn này [10, 12, 13].

Những nghiên cứu chỉ ra rằng, những trẻ RLTĐGCY thường có kết quả học tập kém hơn nhóm đối chứng, hiển nhiên tỷ lệ dúp lớp, các môn học kém, phải ngồi chỗ đặc biệt trong lớp và bị phạt cũng nhiều hơn. Các nghiên cứu hậu sử nhận thấy rằng, vấn đề học tập của trẻ RLTĐGCY kéo dài dai dẳng đến tuổi

trưởng thành và làm trẻ học kém rồi thất bại học đường. Đến nay vẫn còn chưa rõ liệu thất bại học đường ở trẻ RLTDGCY có liên quan đến những triệu chứng của bệnh như kém tập trung chú ý, xung động, thiếu hụt (của RLTDGCY), nhận thức (của RLHT) và sự kết hợp của cả hai nhân tố (cả RLTDGCY và RLHT) hoặc là của các nhân tố khác như bất lợi về xã hội, hay do động cơ học tập kém [8].

Tuy nhiên, có tồn tại sự khác nhau quan trọng trong việc định nghĩa đặc điểm của cả hai rối loạn. Đó là RLTDGCY thì có các triệu chứng kém tập trung chú ý, xung động và tăng động, còn RLHT đề cập đến một nhóm các rối loạn nhận thức được cho là do khiếm khuyết về tri giác ở một vài quá trình nhận thức cơ bản như rối loạn về ngôn ngữ, đọc, viết, đánh vần hay tính toán. Thêm vào đó, nhiều trẻ RLTDGCY vẫn có thành công nhất định và không phải tất cả trẻ có RLHT thì có RLTDGCY. Rõ ràng hai rối loạn này là khác nhau nhưng nó lại cùng có đồng thời trên một số người mà thôi.

Vậy điểm khác biệt cụ thể của RLTDGCY và RLHT là gì?

Xét về nguyên nhân gây bệnh

RLTDGCY có thể xuất hiện dưới ảnh hưởng của nhân tố tâm lý xã hội nhưng RLHT thì không bị ảnh hưởng bởi nhân tố này [3, 7, 9, 11]; Trong khi, RLHT là do hoạt động của cơ quan tiếp nhận và đáp ứng cảm giác nghe nhìn ở hệ thần kinh trung ương bị rối loạn thì trẻ RLTDGCY lại không có sự rối loạn của các cơ quan này; Và RLHT còn do những dị tật sau khi sinh gây nên, nhưng RLTDGCY thì không có nguyên nhân này...[5].

Xét về dấu hiệu cảnh báo sớm

Ở trẻ có RLHT, điểm khác biệt của những trẻ này là những thành tựu mà trẻ đạt được ở một số lĩnh vực so với trí tuệ toàn bộ của trẻ. Nghĩa là, trí tuệ của trẻ có thể ở mức bình thường nhưng các lĩnh vực rối loạn thì kém. Các lĩnh vực mà RLHT ảnh hưởng đến trẻ bao gồm:

- Ngôn ngữ nói: chậm, rối loạn hay lệch lạc về nghe và nói.
- Ngôn ngữ viết: có khó khăn về đọc, viết và đánh vần.
- Tính toán: có khó khăn trong việc làm toán hay hiểu các khái niệm cơ bản về toán.
- Khả năng suy luận: có khó khăn trong việc tổ chức và thống hợp những suy nghĩ, ý nghĩ.
- Trí nhớ: gặp khó khăn trong việc nhớ thông tin và các chỉ dẫn.

Ở trẻ RLTDGCY, đây không phải dấu hiệu cảnh báo sớm [5].

Xét về tuổi xuất hiện

Ở trẻ RLTDGCY, người ta thường nhận thấy, có hai mốc chính là khi trẻ bước vào mẫu giáo và khi bước vào tiểu học, tương ứng đó là 3 tuổi và 6 tuổi. Còn đối với RLHT, thường được chẩn đoán khi trẻ bước vào tiểu học, lúc trẻ bắt đầu phải đọc và viết [3, 5].

Xét về phân loại

RLTDGCY được phân làm ba loại [1]:

- Rối loạn giảm chú ý/tăng động: kiểu kết hợp.
- Rối loạn giảm chú ý/tăng động: giảm chú ý là nổi trội.
- Rối loạn giảm chú ý/tăng động: tăng động và xung động là nổi trội.

RLHT được phân thành [5, 6, 10]:

- Rối loạn phát triển ngôn ngữ và phát âm (có rối loạn về phát âm chính xác, rối loạn về biểu đạt ngôn ngữ và rối loạn về tri giác ngôn ngữ).
- Rối loạn các kỹ năng học tập (có rối loạn đọc, rối loạn viết và rối loạn tính toán).
- Các RLHT khác.

Xét về các can thiệp trị liệu

Đối với RLTDGCY, người ta sử dụng liệu pháp hoá dược (sử dụng thuốc) và tâm lý trị liệu (chủ yếu là liệu pháp nhận thức hành vi) [4, 11].

Còn đối với RLHT, người ta sử dụng phương pháp giáo dục đặc biệt. Trong những lớp đặc biệt, trẻ có RLHT thường được giáo viên dạy bảo, dẫn dắt tập trung vào vấn đề đặc biệt của nó [5].

Tóm lại, RLTDGCY và RLHT có mối tương quan với nhau. Chúng là hai rối loạn khác nhau, thường đi cùng nhau và cùng gây những bất lợi cho trẻ trong việc lĩnh hội tri thức ở trường học. Tuy có những điểm khá giống nhau khiến nhiều người nhầm lẫn, nhưng việc phân biệt được hai rối loạn này là rất quan trọng vì can thiệp trị liệu của chúng là hoàn toàn khác nhau.

Tài liệu tham khảo

1. ADHD.org.nz. "What is ADHD???" 2000. <http://www.adhd.org.nz>.
2. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). *Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. <http://www.ahrq.org>.
3. Appalachia Educational Laboratory. *ADHD - building Academic Success - 2004*. <http://www.Idonline.org>.

4. Barry D. Garfinkel. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children*. W.B. Saunder Company, 1990.
5. Education First.biz. *LD - Learning Disabilities - Learning Disorders*. <http://d148292.u72.helpinghost.com/what-is-learning-disablilty.htm>.
6. Fontina L. Rashid, Mary K. Morris. *Naming Verbal Memory Skills in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Reading Disabilities*. *Journal of Clinical Psychology*, June 2001.
7. Gabrielle Weiss. *Child and Adolescent Psychiatry* (Melvins Lewis), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. William & Willskin, 1991, p.153 - 161.
8. Joseph Biedeman, Jeffrey Newcorn, Susan Sprich. *Comobidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Conduct, Depressive, Anxiety and other disorders*. *Am. J. Psychiatry* 148:5, May 1991.
9. Marilyn T. Erickson. *Behavior Disorders of Children and Adolescents*. Prentice - Hall, Inc. 1992, p. 229 - 234.
10. M. Touzin, M.F. Le Heuzey, M.C. Mouren-Simeoni. *Hyperactivité avec deficit de l'attention et trouble des apprentissages Neuropsychiatr. Enfancee Adolesc.*, 1997, 45 (9), 502 - 508.
11. Paul H. Wender. *ADHD: Attention deficit Hyperactivity Disorder in Children, Adolescents and Adult*. Oford University Press, 2000.
12. Philippe Claudon. *Dynamique psychique de l'agir dans l'instabilite infantile. Approche projective à partir d'un cas clinique*. *Bulletin de psychologie/tome 51* (4)/436/juillet - oaut, 1998.
13. The Center for Health and Health Care in Schools. *New Alert*. November 4, 2005. Servey Reports ADHD, LD Prevalance in 2003. <http://www.healthinschool.org>.