

CỤC BẢO TRỢ XÃ HỘI

**CHĂM SÓC, HỖ TRỢ Y TẾ VÀ
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG
CHO TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ**

Tài liệu tập huấn

Hà Nội, 2017

MỤC LỤC

A. MỤC TIÊU

B. ĐIỀU KIỆN THỰC HIỆN

C. NỘI DUNG

Bài 1. Những vấn đề thường gặp của trẻ RLPTK

1. Tên gọi và thuật ngữ liên quan đến RLPTK
2. Những nguyên nhân gây RLPTK
3. Triệu chứng lâm sàng đặc trưng của trẻ RLPTK
4. Những bệnh đi kèm với RLPTK

BÀI 2. Một số mô hình, phương pháp trị liệu cho trẻ RLPTK

1. Các mô hình trị liệu cho trẻ RLPTK
2. Các phương pháp trị liệu cho trẻ RLPTK

BÀI 3. Sử dụng thuốc trong điều trị cho trẻ RLPTK

1. Một số vấn đề chung về sử dụng thuốc trong điều trị cho trẻ RLPTK
2. Điều trị dược lý bệnh động kinh đi kèm RLPTK
3. Điều trị rối loạn giấc ngủ của trẻ RLPTK

BÀI 4. Điều trị y sinh, dinh dưỡng cho trẻ RLPTK

1. Mối liên hệ giữa RLPTK và dinh dưỡng
2. Chế độ ăn uống cho trẻ RLPTK
3. Các loại vitamin cho trẻ RLPTK

BÀI 5. Trị liệu y tế và PHCN cho trẻ RLPTK

1. Những điều cần lưu ý

2. Kỹ thuật huấn luyện kỹ năng chú ý
3. Kỹ thuật huấn luyện ngôn ngữ, giao tiếp
4. Kỹ thuật nâng cao động cơ

BÀI 6. Dạy kỹ năng tự chăm sóc cho trẻ RLPTK

1. Thế nào là kỹ năng tự chăm sóc
2. Tầm quan trọng của việc học kỹ năng tự chăm sóc
3. Một số nguyên tắc dạy kỹ năng tự chăm sóc cho trẻ RLPTK
4. Các giai đoạn hình thành kỹ năng tự chăm sóc cho trẻ RLPTK
5. Các phương pháp hướng dẫn
6. Dạy trẻ RLPTK một số kỹ năng tự chăm sóc cơ bản

BÀI 7. Những vấn đề cần lưu ý khi chăm sóc, PHCN cho trẻ RLPTK

1. Những vấn đề thường gặp của trẻ RLPTK và cách xử trí
2. Xác định nhu cầu của trẻ RLPTK
3. Ủng hộ trẻ và giúp trẻ tiến bộ
4. Lựa chọn các phương pháp trị liệu cho trẻ RLPTK

DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO

PHỤ LỤC

A. MỤC TIÊU

1. Mục tiêu chung

Chuyên đề này giúp trang bị cho học viên những kiến thức cơ bản về những vấn đề thường gặp của trẻ rối loạn phổ tự kỉ, giới thiệu một số mô hình, phương pháp trị liệu cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ, hình thành và phát triển các kỹ năng cơ bản về chăm sóc y tế và phục hồi chức năng cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ.

2. Mục tiêu cụ thể

- Sau khi hoàn tất học phần này, học viên sẽ có những hiểu biết cơ bản về các vấn đề thường gặp của trẻ rối loạn phổ tự kỉ, các phương pháp chăm sóc, phục hồi chức năng cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ; có thể thực hiện một số hoạt động chăm sóc và phục hồi chức năng cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ.

- Học viên sẽ có các kỹ năng sau: Kỹ năng theo dõi và sử dụng thuốc cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ, chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ tự kỷ, các kỹ năng y sinh học trong điều trị trẻ tự kỷ; trị liệu ngôn ngữ, hành vi, hoạt động và phục hồi chức năng vận động, dạy kỹ năng tự chăm sóc cho trẻ RLPTK.

- Có thái độ tôn trọng tính cá nhân của trẻ, nghiêm túc trong hỗ trợ trẻ và gia đình.

B. ĐIỀU KIỆN CẦN THIẾT ĐỂ THỰC HIỆN

- Bảng hình về trẻ RLPTK

- Giấy A0, bút dạ, giấy A4, giấy màu, bút màu, kéo, băng dính, keo dán.

- Phiếu bài tập, Tài liệu học tập và tài liệu tham khảo

C. NỘI DUNG

BÀI 1. NHỮNG VẤN ĐỀ THƯỜNG GẶP CỦA TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỈ

1. Tên gọi và thuật ngữ có liên quan đến rối loạn phổ tự kỉ

Tự kỉ xuất phát từ chữ Hy Lạp: Autism, nghĩa là tự động, tự thân trong tâm thần học, được Bleuler sử dụng lần đầu tiên để chỉ một triệu chứng cơ bản của bệnh tâm thần phân liệt. Triệu chứng tự kỉ là nét cơ bản của các triệu chứng âm tính trong tâm thần phân liệt. Người bệnh mất đi phần lớn các chức năng giao tiếp và tương tác với môi trường xã hội. Biểu hiện như là thu mình, khó giao tiếp và tương tác.

Lịch sử nghiên cứu về tự kỉ được bắt đầu từ năm 1943, sau các công trình nghiên cứu chính thức của hai nhà tâm lý - bác sỹ là Leo Kanner (người Ukraina, năm 1943) và Hans Asperger (người Áo, năm 1944).

Những thay đổi về thuật ngữ, khái niệm, tiêu chí chẩn đoán tự kỉ có thể được tìm thấy rõ nhất trong lịch sử phát triển của hai hệ thống phân loại quốc tế. Đó là, *Bảng thống kê, phân loại Quốc tế về các bệnh và những vấn đề liên quan đến sức khoẻ* (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD) của Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organisation - WHO) và *Sổ tay chẩn đoán và thống kê những rối nhiễu tinh thần* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM) của Hội tâm thần Mỹ (American Psychiatric Association).

Trong những bản đầu tiên, IDC chưa đề cập đến tự kỉ. Trong bản thứ 8 (1967), IDC chỉ đề cập đến tự kỉ như là một dạng “Tâm thần phân liệt” và lần thứ 9 (1977) thì đề cập đến tự kỉ dưới tên gọi “Rối loạn tâm thần tuổi ấu thơ”.

Thuật ngữ rối loạn phổ tự kỉ (Autism Spectrum Disorders – ASDs) bắt đầu được xem xét vào những năm 70 và 80 của thế kỉ XX. Theo quan điểm hiện đại này, tự kỉ cổ điển hay tự kỉ ấu nhi theo cách gọi của Kanner được xếp vào một phạm trù rộng hơn là rối loạn phổ tự kỉ (ASDs).

Rối loạn phổ tự kỉ (ASDs) bao gồm: rối loạn tự kỉ (Autistic Disorder), hội chứng Asperger, rối loạn bất hoà nhập tuổi ấu thơ (Childhood Disintegrative Disorder - CDD), hội chứng Rett...

Tất cả các rối loạn nằm trong phổ tự kỉ đều gây ra những khiếm khuyết về chức năng giao tiếp, xã hội và khả năng tưởng tượng. Tuy nhiên, chúng có sự khác nhau về mức độ, phạm vi ảnh hưởng, thời điểm khởi phát và tiến triển của triệu chứng theo thời gian.

Nặng

Nhe

Tự kỉ điển hình

Các rối loạn phổ tự kỉ khác

Hội chứng Asperger

Rối loạn nhỏ tự kỉ

Thuật ngữ rối loạn phổ tự kỉ (ASDs) thường được xem là đồng nghĩa với rối loạn phát triển diện rộng (Pervasive Developmental Disorders - PDDs). Nhiều quan điểm cho rằng dải ASDs bao gồm rối loạn tự kỉ (AD) ở giữa, gói lên hội chứng Asperger, rối loạn bất hòa nhập tuổi ấu thơ (CDD) và hội chứng Rett (RTT)...

Phần lớn các cha mẹ ở Anh không thích dùng thuật ngữ “Rối loạn phát triển diện rộng”, họ thích dùng là “Rối loạn phổ tự kỉ”, thuật ngữ này cũng được sử dụng trong nhiều công trình nghiên cứu.

Tổ chức Y tế Thế giới và Hiệp hội Tâm thần học của Mỹ đã đưa ra định nghĩa chặt chẽ hơn về những rối loạn nói trên. Tổ chức Y tế Thế giới đã xuất bản ấn phẩm Phân loại quốc tế về các loại bệnh với số ra mới nhất là ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)-10, trong khi đó Hiệp hội Tâm thần học của Mỹ đưa ra Sổ tay Thống kê Chẩn đoán về các rối loạn tâm thần, với phiên bản DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – IV, và mới đây là DSM - V.

Ngoài PDD (Pervasive Developmental Disorders), DSM - IV và ICD - 10 cũng đề cập đến một biểu hiện rối loạn tương tự như tự kỉ nhưng không đáp ứng được các tiêu chí của chẩn đoán chính xác cho rối loạn tự kỉ, được gọi là “rối loạn phát triển lan tỏa – không đặc hiệu” (PDD - NOS) trong DSM - IV. Thuật ngữ này được cho là tương tự như chẩn đoán “Tự kỉ không điển hình” trong ICD-10

Theo tiêu chuẩn của ICD 10 và DSM-IV, rối loạn phát triển lan tỏa/rối loạn phổ tự kỉ được chia làm 5 nhóm:

1. Rối loạn tự kỉ (Autistic Disorder)
2. Rối loạn Asperger (Asperger Disorder - AD)
3. Rối loạn bất hòa nhập tuổi ấu thơ (CDD - Childhood Disintegrative Disorder)
4. Rối loạn Rett (Rett Disorder)
5. Rối loạn phát triển lan tỏa - Không đặc hiệu (PDD – NOS: Pervasive Developmental Disorder – Not Otherwise Specified)

(1) *Rối loạn Asperger*

Hội chứng Asperger được phát hiện vào năm 1944 bởi bác sĩ Hans Asperger khi quan sát một nhóm trẻ em từ 6 đến 11 tuổi. Tần suất gặp vào khoảng 1/250 trẻ. Người lớn và trẻ em mắc hội chứng này thường có năng lực trí tuệ tương đối bình thường nhưng có một số điểm đặc trưng sau:

- *Kiểm khuyết về quan hệ xã hội*: Kém về khả năng kết bạn so với trẻ cùng tuổi và hay bị cô lập. Sử dụng các kỹ năng không lời kém, chẳng hạn: nhìn bằng mắt, thể hiện bằng nét mặt, ngôn ngữ cơ thể, ... để kiểm soát giao tiếp xã hội. Thiếu sự giao lưu về xã hội, tình cảm và thấu cảm. Mất khả năng nhận biết về những ám chỉ, quy ước xã hội.

- *Kiểm khuyết các kỹ năng giao tiếp tinh tế*: Trẻ có thể nói từ đơn vào lúc 2 tuổi, và nhóm từ giao tiếp vào lúc 3 tuổi. IQ bình thường hoặc gần bình thường. Lời nói của trẻ lưu loát nhưng có khó khăn về hội thoại, như nội dung cứng nhắc, ngữ điệu không bình thường và có xu hướng hiểu theo nghĩa đen của thông điệp khi giao tiếp.

- *Mối quan tâm hạn chế*: Có những quan tâm đặc biệt, bất thường về cường độ và tập trung. Có ưu thế các cử động định hình và cố định.

Bên cạnh những dấu hiệu điển hình nói trên, trẻ cũng có một số biểu hiện bất thường cả về vận động thô và tinh thường gặp như: chân tay vụng về, thuận tay trái, nhạy cảm với âm thanh, sờ chạm. Thiếu niên hoặc người lớn bị hội chứng này thường kém trong việc phân bố thời gian, trong việc thể hiện ý nghĩ và lời nói. Họ cũng khó khăn trong kiểm soát và thể hiện cảm xúc của mình.

Rối loạn tự kỉ đặc hiệu được phát hiện rất sớm, khi trẻ lên 2-3 tuổi hoặc sớm hơn. Tuy nhiên trẻ mắc hội chứng Asperger lại chỉ có thể phát hiện sau khi trẻ lên 2 tuổi. Trong rất nhiều trường hợp, kết quả chỉ được xác định một cách chính xác khi trẻ lên 7-8 tuổi. Trẻ mắc hội chứng Asperger có trí tuệ trung bình hoặc trên trung bình, một số trẻ đạt mức IQ trên 120 (thông minh). Trẻ vẫn có ngôn ngữ và có khả năng trao đổi, tiếp xúc. Tuy nhiên cách diễn đạt ngôn ngữ của các trẻ này thường rườm rà, vụng về, khó hiểu. Trẻ thường khó khăn về khả năng giao tiếp xã hội, đặc biệt với ngôn ngữ cơ thể và hạn chế giao tiếp mắt, giọng đều đều, giới hạn mối quan tâm, hành vi không bình thường. Trẻ có xu thế sống cô độc. Những người mắc hội chứng này có sở thích đặc biệt về mặt kỹ thuật và toán học. Có trí nhớ phong phú lạ thường.

Tỷ lệ mắc bệnh theo giới: cứ 4 trẻ mắc hội chứng Asperger có 3 trai, 1 gái.

Với sự chăm sóc dạy dỗ kiên trì và phù hợp sẽ giúp cho đứa trẻ cải thiện dần dần tình trạng bệnh lý và có khả năng có một cuộc sống hữu ích. Tuy nhiên một số trường hợp phải dùng thuốc khi có rối loạn hành vi nhiều, tăng động, tự gây thương tích hoặc động kinh.

(2) Rối loạn Rett

Rối loạn Rett là một trong 5 trường hợp rối loạn phát triển, khá hiếm gặp và chỉ thấy ở trẻ gái. Bé trai mang bệnh sẽ chết trước sinh. Mặc dù rối loạn này được mô tả lần đầu tiên bởi Rett năm 1966 nhưng nhận thức và lâm sàng chỉ rõ hơn khi Hagberg và cộng sự (1983) báo cáo thêm 35 trường hợp. Tần suất gặp là 1 trên 10.000 - 15.000 trẻ. Trẻ có một thời kỳ phát triển gần như bình thường ở độ tuổi 6 - 8 tháng. Sau đó xuất hiện các triệu chứng thoái triển não, trí thông minh hạn chế.

Trẻ mắc rối loạn này bị chậm phát triển về mặt xã hội và trí tuệ ngày càng nặng. Trẻ sẽ dần không đáp ứng lại với cha mẹ và quay lưng lại với giao tiếp xã hội. Thêm vào đó, đứa trẻ cũng không tỏ ra thích thú khi tiếp xúc với người thân trong gia đình và với các đồ chơi mà trong những ngày đầu tiên trẻ thích. Trẻ đang nói sẽ dần không nói được, ngôn ngữ nghèo nàn và thoái hóa dần dần. Nét mặt trở nên vô cảm, bất động, liếc nhìn không tập trung vào một đối tượng cụ thể, rõ rệt. Trẻ mắc rối loạn Rett thường thiếu sự điều hợp trong những vận động và cử động, tay chân co quắp, cong queo, cho nên khi đi đứng, di chuyển dễ bị mất thăng bằng, vấp hoặc ngã. Tay trở nên không sử dụng được nữa và thường có những cử động định hình như: xoắn vặn, vỗ đập tay,... Sau 3 đến 10 tuổi, vận động của trẻ sẽ giảm dần: bị liệt cứng, mất điều hòa, hầu hết các bé gái đều phải sử dụng xe lăn sau 10 tuổi. Trẻ bị hội chứng Rett hay bị co giật và thường gặp hiện tượng thủ dâm. Những nghiên cứu về di truyền cho thấy đột biến gen đơn có thể gây ra hội chứng Rett. Một số nhà nghiên cứu gần đây cho rằng, nguyên nhân của hội chứng này là những rối loạn và thoái hóa của nhiễm sắc thể X

(3) Rối loạn bất hòa nhập tuổi ấu thơ (CDD)

Xuất hiện chậm hơn so với 2 rối loạn phổ tự kỉ và Rett. Khác với rối loạn Rett, rối loạn này (CDD) có cả ở nam và nữ, sau 8, 9 tuổi. Tỷ lệ: 1/100.000 trẻ em. Rối loạn bất hòa nhập tuổi ấu thơ có cả ba triệu chứng đặc hiệu của tự kỉ.

Trước khi mắc hội chứng này, trẻ phát triển một cách hoàn toàn bình thường trong 2 đến 3 năm đầu và sau đó mất dần kỹ năng ở tuổi thứ 10, đặc biệt các kỹ năng: ngôn ngữ, xã hội, nhận thức và kỹ năng vận động. Trái lại với hội chứng Rett, các trẻ em mắc hội chứng này có những rối loạn nhỏ nhỏ trong phối hợp tay chân và các giác quan với nhau khi vận động và di chuyển. Sự khác biệt này và yếu tố giới tính giúp phân biệt Rett và CDD.

Ở cả Rett và CDD đều có nguyên nhân là sự thoái hóa não bộ. Với điều kiện hiện tại của y khoa, chưa có một trường hợp nào phục hồi.

(4) Rối loạn phát triển lan tỏa không đặc hiệu (PDD-NOS)

PDD-NOS thường được gọi là tự kỉ không điển hình, là những người có khó khăn về tương tác xã hội, giao tiếp có lời và không lời, hành vi, mối quan

tâm và những hoạt động định hình nhưng không đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán của tự kỉ (không đủ 6 tiêu chuẩn trong số 12 tiêu chuẩn cho chẩn đoán tự kỉ) và thường xuất hiện sau 30 tháng tuổi. Dấu hiệu báo động chỉ là chơi lảng xãng, chậm ngôn ngữ, thiếu chú ý, tính tình nhút nhát. Chẩn đoán này thường được đề cập đến trong những trường hợp có thông tin không đầy đủ hoặc không rõ ràng, hoặc khi các chuyên gia do dự dùng thuật ngữ tự kỉ. Quy trình chẩn đoán và sàng lọc đối với PDD-NOS cũng giống như đối với các rối loạn phổ tự kỉ khác.

(5) **Rối loạn tự kỉ (gọi tắt là tự kỉ)**

Một số khái niệm về tự kỉ được sử dụng khá phổ biến hiện nay, đó là:

Theo Từ điển bách khoa Columbia (1996): *Tự kỉ là một khuyết tật phát triển có nguyên nhân từ những rối loạn thần kinh làm ảnh hưởng đến chức năng cơ bản của não bộ. Tự kỉ được xác định bởi sự phát triển không bình thường về kĩ năng giao tiếp, kĩ năng tương tác xã hội và suy luận. Nam nhiều gấp 4 lần nữ. Trẻ có thể phát triển bình thường cho đến tận 30 tháng tuổi.*

Năm 1999, tại Hội nghị toàn quốc về tự kỉ ở Mỹ, các chuyên gia cho rằng, nên xếp tự kỉ vào nhóm các rối loạn lan toả và đã thống nhất đưa ra định nghĩa cuối cùng về tự kỉ như sau: *Tự kỉ là một dạng bệnh trong nhóm rối loạn phát triển lan toả, ảnh hưởng đến nhiều mặt của sự phát triển nhưng ảnh hưởng nhiều nhất đến kỹ năng giao tiếp và quan hệ xã hội*

Hiện nay, khái niệm tương đối đầy đủ và được sử dụng phổ biến nhất là khái niệm của tổ chức Liên hợp quốc, đưa ra vào năm 2008, như sau: *“Tự kỉ là một loại khuyết tật phát triển tồn tại suốt đời, thường được thể hiện ra ngoài trong 3 năm đầu đời. Tự kỉ là do một rối loạn thần kinh ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của não bộ gây nên, chủ yếu ảnh hưởng đến trẻ em và người lớn ở nhiều quốc gia, không phân biệt giới tính, chủng tộc hoặc điều kiện kinh tế - xã hội. Đặc điểm của nó là sự khó khăn trong tương tác xã hội, các vấn đề về giao tiếp bằng ngôn ngữ và phi ngôn ngữ, và có các hành vi, sở thích và hoạt động lặp đi lặp lại và hạn hẹp”*. Trong phạm vi của tài liệu, chúng tôi cũng thống nhất sử dụng khái niệm này xuyên suốt các nội dung của tài liệu.

Như vậy, mặc dù hiện nay còn nhiều ý kiến chưa thống nhất về khái niệm tự kỉ nhưng hầu hết các khái niệm của các nhà nghiên cứu và các nhà giáo dục học đưa ra về tự kỉ đều thống nhất rằng: tự kỉ là một khuyết tật phát triển kéo dài suốt cuộc đời làm ảnh hưởng trầm trọng tới quan hệ và giao tiếp xã hội, khả năng tưởng tượng và hành vi của trẻ. Tùy vào mức độ tự kỉ mà ảnh hưởng của tật tới các lĩnh vực là khác nhau và có những biểu hiện khác nhau. Ví dụ: có trẻ rối loạn phổ tự kỉ không thể thiết lập các mối quan hệ xã hội, chỉ thu mình trong thế giới riêng, nhưng ngược lại, có những trẻ rối loạn phổ tự kỉ vẫn có thể thiết lập được các mối quan hệ theo cách của mình ở mức độ đơn giản; có trẻ rối loạn

phổ tự kỉ biểu hiện ra bên ngoài một số hành vi điển hình như không thích được âu yếm, vuốt ve, không phản ứng lại với các tác động bên ngoài, không thích tiếp xúc cơ thể, xử sự với người khác một cách máy móc... Những biểu hiện của tự kỉ thường rất đa dạng và chỉ bộc lộ rõ nét khi trẻ được 2 - 3 tuổi. Do vậy, đối với trẻ trước 3 tuổi, các biểu hiện của tự kỉ có thể chưa bộc lộ rõ. Có trẻ có những biểu hiện ở hành vi điển hình mạnh mẽ nhưng cũng có trẻ trước đó có những biểu hiện của tự kỉ, nhưng sau một thời gian thì tự mất các hành vi này và ngược lại, có những trẻ trước đó không có các biểu hiện hành vi tự kỉ hoặc có nhưng ở mức độ nhẹ, nhưng sau đó lại phát triển có tính thoái lui, thể hiện ở việc tần suất xuất hiện các hành vi tiêu cực nhiều hơn và với mức độ nặng hơn. Tuy nhiên, ở một số trẻ rối loạn phổ tự kỉ, một số biểu hiện của tự kỉ đã được thể hiện sớm như: ít hoặc không cười, hay bỏ bữa, hay khóc, không quấn mẹ... Hầu hết trẻ rối loạn phổ tự kỉ có vẻ ngoài bình thường, nên phần lớn cha mẹ rất khó phát hiện ra hoặc dễ nhầm với việc chậm nói của trẻ.

Tiêu chí chẩn đoán rối loạn phổ tự kỉ theo DSM – V: DSM – V chính thức phát hành vào tháng 5/2013 với một số thay đổi trong quan điểm về tự kỷ nhằm đáp ứng nhu cầu nghiên cứu và thực tiễn về tự kỷ. Điểm nổi bật trong phiên bản này gồm: (1) Thay tên gọi rối loạn phát triển diện rộng (PDD) bằng tên gọi rối loạn phổ tự kỉ (ASD); (2) Tên gọi ASD cũng được sử dụng chung cho tất cả các rối loạn thuộc phổ tự kỉ thay vì các tên gọi với từng loại rối loạn như trong phiên bản trước; (3) Gộp nhóm khiếm khuyết về giao tiếp và tương tác xã hội làm một, theo đó sẽ có 2 nhóm tiêu chí chẩn đoán thay vì 3 như trong DSM – IV, (4) Các tiêu chí chẩn đoán cũng được các nhà chuyên môn đánh giá là hẹp hơn so với các phiên bản trước kia. Tiêu chí chẩn đoán rối loạn phổ tự kỉ theo DSM – V như sau:

Một cá nhân được chẩn đoán RLPTK khi đủ các tiêu chí A,B,C, và D:

A. Khiếm khuyết trầm trọng về giao tiếp xã hội và tương tác xã hội trong nhiều hoàn cảnh, không được giải thích bởi sự trì hoãn phát triển thông thường, và biểu hiện ở cả 3 dấu hiệu sau:

1. Khiếm khuyết về sự trao đổi cảm xúc – xã hội; ranh giới *từ* cách tiếp cận xã hội không bình thường và thiếu khả năng thực hiện hội thoại thông thường do giảm sự chia sẻ, quan tâm, cảm xúc và phản ứng *tới* sự thiếu hụt hoàn toàn về khả năng bắt chước tương tác xã hội,

2. Khiếm khuyết về hành vi giao tiếp không lời được sử dụng trong tương tác xã hội; ranh giới *từ* sự hạn chế về khả năng phối hợp giao tiếp có lời và không lời do sự khác thường trong tương tác mắt và ngôn ngữ cơ thể, hoặc thiếu hụt trong việc hiểu và sử dụng giao tiếp không lời, *tới* sự thiết hụt hoàn

toàn về thể hiện nét mặt và cử chỉ,

3. Khiếm khuyết về khả năng phát triển và duy trì quan hệ phù hợp với mức độ phát triển (ngoại trừ người chăm sóc); ranh giới từ khó khăn trong điều chỉnh hành vi để đáp ứng phù hợp với bối cảnh xã hội do khó khăn trong tham gia chơi giả vờ và trong việc kết bạn *tới* thể hiện sự thiếu quan tâm đến sự có mặt của người khác.

B. Sự giới hạn, rập khuôn về hành vi, sở thích và hoạt động, thể hiện tối thiểu ở 2 biểu hiện sau:

1. Rập khuôn và lặp đi lặp lại lời nói, cử động hoặc hoạt động với đồ vật (như lặp đi lặp lại những cử động đơn giản, nhại lời, lặp đi lặp lại hành động với đồ vật, hoặc cách thể hiện đặc trưng).

2. Duy trì thói quen một cách thái quá, hành vi có lời và không lời theo khuôn mẫu hoặc chống lại sự thay đổi (như cử động theo một nghi thức khuôn mẫu, khăng khăng với lộ trình hoặc thức ăn, lặp đi lặp lại câu hỏi hoặc căng thẳng dữ dội khi có một thay đổi nhỏ).

3. Thể hiện sự quan tâm mạnh mẽ với một số thứ với cảm xúc và sự tập trung cao (như gắn bó một cách mạnh mẽ hoặc bận tâm dai dẳng bởi những đồ vật khác thường, sở thích hạn hẹp và duy trì một cách thái quá).

4. Phản ứng cảm giác đau vào trên hoặc dưới ngưỡng hoặc quan tâm đến một kích thích từ môi trường ở mức không bình thường (như thờ ơ với cảm giác đau/nóng/lạnh, phản ứng ngược lại với âm thanh và chất liệu cụ thể, nhạy cảm quá mức khi ngửi hoặc sờ vào đồ vật, mê mẩn với ánh đèn hoặc vật quay tròn).

C. Những dấu hiệu trên phải được biểu hiện từ khi còn nhỏ (nhưng có thể không thể hiện hoàn toàn rõ nét cho tới khi vượt quá giới hạn).

D. Những dấu hiệu phải cùng hạn chế và làm suy giảm chức năng hàng ngày.

2. Những nguyên nhân gây rối loạn phổ tự kỉ

Cho đến thời điểm hiện nay, các nhà khoa học vẫn chưa tìm ra được những nguyên nhân chính xác gây ra tự kỉ. Tuy nhiên, theo các nhà nghiên cứu trong suốt quá trình làm việc với trẻ rối loạn phổ tự kỉ, tự kỉ có thể liên quan đến hai nhóm nguyên nhân chính sau đây:

Thứ nhất, nhóm nguyên nhân sinh học, bao gồm bốn nguyên nhân cơ bản như sau:

Nguyên nhân có liên quan đến những bất thường về gen thuộc yếu tố di truyền. Nhiều nhà nghiên cứu cho rằng, những bất thường trong việc kết hợp giữa gen của người bố và người mẹ hoặc những gen được truyền lại từ những thế hệ trước trong gen người bố hoặc người mẹ là nguyên nhân cơ bản dẫn đến hội chứng này ở trẻ. Một trong những minh chứng là cơ sở cho các nhà khoa học thiên nhiên về nguyên nhân này là kết quả được thể hiện trên các cặp song sinh cùng trứng. Kết quả đã chỉ ra rằng, có đến 90-95 % trường hợp những trẻ có những gen giống nhau (trẻ sinh đôi) sẽ cùng mắc tự kỉ. Tuy nhiên, các nghiên cứu trên các trẻ sinh đôi nhưng khác trứng thì tỷ lệ cả hai cùng mắc tự kỉ chỉ là 5-10%.

Nguyên nhân có liên quan đến sự phát triển bất thường của não. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng: hành tủy trên não của trẻ rối loạn phổ tự kỉ bé hơn bình thường, do vậy mà họ nghi ngờ đây là nguyên nhân dẫn đến tự kỉ. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác lại cho rằng: tiểu não bé hơn bình thường mới là nguyên nhân dẫn đến tự kỉ. Như vậy, mặc dù có những nghi ngờ về sự phát triển bất thường của não nhưng chưa có nghiên cứu nào đưa ra được các bằng chứng thuyết phục về việc phát triển bất thường của bộ phận cụ thể nào trên não.

Nguyên nhân có liên quan đến việc tiêm vắc-xin. Một số nhà nghiên cứu nghi ngờ và đã có những nghiên cứu trên hai nhóm trẻ: nhóm trẻ không tiêm vắc-xin và nhóm trẻ được tiêm vắc – xin và so sánh tỷ lệ mắc tự kỉ trên hai nhóm trẻ này. Tuy nhiên, đây là một nguyên nhân không mang tính thuyết phục cao, bởi có một số nghiên cứu được tiến hành mới đây ở Anh và Mỹ đều chỉ ra rằng: không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc tự kỉ ở hai nhóm trẻ này.

Nguyên nhân có liên quan đến tuổi của bố và mẹ. Việc bà mẹ mang thai khi ở độ tuổi trên 35 tuổi luôn được cảnh báo về nguy cơ cao sinh ra các trẻ có những rối loạn về thần kinh, trong đó không loại trừ tự kỉ. Nguy cơ này sẽ tăng dần trong khoảng 5 năm, tức là cứ 5 năm tiếp theo thì mức độ nguy cơ cũng như tỷ lệ các bà mẹ này sinh ra những đứa con có những rối loạn về thần kinh càng tăng và điều này sẽ được thể hiện rõ rệt nhất ở độ tuổi 40-45 tuổi.

Thứ hai, nhóm nguyên nhân có liên quan đến môi trường xã hội. Những nhà nghiên cứu theo nhóm nguyên nhân này chú trọng nhiều đến những tác động của các yếu tố trong môi trường giáo dục ở gia đình, nhà trường và xã hội dẫn đến việc trẻ mắc tự kỉ. Ngay trong các nghiên cứu mô tả của Leo Kanner về trường hợp trẻ rối loạn phổ tự kỉ đầu tiên vào năm 1943 hay của bác sỹ Hans Asperger vào năm 1944, nguyên nhân có liên quan đến sự chăm sóc, giáo dục của cha mẹ cũng được nhắc tới trong việc gây ra các hội chứng này ở trẻ. Hiện nay, theo chẩn đoán của nhiều bác sỹ và nhà tâm lý trong quá trình tiếp xúc với trẻ rối loạn phổ tự kỉ, việc cho trẻ xem tivi quá nhiều trong một ngày cũng là một trong những ảnh hưởng và nguyên nhân gây nên hội chứng tự kỉ ở trẻ.

Như vậy, mặc dù có nhiều nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp gây nên tự kỉ mà các nhà nghiên cứu đã đưa ra nhưng chưa có một nguyên nhân nào thuyết phục tuyệt đối. Nguyên nhân thực sự dẫn đến tự kỉ cho đến nay vẫn chưa có được lời giải chính xác.

Để minh họa, chúng tôi xin đưa ra ba trường hợp có mối liên hệ mật thiết với nhau, nhưng ở những dạng tự kỉ khác nhau. David là tự kỉ cổ điển/điển hình; Gary có rối loạn phổ tự kỉ (ASD) dạng phổ biến và không điển hình; Edward thì mắc hội chứng Asperger điển hình.

David

David được chuẩn đoán mắc hội chứng tự kỉ khi cậu bé lên 3 tuổi. Vào thời điểm đó, David hầu như không nhìn vào mặt mọi người, không nói và dường như cậu chỉ chìm đắm trong thế giới của riêng mình. Cậu thích chơi trò nhảy trên đệm lò xo hàng giờ đồng hồ và David chơi trò xếp hình rất giỏi. Lúc David lên 10 tuổi, David phát triển rất tốt về mặt thể chất nhưng về mặt cảm xúc của cậu thì kém, non nớt. Cậu có khuôn mặt đáng yêu với những nét thanh tú, mảnh mai. David chỉ sống trong gia đình, không có giao tiếp với môi trường bên ngoài. Cậu có những sở thích và những điều cậu không thích rất khó thay đổi. Có thời kỳ, cậu chỉ ăn sữa chua mà không ăn bất kỳ một loại thức ăn nào khác. Hơn thế nữa, mẹ của David không đưa ra lời cảnh báo với cậu bé mà luôn luôn đáp ứng những yêu cầu, đòi hỏi của cậu, nên khi không được đáp ứng thì những cơn giận dữ của cậu lập tức bùng nổ.

David bắt đầu học nói khi cậu 5 tuổi. David có lịch sinh hoạt hằng ngày với những điều mà có khi không bao giờ cậu chịu thay đổi. Không biết là phải nói David thông minh như thế nào. Cậu học một số thứ rất nhanh và kỹ năng rất tốt. Ví dụ cậu tự học đọc. Cậu đọc rất lưu loát nhưng cậu không hiểu những gì mình đọc. Cậu thích tính toán nhưng David lại học những kỹ năng khác rất kém, ví dụ như học ngồi ăn tại bàn, hay mặc quần áo. Tuy nhiên, David có trí nhớ tốt. Cậu bé có thể bắt chước một cách chính xác những gì cậu nghe thấy và có giọng hát thật ngọt ngào. Cậu hát rất đúng nhạc.

Khi David 12 tuổi, cậu vẫn không tự chơi được với những trẻ khác. Với những người không biết rõ về David, cậu thực sự khó khăn khi giao tiếp với họ. Còn với những người biết rõ về David, cậu giao tiếp với họ theo đúng con người thực của mình. David không quan tâm tới thế giới bên ngoài, những việc xảy ra trong xã hội và cậu vẫn tiếp tục sống trong thế giới của riêng mình.

Gary

Khi Gary học tại một trường tiểu học, một giáo viên có kinh nghiệm đã quan sát thấy những vấn đề bất thường trong giao tiếp của cậu với các bạn, cậu cũng không muốn làm việc theo nhóm với các bạn trong lớp. Bố mẹ của Gary đã chấp nhận những vấn đề của cậu như một phần của chính bản thân cậu. Nhìn

qua Gary trông như cậu bé bướng bỉnh, khó bảo, cậu thích thú chơi điện tử hàng giờ đồng hồ. Theo nhà tâm lý trường học, khi Gary lên 12 tuổi thì các vấn đề của Gary ngày càng theo chiều hướng xấu đi. Theo nhà tâm lý học giải thích thì Gary bị rối loạn phát triển lan toả/điện rộng, Gary được chẩn đoán là bị PDD-NOS, rối loạn phát triển lan toả- chứ không bị những dấu hiệu khác. Khi nói chuyện với bố mẹ của Gary, nhà tâm lý học đã đề cập đến hội chứng Asperger. Họ lập tức gán mác cho Gary là bị Asperger, đó là cách để giúp họ giải thích với người khác về các vấn đề của Gary.

Đánh giá tâm lý cho thấy rằng, Gary bị mất tập trung và cậu rất vụng về khi hoàn thành các công việc liên quan đến vận động. Vấn đề chính của Gary là các kỹ năng giao tiếp của cậu rất kém và cậu không có khả năng để hiểu được người khác. Chính vì vậy mà Gary được bố mẹ đưa đến hết trường này đến trường khác. Mỗi trường mà cậu đến học, cậu đều khó hoà nhập được với các bạn và thường hay gây gổ với các bạn. Tuy các bạn cùng lớp với Gary đã hết sức cố gắng để có thể hiểu cậu nhưng họ không thể hiểu được Gary, vì Gary không thể biết được sự khác biệt giữa việc thương thức và nhận xét.

Edward

Khi lên 8, Edward bị chẩn đoán mắc Hội chứng Asperger. Cô giáo của cậu thấy không có cách nào để dạy được cậu, mặc dù có lúc cậu rất thông minh. Cô nói rằng cô không thể dạy được Edward và thay vì như thế thì cậu có thể tự học một mình, nhưng cậu chỉ học khi nào cậu muốn. Cậu không thể hoà nhập với các hoạt động cùng với các bạn trong lớp, cậu từ chối thẳng không theo chương trình học đề ra. Gia đình Edward không nhận ra mức độ nghiêm trọng của vấn đề. Gia đình Edward luôn phủ nhận tình trạng của Edward, họ luôn luôn nghĩ rằng con họ là một đứa trẻ đặc biệt, có năng khiếu. Khi lên 4 tuổi, Edward bắt đầu sưu tập trứng chim và sau đây cậu phát triển bộ sưu tập của mình thành hệ thống rồi phân loại chúng. Khi lên 5 tuổi, cậu làm cho mọi người ngạc nhiên khi cậu biết rất nhiều từ vựng, chủ yếu là Edward đọc qua từ điển. Cậu rất sợ chơi với các bạn cùng lứa tuổi với mình, nhưng cậu thích thú khi chơi hoặc làm việc với người lớn. Gia đình cậu yêu thương cậu vô cùng và cậu bé dường như chỉ chia sẻ những mối quan tâm, sở thích cũng như phong cách với cha mình. Cả hai cha con Edward đều là những người ham đọc sách và họ có thể nói chuyện với nhau cả ngày về những mối quan tâm, yêu thích của mình.

Hiện nay Edward 20 tuổi và cậu đứng đầu trường đại học chuyên ngành toán học. Cậu học tại trường dân lập, ở đó các giáo viên thông cảm, chia sẻ và để cho cậu làm theo những gì mình muốn. Ở trường học, cậu thường đạt điểm xuất sắc ở tất cả các môn khoa học. Các môn học khác thì không làm Edward hứng thú, quan tâm. Cậu tuyên bố hùng hồn rằng, học môn văn học chỉ phí thời gian mà thôi. Cậu là một thành viên của câu lạc bộ cờ vua nhưng cậu không bao giờ tham gia vào vòng tay bè bạn. Nhìn bề ngoài, Edward là một người không

chú ý đến các sự kiện mang tính xã hội. Khi nói chuyện với cha cậu, cậu nói chuyện rất lưu loát, nhưng khi gặp người cùng độ tuổi, Edward khó nói chuyện với mọi người. Edward nổi bật giữa đám đông, không chỉ bởi ngoại hình cao to mà bởi vì phong cách và giọng nói cao trầm của cậu. Bây giờ, Edward bắt đầu đọc các cuốn sách về cách cư xử và ngôn ngữ cơ thể với hy vọng những cuốn sách này giúp cậu tiến bộ trong các kỹ năng xã hội.

Edward hiểu biết rất rõ về Hội chứng Asperger và cậu say sưa, hứng thú tham gia vào diễn đàn thảo luận về Asperger trên trang web. Cậu biết rằng mình thông minh hơn hầu hết những người "rối loạn thần kinh điện hình". Tuy nhiên, Edward thường có biểu hiện lo lắng và trầm cảm, và cậu phải đến gặp nhà trị liệu tâm lý để theo dõi, giám sát cẩn thận cậu trong giai đoạn chuyển tiếp khi Edward từ nhà đến trường đại học.

Các ví dụ về trường hợp của David, Gary và Edward cho chúng ta thấy những dấu hiệu đặc trưng của tự kỉ, chúng rất khác nhau, ít nhất là hình thức bên ngoài. Tuy vậy, vẫn có một số đặc điểm đặc trưng của tự kỉ, theo tiêu chuẩn chẩn đoán, đó là:

- Đặc trưng đầu tiên của tự kỉ liên quan đến tương tác xã hội nghịch đảo. Trẻ thích ở một mình, cách ứng xử lúng túng, bối rối, hay xoắn tay, vịn tay, hay cư xử vụng về trong các tình huống xã hội. Những trẻ này khó khăn trong việc tự thể hiện bản thân mình trong việc tương tác với các bạn đồng lứa. Người lớn thường có hành vi che giấu, lấp liếm tình huống xã hội phức tạp. Như trường hợp của David, thoát nhìn là thấy cậu thất bại trong tương tác xã hội, cậu thiếu quan tâm xã hội hoặc tách biệt, xa lánh người khác. Tuy nhiên sự tách biệt, xa lánh thực chất là cậu không có khả năng tham gia hoạt động với người khác, cậu không bao giờ nhờ ai dạy mình học mà cậu tự học một mình. Gary không có khả năng đọc được ký hiệu mang tính xã hội của người khác. Mặc dù cậu rất thích có bạn gái nhưng cậu không biết phải làm thế nào để bắt chuyện với bạn gái. Edward có thể tương tác xã hội với người hiểu biết về sự thông minh của cậu, nhưng cậu lại tránh tương tác xã hội với bạn đồng trang lứa với mình. Cậu cố gắng tìm ra những quy định của xã hội.

- Đặc trưng thứ hai của tự kỉ là giao tiếp. Khả năng giao tiếp xoay quanh những thông điệp được truyền tải khi có một sự việc xảy ra, một người có nhu cầu giao tiếp và những người khác cũng có nhu cầu tiếp nhận thông tin giao tiếp. Giao tiếp không hẳn là ngôn ngữ nói, nhưng có thể dùng cử chỉ, điệu bộ hoặc ngôn ngữ thể hiện. Sẽ không có sự giao tiếp thực sự nếu không có những dấu hiệu cũng như không có việc gửi và nhận thông điệp. David có vấn đề nghiêm trọng hơn trong giao tiếp. Cậu nói chậm và việc sử dụng ngôn ngữ của cậu hạn chế, cậu chỉ sử dụng ngôn ngữ khi cậu muốn thứ gì đấy, nhưng cậu không thể hiện cảm giác cũng như suy nghĩ của mình. Gary gặp khó khăn hơn. Cậu không biết nói đùa theo cách mọi người vẫn thường làm và cậu cảm thấy

mình thất bại khi cậu cố gắng nói chuyện với mọi người. Edward thì nói chuyện rất rõ ràng, lưu loát, nhưng cậu không hứng thú với những câu chuyện phiếm thông thường. Từ khi Edward bắt đầu biết tập hợp thông tin giao tiếp một cách có hệ thống thông qua việc đọc sách và học về ngôn ngữ cơ thể, tìm hiểu về Hội chứng Asperger, Edward có khả năng giao tiếp hai chiều, và cậu đã tiến bộ.

- Đặc trưng thứ ba của tự kỉ, khác hẳn với hai đặc trưng ban đầu đó là: Các hành động lặp lại và quan tâm đến những chi tiết mang tính tỉ mỉ. Chơi xếp hình khối hoặc ô tô trẻ rối loạn phổ tự kỉ thường thích một hai bộ phận nhỏ nhỏ đáng yêu trên cả hình khối sau khi trẻ khám phá hết tính năng của cả hình khối và chiếc ô tô. Những hành động lặp lại cũng như những sở thích mang tính ám ảnh là đặc điểm điển hình của trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Nói cách khác, hành vi lặp lại của trẻ rối loạn phổ tự kỉ được cho là rất khó thay đổi. Thực tế trẻ rất khó có thể chịu đựng được thay đổi và trẻ không thích những cái mới lạ. Ngày này qua ngày khác, trẻ thường làm một loại công việc, làm chính xác một việc, xem cùng một loại băng đĩa, ăn cùng một loại thức ăn, đó là đặc trưng giới hạn nhận thấy ở trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Điều này ít nhận thấy hơn ở người tự kỉ trưởng thành, thông qua việc học tập và trải nghiệm thì vấn đề về hành vi được mở rộng.

3. Triệu chứng lâm sàng đặc trưng của trẻ rối loạn phổ tự kỉ

3.1. Khó khăn về quan hệ xã hội

Trẻ không biết khởi xướng, bắt đầu làm quen, hoặc khó tiếp nhận một người bạn mới. Trẻ ít quan tâm và không có nhu cầu chia sẻ hứng thú, nhu cầu và hoạt động với bạn bè và mọi người xung quanh. Không cười với người khác, ít khi nhìn thẳng vào mắt người khác, thích chơi một mình, sống trong một thế giới riêng, không để ý đến bố mẹ, không thích chơi với trẻ khác, sống rất độc lập, tự lấy các đồ vật hoặc biết làm những việc sớm trước tuổi.

- Không thưa khi được gọi tên.
- Không nhìn mặt người đối thoại khi chơi, giao tiếp.
- Tỏ ra không nghe thấy ai lúc đó (trẻ như không ở đó).
- Kháng lại sự vuốt ve âu yếm hoặc ôm ấp.
- Tỏ ra không biết đến tình cảm của người khác.
- Có vẻ thích chơi một mình – co lại trong thế giới riêng của trẻ.

3.2. Khó khăn về khả năng giao tiếp ngôn ngữ và phi ngôn ngữ

Trẻ không có phản ứng khi được gọi tên, chậm biết nói (không nói bi bô khi lên 12 tháng), không tự nói được câu tiếng đôi (không tính câu bắt chước) khi được 24 tháng, không diễn tả được mình muốn gì, cử chỉ thường không hòa hợp với tiếng nói.

- *Nếu chưa biết nói: trẻ có khiếm khuyết trong việc sử dụng các kỹ năng giao tiếp không lời như:*

- + Không nhìn mặt người đối thoại khi giao tiếp.
- + Không hiểu và không sử dụng nét mặt, cử chỉ, tư thế cơ thể để giao tiếp.
- + Các âm thanh lời nói bất thường về cao độ hoặc cường độ.
- + Không biết yêu cầu, phản đối hoặc thể hiện các nhu cầu bản thân.
- + Không hoặc khó học các luật lệ về giao tiếp như: chào hỏi, xin đồ vật hoặc “ạ”, “bai, bai”...

- *Nếu trẻ đã nói được:*

- + Trẻ học nói muộn hơn trẻ bình thường.
- + Mất khả năng nói được từ đơn hoặc cả câu sau khi đã biết nói.
- + Trẻ dùng phát ngôn không phù hợp với mục đích: đáng lẽ trả lời thì trẻ lại nhắc lại câu được hỏi, nói nhại, nói vọng... Phát ngôn hoặc câu của trẻ có ngữ điệu đơn điệu, nghe véo von, thường có âm sắc cao hơn bình thường.
- + Nếu trẻ có ngôn ngữ khá hơn, có thể thấy chậm phát triển ngôn ngữ so với trẻ cùng độ tuổi. Trẻ thường không hiểu câu hỏi, ngôn ngữ của trẻ đơn giản, hiếm dùng những khái niệm so sánh, tưởng tượng.

3.3. Các hành vi trong phạm vi hẹp và lặp đi lặp lại

- Các hành vi rập khuôn với các vận động không có mục đích như vỗ tay, quay đầu hay đung đưa cơ thể.

- Các hành vi cưỡng bức thường theo một quy tắc nào đó, ví dụ trẻ luôn sắp xếp đồ chơi của chúng theo một đường thẳng.

- Các hành vi đơn điệu, thiếu sự đa dạng và chống lại sự thay đổi, ví dụ như trẻ không muốn đồ chơi của chúng bị dịch chuyển hay cưỡng lại sự can thiệp của người khác đối với việc chúng đang làm.

- Các hành vi có tính nghi thức bao gồm các hoạt động giống hệt nhau thực hiện hàng ngày ở cùng một thời điểm như chỉ ăn cùng một thực đơn hay mặc một kiểu quần áo vẫn dùng hàng ngày.

- Các hành vi tự gây tổn thương như tự đánh mình (một nghiên cứu tiên hành năm 2007 cho biết có tới 30% trẻ bị bệnh tự kỷ có hành vi này).

- Các hành vi hoặc cử động định hình, lặp đi lặp lại: trẻ như bị cuốn hút vào một cử chỉ, một hoạt động hoặc trò chơi nào đó hàng giờ hoặc cả buổi. Ví dụ: xoắn bàn tay, vè vè ngón tay, vò giấy, quay bánh xe ô tô (đồ chơi)...

- Trẻ có thể thích duy nhất một đồ vật, hoặc chỉ chơi với một người nào đó trong gia đình...

- Trẻ có thể chỉ quan tâm và vẽ, xoay một chi tiết của vật: bánh xe, ống khói, sắp xếp đồ vật theo một mô hình có tính cố định và không thích bị người khác làm thay đổi mô hình của mình như sắp xếp đồ vật theo hàng.

- Trẻ có thể có những phát ngôn hoặc phát ra âm thanh nào đó một cách định hình: tự phát, không có chủ ý và trong mọi tình huống...

- Trẻ có thể nhạy cảm với một số loại kích thích (khi bị vuốt ve, sờ chạm hoặc có ánh sáng, tiếng động...).

4. Những bệnh đi kèm với rối loạn phổ tự kỉ

Các nghiên cứu đã cho thấy rằng rối loạn phổ tự kỉ thường đi kèm với các bệnh khác, một trong số chúng có nguồn gốc từ vấn đề thần kinh. Các bệnh đó bao gồm:

4.1. Các bệnh tâm thần

- **Trần cảm:** phát hiện ra ở ít nhất 50 phần trăm những người mắc Hội chứng Asperger. Một phần là do họ có nhận thức rõ ràng về những khó khăn mà mình gặp phải cũng như nhận thức rõ ràng về sự khác biệt so với người khác.

- **Lo âu:** Diễn hình là các lo âu về giao tiếp xã hội

- **Rối loạn ám ảnh áp đặt (OCD):** không nên nhầm lẫn với “ám ảnh” là một phần của tự kỷ nhưng nó thực sự chỉ là mối quan tâm hạn chế. Ở OCD, từ “ám ảnh” nhằm nói đến những suy nghĩ thái quá là nguyên nhân của sự lo âu.

- **Chứng chán ăn:** một số nghiên cứu cho rằng điều này chưa được chẩn đoán ở những nữ giới mắc hội chứng Asperger có liên quan đến các mối quan tâm hạn hẹp đó là quá chú ý vào trọng lượng và thức ăn đầu vào nhưng đây có thể là một phần trong bức tranh tổng thể về các khó khăn trong giao tiếp xã hội.

- **Rối loạn tâm thần và Tâm thần phân liệt:** rất ít nhưng vô cùng nghiêm trọng, cần phải dùng thuốc chống rối loạn tâm thần.

4.2. Các bệnh về sức khỏe

- **Viêm thần kinh và rối loạn miễn dịch:** bao gồm cả bệnh hen suyễn và chàm bội nhiễm

- **Các vấn đề về đường ruột (GI):** ví dụ hội chứng đại tiện dễ bị kích ứng được tìm thấy thể hiện ở khoảng 50 phần trăm người thuộc phổ tự kỷ.

- **Chứng động kinh:** điều này có thể xảy ra muộn hơn,

trong suốt quá trình trưởng thành. Dấu hiệu của động kinh là một dấu hiệu rõ ràng nhất đầu tiên về việc tự kỷ là bệnh về thần kinh.

- Hội chứng nhiễm sắc thể X gãy: một phần của nhiễm sắc thể X bị gãy ra ở khoảng 4% người mắc tự kỷ. Việc này dẫn đến việc thiếu protein chậm phát triển trí tuệ. Nhiễm sắc thể X (FMRP) là nguyên nhân gây ra việc thất thoát “sự mềm dẻo” giữa các neuron thần kinh.

- Sơ cứng dạng u bướu (TS): điều này tham gia vào việc khởi đầu cho các khối mọc lên trong cơ thể và trong não. Năm mươi phần trăm người mắc chứng TS bị tự kỷ nhưng chỉ có một số ít phần trăm người tự kỷ có mắc chứng TS.

- Hội chứng Gilles de la Tourette: khoảng 10% người mắc tự kỷ mắc tật về phát âm hoặc vận động, đây là những đặc điểm của hội chứng Tourette.

- Hội chứng Smith-Lemli-Opitz: một bệnh di truyền do có khiếm khuyết về tổng hợp cholesterol. Khoảng 75% những trẻ này mắc tự kỷ.

- Hội chứng Timothy: Đây là bệnh hiếm gặp. Nguyên nhân do sự bất thường trong hệ thống kênh chuyển canxi dẫn đến một loạt các hội chứng về sức khỏe (ví dụ rối loạn nhịp tim có thể gây chết người thời kỳ còn nhỏ) 80% trẻ mắc hội chứng Timothy được cho là cũng mắc tự kỷ. Điều này dẫn đến một sự quan tâm mới về vấn đề chuyển tải canxi ở người tự kỷ.

- Chứng loạn dưỡng cơ bắp Duchenne: Sự rối loạn của tế bào thần kinh thái hoá gen lặn của nhiễm sắc thể X có nguyên nhân từ việc thiếu hụt protein loạn dưỡng trong hệ cơ bắp. Bệnh này đôi khi có đi cùng với tự kỷ

- U xơ thần kinh: Là bệnh lý di truyền hiếm gặp với các u lành trong não và trong các cơ quan cơ thể. Có 1/4 trẻ bị tự kỷ bị mắc chứng này.

4.3. Rối loạn giác quan

Nếu nhận thức của trẻ đã khá, trẻ có thể học được từ những gì chúng nhìn thấy, cảm thấy hoặc nghe thấy. Hoặc ngược lại nếu các thông tin từ giác quan bị sai lệch, những kinh nghiệm về thế giới có thể lẫn lộn. Nhiều trẻ tự kỷ có thể hoà hợp tốt hoặc thậm chí có nhạy cảm đau đối với một số âm thanh, loại vải, mùi vị. Một số trẻ không chịu đựng nổi khi quần áo chạm vào da. Một số âm thanh, ví dụ máy hút bụi, chuông điện thoại, sấm chớp, ngay cả tiếng sóng vô

vào bờ có thể khiến trẻ bị tai và khóc thét lên. Ở trẻ tự kỷ, não thường tỏ ra khó cân bằng các cảm giác cho tương xứng. Một số trẻ tự kỷ không chú ý tới quá lạnh hoặc quá đau, chẳng hạn có trẻ tự đập đầu vào cạnh bàn làm lồm bồm đầu nhưng không có cảm giác đau.

4.4. Các khó khăn về học tập và nhận thức

- Rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD): Một nhóm những người thuộc phổ tự kỷ cũng mắc ADHD. Một nhóm khác những người mắc tự kỷ và Asperger có các thông tin trái ngược: có khả năng tập trung vào một đề tài với thời gian dài.
- Khó khăn về học tập: người ta thường nói số này chiếm 75% người tự kỷ nhưng ngày nay số này thấp hơn nhiều có thể là 25 phần trăm.

BÀI 2. MỘT SỐ MÔ HÌNH, PHƯƠNG PHÁP TRỊ LIỆU CHO TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

1. Các mô hình trị liệu cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ

1.1. Trị liệu nhóm

Do trẻ rối loạn phổ tự kỷ gặp nhiều khó khăn về giao tiếp, tương tác xã hội, nên trị liệu nhóm là hoạt động hết sức cần thiết. Mỗi nhóm có từ 5 đến 6 trẻ được đánh giá là có cùng mức độ phát triển. Thời gian trị liệu nhóm có thể từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ/ngày x 2 đến 3 ngày/tuần. Các hoạt động trong 1 buổi thường được chia thành 5 - 6 hoạt động nhỏ bao gồm các hoạt động ngoài trời (khoảng 30 phút) và hoạt động trong nhà (1 giờ đến 1 giờ 30 phút)

1.2. Trị liệu theo giờ

Theo các chuyên gia về trẻ rối loạn phổ tự kỷ, trẻ nên được trị liệu bán thời gian và tham gia vào hoạt động trị liệu khác nhau sẽ tốt hơn cho trẻ, sự phối hợp nhiều phương pháp giúp trẻ có nhiều cơ hội cải thiện hơn chỉ là trị liệu với một vài phương pháp nhất định. Trị liệu theo giờ tiến hành trên từng trẻ với mô hình tương tác một đối một giữa cô giáo và trẻ. Mỗi trẻ sẽ được trị liệu 45 phút đến 1 tiếng/1 ngày, một tuần thực hiện từ 2 – 4 lần. Chương trình chính sẽ được thống nhất giữa cô giáo và các chuyên viên trị liệu.

1.3. Trị liệu tâm lý

Hầu hết trẻ rối loạn phổ tự kỷ đều có ít nhiều cảm giác lo sợ vì trẻ không hiểu nhiều về thế giới xung quanh đặc biệt là những hoàn cảnh và đồ vật mới lạ. Những lo sợ này càng khiến trẻ xa lánh mọi người và thế giới xung quanh, thu mình vào thế giới riêng của mình. Do đó trong các hình thức trị liệu cho trẻ rối

loạn phổ tự kỉ cần có trị liệu tâm lý. Qua hoạt động trị liệu này giúp trẻ tiếp cận thế giới đồ vật (đồ chơi) theo cách an toàn, ít cảm thấy nguy hiểm hơn (khi trong phòng trị liệu), đồng thời với những kỹ năng nâng đỡ, khơi gợi giúp trẻ tự tin khám phá. Trẻ sẽ làm việc với một chuyên viên tâm lý trị liệu. Thời gian 1 - 2 lần/tuần, mỗi lần 45 phút.

1.4. *Chỉnh âm*

Đa số trẻ rối loạn phổ tự kỉ có vấn đề nghiêm trọng trong phát triển ngôn ngữ, do đó trị liệu ngôn ngữ cho trẻ là hết sức quan trọng. Hình thức trị liệu có thể theo nhóm hay trị liệu cá nhân tùy theo khả năng và mức độ bệnh của trẻ. Thông thường số lần trị liệu từ 1 -2 lần một tuần, nhưng cũng có thể nhiều lần hơn tùy theo tính chất bệnh của trẻ. Thời gian 1 lần trị liệu là 45 phút, có thể ít hoặc nhiều hơn tùy theo phiên trị liệu. Thông thường trị liệu cá nhân một lần một bé, nhưng cũng có khi hai, ba bé cùng trị liệu một lúc.

1.5. *Computer*

Hầu hết trẻ rối loạn phổ tự kỉ đều rất thích máy vi tính và có khả năng trong việc học trên máy vi tính. Trong giờ học vi tính cô giáo sẽ lựa chọn cho trẻ những phần mềm thích hợp với khả năng phát triển trí tuệ. Hướng dẫn nhẹ nhàng và khuyến khích hợp tác được ưu tiên.

2. Các phương pháp trị liệu cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ

Cùng với việc phát hiện và nghiên cứu về rối loạn phổ tự kỉ, công việc trị liệu trẻ rối loạn phổ tự kỉ đã được tiến hành từ rất nhiều năm nay với nhiều trường phái, nhiều phương pháp. Trên thực tế, tự kỉ là một dạng rối nhiễu rất phức tạp, với rất nhiều khó khăn cả về thể chất (đặc biệt là các giác quan) và tinh thần nên việc giáo dục trẻ em tự kỉ thường được *gắn với hoạt động trị liệu*. Một số phương pháp trị liệu được thiết kế dành riêng cho những trẻ em mắc rối loạn phổ tự kỉ, một số phương pháp được thiết kế cho những trẻ em mắc các dạng khó khăn khác và được thích ứng cho phù hợp với trẻ rối loạn phổ tự kỉ.

Nhìn chung các phương pháp trị liệu cho trẻ em rối loạn phổ tự kỉ đều được thiết kế trên cơ sở xem xét những điểm mạnh và những khiếm khuyết mà rối loạn tự kỉ đem lại và đều theo *hướng tiếp cận bù trừ*.

2.1. *Trị liệu y tế cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ*

Một số phương pháp trị liệu cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ bắt đầu từ quan điểm cho rằng, tự kỉ là một dạng *khó khăn về thể chất*. Những nhân tố được xem xét trong quan điểm này là những tổn thương của não bộ, động kinh, khó khăn về nghe và nhìn, suy giảm hệ miễn dịch, tiêu hoá... Theo đó, các chương trình trị liệu tập trung vào thuốc và chế độ ăn kiêng... trong đó phổ biến nhất là dùng thuốc.

Trị liệu bằng thuốc ngày càng được quan tâm và phát triển. Với tư cách là một biện pháp trị liệu chính, tiến hành song song với các biện pháp giáo dục và

tâm lý, nhiều loại thuốc được sử dụng để giải quyết những vấn đề thể chất và tinh thần của người tự kỉ, giúp họ giảm bớt những khó khăn mắc phải, học tập và có cuộc sống tốt hơn.

Trẻ em và những người lớn tự kỉ thường được chỉ định dùng một số loại thuốc như: Tofranil và Nardil để điều khiển cảm xúc của mình bởi vì nhiều người trong số họ có thể thường xuyên phải đối mặt với cảm giác lo âu, ám ảnh. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, những loại thuốc như Tofranil sử dụng rất có ích với những người tự kỉ vì nó giúp họ giảm stress, thích ứng với những cảm xúc bất thường của bản thân.

Một số loại thuốc có tác dụng với những trẻ rối loạn phổ tự kỉ có rối loạn tiêu hoá, suy giảm hệ miễn dịch hay mắc chứng động kinh. Việc điều trị những khó khăn về thể chất và tinh thần ở trẻ rối loạn phổ tự kỉ sẽ giúp trẻ có thể học tập tốt hơn.

Ngày càng nhiều loại thuốc được dùng trong trị liệu cho trẻ em tự kỉ và tỏ ra có hiệu quả trong nhiều trường hợp. Tuy nhiên, việc dùng thuốc cần phải hết sức thận trọng, trong rất nhiều trường hợp, nhiều trẻ rối loạn phổ tự kỉ có biểu hiện tăng động và được chỉ định dùng thuốc giảm tăng động nhưng trẻ lại có phản ứng không tốt với thuốc và thay vì giảm hoạt động chúng lại trở nên tăng động hơn và trong nhiều trường hợp lại trở nên ù lì hoạt động quá ít.

Mặc dù các nhà chuyên môn đã đưa ra khuyến cáo rằng thuốc không phải là biện pháp giúp trẻ rối loạn phổ tự kỉ trở nên bình thường, nó chỉ có ích trong việc giúp trẻ giảm hành vi, điều hoà cảm giác, tăng tập trung và học tốt hơn nhưng trên thực tế nhiều gia đình đã quá hi vọng vào những tác dụng của việc dùng thuốc.

** Một số liệu pháp y sinh được sử dụng hiện nay*

Sử dụng hóa dược

Điều đầu tiên muốn nói là thuốc không nhằm chữa hết rối loạn tự kỉ vì chưa có thuốc đặc trị, thuốc chỉ dùng để khắc phục các triệu chứng. Rối loạn tự kỉ gồm nhiều triệu chứng khác nhau và các triệu chứng này thay đổi ở mỗi trẻ. Khi trẻ được cho uống thuốc thì mục đích là chữa một hay nhiều triệu chứng có liên quan. Trong khi sử dụng thuốc các bác sĩ nhằm tới trị liệu làm giảm các triệu chứng: tính hiếu động, kém chú ý, hành vi rập khuôn, hành vi tự xâm hại, hung hăng, lo lắng quá độ, lâm lì, khó ngủ. Dưới đây là một số loại thuốc thông dụng:

- Haloperidol, thuốc chống loạn thần, với liều 0,5 đến 4 mg/ngày. Thuốc có tác dụng làm giảm tính lâm lì khép kín và hành vi rập khuôn (Campbell, 1983).
Fenfluramine, thuốc kháng serotonin (Levontal 1993).
- Naltrexone, thuốc kháng opiate, có tác dụng giảm tăng động, cải thiện quan hệ xã hội (Campbell 1993; Henman 1991; Kalmen 1995).

- Clomipramine, thuốc ức chế thu hồi 5 – HT, có tính chất chống ám ảnh, tác dụng làm giảm các hành vi mang tính nghi thức ám ảnh, hành vi định hình, gây hấn và xung động xã hội, cải thiện quan hệ xã hội.
- Fluoxetine, một chất ức chế thu hồi 5 – HT khác, cũng làm giảm triệu chứng chung của tự kỉ nhưng lại gây tác dụng phụ: tăng động, ăn không ngon, mất ngủ (Cook 1992).
- Ngoài ra vitamin B6 và magnesium cũng được sử dụng trong trị liệu trẻ rối loạn phổ tự kỉ...

Giải độc hệ thống

Xuất phát từ quan điểm cho rằng, trẻ rối loạn phổ tự kỉ là do nhiễm độc thủy ngân và bằng phương pháp loại trừ hệ thống để thải chất thủy ngân ra ngoài. Phương pháp này được coi là có hiệu quả trên cơ sở thực nghiệm chữa trị của một số nhóm bác sĩ tại Mỹ. Tuy nhiên, đến nay phương pháp này vẫn chưa được coi là phương pháp chính thống, do chưa chứng minh được cơ chế gây bệnh cũng như cơ chế khỏi bệnh bằng phương pháp giải độc thủy ngân.

Ăn kiêng

Có giả thuyết cho rằng trẻ rối loạn phổ tự kỉ là do trẻ bị rối loạn một số tuyến nội tiết trong cơ thể, thiếu sinh tố, và bị dị ứng với một số chất từ bên ngoài đưa vào cơ thể. Theo một số tác giả của giả thuyết này trẻ rối loạn phổ tự kỉ cần được kiểm soát chặt chẽ những thành phần hóa học của những chất cung cấp cho cơ thể. Do đó, ăn kiêng là biện pháp đưa lên hàng đầu của phương pháp này. Các chất mà các tác giả đưa ra là: sữa và các sản phẩm làm từ sữa, đường, bột mì... Đây vẫn được coi là giả thuyết vì chưa có một công trình khoa học nào được khẳng định chắc chắn về vấn đề này.

Vật lý trị liệu

Phương pháp này nhằm giúp trẻ hoạt hóa một số cơ quan vận động không được hoạt động hoặc hoạt động kém ở trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Trong sinh hoạt hằng ngày, có nhiều cơ quan vận động của trẻ hoạt động bình thường, nhưng trẻ rối loạn phổ tự kỉ không muốn vận động cơ quan đó do tính tự kỉ quy định; vật lý trị liệu là cách tốt nhất giúp trẻ hoạt hóa các cơ quan này. Các hoạt động vận động của trẻ thường gặp khó khăn là: vận động chéo của chân và tay, vận động của cơ quan phát âm, các vận động tinh của đôi bàn tay và có những trẻ gặp khó khăn cả trong vận động thị giác khi tri giác các sự vật và hiện tượng trong thế giới.

Vật lý trị liệu còn giúp loại bỏ những hành vi định hình đặc trưng của trẻ rối loạn phổ tự kỉ, thay vào đó là sự tăng cường các hành vi tích cực, phù hợp với hoàn cảnh, với hoạt động xã hội của bản thân trẻ rối loạn phổ tự kỉ.

Bấm huyết

Theo định nghĩa của Bộ Y tế Nhật Bản, bấm huyết là thủ thuật dùng ngón tay cái, các ngón khác và lòng bàn tay, với sự trợ giúp của dụng cụ bất kỳ (cơ học hay loại khác) để tạo áp lực trên da bệnh nhân. Mục đích là điều chỉnh các rối loạn chức năng, tạo hưng phấn, duy trì sức khỏe và điều trị một số bệnh đặc thù.

Phương pháp được áp dụng nhiều cho những trẻ rối loạn phổ tự kỉ tại Nhật Bản, Trung Quốc, Hàn Quốc, Đài Loan, Hồng Kông và Việt Nam. Có phụ huynh cho rằng khi trẻ rối loạn phổ tự kỉ được kết hợp nhiều phương pháp, trong đó có phương pháp châm cứu, bấm huyết thì trẻ có tiến bộ rõ ràng, trẻ có thể nói được một số từ và hợp tác hơn với người lớn, chịu chơi với trẻ em khác hơn. Đây là phương pháp khó chứng minh về mặt khoa học nhất trong nhóm các phương pháp y – sinh học. Do vậy mà phương pháp này cũng chưa được kiểm chứng thuyết phục về mặt khoa học.

Phản hồi thần kinh (Neurofeedback)

Phản hồi thần kinh (NFB), cũng được gọi là trị liệu thần kinh, phản hồi sinh học thần kinh hay phản hồi sinh học qua điện não đồ (EEGBF) EEG là một kỹ thuật chữa bệnh bằng việc phản hồi tức thời trên hoạt động của sóng điện não, như được đo bởi những điện cực trên da đầu, biểu hiện điển hình trên màn hình video. Mục tiêu sẽ cho phép điều khiển có ý thức hoạt động của sóng điện não. Nếu hoạt động não thay đổi theo xu hướng mong muốn của bác sĩ thì một "phần thưởng" tích cực được trao cho cá nhân, và nếu hoạt động của sóng điện não theo hướng tiêu cực thì hoặc là có một sự phản hồi âm tính hoặc là không có sự phản hồi nào được đưa ra (phụ thuộc vào nghi thức). Những phần thưởng có thể đơn giản như sự thay đổi cao thấp của một âm thanh hay độ phức tạp của một kiểu hoạt động nhất định trong đặc tính của một trò chơi video. Kinh nghiệm này có thể được gọi là sự điều hoà có kiểm soát những trạng thái trong cơ thể.

Với phương pháp này có thể hỗ trợ tích cực khi muốn trẻ rối loạn phổ tự kỉ tương tác với kích thích trong điều trị.

Oxy cao áp (hyperbaric oxygen - HBO)

HBO là một điều trị y học trong đó bệnh nhân được đặt trong môi trường ô-xy tinh khiết gần như 100% với áp lực lớn hơn 1,4 atmosphere. Ngoài hô hấp, lượng ô-xy thâm qua da và hòa tan trong huyết tương sẽ tăng 22 - 30 lần so với ô-xy trong máu người bình thường. Ô-xy cao áp vừa có tác dụng điều trị, vừa có tác dụng điều dưỡng. HBO có hai tác dụng làm giảm kích thích những bóng khí gập trong những bệnh tắc mạch như bệnh giảm áp, hoại thư hay gia tăng ô-xi trong tất cả các mô trong cơ thể. Nếu cho bệnh nhân thở ô-xy nguyên chất ở áp suất 3 atmosphere thì lượng ô-xy hòa tan trong máu sẽ

lớn hơn trên 20 lần so với bình thường. Phương pháp này đang được điều trị Trẻ rối loạn phổ tự kỉ khá phổ biến ở TP. Hồ Chí Minh.

Trị liệu tế bào gốc (Term cell therapy)

Tế bào gốc thường là những tế bào ở giai đoạn rất sớm có khả năng phân chia để tạo ra nhiều tế bào gốc hơn, hoặc trong những điều kiện thích hợp có thể biến thành các loại tế bào chuyên biệt khác chẳng hạn như tế bào thần kinh, cơ, da, gan, v.v... Tế bào gốc là tế bào chủ của cơ thể, có tiềm năng trở thành nhiều loại mô khác nhau. Việc lưu giữ tế bào gốc mở ra những phương pháp mới để sửa chữa và thay thế các mô bị bệnh hoặc tổn thương trong cơ thể.

Một số quan niệm tin rằng trẻ rối loạn phổ tự kỉ là do bị khiếm khuyết một hệ thống gen di truyền nào đó, những tác giả của quan niệm này hy vọng khi bản đồ gen được giải mã hoàn toàn sẽ là cơ hội duy nhất chữa thành công rối loạn tự kỉ.

Hiện nay, các chương trình trị liệu y tế còn ít được sử dụng tại Việt Nam.

2.2. Trị liệu phân tâm học đối với trẻ rối loạn phổ tự kỉ

Các liệu pháp phân tâm học đối với tự kỉ được định hình trên cơ sở quan niệm cho rằng tự kỉ là hệ quả của những thương tổn cảm xúc đối với trẻ, (chủ yếu) do những bất cập trong quá trình định hình mối gắn kết giữa trẻ với cha mẹ, đặc biệt là gắn kết với mẹ gây nên. Hai liệu pháp phân tâm học thường được biết đến trong điều trị tự kỉ, bao gồm trị liệu bằng ôm ấp (holding therapy) và trị liệu thông qua trò chơi (play therapy). Phương pháp trị liệu bằng ôm ấp được xây dựng trên cơ sở nghiên cứu của vợ chồng Tinbergen (Tinbergen & Tinbergen, 1983). Tinbergen & Tinbergen (1983) cho rằng, nguyên nhân của mất cân bằng cảm xúc chính là sự thiếu thốn mối quan hệ gắn kết về cảm xúc giữa trẻ (ở độ tuổi sơ sinh) với mẹ, điều này có thể được bù đắp bằng liệu pháp ôm ấp – ôm ghì để đảm bảo duy trì tiếp xúc ánh mắt với trẻ; ban đầu trẻ có thể khó chịu, về sau trẻ sẽ tiếp nhận và thấy cần sự an ủi, vỗ về từ việc được ôm ấp.

Trên cơ sở quan niệm rằng nguyên nhân dẫn đến tự kỉ là sự thất bại trong việc định hình mối gắn kết cảm xúc xã hội, do sự suy yếu hoặc hỏng giác quan (sensory impairment) gây nên, DesLauries (1978) đã phát triển hướng trị liệu đối với trẻ rối loạn phổ tự kỉ thông qua trò chơi. Các liệu pháp trò chơi ở đây được sử dụng với tư cách là phương thức tạo ra các kích thích giác quan đủ mạnh để giúp trẻ khắc phục những khuyết tật giác quan. Nói cách khác, liệu pháp can thiệp thông qua trò chơi đối với trẻ rối loạn phổ tự kỉ không nhằm phát triển các kĩ năng chơi ở trẻ, mà tập trung tăng cường các kích thích tương tác liên cá nhân đối với trẻ.

Hiện nay, phần lớn các chứng cứ khoa học thực nghiệm và lâm sàng đều ủng hộ quan niệm cho rằng, tự kỉ là một loại rối nhiễu phát triển (developmental

disorder) chứ không phải rối nhiễu cảm xúc (emotional disorder). Thêm vào đó, sự thiếu vắng các nghiên cứu thực nghiệm và thực chứng về hiệu quả can thiệp theo hướng này đã khiến các liệu pháp phân tâm học hiếm khi được các chuyên gia can thiệp tự kỉ sử dụng (Roberts & Ridley, 2004).

2.3. Trị liệu hành vi đối với trẻ rối loạn phổ tự kỉ

2.3.1. ABA (Applied Behavior Analysis – Phân tích hành vi ứng dụng)

❖ Nghiên cứu về ABA trong can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ

ABA là bước tiến quan trọng trong quá trình phát triển trường phái tâm lí học hành vi ở thế kỉ XX. ABA gắn với tên tuổi của các nhà hành vi học Baer, Wolf, và Risley. Năm 1968, các nhà hành vi học này đưa ra định nghĩa về ABA như sau: *Phân tích hành vi ứng dụng là quá trình vận dụng các nguyên tắc về hành vi đã được chứng minh để cải thiện những hành vi cụ thể, đồng thời đo đạc xem liệu những thay đổi đã nêu có thực sự có ý nghĩa đối với quá trình vận dụng hay không.* Một số nguyên tắc về hành vi quan trọng đã được vận dụng trong ABA đó là: tất cả các hành vi đều có thể học được và các hành vi bị chi phối bởi các điều kiện tiền đề và hậu quả của chúng, những hành vi được củng cố sẽ được lưu giữ lâu hơn những hành vi không được củng cố. Trên cơ sở các nguyên tắc này, một số kĩ thuật quan trọng được xây dựng và ứng dụng trong can thiệp hành vi, đó là: can thiệp thông qua các thử nghiệm riêng biệt, sử dụng các củng cố để kiểm soát và hình thành hành vi, điều chỉnh các yếu tố tiền hành vi hoặc hậu hành vi nhằm làm tăng hoặc giảm hành vi... Từ nhiều năm nay, ABA được ứng dụng trong nhiều lĩnh vực trong đó có lĩnh vực can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ và Ivan Lovaas cùng các đồng nghiệp của mình tại Trường đại học California ở Los Angeles Hoa kì (UCLA) là những người khởi xướng việc ứng dụng ABA trong can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ ngày từ những năm 60 của thế kỉ XX.

Trong thời gian từ năm 1985 đến năm 2005, trên thế giới đã có khoảng 500 bài báo liên quan đến việc sử dụng ABA trong can thiệp tự kỉ, nội dung các bài báo chủ yếu là công bố các kết quả nghiên cứu về việc ứng dụng ABA trong can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Trong số các nghiên cứu đó, phải kể đến các nghiên cứu của Lovaas cùng các đồng nghiệp tại UCLA năm 1987, 1993; nghiên cứu của Anderson và các đồng nghiệp tại Massachusetts năm 1987; nghiên cứu của Birnbrauer & Leach tại trường Đại học Murdoch ở Australia năm 1993; nghiên cứu của Sheinkopt & Seigel tại trường Đại học California ở San Francisco... Gần đây nhất là những nghiên cứu của Sallows (2005) và Cohen (2006) cùng các đồng nghiệp nhằm kiểm định lại những nghiên cứu của Lovaas cùng các đồng nghiệp của ông tại UCLA vào năm 1987. Có thể nói, sự phong phú của các nghiên cứu về ABA trong can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ cũng là một phần rất quan trọng trong các nghiên cứu về phát triển phương pháp can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Trên thực tế, cho đến bây giờ ABA vẫn là một trong những hướng can thiệp phổ

biên và hiệu quả nhất trong can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Dưới đây, chúng tôi phân tích một số kết quả nghiên cứu chính về việc sử dụng ABA trong can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ đã được công bố trên thế giới.

Kết quả nghiên cứu thứ nhất là về **hiệu quả** của ABA trong can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Nghiên cứu đầu tiên và cũng là một nghiên cứu tiêu biểu được công bố vào năm 1987 bởi nhóm các nhà nghiên cứu đứng đầu là Ivan Lovaas tại UCLA. Kết quả cho thấy hơn 90% trẻ chắc chắn tiến bộ khi được can thiệp bằng Mẫu Lovaas theo ABA. Trong đó, gần một nửa số trẻ - 9 trẻ (47%) có chỉ số IQ bình thường (IQ: 94 – 120; 100 là bình thường) và có khả năng thích ứng được đánh giá là bình thường. Sau đó, 9 trẻ được đánh giá là có chỉ số IQ bình thường ở giai đoạn 1 tiếp tục được đưa vào giai đoạn tiếp theo của quá trình nghiên cứu, những trẻ này được đánh giá vào năm 13 tuổi với kết quả trên trung bình. Như vậy, qua hai nghiên cứu chính này Lovaas và các đồng nghiệp không những đã chứng minh được hiệu quả tốt của ABA trong can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ mà còn chứng minh được hiệu quả lâu dài của ABA đối với sự phát triển của trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Những tiến triển của trẻ rối loạn phổ tự kỉ khi can thiệp bằng ABA được đo đạc, so sánh trước và sau thực nghiệm không chỉ thông qua tiêu chí về chức năng trí tuệ, hành vi thích ứng mà còn qua kĩ năng xã hội, học đường, giao tiếp, chơi, tự phục vụ...điều đó cho thấy hiệu quả toàn diện của ABA trong quá trình can thiệp lên trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Sự thành công trong môi trường giáo dục hòa nhập cũng là một trong những kết quả quan trọng mà các nghiên cứu đã chỉ ra, những trẻ em tự kỉ được can thiệp bằng ABA ở độ tuổi sớm có thể tham gia vào lớp học hòa nhập với các trẻ cùng tuổi, một số có thể chỉ cần một chút hỗ trợ đặc biệt (Fenske, 1985; Harris, 1991; Maurice, 1993; Lovaas, 1987; McEachin, 1993; Perry, 1995; Sheinkopf & Seigel, in press...). Khi so sánh kết quả can thiệp của nhóm được can thiệp bằng ABA và nhóm đối chứng, bao gồm những trẻ không được can thiệp hoặc được can thiệp bằng các chương trình giáo dục sớm hoặc trị liệu khác, kết quả nghiên cứu cho thấy những trẻ được can thiệp theo ABA có hiệu quả tốt hơn (Anderson, 1987; Lovaas, 1987; Harris, 1991, Maurice, 1993...).

Kết quả nghiên cứu chính thứ hai là về **độ tuổi** can thiệp đem lại sự thành công. Phần lớn các nghiên cứu chỉ ra rằng độ tuổi can thiệp phù hợp nhất là trước 5 tuổi. Tuy nhiên, kết quả tốt nhất được báo cáo là cho trẻ được can thiệp bắt đầu từ 2 đến 3 tuổi (Birnbrauer & Leach, 1993; Lovaas, 1987; Maurice, 1993; Sheinkopf & Siegel, in press...). Nhưng cũng phải thấy rằng trẻ rối loạn phổ tự kỉ tuổi rất nhỏ (như dưới 3 tuổi) khó có thể theo và hưởng lợi từ những chương trình can thiệp kéo dài và được cấu trúc như những chương trình dành cho nhóm trẻ 3 tuổi và trên 3 tuổi. Chính vì vậy mức độ tập trung của chương trình cần được thiết kế phù hợp với tuổi của trẻ. Mẫu Lovaas cũng đã nghiên cứu và đưa ra các chương trình can thiệp dành cho nhóm trẻ tuổi rất nhỏ (dưới 3) bao gồm kế hoạch can thiệp hướng đến kĩ năng tương tác trong khi chơi, với thời lượng 10 – 15 giờ/tuần, sau khi hoàn thành chương trình

can thiệp ở độ tuổi này trẻ chuyển sang chương trình can thiệp tập trung với thời lượng 35 – 40 giờ/tuần.

Kết quả nghiên cứu chính thứ ba là về *tính chất* của quá trình can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ theo ABA. Việc xem xét tính chất của quá trình can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ theo ABA trên thực tế bao gồm nhiều yếu tố. Ở đây chúng tôi xin được phân tích các yếu tố cơ bản nhất mà các nghiên cứu đã chỉ ra được. Yếu tố đầu tiên được nghiên cứu chính là *các thành phần* của quá trình can thiệp. ABA bao gồm nhiều thủ tục đánh giá và thay đổi hành vi, tất cả các thủ tục này được thiết lập dựa trên các nguyên tắc hành vi. Một số thủ tục đơn lẻ và kết hợp một chút được các nghiên cứu đánh giá là có hiệu lực, một số thủ tục mới và kết hợp vẫn đang tiếp tục được phát triển và đánh giá. The ME book (Lovaas, 1991) là cuốn sách duy nhất phổ biến những thủ tục và những kĩ thuật dạy trẻ rối loạn phổ tự kỉ, phần lớn các nghiên cứu không đề cập đến các kĩ thuật can thiệp được sử dụng trong nghiên cứu. Điều đó có thể xuất phát từ chính những giới hạn về phạm vi trình bày của các bài báo khoa học nhưng cũng có thể vì ABA là một chương trình can thiệp được cá nhân hóa quá cao. Yếu tố thứ hai được đề cập đến trong kết quả nghiên cứu về tính chất của quá trình can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ theo ABA chính là *mức độ tập trung* của các chương trình can thiệp. Thời lượng can thiệp mà trẻ nhận được là một tiêu chí để xác định mức độ tập trung của chương trình can thiệp. Các nghiên cứu của Lovaas cho rằng 40 giờ/tuần là thời lượng can thiệp đem lại hiệu quả cao hơn 10 giờ/tuần. Sheinkopf & Siegel chứng minh rằng, trẻ nhận được 30 giờ/tuần sẽ có chỉ số IQ cao hơn những trẻ nhận được 20 giờ/tuần... Về cơ bản, thời lượng cần thiết được xác định để mang lại sự thành công cho trẻ ít nhất là 30 giờ/tuần. Yếu tố thứ ba được đề cập đến trong kết quả nghiên cứu về tính chất của quá trình can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ theo ABA là *thời gian* can thiệp. Phần lớn các nghiên cứu đều chỉ ra thời gian cần thiết để trẻ có được sự tiến bộ, song không có sự so sánh với thời gian khác khi sử dụng cùng một chương trình. Chẳng hạn, nghiên cứu của Anderson và các đồng nghiệp vào năm 1987 đã chỉ ra rằng những trẻ trong nghiên cứu có tiến triển tốt sau 1 năm can thiệp thậm chí là qua năm thứ 2 can thiệp, nhưng họ đã không so sánh sự tiến triển của trẻ có 2 năm can thiệp với những trẻ hoàn thành chương trình can thiệp sau 1 năm. Phần lớn những trẻ có kết quả tốt nhất trong nghiên cứu ban đầu của Lovaas và các đồng nghiệp (1987) đã đạt được chức năng bình thường sau 2 năm can thiệp tập trung (40 đến 50 giờ/tuần) nhưng có một trẻ chỉ thực sự đạt được điều đó sau 6 năm (McEachin, 1993). Trong khi đó, những nghiên cứu của Sheinkopf & Siegel chỉ ra rằng, các trẻ đạt được sự tiến triển trong thời gian can thiệp 7 tháng đến gần 2 năm. Như vậy, có thể thấy rằng các nghiên cứu chỉ ra những kết quả khá khác biệt. Song, có thể thống nhất rằng, 2 năm liên tục là thời gian tối thiểu để tạo ra sự tiến triển. Yếu tố thứ tư được đề cập đến trong kết quả nghiên cứu về tính chất của quá trình can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ theo ABA chính là *chất lượng*. Phần lớn các nghiên cứu chỉ ra rằng: chất lượng phụ thuộc vào các biến số như mức độ tập trung (thời lượng can thiệp trong một đơn vị thời gian, phổ biến là ngày và tuần) và

thời gian. Nhưng còn nhiều yếu tố quan trọng hơn (chẳng hạn như yếu tố nhân lực tiến hành can thiệp) và nhất là những yêu cầu cụ thể về phạm vi của các yếu tố đó để đảm bảo chất lượng cho các chương trình can thiệp lại là điều chưa được đề cập nhiều trong các nghiên cứu. Trong nghiên cứu của Anderson và các đồng nghiệp, kỹ năng của cha mẹ là yếu tố được đo đạc (đây là điều khá hiếm hoi tìm thấy trong các nghiên cứu), không có nghiên cứu nào cho đến thời điểm này cung cấp các số liệu về sự thành thạo của các chuyên gia, giáo viên hoặc thẩm định lại thông tin về điều mà họ đã thực sự làm trong thời gian can thiệp. Như Birnbrauer và Leach (1993) đã bàn luận, việc đo đạc chất lượng của can thiệp và tính toàn vẹn nên là chủ đề ưu tiên cao của các nghiên cứu trong tương lai. Yếu tố cuối cùng được đề cập đến trong kết quả nghiên cứu về tính chất của quá trình can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ theo ABA là *bối cảnh*. Các bối cảnh chính được sử dụng trong các nghiên cứu là tại nhà hoặc kết hợp giữa bối cảnh tại nhà – trường học và cộng đồng. Trong phạm vi các công trình nghiên cứu đã công bố, tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào so sánh sự khác biệt giữa chương trình can thiệp tại nhà và tại trường. Tuy nhiên, có một khẳng định thường xuyên được đề cập đến là cha mẹ, giáo viên và nhà trị liệu cần được cung cấp các kỹ năng cần thiết để đem đến cho trẻ chương trình can thiệp có hiệu quả trong những bối cảnh đa dạng. Có hai vấn đề về bối cảnh can thiệp cần được chú ý khi xây dựng chương trình can thiệp: (a) Sự thiếu hụt về khả năng chú ý, quan sát, hiểu hướng dẫn bằng lời, làm theo chỉ dẫn và duy trì sự nỗ lực trong những hoạt động đòi hỏi phải suy ngẫm là những vấn đề điển hình của trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Do vậy, sự hướng dẫn ban đầu nên được đặt trong một bối cảnh ít sự xao lãng nhất có thể và (b) việc can thiệp phải được mở rộng bối cảnh để tạo ra những hiệu quả mang tính bền vững và khái quát hóa. Sự tham gia của cha mẹ là yếu tố quan trọng đã được khẳng định và điều đó chỉ có thể thực hiện được khi chúng ta tạo được môi trường can thiệp tại nhà (Lovaas, 1987).

Trên đây, chúng tôi đã phân tích những kết quả nghiên cứu chính về việc sử dụng ABA trong can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Kết quả phân tích có thể giúp chúng ta trả lời các câu hỏi về hiệu quả của ABA, thời lượng và thời gian can thiệp cần thiết cũng như độ tuổi can thiệp phù hợp để đem lại sự tiến triển... Tuy nhiên, cách thức tiến hành can thiệp cụ thể là yếu tố chưa được đề cập đến nhiều trong các nghiên cứu. Trên thực tế, cũng là những nguyên tắc của ABA, việc vận dụng trong các nghiên cứu cũng như trong thực tế can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ tại mỗi thời điểm và ở những nơi khác nhau là khác nhau. Ngay tại ULCA, nơi mà Mẫu Lovaas theo ABA trong can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ được xây dựng và phát triển nhiều năm, việc tái tạo nguyên mẫu những gì mà Lovaas và các đồng nghiệp của mình đã làm năm 1987 cũng không thể thực hiện được một cách tuyệt đối.

❖ *Mẫu Lovaas theo phân tích hành vi ứng dụng trong can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ.*

Từ những nghiên cứu đầu tiên của Lovaas, cho đến nay mẫu Lovaas đã có thay đổi và Viện Lovaas tại UCLA vẫn tiếp tục quá trình ứng dụng các nguyên tắc

ABA trong quá trình xây dựng mô hình lí tưởng trong can thiệp cho trẻ em tự kỉ.

Hướng tiếp cận của Mẫu Lovaas theo Phân tích hành vi ứng dụng bao gồm các nguyên tắc sau:

- Tiếp cận cá nhân: cung cấp các chương trình can thiệp dựa trên khả năng và nhu cầu của từng trẻ rối loạn phổ tự kỉ thông qua những người hướng dẫn được đào tạo và có chất lượng.
- Tương tác tích cực: được phát triển trước tiên thông qua các hoạt động được ưa thích, và những nỗ lực giao tiếp của trẻ.
- Động cơ: được khuyến khích thông qua việc sử dụng những vật liệu học tập quen thuộc và những củng cố phù hợp với trẻ.
- Thành công: được tăng cường thông qua việc củng cố những hành vi gần giống với hành vi mục tiêu và giảm dần gợi ý.
- Sự tham gia của cha mẹ: đây là một nguyên tắc quan trọng, cha mẹ được khuyến khích để tham gia vào các hội và các khoá đào tạo để có thể tạo ra một môi trường tốt cho con khi ở nhà và cộng đồng.
- Yêu cầu được phát triển càng sớm càng tốt.
- Học để nói và hiểu ngôn ngữ được xem là nền tảng phát triển kĩ năng xã hội.
- Bất chước là yếu tố quyết định, cho phép một trẻ học thông qua việc quan sát các trẻ khác.
- Tương tác xã hội và chơi tương tác là yếu tố quan trọng cấu thành quá trình can thiệp. Hoạt động chơi xuất hiện trước tiên với chị em và sau đó là với bạn cùng lứa.

Mô hình Lovaas về Phân tích hành vi ứng dụng được bắt đầu với những trẻ trong độ tuổi từ 2 đến 8. Trẻ sẽ được chuyển đến các dịch vụ khác khi chúng tiến bộ qua trường tiểu học và không quá 12 tuổi. Quá trình can thiệp luôn được dựa theo các nguyên tắc của phân tích hành vi ứng dụng và dựa trên những nhu cầu thiết yếu của trẻ.

Mẫu Lovaas được tạo ra như một chương trình toàn diện, thiết yếu trong đó các kĩ năng được bổ sung và xây dựng dựa trên mỗi trẻ. Chương trình can thiệp mang tính hệ thống qua các giai đoạn và nhấn mạnh yếu tố cá nhân của chương trình dựa trên điểm mạnh và điểm yếu của trẻ.

Với những trẻ rất nhỏ - Tiếp cận dựa trên kĩ năng tương tác trong khi chơi

Trẻ em nhỏ hơn 3 tuổi cần được có thêm thời gian để thích ứng với những trị liệu mạnh. Chương trình trị liệu vì thế thông thường được bắt đầu với 10 -15 tiếng/tuần và có thể tăng lên 35 – 40 tiếng/tuần khi trẻ được 3 tuổi. Người hướng

dẫn sử dụng những tình huống dạy học ngẫu nhiên và thuận lợi để tận dụng những thế mạnh của môi trường tự nhiên để dạy những kỹ năng mới cho trẻ. Chẳng hạn, khi một trẻ tập trung vào món đồ chơi được ưa thích người hướng dẫn sẽ hỗ trợ trẻ sử dụng mẫu câu giao tiếp yêu cầu món đồ chơi đó. Khi bắt đầu, người hướng dẫn cho phép trẻ được điều khiển càng nhiều càng tốt.

Sự đổi hướng được sử dụng như một phương pháp không xâm phạm (non – intrusive) để rập tắt những hành vi tự kích thích và hành vi rập khuôn. Người hướng dẫn của xây dựng ở trẻ khả năng bắt chước, cả ngôn ngữ có lời và không lời, bất kể những gì dù nhỏ và tinh xảo. Một môi trường học tập tích cực được thiết lập cho cả trẻ và người hướng dẫn. Cấu trúc thời gian được hình thành dần dần. Cấu trúc thời gian tiếp tục tăng cường với những củng cố và hành động hứng thú (được củng cố) nhưng cũng cho phép các kỹ năng khó được dạy với một phong cách có hệ thống hơn.

Mục tiêu cho các trẻ rất nhỏ thường là: phát triển giao tiếp, hình thành các kỹ năng chơi mới, phát triển tương tác qua các mối quan hệ, phản ứng với các kích thích một cách phù hợp, phát triển các kỹ năng chủ chốt như bắt chước và yêu cầu.

Với trẻ nhỏ - Hướng tiếp cận toàn diện, hoà nhập

Những nghiên cứu của Lovaas đã chứng minh rằng, chương trình can thiệp mạnh là một nhân tố quyết định sự tiến bộ của trẻ. Vì vậy, phần lớn các trẻ trong độ tuổi 3 đến 5 nhận được các hướng dẫn từ 5 - 8 h/ngày, 5 - 7 ngày/tuần (khoảng 35 – 40h/tuần). Trong những tuần đầu tiên can thiệp có thể gần như với những trẻ rất nhỏ, nhưng tiếp đó thời gian sẽ tăng lên một cách mau lẹ. Chúng ta có thể tạo ra một chương trình can thiệp mạnh và có thể điều khiển được cho trẻ bằng cách chia thời gian trong ngày thành các phần như sau:

Mỗi phần khoảng 2 – 4 tiếng trong đó bao gồm cả thời gian giải lao. Thông thường, mỗi nhiệm vụ mà trẻ và người hướng dẫn thực hiện khoảng 2 - 5 phút và sau đó nghỉ ngắn 1-2 phút. Những nhiệm vụ có thể được thực hành trong những bối cảnh đa dạng bao gồm thời gian tại bàn, trên sàn, quanh nhà và thậm chí bên ngoài. Thời gian nghỉ giải lao dài (10 – 20 phút) xuất hiện sau 1 – 2 giờ. Trong thời gian này trẻ em và người hướng dẫn có thể đi ra ngoài, chơi đồ chơi và ăn nhẹ. Giờ giải lao cả ngắn và dài cung cấp cho trẻ thời gian để thực hành các kỹ năng đã học như yêu cầu hoặc chơi với người hướng dẫn. Thời gian chơi được tính toán vào trong thời gian học mỗi giờ.

Lịch dạy được thích ứng với nhu cầu của trẻ và có thể bao gồm cả giờ ngủ trưa. Những kỹ năng được dạy qua các kỹ thuật như: dạy học thử nghiệm riêng lẻ (DTT), dạy học ngẫu nhiên (như đã trình bày trong phần dành cho trẻ rất nhỏ), tăng cường phản ứng ngẫu nhiên, chỉ dẫn fluency – based (tăng cường khả năng phản ứng nhanh của trẻ) và sự tham gia của bạn bè (khuyến khích các mối quan hệ thông qua hoạt động chơi hàng ngày).

Mục tiêu đầu tiên của can thiệp là cho trẻ có thể học qua môi trường tự nhiên. Trẻ tiến bộ qua các giai đoạn khác của chương trình để đạt được mục tiêu này. Chương trình sớm tăng cường những kỹ năng như bắt chước, yêu cầu, làm theo chỉ dẫn đơn giản và bắt chước yêu cầu bằng ngôn ngữ.

2.3.2. Các phương pháp can thiệp hành vi khác

❖ *Các phương pháp can thiệp và trị liệu hành vi nói chung cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ (Behavioral therapy/treatment/intervention)*

Các phương pháp này được ứng dụng trong can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ nói chung và các vấn đề ở trẻ rối loạn phổ tự kỉ như sợ hãi, lo âu, lựa chọn thức ăn, hành vi hoặc ngôn ngữ lặp lại. Một số nghiên cứu tiêu biểu như Shabani & Fisher (2006) nghiên cứu về điều trị sợ vật nhọn ở người bị tự kỉ; Tarbox, Schiff & Najdowski (2010) ứng dụng kỹ thuật hành vi để can thiệp việc kén chọn thức ăn ở trẻ nhỏ tự kỉ; Taylor, Hoch, & Weissman (2005) cũng dùng can thiệp hành vi để điều trị sự lặp lại âm thanh ở một trẻ rối loạn phổ tự kỉ.

❖ *Can thiệp tích cực hành vi sớm (Early Intensive Behavioral Intervention/EIBI)*

Cũng theo những nguyên lí của phân tích và can thiệp hành vi, can thiệp tích cực hành vi sớm (Early Intensive Behavioral Intervention/EIBI) cũng nhận được nhiều chú ý từ công luận và các nhà nghiên cứu. Một số nghiên cứu cho thấy EIBI có hiệu quả trong cải thiện khả năng nhận thức, kỹ năng ngôn ngữ, hành vi thích nghi ở trẻ (Cohen và cộng sự, 2006; Remington và cộng sự, 2007; Eikeseth và cộng sự, 2002; Eikeseth và cộng sự, 2007).

❖ *Trị liệu phản hồi then chốt (Pivotal Response Treatment/PRT)*

Là phương pháp điều trị dựa trên hành vi được nghiên cứu tốt nhất, dựa trên ABA. PRT là phương pháp can thiệp dựa trên việc chơi với trẻ, do trẻ khởi đầu, mục tiêu là phát triển giao tiếp, ngôn ngữ và các hành vi xã hội tích cực, và giảm hành vi tự kích thích. PRT được phát triển từ những năm 1970 bởi các nhà tâm lý giáo dục Robert Koegel và Lynn Kern Koegel ở trường đại học California, Hoa Kỳ.

❖ *Trị liệu nhận thức hành vi (Cognitive Behavior Therapy/CBT)*

Phương pháp này cũng cho thấy hiệu quả trong đào tạo kỹ năng, các rối loạn lo âu, sợ hãi... nhưng chỉ áp dụng được ở những người tự kỉ chức năng cao (tức người tự kỉ có khả năng trí tuệ tốt) (Sze, & Wood, 2007; White và cộng sự, 2009)

Tại Việt Nam hiện nay, phương pháp can thiệp hành vi ABA được sử dụng nhiều nhất và đã cho thấy những kết quả bước đầu. Những kỹ năng đặc biệt được dạy bằng cách chia chúng ra thành những bước nhỏ, dạy một bước trong một thời điểm và củng cố bước trước đó. ABA được sử dụng để dạy các cá nhân với

những khả năng khác nhau và có thể được sử dụng trong tất cả các lĩnh vực kỹ năng: Tự chăm sóc, lời nói và ngôn ngữ, kỹ năng cư xử xã hội... Ngay khi một kỹ năng đã được học trong một môi trường có kiểm soát (lớp học), kỹ năng này sẽ được dạy ở nhiều tình huống khác nhau

2.4. Trị liệu giao tiếp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ

a) *TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children – Trị liệu và giáo dục cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ và trẻ có khó khăn về giao tiếp)*

❖ *Một vài nét về lịch sử của TEACCH*

Vào đầu những năm 60 của thế kỉ XX, tự kỉ được xem là một rối loạn cảm xúc và cha mẹ trẻ là nguyên nhân chính dẫn đến điều đó. Thuật ngữ “refrigeration mother” thường xuyên được sử dụng để chỉ những người cha, người mẹ có con tự kỉ bởi quan điểm đó là những người lạnh lùng, thờ ơ và đôi khi có những hành vi hắt hủi, không ai khác chính họ là nguyên nhân dẫn đến vấn đề tự kỉ ở đứa trẻ. Trong bối cảnh đó chương trình TEACCH ra đời bởi các chuyên gia tâm lí, các nhà nghiên cứu thuộc trường đại học Bắc Carolina - Mỹ và người có công lớn nhất trong việc xây dựng và phát triển chương trình TEACCH là tiến sĩ Eric Schopler. Khởi đầu từ dự án *Nghiên cứu trẻ em*, một dự án nhằm cung cấp các dịch vụ dành cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ và gia đình các em, đến năm 1972, tại Bắc Carolina, chương trình TEACCH đã được chính thức đưa vào sử dụng với tư cách là một chương trình giáo dục và trị liệu cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ tại Bắc Carolina.

Ngay từ khi sáng lập TEACCH, Eric Schopler và các đồng sự của mình tin rằng tự kỉ là một dạng rối loạn phát triển (chứ không phải là rối loạn cảm xúc), cha mẹ không phải là nguyên nhân dẫn đến con tự kỉ và họ hoàn toàn có thể trở thành những người “giáo viên” tốt của con mình. Đây cũng là ý tưởng cho việc phát triển các dịch vụ can thiệp không chỉ trực tiếp hướng đến đứa trẻ mà gián tiếp thông qua gia đình của các em.

Division TEACCH được ra đời từ dự án *Nghiên cứu trẻ em* và kể từ khi thành lập đến nay, tại đây đã can thiệp cho khoảng 5000 cá nhân tự kỉ ở các độ tuổi khác nhau. Division TEACCH tiếp nhận các cá nhân tự kỉ ở mọi khả năng và độ tuổi. Bắt đầu bằng việc chẩn đoán các dấu hiệu bất thường trong thời điểm 2 đến 4 tuổi. Gia đình trẻ phải học để có những hiểu biết cơ bản về tự kỉ dưới sự hướng dẫn của các nhân viên của Division TEACCH. Tại bang Bắc Carolina Mỹ có 9 trung tâm của Division TEACCH đặt rải rác. Các trung tâm này cung cấp các dịch vụ cho các cá nhân tự kỉ từ 1 đến 70 tuổi trong khu vực của mình.

Ngày nay, TEACCH được sử dụng tại khá nhiều bang ở Mỹ và đã vượt qua biên giới nước Mỹ phổ biến tại các nước thuộc châu Âu, Châu Á và Nam Mỹ, đặc biệt là tại Anh. Vào những năm 1990, TEACCH bắt đầu được phổ biến một cách rộng rãi tại Anh. Kể từ đó đến nay, hiệp hội các chuyên gia sử dụng TEACCH tại

Anh đã phối hợp với Division TEACCH tiến hành đào tạo cho hơn 15.000 cha mẹ và chuyên gia về TEACCH, báo cáo về hiệu quả của TEACCH ở Anh được chứng minh cả ở môi trường giáo dục chuyên biệt và giáo dục hòa nhập.

❖ *Nguyên tắc của chương trình TEACCH*

Trong nhiều công trình nghiên cứu và tài liệu hiện có, TEACCH được tiếp cận ở hai phương diện chính, phương diện thứ nhất là chương trình can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ và phương diện thứ hai là phương pháp can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Chương trình TEACCH cung cấp cho các cá nhân tự kỉ và gia đình cá nhân đó các dịch vụ can thiệp và đào tạo. Các nguyên tắc hoạt động chính của chương trình TEACCH là:

(1) Cải thiện sự thích ứng bằng dạy học có ý nghĩa và điều chỉnh môi trường; môi trường nên điều chỉnh cho phù hợp với trẻ rối loạn phổ tự kỉ, trẻ không thể điều chỉnh theo môi trường.

(2) Cấu trúc hóa hoạt động dạy học, đây là nguyên tắc chủ chốt của chương trình TEACCH, nguyên tắc này định hướng việc xem xét TEACCH trên phương diện một phương pháp dạy học, dựa trên một thực tế là trẻ rối loạn phổ tự kỉ thường được hưởng lợi từ môi trường giáo dục được cấu trúc hóa hơn là môi trường giáo dục tự do;

(3) Trị liệu nhận thức và hành vi được diễn ra song song, việc phát triển nhận thức luôn đồng thời với việc trị liệu về hành vi bởi lẽ chính những vấn đề về hành vi có thể dẫn đến những khó khăn trong nhận thức;

(4) Chương trình can thiệp được cá nhân hóa, tức là được thiết kế cho mỗi cá nhân trên cơ sở đánh giá khả năng và nhu cầu của cá nhân đó;

(5) Phát triển tiềm năng, việc đánh giá cũng sẽ xác định các kĩ năng đang có tiềm năng phát triển để tập trung can thiệp;

(6) Duy trì sự tham gia của cha mẹ, trong chương trình này, cha mẹ sẽ làm việc với chuyên gia như một nhà đồng trị liệu, các bài dạy trong chương trình TEACCH không chỉ được dạy tại trung tâm mà còn được dạy tại nhà.

❖ *Bản chất của TEACCH trên phương diện là một phương pháp giáo dục - trị liệu cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ*

Bản chất của phương pháp TEACCH là quá trình can thiệp có ***cấu trúc***. *Hiểu một cách đơn giản thì can thiệp có cấu trúc chính là cách thức thiết kế và tổ chức hoạt động can thiệp theo khuôn khổ, trình tự logic và ổn định.* Phương pháp TEACCH hướng đến việc thiết kế một hệ thống hoạt động can thiệp có cấu trúc, trong đó, tạo tối đa những gì có thể tiếp thu bằng kênh thị giác và giảm thiểu những hướng dẫn bằng lời. Cách làm này tận dụng những thế mạnh của trẻ rối loạn phổ tự kỉ - khả năng tri giác, ghi nhớ bằng hình ảnh và dùng thế mạnh này

khắc phục những khó khăn của trẻ. Đồng thời, việc sử dụng cấu trúc cũng giúp trẻ rối loạn phổ tự kỉ dễ dàng hiểu và đoán được những điều đang và sẽ xảy ra.

Đã có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả sử dụng phương pháp TEACCH, trong đó nhấn mạnh rằng: sự cải thiện những vấn đề về hành vi và giao tiếp của trẻ rối loạn phổ tự kỉ là điều dễ dàng nhận thấy sau khi được can thiệp bằng phương pháp TEACCH. Ngoài ra, hoạt động can thiệp có cấu trúc giúp trẻ rối loạn phổ tự kỉ tập trung một cách thích hợp vào nhiệm vụ, tiếp cận với chương trình học tập và tăng cường tính tự lập.

❖ *Ưu điểm và hạn chế của TEACH*

- Ưu điểm: TEACH tập trung vào từng cá nhân trẻ và những điểm mạnh của chúng. Sự dự báo trước về môi trường sẽ giảm thiểu sự lo âu và giúp trẻ tập trung tối đa vào công việc.

- Hạn chế: TEACH quá cấu trúc đối với trẻ, làm hạn chế sự ra quyết định và sự sáng tạo của trẻ mặc dù sự linh hoạt có thể được khuyến khích trong khuôn khổ, TEACH cũng khá gò bó vì phải tập trung vào những đồ dùng phục vụ công tác tổ chức (bảng, chương trình) và cần nhiều nhân lực để thực hiện.

- Tuy nhiên, TEACH đã cải thiện đáng kể trong hành vi và giao tiếp phù hợp của trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Sự cấu trúc giúp trẻ tập trung một cách thích hợp vào các nhiệm vụ mà không phải lo lắng, điều này giúp trẻ tiếp cận với chương trình học tập.

Phương pháp TEACH đã được nghiên cứu ứng dụng tại Bệnh viện Nhi đồng 1 – TP HCM năm 2006. Trong nghiên cứu này, họ đã đào tạo 10 giáo dục viên, trong đó có sinh viên của khoa Giáo dục Đặc biệt, trường Cao đẳng Mẫu giáo Trung ương III, TP Hồ Chí Minh và 1 điều dưỡng của đơn vị tâm lý, Bệnh viện Nhi đồng 1. Chương trình giáo dục được thực hiện qua các bước dưới đây:

(1) Nhà trị liệu tâm lý hỏi bệnh sử, quan sát trẻ và chẩn đoán tự kỉ

(2) Giáo dục viên thực hiện trắc nghiệm Tâm lý giáo dục (Psychology Education Profile, PEP) lần 1, để đánh giá tuổi phát triển của trẻ và biết được khả năng của trẻ trong các lĩnh vực như bắt chước, cảm nhận, vận động tinh, vận động tổng quát, liên kết mắt – tay, nhận thức, ngôn ngữ, trước khi xây dựng kế hoạch giáo dục cá nhân

(3) Giáo dục viên xây dựng kế hoạch giáo dục cá nhân dựa vào kết quả trắc nghiệm PEP theo tài liệu “Những hoạt động dạy trẻ rối loạn phổ tự kỉ”

(4) Giáo dục viên dạy trẻ tại nhà

(5) Giáo dục viên được nhà trị liệu giám sát tại nhà, từ đó nhà trị

liệu hướng dẫn giáo dục viên hoặc điều chỉnh kế hoạch giáo dục phù hợp với khả năng của trẻ.

(6) Giáo dục viên thực hiện trắc nghiệm PEP lần 2 sau 1 năm thực hiện để lượng giá lại khả năng và tuổi phát triển của trẻ, điều chỉnh kế hoạch giáo dục cá nhân phù hợp với tuổi của trẻ.

(7) Nhà trị liệu tâm lý tiếp tục hỗ trợ phụ huynh và lượng giá định kỳ sự phát triển của trẻ.

Sau 1 năm can thiệp, kết quả phát triển của 7 trẻ được theo dõi trong bảng tóm tắt dưới đây:

T trẻ	Tuổi phát triển/tuổi thật của trẻ trước can thiệp (2006)	Tuổi phát triển/tuổi thật của trẻ sau can thiệp (2007)
A	26 tháng/32 tháng	40 tháng /40 tháng
B	12 tháng/43 tháng	21 tháng/51 tháng
C	14 tháng/44 tháng	21 tháng/54 tháng
D	25 tháng/50 tháng	56 tháng/61 tháng
E	27 tháng/104 tháng	70 tháng/110 tháng
F	24 tháng/83 tháng	50 tháng/92 tháng
G	30 tháng/44 tháng	55 tháng/54 tháng

Với những kết quả ban đầu này, đến năm 2008 đã có hơn 100 trẻ được tiếp cận phương pháp này tại nhà. Kết quả tiến bộ của trẻ tùy theo thời điểm can thiệp, thời gian can thiệp và điều kiện của gia đình cũng như năng lực của giáo dục viên.

Ngày nay, số lượng trẻ rối loạn phổ tự kỉ được can thiệp theo phương pháp TEACH ngày càng nhiều và đã đạt được nhiều kết quả khả quan.

b) DIR (Developmental, Individual difference, Relationships – based – Dựa trên sự phát triển, sự khác biệt cá nhân và các mối quan hệ)

❖ *Mô hình DIR®/Floortime™ là gì?*

Là mô hình dựa trên sự phát triển, sự khác biệt cá nhân và mối quan hệ; là khung chương trình toàn diện giúp nhà điều trị, cha mẹ và nhà giáo dục tiến hành đánh giá và xây dựng một chương trình can thiệp phù hợp với những khuyết điểm và điểm mạnh của trẻ mắc rối loạn phổ tự kỉ và những trẻ có khiếm khuyết về mặt phát triển.

Mục tiêu của mô hình DIR®/Floortime™ là nhằm xây đắp những “nền móng chắc khỏe” hình thành các năng lực trí tuệ, tình cảm và xã hội hơn là nhằm chú trọng vào các kỹ năng và hành vi riêng lẻ.

D (Developmental) - Sự phát triển: phần này mô tả những “khối gạch” xây đắp “nền móng”. Để có thể lập kế hoạch trị liệu thì cần biết liệu mức độ phát triển của trẻ ở giai đoạn nào trong 6 giai đoạn phát triển chức năng. Điều này bao hàm việc giúp trẻ phát huy năng lực: tham gia và giữ điềm tĩnh, biết kiềm chế; tham gia và liên hệ với người khác; đề xướng và phản hồi thông qua tất cả các hình thức giao tiếp mà trước tiên là dùng điệu bộ tình cảm-xã hội; tham gia giải quyết các vấn đề xã hội chung và các hành vi có mục đích kéo theo các mối quan hệ khác; nêu ý kiến để thể hiện nhu cầu, tư duy và chơi sáng tạo, và hình thành liên kết ý logic để tăng khả năng suy nghĩ thấu đáo. Những khả năng trong sự phát triển đó rất cần thiết để các mối quan hệ diễn ra thật tự nhiên và cởi mở và để nắm bắt các kỹ năng học đường.

I (Individual difference) - Sự khác biệt cá nhân: phần này mô tả những đặc điểm sinh học độc nhất của trẻ ảnh hưởng đến cách điều chỉnh và phản ứng; lĩnh hội qua giác quan như thính giác, xúc giác và dự kiến - liên kết các hành động và ý tưởng. Ví dụ một số trẻ có ngưỡng nhạy cảm quá cao với cảm giác thính giác và xúc giác trong khi trẻ khác có ngưỡng nhạy cảm quá thấp và trẻ khác vẫn tìm kiếm cảm giác này.

R (Relationship-base)-Mối quan hệ: phần này mô tả rằng các mối quan hệ học hỏi giữa những người chăm sóc, nhà giáo dục, nhà trị liệu, bạn đồng lứa và những người khác là những người có ảnh hưởng đến những khác biệt cá nhân và năng lực phát triển của trẻ sẽ tạo ra sự tiến bộ trong việc nắm được những nền tảng thiết yếu.

❖ *Sự khác nhau giữa DIR® và Floortime™ và mối liên hệ giữa chúng là gì?*

Trọng tâm của mô hình DIR®/Floortime™ ở chỗ vai trò của những tình cảm và sở thích tự nhiên của trẻ là cần thiết trong các mối quan hệ học hỏi, cho phép các vùng khác nhau trong tâm trí và bộ não hoạt động cùng nhau và nâng mức độ thành công của các năng lực trí tuệ, tình cảm và xã hội lên cao hơn. ***Floortime™ là kỹ thuật cụ thể, vừa hướng theo sở thích và tình cảm tự nhiên của trẻ đồng thời tăng thách thức để trẻ càng ngày càng đạt được năng lực trí tuệ, tình cảm và xã hội cao hơn.*** Với trẻ nhỏ những cách tương tác qua chơi có thể diễn ra trên “sàn nhà” nhưng tiếp tục hội thoại và tương tác với trẻ ở các nơi khác.

Tuy nhiên, ***mô hình DIR®/Floortime™ là khung chương trình toàn diện*** cho phép nhà điều trị, cha mẹ và nhà giáo dục xây dựng chương trình phù hợp với những khuyết điểm và điểm mạnh của trẻ. Ngoài Floortime™, mô hình

còn bao hàm các bài tập giải quyết vấn đề khác nhau và thông thường theo nhóm cùng với trị liệu ngôn ngữ, trị liệu hoạt động, chương trình giáo dục và can thiệp sức khỏe tinh thần (phát triển / tâm lý) và nếu cần thì cả can thiệp tăng cường và y sinh. Mô hình DIR®/Floortime™ nhấn mạnh vai trò thiết yếu của cha mẹ và các thành viên khác trong gia đình vì nó có vai trò quan trọng trong mối quan hệ tình cảm với trẻ.

❖ *Chương trình đánh giá và can thiệp sử dụng Mô hình DIR®/Floortime™*

Với tư cách là khung chương trình toàn diện, mô hình DIR®/Floortime™ Model thường bao hàm phương thức hoạt động nhóm liên ngành như trị liệu ngôn ngữ và hoạt động, chuyên gia sức khỏe tinh thần (như nhân viên công tác xã hội, nhà tâm lý, chuyên gia tâm thần học trẻ em), chương trình giáo dục, và nếu cần thì có cả can thiệp y sinh. Sau khi đánh giá cẩn thận, mức độ phát triển chức năng, sự khác biệt cá nhân và khuyết điểm của trẻ cũng như các mối quan hệ với người chăm sóc và bạn cùng tuổi, nhóm liên ngành sẽ làm việc cùng với cha mẹ để xây dựng hồ sơ cá nhân thể hiện những đặc điểm về mặt phát triển riêng của trẻ và coi đó là cơ sở xây dựng chương trình can thiệp cho riêng trẻ.

Một chương trình can thiệp DIR®/ Floortime™ toàn diện phải bao hàm các thành phần sau đây, xây dựng phù hợp với hồ sơ cá nhân của trẻ:

(1) Cách tương tác và thực hành phù hợp với sự phát triển và môi trường tại nhà, gồm:

Tiết dạy Floortime™: Những tiết dạy này tập trung vào việc khuyến khích hành vi đề xướng, có mục đích của trẻ và khắc sâu sự tham gia, kéo dài sự chú ý qua lại của trẻ và hình thành khả năng tượng trưng qua trò chơi giả vờ và hội thoại, luôn làm theo sự dẫn dắt của trẻ

Giải quyết vấn đề bán cấu trúc: Những tiết dạy này bao hàm việc tạo ra những thách thức có ý nghĩa và thích hợp để sau khi giải quyết vấn đề trẻ học được một điều mới mẻ. Những thách thức này có thể được tạo ra trong các hoạt động học có lựa chọn phải có ý nghĩa và thích hợp với kinh nghiệm và hiểu biết của trẻ.

Các hoạt động vận động, cảm giác, phối hợp cảm giác, vận động mang tính thị giác-không gian và tri giác: Những hoạt động này phải gắn với sự khác biệt cá nhân và cách điều chỉnh của trẻ, xây dựng khả năng xử lý cơ bản và đưa ra sự hỗ trợ để giúp trẻ tích cực tham gia, chú ý và điều chỉnh sự tương tác với người khác.

Chơi cùng một trẻ khác: Chơi cùng một trẻ khác nên bắt đầu khi trẻ đã hoàn toàn bị lôi cuốn và thoải mái, sự tham gia của cha mẹ khi cần thiết có thể khuyến khích trẻ tham gia và tương tác với nhau.

(2) Các hoạt động trị liệu cá nhân

- Trị liệu lời nói, ngôn ngữ và vận động môi miệng
- Trị liệu thể chất và hoạt động dựa trên sự vận động của các cơ quan cảm giác và sự phối hợp các cảm giác
- Các trị liệu khác nếu cần (như hỗ trợ và hướng dẫn sức khỏe tinh thần)

(3) Chương trình giáo dục

- Đối với trẻ có thể tương tác và bắt chước điệu bộ: Chương trình hội nhập, hòa nhập và chương trình bình thường với có giáo viên hỗ trợ nếu cần.
- Đối với trẻ chưa thể tham gia giải quyết vấn đề tiền lời nói và bắt chước: Chương trình giáo dục đặc biệt với trọng tâm chính là sự tham gia và tương tác bằng điệu bộ có mục đích tiền lời nói
- Các chương trình giáo dục chuyên tiếp với các bạn bình thường cùng tuổi (như thể dục, đóng kịch)

(4) Khi được chỉ định, các cách can thiệp khác gồm có can thiệp y sinh, dinh dưỡng và ăn uống, công nghệ hỗ trợ khả năng xử lý thông tin

c) *Phương pháp PECS (Picture Exchange Communication System - Hệ thống giao tiếp bằng trao đổi hình ảnh)*

PECS được viết tắt bởi bốn chữ trong tiếng Anh là: Picture Exchange Communication System (Hệ thống giao tiếp bằng trao đổi hình ảnh). Hệ thống giao tiếp bằng trao đổi hình ảnh là một công cụ hết sức quan trọng trong việc can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Trong PECS, ngôn ngữ lời nói được thay thế bằng việc sử dụng thẻ hình cho giao tiếp. Khi trẻ rối loạn phổ tự kỉ chưa có ngôn ngữ hoặc ngôn ngữ bị hạn chế, hình ảnh sẽ giúp trẻ yêu cầu người khác và thực hiện yêu cầu của người khác. Hình ảnh lúc này là trung gian để chuyển tải thông tin diễn ra mối quan hệ tương tác giữa trẻ rối loạn phổ tự kỉ và người lớn. Theo các chuyên gia về phương pháp này thì tình trạng giao tiếp của trẻ khá lên rất nhiều khi sử dụng phương pháp PECS. Đây được coi là phương pháp hỗ trợ cho ngôn ngữ trong giao tiếp và góp phần hình thành ngôn ngữ cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ.

d) *Phương pháp COMPC (Communication picture)*

Là phương pháp xuất hiện lần đầu tiên ở Úc, nhằm dạy trẻ cách thức giao tiếp thông qua hình ảnh bằng cách chụp những hình ảnh trẻ quan tâm thích thú, hình ảnh quen thuộc, phong cảnh ở nơi trẻ đã đến. Với những hình ảnh trẻ thích và những đồ vật quen thuộc sẽ giúp trẻ học tốt hơn.

e) *Phương pháp PCS (Picture Communication Symbols)*

Đây là phương pháp do Johnson, người Mỹ đưa ra năm 1981 với mục đích dạy trẻ hiểu những ký hiệu giao tiếp thường gặp trong cuộc sống hàng ngày.

Phương pháp này chủ yếu áp dụng cho những trẻ rối loạn phổ tự kỉ nặng, không có khả năng nói.

Một số liệu pháp can thiệp khác

❖ *Phương pháp tâm vận động*

Một phương pháp kích thích trẻ hoạt hóa hành vi. Quan điểm chi phối của phương pháp là: Vận động (hoạt động) của cơ thể sẽ dẫn đến sự nhanh nhạy của hệ thần kinh và tác động đến phát triển tâm lý, vận động về cơ thể càng tăng thì vận động về tâm lý tăng theo; phát triển vận động sẽ dần phát triển tâm lý. Đồng thời sự phát triển tâm lý sẽ kéo theo sự phát triển vận động. Phương pháp này giúp những trẻ em gặp các vấn đề khó khăn về tâm lý có khả năng phối hợp các chức năng tâm trí tản mạn, hướng trẻ đến những hoạt động tâm lý có ý nghĩa cho chính trẻ em đó và cho những người xung quanh. Khả năng hợp tác của trẻ được tăng lên khi áp dụng phương pháp.

Hiện nay, Khoa Tâm lí trẻ em Bệnh viện Nhi Trung ương, Bệnh viện Nhi đồng 2 và trường chuyên biệt Thánh Mẫu TP Hồ Chí Minh đang thực hiện biện pháp này trên trẻ rối loạn phổ tự kỉ và các trẻ có rối loạn khác.

❖ *Phương pháp chỉnh âm và trị liệu ngôn ngữ*

Đây là phương pháp can thiệp thường thấy nhất trong can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Trẻ rối loạn phổ tự kỉ có khó khăn về liên hệ, điều này bị chi phối to lớn bởi ngôn ngữ và lời nói. Theo các chuyên gia âm ngữ trị liệu, nếu trẻ rối loạn phổ tự kỉ biết nói sẽ ảnh hưởng rất tốt cho sự phát triển trong tương lai. Nên chỉnh âm là một phần đặc biệt quan trọng cho trị liệu. Trị liệu thường được áp dụng cho từng trẻ một, diễn ra từ một đến hai tuần một lần và đôi khi kéo dài nhiều năm. Mục tiêu và phương pháp được xây dựng dựa vào khả năng ngôn ngữ của trẻ.

❖ *Trò chơi đóng vai*

Đây là sự diễn xuất tình huống, người đóng phải tưởng tượng mình là nhân vật khác, biểu lộ những buồn bực, nóng giận, vui vẻ hạnh phúc... mà vai diễn quy định. Ví dụ: tập làm MC, nhạc công, công an, cô giáo, bác ...

Trò chơi đóng vai thể hiện mức độ cao trong phát triển nhận thức, nếu trẻ làm tốt phương pháp này thì cơ hội hòa nhập của trẻ hầu như bình thường, có thể tham gia tốt vào đời sống xã hội, cộng đồng.

❖ *Phương pháp giáo dục đặc biệt*

Hầu hết các nước trên thế giới hiện nay, giáo dục đặc biệt cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ là một việc thông thường. Do trẻ rối loạn phổ tự kỉ bị rối loạn phát triển nên có rất nhiều khiếm khuyết: trí tuệ, giao tiếp, xúc cảm, tình cảm, ngôn ngữ, tự phục vụ... Thông qua giáo dục sẽ giúp trẻ hiểu và có kỹ năng hòa nhập xã hội, tăng cường khả năng giao tiếp, giúp nhận thức sự vật và hiện tượng xung quanh,

hiểu biết và quan tâm đến những ứng xử tình cảm của người khác, tăng cao khả năng hội nhập cộng đồng.

Tại những nước trên thế giới có nền giáo dục phát triển, việc giáo dục trẻ rối loạn phổ tự kỉ thường sớm hơn trẻ bình thường. Xu hướng hiện nay là giáo dục cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ ngay sau khi đưa ra chẩn đoán. Việc giáo dục trẻ tùy thuộc vào khả năng nhận thức và hành vi của trẻ; mục tiêu, chương trình và phương pháp đều được thiết kế dựa vào mức độ trí tuệ của trẻ.

❖ *Trị liệu thông qua các môn nghệ thuật*

- Âm nhạc trị liệu: cũng giống như các phương pháp trị liệu hiện nay; trị liệu âm nhạc không thể chữa lành rối loạn tự kỉ. Mục tiêu mà trị liệu âm nhạc hướng tới là làm giảm bớt các hành vi bất lợi, tăng cường các tương tác xã hội thông qua âm nhạc. Theo các tác giả của phương pháp này, trị liệu âm nhạc tỏ ra lôi cuốn vì nó vượt qua ngôn ngữ, là một cách dẫn đến thế giới xúc cảm, tình cảm mà những điều này đang gây khó khăn cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Thế giới xúc cảm, tình cảm được cho là thế giới lạ lùng của trẻ rối loạn phổ tự kỉ nhưng âm nhạc có thể thâm nhập vào. Âm nhạc có thể đi xuyên vào cõi tiềm thức, vô thức mà trẻ không hề biết, có sức cuốn hút, thâm nhập mà trẻ không thể kháng cự. Đồng thời trẻ rối loạn phổ tự kỉ trong khi nhận thức chỉ hiểu được nghĩa đen, nghĩa thực tại hiện hữu của sự vật, khó khăn trong hiểu nghĩa bóng, nghĩa ẩn dụ. Ở đây âm nhạc có lợi vì trẻ có thể thưởng thức nhạc theo nghĩa đen mà không cần theo dõi diễn biến trừu tượng của bản nhạc.

- Vẽ và nặn: đây là hoạt động mang tính sáng tạo, dễ thực hiện, không quá coi trọng tính đúng sai của sản phẩm, phát huy khả năng tự do tưởng tượng của trẻ. Thông qua vẽ và nặn, trẻ có thể nâng cao khả năng vận động tinh, khả năng phối hợp tay và mắt, giúp trẻ từng bước làm chủ các vận động kĩ xảo trong học viết và các thao tác tinh tế khác. Ngoài ra hoạt động này giúp trẻ rèn luyện khả năng tập trung chú ý, làm chủ các hành vi một cách có ý thức.

- Thơ, đồng dao: do trẻ rối loạn phổ tự kỉ có khả năng nhớ máy móc hơn nhớ ý nghĩa, nên việc dạy trẻ đọc chữ thông qua thơ đồng giao có giá trị đáng khích lệ. Với những tiết tấu, giai điệu, vần điệu, từ ngữ đơn giản, tươi sáng và dễ hiểu của thơ, đồng giao sẽ giúp cho trẻ dễ tiếp thu hơn. Đây là hình thức học tự do không có áp lực.

❖ *Phương pháp nhóm*

Trẻ rối loạn phổ tự kỉ gặp khiếm khuyết nghiêm trọng về giao tiếp và tương tác xã hội, phương pháp nhóm giúp trẻ hòa nhập với trẻ em cùng trang lứa với mục đích kích thích trẻ tương tác qua lại với các thành viên khác. Thông qua chơi nhóm, trẻ hiểu những cách ứng xử và quy định của nhóm. Hoạt động của các

thành viên chính là những nhân tố kích thích trẻ nhận thức và bắt chước, các thông điệp lời nói và không lời được truyền trong nhóm tác động đến từng thành viên, lôi kéo các thành viên tham gia hoạt động. Tình trạng tự kỉ được cải thiện khi trẻ rối loạn phổ tự kỉ dần dần chơi tương tác với các thành viên khác trong nhóm. Có hai loại nhóm: nhóm lớp học và nhóm tự do ngoài môi trường tự nhiên.

❖ *Phương pháp lao động trị liệu*

Lao động trị liệu hướng dẫn trẻ thực hiện những công việc phải thực hiện hằng ngày tại gia đình hoặc nơi nuôi dạy trẻ. Thông thường trẻ phụ giúp mọi người làm những công việc phù hợp với khả năng và sức khỏe của trẻ. Thông qua hoạt động này giúp trẻ hiểu chính xác các sự vật và hiện tượng của môi trường tự nhiên, điều này có ý nghĩa to lớn cho tương lai của trẻ khi bước vào cuộc sống tự lập, tự phục vụ bản thân, khi mà không còn các dịch vụ chăm sóc đặc biệt như lúc còn nhỏ.

❖ *Thủy trị liệu*

Nước rất gần gũi với con người, ngoài chức năng nuôi sống cơ thể, nước còn giúp con người trong các hoạt động tâm lý xã hội. Hầu hết trẻ em đều thích nước và chơi với nước, thông qua thủy trị liệu trẻ sẽ nhận thức tốt về cảm giác bản thể, các cảm giác da, sự thăng bằng, sự cảm nhận... Nước chính là một trong những chất liệu kích thích nhận thức của trẻ em nói chung và trẻ rối loạn phổ tự kỉ nói riêng.

❖ *Dã ngoại trị liệu*

Đây là hoạt động nhằm thay đổi môi trường, đẩy trẻ vào môi trường mới lạ đầy rẫy kích thích, tăng tính tò mò giúp thu thập thông tin. Ngoài ra hoạt động này còn khai thông những sinh hoạt, học tập nhằm chán lặ đi lặ lại trong môi trường quen thuộc. Khi đi dã ngoại, với những hoạt động đặc trưng trẻ có thể pháp huy tối đa tất cả các giác quan hoạt động cùng lúc, giúp phát triển về nhận thức thể giới và cảm nhận cơ thể.

❖ *Trị liệu cảm giác (sensory therapy)*

Theo các chuyên gia nghiên cứu về trẻ rối loạn phổ tự kỉ, hầu hết trẻ rối loạn phổ tự kỉ ít nhiều có rối loạn cảm giác tùy theo mức độ khác nhau và ở những giác quan khác nhau, có những trẻ chỉ bị rối loạn một vài loại giác quan nào đó nhưng cũng có thể tất cả giác quan. Những rối loạn thường phổ biến ở hai thái cực là thiếu nhạy cảm hoặc quá nhạy cảm hay ngưỡng cảm giác quá thấp hoặc quá cao, cũng có thể trẻ thiếu nhạy cảm ở giác quan này nhưng lại tăng nhạy cảm ở giác quan khác, có khi độ nhạy cảm của trẻ bị thay đổi trên cùng một giác quan ở những thời điểm khác nhau hay hoàn cảnh khác nhau.

Do cảm giác là cơ quan thụ cảm, là đầu vào của các hoạt động nhận thức, nếu cảm giác bị rối loạn tất yếu dẫn đến rối loạn nhận thức, đồng thời sẽ gây ra rối

loạn phát triển. Chính vì lý do đó mà trong trị liệu trẻ rối loạn phổ tự kỉ trị liệu cảm giác là công việc rất quan trọng.

❖ *Động vật trị liệu*

Cũng là phương tiện trị liệu như đồ vật, hình ảnh hay đồ dùng học tập... nhưng trong trị liệu cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ, động vật trị liệu khác về chất so với những công cụ trên. Các công cụ trị liệu là những vật vô tri vô giác chịu sự tác động thụ động của con người, trong khi đó động vật có những phản ứng tự nhiên nhiều khi không theo hướng dẫn của con người. Khi con người tác động với con vật là quan hệ tương tác hai chiều, con vật có thể tuân theo ý muốn của con người và cũng có thể không tuân theo, mỗi tương tác này diễn ra theo chiều hướng phong phú hơn rất nhiều khi con người tương tác với đồ vật. Trong việc sử dụng động vật để trị liệu không những con người kích thích con vật mà ngược lại con vật kích thích cả con người.

Do đó sử dụng động vật trong trị liệu trẻ rối loạn phổ tự kỉ với sự tương tác của con vật phần nào giúp trẻ cởi mở hơn, hạn chế việc cố định đóng khung trong trạng thái tự kỉ.

❖ *Phương pháp cắt khúc thời gian*

Với phương pháp này trẻ sẽ được tiếp cận thực tế những đồ vật và hoạt động thực tế trong đời sống hằng ngày. Người tiến hành phương pháp này là những người nuôi dạy và chăm sóc bé. Từng chi tiết của công việc hướng dẫn được tiến hành trực tiếp trong môi trường sinh hoạt hằng ngày. Vật liệu cho hướng dẫn chính là đồ vật sinh hoạt của gia đình hay trung tâm can thiệp trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Người hướng dẫn sẽ phải chia cắt thời gian, cùng những hoạt động sinh hoạt hằng ngày cho phù hợp với tính cách và khả năng từng trẻ. Chia cắt thời gian và chia cắt từng hoạt động chính là đặc trưng cơ bản của phương pháp này.

❖ *Câu chuyện xã hội*

Câu chuyện xã hội là một chiến lược can thiệp nhận thức cá nhân mà mô tả các dấu hiệu xã hội nổi bật và các phản hồi phù hợp liên quan đến một tình huống xã hội cụ thể.

Một câu chuyện xã hội thường bao gồm 4 thành phần sau (Gray,1994; Gray & Garand, 1993):

- Các câu miêu tả cung cấp thông tin về môi trường, chủ thể và các hành động.
- Các lời dẫn về phản hồi hành vi phù hợp
- Các câu phối cảnh mô tả các cảm giác và các phản ứng của những người khác trong tình huống đã được xác định đó.
- Các câu kiểm soát đưa ra khả năng với các hành động và phản

ứng liên quan.

Câu chuyện xã hội đã được xác định có một số cách sử dụng:

- Mô tả một tình huống, bao gồm các tín hiệu và các phản hồi xã hội, theo cách không đe dọa
- Cá nhân hóa việc dạy các kỹ năng xã hội
- Dạy các thói quen hoặc điều chỉnh những thay đổi thói quen của học sinh
- Dạy các tài liệu học tập trong một môi trường xã hội thực tế, qua đó hỗ trợ khả năng khái quát hóa
- Nhấn mạnh vào hàng loạt các hành vi như là gây gổ, hành vi ám ảnh và sợ hãi.

Do vậy, câu chuyện xã hội có một ứng dụng rộng rãi cho trẻ em và thanh thiếu niên mắc rối loạn phổ tự kỉ (ASD) và có khả năng ảnh hưởng đến vô số các hành vi ở các cá nhân ở nhiều độ tuổi khác nhau trong phổ tự kỉ.

Tóm lại, hiện nay có rất nhiều phương pháp điều trị, giáo dục và can thiệp đối với trẻ rối loạn phổ tự kỉ đã được xây dựng và ứng dụng. Theo thống kê của chúng tôi, hiện có tới hơn 100 phương pháp can thiệp và điều trị tự kỉ được giới thiệu ở Hoa Kỳ. Ở Việt Nam, cũng có đến khoảng 30 phương pháp được sử dụng. Các nghiên cứu tổng quan về điều trị lâm sàng đối với trẻ rối loạn phổ tự kỉ cho thấy, không có một phương pháp cụ thể nào có thể cải thiện tất cả các triệu chứng tự kỉ hay có hiệu quả điều trị đối với tất cả các trẻ rối loạn phổ tự kỉ (Stahmera, Schreibmanb, Cunninghamb, 2011). Tuy nhiên, nhiều phương pháp đã được thực chứng về hiệu quả can thiệp và điều trị một số triệu chứng tự kỉ căn bản (Mayers et al., 2007; Roberts & Ridley, 2004; Seida et al., 2009).

Trong khi những nguồn thông tin về các cách can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ đang phát triển mạnh mẽ. Một câu hỏi khiến các nhà chuyên môn và đặc biệt là gia đình trẻ rối loạn phổ tự kỉ luôn quan tâm đó là: làm sao để can thiệp có hiệu quả trong từng trường hợp? Có những trường hợp sử dụng nhiều cách can thiệp khác nhau nhưng không hiệu quả, có những trường hợp chỉ sử dụng một cách can thiệp nhưng vẫn nhận thấy sự tiến bộ. Trên thực tế, việc sử dụng bao nhiêu cách và cách nào để can thiệp cho mỗi trường hợp trẻ rối loạn phổ tự kỉ dường như cũng không quan trọng bằng việc sau một quá trình can thiệp, các nhà chuyên môn phải chứng minh được hiệu quả can thiệp thực chứng của mình thông qua thực trạng phát triển của trẻ.

Một số trường hợp can thiệp thực chứng cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ tại Việt Nam như sau:

(1) Trường hợp 1: Cháu V, nam giới, sinh năm 2001. Khoảng 2 tuổi, cháu đã được chẩn đoán là tự kỉ điển hình với suy yếu diễn ra ở cả 3 lĩnh vực là tương

tác xã hội, giao tiếp và hành vi/sở thích bị giới hạn và lặp lại. Từ thời gian đó đến lúc 4 tuổi, V liên tục bị các vấn đề về thực thể và phải nằm viện triền miên. Khoảng 4 tuổi, khi V bắt đầu khỏe mạnh hơn, gia đình bắt đầu chú ý đến việc can thiệp, điều trị cho V. Mẹ đưa V sang nội thành Hà Nội thuê nhà trọ và bắt đầu cuộc chiến đấu cho con mình trong khoảng 2 năm.

Trong thời gian này, gia đình V được giới thiệu đến một nhóm sinh viên chuyên đi can thiệp cho trẻ tại nhà. Chương trình can thiệp là khoảng 2 giờ/ngày, với 4 sinh viên, 1 – 2 người/buổi, chủ yếu dựa trên tài liệu “100 bài can thiệp hành vi” và “Từng bước nhỏ một”.

Khi V khoảng 5 tuổi, các triệu chứng và vấn đề thể hiện rõ là V tự kỉ điển hình và chậm phát triển ở mức độ trầm trọng, khả năng nhận thức gần như không có. V nói nhiều nhưng chỉ là những âm vô nghĩa. Gia đình đã đưa V đến một trung tâm can thiệp trẻ rối loạn phổ tự kỉ, kèm theo can thiệp buổi tối tại nhà bởi nhóm sinh viên nói trên. Sau 2 tháng, V vẫn không có tiến bộ hay thay đổi tích cực so với trước, do đó gia đình cho V nghỉ ở nhà.

Khoảng năm 2006, bắt đầu rộ lên phương pháp can thiệp theo Lê Thị Phương Nga. Mẹ V đã đi học và về áp dụng cho con trong khoảng 2 năm. Tuy vậy, cách thực hiện không tích cực như đúng theo gợi ý, bởi điều kiện thời gian của nhóm dạy và điều kiện kinh tế gia đình, mỗi ngày V chỉ được can thiệp theo cách tích cực và liên tục trong 2 – 4 giờ, không được 8 giờ như yêu cầu. V vẫn hầu như không có thay đổi gì.

Cho đến nay, khi V đã 12 tuổi, tình trạng vẫn không khác bao nhiêu so với lúc 4 tuổi – khi bắt đầu can thiệp. Ngoại trừ việc V có thể thực hiện những nhiệm vụ chăm sóc bản thân đơn giản. V vẫn có những hành vi điển hình của tự kỉ như xem tay, cắn tay, lắc lư người, kiễng chân... V vẫn không nói được gì trừ những âm thanh vô nghĩa. Tuy vậy, V biết kén chọn thức ăn, thích thể hiện tình cảm với bố mẹ và người thân.

Như vậy, liệu mọi can thiệp cho V có phải là vô ích? Nếu trẻ không tiến bộ có phải do can thiệp không đúng cách hay khả năng của trẻ quá thấp? Lý do có thể cả hai, nhưng ở đây thiếu một sự định hướng phù hợp cho gia đình ngay từ đầu. Với khả năng trí tuệ của V, ở mức “chậm phát triển trầm trọng” chương trình can thiệp ngay từ đầu có lẽ chỉ dừng lại ở mức dạy những kỹ năng tự lập, tự sinh hoạt thay vì dạy những kỹ năng cao hơn như giao tiếp, kiến thức tự nhiên, xã hội...

(2) Trường hợp thứ hai: Cháu B, nam giới, sinh năm 2005. Khi mới đến với nhà trị liệu, B 24 tháng, không có ngôn ngữ, không có sự chú ý đồng thời, dường như không có giao tiếp mắt – mắt và sự tương tác xã hội của bé mờ nhạt. Những hành vi lặp đi lặp lại của bé khiến cha mẹ phiền lòng như: hay căng bàn tay mình ra và nhìn vào đó như bị thôi miên, nhắc đi nhắc lại, hay hỏi đi hỏi lại một việc cho dù người lớn đã trả lời, lẩn tránh sự tương tác xã hội với người khác. Bé cũng

để cấu giện và thường gặp khó khăn trong việc điều khiển cảm xúc của mình.

Sau thời gian can thiệp, bé đã có nhiều tiến bộ, bé đã đi học ở trường tiểu học hòa nhập và đạt học sinh giỏi, biết chơi và hòa nhập cùng các bạn.

Đằng sau sự thành công của trường hợp B là những lí do khác nhau: Điều quan trọng nhất đó là sự nỗ lực không mệt mỏi của gia đình dưới sự hướng dẫn của nhà trị liệu. Gia đình B, bao gồm cả ông, bà, bố mẹ đều cam kết tham gia chương trình can thiệp một cách tích cực và chủ động. Theo đúng như lời tư vấn của nhà trị liệu, cả nhà đều nghiêm túc thực hiện những bài tập trị liệu cho con. Mẹ B nghỉ làm 1 năm để hằng ngày đưa con đi học, ngồi học cùng con ở lớp, hàng ngày tập luyện cho con như một giáo viên thực sự. Hằng ngày, mẹ và con như hai người bạn đồng hành, con học trong tất cả các hoạt động hàng ngày cùng với giờ dạy cá nhân. Khi được giáo viên hỗ trợ về các cách can thiệp hành vi và tập vận động, cả gia đình B đều thực hiện rất nghiêm túc. Từ khi 2 tuổi cho đến nay, cả nhà vẫn thực hiện nhất quán những cách hỗ trợ ấy.

Điều thứ hai dẫn đến sự thành công trong trường hợp của B là việc thử và áp dụng nhiều cách tiếp cận khác nhau để biết cách nào mang lại hiệu quả hơn so với cách còn lại. B đã từng thử những bài tập đai, tập chéo, tập đọc thẻ tranh và thẻ hình theo phương pháp “Phương Nga”, học những bài học phát triển ngôn ngữ, học những hành vi mới qua phương pháp phân tích hành vi ứng dụng ABA, kèm theo chế độ ăn không có casein và gluten. Với những phương pháp trên, những bài tập đai và chéo tỏ ra kém hiệu quả, B có phản ứng như khóc và căng thẳng mỗi khi tập những bài tập này. B được chuyển sang tập mát xa toàn thân, đi bộ và đi xe đạp. B thích những bài tập trên và có vẻ những bài tập mát xa giúp B tĩnh tâm và thoải mái. Cách dạy theo phương pháp “Phương Nga” không tạo ra ngôn ngữ tự nhiên cho B, B học nói giống như “vẹt”, lặp lại những gì cô nói và thụ động trong giao tiếp. Vì vậy, V được chuyển sang sử dụng phương pháp can thiệp hành vi tích cực, nghĩa là khen nhiều hơn chê, phần thưởng rõ ràng, cũng như luôn tạo ra tình huống để B phải khởi xướng cuộc hội thoại. Phương pháp này tỏ ra hiệu quả, B tỏ ra thích thú với những bài học và dần dần giao tiếp tự nhiên hơn với giáo viên và các thành viên khác trong gia đình.

Từ các trường hợp can thiệp thực chứng và tổng hợp kinh nghiệm nghiên cứu, chúng tôi có một số ý kiến như sau:

- Cần có cách tiếp cận tích hợp trong can thiệp cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ - có nghĩa là không cứng nhắc, phụ thuộc vào bất kỳ một cách can thiệp nào mà cần linh hoạt lựa chọn hướng can thiệp cho phù hợp với từng trường hợp cụ thể.
- Làm việc trên cơ sở những kết quả chẩn đoán và đánh giá khoa học, tin cậy về thực trạng của trẻ.
- Phối hợp hoặc tạo nhóm cộng tác làm việc trong quá trình can thiệp trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Người tham gia can thiệp cho trẻ cần được đào tạo chuyên

sâu và làm việc chuyên nghiệp.

- Đối với gia đình trẻ rối loạn phổ tự kỉ, nên tìm kiếm những dịch vụ tư vấn và can thiệp từ các cơ sở và cá nhân có trình độ, có uy tín.

BÀI 3. SỬ DỤNG THUỐC TRONG ĐIỀU TRỊ CHO TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỈ

1. Một số vấn đề chung về sử dụng thuốc trong điều trị cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ

Hiện nay, việc sử dụng thuốc trong điều trị cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ hoặc Hội chứng Asperger ở một số trường hợp đôi khi có thể là vấn đề gây tranh cãi, vì ở một khía cạnh nào đó rối loạn phổ tự kỉ chỉ là thể hiện ở một cách khác trong việc xử lý thông tin, và thậm chí còn có thể mang lại những tài năng nên không cần thiết phải can thiệp và gây ra những sự đau đớn.

Đã có thử nghiệm bằng cách sử dụng thuốc chống trầm cảm SSRI (thuốc ức chế chọn lọc serotonin reuptake như fluoxetine (Prozac), hoặc các chất ức chế monoamine oxidase (MAOI) hoặc tricyclics. Những thuốc này có một số tác dụng nhất định trong trị liệu hành vi cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ như việc làm giảm các hành vi đập khuôn. Tuy nhiên, có sự quan ngại về việc sử dụng những loại thuốc này đối với trẻ em do các nguy cơ về các phản ứng phụ khác (như việc gây ra tâm trạng lo âu).

Các thuốc chống loạn tâm thần (đôi khi cũng được biết đến như thuốc an thần bao gồm cả risperidone) cũng đã được dùng thử như một cách trị liệu đối với tính tăng động và dễ bị kích thích ở trẻ rối loạn phổ tự kỉ hoặc Hội chứng Asperger nhưng cũng mang lại những nguy cơ về tác dụng phụ (như việc tăng cân, lắc lư theo nhịp điệu, buồn ngủ và tăng mức prolactin trong huyết thanh). Tuy nhiên, trong một số trường hợp, thuốc có thể hỗ trợ cho chương trình thiết lập cấu trúc hành vi cho trẻ.

Bác sĩ có thể gợi ý một số loại thuốc khi trẻ bộc lộ một số triệu chứng sau:

- Tự xâm hại bản thân: đập đầu
- Thường xuyên có các cơn bùng nổ hành vi giận giữ
- Các hành vi đập khuôn, lặp đi lặp lại có ảnh hưởng đến việc học tập và tương tác xã hội.
- Không thể ngủ được trong các giai đoạn mệt mỏi.
- Lặp lại các hành vi tranh cướp.

Tất cả các loại thuốc đều có thể có hoặc không có tác dụng. Có loại thuốc tác dụng lên trẻ này nhưng lại vô nghĩa với trẻ khác. Như đã nêu ở trên, một loại

thuốc có thể mang lại tác dụng tích cực về mặt này nhưng lại làm tổn thương mặt khác. Đôi khi các thuốc có tác dụng tốt lại có thể gây hại cho sức khỏe nếu sử dụng trong thời gian dài hoặc khi kết hợp với thuốc khác. Vì vậy, người chăm sóc và bác sĩ cần phải cân nhắc kỹ việc lựa chọn thuốc và liều lượng thuốc.

Một phần quan trọng trong bất kỳ trị liệu nào là phải xác định cách thức để kiểm soát các ảnh hưởng bất lợi. Bác sĩ có thể sẽ kiểm tra thể chất của trẻ trước khi cho trẻ dùng thuốc như một cơ sở để so sánh. Bài kiểm tra có thể bao gồm các xét nghiệm thông thường về máu và nước tiểu. Nó cũng có thể bao gồm cả những nhận xét của bạn. Bạn nên nói rõ với bác sĩ về việc liệu trẻ rối loạn phổ tự kỷ có tiền sử về dị ứng không hoặc có phản ứng với các loại thuốc đã dùng và đang dùng không.

Cha mẹ và người chăm sóc nên trao đổi với bác sĩ một cách chi tiết các thông tin sau đây trước khi rời khỏi phòng khám với đơn thuốc của trẻ:

- Biết được tên thuốc
- Kết quả mà bạn mong đợi từ loại thuốc đó
- Mô tả dễ hiểu (không có các thuật ngữ chuyên môn) về việc loại thuốc đó sẽ có tác dụng như thế nào.
- Biết chính xác liều lượng thuốc và cách sử dụng của thuốc: một số loại thuốc gây nghiện mạnh phải uống khi đang ăn, có thuốc phải uống vào một giờ cố định trong ngày.
- Biết được các phản ứng mong đợi, tích cực và không tích cực.
- Tương tác của thuốc với các loại thuốc hoặc các loại thức ăn
- Phải làm gì nếu quên uống thuốc.
- Liệu có loại thuốc nào có cùng tác dụng mà chi phí thấp hơn không?

Bác sĩ có thể sẽ bắt đầu cho trẻ sử dụng thuốc với liều lượng thấp rồi tăng dần lên nếu cần thiết. Trong các tình trạng khẩn cấp, ví dụ như trong tình huống trẻ tự xâm hại, trẻ cần một liều lượng lớn hơn. Ngay khi các hành vi bất thường giảm bớt, thì đồng thời cũng giảm dần liều lượng thuốc. Tuyệt đối không dừng đột ngột các loại thuốc đang dùng vì các biểu hiện tiêu cực đang mất đi sẽ quay trở lại một cách nhanh chóng.

Các trị liệu bằng thuốc có thể giúp trẻ rối loạn phổ tự kỷ vượt qua các rào cản trong giao tiếp, nhưng bạn khó có thể biết thực sự giáo dục hay y tế đã mang lại những chuyển biến tích cực cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ. Các can thiệp y tế cần phối hợp chặt chẽ với các can thiệp giáo dục để tạo ra cho trẻ các cơ hội học tập, giao tiếp và phát triển kỹ năng xã hội.

Cho đến nay vẫn chưa có phương thuốc hay cách thức điều trị nào chữa khỏi hoàn toàn rối loạn phổ tự kỷ. Tuy nhiên, việc can thiệp sớm và thích hợp với

nhu cầu của trẻ tự kỷ và gia đình có thể đem đến sự cải thiện các triệu chứng và giúp trẻ thích nghi tốt hơn với môi trường sống.

Các loại thuốc sử dụng cho bệnh nhân tự kỷ đều nhằm điều trị triệu chứng hoặc các bệnh đi kèm, vì vậy việc sử dụng thuốc sớm cùng sự tư vấn rõ ràng của bác sĩ có thể đem lại lợi ích rất lớn cho bệnh nhân, giúp cho các em tham gia tốt hơn vào môi trường học tập tại các trường chuyên biệt và giúp quá trình can thiệp bằng các kỹ thuật tâm lý đạt hiệu quả tốt hơn.

Ở trẻ em và người lớn bị rối loạn phổ tự kỷ, một vài dược phẩm giúp cải thiện hành vi bao gồm thuốc an thần, các thuốc kích thích thần kinh. Phần lớn thuốc chống động kinh có thể tác động đến chức năng nhận thức và hành vi. Vì vậy, những thay đổi trong điều trị nên diễn ra chậm và có sự giám sát lâm sàng cẩn thận.

Nên tránh việc trị liệu bằng nhiều thuốc cùng lúc hoặc giảm việc dùng thuốc đột ngột vì nó có thể gây phức tạp việc đánh giá tính hiệu quả và sự dung nạp. Thêm vào những tác động nhận thức và hành vi bất lợi, các tương tác thuốc có thể dẫn đến kết quả tích lũy các phản ứng độc hại.

Thực tế lâm sàng cho thấy một số các loại thuốc sau đây đã được áp dụng cho các bệnh nhân tự kỷ:

Các thuốc *chống loạn thần* (antipsychotics) như *haloperidol*, *risperidol*, *olanzapine*... có thể dùng để giảm thiểu chứng tăng động, các cố tật và chuyển động lặp khuôn, lặp đi lặp lại, các cử chỉ kỳ lạ, cơn nóng giận, kích động, trạng thái lo âu, co rút, cư xử không thích hợp, và cũng có thể giúp gia tăng khả năng học và hiểu. Nhiều công trình nghiên cứu đã chỉ ra được hiệu quả tích cực của việc sử dụng thuốc chống loạn thần để điều chỉnh các triệu chứng trên.

Các loại thuốc *kích thích thần kinh* (psychostimulants) bao gồm các loại thuốc *đextroamphetamine*, *methylphenidate (Concerta)* và *pemoline* vừa giảm bớt trạng thái khờ khờ, thờ ơ, vừa giảm thiểu chứng tăng động, chứng thiếu tập trung chú ý và các trạng thái kích động và cấu kính của trẻ tự kỷ...

Các loại thuốc *chống trầm cảm* nhóm SSRIs như *sertraline*, *paroxetine*, *Auoxetine*, cũng như các loại *chống lo âu*, *ám ảnh* và các loại *ổn định khí sắc* làm giảm thiểu các trạng thái ám ảnh, lo âu, các trạng thái bị kích động, các cơn giận dữ và những hành vi tự gây ra thương tổn và nguy hiểm, đồng thời có thể làm gia tăng khả năng tương tác xã hội cho các trẻ tự kỷ



2. Điều trị dược lý bệnh động kinh đi kèm RLPTK

Có khoảng 20-30% trẻ tự kỷ có biểu hiện động kinh. Động kinh ở tuổi nhỏ thường phức tạp khi cùng tồn tại nhiều rối loạn phát triển. Cả những yếu kém về phát triển lẫn động kinh thách thức các nhà lâm sàng với những vấn đề phức tạp trong việc chẩn đoán và kiểm soát nó. Bên cạnh những cơn co giật, sự biểu hiện nhận thức ở trẻ, hành vi, vận động, các chức năng cảm giác, các kỹ năng giao tiếp, năng lực tâm lý và xã hội để tương tác, tất cả đều cần thiết để nhận diện và theo dõi nhằm cung cấp sự kiểm soát và điều trị tối ưu cho cá nhân. Khi điều trị bệnh nhân động kinh có rối loạn phát triển, nhà lâm sàng cần hợp nhất nhiều khuyến cáo chăm sóc sức khỏe từ các chuyên gia tâm lý, giáo viên giáo dục đặc biệt, chuyên viên vật lý trị liệu, chuyên viên tâm vận động, chuyên viên chỉnh âm... những người tham gia vào việc điều trị cho các cá nhân này, nhằm điều trị toàn diện không chỉ là bệnh động kinh mà còn giúp trẻ thay đổi và phát triển.

Điều trị trẻ em động kinh và rối loạn phát triển bao gồm đa thành phần: thể chất, lời nói, ngôn ngữ, học vấn, hướng nghiệp và tâm lý. Những tác động không mong muốn của trị liệu nên được xem xét. Việc điều trị trẻ em động kinh và rối loạn phát triển nên được điều chỉnh thích ứng với từng cá nhân bệnh nhân. Mỗi cách điều trị động kinh hoặc nhiều bệnh cùng lúc có thể tác động theo cách tích cực hay tiêu cực. Hiểu những khó khăn trong chẩn đoán và điều trị những cá nhân bị rối loạn phát triển và động kinh, và mắc nhiều bệnh cùng lúc có liên quan, việc

thiết kế những chiến lược điều trị tối ưu cho các cá nhân là rất cần thiết.

Các thuốc chống động kinh thường được sử dụng là nhóm Valproat, Carbamazepin, Topiramate...

3. Điều trị rối loạn giấc ngủ của trẻ rối loạn phổ tự kỷ

Rất nhiều trẻ tự kỷ bị rối loạn giấc ngủ, thường là mất ngủ giữa giấc hoặc khó vào giấc ngủ.

Các rối loạn giấc ngủ thường làm cho trẻ gia tăng hành vi hất thường và khiến cho trẻ mệt mỏi vào ban ngày, ảnh hưởng rất lớn đến quá trình giáo dục và điều chỉnh hành vi của trẻ, vì vậy các rối loạn này phải được điều trị sớm và kịp thời. Tùy theo nguyên nhân của rối loạn giấc ngủ mà bác sĩ tâm thần trẻ em sẽ kê đơn và tư vấn phù hợp. Việc lạm dụng thuốc ngủ thường không đem lại lợi ích và kết quả lâu dài.

Các trẻ tự kỷ bị rối loạn giấc ngủ đôi khi cũng được cho dùng thêm *melatonin* là một hormone được tiết ra từ tuyến tùng (pineal gland) nằm sâu ở phần dưới não bộ. Khi đi vào máu, melatonin có nhiều chức năng khác nhau, trong đó có chức năng giữ cân bằng cho khí sắc và điều hòa giấc ngủ. Một số kiểm tra cho thấy, trẻ em sử dụng melatonin với liều lượng thấp giảm thiểu được các rối loạn giấc ngủ và không có nguy cơ bị những phản ứng phụ.

Bài 4. ĐIỀU TRỊ Y SINH, DINH DƯỠNG CHO TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

Liệu pháp này xuất phát từ ý kiến cho rằng nguyên nhân của bệnh tự kỷ- có thể là do sự rối loạn, không cân bằng, hoặc thiếu hoặc thừa các chất nuôi dưỡng cơ thể. Với ý kiến này, một số người trị liệu đã sử dụng một loạt các chất dinh dưỡng bổ sung cho cơ thể để hy vọng chữa trị hay ít ra cũng làm giảm thiểu các triệu chứng bệnh tự kỷ. Trong số đó, có một số chất dinh dưỡng bổ sung được sự công nhận của khoa học, nhưng phần lớn các chất khác, được giới thiệu bừa bãi trên thị trường, đều có thể gây ra những phản ứng phụ và những hậu quả xấu cho sức khỏe nếu sử dụng lâu dài và không có sự kiểm tra liều lượng chặt chẽ.

1. Mối liên hệ giữa rối loạn phổ tự kỷ và dinh dưỡng

Rất nhiều người, bao gồm cả các chuyên gia chăm sóc y tế, không nghĩ nhiều tới thực phẩm hoặc dinh dưỡng. Khi họ nghĩ về thực phẩm, thì thường là thực phẩm có vị, có bề ngoài, có mùi như thế nào, hoặc có ngon miệng không. Điển hình là trong các cuộc tụ họp gia đình, ngày lễ, các buổi tiệc, thức ăn cho chúng ta lý do để được ở cạnh nhau và giao tiếp với nhau. Chúng ta thường không dừng lại để xem xét thức ăn thực sự làm gì trong cơ thể chúng ta. Nhưng với trẻ

em nói chung và với trẻ rối loạn phổ tự kỉ nói riêng thì những thứ trẻ ăn có thể có tác động tích cực hay tiêu cực đến bộ não và chức năng cơ thể. Vì vậy, người chăm sóc trẻ rối loạn phổ tự kỉ cần phải nhận ra rằng nếu không có dinh dưỡng thích hợp, trẻ sẽ không phát huy đầy đủ tiềm năng của mình và sẽ không hoàn toàn hưởng lợi qua các buổi trị liệu của trẻ.

Một vài ví dụ về một chế độ ăn nghèo dinh dưỡng có thể ảnh hưởng tiêu cực đến trẻ rối loạn phổ tự kỉ:

Sự phát triển và chức năng của não. Não của trẻ phụ thuộc rất nhiều vào vitamin, khoáng chất, axit amin, axit béo thiết yếu, và lượng calo trong thức ăn. Ví dụ, nếu trẻ không ăn đủ lượng chất dinh dưỡng chủ chốt nào đó, điều này sẽ làm tổn thương sự sản xuất **chất dẫn truyền thần kinh**, sự tổng hợp **vỏ myelin** của não, **oxi hoá glucose** ở não, và các quá trình nhìn và nhận thức của trẻ. Nếu trẻ ăn quá nhiều đường và các phụ gia nhân tạo, nó có thể làm tổn thương chức năng não của trẻ và góp thêm phần vào các vấn đề hành vi và vấn đề học tập.

Quá trình khử độc. Trẻ rối loạn phổ tự kỉ phải ăn kẽm, selen, magiê, beta carotene, vitamin A, vitamin E, và choline để giúp gan loại bỏ các độc tố thần kinh có hại như thủy ngân, chì, arsenic, cadmium, dioxin, các chất polychlorinated biphenyl PCB, thuốc trừ sâu và các dung môi không khí của cơ thể một cách tự nhiên. Tiếp xúc với các độc tố thần kinh này có thể gây hại cho não và **hệ thần kinh trung ương** của trẻ, điều này có thể làm cho trẻ có chỉ số IQ thấp hơn, học kém, thiếu chú ý, hiếu động thái quá, bốc đồng, hành vi bất buộc, gây gổ, bạo lực, nói khó khăn, trí nhớ suy giảm, **rối loạn chức năng vận động**, chậm phát triển, và chậm phát triển tâm thần.

Sức khoẻ đường tiêu hoá (GI): Đường tiêu hóa phụ thuộc nhiều vào axit amin glutamin và đòi hỏi một nguồn cung cấp đều đặn các vitamin và khoáng chất để ruột hoạt động bình thường. Nếu trẻ bị thiếu dinh dưỡng, điều này có thể làm giảm sự tăng trưởng tế bào mới trong đường tiêu hóa của trẻ, sẽ làm tổn thương khả năng hấp thụ các chất dinh dưỡng trẻ đã ăn. Khi điều này xảy ra, nó sẽ gây ra các thiếu hụt dinh dưỡng khác, sự thiếu hụt sau này làm cho não và cơ thể thậm chí còn tồi tệ hơn.

Chức năng của hệ miễn dịch. Hệ thống miễn dịch của chúng ta dựa vào vitamin C, vitamin A, vitamin E, vitamin D, các vitamin nhóm B, sắt, selen, kẽm, và bioflavonoids để hoạt động tối ưu. Một chế độ ăn thiếu dinh dưỡng sẽ làm trẻ có nguy cơ lớn hơn mắc bệnh dị ứng cũng như các bệnh nhiễm trùng tai thường xuyên, các bệnh cấp tính và mãn tính, và nhiễm trùng đường hô hấp trên. Nếu trẻ liên tục bị ốm, trẻ sẽ phải nghỉ học và nghỉ các buổi trị liệu, về lâu dài sẽ làm hỏng các phản ứng của trẻ với việc điều trị.

Sự tạo hồng cầu. Sự tạo hồng cầu là quá trình các tế bào hồng cầu được sinh ra, thông thường xảy ra trong tủy xương. Hồng cầu là phương tiện vận chuyển oxy

tới não của chúng ta và trên khắp cơ thể chúng ta. Chất dinh dưỡng chủ yếu hỗ trợ quá trình này bao gồm sắt, vitamin B6, đồng, folate, vitamin B12, vitamin C và vitamin E. Chế độ ăn thiếu các chất dinh dưỡng trên có thể gây ra thiếu máu, điều này dẫn đến khó chịu, đau đầu, chán ăn, thờ ơ, hiếu động thái quá, không chăm chỉ, và kết quả học kém.

Các vấn đề dinh dưỡng thường gặp với bệnh tự kỷ. Một tỷ lệ lớn các trẻ tự kỷ, Asperger, rối loạn phát triển lan tỏa-không định rõ khác biệt PDD-NOS, Trẻ hiếu động thiếu tập trung (ADD), và Tăng động giảm tập trung chú ý (ADHD) gặp phải một hoặc nhiều trong số những vấn đề dinh dưỡng sau đây:

- Chế độ ăn thiếu dinh dưỡng
- Rối loạn tiêu hóa
- Thiếu hụt dinh dưỡng
- Tiếp xúc với độc tố thần kinh
- Các vấn đề ăn uống
- Các bệnh thường xuyên và nhiễm trùng
- Dị ứng thức ăn
- Tương tác tiêu cực với thuốc và dinh dưỡng
- Không dung nạp thực phẩm
- Nhạy cảm với hóa chất

Trẻ rối loạn phổ tự kỷ cũng thường có rối loạn chức năng hệ thống miễn dịch và quá trình khử độc không đầy đủ. Những vấn đề dinh dưỡng này đặt một gánh nặng rất lớn lên trẻ và từ từ ăn mòn sức khỏe và khả năng hoạt động tiềm tàng cao nhất của trẻ.

2. Chế độ ăn uống cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ

Casein là một loại protein được tìm thấy ở trong sữa và pho mát. Gluten là protein được tìm thấy trong một số loại ngũ cốc, đặc biệt là lúa mì, lúa mạch và lúa mạch đen. Một số người cho rằng các loại protein này không tiêu hóa hoàn toàn ở người bị tự kỷ hoặc Hội chứng Asperger và có thể là nguyên nhân gây ra dị ứng. Chế độ ăn uống không có các chất nấm lên men được cho là có tác dụng đối với trẻ em hoặc người lớn bị tự kỷ hoặc Hội chứng Asperger là những người có vấn đề về dạ dày và đường ruột. Có thêm một số thử nghiệm về việc chế độ ăn uống không có casein/gluten hoặc nấm lên men ở người tự kỷ nhưng vẫn chưa có kết luận. Theo ghi chép của các bậc phụ huynh thì có một số cải thiện về hành vi của trẻ đồng thời cũng có những suy giảm xấu đi của hành vi khác. Chính bởi lý do này, bất kỳ nhu cầu can thiệp bằng chế độ ăn kiêng nào đều cần được kiểm tra một cách cẩn thận trong trường hợp rút bỏ bớt một yếu tố chủ chốt nào đó trong

chế độ ăn của trẻ có thể dẫn tới tình trạng còn tồi tệ hơn nhiều.

Nếu bạn nhận thấy trẻ có các vấn đề về sức khỏe hoặc các vấn đề về hành vi sau khi có tiếp xúc trực tiếp với các chất phụ gia, cần xem xét lại loại thức ăn đó hoặc kiểm tra xem trẻ có tiền sử bị dị ứng không. Đó có thể coi là căn nguyên của các hành vi bất thường ở trẻ.

Sau đây là một vài cách giúp bạn khẳng định những nghi ngờ của mình mà không phải thực hiện các bài kiểm tra dị ứng tại bệnh viện.

- Hạn chế các loại thức ăn trong chế độ ăn của trẻ và quan sát nếu bạn nhận thấy sự tiến bộ.

- Hạn chế các loại thức ăn trong chế độ ăn của trẻ trong một vài tuần. Sau đó cho trẻ ăn thức ăn đó khi đang đói và quan sát phản ứng của trẻ. Một số triệu chứng sẽ xảy ra ngay lập tức, một số khác phải đợi vài giờ, đặc biệt là nếu trẻ có tật dai dăm.

- Áp dụng chế độ ăn nhạt vài tuần. Sau đó đưa ra từng loại thức ăn và quan sát phản ứng. Hoặc bạn có thể thực hiện việc xoay vòng các loại thức ăn trong một vài ngày và ghi lại các thay đổi của trẻ.

3. Các loại Vitamin

Vitamin và khoáng chất có tác dụng thúc đẩy quá trình phát triển tự nhiên của cơ thể. Vì vậy, một số cha mẹ đã tăng cường các chất này để giúp trẻ rối loạn phổ tự kỷ phát triển tốt hơn. Bổ sung Vitamin B6 đã được cho là có hiệu quả đối với trẻ tự kỷ, nhưng các bằng chứng thì vẫn còn rất lộn xộn. Hiệp hội Nghiên cứu Tự kỷ báo cáo rằng có 18 nghiên cứu xác nhận lợi ích của B6 đối với việc tăng cường giao tiếp mắt-mắt, giảm bớt hành vi tự kích thích, nhận thức tốt hơn, ít các cơn cáu giận và tăng cường ngôn ngữ. Tuy nhiên dùng B6 liều cao có thể dẫn đến việc thiết hụt magie điều này đi kèm với hiện tượng tiêu dăm. Vitamin B15 (còn được gọi là DMG hay dimetilamin) cũng được cho là góp phần cải thiện các giao tiếp mắt nhưng cũng được cho có thể là nguyên nhân gây ra chứng tăng động. Do vậy, việc dùng bổ sung vitamin chỉ nên thực hiện khi có các chỉ dẫn về y tế, và không có những đòi hỏi khi trị liệu cho trẻ tự kỷ hoặc Hội chứng Asperger

Trẻ tự kỷ có thể sử dụng sinh tố B6 pha trộn với một hàm lượng lớn *magnesium* (một nguyên tố kim loại chứa trong xương, rất cần thiết cho sự điều hòa hoạt động của các cơ và các mô thần kinh, thường có nhiều trong các loại rau xanh). Tuy nhiên, một mặt chưa có một kiểm tra nào ghi nhận được kết quả tích cực và rõ ràng của việc sử dụng hợp chất pha trộn này, mặt khác lại ghi nhận trường hợp sử dụng lâu dài có thể làm đứa trẻ có nguy cơ bị chứng bệnh dư thừa nguyên tố *magnesium*. Tuy nhiên, sinh tố B tổng hợp, bao gồm B12, B1 (*thiamin*), B2 (*riboflavin*), *follic acid* vẫn là loại rất cần thiết cho sự điều hòa các chức năng của não bộ nếu được sử dụng vừa phải để bổ sung cho thức ăn hằng ngày của trẻ tự kỷ. Ngoài ra, các phân tử *camosine*, *tyrosine* có trong hợp chất

đạm hữu cơ *acid amino* (một thành phần căn bản của tất cả các chất đạm) cũng được suy đoán là có thể giúp giảm thiểu các triệu chứng tự kỷ.

Sinh tố C cũng đã được dùng cho trẻ tự kỷ với ý kiến rằng nó có thể giúp giảm thiểu các hành vi lặp khuôn và lặp đi lặp lại của trẻ tự kỷ. Tuy nhiên, dùng sinh tố c với một hàm lượng lớn và lâu dài cũng có thể gây ra nguy cơ bị bệnh sạn thận, loét bao tử và tiêu chảy, Chất *acid béo Omega-3* cũng đã được sử dụng chung cho trẻ mắc các loại bệnh Rối loạn phát triển lan tỏa. Dù được một số ý kiến tin tưởng vào ảnh hưởng tốt đẹp của hợp chất acid béo này, nhưng các kết quả kiểm tra cụ thể cho đến nay vẫn chưa có kết luận rõ ràng.

Chất *dimethylglycine* (DMG), một thành tố trong hợp chất đạm acid amino và có nhiều trong các loại đậu và gan động vật, cũng được xem là có tác dụng giúp trẻ tự kỷ nhanh nói được và giảm thiểu những hành vi bất thường khác.

Sau hết, cũng có những ý kiến cho rằng nên áp dụng lối ăn kiêng cho trẻ tự kỷ vì có một số thực phẩm có thể gây ra hoặc làm gia tăng các triệu chứng tự kỷ. Chẳng hạn, trẻ tự kỷ không nên dùng các loại *thực phẩm nhuộm, thực phẩm có men* (men bia rượu, men làm bánh...), các loại đường đơn (là loại đường glucose có chứa 6 nguyên tử carbon, rất hiếm có trong các loại thực phẩm, ngoại trừ trong trái nho), các loại *thực phẩm chứa chất đạm gluten* (một hỗn hợp của 2 loại đạm gliadin và glutenin, có nhiều trong các loại lúa mì, nếp, gạo...), và *chất đạm casein* có nhiều trong sữa và phó mát. Thật ra, việc tránh dùng những chất trên có phần tốt đối với các trẻ tự kỷ thường bị các triệu chứng của hệ thống tiêu hóa, như nôn mửa, ợ chua, tiêu chảy, táo bón..., nhưng tình trạng kiêng ăn quá đáng có thể làm cho một số trẻ trở thành suy dinh dưỡng. Hơn nữa, cho đến nay vẫn chưa có cuộc kiểm tra nào có thể chứng minh vấn đề kiêng ăn các thực phẩm nêu trên đã thật sự cải thiện được các triệu chứng tự kỷ

Bài 5. TRI LIỆU Y TẾ VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

1. Những điều cần lưu ý

Trước khi đi vào những phương thức và kế hoạch tri liệu cụ thể, cần tóm tắt lại một số vấn đề sau đây:

Như đã trình bày rõ ràng ở các phần trên, rối loạn phổ tự kỷ có nguyên nhân xuất phát từ những tính chất đặc thù bẩm sinh của đứa trẻ, chứ không phải từ các điều kiện và môi trường sống trong gia đình hay ngoài xã hội, mặc dù những điều kiện thuộc về môi trường sống của gia đình và xã hội vẫn có những tác động làm gia tăng hay giảm thiểu những triệu chứng tự kỷ.

Cũng như hầu hết các bệnh chậm phát triển khác, tự kỷ là loại bệnh suốt đời và ít có những cơ hội bình phục hoàn toàn, ngoại trừ những trường hợp nhẹ. Nói cách khác, đối với các trường hợp tự kỷ trầm trọng, mục tiêu chữa trị trong y học

hiện nay là cố gắng làm giảm thiểu hay cải thiện những triệu chứng, đồng thời giúp cá nhân người bệnh học hỏi và phát triển những khả năng sinh hoạt thích ứng hơn trong cuộc sống mà thôi.

Rất nhiều ý kiến và phương pháp điều trị khác nhau đã từng được áp dụng cho bệnh tự kỷ, nhưng qua nhiều cuộc kiểm tra, cho đến nay so ra vẫn chưa có cách trị liệu nào được đặc biệt xác định là đã đem lại nhiều thành quả nhất. Ngoài ra, cũng có những phương pháp và kỹ thuật trị liệu không được xây dựng trên cơ sở khoa học, và trong nhiều trường hợp có thể đem lại những rủi ro, nguy hiểm cho người bệnh.

Hầu hết các phương pháp chữa trị nêu trên đều không thể hiện được tính tổng hợp và phổ quát, nghĩa là mỗi phương pháp chỉ chú trọng thực hiện quan điểm và kỹ thuật trị liệu riêng của mình. Chẳng hạn, trường phái hành vi thường không chú trọng các vấn đề thuốc men và dinh dưỡng, trong khi trường phái y học lại không/đặt nặng vào sự tập luyện và thao tác của hành vi liệu pháp để thay đổi đứa trẻ.

Trên thực tế, sự điều trị kịp thời và đúng đắn rõ ràng đã đem lại nhiều kết quả tốt đẹp cho rất nhiều trẻ tự kỷ. Cho dù không thể chữa lành hẳn một số triệu chứng trầm trọng, những trẻ tự kỷ được chữa trị kịp thời khi lớn lên đã có nhiều khả năng thích ứng và hòa nhập với cuộc sống tốt hơn là những trẻ đã không có may mắn được quan tâm chạy chữa. Nhất là những đứa trẻ có tiềm tàng những năng khiếu thiên phú thì sự chữa trị kịp thời đã phát hiện được và đã giúp cho chúng trở thành những con người sáng tạo nổi bật trên nhiều lãnh vực văn hóa, khoa học, nghệ thuật...

Từ những nhận định trên, chúng ta sẽ chọn lựa một số phương thức và kỹ thuật điều trị nào có tính phối hợp và thực tiễn nhất đã được chứng minh là có hiệu quả để áp dụng cho phù hợp với những điều kiện sẵn có của các gia đình con em tự kỷ tại địa phương. Đặc biệt phải dứt khoát loại bỏ những quan niệm và các liệu pháp chữa trị mơ hồ, viển vông, có tầm nguy hiểm tiềm tàng cho sinh mạng, không dựa trên cơ sở khoa học, và gây ra rất nhiều tổn phí cho gia đình.

Tóm lại, chúng ta sẽ áp dụng một số kỹ thuật luyện tập của trường phái hành vi trị liệu, phối hợp với một số thuốc men và chế độ dinh dưỡng trong khuôn khổ an toàn được các trung tâm y dược cho phép, theo đó phương pháp thực hành điều trị cho con em tự kỷ của chúng ta sẽ có ba vấn đề then chốt cần đi sâu vào chi tiết như sau:

A. Bối cảnh điều trị

Không kể những trung tâm, cơ sở được nhà nước hay tư nhân mở ra để nuôi dạy trẻ tự kỷ, ***bối cảnh điều trị chính thức và thích hợp nhất vẫn Là ngay trong khung cảnh gia đình***, nơi trẻ tự kỷ đang sống. Đây là nơi điều trị ***thuận tiện, tự nhiên, thường trực*** và ***ít tốn kém***. Tùy theo những điều kiện sẵn có, mỗi gia đình

có trẻ tự kỷ cần có một căn phòng hay một vị trí dành riêng để đứa trẻ tự kỷ có nơi chơi đùa và tập luyện. Thêm vào đó, văn phòng tư vấn và trường lớp hay nhà giữ trẻ cũng là những bối cảnh điều trị bổ sung và rất thuận lợi cho đứa trẻ. Văn phòng tư vấn là nơi mà cha mẹ và đứa trẻ đến để trao đổi thông tin, bàn luận, học hỏi và tập luyện những điều cần thiết theo kế hoạch và thời gian biểu ấn định của nhà tư vấn. Trường lớp hay nhà giữ trẻ cũng là môi trường sinh hoạt thuận tiện, tự nhiên, đa dạng và có tính cách xã hội để trẻ tự kỷ hằng ngày có cơ hội quan hệ và học hỏi thêm từ bên ngoài. Nếu có đầy đủ sự hỗ trợ tài chính, phương tiện và đội ngũ nhân viên phục vụ được huấn luyện kỹ càng về chuyên môn cho trường học thì đây là môi trường lý tưởng thứ hai, sau bối cảnh gia đình, có khả năng giúp cho trẻ tự kỷ gia tăng tiến bộ không những về mặt ngôn ngữ, giao tiếp mà còn trên nhiều khía cạnh khác của cuộc sống.

B. Người điều trị

Người điều trị trực tiếp cho trẻ tự kỷ là cha mẹ hay người chăm sóc, bác sĩ chuyên khoa tâm thần trẻ em, nhà tư vấn tâm lý, các thầy cô giáo tại trường lớp hay nhà giữ trẻ. Trong một ý nghĩa rộng rãi hơn, có thể nói tất cả những ai có những tác động trực tiếp đến sinh hoạt hằng ngày của trẻ tự kỷ cũng đều được xem như là người điều trị về một khía cạnh nào đó. Chẳng hạn, sự đối xử và quan hệ của các anh chị em trong gia đình hay của đứa trẻ hàng xóm đối với trẻ tự kỷ, ở một mức độ nào đó, cũng có thể giúp cho trẻ học hỏi và phát triển thêm. Nói cách khác, trẻ tự kỷ luôn luôn cần có một môi trường sống thuận lợi, trong đó sinh hoạt và cư xử của mọi người chung quanh không tạo ra những mâu thuẫn và bối rối hay làm bế tắc sự nhận thức và tiếp thu của nó. Chẳng hạn, dù đứa trẻ được cha mẹ lo chăm sóc chu đáo, nhưng các anh chị em và trẻ con hàng xóm cứ có thái độ khinh miệt, lạnh nhạt, xa lánh và thường đối xử tệ với nó thì sẽ tạo ra một tình trạng bối rối, không giúp gì cho sự cải thiện khả năng sinh hoạt và phát triển của đứa trẻ tự kỷ.

Suy rộng ra, Sự hiểu biết nói chung của xã hội và công luận truyền thông về căn bệnh tự kỷ là điều cần thiết để dần dần thay đổi thái độ vô cảm, khinh miệt của người dân trong cộng đồng.

Vai trò của người tư vấn và điều trị (bác sĩ chuyên khoa tâm thần trẻ em và chuyên viên trị liệu tâm lý). Đây là người đầu tiên trực tiếp đón nhận ca bệnh để xúc tiến việc ***xét nghiệm, đánh giá, chẩn đoán và lên bản kế hoạch điều trị.*** Bản kế hoạch điều trị sẽ ghi chú đầy đủ, chi tiết về các triệu chứng và đặc tính chính yếu cho mỗi ca bệnh tự kỷ, đồng thời nêu lên những mục tiêu chữa trị nào là ưu tiên cần phải chú ý và những phương thức và kỹ thuật nào sẽ áp dụng trong tiến trình chữa trị. Trong những buổi làm việc với trẻ tự kỷ và thân nhân, nhà tư vấn cần phải làm những việc như:

- *Tham vấn và kiểm tra tình trạng sinh sống* hiện tại của đứa trẻ tự kỷ, từ việc ăn ngủ đến bệnh tình, từ những sinh hoạt vui chơi đến việc học hành ở trường

lớp (nếu đứa trẻ đang đi học hay đang đi nhà trẻ), từ những cảm xúc, phản ứng và hành vi của trẻ cho đến cách đối xử của mọi người chung quanh trong thời gian qua trên căn bản hằng ngày. Mọi vấn đề cần phải được thảo luận và giải quyết tại chỗ. Nếu có những vấn đề gì không thể giải quyết được, nhà tư vấn phải giúp thân nhân liên hệ với những nơi cần thiết để được giúp đỡ. Chẳng hạn, đứa trẻ đang bị một căn bệnh cần phải có sự chẩn đoán của bác sĩ chuyên khoa.

Trong trường hợp trẻ tự kỷ cần phải uống một vài loại thuốc, điều lưu ý là các loại thuốc tâm thần dùng cho trẻ tự kỷ chỉ là biện pháp kết hợp chứ không thể là phương cách duy nhất. Phải dẫn đo và thận trọng chú ý đến tuổi tác, điều kiện sức khỏe, những loại dược liệu và liều lượng được phép sử dụng cho trẻ em. Ngoài ra, trẻ tự kỷ cũng thường có những vấn đề về sức khỏe thể chất rất cần đến sự chăm sóc của các bác sĩ tổng quát, như tình trạng mất ngủ, đại tràng, ăn uống thiếu dinh dưỡng, rối loạn đường tiêu hóa, v.v.

Theo dõi và đánh giá vấn đề học hỏi và mọi tiến triển của trẻ tự kỷ, đồng thời *huấn luyện thân nhân* của trẻ các kỹ thuật điều trị để áp dụng trong sinh hoạt với trẻ. Những cuộc hẹn gặp thông thường là mỗi tuần một lần, nhưng cũng có thể nhiều hơn hay ít hơn tùy theo từng trường hợp và mỗi giai đoạn trong tiến trình tư vấn. Ví dụ, những cuộc hẹn thường được sắp xếp gần nhau hơn trong giai đoạn cha mẹ cần được thảo luận và được huấn luyện về những phương pháp tập luyện cho trẻ tự kỷ nói năng, phát triển ngôn ngữ, hay một khả năng nào đó...

Quan tâm đến tình trạng hiện tại của gia đình và thân nhân của trẻ tự kỷ, nhất là về những sinh hoạt tinh thần của cha mẹ, người chăm sóc và anh chị em trong gia đình, nếu có. Ngoài những khó khăn và vất vả của cuộc sống thường nhật, những cảm nghĩ buồn rầu, tiêu cực về đứa con tự kỷ có thể tác động đến đời sống tinh thần, tình cảm và năng lực trong cuộc sống của các bậc cha mẹ. Vì vậy, nhà tư vấn cũng cần đặc biệt chú ý, hỗ trợ và giúp giải quyết những trở ngại hay bất cứ khúc mắc nào được cha mẹ và gia đình nêu lên.

Giải thích cho cha mẹ và thân nhân trong gia đình trẻ hiểu biết đầy đủ về bản chất, nguyên nhân và những yếu tố bẩm sinh vô cùng phức tạp và khách quan của căn bệnh tự kỷ. Sự hiểu biết này sẽ giúp cho mọi người trong gia đình có những ý nghĩ thực tế và khách quan hơn về hoàn cảnh và tình trạng bệnh tật của đứa trẻ; theo đó sẽ không ai ỉm cách đổ lỗi cho nhau và mọi người đều có sự cảm thông và chia sẻ trong việc chăm sóc đứa con tự kỷ của mình. Nói rõ hơn, nhà tư vấn cần xóa tan những ý nghĩ tiêu cực và cảm giác tội lỗi, nếu có, của các bậc cha mẹ về đứa con tự kỷ của họ.

Giúp mọi người trong gia đình hiểu rõ và biết cách đối phó hợp lý với những tình huống trong đó đứa trẻ tự kỷ có những hành vi bất thường, những cử chỉ kỳ cục, những cơn cảm xúc mạnh, hoặc những hành động nguy hiểm, có nguy cơ gây ra tổn thương... Thật ra, những trẻ tự kỷ có bệnh trầm trọng thì thường phải được chăm sóc tại các trung tâm đặc biệt, trong đó có nhiều thành phần chuyên

môn và phương tiện đầy đủ để điều hành. Tuy nhiên, nếu trong hoàn cảnh tại địa phương chưa có những cơ sở như vậy, không ai khác hơn là cha mẹ và thân nhân phải thông cảm và kiên trì trong việc giúp đỡ con em của mình.

Ngoài ra, nhà tư vấn cũng cần thường xuyên *liên hệ và phối hợp* với trường học hay nhà giữ trẻ để biết rõ các thông tin về việc học tập và mọi sinh hoạt của đứa trẻ tự kỷ ở các môi trường bên ngoài gia đình. Nếu tình hình cho phép, nhà tư vấn cũng nên *tổ chức những buổi nhóm họp định kỳ*, có sự tham dự của thân nhân các trẻ tự kỷ, trong đó mọi người cùng nhau bàn bạc, thảo luận để ươm ra những phương hướng giáo dục và giúp đỡ tốt hơn cho trẻ tự kỷ.

Những việc làm trên đây chỉ được liệt kê tổng quát. Trên thực tế, quá trình tư vấn trong nhiều trường hợp còn có thể phát sinh nhiều công việc chi tiết và nhiều khê hơn, đòi hỏi nhiều vào sự cần mẫn và tinh tế trong vai trò của người điều trị.

Vai trò của cha mẹ hay người nuôi dưỡng là quan trọng nhất *trong việc* chăm sóc và luyện tập cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Cha mẹ và mọi thành viên trong gia đình cần có nhiều *tình yêu thương và lòng hy sinh* đối với trẻ. Theo đó mọi người trong gia đình nên dồn mọi nỗ lực chăm sóc đứa trẻ có tật bệnh, thay vì có tư tưởng chán nản và thất vọng. Chỉ có sự *kiên trì, nhẫn nại, únh thương và hy vọng* mới là những viên thần dược giúp cho đứa con tự kỷ của mình có cơ hội phát triển và hòa nhập vào cuộc sống.

Cha mẹ và thân nhân trong gia đình phải thật sự *tin tưởng và gắn bó* với các chương trình đã được sắp xếp cho việc điều trị, nhưng phải ý thức rằng tất cả những hỗ trợ có được từ bên ngoài cho con em của mình đều là phụ và mình vẫn luôn luôn đóng vai trò chính trong việc điều trị cho con em mình. Những việc chính mà cha mẹ cần làm, ngoài việc trực tiếp nuôi dạy đứa con khuyết tật của mình, là cần *hợp tác chặt chẽ* với nhà tư vấn điều trị và các nhân viên tại trường học và nhà trẻ, nên giữ đúng các thời gian biểu ấn định, thực hiện những chỉ dẫn và các bài thực tập, thường xuyên thảo luận và nêu ra những câu hỏi cần thiết và theo dõi mọi thay đổi tinh thần cũng như thể chất của trẻ tự kỷ để có những thông báo kịp thời.

Vai trò của các cơ sở chăm sóc trẻ cũng rất cần thiết trong việc giúp trẻ tự kỷ phát triển. Đây là những nơi mà trẻ tự kỷ có thể có thêm nhiều cơ hội học hỏi để phát triển ngôn ngữ, cải thiện các hành vi, cử chỉ và phát triển nhiều mối quan hệ, tương tác với những người bên ngoài gia đình. Cần có những *trường học đặc biệt* và những cô thầy giáo có chuyên môn trong việc giáo dục trẻ em tự kỷ và chậm phát triển nói chung. Lý tưởng nhất, như đã nói trên, là nhà trường có sự hỗ trợ đầy đủ về điều kiện để tạo được một đội ngũ chuyên môn đa dạng nhằm dạy dỗ và chăm sóc trẻ tự kỷ, lập ra những lớp học đặc biệt, hay những giờ sinh hoạt đặc biệt ngoài chương trình học cho trẻ tự kỷ. Tất nhiên, những nhân viên có nhiệm vụ chăm sóc và dạy dỗ trẻ tự kỷ và chậm phát triển cần phải theo học các

lớp chuyên môn trước khi đảm nhận công việc. Chương trình giáo dục dành cho trẻ tự kỷ cần được nghiên cứu, soạn thảo chặt chẽ cho phù hợp với từng mức độ nặng nhẹ của bệnh.

Một câu hỏi thường được nêu lên là nếu cho các trẻ tự kỷ có những mức độ triệu chứng trầm trọng khác nhau cùng học một lớp thì liệu có thích hợp không? Câu hỏi này rất xác đáng vì việc xếp chung vào một lớp như thế thì, nếu có thuận lợi cho trẻ tự kỷ nặng thì sẽ hạn chế rất nhiều động cơ phát triển cho các trẻ bệnh mức độ nhẹ. Nếu có điều kiện, cách tốt nhất là xếp lớp cho các em theo mức độ bệnh. Sau một thời gian, trường lớp sẽ được điều chỉnh lại cho mỗi em tùy theo mức độ tiến triển trong học tập.

Câu hỏi khác nữa là thay vì để các em tự kỷ ngồi cùng lớp với nhau, hãy để cho chúng học chung với những trẻ em bình thường khác thì có lợi hơn không? Thật ra giải pháp nào cũng đều có những điều lợi và những điều hại. Thông thường, trẻ tự kỷ ngồi lại với nhau thì sự sinh hoạt và học hỏi lẫn nhau dễ bị hạn chế và trì trệ, nhưng nếu đưa vào những lớp học bình thường thì chúng lại khó bắt kịp sự tiến bộ của các em khác, và như thế chúng dễ bị chán nản và trở nên cô lập. Do đó, giải pháp thích hợp nhất vẫn là bước đầu các trẻ em tự kỷ nên cùng được xếp chung một lớp hay một trường để được giảng dạy bởi các cô thầy có chuyên môn về giáo dục và chăm sóc trẻ tự kỷ. Về sau, qua những cuộc trắc nghiệm định kỳ, vị trí trường lớp của các em sẽ được sắp xếp lại theo mức độ tiến triển của mỗi em, và những trẻ đạt nhiều tiến bộ khả quan thì từ đây có thể học chung trường lớp với các trẻ em bình thường khác.

Khi điều trị, cần kết hợp nhiều khuyến cáo chăm sóc sức khỏe từ bác sĩ chuyên khoa tâm thần trẻ em, chuyên gia tâm lý, giáo viên giáo dục đặc biệt, chuyên viên vật lý trị liệu, chuyên viên tâm vận động, chuyên viên chỉnh âm... những người tham gia vào việc điều trị để có thể điều trị toàn diện cho hên nhân, nhằm giúp các em thay đổi và phát triển.

C. Các kỹ thuật điều trị

Điều trị cho trẻ tự kỷ nói chung là *điều trị các đặc tính chính yếu* của căn bệnh, bởi vì chúng chính là cái bản chất nòng cốt, là căn nguyên nằm bên trong của các triệu chứng đang thể hiện ra bên ngoài. Ví dụ, đứa trẻ tự kỷ không học hỏi và phát triển được ngôn ngữ (nghe và nói) là vì nó không có khả năng chú ý và lắng nghe. Ví dụ này cho thấy rằng thiếu hụt khả năng ngôn ngữ của đứa trẻ chỉ là triệu chứng bên ngoài, còn việc không biết chú ý và lắng nghe là đặc tính chính yếu, là yếu tố bên trong làm cản trở sự học hỏi và phát triển khả năng ngôn ngữ của trẻ. Do đó, điều căn bản trong quá trình huấn luyện trước tiên là phải dạy cho trẻ biết chú ý và lắng nghe. Hầu hết trẻ tự kỷ thường có chung những *đặc tính chính yếu* tổng quát sau đây:

- Thiếu động cơ phát triển

hành động thúc giục.

- Phản ứng của đứa trẻ (hoặc đúng hoặc sai).
- Nếu trẻ có phản ứng đúng thì cho trẻ một phần thưởng nào đó để tạo thêm động cơ (củng cố) cho những phản ứng về sau.

Tất nhiên phải tùy theo mức độ trầm trọng của bệnh mà biết bắt đầu tập luyện cho trẻ từ chỗ nào. Nếu một em bé tự kỷ hằng ngày làm được những phản ứng chú ý đơn giản, như biết leo vào giường khi cần đi ngủ, biết ngồi vào bàn ăn và tự cầm thìa gắp lấy đồ ăn, v.v. thì không cần phải tập cho em những điều quá đơn giản nữa, mà có thể bắt đầu tập luyện những khả năng phức tạp hơn, như khả năng chú ý kết hợp, nghĩa là có khả năng chú ý một lần vào hai hay nhiều sự việc khác nhau.

Trong khi đứa trẻ đang chơi với một đồ chơi, mẹ giới thiệu một món đồ chơi khác để hướng sự chú ý của em vào món đồ này trong một chốc lát.

Nhìn vào mắt đứa trẻ cho đến khi nó nhìn lại thì bảo: "Chú ý theo dõi con mắt của mẹ! Thấy mẹ nhìn ở đâu thì con nhìn theo ở đó". Cách tập luyện này sẽ tập cho trẻ tự kỷ gia tăng khả năng chú ý đúng lúc và phát triển nhanh khả năng chú ý kết hợp.

Hai ví dụ trên chỉ là những gợi ý, do đó cha mẹ cần cố gắng tự sáng tạo ra thêm những công việc mà mình muốn con mình sẽ phải làm được. Cha mẹ và thân nhân trong gia đình là những người hiểu rất rõ con mình trên mọi khía cạnh, nên có thể có sự hiểu biết tốt nhất là cần phải bắt đầu tập luyện từ đâu, tập như thế nào và nên dùng những thứ gì để tưởng thưởng cho phù hợp với ý thích và tính tình của đứa con.

Mọi hướng dẫn trong kỹ thuật huấn luyện khả năng chú ý phải bằng lời nói đơn giản, ngắn gọn, rõ ràng, ôn tồn, chan chứa lòng yêu thương, và không lặp đi lặp lại nhiều lần. Sau mỗi bước hướng dẫn nên có một khoảng thời gian trống, khoảng 5-7 giây, dừng lại trước khi đi qua bước hướng dẫn kế tiếp. Mục đích của sự dừng lại ngắn ngủi này là để tạo một ý niệm cho trẻ biết phân biệt được sự khác nhau giữa hai hướng dẫn.

Áp dụng sự thưởng phạt để củng cố những hành vi, sự việc đã hoàn thành là vấn đề quan trọng, làm gia tăng động cơ học tập và phát triển của trẻ nếu sự áp dụng thưởng phạt đúng phương pháp và hợp lý. Việc khen thưởng cho trẻ có thể bằng nhiều hình thức; chẳng hạn, cho một lời khen, một cử chỉ vuốt ve, một cái hôn, hay cho một loại thức ăn, nước uống mà trẻ thường thích... Nhưng cần phải biết linh động và uyển chuyển thay đổi để tránh sự nhàm chán thì như vậy hiệu quả của sự củng cố mới tiếp tục bền vững được. Theo lý thuyết học tập, luật Yerkes-Dodson cho rằng sự thích thú, khoái chí sẽ làm gia tăng khả năng làm việc, học hỏi của một người, nhưng chỉ đến một điểm giới hạn nào đó mà thôi. Qua khỏi điểm đó thì quy luật này lại bị đảo ngược, nghĩa là từ điểm đó trở đi thì

cường độ của sự thích thú sẽ bắt đầu diễn biến tỷ lệ nghịch với số lượng thành quả của việc làm.

Ngoài ra, nếu sự khen thưởng cứ diễn ra đều đặn và liên tục thì cũng gây ra sự nhàm chán cho đứa trẻ. Vì vậy, thay đổi, linh động và uyển chuyển trong vấn đề khen thưởng là công việc đòi hỏi phải có ý thức và kế hoạch chuẩn bị chu đáo.

Có nên dùng hình phạt đối với trẻ tự kỷ không? Thông thường, muốn có nhiều hiệu quả trong vấn đề dạy dỗ con trẻ, nói chung, thì sự thưởng phạt phải đi song đôi với nhau. Tuy nhiên, đa số trẻ tự kỷ rất thiếu sự nhận biết lỗi lầm và ý thức về sự sợ hãi. Vì vậy, vấn đề dùng hình phạt đối với trẻ tự kỷ có thể sẽ không mang lại hiệu quả nào và cũng không thích hợp về phương diện đạo đức. Thật vậy, công luận và luật lệ thường phê phán gát gao những hình thức nuôi dạy trẻ, đặc biệt là những trẻ bị khuyết tật, bằng sự ức hiếp, đánh đập, tước bỏ những nhu cầu thiết yếu, v.v. Trẻ tự kỷ lại là những em bé thường dễ làm cho người khác phiền hà, nổi giận và thất vọng vì những hành vi và cung cách ứng xử bất thường nếu người tiếp xúc không có sự hiểu biết, cảm thông và một tấm lòng thật sự yêu thương đối VỚI những đứa trẻ không may mắn này. Dù nói thế nào thì điều tốt nhất vẫn là không nên áp dụng bất cứ một hình thức trừng phạt nào đối với trẻ tự kỷ trong việc giáo dục và tập luyện cho các em.

Mặt khác, đối với những trẻ tự kỷ có khả năng nhận biết đúng sai và ý thức về sự sợ hãi thì một vài hình thức dọa dẫm hay bắt phạt có thể có hiệu quả tương đối trong giáo dục và tập luyện. Ví dụ, một đứa trẻ tự kỷ thường hay vòi vĩnh mẹ hàng ngày phải dẫn em ra tiệm bánh kẹo vài ba lần, nhưng đồng thời em này cũng rất sợ một ông bảo vệ thường đứng gác tại một vị trí trên đường đến tiệm. Người mẹ nên nhờ ông bảo vệ giúp làm công việc dọa nạt em bé mỗi khi thấy em xuất hiện. Hành động đôi lần như thế có thể giúp đứa trẻ giảm thiểu hay bỏ được ý định hay vòi vĩnh của nó. Ngoài ra, cũng nên áp dụng một vài hình thức phạt mà không gây tổn thương cho thể lực và tinh thần của đứa trẻ tự kỷ. Ví dụ, mỗi ngày em bé rất thích được cha đưa ra công viên đi chơi cưỡi ngựa một lần, nếu hôm nào em không chịu làm đúng theo một yêu cầu hay gây ra lỗi nào đó thì hôm ấy cha tuyên bố không đưa em đi ra công viên cưỡi ngựa. Hình phạt này có thể giúp đứa trẻ tự kỷ có ý thức về sự thiệt thòi và biết cố gắng làm theo những hướng dẫn của cha mẹ.

3. Kỹ thuật huấn luyện ngôn ngữ

Một số cha mẹ nghi ngờ rằng sự chậm trễ hoặc không biết nói của đứa con tự kỷ của mình có lẽ là do nó bị điếc nên không nghe và học được tiếng nói của người khác. Bằng chứng là trẻ thường không có phản ứng gì khi được gọi tên hay được yêu cầu làm điều gì. Trên thực tế, nhiều cuộc xét nghiệm của các bác sĩ chuyên môn cho thấy hầu hết các trẻ tự kỷ không có dấu hiệu bất thường nào về *chức năng thính giác* cả. Nói đúng hơn, phần lớn trẻ tự kỷ đều nghe được, nhưng *cách nghe* của chúng lại không bình thường, nghĩa là chúng có thể nghe rất rõ

những âm thanh quá nhỏ hoặc không quan trọng, trong khi lại không để ý đến hoặc không thể nghe những âm thanh cần thiết phải nghe. Ví dụ, cả lớp đang chăm chú nghe tiếng cô giáo giảng bài, trong khi cậu bé tự kỷ lại đang nghe tiếng vo ve của con muỗi dưới góc bàn. Nói một cách khác, cậu bé này vẫn có *khả năng nghe* (hearing) nhưng không có *khả năng lắng nghe* (listening). Theo định nghĩa, lắng nghe là khả năng biết vận dụng trí óc của mình để vừa nghe được những âm thanh hay tiếng nói cần thiết phải nghe và vừa biết phân biệt hay loại bỏ những âm thanh hay tiếng ồn ào khác cũng đang phát ra ở hậu cảnh.

Khả năng lắng nghe là điều kiện tiên quyết cho sự học; nói cách khác không có khả năng lắng nghe thì kể như không học hỏi gì được. Phần lớn trẻ tự kỷ không học hỏi và phát triển được ngôn ngữ vì chúng không có khả năng lắng nghe. Như vậy, muốn giúp trẻ tự kỷ phát triển về ngôn ngữ thì trước tiên cần giúp chúng phát triển khả năng lắng nghe.

Alfred Tomatis, bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng người Pháp, đã phát kiến một kỹ thuật huấn luyện khả năng lắng nghe cho trẻ tự kỷ. Ông đã sử dụng một số loại âm thanh như là phương tiện để kích thích não bộ và phát triển các kỹ năng lắng nghe, cũng như luyện tập ngôn ngữ và các kỹ năng học hỏi khác cho trẻ tự kỷ) Bác sĩ Tomatis đề nghị những trẻ tự kỷ nào ở dạng trầm trọng về khả năng nghe và hiểu thì cần phải trải qua một chương trình tập luyện được tổ chức tại một trung tâm huấn luyện âm thanh. Tại đây trẻ sẽ có khoảng 60 giờ (mỗi ngày khoảng 2 đến 4 giờ) được cho nghe những loại *âm thanh thích thú* (âm thanh êm ái, nhạc hay và yêu thích, những tiếng nói của mẹ, cha, và giọng nói hay âm thanh của chính đứa trẻ...).

Tuy nhiên, theo ông bối cảnh luyện tập cũng có thể được tổ chức ngay tại nhà, trong một căn phòng có trang trí trên tường một tấm gương chiếu (bằng nhựa trong để khỏi bị vỡ), một chiếc võng, một khoảng trống để nhảy múa, và *cá* nhiều-loại đồ chơi khác nhau. Hằng ngày đứa trẻ được cho nghe nhạc (những bài hát mà em thích), tiếng nói của mẹ và tiếng nói của chính em (nếu có) đã được thu bằng thông qua máy có nối headphone để gắn vào tai đứa trẻ. Bởi vì trẻ tự kỷ thường không thấy hoặc không để ý nhìn đối tượng đang tiếp xúc với nó, do đó tấm gương có mục đích để đứa trẻ thấy được chính nó, và cũng thấy được người nào bước vào phòng hay đang nói chuyện với nó. Chiếc võng và khoảng trống là nơi để trẻ nhún nhảy và đu đưa theo tiếng nhạc tùy thích, và là nơi để trẻ nằm ngủ khi cần. Có một số trẻ tự kỷ thường không chịu đeo headphone trong bước đầu tập luyện. Nhưng theo kinh nghiệm, chỉ sau một số lần nghe được những âm thanh thích thú và kích thích thì lúc ấy chính chúng sẽ tự ý đeo headphone vào.

Phương pháp huấn luyện khả năng biết lắng nghe là một việc làm phù hợp với cá tính của rất nhiều trẻ tự kỷ, vì chúng thường rất thích ca hát, nhảy múa, làm những động tác để tự kích thích mình. Bước đầu đứa trẻ tiếp nhận, làm quen, và phát triển những cảm xúc bên trong với những âm thanh và tiếng nói yêu thích.

Dần dần đứa trẻ sẽ cảm thấy thoải mái, bình an, có khả năng tập trung chú ý và định thần hơn, có những phản ứng phù hợp với tuổi tác và tư thái uyển chuyển hơn để khởi đầu cho những bước kế tiếp là biết tiếp nhận và lắng nghe những âm thanh và tiếng nói từ hiện thực bên ngoài, và theo đó trẻ từng bước học cách nói và diễn đạt ngôn ngữ. Bối cảnh huấn luyện khả năng lắng nghe tại nhà theo phương cách trên cũng được bác sĩ Greenspan trong Liệu pháp Floortime khuyến khích. Theo liệu pháp này, sự tương tác giữa cha mẹ và đứa con trong khuôn khổ gia đình luôn luôn mang tính chất tự nhiên và liên tục. Hằng ngày đứa trẻ cũng được cho nghe nhạc, những âm thanh êm tai và dễ gây thích thú cho đứa trẻ, tiếng nói và những cử chỉ yêu thương, trìu mến của cha mẹ. Khi nói chuyện, cha mẹ nên cầm tay con, hoặc ôm vào lòng, xoa nắn thân thể, và dùng những tiếng nói, lời lẽ đơn giản, rõ ràng, ngắn gọn trong khi đối thoại, để tập cho con phát âm một chữ, một câu, hay để kể cho con nghe một câu chuyện... Nếu đứa trẻ bị tật nói nhại lại hay nói đảo ngược chủ từ thì phải từng bước sửa đổi lại, bằng cách thay đổi âm thanh, thay đổi cấu trúc câu nói cho trẻ dần dần tập luyện theo.

Ngoài ra, có thể đặt thêm trong phòng một cái bàn thấp và tại đó hai mẹ con ngồi đối diện nhau với nhiều loại đồ chơi để trên sàn nhà phía bên chỗ ngồi của mẹ. Người mẹ bắt đầu một chương trình huấn luyện, tập cho đứa trẻ nghe và nói bằng những đồ chơi này. Ví dụ, mẹ cầm con búp bê để lên bàn và nói "búp bê" rồi khuyến khích đứa trẻ tập phát âm trong khi cầm tay nó để lên món đồ chơi, làm sao giúp cho nó nhìn thấy và có những động tác sờ mó vào món đồ chơi. Nếu đứa trẻ vẫn chưa phát âm thì mẹ có thể nhắc lại âm thanh "búp bê" vài lần cho đứa trẻ nghe để tai nó quen dần với tiếng nói, và sau đó bắt đầu đổi sang món đồ chơi khác. Để tránh sự nhầm lẫn và cho trẻ dễ tiếp thu, mỗi đợt tập chỉ cần từ 3 đến 5 món đồ chơi, chỉ nên kéo dài từ 10-15 phút, và khoảng 5 đến 7 đợt như thế mỗi ngày. Ngoài những thời gian tập luyện và thời gian ngủ, nên cho trẻ nghe nhạc, nghe tiếng nói của cha và mẹ, tiếng của trẻ con khác... Tất cả những âm thanh này đã được chọn lọc và thu âm để phát lại.

Tóm lại, hầu hết trẻ tự kỷ đều không bị điếc, nhưng chúng thường chậm nói hoặc không nói được vì không có khả năng lắng nghe để học hỏi được ngôn ngữ. Thật ra, khả năng học hỏi bất cứ điều gì của một người cũng đòi hỏi người ấy phải có một số khả năng thuộc về trí tuệ, trong đó bao gồm các khả năng *điều phối* (nghe và chọn lựa), *chuyển tải* (chuyển thông tin đi vào não), và *mã hóa* (xếp loại và đưa vào ký ức). Một số trẻ tự kỷ có thể không có cả ba khả năng này, nhưng không thể vì thế mà chúng ta bỏ cuộc, không cho trẻ có cơ hội phát triển. Như vậy, tập luyện cho trẻ tự kỷ biết lắng nghe vẫn là biện pháp cần thiết, không thể bỏ qua được. Đó là sự khởi đầu tiến trình phát triển trí tuệ của trẻ, song song với sự áp dụng các phương thức điều trị khác để nâng cao sức khỏe toàn bộ cả thể chất lẫn tinh thần. Sự luyện tập đòi hỏi những tấm lòng kiên trì, quyết tâm và luôn luôn hy vọng của các bậc cha mẹ cũng như những giới chức có liên quan trong cộng đồng.

Ngoài ra, cần lưu ý là thị giác cũng là chức năng vô cùng quan trọng giúp cho cá nhân ghi nhớ lâu dài sự việc. Vì thế, tập luyện bất cứ điều gì cho trẻ tự kỷ cũng cần phải kết hợp đồng thời cả hai yếu tố nghe và nhìn.

Một số chiến lược giúp giao tiếp thuận lợi hơn:

Mở rộng: thêm từ vào những gì trẻ nói. Nếu trẻ nói “chó”, người dạy có thể nói “chó ăn”, hoặc “chó đang ăn”. Việc mở rộng giúp trẻ ghép các từ.

Cố tình quên: sau khi trẻ đã quen với nếp sinh hoạt hàng ngày, người dạy nên quên có chủ định một cái gì đó trong một phần của nếp sinh hoạt đó. Ví dụ, lấy sữa ra khỏi tủ lạnh và sau đó đưa cho trẻ cái cốc nhưng không đổ sữa vào đó.

Tạo điều kiện cho trẻ lựa chọn: khi trẻ chỉ không chính xác những gì bé muốn (ví dụ như chỉ vào hướng dẫn chung của tủ lạnh), hãy cho trẻ lựa chọn giữa hai thứ và hãy cố gắng giúp bé sử dụng từ để chúng ta biết bé muốn gì. Ví dụ, nếu trẻ chỉ vào tủ lạnh, hãy hỏi bé: “con muốn uống sữa hay nước cam?”

Học có chỉ dẫn: chiến lược này có thể không dẫn tới việc bé nói ra từ nào vì về cơ bản nó được sử dụng cho trẻ chưa nói được. Chiến lược này liên quan tới việc sắp xếp môi trường để tạo ra một cái gì đó hấp dẫn sự chú ý của trẻ. Có thể trẻ đang bắt đầu chơi các trò chơi thường ngày như đẩy xe ô tô lên xuống. Người dạy có thể thử các trò chơi thường ngày mà trẻ phải đẩy những vật khác lên xuống. Tuy nhiên, điều quan trọng là người lớn cần phải mô tả những hoạt động đó của trẻ. Bằng cách đó, chúng ta có thể giúp trẻ hiểu được mối quan hệ giữa hành động và từ mô tả hành động.

Bắt chước: Một trong các cách tốt nhất để dạy trẻ rằng việc bắt chước thú vị (và có ích cho việc học nhiều kỹ năng) là bắt chước một cái gì đó trẻ bắt đầu. Trẻ sẽ đặc biệt thấy thú vị với sự bắt chước đó nếu đó là một việc gì đó rất ngắn ngủi. Hãy tìm kiếm cơ hội bắt chước (ví dụ, trẻ đặt một chiếc rô nhựa lên đầu và sau đó nhìn người lớn bắt chước làm như thế). Người dạy cũng có thể bắt chước các âm phát ra của bé (ví dụ, nếu trẻ nói “eee”, hãy nhắc lại; nếu trẻ búng lưỡi bữ môi ê, chúng ta cũng bắt chước.)

Hãy làm cho trẻ tự quyết định: khi chơi với trẻ, hãy để cho bé lựa chọn hoạt động. Chiến lược này có thể không trực tiếp dẫn tới việc bé nói gì nhưng bằng cách thực hiện những hoạt động mà bé chọn lựa, người dạy có thể nói mẫu những câu mà có thể làm cho bé thấy thích thú.

Làm mẫu: trẻ học nhiều thứ từ việc bắt chước. Hãy khuyến khích trẻ sử dụng các từ để nói về những gì bé đang làm bằng cách làm mẫu. Hãy chỉ ra hoặc nói những gì người dạy muốn trẻ làm trước khi mong bé làm được như vậy. Ví dụ, hãy cho trẻ nghe người dạy nói âm hoặc từ ... hoặc nhìn người dạy thực hiện hoạt động trước khi bé cố gắng làm tất cả những hoạt động đó.

Vật mới lạ: giới thiệu một cái gì đó mới lạ vào môi trường của bé, một cái

gì đó mà khác với những gì đi kèm với nếp sinh hoạt hàng ngày. Ví dụ, nếu người dạy đang chơi với bé cùng với các thứ đồ chơi, hãy đặt một cái chai sữa trẻ em vào giữa đồng đồ chơi đó. Hãy thử xem xem trẻ có nhận thấy những thứ mới lạ hoặc những thứ không mong đợi, hãy thu hút sự chú ý của bé tới những vật đó bằng cách nói: “ồ, hãy nhìn cái này” trong khi người dạy chỉ vào vật đó và gọi tên nó.

Ngoài tầm với: người dạy có thể đặt một cái gì đó có chủ định mà người dạy biết trẻ sẽ muốn ra khỏi tầm với của bé hoặc vào một chiếc hộp mà bé không thể mở. Việc đặt một thứ gì đó ngoài tầm với của bé sẽ tạo ra một tình huống cho trẻ phải chỉ vào thứ đó để cho chúng ta biết bé muốn gì. Sau đó, có thể cố gắng giúp trẻ nói/ ký hiệu tên của đồ vật bé muốn hoặc những từ khác như “đưa cho con”, “muốn”, hoặc “làm ơn” trước khi đưa cho bé đồ vật đó.

Tường thuật: đó là khi người dạy tường thuật về hành động của trẻ. Hãy coi chính mình là một bình luận viên. Hãy mô tả từng thứ mà trẻ làm, sử dụng ngôn ngữ ở mức độ mà chúng ta muốn trẻ nói hoặc hiểu. Ví dụ, nếu trẻ đang chơi trong chậu tắm của bé, hãy mô tả những gì đang diễn ra. Ví dụ: Tom đang lấy xà phòng. Ồ, xà phòng rất trơn. Lúc này Tom đã lấy được nó. Tom đang rửa chân. Tom đang đẩy chiếc thuyền”.

Diễn giải ngắn gọn và rõ ràng hơn: nếu trẻ dường như không hiểu những gì người dạy nói, hãy thử diễn giải bằng những từ khác. Trẻ có thể hiểu người dạy hơn nếu dùng các ngôn từ dễ hiểu hơn. Ví dụ: hãy nói “ngồi xuống” thay cho câu “con phải ngồi xuống và ăn xong rồi còn đi thăm bà bây giờ”.

Kích thích bằng tranh ảnh: có thể sử dụng các bức tranh ảnh về đồ vật và các hoạt động để giúp trẻ giao tiếp. Việc sử dụng các bức tranh, ảnh nhằm mục đích giảm sự tức giận của trẻ và cải thiện khả năng cho người dạy biết nhu cầu và mong muốn của trẻ. Bé có thể làm việc đó bằng cách chỉ hoặc cầm tay người dạy chỉ vào bức tranh hoặc bé có thể sử dụng tranh ảnh thay cho lời nói. Đối với hầu hết các trẻ, việc sử dụng tranh ảnh chỉ là tạm thời, nhưng một vài trẻ có thể sử dụng tranh ảnh lâu dài hơn.

Từng mảnh một: người dạy có thể sử dụng chiến lược này khi chơi với các đồ chơi hoặc đồ vật có nhiều mảnh. Đừng cho trẻ tất cả các mảnh ngay lập tức. Hãy giữ một số mảnh lại để khuyến khích bé giao tiếp.

Hỗ trợ để khuyến khích trẻ: dạng hỗ trợ sẽ thay đổi dựa trên sự đáp ứng của trẻ. Nếu người dạy muốn trẻ chọn một đồ vật mà người dạy nói tên, sự hỗ trợ có thể là đưa đồ vật cần lựa chọn tới gần bé hơn. Nếu người dạy muốn trẻ sử dụng một ký hiệu, sự hỗ trợ có thể là giúp bé nắm tay để làm ký hiệu. Nếu người dạy muốn trẻ nói một từ hoặc một ngữ, sự hỗ trợ có thể là đưa cho bé hai sự lựa chọn.

Hỗ trợ lời nói của người lớn sử dụng tranh ảnh: nhằm giúp trẻ hiểu người dạy đang nói gì dùng các bức tranh ảnh khi người dạy nói. Ví dụ, nếu người dạy đang

hỏi trẻ xem bé có muốn uống cái gì không, người dạy có thể nói: “uống” và chỉ vào bức tranh có thứ uống đó (ví dụ: một cốc sữa).

Đặt câu hỏi: đặt các câu hỏi phù hợp với tình huống. Hãy cố gắng không hỏi các câu hỏi có/không nếu người dạy muốn trẻ nói nhiều hơn, hãy cố gắng đặt các câu hỏi mở như “Con gấu sống ở đâu?” hoặc “Minh có thể làm điều đó như thế nào?”. Tuy nhiên, đôi khi người dạy cũng cần đặt các câu hỏi có/không khi đặc biệt muốn cố gắng cải thiện độ chính xác của các câu trả lời có/không của trẻ. Nếu người dạy thực sự muốn như vậy, chỉ cần hỏi các câu hỏi có/không đơn giản. Ví dụ, “Con có muốn uống sữa không?”

Làm cho công việc khó khăn hơn: kỹ thuật này là để can thiệp một cách có chủ định vào việc hoàn thành tốt một hoạt động nào đó. Ví dụ, giấu một mảnh hình trong bộ xếp hình đi. Người dạy cũng có thể đưa cho trẻ một thứ khác với thứ mà bé muốn. Ví dụ, có thể đưa cho trẻ một củ cà rốt trong khi bé lại muốn một cái bánh quy. Việc này sẽ làm tạo ra một tình huống nhằm kích lệ trẻ sử dụng từ/ký hiệu để giao tiếp/nói lên những mong muốn và nhu cầu của bé với chúng ta. Sau khi đã tạo tình huống làm trẻ chưa thể hoàn thành hoạt động, người dạy phải đảm bảo chắc chắn là người dạy đang kích lệ bé sử dụng từ/ký hiệu để chỉ cho người dạy thấy những gì bé muốn nhưng sau đó chúng ta cũng phải chắc chắn là trẻ có thể hoàn thành hoạt động đó. Công việc này cần phải được thực hiện một cách thận trọng và ở một chừng mực phù hợp nhằm tránh làm cho trẻ có tâm lý miễn cưỡng khi thử một hành động cụ thể.

Tự nói chuyện với mình: tự nói là một cách tự tường thuật về hành động của mình. Ví dụ, khi người dạy chơi trò lái xe, hãy nói những điều như “Minh sẽ dừng lại”, “Minh sẽ đi”, v.v.

Ngôn ngữ ký hiệu: ngôn ngữ ký hiệu là ngôn ngữ sử dụng một hệ thống cử chỉ điệu bộ để giao tiếp. Có thể sử dụng ký hiệu với trẻ chậm nói hoặc rối loạn lời nói nhằm làm giảm đi sự bức bối và cho bé một cách giao tiếp những mong muốn và nhu cầu của bé. Đối với một số trẻ, có thể sử dụng ngôn ngữ ký hiệu một cách tạm thời như một cách để giúp cho giao tiếp được thuận lợi hơn. Ngôn ngữ ký hiệu thường giúp lời nói phát triển tốt hơn. Đối với một số trẻ khác, có thể sử dụng ngôn ngữ ký hiệu lâu hơn. Nếu trẻ chưa thể nói tốt, hãy khuyến khích trẻ dùng ký hiệu/điệu bộ thay cho lời nói.

Hỗ trợ lời nói của người lớn bằng ký hiệu/điệu bộ: nhằm giúp trẻ hiểu những gì người dạy đang nói, dùng cử chỉ điệu bộ và/hoặc chỉ tay khi nói. Ví dụ, nếu người dạy hỏi trẻ xem bé có muốn uống nước không thì có thể hỏi: “Con muốn uống à?” đồng thời dùng ký hiệu uống hoặc hỏi: “Con muốn uống nước à?” và chỉ vào cốc nước.

Dùng đồ vật cùng/thay cho lời nói: nếu mục tiêu là ngôn ngữ biểu đạt, nhưng trẻ chưa thể nói tốt, hãy khuyến khích trẻ chỉ vào vật đồng thời nói hoặc thay cho

việc nói từ.

Phá vỡ thói quen: sau khi trẻ đã quen với nếp sinh hoạt hàng ngày, hãy chủ động làm một điều gì đó làm thay đổi điều mà trẻ có thể đoán trước mà hoàn toàn không cho trẻ biết trước (ví dụ đi giày cho trẻ sau đó lại lấy tất để đi cho trẻ)

Đợi và quan sát: sau khi đã bắt đầu một trò chơi hoặc đặt một câu hỏi, hãy đợi và cho trẻ có thời gian để trả lời

Giữ lại một đồ vật để nhận được phản ứng mong muốn: nếu muốn trẻ tăng cường ngôn ngữ biểu đạt (ví dụ điệu bộ, dấu hiệu, các hệ thống tranh, từ ngữ), đừng đưa cho trẻ những gì trẻ muốn cho đến khi trẻ cho chúng ta phản ứng mong muốn.

4. Kỹ thuật nâng cao động cơ phát triển

Trẻ tự kỷ thường bị trì hoãn sự phát triển về mọi mặt vì trẻ thiếu động cơ, tức là thiếu cái trạng thái tinh thần thôi thúc bản thân ham muốn học hỏi, duy trì, và hướng mọi hành vi của mình vào một mục tiêu. Nói tổng quát, thiếu động cơ là thiếu sức sống, thiếu cái yếu tố tâm lý thúc đẩy khả năng vươn lên. Những hình thức dạy dỗ và tập luyện mà cha mẹ có thể giúp gia tăng động cơ phát triển cho đứa con tự kỷ của mình phải luôn luôn bao hàm *khả năng tập trung chú ý, khả năng triển khai và đa dạng, khả năng tự điều hành một số công việc, khả năng him và phản ứng thích hợp với các đối tượng kích thích...* Tất cả những khả năng này đều có thể tập luyện trong khuôn khổ sinh hoạt hằng ngày tại gia đình.

- *Gia tăng khả năng tập trung chú ý:* Bất cứ lúc nào đưa ra một hướng dẫn, một yêu cầu, hay một gợi ý để trông đợi phản ứng của đứa trẻ tự kỷ thì điều quan trọng là phải làm sao tạo được sự chú ý cho trẻ. Thông thường nên cầm tay và nhìn vào mắt trẻ rồi mới cho lời hướng dẫn. Nên lợi dụng những lúc trẻ đang làm hay chơi với cái gì đó thì đưa ra một câu hỏi hay một lời hướng dẫn rõ ràng và ngắn gọn có liên hệ trực tiếp với điều đang làm hay đang chơi của trẻ. Ví dụ, vào lúc cả nhà ngồi vào bàn chuẩn bị ăn cơm trưa và đứa trẻ tự kỷ cũng đang đứng cạnh bàn ăn, mẹ muốn tập cho em biết xếp các đôi đũa lên trên bàn. Để tạo sự tập trung chú ý của đứa trẻ, mẹ đến cầm tay em, nhìn thẳng vào mắt em và nói: "Con để các đôi đũa lên bàn ăn nhé". Và rồi mẹ giúp em biết xếp từng đôi lên trên bàn ăn. Ngược lại, nếu người mẹ chỉ nói lời yêu cầu mà không có những cử chỉ để tạo ra sự tập trung chú ý như vậy thì có lẽ đứa trẻ sẽ không hiểu và không có phản ứng gì đối với lời yêu cầu đó.

- *Gia tăng khả năng biết triển khai và đa dạng:* Trẻ tự kỷ thường có thói quen chỉ chú tâm hay bị ám ảnh vào một ý tưởng, một công việc, hay một sự vật nào đó và không muốn có sự thay đổi; chẳng hạn, chúng thường chỉ chơi với một món đồ chơi hoặc chỉ biết và thích một lối chơi nào đó thôi, chỉ thích mặc một bộ quần áo nào đó, chỉ thích đi học trên một con đường hằng ngày đã đi quen, hay chỉ thích ăn hay uống một món thực phẩm nào đó... Thói quen này làm cho đứa trẻ tự

kỹ vừa không thể triển khai và đa dạng được những hiểu biết đã có, vừa làm bé tác thêm yếu tố tâm lý thúc đẩy sự phát triển của nó.

Để giúp cho đứa con tự kỷ của mình mở rộng khả năng biết triển khai và đa dạng, cha mẹ có thể có rất nhiều cơ hội khác nhau để tập luyện cho con trên căn bản hằng ngày. Ví dụ, đứa trẻ tự kỷ bắt đầu đếm được số 1, 2, 3 thì phải tập thường xuyên cho đến khi nó có thể đếm từ 1 đến 10 và, nếu được, có thể tiến xa hơn nữa. Muốn trẻ học mau lẹ, sự tập luyện phải uyển chuyển và đa dạng. Chẳng hạn, hằng ngày giúp trẻ đếm số người trong nhà, học thuộc địa chỉ nhà, số điện thoại nhà, đếm bao nhiêu bức tranh treo trên tường, bao nhiêu cái ghế trong nhà, tập cho trẻ viết những con số điện thoại ra trên giấy, và tập bấm số điện thoại, v.v. Cách tập luyện như vậy có thể áp dụng rộng rãi vào nhiều hình thức và lãnh vực khác nhau để giúp đứa trẻ phát triển được ý niệm triển khai và đa dạng trong sinh hoạt hằng ngày.

Gia tăng khả năng tự điều hành: Trẻ tự kỷ thường thích chơi với một lối chơi hay với một đồ vật nào đó mà thôi chứ không muốn có sự thay đổi. Đây là một khiếm khuyết về tâm lý khiến cho đứa trẻ mất đi ý thức về sự linh động, uyển chuyển và đa dạng của mọi vật, mọi việc. Tuy nhiên ở một khía cạnh khác, đây cũng là một cơ hội để cha mẹ vừa giúp tạo khả năng tự điều hành và phát huy ý niệm trách nhiệm, vừa giúp gia tăng động cơ phát triển cho đứa trẻ. Ví dụ, biết con mình thích một chiếc ô tô nhỏ hay chiếc xe đạp, cha mẹ có thể mua về một chiếc và tập cho con sử dụng. Sau khi sử dụng thành thạo thì nên để cho con tự lái một mình trong khuôn viên nhà hay ở một nơi an toàn nào đó. Hằng ngày nói chuyện với con về chiếc xe và tập dần cho nó cách giữ gìn, bảo quản chiếc xe. Cảm giác bằng lòng và thỏa mãn sẽ giúp đứa trẻ gia tăng động cơ tâm lý về trách nhiệm và khả năng tự điều hành.

Ngoài ra, vẫn còn nhiều hình thức khác để giúp cho trẻ nhận thức về trách nhiệm, tự điều hành và tự lập. Ví dụ, người cha dựng lên một trò chơi gồm hai phía và tập cho con mình đảm trách ở một phía. Trò chơi sẽ có thắng và thua. Đứa trẻ có quyền lựa chọn đồ chơi và cách chơi. Trong khi chơi, người cha vừa hướng dẫn vừa khuyến khích con mình phải chơi cho thắng, hoặc có đôi lúc giả vờ để cho con thắng. Cách tương tác trong trò chơi như thế sẽ giúp kích thích động cơ tâm lý mong muốn được mọi sự thắng lợi của đứa trẻ, theo đó ý thức về trách nhiệm và khả năng tự điều hành dần dần được hình thành trong ý thức của trẻ.

Một điều cần lưu ý ở đây là các hình thức tập luyện trên chỉ có những tác dụng tích cực với những trẻ tự kỷ nào không bị những triệu chứng tăng động, tự kích thích, có cử động rập khuôn và có nguy cơ tự gây tổn thương. Bởi với những triệu chứng như thế đứa trẻ khó có thể tự chế ngự bản thân để sử dụng an toàn một đồ chơi (ví dụ lái chiếc xe) mà không có người trông coi. Với những trẻ tự kỷ có những triệu chứng tương tự như vậy thì cha mẹ hay người trông coi phải có nhiệm vụ điều hành và kiểm soát mọi sinh hoạt, ít nhất là trong bước đầu cho đến khi nào

đứa trẻ có được sự tiến bộ rõ rệt.

- *Gia tăng khả năng hiểu và phản ứng thích hợp với các đối tượng kích thích:* Nhiều trẻ tự kỷ biết làm hay chơi đùa với những sự việc đơn giản và cụ thể, nhưng thường chúng không hiểu được những việc làm hay trò chơi có những hình thức hay luật lệ phức tạp hơn, hoặc có những dấu hiệu, cử chỉ, hành động có tính cách ám hiệu, gợi ý, hay đòi hỏi phải có sự suy nghĩ, tưởng tượng. Chẳng hạn, đứa trẻ tự kỷ sẽ không hiểu gì và cũng không thể tham gia được với trẻ con hàng xóm khi nhìn thấy các bạn diễn một trò chơi nấu ăn vớt các vật liệu và dụng cụ nấu nướng tượng trưng, và mỗi đứa trẻ làm bộ đóng một vai trò trách nhiệm khác nhau rất hoàn hảo trong cuộc chơi. Muốn tham gia vào cuộc chơi này, những đứa trẻ chỉ cần hiểu được những gợi ý, ám hiệu, và phải có óc tưởng tượng chứ không đòi hỏi phải có kế hoạch chuẩn bị và tập luyện trước gì cả. Tuy nhiên, điều này đối với trẻ tự kỷ lại là một điều khó.

Để giúp cho các trẻ tự kỷ dần dần phát triển được khả năng này, cha mẹ nên sử dụng mọi cơ hội và hình thức sinh hoạt diễn biến hằng ngày trong gia đình để áp dụng vào sự tập luyện cho

BÀI 6. DẠY KỸ NĂNG TỰ CHĂM SÓC CHO TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

1. Thế nào là kỹ năng tự chăm sóc?

Kỹ năng tự chăm sóc là những kỹ năng giúp một cá nhân thực hiện được các nhiệm vụ sinh hoạt hàng ngày của bản thân như giữ gìn vệ sinh cá nhân, ăn uống, mặc quần áo...

Một số kỹ năng tự chăm sóc có thể được tách ra và dạy như những kỹ năng riêng biệt đồng thời cũng có thể được dạy như một phần trong các hoạt động hàng ngày của học sinh. Ví dụ, kỹ năng tự xúc ăn vừa có thể được dạy một cách độc lập trong các tiết cá nhân vừa có thể kết hợp dạy trong các giờ ăn của học sinh.

2. Tầm quan trọng của việc học kỹ năng tự chăm sóc

Sự phát triển khả năng tự chăm sóc bản thân là dấu hiệu cho thấy đứa trẻ đã bước đầu độc lập đối với cha mẹ. Những kỹ năng này có ảnh hưởng quan trọng và lâu dài đến tình trạng sức khỏe, quan hệ xã hội cũng như quan hệ với chính bản

thân.

Với trẻ rối loạn phổ tự kỉ, đặc biệt là trẻ rối loạn phổ tự kỉ mức độ nặng và rất nặng, việc có khả năng thực hiện các kĩ năng tự chăm sóc bản thân (mặc dù vẫn phải dựa vào sự quản lí, giám sát của người khác) là vô cùng quan trọng. Các kĩ năng này giúp các em độc lập trong khả năng có thể. Với các em sống tại các trường, trung tâm chuyên biệt các kĩ năng này giúp các em có thể tự chăm sóc mình. Với các em học hoà nhập, việc ăn mặc chỉnh tề là rất quan trọng giúp các em được người khác chấp nhận và hội nhập tốt hơn vào môi trường cộng đồng...

3. Một số nguyên tắc khi dạy kĩ năng tự chăm sóc

Hợp tác với gia đình và các thành viên khác

Trong quá trình dạy kĩ năng tự chăm sóc cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ, giáo viên cần phối hợp chặt chẽ với cha mẹ hoặc người chăm sóc trẻ bởi lẽ đây sẽ là thành viên tích cực nhất giúp học sinh luyện tập các kĩ năng tự chăm sóc tại môi trường sinh hoạt, hỗ trợ học sinh chuyển giao các kĩ năng từ môi trường lớp học vào môi trường sinh hoạt và cộng đồng. Các thành viên khác như: các bảo mẫu, các nhà trị liệu... cũng góp phần không nhỏ vào việc dạy kĩ năng cuộc sống cho học sinh nhất là các học sinh có các vấn đề trầm trọng như: Bại não, Bại liệt...

Xem xét tình phù hợp của các kĩ năng cần dạy, bao gồm:

- Phù hợp với bối cảnh văn hoá và được gia đình, người thân, bạn bè cùng lứa tuổi và cộng đồng chấp nhận.
- Phù hợp với độ tuổi, các học sinh cùng tuổi cũng cần có kĩ năng này và thực hiện được theo cách tương tự.
- Phù hợp với giới tính của học sinh
- Với từng trường hợp trẻ rối loạn phổ tự kỉ, các kĩ năng cần dạy phải phù hợp với khả năng và nhu cầu của các em.

Để các học sinh cùng lứa tham gia

Cách thức thực hiện nhiệm vụ của các học sinh cùng lứa rất quan trọng, sẽ giúp cho việc chọn lựa các kĩ năng để dạy cũng như quyết định cách thức thực hiện nhiệm vụ của trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Ví dụ, đối với kĩ năng chỉnh trang dáng vẻ, trẻ rối loạn phổ tự kỉ cần mặc quần áo, chải đầu... giống các bạn khác. Trẻ rối loạn phổ tự kỉ cũng có thể cùng làm để quan sát và học tập các bạn.

Sử dụng phương pháp điều chỉnh và thực hiện một phần

Sử dụng phương pháp điều chỉnh và thực hiện một phần giúp học sinh thực hiện hoạt động hay một kĩ năng nào đó đến một mức độ nhất định mà không phải phụ thuộc hoàn toàn vào người khác, qua đó giúp học sinh tự tin hơn và có thể tự chăm sóc bản thân tốt hơn.

Phương pháp điều chỉnh và thực hiện một phần, bao gồm: điều chỉnh hoặc thích nghi các đồ dùng hỗ trợ (ví dụ: dùng băng dính thay cho cúc hoặc dây buộc, dùng một loại thìa có cán cầm đặc biệt... cho những học sinh có khó khăn về vận động). Trong quá trình dạy, giáo viên có thể cải biên các nhiệm vụ quá khó và không mang tính thực tiễn sao cho phù hợp với học sinh. Có thể thay đổi trình tự các bước trong một hoạt động, sử dụng hỗ trợ cá nhân.

Cần đánh giá có ý nghĩa và sử dụng kết quả đánh giá.

Giáo viên cần tiến hành đánh giá có ý nghĩa để thu thập các thông tin giúp lựa chọn các kỹ năng, phương pháp hướng dẫn thực hiện các kỹ năng phù hợp, cần thiết cho trẻ rời loạn phổ tự kỉ. Các thông tin cần thu thập bao gồm:

- Học sinh đã biết làm những gì.
- Kỹ năng nào học sinh không thực hiện được hoặc thực hiện không tốt.
- Cách học sinh thực hiện các nhiệm vụ hay các hoạt động hàng ngày.
- Liệu những kỹ năng chưa học có phải là đối tượng ưu tiên trong các môi trường hiện tại và trong tương lai không.
- Liệu kỹ năng giáo viên sẽ dạy có nằm trong khả năng của học sinh không.
- Liệu kỹ năng mà giáo viên sẽ dạy có được học sinh thực hiện trong bối cảnh phù hợp và học sinh có thể thực hiện kỹ năng đó ở nhiều bối cảnh khác nhau hay không

Những đánh giá có ý nghĩa trong quá trình dạy sẽ mang lại những thông tin về sự tiến bộ của học sinh cũng như những thông tin cần thiết về sự cần thiết phải thay đổi phương pháp hướng dẫn. Thông thường, giáo viên đánh giá kỹ năng tự chăm sóc thông qua các đánh giá tại môi trường và qua các cuộc phỏng vấn.

Khi học sinh bắt đầu có kinh nghiệm với kỹ năng nào đó, việc quan sát học sinh để tiến hành sửa lỗi và hỗ trợ cũng rất quan trọng.

Lựa chọn môi trường và thời điểm dạy phù hợp

Giáo viên nên lập kế hoạch dạy các kỹ năng tự chăm sóc với thời gian và địa điểm mà các kỹ năng đó có thể thể hiện tính chức năng cao nhất. Hoạt động dạy có thể diễn ra một cách tự nhiên và trong bối cảnh thực tế tại thời điểm học sinh phải tiến hành các hoạt động tự chăm sóc như: đi vệ sinh, mặc quần áo, ăn uống... Tuy nhiên, nếu chương trình giảng dạy được tiến hành một cách cẩn thận mà học sinh vẫn chưa tiến bộ thì giáo viên phải tăng cường hướng dẫn hoặc thông qua số lần thử nhiều hơn. Trong một số trường hợp, khi thực sự cần thiết giáo viên có thể hướng dẫn học sinh tại môi trường biệt lập.

Lựa chọn phương pháp hướng dẫn đơn giản, hiệu quả

Các phương pháp hướng dẫn phải dễ sử dụng, mang tính thực tế và mang lại hiệu quả đối với trẻ. Các phương pháp hướng dẫn cũng cần phù hợp với trình độ của học sinh, các đặc điểm và phong cách học tập của các em cũng như với môi trường dạy và học.

Trên đây là một số nguyên tắc cơ bản nhất mà giáo viên phải nắm được và áp dụng trong quá trình dạy các kỹ năng tự chăm sóc cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Thực tế giảng dạy đã chứng minh rằng, nếu giáo viên áp dụng tốt các phương pháp này thì hiệu quả giảng dạy sẽ khả quan.

4. Các giai đoạn hình thành kỹ năng tự chăm sóc cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ

Quá trình hình thành kỹ năng được chia thành ba giai đoạn:

- Trước khi trẻ học một kỹ năng
- Trong khi trẻ học một kỹ năng
- Sau khi trẻ đạt được kỹ năng đã học.

Trình bày một cách đơn giản ba bước dạy sẽ là:

- Nói cho trẻ biết chúng ta muốn trẻ làm gì
- Giúp trẻ làm điều đó (nếu cần)
- Cho trẻ biết rằng trẻ đã làm tốt điều đó

Với tiến trình ba bước đơn giản này, chúng ta sẽ luôn tìm ra kỹ thuật thích hợp với mỗi tình huống cụ thể.

4.1. Trước khi trẻ học một kỹ năng

Điều quan trọng là thu hút sự chú ý của trẻ trước khi người dạy làm bất cứ điều gì. Khi trẻ đã nhìn vào người dạy thì có thể chuẩn bị cho bé theo những cách sau đây:

Hướng dẫn cách làm

- Chỉ đơn giản là nói cho trẻ biết chúng ta muốn bé làm gì. Nói sao cho thật rõ ràng, dễ hiểu với trẻ.
- Luôn dùng những từ ngữ giống nhau mỗi lần để trẻ có thể hiểu được hướng dẫn của người dạy
- Gắn lời hướng dẫn của người dạy với các bước trẻ đang học. Ví dụ: Đánh răng được dùng khi trẻ hoàn tất kỹ năng này. Nhưng trong khi trẻ đang học kỹ năng này, chúng ta phải thấy chúng gồm hàng loạt những bước nhỏ hơn, mỗi bước sẽ dạy lần lượt và cần có lời hướng dẫn cụ thể cho từng bước như: Lấy bàn chải; Mở nắp lọ kem đánh răng; Nặn kem lên bàn chải; ...

Làm mẫu

Nếu lời hướng dẫn mà trẻ chưa hiểu chúng ta muốn trẻ làm gì, hãy làm mẫu cho bé xem. Thực hiện thao tác một cách chậm rãi, rõ ràng cho trẻ thấy toàn bộ hoạt động cần thực hiện. Người dạy có thể chỉ cần thao tác một lần vào lúc bắt đầu bài học hay trước mỗi lần trẻ làm thử

Làm mẫu là một kỹ thuật có ích vì trẻ biết chính xác bé cần phải làm gì và thực hành một cách độc lập. Nhưng người dạy nên nhớ rằng chúng ta muốn trẻ làm được các kỹ năng mà không cần nhìn mẫu, vì vậy, hãy bớt dần việc làm mẫu khi bé đã hiểu ý của chúng ta. Người dạy cũng cần suy nghĩ xem có thể nhờ cha mẹ hay các thành viên khác trong gia đình làm mẫu cho trẻ hay không. Đây là dịp để lôi kéo sự tham gia của các thành viên vào chương trình giảng dạy. Chúng ta có thể biến giờ học thành một trò chơi để mọi người cùng tham gia và trẻ có thể thích điều này.

4.2. Trong khi trẻ đang học một kỹ năng

Mục tiêu của chúng ta là trẻ có thể tự thực hiện kỹ năng một mình không cần sự giúp đỡ. Nhưng khi một kỹ năng mới được đưa ra, trẻ luôn cần được giúp đỡ. Sự trợ giúp của chúng ta có thể là bằng lời nói hoặc hành động

Cung cấp thêm thông tin

Thuật ngữ chuyên môn gọi việc này là cung cấp một “gợi ý / nhắc nhở bằng lời nói”. Để giúp trẻ những gợi ý khi bé tiến hành, chúng ta cần nói với trẻ nhiều hơn về việc bé phải làm và chúng ta cũng cần động viên một cách thường xuyên để bé không bỏ cuộc.

Cầm tay chỉ việc

Thuật ngữ chuyên môn gọi là “nhắc nhở bằng hành động”. Nhắc nhở bằng hành động giúp trẻ nhiều hơn nhắc nhở bằng lời nói. Chúng rất có ích cho giai đoạn đầu khi trẻ bắt đầu học một kỹ năng mới. Nhắc nhở bằng hành động có nhiều mức độ. Yêu cầu cần nhớ là giúp đỡ vừa đủ, không giúp đỡ nhiều hơn mức cần thiết. Khi trẻ có tiến bộ hơn, chúng ta bớt dần sự giúp đỡ.

Thay đổi cách sử dụng đồ vật để thích nghi

Một cách khác để giúp trẻ hoàn thành công việc là làm cho cách sử dụng đồ vật trở nên phù hợp hơn với trẻ hoặc tìm ra các vật thay thế dễ sử dụng hơn. Phương pháp này đặc biệt có ích với trẻ muốn tự làm việc một mình và tỏ ra bực bội với những sự giúp đỡ “tay cầm tay”

Sử dụng phương pháp phù hợp từng mục tiêu

Người dạy nên ghi vào mục tiêu của mình tất cả những phương pháp chúng ta sẽ sử dụng để giúp trẻ học kỹ năng mới. Nếu chúng ta đặt ra một mục tiêu dài hạn và thực hiện một loạt các bước nhỏ để đạt mục tiêu đó, chúng ta có thể không

nhận ra sự tiến bộ đang có. Nhưng nếu chúng ta ghi lại các bước dạy này vào trong mục tiêu, đánh dấu mỗi khi hoàn thành chúng, chúng ta sẽ hài lòng và luôn biết mục tiêu mà chúng ta nhắm đến.

4.3. Sau khi trẻ đã học kỹ năng

Điều người dạy phải làm sau khi trẻ học xong một kỹ năng được tóm tắt trong một cụm từ “sự động viên”.

Sự động viên là điều làm cho mọi hành động trở nên có ích, làm cho chúng ta muốn lặp lại hành động đó. Sự động viên là nguyên lý cơ bản nhất của việc học, người dạy sẽ phải dùng nó trong mỗi bài học dành cho trẻ.

Khi động viên trẻ, ta có thể biết rằng trẻ đã làm đúng, ta phải thể hiện sự động viên khiến trẻ thích thú để trẻ muốn làm lại điều đúng mà trẻ vừa mới làm.

Chúng ta động viên một ứng xử tốt của trẻ bởi vì nghĩ rằng trẻ thích được động viên. Cách duy nhất để kiểm tra xem việc động viên của chúng ta có tác dụng tích cực hay không là kiểm tra kết quả do việc động viên đó gây ra. Nếu một ứng xử tốt xảy ra thường xuyên hơn sau khi động viên trẻ - việc động viên của chúng ta đã có tác dụng tích cực.

Cách động viên:

Bày tỏ sự tán thưởng một cách hết sức tự nhiên

Nếu trẻ bắt đầu lệ thuộc vào một hình thức động viên không tự nhiên, bé sẽ khó thích nghi trong những tình huống khác vì các hình thức động viên không tự nhiên thường không sẵn có trong những tình huống đó.

Sự khen ngợi:

Khen ngợi là một hình thức động viên tự nhiên nhất và luôn luôn có sẵn cho chúng ta sử dụng. Đối với nhiều trẻ, sự khen ngợi của cha mẹ chính là tất cả những gì trẻ muốn và cần. Nhưng sự khen tặng sẽ trở nên quen thuộc và mất tác dụng động viên nếu chúng đến với trẻ quá dễ dàng. Chúng ta cần có óc sáng tạo khi đưa ra các lời khen. Sau đây là một số gợi ý:

- Đa dạng hóa lời khen.
- Nhấn mạnh lời khen
- Sự đụng chạm vào cơ thể như vuốt ve âu yếm
- Những phần thưởng: đồ ăn, đồ chơi hay hoạt động yêu thích của trẻ.

Lưu ý khi thưởng bằng đồ ăn cho trẻ

- Chỉ thưởng bằng thức ăn khi đã kết thúc buổi học
- Dùng thức ăn bổ dưỡng thích hợp với con
- Thưởng với một lượng nhỏ nhất có thể

5. Các phương pháp hướng dẫn

Quá trình hình thành các kỹ năng tự chăm sóc ở trẻ rối loạn phổ tự kỉ là quá trình bao gồm nhiều giai đoạn và tương ứng với mỗi giai đoạn đó giáo viên cần sử dụng những phương pháp hướng dẫn phù hợp với yêu cầu của từng giai đoạn là giúp học sinh học kỹ năng, duy trì, thành thục hay khái quát hoá kỹ năng. Sau đây là phương pháp hướng dẫn tương ứng với từng giai đoạn:

5.1. Các phương pháp hướng dẫn trong giai đoạn học kỹ năng.


Trong giai đoạn học kỹ năng, học sinh tiếp nhận được tối đa thông tin về cách tiến hành các bước cơ bản cũng như những hành vi liên quan đến các kỹ năng và hoạt động cụ thể. Những nghiên cứu liên quan đến việc dạy các kỹ năng tự chăm sóc cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ đều cho rằng trong giai đoạn này nên **sử dụng hệ thống gợi ý mang tính thể chất** để hướng dẫn học sinh (như: hướng dẫn bằng cách cầm tay học sinh...). Tuy nhiên, trong trường hợp học sinh khó tiếp nhận hoặc không thích những gợi ý mang tính thể chất thì giáo viên có thể thay đổi bằng cách hướng dẫn khác (nhiều học sinh Tự kỉ hoặc những học sinh đã lớn tuổi có thể không thích việc giáo viên cầm tay mình...).

Có hai phương pháp thường được sử dụng để giúp trẻ rối loạn phổ tự kỉ trong giai đoạn học kỹ năng là phương pháp Hình thành và phương pháp Xâu chuỗi.

5.1.1. Phương pháp Hình thành

□ **Thể nào là phương pháp Hình thành?**

Hình thành là phương pháp xây dựng kỹ năng bằng cách củng cố những hành vi liên tục gần giống hành vi mục đích (hành vi mà giáo viên muốn hình thành ở học sinh).

 **Ví dụ.** *Giáo viên dạy một trẻ rối loạn phổ tự kỉ đá bóng. Ban đầu, chỉ cần học sinh chạm chân vào bóng giáo viên lập tức củng cố. Giáo viên tiếp tục dạy và sau đó, hành động chạm chân vào bóng không được củng cố nữa, chỉ có hành động dùng chân đẩy bóng đi mới củng cố. Học sinh làm mỗi lúc một tốt hơn và cuối cùng, chỉ khi dùng chân đá quả bóng đi học sinh mới được củng cố. Kỹ năng đá bóng lúc này đã được hình thành ở học sinh.*

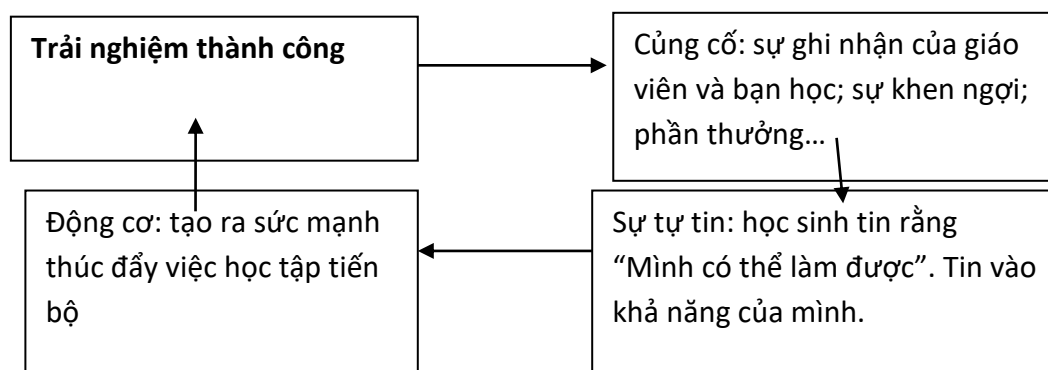
□ **Tác dụng, ý nghĩa của phương pháp**

□ Phương pháp này rất có ích để hình thành một loạt các kỹ năng ở trẻ rối loạn phổ tự kỉ, như: các kỹ năng sinh hoạt, kỹ năng giao tiếp xã hội, kỹ năng diễn đạt ngôn ngữ, các kỹ năng học đường...

□ Đối với trẻ rối loạn phổ tự kỉ, việc hình thành một kỹ năng nào đó dù đơn giản như kỹ năng tự đánh răng, kỹ năng cầm bút... không hề đơn giản. Giáo viên không thể trong một chốc một lát hình thành kỹ năng đó ở học sinh. Phương pháp Hình thành vì vậy có một ý nghĩa đặc biệt, phương pháp này làm

cho giáo viên trở nên kiên nhẫn hơn với những bước tiến dù là nhỏ của học sinh.

□ Trẻ rối loạn phổ tự kỉ vốn là những em rất tự ti và có động cơ học tập thấp do thường xuyên có những trải nghiệm thất bại. Việc giáo viên liên tục củng cố không những thúc đẩy việc thực hiện kỹ năng mà còn tăng động cơ học tập cho học sinh trong quá trình học tập. Những trải nghiệm thành công giúp học sinh tăng cường động cơ học tập, các em sẽ cảm thấy tự tin hơn, có thêm sức mạnh để học tập tốt hơn. Có thể minh họa việc tăng cường động cơ học tập thông qua phương pháp Hình thành bằng sơ đồ sau đây:



Yêu cầu khi thực hiện phương pháp

□ Khi sử dụng phương pháp này trong quá trình dạy học cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ, giáo viên phải tập trung vào phản ứng của học sinh và nhanh chóng đánh giá mỗi phản ứng bằng cách so sánh nó với phản ứng trước đó và với phản ứng mục tiêu. Đối với trẻ rối loạn phổ tự kỉ, sự tiến bộ có thể là rất nhỏ. Giáo viên cần hết sức nhanh nhạy và lạc quan trong quá trình đánh giá sự tiến bộ đó để có sự củng cố và điều chỉnh kịp thời.

📖 Ví dụ. Để dạy kỹ năng nhìn vào người đang giao tiếp cho một trẻ rối loạn phổ tự kỉ không muốn nhìn. Giáo viên cần quan sát kỹ để phát hiện ra những dấu hiệu dù là rất nhỏ trong phản ứng của em để có thể củng cố kịp thời. Trong những buổi học đầu tiên chỉ cần em hơi quay lại phía giáo viên thì đó đã là một dấu hiệu tốt cần được củng cố. Các buổi học tiếp theo, học sinh vẫn chưa nhìn giáo viên nhưng hành động quay lại phía giáo viên đã diễn ra nhiều hơn và với thời gian lâu hơn đó là một dấu hiệu tốt cho thấy học sinh đã tiến bộ rất nhanh và sắp tiến được đến mục tiêu. Giáo viên vẫn phải tiếp tục với từng tiến bộ nhỏ đó cho đến khi học sinh nhìn vào mặt hoặc mắt giáo viên.

□ Thay vì chờ cho tới khi học sinh làm đúng, giáo viên cần củng cố ngay khi chúng có dấu hiệu tiến bộ bởi lẽ bằng cách liên tục củng cố, giáo viên đã cung cấp cho trẻ những trải nghiệm thành công, tăng cường động cơ học tập, thúc đẩy

quá tình học tập. Từ đó, mức độ chính xác của hành vi (so với hành vi mục đích) sẽ dần được nâng cao.

□ Trong tình huống việc thực hiện theo đúng mục tiêu chuẩn là không thể được, giáo viên cần có chiến lược thay thế mục tiêu chuẩn bằng sự chấp nhận những kết quả tương đối tốt so với mục tiêu chuẩn.

📖 **Ví dụ.** *Giáo viên dạy một học sinh Bị Não nội dung: chỉ các bộ phận cơ thể khi được được yêu cầu. Ban đầu, mục tiêu đặt ra là em có thể **nhận biết và chỉ đúng vị trí** các bộ phận. Nhưng do vận động của em gặp khó khăn, em bị rối tâm (không chỉ vào đúng vị trí cần chỉ, có thể chỉ chưa tới, có thể chỉ quá vị trí cần chỉ) nên em có thể nhận biết mà không thể chỉ đúng vị trí một cách chính xác hoàn toàn. Sau một thời gian cố gắng nhưng không thành công, giáo viên có thể điều chỉnh mục tiêu cho hoạt động này. Chẳng hạn như, chỉ cần trẻ chỉ vào các vị trí xung quanh vị trí cần chỉ, như: chỉ vào các vị trí xung quanh mắt với yêu cầu chỉ vào mắt, các vị trí xung quanh mũi với yêu cầu chỉ vào mũi... là đã có thể chấp nhận được, học sinh cần được củng cố.*

5.1.2. Phương pháp Xâu chuỗi

□ **Thế nào là phương pháp Xâu chuỗi?**

Phần lớn các kỹ năng chúng ta thực hiện và để dạy học sinh thực hiện bao gồm chuỗi nhỏ các yếu tố phản hồi

Xâu chuỗi là việc dạy cho người học thực hiện theo một chu trình các phản hồi chức năng liên quan một cách phù hợp và chính xác nhằm hoàn thiện một thói quen hàng ngày hoặc một bài tập.

□ **Tác dụng, ý nghĩa của phương pháp**

□ Phương pháp này đặc biệt phù hợp khi dạy cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ mức độ nặng và rất nặng. Việc chia nhỏ kỹ năng thành một chuỗi các kỹ năng nhỏ giúp cho các em có thể hiểu và nhớ các nhiệm vụ dễ dàng hơn.

□ Phương pháp này rất hữu ích để dạy cho học sinh những kỹ năng cơ bản, các kỹ năng sinh hoạt hàng ngày (như các kỹ năng tự phục vụ) đồng thời cũng có thể dùng để dạy trẻ rối loạn phổ tự kỉ thực hiện bất kỳ một nhiệm vụ nào.

□ Phương pháp này cũng trực tiếp liên quan đến việc thực hiện những mục tiêu riêng biệt trong Kế hoạch giáo dục cá nhân của từng học sinh.

□ Giáo viên cũng có thể sử dụng phương pháp này để dạy học sinh khó khăn về học ở mức độ nhẹ và vừa.

□ **Yêu cầu khi thực hiện phương pháp**

Để sử dụng phương pháp này trong quá trình dạy các kỹ năng cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ, giáo viên cần nắm được hai kỹ thuật cơ bản là: Phân tích nhiệm vụ

và Sửa lỗi. **Phân tích nhiệm vụ** để nhận biết được những bước nhỏ cần thiết để hoàn thành một nhiệm vụ và việc **Sửa lỗi** diễn ra trong quá trình học sinh thực hiện nhiệm vụ, bao gồm việc uốn nắn với các thao tác chưa chuẩn, nhắc nhở khi học sinh có dấu hiệu quên... Việc phân tích nhiệm vụ thành công và việc sửa lỗi kịp thời, hợp lí sẽ góp phần vào việc sử dụng tốt các chiến lược dạy học theo phương pháp xâu chuỗi.

Phân tích nhiệm vụ

Tiến trình phân tích nhiệm vụ diễn ra như sau:

1. Sử dụng kết quả đánh giá sinh thái để xác định mức độ phát triển các kĩ năng của từng cá nhân học sinh.

2. Xác định các kĩ năng cần thiết, kĩ năng ưu tiên và các điều kiện để việc thực hiện các kĩ năng đó được diễn ra tốt nhất và trong môi trường tự nhiên của học sinh.

3. Tổ chức cho học sinh thực hiện nhiệm vụ và quan sát cả các bạn đồng lứa thực hiện nhiệm vụ này với những đồ dùng được lựa chọn trong môi trường tự nhiên đồng thời ghi chép lại những bước đã được thực hiện.

4. Điều chỉnh các bước cho phù hợp với trẻ rối loạn phổ tự kỉ trên cơ sở phân tích các yếu tố cần thiết để trẻ rối loạn phổ tự kỉ có thể tham gia và tính đến đặc điểm về mặt học tập cũng như tuổi phát triển và chức năng.

5. Xác định xem việc phân tích nhiệm vụ có hợp lý hay không bằng cách để cho học sinh thực hiện nhiệm vụ và hỗ trợ cho học sinh ở những bước mà học sinh chưa biết để có thể quan sát và đánh giá việc phân tích nhiệm vụ.

6. Tìm kiếm thêm các hỗ trợ và xem lại việc phân tích nhiệm vụ.

7. Viết bản phân tích nhiệm vụ vào bản ghi mẫu, đảm bảo:

- Các bước nhỏ phải được sắp xếp trong một chu trình có trật tự logic
- Chỉ rõ tiêu chí thành công ở từng bước trong cả chuỗi nhiệm vụ
- Viết một cách đơn giản sao cho người khác có thể hiểu và áp dụng vào quá trình dạy học sinh một cách rõ ràng.

Mỗi nhiệm vụ trong chuỗi nhiệm vụ có thể được minh họa bằng ảnh, tranh biểu tượng giúp học sinh dễ hiểu và dễ nhớ các bước thực hiện nhiệm vụ.

Kỹ thuật sửa lỗi

Để duy trì môi trường củng cố cho hoạt động học tập, điều quan trọng là phải giảm đến mức tối thiểu khả năng mắc lỗi của học sinh. Sau đây là một số kĩ thuật mà giáo viên cần nắm được trong quá trình sửa lỗi:

□ Sửa lỗi trong giai đoạn hình thành kĩ năng

Trong quá trình hình thành kĩ năng, khi học sinh mắc lỗi, giáo viên cần can

thiệt nhẹ nhàng bằng nhiều cách khác nhau, một trong những cách đó là lặp lại hướng dẫn ở bước mà học sinh mắc lỗi (nếu lỗi đó hoàn toàn do kỹ thuật thực hiện của học sinh chưa đúng).

□ ***Sửa lỗi trong giai đoạn thành thục***

□ Khi học sinh đã học toàn bộ hoặc gần như toàn bộ một kỹ năng nào đó và bước sang giai đoạn thuần thục, giáo viên cần sử dụng các phương pháp sửa lỗi có tính kết cấu và hướng dẫn với lượng thông tin đưa ra ít hơn.

Vì học sinh đã gần thành thục nên số lần mắc lỗi sẽ ít đi và thường có nguyên nhân từ việc các em không tập trung và tỏ ra chệnh mảng với hoạt động chứ không phải không biết làm. Trong trường hợp này, có thể thực hiện một trong các cách sau đây:

□ Khi học sinh mắc lỗi hoặc tỏ ra lưỡng lự, giáo viên có thể chờ vài giây để cho học sinh sửa lỗi. Nếu học sinh không thể tự sửa lỗi, giáo viên có thể áp dụng một trong những cách còn lại.

□ Nhắc nhở khi học sinh mắc lỗi bằng cách nói những câu nhẹ nhàng, không tỏ thái độ tiêu cực hoặc quá nghiêm khắc, như : “Không phải rồi!”, “Như thế chưa đúng!”... Sau khi nhắc nhở, giáo viên có thể yêu cầu học sinh làm lại bằng một yêu cầu hết sức nhẹ nhàng, như “Con thử làm lại xem nào!”... Nếu học sinh mắc lỗi lần thứ hai, giáo viên cần xem xét lại nguyên nhân mắc lỗi và hỗ trợ thêm.

□ Ngay khi học sinh ngừng mắc lỗi, có thể đưa ra gợi ý tối thiểu bằng cách hỏi học sinh “Bước tiếp theo là gì?” hoặc gợi ý nhiều hơn bằng cách nhắc lại bước cuối cùng mà học sinh vừa thực hiện được, ví dụ “Con vừa mở ngăn kéo ra, bây giờ con cần làm gì nào?”. Nếu học sinh có vẻ nhớ ra việc cần làm tiếp theo (ví dụ, để tay vào các vật trong ngăn kéo) nhưng ngừng lại, giáo viên có thể khuyến khích trẻ tiếp tục, ví dụ: “Con cần lấy gì trong ngăn kéo nhỉ?”...

Quá trình tiến hành sửa lỗi cần tuân theo một số nguyên tắc sau:

□ Biện pháp sửa lỗi cần phù hợp với độ tuổi của học sinh

□ Giáo viên cần áp dụng các biện pháp sửa lỗi tức thời, nhất quán và không bộc lộ cảm xúc (những cảm xúc tiêu cực như: sự nôn nóng, cáu gắt...)

□ Không làm cho học sinh phải xấu hổ, cách giáo viên sửa lỗi phải nhẹ nhàng, thân thiện và thể hiện rõ sự cảm thông với học sinh.

□ Sự trợ giúp trong quá trình sử dụng lỗi vừa đủ, tránh trường hợp học sinh được hướng dẫn lại nhiều lần những vẫn chưa hiểu do thông tin giáo viên cung cấp thêm chưa đủ hoặc học sinh quá phụ thuộc vào giáo viên khi được cung cấp thêm quá nhiều thông tin.

□ Mức độ trợ giúp và củng cố cần phù hợp với giai đoạn học kỹ năng

của học sinh (giai đoạn hình thành kỹ năng hay giai đoạn thuần thục kỹ năng...).

- Giáo viên nên cho học sinh thêm cơ hội để phản ứng và sửa lỗi
- Cần khích lệ và củng cố tính độc lập của học sinh.
- ***Các hình thức thực hiện theo phương pháp xâu chuỗi***

Sau khi tiến hành phân tích nhiệm vụ, giáo viên có thể dạy kỹ năng cho học sinh theo phương pháp xâu chuỗi bằng ba hình thức:

- *Hình thức chuỗi xuôi / chuỗi tiến*
- *Hình thức chuỗi ngược / chuỗi lùi*
- *Hình thức chuỗi toàn bộ nhiệm vụ*

Hình thức Chuỗi xuôi

Đây là hình thức dạy học theo phương pháp xâu chuỗi khá phổ biến, thường được áp dụng trong quá trình dạy kỹ năng cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Sau đây là cách tiến hành, áp dụng và một số lưu ý khi thực hiện.

<i>Chuỗi xuôi / chuỗi tiến</i>	
Cách tiến hành	áp dụng và lưu ý khi thực hiện
<ul style="list-style-type: none"> - Phân tích các bước và xem xét ranh giới giữa các bước thực hiện. - Giáo viên bắt đầu hướng dẫn bằng việc cho học sinh lần lượt làm các bước đã học cho tới bước trẻ chưa thực hiện thành thục. Giáo viên sẽ bắt đầu hướng dẫn từ bước đó. - Củng cố lập tức ngay sau các bước hướng dẫn và củng cố nhiều hơn ở các bước tiếp theo trong chuỗi học cho đến khi bước cuối cùng kết thúc. - Khi học sinh đã thuần thục một bước nào đó thông qua luyện tập và củng cố, giáo viên nên chuyển sang bước tiếp theo (bước mà học sinh chưa thực hiện được) đồng thời 	<ul style="list-style-type: none"> - Phương pháp này rất hữu ích khi dạy trẻ các kỹ năng sinh hoạt hàng ngày, các kỹ năng sống tại gia đình và các kỹ năng nghề nghiệp. Nó cũng có thể phù hợp để dạy các nhiệm vụ học đường. - Với những học sinh đa tật hoặc những trẻ rối loạn phổ tự kỉ mức độ nặng, hình thức chuỗi xuôi có tác dụng tốt hơn hình thức chuỗi toàn bộ nhiệm vụ. – Khi sử dụng hình thức chuỗi này, giáo viên cần lưu ý: <ul style="list-style-type: none"> + Giáo viên có thể thay đổi sang hình thức chuỗi ngược khi nhiệm vụ đã được củng cố đặc biệt ở cuối cùng. Không nên thay đổi sang hình thức chuỗi toàn bộ nhiệm vụ. + Trẻ rối loạn phổ tự kỉ thường rất hay chán nản nhất là khi nhiệm vụ kém hấp dẫn, rất có thể các em muốn dừng lại

<p>để học sinh thực hiện lại các bước trước đó mà em đã tuân thủ theo thứ tự.</p> <p>- Các bước còn lại của chuỗi học sẽ được hoàn thành bởi giáo viên hoặc học sinh thực hiện với sự trợ giúp. Toàn bộ nhiệm vụ cần được hoàn thành trước khi học sinh có cơ hội luyện tập khác.</p>	<p>giữa chừng. Giáo viên cần động viên khuyến khích nhiều nhằm giúp học sinh hoàn thành các bước còn lại trong chuỗi nhiệm vụ.</p>
---	--

Ví dụ minh họa

Ví dụ sau đây minh họa việc áp dụng hình thức *chuỗi xuôi* vào dạy kỹ năng *Xỏ tất* cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ.

Kỹ thuật dạy

Phân tích thành các bước

Ban đầu, giáo viên hướng dẫn và yêu cầu học sinh làm bước 1, các bước còn lại (2 tới 7) giáo viên thực hiện.

Khi học sinh làm thành thực bước 1, giáo viên hướng dẫn bước 2 và yêu cầu học sinh làm bước 1, 2. Các bước còn lại (3 tới 7) giáo viên thực hiện.

Thực hiện tương tự như vậy cho đến khi học sinh có thể tự làm tất cả các bước.

Trong quá trình dạy giáo viên sử dụng các kỹ thuật sửa lỗi và củng cố

1. Cầm tất

2. Quạt tất trong tay

3. Kéo tất trùm qua ngón chân

4. Kéo tất trùm qua bàn chân

5. Kéo tất trùm qua gót chân

6. Kéo tất trùm qua cổ chân

7. Kéo tất lên tới bắp chân

Hình thức Chuỗi ngược

Ngược với cách thực hiện hình thức chuỗi tiến là hình thức chuỗi ngược. Sau đây là cách tiến hành, áp dụng và một số lưu ý khi thực hiện:

<i>Chuỗi ngược / chuỗi lùi</i>	
Cách tiến hành	áp dụng và lưu ý khi thực hiện
<ul style="list-style-type: none">- Phân tích các bước và xem xét ranh giới giữa các bước thực hiện.- Giáo viên bắt đầu hướng dẫn bằng việc làm toàn bộ hoặc hỗ trợ học sinh làm toàn bộ chuỗi các nhiệm vụ.- Sau khi học sinh có thể hiểu và làm chủ được bước cuối cùng, giáo viên bắt đầu luân phiên dạy từ bước trước bước cuối cùng. Lưu ý là học sinh phải thực hiện thuần thục bước cuối cùng và không cần bất cứ sự trợ giúp nào.- Giáo viên cần củng cố, khuyến khích học sinh ngay từ bước luyện tập đầu tiên. Khi bước cuối cùng trong chuỗi được thực hiện, cần củng cố ở mức độ cao hơn.- Khi giáo viên tổ chức luyện tập để học sinh duy trì các bước đã dạy, đã học và đã bổ sung theo thứ tự giạt lùi, toàn bộ chuỗi nhiệm vụ được thực hiện và học sinh sẽ được củng cố.	<ul style="list-style-type: none">- Phương pháp này rất hữu ích khi dạy trẻ các kỹ năng sinh hoạt hàng ngày, các kỹ năng sống tại gia đình và các kỹ năng nghề nghiệp. Nó cũng có thể phù hợp để dạy các nhiệm vụ học đường.- Hình thức này hỗ trợ cho hình thức chuỗi xuôi và chuỗi toàn bộ nhiệm vụ. Giúp học sinh nắm được cách thức thực hiện các bước cũng như trình tự các bước.- Với những học sinh đa tật hoặc những trẻ rối loạn phổ tự kỷ mức độ nặng, hình thức chuỗi ngược có tác dụng tốt hơn hình thức chuỗi toàn bộ nhiệm vụ.- Khi sử dụng hình thức chuỗi này, giáo viên cần lưu ý:<ul style="list-style-type: none">+ Giáo viên có thể thay đổi sang hình thức chuỗi toàn bộ nhiệm vụ khi hoạt động không được thực hiện thường xuyên. Không nên thay đổi sang hình thức chuỗi xuôi.+ Trẻ rối loạn phổ tự kỷ thường rất hay chán nản nhất là khi nhiệm vụ kém hấp dẫn, rất có thể các em muốn dừng lại giữa chừng. Giáo viên cần động viên khuyến khích nhiều nhằm giúp học sinh hoàn thành các bước còn lại trong chuỗi nhiệm vụ.

Ví dụ minh họa

Ví dụ sau đây minh họa việc áp dụng hình thức **chuỗi ngược** vào dạy kỹ năng **Xổ tất** cho trẻ rối loạn phổ tự kỷ.

Kĩ thuật dạy

Ban đầu, giáo viên làm từ bước 1 tới bước 6 sau đó hướng dẫn và yêu cầu học sinh làm bước 7.

Khi học sinh làm thành thực bước 7, giáo viên làm từ bước 1 tới bước 5 sau đó hướng dẫn bước 6 và yêu cầu học sinh làm bước 6,7.

Thực hiện tương tự như vậy cho đến khi học sinh có thể tự làm tất cả các bước.

Trong quá trình dạy giáo viên sử dụng các kĩ thuật sửa lỗi và củng cố



Phân tích thành các bước

1. Cầm tất
2. Quặt tất trong tay
3. Kéo tất trùm qua ngón chân
4. Kéo tất trùm qua bàn chân
5. Kéo tất trùm qua gót chân
6. Kéo tất trùm qua cổ chân
7. Kéo tất lên tới bắp chân

Hình thức Chuỗi toàn bộ nhiệm vụ

Hình thức chuỗi toàn bộ nhiệm vụ là hình thức hướng dẫn lần lượt từ bước đầu tiên đến bước cuối cùng của chuỗi nhiệm vụ. Sau đây là cách tiến hành, áp dụng và một số lưu ý khi thực hiện

<i>Chuỗi toàn bộ nhiệm vụ</i>	
Cách tiến hành	Áp dụng và lưu ý khi thực hiện
<ul style="list-style-type: none"> - Phân tích các bước và xem xét ranh giới giữa các bước thực hiện. - Giáo viên bắt đầu hướng dẫn từ bước đầu tiên trong chuỗi và lần lượt dạy các bước theo trật tự cho đến hoàn thành cả chuỗi. - Tất cả các bước cần được dạy theo trật tự và đồng thời trong khi thực hiện cả chuỗi. - Giáo viên cần củng cố ngay sau mỗi phản ứng để sửa lỗi và nâng cao khả năng phản ứng của học sinh. Lặp lại củng cố vào cuối chuỗi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hình thức dạy này có thể được áp dụng thành công với các bài tập xâu chuỗi ngắn; khi dạy trẻ rối loạn phổ tự kỉ một số kĩ năng tự phục vụ, kĩ năng sống, kĩ năng tương tác xã hội, kĩ năng sinh hoạt hàng ngày và một số nhiệm vụ học đường khác. - Có thể làm cho việc học tập của học sinh nhanh hơn các hình thức xâu chuỗi khác. - Khi sử dụng hình thức chuỗi này, giáo viên cần lưu ý: <ul style="list-style-type: none"> + Thực hiện tốt nhất với những chuỗi nhiệm vụ không tốn nhiều thời gian hoặc chuỗi đơn. + Có thể kết hợp với các hoạt động luyện tập, nhắc lại với các bước khó khăn của hoạt động.

Ví dụ minh họa

Ví dụ sau đây minh họa việc áp dụng hình thức ***chuỗi toàn bộ nhiệm vụ*** vào dạy kĩ năng ***Xổ tất*** cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ.

Kĩ thuật dạy

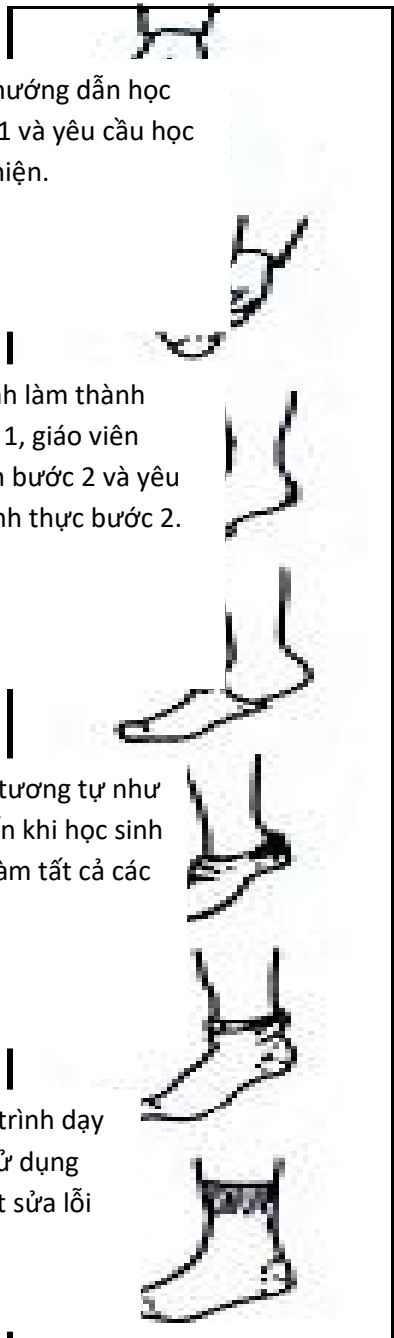
Phân tích thành các bước

Giáo viên hướng dẫn học sinh bước 1 và yêu cầu học sinh thực hiện.

Khi học sinh làm thành thực bước 1, giáo viên hướng dẫn bước 2 và yêu cầu học sinh thực bước 2.

Thực hiện tương tự như vậy cho đến khi học sinh có thể tự làm tất cả các bước.

Trong quá trình dạy giáo viên sử dụng các kĩ thuật sửa lỗi và củng cố



1. Cầm tất
2. Quạt tất trong tay
3. Kéo tất trùm qua ngón chân
4. Kéo tất trùm qua bàn chân
5. Kéo tất trùm qua gót chân
6. Kéo tất trùm qua cổ chân
7. Kéo tất lên tới bắp chân

Sử dụng hình thức **Chuỗi toàn bộ nhiệm vụ** trong phương pháp Chuỗi để dạy kĩ năng tự chăm sóc có ưu điểm là hoạt động được hoàn thành và học sinh có cơ hội nhận biết kết quả cuối cùng của toàn bộ hoạt động. Tuy nhiên, do các hoạt động thường kéo dài với rất nhiều bước do vậy có thể khiến cho học sinh cảm thấy hoạt động quá phức tạp. Vì vậy với một số học sinh, giáo viên nên sử dụng hình thức **Chuỗi xuôi** hoặc **Chuỗi ngược** (xem ví dụ minh họa dạy kĩ năng **xỏ tất** cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ).

Hướng dẫn giảm dần là phương pháp hay được sử dụng nhất trong việc dạy kĩ năng tự chăm sóc. Sự hướng dẫn ban đầu được đưa ra ở mức độ cao sau đó

giảm dần.

5.2. Các phương pháp hướng dẫn trong giai đoạn duy trì kỹ năng

Giai đoạn duy trì kỹ năng là giai đoạn học sinh đã nắm được cách thực hiện kỹ năng và chuyển sang sử dụng kỹ năng một cách thường xuyên. Trong giai đoạn này, giáo viên cần sử dụng các phương pháp hướng dẫn mang tính can thiệp ít hơn và chỉ can thiệp khi thực sự cần thiết để học sinh có thêm cơ hội tự thực hiện kỹ năng một cách độc lập.

Dạy trẻ rối loạn phổ tự kỷ tự điều khiển, tự kiểm soát việc thực hiện kỹ năng của bản thân là một phần quan trọng của giai đoạn duy trì. Giáo viên nên sử dụng một số công cụ để hỗ trợ học sinh. Chẳng hạn, giáo viên có thể dán những hình vẽ mô tả từng bước của qui trình mặc quần áo, rửa tay, đánh răng... tại nhà vệ sinh để hỗ trợ học sinh tự nhắc nhở và tự giám sát các bước thực hiện của mình. Việc làm này đặc biệt có ý nghĩa với đối tượng là các học sinh Tự kỷ vì các em thường có thói quen tư duy theo các chuỗi hình ảnh, các hình ảnh có thể giúp các em nhanh chóng gọi nhớ qui trình và cách thức thực hiện hành động.

4.3. Các phương pháp hướng dẫn trong giai đoạn thành thực kỹ năng.

Sự thuần thục trong các nhiệm vụ tự chăm sóc hàng ngày của trẻ rối loạn phổ tự kỷ là rất quan trọng trong việc tạo cơ hội để chúng sử dụng các kỹ năng đó trong cuộc sống. Giai đoạn thành thực kỹ năng là giai đoạn yêu cầu thực hiện kỹ năng nhanh hơn và tốt hơn, học sinh đã nắm được cách thức thực hiện các yêu cầu song cần thực hành thêm để có thể thực hiện nhiệm vụ một cách trôi chảy, ổn định và với một tốc độ hợp lý.

5.3. Các phương pháp hướng dẫn trong giai đoạn khái quát hoá.

Giai đoạn khái quát hoá là giai đoạn kỹ năng có thể sử dụng được ở bất cứ đâu và bất cứ lúc nào cần thiết. Học sinh có thể thực hiện các kỹ năng tự chăm sóc tại nhà cũng như tại trường, trong các hoạt động khác nhau... . Kỹ năng ăn uống được thực hiện khi học sinh ăn tại nhà ăn của trường, khi ăn cùng gia đình ở nhà cũng như khi được bố mẹ cho đi ăn tại các cửa hàng...

Trên thực tế, việc hình thành khả năng khái quát ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ là vô cùng khó khăn, nhất là với các học sinh Tự kỷ. Sự định hình, máy móc khiến cho việc sử dụng các kỹ năng ở các em trở nên cực kỳ cứng nhắc, các em thường bỏ ngỡ khi có bất cứ sự thay đổi nào. Nếu giáo viên dạy cho một học sinh Tự kỷ các kỹ năng ăn uống tại các tiết cá nhân hoặc tại một góc riêng trong phòng ăn thì rất có thể việc áp dụng các kỹ năng đó tại một bàn ăn tập thể hoặc tại một quán ăn sẽ trở nên cực kỳ khó khăn với em.

Sau đây là một số chiến lược hỗ trợ việc khái quát hóa kỹ năng của trẻ rối loạn phổ tự kỷ:

□ Để thúc đẩy quá trình khái quát hoá kỹ năng ở học sinh, trong quá trình dạy học, ngoài việc giúp các em nắm được kỹ năng giáo viên cần chú ý đến việc mở rộng môi trường thực hành kỹ năng, sử dụng các phương tiện dạy học phong phú, sử dụng hướng dẫn đa bối cảnh... Điều đó giúp học sinh có thể thích ứng khi có sự thay đổi, khả năng khái quát được hình thành và các em có thể thực hiện kỹ năng ở bất cứ đâu và vào bất cứ lúc nào đòi hỏi kỹ năng phải được thực hiện.

□ Sự phối hợp giữa giáo viên và cha mẹ trong quá trình dạy kỹ năng tự chăm sóc cho học sinh cũng là một cách để hỗ trợ việc khái quát hoá kiến thức. Việc học kỹ năng ở nhà dưới sự hướng dẫn của cha mẹ và học kỹ năng ở trường dưới sự hướng dẫn của giáo viên (cùng mục tiêu và phương pháp hướng dẫn) sẽ giúp việc chuyển giao kỹ năng từ môi trường này, trong hoạt động này tới môi trường khác, trong hoạt động khác diễn ra nhanh chóng. Quá trình khái quát hoá kỹ năng ở học sinh nhờ đó mà diễn ra nhanh hơn.

□ Việc có nhiều giáo viên hướng dẫn khác nhau (giáo viên đứng lớp và giáo viên hỗ trợ, giáo viên dạy tiết cá nhân và giáo viên dạy tiết nhóm...) cũng có thể giúp học sinh đẩy mạnh quá trình khái quát hoá. Điều này giúp học sinh nhận ra rằng việc ai có mặt cùng mình khi thực hiện hoạt động không quan trọng bằng sự hiện diện của các nhân tố xung quanh việc thực hiện nhiệm vụ, bản thân mình hoàn toàn có thể thực hiện nhiệm vụ mặc dù có sự khác biệt của giáo viên hướng dẫn.

Trên đây là một số gợi ý về phương pháp hướng dẫn mà giáo viên có thể áp dụng trong quá trình dạy kỹ năng tự chăm sóc và một số kỹ năng khác cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Dù sử dụng phương pháp dạy học nào và với cách hướng dẫn nào đi chăng nữa, điều quan trọng nhất mà giáo viên cần lưu ý là khả năng, nhu cầu và phong cách học tập của từng trẻ rối loạn phổ tự kỉ là rất khác nhau.

6. Dạy trẻ rối loạn phổ tự kỉ một số kỹ năng tự chăm sóc cơ bản cụ thể

Để có thể tự chăm sóc bản thân và độc lập trong khả năng có thể, trẻ rối loạn phổ tự kỉ cần phải nắm được rất nhiều kỹ năng. Sau đây, chúng tôi xin được trình bày chiến lược dạy một số kỹ năng trong số những kỹ năng đó.

Dạy kỹ năng ăn uống

□ Kỹ năng ăn

Kỹ năng ăn là một kỹ năng đặc biệt trong lĩnh vực tự chăm sóc vì bên cạnh tác dụng cung cấp chất dinh dưỡng cho cơ thể, giờ ăn còn là một thời điểm quan trọng để học sinh giao tiếp với mọi người. Học sinh được trò chuyện, chia sẻ và cùng thưởng thức đồ ăn cùng các bạn, người thân trong gia đình...

Để thực hiện kỹ năng ăn một cách độc lập chúng ta phải có phản xạ ngậm

và các tiểu kỹ năng như: mút, giữ cho môi khép, nuốt, cắn và nhai. Với một số trẻ rối loạn phổ tự kỉ, đặc biệt là các học sinh Bại não, việc thực hiện kỹ năng tương chừng như đơn giản này lại không hề đơn giản. Ngoài ra, việc cầm thìa, đưa đồ ăn và xúc thức ăn với một số học sinh cũng không phải là chuyện dễ dàng do vận động bàn tay của các em yếu, vụng về.

Dấu hiệu đầu tiên thể hiện khả năng ăn độc lập của một đứa trẻ là dùng tay để bốc thức ăn. Việc tiếp theo để dạy các kỹ năng ăn uống cho học sinh là kế hoạch dạy các em biết sử dụng các dụng cụ dụng để ăn như thìa, đũa...

Sau đây là các bước cơ bản để hướng dẫn học sinh sử dụng thìa để ăn:

1. Đặt chiếc bát trên bàn
2. Cầm thìa
3. Dùng thìa xúc thức ăn
4. Đưa thức ăn lên miệng
5. Mở miệng
6. Đưa chiếc thìa vào trong miệng
7. Cho thức ăn vào miệng
8. Đặt thìa xuống
9. Nhai thức ăn và nuốt thức



Trong trường hợp học sinh bị vãi thức ăn một cách thường xuyên trong quá trình tập ăn, giáo viên cần quan sát, chỉ ra nguyên nhân để khắc phục. Nguyên nhân có thể là do cán thìa quá nặng mà vận động tay của học sinh lại yếu, cũng có thể do học sinh ngồi không cân đối, do việc thực hiện một khâu nào đó trong chuỗi chưa tốt...

□ **Kỹ năng uống**

Về kỹ năng uống nước từ cốc hoặc chén, như chúng ta thấy khi trẻ tự uống nước bằng cốc, chúng thường cầm cốc bằng cả hai tay, do đó các loại cốc rộng và lùn sẽ dễ dùng hơn vì chúng khó bị đổ và trẻ có thể cầm cốc dễ dàng. Giáo viên cần chú ý không để lượng nước trong cốc quá nhiều (để tránh đổ nước) nhưng cũng không được quá ít để tránh trường hợp trẻ phải ngả đầu ra quá mức mới có thể uống nước.

Trong trường hợp của những học sinh Bại não có khiếm khuyết về vận động của tay, miệng quá nặng, giáo viên có thể thay thế kỹ năng uống nước bằng cốc thành kỹ năng uống nước bằng cách dùng ống hút.

Dạy kỹ năng đi vệ sinh

Kỹ năng đi vệ sinh là một trong những kỹ năng khó dạy nhất vì nó đòi hỏi đứa trẻ phải có khả năng nhận biết và hiểu những tác nhân kích thích bên trong cơ thể mình như: đầy bụng đại khi muốn đi tiểu tiện, đau bụng khi muốn đi đại tiện... với những trẻ rối loạn phổ tự kỉ nhỏ tuổi, đặc biệt là những em CPTTT ở mức độ nặng và có những rối loạn cảm giác thì đó không phải là điều dễ dàng.

Một đứa trẻ cần có 3 điều kiện để có thể bắt đầu học kỹ năng đi vệ sinh. Các điều kiện này có mối quan hệ qua lại và có liên hệ chặt chẽ với sự phát triển sinh lí của trẻ, đặc biệt là sự trưởng thành của hệ thần kinh trung ương và các cơ điều chỉnh sự co thắt phục vụ quá trình thải chất của cơ thể. Ba điều kiện đó là

- Sự ổn định trong cơ chế thải chất của hệ bài tiết
- Hàng ngày có khoảng từ một đến hai giờ quần áo khô ráo.
- Tuổi thực từ 2 trở lên

Thông thường, hành vi tiểu tiện và đại tiện thường diễn ra vào các khoảng thời gian nhất định trong ngày chứ không xảy ra một cách ngẫu nhiên. Nhật ký đi vệ sinh nên được dùng để ghi lại những thời điểm khô ráo, đi tiểu tiện, đại tiện. Tuy nhiên, với một số học sinh, hành vi này có thể thất thường và khó đoán biết.

Thông thường, khi học sinh học kỹ năng đi vệ sinh, các em cũng trải qua các giai đoạn, một số cũng giống như các giai đoạn học tập:

Bước đầu tiên của kỹ năng đi vệ sinh là phải làm quen với lịch vệ sinh. Nếu được hỗ trợ và nhắc nhở đi vệ sinh đúng theo lịch trình thì trẻ em sẽ có thể học được những cách đi vệ sinh và trở nên khô ráo, sạch sẽ. Giáo viên có thể quan sát những dấu hiệu cho thấy học sinh muốn đi vệ sinh (như: im lặng, nhìn chăm chăm vào cô giáo, đỏ mặt...) để hướng dẫn em đi vệ sinh. Bất cứ khi nào những dấu hiệu này xuất hiện, hãy đưa học sinh vào phòng vệ sinh cho dù lúc đó không nằm trong thời gian quy định sẵn.

Bước thứ hai nhằm giúp học sinh có thể thực hiện kỹ năng đi vệ sinh một cách độc lập. Giáo viên cần dạy học sinh tự nhận thức là mình phải đi vệ sinh và phải phân biệt được biểu hiện khác nhau của việc muốn đi tiểu và dấu hiệu muốn đi đại tiện. Trong giai đoạn này, học sinh cần có sự liên kết giữa những kích thích từ trong cơ thể và việc cần đi vệ sinh. Chúng có thể nói hoặc ra dấu hiệu cho người khác biết chúng muốn đi vệ sinh, hỏi xin phép hoặc tự đi vệ sinh. Khi học sinh có những dấu hiệu này, giáo viên cần khen ngợi học sinh và đưa em ra nhà vệ sinh một cách nhanh chóng. Giáo viên giúp đỡ học sinh càng ít càng tốt.

Bước cuối cùng là giai đoạn học sinh có thể thực hiện kỹ năng đi vệ sinh một cách độc lập. Đi vệ sinh một cách độc lập không chỉ bao gồm việc nhận biết nhu cầu đi vệ sinh mà còn bao gồm hành động cởi, mặc quần áo và

các kỹ năng làm sạch có liên quan. Trong giai đoạn này, giáo viên nên tách dần ra khỏi nhà vệ sinh để tạo cơ hội cho học sinh tự thực hiện.

Dưới đây là bảng tóm lược các bước cơ bản khi dạy trẻ đi vệ sinh

Các bước trong hoạt động đi vệ sinh	Nhắc nhở của giáo viên	Hành vi của trẻ
Cảm nhận nhu cầu	“Em có phải đi vệ sinh không?”	Cảm nhận kích thích từ bên trong cơ thể. Có thể biểu hiện ra bằng hành vi: nhăn mặt, đỏ mặt...
Đi ra nhà vệ sinh và bước vào nhà vệ sinh	“Em hãy đi ra nhà vệ sinh”	Đi thẳng ra nhà vệ sinh
Tụt quần xuống	“Em tụt quần xuống”	Cởi thắt lưng, khuy, mở phéc-mơ-tuya. Lấy ngón cái nắm lấy đai quần lót, kéo quần lót và quần ngoài xuống ít nhất là ngang đùi.
Ngồi lên bệ xí	“Em hãy ngồi lên bệ xí”	Ngồi lên bệ xí
Tiểu tiện/Đại tiện	“Hãy tiểu tiện/đại tiện”	Tiểu tiện/đại tiện
Dùng giấy vệ sinh	“Em hãy tự chùi”	Đứng, thò tay ra lấy giấy, lấy lượng giấy vừa đủ, tự chùi, vứt giấy vào thùng hoặc bệ xí
Kéo quần lên	“Em hãy kéo quần lên”	Nắm lấy đai quần lót, kéo quần lót vào đúng vị trí, cài cúc, kéo phéc mơ tuya, cài thắt lưng.
Dội/giặt nước	“Em hãy dội/giặt”	Dội/giặt nước

	nước bệ xí đi”	
Rửa tay	“Em rửa tay đi”	Đến gần bồn rửa, mở vòi nước, làm ướt tay, cầm xà phòng lên và xoa vào tay, đặt xà phòng xuống, xoa tay với xà phòng, để tay dưới vòi nước và rửa tay.
Lau khô tay	“Em lau khô tay đi”	Lấy khăn, lau khô tay, để khăn lau vào chỗ cũ.
Ra khỏi nhà vệ sinh	“Chúng ta ra khỏi nhà vệ sinh nhé”	Ra khỏi nhà vệ sinh, tiếp tục thực hiện các hoạt động tiếp theo.

Dạy kỹ năng mặc quần áo và vệ sinh cá nhân

Các kỹ năng thuộc về ăn mặc, chỉnh trang vẻ bề ngoài cũng vô cùng cần thiết với các trẻ rối loạn phổ tự kỷ nhất là với các trẻ rối loạn phổ tự kỷ đã lớn tuổi. Cách ăn mặc và vẻ bề ngoài càng giống mọi người xung quanh thì càng tránh tạo ra sự khác biệt giữa các em với bạn bè và những người xung quanh.

Nội dung dạy

- Đánh răng
- Chải đầu
- Rửa mặt, tay
- Tắm
- Mặc quần áo
- Cởi quần áo
- Tự chọn quần
- Tự nhận xét về



..... chỉnh nếu cần.

Để dạy học sinh những kỹ năng trên giáo viên phải hướng dẫn học sinh thực hiện các nhiệm vụ khó hơn bao gồm: buộc và thắt dây giày, cài cúc áo, treo quần áo lên mắc, kéo khoá áo, thắt cà vạt, thắt dây lưng...

□ Một số lưu ý về chiến lược dạy

□ Khi trẻ rối loạn phổ tự kỉ có những người bạn cùng tuổi, cùng giới tính và có khả năng thực hiện những kĩ năng mà em đang học, giáo viên cần tận dụng cơ hội này giúp em quan sát các bạn và để các bạn giúp đỡ em.

□ Để dạy các kĩ năng này, giáo viên có thể sử dụng phương pháp gợi ý song song, bao gồm giai đoạn thăm dò và giai đoạn hướng dẫn. Trong giai đoạn thăm dò, giáo viên yêu cầu học sinh thực hiện toàn bộ nhiệm vụ mà không có sự hỗ trợ, bỏ qua các lỗi mà học sinh mắc phải và không đưa ra nhận xét. Trong giai đoạn hướng dẫn, giáo viên tiến hành dạy học sinh thực hiện từng bước, củng cố và khen ngợi em sau mỗi bước.

□ Giáo viên có thể sử dụng phương pháp chuỗi để dạy học sinh kĩ năng.

Tự kỷ không có phương thức chữa trị - không phẫu thuật, thuốc hay liệu pháp nào. Không có lộ trình điển hình nào của điều trị mà có hiệu quả cho tất cả các trẻ em mắc chứng tự kỷ, nhưng có cách để trị liệu. Trước khi thảo luận về bất kỳ trị liệu nào, các bậc cha mẹ đều cần phải có thời gian để vượt qua và chấp nhận thông tin về chẩn đoán. Ngay cả khi bạn nghĩ rằng trẻ rối loạn phổ tự kỉ bị tự kỷ nhưng nó vẫn rất khác khi nghe điều này từ một người khác. Ở các phòng khám, bạn có thể tiếp nhận rất nhiều thông tin nhưng rồi bạn sẽ quên mất nó. Vì vậy, hãy liên hệ lại với bác sĩ để nắm chắc được các thông tin mà bạn cần biết.

BÀI 6. NHỮNG VẤN ĐỀ CẦN LƯU Ý KHI CHĂM SÓC, PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỈ

1. Những vấn đề thường gặp của trẻ rối loạn phổ tự kỉ và cách xử trí

Rối loạn giấc ngủ: giấc ngủ có vai trò quan trọng cho sự phát triển của trẻ. Ở trẻ tự kỷ, giấc ngủ của trẻ bị rối loạn do trẻ có hệ thống thần kinh nhạy cảm hơn bình thường. Những biến đổi nhỏ trong ngày cũng có thể ảnh hưởng đến giấc ngủ của trẻ vào ban đêm. Nhiều bậc phụ huynh mắc sai lầm khi trẻ thức giấc vào giữa đêm lại được cung cấp thức ăn như sữa, bánh ngọt – làm như thế trẻ sẽ không phân biệt ngày và đêm và những việc cần làm trong ngày và đêm. Thay vào đó bạn nên dỗ dành và ru trẻ trở lại giấc ngủ của trẻ.

Nhạy cảm với thực phẩm: trẻ bị tự kỷ thường gặp các vấn đề về đường ruột, trẻ khó khăn trong việc thử các món ăn mới, nhạy cảm với màu sắc và mùi vị của thực phẩm. Những hạn chế này khiến trẻ thiếu chất dinh dưỡng, ảnh hưởng không nhỏ tới tình trạng sức khỏe của trẻ. Các chuyên gia khuyến cáo các bậc phụ huynh nên có sự thay đổi thực phẩm mới một cách nhẹ nhàng, chậm để trẻ có thể tiếp cận thực phẩm mới một dễ dàng.

Nổi giận: Ở trẻ tự kỷ thường khó khăn trong sự thích nghi khi môi trường hoặc các hoạt động thường ngày thay đổi, thêm vào đó là sự hạn chế trong ngôn ngữ giao tiếp và cảm xúc khiến trẻ nổi giận với sự thay đổi này. Khi trẻ có biểu hiện của sự nổi giận, các bậc phụ huynh nên nhường nhịn trẻ khi trẻ có cảm xúc bất thường. Sau đó các phụ huynh nên tìm ra nguyên nhân khiến trẻ có cảm xúc bất thường đồng thời tránh hành vi, vật dụng khiến trẻ có cơn tức giận. Một chú ý cho các phụ huynh cần mềm mỏng khi trẻ tức giận nhưng cũng không chiều trẻ vì như thế trẻ sẽ không cải thiện hành vi của mình. Tuy nhiên các bậc phụ huynh nên chú ý cơn giận dữ xảy ra thường xuyên có thể là nguyên nhân bệnh lý ẩn sâu.

Hành vi gây tổn thương: Trẻ tự kỷ có hành vi hung hăng, tự gây thương tích cho bản thân. Nghiên cứu cho thấy có tới 30% trẻ bị tự kỷ có hành vi này. Trẻ có hành vi này có thể trẻ muốn tạo sự chú ý với những người xung quanh, hoặc để thể hiện yêu cầu của mình hoặc có thể trẻ có vấn đề trong cơ thể nhưng

sự nghèo ngôn ngữ khiến trẻ không diễn đạt được hoặc nguyên nhân là do trẻ “thích”. Gặp trường hợp trẻ tự gây tổn thương các bậc cha mẹ nên:

- Quan tâm nhiều đến trẻ khi không có hành vi tự làm tổn thương.
- Đừng vội đáp ứng nhu cầu của trẻ hay bồng bế trẻ khi trẻ đang có hành vi tự làm tổn thương mình.
- Quan sát những hành vi gây tổn thương ở trẻ và có biện pháp hạn chế tổn thương. Ví dụ như trẻ có hành vi đập đầu xuống sàn nhà, các phụ huynh nên âm thầm đặt một tấm lót giữa đầu bé và nền nhà.

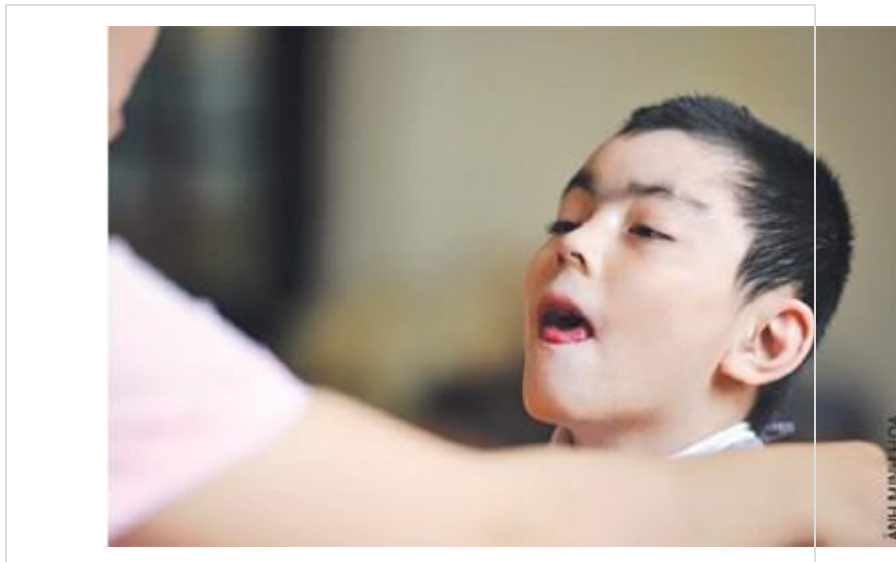
Các bậc phụ huynh nên nhớ không dùng lời hăm dọa, la mắng hay đánh đập bé vì vô tình bạn tác động mạnh vào hành vi tự làm tổn thương của bé.

Tự kỷ là một rối loạn kéo dài suốt đời không thể chữa khỏi nhưng không có nghĩa là không cải thiện, nhiều trẻ gần như bình phục nhờ chăm sóc trẻ tự kỷ tốt từ cha mẹ, vậy nên hãy dành nhiều thời gian cho con, bên con nhiều hơn nữa để giúp con sớm hòa nhập cùng bạn bè.

Có một số điều người chăm sóc nên lưu ý để giúp đỡ trẻ tự kỷ.

Chứng tự kỷ - chứng bệnh về rối loạn chức năng não bộ - xuất hiện từ khi có loài người, nhưng mãi đến gần đây mới được y học “điểm mặt chỉ tên”. Bác sĩ Glenn doman – chuyên gia về trẻ chậm phát triển – sau hơn nửa thế kỷ làm việc với trẻ chậm phát triển các dạng đã đưa ra nhận xét ngậm ngùi: “Sống chung với bệnh nhân tự kỷ là cuộc chiến ác liệt hơn bất kỳ cuộc chiến nào”.

Về môi trường sinh hoạt



Tránh những nơi có nhiệt độ cao (nóng), đông người (ngột ngạt, ồn ào). Ưu tiên những nơi lạnh. Bản thân bé cũng rất thích tìm đến những nơi có nhiệt độ thấp như phòng lạnh, xe hơi máy lạnh, hay tự mở tủ lạnh... vì đó là nhiệt độ bé cần. Nhiệt độ lý tưởng cho bệnh nhân tự kỷ là 21oC - 23oC (có thể mặc thêm áo khoác). Trong điều kiện khí hậu nước ta, hằng ngày vẫn phải cho cho bé ra đường đi bộ, nhưng nên giới hạn thời lượng vừa đủ. Nếu là bé lớn, hãy tập cho bé đi bộ trên máy đi bộ trong phòng máy lạnh. Tránh những nơi có độ ẩm cao: nguyên nhân khiến cho bệnh tình của bé nặng thêm.

Tránh những nơi áp suất không khí thấp: không nên đưa bé tới những vùng núi cao dù những nơi đó nhiệt độ lạnh, vì áp suất không khí thấp sẽ khiến tình trạng thiếu oxy não của bé trở nên trầm trọng hơn, bệnh sẽ tăng lên.

Về các hoạt động của trẻ

Không được để cho trẻ rảnh rỗi: luôn hướng dẫn và “cầm tay chỉ việc” cho bé tất cả những gì bé có thể làm, thậm chí chưa thể tự làm một mình. Hãy hướng dẫn trẻ những điều cơ bản để tự phục vụ bản thân: tự lấy quần áo, khăn, khi đi

tắm tự xối nước, tự ăn, uống, tự mang giày, mặc áo quần, lau mặt lau miệng khi ăn... Và phục vụ những người thân trong nhà: lấy đồ đạc giúp cha mẹ ông bà, mở cửa đóng cửa khi có người ra vào, bật tắt các thiết bị trước và sau khi sử dụng. Dù trẻ có làm được hay không thì nào trẻ vẫn phải vận động, điều này sẽ khiến bé tự phục hồi nhanh hơn. Khi dạy trẻ làm việc, hãy thật kiên nhẫn, nhẹ nhàng, chỉ dẫn cho đến khi nào trẻ có thể tự làm thì chuyển sang hướng dẫn việc khác.

Cho trẻ đi bộ: đi bao nhiêu là tốt? Sẽ tùy vào số tuổi của bé: 2 tuổi = ít nhất 2km/ngày, 3 tuổi = ít nhất 3km/ ngày... tối đa sẽ là 10 tuổi = ít nhất 10km/ngày. Nên chia ra nhiều lần trong ngày. Trẻ 2 tuổi nên đi 3 lần/ ngày, mỗi lần 700m - 800m. Không nên đi một lần quá nhiều, quá sức trẻ. Khi đi bộ nhiều, chứng táo bón thường thấy ở trẻ tự kỷ cũng sẽ tự thuyên giảm đôi chút, đồng thời xương trẻ cũng sẽ cứng cáp hơn.

Khuyến khích trẻ thực hiện những dạng vận động có lợi cho phát triển thần kinh như: leo trèo cầu thang, đu xà trẻ em, giúp trẻ chơi những trò chơi dóc đầu xuống thấp như lộn tùng phèo, tròng chuối, chổng mông, nằm trên giường thò đầu xuống đất. Đây là những trò chơi vận động giúp tăng oxy não, khiến trẻ dễ chịu, nên bản thân trẻ rất thích. Chỉ khuyến khích đi, hạn chế hành vi chạy. Nếu bé chạy, hãy níu trẻ lại bắt buộc phải bước đi. Tập cho trẻ biết bơi càng sớm càng tốt và bơi ở hồ người lớn (theo phương pháp dạy bơi lội cho trẻ tự bế và chậm phát triển tâm thần). Bơi lội là một liệu pháp phụ trợ giúp phục hồi cho trẻ chậm phát triển khá hiệu quả, hiện được áp dụng khá rộng rãi trên toàn thế giới, và tất nhiên môn thể thao này rất tốt với tất cả mọi người.

Về cách đối xử với trẻ:

Nói chuyện với trẻ: to, nhanh, rõ. Không được nói chậm. Luôn nói với trẻ bằng giọng ôn hòa trong bất kỳ tình huống nào. Tuyệt đối tránh la mắng, nói nặng

trích thượng, kể cả theo kiểu “đi ra đằng kia chơi”, “có ăn uống cho tử tế không thì bảo”, “con ơi là con, sao tôi khổ thế này”, “sao lúc nào cũng lơ nga lơ ngo thế này không biết”...

Không nên bắt trẻ lặp lại điều bé vừa nói (ở những bé nói được). Không được bắt bé nói lại điều cha/mẹ vừa nói. Nếu muốn bé nhớ những lời bạn dặn dò thì cứ vài phút bạn có thể nhắc trẻ một lần, nhưng không được nhắc đi nhắc lại liên tục!

Khi sinh hoạt chung gia đình, đừng nói với nhau mà không nói với trẻ khi trẻ có mặt (ví dụ: trẻ ngồi chơi chung với cha mẹ, nhưng chẳng ai thèm đếm xỉa tới trẻ mà chỉ nói những chuyện riêng của cha mẹ).

Đừng nói với nhau về trẻ mà không nói với trẻ khi trẻ có mặt (ví dụ: ba đi làm về, mẹ “mách”: “Anh ơi, hôm nay nó làm bể cái hộp thuốc của anh rồi”). Nói trước với trẻ tất cả những gì cha mẹ và trẻ sẽ làm, kể cả những điều kinh khủng nhất, ví dụ như “đi bác sĩ khám bệnh” chẳng hạn. Khi nói, phải nhắc nhiều lần vì trẻ không thể ghi chép.

Đừng bao giờ nói dối hay tìm cách lừa gạt trẻ (ví dụ: mẹ hay lừa con để cho uống thuốc dễ dàng hơn). Điều này sẽ khiến trẻ mất lòng tin ở phụ huynh, khiến việc huấn luyện bé trở nên khó khăn hơn nhiều.

Về chế độ dinh dưỡng cho trẻ

Không sử dụng bất kỳ loại sữa động vật nào (sữa bò, sữa dê, sữa ngựa...) và không sử dụng các sản phẩm từ sữa động vật (sữa chua, phô mai, bánh có nhân sữa...). Nên sử dụng nguồn đạm thực vật cho trẻ có trong các loại đậu, nhiều nhất là đậu nành.

Hạn chế tối đa các món ăn bằng bột mì.

Không nên cho trẻ sử dụng thực phẩm đóng gói đóng hộp vì chất bảo quản trong đồ hộp rất hại cho trẻ.

Cảnh giác cao với các loại đồ biển có vỏ cứng như nghêu, sò, ốc, hến biển, cá thu, cá ngừ, vì thịt của những loại hải sản này bị nhiễm thủy ngân ở nồng độ cao. Nếu cần bổ sung DHA và Omega, ta chỉ nên cho trẻ sử dụng viên dầu cá.

Không cho trẻ ăn chuối tiêu. Hãy tập cho bé ăn chuối tây. Loại chuối này là một vị thuốc trợ gan và trợ tiêu hóa rất tốt, ai cũng nên ăn, nhất là những người đã từng mắc chứng viêm gan siêu vi B.

Lượng nước uống hợp lý cho bé tới 8 tuổi: 800 - 1.200ml/ngày, tùy theo thời tiết. Lượng nước bé uống là yếu tố trực tiếp liên quan đến oxy não: uống quá nhiều nước sẽ gây thiếu oxy não cục bộ. Với tất cả mọi người, đặc biệt là với bé, khi uống nước, nên uống rải ra làm nhiều lần, không nên uống một lần quá nhiều nước. Nếu bé bị sốt, tiêu chảy, đang uống tân dược... thì phải cho uống nhiều hơn chút nữa để bù nước và thải độc.

Lưu ý: khi huấn luyện trẻ, tuyệt đối tránh những quy trình sinh hoạt không thay đổi. Hãy chịu khó thay đổi những thói quen sinh hoạt quen thuộc của bé để não bé vận động nhiều hơn, bé thích nghi với đời sống tốt hơn. Đây là một cách “trị liệu” thật giản đơn nhưng lại khá hiệu quả của tất cả các gia đình.

2. Xác định nhu cầu của trẻ rối loạn phổ tự kỉ

Đặc điểm của tự kỉ sẽ thay đổi khi trẻ rối loạn phổ tự kỉ lớn và trưởng thành. Mỗi giai đoạn trong quá trình phát triển của trẻ rối loạn phổ tự kỉ mang lại những thách thức mới và những quyết định quan trọng. Các câu hỏi cần được nêu ra như: Các kế hoạch trị liệu có tốt không? Các trị liệu và chương trình can thiệp có nên thay đổi không? Có phương án tối ưu nào khác để thiết lập các hành vi mong muốn không? Bạn là người hiểu con mình nhất. Vì vậy, công việc của bạn là đánh giá xem trẻ phản ứng như thế nào với những trị liệu và can thiệp hiện có và liệu các chương trình đó có lợi như thế nào cho toàn bộ tiến trình phát triển của trẻ.

Đầu tiên, các bản thảo của bạn sẽ tập trung xung quanh việc hiểu về các hành vi không thể dự đoán được ở con mình, sự xa lánh của trẻ và sự nghèo nàn, thiếu hụt trong các giao tiếp xã hội. Bạn mong muốn trẻ ăn, đi tắm và nói chuyện một cách độc lập- là những kỹ năng mà cha mẹ nào cũng muốn con họ học được.

Khi trẻ lớn lên, bạn lại lo lắng về các kỹ năng xã hội của trẻ. Trẻ có thể thường có các cơn giận dữ trong việc đáp ứng với các thay đổi nhỏ hoặc né tránh những đụng chạm, sự âu yếm hay ôm ấp từ bạn. Bạn băn khoăn việc làm thế nào để trẻ tương tác với giáo viên, bác sĩ hoặc những người khác. Bạn muốn trong tương lai, con mình học được những vấn đề mang tính lý thuyết và các kỹ năng thực hành. Sau khi học hết cấp ba, những thanh thiếu niên cần được chuyển tiếp một cách linh hoạt vào cuộc sống xã hội. Bạn cần có những cân nhắc về vấn đề việc làm, kế hoạch trong cuộc sống, trường cao đẳng, đại học và các chương trình phát triển khác.

Trong mỗi giai đoạn của cuộc đời, đa số người bình thường sẽ có trách nhiệm đối với các quyết định về cuộc sống của mình. Tuy nhiên, trẻ rối loạn phổ tự kỉ lại luôn cần sự hướng dẫn. Để thiết lập các mục tiêu ưu tiên và các lựa chọn bạn cần phải biết cái nào có ý nghĩa đối với trẻ. Bạn cần phải quyết định xem chương trình nào là phù hợp nhất với đặc điểm cá nhân cũng như các kỹ năng trong từng giai đoạn của trẻ. Quyết định của bạn ảnh hưởng đến khả năng của trẻ, giúp trẻ có thể độc lập. Do vậy, bạn cần duy trì sự hiểu biết.

3. Ủng hộ trẻ và giúp trẻ tiến bộ

Cần luôn ghi nhớ rằng bạn là người ủng hộ lớn nhất của trẻ. Bạn hiểu các hành vi của con mình. Bạn đã đầu tư nhiều nhất vào sự thành công đó. Bạn có

sức mạnh ảnh hưởng đến tương lai của con mình cho dù tương lai ấy có tự kỉ hay không. Nếu bạn cảm thấy không thoải mái với các loại đơn thuốc, trường học hay dịch vụ trị liệu, hãy tìm kiếm một lựa chọn khác.

Mỗi ngày sẽ là một thách thức đối với trẻ. Con của bạn có thể sẽ thêm một hành vi không mong muốn, các buổi trị liệu bổ sung và những bài tập ở nhà. Đôi khi những điều này là cho ngay cả những gia đình bình tĩnh nhất cũng phải thấy căng thẳng cả về vật chất và tinh thần. Là cha mẹ của trẻ rối loạn phổ tự kỉ, bạn cần có các chiến lược để giảm bớt các áp lực trong việc chăm sóc trẻ rối loạn phổ tự kỉ, những trẻ rối loạn phổ tự kỉ đang cần được khuyến khích để tiến bộ.

Xác định được các mục tiêu khả thi.

Bạn cần xác định một cách thực tế việc trẻ đang ở vị trí nào. Cần phải suy nghĩ tới việc bạn cần làm gì ở bước tiếp theo. Những kỳ vọng sẽ giúp bạn và gia đình bạn thiết lập được kế hoạch cụ thể và ổn định tối đa. Chúng sẽ tạo ra các điểm tựa khi bạn cảm thấy mơ hồ và chán nản.

Những mục tiêu có tính khả thi sẽ mang lại những thay đổi tích cực có thể xảy ra của trẻ. Những mục tiêu không thực tế, quá cao hay quá thấp sẽ dẫn tới các thất bại cho chính bạn và cho cả trẻ.

Việc cùng trẻ xác định và hoàn thành các mục tiêu cũng như cho trẻ thấy các kết quả đạt được bằng các cách như viết các mục tiêu đó ra để xác nhận khi hoàn thành, dán lên tường, lên lịch. Việc này mang lại cho bạn hy vọng và tạo cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ sự tự tin.

Tạo điều kiện cho sự độc lập

Tự kỉ không phải là cái để bào chữa cho việc trẻ không học tập để đóng góp cho gia đình mình, nhưng tự kỉ lại có ý nghĩa là bạn cần phải lập kế hoạch một cách rõ ràng để trẻ học tập các công việc gia đình mà mọi người đều coi là

việc tất yếu. Bạn có thể tạo điều kiện để giúp trẻ phát triển khả năng độc lập bằng cách:

- Cần dọn sạch những đồ vật có thể gây tổn thương trong phòng của trẻ. Giữ cho phòng trẻ an toàn khi chúng ngủ, chơi và thư giãn nhờ vậy bạn có thể tập trung vào các đáp ứng khác.

- Để các đồ chơi và quần áo ở ngăn kéo hay các giá kệ mà trẻ có thể với được. Tạo ra các lối đi thuận lợi và giữ những cái khác ở những khu vực an toàn nếu trẻ có hành vi phá phách.

- Đặt các móc treo quần áo và vật dụng ở vị trí thấp để trẻ có thể tự với và treo đồ khi cần thiết.

- Cần chắc chắn rằng quần áo và giày vừa với trẻ và có thể dễ dàng cài, buộc. Nếu trẻ rối loạn phổ tự kỉ gặp khó khăn trong việc cài khuy hay móc hãy thay đổi bằng các miếng dán.

- Phát triển các thói quen hàng ngày như giặt quần áo, gội đầu, đánh răng và mặc quần áo, điều này sẽ củng cố việc trẻ mặc quần áo độc lập và chỉnh tề. Chọn cho trẻ một kiểu tóc có thể dễ dàng chăm sóc.

- Tạo cho trẻ cơ hội lựa chọn. Được học về sự lựa chọn, trẻ sẽ dần phát triển khả năng tự quyết định. Một số trẻ có thể quyết định các thói quen cuộc sống hàng ngày, giống như việc chọn quần áo, các hoạt động ưa thích hoặc là chọn xem hoạt động cần hoàn thành trước nhất. Khi đưa trẻ lớn lên, chúng đáp ứng lại với các lựa chọn có mức độ cao hơn ví dụ như lựa chọn mua bán, chuẩn bị một bữa ăn cuối tuần. Cần phải đặt việc lựa chọn quần áo đi cùng với sự phù hợp với các hoạt động và thời tiết.

- Đặt vào trong buồng tắm một chiếc ghế gỗ để trẻ có thể sử dụng khi muốn với tới bồn rửa và đi vệ sinh.

- Tổ chức một khu vực đặc biệt cho những đồ vật của trẻ. Cần đảm bảo rằng trẻ học được cách để đồ trở lại đúng chỗ ban đầu sau khi đã sử dụng hoặc là khi kết thúc một ngày, đó chính là quy tắc gia đình. Việc làm rõ ràng các thói quen gia đình được bắt đầu càng sớm càng tốt. Và có thể phải cần khoảng thời gian dài để việc này trở thành các thói quen tự động.

- Đặt giờ cho mỗi một hoạt động mà trẻ tham gia. Hãy giải thích để trẻ hiểu rằng giới hạn thời gian là quy tắc.

Việc thực hiện thành thạo các hoạt động chăm sóc cho phép trẻ có cảm giác tốt đẹp về bản thân và giảm bớt một phần trách nhiệm của bạn. Vì vậy, hãy kiên định trong việc rèn luyện để trẻ đạt được các mục tiêu độc lập ngay cả khi bạn gặp phải một số sự chống đối lúc đầu của trẻ.

Cấu trúc hóa các hoạt động cho trẻ.

Cha mẹ cần biết rằng bạn là người giáo viên đầu tiên và quan trọng nhất của trẻ. Lời nói và những tương tác của cha mẹ là chìa khóa cho sự phát triển. Ngay cả khi trẻ tỏ ra xa lánh thì việc bạn ôm ấp, vỗ về, thì thầm với trẻ vẫn là điểm tựa phát triển của trẻ.

Để khích lệ bản thân kiên trì trong việc chăm sóc và giáo dục cho trẻ có cơ hội độc lập trong học tập bạn có thể tham khảo thêm nhiều nguồn thông tin. Tuy nhiên, những thông tin mà bạn có được có thể trở thành gánh nặng. Bạn hãy cố gắng đừng để cho việc dạy con trở thành một công việc hành chính. Bạn còn nhiều điều khác trong cuộc sống cần phải có trách nhiệm. Vì vậy hãy tạo ra cấu trúc cho môi trường của trẻ để tạo ra các kích thích trẻ cần. Đồng thời nó cũng giúp bạn được thoải mái tập trung vào các trách nhiệm khác.

- Trang trí tường trong phòng trẻ bằng những thứ mà trẻ thích, ví dụ như một bức ảnh gia đình. Tranh ảnh có thể củng cố sự học tập và ngôn ngữ mà

không cần đến sự tương tác của bạn. Hãy cho phép trẻ bị cuốn hút vào những điều mà bạn muốn trẻ học.

- Lập kế hoạch hoạt động khi bạn và trẻ có thời gian rảnh rỗi bên nhau. Cần tìm kiếm khoảng thời gian trong ngày mà trẻ tỏ ra lanh lợi nhất và bạn ít bị sao lãng nhất. Tương tự như vậy, hãy kết thúc các bài tập hay các hoạt động khi bạn hoặc trẻ cảm thấy khó chịu hay mệt mỏi. Cần phải biết giới hạn của cả hai. Cần chia thời gian hoạt động thành các giai đoạn ngắn trong ngày thay vì tập trung liên tục trong một thời gian dài vào một hoạt động. Có những thời điểm bạn sẽ thấy trẻ có nhiều khó khăn trong học tập, điều này sẽ khiến bạn thất vọng. Tuy nhiên bạn không nên từ bỏ. Đây có thể là thời điểm trẻ cần có thời gian để tích lũy các kiến thức và cần nhiều hỗ trợ hơn để bước sang một giai đoạn mới. Và bởi vì bị ở một mình không phải là một ý hay đối với trẻ tư kỉ.

- Hiểu các tín hiệu giao tiếp của trẻ. Tất cả mọi trẻ, ngay cả trẻ không có ngôn ngữ nói, cũng đều phát ra các thông điệp về những gì trẻ cảm nhận thấy. Trẻ có thể sẽ vẫy tay nhiều hơn khi chúng cảm thấy khó chịu, đang đói hay đang khóc. Những dấu hiệu đó cho phép bạn điều chỉnh hoạt động trước khi các vấn đề hành vi xảy ra. Bằng cách nhận ra những tín hiệu đơn giản trong giao tiếp của trẻ, bạn sẽ giúp trẻ đạt được sự độc lập tốt hơn.

- Hãy bắt chước trẻ. Tự kỉ gây ra các hạn chế trong khả năng bắt chước người khác ở trẻ. Tuy nhiên, bắt chước là con đường cơ bản để trẻ nhỏ học tập. Vì vậy, để có thể tham gia vào thế giới của trẻ, bạn cần học cách bắt chước trẻ. Hãy bắt chước các âm thanh hay các chuyển động mà trẻ thể hiện. Khi đã thu hút được sự chú ý của trẻ, có thể trẻ sẽ bắt chước lại những hành động của bạn.

- Mở rộng sở thích của trẻ. Nếu trẻ có những sở thích đặc thù, cần biến đổi nó trở thành một hoạt động mang tính xã hội.

- Sẵn sàng lặp lại các hoạt động. Bạn cần phải có một số bài tập thông thường để duy trì đủ sự chú ý của con nhằm giúp trẻ học tập. Tăng dần sự lặp lại

có thể có ích cho việc học tập và giúp cho trẻ cảm thấy thoải mái với các khái niệm hay hoạt động. Bạn có thể thấy việc lặp đi lặp lại này rất nhàm chán nhưng bạn vẫn cần phải luôn sẵn sàng với việc này. Đừng vội thay đổi hoạt động trừ khi trẻ có các biểu hiện cho thấy việc lặp đi lặp lại như vậy đã đủ rồi.

- Làm phong phú thêm hoạt động của trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Ở nhà, bạn hãy khuyến khích trẻ đạt được các trải nghiệm khác nhau trong việc phát triển các giác quan như nhìn, nghe, chuyển động. Cũng cố cách học tập này bằng cách đưa trẻ đi chơi ở các địa điểm ngoài trời và các khu vui chơi, viện bảo tàng. Trẻ rối loạn phổ tự kỉ gặp khó khăn trong việc khái quát hóa những điều chúng học được trong các tình huống mới. Vì vậy, việc đi ra ngoài có thể mở rộng các hiểu biết của trẻ và sẽ là một phần trong mục tiêu cần đạt được của bạn. Để tránh các vấn đề có thể xảy đến do thay đổi môi trường, cha mẹ nên cho trẻ biết trước điều gì sẽ xảy ra trong hoạt động kế tiếp. Bạn cũng cần ghi nhớ những phản ứng xảy ra sau đó của trẻ cũng như khoảng thời gian cần thiết để trẻ cảm thấy thoải mái trở lại.

- Có đôi lúc bạn sẽ cảm thấy chán nản và không còn hứng thú với việc dạy con mình. Hãy nhìn nhận điều này một cách thành thực và hãy tranh thủ nghỉ ngơi. Bạn không cần phải cảm thấy áy náy hay có lỗi nếu như bạn cần thời gian để làm mới lại chính mình. Tất cả các cha mẹ đều làm như thế.

- Hãy tích cực trong việc dạy trẻ. Bạn cần có các ý tưởng để làm cho việc học trở thành một trò chơi thú vị và là các kinh nghiệm mang tính xã hội. Hãy kích thích trẻ học tập như là một niềm vui chứ không phải là một gánh nặng.

Bạn cần ghi lại trong nhật ký những thành công của của trẻ. Đôi khi, bạn hãy xem lại sự tiến bộ của trẻ và khen ngợi những gì trẻ đã đạt được chù dù nó là những tiến bộ rất nhỏ. Hãy giúp trẻ phát triển cảm giác tích cực về bản thân thông qua việc hoàn thành các nhiệm vụ. Bạn hãy cố gắng dành thời gian cho việc thư giãn, học tập và vui vẻ cùng trẻ.

Qui trình chẩn đoán rối loạn phổ tự kỉ không đơn giản và đôi khi có thể phải mất một thời gian nhất định. Nhưng với vai trò là cha mẹ bạn có thể tận dụng lợi thế của trị liệu và can thiệp sớm ngay sau khi bạn thấy nghi ngờ trẻ rối loạn phổ tự kỉ chậm phát triển. Hãy hỏi các bác sĩ để được giới thiệu về các phương pháp và các dịch vụ trị liệu và can thiệp sớm. Bạn không cần chờ đợi một chẩn đoán để bắt đầu giúp trẻ. Vì rối loạn phổ tự kỉ không được chẩn đoán trước khi trẻ lên hai nên có những điều cha mẹ có thể làm nếu phát hiện thấy phát triển cảm xúc và giao tiếp xã hội của trẻ không bình thường. Bạn không cần chờ đợi đến khi có một chẩn đoán chính thức để bắt đầu hướng tới các chậm chễ trong phát triển và hành động để tăng cường sự chia sẻ, liên kết. Đây là điều bạn có thể làm ngay cả khi trẻ rối loạn phổ tự kỉ mới chỉ là trẻ sơ sinh.

4. Lựa chọn các phương pháp trị liệu

Với với hỗ trợ cho cá nhân và gia đình giáo dục đặc biệt tạo nên một sự khác biệt. Nhiều cách trị liệu mới đã được đưa ra mỗi năm và rất nhiều trong số chúng chẳng có gì hơn ngoài sự thổi phồng. Hãy thận trọng khi theo đuổi những phương pháp trị liệu mới thịnh hành nó không chỉ tốn kém đối với gia đình về khía cạnh tiền bạc mà còn cả về khía cạnh thời gian và mức độ căng thẳng. Một lời khuyên nhỏ đối với bạn đó là khi bạn đọc thấy trên báo hay trên một trang web về việc mới phát hiện ra một cách thức can thiệp hay trị liệu mới cho trẻ mắc hội chứng tự kỷ và Asperger thì bạn đừng ngay lập tức áp dụng điều đó cho trẻ. Hãy bình tĩnh và cần thu thập đầy đủ các thông tin cần thiết.

Bạn cần phải biết rằng trẻ rối loạn phổ tự kỉ thường bộ lộ các triệu chứng trên phạm vi rộng, một số triệu chứng này sẽ thay đổi trong quá trình phát triển. Một chương trình không thể đáp ứng được mọi nhu cầu của đứa trẻ. Một chương trình có thể có mang lại hiệu quả cho trẻ này nhưng lại không phù hợp với trẻ khác. Cần đánh giá một chương trình trị liệu dưới ánh sáng của các triệu chứng, các điểm mạnh, điểm yếu của từng trẻ. Bạn hãy thận trọng với những

chương trình được khẳng định là chữa trị cho trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Sau đây là một số nhân tố bạn cần phải cân nhắc trước khi cho trẻ tham gia một trị liệu mới.

- Hãy ghi nhớ rằng những trị liệu khẳng định có lợi ích lâu dài là chương trình giáo dục mang tính cấu trúc. Chương trình này kiểm soát hành vi thông qua chiến lược chuyển đổi hành vi và xây dựng mục tiêu dựa theo mức độ chức năng của cá nhân. Ngay cả khi trẻ rối loạn phổ tự kỉ đã thành công khi tiếp cận các chiến lược dạy học cụ thể, trẻ vẫn cần được hỗ trợ bằng một chương trình giáo dục. Chương trình này cần đề cập đến tới các kỹ năng cần thiết cho cuộc sống trong cộng đồng bao gồm: nghề nghiệp, giải trí và các kỹ năng sống hàng ngày.

- Bạn phải nghiên cứu kỹ chương trình trước khi quyết định cho trẻ và gia đình bạn tham gia vào kế hoạch trị liệu. Hãy tìm lời giải cho các câu hỏi dưới đây:

- + Những gì được đưa vào chương trình trị liệu này.
- + Trị liệu có thể làm tổn thương trẻ hay không.
- + Trị liệu dựa trên những nghiên cứu nào.
- + Trị liệu có ảnh hưởng đến mục tiêu giáo dục của trẻ không? Làm thế nào để trị liệu và mục tiêu giáo dục hòa hợp với nhau.
- + Trị liệu đó sẽ có ý nghĩa gì với gia đình tôi.
- + Trị liệu đó có tốn kém quá mức không? Có gợi ý cho gia đình tôi các công cụ để củng cố và đạt được các mục tiêu không.
- + Trị liệu đó có đáp ứng nhu cầu cá biệt của trẻ hay không? Hay tất cả các trẻ tham gia đều được trị liệu như nhau?
- + Liệu trẻ có được đánh giá chính xác để sử dụng kế hoạch này không?

+ Làm thế nào để kiểm soát được sự tiến bộ của trẻ?

Mô tả ý tưởng về chương trình với một nhà chuyên môn hoặc với các cha mẹ khác mà họ biết về trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Hoặc bạn có thể trao đổi với một người mà họ không có lợi ích gì từ việc trẻ rối loạn phổ tự kỉ tham gia vào chương trình trị liệu này.

Cố gắng không để cảm xúc can thiệp vào quyết định của bạn. Vào thời điểm mà bạn nao núng, một ai đó sẽ cố thuyết phục bạn rằng chỉ có trị liệu của họ mới mang lại cơ hội thành công cho trẻ. Với sự hiểu biết và nghiên cứu kỹ bạn sẽ nhận ra rằng luôn có các gợi ý khác. Hãy nhìn nhận một cách thực tế về trẻ nhưng không bao giờ được từ bỏ cơ hội.

Trong cuốn sách này sẽ đề cập đến một số gợi ý nhằm giải quyết vấn đề về tự kỉ. Nếu bạn tìm đọc ở các nguồn khác có thể bạn sẽ thấy các chương trình khác với lợi ích được công bố mà không có minh chứng cụ thể. Một chương trình, hay một phương pháp bạn được giới thiệu có thể chỉ dựa trên các kinh nghiệm mang tính cá nhân hoặc trên các triệu chứng đơn lẻ. Một số khác thì mang những cái tên mới cho những ý tưởng cũ hoặc thực chất chỉ là một khía cạnh của những thuyết đã có từ trước. Do vậy, bạn cần thực sự tỉnh táo và cân nhắc thận trọng khi quyết định cho con tham gia vào các chương trình trị liệu đang được quảng cáo.

Thay cho lời kết

Một người tự kỉ trưởng thành đã từng phát biểu: “Cha mẹ đặt niềm tin vào tôi, và tôi muốn chứng minh là tôi có thể làm tốt hơn thế.”

Trẻ rối loạn phổ tự kỉ muốn chứng minh rằng chúng có tiến bộ. Tất cả mọi trẻ đều cần sự ủng hộ của cha mẹ. Một số cha mẹ có niềm tin sai lầm rằng khi trẻ đi học, họ có thể giảm bớt mối quan tâm tới việc trị liệu cho trẻ. Sự thật là bạn vẫn cần kiểm soát sự phát triển và tiếp tục các bài tập với con ở nhà

trong suốt quá trình can thiệp sớm. Thông qua sự thúc đẩy của bạn, trẻ rối loạn phổ tự kỉ sẽ có được sự tự tin để có thể tự thúc đẩy bản thân.

Trẻ rối loạn phổ tự kỉ sẽ trở nên độc lập nếu người lớn khuyến khích trẻ bằng cách mang lại cảm giác tự tin và kiên nhẫn cho chúng. Bất kể trẻ rối loạn phổ tự kỉ đang ở mức độ chức năng nào, điều quan trọng nhất mà bạn có thể mang lại cho trẻ đó là khả năng tin tưởng vào chính bản thân mình. Hãy cho phép trẻ được lựa chọn và phản ứng. Cho trẻ biết là bạn tôn trọng và đánh giá cao trẻ như những người khác. Niềm tin và sự kiên nhẫn của bạn sẽ khuyến khích trẻ có được cảm giác tích cực về bản thân. Với sự tự tin này, trẻ sẽ có động cơ học tập, phát triển và trưởng thành.

Danh mục tài liệu tham khảo

1. Bộ giáo dục và đào tạo, Quản lí giáo dục hoà nhập, NXB Phụ nữ, năm 2010
2. Daniel Tammet (2010), *Sinh vào ngày xanh*, NXB Trẻ
3. Ellen Notbohm (2010), *Mười điều trẻ tự kỷ muốn bạn biết*, NXB Đại học sư phạm TP Hồ Chí Minh
4. Nguyễn Thị Hương Giang & Trần Thị Thu Hà. (2008). Nghiên cứu xu thế mắc và một số đặc điểm dịch tễ học của trẻ tự kỷ điều trị tại bệnh viện nhi Trung ương giai đoạn 2000 đến 2007. *Y học thực hành*, 4, 104 - 107.
5. Nguyễn Xuân Hải, Giáo dục học trẻ khuyết tật, NXB Giáo dục Việt Nam, năm 2009
6. Vũ Thị Bích Hạnh (2007), *Tự kỷ - phát hiện sớm và can thiệp sớm*, NXB Y Học
7. Jenny McCathy (2009), *Mạnh hơn lời nói*, NXB Lao động xã hội

8. Kỷ yếu hội thảo “Bệnh tự kỉ ở trẻ em” do Bệnh viện nhi đồng 1 và Tổ chức Atlantic Philanthropies phối hợp tổ chức, 2008.
9. Kỷ yếu hội nghị quốc gia lần thứ nhất “Rối loạn tự kỉ và can thiệp” do Trung tâm Sao Mai & Làng hưu nghị Việt Nam cùng với tổ chức Atlantic Philanthropies phối hợp, 2008.
10. Kỷ yếu hội thảo “Chăm sóc giáo dục trẻ rối loạn phổ tự kỉ ở Việt Nam Thực trạng và triển vọng” do Viện Khoa học Giáo dục Việt Nam tổ chức, 2013.
11. Lê Khanh (2010), *Phòng tránh và can thiệp sớm rối nhiễu tâm lý trẻ em*, NXB Phụ nữ
12. Lê Khanh (2004), *Tự kỷ - những thiên thần bất hạnh*, NXB Phụ nữ
13. Nguyễn Văn Siêm (2007), *Tâm bệnh học trẻ em và thanh thiếu niên*, NXB Đại học quốc gia Hà Nội.
14. Nguyễn Văn Thành (2006), *Trẻ tự kỷ - phương thức giáo dục*, NXB Tôn giáo
15. Trần Thị Lệ Thu, *Đại cương Giáo dục đặc biệt cho trẻ chậm phát triển trí tuệ*, Nhà xuất bản Đại học quốc gia Hà Nội, 2002.
16. Trung tâm nghiên cứu giáo dục và chăm sóc trẻ em (2011), *Những điều cần biết về hội chứng tự kỉ*, NXB ĐHSP Hà Nội.
17. Trung tâm nghiên cứu giáo dục và chăm sóc trẻ em (2011), *Những điều cần biết trong chẩn đoán đánh giá về hội chứng tự kỉ*, NXB ĐHSP Hà Nội.
18. Trung tâm nghiên cứu giáo dục và chăm sóc trẻ em (2011), *Hỗ trợ kiến thức về chăm sóc và giáo dục trẻ mắc hội chứng tự kỉ*, NXB ĐHSP Hà Nội.

19. Nguyễn Thị Hoàng Yến, Trần Thị Minh Thành, Một số công cụ chẩn đoán, đánh giá và ứng dụng trong giáo dục đặc biệt cho trẻ em khuyết tật, Tạp chí tâm lí học, 2007.

20. Nguyễn Thị Hoàng Yến, *Giáo dục Đặc biệt và những thuật ngữ cơ bản*, NXB ĐHSP, 2012.

Tài liệu tham khảo nước ngoài

21. AADM (Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network). (2009). Prevalence of autism spectrum disorders-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. MMWR Surveillance Summary, 58, 1-20

22. American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSMIV*, Washington DC: AA.

23. Araki Hozumi, trường Đại học Ritsumeikan, Nhật Bản, Tài liệu bài giảng chuyên đề tại trường Đại học Sư phạm Hà Nội, *Kiểm tra phát triển, chẩn đoán đánh giá và giáo dục trẻ tự kỷ*, tháng 3/2010.

24. Araki Hozumi, Nguyen Thi Hoang Yen, Huang Xin Yin, *The Current State of Children with Autism Spectrum Disorder and Their Families in East Asia*, Institute of Human Sciences, Ritsumeikan University, 2013.

25. Association, A. P. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington D.C.

26. Autism Spectrum Disorder in Children, 2005

27. Autism – specific screening tools for young children, 2008

28. Baird G. et al. (2000). A Screening instrument for autism at 18 months of age: A 6-years follow-up study. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 39, 694 - 702.

29. Baron-Cohen S. et al. (1992). Can autism be detected at 18 months?: the needle, the haystack and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*, 161, 839 - 843.
30. Baron-Cohen S. et al. (1996). Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population. *British Journal of Psychiatry*, 168(158 - 163).
31. Baron-Cohen S. et al. (2000). Early identification of autism by the Checklist for Autism in Toddlers (CHAT). *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93, 521 - 525.
32. Based on Prevalence statistic from the Centers for Disease Control and Prevention, 2007.
33. Bennett, M. (2008). Adult autism policy: An analysis of current policy and legislation in the U.S. MA Thesis, University of Nevada, Las Vegas, NV, USA.
34. Benison O' R. & Seana S. (2008). *Australian Autism Hand Book*. Jane Curry Publishing.
35. Bricker D. & Squares J. (1999). *Ages & Stages Questionnaires A Parent-Completed*. Child-Monitoring System Second-Edition.
36. Bricker D. et al. (2006). Research on ASQ. Early Intervention Program, Center of Human Development, University of Oregon, Eugene, Oregon.
37. Bryna Siegel (2003), *Helping children with Autism learn*, Oxford university press
38. Donarl B.Bayley, Jr/ Mark Wolery. *Assessing ifants and toddlers with handicap*, Merrill Publishing Company, 1989.

39. Catherine Maurice, 1996. *Behavioral intervention for young children with autism – A manual for parents and professional*. PRO – ED, Inc.
40. Catherine L. et al. (2003). *Autism Diagnostic Observation Schedule*. Published by Western Psychological Services.
41. Chen, P. (2009). *Autism from the perspectives of the United States and China: An online course for psychologists*. Dissertation: The California School of Psychology – San Francisco. Retrieved from Proquest.
42. Chris P.J. & Scott M. (2007). Identification and Evaluation of children with Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1183 - 1215.
43. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Published by the American Psychiatric Association, January 1995. pp 66-71.
44. Embersin C & Gremy I (2007). *Autism in the United States: early detection and epidemiological surveillance*, observatoire régional de santé d'Ile-de-France.
45. Fujimoto Bunro, Shimizu Sadao, Aoki Michitada, Araki Hozumi, Kuroda Manabu, Tsuda Mitsuyuki and Mukai Keiji, *Sách chuyên ngành về giáo dục đặc biệt*, Nhà xuất bản Kamogawa, 2009 (bản tiếng Nhật).
46. Feigin R. et al. (2008). *Autism – specific screening tools for young children*. Uptodate Inc., USA.
47. Filipek P.A. & Accardo P.J. et al. (2000). *Practice parameter: Screening and diagnosis of Autism*. AAA Enterprises, Inc.
48. Fombonne E. (2003). Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *Journal Autism and Developmental Disorder*, 33, 365 - 382.

49. Fred R. Volkmar, Rhea Paul, Ami Klin & Donald Cohen. (2005). *HandBook of Autism and Pervasive Developmental Disorder* (Third ed. Vol. 1). John Wiley and Sons, INC.
50. Gary Mesibov & Marie Howley (2003), *Accessing the Curriculum for pupil with Autistic spectrum Disorder*, David Fulton Publishers.
51. Halmiton L, *Racing Autism*, Water Brook Press, 2000.
52. How ASQ Was Developed
53. <http://www.agesandstages.com/research/development.html>
54. Howlin P, *Children with Autism and Asperger Syndrome, A Guide for Practitioners and Carers*, John Wiley & Sons Ltd, 1998.
55. Jacquelyn B, Andrey M, Coleen B et al. *Prevalence of Autism a United States Population*, Pediatrics Vol 108, No 5 November 2001, pp 1155-1161.
56. Jordan R, Powell S, *Understanding and Teaching Children with Autism*, John Wiley & Son, Ltd, 1995.
57. Ganz, M. (2007). The Lifetime Distribution of the Incremental Societal Costs of Autism. *Arch Pediatr Adolesc Medicines*, 161, 343-349.
58. Honberg, L., Kogan, M., Allen, D., Strickland, B., & Newacheck, P. (2009). Progress in ensuring adequate health insurance for children with special health care needs. *Pediatrics*, 124(5), 1273-1280.
59. Kandamuthan, M., & Kandamuthan, S. (2004). The economic burden of disabled children on families in Kerala in South India. *Centre for Development Studies*.
60. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.

61. Knapp, M., Romeo, R., & Beecham, J. (2009). Economic cost of autism in the UK. *Autism*, 13(3), 317-336.
62. Kogan, M., Strickland, B., Blumberg, S., Singh, G., Perrin, J., & van Dyck, P. (2008). A national profile of the health care experiences and family impact of autism spectrum disorder among children in the United States, 2005-2006. *Pediatrics*, 122(6), e1149-e1158.
63. Kim Y.S, Leventhal B.L, Fombonne E et al (2011). *Prevalence of Autism Spectrum Disorder in a total population sample*. The American Journal of Psychiatry.
64. Lorna Wing (1996), *The Autistic Spectrum – A guide for parents and professionals*, Constable Publishers.
65. McCabe, H. (2004) *State, Society and Disability: Supporting Families of Children with Autism in the People’s Republic of China*. PhD Dissertation, Indiana University, Bloomington, IN, USA.
66. McCabe, H. (2007) *Parent advocacy in the face of adversity: autism and families in the People’s Republic of China. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities* 22, 39–50.
67. McCabe, H. (2008). *Effective teacher training at the Autism Institute in the People’s Republic of China. Teacher Education and Special Education*, 31, 2, 103-117.
68. McCabe, H. (2010). *Employment Experiences, Perspectives, and Wishes of Mothers of Children with Autism in the People’s Republic of China. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2010, 23, 122–131.
69. Mickey Keenan, Mary Henderson, Ken P.Kerr & Karola Dillenburger, 2006. *Applied behaviour analysis and Autism*. Jessica Kíngley publishers.

70. Marissa Bennett. *Diagnosis Autism: A family's Journey to Obtain Effective Treatment. Association for Science in Autism Treatment*
71. Nicoll N (2006). What is autism spectrum disorder?. *The clinician, Acceptance and the autistic disorders*, 3, 27-35.
72. NY State Department of Health, E. I. P. (2005). *Screening Tests For Autism. Report of the Recommendations - Autism / Pervasive Developmental Disorders.*
73. Paulin A.F., Pasquale J.A & Grace T.B. et al. (1999). The Screening and Diagnosis of Autistic Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29(6), 439 - 474.
74. Piven, F., & Cloward, R. (1993). *Regulating the Poor: The Functions of Public Welfare.* Vintage.
75. Research on ASQ
<http://www.agesandstages.com/research/index.html>
76. Richard Lathe (2006) *Autism, Brain, and Environment.* Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia.
77. Sam Goldstein, Jack A. Naglieri, Sally Ozonoff. *Assessment of autism spectrum disorder,* New York, 2009.
78. Society for Research in Child Development (2010). *Autism Spectrum Disorders: Diagnosis, Prevalence, and Services for Children and Families.* Social Policy Report, 24, 2, 1-21.
79. Temple Grandin (1995), *Thinking in the picture: and other report from my life with Autism,* Doubleday Publishers.
80. Tao, K. T (1982). *Diagnosis and classification of infantile autism.* Chinese Journal of Neurology and Psychiatry, 17, 2, 289-296.

81. Val Cumine, Julia Leach & Gill Stevenson (2000), *Autism in the Early Years*, David Fulton Publishers.
82. United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). 2010. *Combating Poverty and Inequality: Structural Change, Social Policy and Politics*.
83. Xiong, N. et al. (2011). Investigation of raising burden of children with autism, physical disability and mental disability in China. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 306–311.
84. Zhang, X., & Ji, C. Y. (2005). Autism and mental retardation of young children in China. *Biomedical and Environmental Sciences*, 18(5), 334–340.

PHỤ LỤC

MỘT SỐ BÀI TẬP TRỊ LIỆU, PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

Nhóm bài tập phát triển vận động thô

Bài tập 1: Tư thế nằm ngửa

Mục tiêu: Sau các bài tập này, bé biết chú ý vào các đồ vật, cử động tay linh hoạt và bắt đầu có giao tiếp với người thân.

Cách thực hiện

Bước 1. Chơi đùa với người lớn

- Mọi thành viên trong nhà dành thời gian để chơi với bé.
- Cúi mặt gần sát mặt bé, gọi tên và nói nựng để bé chú ý.
- Cho bé sờ vào mặt mình.
- Xòe bàn tay ra nắm bàn tay lại và cho bé nắm tay mình.
- Cầm ngón tay bé cho vào miệng mình hoặc cho bé tự đưa vào miệng.
- Cho phép bé tự đưa tay và chân vào miệng.
- Đáp ứng lại những âm thanh mà bé phát ra.
- Chơi các trò chơi: ú òa, cù ki, giấu đồ chơi, ...
- Có thể bế ngửa bé trong lòng, hát và đu đưa người theo nhịp bài hát.

Bước 2. Quay người theo tiếng động và nhìn vào đồ vật

- Làm xúc xắc bằng nhiều vật liệu để tạo ra nhiều tiếng động khác nhau. Ví dụ: lấy sỏi bỏ vào hộp sắt, chai nhựa hay ống tre và lắc.
- Lắc xúc xắc ở trước mặt bé, trong tầm mắt của bé để bé chú ý đến và quay nhìn về phía có phát ra tiếng động.
- Từ từ di chuyển xúc xắc về nhiều phía để bé quay theo và nhìn vào xúc xắc.
- Xúc xắc cần có nhiều loại phát ra nhiều tiếng động khác nhau để kích thích bé chú ý lắng nghe.
- Nên làm xúc xắc với nhiều màu sắc sặc sỡ để thu hút bé nhìn.
- Thay thế bằng nhiều loại đồ chơi khác: gấu bông, khăn mềm, ...
- Khuyến khích những âm thanh mà bé tự phát ra khi chơi.

Bước 3. Giơ tay với, lấy đồ vật

- Đưa xúc xắc, đồ chơi chạm vào tay bé để bé cầm lấy.
- Đưa đồ chơi ra xa nhưng vẫn trong tầm tay với của bé và khuyến khích bé với tay ra để cầm.
- Đôi lúc giữ và chơi trò kéo co với đồ chơi cùng bé.
- Khi bé lấy được đồ chơi, cho phép bé cầm và chơi theo ý của mình. Thường thì bé sẽ cố đưa đồ chơi vào miệng, lắc, xoay, đập và ném đồ chơi.

Bài tập 2. Tư thế nằm sấp

Mục tiêu: Sau bài tập này, bé sẽ ngẩng đầu và quay đầu linh hoạt theo nhiều hướng.

Cách thực hiện

Bước 1. Nhìn theo người và đồ vật.

- Lắc xúc xắc, gõ trống, tạo tiếng động để thu hút bé chú ý.
- Đi lại trong phòng và tạo tiếng động để bé quay đầu tìm kiếm và nhìn về phía phát ra tiếng động.
- Giơ những đồ chơi nhiều màu sắc trước mắt bé để bé nhìn vào.
- Giơ chúng lên cao dần để bé phải ngẩng đầu lên nhìn theo.
- Giấu đồ chơi đi rồi lại giơ ra trước mặt bé.
- Vỗ tay phía trên đầu bé để bé ngẩng đầu lên nhìn mình.

Bước 2. Giơ tay với lấy đồ vật và chơi

- Đưa đồ chơi lại gần mặt bé hoặc đặt trước mặt bé ở trong tầm với tay của bé để bé có thể với lấy
- Khi bé sờ vào đồ chơi thì chuyển nó ra xa để bé phải cố gắng với theo. Đây là cách để tập cho bé lẫy.
- Khi bé với lấy được đồ chơi, cho bé ôm đồ chơi đó để chơi như là một phần thưởng cho những gì bé cố gắng.

Bước 3. Tập lật (lẫy)

Dùng đồ chơi có màu sắc sặc sỡ hay âm thanh thu hút bé đặt phía bên phải bé để bé quay về bên đó.

- Đổi đồ chơi sang bên trái để bé xoay mình về bên có đồ chơi.

Bước 4. Tập ngẩng đầu

- Để bé nằm sấp
- Đưa các vật có màu sắc hay tiếng động gần trước mặt bé thu hút bé ngẩng đầu lên.
- Kê thêm gối dưới ngực bé để bé dễ ngẩng lên.
- Đặt một tay dưới cằm bé và nâng đầu bé để bé tập ngẩng đầu.

Bước 5. Tập trườn

- Khuyến khích bé trườn người lên phía trước để lấy đồ chơi
- Nếu bé chưa tự đẩy người lên được thì giúp bé có tư thế chống tay đúng: chống bằng khuỷu tay, dồn trọng lượng lên đó.
- Hướng dẫn bé co chân, gập gối, đầu gối hướng ra ngoài theo tư thế chân co chân duỗi.
- Đỡ tay dưới hông bé, hơi đẩy lên để bé nhích lên phía trước.
- Nhích tay bé lên
- Đổi chân cho bé

Bước 6. Tập chống tay ngồi dậy

- Đặt tay dưới bụng bé và nâng bé lên.
- Sửa lại động tác chống tay cho bé: xoè và úp tay xuống, mở rộng hai cánh tay vừa phải để bé tự chống vững
- Thả lỏng tay ra để bé tự chống tay và giữ tư thế của

Bài tập 3. Tư thế ngồi

Mục đích: Bé có thể ngồi được để tham gia nhiều hoạt động khác nhau như ăn, uống, vệ sinh, vui chơi, ...

Cách thực hiện

Bước 1. Xoay nghiêng từ bên này sang bên kia có trợ giúp

- Để bé nằm ngửa trên giường hoặc trên sàn nhà.

- Người giúp đỡ quỳ hoặc đứng cạnh bé ở bên mà bé sẽ lật nghiêng sang.
- Giúp bé nâng đầu lên và quay mặt về phía người trợ giúp.
- Giúp bé đưa chéo tay và chân sang phía bên kia qua trước thân sang phía người giúp đỡ.
- Đặt hai bàn tay của mình xuống dưới vai và mông của bé ở phía bên kia rồi giúp bé lật nghiêng sang phía bên mình đang đứng.

Lưu ý: Giúp bé lật trở lại tư thế nằm ngửa bằng cách:

- Giúp bé quay đầu và mắt nhìn thẳng lên phía trước.
- Chuyển tay và chân phía trên trở về tư thế ban đầu.
- Đặt hai bàn tay của người giúp đỡ dưới vai và mông phía trên để giúp bé lật về tư thế nằm ngửa ban đầu.

Giúp bé lăn nghiêng sang phía bên kia theo cách tương tự như trên.

Bước 2. Tự lăn nghiêng từ bên này sang bên kia

- Bé nằm ngửa trên giường hoặc trên sàn nhà
- Bé tự quay mặt về phía định lăn nghiêng sang.
- Đưa chéo tay và chân phía bên đối diện sang phía mà bé sẽ lăn nghiêng sang.
- Bé tự lăn nghiêng sang phía đó

Lưu ý: Hướng dẫn bé lăn trở lại tư thế nằm ngửa theo cách:

- Quay mặt để mắt nhìn thẳng về phía trước.
- Đưa tay và chân phía trên trở lại tư thế ban đầu.
- Lăn trở lại tư thế nằm ngửa.

Hướng dẫn bé lăn nghiêng sang phía bên kia theo cách tương tự

Tập nhiều lần cho đến khi bé có thể thực hiện động tác nghiêng dễ dàng.

Bước 3. Đỡ bé đang nằm ngồi dậy

- Bé nằm ngửa trên giường hoặc trên sàn nhà
- Quỳ hoặc đứng bên cạnh bé. Đỡ hai vai và giúp bé ngồi dậy.



- Khi bé làm tốt, giảm dần sự hỗ trợ để bé tự làm được một mình.

- Bé có thể cài hai bàn tay vào với nhau, nắm tay bé và kéo bé ngồi dậy.
- Người giúp đỡ cài hai tay vào nhau và đưa ra cho bé nắm vào và tự đu người ngồi dậy.

Bước 4. Tự ngồi dậy trong khi đang nằm

Hướng dẫn bé đang nằm ngồi dậy:

- Nằm ngửa trên giường hoặc trên sàn nhà.
- Đẩy người lên bằng cách chống hai khuỷu tay.
- Ngồi dậy bằng cách duỗi thẳng hai khuỷu tay.
- Hướng dẫn bé nằm nghiêng sang một bên rồi dùng hai tay đẩy người ngồi dậy.
- Nếu bé nằm trên giường, bảo bé nằm ra mép giường và tự đẩy mình ngồi dậy.



Bước 5. Tự ngồi không cần trợ giúp


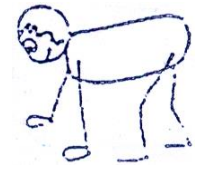
- Đặt bé ngồi ngửa lên hai đầu gối của người giúp đỡ, nâng từng gối cao lên để bé tập lấy thăng bằng.
- Dùng gối đệm kê và đỡ bé ngồi dậy.
- Đặt gối vào giữa hai chân bé để bé tách hai chân ra.
- Nếu bé cảm thấy khó khăn thì hướng dẫn bé dùng một tay để tự chống đỡ.
- Cho bé ngồi tựa vào tường hay trong ghế hộp, ghế tựa, chân để ở vị trí mà bé cảm thấy thoải mái dễ chịu.
- Hướng dẫn bé ngồi cách xa tường, bé có thể dùng hai tay để tự chống đỡ nếu thấy cần thiết.

Bài tập 3. Tập bò

Mục đích: Bé có thể tự bò được.

Cách thực hiện

Bước 1. Bò có sự giúp đỡ

- Quấn một băng vải ngang bụng bé lên.  nâng bé
- Giúp bé trụ trên hai bàn tay và hai  đầu gối.
- Nếu bé không cử động tay và chân thì nâng nhẹ tấm vải lên và đẩy về phía trước.
- Để bé nằm bò trên một chân duỗi thẳng của người giúp đỡ, đầu bé hướng ra ngoài, xoay chân ra nhiều phía để bé tập bò về nhiều phía.

Bước 2. Tập bò với dụng cụ trợ giúp

- Cho bé tập tư thế bò bằng cách đặt bé nằm sấp trên một khối tròn to và lăn qua lăn lại.
- Cho bé nằm trên xe tập bò.

Bước 3. Tự bò

- Khuyến khích bé tự bò chơi đẩy quả bóng to, lấy những đồ chơi để cách xa bé...

Bài tập 4. Tập đứng.

Mục đích: Bé biết chuyển từ tư thế bò sang tư thế đứng và có thể tự đứng

Cách thực hiện

Bước 1. Tập quỳ

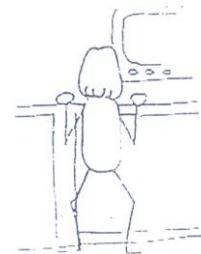
- Kê bàn/ghế vừa với chiều cao của bé và bày đồ chơi bé thích lên đó.
- Đặt bé ở sàn nhà sát gần chỗ đó, tập cho bé ở tư thế quỳ gối để với đồ chơi.



đứng

Bước 2. Vịn tay để đứng dậy

- Tập cho bé vịn tay tự đứng dậy để với lấy đồ chơi trên bàn/ghế.
- Khi bé làm được thì để đồ chơi ở xa hơn trên bàn/ghế hoặc để ở nơi cao hơn rồi khuyến khích bé đứng lên lấy đồ chơi.



với

Nếu bé khó khăn khi đứng, có thể làm dụng cụ trợ giúp như hòm gỗ, hộp gỗ, khung đứng có nhiều thanh vịn tay bằng gỗ. Nên bọc vải dày để bé đỡ bị đau.

- Có thể giúp bé đứng dậy bằng cách đỡ tay dưới cánh tay của bé hoặc cho bé vịn vào tay người giúp đỡ để tự đứng dậy.

Bước 3. Tập đứng một mình

- Từ từ thả lỏng tay đỡ bé ra để bé tự lấy thăng bằng khi đứng.
- Khuyến khích bé đứng lâu hơn bằng cách giơ cao đồ chơi để bé với lấy.

Bài tập 5. Tập bước đi

Mục đích: Bé có thể tự đi được

Cách thực hiện

Bước 1. Đỡ bé ngồi trên ghế đứng dậy:

- ❖ **Hai người giúp đỡ**



- Hai người đứng bên cạnh bé.
- Mỗi người vòng một tay ra đỡ phía sau lưng bé còn tay kia đỡ dưới khớp khuỷu, cẳng tay và bàn tay của bé.
- Bé phải đặt hai bàn chân chắc chắn trên sàn nhà phía trước và hơi ngả người về phía trước.
- Cho bé vịn vào và đỡ bé đứng dậy
- Đỡ bé ngồi trên sàn đứng dậy:
- Bé ngồi xồm trên sàn nhà, hai gối gập
- Hai người đỡ cúi xuống bên cạnh bé, đặt một chân trước một chân sau.
- Mỗi người dùng một tay đỡ bàn tay của bé, tay kia đỡ phía dưới khớp khuỷu ở tư thế hơi gập.
- Hai người trợ giúp đứng thẳng lên và đỡ bé cho đến khi bé đứng thẳng.

❖ **Một người giúp đỡ**

- Người giúp đỡ đứng về phía bé yếu hơn, hơi cúi người về phía trước.
- Dùng một tay vòng ra sau đỡ lưng còn tay kia đỡ phía dưới khuỷu, cẳng tay và bàn tay bé đã hơi gập lại.
- Đứng thẳng lên và kéo bé đứng dậy.

Bước 2. Giúp bé ngồi trên sàn nhà đứng lên

- Bé ngồi trên sàn nhà, hai chân duỗi thẳng ra trước, hai tay nắm vào nhau để ngang trước ngực.
- Đứng phía sau bé hơi lệch sang một bên với một chân trước một chân sau.
- Người giúp đỡ đứng thẳng lên và đỡ, nâng bé cho đến khi cùng đứng thẳng lên được.

Bước 3. Giúp bé đi lại:

❖ **Hai người giúp đỡ**

- Hai người giúp đỡ đứng bên cạnh bé.
- Dùng một tay vòng ra phía sau đỡ lưng bé còn tay kia đỡ ở phía dưới khớp khuỷu, cẳng tay và bàn tay đã ở tư thế hơi gập lại.

- Bé bước chân khoẻ lên trước rồi bước tiếp chân yếu sau.
- Người giúp di chuyển lên phía trước bé khi bé bước đi.

❖ **Một người giúp đỡ**

- Người giúp đỡ đứng sang phía bên yếu hơn của người tàn tật, một tay vòng ra sau đỡ thân bé còn tay kia đỡ phía dưới khuỷu, căng tay và bàn tay bé hơi gập lại.
- Đầu tiên, bé phải đưa chân khoẻ hơn lên phía trước sau đó đưa chân yếu hơn lên.
- Nếu bé không di chuyển được chân yếu hơn, cần giúp bé bằng cách dùng chân của người dạy di chuyển chân bé lên trước.

Bài tập 6. Tập tự đi một mình

- Khuyến khích bé bỏ các dụng cụ trợ giúp để tự đứng vững và tập bước đi



Đặt đứng, 2
chân duỗi tư



Bước tới tự động
nếu người



Nâng đỡ thân và
duy trì thể đứng

từng bước một. Luôn ở bên cạnh để đỡ bé khi bé mất thăng bằng.

- Tạo các trò chơi để bé bước đi như đuổi bắt, chơi với bóng, ...
- Khuyến khích bé tự đi lại trong nhà và trong xóm



Nhún nhảy
trên 2 chân



Vịn đứng, với 2



Đứng có nâng

Nhóm bài tập phát triển vận động tinh

Mục tiêu: Bé có thể cử động tay linh hoạt và tự làm được một số việc bằng tay.

Cách thực hiện

Bài tập 1. Tập nhặt, xếp đồ chơi

- Thu thập nhiều loại đồ chơi: các hộp, hột hạt, vỏ ốc biển, lá cây, ...
- Dạy bé nhặt lên và thả vào hộp gỗ. Nhắc bé lắng nghe tiếng ra khi thả vật vào hộp. Lần lượt cả các đồ vật, đồ chơi của bé, bắt đầu từ vật to đến vật nhỏ.
- Nếu bé không biết nhặt thì cầm tay và hướng dẫn bé đến khi bé tự làm được.
- Dạy bé lắc hộp để lắng nghe âm thanh phát ra.
- Hướng dẫn bé xếp thẳng theo hàng dọc, hàng ngang, theo hình mẫu có sẵn, ...
- Cho bé chơi các trò chơi cần nhặt và bỏ đồ vật vào các rổ, túi hoặc xếp theo khối lớn (trò đi chợ, nấu ăn, xây dựng, ...)



khối gỗ, vỏ
sắt hoặc
động phát
làm với tất



vật
chơi

Bài tập 2: Tập thả xu

- Giữ lại một vài hộp thiếc hoặc hộp nhựa có nắp nhựa, khoét 1 rãnh trên nắp giống như hộp tiền tiết kiệm.
- Thu thập những miếng đồ chơi dạng phẳng giống như đồng xu.
- Tập cho bé tìm đúng khe để thả lọt đồng xu vào trong hộp.

Bài tập 3: Tập xuyên tháp trụ cao

- Thu thập các ống có lỗ rỗng: ống hút cỡ to, cuộn chỉ, ống tre cắt khúc, ...
- Dùng chiếc đũa hoặc cọc gỗ nhỏ đóng cố trên 1 chân đế vững.
- Dạy bé nhặt từng miếng, lựa cho phần lỗ rỗng vừa vào miệng cọc rồi thả xuống



lỗ
định

Bài tập 4. Tập xâu hạt

- Thu thập các loại hạt, hạt có đục lỗ hoặc tận dụng lõi cuộn chỉ, ống hút
- Dùng một sợi dây cứng hoặc mềm để bé xâu hạt qua tạo thành vòng hoặc các trụ tròn nhỏ bằng gỗ gắn cố định để bé dễ xâu vào.
- Cầm tay bé bảo bé nhặt từng hạt lên câu vào trụ hoặc sợi dây.

Bài tập 5. Tập lồng hộp

- Chuẩn bị nhiều cốc, bát cùng cỡ; các rỗng hình tròn hoặc vuông gồm nhiều nhau để lồng được vào nhau.



hộp
cỡ khác

- Xếp các hộp vào nhau rồi tháo rời ra cho bé quan sát.
- Đưa cho bé để bé làm lại. Giúp đỡ bé khi cần thiết.
- Bắt đầu với 2 chiếc lồng vào nhau.
- Tăng dần số đồ lồng vào nhau lên 3, 4 chiếc hoặc nhiều hơn.

- Làm một hộp gỗ có khoét nhiều lỗ thủng có hình dạng khác nhau và những khối hình tương ứng để bé thả vào và lấy ra



các
dạng

Bài tập 6. Tập gấp giấy, vải

- Cho bé những tờ giấy báo cũ hay những mảnh khăn vải nhỏ.
- Dạy bé gấp thành những hình dạng to nhỏ khác nhau.
- Dạy bé gấp đồ chơi: chiếc thuyền, quả bóng, bê, ...



búp

Bài tập 7. Tập nặn, vẽ, xé dán, ...

- Làm đất nặn cho bé.
- Hướng dẫn bé nặn các đồ chơi khác nhau: người, con vật, nhà, cái bánh, bát, thìa.
- Cho bé giấy báo cũ và hướng dẫn bé xé theo nhiều hình dạng khác nhau và dán thành những câu chuyện, ...

Bài tập 8. Khám phá đồ vật

- Để các đồ vật quen thuộc trước mặt bé.

- Dạy bé sờ vào đồ vật, tập nói tên của chúng.
- Giải thích các đặc tính: cứng/mềm; nặng/nhẹ; nóng/lạnh, ...
- Cho bé chơi trò chơi sờ đoán đồ vật trong túi vải kín mà không nhìn vào. Có thể bịt mắt và cho bé sờ đồ vật rồi đoán và nói cảm nhận của mình.

Nhóm bài tập phát triển kỹ năng giao tiếp

- Những bài học lắng nghe, tiếp thu và hiểu biết ý nghĩa của một số tình huống trong cuộc sống hằng ngày,
- Những bài học bắt chước người khác về điệu bộ, cử chỉ... còn mang tên là « ngôn ngữ không lời »
- Những bài học chuẩn bị phát âm và sử dụng ngôn ngữ, nêu những cơ quan liên hệ đến vấn đề phát âm không bị thương tổn.

Nhóm bài tập về nghe và hiểu biết

Bài tập 1 : Ghi nhận và phát huy những phản ứng đối với những loại tiếng động và âm thanh, trong nhiều tình huống khác nhau.

Điều kiện làm việc: 2 người lớn (ba và mẹ hoặc cô và mẹ, ...), các loại dụng cụ như chuông, lúc lắc, trống, thanh la, kèn...

Một người lớn ở phía sau bé em, trong một lúc bất ngờ, tạo nên những tiếng động hay là những âm thanh khá mạnh.

Một người lớn quan sát bé và ghi nhận kết quả. Nếu bé có những phản ứng như giật mình, bịt tai, la ó... hãy lại gần giải thích sự kiện, tạo an toàn và khen thưởng.

Bài tập 2 : Phát hiện nguồn gốc của tiếng động và âm thanh.

Điều kiện làm việc vẫn giống như trong bài tập 1.

Người gây ra tiếng động hoặc âm thanh, sau khi ghi nhận phản ứng của bé, lùi lại với những khoảng cách càng lúc càng xa, đối với vị trí hiện tại của bé.

Người lớn có nhiệm vụ ghi nhận phản ứng của bé, cần quan sát thêm: sau mỗi lần tiếng động xuất hiện, bé có phản ứng quay đầu nhìn về phía tiếng động không. Phản ứng phát hiện nguồn gốc của tiếng động như vậy bắt đầu từ vị trí nào và chấm dứt ở vị trí nào, với âm thanh của dụng cụ nào.

Trong mỗi bài học, sau khi bé có phản ứng, người lớn luôn luôn khen thưởng bé, bằng cách phản ánh hoàn cảnh đang xảy ra và bộc lộ cho bé thấy niềm vui và sự hài lòng của mình

Bài tập 3 : Phản ứng khi được gọi bằng tên riêng của mình.

Thỉnh thoảng trong ngày, gọi bé bằng tên riêng, từ nhiều vị trí khác nhau, như khi ở trước mặt, khi ở bên cạnh, khi ra xa, khi lại gần... Mỗi lần, ghi nhận phản ứng của bé. Không quên khen thưởng, khi bé bộc lộ phản ứng tích cực.

Bài tập 4: « Hãy nhìn Mẹ (ba) đây này », và ghi nhận cách bé trả lời, đáp ứng

Vừa nói, vừa một tay che mắt lại, giả vờ trốn. Đưa ngón tay trỏ của tay kia chỉ vào miệng của mình.

Bài tập 5 : Hiểu và Dừng lại khi người lớn nói « KHÔNG »

Khi bé vừa có một hành vi «rối loạn», như đánh một em khác, ném hoặc hát đồ đồ chơi, ...tức khắc nói « KHÔNG » một cách rõ ràng và nghiêm nghị.

Những cách làm :

- Khởi đầu càng sớm càng hữu hiệu, vừa khi hành vi mới xuất hiện
- Vừa nói Không, vừa lại gần bé với thái độ bình tĩnh
- Nếu bé còn tiếp tục, vừa đưa tay tách rời và ngăn hành vi. Tách rời khỏi đối tượng của hành vi (như bé bị đánh, đồ chơi bị ném xa...).
- Tuyệt đối không nói nhiều, để rồi bé không hiểu rõ chúng ta muốn nói gì.
- Vừa nói Không, vừa đưa ngón tay làm dấu « Không ».
- Nếu bé còn tiếp tục, cầm tay bé và tách rời chính em ra khỏi đối tượng.
- Tuyệt đối không dùng cách «đánh trống lảng», bằng cách trao một đồ chơi, vì đó là những hình thức củng cố và tăng cường hành vi, thay vì làm tan biến.
- Cách làm cuối cùng là cô lập bé, trong vòng tay cứng rắn của chúng ta.

Một cách đặc biệt, bài học về từ « KHÔNG » cần được tổ chức thường xuyên với những bé em có hành vi: tự hủy, tấn công bé em khác, lặp đi lặp lại.

Bài tập 6 : « Thôi, dừng lại »

Song song với bài học về từ « KHÔNG », có giá trị rất quan trọng, trong lĩnh vực giáo dục và đời sống làm người, thỉnh thoảng trong ngày, trong tuần, cần tổ chức những trò chơi hay bài học « Dừng lại ».

Bài học này cần được tổ chức tập thể, để những bé đã tiến bộ có thể tác động và giúp đỡ những bé còn bé dại.

Phát cho mỗi bé em một dụng cụ làm tiếng động, như gõ mõ, đánh trống, thổi kèn, quay lúc lắc... Ban đầu cô giáo hoặc cha mẹ làm nhạc trưởng ra lệnh cho bé chơi, với bàn tay ra hiệu. Giải thích cho bé hiểu về ý nghĩa của 2 cử chỉ « Bắt đầu » và « Dừng lại ». Một người lớn khác làm giám thị, có nhiệm vụ tịch thu dụng cụ và loại ra ngoài vòng khi bé nào không thi hành đúng hiệu lệnh « Dừng lại ».

Sau khi mọi người đều hiểu trò chơi và biết chơi, lần lượt một em được gọi lên bệ cao làm nhạc trưởng, một em khác cũng đứng trên bệ làm giám thị.

Trò chơi này cần được tổ chức nhiều lần, với tất cả mọi bé em cho đến khi mỗi em có những khả năng sau đây :

- Biết dừng lại khi có hiệu lệnh,
- Biết điều khiển ban nhạc, với 2 mệnh lệnh « Bắt Đầu » và « Dừng Lại ».
- Biết phát hiện nhạc sĩ tí hon nào không tuân lệnh của nhạc trưởng.

Bài tập 7: Bài học “Hãy cho...”

Chuẩn bị và để sẵn trên bàn, gần bé em, những vật dụng như đồ chơi quen thuộc, con búp-bê, khối vuông, vòng tròn... Và gần chỗ của người lớn, cũng có những vật dụng giống y hệt như vậy.

Để cho bé em làm quen và chơi với các vật dụng, trong một chốc lát. Sau đó, một tay đưa ra trước, làm cử chỉ XIN, nói : « (Bi) hãy cho mẹ (cô) búp-bê ».

Đợi xem phản ứng của bé

Trường hợp bé không hiểu, cầm lên con búp-bê, với tay trái, và tay phải đưa ra trước : « Bi ơi, hãy cho mẹ/cô búp-bê ở bên cạnh con ».

Nếu bé vẫn chưa cho, chính người lớn làm động tác cho: «Mẹ/cô cho Bi búp-bê của mẹ ... Và bây giờ, Bi cho mẹ/cô búp-bê của Bi đi ».

Với những bé em nhỏ, một người lớn dạy (mẹ) hay người trợ tá (ba hoặc anh chị của con) ở đằng sau, hướng dẫn con bằng tay. Sau 2 hoặc 3 lần, chỉ hướng dẫn bằng ngón tay trỏ.

Sau khi tổ chức bài học này trong vòng 2-3 phút, dù có kết quả tích cực hay không, chúng ta dừng lại ca hát, làm việc khác. Nhiều lần trong ngày và nhiều lần trong tuần, chúng ta lặp lại bài học, cho đến khi bé em biết cách làm.

Từ khi đó, chúng ta thay đổi các vật dụng, mỗi khi lặp lại bài học.

Bài tập 8: Bài học “Hãy để xuống”

Cách tổ chức bài học này cũng tương tự như trong bài học số 7.

Tiến trình :

- Người lớn làm, bé bắt chước.
- Người lớn vừa ra lệnh bằng lời nói, vừa làm cử điệu bằng tay.
- Người lớn ra lệnh, người phụ tá (bố, mẹ, ...) hướng dẫn bé làm động tác « Để xuống ». Hướng dẫn bằng tay, cho đến khi bé hiểu cần phải làm gì. Sau đó chỉ hướng dẫn bằng bộ điệu.
- Khi bé đã biết làm, không còn hướng dẫn.
- Người lớn hãy biết chờ đợi, đừng quá thúc giục một cách vội vàng, hối hả.
- Người lớn cần biết nhìn, quan sát, khích lệ bằng ánh mắt và điệu bộ, thay vì nói quá nhiều.
- Trước mỗi bài học, chuẩn bị người phụ tá về cách hướng dẫn.

Bài tập 9: Bài học “Hãy đến đây ...”

Sau khi bé đã biết đi, biết đứng, biết ngồi về mặt vận động, dạy thêm bài học: «**Hãy đến đây... »**.

- Ban đầu, giữa người lớn và bé chỉ có khoảng cách 2-3 mét, bé nhìn thấy người lớn.
- Càng ngày càng kéo dài thêm khoảng cách, từ đầu phòng đến cuối phòng.
- Cuối cùng bé không nhìn thấy người lớn, chỉ nghe tiếng gọi, từ một nơi khác : « Bi ơi, đến đây với mẹ /cô, ...».

Bài tập 10: Bài học “Hãy Đứng lên, hãy Ngồi xuống, ...”

- Ban đầu vừa dùng lời nói, vừa làm dấu hiệu « Đứng » và « Ngồi ». Cô giáo ở trường và cha mẹ ở nhà cần thống nhất với nhau, trong cuốn sổ liên lạc tùy thân, về những cử điệu cơ bản này.

- Tổ chức bài học, với một người phụ tá ở bên cạnh bé. Lúc đầu, sau khi nghe lệnh của người hướng dẫn (mẹ hoặc cô), người phụ tá (ba hoặc người lớn khác) hãy làm, không cần chờ bé. Sau khi bé đã biết làm, làm sau bé một vài giây. Thỉnh thoảng giả vờ quên xem bé có nhắc mình không.

- Nếu bé vẫn không làm theo, người trợ tá hướng dẫn bằng tay, lần lần chuyển qua bằng cử điệu mà thôi.

- Vào giai đoạn cuối cùng, khi bé đã hiểu và biết làm, gọi bé ra xa, tại nơi không có ghế ngồi, đoạn ra lệnh : « Hãy ngồi xuống », và quan sát phản ứng của con có biết tìm về chỗ ngồi của mình hay không (hay là tìm một chỗ ngồi khác).

Bài tập 11: Nhận biết những phần khác nhau của thân thể

Nói với bé : « Tí ơi, đưa tay chỉ mũi nằm đâu ». Vừa nói, người lớn vừa chỉ mũi của mình. Nếu cần, nhờ người phụ tá ngồi bên cạnh bé và hướng dẫn.

Từ từ giảm đi những điệu bộ và cách hướng dẫn.

Sau đây là những phần thân thể quan trọng :

- | | | |
|-------------------|-------------------|-----------------------|
| - <i>chân</i> | - <i>ngón tay</i> | - <i>ngực</i> |
| - <i>cánh tay</i> | - <i>đầu gối</i> | - <i>ngón tay cái</i> |
| - <i>tay</i> | - <i>bụng</i> | - <i>ngón tay trỏ</i> |

Cuối cùng tập cho con làm động tác CHỈ, với ngón tay trỏ mà thôi.

Bài tập 12: Nhận biết và thực hiện những động tác với các phần khác nhau của thân thể

Cách tổ chức bài học này hoàn toàn giống như các bài học trước: vừa nói, vừa làm, dùng thêm người hướng dẫn, cuối cùng chỉ dùng lời nói mà thôi...

Sau đây là những động tác, mà bé em cần học và làm thành thạo

- đưa 2 cánh tay lên trên cao
- khi ngồi, đưa chân này đụng chân kia

- đưa tay phải vẫy qua vẫy lại
- nắm tay lại thật chặt
- vỗ tay vào bàn
- mở tay ra
- vòng tay lại
- há miệng ra to, ngậm kín miệng lại
- vỗ hai tay với nhau
- mở mắt ra, nhắm mắt lại...
- đưa chân lên cao

Bài học 13: Nhận biết, phân biệt, cầm lấy và trao cho người khác những đồ vật quen thuộc nhưng có hình thức khác nhau

Đề gài bé một số dụng cụ, ban đầu sắp thành hàng 4-5 đồ vật tối đa. Dần dần tăng số lượng và đặt để các vật liệu tách rời khỏi nhau, nhưng không sắp xếp theo thứ tự.

Cách làm:

- “Tí, tìm và đưa cho mẹ cái ô tô”.
- Khen thưởng, khi bé làm đúng.
- Nói “Không phải, đây là chiếc vòng. Con hãy nhìn và tìm ô tô”, khi bé làm sai.
- Khi bé làm sai nhiều lần (hơn 2 lần), chỉ giữ lại 2 dụng cụ rất quen thuộc mà thôi. Sau mỗi lần, thay đổi 2 dụng cụ này với 2 dụng cụ khác.
- Từ từ đi lên 3 rồi 4 đồ vật khác nhau...

Nguyên tắc cần thực hiện: tạo mọi điều để cho bé thành công. Nếu cần, hãy trở lui với những giai đoạn mà bé đã thành công một cách dễ dàng trước đây. Có thành công, bé mới phát huy lòng tự tin, vui thích và hứng thú.

Nguyên tắc thứ hai cần tôn trọng là không bao giờ quá kéo dài thì giờ làm việc và tăng lên độ khó quá nhanh chóng. Một cách ngắn gọn, DỪNG LẠI, trước khi bé bước qua NGƯỠNG CHỊU ĐỰNG.

Nguyên tắc thứ ba là vừa làm vừa chơi, làm một cách hứng thú như chơi. Và chính cô giáo hay là cha mẹ là trò chơi lớn lao nhất, có khả năng tạo vui thú cho bé. Nhờ vậy bé mới thích học để biết, như lòng mong đợi của cha mẹ và giáo viên...

Bài học 14: Kết hợp 2 vật dụng lại với nhau – Chú trọng vào vị trí đặt vật

- “Con hãy bỏ chiếc bánh vào TRONG hộp”...

- Đặt búp mê nằm TRÊN trên giường,
- Bỏ hạt cườm vào TRONG ly nhựa,
- Để cuốn sách lên TRÊN bàn viết,
- Xếp hình khối vào TRONG hộp nhựa...

Bài học 15: Biết phân biệt để chọn lựa – Chú trọng lựa chọn vật

Trong bài học này, có thêm một đồ vật thứ ba, để con học phân biệt trước khi chọn lựa, không thể làm theo thói quen.

- (búp-bê, ô tô, cái hộp) : “Con hãy bỏ Ô TÔ vào trong hộp”.
- (hạt cườm, chiếc ly, cái muỗng): chiếc ly trong cái thau.
- (con gà, con bò, chiếc giỏ): con gà trong giỏ.

Bài tập 16: Thay đổi những động tác

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| - ném xa trái banh | - há miệng ra |
| - đưa chân đẩy trái banh ra trước | - để cuốn sách trên bàn của cô |
| - bỏ tờ giấy vào giỏ rác | - đi đóng cửa lại |

Lặp lại mỗi động tác 3-4 lần, tổ chức bài học này nhiều lần trong ngày và trong tuần, cho đến khi bé không còn do dự.

Bài tập 17: Sơ đồ Thân Thể

Bài này tiếp nối các bài số 11 và 12. Ở đây, chú trọng vào những thành phần thoát khỏi tầm mắt của bé. Tuy nhiên, trong giai đoạn đầu, chúng ta vừa ra lệnh, vừa làm trên người chúng ta, để giúp bé vừa nghe, vừa nhìn, vừa bắt chước.

Sau khi bé đã quen thuộc với cách làm, chúng ta chỉ dùng lời nói mà thôi.
“Con chỉ cho ba (mẹ, cô)”

- | | | |
|---------|--------|--------|
| - đầu | - mũi | - lưỡi |
| - mắt | - tóc | - lưng |
| - miệng | - răng | - ót |

Bài tập 18: Di chuyển từ nơi này đến nơi khác

Trong giai đoạn đầu, có người phụ tá hướng dẫn.

Sau khi bé đã làm quen với những nơi khác nhau trong nhà hoặc sân, chúng ta bảo bé đến những nơi khác như phòng tắm, nhà chú Ba, di Năm, ...

Một vài ví dụ:

- “Con hãy đi đến cửa ra vào...” - đến phòng tắm,
- đến cửa sổ, - đến hồ bơi,
- đến bàn nước, - đến nhà bếp...

Khi bé di chuyển, người lớn quan sát, theo dõi hoặc nhờ người khác quan sát giúp

Bài tập 19: Đi đến một nơi và mang về một đồ vật lấy từ nơi ấy

Ví dụ:

- Con đi qua phòng ăn, lấy mang về cho mẹ một cái muỗng.
- Em ra chỗ treo áo, lấy chiếc mũ của em đem về đây.
- Con ra ngoài vườn, mời ba vào ăn cơm,
- Con vào phòng khách, lấy cái ly cho mẹ...

Bài tập 20: Phát âm, bắt chước các con vật quen thuộc

Khi bé bập bẹ một cách tự phát, người lớn bắt chước và khuyến khích bé kéo dài thêm, một cách vui thú.

Bắt chước những tiếng mèo kêu, chó sủa, chim hót, em bé khóc...

Tổ chức trò chơi với một vài bé khác, để bé bắt chước nhau, như giả bộ khóc hu hu, cười ha ha, thút thít.

Những bài tập phát triển kỹ năng Bắt Chước

Bài tập 21: “Hãy nhìn ...”

Xem lại bài học số 4 ở trên. Bài học “*Hãy nhìn Mẹ...*” phải được bắt đầu rất sớm, được chừng nào hay chừng ấy

- Người lớn dùng đôi môi làm tiếng động, để giúp bé chú ý đến miệng của mình, cầm tay bé đưa lên miệng hôn.
- Rồi từ miệng, giúp bé đưa tay chạm cằm, tai, tóc... trước khi đưa tay tiếp xúc với mắt người lớn và nhìn người lớn.

- Ngày ngày lặp đi lặp lại những động tác nho nhỏ như vậy, nhất là khi cho bé ăn, khi chơi cùng bé. Không nên lo lắng hay buồn phiền mà luôn tin rằng bé cảm nhận được tình cảm yêu thương mà mình đang trao cho bé

Bài tập 22: Học chơi như cô, như mẹ, như ba, như anh/chị, ...

- Mẹ đẩy một chiếc xe về phía con, ba cầm tay giúp con đẩy chiếc xe trả về cho mẹ
- Đẩy trái banh tròn
- Đưa tay vỗ vào mặt trống
- Rung chuông nho nhỏ

Khi bé đã bắt đầu biết làm, người giúp bé chỉ dùng lời để khuyến khích.

Bài tập 23: Học làm những động tác

- mở cuốn sách ra,
- thả rơi một hạt đậu và ly nhựa,
- đưa tay vào hộp lấy trái banh,
- vỗ hay gõ vào mặt bàn, mặt trống,
- lấy nắp đậy chiếc hộp,
- ngồi trong lòng ba, lòng mẹ, lòng cô...tập chõng một khối vuông lên trên khối vuông khác,
- đưa tay sờ tai, sờ mũi...
- vẫy tay chào,
- vỗ hai tay...

Bài tập 24: Các cử động môi miệng để chuẩn bị phát âm

- le lưỡi như...
- há miệng ra to như...
- thổi tắt ngọn nến như...
- chu hú miệng như...
- gậy tiếng bập bập với đôi môi như...
- đưa lưỡi liếm môi trên,
- liếm môi dưới,
- liếm môi dưới,
- le lưỡi qua mặt và qua trái...

Bài tập 25: Tập phát âm

- Phát âm “A, A...” như...
- Phát âm “Ô, Ô...” như...
- I, I, I...
- E, e, e, ...
- Mơ, Mơ, Mơ...
- Pờ...
- Bờ...
- Cờ...

Bài tập 26: Chuẩn bị tập phát âm các từ

- gọi BA, BA,BA... như...
- gọi Mẹ như...
- làm bò rông BÒ... như...
- làm mèo kêu MEO... như...
- làm gió thổi VÙ, VÙ ... như...
- làm chó sủa Vâu Vâu... như...

Những bài tập về diễn tả và thông đạt

Bài tập 27: Phát âm theo yêu cầu

Suốt một ngày hay một tuần, tập trung vào việc lắng nghe, quan sát và ghi nhận tất cả mọi âm thanh mà bé có thể phát ra khi chơi một mình, cũng như khi trao đổi với người lớn cũng như với bạn bè.

Liệt kê một cách đầy đủ mọi âm thanh, vào một cuốn tập, ghi thêm đầy đủ những điều kiện và hoàn cảnh xuất hiện. Dựa vào đó, chúng ta sẽ lần lượt yêu cầu bé phát ra lại những âm thanh, trong bản liệt kê số 1.

Cách làm:

- Giai đoạn Một: Trở lại với bài học bắt chước với tất cả mọi âm thanh để kiểm tra khả năng của bé. Người lớn làm, bé bắt chước. Kiểm tra lại từng âm thanh.
- Giai đoạn Hai: Người lớn chỉ yêu cầu bằng lời nói, bé phát âm.
- Giai đoạn Ba: Sau độ một tuần làm việc, như đã lên kế hoạch trong giai đoạn Hai, người lớn làm lại một bản liệt kê số 2, gồm có những âm thanh mà bé phát ra một mình, khi được yêu cầu.
- Giai đoạn Bốn: Liên tục trong một thời gian, yêu cầu bé phát ra lại các âm thanh, cho đến lúc nhàn nhuyên, với từng âm thanh trong bản số 2 .

Bài tập 28: Ghép lại các âm thanh theo từng cặp thành một từ có ý nghĩa

Ví dụ: BỐ- MÈ, XE-MÌ...

Dựa vào những kết quả ấy, chụp những tấm ảnh của bố và mẹ, tìm ra những hình của bánh mì và chiếc xe, để cho bé nhìn và phát âm.

Cách tổ chức bài học:

- Chúng ta đưa ra 1 trong 4 tấm ảnh và hỏi: Ai? Cái gì?

- Khi bé đã học và có khả năng phát âm một cách dễ dàng với mỗi hình ảnh trên đây, chúng ta ghép lại hai hình với nhau, để bé nhìn, đưa tay chỉ và phát âm, như: **Bố Mẹ, Xe Mi.**

Bài tập 29: Gọi tên những đồ dùng, con vật và người quen thuộc khi nhìn ảnh

Mỗi ngày làm việc với bé chỉ độ 5 phút, cho đến khi bé trả lời một cách dễ dàng 2 câu hỏi, trước mỗi tấm hình: “Ai đây? Cái gì đây?”

Từ những bài học này, bé sẽ ngày ngày mở rộng thêm những chân trời ngôn ngữ của mình.

Bài tập 30. Tập chào hỏi và trò chuyện ngắn

- Gọi tên bé, chào và dạy bé chào mỗi khi gặp mặt và trước khi đi khỏi chỗ của bé.
- Chơi cùng với bé và trò chuyện với bé về đồ chơi bé đang chơi: nó dùng để làm gì?, có màu gì? Có hình gì? Con có thích không?, ...
- Dạy bé cách hỏi xin và đưa đồ chơi cho người khác khi được hỏi xin.

Bài tập 31. Tìm kiếm bạn cùng chơi với bé

- Khuyến khích anh chị em trong nhà tham gia vào các trò chơi với bé.
- Tổ chức các trò chơi cần nhiều bé tham gia và gọi thêm anh chị em hoặc bé con hàng xóm chơi cùng với bé.

Bài tập 32. Đi ra ngoài

- Dẫn bé đi dạo ở quanh nơi nhà ở của bé.
- Dạy bé biết chào khi gặp gỡ người xung quanh.
- Nói với bé về các sự vật nhìn thấy trên đường đi: cây cỏ, ao hồ, con vật, chim, cá, mặt trời, mưa, gió, ...
- Hỏi lại bé về những gì đang nói, giải thích thêm những điều bé muốn biết.
- Hướng dẫn bé đặt câu hỏi hoặc tập kể lại sự việc, diễn đạt cảm xúc của mình với mọi người.

Sau khi bé đã nhuần nhuyễn những bài học trên, chúng ta trở về với những bài tập phát triển nhận thức. Từ đây, bài học sẽ có mục tiêu là dùng ngôn ngữ để trả lời những câu hỏi như: *Ai đây? Cái gì đây? Người ấy làm gì? Ở đâu? ...*

Nhóm bài tập phát triển nhận thức

Mục tiêu: Bé được phát triển về trí tuệ và học hỏi như mọi bé em khác.

Cách thực hiện

Bài tập 1. Xếp hai vật hoàn toàn giống nhau

- Đặt trước mặt bé 2 chiếc đĩa bằng giấy và bảo: "Con hãy xếp chúng lại với nhau".
- Nếu bé còn phân vân, cha mẹ làm thử một lần cho bé thấy.
- Sau đó, tách rời các đĩa ra từng chiếc một và đặt để mỗi đĩa ở một nơi, và lặp lại lời chỉ dẫn.
- Nếu bé thành công, hãy khen. Nếu bé chưa làm được, chúng ta cầm tay hướng dẫn.
- Sau đó, làm bằng điệu bộ cho đến khi bé làm được.

Mở rộng: khi bé đã làm thành thạo với 2 vật, yêu cầu bé thực hiện với 3 vật, ...

Bài tập 2. Thả 2 hạt cườm hoàn toàn giống nhau vào bình hay hộp nhựa trong suốt

- Yêu cầu: Cũng có thể dùng 2 khối vuông nhỏ, hay là 2 hạt đậu lớn. Chiếc bình hay hộp cần có miệng rộng.
- Sau lời chỉ dẫn, chúng ta hãy làm mẫu một lần. Khi bé tự làm được với 2 hạt, chúng ta có thể tăng số lượng dần dần, từ 3 đến 5 hạt.

Bài tập 3: Tách rời 2 ly nhựa hay 2 đĩa giấy.

- Đặt trước mặt bé 2 chiếc đĩa hay 2 ly nhựa chồng lên nhau và yêu cầu: "Con hãy tách 2 chiếc ly này ra".
- Hãy làm mẫu một lần.

- Với bé còn khó khăn, hãy cầm tay hướng dẫn, sau đó chỉ dùng động tác và lời nói.
- Khi bé làm được với 2 chiếc, chúng ta có thể tăng dần lên tới 5 chiếc.

Bài tập 4: Lựa chọn và xếp lại những vật tương tự

- Đặt trước mặt bé một khay nhựa chứa nhiều viên sỏi, và một khay khác có nhiều nút chai (cúc áo, vỏ sò, kẹp phơi đồ) hay là một thứ khác tương tự.
- Đưa cho bé một viên sỏi và bảo: “Con hãy nhặt những viên sỏi như thế này”.
- Sau đó, đưa thêm một nút chai và bảo bé bỏ nút chai vào khay có những nút chai.
- Sau khi bé đã hiểu cách làm, chúng ta có thể đưa cho bé:
 - + *lần thứ nhất*: 2 viên sỏi và 1 nút chai,
 - + *lần thứ hai*: 2 viên sỏi và 2 nút chai,
 - + *lần thứ ba*: 3 viên sỏi và 3 nút chai trộn lẫn vào nhau,
 - + *lần thứ tư*: nhiều viên sỏi và nút chai, với số lượng không đồng đều nhau.

Bài tập 5: Lựa chọn và Xếp vật dụng khác nhau

- Chúng ta sử dụng 2 loại vật dụng khác nhau để sắp xếp vào trong 2 hộp hoặc 2 khay giống nhau.
- Đặt để trước mặt bé 3 chiếc xe ô-tô nhỏ và 3 hạt cườm (hoặc viên bi), cùng với 2 khay hay là 2 hộp nhựa. Bảo con xếp xe ô-tô vào một hộp, và xếp hạt cườm vào một hộp khác.
- Hãy làm mẫu một lần và lặp lại lời chỉ dẫn. Sau khi con làm được, hãy tăng dần độ khó:
 - *lần thứ nhất*: đưa cho bé 4 ô-tô và 4 hạt cườm,
 - *lần thứ 2*: tăng dần lên tới 6 đơn vị, trong mỗi loại,
 - *Sau cùng*, dùng 3 vật dụng khác nhau, với 3 chiếc hộp hoàn toàn giống nhau.

Bài tập 6: Sắp xếp bằng cách so sánh 3 hình khối với 3 hình thể khác nhau và 3 kích thước khác nhau.

- Đặt trước mặt bé 3 tấm bìa có vẽ sẵn 3 hình khác nhau: tròn, vuông và tam giác với 3 kích thước khác nhau.
- Đưa cho bé 3 hình khối với 3 hình thể tròn, vuông và tam giác.
- Bảo bé xếp khối tròn lên tấm bìa có hình tròn, khối vuông trên tấm bìa có hình vuông và khối tam giác trên tấm bìa có hình tam giác.

Làm mẫu một lần với tiến trình:

- *lần thứ nhất*: dùng 3 hình khối có 3 màu khác nhau. Trên mỗi tấm bìa có hình vẽ được tô màu giống như hình khối.

- *lần thứ 2*: dùng lại 3 hình khối có 3 màu khác nhau. Trên mỗi tấm bìa, chỉ tô màu theo màu của hình khối, các đường khung của hình vẽ mà thôi.

- *lần thứ ba*: không tô màu các đường khung của hình vẽ trên tấm bìa, chỉ có đường khung màu đen trên cả 3 tấm giấy.

Bài tập 7: Phân phối đồng đều

- Đưa cho bé 2 viên sỏi và 2 ly nhựa hoàn toàn giống nhau.
- Bảo bé bỏ vào trong mỗi ly nhựa một viên sỏi.
- Làm mẫu một lần cho bé thấy. Bảo bé: “*Con hãy bỏ một viên sỏi vào một ly nhựa*”. Nếu bé bỏ cả 2 viên vào trong một ly duy nhất, chúng ta vừa đưa tay làm dấu và vừa nói “*không phải*”. Làm lại cho đến khi bé làm được.

Sau khi bé thành công với 2 viên sỏi và 2 ly, chúng ta có thể tăng lên 3, rồi 4, 5. Với bao nhiêu viên, chúng ta dùng bấy nhiêu ly nhựa. Nếu bé đã biết bên trái và bên phải, hãy bảo bé bắt đầu bên trái và lần lượt đi qua phải. Tuy nhiên, chúng ta không nên cố gắng với cách làm này đối với bé còn khó khăn.

Bài tập 8. Dùng các hộp đựng trứng trong siêu thị.

Để bé lặp lại tác động phân phối trên với các loại hộp đựng trứng trong các siêu thị:

- *lần thứ nhất*: dùng hộp có 6 ô và trao cho bé 6 hạt cườm, nói: “Hãy đặt vào trong mỗi ô 1 hạt cườm”. Ban đầu, để cho bé tự làm, dần thử đề nghị làm từ trái

qua phải. Xong hàng trên, đi xuống hàng dưới. Tuy nhiên với bé chưa xác định được trái và mặt, trên và dưới, chúng ta không nên quá cố gắng.

- **lần thứ 2**, sau khi bé thành tựu công việc với hộp trứng có 6 ô, chúng ta trao cho bé hộp trứng có 12 ô với 12 hạt cườm. Thể thức tiến hành hoàn toàn giống như trên.

Bài tập 9. Phân phối và xếp loại bằng cách so sánh và phân biệt 2 màu sắc khác nhau (xếp loại theo một tiêu chuẩn)

Yêu cầu: Trong trò này, cha mẹ dùng những vật dụng hoàn toàn giống nhau về hình thức và kích thước, chỉ khác nhau về màu sắc. Ban đầu dùng 2 màu sắc khác biệt như màu đỏ và màu xanh dương.

Tiến hành: Trao cho con 2 quả bóng, một đỏ và một xanh dương cùng 2 hộp màu đỏ và xanh dương. Nói: “Con hãy bỏ quả đỏ vào hộp đỏ, quả xanh vào hộp xanh”. Sau khi bé làm được với 2 đơn vị, chúng ta có thể tăng dần tới 7 đơn vị với 7 màu khác nhau. Từ lần thứ 2 hay thứ 3 trở đi, không dùng loại hộp có màu sắc thích hợp với vật dụng được phân chia, chỉ dùng một loại hộp giống nhau cho bất cứ màu nào. Vật dụng để xếp loại, theo tiêu chuẩn màu sắc có thể là những đồ chơi nhỏ như: xe ô tô, máy bay, hạt bi...

Bài tập 10: Trò chơi lô-tô

Sau khi bé đã có khả năng so sánh và xếp lại với nhau 2 đồ vật cụ thể hoàn toàn giống nhau, ba mẹ sử dụng 2 hình ảnh hoàn toàn giống nhau để chơi trò lô-tô.

- Một tấm giấy cứng và lớn có nhiều hình ảnh được sắp xếp theo hàng và theo cột.
- Bên cạnh có những tấm hình ảnh riêng biệt.
- Yêu cầu con chọn 1 hình ảnh rời và tìm 1 ô vuông trên khung mẫu có hình ảnh hoàn toàn giống như vậy, và đặt chúng chồng lên.

Thay vì mua sắm những trò chơi lô-tô có sẵn trong các siêu thị, cha mẹ hoặc giáo viên có thể tự làm những tấm lô-tô với các hình ảnh quen thuộc và có cỡ lớn thích hợp với bé. Có thể dùng:

- lô-tô về màu sắc,
- lô-tô về loài vật,
- lô-tô về các vật dụng quen thuộc,
- lô-tô về vị trí,
- lô-tô về các loại hoa.

Mỗi khung mẫu có 4 hoặc 6 ô hay là nhiều hơn, tùy vào lứa tuổi và mức độ phát triển của con.

CÁC TRÒ CHƠI CẤP 2

Bắt đầu từ cấp này, chỉ khi nào bé thực hiện được các bài tập trên, mới tiếp tục cho bé tập các bài tập tiếp theo dưới đây, hoặc nếu phụ huynh có khả năng, có thể thêm, bớt độ khó để vừa tâm với mức phát triển của bé.

Bài tập 11: So sánh và xếp loại theo tiêu chuẩn lớn nhỏ

- Ban đầu chúng ta khởi sự với những khối vuông.
- Đưa cho bé 2 khối vuông với kích thước khác nhau, yêu cầu bé xếp một khối vuông lớn vào trong một hộp có sẵn một vài khối vuông lớn.
- Sau đó, xếp khối vuông nhỏ vào hộp thứ 2 có sẵn một vài khối vuông nhỏ.
- Lặp đi lặp lại 2 hoặc 3 lần. Sau mỗi lần, thay đổi chỗ các hộp, cho đến khi bé thành thạo.

Bài tập 12 So sánh và xếp loại theo cỡ

- Trong trò 12, bé sắp xếp chỉ 2 khối vuông. Ở cấp 2 này, bé có nhiều đơn vị lớn và nhỏ trộn lẫn.
- Ban đầu, trong mỗi hộp có sẵn một khối làm mẫu.
- Khi bé đã hiểu thế nào là lớn và nhỏ, chỉ có 2 hộp trống, để bé chọn lựa hộp nào dành cho cỡ lớn, hộp nào dành cho cỡ nhỏ.
- Những vật liệu được dùng có thể là khối vuông, bóng, nút áo...

Bài tập 13: Xếp loại theo cỡ (3)

Ở cấp ba này chúng ta có thể dùng các loại hộp có nắp đậy. Hình thức các hộp giống nhau nhưng kích thước khác nhau. Trao cho bé 2 hộp và 2 chiếc nắp đậy khác

nhau và bảo: **“Con hãy lấy nắp đậy các chiếc hộp lại. Mỗi hộp có một chiếc nắp riêng”**.

- **Lần thứ nhất**, chọn 2 cỡ rất khác nhau và dễ phân biệt,
- **Lần thứ 2**, chọn 2 cỡ gần khác nhau,
- **Lần thứ ba**, chọn 2 cỡ gần tương tự.

Bài tập 14: Xếp loại theo cỡ (4)

- Dùng 2 ly nhựa có 2 cỡ khác nhau và bảo bé: **“Con hãy lồng ly nhỏ vào trong ly lớn”**

Ban đầu, dùng 2 ly có 2 cỡ rất khác nhau.

- Lần thứ 2, thêm 1 chiếc ly có cỡ trung bình.
- Lần thứ ba, tăng số lượng lên 4 và nhiều hơn.

Bài tập 15: Nhận biết tiếng kêu của động vật

Có 3 cách:

- **Cách thứ nhất**, làm một tiếng kêu như: “gâu gâu, meo meo, cúc cù cu...” rồi hỏi bé: “Con vật nào kêu như thế?”. Bé sẽ tìm một trong 3 con vật bằng gỗ hay cao-su có sẵn trước mặt và đưa lên.

- **Cách thứ 2**, cầm con vật bằng gỗ và hỏi: “Con vật này kêu thế nào?”. Bé cần bắt chước tiếng kêu của con vật đó.

- **Cách thứ ba**, đưa lên hình ảnh của con vật và yêu cầu bé làm tiếng kêu.

Hãy bắt đầu với những con vật quen thuộc và gần gũi như gà, vịt, chó, mèo, lợn...

Bài tập 16: Nhận ra những âm thanh

Bắt đầu với những dụng cụ thông thường như chuông, còi, lúc-lắc, trống, sáo...

- Bước thứ nhất: để sẵn trước mặt bé 2 hoặc 3 dụng cụ quen thuộc. Đằng sau một tấm màn, thầy hoặc cô có một bộ dụng cụ giống hệt. Thầy cô thổi một tiếng sáo. Sau đó yêu cầu bé: “Hãy phát ra một âm thanh giống như cô”. Nếu bé làm đúng, khen thưởng ngay. Nếu bé làm sai, khuyến khích bé hãy lắng nghe hoặc cất tấm màn che để cho bé thấy dụng cụ trên tay của chúng ta để bắt chước.

- Bước thứ hai: Sau khi bé đã thành công bước thứ nhất, chúng ta đưa lên hình ảnh của dụng cụ và yêu cầu bé phát ra một âm thanh, với dụng cụ có sẵn ở trước mặt.

- Bước thứ ba là trở lại với tấm màn che để giúp bé lắng nghe và phát ra một âm thanh tương tự.

- Bước thứ tư, chúng ta cất đi những vật dụng cụ thể, và yêu cầu bé làm một cử điệu như rung chuông, thổi sáo...khi nhận ra âm thanh của chuông và ống sáo.

Bài tập 17: Chuẩn bị học vẽ và học viết

Trên mặt tấm bảng trước mặt bé, chúng ta treo sẵn thành hàng một số hình ảnh quen thuộc mà bé đã như cuốn sách, chiếc bàn, trái banh lớn, cái chén, cái đĩa, con mèo...

Hỏi: “Chiếc bàn nằm ở đâu? Con hãy lên lấy bút màu làm một dấu x ở bên dưới.”

Chúng ta cũng có thể thêm: dấu x màu đỏ ở dưới hình chiếc bàn, dấu x màu vàng dưới hình con mèo..., để bé có thể nhận ra các bút màu khác nhau.

Bài tập 18: Ý thức về sơ đồ thân thể

Bảo bé: “*Hãy nhìn và làm theo*”:

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| - đưa 2 tay lên cao, | - đứng lên |
| - đưa 2 tay đụng đầu, | - đưa 2 tay đụng mặt đất |
| - đưa tay mặt đụng trán, | - đưa tay mặt đụng vai bên trái, |
| - đưa tay trái đụng tai trái, | - đưa tay trái đụng tai bên mặt, |
| - ngồi xuống, | - đưa 2 tay đụng đầu gối... |

Sau khi bé đã biết bắt chước và nhận biết các phần của thân thể, cho bé làm và ra yêu cầu. Người hướng dẫn cũng nên bắt chước. Cuối cùng, chỉ ra yêu cầu để bé làm, hoặc cũng có thể cho cho bé ra lệnh, mình thực thi.

Bài tập 19: Xếp thành đôi

Ba mẹ bày một cách lộn xộn những chiếc giày, chiếc dép và chiếc vớ. Bảo bé sắp xếp lại thành đôi đúng chỗ và thích hợp, theo cỡ, theo màu, theo hình thức...

Bài tập 20: Kết ráp những thành phần lại với nhau của một tấm hình.

- Chọn trong báo những tấm hình lớn, cắt và dán vào những tấm bìa dày.
- Sau đó lại cắt ra thành 4-5 mảnh.
- Bảo bé kết ráp các mảnh lại với nhau cho đúng vị trí.
- Nếu bé lúng túng, lấy một tấm hình giống vậy để làm mẫu.
- Dần dần, cắt mẫu đi để bé có thể hình dung, phỏng đoán, tìm kiếm.
- Lúc đầu chỉ cắt làm đôi, sau đó là 4, rồi 6, rồi cắt các miếng to nhỏ, hình dáng khác nhau. Khi bé đã làm quen với cách làm, có thể chọn nhiều nội dung, với số lượng các mảnh càng ngày càng tăng.

Bài tập 21: Đo dung lượng

Dùng các cốc nhựa trong suốt và ghi ở ngoài một lần mức rõ ràng. Bảo bé rót nước vào ly cho đến lần mức được ấn định trên mỗi ly. Thay vào nước, chúng ta có thể dùng các loại hạt khác nhau hoặc cát biển...

Bài tập 22: Sắp xếp các hình theo thứ tự thời gian

Với máy ảnh, chúng ta có thể tạo nên những bộ hình ảnh từ 3 đến 4 tấm để bé sắp xếp từ trái sang phải, theo trình tự thời gian.

Ví dụ:

- tấm thứ nhất, con đi ra tiệm bán kem;
- tấm thứ hai, con mua một cây kem nơi bà bán hàng;
- tấm thứ ba con trả tiền;
- tấm thứ bốn con bắt đầu ăn kem; tấm thứ năm, con chỉ còn một nửa cây kem.

Với những bài tập trên, chúng ta có thể sử dụng để giúp bé phát huy tư duy “không lười”. Mục tiêu chính là dưới hình thức vui chơi, cha mẹ hay giáo viên với những dụng cụ có sẵn trong tầm tay có thể làm rất nhiều điều giúp bé vượt qua những khó khăn trong học tập và phát triển tư duy. Chúng ta có thể vừa làm, vừa chơi và nhất là tạo sự hứng khởi cho bé.

