

MỤC LỤC

Trang

BÀI 1. MỘT SỐ VẤN ĐỀ CHUNG VỀ TỰ KỈ

I Rối loạn phổ tự kỉ

- 1 *Tự kỉ là gì*
- 2 *Tự kỉ tuổi ấu thơ*
- 3 *Tự kỉ tuổi trưởng thành*

II Phân loại tự kỉ

- 1 *Tự kỉ điển hình*
- 2 *Hội chứng Asperger*
- 3 *Hội chứng Rett*
- 4 *Hội chứng rối loạn phân rã thời thơ ấu*
- 5 *Hội chứng rối loạn rối loạn phát triển không xác định*

III Nguyên nhân của tự kỉ

IV. Vai trò tâm lý trong hỗ trợ trẻ rối loạn phổ tự kỉ

BÀI 2. ĐẶC ĐIỂM TÂM – SINH LÝ CỦA TRẺ TỰ KỈ

I Đặc điểm về não bộ, hệ thần kinh

II Đặc điểm về các giác quan

III Đặc điểm về nhận thức, học tập

IV Đặc điểm về ngôn ngữ và giao tiếp

BÀI 3. CÁC PHƯƠNG PHÁP TRỊ LIỆU CHO TRẺ TỰ KỈ

I Các phương pháp trị liệu bằng thuốc, dinh dưỡng

- 1 *Chế độ ăn*
- 2 *Sử dụng thuốc*
- 3 *Vitamin và dinh dưỡng*

II Trị liệu cảm giác/giác quan/điều hòa cảm giác

1 Tiền đình

2 Cảm giác bản thể

3 Xúc giác

III Phương pháp Trị liệu ngôn ngữ

1 VBA là gì?

2 Tiến trình huấn luyện của VBA

IV Phương pháp Trị liệu hoạt động

V Phương pháp Trị liệu hành vi

BÀI 1. MỘT SỐ VẤN ĐỀ CHUNG VỀ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

I. Rối loạn phổ tự kỷ

1. Rối loạn phổ tự kỷ là gì?

H là một cậu bé lên 1 khỏe mạnh, nhưng cha mẹ cậu rất lo lắng bởi vì H không làm những việc như các anh chị cháu thường làm khi ở cùng độ tuổi như chơi ú òa, mỉm cười với người trong gia đình hay các cử chỉ điệu bộ thu hút sự quan tâm của người lớn. Bố mẹ và mọi người trong gia đình tìm mọi cách để thu hút H bằng đồ chơi, các bài hát và trò chơi nhưng cậu bé dường như không quan tâm đến bất cứ điều gì. H cũng thể hiện rất ít các giao tiếp bằng mắt. Mặc dù các kiểm tra về thính lực cho thấy H có sức nghe hoàn toàn bình thường nhưng cậu bé không hề bập bẹ, ầu ơ tập phát ra các âm thanh hay phản ứng khi được cha mẹ gọi tên. Hần là H cần được các bác sĩ cũng như các nhà chuyên môn đánh giá kiểm tra phát triển.

Vào đầu những năm 1940 Leo Kanner và Hans Asperger, những người đi tiên phong trong lĩnh vực tự kỷ, đã sử dụng các nội dung này trong các bài báo của họ (một cách độc lập với nhau), mô tả về những trẻ có các tính cách mà ngày nay chúng ta nhìn nhận là bị tự kỷ; từ đây khái niệm về tự kỷ được ra đời. Cả hai nhà chuyên môn này đã mô tả về những trẻ phát triển với những mối quan tâm đặc biệt nhưng cũng có những khiếm khuyết trong các lĩnh vực về giao tiếp và sự tương tác xã hội. Kanner mô tả về những trẻ tự kỷ mức độ nặng với kết luận rằng đó là một điều đáng sợ. Asperger mô tả về những trẻ nhẹ hơn và ông nhận thấy rằng có thể có một số đặc trưng tích cực ở trẻ tự kỷ và có thể mang đến một kết quả tốt đẹp khi chúng trưởng thành. Trong 30 năm sự mô tả của Kanner đã được thừa nhận một cách rộng rãi.

Ngày nay, với nhiều kết quả nghiên cứu đã cho thấy rằng Tự kỷ là một phổ rộng của những rối loạn có liên quan chặt chẽ các triệu chứng đan xen lẫn nhau. Rối loạn phổ tự kỷ xuất hiện ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ gây ra sự chậm trễ trong nhiều lĩnh vực phát triển như học việc học nói, chơi và tương tác với người khác.

Các dấu hiệu và triệu chứng của tự kỷ cũng như những tác động của chúng rất khác nhau. Một số trẻ mắc tự kỷ có thể chỉ có những suy giảm nhẹ, trong khi những người khác có nhiều trở ngại phải vượt qua. Tuy nhiên, mọi trẻ em tự kỷ đều có những khó khăn, ít nhất là ở một mức độ nào đó trong ba lĩnh vực sau:

- Giao tiếp bằng lời nói và giao tiếp không lời
- Liên hệ với mọi người và thế giới xung quanh.
- Suy nghĩ và hành xử một cách linh hoạt.

Từ cuối những năm 70 và đầu những năm 80, thuật ngữ rối loạn phổ tự kỷ (Autism Spectrum Disorders – ASDs) xuất hiện với phạm vi mô tả rộng hơn bao

trùm cả thuật ngữ rối loạn phổ tự kỉ. Rối loạn phổ tự kỉ (gọi tắt là tự kỉ) là tên gọi dùng cho một nhóm các rối loạn phát triển ảnh hưởng tới não bộ, bao gồm một nhóm các hội chứng: Rối loạn tự kỉ (Autism disorder), rối loạn Rett (Rett's Disorder), rối loạn Asperger (Asperger's Disorder), Rối loạn phân rã thời thơ ấu (Childhood Disintegrative Disorder), Rối loạn phát triển lan tỏa không đặc hiệu khác. Sự rối loạn ảnh hưởng tới khả năng giao tiếp, khả năng tương tác xã hội và khả năng phản ứng một cách phù hợp với thế giới bên ngoài. Người mắc tự kỉ có xu hướng có những hành vi hoặc sở thích lặp đi lặp lại và lối suy nghĩ cứng nhắc. Mức độ nghiêm trọng của tự kỉ ở mỗi người rất khác nhau. Có những người mắc tự kỉ vẫn có chức năng tương đối cao, ngôn ngữ cũng như trí thông minh của họ không bị ảnh hưởng. Có nhiều người bị suy giảm nhận thức nghiêm trọng và hạn chế nhiều về mặt ngôn ngữ, thậm chí không bao giờ nói.

Theo Chuyên trang tự kỉ của Liên hiệp Quốc (2008), “tự kỉ là một dạng khuyết tật phát triển tồn tại suốt cuộc đời, thường xuất hiện trong ba năm đầu đời. Tự kỉ là do rối loạn thần kinh gây ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của não bộ. Tự kỉ có thể xảy ra ở bất cứ cá nhân nào không phân biệt giới tính, chủng tộc hoặc điều kiện kinh tế - xã hội. Đặc điểm của tự kỉ là những khiếm khuyết về tương tác xã hội, giao tiếp ngôn ngữ và phi ngôn ngữ và có hành vi, sở thích, hoạt động mang tính hạn hẹp, lặp đi lặp lại”.

2. Rối loạn phổ tự kỉ tuổi ấu thơ:

Trẻ tự kỉ có thể có những sai lệch trong quá trình phát triển bình thường. Bạn có thể nhận thấy một số khác biệt đó. Bằng cách nghiên cứu tiến trình của sự phát triển, bạn có thể phát hiện ra một cách ngạc nhiên phong cách học tập của trẻ. Những hiểu biết này đem lại một bức tranh hoàn chỉnh hơn về những điều trẻ có thể học được.

Các dấu hiệu và triệu chứng của tự kỉ cũng như những tác động của chúng rất khác nhau. Một số trẻ mắc tự kỉ có thể chỉ có những suy giảm nhẹ, trong khi những người khác có nhiều trở ngại phải vượt qua. Tuy nhiên, mọi trẻ em tự kỉ đều có những khó khăn, ít nhất là ở một mức độ nào đó trong ba lĩnh vực sau:

- Giao tiếp bằng lời nói và giao tiếp không lời
- Liên hệ với mọi người và thế giới xung quanh.
- Suy nghĩ và hành xử một cách linh hoạt.

Tự kỉ có liên quan đến nhiều loại chậm phát triển, vì vậy hãy lưu ý nếu nhận thấy trẻ không đạt được các mốc phát triển bình thường đó là một cách hữu hiệu để phát hiện các vấn đề ban đầu. Chậm phát triển không thể trở thành tự kỉ nhưng chúng lại có thể gợi ra cho thấy một số nguy cơ cao.

Thoái lui ở bất kỳ lĩnh vực nào là một cảnh báo về rối loạn phổ tự kỉ.

Một số trẻ tự kỉ đã phát triển các kĩ năng giao tiếp và sau đó bị thoái lui, thường vào lúc trẻ được 12 đến 24 tháng tuổi. Ví dụ, một trẻ đã sử dụng được các từ “mẹ” hoặc “lên” có thể ngừng sử dụng ngôn ngữ một cách hoàn toàn, hay

một trẻ có thể ngừng chơi các trò chơi xã hội mà nó đã từng làm trước đó như trò chơi ú òa, vẫy tay bye bye. Bất kỳ sự biến mất việc nói bập bẹ, ngôn ngữ cử chỉ điệu bộ, hoặc các kỹ năng xã hội cần được nhìn nhận một cách nghiêm túc, sự thoái lui là một cảnh báo nguy cơ của hội chứng tự kỉ.

2.1. Các dấu hiệu và triệu chứng rối loạn phổ tự kỉ ở trẻ sơ sinh và trẻ mới biết đi

Nếu rối loạn phổ tự kỉ được phát hiện sớm thì việc trị liệu có thể tận dụng một cách tối đa tính mềm dẻo của não bộ. Mặc dù rối loạn phổ tự kỉ rất khó có thể chẩn đoán trước 24 tháng nhưng các dấu hiệu lâm sàng thường xuất hiện từ 12 cho đến 18 tháng tuổi, các trị liệu tích cực có thể giúp tác động đến não bộ và đảo ngược các triệu chứng.

Những dấu hiệu sớm của tự kỉ thường là sự vắng mặt của các hành vi bình thường- không có sự hiện diện của các hành vi bất thường vì vậy chúng rất khó để phát hiện. Trong một số trường hợp, các triệu chứng sớm nhất của tự kỉ thậm chí còn bị hiểu sai như là các dấu hiệu của một trẻ “ngoan” bởi vì trẻ sơ sinh không quấy khóc, rất độc lập và không đòi hỏi. Tuy nhiên, bạn có thể nhận thấy các dấu hiệu cảnh báo sớm nếu bạn biết những điều mà mình cần tìm kiếm. Một số trẻ tự kỉ không thích được ôm ấp, trườn ra khỏi vòng tay nếu được ôm, hoặc không nhìn vào mắt mẹ khi mẹ cho bú.

2.1.1. Một số dấu hiệu sớm của tự kỉ ở trẻ sơ sinh và trẻ tập đi.

- Không nhìn thẳng vào mắt (Ví dụ nhìn vào bạn khi bạn cho trẻ ăn)
- Không cười đáp lại khi người khác mỉm cười với trẻ.
- Không đáp ứng với các âm thanh quen thuộc hay khi được gọi tên.
- Không dõi theo đồ vật
- Không chỉ tay hay vẫy tay khi chào tạm biệt hay sử dụng các cử chỉ khác để giao tiếp.
- Không nhìn theo tay chỉ.
- Không tạo ra âm thanh để thu hút sự chú ý của người lớn.
- Không khởi xướng hay đáp ứng với sự âu yếm.
- Không bắt chước các chuyển động và nét mặt của người lớn.
- Trườn ra khi được ôm ấp.
- Không chơi với người khác, không chia sẻ sự quan tâm và thích thú.
- Không yêu cầu giúp đỡ hay đưa ra các yêu cầu cơ bản khác.

2.2. Các dấu hiệu và các triệu chứng của tự kỉ ở trẻ em

Khi trẻ lớn lên những dấu hiệu nguy cơ của tự kỉ trở nên đa dạng hơn. Có rất nhiều dấu hiệu và triệu chứng cảnh báo nhưng chúng thường xoay quanh các khiếm khuyết về kỹ năng xã hội, các khó khăn lời nói và ngôn ngữ, các khó khăn

trong giao tiếp không lời và các hành vi đập khuôn.

2.2.1. Các dấu hiệu và triệu chứng của những khó khăn trong giao tiếp xã hội ở trẻ tự kỉ.

Trẻ tự kỉ gặp khó khăn trong các tương tác xã hội cơ bản. Nhiều trẻ tự kỉ dường như thích sống trong thế giới riêng, tách biệt và rời xa khỏi những người khác.

- Thể hiện sự thờ ơ hay không nhận thức được những người hay sự việc đang diễn ra xung quanh.
- Không biết cách tương tác, chơi hay kết bạn.
- Không thích bị đụng chạm vào cơ thể, âu yếm hay ôm ấp.
- Không biết chơi các trò chơi “giả vờ”, không tham gia vào các trò chơi tập thể, không bắt chước người khác hoặc không biết chơi đồ chơi theo cách sáng tạo.
- Gặp khó khăn trong việc hiểu hay diễn tả cảm xúc.
- Tỏ vẻ lơ đãng khi người khác đang nói chuyện với mình.
- Không chia sẻ thành công hay mối quan tâm với người khác (bức vẽ, đồ chơi)

2.2.2. Các dấu hiệu và triệu chứng về những khó khăn trong ngôn ngữ và lời nói ở trẻ tự kỉ

Trẻ rối loạn phổ tự kỉ có khó khăn với ngôn ngữ và lời nói. Chúng thường thể hiện việc chậm chễ trong việc biết nói.

- Nói bằng những giai điệu bất thường hoặc với một nhịp điệu kỳ lạ (ví dụ kết thúc mỗi câu nói như kiểu một câu hỏi)
- Lặp đi lặp lại một từ hoặc một cụm từ
- Phản ứng với các câu hỏi bằng cách lặp lại chứ không phải trả lời câu hỏi.
- Đề cập đến mình ở ngôi thứ ba.
- Sử dụng ngôn ngữ không chính xác (các lỗi ngữ pháp, các từ sai)
- Có khó khăn trong việc thể hiện nhu cầu hoặc mong muốn
- Không hiểu những hướng dẫn, lời nói hay các câu hỏi đơn giản.
- Hiểu theo nghĩa đen của từ ngữ (không hiểu các câu nói đùa, sự châm biếm, mỉa mai)

2.2.3. Các dấu hiệu và triệu chứng về khó khăn trong giao tiếp không lời ở trẻ tự kỉ

Trẻ rối loạn phổ tự kỉ gặp khó khăn trong việc đoán biết các dấu hiệu ngôn ngữ không lời và các ngôn ngữ cơ thể vì vậy dẫn đến các khó khăn trong giao tiếp xã hội “cho-và-Nhận”

- Tránh giao tiếp bằng mắt

- Diễn tả nét mặt không phù hợp với lời nói.
- Không đoán biết được biểu hiện của người khác thông qua nét mặt, giọng nói và cử chỉ
- Có ít các cử chỉ, điệu bộ (như chỉ tay), thờ ơ lạnh lùng giống kiểu như người máy.
- Phản ứng bất thường với mùi vị, âm thanh, địa điểm mới và kết cấu của vật liệu. Có thể đặc biệt nhạy cảm với những âm thanh lớn.
- Có những chuyển động, tư thế bất thường hoặc vụng về (ví dụ đi bằng các đầu ngón chân-nhón chân)

2.2.4. Các dấu hiệu và triệu chứng của các hành vi đập khuôn ở trẻ rối loạn phổ tự kỉ

Trẻ rối loạn phổ tự kỉ thường bị cứng nhắc, thiếu linh hoạt, thậm chí bị ám ảnh trong các mối quan tâm, các hoạt động hay các hành vi.

- Làm theo thói quen cứng nhắc (Chỉ đi theo một con đường duy nhất để đến trường)
- Gặp khó khăn trong việc thích nghi với bất kỳ thay đổi nào trong lịch trình hoặc môi trường (ví dụ: sẽ bùng phát nếu đồ chơi không được sắp xếp theo như ban đầu hoặc đi ngủ sớm hoặc muộn hơn bình thường)
- Luôn gắn chặt một cách bất thường với một số vật như chìa khóa, bật lửa hoặc sợi dây chun.
- Quá bận tâm tới những chủ đề hẹp, thường liên quan đến các con số hoặc các kí hiệu (ví dụ: ghi nhớ và tìm hiểu về các loại bản đồ, lịch trình, các số liệu thống kê về các sự kiện thể thao)
- Dành nhiều thời gian để sắp xếp đồ chơi theo một cách nhất định, theo dõi đồ vật chuyển động như quạt trần quay hoặc tập trung vào một phần nhất định của đồ vật như bánh xe của chiếc xe ô tô đồ chơi.
- Lặp lại các hành động giống nhau hay chuyển động một cách lặp đi lặp lại như vỗ tay, lắc lư người, hoặc xoay tròn người (đây được gọi là hành vi tự kích thích). Một số nhà nghiên cứu và bác sĩ tin rằng những hành vi này có thể xoa dịu cho trẻ tự kỉ hơn là kích thích chúng.

Những hành vi tự kích thích:

- Vỗ tay
- Lắc người từ trước ra sau.
- Xoay theo vòng tròn
- Gõ ngón tay
- Đập đầu vào đồ vật, tường

- Nhìn chăm chăm vào ánh sáng
- Di chuyển ngón tay ở sát mắt
- Chơi các ngón tay
- Đập tay vào hai tai
- Cào trầy xước da
- Sắp đồ chơi theo hàng
- Xoay tròn đồ chơi
- Quay bánh xe đồ chơi
- Nhìn đồ vật chuyển động
- Bật, tắt công tắc đèn
- Lặp lại các âm thành và tiếng ồn

3. Rối loạn phổ tự kỉ tuổi trưởng thành

Trưởng thành là một giai đoạn khó khăn trong cuộc đời đối với tất cả mọi người. Sự thay đổi về cơ thể, học môn tăng trưởng và tâm tính thất thường. Bản thân thanh thiếu niên trưởng thành và những người xung quanh đều luôn ở trong tâm trạng căng thẳng. Thanh thiếu niên thuộc phổ tự kỉ phải đối mặt với sự thay đổi của cơ thể và giác giác quan mà chúng không thấu hiểu được điều này. Đối với hầu hết thanh thiếu niên, chúng có thêm nhiều khó khăn phải vượt qua trong cuộc sống xã hội nơi mà ở đó bạn bè cùng trang lứa ở các cung bậc cảm xúc khác nhau. Đối với trẻ tự kỉ thì nỗi lo lắng và mối bận tâm sẽ nhiều hơn. Cần phải dạy trẻ các kỹ năng mà chúng cần có trong một môi trường mà không phải lúc nào cũng thích hợp với những khác biệt của chúng.

3.1. Những thách thức đối với thanh thiếu niên thuộc phổ tự kỉ

a. Các vấn đề về sức khỏe

Cơ thể chúng ta là nguồn năng lượng của chúng ta, nó giữ cho chúng ta hoạt động và nuôi dưỡng bộ não. Nếu cơ thể của chúng ta hoạt động không hợp lý thì chúng ta sẽ không đạt được những gì mà chúng ta cần. Chính bởi vậy, sức khoẻ thể chất của trẻ ở tuổi thanh thiếu niên là vấn đề đầu tiên cần quan tâm.

NÃO BỘ- MỐI LIÊN HỆ VỚI DẠ DÀY

Có rất nhiều người được chẩn đoán có rối loạn phổ tự kỉ thể hiện sự thiếu hụt của hệ thống miễn dịch hoặc các khó khăn trong tiêu hoá, có vấn đề với đồ ăn, thức uống hoặc các loại dị ứng thực phẩm khác. Mặc dù không phải tất cả những người mắc chứng tự kỉ đều có những biểu hiện này nhưng nếu cơ thể họ không thể hấp thụ một loại thực phẩm nào đó (như gluten, casein) hoặc cơ thể không hấp thụ được các chất dinh dưỡng thì không nên duy trì những chất đó trong chế độ ăn uống.

Hàng ngày trên các phương tiện truyền thông chúng ta đều thấy nói về tầm quan trọng của việc có chế độ ăn uống thích hợp và những thói quen ăn uống khoẻ mạnh. Chính vì vậy, cần phải hiểu biết về thực đơn hàng ngày để giảm bớt các vấn đề về sức khoẻ có liên quan đến những gì mà chúng ta ăn uống. Ăn uống theo thực đơn với các sản phẩm đã được chế biến có các chất phụ gia như màu thực phẩm, chất bảo quản, đường và màu nhân tạo có ảnh hưởng đến hành vi của một số người.

Quan sát quá trình ăn uống của một thanh thiếu niên và những hành vi hệ quả của việc ăn uống sẽ cho bạn thấy việc liệu đồ ăn thức uống có phải là một nhân tố quan trọng hay không. Liệu việc trẻ chỉ ăn uống một loại thức ăn nhất định nào đó là do không thích cách chế biến của các thực phẩm khác hay còn do những thực phẩm này gây ra sự khó chịu và những đau đớn đối với cơ thể chúng? Trẻ có thể có các bất thường trong tiêu hóa như chứng táo bón hay tiêu chảy? Nhìn trẻ có vẻ mệt mỏi và xanh xám? Trẻ có hay bị dị ứng hoặc hay bị ốm? Những cơn thịnh nộ của trẻ mà không có bất kỳ nguyên nhân cụ thể nào? Có thể trẻ đang bị đau bụng hoặc đau dạ dày mà không thể nói với bạn. Chúng ta cần cho trẻ gặp bác sĩ, làm các xét nghiệm.

Với những thanh thiếu niên thuộc phổ tự kỉ có kỹ năng giao tiếp tốt, chúng ta có thể biết được nhiều thông tin đang diễn ra trong những hiện tượng này. Với những thiếu niên không giao tiếp, biểu đồ hành vi và chế độ ăn uống có thể cung cấp thông tin cho bạn biết việc gì đang diễn ra. Cần phải cân nhắc việc cho trẻ ăn các chất bổ dưỡng nếu trẻ phàm ăn hoặc có nhiều vấn đề trầm trọng về tiêu hoá.

CÁC CƠ CO GIẬT

Trong suốt quá trình dậy thì, cứ bốn người tự kỉ thì có một người có biểu hiện cơ giật. Mặc dù chưa có một nguyên nhân chính xác nào được khẳng định nhưng cơ giật có thể là do sự thay đổi về hocmon trong cơ thể. Đôi khi những cơn co giật này không được báo trước. Nhiều cơn co giật rất không đáng kể, chỉ thoáng qua và không thể phát hiện ra bằng những quan sát thông thường. Một số dấu hiệu cận lâm sàng cho thấy thanh thiếu niên thể hiện chứng cơ giật bao gồm:

- Có ít tiến bộ hoặc không tiến bộ trong học tập mặc dù trước đó học khá tốt ở tuổi thơ ấu và những năm trước tuổi lên mười.
- Biến mất một số hành vi và/không tiến bộ trong nhận thức
- Thể hiện các vấn đề về hành vi như tự làm tổn thương, hung hăng và hay nổi cơn thịnh nộ.

Một xét nghiệm điện não đồ sẽ cho thấy các cơn co giật. Tuy nhiên, nếu điện não đồ không tìm thấy các sóng não bất thường trong suốt quá trình làm xét nghiệm thì điều đó cũng không có nghĩa là người này không có các cơn co giật. Để tăng khả năng nhận diện các dấu hiệu cận lâm sàng của các cơn co giật thì cách tốt nhất là cho đối tượng thực hiện điện não đồ trong vòng từ 24 đến 48 tiếng. Phần lớn những người tự kỉ không có cơn co giật trong suốt quá trình dậy

thì. Tuy nhiên chúng ta cần phải nhận thức rằng những người còn lại trong số đó, nếu không được trị liệu thì những cơn co giật có thể sẽ rất khủng khiếp.

TRẦM CẢM

Trầm cảm có thể sẽ rất khó nhận thấy ở những trẻ không có ngôn ngữ giao tiếp. Trẻ có thể trở nên “khép kín” hoặc gia tăng các vấn đề về hành vi. Để hiểu được trẻ thực sự mong muốn gì, đòi hỏi chúng ta phải dựa vào sự hiểu biết về hành vi của trẻ và môi trường xung quanh. Người tự kỉ được chẩn đoán bị trầm cảm ở tuổi thanh thiếu niên và một số phải dùng thuốc chống trầm cảm chiếm một tỷ lệ tương đối lớn. Trong những năm lên mười rất nhiều người trong số họ nhận ra sự khác biệt giữa họ và các bạn đồng trang lứa và rất khó để thích ứng với điều đó. Một số người thuộc phổ tự kỉ cũng thường tự lên án bản thân khi một điều gì đó không tích cực xảy đến và cảm thấy tội lỗi khi mắc đi mắc lại một sai lầm.

Nguy cơ trầm cảm cần được coi trọng, các nghiên cứu đã chỉ ra rằng tỷ lệ rơi vào trạng thái trầm cảm hoặc trạng thái vui buồn thất thường ở những gia đình có con thuộc diện phổ tự kỉ cao hơn so với những gia đình có con mắc các bệnh về mặt sinh học. Điều quan trọng là những người bị trầm cảm cần được trị liệu bởi các nhà chuyên môn, những người có kiến thức về vấn đề này.

CÁC VẤN ĐỀ VỀ VỆ SINH CÁ NHÂN.

Giữ gìn vệ sinh cũng là tiền đề của việc có sức khỏe tốt, và người tự kỉ cần được hỗ trợ trong việc này. Một số thanh thiếu niên có một thời kỳ khó khăn để thích ứng với những thay đổi của cơ thể (sự lớn lên về thể chất, sự tăng trưởng của lông tóc) thường thấy ở tuổi dậy thì thông thường. Điều này có thể không giống với những thay đổi thông thường và không thể dự đoán được sự biến đổi. Rất nhiều người không hiểu nổi những gì đang xảy ra trong cơ thể mình, và việc vì sao họ lại cảm thấy khác biệt khi hócmon bắt đầu tác động.

Rất nhiều thanh thiếu niên thuộc phổ tự kỉ có các vấn đề nhạy cảm có thể tác động đến việc hình thành thói quen vệ sinh cá nhân lành mạnh. Một số người có thể không chấp nhận được một số mùi hoặc hình dáng của một số loại xà phòng hoặc dầu gội đầu nào đó. Những trẻ khác có thể nhạy cảm ở da đầu và vì thế mà chúng không muốn gội đầu. Một số khác lại có khó khăn với vệ sinh răng miệng và các vùng nhạy cảm khác.

DẬY THÌ SỚM.

Dậy thì sớm là thời điểm mà trẻ bắt đầu bước vào tuổi dậy thì sớm hơn so với đa số các bạn cùng trang lứa. Mặc dù ít được biết đến nhưng một thực tế rất thú vị cho thấy việc dậy thì sớm ước tính cao hơn khoảng 20 lần ở những trẻ khuyết tật về thần kinh. Người ta đã phát hiện ra rằng gia đình có trẻ tự kỉ có

kích thích tố sinh dục nam cao hơn những gia đình có trẻ không bị tự kỉ. Kích thích tố sinh dục nam khi sinh có thể được xem là một nhân tố nguy cơ. Các dấu hiệu để nhận biết việc phát triển sớm bao gồm: Sự phát triển của lông ở những chỗ dễ thấy, có nhiều lông ở lưng và dưới tay, trên mặt; sự phát triển bộ phận sinh dục, sự phát triển của ngực, sự tăng tần xuất của các đụng chạm và cọ sát vào bộ phận sinh dục và có nhiều hơn các hành vi hung hăng. Trẻ có thể tăng về chiều cao và phát triển về xương.

NHU CẦU VỆ SINH.

Điều này có thể vẫn cần được quan tâm đối với những người tự kỉ tuổi thiếu niên, đặc biệt là với những người có vấn đề về kiểm soát vận động, những người quá nhạy cảm với môi trường xung quanh (quá sáng, quá âm ỹ) và những người dễ bị mất phương hướng trong thế giới riêng của mình và không “cảm thấy” cần đi vệ sinh cho đến tận khi đã quá muộn. Những người khác có thể tự kiểm soát được các bước đi tiểu tiện khi họ có nhu cầu, một số khác có thể vẫn phải hướng dẫn việc này ở tuổi trưởng thành.

THỦ DÂM.

Con bạn có thể thủ dâm rất lâu trước khi đến tuổi lên mười. Tuy nhiên, việc này có thể thực sự trở thành vấn đề ở tuổi trưởng thành. Thủ dâm bản thân nó là một hành động bình thường và rất thú vị đối với rất nhiều trẻ tự kỉ và trẻ bình thường. Chúng chỉ trở thành vấn đề khi chúng không được thực hiện ở những chỗ riêng tư hoặc khi chúng trở thành nỗi ám ảnh. Đối với một số trẻ tự kỉ tuổi lên mười có thể do thiếu sự kiềm chế và thiếu sự hiểu biết hoặc sự quan tâm tới việc các hành vi này không phù hợp khi có những người khác ở xung quanh. Trải qua thời gian, rất nhiều trẻ tự kỉ có thể thấy nhạt nhẽo và buồn tẻ trong việc ngồi học ở những lớp giáo dục đặc biệt và ở nhà. Chúng có thể phát hiện ra rằng thủ dâm là một cách tốt để vượt qua những lúc buồn chán nếu chúng không bị người khác quấy rầy. Đối với những người có các hành vi có xu hướng ép buộc- ám ảnh thì thủ dâm có thể trở thành một ám ảnh mới.

TÌNH DỤC.

Lại một lần nữa, đây là vấn đề quan tâm thường tình của con người ở tuổi lên mười, nhưng lại có thể trở thành vấn đề nếu thiếu niên không hiểu biết các kiến thức cơ bản về tình dục, các cảm xúc tình dục và lý do vì sao chúng ta có chúng, những đụng chạm thích hợp và không thích hợp cũng như về tôn giáo, đạo đức, triết lý và thậm chí cả những vấn đề về luật pháp có liên quan đến vấn đề này.

b. Các vấn đề về kỹ năng vận động và giác quan

Qua các nghiên cứu và các thống kê chúng ta biết được rằng mọi người tự

khi đều có vấn đề về giác quan theo một hình thức nào đó mà không có liên quan đến mức độ khả năng thể hiện của mỗi cá nhân. Giác quan của con người giữ một vai trò vô cùng quan trọng trong cách chúng ta nhận biết và cách chúng ta hiểu biết về môi trường xung quanh. Ngược lại, nó cũng tác động đến hành vi của chúng ta và đó cũng là một hình thức giao tiếp. Vì vậy, việc phân tích các hành vi của con người là rất quan trọng để có thể lưu ý tới các nhân tố môi trường. Vì nó có thể tác động đến hành vi của chúng ta (như tiếng ồn, ánh sáng, các mùi vị).

Các khó khăn trong quá trình giác quan và khó khăn trong hệ thống giác quan không phải là triệu chứng bắt buộc khi chẩn đoán về rối loạn phổ tự kỉ. Trong mọi cuốn sách viết về hội chứng tự kỉ đều mô tả các khó khăn lâu dài của người tự kỉ trong vấn đề này. Một loạt tác giả như Temple Grandin, Donna Williams, Stephan Shore, Luke Jackson, Tito Mukhopadhyay và Liane Willey là những người mắc chứng tự kỉ đều đã mô tả trong các cuốn sách của mình việc vấn đề giác quan tác động tới họ như thế nào.

Rất nhiều cha mẹ sẽ chứng thực việc con họ bị tự kỉ và gặp khó khăn như thế nào với một số hoặc tất cả các giác quan của chúng. Các nghiên cứu cho thấy rằng vấn đề giác quan tác động theo những cách khác nhau và là việc thông thường đối với tất cả mọi người thuộc phổ tự kỉ cho dù mức độ chức năng của họ như thế nào. Từ những khó khăn đơn giản như chỉ là việc không thấy thoải mái cho đến tình trạng vô cùng đau đớn và có thể dẫn đến việc quá tải về cảm giác và mất cảm giác một cách hoàn toàn. Hiểu biết về vấn đề này đối với cha mẹ là vô cùng quan trọng bởi vì trong can thiệp sớm chúng ta thường chỉ ra các hành vi của của trẻ mà lại không nhìn vào những nguyên nhân sâu xa. Đôi khi nhìn nhận ra những vấn đề về cảm giác và loại bỏ những cảm giác gây ra quá tải về cảm giác và xoa dịu sự nhạy cảm của trẻ một cách liên tục, có thể tạo ra một thế giới khác biệt về mức độ thoải mái của chúng và tăng khả năng ngồi yên, lắng nghe và nhận biết.

• RỐI LOẠN XỬ LÝ GIÁC QUAN

Có nhiều loại về vấn đề giác quan nhưng tất cả đều liên quan theo cách này hay cách khác tới sự khác thường của hệ thống giác quan. Theo thạc sĩ Carol Stock Kranowitz, người viết cuốn: Trẻ rối loạn giác quan: thì rối loạn quá trình giác quan (hay rối loạn hội nhập cảm giác) là việc thiếu khả năng thu nhận thông tin thông qua các giác quan. Như thế có nghĩa là một người quá nhạy cảm hoặc thiếu nhạy cảm với một kích thích ở một hoặc nhiều giác quan sẽ phải tìm kiếm nhiều hơn hoặc giảm bớt các kích thích đối với các giác quan đó để bù đắp.

Mặc dù các vấn đề về cảm giác là những đặc tính thường thấy của những người mắc hội chứng tự kỉ nhưng chúng lại không được coi là một tiêu chuẩn xác định trong việc chẩn đoán. Trải qua thời gian cho thấy rằng người ta đã chú ý nhiều hơn đến vấn đề cảm giác ở người tự kỉ. Tuy nhiên, các khó khăn về cảm giác mà người mắc hội chứng tự kỉ gặp phải được đề cập đến có xu hướng giảm đi. Đó là một phần lý do vì sao rất nhiều các vấn đề về cảm giác mất hẳn đi hoặc

suy giảm đối với nhiều trường hợp sau khi có các trị liệu thích hợp.

Một điều quan trọng đó là cha mẹ phải hiểu một cách rõ ràng các vấn đề về cảm giác tác động như thế nào đến con em mình và cần đưa vấn đề này ra cân nhắc khi xây dựng kế hoạch các chương trình giáo dục và các cơ hội việc làm cho con em mình, cũng như khi xây dựng môi trường thư giãn ở nhà. Với vai trò là cha mẹ hoặc người chăm sóc, bạn phải nhận biết tốt hơn về các khó khăn về cảm giác của con mình và bạn cần thông báo cho trường học về những mối lo lắng của mình về việc điều đó sẽ tác động đến trẻ như thế nào ở trường học.

Rối loạn quá trình cảm giác có thể tác động đến bất kỳ giác quan nào hoặc có thể tác động đến cả bảy lĩnh vực giác quan.

Tiền đình: Hệ thống tiền đình cung cấp cho chúng ta các thông tin về vị trí đầu và thân người trong mối quan hệ với bề mặt trái đất. Giác quan này có trách nhiệm với việc giữ thăng bằng. Cơ quan thu nhận của cảm giác tiền đình thông qua tai trong, chúng ghi nhận các thông tin cảm giác về sự thăng bằng và các chuyển động từ cổ, mắt và cơ thể. Các cơ quan thu nhận bị kích thích bởi các chuyển động và trọng lực và cho chúng ta biết về phương hướng, tốc độ của các chuyển động. Những gì diễn ra trong hệ thống tiền đình tạo ra diện mạo bên ngoài của các trải nghiệm và các loại giác quan khác được xử lý liên quan đến vấn đề này.

Một người bị suy giảm hệ tiền đình có khó khăn trong việc định hướng thông tin về chuyển động, sự thăng bằng, không gian và trọng lực. Đây có thể là nguyên nhân làm cho họ quá nhạy cảm hoặc thiếu nhạy cảm với các chuyển động hoặc có sự phối hợp của cả hai. Một số người có hệ tiền đình quá nhạy cảm không thể điều chỉnh được các cảm giác chuyển động, điều đó làm cho họ chuyển động khó khăn. Một người có thể xuất hiện vụng về, lúng túng, va chạm vào các đồ vật, mất sự cân bằng một cách dễ dàng. Một người với hệ tiền đình suy giảm có thể có sự tăng cường về các khó khăn trong chuyển động và họ cần có nhiều hành động mạnh mẽ hoặc có thể họ sẽ tìm kiếm sự tồn tại của trọng lực bằng cách gối đầu cao trên thành giường.

Cảm thụ bản thể: Hệ thống cảm thụ bản thể cho chúng ta biết về vị trí của cơ thể, đầu là bộ phận nào của cơ thể, và nó chuyển động như thế nào. Đây là “giác quan vị trí”, và chức năng của nó là tăng nhận biết của cơ thể và đóng góp vào việc kiểm soát các vận động và thiết kế các chuyển động. Cơ quan thu nhận của giác quan này là các cơ, các khớp, các dây chằng, gân và các chuỗi kết nối. Chúng bị kích thích bởi các chuyển động và trọng lực.

Một người bị suy giảm chức năng cảm thụ bản thể thiếu các hiểu biết một cách bản năng đối với các cảm giác mang tính tiềm thức về vị trí và các chuyển động của đầu và tứ chi. Suy giảm về chức năng cảm thụ bản thể thường đi cùng với các vấn đề về tiền đình và/hoặc các giác quan xúc giác. Những người có khó khăn với việc kiểm soát hoặc điều khiển các kỹ năng vận động thô/hoặc vận động tinh thì việc xác định các vận động rất khó khăn dẫn đến sự vụng về và thất bại.

Xúc giác: Hệ thống xúc giác là hệ thống giác quan rộng lớn nó đóng vai trò quan trọng trong việc xác định sức khỏe về thể chất, tâm thần và cảm xúc. Chúng cho chúng ta các thông tin cần thiết trong việc xác định vận động, nhận biết cơ thể, nhận thức thị giác và trong việc học tập, cảm giác an toàn và các kỹ năng xã hội. Cơ quan cảm thụ của giác quan này là bề mặt da của chúng ta từ đầu cho tới các ngón chân và bị kích thích bởi cảm giác đụng chạm, chuyển động, nhiệt độ, sự rung giật và sự đau đớn. Chúng ta luôn luôn chủ động chạm vào một thứ gì đó (quần áo, không khí xung quanh chúng ta) hoặc bị đụng chạm bởi một vật gì (đồ vật mà chúng ta sử dụng, hoặc chạm vào người khác).

Giác quan xúc giác được cấu thành bởi hai nhân tố: hệ thống phòng vệ (chúng cảnh báo chúng ta về các mối nguy hiểm tiềm tàng) và hệ thống phân biệt (cho chúng ta biết phẩm chất, chất lượng của những sự vật xung quanh chúng ta (như độ sắc nhọn, cùn, đục, nóng, lạnh, trơn, ráp). Khi một đứa trẻ lớn lên và trưởng thành, vai trò phân biệt chiếm ưu thế nhiều hơn so với vai trò phòng vệ hoặc vai trò tự vệ.

Suy giảm chức năng xúc giác là quá trình thực hiện không có hiệu quả ở trung tâm hệ thống thần kinh trong việc lĩnh hội các cảm giác thông qua da. Một người có thể có phản ứng, hoặc suy giảm phản ứng đối với các đụng chạm hoặc có sự phân biệt nghèo nàn về xúc giác.

Thị giác: Thị giác là một quá trình phức tạp và nó không nên bị gây nhiễu bởi thị lực. Một đôi mắt khỏe và một thị lực tốt (khả năng cơ bản để nhìn rõ những chữ cái to trong bảng chữ cái treo trên tường ở các phòng khám thị lực) là những điều kiện không thể thiếu của thị lực. Thị lực góp phần quan trọng vào kỹ năng nhìn của chúng ta được gọi là kỹ năng vận động thị giác (chuyển động mắt). Thị giác cho phép chúng ta nhận biết các dấu hiệu, dự báo trước được điều gì đang xảy ra với chúng ta và chuẩn bị để có các phản ứng. Thị giác cung cấp cho chúng ta thông tin về sự việc và những người xung quanh và giúp chúng ta xác định các ranh giới khi chúng ta chuyển động. Hệ thống tiền đình giữ vai trò điều khiển lớn đối với các kỹ năng vận động thị giác.

Một người bị suy giảm chức năng tiền đình thường có các vấn đề với quá trình thị giác không gian cũng như là các kỹ năng vận động mắt cơ bản. Bởi vì não không định hướng chính xác các cảm giác đến từ mắt và cơ thể vì vậy việc đọc, viết và làm toán có thể gặp khó khăn. Các hoạt động có liên quan đến sự phối hợp tay-mắt có thể sẽ thật sự gặp khó khăn, và người này có thể sẽ bị hoảng hốt bởi mọi người và các sự vật đang chuyển động xung quanh.

Thính giác: Hệ thống thính giác hoạt động cùng với hệ thống tiền đình để xử lý các cảm giác về âm thanh và các chuyển động. Chúng hòa quện khăng khít với nhau bởi vì chúng được xử lý bởi cùng một cơ quan thu nhận là tai. Các cơ quan thu nhận ở tai trong dành cho hệ thống thính giác được kích thích bởi sóng âm và không khí. Thính lực là chỉ khả năng nhận biết âm thanh và một người sinh ra cũng có thể nghe được mà cũng có thể không nghe được; bạn không thể biết được điều đó. Lĩnh hội- hiểu biết âm thanh mà chúng ta nghe thấy là một

kỹ năng có được do thu lượm. Kỹ năng này đòi hỏi chúng ta phải định hướng các cảm giác tiền đình và nhận biết để tương tác một cách có chủ đích với môi trường xung quanh. Điều này cho phép chúng ta phát triển các kỹ năng xử lý thính giác một cách tinh vi bao gồm cả việc phân biệt giữa âm thanh nền và âm thanh nổi. Quan trọng hơn hết, với các kỹ năng xử lý thính giác tinh xảo nó mang đến cho chúng ta sự hiểu biết ngôn ngữ.

Một người với một quá trình xử lý ngôn ngữ thính giác một cách nghèo nàn có thể có khó khăn trong việc xác định sự giống và khác nhau giữa các từ và có thể có vấn đề trong việc chú ý lắng nghe lời của người khác mà không bị các âm thanh nền làm sao nhãng.

Khứu giác: Hệ thống khứu giác cung cấp các thông tin về các loại khác nhau của mùi vị thông qua cơ quan cảm nhận được đặt ở khoang mũi và nó quan hệ gần gũi với hệ thống vị giác. Một người quá nhạy cảm với mùi vị có thể ngửi và phản ứng mạnh với những mùi mà người khác có thể chấp nhận được và sẽ tránh né nó như mùi thức ăn, mùi của các đồ vật, mùi người hoặc những nơi có mùi mà chúng được xác định là dường như vô hại với những người khác. Một số người mất cảm có thể không nhận thấy hoặc bỏ qua các mùi hương làm người khác không thích như là mùi quần áo bẩn và mùi thức ăn ôi thiu, mùi đồ vật và mùi người.

Vị giác: Hệ thống vị giác cung cấp các thông tin về sự khác nhau của khẩu vị thông qua cơ quan thu nhận được đặt ở lưỡi và nó có mối quan hệ mật thiết với hệ thống khứu giác. Một người có hệ thống vị giác quá nhạy cảm có thể phản ứng một cách mạnh mẽ với một số cách sắp đặt và nhiệt độ nhất định nào đó của thực phẩm và có thể bị nôn oẹ khi ăn đồ ăn đó. Những người kém nhạy cảm có thể liếm hoặc ném các đồ vật không ăn được và có thể thích ăn các đồ ăn rất mặn hoặc rất nóng.

NHỮNG KHÓ KHĂN ĐẶC THÙ VỀ GIÁC QUAN

Một người có thể có các phản ứng đau đớn về thể chất một cách mạnh mẽ và thường xuyên khi trải qua một số các cảm giác nhất định nào đó, và có thể có các khó khăn về giác quan có liên quan đến quá trình cảm giác của họ. Điều này là sự thực đối với tất cả những người thuộc phổ tự kỉ, bất kể là mức độ học tập hay chức năng của họ như thế nào. Phần lớn những người bình thường đều có thể điều chỉnh các phản ứng của mình bằng việc tập trung vào các thông điệp cảm giác mà họ cho là quan trọng và bỏ qua những thứ khác. Những người thuộc phổ tự kỉ thì không thể làm điều này một cách tự nhiên. Điều này trở nên khó khăn hơn khi họ đến tuổi lên mười và mười hai do sự thay đổi trong môi trường ở trường học.

Ở tiểu học, trẻ thường học cả ngày ở một phòng học hoặc chuyển sang các lớp khác nhưng vẫn học cùng với nhóm bạn, và trong một ngày chỉ chuyển một vài lần. Ở trung học, học sinh phải chuyển lớp nhiều lần hơn trong một ngày và tất cả học sinh sẽ phải di chuyển theo nhiều hướng khác nhau trong cùng một thời điểm. Điều này có nghĩa là khi di chuyển xuống hành lang về lớp mình, một học sinh có thể đi ngược chiều với rất nhiều người. Với một người thuộc phổ tự kỉ mà lại quá nhạy cảm với các va chạm thì điều này có thể sẽ rất đau đớn. Bắt đầu ngày học, học sinh này có thể chịu đựng được những cảm giác đau đớn này nhưng đến gần cuối buổi học có thể học sinh này sẽ phát sinh các phản ứng bởi vì việc thay đổi lớp học và bị va chạm rất nhiều lần đã dẫn đến đỉnh điểm của sự căng thẳng.

Thêm vào đó, đến cuối ngày học sinh này đã trải qua bữa trưa ở nhà ăn của trường và tham dự giờ thể chất là những giờ học có sự thay đổi về lớp học. Đây là tất cả những môi trường mà không chỉ động chạm đến các giác quan về xúc giác, thị giác và thính giác mà nó còn đòi hỏi học sinh phải biết cách sử dụng hệ tiền đình và các giác quan cảm thụ bản thể mà đó là một thách thức với học sinh tự kỉ.

Đối với những học sinh phải trải qua phần lớn thời gian trong các lớp giáo dục đặc biệt, gồm cả những lớp học cho học sinh khuyết tật nặng, thì được cho rằng các khó khăn về cảm giác sẽ không trở thành vấn đề bởi vì những học sinh này đang ở trong một môi trường có nhiều kiểm soát hơn. Tuy nhiên, phần lớn những phòng học này đều có ánh sáng của đèn huỳnh quang và các chuông báo cháy và có thể có các thông báo nội bộ ở loa phát thanh với âm thanh rất lớn. Các học sinh đều thuộc vào các chương trình khác nhau, điều đó có nghĩa là các hoạt động thường xuyên của các chuyên gia trị liệu nghề, ngôn ngữ, hỗ trợ và việc các học sinh đi ra đi vào rất nhiều lần sẽ làm rối nhiễu các cảm giác về thị giác cũng như thính giác. Thêm vào đó các học sinh mới được chuyển vào từ giữa năm học với các vấn đề về hành vi, tính hung hăng hoặc nói một cách âm ỉ liên miên. Điều đó có thể nói một cách chắc chắn rằng những học sinh có các vấn đề về cảm giác phải đối mặt với một môi trường khó khăn như vậy thì chúng sẽ phát triển ở trường ngay trong buổi sáng.

CÁC KHÓ KHĂN VỀ QUÁ TRÌNH CẢM GIÁC

Trên đây là mô tả về tác động của việc suy giảm chức năng ở các giác quan đến việc chúng ta xử lý các thông tin môi trường xung quanh. Bên cạnh đó, một số người bị tự kỉ không thể xử lý thông tin từ những nguồn giác quan khác nhau trong cùng một lúc và vì vậy họ sẽ “lựa chọn” giác quan nào mà họ sẽ tập trung vào đó. Ví dụ, Tito Rajarshi Mukhopadhyay, một người bị tự kỉ nặng, đã đồng ý thực hiện một bài kiểm tra nhận thức dưới sự giám sát của Tiến sĩ Michael Merzenich, một chuyên gia về thần kinh thuộc Trường Y tế San Francisco, Đại học California. Trong bài kiểm tra nhận thức, đèn được nhấp sáng trên màn hình máy tính cùng lúc với các tiếng bíp, hầu hết mọi người đều cảm nhận được tiếng bíp và ánh sáng cùng một lúc. Tuy nhiên, Tito không thể nhìn thấy ánh sáng trên màn hình máy tính trừ khi nó xuất hiện đủ 3 giây sau tiếng bíp. Tito giải thích rằng anh ta chỉ có thể sử dụng một giác quan vào một thời điểm và anh ta đã chọn việc sử dụng đôi tai của mình.

Điều này đánh dấu một sự trái ngược so với Tiến sĩ Temple Grandin, một giáo sư ở trường Đại học bang Colorado, là người có bằng tiến sĩ về khoa học động vật và cũng bị chứng tự kỉ. Grandin giải thích rằng bà suy nghĩ hoàn toàn theo những bức tranh mà những suy nghĩ bằng ngôn ngữ và bằng lời nói không thể hiểu nổi đối với bà và bà có khó khăn với cơ quan thính giác quá nhạy cảm bởi vì bà không thể hoà hợp với các âm thanh không mong đợi theo cách những người khác có thể làm.

Việc thiếu khả năng xử lý thông tin từ các nguồn khác nhau trong cùng một lúc có thể giải thích vì sao một số người bị tự kỉ thể hiện việc có thời gian phản ứng chậm, và đây là điều rất quan trọng mà những người cùng chung sống và những người chăm sóc và dạy dỗ cho các thanh thiếu niên tự kỉ cần phải ghi nhớ. Và bạn cũng cần ghi nhớ một điều quan trọng, nó đối lập với thuyết phổ biến đó là không phải tất cả những người bị tự kỉ đều là những người nhận biết thông qua thị giác. Có rất nhiều người thể hiện việc nhận biết thông qua thị giác bởi vì họ thường nhìn vào các quyển sách hoặc các hình ảnh chuyển động nhưng lại có rất nhiều người nhìn vào những thứ này chỉ để tìm kiếm các kích thích thị giác chứ không phải là để xử lý các thông tin. Quan trọng là bạn phải luôn nhớ được điều này và tìm ra với mỗi cá nhân đâu là kênh nhận biết của họ- thính giác, thị giác hay xúc giác.

Một người có thể thường có các phản ứng một cách đau đớn và mãnh liệt khi trải qua một cảm giác nào đó và có thể có các khó khăn về cảm xúc liên quan đến quá trình xử lý cảm giác của mình. Điều này là sự thật đối với tất cả những ai thuộc phổ tự kỉ bất kể mức độ chức năng của họ như thế nào.

Bên cạnh việc có những vận động một cách vụng về rất phổ biến đã bàn luận ở trên, thì người ta còn cho biết những người tự kỉ còn thể hiện nhiều khiếm khuyết về chức năng và bị tác động rất trầm trọng bởi sự thiếu khả năng của họ trong việc kiểm soát các chuyển động hoặc thực hiện việc chuyển động các bộ phận cơ thể. Thậm chí ngay cả khi họ mong muốn thực hiện nó, giống như là

các bệnh nhân đang chịu các cơn đột quỵ. Lĩnh vực này đòi hỏi phải có thêm nhiều nghiên cứu nhưng thông qua một số các khám phá khác nhau của các giả định hiện tại về sự thiết hụt trọng trí tuệ hoặc sự hiểu biết ở những người này nên họ không thể giao tiếp một cách độc lập theo cách phổ biến nhất.

CÁC KỸ NĂNG VẬN ĐỘNG.

Trong suốt những năm trưởng thành, phần lớn các thiếu niên nhận thức một cách sâu sắc về bản thân và cơ thể chúng, tuy nhiên phần lớn những học sinh thuộc phổ tự kỉ vẫn phải vật lộn với những khó khăn về vận động cảm giác. Chúng không những phải hiểu biết về cơ thể mà chúng vẫn có mà chúng còn phải thích ứng với tất cả các thay đổi về hocmon và thể chất đang tác động đến cơ thể của một thiếu niên trưởng thành.

Như đã đề cập ở trên, các khó khăn về giác quan tác động đến các kỹ năng vận động thô và vận động tinh cũng như vị trí của cơ thể trong không gian. Điều này tác động lên cách con người di chuyển. Các nhiệm vụ đơn giản cần phải xác định vận động như ngồi xuống hoặc di chuyển xung quanh cái bàn, thường cũng không thuộc về bản năng của những trẻ có khó khăn về giác quan. Ở người tự kỉ, việc viết chữ và ghi chép trên bảng hoặc điền vào các bài kiểm tra có thể sẽ mất nhiều thời gian hơn và không phản ánh đúng về mức độ hiểu biết hay kiến thức của họ.

Các học sinh thuộc phổ tự kỉ có thể biểu hiện sự vụng về và sẽ có khó khăn trong các môn thể thao chơi theo đội hình. Những học sinh thuộc phổ tự kỉ thường là những người cuối cùng được chọn vào các đội thể thao trong suốt thời kỳ đi học. Việc thay đổi quần áo để thi đấu cũng mất nhiều thời gian hơn những học sinh khác do chúng quá căng thẳng. Trong nền văn hoá hiện nay ở lứa tuổi lên 10 cách bạn chuyển động và việc bạn trông như thế nào ngày càng trở lên quan trọng vì vậy bất kỳ sự nhận thức về thể chất nào cũng có thể là nguyên nhân gây ra sự căng thẳng và cảm giác thiếu thoải mái.

CÁC VẤN ĐỀ VỀ HÀNH VI

Thanh thiếu niên thuộc phổ tự kỉ có các vấn đề về hành vi nhiều hay ít xuất phát từ nhiều nguyên nhân khác nhau. Các vấn đề về hành vi xuất phát từ các vấn đề giao tiếp. Việc khó nhất đó là xác định xem hành vi đó nói cho chúng ta biết điều gì. Một học sinh không thể diễn tả được điều gì đang diễn ra bởi vì cậu ta chỉ có các kỹ năng giao tiếp chức năng cơ bản, hoặc cậu ta có kỹ năng giao tiếp tốt nhưng không thể sử dụng chúng vào lúc đó bởi vì cậu ta cảm thấy bị ức chế. Việc này dẫn đến các hành vi đùng đua người rất mạnh và hành vi tự kích thích, nổi khùng và phản kháng lại.

Các vấn đề hành vi điển hình của rối loạn phổ tự kỉ ở trẻ thuộc phổ tự kỉ tuổi lên mười kéo dài cũng dẫn đến việc phải đối mặt với sự thiếu tuân thủ một cách thường xuyên, nó sẽ tiếp diễn liên tục khi thành người trưởng thành. Các hành vi cũng tác động đến việc trẻ lên mười thiếu khả năng hiểu và thích ứng với những thay đổi về thể chất và hocmon mà cơ thể của chúng đang phải trải qua.

Do vậy sẽ khó khăn hơn trong việc chấp nối các sự kiện để biết được nguyên nhân của hành vi ở những thiếu niên thuộc phổ tự kỉ không có các kỹ năng giao tiếp tốt và chúng không nói được với bạn ngay cả khi chúng đã bình tĩnh trở lại. Tuy nhiên, hầu hết các học sinh có các triệu chứng của Asperger đều có thể nói với bạn các sự việc trong ngày, khi mà chúng đã bình tĩnh trở lại, điều đó có thể giúp bạn chấp nối các nguyên nhân dẫn đến hành vi của chúng.

Thông thường, chúng ta thường tìm ra nguyên nhân của một hành vi của ai đó bằng việc phân tích môi trường hoặc những gì đã xảy ra trước khi hành vi được thực hiện, điều đó có thể ngăn chặn được hành vi. Một học sinh tự kỉ sẽ đung đưa người nhiều hơn và có hành vi tự kích thích hoặc thể hiện sự phản kháng hay tức giận vì một số lý do sau:

- Căng thẳng có liên quan đến việc giải quyết cảm giác ức chế đầu vào, như đã đề cập ở trên.
- Lo lắng có liên quan đến việc sao chép lại những thay đổi hàng ngày của môi trường và các công việc thường ngày.
- Bị gián đoạn khi đang mê mải với những đồ vật ưa thích hoặc những mối quan tâm đặc biệt, hoặc bị làm gián đoạn hành vi tự kích thích.
- Thiếu khả năng giao tiếp khi có nhu cầu, mong muốn hay thể hiện cảm xúc.
- Buồn chán

Trong cuốn Hội chứng Asperger và tuổi trưởng thành: Giải pháp thực tế cho sự thành công ở trường học, bà Brenda Smith đã tìm ra năm lĩnh vực khó khăn đối với người trưởng thành có mắc hội chứng Asperger có thể dẫn tới các con thịnh nộ, tức giận hoặc phản kháng:

- Thiếu khả năng hiểu về các quy tắc và lễ thói hàng ngày.
- Khát khao quan hệ đôi lứa với rất ít các kỹ năng để thực hiện được mong muốn này.
- Bị gián đoạn khi đang bận rộn với một niềm quan tâm đặc biệt.
- Căng thẳng liên quan đến việc giải quyết những thay đổi hàng ngày về sự thay đổi và các cảm giác đầu vào ức chế.
- Thiếu khả năng bảo vệ bản thân khỏi sự chòng ghẹo và những kẻ bắt nạt ở trường học.

Cha mẹ cần nhận thức về những ngòi nổ của các con thịnh nộ này để có thể giúp đỡ các thiếu niên ASD tránh được hoặc đương đầu với các tác động khi chúng xảy đến.

PHẢN ỨNG TRÓN CHẠY HAY CHÓNG TRẢ

Là con người tất cả chúng ta đều có cơ chế phản vệ bản năng với các tình huống nguy hiểm tiềm tàng thông qua hệ thống thần kinh phản vệ của chúng ta. Phản ứng trốn chạy hay chiến đấu làm giải phóng adrenaline vào cơ thể, bơm máu đến các cơ và làm lớn tim, tăng nhịp đập để chuẩn bị cho chúng ta chạy trốn khỏi mối hiểm họa hoặc đánh trả lại và dập tắt mối hiểm họa đó. Hầu hết thần kinh của con người, với hệ thống điều tiết đủ năng lực đều có thể cân nhắc về độ chính xác của các phản ứng nguyên sơ trước khi chúng thành các phản ứng thực tế. Tuy nhiên, với những người thuộc phổ tự kỉ, các phản ứng trốn chạy hay đánh trả thực tế (như đánh vào “đôi phương” nhìn thấy hoặc bỏ trốn) thường xảy ra trước khi họ có thời gian suy nghĩ về nó. Rõ ràng là điều này có thể tạo ra các mối nguy hiểm tiềm tàng- hoặc tối thiểu là những tình huống không thoải mái.

KHÓ KHĂN VỀ NHẬN THỨC

Trí tuệ.

Trí tuệ luôn là vấn đề khó để có thể đo lường hoặc xác định được đối với những học sinh thuộc phổ tự kỉ. Những người không thể thực hiện được các hướng dẫn trong bài kiểm tra hay không trả lời được các câu hỏi thì họ được cho rằng có vấn đề liên quan đến trí tuệ.

Với những trẻ thuộc phổ tự kỉ, những học sinh mắc chứng Asperger điển hình có chỉ số IQ trên chỉ số IQ trung bình, và rất nhiều học sinh có chỉ số IQ được coi là cao hơn so với những chỉ số được thấy ở phần đa dân số. Tuy nhiên, chỉ số IQ cao chưa phải là yếu tố quyết định tốt nhất cho khả năng và chức năng trường học, vì một số lý do sẽ được đề cập dưới đây cũng như một số vấn đề sẽ được bàn đến ở các phần cuối về các vấn đề về cảm giác và các vấn đề về hành vi.

Sự khái quát hoá.

Những người mắc chứng ASDs thường có các vấn đề tác động đến các kỹ năng học tập và thông tin qua lại giữa môi trường và con người. Họ thường có vấn đề với việc kết hợp các đồ dùng học tập và các trải nghiệm hoặc áp dụng thông tin trong tình huống chức năng. Ví dụ, một người thuộc phổ tự kỉ có thể được dạy và kiểm tra việc anh ta hiểu một đồng xu 20 cent cộng một xu 50 cent thì bằng với 70 cent nhưng anh ta lại không thể chọn đúng đồng xu nào ra để dùng trả tiền mua một vật gì đó ở cửa hàng. Một người mắc chứng Asperger có thể nhớ được một loạt hàng hoá theo một tình huống giả định nhưng lại không thể áp dụng việc đó khi cần thiết.

Giải quyết vấn đề

Kỹ năng giải quyết vấn đề của học sinh thuộc phổ tự kỉ thường không nhất quán. Một người mắc chứng Asperger có thể học cách giải quyết một vấn đề và sử dụng nó trong tất cả các tình huống mà không liên quan đến việc cách giải quyết đó có tác động đến tình huống đó hay không. Hoặc, học sinh có thể được học rất nhiều chiến thuật khác nhau nhưng không thể thực hiện hoặc nhớ lại các thông tin khi đang bị căng thẳng, mà còn tạo thêm ra sự thất bại có thể

dẫn tới sự ức chế. Đối với các chức năng thiếu năng lực, thật khó để biết được họ có thể thực hiện được đến mức độ nào nhưng họ có cùng một vấn đề trong việc giải quyết các tình huống khi đang căng thẳng. Đối với tất cả những người thuộc phổ tự kỉ, họ thể hiện sự tiến bộ trong các kỹ năng giải quyết vấn đề khi tìm hiểu một lĩnh vực mà họ quan tâm một cách đặc biệt nhưng lại không thể áp dụng các kỹ năng này vào để giải quyết các nhiệm vụ hàng ngày.

Trí nhớ.

Trí nhớ dài hạn: Những người mắc chứng Asperger thường có một vài vấn đề trong việc tái hiện lại các thông tin hoặc các số liệu được lưu trữ trong trí nhớ dài hạn như: họ đã xem phim gì tại rạp hát ưa thích trong thành phố vào một ngày đặc biệt nào đó vài năm về trước hoặc tàu đã đỗ ở thành phố nào trên đường nó đi đến một số điểm của đất nước nếu họ tỏ ra quan tâm khi ở trên tàu. Những người thuộc phổ tự kỉ sẽ thể hiện trí nhớ của họ theo một số cách. Ví dụ, con trai tôi sinh ra ở Paris, và chúng tôi sống ở đó cho đến khi cậu bé lên bốn tuổi. Cho đến nay, bất cứ khi nào chúng tôi quay lại Paris và thăm những người hàng xóm cũ thì cậu bé cương quyết đòi chúng tôi đưa đến một toà nhà mà ở đó nó có thể nhìn và đi theo sàn nhà được khảm các mô hình một cách đặc biệt mà nó nhớ đã được xem trước đó hồi chúng tôi còn ở đó hơn mười năm trước. Trí nhớ dài hạn có thể trở thành vốn quý, một học sinh mắc chứng AS thường giỏi trong vấn đề địa lý và môn chính tả và nó sẽ có ích trong các cuộc tranh tài khác mà trong đó có lượng thông tin lớn về một chủ đề. Trí nhớ dài hạn cũng có thể bị hiểu sai lệch bởi vì việc có thể nhớ và sử dụng các nhóm từ có thể tạo ra ấn tượng rằng người đó có các kỹ năng nhận thức mức độ cao hơn bình thường nhưng ngược lại học sinh đó chỉ nhận thức được ở một mức độ nhất định.

Trí nhớ ngắn hạn: Đây là trí nhớ cho phép chúng ta nắm giữ một lượng thông tin trong khi trí óc đang thực hiện việc xử lý lượng thông tin đó, và nó có thể là một khó khăn đối với những người mắc chứng rối loạn phổ tự kỉ. Đây là kiểu trí nhớ mà bạn cần khi đang làm tính. Ví dụ, những học sinh tự kỉ thực hiện các thí nghiệm trong phòng thí nghiệm hoá học phải nhớ cách thực hiện đồng thời phải nhớ đến các chỉ dẫn an toàn cần thiết khi sờ tay vào các chất hoá học. Học sinh tự kỉ có thể đi từ lớp giáo dục đặc biệt đến quán ăn tự phục vụ (với sự hỗ trợ ở phía sau) trong khi phải ghi nhớ khung cảnh theo thứ tự để biết khi nào thì rẽ phải, rẽ trái nhưng chúng có thể bị thu hút bởi các chi tiết của cảnh vật mà quên mất việc mình đang đi đến đâu.

Nhớ chỉ để nhớ: Những học sinh mắc chứng tự kỉ có thể quên mất rằng họ có thông tin, các chiến lược hay các kỹ năng có thể có ích khi họ phải đối mặt với các vấn đề. Họ luôn không kết nối giữa tình huống hiện tại và một tình huống tương tự trong quá khứ. Có lẽ trí nhớ của họ chỉ lưu trữ thành các ngăn riêng rẽ và không có sợi dây liên kết giữa các phần trí nhớ riêng rẽ này. Họ có thể có vấn đề trong việc khôi phục lại thông tin bởi vì mặc dù họ có thể biết mình có các thông tin liên quan đến tình huống nhưng họ quên mất đường dẫn để liên kết chúng lại với nhau và không thể lấy chúng ra khi họ cần đến nó.

Những học sinh mắc chứng tự kỉ có thể có cùng những khó khăn này mặc dù có thể khó để phân biệt liệu chúng “nhớ chỉ để nhớ” hay chỉ là sự phát triển độc lập tức thời có được qua thời gian.

Chức năng thực hiện

Trong các công ty thì thực hiện là việc có thể phân tích tình huống và đưa các chiến lược vào thực hiện nhằm thúc đẩy công ty tiến lên về một loại sản phẩm hướng theo các mục tiêu đã xác định và họ phải tin tưởng, trông cậy vào các thư ký hoặc trợ lý điều hành để thực hiện hết các bước. Chức năng thực hiện là đề cập đến tất cả như đa nhiệm vụ, chú ý luân phiên, tổ chức các nguồn lực, hạn mức kế hoạch, phân tích thông tin, thay đổi chiến lược khi cần thiết. Đó cũng chính là các chức năng mà các học sinh trung học cần sử dụng, ở phạm vi nhỏ hơn, ngày càng nhiều khi họ phải trải qua các năm học ở trường học.

Tất cả chúng ta thường sử dụng đến chức năng thực hiện trong việc tổ chức cuộc sống hàng ngày, ở nhà hay ở công sở và vì vậy việc học tập chức năng thực hiện rất quan trọng đối với mỗi học sinh- bất kể mức độ khả năng của họ như thế nào. Họ nên được dạy bắt đầu với từng phạm vi nhỏ, khi ở trường học thực tế đó là chuẩn bị cho cuộc sống trưởng thành và có những kỹ năng mà người ta cần để tổ chức cuộc sống và công việc của mình trong bất kỳ lĩnh vực nào mà họ tìm kiếm việc làm.

Với những học sinh trung học ở nhà, tổ chức và xây dựng kế hoạch là một phần những gì họ cần để thực hiện các kỹ năng tự phục vụ hoặc những công việc nhà hay lên kế hoạch cho những cuộc đi chơi mang tính xã hội. Thanh thiếu niên bị tự kỉ không thể thực hiện được việc tổ chức và xây dựng kế hoạch một cách tự nhiên mà chúng cần được dạy một cách có hệ thống.

Đối với những thanh thiếu niên mắc hội chứng Asperger theo học ở những trường bình thường rất nhiều những bài tập về nhà cần có nhiều thời gian và có thể nhiều hạng mục có liên quan nhiều đến đọc, chuẩn bị một học phần và sau đó viết một bài luận. Điều này tạo rất nhiều căng thẳng và lo lắng bởi vì những học sinh mắc chứng Asperger không biết cách để thực hiện những nhiệm vụ phức tạp và không biết suy nghĩ một cách tự nhiên về việc tạo ra những giới hạn thời gian để chia bài tập thành những phần có thể giải quyết được. Khó khăn về giải quyết vấn đề đã xuất hiện bởi vì chúng lãng phí thời gian trong việc cố gắng để tìm các thông tin theo cùng một hướng bé tấc mà không nghĩ đến việc thay đổi các chiến lược (ví dụ, liên tục sử dụng cùng một từ trong mục Phương tiện tìm kiếm trên mạng, mặc dù chẳng có kết quả nào đúng cả). Các khó khăn trong việc tổ chức gây ra trở ngại cho những học sinh mắc chứng Asperger và những học sinh tự kỉ mức độ nặng. Một học sinh mắc chứng Asperger thường không biết thực hiện một cách có hệ thống để lưu các quyển vở và các tờ giấy lại với nhau. Chúng cũng không thể nói rằng tờ giấy nào thì nên giữ lại và tờ nào thì có thể bỏ đi được. Chúng có thể làm được bài tập về nhà nhưng không thể tìm thấy bài tập khi đến thời gian phải nộp bài. Ở một mức độ khác, một học sinh bị tự kỉ không thể xấp sếp tất cả những bài vở mà chúng cần theo thứ tự để

hoàn thành một bài tập về nhà đơn giản hay kỹ năng nấu một món ăn đơn giản.

Chú ý luân phiên cũng là một khó khăn đối với những người mắc chứng rối loạn phổ tự kỉ. Như đã bàn đến ở trên, người mắc chứng tự kỉ cùng một lúc có khó khăn ở một vài kênh cảm giác và họ cần có thời gian để sử dụng tất cả các giác quan. Chú ý luân phiên từ việc lắng nghe giáo viên cho đến việc viết ra câu trả lời vào vở bài tập không phải là chuyện dễ dàng. Và học sinh tự kỉ cũng không thể bắt đầu viết bài cho đến tận khi giáo viên ngừng nói. Và tất nhiên, nếu học sinh có khó khăn trong việc chú ý luân phiên thì những nhiệm vụ phức tạp là rất khó khăn.

Một điểm chú cần chú ý, được Tiên sĩ Teresa Bolick mô tả trong cuốn sách Hội chứng Asperger và người trưởng thành: Hỗ trợ trẻ lên mười và thanh thiếu niên bước vào thế giới thực của bà đó là hiện tượng “Tại sao nó lại thành vấn đề?”. Thường những trẻ lên mười hiểu rằng chúng cần phải biết dọn giường hoặc treo áo khoác lên mắc-cho dù là nó không đáng kể- bởi vì chúng biết là chúng cần cố gắng làm hài lòng cha mẹ. Trẻ mắc chứng Asperger lên mười thường không hiểu ý nghĩa của việc “vì sao” phải làm một việc nào đó. Điều này cũng xảy ra đối với trẻ tự kỉ lên mười. Chúng thường không hiểu tại sao chúng ta lại làm những việc xã giao, phép tắc (ví dụ, nói xin chào khi gặp gỡ ai đó, hoặc không được xuống dưới nhà khi không mặc quần áo). Ở trường, việc này tạo ra các khó khăn trong lớp học cũng như môi trường xã hội vốn hữu ở trong cuộc sống nhà trường.

NHỮNG MỐI QUAN TÂM ĐẶC BIỆT VÀ SỰ ÁM ẢNH

Những mối quan tâm đặc biệt mà học sinh mắc rối loạn phổ tự kỉ thường có có thể sẽ hữu ích trong việc dạy các môn học cũng như các kỹ năng chức năng và có thể đưa tới các cơ hội việc làm nhưng chúng cũng có thể trở thành những khó khăn đối với chúng.

Ở nhà, những mối quan tâm đặc biệt có thể được sử dụng như một động cơ để thực hiện những việc vặt và làm việc nhà, nhưng nếu đó là một nỗi ám ảnh chính yếu thì cha mẹ sẽ phải mất nhiều thời gian để làm cho con mình thực hiện được bất kỳ một việc gì khác. Trong cuộc sống gia đình điều này thật khó khăn nếu trẻ có những nỗi ám ảnh lớn, và chúng cảm thấy bị quấy rầy bởi các hoạt động thường ngày. Và điều này vẫn xảy ra cho dù chúng có hay không những nỗi ám ảnh, đó là những quyển sách yêu thích, phim, hay đồ vật mà các thiếu niên ưa thích khám phá hay đó là việc tìm kiếm thông tin hay nói chuyện về một chủ đề đặc thù như thị trường chứng khoán hay dự báo thời tiết.

Ở trường, khi thực hiện những bài tập một-một với một học sinh thì có thể dùng những mối quan tâm đặc biệt thành chương trình để hỗ trợ việc giảng dạy. Tuy nhiên, nếu học sinh tham gia học ở các lớp bình thường thì có thể có khó khăn cho giáo viên ở bậc học trung học. Một ngày giáo viên phải gặp gỡ hàng trăm học sinh và không dễ để thay đổi chương trình của dạy học bao gồm cả

những mối quan tâm đặc biệt cho một học sinh, đặc biệt là khi họ có một vài học sinh mắc chứng rối loạn phổ tự kỉ, và với mỗi học sinh này lại có riêng một mối quan tâm đặc biệt khác nhau.

Thuyết mù chí.

Rất nhiều người mắc chứng Asperger có một thời kỳ khó khăn đối với việc hiểu tâm trí của người khác. Do người mắc hội chứng Asperger gặp khó khăn trong việc hiểu được rằng những người khác xung quanh họ có những suy nghĩ riêng biệt. Vì vậy, cách họ nhìn nhận thế giới và hiểu được những gì đang xảy ra xung quanh họ khác biệt so với cách những người khác thường làm. Hơn nữa, những người mắc hội chứng này không hiểu được rằng một câu nói của họ có thể xúc phạm hay làm người khác xấu hổ và rằng một câu xin lỗi có thể làm cho người khác cảm thấy dễ chịu hơn.

Những thiếu niên bình thường có những ngôn từ ngậm và cử chỉ điệu bộ và chúng được bạn đồng trang lứa hiểu ý nghĩa của những ngôn ngữ đó theo từng nội dung cụ thể; nó không cần phải nói thành lời. Chúng thường được diễn ra âm thầm, tinh vi và vô tình. Trong khi đó, học sinh mắc chứng Asperger và tự kỉ mức độ nặng gặp khó khăn trong việc sử dụng ngôn ngữ cơ thể và những ngôn ngữ cử chỉ điệu bộ. Chúng không hiểu về các “hành động ngậm”. Điều này gây ra các khó khăn khi chúng tham gia để thích ứng với môi trường ở trường học.

Một vấn đề khác đó là các giáo viên thường đòi hỏi học sinh hiểu những kỳ vọng không nói ra thành lời. Ví dụ, Luke Jackson, trong cuốn Tính hay thay đổi, sự lập dị và Hội chứng Asperger đã đưa ra một ví dụ về việc ngồi trong lớp học và nghe giáo viên yêu cầu mở trang 11 trong sách và cậu đã làm đúng như vậy. Giáo viên đã khiển trách cậu vì cậu chỉ ngồi không và chờ đợi. Cô giáo kỳ vọng rằng học sinh sẽ làm bài tập trong trang sách đó như các bạn khác, cả lớp đã làm trong khi Luke lại ngồi đợi có thêm các hướng dẫn khác.

GIÁC QUAN VÀ SỰ TRƯỞNG THÀNH VỀ CẢM XÚC

Những thiếu niên bị tự kỉ thường ít trưởng thành hơn những người bạn cùng trang lứa. Rất nhiều học sinh bị tự kỉ mức độ nặng có thể vẫn bị ám ảnh hoặc có những mối quan tâm đặc biệt về một chủ đề hay đồ vật không còn thích hợp với độ tuổi của mình.

Những học sinh thuộc phổ tự kỉ có thể bị ám ảnh và có những cuộc độc thoại về những chủ đề nhất định mà những bạn cùng trang lứa không quan tâm.

Những học sinh bị tự kỉ không hiểu những biểu lộ trên nét mặt và những cảm xúc mà người khác thể hiện. Chúng rất khó khăn để nhận ra tình trạng cảm xúc của những người khác và trong nhiều trường hợp thậm chí không hiểu ngay cả chính tình trạng cảm xúc của bản thân. Có thể chúng cảm nhận thấy mình cảm thấy một cái gì đó, cơ thể chúng cảm thấy khác biệt nhưng chúng không nhận ra một cách cần thiết rằng đó là cái gì. Do chúng có khó khăn trong việc đọc những dấu hiệu không lời nên chúng không “đọc” một cách bản năng những biểu lộ về

cảm xúc trên nét mặt của người khác, đó là những thể hiện có ý nghĩa giận giữ hay ngạc nhiên hoặc thất vọng.

Rất nhiều học sinh mắc chứng Asperger thể hiện sự ngây thơ do những khó khăn của họ trong việc hiểu ngôn ngữ cơ thể và các dấu hiệu trong xã hội và vì vậy mà chúng không thích hợp với hành vi và những kỳ vọng xã hội của các bạn đồng trang lứa.

SỰ LO LẮNG VÀ CĂNG THẰNG

Sự căng thẳng của thanh thiếu niên bị tăng lên rất nhiều lần do những vấn đề về cảm giác hay các khó khăn về 5 lĩnh vực được kể trên đây trong phần Hành vi. Đôi khi đó là vì sự thay đổi về thể chất hay hormone trong suốt quá trình trưởng thành. Temple Grandin thường nói và viết về việc bà đã bắt đầu cảm thấy lo sợ như thế nào trong suốt thời kỳ trưởng thành. Đôi khi cách mà một thanh thiếu niên mắc chứng Asperger thể hiện sự căng thẳng không giống cách mà một thanh thiếu niên bình thường thể hiện. Là cha mẹ, bạn có thể nhận biết những dấu hiệu nhỏ mà con mình thể hiện trước khi chúng bùng nổ. Ví dụ, con bạn bắt đầu lắc người nhẹ sau đó lắc nhanh hơn và sau đó gõ nhẹ ngón tay trước khi tiến tới việc đánh người.

Giao tiếp, ngôn ngữ và khó khăn trong giao tiếp xã hội

Ở phổ tự kỉ, khó khăn giao tiếp có thể từ việc người đó không có ngôn ngữ nói và chỉ có các kỹ năng giao tiếp chức năng như hệ thống tranh hoặc dynavox cho tới việc họ có ngôn ngữ rất tốt và có một vài khó khăn riêng biệt.

GIAO TIẾP VÀ NGÔN NGỮ

Giao tiếp là một trong những nhu cầu cơ bản nhất của con người, và với những người không thể tự chăm sóc bản thân được thì ngôn ngữ còn cần thiết hơn rất nhiều. Bạn hãy thử tưởng tượng về sự thất vọng của một ai đó khi mà họ biết họ muốn gì nhưng lại không thể đạt được điều đó và không thể nói để yêu cầu điều đó. Thêm vào đây, nếu một người không thể giao tiếp thì hầu hết mọi người nhận thức rằng người đó không hiểu ngôn ngữ và những gì đang xảy ra xung quanh họ. Ngôn ngữ là một quá trình phức tạp liên quan nhiều đến kiểm soát vận động. Họ cũng có thể gặp khó khăn trong việc viết chữ, trong các vấn đề về quá trình thị giác và hoặc/vận động.

Một vài thanh thiếu niên mắc chứng rối loạn phổ tự kỉ có thể mạnh trong ngôn ngữ tiếp nhận nhưng lại yếu trong ngôn ngữ biểu đạt. Ví dụ, họ có thể thực hiện theo những yêu cầu đơn giản và có thể đạt được yêu cầu nhưng lại không thể thể hiện được ngôn ngữ của bản thân và có thể phải dựa vào các phương tiện giao tiếp khác để làm điều đó. Có một số người, hiện vẫn rất ít, có một số kỹ năng biểu lộ nhưng thể hiện có ít hoặc không có kỹ năng tiếp nhận.

KHÓ KHĂN TRONG GIAO TIẾP XÃ HỘI

Thật không may các kỹ năng ngôn ngữ và xã hội của thanh thiếu niên mắc chứng rối loạn phổ tự kỉ dường như trở nên kém đi khi môi trường ngày càng phức tạp, đó là khi chúng phải tương tác với nhiều người hơn thì sẽ có nhiều nhiệm vụ khó khăn hơn phải thực hiện và phải đương đầu với nhiều tiếng ồn và những kích thích khác-không liên quan đến việc người đó có khả năng hay không có khả năng.

Khi đến 5 tuổi, trẻ Tự kỉ chức năng cao (HFA) thường không biểu hiện chậm phát triển trong ngôn ngữ. Tuy nhiên, chúng có những khiếm khuyết về các kỹ năng ngôn ngữ đặc thù, một phần quan trọng nhất của ngôn ngữ sử dụng trong giao tiếp xã hội, giống như với Hội chứng Asperger. Đây là vấn đề đặc thù trong suốt thời kỳ thanh thiếu niên khi giao lưu xã hội với những bạn đồng trang lứa thì nó thường là động lực chính yếu vào lứa tuổi này.

Trong cuốn Hội chứng Asperger và Tuổi trưởng thành: Giải pháp thực tế cho những thành công ở trường học, Brenda Smith Myles đã chỉ ra sáu lĩnh vực khó khăn đối với người mắc hội chứng Asperger trưởng thành:

- ***Thiếu sự hiểu biết về việc những dấu hiệu không lời thể hiện ý nghĩa và thái độ.*** Thanh thiếu niên bỏ lỡ nhiều cơ hội mang tính xã hội bởi vì chúng không hiểu rằng một nụ cười hay những cái liếc mắt từ người khác có nghĩa là họ yêu mến chúng hoặc giáo viên đưa một “cái nhìn” đó là cảnh báo và nên được hiểu là chúng hãy trật tự và trở lại làm bài tập.
- ***Có vấn đề trong việc sử dụng ngôn ngữ để khởi xướng hay duy trì một cuộc hội thoại.*** Thanh thiếu niên mắc hội chứng Asperger thường bắt đầu một cuộc hội thoại với những bình luận dường như chẳng có liên quan hay có thể tiến lại gần nhóm bạn cùng trang lứa và mong muốn tham gia cùng họ nhưng không làm được vì chúng không biết khi nào và bằng cách nào để tham gia vào.
- ***Khuynh hướng giải thích các từ hoặc các cụm từ một cách chính xác.*** Thanh thiếu niên mắc hội chứng Asperger thường chỉ hiểu nghĩa đen của từ ngữ và các cụm từ và không thể hiện ý nghĩa của các câu như “Bạn đang kéo chân tôi” và “Kéo người bạn vào với nhau”. Hoặc trong một ví dụ của cuốn sách do Luke Jackson dẫn ra ở trên thì chúng sẽ làm chính xác những gì được nói và sẽ không hiểu những câu ẩn ý, việc đó làm các giáo viên nghĩ những thanh thiếu niên này không được thông minh lắm.
- ***Khó khăn trong việc hiểu rằng cần coi trọng mối quan hệ với những người đang đối thoại.*** Điều này dẫn đến những cuộc độc thoại một chiều bởi vì học sinh mắc hội chứng Asperger nói về những lĩnh vực mà chúng quan tâm và không kiểm soát được việc liệu người nghe có quan tâm đến điều đó hay không.
- ***Không hiểu những quy tắc bất thành văn được ẩn dụ trong tài liệu hay các nguyên tắc mà tất cả mọi người đều biết,*** những điều đó chưa từng bao giờ được dạy một cách cụ thể. Những thứ đó rất quan trọng đối với thanh thiếu niên như là mặc quần áo thế nào, nói cái gì với ai, hành động như thế nào để biết được

sự khác nhau giữa việc trêu ghẹo một cách lịch lãm và việc hăm dọa.

- **Thiếu nhận thức về việc những gì mà mình nói với người đang đối thoại có thể tác động như thế nào tới những cá nhân có liên quan với mình trong tương lai.** Thanh thiếu niên có thể nói những câu bình luận một cách bộc trực với những bạn cùng trang lứa mà không nhận ra rằng nó gây tổn thương, và có thể bị lúng túng bởi những thiếu sót trong cư xử trong suốt những ngày sau đó.

II. Tiêu chí chẩn đoán, phân loại rối loạn tự kỉ

1. Tiêu chí chẩn đoán rối loạn phổ tự kỉ:

Quan điểm phân loại về tự kỉ đã được thay thế bằng quan điểm phổ tự kỉ. Kết quả trực tiếp từ việc này đó là các phòng khám đã đón nhận những trường hợp “bệnh nhẹ” của các hình thái phổ tự kỉ những người cũng cần được nhìn nhận bởi họ đã phải chịu đựng từ thời thơ ấu và những người chưa từng bao giờ được chẩn đoán hoặc những người có lẽ đã được chẩn đoán theo một loại bệnh khác.

Cuốn Sổ tay chẩn đoán về y tế xuất bản lần thứ 4 đã được sử dụng và chẩn đoán mang tính quốc tế. Cuốn sổ tay DSM đã được sửa đổi và bổ sung vào năm 1994. Và đến tháng 5/2013 bản DSM – V chính thức phát hành với một số thay đổi trong quan điểm về tự kỉ nhằm đáp ứng nhu cầu nghiên cứu và thực tiễn về tự kỉ. Trước đây, phạm trù về rối loạn phát triển lan toả (PDD) rất rộng bao gồm cả bệnh tự kỉ, các rối loạn này đã tập hợp và phân loại cùng với các rối loạn mang tính ổn định lâu dài và có rất ít các dự đoán về bệnh. Ngày nay rối loạn phát triển lan toả đã được phân loại rõ ràng hơn, đó là các rối loạn bệnh lý theo từng giai đoạn và mang tính nhất thời. Đây là một bước tiến tích cực, nó phản ánh những gì mà các nghiên cứu hiện nay đang chỉ ra: đó là có thể cải thiện bằng can thiệp và có thể thay đổi mức độ của các triệu chứng. Thật thú vị, mặc dù các khó khăn trong quá trình cảm giác không được coi là một tiêu chí đánh giá cho chứng ASDs, nhưng những người thuộc phổ tự kỉ đã viết về các trải nghiệm của họ trong cuộc sống lại cho rằng đây là một thách thức lâu dài mà họ phải đối mặt.

Ngày nay, quan điểm về phổ tự kỉ không còn được xác định bởi sự khác biệt một cách rõ ràng so với “bình thường”. Cách rõ ràng nhất trong nhìn nhận sự phân bố “bình thường” của các đặc điểm tự kỉ đó là nhìn vào kết quả của Lượng giá Phổ tự kỉ hoặc AQ. Đây là một công cụ sàng lọc theo hình thức lượng giá, cũng có thể được thực hiện bởi cha mẹ đánh giá về con của mình (AQ cho trẻ nhỏ, AQ cho trẻ lớn) hoặc do tự cá nhân thực hiện (nếu đó là một người lớn trưởng thành chức năng cao). Việc sử dụng các phương pháp đã được chuẩn hoá như ADI (Phòng vấn chẩn đoán tự kỉ) hoặc/và ADOS (Kế hoạch quan sát chẩn đoán Tự kỉ) để chẩn đoán cho trẻ ngày càng tăng. Phương pháp này do Michael Rutter ở London và Cathy Lord ở Michigan xây dựng. Đôi khi nó được còn được gọi là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán. Các bác sĩ lâm sàng phải trả phí để được đào tạo về phương pháp này và môi đợt tập huấn kéo dài khoảng 1 tuần. Sau khi đào tạo và trong suốt quá trình đào tạo, học viên được kiểm tra, đánh giá xem họ đã thực sự học được những gì để thực hiện chẩn đoán như việc kiểm tra

mức độ đồng thuận của họ với các học viên khác.

Những cố gắng để tiêu chuẩn hoá các phương pháp chẩn đoán là việc vô cùng quan trọng bởi vì trước đây phần lớn các chẩn đoán là các “phán đoán lâm sàng” hoặc các ý kiến của các bác sĩ. Tuy nhiên, các nghiên cứu mới nhất cho thấy rằng các phương pháp này không phải là các tiêu chuẩn vàng mà nó sẽ có hiệu quả cao nhất khi phối kết hợp với “ý kiến lâm sàng” của bác sĩ và để tránh việc bỏ sót các trường hợp thuộc Hội chứng Asperger.

Đối với người trưởng thành có thể sử dụng phương pháp AAA (Đánh giá người trưởng thành Asperger), công cụ chẩn đoán Rối loạn giao tiếp và xã hội (DISCO) của Bác sĩ Lorna Wing cũng là một công cụ khá hiệu quả.

Trong tương lai chúng ta hy vọng sẽ có được những chẩn đoán chính xác, không bị phụ thuộc vào sự thiếu ổn định của một phỏng vấn lâm sàng hoặc một quan sát trực tiếp về hành vi trong đó luôn luôn có một số yếu tố chủ quan, mà nó được dựa trên những chứng cứ sinh học hoặc nhóm các chứng cứ (ví dụ sự phối hợp các biến thể gen đặc trưng hoặc sự phối hợp các mức độ protein đặc trưng), đo được ở trong máu hoặc trong các mô hoặc các tế bào trên cơ thể. Tuy nhiên, hiện nay chưa có những ghi nhận về mặt sinh học của tự kỉ và Hội chứng Asperger nên chúng ta vẫn phải căn cứ trên các hành vi và các phương pháp dựa vào phỏng vấn.

Các bằng chứng cho thấy rằng những người mắc hội chứng tự kỉ điển hình có thể có khó khăn trong học tập và cả việc chậm ngôn ngữ. Đôi khi người ta cho rằng tự kỉ điển hình có mức độ nặng hơn hội chứng Asperger. Và một điều chắc chắn, đó là các biểu hiện khó khăn về học đã gây ra các hạn chế trong khả năng của người mắc hội chứng cả trong học tập cũng như các cơ hội và sự hỗ trợ chính mình với các kỹ năng độc lập. Việc đo đếm thông qua “mức độ nặng” thật không đơn giản. Khi một người phải hứng chịu những cơn đau ruột (thường thấy ở tự kỉ điển hình) và sự trầm cảm (thường thấy ở hội chứng Asperger), cả hai đều có thể rất “trầm trọng”. Nếu bạn là người mắc hội chứng này, và theo một cách nào đó nó làm bạn phải chịu đựng, ngay cả nó chỉ làm ảnh hưởng đến khả năng của bạn trong việc thực hiện những công việc hàng ngày như việc kết bạn, thì điều đó cũng có thể “rất trầm trọng”. Nhưng nếu nhìn từ bên ngoài, với khái niệm “điều đó như thế nào”, người ta có thể nói rằng tự kỉ điển hình có vẻ gây ra nhiều khiếm khuyết hơn là Hội chứng Asperger.

Như đã đề cập đến ở trên, có ba lĩnh vực cơ bản có thể nhận thấy triệu chứng là các đặc điểm của rối loạn phổ tự kỉ. Một số triệu chứng có thể ở mức độ trung bình, nhưng một số khác có thể ở mức độ nghiêm trọng. Các dấu hiệu bất thường thường gồm ba lĩnh vực:

- **Khó khăn trong các mối quan hệ xã hội:** là người không dùng hoặc không hiểu các hành vi phi ngôn ngữ hoặc không xây dựng những mối quan hệ đồng trang lứa tương ứng với mức độ phát triển của mình hay của nhóm tuổi của mình. Người này không hiểu ngôn ngữ cử chỉ hoặc các biểu lộ nét mặt hoặc thể hiện sự xa lánh và khác biệt với mọi người.

- **Khó khăn trong giao tiếp:** Có sự khiếm khuyết tổng thể hoặc chậm phát triển về ngôn ngữ (không có sự cố gắng để giao tiếp bằng các phán đoán). Họ không duy trì hoặc khởi xướng các cuộc hội thoại, hoặc dùng ngôn ngữ một cách rập khuôn và lặp lại. Họ rất khó khăn trong việc hiểu ngôn ngữ theo cách thông thường và chỉ có thể hiểu nghĩa đen của ngôn ngữ.
- **Thói quen định hình:** Chỉ quan tâm đến một thứ nhất định theo một cách cứng nhắc không theo trình tự chức năng thông thường. Hành động lặp lại theo thói quen như vỗ tay hoặc xoay tròn các đồ vật để nhìn. Những người này thường thiếu hụt trong việc tạo dựng niềm tin hoặc thể hiện vai trò thụ động về mặt xã hội trong cuộc sống. Xem thêm các tiêu chí chẩn đoán ở phần phụ lục

2. Nhóm chuyên gia đa chức năng:

Vậy ai sẽ là người thực hiện chẩn đoán? Hầu hết các phòng khám sử dụng nhóm đa chức năng, nhóm này bao gồm một bác sĩ thần kinh nhi khoa, một bác sĩ tâm lý, một chuyên gia trị liệu ngôn ngữ, nhà tâm lý giáo dục, bác sĩ nhi hoặc các nhà chuyên môn khác có liên quan (ví dụ là bác sĩ thần kinh).

Bác sĩ nhi khoa

Bác sĩ nhi khoa là nguồn đầu tiên bạn có thể tìm đến để giải quyết các mối bận tâm, lo lắng của mình. Bác sĩ thường biết cách chăm sóc sức khỏe ban đầu, có sự hiểu biết về phát triển toàn diện ở trẻ nhỏ và bạn cũng có thể hy vọng rằng họ hiểu về những bất thường trong quá trình phát triển của trẻ em. Vai trò của họ là xác định các biểu hiện giúp cho việc chẩn đoán sớm ở trẻ tự kỉ. Hiện nay trên toàn thế giới, các chuyên gia y tế đã khuyến cáo các bác sĩ quan tâm tới những biểu hiện sớm của hội chứng rối loạn phổ tự kỉ. Ở Việt Nam trong một nghiên cứu giữa ba nước Việt Nam, Nhật bản và Trung quốc đã cho thấy rằng, cơ sở đầu tiên mà các cha mẹ thường tìm đến để tìm kiếm sự hỗ trợ trong việc phát hiện các bất thường ở trẻ chính là các phòng khám và các cơ sở y tế.

Bác sĩ thần kinh nhi khoa

Chuyên khoa thần kinh nhi là một bộ phận nghiên cứu riêng biệt của y tế về ảnh hưởng chức năng của não bộ về hệ thần kinh đối với trẻ em. Bác sĩ chuyên khoa thần kinh quan sát các biểu hiện hành vi và các vấn đề liên quan đến khả năng phối hợp của trẻ, ví dụ như sự vụng về trong hoạt động. Theo nghiên cứu có khoảng 25% người mắc rối loạn phổ tự kỉ có kèm động kinh. Vì vậy, các bác sĩ có thể đề nghị bạn cho trẻ kiểm tra điện não đồ (EEG). Kết quả điện não đồ sẽ đưa ra hình ảnh về hoạt động của các xung điện trên não bộ. Khi não bị tổn thương hoặc trẻ bị động kinh, việc phát xung điện có thể coi là xác dấu hiệu điển hình cho các rối loạn.

Thực hiện điện não đồ không gây đau đớn và không có tác dụng phụ gì, tuy nhiên việc thực hiện điện não đồ đòi hỏi về thời gian và sự hợp tác trong suốt quá trình chuẩn bị kiểm tra. Vì vậy, các bác sĩ chuyên khoa thần kinh có thể đề nghị gây mê cho con bạn, tuy nhiên điều đó có thể sẽ dẫn đến một số nguy cơ cho trẻ. Để chắc chắn, bạn hãy hỏi ý kiến bác sĩ về những vấn đề có thể

gây cản trở lên quá trình thực hiện điện não đồ.

Chuyên gia Tâm Lý

Chuyên gia tâm lý nghiên cứu về các hành vi và quá trình học tập của con người. Để định lượng được những lĩnh vực này, các chuyên gia tâm lý có thể so sánh các biểu hiện của con bạn theo các thang đánh giá phát triển hoặc thang đánh giá hành vi. Chuyên gia tâm lý sẽ đưa ra các câu hỏi về những quan sát của cha mẹ hay người chăm sóc đối với hành vi của trẻ. Điều này giúp hoàn chỉnh các thang đánh giá này. Các chuyên gia tâm lý có thể quan sát những tương tác giữa cha mẹ hay người chăm sóc với trẻ để đạt được mục tiêu đánh giá. Các chuyên gia có thể sử dụng các bài kiểm tra trí tuệ nhằm tìm kiếm một số thông tin để xem xét liệu trẻ có bị suy giảm trong khả năng nhận thức hoặc có sự phát triển không đồng đều hay không, những vấn đề có thể dẫn tới các suy đoán về rối loạn phổ tự kỉ.

Bác sĩ tâm thần

Bác sĩ tâm thần sẽ kiểm tra các lĩnh vực tương tự như các chuyên gia tâm lý bao gồm biểu hiện hành vi và việc học tập của trẻ. Điều khác biệt chỉ là ở chỗ, bác sĩ tâm thần là nhà chuyên môn có khả năng đưa ra một đơn thuốc và các thông tin về tác dụng của nó.

Chuyên gia trị liệu ngôn ngữ

Các chuyên gia trị liệu ngôn ngữ sẽ đánh giá về thính lực nhằm phân biệt việc con bạn có những khó khăn về ngôn ngữ và phát âm là do Hội chứng rối loạn phổ tự kỉ hay do những suy giảm khác. Các thông tin được thu thập từ việc đánh giá khả năng ngôn ngữ và khả năng phát âm của trẻ bao gồm:

- Ngôn ngữ diễn đạt: Là khả năng sử dụng từ, biểu tượng và cử chỉ điệu bộ nhằm giao tiếp với người khác.
- Ngôn ngữ tiếp nhận: các biểu hiện cho việc hiểu từ, biểu tượng hoặc các cử chỉ điệu bộ.
- Các chức năng vận động của cơ quan cấu âm: là khả năng điều khiển của trẻ đối với lưỡi, môi và quai hàm.
- Chất lượng của âm thanh: bao gồm các tiêu chí về độ vang, độ cao, sự rõ ràng và thành thạo của sự phát âm hoặc một phương thức giao tiếp có âm nào đó của trẻ.
- Trí nhớ thính giác: đó là việc trẻ đáp ứng tốt đến mức nào với những thông tin trẻ nghe được.
- Một số kỹ năng hoạt động và vui chơi chung, ví dụ như khả năng duy trì chú ý và cách thức trẻ tương tác với đồ vật và người khác.

Chuyên gia thính học

Một chuyên gia thính học sẽ kiểm tra về sự suy giảm thính lực ở trẻ. Họ là những người có kinh nghiệm trong việc sử dụng các công nghệ và thiết bị nhằm

đánh giá về khả năng thính giác của trẻ ngay cả khi trẻ còn rất bé. Cha mẹ có thể nhận thấy trẻ không đáp ứng thường xuyên với âm thanh, và điều đó có thể dẫn tới nghi ngờ là trẻ bị điếc. Vì vậy đo thính lực sẽ là công việc đầu tiên.

III. Phân loại rối loạn phổ tự kỉ

Mặc dù các nguyên nhân của rối loạn phổ tự kỉ được cho là do các vấn đề thần kinh học trong tự nhiên nhưng rối loạn phổ tự kỉ vẫn cần có các chẩn đoán dựa trên các triệu chứng hành vi. Tự kỉ còn được gọi là Phổ Tự Kỉ (Spectrum autism), trong DMS-5, bao gồm 5 thể loại khác nhau: Rối loạn Tự Kỉ điển hình (Autistic Disorder), Rối loạn Asperger, còn được gọi là Tự Kỉ với trí thông minh trên trung bình (Asperger's Disorder), Rối loạn Rett (Rett's Disorder), Rối loạn thoái hóa thuộc thời thơ ấu (Childhood Disintegrative Disorder, CDD), Rối loạn phát triển lan tỏa: Không đặc hiệu (Pervasive Developmental Disorder: Not otherwise Specified, PDD:NOS).

Các đặc điểm hành vi của tất cả 5 rối loạn trên được phân loại thành các loại nhỏ sau: 1) khiếm khuyết về tương tác xã hội, (2) khiếm khuyết về giao tiếp xã hội, (3) Các hành động, mối quan tâm và hành vi mang tính máy móc, lặp khuôn và hạn hẹp. Một chẩn đoán về Rối loạn tự kỉ, một nguyên mẫu của Rối loạn phát triển diện rộng cần có biểu hiện các chậm chễ hay các bất thường ngay từ sớm trong phát triển trước khi trẻ được 3 tuổi và tổng cộng có 6 khiếm khuyết trong toàn bộ các đặc điểm phân loại trong đó có ít nhất 2 đặc điểm nằm trong lĩnh vực tương tác xã hội.


1. Rối loạn Tự Kỉ điển hình (Autistic Disorder)

Tự Kỉ (Autism) đã được Bác Sĩ Eugen BLEULER, người Thụy Sĩ (1857-1939) sử dụng lần đầu tiên, để mô tả triệu chứng nổi bật nhất của chứng bệnh Tâm Thần Phân Liệt nơi người lớn (Schizophrenia).

Vào năm 1943, Bác Sĩ Leo KANNER, người Mỹ gốc Áo, đã mượn lại danh xưng này, để mô tả Hội Chứng Tự Kỉ, được quan sát và phát hiện nơi 11 trẻ em, giữa 2 đến 8 tuổi, trong suốt thời gian từ 1938 đến 1943 (4). Trong những năm kế tiếp, nhiều bác sĩ khác đã phát hiện nhiều hội chứng mới, có liên hệ ít nhiều với Hội Chứng Tự Kỉ nơi trẻ em, do Leo Kanner đã khám phá lần đầu tiên.

Mẫu số chung, khả dĩ nối kết lại với nhau tất cả 5 Hội Chứng thuộc Tự Kỉ Vòng Cầu, bao gồm 3 loại triệu chứng được gọi là « Chính Qui và Đặc Hiệu ». Nếu một trong ba thiếu vắng, không được xác định một cách khách quan và khoa học, Hội Chứng Tự Kỉ Vòng Cầu, còn mang tên là Rối Loạn Phát triển Lan tỏa, sẽ không có lý do tồn tại.

Những dấu hiệu khác còn lại, ngoại trừ 3 Triệu Chứng Đặc Hiệu và Chính Qui, chỉ tạo nên những nét khác biệt giữa 5 Hội Chứng với nhau. Nhằm xác định những yếu tố phụ thuộc này, chúng ta cần khảo sát và khám phá thời điểm xuất hiện, mức độ trầm trọng, cũng như vai trò nhận thức bị hạn chế và quá thu hẹp của các giác quan khác nhau, có mặt trong các Rối Loạn này.

 **Triệu Chứng thứ nhất** : Những rối loạn trong quan hệ tương tác giữa trẻ em và các thành viên khác thuộc môi trường gia đình và xã hội, gồm có những người lớn và các trẻ em cùng lứa tuổi.

- Các em thu hẹp hay là đóng kín mình, trong vũ trụ hoàn toàn riêng tư của mình.

- Các em không tìm cách tạo quan hệ gắn bó, hay là tác động qua lại hai chiều, với người lớn chung quanh, hoặc với trẻ em khác cùng lứa tuổi. Thậm chí với người mẹ sinh ra mình, hoặc với anh chị em sinh đôi, các em cũng không tham gia hoặc khởi động các trò chơi đơn giản như : « cúc cù, trốn tìm »...

- Người khác không được nhìn nhận và đón nhận như một chủ thể giống như mình, có khả năng chia sẻ niềm vui và nỗi buồn, cùng bao nhiêu kinh nghiệm và cảm nghiệm, trong đời sống thường ngày. Trái lại, họ chỉ được đối xử như là một dụng cụ hoặc phương tiện, được các em dùng, để thỏa đạt một mục đích. Ví dụ trẻ em chỉ cầm tay mẹ, dẫn mẹ đi lấy nước uống cho mình, thay vì dùng lời nói hay cử chỉ, để diễn tả nhu cầu và nguyện vọng. Sự kiện này có thể được chấp nhận một phần nào, khi trẻ em không biết nói. Trong thực tế, với những trẻ em có khả năng nói, phát âm và đọc chữ...ngôn ngữ vẫn không phải là một dụng cụ để tạo quan hệ trao đổi qua lại, diễn tả ý định của mình và tìm hiểu nhu cầu của người đối diện.


- Một cách vắn gọn, tôi xin liệt kê một số dấu hiệu quan trọng khác như :

+ Không có lối nhìn trực diện mắt nhìn mắt,

+ Không phân biệt người lạ và quen, mặc dù tuổi đời đã vượt quá một năm, chung quanh 3-4 tháng, không biết mỉm cười với người thân, như bà mẹ của mình,

+ Không tìm cách bắt chước bạn bè, để làm như, làm giống, làm với...

Chính vì những lý do vừa được liệt kê, bốn động tác « Xin, Cho, Nhận và Từ chối », một cách thanh thản, hài hòa, trong lãnh vực quan hệ giữa người với người, là bốn bài học rất cơ bản, nhưng rất khó học và khó làm, đối với tất cả mọi người, không trừ sót một ai. Cho nên 4 bài học này phải bắt đầu được dạy, với mỗi trẻ em, Tự Kỉ hay Không Tự Kỉ, từ khi vừa lọt lòng mẹ.

 **Triệu chứng thứ hai** : Những rối loạn trong lãnh vực diễn tả và thông đạt sở thích, ý định và nhu cầu của mình.

- Mặc dù có khả năng phát âm, lặp lại các từ, đọc nhiều chữ hoặc nhiều câu, trẻ em không biết trao đổi, chuyển trò qua lại với một người thứ hai,

- Khi phát biểu, trẻ em thường hay lẫn lộn hai đại danh từ ngôi thứ nhất và ngôi thứ hai, tôi và mày...

- Lặp lại như một chiếc máy phát âm, thậm chí những câu khá dài. Trẻ em hoặc lặp lại tức khắc, sau khi ghi nhận, hay là sau một thời gian cách khoảng.

- Không có khả năng hình dung hoặc giả bộ, như trong các trò chơi nấu ăn và mời nhau ăn...


- Không dùng những cử điệu « hình tượng », như vẫy tay chào tạm biệt, lúc ra đi

- Không dùng ngôn ngữ có lời, hay là không lời như cử điệu, nét mặt... để

diễn tả, thông đạt, trao đổi với người khác về ý định của mình, hay là tìm hiểu nhu cầu của kẻ khác.

- Không nhìn theo hướng ngón tay, khi mẹ đưa tay chỉ một vật dụng. Trẻ em cũng không biết đứng từ xa đưa tay chỉ một đồ chơi mong muốn.

- Nói cách chung, ngôn ngữ, mặc dù có mặt, không phải là một dụng cụ, một phương tiện nhằm tạo ra nhịp cầu trao đổi, nối kết và đồng cảm với kẻ khác.

 **Triệu chứng thứ ba :** Những rối loạn trong thể thức tiếp cận các sự vật và các sự cố, có mặt trong cuộc sống thường ngày.

Nhằm minh họa triệu chứng này, tôi bắt đầu nêu lên những sự kiện cụ thể và khách quan, được diễn đi diễn lại, trong cuộc sống thường ngày của trẻ em có nguy cơ Tự Kỉ :

Thay vì tiếp cận từng đồ chơi, theo chức năng tự nhiên của mình, ví dụ như ngòi bút chì dùng để vẽ, trái banh dùng để ném ra xa hay là đưa chân đẩy mạnh tới đằng trước...trẻ em chỉ xếp thành hàng với nhau, kè sát nhau những đồ chơi của mình. Trẻ em có thể làm như vậy, một cách say mê suốt ngày. Thoảng hoạt, trẻ em dừng lại, đi quanh đó đây hay là làm một động tác khác... Nhưng sau đó, trẻ em lại trở lui với « công trình sắp xếp thành hàng » những đồ vật và đồ chơi của mình. Trẻ em sẽ bùng nổ, la hét, tức giận, bực bội, khi có người cất lấy đi, dời chỗ, hay là thay đổi thứ tự.

Trẻ em cũng khư khư bám sát, bám chặt vào những chương trình, thứ tự, nghi thức, cách tổ chức, trong các sinh hoạt hằng ngày. Một vài thay đổi nhỏ nhỏ không được báo trước hay là được chuẩn bị, trong các nề nếp và qui luật bất di bất dịch ấy, sẽ tạo nên nơi trẻ em, những cơn khủng hoảng trầm trọng, những cuộc bùng nổ rộn ràng, những phản ứng chống đối gay gắt.

Hình dung một cảnh tượng sắp xảy ra hoặc đang có mặt ở một nơi khác, thao tác những trò chơi giả bộ, hay là tìm hiểu ý nghĩa trừu tượng và hình tượng của một bức tranh, một câu chuyện... tất cả những sinh hoạt ấy hoàn toàn vượt ra ngoài khả năng tiếp thu và hiểu biết của một trẻ em có nguy cơ Tự Kỉ.

Tất cả ba loại sự kiện ấy cho chúng ta thấy rõ : Trẻ em có Hội Chứng Tự Kỉ chỉ sống hạn hẹp trong giây phút hiện tại, ở đây và bây giờ. Những gì không có mặt trong hiện tại, hay là những gì sắp xảy ra trong tương lai gần và xa, đối với các em, là những gì không hiện hữu, là số không.

2. Hội chứng ASPERGER

Những mô tả về Hội chứng Asperger còn phức tạp hơn nhiều. DSM-V xác định trẻ mắc hội chứng Asperger khi có khiếm khuyết ở ít nhất là hai lĩnh vực trong tương tác xã hội và một đặc điểm về sự dập khuôn máy móc, lặp lại trong hành vi nhưng lại không có đủ các đặc điểm của Rối loạn Tự kỉ. Các tiêu chuẩn quy định thêm là có thể không có các dấu hiệu chậm chễ lâm sàng trong phát triển ngôn ngữ, nhận thức và tự phục vụ phù hợp với các kỹ năng trong suốt 3 năm đầu đời. Tuy nhiên, rất nhiều các bác sĩ đã xem qua bản ghi trong DSM-V và sắp xếp thành hai bảng. Trong trường hợp này, dòng chữ “trong suốt 3 năm

đầu đời” thường bị bỏ quên , kết quả là có những chẩn đoán nhầm đối với những người lớn bị Hội chứng Asperger, những người mà chắc chắn hiện tại thể hiện các thiếu hụt trong khả năng nhận thức, thích ứng và ngôn ngữ.

Hơn nữa, nếu chỉ đọc bảng phân loại mà không đọc phần chữ chỉ dẫn, những mô tả về mối quan tâm hạn hẹp- bao gồm tất cả các mối bận tâm với các chủ đề được quan tâm mà thường đặc biệt đối với Hội chứng Asperger hơn là đối với các rối loạn phát triển diện rộng khác thường bị nhìn nhận là giống nhau nếu chỉ xem xét qua. Những đặc điểm này đã tạo ra sự tranh cãi lớn, kết quả là dẫn đến sự thay đổi lớn trong việc chẩn đoán Hội chứng Asperger cả ở các phòng khám và trong nghiên cứu. Sự biến đổi và thiếu tính kiên định trong việc xác định rối loạn đã dẫn đến kết quả cuối cùng là loại bỏ nhóm nhỏ trong bảng DSM-IV khi có DSM-V (APA, 2010), đó là điều không cần bàn cãi.

Các bác sĩ và các nhà nghiên cứu, những người đã thực hiện các nghiên cứu gần và làm việc với những người mắc Hội chứng Asperger không thay đổi quan điểm rằng nhóm nhỏ này là một đặc điểm phân biệt đối với các rối loạn phát triển diện rộng khác, tạo nên sự rắc rối, động lực giao tiếp xã hội và sự đóng đinh trong các chủ đề quan tâm của những người mắc Hội chứng này. Thật đáng tiếc, những triệu chứng giống như thế này chính là nguyên nhân dẫn đến các nhầm lẫn trong các chẩn đoán vi phân.

Những quan niệm sai lầm thường cho rằng những người mắc hội chứng Asperger thường không có các khiếm khuyết về nhận thức, những người này có điểm IQ có ngôn ngữ cao hơn IQ phi ngôn ngữ, họ là những người có định hướng giao tiếp xã hội, những người này cũng chỉ có các khiếm khuyết giao tiếp xã hội mức độ nhẹ hoặc trung bình, họ thể hiện những mối quan tâm dai dẳng như trong loạt phim hoạt hình Tàu Thomas, chúng thường mắc kẹt với một nhân vật hay một cuốn băng nhất định hơn là tập trung vào việc sưu tầm các chi tiết trong chủ đề có liên quan đến tàu hỏa. Những quan niệm sai lầm này có thể có những ý nghĩa thiếu tích cực đối với những kết quả của những người mắc hội chứng Asperger bởi vì họ được cho rằng có ít khiếm khuyết và có thể vượt qua mà không cần trợ giúp, điều này chắc chắn là không đúng với rất nhiều người.

Không chỉ là vấn đề các hành vi, sự tách biệt để xác định Hội chứng Asperger mà là toàn bộ mô tả về hành vi bao gồm cả tiền sử phát triển. Ở thời kỳ thơ ấu, những thiếu hụt về tương tác xã hội ở trẻ mới tập đi mắc hội chứng Asperger thường được che đậy bởi các thế mạnh có liên quan trong các lĩnh vực khác.- như việc chúng thường phát triển ngôn ngữ sớm, thích số và chữ để tự đọc và bị giới hạn trong các mối quan tâm hạn hẹp. Nó thường không điển hình cho đến khi trẻ phải tham gia vào các quan hệ xã hội, ở đó các giao tiếp xã hội đòi hỏi nhiều hơn khả năng có thể tham gia của chúng, lúc này các dấu hiệu cờ đỏ đã xuất hiện.

Trong suốt những năm học đường, những người mắc hội chứng Asperger thường có nhiều động lực giao tiếp xã hội để tương tác với các bạn cùng trang lứa, chúng thường đưa bản thân vào các tình huống tương tác thiếu phù hợp và

thiếu các nhận thức giao tiếp xã hội phù hợp để hướng tới một tương tác có hiệu quả. Chúng chỉ có vừa đủ nhận thức để hiểu được sự thất bại trong những cố gắng của bản thân, đặt chúng vào nguy cơ bị lo âu, trầm cảm và xa lánh mọi người. Ở tự kỉ, những người có xu hướng giao tiếp xã hội thụ động hơn, chắc chắn họ có thể đáp ứng được với các tương tác trực tiếp, một cách thường xuyên thậm chí một cách phù hợp nhưng họ ít có khả năng để khởi đầu các tương tác với các bạn cùng trang lứa.

Hơn nữa, nhận thức về bản thân của người tự kỉ có thể bị khiếm khuyết nhiều hơn, nó hoạt động như một phần trợ giúp trong mỗi người, mà không giúp nhận thức được những thất bại của họ trong các trải nghiệm xã hội. Tuy nhiên, như đã nhấn mạnh ở phần trên, không nên lý giải về động lực giao tiếp xã hội trong việc xa lánh người khác khi phân biệt Hội chứng Asperger với các rối loạn phát triển diện rộng khác.

Không giống như tự kỉ, hội chứng Asperger thường không được phát hiện ở những năm đầu đời bởi vì ở thời kỳ thơ ấu, những thiếu hụt trong giao tiếp xã hội của trẻ mới tập đi mắc Hội chứng Asperger thường được che đậy bởi các thế mạnh khác như việc phát triển ngôn ngữ sớm, thích chữ và số, vượt trội với các chủ đề quan tâm. Điều này không được phát hiện cho đến tận khi đứa trẻ phải tham gia nhiều hơn vào các tương tác xã hội, như ở nhà trẻ, nơi đây các khiếm khuyết giao tiếp xã hội của chúng mới thực sự được nhận ra. Chính vì lý do này, các bác sĩ cần cẩn trọng trong việc sàng lọc các khiếm khuyết giao tiếp xã hội ở trẻ nhỏ, những trẻ thể hiện các điểm mạnh trong ngôn ngữ và các kỹ năng nhận thức.

Cần nhớ. Những người thuộc Rối loạn phổ tự kỉ, đặc biệt là những người mắc Hội chứng Asperger thường có đôi chút nhận thức về giao tiếp xã hội, là những người rất dễ gặp nguy cơ đối với các rối nhiễu tâm thể như bệnh lo âu và trầm cảm. Nhưng dấu hiệu này có thể xuất hiện từ rất sớm, ở tuổi đến trường nhưng thông thường là khi trẻ đã lớn và người trưởng thành vì vậy cần được giám sát và trị liệu kịp thời.

3. Rối loạn phát triển diện rộng không có các đặc thù khác

Một chẩn đoán về rối loạn phát triển diện rộng không có các đặc thù khác đòi hỏi có khiếm khuyết trong tiếp nhận tương tác xã hội (các triệu chứng trong phân loại nhóm 1) đi kèm với ít nhất một trong hai nhóm phân loại còn lại. Vì vậy, theo phân loại hiện tại, chẩn đoán một người bị PDD-NOS không nhất thiết người đó phải thể hiện các hành vi dập khuôn (các dấu hiệu trong phân loại nhóm 3). Tuy nhiên, Đặc điểm chẩn đoán được đưa ra trong DSM-5 về rối loạn phổ tự kỉ đòi hỏi có ít nhất 2 hành vi dập khuôn (xem bảng 1.1). Điều này chắc chắn tác động tới nhiều người mà hiện tại đang được chẩn đoán là PDD-NOS, điều đó nêu ra một câu hỏi đó là tên gọi như thế nào để thích hợp để đạt các mức độ giống nhau trong các dịch vụ đối với những người này. Xem thêm phần phụ lục.

4. Rối loạn RETT và Rối loạn Rối loạn thoái hóa thuộc thời thơ ấu

Chú ý: Hội chứng Rett hoàn toàn khác với ASD, ở đó tỷ lệ mắc của trẻ gái

cao hơn trẻ trai, nó thường đi kèm với đột biến gen MECP2, có sự thoái lui về phát triển tâm thần từ những năm đầu đời và xuất hiện việc giảm chu vi vòng đầu.

Rối loạn Rett và CDD rất hiếm gặp, đây là rối loạn thoái lui ở đó bắt đầu có sự thoái lui tương ứng trong phát triển, thể hiện ở hành vi của cá nhân giống như tự kỉ. Ở rối loạn Rett sự phát triển ở giai đoạn trước sinh và trong sinh hoàn toàn bình thường, tiếp theo đó sẽ có sự thoái lui về phát triển tâm thần và các liên kết giao tiếp xã hội vào khoảng thời gian giữa từ 5 -48 tháng tuổi. Có thể nhận thấy sự thoái lui về phát triển vòng đầu và hiện tượng vò tay. Sự khác biệt của Rối loạn Rett so với các rối loạn khác đó và tỷ lệ mắc của trẻ gái cao hơn nhiều so với trẻ trai, gấp 4 lần. Sự đột biến của gen MECP2 cũng được phát hiện trong các trường hợp mắc hội chứng Rett. Ở Rối loạn CDD, thường tích lũy trong ba năm đầu đời sau đó xuất hiện các dấu hiệu lâm sàng như việc mất các kỹ năng các kỹ năng đã đạt được trước đây ở ít nhất một trong hai lĩnh vực sau: ngôn ngữ tiếp nhận và ngôn ngữ diễn đạt, các kỹ năng xã hội, các kỹ năng thích ứng, kỹ năng vệ sinh cá nhân, kỹ năng chơi, hay phát triển vận động. Việc thoái lui sẽ diễn ra trước tuổi lên 10 nhưng với hầu hết các trường hợp việc thoái lui diễn ra vào khoảng tuổi lên 2-3. (Volkmar, Koeing, & State, 2005). Ở thời điểm bắt đầu sự thoái lui, những người bị CDD thường bị khổ sở bởi những khuyết tật tâm thần mức độ nặng thêm vào đó là các dấu hiệu của tự kỉ. Người ta chưa biết nhiều về nguyên nhân của CDD hay những xung phát của sự thoái lui mặc dù các nghiên cứu đã cho rằng những xung phát có thể đi kèm (nhưng không phải là nguyên nhân) với các căng thẳng về tâm lý, thường là trước tuổi đến trường. Việc này có thể là sự kiện sinh thêm em bé trong gia đình, sự ra đi đột ngột của người thân trong gia đình hay việc phải điều trị lâu dài trong bệnh viện (Volkmar, Koeing, & State 2005). Không nên nhầm lẫn giữa CDD và tự kỉ dạng thoái lui, đây là loại chiếm khoảng 10% các trường hợp trong rối loạn phổ tự kỉ và nhóm này được báo cáo là có các thoái lui trong phát triển các kỹ năng đã đạt được trước khi lên 2. Trẻ tự kỉ loại thoái lui không thể hiện các khiếm khuyết giống như trẻ rối loạn CDD tại thời điểm bắt đầu thoái lui hơn nữa người ta cũng biết rất ít về tự kỉ thoái lui cũng như sự khác biệt giữa tự kỉ và tự kỉ thoái lui. Và cần nhớ rằng, ASD là một rối loạn phát triển thần kinh, và như vậy các triệu chứng thường diễn ra trong vài năm đầu tiên của cuộc đời. Do vậy, sự lệch lạc trong phát triển các kỹ năng hành vi và giao tiếp xã hội trong khoảng từ 18 đến 24 tháng tuổi thường đi liền với ASD nhưng cũng thường bị nhầm lẫn đó là thoái lui.

Đánh giá mức độ chức năng thông qua các lĩnh vực phát triển cũng giống với các bước của đánh giá chẩn đoán. Bác sĩ cần có các hiểu biết chuyên sâu về những khả năng của một người bệnh- trong đó bao gồm cả điểm mạnh, điểm yếu để có thông tin cho việc chẩn đoán và quan trọng hơn là đưa ra các khuyến nghị cho việc trị liệu và can thiệp.

Một khía cạnh nổi bật của các biểu hiện lâm sàng của những người mắc ASD đó là tính đa dạng của mức độ chức năng bao gồm cả phát triển trí tuệ, nhận thức, hành vi và tiến trình tâm lý có thể thay đổi trong suốt cuộc đời. Việc

đánh giá kỹ năng ở các giai đoạn phát triển sẽ trở nên vô cùng cần thiết đặc biệt là khi đến các giai đoạn chuyển tiếp then chốt (giai đoạn phát sinh nghi ngờ/chẩn đoán; vào/ra trường; khi có các thay đổi về hành vi; trong thời kì dạy thì/trưởng thành, chuyển tiếp sang giai đoạn người lớn). Xác định điểm mạnh và điểm yếu của một cá nhân sẽ giúp cho việc đưa ra các trị liệu và can thiệp thích hợp và phù hợp nhất với khả năng của người được đánh giá tại thời điểm hiện tại.

IV. Nguyên nhân dẫn đến hội chứng tự kỉ.

Theo một số quan điểm Tự kỉ có nguồn gốc do trước sinh xảy ra những khiếm khuyết nhỏ. Những khiếm khuyết này do gen di truyền và kết quả là ảnh hưởng đến hệ thống thần kinh trung ương. Khiếm khuyết này không dễ phát hiện và các bộ phận khác vẫn hoạt động bình thường, và trẻ khi sinh ra trông hoàn toàn khoẻ mạnh, bình thường. Chỉ đến năm trẻ hai tuổi, kết quả của những khiếm khuyết biểu hiện rõ hơn và thỉnh thoảng nó có những tác động đáng lo ngại.

Tại sao lại như vậy? Có lẽ giai đoạn này, việc các hành vi xã hội điển hình trong những năm đầu đời được chú ý là những mối quan tâm xã hội. Từ khi trẻ mới sinh, trẻ đã có những biểu hiện về các mối quan tâm xã hội. Ví dụ như, trẻ thích nhìn vào khuôn mặt hơn là nhìn vào hình mẫu, trẻ thích nhìn khuôn mặt có thực hơn là khuôn mặt trên mặt nạ, trẻ thích tiếp xúc mắt mắt, chúng thích nhìn vào mặt mọi người, mỉm cười với mọi người, thể hiện những phản ứng giống/tương tự với người lớn và chúng có phản ứng khác đối với người lạ v.v....

Sức khỏe về thể chất là nền tảng giúp trẻ tham gia vào xã hội. Trải qua hàng nghìn năm phát triển, để sống sót và tồn tại người ta phải dựa vào những yếu tố bản năng của con người. Khi trẻ khóc, trẻ nhìn, trẻ cười và trẻ tập nói bi bô. Tất cả những hành vi của trẻ đều thể hiện những biểu hiện xã hội có tác động mạnh tới người mẹ. Ví dụ khi trẻ khóc điều đó thể hiện rằng trẻ có nhu cầu ăn hay trẻ cảm thấy không thoải mái. Tuy nhiên, có những thay đổi lớn về sự phát triển xã hội và con người vào cuối năm đầu đời trong cuộc sống của trẻ. Điều này thường đi kèm với cả sự phát triển về thể chất và tinh thần của trẻ. Lúc này trẻ bắt đầu tập đi, tập nói. Ngay từ đầu, một vài điều gì đó thay đổi trong trẻ và bên ngoài thì trẻ phát triển khoẻ mạnh nhưng tương tác chủ yếu diễn ra từ một phía, ở những mức độ khác nhau, không có sự qua lại và tương tác theo đúng nghĩa là phải có phản ứng qua lại, tác động thực sự qua lại từ hai phía. Vấn đề chính của Trẻ tự kỉ được đề cập ở đây chính là những vấn đề về xã hội.

Tất cả mọi người đều thấy rằng trong năm đầu đời, trẻ phát triển rất nhanh cả về mặt thể chất và trọng lượng, nhưng chúng ta không thể nhìn thấy não của trẻ phát triển như thế nào. Hầu hết tất cả các tế bào thần kinh trong não đều hình thành trước lúc trẻ sinh ra, nó liên kết giữa các tế bào thần kinh phát triển một cách nhanh chóng lạ thường. Hàng triệu các dây thần kinh được liên kết với nhau để tạo thành hệ thống thần kinh. Con đường giao tiếp của não được hình thành. Sự hình thành này bao gồm sự bài tiết và những liên kết không cần thiết. Khi trẻ chuyển sang giai đoạn tập đi, có sự cải tổ lớn/thay đổi lớn trong não bộ của trẻ, và sự thay đổi lớn đó chính là cách trẻ tương tác với người khác.

Người ta cho rằng, vấn đề chính của trẻ tự kỉ chính là khiếm khuyết về mặt xã hội, người ta hy vọng/trông đợi những khiếm khuyết này có thể quan sát được trong những năm đầu đời của trẻ. Nhưng điều này rất khó quan sát được trong năm đầu đời. Sự phát triển của trẻ tự kỉ bắt đầu thể hiện những hành vi bất thường khi trẻ lên hai tuổi, chứ không phải ngay trong năm đầu tiên. Bên ngoài, trẻ tự kỉ phát triển chậm hơn so với trẻ bình thường và chúng không có những bước thay đổi quan trọng trong tương tác xã hội để hướng tới sự tương tác thực sự.

Căn nguyên tự kỉ là một tập hợp đa nhân tố. Hiện nay trên thế giới vẫn đang nghiên cứu nguyên nhân dẫn đến tự kỉ. Người ta đưa ra 3 nguyên nhân cơ bản sau:

1. Tổn thương thực thể ở não bộ

Tổn thương này có thể xảy ra ở thời kỳ bào thai (mẹ bị nhiễm vi rút rubella, sởi, ho gà, sản giật, nhiễm độc thai nghén, suy dinh dưỡng bào thai), có thể trong khi sinh (đẻ non, ngạt khi sinh, can thiệp sản khoa) hoặc sau sinh (vàng da, suy hô hấp).

2. Di truyền

Gần đây, nhiều nghiên cứu đã tập trung vào vấn đề xác định vị trí của các "gene tự kỉ", một số nhà nghiên cứu cho rằng có khoảng từ 3 đến 5 gene có khả năng liên quan đến Hội chứng này. Nghiên cứu trong lĩnh vực di truyền chỉ ra rằng hiện tượng tự kỉ tăng lên đáng kể trong những gia đình có tiền sử mắc bệnh này. Phương pháp nghiên cứu những cặp song sinh cho thấy tỷ lệ trẻ sinh đôi cùng trứng cao hơn hẳn ở những trẻ sinh đôi khác trứng.

3. Môi trường

Ô nhiễm môi trường, nhiễm độc thủy ngân, chì, tiêm vắc xin phòng các bệnh sởi, ho gà, cúm... cũng có thể là nguyên nhân dẫn đến hội chứng.

Yếu tố môi trường xung quanh không kém phần quan trọng. Xung đột về quan điểm giáo dục con cháu của các thành viên trong gia đình. Bố mẹ mãi đi làm, phó mặc con cho người giúp việc trông nom. Trình độ có hạn, hay bật tivi để dỗ trẻ. Thế nên không ít trẻ đã bị hút vào các vật vô tri, vô giác hơn là tiếp xúc với những người thật, việc thật xung quanh mình. Bố mẹ mệt, ít thời gian tiếp xúc với con là những yếu tố tiềm tàng để trẻ thu mình lại trong thế giới riêng của bản thân.

Như vậy theo các tác giả tự kỉ là một hội chứng bao gồm tập hợp một loạt các triệu chứng. Nguyên nhân, nguồn gốc của hiện tượng này rất đa dạng, phức tạp. Không thể phân tích, chẩn đoán bệnh tự kỉ theo hiệu nhân quả đơn tuyến. Tùy trường hợp cụ thể mà yếu tố này hay yếu tố khác đóng vai trò quan trọng hay thứ yếu.

BÀI 2. ĐẶC ĐIỂM TÂM SINH LÝ VÀ HỖ TRỢ TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỈ

I. Đặc điểm tâm sinh lý trẻ rối loạn phổ tự kỉ:

Điểm cần lưu ý

Có 5 lý thuyết tâm lý quan trọng về tự kỉ và Hội chứng Asperger

- Thuyết suy giảm chức năng thực hiện
- Thuyết suy giảm về khả năng kết nối trung tâm
- Thuyết mù trí
- Thuyết hệ thống hoá cảm xúc (và được mở rộng là thuyết não bộ cực dương)
- Thuyết phân hóa thần kinh (Magnocellular)

Các lý thuyết tâm lý học giải thích tất cả các đặc điểm của tự kỉ trong mọi cá nhân thuộc phổ tự kỉ chứ không chỉ với một vài đặc điểm. Cuối cùng thì họ cũng cần hoà nhập với các lý thuyết thần kinh học.

Năm lý thuyết quan trọng được đặt ra theo hướng để nhận biết hành vi và đặc điểm tâm lý của những người có Hội chứng Asperger và tự kỉ. Trong phần này, chúng tôi xem xét các bằng chứng đối với mỗi thuyết, trước khi thực hiện một so sánh về biểu hiện điển hình của mỗi thuyết được liệt kê trong toàn bộ các đặc điểm của tự kỉ.

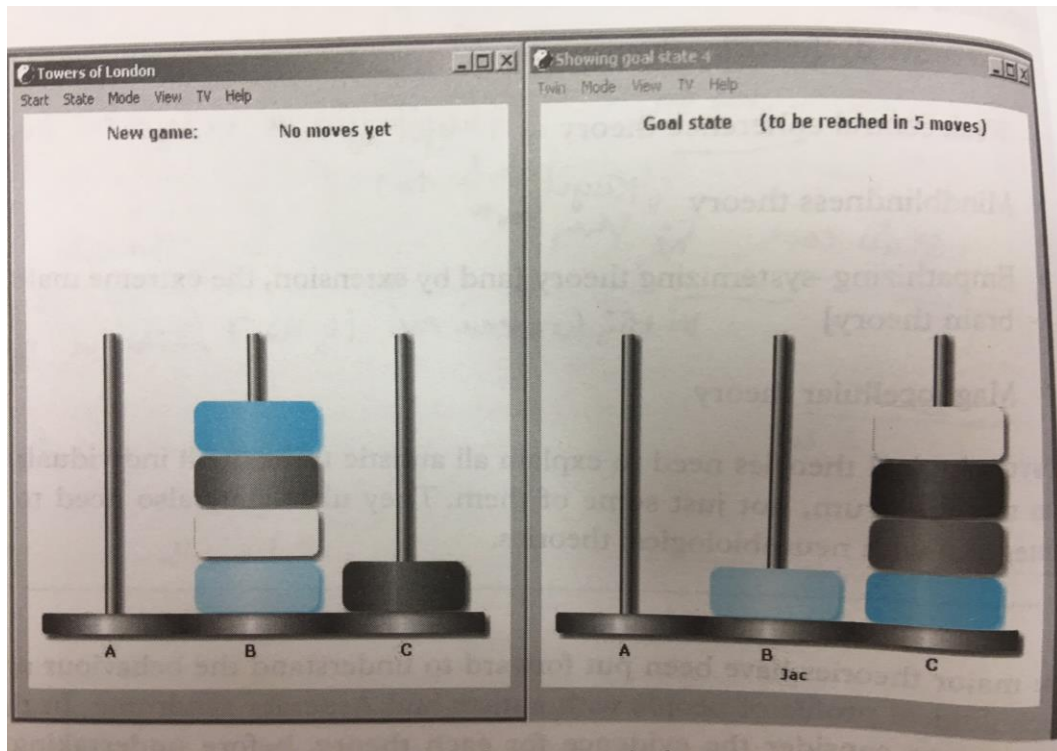
1. Thuyết suy giảm chức năng thực hiện:

Chức năng thực hiện được xác định là khả năng kiểm soát hoạt động. Các hoạt động có thể “vận hành” (như các chuyển động) sự chú ý và thậm chí là những suy nghĩ. Hoạt động kiểm soát bao gồm lên kế hoạch, thực hiện kế hoạch, duy trì chủ đề và chú ý luân phiên khi được yêu cầu. Theo lý thuyết này, đặc điểm mấu chốt của người thuộc phổ tự kỉ được giải thích rõ nhất bằng việc thiếu khả năng lên kế hoạch cho hoạt động (thực hiện kiểm soát) và chú ý luân phiên.

Suy giảm chức năng thực hiện là đặc điểm của những bệnh nhân bị tổn thương ở vỏ não trước. Điều này có nghĩa là trong khi ở tự kỉ chưa từng có các tổn thương nghiêm trọng với vùng não trước thì sự phát triển của não trước đã không phát triển theo đúng cách thông thường.

Theo như lý thuyết này, điều này có thể giải thích cho hành vi đập khuôn ở tự kỉ vì nếu bạn không thể lập kế hoạch cho hành động hoặc chú ý luân phiên thì hành vi của bạn sẽ bị “đi vào” đường mòn, không thể chuyển dịch một cách linh hoạt sang một kế hoạch mới hay một phần mới. Theo lý thuyết này, bạn sẽ được dự trù trước là lặp lại hoặc tiếp diễn duy trì.

Bằng chứng về lý thuyết này rất hạn chế. Có một số báo cáo về những người bị tự kỉ, những người cần có nhiều thời gian hơn với bảng trắc nghiệm xếp tháp London (ảnh 1.1) trong đó bạn phải dời chuyên các miếng gỗ từ vị trí bắt đầu thành hình theo mẫu với số lần dịch chuyển ít nhất. Tuy nhiên, lại có những báo cáo khác về những người mắc Hội chứng Asperger là những người có thể thực hiện được trắc nghiệm này một cách hoàn hảo. Có thể cho rằng điều này không thể giải thích ở tất cả mọi người thuộc phổ tự kỉ. Thêm vào đó, có rất nhiều nhóm bệnh nhân đã không thể thực hiện được trắc nghiệm này, nó quá khó không chỉ đối với những người thuộc phổ tự kỉ.



Hình 1.1. Trắc nghiệm suy giảm chức năng thực hiện Tower of London. Chuyển các khối tròn giữa các cột với số lần di chuyển ít nhất (Tối thiểu là 5 lần chuyển để được kết quả như hình)

Lý thuyết suy giảm chức năng thực hiện cũng đã được thử nghiệm với ngôn ngữ lưu loát, ví dụ yêu cầu một người nói rất nhiều từ bắt đầu với một chữ cái cho trước (ví dụ chữ S) trong vòng 1 phút. Người thuộc phổ tự kỉ hoặc Hội chứng Asperger nhìn chung thực hiện không tốt với việc này, có thể là do việc tổ chức trí nhớ của họ theo một cách mà họ quan tâm hơn là với việc nhớ danh sách các chữ cái.

Những bình luận xa hơn về lý thuyết này đó là sự quan tâm hạn chế hay “nỗi ám ảnh” bị lạm dụng gây ra sự thiếu khả năng chú ý luân phiên đối với các chủ đề mới, dẫn đến một số chức năng suy giảm theo xu hướng đi vào đường mòn. Lý thuyết này được hiểu theo cách thông thường thì nó bỏ qua nội dung của mỗi quan tâm hạn chế, nhìn nhận nỗi ám ảnh như là sự ngẫu nhiên.

Ngược lại, lý thuyết hệ thống hoá mức độ cao (được mô tả dưới đây) nhìn

nhận mỗi quan tâm hạn chế không phải là kết quả của một phần bệnh lý mà là kết quả của sự lún sâu đáng kể của cả quá trình, xu hướng sẽ lún sâu hơn vào các chi tiết của một chủ đề so với những bộ não bình thường. Nó cũng xem xét nội dung của các mối quan tâm hạn chế một cách bình thường, nhưng diễn tả một cách đặc biệt thành các thông tin có thể hệ thống hoá. Kết quả đó là sự phát triển của các lĩnh vực chuyên môn.

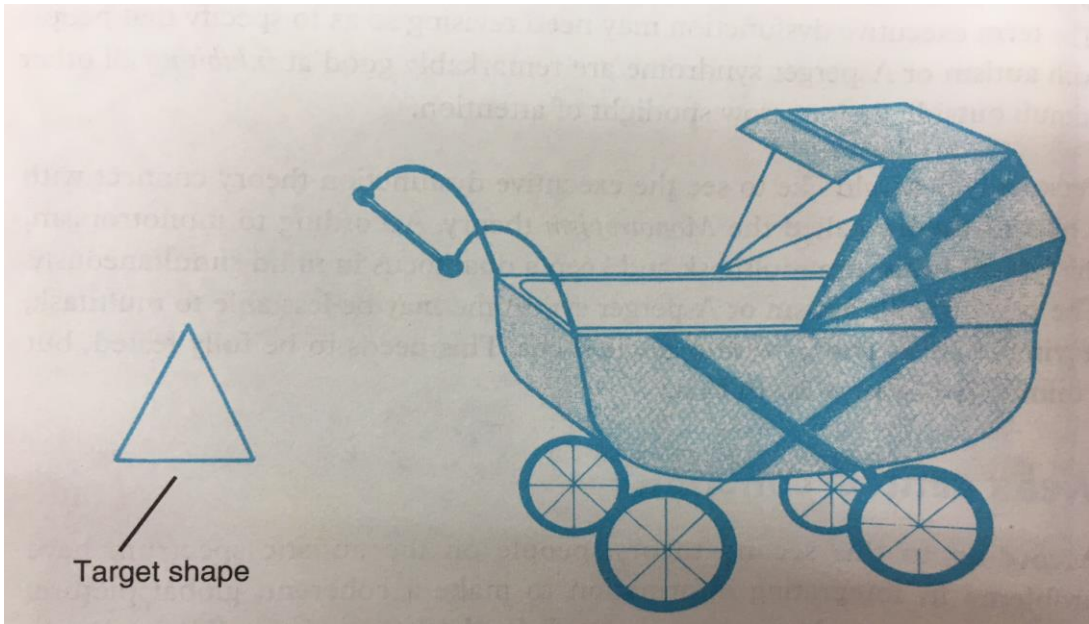
Tuy nhiên, lý thuyết suy giảm chức năng thực hiện có một số thế mạnh. Nó bắt nhịp tốt với khó khăn mà một số người tự kỉ mắc phải trong việc chú ý luân phiên. Thuật ngữ suy giảm chức năng thực hiện có thể cần phải xem xét lại để chỉ rõ rằng người tự kỉ hoặc Hội chứng Asperger là những người có khả năng đặc biệt trong việc kiểm soát đối với tất cả những kích thích khác ngoài phạm vi vùng chú ý hạn hẹp của họ.

2. Lý thuyết hạn chế khả năng liên kết trung tâm

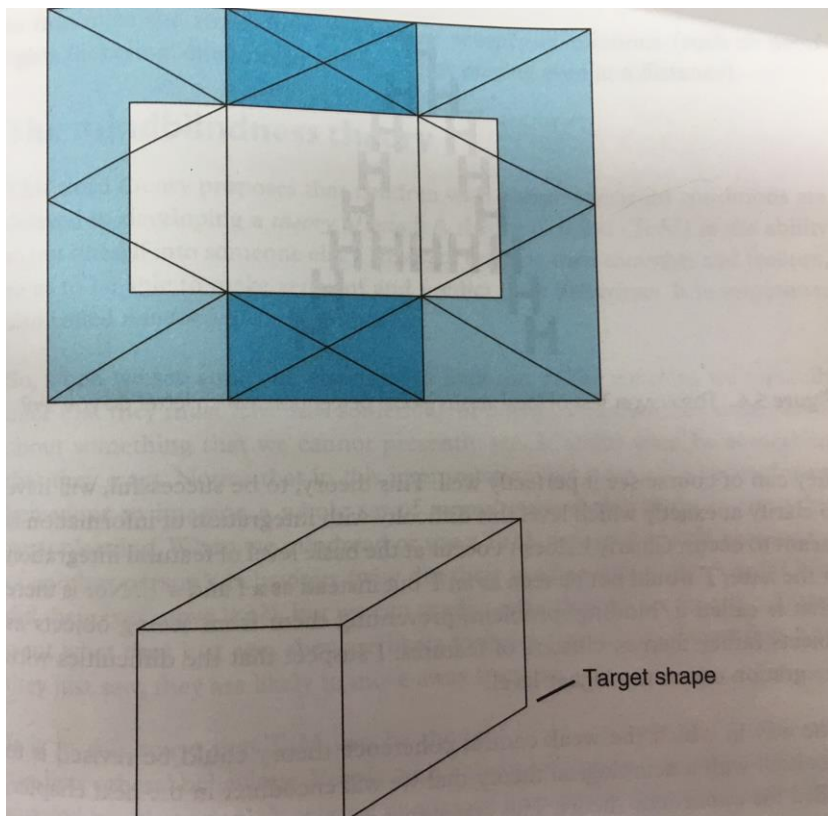
Theo như lý thuyết thứ hai, người thuộc phổ tự kỉ có các vấn đề trong việc hội nhập thông tin để tạo lên sự liên kết hay một bức tranh tổng thể. Thay vào đó, họ thường tập trung vào những chi tiết nhỏ và cụ thể. Vì vậy, khi người có kiểu thần kinh điển hình có thể mạnh về liên kết trung tâm, thường chú ý vào nguyên nhân chính hơn là 90 nguyên nhân nhỏ thì người tự kỉ, là người hạn chế về liên kết trung tâm thường chú ý đến các chi tiết hơn là sự tổng thể.

Lý thuyết này rất hấp dẫn bởi vì nó đưa ra những giải thích cho những vùng khác biệt về khả năng của người tự kỉ và người mắc Hội chứng Asperger: sự chú ý hoàn hảo đến chi tiết, trí nhớ chi tiết, và các kỹ năng trong một chủ đề giới hạn. Bằng chứng về sự hạn chế khả năng liên kết trung tâm lớn hơn bằng chứng về lý thuyết suy giảm chức năng thực hiện.

Đầu tiên, những người thuộc phổ tự kỉ thường nhanh hơn ở bài kiểm tra ghép hình dành cho trẻ em (Hình 1.2) hoặc cho người lớn (hình 1.3). Ở bài kiểm tra này, yêu cầu bạn tìm ra hình mục tiêu nhanh nhất có thể, nó được dấu trong một hình ảnh lớn hơn.

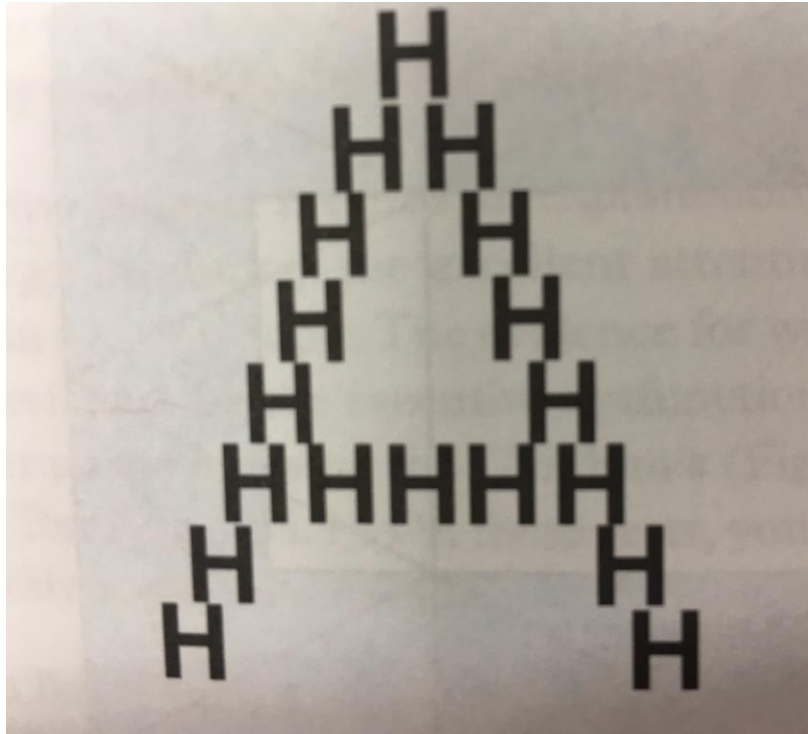


Hình 1.2. Kiểm tra ghép hình giành cho trẻ em: Hình tam giác ở đâu?



Hình 1.3. Kiểm tra ghép hình cho người lớn: Khối lập phương ở đâu?

Cũng trong bài kiểm tra Navon (Hình 1.4) người thuộc phổ tự kỉ thường nói rằng họ nhìn thấy chữ H chứ không phải là chữ A, là do họ thích nhận thức cục bộ hơn là hình ảnh tổng thể.



Hình 1.4. Bài kiểm tra Navon về nhận thức cục bộ: chữ cái mà bạn nhìn thấy là gì?

Ở ví dụ cuối cùng về kiểm tra cho lý thuyết này đó là các bài kiểm tra các từ cùng chữ, trong đó người được kiểm tra phải đọc các câu có các từ giống nhau (một từ có hai cách phát âm khác nhau, từ đúng phụ thuộc vào nội dung của câu đó). Ví dụ: “Cô ấy có giọt nước trên mi mắt” và “Cô ấy có vết rách trên váy”. Theo một nghiên cứu mới nhất, người mắc tự kỉ hoặc Hội chứng Asperger thường phát âm thiếu các từ khóa “tear”. Có lẽ điều này là do họ quá tập trung vào từng từ đơn lẻ trong câu, nhưng lại không bị kích thích chú ý với nội dung lớn hơn (ý nghĩa của toàn câu văn) mà trong đó có các từ này xuất hiện.

Lý thuyết này cho chúng ta thấy một thực tế đó là so với người không thuộc phổ tự kỉ thì người thuộc phổ tự kỉ có sự tập trung quá lớn đối với các chi tiết nhỏ hơn. Điều này cũng nhắc chúng ta nhớ rằng người mắc Tự kỉ hoặc Hội chứng Asperger thay vì tập trung vào các đơn vị nhỏ của thông tin họ cần nhiều thời gian hơn để hiểu một nội dung lớn hơn, một bức tranh lớn hơn

Tuy nhiên, một thiếu sót của lý thuyết này đó là nó hàm ý rằng người mắc tự kỉ hoặc Hội chứng Asperger không thể nhìn nhận một cách tổng thể, điều đó không đúng. Nếu bạn hỏi họ rằng họ có thể nhìn thấy chữ A lớn trong bài kiểm tra Navon (hình 1.4) không thì đương nhiên là họ có nhìn thấy rất rõ. Lý thuyết này sẽ thành công hơn nếu nó làm rõ được chính xác mức độ khó khăn nào thực sự đã xảy ra khi tổng hợp thông tin. Rõ ràng nó không xảy ra tại mức độ cơ bản của việc tổng hợp các đặc điểm hay việc chữ T sẽ bị nhìn thành chữ I và nét -. Và đây cũng không được gọi là vấn đề về “sự liên kết”, nó cản trở họ nhìn nhận sự vật đúng như nó có hơn là việc nhóm các đặc điểm. Có quan điểm nghi ngờ rằng khó khăn trong việc tổng hợp xảy ra ở mức độ cao hơn.

Lý thuyết hạn

chế khả năng liên kết trung tâm có thể được chia theo hai cách, cách thứ nhất đó là sự liên hệ lý thuyết này với lý thuyết thần kinh, nó được gọi là lý thuyết liên kết. Lý thuyết này cho rằng ở Tự kỉ và Hội chứng Asperger có sự liên kết cấp trên ngắn hạn (nhiều tế bào thần kinh hoặc nơ ron thần kinh tạo ra quá nhiều sự liên kết trong não bộ) nhưng liên kết phụ lại dài hạn (có ít nơ ron thần kinh hơn tạo ra sự liên kết giữa các khu vực khác nhau trong não bộ).

Cách thứ hai trong lý thuyết hạn chế liên kết trung tâm có thể tiến tới đó là liên hệ với các bằng chứng lớn về sự nhạy cảm ở các giác quan của người Tự kỉ và Hội chứng Asperger. Có rất nhiều các giai thoại về người mắc tự kỉ và Hội chứng Asperger phản ứng với những khác biệt nhỏ giữa các đồ vật hoặc nhận ra các chi tiết mà người khác không thấy. Cũng có những bằng chứng thử nghiệm cho thấy trẻ và người lớn thuộc phổ tự kỉ thường nhanh hơn và chính xác hơn trong những nhiệm vụ tìm hiểu bằng thị giác. Một số nghiên cứu cho rằng người thuộc phổ tự kỉ phát hiện ra các thay đổi qua âm thanh, sờ chạm và quan sát nhanh hơn và điều này cũng có thể thấy ở cả khứu giác. Điều này có thể phản ánh một điều khác biệt rất cơ bản ở một mức độ tâm lý thần kinh của tự kỉ và Hội chứng Asperger mà nó chưa được phân tách ra. Đôi khi điều này ám chỉ đến “chức năng giác quan nâng cao”.

Rõ ràng Lý thuyết nhạy cảm giác quan có những gợi ý quan trọng đối với việc tạo ra môi trường thân thiện cho người Tự kỉ và Asperger (ở trường, ở nhà hoặc ở nơi làm việc) để giảm thiểu tối đa những căng thẳng từ những sự bối rối và không hài lòng về cảm giác (như ánh sáng lập lờ của đèn neon, tiếng gõ nhịp của đồng hồ, và tiếng đài phát thanh thậm chí là ở rất xa).

3. Thuyết mù trí

Thuyết thứ ba này cho rằng trẻ thuộc phổ tự kỉ chậm chễ trong việc phát triển thuyết tâm trí (ToM) đó là khả năng đặt mình vào vị trí của người khác, để suy luận cảm giác và suy nghĩ của họ, từ đó có thể hiểu và phán đoán hành vi của người khác. Đôi khi điều này được gọi là *đọc suy nghĩ hay tinh thần hóa*.

Vì thế, khi nhìn thấy một người nào đó nhìn ra ngoài cửa sổ, thông thường ta sẽ suy luận rằng họ phải nhìn thấy một điều gì đó rất thú vị và họ có thể biết một điều gì đó mà hiện tại mình không nhìn thấy. Thậm chí đó có thể là một điều gì đó mà họ mong muốn. Chú ý rằng trong suy luận này, chúng ta chỉ dựa trên hành vi để tưởng tượng ra toàn bộ trạng thái tinh thần có liên quan đến tinh thần của một người khác. Khi chúng ta hiểu suy nghĩ hoặc khi sử dụng thuyết tâm trí, chúng ta không chỉ hiểu hành vi của người khác (vì sao họ ngoái đầu? Vì sao mắt họ lại nhìn sang trái?) mà chúng ta còn có thể phán đoán họ sẽ làm gì tiếp theo. (nếu họ muốn thứ họ vừa nhìn thấy thì họ thường dời chuyển về hướng đó. Nếu họ sợ điều gì họ vừa nhìn thấy họ thường tránh xa khỏi nó).

Điều này có thể hiểu rằng Thuyết tâm trí có thể được cho là thuyết: giải thích và phán đoán hành vi của người khác. Người mắc tự kỉ hoặc Hội chứng

Asperger có thể bị bối rối bởi hành động của người khác hoặc lo lắng bởi hành vi đột xuất của người khác, chính xác là họ không thể sử dụng thuyết tâm trí để suy luận hoặc lường trước những điều người khác đang làm hoặc sẽ làm.

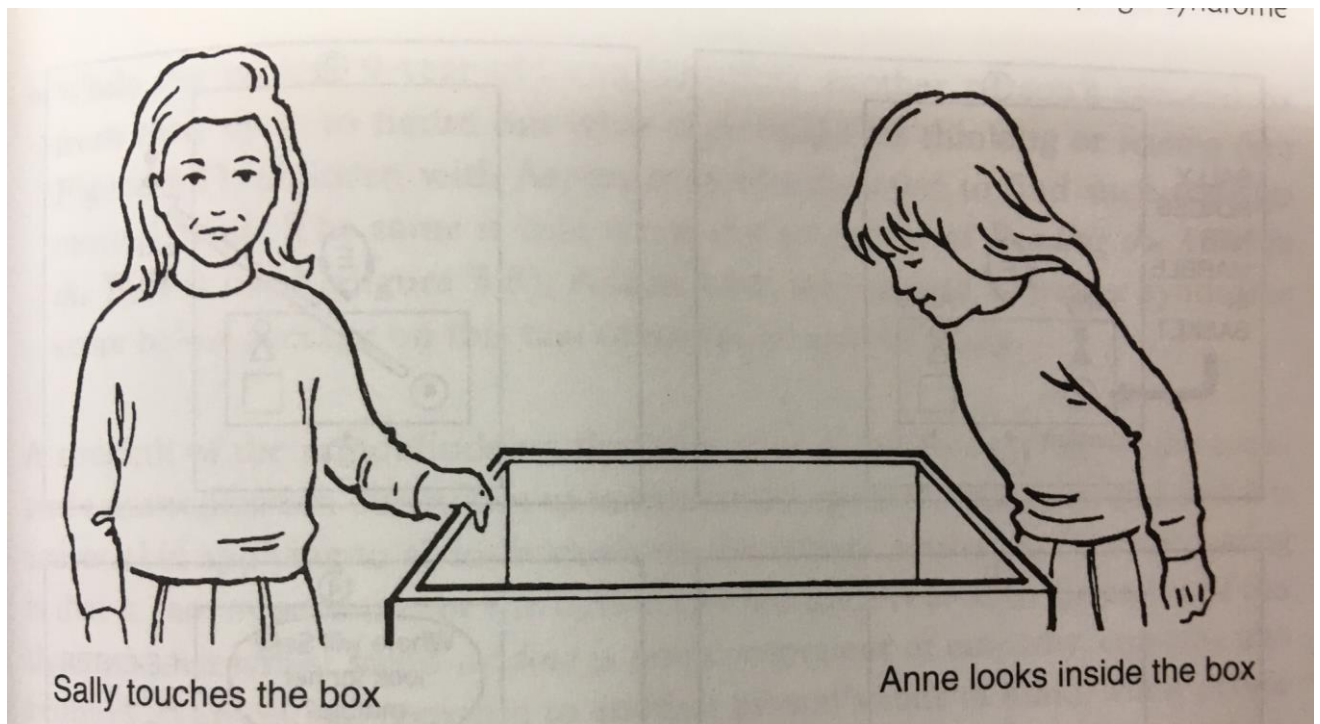
Chúng ta cũng dùng thuyết tâm trí để xác định các dự định của người khác được che dấu dưới cử chỉ và lời nói của họ. Ví dụ, khi chúng ta thấy một người nhìn vào một người khác và sau đó nhìn ra cửa, chúng ta có thể suy luận rằng người đó có thể đang nói với người kia rằng đã đến giờ phải đi rồi. Hoặc nếu một người nói “Chúng ta sẽ đi qua cây cầu khi chúng ta tới đó”, họ muốn cho người nghe hiểu rằng “Đừng có quá lo lắng cho đến tận khi điều đó xảy ra”. Người mắc tự kỉ hoặc Hội chứng Asperger có thể thắc mắc vì sao một người lại nhìn người kia theo cách đó, hay dùng ngôn ngữ bóng bẩy, tái hiện lên bức tranh về những cây cầu trong tâm trí họ khi họ nghe những câu nói giống như ở trên. Theo cách này, họ bộc lộ ra rằng họ không đón đúng ý định của người khác-họ không sử dụng thuyết tâm trí.

Thuyết này cho rằng trẻ mắc tự kỉ và Hội chứng Asperger chậm chễ trong phát triển thuyết tâm trí của mình và chúng ở mức độ mù trí. Kết quả là họ thấy hành vi của người khác thật rắc rối và không thể dự đoán được thậm chí là rất sợ hãi trước những vấn đề này. Bằng chứng của việc này xuất phát từ những khó khăn mà họ thể hiện tại mỗi thời điểm trong quá trình phát triển về khả năng tâm trí. Sau đây là những bước chủ chốt của quá trình phát triển điển hình:

- Trẻ 14 tháng tuổi có thể thể hiện kỹ năng *cùng chú ý* (như chỉ tay hoặc đổi theo hướng nhìn của người khác), trong suốt quá trình đó chúng không chỉ nhìn vào mặt và mắt của người đối diện mà chúng còn chú ý tới điều làm cho người đó quan tâm. Trẻ mắc tự kỉ và Hội chứng Asperger thường xuyên thể hiện sự nghèo nàn trong việc cùng chú ý lúc tuổi nhỏ. Chúng ít chỉ tay, ít nhìn vào mặt và không quay đầu theo hướng nhìn của người khác như trẻ bình thường khác.
- Trẻ 24 tháng có thể tham gia *chơi giả vờ*. Khi chúng tương tác với một người đang giả vờ, chúng cần sử dụng kỹ năng hiểu ý nghĩ để có thể hiểu những điều trong suy nghĩ của người khác, rằng lúc đó họ chỉ đang giả vờ. Trẻ mắc tự kỉ và Hội chứng Asperger thể hiện sự hạn chế trong chơi giả vờ, hoặc sự giả vờ của chúng bị giới hạn theo những hình thức đã có nhiều quy luật. Ví dụ, chúng có thể đổi theo một cách đơn giản kịch bản giả tưởng của một bộ phim hoặc những bộ phim khoa học giả tưởng, là những bộ phim trong đó thế giới giả tưởng đã được chỉ rõ theo nội dung của hàng loạt “sự thật” về vũ trụ giả tưởng.
- Trẻ 3 tuổi có thể qua được bài kiểm tra *nhìn để biết* mô tả trong Hình 1.5. Để qua được các câu hỏi kiểm tra, trẻ cần phải nói rằng trong khi Sally chạm vào chiếc hộp, thì Ann đã nhìn vào trong đó và từ việc nhìn đó là một cách để nhận biết, Ann là người phải biết cái gì có trong chiếc hộp. Trẻ mắc tự kỉ hoặc Hội chứng Asperger chậm chễ trong việc vượt qua bài kiểm tra này.

Nguyên tắc của bài kiểm tra *nhìn để biết* là một phần trong sự nhận biết về cách tâm trí của người khác diễn ra thông qua bằng trực giác của trẻ em bình

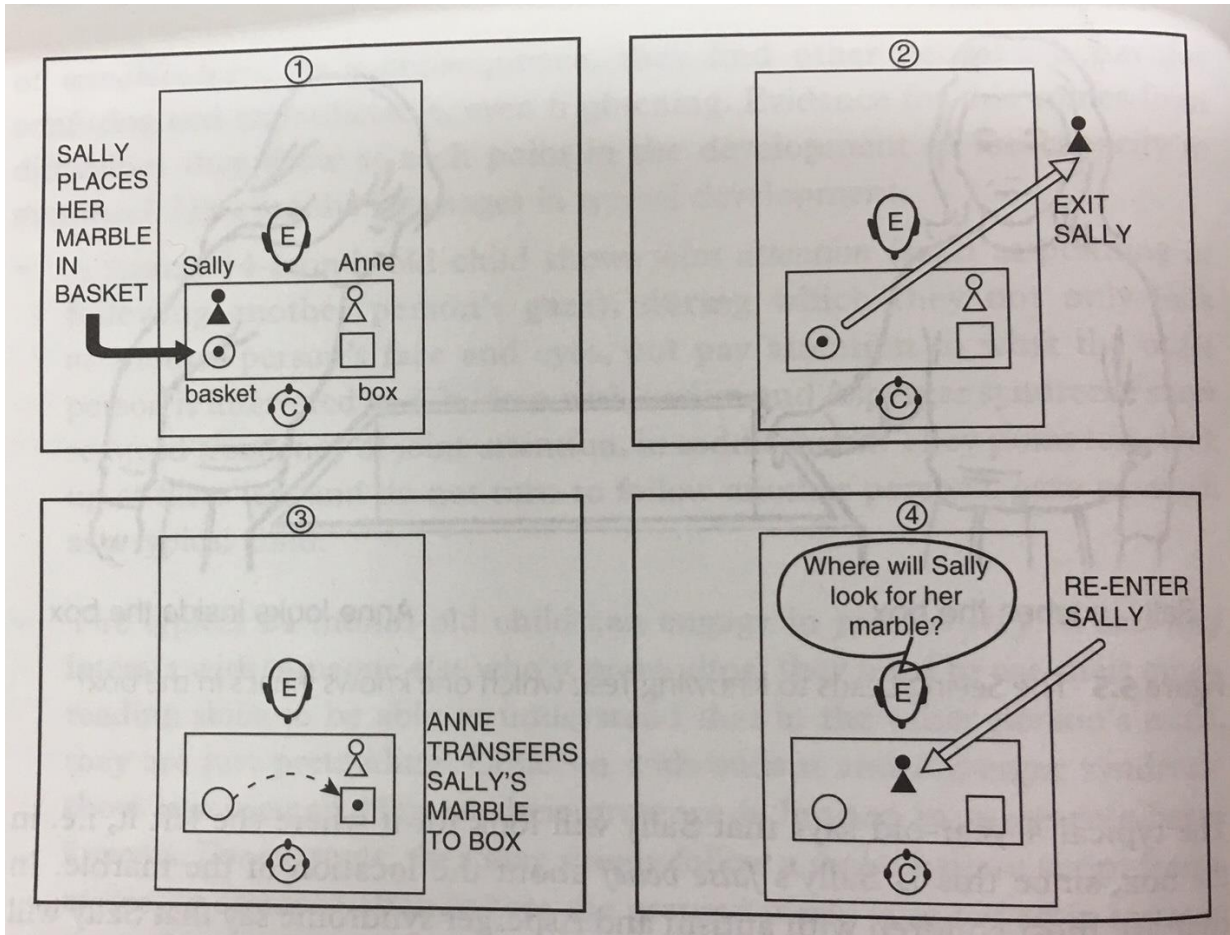
thường. Chúng không được dạy một cách chính thức về những nguyên tắc này nhưng chúng học được thông qua việc tương tác trong môi trường xã hội, có lẽ bởi vì não bộ của chúng được lên chương trình để phát triển những kiến thức như vậy một cách nhanh chóng. Rõ ràng trẻ thuộc các hình thái phổ tự kỉ thường cần được dạy những nguyên tắc như thế, bởi vì chúng không học hỏi được một cách tự nhiên. (Một nguồn thông tin hữu ích đối với giáo viên về lĩnh vực này đó là cuốn *Dạy trẻ Tự kỉ hiểu ý nghĩa: Sách hướng dẫn thực hành*, do Wiley xuất bản năm 1999).



Hình 1.5 Bài kiểm tra nhìn để biết: ai là người biết có gì trong hộp.

- Trẻ 4 tuổi có thể qua được bài kiểm tra “đoán nhầm” mô tả trong hình 1.6. Ở bài kiểm tra này, bạn phải dõi theo một câu chuyện ngắn về hai em bé (Sally và Ann). Người ta nói với đứa trẻ được kiểm tra rằng “Sally giấu hòn bi của mình trong chiếc hộp, nhưng khi Sally đi ra ngoài, Ann tinh nghịch đã chuyển hòn bi sang cái giỏ. Ở cuối câu chuyện ngắn này, trẻ được yêu cầu trả lời “Sally sẽ tìm hòn bi của mình ở đâu?”.

Trẻ 4 tuổi trả lời rằng Sally sẽ tìm hòn bi ở chỗ mà cô bé đã để nó, đó là trong chiếc hộp, do vậy Sally đã *đoán nhầm* về nơi để hòn bi. Trái ngược hẳn, hầu hết trẻ mắc tự kỉ và Hội chứng Asperger nói rằng Sally sẽ tìm hòn bi ở đúng chỗ mà nó đang ở, đó là trong cái giỏ, thậm chí ngay cả khi chẳng có cách nào để chúng có thể biết là hòn bi đã bị dời đi. Ở đây, chúng đã chứng tỏ rằng chúng không thể nhìn nhận bằng quan điểm của người khác.



Hình 1.6. Bài kiểm tra về Thuyết tâm trí: Sally- Anne Đoán biết.

Một ví dụ thông thường về việc có thể sử dụng thuyết tâm trí (hoặc tham gia vào việc hiểu ý nghĩ) từ câu chuyện của trẻ em Nàng Bạch tuyết, trong đó ngay cả trẻ 4 tuổi cũng có thể hiểu rằng Nàng Bạch tuyết đang bị mù phù thủy lừa gạt. Mụ muốn nàng tin rằng quả táo rất ngon nhưng thực chất nó đã bị tẩm thuốc độc.

Rất nhiều các vở kịch dành cho trẻ em và ngay cả người lớn đều xoay quanh những điều mà người ta biết hoặc không biết, đó là cách tạo ra những cốt truyện lý thú với sự ly kỳ, hồi hộp. Rất nhiều cốt truyện như vậy có thể bị lãng phí đối với trẻ thuộc các hình thái phổ tự kỉ, chúng có thể rất giỏi trong việc theo dõi các chi tiết về thể chất và những thay đổi trong một cảnh hay một câu chuyện nhưng lại không đọc được mức độ hàm ẩn cảm xúc, tình cảm và những thông tin trong tâm trí của các nhân vật. Nàng Bạch tuyết là một ví dụ cũng nhắc nhở chúng ta về việc hiểu ý nghĩ không chỉ quan trọng khi nó giúp chúng ta hiểu và phán đoán được hành vi của người khác mà nó còn là mấu chốt để nói dối.

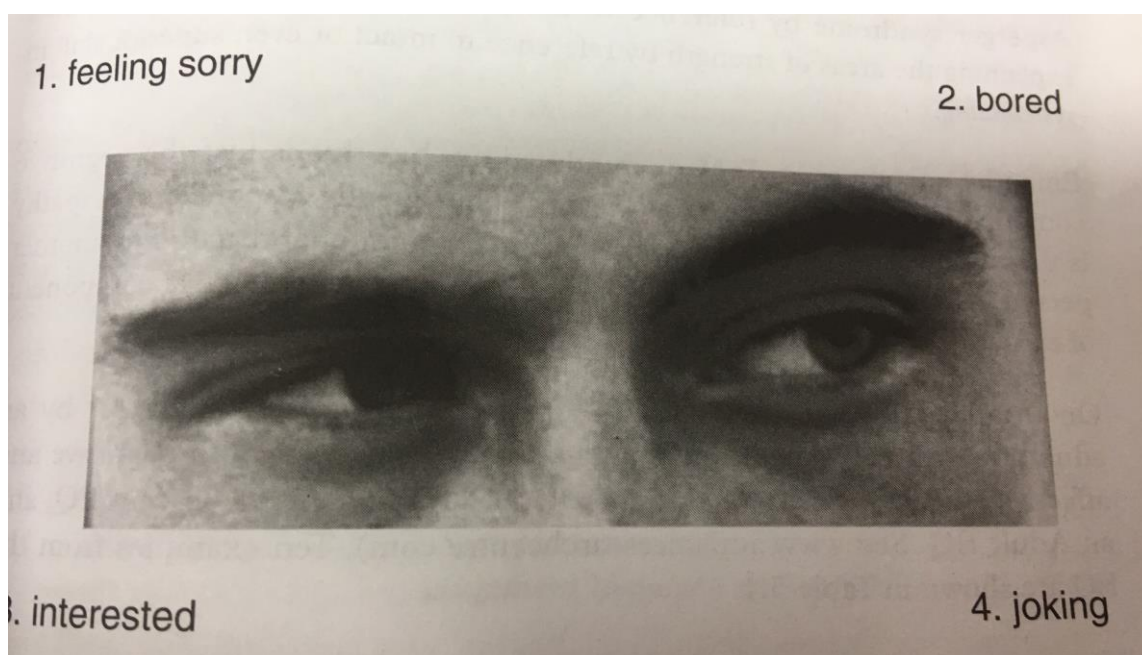
- Trẻ bốn tuổi dễ dàng có thể hiểu được trò lừa gạt. Trong khi điều này có thể là sự thất vọng mang tính xã hội thì việc trẻ bình thường có thể hiểu được việc nói dối và có thể cố để đánh lừa những người khác trong thực tế là một dấu hiệu của thuyết tâm trí bình thường. Đó là do việc lừa gạt chẳng có nghĩa gì hơn là làm cho một ai đó tin rằng một điều gì đó có thật nhưng trong thực tế thì lại

không có. Đó là quá trình lôi kéo tâm trí của người khác. Trẻ mắc tự kỉ và Hội chứng Asperger hiểu sự lừa gạt rất chậm chạp, thêm một dấu hiệu của sự chậm chễ trong phát triển thuyết tâm trí. Điều này có nghĩa là họ có nhiều nguy cơ bị lợi dụng do sự cả tin của mình. Họ thường cho rằng mọi người đang nói thật, và có thể bị sốc với ý nghĩa rằng người khác có thể không nói đúng như họ nghĩ.

- Trẻ 6 tuổi có khả năng hiểu được ý nghĩ của người khác ở mức độ phức tạp hơn (bước thứ 2). Ví dụ, ở những bài kiểm tra dựa vào kiểm tra phán đoán của Sally-Ann như vậy Ann có thể quay lại và nhìn qua lỗ khóa xem Sally dấu hòn bi ở đâu. Trong khi trẻ 6 tuổi không gặp khó khăn gì với việc hiểu được ý nghĩ ở mức độ này (Sally nghĩ Anne không biết việc cô ấy đã dời hòn bi đi nơi khác), thì trẻ mắc tự kỉ và Hội chứng Asperger lại một lần nữa chậm chễ trong việc đạt được mốc phát triển này.

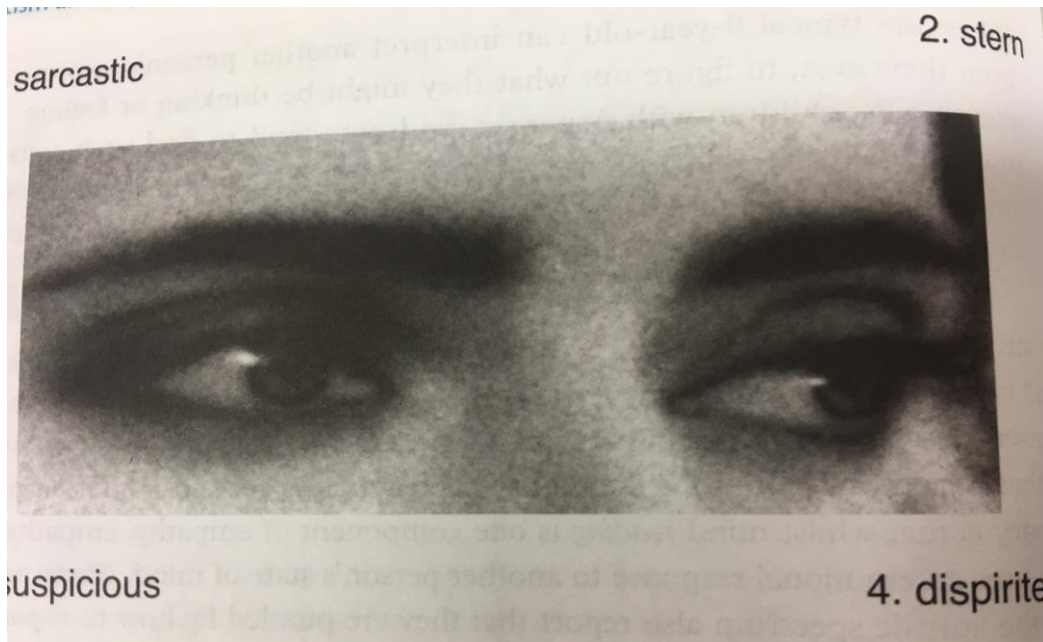
- Trẻ 9 tuổi có khả năng tưởng tượng ra điều gì có thể làm tổn thương tình cảm của người khác và vì thế có thể biết điều gì không nên nói ra là tốt hơn. Chúng có thể nhận ra *sự hó hênh*. Trẻ mắc tự kỉ và Hội chứng Asperger bị chậm chễ trong kỹ năng này khoảng 3 năm, điều đó có nghĩa rằng khi chúng 12 tuổi chúng thực hiện kỹ năng này ở mức độ của trẻ 9 tuổi, mặc dù chỉ số số thông minh của chúng là bình thường.

- Trong khi trẻ 9 tuổi có khả năng hiểu được những biểu hiện của người khác từ ánh mắt để đoán biết điều họ có thể cảm thấy hoặc có thể nghĩ (xem hình 1.7) thì trẻ mắc Hội chứng Asperger qua các bài kiểm tra thường thấy có nhiều khó khăn hơn. Điều này cũng đúng khi kiểm tra những người trưởng thành khi sử dụng bài kiểm tra Hiểu ý nghĩ qua ánh mắt. (hình 1.8). Người lớn mắc tự kỉ hoặc Hội chứng Asperger có điểm số dưới trung bình ở bài kiểm tra đoán trước suy nghĩ.



Hình 1.7. Bài kiểm tra giành cho trẻ em: tâm trí qua ánh mắt. Chọn từ đúng

nhất. Đáp án: quan tâm



Hình 1.8. Bài kiểm tra giành cho người lớn: tâm trí qua ánh mắt. (chọn từ đúng nhất. Đáp án: Chán nản)

Ưu điểm của thuyết mù trí đó là nó có thể hiểu được những khó khăn trong giao tiếp và xã hội của hình thái tự kỉ và Hội chứng Asperger, và nó là trực nối đa chiều trong việc ứng dụng với mọi cá nhân thuộc phổ tự kỉ. Thiếu sót của nó đó là nó không thể miêu tả cụ thể những đặc điểm phi xã hội. Một hạn chế thứ hai của lý thuyết này đó là trong khi việc hiểu ý nghĩ là một sự cấu thành của việc thấu cảm thì sự thấu cảm cũng đòi hỏi sự phản ứng về cảm xúc với trạng thái tâm trạng của người khác. Rất nhiều người thuộc phổ tự kỉ cũng nói rằng họ bị rối loạn bởi cách phản ứng lại với các cảm xúc của người khác.

Sự hạn chế cuối cùng của thuyết mù trí đó là phạm vi của hình thức biểu hiện bệnh lâm sàng của sự mù trí (như đối với các bệnh nhân bị bệnh tâm thần phân liệt hoặc bệnh tự yêu mình và rối loạn nhân cách có ranh giới và trẻ mắc chứng rối loạn nhân cách), vì điều này có thể không đặc thù với người tự kỉ và Hội chứng Asperger. Những phê bình mới nhất về thuyết này không quá nghiêm trọng, vì ở đây các kỹ năng hiểu ý nghĩ của các bệnh khác thường lưu trữ nhiều hơn so với tự kỉ và Hội chứng Asperger. Ví dụ, ở bệnh tâm thần, các kỹ năng hiểu ý nghĩ được lưu giữ suốt thời kỳ trẻ thơ và thời kỳ trưởng thành và sau đó trở nên méo mó bởi sự bột phát tâm lý của tuổi thanh niên.

Có hai cách chính để xem xét giải thích thuyết này về thế mạnh của các lĩnh vực phi xã hội bằng việc liên hệ với nhân tố thứ 2 và khái niệm mở rộng về thuyết tâm trí bao gồm thành phần phản ứng cảm xúc. Cả hai điều này được xem xét dưới việc phát triển của thuyết tiếp theo.

4. Thuyết hệ thống hóa cảm xúc

Thuyết này giải thích những khó khăn giao tiếp và xã hội ở tự kỉ và Hội chứng Asperger bằng cách liên hệ với những chậm chễ và những thiếu hụt trong cảm xúc đồng thời giải thích những lĩnh vực vượt trội bằng cách liên hệ với sự bất biến hay thậm chí là những kỹ năng nổi bật hơn ở sự hệ thống hóa.

Cảm xúc bao gồm thuyết tâm trí hay việc hiểu ý nghĩ nhưng nó chỉ là thành phần nhận thức của cảm xúc (cảm xúc nhận thức). Nhân tố cấu thành thứ hai của cảm xúc là thực hiện phản ứng: có phản ứng cảm xúc phù hợp với những suy nghĩ và tình cảm của người khác. Điều này liên quan đến thành phần tác động cảm xúc (cảm xúc tác động).

Ở bài kiểm tra chỉ số cảm xúc (EQ) những người trưởng thành phải tự trả lời hoặc do cha mẹ trẻ trả lời thay về cảm xúc nhận thức và cảm xúc tác động. Bạn có thể tham khảo thêm về chỉ số cảm xúc giành cho trẻ nhỏ, chỉ số cảm xúc giành cho thanh thiếu niên, chỉ số cảm xúc giành cho người lớn ở trang web: www.autismresearchcentre.com), 10 ví dụ về chỉ số cảm xúc được trình bày ở chi tiết ở bảng sau:

Chỉ số cảm xúc và các ví dụ

Nếu bạn đồng ý với nội dung 1 và 3, bạn sẽ đạt được 2 điểm chỉ số EQ. Nếu bạn đồng ý với các nội dung còn lại thì phần này bạn sẽ có tổng số điểm EQ là 10 điểm.

Bảng 1.1: Chỉ số cảm xúc của người lớn

1	Tôi có thể dễ dàng giao tiếp với bất kỳ ai tham gia vào câu chuyện.
2	Tôi thấy khó khăn khi giải thích cho ai đó về vấn đề mà tôi thấy dễ hiểu nhưng họ lại thấy không hiểu ngay từ đầu.
3	Tôi thật sự thích thú khi quan tâm đến người khác
4	Tôi thấy khó khăn để biết phải làm gì trong các tình huống giao tiếp xã hội
5	Mọi người thường nói với tôi rằng tôi hay đi quá xa vào chủ đề mà tôi say mê trong các cuộc nói chuyện
6	Tôi chẳng thấy có vấn đề gì nếu tôi đến muộn trong một cuộc hẹn
7	Các mối quan hệ và tình bạn thật quá khó khăn vì vậy tôi không thấy lo lắng vì chúng
8	Tôi thấy khó khăn để hiểu liệu điều gì đó có thô lỗ hay mất lịch sự không
9	Trong các câu chuyện tôi thường tập trung vào những suy nghĩ của bản thân hơn là tập trung vào những gì mà người đối thoại nghĩ

10 Khi còn nhỏ, tôi thích thú với việc mở những con giun ra xem có gì bên trong

Nếu điểm số của bạn cao hơn, trong trường hợp này bạn có cảm tốt. Ở thang đo này điểm số EQ của người thuộc bệnh phổ tự kỉ thường thấp hơn so với nhóm so sánh.

Theo như thuyết hệ thống hóa cảm xúc, cách giải thích tốt nhất cho tự kỉ và Hội chứng Asperger không chỉ bằng việc liên hệ với cảm xúc (dưới mức trung bình) mà còn liên hệ với nhân tố tâm lý thứ hai (sự hệ thống hóa), điểm này cũng trung bình hoặc trên trung bình. Sự thiếu nhất quán giữa Cảm xúc và hệ thống hóa sẽ xác định liệu bạn có dấu hiệu tự kỉ hay Hội chứng Asperger hay không.

Để hiểu về thuyết này tốt hơn, chúng ta cần quay lại với khái niệm hệ thống hóa. Hệ thống hóa là các hệ thống về xử lý hoặc cấu trúc. Đây có thể là bất kỳ hệ thống nào. Cái được gọi là một hệ thống thì nó phải tuân theo những quy luật nhất định và khi chúng ta hệ thống hóa, chúng ta đang cố gắng xác định các nguyên tắc để không chế hệ thống nhằm phán đoán cách thức mà hệ thống sẽ hoạt động. Sau đây là một số loại hệ thống quan trọng:

- Hệ thống tập hợp (ví dụ phân biệt giữa các loại đá)
- Hệ thống máy móc (Ví dụ đầu máy video hay 1 cái khóa cửa)
- Hệ thống số (ví dụ thời gian chạy tàu, lịch)
- Hệ thống cú pháp (ví dụ cú pháp ngôn ngữ hay các ký hiệu âm nhạc)
- Hệ thống tự nhiên (ví dụ đặc điểm thời tiết hay các đợt thủy triều)
- Hệ thống xã hội (cấp bậc quản lý hoặc quy tắc nhảy cùng bạn nhảy)
- Hệ thống vận động (ví dụ trò ném đĩa nhựa hoặc nhún trên đệm lò xo)

Trong tất cả những trường hợp này bạn hệ thống hóa bằng việc chú ý đến các quy luật (hoặc cấu trúc). Các nguyên tắc thường được xuất phát từ việc chú ý xem liệu A và B có phù hợp trong một cách hệ thống hóa hay không. (Ví dụ nốt nhạc E luôn cao hơn 5 tông so với nốt A, hoặc năm 1995 xe ô tô của năm là chiếc Fiat Punto). Bước thứ 2 trong hệ thống hóa đó là xem xét về các bằng chứng có cho phép bạn kết luận rằng A là nguyên nhân của B (ví dụ bật công tắc điện lên vị trí bật sẽ làm cho đèn sáng; hoặc chuyển cây hoa Cẩm tú cầu từ môi trường a xít sang môi trường kiềm sẽ làm cho màu hoa biến đổi từ xanh sang hồng).

Bằng chứng về sự không thay đổi hoặc thậm chí sự hệ thống hóa nổi bật bất thường ở tự kỉ và Hội chứng Asperger đó là những trẻ này thực hiện trên mức mong đợi trong bài kiểm tra thể chất. Điểm số của trẻ mắc Hội chứng Asperger ở độ tuổi từ 8 đến 11 tuổi cao hơn so với nhóm so sánh là những

người lớn hơn (điền hình là những thiếu niên).

Một bằng chứng thứ hai có từ các nghiên cứu có sử dụng Chỉ số hệ thống hóa (SQ). SQ là một bộ câu hỏi khác, nó được dùng theo cách tương tự với EQ và AQ mà chúng ta đã làm ở trên. Đơn giản bạn chỉ cần nói bạn đồng ý hay không đồng ý với các câu mô tả về bản thân. (Có bảng SQ dành cho trẻ, thanh thiếu niên và người lớn ở trang web: www.autismresearchcentre.com) Bảng 1.2 là danh mục 10 câu hỏi ví dụ, hỏi về mối quan tâm của bạn như thế nào trong những hệ thống khác nhau.

Nếu bạn trả lời đồng ý với nội dung 5,7, và 9 trong bảng 1.2 bạn sẽ được 3 điểm trong bài kiểm tra SQ. Nếu bạn đồng ý với các nội dung còn lại bạn sẽ được thêm 7 điểm, với tổng số điểm là 10. Điểm số cao hơn thì chiều hướng hệ thống hóa của bạn mạnh hơn. Người tự kỉ chức năng cao hoặc Hội chứng Asperger có điểm số cao hơn so với mọi người trong dân số nói chung.

Bảng 1.2. Bản đánh giá SQ dành cho người lớn (có sửa đổi): Một số ví dụ.

1	Tôi thấy rất dễ trong việc sử dụng bảng giờ tàu chạy thậm chí ngay cả với các chuyến chuyên tàu.
2	Tôi thích các cửa hàng sách và âm nhạc bởi vì chúng được sắp xếp gọn gàng
3	Khi tôi đọc một cái gì đó, tôi luôn để ý xem liệu nó có đúng ngữ pháp hay không.
4	Tôi tự phân loại được bản thân mình (trong tâm trí mình)
5	Tôi thấy việc đọc và hiểu bản đồ rất khó
6	Khi tôi nhìn vào núi tôi nghĩ đến việc nó đã được hình thành một cách chính xác như thế nào.
7	Tôi không quan tâm tới các chi tiết về tỷ giá quy đổi, tỷ giá lãi xuất, hay cổ phiếu.
8	Nếu tôi mua một chiếc ô tô, tôi muốn có được những thông tin đặc thù về khả năng của động cơ.
9	Tôi thấy khó khăn để học cách lên chương trình các băng video
10	Khi tôi thích một thứ gì đó, tôi muốn sưu tập thật nhiều các minh họa các loại khác nhau của thứ đó, vì thế tôi có thể thấy chúng nhau như thế nào.

Bài kiểm tra trên về hệ thống hóa được thiết kế giành cho trẻ nhỏ hoặc người lớn mắc Hội chứng Asperger, không giành cho tự kỉ điển hình. Tuy nhiên, trẻ mắc tự kỉ điển hình làm tốt hơn các thao tác trên kiểm tra bằng sắp xếp tranh

theo thứ tự, các câu chuyện có thể được sắp xếp bằng việc sử dụng các khái niệm nguyên nhân-thể chất. Họ cũng có điểm số trên trung bình ở bài kiểm tra tính toán cách hoạt động của kính phân cực ở máy camera, thậm chí ngay cả khi họ có khó khăn trong việc suy đoán suy nghĩ và tình cảm của người khác. Cả hai dấu hiệu này có trong đặc tính không thay đổi hoặc thậm chí trong cả đặc tính hệ thống hóa cao.

Điểm mạnh của thuyết hệ thống hóa cảm xúc đó là nó là thuyết hai nhân tố, có thể giải thích sự tích hợp của cả những đặc điểm phi xã hội trong tự kỉ và Hội chứng Asperger. Cảm xúc dưới trung bình để giải thích về những khó khăn giao tiếp xã hội trong khi hệ thống hóa trung bình hoặc thậm chí trên trung bình là một cách giải thích về mối quan tâm hạn hẹp, các hành vi đập khuôn và đặc tính không chấp nhận thay đổi/nhu cầu cần sự giống nhau. Điều này là do khi bạn hệ thống hóa, thực chất là nó giữ mọi thứ bất biến và chỉ duy nhất một thứ tại một thời điểm. Với cách đó, bạn có thể thấy cái gì là nguyên nhân của cái gì, giải nghĩa về thế giới có thể dự đoán. Và để kiểm tra xem các mẫu hình hay các quy định mà bạn phải xác định có đúng hay không đúng, thực chất là nó lặp đi lặp lại một kết quả.

Khi lần đầu tiên lý thuyết này xuất hiện, đã có một sự phê phán rằng nó chỉ có thể ứng dụng với những người bị tự kỉ chức năng cao hoặc Hội chứng Asperger. Trong khi những đam mê của họ (với máy tính hay toán học) có thể được coi là những nội dung hệ thống hóa mạnh, chắc chắn điều này không ứng dụng đối với tự kỉ chức năng thấp? Tuy nhiên, khi chúng ta nghĩ về trẻ tự kỉ, có rất nhiều hành vi điển hình, có thể được xem là sự phản ánh của việc hệ thống hóa mạnh.

Một số ví dụ:

Hệ thống hóa ở tự kỉ

- Hệ thống hóa giác quan:
 - Vỗ lên bề mặt, hay để cát chảy qua các ngón tay.
 - Ngửi người, hay lặp đi lặp lại việc ăn cùng một loại thức ăn
- Hệ thống hóa vận động:
 - Quay tròn người liên tục hoặc lắc người từ sau ra trước
 - Lắc một mẫu nhỏ với tốc độ cao ở ngoài tầm nhìn (rập khuôn một chiều)
- Hệ thống hóa thu thập
 - Thu thập những chiếc lá hoặc những thẻ dán bóng đá
 - Tìm hiểu về cờ của các nước khác nhau
- Hệ thống số hóa
 - Say mê với lịch hoặc thời gian các chuyến tàu chạy

- Đặt tên cho các con số nguyên tố hoặc nhớ những ngày sinh hoặc ngày trọng đại.
- Hệ thống hóa cảm xúc
- Nhìn máy giặt quay tròn
- Quay tròn những chiếc bánh xe ô tô đồ chơi
- Hệ thống hóa không gian
- Đặt tên cho các hình dạng
- Say mê với các thói quen
- Hệ thống hóa môi trường
- Khăng khăng trong việc xếp những viên gạch đồ chơi theo hàng theo thứ tự không thay đổi
- Xếp những chiếc băng video lên giá sách theo một trật tự nhất định
- Hệ thống hóa giao tiếp xã hội
- Duy trì một thời gian biểu nhất định ở trường học
- Nói nửa đầu của cụm từ hoặc câu rồi đợi người khác hoàn thành nốt phần còn lại.
- Hệ thống hóa tự nhiên
- Hỏi đi hỏi lại về thời tiết trong ngày
- Phân loại mọi người
- Hệ thống hóa máy móc
- Tìm hiểu cách thao tác đầu ghi băng
- Xây dựng các hình mẫu lego
- Hệ thống hóa lời nói/thính giác/phát âm
- Những âm thanh tượng thanh
- Các câu nói vệt
- Hệ thống hóa hệ quả của hành động
- Xem đi xem lại cùng một chiếc băng video
- Các hành động lặp lại
- Hệ thống hóa âm nhạc
- Chỉ chơi đi chơi lại một âm thanh trên các dụng cụ âm nhạc
- Ghi nhớ dài hạn các nốt nhạc

Ngược lại, trẻ mắc Hội chứng Asperger thể hiện sự hệ thống hóa mạnh của mình cũng rất khác biệt.

Hệ thống hóa ở Hội chứng Asperger

- Hệ thống hóa giác quan
 - Mặc đi mặc lại một bộ quần áo hàng ngày
 - Chỉ ăn một loại thức ăn mỗi ngày
- Hệ thống hóa vận động
 - Tập các chuyển động của môn trượt ván hoặc môn ném đĩa
 - Học các đường đan len
- Hệ thống hóa thu thập
 - Thu thập một bộ hoàn thiện về nhân vật Pokemon hoặc Xe đại chiến
- Hệ thống hóa Số
 - Tính toán nhanh các số nguyên tố.
 - Giải quyết các vấn đề toán học
- Hệ thống hóa cảm xúc
 - Phân tích chính xác khi nào một sự kiện đặc biệt xảy ra trong một chu kỳ.
 - Thích thú việc cưỡi chiếc xe ngựa gỗ
- Hệ thống hóa không gian
 - Nghiên cứu bản đồ
 - Phát triển các kỹ thuật vẽ
- Hệ thống hóa môi trường
 - Biết tên của những chiếc DVD có trên giá sách theo thứ tự
 - Không muốn có bất kỳ sự dịch chuyển khỏi vị trí thường nhật của các vật trong phòng
- Hệ thống hóa giao tiếp xã hội
 - Tìm hiểu về tên của và quân hàm của tất cả những người trong đội quân
 - Chỉ chơi duy nhất một trò chơi khi có một trẻ nào đó đến chơi cùng
- Hệ thống hóa đạo đức
 - Muốn mọi người phải tuân thủ các quy tắc xã hội
 - Trở thành người soát lỗi

- Hệ thống hóa tự nhiên
 - Tìm hiểu tên tất cả các loại rùa
 - Tìm hiểu về tên latin của tất cả cây cỏ và điều kiện sinh trưởng của chúng
- Hệ thống hóa máy móc
 - Tháo một phần của chiếc máy nướng bánh ra và lắp nó lại
 - Lắp ráp xe đạp
- Hệ thống hóa lời nói/thính giác/phát âm
 - Lắp lại các phát âm
 - Sưu tập các từ và ý nghĩa của từ
- Hệ thống hóa hệ quả hành động
 - Xem đi xem hang chục lần một bộ phim
 - Phân tích các kỹ thuật nhảy
- Hệ thống hóa âm nhạc
 - Sử dụng thành thạo một nhạc cụ
 - Phân tích cấu trúc âm nhạc trong bài hát.

Theo thuyết này cái mà người mắc tự kỉ tham gia vào không giống như một con nhện mà nó giống như một chiếc mạng nhện, vì thế mà người mắc tự kỉ hoặc hội chứng Asperger phải hệ thống hóa mọi thứ. Đó là cách mà não bộ của họ hoạt động. Nội dung của những mối quan tâm hạn hẹp của họ phản ánh cách họ bị lôi cuốn mạnh mẽ đối với những thông tin có thể hệ thống hóa.

Các thuyết được trình bày trên dẫn đến việc nhiều nhà nghiên cứu về tự kỉ đã đưa ra các khái niệm được làm mới về các đặc điểm của người tự kỉ và Asperger.

Khái niệm lại hành vi đập khuôn và những mối quan tâm hạn chế ở tự kỉ và Hội chứng Asperger.

Một điểm hạn chế của thuyết hệ thống hóa cảm xúc đó là nó tái lập lại khái niệm hành vi dập khuôn và những mối quan tâm hạn chế ở những người thuộc phổ tự kỉ. Trong khi thuyết suy giảm chức năng thực hiện nhìn nhận những điều này là dấu hiệu có tổn thương trong não bộ hoặc không phát triển (khả năng luân chuyển và lên kế hoạch), và thuyết hạn chế trong liên kết trung tâm nhìn nhận nó như dấu hiệu của sự khiếm khuyết ở não bộ (khả năng hội nhập hoặc nhận thức ở mức độ toàn diện), thì quan điểm về hệ thống hóa mạnh lại nhìn nhận những điều này giống với việc hành vi là kết quả của hành vi tài năng (phân tích chi tiết về hệ thống, tuy nhiên ở mức độ nhỏ).

Tái lập khái niệm “kiểu học tập” ở phổ tự kỉ.

Giống như thuyết hạn chế liên kết trung tâm, thuyết hệ thống hóa cảm xúc nói đến một kiểu nhận thức khác biệt (một kiểu nghĩ và học khác biệt). Giống với thuyết hạn chế liên kết trung tâm, nó cũng thừa nhận sự chú ý tuyệt vời tới chi tiết (trong giác quan và trí nhớ), vì khi bạn hệ thống hóa bạn phải để tâm từng chi tiết rất nhỏ. Bởi vì mỗi chi tiết rất nhỏ trong một hệ thống có thể có một vai trò chức năng riêng. Trong một chiếc điện thoại di động, một hệ thống máy móc điện tử, mỗi phím có thể có chức năng hoàn toàn khác biệt với cùng phím đó ở những loại điện thoại khác nhau hoặc những đời sản xuất khác nhau. Trong máy tính, thay đổi một số ở kết quả sẽ thay đổi toàn bộ hoạt động của hệ thống (đáp án mà bạn có). Đây là vấn đề của chi tiết.

Sự khác biệt giữa hai thuyết này đó là trong khi thuyết hạn chế về liên kết trung tâm nhìn nhận người mắc các hình thái thuộc phổ tự kỉ bị lôi cuốn bởi các thông tin chi tiết (đôi khi được gọi là quá trình cục bộ) bởi các lý do tiêu cực (bởi vì sự mất khả năng để hội nhập), thì thuyết hệ thống hóa lại nhìn nhận nó với cùng một đặc trưng (chú ý tuyệt vời tới các chi tiết) với chủ tâm cao: nó được làm để hiểu về một hệ thống. Chú ý tới chi tiết xảy ra với lý do tích cực: nó làm để nhằm đạt được sự hiểu biết tận cùng về một hệ thống (tuy nhiên hệ thống đó có thể rất đặc biệt và nhỏ).

Sự khác biệt cuối cùng của hai thuyết này đó là trong khi thuyết hạn chế về liên kết trung tâm nhận định rằng người mắc tự kỉ hoặc Hội chứng Asperger sẽ vĩnh viễn chìm đắm vào chi tiết và không bao giờ đạt được sự hiểu biết về hệ thống một cách toàn bộ (vì nó đòi hỏi phải có sự quan sát toàn diện) thì thuyết hệ thống hóa cảm xúc lại nhận định rằng với thời gian, họ sẽ đạt được sự hiểu biết tuyệt vời về toàn bộ hệ thống, tạo ra cơ hội để quan sát và kiểm soát tất cả những điều có thể biến đổi trong hệ thống đó.

Vì vậy, khi người tự kỉ diễn hình chức năng thấp lắc một sợi dây nhỏ hàng nghìn lần gần đuôi mắt thì anh ta biết chính xác các hoạt động chuyển động về thể chất của sợi dây đó như thế nào. Mỗi lần thực hiện anh ta có thể làm cho nó chuyển động chính xác đúng như vậy. Khi anh ta tạo ra một chuỗi âm thanh nhanh và dài thì anh ta biết chính xác hệ thống âm thanh đó hoạt động ra sao. Tất cả những lần cầm viên Rubic lên và thực hiện một loạt các thao tác thì anh ta biết mình sẽ đạt được kết quả.

Tái lập khái niệm khó khăn về khái quát ở Phổ tự kỉ.

Một thuận lợi nữa của thuyết này đó là nó có thể giải thích về việc nhiều lúc có sự suy giảm về khả năng khái quát ở tự kỉ hoặc Hội chứng Asperger. Người ta nói rằng người tự kỉ hoặc Hội Chứng Asperger không thể khái quát hóa. Bạn dạy họ về một chiếc ô tô cụ thể nào đó và bạn chờ đợi xem họ có thể khái quát hóa điều mà họ học được về tất cả các loại ô tô hay không. Bạn dạy họ cách để thực hiện một loạt các hoạt động như tắm trong phòng tắm ở nhà và bạn chờ đợi xem họ có thể khái quát hóa các hoạt động khi bạn đến ở nhà của bà ngoại hay không, và tắm ở một phòng tắm khác. Một điều thường thấy đó là họ không có khả năng khái quát hóa.

Theo thuyết hệ thống hóa cảm xúc, đây chính là điều mà bạn nhận thấy nếu một người đang cố gắng hiểu mỗi hệ thống là một hệ thống duy nhất vì mỗi hệ thống hoạt động khác biệt không đáng kể. Với những người hệ thống hóa mạnh, sự khác biệt giữa các hệ thống là một thứ vị to lớn hơn những điều thông thường khác của họ. Nếu bạn coi tất cả ô tô như nhau thì bạn đã bỏ lỡ mất một khám phá lớn, vì mỗi chiếc lại có những đặc điểm mà chiếc khác không có. Thậm chí nếu bạn gộp tất cả Renault Lagunas lại với nhau thì bạn sẽ mất đi việc hiểu biết về sự khác biệt giữa hàng chục mẫu Renault Lagunas khác nhau. Một người hệ thống hóa tốt là người biết chọn lọc, không phải là người ngốc, vì việc gộp mọi thứ lại với nhau có thể dẫn đến việc bỏ qua những khác biệt chính yếu mà có thể giúp bạn phân biệt được sự khác biệt trong cách thể hiện giữa hai vật. Nếu nhìn nhận theo cách này thì đó là những người có kiểu thần kinh điển hình có khó khăn, nói cách khác thì những khác biệt đó có thể rất quan trọng. Rất nhiều người thần kinh điển hình nhận thấy rằng “cây có lá”. Những người tự kỉ nhận thấy tất cả mọi loài cây đều có những kiểu là hoàn toàn khác nhau và thậm chí nhìn thấy rằng chỉ trong một loài cây (cây ngô đồng Californian), có một số lá trên cây ngô đồng có bệnh nấm và một số lá không có. Bạn có chú ý đến điều đó không?

Vì vậy, nếu bạn là một người hệ thống hóa mạnh, bạn chỉ khái quát hóa với một hệ thống cụ thể. Bạn không kết luận rằng “tất cả các máy tính đều giống nhau”, khi rõ ràng là không phải như thế. Điều đó không có ý nghĩa và chỉ là kết luận bề ngoài được tạo nên. Chắc chắn, tất cả các máy tính xử lý thông tin nhưng cách hoạt động của mỗi máy tính thì hoàn toàn khác biệt so với những cái khác. Bởi vậy mà việc tập trung vào việc khái quát hóa tổng thể như vậy là điều vô giá trị. Khái quát hóa một cách vội vã đó là dấu hiệu của trí tuệ không hệ thống hóa.

Thuyết trí tuệ nam giới quá khích.

Thuyết hệ thống hóa - cảm xúc hóa đã được mở rộng thành thuyết trí tuệ nam giới quá khích ở tự kỉ. Bởi vì có sự khác biệt rõ ràng về giới tính trong cảm xúc hóa (nữ giới thường thực hiện tốt hơn trong rất nhiều bài kiểm tra về nội dung này) và trong hệ thống hóa (nam giới thực hiện tốt hơn ở những bài kiểm tra này). Nhìn nhận theo cách này, tự kỉ và Hội chứng Asperger có thể được khái

niệm như là sự quá khích về nam giới (profile) điển hình. Quan điểm này được bác sĩ nhi khoa Hans Asperger đưa ra lần đầu tiên vào năm 1944.

Lý thuyết này chỉ phản ánh sự mở rộng của thuyết cảm xúc hóa-hệ thống hóa. Lý thuyết này thừa nhận hai nhân tố độc lập, E (cảm xúc) và S (hệ thống) trong mỗi cá nhân khác nhau được tìm thấy trong dân số. Khi bạn lập sơ đồ có 5 kiểu trí tuệ khác nhau được nhìn nhận:

Những kiểu trí tuệ được phân biệt bởi lý thuyết cảm xúc hóa- Hệ thống hóa.

- Kiểu E:
 - Những người mà cảm xúc của họ mạnh hơn sự hệ thống của họ
 - Biểu hiện $E > S$
- Kiểu S
 - Những người mà hệ thống hóa mạnh hơn cảm xúc của họ
 - Biểu hiện $S < E$
- Kiểu B (Cân bằng)
 - Những người cảm xúc tốt (hoặc dở) như hệ thống
 - Biểu hiện $S = E$
- Kiểu E
 - Những người cảm xúc trên trung bình nhưng họ gặp khó khăn khi tiến tới hệ thống hóa.
 - Biểu hiện $E \gg S$
- Kiểu S
 - Những người hệ thống hóa trên trung bình nhưng họ có thể gặp khó khăn khi tiến tới cảm xúc
 - Biểu hiện $S \gg E$

II. Tâm lý với trẻ rối loạn phổ tự kỉ:

1. Tâm lý với trẻ rối loạn phổ tự kỉ là gì?

Nội hàm của khái niệm Tâm lý học lâm sàng ở các giai đoạn phát triển khác nhau có những khía cạnh khác nhau. Nhưng, nhìn chung có hai quan điểm khác nhau về Tâm lý học lâm sàng

Quan điểm thứ nhất cho rằng Tâm lý học lâm sàng là một phương pháp tiếp cận (tiếp cận cá nhân bằng các phương tiện lâm sàng và cận lâm sàng). Trong trường hợp này, đối tượng trợ giúp của các nhà Tâm lý học lâm sàng có thể là bất kỳ cá nhân nào có các khó khăn tâm lý cần được trợ giúp (kể cả người bình thường và người có các rối loạn tâm lý hay bệnh tâm lý).

Quan điểm thứ hai lại cho rằng Tâm lý học lâm sàng là một lĩnh vực ứng dụng của Tâm lý học nghiên cứu các rối loạn tâm lý và cách thức đánh giá, can thiệp chúng. Với quan niệm này, đối tượng được trợ giúp mà Tâm lý học lâm sàng hướng đến là các cá nhân có các rối loạn tâm lý/bệnh lý tâm lý cần được can thiệp.

Với Witmer, khái niệm Tâm lý học lâm sàng có ý nghĩa là làm việc với từng trường hợp người bệnh cụ thể bằng phương pháp quan sát và thực nghiệm nhằm tạo ra sự thay đổi tích cực ở họ. Có thể coi đây là ý nghĩa kinh điển nhất của Tâm lý học lâm sàng và với ý nghĩa đó thì Tâm lý học lâm sàng có thể coi là một *phương pháp làm việc* của nhà tâm lý.

Tâm lý học lâm sàng là một lĩnh vực ứng dụng các tri thức, kỹ thuật và phương pháp của các chuyên ngành Tâm lý học cơ bản cũng như các lĩnh vực liên quan khác, chẳng hạn như . Tâm lý học chiều sâu, xã hội học và sự phạm xã hội, với nghĩa rộng thì phạm vi của Tâm lý học lâm sàng là: từ các trung tâm tư vấn, các cơ sở giáo dục chuyên biệt đến các bệnh viện. (Schraml, 1970).

Với tiếp cận từ đối tượng nghiên cứu, cho thấy Tâm lý lâm sàng với trẻ rối loạn phổ tự kỉ là:

Tâm lý lâm sàng có đối tượng nghiên cứu rối nhiễu tâm lý (rối loạn) và các khía cạnh tâm lý của các rối nhiễu/bệnh của trẻ rối loạn phổ tự kỉ. Tâm lý học lâm sàng bao gồm các phần sau: căn nguyên học, phân tích các yếu tố dẫn đến rối loạn, phân loại, chẩn đoán, nghiên cứu dịch tễ và can thiệp (dự phòng, tâm lý trị liệu, phục hồi chức năng, bảo vệ sức khoẻ, đánh giá lâm sàng).

2. Môi quan hệ giữa nhà tâm lý và các chuyên gia khác trong hỗ trợ trẻ rối loạn phổ tự kỉ

Nhà tâm lý có các công việc rất cụ thể và khác biệt với các nhà chuyên môn khác, đó là: đánh giá, can thiệp và dự phòng các khó khăn tâm lý và rối loạn tâm lý. Tất nhiên, các nhà tâm lý cũng thực hiện các công việc tất yếu như nghiên cứu, giảng dạy và quản lý chuyên môn. Mặc dù vậy, cũng như hầu hết các lĩnh vực khoa học khác, lĩnh vực chuyên môn của nhà tâm lý cũng giao thoa với công việc của những nhà chuyên môn khác. Đó là lý do làm nảy sinh sự hợp tác chặt chẽ giữa các nhà chuyên môn gần nhau.

Nhà tham vấn tâm lý

Trong số các lĩnh vực chuyên môn gần thì Tham vấn tâm lý và Tâm lý học lâm sàng khá gần nhau. Trong lĩnh vực thực hành thì công việc của nhà tham vấn cũng gần nhất với nhà Tâm lý học lâm sàng. Trong khi có những khác biệt tương đối rõ ràng về triết lý, trọng tâm đào tạo và chương trình đào tạo tham vấn và lâm sàng thì sự khác biệt giữa nhà thực hành tham vấn và nhà thực hành lâm sàng lại rất mong manh (Plante Thomas G., 2005). Đã từng có thời kỳ khi công việc của nhà tham vấn tâm lý khác biệt rõ ràng với nhà tâm lý lâm sàng nhưng hiện nay sự khác biệt này đang thu hẹp dần, cũng có nghĩa là sự giao thoa giữa hai lĩnh vực này tăng lên đáng kể (Pomerantz A. M., 2011). Cũng theo

Pomerantz, sự khác biệt trước hết giữa nhà tham vấn tâm lý và nhà tâm lý lâm sàng thể hiện ở giới hạn đặc điểm của thân chủ: nhà tâm lý lâm sàng làm việc với những thân chủ có các vấn đề nghiêm trọng ở mức bệnh lý, trong khi đó nhà tham vấn tâm lý làm việc với những cá nhân có khó khăn tâm lý nhưng không mang tính chất bệnh lý. Tuy vậy, hiện nay ở Việt Nam và cả trên thế giới thì dường như không có sự phân biệt rõ ràng giữa các nhóm thân chủ của nhà tâm lý lâm sàng và nhà tham vấn tâm lý. Ở phương diện thực hành, theo Norcross (2000), ở Mỹ sinh viên chuyên ngành Tâm lý học lâm sàng và Tham vấn tâm lý cùng thực tập cùng nhau ở các cơ sở giống nhau. Hai chuyên ngành này cũng có các trình độ đào tạo tương đương (cao nhất là tiên sĩ) và được cấp phép hành nghề với cách thức tương tự như nhau.

Dù vậy, công việc của hai nhà chuyên môn này vẫn có sự khác biệt nhất định, có như thế mới tồn tại song song hai lĩnh vực chuyên môn độc lập.

Thứ nhất, so với nhà tham vấn tâm lý, nhà tâm lý lâm sàng thường chỉ làm việc với những thân chủ có các vấn đề tâm lý nghiêm trọng trong cộng đồng và chăm chữa cho những người nằm viện và bệnh nhân tâm thần. Trong khi đó, nhà tham vấn tâm lý chỉ làm việc với những thân chủ không có các vấn đề tâm lý nghiêm trọng mang tính bệnh lý, do đó, họ thường làm việc ở các trung tâm tham vấn trong các trường đại học hoặc ở cộng đồng (Gaddy và cs, 1995).

Sự khác biệt thứ hai biểu hiện ở phương diện tiếp cận lý thuyết: mặc dù cả hai nhà chuyên môn này đều coi trọng định hướng thực chứng trong công việc của mình nhưng nhà tâm lý lâm sàng có xu hướng sử dụng nhiều hơn Tiếp cận Hành vi và Tiếp cận Nhận thức, trong khi đó, nhà tham vấn tâm lý thường dựa vào Tiếp cận Nhân văn/Thân chủ trọng tâm hơn.

Sự khác biệt thứ hai dẫn đến *khác biệt thứ ba* là nhà tham vấn thường làm việc với thái độ không định hướng, tôn trọng quyền tự quyết của thân chủ, không cho họ lời khuyên mà khuyến khích họ tự tìm ra giải pháp và giải quyết vấn đề của mình. Trong khi đó, nhà lâm sàng thì không phải bao giờ cũng vậy, nhà lâm sàng quan niệm công việc chính của mình là điều trị, vậy nên, có lúc nhà lâm sàng, với tư cách là một chuyên gia, hướng dẫn thân chủ thực hiện các hành vi, bài tập, thử nghiệm để thay đổi nhận thức, hành vi và cảm xúc hoặc cấu trúc lại nhân cách.

Thứ tư, nhà tham vấn tâm lý quan tâm đến lĩnh vực nghề nghiệp như tham vấn định hướng nghề, lựa chọn nghề, tham vấn nghề nghiệp (*carcer counseling*) trong khi đó, nhà tâm lý lâm sàng chú trọng hơn đến các ứng dụng của Tâm lý học trong lĩnh vực y tế (Norcross, 2008). *Khác biệt thứ năm* liên quan đến thời lượng các buổi tham vấn, theo đó, tham vấn thường kéo dài không quá 10 phiên, trong khi đó, nhà tâm lý lâm sàng - trị liệu có thể làm việc với thân chủ hàng năm liền (Pomerantz A. M., 2011).

Ngoài ra, một số trường phái khác nhau cũng có những quan điểm riêng về sự khác biệt giữa công việc của nhà tham vấn và nhà tâm lý lâm sàng - trị liệu. Một trong những quan điểm đó thuộc về A.Adler. Ông cho rằng, cảm xúc thấp

kém (*inferiority feelings*) là động lực để cá nhân hoàn thiện nhân cách, nó mang tính phổ quát và "bình thường", trong khi đó phức cảm thấp kém (*inferiority complex*) là khi cá nhân cư xử như thể họ thấp kém, là sự nản chí của cá nhân về giới hạn năng lực xã hội của họ. Cảm xúc thấp kém không dẫn đến bệnh lý, còn phức cảm thấp kém lại chính là nguồn cội gây ra các triệu chứng bệnh lý. Lối sống của cá nhân có thể được tạo ra từ cả hai yếu tố này. Tuy nhiên, cùng một lối sống, một người có thể cư xử một cách có ích hoặc vô ích (đối với sự phát triển nhân cách). Quan điểm này cho phép các nhà tâm lý theo trường phái Adler như R. Dreikurs và A. G. Nikelly phân biệt giữa tâm lý trị liệu và tham vấn. Theo đó, *tâm lý trị liệu* có mục đích là thay đổi lối sống, còn *tham vấn* thì mục đích là thay đổi hành vi trong một lối sống đã tồn tại sẵn (Corsini & Wedding, 2008, tr. 76). Điều này tương đồng với quan điểm của Neukrug (1999) khi ông cho rằng, mục tiêu cơ bản của nhà tham vấn là thay đổi hành vi, trong khi đó, mục tiêu của tâm lý trị liệu là cấu trúc lại nhân cách (dẫn theo Trần Thị Minh Đức, 2009).

Nhà tâm lý học đường

Đúng như tên gọi, phần lớn các nhà tâm lý học đường thường làm việc trong các trường học, một số ít làm việc ở các trung tâm và các cơ sở giáo dục. Nhiệm vụ cơ bản của nhà tâm lý học đường là trợ giúp về trí tuệ, học tập, cảm xúc, hành vi và phát triển bản thân nói chung cho học sinh (Pomerantz, 2011). Dự phòng nhằm mục đích nâng cao sức đề kháng tâm lý cho học sinh cũng là nhiệm vụ ưu tiên của nhà tâm lý học đường. Để làm được việc đó, nhà tâm lý học đường thường xuyên thực hiện các trắc nghiệm sàng lọc, chẩn đoán các khó khăn học tập, các vấn đề về chú ý, trí nhớ và cảm xúc. Đồng thời họ cũng sử dụng hoặc thiết kế các chương trình để đáp ứng các nhu cầu giáo dục và phát triển của học sinh. Khi cần, nhà tâm lý học đường cũng tham vấn với giáo viên, phụ huynh và các nhà quản lý học đường, về đào tạo, khác với nhà tâm lý lâm sàng, nhà tâm lý học đường thường được đào tạo nhiều hơn về các vấn đề giáo dục, đánh giá và can thiệp các khuyết tật học tập của học sinh, các tiếp cận và chương trình phòng ngừa rối loạn học tập, trí tuệ, cảm xúc và hành vi cho học sinh.

Nhà tâm thần học/bác sĩ tâm thần

Khác với nhà tâm lý lâm sàng và nhà tham vấn, nhà tâm thần học có học vấn y khoa và được cấp phép hành nghề bác sĩ. Họ có quyền kê đơn thuốc cho người bệnh - điều mà nhà tâm lý lâm sàng không được làm. Nhưng sự khác biệt giữa hai nhà chuyên môn này không chỉ ở quyền kê đơn thuốc. Sự khác nhau cơ bản là ở chỗ họ có cách tiếp cận khác nhau đối với các vấn đề hành vi và cảm xúc của thân chủ. Nhà tâm thần học được đào tạo nhiều về khía cạnh sinh học, sinh lý học của các rối loạn như lo âu, trầm cảm, tăng động giảm chú ý, rối loạn nhân cách ranh giới. Họ hiểu biết sâu sắc về các cơ chế sinh lý của các rối loạn tâm lý, vì vậy, họ coi trọng việc xem xét nguyên nhân gây ra các rối loạn những bất thường về não bộ, về sinh lý dẫn truyền, về sự thiếu hụt hay sản sinh quá

mức của các chất dẫn truyền, các hormon. Để khắc phục các vấn đề của bệnh nhân, bác sĩ tâm thần có xu hướng sử dụng thuốc để điều hòa lại các bất thường về sinh học. Điều này không có nghĩa là nhà tâm thần học không coi trọng "phương thuốc nói" như tâm lý trị liệu hay tham vấn nhưng họ rành rọt việc sử dụng thuốc hơn nên ủng hộ thuốc hơn (Manninen, 2006). Trong khi đó, nhà tâm lý lâm sàng, mặc dù vẫn biết các khía cạnh sinh học của hành vi và cảm xúc, nhưng để cải thiện các vấn đề tâm lý của thân chủ thì họ ưu tiên sử dụng các liệu pháp tâm lý hơn. Như vậy, mặc dù có cách tiếp cận khác nhau về nguyên nhân và phương pháp điều trị các vấn đề hành vi và cảm xúc nhưng, như trên đã nói, nhà tâm thần học và nhà tâm lý lâm sàng cùng quan tâm đến khía cạnh tâm lý của các rối loạn. Thậm chí, ở Việt Nam, nhiều nhà tâm thần học là người đi tiên phong trong việc áp dụng các liệu pháp tâm lý trong điều trị cho bệnh nhân tâm thần. Mặc dù cùng quan tâm đến các rối loạn tâm lý nhưng sự khác biệt cơ bản giữa nhà tâm thần học và nhà tâm lý lâm sàng còn biểu hiện ở chỗ: nhà tâm thần học quan tâm đến bản thân các rối loạn tâm lý, trong khi đó, nhà tâm lý lâm sàng quan tâm nhiều hơn đến chủ thể có rối loạn tâm lý. Các rối loạn tâm lý là một và có thể có chung các cơ chế sinh học - thần kinh nhưng chủ thể mang rối loạn ấy lại rất khác nhau về nhận thức, cảm xúc, hành vi và cả những yếu tố thuộc môi trường sống. Do đó, nhà tâm lý lâm sàng quan tâm đến sự biến đổi nhận thức, cảm xúc và hành vi của thân chủ. Hơn nữa, nêu điều trị y khoa (điều trị bằng thuốc), tính cá nhân hóa rất mờ nhạt thì trong điều trị tâm lý, tính chủ thể, tính cá nhân lại quyết định rất lớn đến quy trình và kỹ thuật điều trị. Chẳng hạn, hầu hết các bệnh nhân trầm cảm đều nhận được một số loại thuốc như nhau thì điều trị tâm lý cho bệnh nhân trầm cảm lại có thể khác nhau, phụ thuộc vào tiếp cận mô hình lý thuyết của nhà tâm lý. Theo đó, các mô hình lý thuyết khác nhau giải thích nguyên nhân gây ra trầm cảm khác nhau, do đó việc định hình trường hợp (*case/ormulatori*) rất khác nhau dẫn đến phương pháp và kỹ thuật điều trị không giống nhau.

Nhân viên công tác xã hội

Theo truyền thống, nhân viên công tác xã hội có nhiệm vụ quan trọng là kết nối cá nhân với các thành phần của xã hội để thúc đẩy các nguồn lực trợ giúp cho cá nhân, làm giảm bớt hoặc giảm nhẹ các vấn đề của họ (Pomerantz, 2011). Thông thường, các nhân viên công tác xã hội là người cộng tác với nhà tâm thần học và tâm lý lâm sàng để hỗ trợ về mặt xã hội cho thân chủ. Chẳng hạn, nhân viên công tác xã hội nhận thấy nhiều vấn đề của thân chủ là sản phẩm của nạn phân biệt chủng tộc, sự nghèo đói, thất nghiệp, áp bức và lạm dụng. Họ giúp thân chủ bằng cách tương tác với các bên để kết nối các dịch vụ xã hội như Phòng Lao động, Thương binh và Xã hội, các cơ sở dạy nghề, các tổ chức từ thiện, các cơ quan phúc lợi, các trang web,... Tương tự như vậy, các nhân viên công tác xã hội là người giúp các bệnh nhân tâm thần hòa nhập tốt trở lại với cuộc sống và cộng đồng sau quá trình điều trị nội trú bằng cách sắp xếp chỗ ở, hỗ trợ bệnh nhân để họ nhận được trợ cấp, kết nối bệnh nhân với các cơ sở điều trị ngoại trú, liên hệ thường kỳ với bệnh nhân và gia đình của họ để nắm thông

tin về sự thay đổi tình trạng của bệnh nhân. Ngoài ra, trong các cơ sở khám và điều trị rối loạn tâm lý thì nhân viên công tác xã hội còn làm nhiệm vụ quản lý các ca bệnh cụ thể để theo dõi và hỗ trợ thân chủ cũng như bác sĩ tâm thần hay nhà tâm lý lâm sàng.

Trên thế giới, trong những năm gần đây, nghề công tác xã hội đã phát triển mạnh mẽ và phạm vi hoạt động của họ cũng được mở rộng hơn (Pomerantz, 2011). Theo đó, trong nhiều cơ sở khám chữa bệnh, nhân viên công tác xã hội là người đầu tiên tiếp nhận và phân tuyến bệnh nhân, do vậy, họ cũng cần có kiến thức về Tâm lý học và Tâm bệnh học. Tuy vậy, trong các trường đại học trên thế giới, so với nhà tâm lý lâm sàng thì nhân viên công tác xã hội được đào tạo ít về các phương pháp nghiên cứu, về tâm bệnh lý và trải nghiệm tâm lý mà chủ yếu họ được học về các khía cạnh môi trường xã hội của tâm bệnh lý trên cơ sở coi trọng các kỹ năng tương tác xã hội, thực hành có giám sát tại các cơ sở cộng đồng. Chính vì vậy, ở Mỹ việc đào tạo nhân viên công tác xã hội thường chỉ dừng lại ở cấp bậc thạc sĩ chứ không phải tiến sĩ như nhà tâm lý lâm sàng (Pomerantz, 2011).

Lời kết

Tâm lý học lâm sàng vừa là một lĩnh vực lý thuyết, vừa là lĩnh vực thực hành (cung cấp dịch vụ cho cá nhân, nhóm và cộng đồng). Trên thế giới, Tâm lý học lâm sàng có lịch sử khá lâu đời và có nhiều thành tựu rất đáng ghi nhận, cả ở lĩnh vực nghiên cứu và thực hành. Ở Việt Nam, đây là một chuyên ngành còn non trẻ, chưa nhiều thành tựu trong cả đào tạo, nghiên cứu và thực hành. Mặc dù vậy, Tâm lý học lâm sàng đang trên con đường phát triển và ngày càng được biết đến nhiều hơn, cả về đào tạo, nghiên cứu và cung cấp các dịch vụ cho cá nhân, nhóm và cộng đồng như chăm sóc sức khỏe tâm lý cho trẻ em, điều trị cho trẻ em có các rối loạn tâm lý, hỗ trợ giải quyết các khó khăn học đường cho học sinh, trị liệu tâm lý cho người lớn có vấn đề rối loạn sức khỏe tâm lý.

III. Hỗ trợ trẻ rối loạn phổ tự kỉ

Điểm cần lưu ý:

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 kỉ và Asperger thì bạn đừng ngay lập tức áp dụng điều đó cho trẻ. Hãy bình bình xem trên <http://www.reseachautism.net> và nên thận trọng.

Có hàng loạt sự hoang mang tiềm ẩn và to lớn về các hình thức can thiệp,

có cả những lời khen rằng nó hữu ích với người thuộc Hội chứng tự kỉ hoặc Asperger và cũng có cả những lời phê phán. Cha mẹ và những người khác cần một nguồn thông tin duy nhất mà họ có thể đọc thấy những mô tả không thành kiến với những can thiệp các nhau này và có thể nhìn thấy bằng chứng hoặc những thành quả của mỗi hình thức thức để họ có thể đưa ra được một lựa chọn hiểu biết là nên đi theo hướng can thiệp nào.

Thật may mắn, chương trình Nghiên cứu về tự kỉ từ thiện đã tạo ra một trang web với mục đích lên một danh sách toàn bộ các chương trình can thiệp đã được biết đến và tạo ra sự bình chọn đối với từng hình thức (từ mức rất tốt tới rất tồi và mọi mức khác nhau ở giữa. Một chương trình can thiệp được đánh giá là rất tồi khi nó được cho là có các tác dụng phụ và thậm chí có thể gây nguy hiểm. Thật đáng buồn là có một số loại hình can thiệp như vậy. Một số khác đơn giản là bị thúc đẩy mạnh mẽ do các lý do thương mại, cha mẹ và những người khác cần phải biết rằng liệu thực sự phương pháp này có hiệu quả hay không (hãy tạm gọi là X). Điều này đòi hỏi các bằng chứng độc lập có được thông qua sự đánh giá mang tính hệ thống của chương trình can thiệp X so với chương trình can thiệp Y, được thực hiện theo hình thức nghiên ngặt mang tính khoa học cao. Để được bình chọn là mức độ tốt, hình thức can thiệp phải được thông qua đánh giá và phải thể hiện là có đạt được một số lợi ích. Hình thức can thiệp được bầu chọn là rất tốt khi nó thể hiện được bằng con số thông qua các nghiên cứu độc lập.

Một đánh giá nghiêm ngặt mang tính khoa học cao đó là gì? Tính hiệu quả mà chúng ta đang nói đến về một “trị liệu thử nghiệm”, nó thường phổ biến ở lĩnh vực trị liệu y tế nhưng rất ít ở các can thiệp ở lĩnh vực tâm lý, hành vi hay giáo dục. Người ta có thể cho rằng điều quan trọng tôi chỉ cần biết đó là thuốc X mang lại lợi ích hay bất lợi cũng như chương trình can thiệp tâm lý X mang lại lợi ích hay bất lợi (hay chỉ đơn giản là sự lãng phí mà gia đình có thể tiết kiệm được).

Trang web được đề cập đến ở trên ngoài việc lập ra các danh sách về các chương trình can thiệp nó còn giúp bạn khi bạn chỉ cần nhấn vào phím “Thuận lợi” bạn có thể đọc được danh sách của những nghiên cứu đã đánh giá mỗi hình thức can thiệp này. Nếu bạn thật sự quan tâm theo hướng này bạn có thể theo đường link để đọc nội dung của các nghiên cứu đó, sẽ có hữu ích đối với việc tìm hiểu các số liệu về y tế. Những danh mục các bài báo đã được xuất bản trong các chủ đề cụ thể và những bài nào đã từng được đọc. Điều đó cho phép phụ huynh và những người khác tin tưởng hơn vào đánh giá bởi vì không chỉ có các công ty thương mại mới nói rằng “hãy thử hình thức trị liệu X” và nó cũng không phải là câu nói của chỉ một nhà khoa học hay một bác sĩ uy tín, nhiệt tình cụ thể nào đó. Nó là một báo cáo đã được thông qua một quá trình kiểm tra nghiêm túc về các bằng chứng đã được thu lượm theo cách này mà kết luận đưa ra rất có lý và có ý nghĩa.

Đối với những người không làm khoa học thì các danh sách này có giá trị như là những đặc điểm chủ chốt về một “trị liệu thử nghiệm” có thiết kế. Những điều

mà bạn có thể tìm thấy khi đánh giá các bằng chứng:

- Những người tự kỉ hoặc hội chứng Asperger có ngẫu nhiên được phân chia thành 2 nhóm: một nhóm chọn hình thức X và một nhóm chọn hình thức Y hay không?
- Trước khi so sánh hai nhóm phù hợp với nhau ở các điểm quan trọng (tuổi, chỉ số IQ, gia cấp xã hội,...) sau một chương trình thời gian biểu nhất định có nhận thấy người thuộc nhóm X có điểm số tốt hơn ở một số điểm đánh giá so với người ở nhóm Y hay không
- Có đủ số lượng người trong mỗi nhóm (kích cỡ của nhóm thí nghiệm) để các thử nghiệm thống kê có thể được sử dụng một cách chính thức để so sánh hai nhóm không? (Kích cỡ tối thiểu của nhóm có thể được chấp nhận là 12 người trong mỗi nhóm.
- Các nhà khoa học thực hiện phân tích kết quả (so sánh hai nhóm) phải không được biết nhóm người này là ai.
- Những thành viên tham gia không được biết dự định của các nhà nghiên cứu.
- Đối với trường hợp trị liệu y tế, người được trị liệu không biết về trị liệu mà họ được áp dụng? Nếu họ biết về trị liệu và nếu các nhà khoa học biết người trong nhóm thử nghiệm là ai thì đây được gọi là thử nghiệm trị liệu có tính cách loại trừ những sai lầm từ phía người làm thử nghiệm và nhóm được thí nghiệm. Trong trường hợp can thiệp tâm lý hoặc giáo dục, có thể rất khó có thể che dấu hình thức can thiệp mà họ được thực hiện đối với người trong nhóm thử nghiệm.
- Người trong nhóm thử nghiệm có đang áp dụng một chương trình can thiệp nào khác trong cùng thời điểm đó không, bởi vì nếu như vậy chúng ta không thể kết luận được rằng bất kỳ sự vượt trội của nhóm X so với nhóm Y là thực sự do chương trình can thiệp X. Điều này có liên quan đến việc liệu các các nhân tố gây rối loạn có có thể dẫn tới những lý giải tương tự về các tác động.

Những trị liệu thử nghiệm rất khó để thực hiện và rất tốn kém về kinh phí nghiên cứu. Đặc biệt, một nghiên cứu có thể đòi hỏi nhà nghiên cứu cần phải có nguồn tài chính trong 3 năm, so sánh 20 trẻ được thực hiện “trị liệu cá heo” (một phương pháp trị liệu đang được cho là rất hữu ích đối với người tự kỉ) và 20 trẻ khác chỉ đến tham gia ở các nhóm kỹ năng xã hội (trong cùng một khu vực). Điều này để đảm bảo rằng hai nhóm đó phù hợp (có những gia đình mang trẻ rời khỏi khu vực đó để can thiệp). Những nghiên cứu phức tạp như vậy đã được hoàn thành. Chính vì vậy mà không phải tất cả những trị liệu hay can thiệp được liệt kê trong trang web nói trên chưa từng được trị liệu thử nghiệm. Đặc điểm của trị liệu thử nghiệm đó là ý tưởng nhưng nhưng không phải nó luôn đạt

được kết quả.

Trong chương này, một số chương trình can thiệp, trị liệu và các phương pháp giáo dục phổ biến được mô tả một cách ngắn gọn. Bạn đọc nên tham khảo thêm ở trang web www.reseachesutissm.net để có được danh sách cập nhật mới nhất. Hy vọng cuốn sách này sẽ phù hợp với thời điểm này và trang web sẽ tiếp tục cập nhật các nghiên cứu mới được công bố để nó có thể là nguồn thông tin giúp cho việc thực hiện các quyết định đúng đắn.

1. Các can thiệp không đặc trưng

Trị liệu âm nhạc.

Có rất nhiều báo cáo về những tác động tích cực của trị liệu âm nhạc. Điều này có thể xuất phát từ việc không cần bàn cãi đó là âm nhạc là một hệ thống và chúng ta đã đọc ở chương 5 về việc trẻ thuộc hội chứng tự kỉ và Asperger thích các thông tin mang tính cấu trúc cao hoặc mang tính hệ thống hoặc có thể đoán trước được, một số trẻ thuộc hội chứng tự kỉ hoặc Asperger thực sự có tài năng khi trở thành một nhà phân tích, viết nhạc hoặc mô phỏng lại âm nhạc.

Một ví dụ nổi tiếng đó là chàng trai trẻ người anh Derek Paravacini, người không chỉ mắc tự kỉ mức độ nặng mà còn là một người mù hoàn toàn. Mặc dù bị hai loại khuyết tật nhưng anh đã gây sững sốt có khán giả trên toàn thế giới với những bản nhạc kịch vĩ đại thể loại nhạc jazz mà anh có thể chơi trên đàn piano, hoàn toàn chỉ bằng trí nhớ. Anh đã chơi nhạc cùng với người thầy dạy nhạc Jools Holland tại buổi hòa nhạc ở Cambridge vào tháng 9 năm 2006 (ảnh 7.1), cho thấy anh có thể dự dưng âm nhạc để tương tác và phản ứng với những điều mới lạ. Anh thực sự là một nhà bác học về những kỹ năng âm nhạc của mình là cách không nằm trong phạm vi các kỹ năng khác của anh. (Anh không thể sống độc lập hoặc tự lập trong bất kỳ vấn đề gì và cần hỗ trợ đối với mọi chức năng).

Trong khi rất nhiều người thuộc hội chứng tự kỉ hoặc Asperger không có các kỹ năng bác học trong lĩnh vực này thì lại có rất nhiều người có thể hứng thú với việc sao chép lại âm nhạc và tìm thấy nó như một sân chơi để họ có thể tham gia với những người khác, thậm chí chỉ là hình thức một-một. Đó có thể là cách có tác động mạnh trong việc dạy kỹ năng luân phiên, nếu bài học âm nhạc được thiết kế với cấu trúc kiểu hội thoại. Trong khi hội thoại bằng ngôn ngữ nói có thể quá khó đối với một số người bị tự kỉ hoặc Asperger, bởi vì họ sẽ không có phần kết ngay cả đối với những cuộc nói chuyện phiếm hay những câu chuyện nhỏ, thì âm nhạc có thể làm giảm bớt số lượng của những định hướng khả năng mà tương tác có thể xa đà vào, bởi vì nó là một chi phối có nguyên tắc. Bởi vậy có rất nhiều trường học cho người tự kỉ đã cung cấp các giờ trị liệu âm nhạc.

Trị liệu nghệ thuật.

Hiện nay trị liệu nghệ thuật cũng là một hình thức được biết đến rộng rãi và được sử dụng trong các trường giành cho trẻ tự kỉ hoặc Asperger. Một lần nữa, nó được xây dựng dựa trên điểm mạnh của những người bệnh phổ tự kỉ, vì

có rất nhiều người thuộc phổ tự kỉ thích suy nghĩ bằng thị giác hơn là bằng từ ngữ. (Temple Grandin, một phụ nữ bị tự kỉ, một phó giáo sư về khoa học động vật tại trường đại học bang Colorado, đã mô tả những tư duy hình ảnh trong cuốn sách của mình Tư duy bằng tranh). Kỹ năng nghệ thuật cũng có thể phát triển theo cách hệ thống hóa cao như một số người tự kỉ có thể vẽ đi vẽ lại hàng trăm bức tranh giống y hệt nhau cho đến tận khi họ có được một kỹ thuật hoàn hảo.

Một ví dụ về người phụ nữ Italia bị tự kỉ đó là Lisa Perini. Khi còn nhỏ trong các cuốn vở của cô có ghi lại những hình vẽ lặp đi lặp lại như ở hình 7.2. nhưng khi trưởng thành, khi đã kiểm soát được cây cọ và bút cô đã vẽ những tác phẩm như trong hình 7.3.

Một ví dụ khác về một người anh mắc hội chứng Asperger là Peter Myers. Ông đã sử dụng kỹ năng hệ thống hóa cao để tiếp cận với nghệ thuật để tạo ra những hình ảnh với được chi tiết hóa cao thể hiện những hiểu biết của ông cả về ảo ảnh (hình 7.4) và sự kỳ lạ mà ông có thể giải thích về toàn bộ các miếng ghép trong tác phẩm (hình 7.5).

Nhưng bác học tự kỉ khác là những nhà nghệ thuật thị giác trong đó có Stephen Wiltshire (tác giả cuốn sách Những thành phố mô tả cách tiếp cận với nghệ thuật bằng khả năng kỹ thuật và kiến trúc mạnh mẽ) và Gilles Treshin tác giả của cuốn sách có tên Urville lại thể hiện khả năng sáng tạo trong việc thiết kế một thành phố ảo với những chi tiết kiến trúc tao nhã và các quy tắc xây dựng thành phố.

Chúng ta nên nhận thấy phần lớn những người tự kỉ hoặc Hội chứng Asperger không phát triển những kỹ năng nghệ thuật thị giác ở mức độ cao như vậy nhưng tuy nhiên họ có thể tham gia trị liệu nghệ thuật như là một cơ hội để tương tác với những người khác mà không cần có sự cấu thành của ngôn ngữ lời nói mạnh mẽ và đạt được các thành quả trong những tác phẩm của mình.

Trị liệu ngôn ngữ và lời nói

Trị liệu ngôn ngữ được coi là phần cốt yếu trong chương trình dạy học ở các trường dành cho trẻ tự kỉ và Hội chứng Asperger. Vì trong các lớp tự kỉ thì hầu hết là có sự chậm chễ về ngôn ngữ. Trị liệu ngôn ngữ có mục đích nhằm giảm thiểu tối đa sự chậm chễ về ngôn ngữ. Điều này đặc biệt quan trọng bởi vì có ngôn ngữ trước 5 tuổi là một căn cứ để dự đoán tiên lượng về mức độ ngôn ngữ ở những năm trẻ lớn hơn.

Các nhà trị liệu ngôn ngữ không chỉ tập trung cụ thể vào từ ngữ và các kỹ năng từ vựng mà còn tập trung vào các kỹ năng xã hội như cùng chú ý (chỉ và nhìn theo tay chỉ). Bởi vì cùng chú ý là yếu tố nền tảng đối với các kỹ năng xã hội (bao gồm cả việc hiểu ý nghĩ hay thuyết tâm trí) và giao tiếp. Trong khi cùng chú ý, trẻ và người lớn thiết lập một chia sẻ tập trung chú ý vào một đối tượng. Về khía cạnh đối thoại thì điều này tương đương với việc thiết lập một *chủ đề*. Có một điểm nhỏ trong việc dạy từ ngữ về các thứ nếu trẻ không có khái niệm về

một vật hoặc sự kiện của chủ đề giao tiếp. Các nhà trị liệu ngôn ngữ không chỉ tập trung vào khả năng của trẻ để làm tăng vốn từ ngữ (mặc dù điều này rất quan trọng) mà còn phải tập trung vào việc kỹ năng ngôn ngữ đó được sử dụng như thế nào. Sự kế thừa này giúp trẻ về khả năng thực tế, hay sử dụng ngôn ngữ trong các tình huống xã hội.

Liên quan đến điều này sẽ giúp trẻ hiểu các ngôn ngữ không lời (như phép ẩn dụ, sự mỉa mai châm biếm, sự hài hước hóm hỉnh, ngôn ngữ bóng bẩy và chế nhạo). Có các lĩnh vực ngôn ngữ phụ thuộc vào khả năng hiểu không chỉ với các từ ngữ được nói hay viết ra mà còn phải hiểu cả những dự định của người nói (dự định của những trò đùa), một lĩnh vực mà ngay cả đối với những người tự kỉ chức năng cao cũng có khó khăn để nắm bắt được.

Một phụ nữ trẻ mắc Hội chứng Asperger, 27 tuổi, hiện đang làm tiến sĩ đã nói với tôi rằng cô không chỉ phát hiện ra rằng mọi người luôn không nói những điều đúng như họ nghĩ. Điều này đã làm cô hoàn toàn rất sốc và đẩy cô vào tình trạng cực kỳ lo lắng, bất chợt làm cho cô không thể tin vào những hiểu biết về ý nghĩa của các từ mà cô biết. Trước đây cô đã cho rằng từ ngữ của mọi người thật thà và ngay thẳng đúng với các sự vật và hiện tượng liên quan. Và thật ngạc nhiên khi sau này cô khám phá ra rằng một trẻ bình thường 4 tuổi đã nắm bắt được các trò lừa và mẹo khéo và hiểu rõ điều mà mọi người nói và điều mà mọi người nghĩ có thể hoàn toàn khác nhau.

Một số nhà trị liệu ngôn ngữ sẽ dạy Makaton (sử dụng điểm đơn giản hóa từ ngữ của 450 khái niệm) hoặc tập trung vào việc sử dụng hệ thống phi phát âm trong giao tiếp như ngôn ngữ ký hiệu, nếu trẻ trẻ tiến bộ rất ít với ngôn ngữ nói. Một phương pháp được đánh giá hiệu quả và phổ biến sử dụng đó là Hệ thống giao tiếp bằng tranh (PECS), trong đó trẻ dùng một bức tranh để thể hiện yêu cầu đối với một đồ vật hoặc một việc mà trẻ muốn.. Với các nguyên tắc rõ ràng có lẽ là lý do vì sao phương pháp này thành công và trở thành một hệ thống lớn mạnh.

2. Các dịch vụ giáo dục

Giáo dục vẫn là một phương pháp quan trọng trong can thiệp đối với người thuộc phổ tự kỉ. Điều này đúng với cả trẻ em có chức năng thấp và những trẻ cần tham gia vào một trường đặc biệt và với nhóm trẻ mắc tự kỉ hay trẻ mắc Hội chứng Asperger đều là những trẻ cần có giáo viên hỗ trợ dạy học riêng để giúp chúng theo học ở những lớp học bình thường, hay tham gia vào một lớp học đặc biệt hoặc các nhóm giành cho trẻ tự kỉ. Điều này thậm chí đúng với cả những người lớn mắc hội chứng Asperger khi họ có nhu cầu học nâng cao và những người cần Hội nhân viên khuyết tật đánh giá và đáp ứng các nhu cầu giáo dục của bản thân. Tóm lại người lớn bị tự kỉ có nhu cầu giáo dục thường xuyên về các kỹ năng xã hội trong cuộc sống hàng ngày. Mỗi trường khác nhau lại có các triết lý giáo dục khác nhau.

Trị liệu kỹ năng sống và trị liệu nghề.

Trị liệu kỹ năng sống hàng ngày có một vai trò quan trọng trong các hoạt

động thể chất theo nhóm. Trường Higashi ở Boston là một trong những trường đang áp dụng phương pháp này. Vẫn chưa lý giải được đâu là điều quan trọng của phương pháp này, mặc dù có thể xuất phát từ việc lấy quan điểm là tính hệ thống hóa cao ở tự kỉ và hội chứng Asperger để xây dựng cấu trúc cho các hoạt động thể chất theo nhóm là cách dễ thích nghi với xã hội hơn là những tình huống xã hội phi cấu trúc (chơi tự do). Một hướng tiếp cận lớn hơn đó là trị liệu hướng nghiệp, một phương pháp có giá trị trong việc hỗ trợ các cá nhân trong phạm vi lớn hơn của các hoạt động hàng ngày.

3. Các thiệp sớm hành vi tích cực

Hình thức tiếp cận này tập trung vào các kỹ năng nhạy bén sử dụng các phần thưởng (căn cứ vào những gì mà mỗi trẻ sẽ “làm” để có được phần thưởng). Một ví dụ rất phổ biến đó là phương pháp ABA (Phân tích hành vi thích ứng) và một phiên bản do các nhà tâm lý Ivar Lovass thuộc California đánh giá. Treehouse ở London và Help Group ở Los Angeles là những trường đi đầu trong việc ứng dụng ABA.

Phương pháp ABA nguyên bản trong những năm 1970 có được xuất bản có cả hình phạt và phần thưởng (căn cứ vào thuyết học tập hoặc hành vi). Thật may mắn là việc sử dụng hình phạt đã không còn là một đặc điểm của phương pháp này nữa. ABA được áp dụng cả ở nhà và ở trường kể từ khi có một số người ứng dụng ABA tin rằng nó cần phải làm “suốt ngày đêm”, với khoảng 40 giờ một tuần với một trẻ. Điều này đòi hỏi có một nhóm chuyên gia ABA để có thể liên tục duy trì. Vẫn chưa biết được liệu các lợi ích có thể xuất hiện nếu thời gian can thiệp ít hơn 40 giờ một tuần hay không. Hầu hết các nghiên cứu cho thấy phương pháp này đạt được các lợi ích.

TEACCH (Trị liệu và giáo dục cho trẻ tự kỉ và trẻ khuyết tật giao tiếp)

Phương pháp này được Eric Schopler xây dựng vào năm 1966 tại Trường Đại học Bắc Carolina. Ngày nay, tên của phương pháp này đã phản ánh sự lạc hậu về thuật ngữ mặc dù các nguyên tắc vẫn được cho là rất quan trọng. Nó nhấn mạnh đến các chương trình dạy cá nhân, giáo dục kỹ năng xã hội, dạy học theo cấu trúc, dạy tổng quát (một lĩnh vực rất khó khăn của trẻ tự kỉ và Hội chứng Asperger) và trị liệu hành vi nhận thức (trong đó các nguyên tắc của tâm lý được ứng dụng với trẻ tự kỉ). Có bằng chứng đáng xem xét cho thấy hướng tiếp cận theo cấu trúc để dạy trẻ tự kỉ là có hiệu quả, đặc biệt là khi thông tin được trình bày dưới dạng minh bạch và hình thức nhất quán cao.

Chương trình Son-rise (“Các lựa chọn”)

Phương pháp này được Barry và Samahria Kauffman (cha mẹ của một trẻ tự kỉ có tên là Raun) xây dựng vào đầu những năm 1980 ở New York. Tiếp theo cuốn sách và bộ phim thành công họ đã thành lập một Trung tâm trị liệu tự kỉ của Mỹ tại đó có cung cấp chương trình Son-rise. Phương pháp này chủ trương học ở nhà dựa trên mối quan hệ một-một giữa trẻ và giáo viên, trong đó giáo viên hướng theo sự dẫn dắt của trẻ. Phương pháp này dường như có hiệu quả

bởi vì rất nhiều trẻ tự kỉ hoặc Hội chứng Asperger có thể thực hiện được những giao tiếp xã hội một-một nhưng lại gặp khó khăn trong các nhóm xã hội phi cấu trúc. Thậm chí ngay cả trong các mối quan hệ một-một, chúng cũng thường thích được kiểm soát, vì vậy nếu giáo viên hướng theo sự dẫn dắt của trẻ thì điều đó có nghĩa là trẻ sẽ cảm thấy bớt lo âu. Hơn nữa, ngoài việc kỳ vọng đưa trẻ mắc tự kỉ hoặc hội chứng Asperger tham gia vào thế giới bình thường thì giáo viên cũng nỗ lực hết sức để tham gia vào thế giới của người tự kỉ. Hiểu theo cách thông thường thì nó cho phép trẻ được là chính mình hơn là nhấn mạnh rằng chúng trở nên khác biệt.

Đã có những phê phán đối với phương pháp này đó là có thể dẫn tới việc trẻ duy trì thế giới tự kỉ. Trái lại điều này người ta có thể hình dung được rằng việc xây dựng lòng tin ở một người lớn có thể cho phép một trẻ tự kỉ học được rất nhiều điều về thế giới mà chúng đang lánh tránh. Điều được coi là nhân tố hàng đầu cuối cùng đó là người lớn phải là những cá nhân đáng tin cậy, những người có thể hành động như những thông dịch viên giữa thế giới của những trẻ mắc chứng tự kỉ và thế giới của người bình thường, giải thích nó cho trẻ nhiều như một nhà nhân loại học tham gia vào một nền văn hóa nước ngoài với vai trò “người cung cấp tin” đáng tin cậy. Không có một đánh giá chính thức nào của phương pháp này.

4. Dạy kỹ năng xã hội và hiểu ý nghĩa.

Điểm mấu chốt của các cách tiếp cận giáo dục đối với tự kỉ và hội chứng Asperger đó là dạy các kỹ năng xã hội. Một số nơi thực hiện thông qua trị liệu kịch và trò chơi đóng vai, những phương pháp có thể rất thách thức đối với một số trẻ tự kỉ hoặc Hội chứng Asperger. Một số khác lại dạy các kỹ năng xã hội theo một cách thong thả hơn, dạy các hành vi xã hội đặc thù (như giao tiếp mắt, không đứng quá gần người khác, hoặc không nói quá to) hoặc các quy tắc xã hội đặc thù (như giữ cửa cho người khác, giữ chuông điện thoại reo trong bao lâu trong khi chờ người khác nhắc máy trả lời, hoặc sẽ phản hồi như thế nào nếu có ai đó tặng quà cho bạn). Các phương pháp này có thể được cụ thể hóa theo một cách nào đó tùy vào từng trường hợp cụ thể xảy ra. Một số phương pháp sử dụng phương pháp các câu chuyện xã hội mang tính phổ biến của tác giả Carol Grey., trong đó cung cấp các tình huống xã hội thông thường và dạy các tình huống kịch bản giao tiếp theo thứ tự để giúp trẻ học cách thích ứng với từng trường hợp khác nhau.

Một phương pháp khác tập trung vào dạy học về trạng thái tinh thần (niềm tin, ý nghĩa, dự định, mong muốn và cảm xúc) để giúp các cá nhân phát triển “thuyết trí tuệ” hoặc các kỹ năng hiểu ý nghĩa. Có rất nhiều các phương pháp để thực hiện điều này. Một phương pháp sử dụng hình ảnh về những suy nghĩa trong hình bóng để làm rõ những điều mà người khác đang nghĩ. Một phương pháp khác sử dụng một cái đầu hình nộm và các bức ảnh phim để làm rõ những gì mà người khác có thể nhìn thấy. Các phương pháp này được mô tả trong một cuốn sách được gọi là Dạy trẻ tự kỉ hiểu ý nghĩa: Hướng dẫn

thực hành của Wiley được xuất bản năm 1999 (“Teach Children with autism to Mind-Read: A practical Guide). Một thử nghiệm có kiểm soát của phương pháp này cho thấy rằng trẻ em bị tự kỉ có thể được dạy để hiểu các nguyên tắc cơ bản liên quan đến trạng thái tinh thần tới hành vi (như việc “nhìn suy ra biết” hoặc “mọi người cảm thấy vui vẻ khi có được điều mình muốn”) và thậm chí có thể tìm hiểu các nguyên tắc phức tạp hơn, như việc “mọi người cảm thấy vui vẻ khi họ nghĩ họ đang có được điều họ muốn”.

Một số phần mềm giáo dục đã cố gắng để dạy các kỹ năng đọc suy nghĩ cụ thể trong nhận thức cảm xúc. Băng DVD này được gọi là Hiểu ý nghĩ (Mind reading), đó là một cuốn sách khó điện tử về các biểu lộ cảm xúc của con người. Nó bao gồm 412 cảm xúc khác nhau, mỗi cái mô tả về sáu khuôn mặt diễn viên khác nhau và giọng nói của họ (nam giới và nữ giới, người trẻ và người già, các tính cách sắc tộc khác nhau). Nó bao gồm cả những ví dụ rất phù hợp với mọi lứa tuổi trẻ em cho đến người lớn. Điều này cho phép người tự kỉ hoặc Hội chứng Asperger học về cảm xúc theo cách thức hệ thống hóa cao (khai thác tính hệ thống hóa mạnh của họ) rất giống với việc mà người ta học ngoại ngữ. Các thử nghiệm với cả trẻ em và người lớn mắc Hội chứng Asperger cho thấy rằng sử dụng DVD trong khoảng thời gian ngắn 10 tuần có thể mang lại những cải thiện đáng kể trong nhận biết về cảm xúc, và trong trường hợp trẻ em, có được một mức độ nhất định về sự “tổng quát” về vật liệu mà trước đó chúng chưa từng được rèn luyện.

Một chương trình tương đương dành cho học sinh trước tuổi học cũng đã được xây dựng đó là chương trình Sự vận chuyển. Một bộ phim hoạt hình mà trong đó các nhân vật là các xe ô tô, chuyển động theo những cách rất có hệ thống (một lần nữa, lại khai thác các mối quan tâm mạnh mẽ về tính hệ thống ngay cả đối với những trẻ rất bé mắc tự kỉ hoặc Hội chứng Asperger) nhưng lại có các khuôn mặt diễn tả các cảm xúc được gắn trên những chiếc xe này.

5. Các tổ chức hỗ trợ

a. Hỗ trợ về tuyển dụng

Có sự nâng cao nhận thức đối với giá trị của các tổ chức hỗ trợ việc làm nhằm giúp những người trưởng thành mắc tự kỉ chức năng cao hoặc Hội chứng Asperger tìm và giữ được việc làm. Ví dụ có tổ chức Tự kỉ Quốc gia tại Anh, hoạt động như một tổ chức với tên gọi là Prospects nhằm giúp người trưởng thành mắc Hội chứng Asperger tìm kiếm việc làm. Đầu tiên họ đánh giá các thế mạnh của các thanh niên mắc Hội chứng Asperger và giúp họ chuẩn bị một bản sơ yếu lý lịch. Họ giải thích với các cơ quan cần tuyển dụng rằng một cuộc phỏng vấn tuyển chọn theo thủ tục thông thường có thể chưa chắc đã chọn lựa được ứng cử viên tốt nhất nhưng nếu tuyển dụng một người mắc Hội chứng Asperger họ không chỉ có được một người hoàn toàn trung thành, trung thực và là người luôn nói thành thực mà họ còn luôn hoàn thành nhiệm vụ với mức độ yêu cầu cao về chi tiết cho dù công việc đó đòi hỏi phải mất nhiều thời gian và cho dù qui trình thực hiện có phải lặp đi lặp lại hàng ngày. Đúng vậy, qui trình

lặp đi lặp lại (một điểm mạnh của sự hệ thống hóa) có thể tạo ra một sự hấp dẫn đối với một người mắc Hội chứng Asperger, trong khi điều này có thể khiến bất cứ ai “cúp cua”.

b. Kết bạn, vận động, tư vấn và các nhóm trợ giúp xã hội

Người mắc tự kỉ hoặc Hội chứng Asperger có thể gặp khó khăn trong việc kết bạn. Các chương trình kết bạn là cách luyện tập để hỗ trợ cho khó khăn này. Học sinh hoặc những nhân viên mắc Hội chứng Asperger có thể tìm thấy các tư vấn có tác dụng trong việc giúp họ xây dựng các kế hoạch luyện tập trong cuộc sống hàng ngày. Các nhóm trợ giúp xã hội là một cách để họ gặp gỡ những người có cùng chẩn đoán như vậy và không cảm thấy bị cô lập vì họ không phải là những người duy nhất đang phải vật lộn để tìm cách đối phó. Cũng có những nhóm trợ giúp xã hội dành cho cha mẹ, ông bà, anh chị em và vợ chồng bởi vì tự kỉ không chỉ tác động đến cá nhân người được chẩn đoán và nó còn ảnh hưởng rộng rãi đến cả gia đình.

c. Trị liệu y tế và ăn kiêng

Chưa có trị liệu y tế nào dành cho trẻ tự kỉ đúng với bản chất của nó. Điều quan trọng đáng lưu ý đó là ý tưởng của một phương pháp trị liệu y tế cho bệnh tự kỉ hoặc Hội chứng Asperger ở một số trường hợp đôi khi có thể là vấn đề đạo đức gây tranh cãi, vì ở một khía cạnh nào đó bệnh 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.

Nếu có một phương pháp trị liệu ý tế đối với các khó khăn trong giao tiếp và xã hội thì điều này đáng được mong mỏi. Nếu có phương pháp trị liệu y tế mà có thể giúp cho người tự kỉ có thể linh hoạt hơn thì điều này cũng đáng nên làm. Nhưng trị liệu y tế nhằm làm giảm các khuynh hướng tự kỉ đối với việc tiếp nhận mang tính chi tiết hoặc tới sự hệ thống hóa mạnh có thể không nên làm bởi vì chúng có thể làm giảm các thế mạnh của người tự kỉ.

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 (MAOIs) hoặc tricyclics. Chúng có thể hiện một số tác dụng ở một cố đặc điểm nhất định của hành vi 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 taamt rạn 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 tự kỉ hoặc Hội chứng Asperger nhưng cũng mang lại những nguy cơ về tác dụng phụ (như việc tăng cân, lác lư theo nhịp điệu, buồn ngủ và tăng mức prolactin trong huyết thanh).

d. Ăn kiêng

Không ăn các thực phẩm có Gluten, casein và nấm lên men.

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 kỉ 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 kỉ 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 kỉ 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.

Bổ sung Vitamin B5 đã được cho là có hiệu quả đối với trẻ tự kỉ, nhưng các bằng chứng thì vẫn còn rất lộn xộn. Dùng B6 liều cao có thể dẫn đến việc thiết hụt magie điều này đi kèm với hiện tượng tiểu đêm. 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 là DMG 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 kỉ hoặc Hội chứng Asperger.

BÀI 3. CHU TRÌNH HỖ TRỢ TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỈ

Tiến trình thực hiện một ca lâm sàng là một quy trình gồm nhiều giai đoạn rõ ràng nhưng có liên hệ chặt chẽ với nhau và có thể lồng ghép vào nhau ở một số bước nhất định nhằm để đạt đến một mục tiêu cuối cùng là hiệu quả can thiệp đối với vấn đề/rối loạn tâm lý của thân chủ. Một tiến trình lâm sàng bao gồm 6 giai đoạn cơ bản là (1) thiết lập mối quan hệ lâm sàng; (2) thu thập thông tin; (3) đánh giá/định hình trường hợp; (4) Lập kế hoạch can thiệp; (5) tiến hành can thiệp; (6) đánh giá hiệu quả can thiệp; (7) tổng kết ca và theo dõi sau can thiệp. Bài này cũng dành một số trang để bàn về các nguyên tắc và cách thức điều phối các ca lâm sàng giữa các nhà trị liệu và giữa các cơ sở trị liệu khác nhau. Đối với nhà tâm lý lâm sàng thì việc viết báo cáo và lưu trữ hồ sơ về các ca lâm sàng là rất quan trọng bởi các thông tin trong đó phục vụ cho đánh giá và chẩn đoán (có thể được thực hiện nhiều lần theo tiến trình lâm sàng) và phục vụ cho mục đích nghiên cứu và có thể liên quan đến cả các vấn đề pháp lý. Vì vậy, cách thức và nội dung của một báo cáo lâm sàng cũng sẽ được trình bày trong bài này.

1. Thiết lập mối quan hệ:

Thiết lập mối quan hệ lâm sàng trong thực hành là thiết lập "mối quan hệ hợp tác" giữa nhà tâm lý và thân chủ, với cả những cá nhân và tổ chức có liên quan trong việc đáp ứng yêu cầu của các bên. Mối quan hệ lâm sàng ảnh hưởng mạnh mẽ, thậm chí là quyết định đến tiến trình và hiệu quả can thiệp. Bất kể nhà lâm sàng thuộc tiếp cận trường phái lý thuyết hay thực hành nào cũng đều quan tâm đến yếu tố quan trọng đầu tiên này. Mối quan hệ lâm sàng được thiết lập ngay buổi gặp gỡ đầu tiên và được duy trì, phát triển đến buổi cuối cùng, thậm chí là kéo dài cả trong thời gian theo dõi sau trị liệu (thường 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng hay 1 năm tùy từng trường hợp cụ thể). Tuy iên, chiều sâu và đặc điểm của mối quan hệ lâm sàng được quan niệm như thế nào và chú trọng phát triển đến đâu cũng phụ thuộc vào trường phái lý thuyết cũng như thực hành mà mỗi nhà tâm lý lâm sàng theo đuổi.

1.1. Giới thiệu và làm quen

Trước khi giới thiệu và làm quen, nhà tâm lý mời thân chủ ngồi xuống ghế và uống nước. Nhà tâm lý cần chỉ chỗ ngồi cụ thể cho thân chủ. Việc chọn chỗ ngồi cho thân chủ cũng cần tuân thủ một số nguyên tắc như tránh để thân chủ ngồi quay lưng ra phía cửa, ngồi cạnh cửa sổ, ngồi trước gương,...vì những vị trí đó có thể sẽ làm thân chủ bất an hoặc cảm thấy thiếu tự tin hay bị phân tán sự chú ý. Sau khi thân chủ đã an vị, nhà tâm lý có thể hỏi một vài câu xã giao như "Anh/Chị có dễ dàng tìm được địa chỉ này không?", "Anh/Chị có phải đi quãng đường quá xa từ nhà đến đây không?", "Anh/Chị có cảm thấy lạnh quá/nóng quá không?".

Giới thiệu và làm quen là những giai đoạn đầu tiên khi nhà tâm lý gặp

thân chủ. Việc nhà tâm lý giới thiệu họ tên, công việc và tâm thế sẵn sàng làm việc với thân chủ giúp thân chủ và người thân đi cùng dễ dàng nhận diện được đối tượng mà họ đang giao tiếp, giúp họ yên tâm hơn và chia sẻ chân thành hơn. Ngược lại, sau khi nghe thân chủ giới thiệu về bản thân, nhà tâm lý cũng có những thông tin đầu tiên về khách hàng như họ và tên, tuổi, nghề nghiệp, mối quan hệ với người đi cùng để có những hình dung ban đầu về thân chủ và vấn đề của họ. Việc giới thiệu và làm quen diễn ra một cách tự nhiên sẽ hạn chế việc thân chủ cảm thấy lo lắng và bối rối, không biết mình đang nói chuyện với ai, mình nên nói và chia sẻ những thông tin gì trước với nhà tâm lý.

Nhà tâm lý có thể nói như sau: "Bây giờ, tôi sẵn sàng lắng nghe những khó khăn tâm lý mà anh/ chị đang gặp phải" hoặc "Anh/Chị có thể cho tôi biết điều gì đang làm anh/chị lo lắng?".

Trong trường hợp, thân chủ là trẻ em từ 6 tuổi trở lên được cha mẹ dẫn đến, khi giới thiệu về bản thân nhà tâm lý cần hướng đến trẻ và giao tiếp bằng mắt với các em. Sau khi, cha mẹ của trẻ kết thúc việc giới thiệu, nhà tâm lý có thể chủ động yêu cầu trẻ giới thiệu về bản thân: "Bây giờ đến lượt cháu giới thiệu về bản thân mình nhé". Nếu nhà tâm lý không chủ động như vậy có thể cha mẹ sẽ giới thiệu thay trẻ, khi đó sự bị động và bối rối có thể xuất hiện và trẻ có xu hướng rút lui khỏi cuộc nói chuyện. Hơn nữa, khi trẻ giới thiệu bản thân, chúng ta cũng có thể quan sát được cách nói chuyện, khả năng ngôn ngữ cũng như kỹ năng xã hội và cách bộc lộ cảm xúc của trẻ.

1.2. Lắng nghe phản nàn của thân chủ

Sau bước giới thiệu và làm quen, nhà tâm lý tập trung lắng nghe lời phản nàn của thân chủ. Đó chính là những dấu hiệu, triệu chứng lâm sàng thân chủ đang phải chịu đựng, cách thức và nỗ lực mà họ đã thử để vượt qua hoặc giải quyết những vấn đề đó nhưng thất bại. Nhà tâm lý cần làm rõ yêu cầu cụ thể của thân chủ là gì và mong đợi của thân chủ đối với trị liệu và đối với nhà tâm lý.

Nếu trong phần giới thiệu làm quen, sự chủ động nghiêng về nhà tâm lý thì ở phần này, thân chủ là người chủ động nhiều hơn. Khi thân chủ kể về những khó khăn tâm lý một cách chủ động, nhà tâm lý lắng nghe, ghi chép và phân tích, diễn giải những dấu hiệu, triệu chứng lâm sàng, giúp nhà tâm lý từng bước nhận diện vấn đề. Trong quá trình trò chuyện với nhà tâm lý, rất thường xuyên thân chủ tỏ ra khó khăn trong việc diễn đạt, mô tả vấn đề của mình hoặc họ bộc lộ cảm xúc âm tính như buồn, giận dữ, đau khổ tuyệt vọng. Khi đó, nhà tâm lý cần nâng đỡ cảm xúc cho thân chủ bằng sự thấu cảm, chia sẻ và nói cho thân chủ biết sự cảm thông của mình với những gì mà thân chủ đang gặp phải. Điều này có nghĩa là, trong hỏi chuyện lâm sàng, nhà tâm lý phải vận dụng rất nhuần nhuyễn và linh hoạt các kỹ năng tham vấn như kỹ năng lắng nghe tích cực, kỹ năng đặt câu hỏi, kỹ năng xử lý im lặng, kỹ năng phản hồi,... Và tất nhiên, một nhà tâm lý lâm sàng có kinh nghiệm thì ngoài kiến thức bệnh lý và kiến thức về kỹ thuật trị liệu, họ phải là người có các điều kiện cần như cách diễn đạt của Rogers là: chân thành, tôn trọng thân chủ tích cực vô điều kiện và thấu cảm với

hệ quy chiếu bên trong của thân chủ. Có như vậy nhà tâm lý mới xây dựng được lòng tin đối với thân chủ, làm cho thân chủ cảm thấy an toàn để bộc lộ và chia sẻ.

Trong một số trường hợp thân chủ ít nói, im lặng hoặc thiếu động cơ, từ chối tham gia vào quá trình trao đổi, tỏ thái độ thờ ơ, thậm chí là kháng cự. Họ có thể bị trầm cảm hoặc đang lo lắng, bối rối, không biết bắt đầu từ đâu, không tìm thấy ngôn từ phù hợp để nói về những khó khăn của bản thân, nhất là đối với những thân chủ bị xâm hại thể chất, tinh thần và hoặc tình dục. Với nhóm thân chủ này, mỗi lần nói đến những sự kiện đau lòng đã xảy ra với họ là một lần bị tổn thương. Thân chủ im lặng, cũng có khi, họ không cảm thấy tin tưởng nhà tâm lý, họ cho rằng nhà tâm lý không hiểu và đang chất vấn họ. Một số thân chủ tỏ thái độ chống đối khi gia đình, cán bộ y tế giáo viên, nhân viên công tác xã hội yêu cầu đến gặp nhà tâm lý, trong khi đó bản thân họ lại không muốn. Trong hoàn cảnh như vậy, nhà tâm lý tránh đặt câu hỏi dồn dập cho thân chủ. Càng đặt câu hỏi, thân chủ càng bị rối trí và không trả lời được. Để vượt qua tình huống này, nhà tâm lý vừa sử dụng kỹ năng lắng nghe, kỹ thuật đặt lời nói của thân chủ trong bối cảnh cụ thể để phát triển tiếp cuộc trò chuyện, vừa sử dụng kỹ năng phỏng vấn tạo động cơ, lôi kéo sự hợp tác của thân chủ.

1.3. Nhận diện ban đầu về vấn đề của thân chủ

Lắng nghe, ghi chép và phân tích, diễn giải những dấu hiệu, triệu chứng lâm sàng trong lời phàn nàn của thân chủ, giúp nhà tâm lý nhận diện vấn đề và đưa ra các chẩn đoán ban đầu. Những chẩn đoán ban đầu như vậy là những dòng suy nghĩ, phán đoán về vấn đề của thân chủ. Nhà tâm lý cần tiếp tục trò chuyện với thân chủ, sử dụng các kỹ năng thấu cảm, phản hồi, tóm tắt, đặt câu hỏi một cách linh hoạt và nhuần nhuyễn để thu thập thêm thông tin về các dấu hiệu, triệu chứng lâm sàng khác, những khó khăn, những sự kiện đã xảy ra ảnh hưởng đến tâm lý, cuộc sống hàng ngày của thân chủ. Làm tốt những kỹ thuật nêu trên với một thái độ chân thành, tôn trọng, thấu cảm và không phán xét giúp nhà tâm lý bước đầu có thể nhận diện được vấn đề của thân chủ.

1.4 Tiếp nhận yêu cầu và thiết lập khuôn khổ lâm sàng

Khi nhà tâm lý cơ bản đã nhận diện được vấn đề của thân chủ, đó cũng là thời điểm quay trở lại xem xét điều gì thúc đẩy thân chủ đến gặp nhà tâm lý và tiếp nhận yêu cầu của thân chủ.

Sau khi tiếp nhận yêu cầu, nhà tâm lý giới thiệu và giải thích cho thân chủ, người thân về quy trình, các phương pháp đánh giá, can thiệp được sử dụng để đáp ứng yêu cầu của thân chủ, các nguyên tắc đạo đức trong thực hành tâm lý lâm sàng, quyền lợi và trách nhiệm của thân chủ cũng như nhà tâm lý. Những thông tin khác như thời gian, số lần gặp gỡ, địa điểm làm việc, kết quả đánh giá, tính hiệu quả của các phương pháp can thiệp cũng được nhà tâm lý cung cấp. Thân chủ có thể đồng thuận ngay với quy trình và phương pháp làm việc của nhà tâm lý đưa ra. Tuy nhiên, nhà tâm lý nên khuyến khích thân chủ hỏi để biết thêm những thông tin mà họ quan tâm. Khi thân chủ đã có đầy đủ thông tin,

thông hiểu và đồng thuận về quy trình, phương pháp đánh giá, thời gian, địa điểm của các cuộc gặp cũng là khuôn khổ lâm sàng thì sự hợp tác được thiết lập.

Nếu mối quan hệ hợp tác được tạo dựng thì trong bước tiếp theo nhà tâm lý lâm sàng và thân chủ thảo luận để đi đến thống nhất các khuôn khổ làm việc, tạo điều kiện cho sự hợp tác giữa hai bên diễn ra thuận lợi và phù hợp với nhu cầu của mỗi bên, đảm bảo cho tiến trình lâm sàng đạt hiệu quả cuối cùng là giải quyết tốt vấn đề của thân chủ. Nếu tất cả các bước trên đều diễn ra thuận lợi thì kết quả đạt được sau đó là một bản hợp đồng trị liệu với đầy đủ các điều khoản chung (cho tất cả mọi thân chủ) và những điều khoản riêng (dành cho những thân chủ có nhu cầu đặc biệt). Thông thường, một bản hợp đồng trị liệu bao gồm các nội dung: (a) thông tin cá nhân của hai bên; (b) các điều khoản quy định trách nhiệm và quyền lợi của mỗi bên; (c) quy định mức chi trả, phương thức chi trả dịch vụ; (d) hiệu lực, sửa đổi và chấm dứt hợp đồng; (g) bảo mật thông tin; (e) giải quyết tranh chấp nếu có; (f) quy định về văn kiện hợp đồng.

2. Đánh giá lâm sàng

Đánh giá lâm sàng được định nghĩa là một *tiến trình* trong đó nhà tâm lý thu thập thông tin về thân chủ và vấn đề của thân chủ bằng các công cụ lâm sàng như quan sát lâm sàng, phỏng vấn lâm sàng kết hợp với các công cụ cận lâm sàng như trắc nghiệm, thang đo nhằm mục đích vẽ lên một bức tranh lâm sàng đầy đủ và rõ ràng nhất có thể về thân chủ và vấn đề họ đang gặp phải. Nếu các thông tin thu thập được trong giai đoạn này đầy đủ và chất lượng sẽ quyết định phần lớn chất lượng của khâu định hình trường hợp, đưa ra chẩn đoán và sau đó là lên kế hoạch can thiệp. Đánh giá lâm sàng bao gồm ba bước cơ bản: a) thu thập thông tin, b) lựa chọn và thực hiện các trắc nghiệm/thang đo. c) tích hợp và phân tích vấn đề của thân chủ để đưa ra kết luận đánh giá tâm lý.

2.1. Thu thập thông tin

Xuất phát từ lời phàn nàn của thân chủ, những nhận diện ban đầu về vấn đề của nhà tâm lý, yêu cầu của thân chủ, kinh nghiệm lâm sàng, hệ thống lý thuyết mà nhà tâm lý tham chiếu, cách lý giải khó khăn tâm lý và toàn bộ sự vận hành đời sống tâm lý của con người, nội dung thu thập thông tin có sự khác biệt nhất định với mỗi thân chủ. Tuy nhiên, bản sắc của nhà tâm lý lâm sàng khác với các nhà chuyên môn khác trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần (chẳng hạn, bác sĩ tâm thần) ở chỗ, nhà tâm lý lâm sàng quan tâm không chỉ đến vấn đề/rối loạn của thân chủ mà họ còn quan tâm đến nhân cách toàn diện của thân chủ. Do vậy, để hiểu một cách căn bản và toàn diện về một con người, nhà tâm lý cần có thông tin đầy đủ về tất cả các mặt cuộc sống thân chủ.

Quá trình thu thập thông tin phục vụ đánh giá lâm sàng thường bắt đầu bằng phỏng vấn lâm sàng bán cấu trúc khi chưa có đủ thông tin để đưa ra một chẩn đoán ban đầu nào đó hoặc phỏng vấn lâm sàng có cấu trúc dựa trên các bảng phân loại bệnh khi đã có một số thông tin để có chẩn đoán ban đầu về một/một số rối loạn nào đó kết hợp với quan sát lâm sàng cả thân chủ và người chăm sóc.

Hiện nay, vẫn còn rất nhiều giả thuyết và tranh luận đa chiều về bệnh căn, do vậy tiếp cận theo mô hình tâm lý - sinh lý - xã hội được ưu tiên sử dụng nhiều nhất trong việc xem xét căn nguyên gây ra rối loạn cũng như việc chữa trị các rối loạn tâm lý. Vì vậy, nội dung hỏi chuyện lâm sàng đối với thân chủ là rất rộng, tuy nhiên, ở mỗi trường hợp, dựa vào lời kể của thân chủ và người thân, nhà tâm lý lâm sàng có thể chọn lọc làm rõ một số khía cạnh ưu tiên nào đó. Thông thường, nhà lâm sàng tập trung nhiều nhất đến các khía cạnh thông tin như:

- (a) *Các thông tin về vấn đề/rối loạn*: biểu hiện của rối loạn, thời gian khởi phát, mức độ ảnh hưởng đến các chức năng, đến cuộc sống của thân chủ; đã từng được thăm khám và chẩn đoán chưa? Kết luận của các lần thăm khám đó? Các can thiệp đã có và hiệu quả của các can thiệp đó như thế nào? Thân chủ có sử dụng thuốc hay không, loại thuốc gì và đã sử dụng trong bao lâu, mức độ cải thiện rối loạn sau khi sử dụng thuốc? Điều gì/sự kiện gì xảy ra trước khi và sau khi vấn đề/rối loạn xuất hiện?
- (b) *Các thông tin về thân chủ*: nhận thức của thân chủ về vấn đề của mình, hệ thống niềm tin của họ, cách thức phản ứng trong các tình huống stress, các sang chấn trong quá khứ, đặc điểm nhân cách, các yếu tố duy trì, tăng nặng hay giảm nhẹ vấn đề của thân chủ, thái độ và mong đợi của thân chủ đối với trị liệu; những thông tin khác liên quan đến các bệnh cơ thể, các thói quen, lịch sinh hoạt,... (nếu cần). Ngoài ra, các thông tin hữu ích khác cũng cần được làm rõ như cách thức và hiệu quả ứng phó với vấn đề của thân chủ, những nỗ lực mà thân chủ thực hiện để cải thiện vấn đề của mình.
- (c) *Các thông tin về mối quan hệ xã hội*: hoàn cảnh gia đình, các mối quan hệ gia đình, quan hệ với bạn và giáo viên (nếu thân chủ là trẻ em), các quan hệ thân tình, gần gũi khác có ý nghĩa với thân chủ và thái độ của thân chủ đối với những người xung quanh, những hỗ trợ xã hội mà thân chủ nhận được hoặc muốn nhận được, chỗ dựa tinh thần của thân chủ.
- (d) *Các thông tin từ những người liên quan*: lời kể từ những người trong gia đình, bạn bè, giáo viên (đối với trẻ em).

Một số nhà tâm lý lâm sàng cũng ưa thích sử dụng 12 câu hỏi và mô hình BASID ID của A. Lazarus (xem thêm ở chương 3) để định hướng rõ hơn trong việc thu thập thông tin về thân chủ. Ưu điểm của các câu hỏi và mô hình này là làm rõ được rất nhiều khía cạnh của vấn đề: hành vi, cảm xúc, cảm giác, tưởng tượng, nhận thức, quan hệ liên cá nhân, các yếu tố sinh học/cơ thể cũng như các nỗ lực mà thân chủ đã thực hiện để cải thiện vấn đề của mình.

2.2. Lựa chọn và thực hiện các trắc nghiệm/thang đo

Trong nhiều trường hợp, thông tin thu được thường không bao giờ đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn cần và đủ để chẩn đoán một rối loạn tâm lý. Do vậy, từ kết quả phỏng vấn và quan sát lâm sàng, nhà tâm lý sẽ quyết định sử dụng các

trắc nghiệm, thang đo cụ thể để kiểm tra hoặc tái khẳng định giả thuyết chẩn đoán ban đầu. Khi lựa chọn sử dụng trắc nghiệm, thang đo, nhà tâm lý cần nắm chắc các triệu chứng lâm sàng của một bệnh cũng như các thông số tâm trắc của trắc nghiệm (như độ tin cậy, độ hiệu lực, xác suất đúng, xác suất sai, độ nhạy, độ đặc hiệu) để có thể lựa chọn được trắc nghiệm phù hợp và mang tính tiết kiệm nhất. Khi đưa ra kết luận chẩn đoán, nhà tâm lý cần phải biết phân tích và tổng hợp các thông tin thu được từ quan sát và hỏi chuyện lâm sàng kết hợp với các thông số từ các trắc nghiệm. Cần tuyệt đối tránh đánh giá, chẩn đoán chỉ dựa vào kết quả định lượng thu được từ trắc nghiệm một cách cơ học vì việc này có thể đưa đến những sai lệch trong kết luận và dẫn đến sai lầm trong việc lựa chọn tiếp cận và kỹ thuật can thiệp.

Trong đánh giá lâm sàng, chẩn đoán và đánh giá luôn đan xen nhau. Cụ thể, bước thực hiện các trắc nghiệm đơn lẻ chính là khâu chẩn đoán. Theo đó, mỗi trắc nghiệm lâm sàng cụ thể cho nhà tâm lý biết một kết luận chẩn đoán nào đó theo hướng trả lời một câu hỏi thân chủ có bị rối loạn đó không? Nếu có thì ở mức độ nào? Các trắc nghiệm nhân cách sẽ cho biết những kết luận cụ thể và mang tính mô tả hơn: thân chủ có những đặc điểm tâm lý nào? Thân chủ có các yếu tố nguy cơ/hành vi nguy cơ nào? Thân chủ đáp ứng với trị liệu ở mức độ nào? Như vậy, các trắc nghiệm, thang đo cụ thể chỉ cho những thông tin chẩn đoán hẹp hoặc những mô tả nhân cách rời rạc. Nhiệm vụ của nhà tâm lý lâm sàng là tổng hợp các thông tin đó trong một bức tranh tổng thể về một nhân cách với các rối loạn cụ thể, kèm theo những chỉ dẫn mang tính hỗ trợ cho can thiệp trị liệu. Khâu tổng hợp và phân tích thông tin như vậy là biểu hiện rõ ràng nhất của đánh giá lâm sàng. Sau khi đã có một bức tranh tổng thể như vậy về thân chủ, đã phân tích các thông tin và mối quan hệ giữa các thông tin thu thập được (các thông tin có thể thông nhất với nhau, bổ sung cho nhau nhưng cũng có mâu thuẫn với nhau và thậm chí là loại trừ nhau), nhà tâm lý cần đưa ra một chẩn đoán chính thức đối với vấn đề rối loạn của thân chủ. Như vậy, chẩn đoán vừa là bước thực hiện các trắc nghiệm cụ thể, vừa là việc "dẫn nhãn" cho vấn đề/rối loạn của thân chủ. Chẩn đoán được thực hiện trong quá trình đánh giá và cũng là kết luận cuối cùng của đánh giá lâm sàng.

Các kết luận chẩn đoán chưa thể định hướng cho can thiệp mà bức tranh lâm sàng đa phương diện về thân chủ mới là nền tảng đầy đủ để nhà tâm lý lâm sàng tiến hành định hình trường hợp và lên kế hoạch can thiệp. Một bức tranh lâm sàng đầy đủ bao gồm ít nhất năm phương diện sau: (i) kết quả các trắc nghiệm, thang đo, (ii) đặc điểm nhân cách; (iii) quá trình diễn biến của vấn đề/rối loạn; iv) các yếu tố duy trì, các yếu tố tăng nặng, các yếu tố giảm nhẹ; (v) điểm mạnh của thân chủ.

* Kết luận đánh giá tâm lý ban đầu

Đánh giá lâm sàng là một tiến trình nhưng không có nghĩa là quá trình đánh giá diễn ra không có điểm dừng và không có kết luận. Thông thường, một tuần hoặc hai tuần sau phiên đầu tiên gặp gỡ đánh giá, nhà tâm lý phải đưa ra những

kết luận đánh giá ban đầu về thân chủ. Kết luận đánh giá tâm lý ban đầu giúp cho nhà tâm lý định hình trường hợp rõ hơn, đưa ra những can thiệp ban đầu cho thân chủ và có định hướng cho những chẩn đoán, đánh giá tiếp theo (nếu cần thiết).

Trong thực hành lâm sàng, cũng có trường hợp, việc đánh giá tâm lý diễn ra trong suốt quá trình can thiệp bởi luôn có những thông tin bổ sung làm rõ hơn, thậm chí là chuyển hướng giả thuyết về vấn đề của thân chủ. Lại có trường hợp, thân chủ là một nhân cách phức tạp nhưng các đặc điểm nhân cách không được bộc lộ ra bằng một vài trắc nghiệm ban đầu mà thân chủ thực hiện. Các lý do của tình trạng này có thể là: (a) thân chủ là nhân cách có các cơ chế phòng vệ quá mạnh; (b) nhà tâm lý chưa tạo ra được sự tin tưởng đối với thân chủ; (c) chính thân chủ cũng không ý thức được các vấn đề thật sự của bản thân; (d) các công cụ lâm sàng được sử dụng không đủ độ nhạy để đo lường được các vấn đề bên trong vô thức của thân chủ. Với những thân chủ như vậy, trong quá trình hỏi chuyện và can thiệp, cùng với sự tăng lên lòng tin của thân chủ đối với nhà tâm lý lâm sàng, các vấn đề sâu bên trong của thân chủ mới dần dần được hé lộ.

Kết luận đánh giá tâm lý chính thức.

Đánh giá tâm lý chính thức bao gồm hai phương diện: (a) đánh giá quy trình tiến hành chẩn đoán, đánh giá đối với thân chủ; (b) đánh giá về vấn đề/rối loạn của thân chủ cũng như bức tranh lâm sàng chung của thân chủ bao gồm các đặc điểm nhân cách, yếu tố duy trì, yếu tố giảm nhẹ.

Đánh giá quy trình có mục tiêu là giám sát tính khoa học, sự phù hợp của quá trình và sản phẩm chẩn đoán của nhà tâm lý. Vì vậy, nhà tâm lý phải nhìn nhận lại toàn bộ quá trình thu thập thông tin và sử dụng các phương pháp/công cụ lâm sàng cũng như diễn giải kết quả thu được từ các công cụ đó. Đánh giá quy trình cần đảm bảo trả lời được 10 câu hỏi sau đây bằng những khẳng định tích cực hoặc thông tin cụ thể:

- (i) Các trắc nghiệm, thang đo nào đã được sử dụng?
- (ii) Các phương pháp lâm sàng khác được tiến hành đúng quy trình hay không? (quan sát lâm sàng, hỏi chuyện lâm sàng).
- (iii) Việc diễn giải kết quả thu được từ các trắc nghiệm, thang đo đã khoa học và logic chưa?
- (iv) Sự kết hợp thông tin thu được từ quan sát và hỏi chuyện với thông tin thu được từ trắc nghiệm/thang đo có hợp lý không? Liệu có mâu thuẫn nào giữa các thông tin trên mà không giải thích được không?
- (v) Quá trình chẩn đoán có bám theo các giả thuyết không?
- (vi) Các câu hỏi chẩn đoán đã được trả lời thấu đáo chưa?
- (vii) Sự hợp tác làm việc giữa các chuyên gia (nhà tâm lý, bác sĩ tâm thần, cán sự xã hội,...) có tốt hay không? Có sự thông nhất hay không? Có mâu thuẫn về các nội dung chẩn đoán, đánh giá hay không?

- (viii) Quá trình đánh giá có tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc và mang tính khoa học hay không?
- (ix) Quá trình đánh giá có đảm bảo các nguyên tắc đạo đức nghề nghiệp hay không? Có yếu tố đạo đức nào chưa được giải quyết thỏa đáng?
- (x) Các mục tiêu chẩn đoán/đánh giá đã đạt được chưa hay cần thực hiện thêm những thao tác nào nữa?

Bên cạnh một chẩn đoán rõ ràng như vậy, nhà lâm sàng cần phải kết luận rõ ràng *10 phương diện* sau:

- (i) Mức độ rối loạn
- (ii) Nguyên nhân/các yếu tố ảnh hưởng đến rối loạn đó
- (iii) Các yếu tố duy trì rối loạn
- (iv) Các yếu tố làm tăng nặng rối loạn
- (v) Các yếu tố làm giảm nhẹ rối loạn
- (vi) Các điểm mạnh của thân chủ
- (vii) Các hỗ trợ xã hội đối với thân chủ
- (viii) Các nỗ lực của thân chủ để thay đổi tình trạng của bản thân, bao gồm các điều trị đã có
- (ix) Định hướng can thiệp cho thân chủ (có thể dự kiến cả quy trình và các kỹ thuật)
- (x) Tiên lượng (mức độ đáp ứng điều trị của thân chủ, thời gian điều trị, những cải thiện có thể có; các điều kiện để tiến hành điều trị có hiệu).

3. Định hình trường hợp

Trong can thiệp trị liệu tâm lý cho người tổn thương sức khỏe tâm thần, việc đưa ra một chẩn đoán (hay gọi tên một bệnh) không cung cấp đủ thông tin cần thiết để quyết định cách thức điều trị can thiệp cho người bệnh đó. Với những bệnh nhân được chẩn đoán giống nhau (như cùng được chẩn đoán lo âu hay trầm cảm), các biểu hiện của triệu chứng và yếu tố duy trì triệu chứng ở từng bệnh nhân rất khác nhau. Vì vậy, không thể sử dụng một liệu trình giống nhau để can thiệp cho mọi bệnh nhân. Định hình trường hợp hay *mô hình hóa trường hợp (conceptualization)* là một công cụ trợ giúp nhà tâm lý lâm sàng xây dựng một hệ thống giả thuyết về nguyên nhân, những yếu tố kích hoạt, duy trì, ảnh hưởng đến những hành vi, cảm xúc và suy nghĩ của một cá nhân. Tương tự như một bản vẽ phối cảnh chi tiết của người kiến trúc sư, định hình trường hợp giúp cho cả bệnh nhân và nhà trị liệu có cái nhìn trực quan, toàn diện về vấn đề của thân chủ; cung cấp một cấu trúc thông tin hệ thống; xác định căn nguyên của vấn đề cũng như các yếu tố duy trì khách quan và chính xác, từ đó đưa ra mục tiêu và kế

hoạch điều trị phù hợp. Chính vì vậy, xây dựng định hình trường hợp tốt và chính xác là điều kiện tiên quyết để can thiệp tâm lý có hiệu quả. Ngoài ra, định hình trường hợp cũng giúp tăng cường sự hiểu biết về bệnh nhân, nhận ra sự thay đổi của bệnh nhân cũng như giúp dự báo những khó khăn tiềm năng có thể nảy sinh trong quá trình điều trị.

Một số công trình nghiên cứu trong nhiều năm qua đã chứng minh tính hiệu quả của can thiệp trị liệu dựa trên định hình trường hợp so với can thiệp không dựa trên định hình trường hợp. Đó là nghiên cứu của Jacobson, Schmalings và cộng sự (1989) về hiệu quả trị liệu hành vi cho các vấn đề hôn nhân gia đình. Kết quả cho thấy nhóm trị liệu sử dụng định hình trường hợp có hiệu quả chữa trị sau khi kết thúc trị liệu 6 tháng cao hơn so với nhóm không sử dụng định hình trường hợp một cách có ý nghĩa thống kê (Jacobson và cộng sự, 1989). Tương tự như vậy, trong nghiên cứu của Persons và cộng sự (2006) so sánh kết quả trị liệu nhận thức hành vi theo định hình trường hợp và trị liệu theo cẩm nang *hướng dẫn (manualized treatment)* đã được khẳng định hiệu quả vượt trội trên nhóm bệnh nhân lo âu. Kết quả phân tích cho thấy tại thời điểm kết thúc trị liệu, hiệu quả của hai liệu pháp trên nhóm bệnh nhân lo âu là như nhau (Persons và cộng sự 2006).

Như trên đã trình bày, quy trình lâm sàng phải bao gồm các giai đoạn là: (1) thiết lập mối quan hệ lâm sàng, (2) đánh giá lâm sàng, (3) định hình trường hợp, (4) lập kế hoạch can thiệp, (5) tiến hành can thiệp trị liệu, (6) đánh giá quy trình và hiệu quả can thiệp, (7) tổng kết và theo dõi sau can thiệp. Định hình trường hợp là một bước quan trọng giúp nhà tâm lý lập kế hoạch và thực hiện can thiệp. Ngoài việc trình bày tóm tắt thông tin thu được trong giai đoạn trước, nội dung chính của đánh giá/định hình trường hợp có thể được chia nhỏ thành ba nhiệm vụ, bao gồm:

- (i) Phát triển danh sách vấn đề của thân chủ
- (ii) Xác định chẩn đoán;
- (iii) Cá nhân hóa định hình trường hợp

- **Phát triển danh sách các vấn đề của thân chủ**

Việc phát triển danh sách các vấn đề giúp cho nhà tâm lý hiểu rõ những vấn đề mà quá trình trị liệu sẽ tập trung vào, chúng có mối quan hệ với nhau như thế nào và quan trọng hơn là chúng giúp thống nhất cách nhìn của nhà trị liệu và thân chủ về các vấn đề/rối loạn, giúp tối đa hóa hiệu quả trị liệu. Để thân chủ dễ hình dung, nhà trị liệu cần phân loại vấn đề/rối loạn thành các nhóm và các tiểu nhóm như:

- (i) Mối quan hệ (với các tiểu nhóm: quan hệ gia đình, quan hệ bạn bè, quan hệ tình cảm riêng tư; quan hệ đồng nghiệp);
- (ii) Sức khỏe tâm thần (biểu hiện trên các khía cạnh hành vi, cảm xúc, nhận thức);
- (iii) Hoạt động chức năng (học tập, làm việc, sinh hoạt, sức khỏe, vui chơi)

giải trí)

(iv) Các vấn đề có nguy cơ ảnh hưởng như: kinh tế, bệnh tật, luật pháp.

Để xác định vấn đề, nhà tâm lý cần dựa vào thông tin mà thân chủ, người thân và những người đã từng can thiệp trị liệu cho thân chủ quan tâm và muốn tìm kiếm sự trợ giúp. Ngoài ra, nhà tâm lý có thể xác định vấn đề thông qua quan sát các biểu hiện hành vi, cảm xúc của thân chủ trong quá trình tiếp xúc, bao gồm cả những hành vi, cảm xúc mà thân chủ nhận diện được nhưng không cho đó là vấn đề quan trọng. Khi lập danh sách các vấn đề của thân chủ, nhà tâm lý nên sắp xếp trật tự ưu tiên vấn đề theo các tiêu chí (1) *cấp bách* (có thể ảnh hưởng đến sự an toàn của thân chủ và người khác như hành vi tự gây tổn thương, hành hung người khác hoặc tự sát); (2) *trọng tâm* (giải quyết nó có thể giúp giải quyết các vấn đề khác); (3) *hiệu lực* (giải quyết nó sẽ tăng hiệu lực và niềm tin vào điều trị); (4) *dễ dàng* (có thể giải quyết nhanh chóng).

• **Chẩn đoán tâm lý ban đầu**

Nhìn chung, chẩn đoán là một tên gọi chính thức tóm lược tất cả các dấu hiệu, triệu chứng có thể xuất hiện trong một vấn đề sức khỏe. Sử dụng chẩn đoán giúp cho các nhà chuyên môn trao đổi với nhau hiệu quả hơn. Ví dụ nếu biết một cá nhân được chẩn đoán ám sợ xã hội thì chúng ta biết cá nhân đó sẽ có các biểu hiện (i) sợ hãi cao độ về các tình huống xã hội mà họ có thể bị đánh giá; (ii) khi đối mặt với các tình huống sẽ gây ra lo âu mức độ cao; (iii) cá nhân biết nỗi sợ là không hợp lý; (iv) họ cố tình né tránh các tình huống xã hội này; và (v) sự né tránh các tình huống đó ảnh hưởng tới cuộc sống của họ.

Bên cạnh đó, chẩn đoán còn có một số giá trị khác như (a) gợi ý cho nhà tâm lý nên sử dụng tiếp cận can thiệp nào; (b) cung cấp cho nhà tâm lý một khung khái niệm để tư duy về vấn đề của thân chủ và hội chẩn với đồng nghiệp; (c) làm cho thân chủ yên tâm (vì đã gọi được tên bệnh có nghĩa là đã từng có những người khác mắc vấn đề tương tự và vấn đề đã được chữa trị).

4. Lập kế hoạch can thiệp

Kết quả đánh giá tâm lý lâm sàng trả lời cho câu hỏi cần hay không can thiệp tâm lý. Khi lập kế hoạch trị liệu, các bước cơ bản là cần xác định mục tiêu đầu ra và mục tiêu quá trình.

4.1. Xác định mục tiêu đầu ra

Để xây dựng kế hoạch can thiệp, một trong những nguyên tắc đầu tiên là nhà tâm lý và thân chủ phải cùng bàn bạc để xác định được những mục tiêu đầu ra cần đạt được sau một tiến trình trị liệu. Mục tiêu đầu ra là những gì nhà tâm lý và thân chủ kỳ vọng đạt được khi trị liệu kết thúc. Với hầu hết các ca lâm sàng đều có hơn một mục tiêu đầu ra bởi thân chủ có thể mắc một vấn đề/rối loạn chính nhưng có rất nhiều các vấn đề hay khó khăn khác kéo theo.

Việc xác định mục tiêu đầu ra (cũng như mục tiêu quá trình) cần được hai bên, thân chủ và nhà tâm lý, trao đổi và bàn bạc cụ thể trên cơ sở tôn trọng

quyền tự quyết của thân chủ.

4.2. Xác định các mục tiêu quá trình

Nêu mục tiêu đầu ra là đích cần phải đạt được thì mục tiêu quá trình chính là các bước giúp trị liệu đạt được đích đó. Các mục tiêu quá trình có thể được mô tả định lượng bằng điểm số các trắc nghiệm/ thang đo hoặc mô tả định tính về sự giảm/mất đi của một triệu chứng hay mức độ phục hồi của các chức năng tâm lý.

5. Tiến hành can thiệp

5.1. Can thiệp ban đầu

Bản thân việc can thiệp được bắt đầu ngay sau khi hoàn thành bước định hình trường hợp và đã xây dựng được một kế hoạch can thiệp chi tiết và khả thi. Tuy vậy, trên thực tế, ngay khi hỏi chuyện thân chủ và tiến hành làm các trắc nghiệm để đánh giá, chẩn đoán, nhà lâm sàng đã có những kỹ thuật can thiệp nhỏ đối với thân chủ. Việc này được tiến hành bởi nhu cầu thực tế của thân chủ. Hầu hết các thân chủ đến với nhà tâm lý đều có những vấn đề về sức khỏe tâm thần từ một vài dấu hiệu (mất ngủ, ăn không ngon miệng, lo lắng, mệt mỏi, căng thẳng,...) đến những biểu hiện nặng hơn. Vì vậy, họ đều mong muốn được cảm thấy dễ chịu hơn ngay sau lần đầu tiên đến gặp nhà tâm lý. Hơn nữa, nhà tâm lý cần làm điều này để nhằm mục đích xây dựng niềm tin cho thân chủ vào nhà tâm lý và vào trị liệu. Để thực hiện việc này, nhà tâm lý cần có một vài thao tác giúp thân chủ cảm thấy dễ chịu và thoải mái hơn hoặc làm giảm nhẹ đi một triệu chứng nào đó. Trước hết, nhà tâm lý cần giải thích cho thân chủ hiểu rằng, để có thể trợ giúp tốt nhất cho họ có thể mất một vài buổi đầu cho việc tìm hiểu và phân tích vấn đề của thân chủ. Đồng thời, nhà tâm lý nên hỏi thân chủ rằng, họ muốn được trợ giúp điều gì trước hết.

5.2. Lựa chọn mục tiêu đầu ra ưu tiên

Can thiệp chính thức được bắt đầu với việc lựa chọn mục tiêu đầu ra nào được ưu tiên can thiệp trước (trong trường hợp có nhiều mục tiêu đầu ra). Việc lựa chọn mục tiêu đầu ra ưu tiên thường dựa vào các tiêu chí sau đây:

- a. Mục tiêu được lựa chọn là mục tiêu mấu chốt nhất, có nghĩa là nếu đạt được mục tiêu đó thì việc giải quyết các mục tiêu khác sẽ dễ dàng hơn, thuận lợi hơn.
- b. Lựa chọn theo mong muốn, nguyện vọng của thân chủ.
- c. Lựa chọn theo mức độ dễ giải quyết nhất và tốn ít thời gian nhất. Lựa chọn theo mức độ hiện diện đầy đủ các điều kiện để giải quyết nó, có nghĩa là chọn mục tiêu nào đã đầy đủ các điều kiện để giải quyết.

Sau đó, nhà lâm sàng tiến hành các kỹ thuật can thiệp cụ thể đã được xác định trong kế hoạch can thiệp ở giai đoạn trước, về mặt thời gian, tùy mức độ phức tạp của các kỹ thuật và mức độ đáp ứng của thân chủ mà thời gian có thể rất khác nhau. Với một số kỹ thuật thư giãn, thời gian hướng dẫn và luyện tập cho thân chủ khá ngắn. Mọi thân chủ có thể lĩnh hội ngay và được củng cố vào mỗi phiên trị liệu thì sẽ thành thói quen. Với một số kỹ thuật hành vi khác như

luyện tập kỹ năng với nhà trị liệu sẽ mất nhiều thời gian hơn. Với các kỹ thuật tưởng tượng, thời gian lại không chiếm nhiều lắm. Riêng với kỹ thuật phơi nhiễm thì đòi hỏi thời gian khá dài, đôi khi chiếm đến 10 phiên trị liệu. Kỹ thuật cấu trúc lại nhận thức cũng đòi hỏi rất nhiều thời gian và nhiều phiên trị liệu bởi thay đổi nhận thức là một điều không dễ, đặc biệt đối với thân chủ có rối loạn nhân cách hoặc đa rối loạn. Tuy vậy, tất cả các kỹ thuật trên, dù chiếm ít hay nhiều thời gian đều đòi hỏi phải được luyện tập nhiều lần qua nhiều phiên trị liệu. Do vậy, dựa vào kết quả đánh giá tình trạng rối loạn của thân chủ cũng như đặc điểm nhân cách của họ mà nhà trị liệu xác định thời lượng và thời gian tiến hành các kỹ thuật trị liệu cụ thể. Đồng thời, nhà tâm lý phải quản lý thời gian trị liệu rất tốt để đảm bảo trị liệu tốn ít thời gian nhất mà lại mang lại hiệu quả tốt nhất cho thân chủ (và cũng nhằm tiết kiệm chi phí cho thân chủ).

5.3. Một số lưu ý trong tiến trình can thiệp

Trong tiến trình lâm sàng, nhà tâm lý cần lôi kéo sự tham gia của thân chủ ở tất cả các bước, từ việc phân tích vấn đề của thân chủ đến việc đưa ra kết luận và đặc biệt là việc xác định mục tiêu trị liệu và tất nhiên là cả quá trình thực hiện can thiệp nhằm tăng tính trách nhiệm của thân chủ và cũng là thể hiện sự tôn trọng thân chủ, tăng năng lực tự quyết của thân chủ - đây cũng là mục tiêu của bất kỳ cuộc trị liệu nào.

Trong tiến trình trị liệu, nhà tâm lý cần luôn luôn động viên, khuyến khích và có kiểm tra xem việc thực hiện các ý đồ và kỹ thuật trị liệu ở thân chủ diễn ra như thế nào. Tốt nhất là đạt được sự cam kết bằng văn bản (trong hợp đồng trị liệu) với thân chủ về tiến trình và nỗ lực thực hiện yêu cầu trị liệu (xem hợp đồng trị liệu ở phần đầu chương này). Sở dĩ phải thực hiện những thao tác này là vì một số thân chủ, đặc biệt là thân chủ bị trầm cảm, rất thất thường trong việc thực hiện yêu cầu của nhà tâm lý do họ bị trầm cảm lâu ngày nên năng lượng sống và ý chí giảm đi *rất* nhiều. Họ khó có bất bản thân làm một việc gì đó một cách có chủ ý theo kế hoạch đã vạch ra, thậm chí ngay cả những việc rất đơn giản thường và nhỏ nhặt như dậy đúng giờ, đánh răng, rửa mặt, tập vài động tác thể dục, đi bộ, -.. cũng là những khó khăn rất lớn đối với họ nếu không có người thân hỗ trợ và không có sự khuyến khích cũng như kiểm tra của nhà tâm lý.

Nhà tâm lý cũng cần huy động được sự tham gia của các bên khác như người thân, cán sự xã hội, thầy/cô giáo và bạn bè (nếu thân chủ là trẻ em) cùng một số chuyên gia liên quan khác. Mục tiêu của sự hợp tác này là nhằm tạo ra một nhóm hỗ trợ đa phương diện, có thể trợ giúp tốt nhất và đầy đủ nhất cho thân chủ.

6. Đánh giá hiệu quả can thiệp

Trong quá trình trị liệu, nhà tâm lý lâm sàng có thể tự mình đánh giá hiệu quả của can thiệp tâm lý cho thân chủ của mình nhưng việc này cũng có thể được thực hiện bởi bên thứ ba, cụ thể đó là một đồng nghiệp, với sự sắp xếp của nhà tâm lý lâm sàng.

6.1. Mục đích đánh giá hiệu quả can thiệp

Mục đích của đánh giá hiệu quả can thiệp là xem xét xem liệu can thiệp có đạt được các mục tiêu đầu ra và mục tiêu quá trình hay chưa? Đạt đến mức độ nào? Hơn thế, nhà tâm lý lâm sàng cần phải nắm rõ xem thân chủ đáp ứng với can thiệp đến đâu? Trị liệu đã mang lại lợi ích cho thân chủ như thế nào? Có cần thiết có thêm một liệu trình nữa hay không?

6.2. Nội dung và tiêu chí đánh giá hiệu quả can thiệp

Đánh giá hiệu quả can thiệp cho thân chủ được tiến hành định kỳ trong quá trình trị liệu và cuối đợt trị liệu. Thông thường, đánh giá định kỳ được tiến hành sau mỗi 10 - 12 phiên trị liệu. Nội dung của đánh giá hiệu quả can thiệp phụ thuộc vào các tiêu chí mà nhà trị liệu đặt ra theo định hướng can thiệp của bản thân và đối với từng ca lâm sàng cụ thể. Nội dung này thông thường bao gồm: (1) Đánh giá cách thức tiến hành đánh giá lâm sàng (đã đúng quy chuẩn hay chưa); (2) Đánh giá mức độ đạt được các mục tiêu đầu ra; (3) Đánh giá các chức năng của thân chủ (thân chủ đã thích ứng với cuộc sống bình thường hay chưa? Thích ứng ở mức độ nào?); (4) Đánh giá chất lượng cuộc sống (cảm nhận chủ quan của thân chủ về hạnh phúc của bản thân, về cuộc sống)

7. Kết thúc ca và theo dõi sau can thiệp

7.1. Kết thúc ca

Kết thúc ca chính là kết thúc mối quan hệ trị liệu giữa nhà tâm lý và thân chủ. Thông thường, kết thúc ca diễn ra khi (i) quá trình trị liệu đạt được mục tiêu đầu ra và có bằng chứng cho thấy thân chủ không cần điều trị nữa; (ii) điều trị không mang lại lợi ích cho thân chủ nữa; (iii) nếu tiếp tục điều trị sẽ gây hại cho thân chủ; (iv) nhà tâm lý bị đe dọa bởi thân chủ hoặc người thân của thân chủ. Tuy nhiên, cũng có những trường hợp vì nhiều lý do khác nhau, thân chủ chủ động đề nghị kết thúc ca hoặc một số thân chủ chủ động không đến các phiên trị liệu nữa.

Kết thúc ca là một quá trình, đầu tiên là điều chỉnh lại lịch hẹn theo hướng giãn dần ra (khoảng cách giữa các buổi trị liệu cách xa nhau hơn), có thể bắt đầu từ 2 tuần/1 lần, đến 3 tuần/1 lần và thưa dần. Trong thời gian đó, nhà trị liệu củng cố những mục tiêu đạt được trong quá trình trị liệu giúp thân chủ nhận thấy những thay đổi tích cực và vai trò của bản thân đối với sự thay đổi. Nhà trị liệu lắng nghe thân chủ bày tỏ mong muốn, nguyện vọng tiếp theo hoặc những khó khăn (nếu có). Nhà trị liệu và thân chủ cùng thảo luận về những vấn đề có thể nảy sinh trong tương lai và cách thức ứng phó với chúng giúp thân chủ tự tin vào năng lực tự giải quyết vấn đề của bản thân và sử dụng các nguồn hỗ trợ một cách hiệu quả. Cuối cùng nhà tâm lý và thân chủ tóm tắt lại cả quá trình lâm sàng, điểm lại những mốc quan trọng, củng cố thêm niềm tin về bản thân cho thân chủ. Nhà tâm lý nói lời chúc tốt đẹp đối với thân chủ và bày tỏ tin tưởng rằng, những ngày tháng tốt đẹp.

7.2. Theo dõi sau can thiệp

Thông thường, nhà tâm lý lâm sàng vẫn giữ liên hệ với thân chủ sau khi kết thúc trị liệu để theo dõi tình trạng của họ. Thời gian theo dõi có thể kéo dài từ 3 tháng đến 1 năm, cá biệt có những trường hợp trên 1 năm để nắm được sự thích ứng của thân chủ và hỗ trợ họ thêm nếu được yêu cầu và nếu nhà lâm sàng có thể. Trong thời gian theo dõi, thân chủ cũng có thể gặp gỡ với nhà lâm sàng định kỳ (chẳng hạn 3 tháng) để thông báo về tình hình của bản thân. Tuy nhiên, việc gặp gỡ này là do thân chủ chủ động yêu cầu và thảo luận với nhà tâm lý trên cơ sở đảm bảo các nguyên tắc và quy điều đạo đức hành nghề.

Việc theo dõi thân chủ sau can thiệp cũng là cách thức nhà lâm sàng nghiên cứu, đánh giá hiệu quả của các liệu pháp, kỹ thuật trị liệu mà họ theo đuổi. Trong trường hợp này, nhà lâm sàng thảo luận với thân chủ để có thể gặp gỡ và tiến hành một số công cụ lâm sàng nhằm mục đích đánh giá tình trạng của thân chủ, bao gồm các vấn đề sức khỏe tâm thần, các chức năng cuộc sống, mức độ thích ứng xã hội, chất lượng cuộc sống và các vấn đề khác.

8. Điều phối ca

Điều phối ca trong thực hành tâm lý lâm sàng là giới thiệu và chuyển thân chủ đến một nhà tâm lý lâm sàng, một cơ sở cung cấp các dịch vụ về tâm lý lâm sàng hoặc một cơ sở chăm sóc, phục hồi sức khỏe tâm thần khác phù hợp để thân chủ được đáp ứng nhu cầu và mong đợi.

Việc chuyển thân chủ cần được thảo luận với thân chủ và cá nhân, tổ chức có liên quan đến thân chủ.

8.1. Một số trường hợp cần chuyển thân chủ

a. Lĩnh vực hoạt động của nhà tâm lý lâm sàng: (i) nếu nhà tâm lý lâm sàng chỉ làm đánh giá lâm sàng, không nhận trị liệu các rối loạn tâm lý thì việc chuyển thân chủ đến các địa chỉ khác có thể là điều bắt buộc; (ii) nếu chuyên môn của nhà tâm lý lâm sàng là điều trị các vấn đề rối loạn hướng nội, chưa hề có kinh nghiệm trong việc điều trị nghiện thì phải chuyển thân chủ đến một nhà chuyên môn khác có kinh nghiệm hơn; (iii) khi chính nhà tâm lý nhận thấy bản thân không đủ khả năng và nguồn lực để cung cấp dịch vụ trị liệu tốt nhất cho thân chủ.

b. Mức độ trầm trọng của rối loạn tâm lý ở thân chủ: ví dụ, thân chủ có dấu hiệu loạn thần, mất kiểm soát hành vi, nhà tâm lý giới thiệu và chuyển thân chủ đến các cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần để thân chủ vừa được chăm sóc y tế vừa được can thiệp tâm lý.

c. Cơ chế chuyển dịch và chuyển dịch ngược không được hóa giải: khi chuyển dịch xảy ra, thân chủ ngày càng phụ thuộc vào nhà tâm lý hoặc ngày càng có thái độ tiêu cực với nhà tâm lý hoặc nhà tâm lý không thể hóa giải được các cảm xúc và thái độ không phù hợp đối với thân chủ (yêu mến thái quá, không có cảm tình, ghét,...) thì nhà tâm lý cần phải chuyển thân chủ đến một nhà trị liệu khác.

d. Nguyên vọng của thân chủ và cá nhân, tổ chức có liên quan đến thân chủ: chẳng hạn, ngoài việc được can thiệp, trị liệu tâm lý, thân chủ muốn cải thiện năng lực thiết lập và duy trì mối quan hệ xã hội, nhà tâm lý có thể khuyến khích và giới thiệu với thân chủ các khóa học kỹ năng xã hội ở những địa chỉ đáng tin cậy.

Khi chuyển thân chủ, nhà tâm lý cũng cần cân nhắc đến hệ thống mạng lưới chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng nơi nhà tâm lý làm việc: những thông tin liên quan đến nhà tâm lý lâm sàng và các cơ sở cung cấp các dịch vụ có thể đáp ứng nhu cầu của khách hàng cần được cập nhật thường xuyên và chính xác.

8.2. Các nguyên tắc cơ bản trong công tác điều phối

a. Các cá nhân và tổ chức tham gia vào mạng lưới cung cấp các dịch vụ tâm lý lâm sàng và chăm sóc sức khỏe tâm thần cần bàn bạc và thống nhất, coi nguyên tắc tôn trọng quyền của con người và lấy thân chủ là trung tâm định hướng cho việc cung cấp các dịch vụ.

b. Cần có sự phối hợp chuyên môn chặt chẽ giữa các bên trong một mạng lưới dịch vụ sức khỏe tâm thần để tránh chồng chéo lặp lại công việc và tạo thêm phí tổn không cần thiết cho bệnh nhân. Chẳng hạn, các cơ sở/nhà lâm sàng có thể sử dụng kết quả đánh giá, chẩn đoán tâm lý của cơ sở/nhà lâm sàng khác (có uy tín) để tránh đánh giá tâm lý lại nhiều lần. Nhà trị liệu tâm lý, các cơ sở cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần có thể xem hồ sơ chuyển thân chủ gồm có kết quả đánh giá lâm sàng, các trắc nghiệm tâm lý của nhà tâm lý trước để triển khai tiếp các dịch vụ đáp ứng nhu cầu của thân chủ. Tạo ra nhiều sự lựa chọn để đáp ứng nhu cầu của thân chủ: danh mục các nhà tham vấn, trị liệu tâm lý, bác sĩ tâm thần, danh mục các cơ sở chăm sóc sức khỏe, cơ sở giáo dục hòa nhập, dịch vụ công tác xã hội, các trung tâm công tác xã hội, các cơ sở huấn luyện kỹ năng xã hội.

9. Báo cáo tâm lý lâm sàng

9.1. Mục đích lập báo cáo tâm lý lâm sàng

Việc lập báo cáo tâm lý lâm sàng nhằm các mục tiêu sau đây:

- a. Giúp nhà tâm lý có được cái nhìn tổng thể và hệ thống về thân chủ với tư cách là một nhân cách và với tư cách là một bệnh nhân;
- b. Giúp nhà tâm lý có thể tham chiếu thông tin trong từng giai đoạn cụ thể của tiến trình can thiệp;
- c. Chia sẻ thông tin, trao đổi chuyên môn, bao gồm cả việc minh họa lý thuyết trong giảng dạy cho sinh viên, học viên;
- d. Phục vụ cho công việc giám sát;
- e. Phục vụ cho mục đích lưu trữ và nghiên cứu của nhà lâm sàng;
- f. Cung cấp thông tin cho các tổ chức có thẩm quyền (được sự đồng ý của thân chủ) như các hãng bảo hiểm, các cơ quan giám định sức khỏe tâm thần;
- g. Báo cáo tâm lý lâm sàng là bằng chứng tốt để bảo vệ nhà tâm lý khi có

vấn đề liên quan đến pháp lý.

9.2. Cấu trúc của báo cáo tâm lý lâm sàng

Nhìn chung, sơ đồ khái quát của một báo cáo lâm sàng có thể bao gồm 10 bước cơ bản.

a. Các thông tin cơ bản:

Trong phần này trình bày ngắn gọn các thông tin cơ bản như tuổi, giới tính, dân tộc hoặc nhóm văn hóa, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, trường học, hoàn cảnh sống và các biến nhân khẩu học khác.

Phần thông tin này giúp người giám sát, đồng nghiệp và bạn học gợi nhớ được về thân chủ của bạn trong tương lai sau một thời gian bạn đã làm việc với thân chủ và muốn có ý kiến thảo luận tư vấn tiếp theo từ người giám sát, đồng nghiệp hoặc bạn học.

b. Lý do thăm khám:

Phần này nêu rõ nguồn/người giới thiệu thân chủ đến gặp, người giới thiệu có đưa yêu cầu về can thiệp hoặc đánh giá hay không và như thế nào, thân chủ đến một cách tự nguyện hay bắt buộc. Những phần này của thân chủ? Mong muốn, yêu cầu của thân chủ và người thân (nếu có) là gì? Phần này đồng thời cũng cung cấp các thông tin quan trọng khác như: các lần thăm khám trước đây, các chẩn đoán mà họ nhận được, có hay không sử dụng các loại thuốc, đã tư vấn áp dụng các hình thức can thiệp nào đó chưa, hiệu quả của các can thiệp đó.

Tất cả những thông tin này giúp nhà tâm lý có cái nhìn ban đầu về vấn đề của thân chủ và định hướng đánh giá vấn đề. Những thông tin trên cũng cho biết động cơ của thân chủ cũng như khả năng, mong muốn thay đổi của thân chủ để có chiến lược tác động. Những thông tin này đồng thời cũng giúp cho nhà trị liệu nhận diện rõ ràng các mong muốn và nhu cầu cần thiết của thân chủ bởi có trường hợp, mặc dù thân chủ bị trầm cảm vì có mâu thuẫn trong quan hệ với người thân nhưng điều mà họ muốn được hỗ trợ trước hết là làm sao để họ có thể ngủ được tốt hơn. Cũng vậy, những thông tin về các lần thăm khám trước hay việc sử dụng thuốc cũng giúp ích cho nhà tâm lý đánh giá rõ hơn các yếu tố ảnh hưởng đến tâm lý thân chủ.

c. Tiền sử, bệnh sử, sang chấn trong quá khứ:

Phần này mô tả thông tin chung về lịch sử cuộc đời của cá nhân. Những tình huống, hoàn cảnh được đánh giá là có ảnh hưởng đến vấn đề hiện tại, các tác nhân gây căng thẳng, những điểm mạnh, yếu tố thuận lợi có ảnh hưởng tích cực đến quá trình trị liệu sẽ được trình bày trong phần này.

Mục đích của phần này là cung cấp thông tin nền tảng cho người giám sát, đồng nghiệp hoặc bạn học để họ nắm được bức tranh tổng

quát về thân chủ.

Ấn tượng chẩn đoán ban đầu

Phần này cung cấp ấn tượng chẩn đoán ban đầu dựa trên các tiêu chuẩn của các bảng phân loại bệnh được thế giới chấp nhận. Có thể sử dụng hệ thống phân loại bệnh ICD hoặc DSM. Trong trường hợp dùng DSM thì nên đưa chẩn đoán, đánh giá theo cả 5 cột nêu có thể.

Phần này sẽ cung cấp thông tin cho việc định hình trường hợp và chia sẻ với các bác sĩ tâm thần cách nhìn nhận của nhà tâm lý vấn đề của thân chủ.

d. Danh sách các vấn đề cần can thiệp

Các vấn đề cần can thiệp được đưa ra thuộc các lĩnh vực như: rối loạn sức khỏe tâm thần, hành vi không thích ứng, rối loạn/giảm hoạt động chức năng, khó khăn trong các mối quan hệ xã hội, những vấn đề liên quan đến luật pháp....

Danh sách vấn đề được đưa ra nhằm mô tả một bức tranh tổng thể về các vấn đề của thân chủ và mối liên hệ giữa các vấn đề. Bằng cách xác định các vấn đề cần can thiệp, nhà tâm lý cũng xác định rõ giới hạn phạm vi chuyên môn nghề nghiệp của mình với thân chủ và cộng đồng trị liệu. Chẳng hạn, nhà tâm lý sẽ không điều trị rối loạn cảm xúc lưỡng cực, tâm thần phân liệt hay chậm phát triển tâm thần vào danh sách các vấn đề cần can thiệp của nhà tâm lý.

e. Mục tiêu đầu ra:

Ở đây cần nêu một cách ngắn gọn kỳ vọng đạt được sau khi dùng trị liệu; các điều kiện để thực hiện được kỳ vọng. Mục tiêu đầu ra có thể được mô tả định lượng bằng điểm số các thang đo hoặc các mô tả định tính.

f. Mô tả từng vấn đề

Phần tiếp theo sẽ lần lượt nêu nên từng vấn đề đã liệt kê trong danh sách vấn đề cần can thiệp và một vào dòng mô tả cụ thể các chi tiết của vấn đề đó.

Mục tiêu đầu ra cho vấn đề thứ nhất: Mô tả một cách cụ thể với những từ xác định về những cái gì sẽ tăng lên hay giảm đi. Ví dụ với rối loạn ám ảnh sợ chỗ đông người thì mục tiêu đầu ra là giảm sự né tránh chỗ đông người và tăng hành vi tham gia với nhóm. Chú ý là mục tiêu đầu ra phải được đưa ra dưới sự bàn bạc và đạt được sự nhất trí của thân chủ. Mỗi một mục tiêu đầu ra cần được mô tả theo mô hình tổ chức thông tin SOAP.

Số liệu chủ quan: Phần này mô tả những cảm xúc hoặc trải nghiệm chủ quan của thân chủ cũng như những số liệu mà thân chủ tự báo cáo.

Cũng có thể trình bày trong phần này những thông tin thu được thông qua người khác về thân chủ.

Số liệu khách quan: Những số liệu đánh giá khách quan có liên quan đến vấn đề của thân chủ. Những thông tin này có thể bao gồm: báo cáo quan sát hành vi của thân chủ, những tài liệu, hồ sơ về bệnh sử của thân chủ; kết quả các trắc nghiệm chúng ta đã tiến hành như trắc nghiệm trí tuệ; trắc nghiệm hoạt động thần kinh chức năng.

Đánh giá và định hình: Phần này đưa ra những nhận định chung về nguồn gốc, cơ chế của vấn đề dưới dạng những giả thuyết vấn đề hiện tại của thân chủ. Đây chính là bước tổng hợp thông tin từ số liệu khách quan và chủ quan để đưa ra định hình ca hay cách lý giải về vấn đề của thân chủ từ cách tiếp cận của nhà tâm lý lâm sàng là phân tâm.hành vi, nhân văn, nhận thức, chánh niệm-Tỉnh thức hay tích hợp.

Kế hoạch can thiệp (Plan): Phần này mô tả từng bước nhỏ để thực hiện được mục tiêu quá trình và mục tiêu đầu ra. Cần nêu đã thực hiện những bước gì hoặc sẽ lên kế hoạch thực hiện những bước nào, kỹ thuật nào.

Nếu trong danh sách vẫn còn các vấn đề thứ hai, thứ ba thì tiếp tục trình bày thông tin theo các tiểu mục với những chi tiết đã nêu ở trên.

g. Tổng kết tiến trình can thiệp tới thời điểm hiện tại:

Phần này tóm tắt lại những kỹ thuật can thiệp đã đáp ứng và sự tiến triển cũng như hiệu quả của các kỹ thuật can thiệp tới thời điểm hiện tại. Trong trường hợp nếu cá nhân mới chỉ tiếp xúc với thân chủ vài buổi và mới chỉ làm xong phần đánh giá thì trình bày những trắc nghiệm đã làm đến hiện tại, những trắc nghiệm dự định sẽ làm thêm và những kết luận chẩn đoán tới thời điểm hiện tại. Phần này sẽ giúp cá nhân nhà tâm lý, giáo viên và đồng nghiệp thảo luận về định hướng can thiệp tiếp theo nhằm đạt đến mục tiêu đầu ra như đã nêu trên.

h. Vấn đề liên quan đến quản lý ca:

Ở đây cần nêu tóm tắt những điều cần thiết trong quản lý trường hợp cụ thể này. Những nội dung viết trong phần này sẽ trả lời các câu hỏi như liệu có cần phối hợp với bác sĩ để can thiệp bằng thuốc hay không? Liệu có cần phối hợp với các dịch vụ giáo dục đặc biệt, chuyên gia chỉnh âm, chuyên gia trị liệu hướng nghiệp hay không? Liệu có cần phối hợp với nhà trường, giáo viên trong quản lý hành vi của thân chủ ở trường hay không? Có những yêu cầu gì đối với cán sự xã hội trong trường trong việc huy động các nguồn lực (bao gồm cả vấn đề tài chính) để hỗ trợ cho thân chủ hay không? Kế hoạch theo dõi thân chủ thường xuyên theo dõi sau trị liệu như thế nào?

Vì nhà tâm lý không thể chỉ làm việc một mình, phần này chính là kế hoạch huy động các nguồn lực trị liệu khác giúp thân chủ duy trì và tiến

triển beng vung. Các nguồn trị liệu khác có thể là bác sĩ tâm thần, cán sự xã hội, giáo viên, người thân, bạn bè...

k. Các câu hỏi thảo luận với giám sát và đồng nghiệp

Phần này là cơ hội để người trình bày đưa ra những câu hỏi về định hướng can thiệp hoặc những khó khăn nảy sinh trong quá trình làm việc với thân chủ để giáo viên, đồng nghiệp và bạn học cùng tư vấn chia sẻ.

Mục tiêu của phần đặt câu hỏi thảo luận là một định hướng can thiệp tốt nhất cho thân chủ trong tương lai.

9.3. Minh họa một báo cáo tâm lý lâm sàng

Để hiểu rõ hơn nội dung của khung báo cáo đề xuất ở trên, chúng ta sẽ có một minh họa thực tế trẻ tự kỉ có hành vi tự gây tổn thương. Với mục đích minh họa làm rõ các quan điểm lý thuyết về cách viết báo cáo lâm sàng đã nêu trên, ở đây sẽ không trình bày toàn bộ những nội dung đã tiến hành trên thực tế mà chỉ tập trung trình bày các vấn đề liên quan đến hành vi tự gây tổn thương (cắn tay) để làm rõ nội dung, ý nghĩa các đề mục đã được đề xuất.

(i) Các thông tin cơ bản:

Hạnh là một bé gái 10 tuổi sống với bố mẹ cùng một người em trai 6 tuổi và một em gái 4 tuổi trong một gia đình trí thức giàu có ở một thành phố lớn. Hạnh được chẩn đoán là tự kỉ mức độ vừa và đã tham gia chương trình giáo dục đặc biệt giành cho trẻ tự kỉ từ khi lên 4 tuổi đến nay.

(ii) Lý do thăm khám:

Bố mẹ đưa Hạnh đến trung tâm vì gần đây Hạnh xuất hiện những hành vi tự gây tổn thương (tự cắn bản thân). Hành vi tự cắn bản thân hiện đang xảy ra hàng ngày, xuất hiện nhiều nhất vào các buổi sáng trước khi Hạnh đến trường. Có nhiều lần, hành vi cắn tay dài liên tục trong vòng từ 30-40 phút kèm theo những hành vi kêu la, ăn vạ và đánh, cào, ném đồ khi cha mẹ cản trở hành vi của em. Hạnh đã được đưa đến bác sĩ tâm thần để can thiệp thuốc nhưng không có hiệu quả.

(iii) Tiền sử bệnh sử, sang chấn trong quá khứ

Hạnh sinh thiếu tháng và chỉ nặng 2,4kg khi sinh. Hạnh bị ngạt khi sinh và phải đặt nuôi trong lồng kính 10 ngày trước khi được đưa về với mẹ. Mẹ của Hạnh báo cáo rằng chị bị trầm cảm trong thời gian mang bầu do các áp lực công việc và mâu thuẫn với các thành viên trong gia đình nhà chồng. Sự phát triển của Hạnh chậm hơn các bạn cùng trang lứa ở cả trên lĩnh vực ngôn ngữ và vận động. Năng lực vận động thô của Hạnh không có vấn đề gì. Về mặt ngôn ngữ, sự phát triển của Hạnh chậm hơn rất nhiều so với bạn đồng trang lứa, cho đến thời điểm can thiệp

(lúc 10 tuổi) em mới chỉ nói được các từ đơn giản như không nói được câu hoàn chỉnh, hoặc nói các câu không có nghĩa. Ngôn ngữ hiểu của Hạnh cũng không phát triển đúng độ tuổi (theo kết quả trắc nghiệm Vineland-II). Ở nhà hiện tại Hạnh có thể hiểu được một số yêu cầu đơn giản và dùng các thẻ hình ảnh, máy tính bảng (với phần mềm chuyên dụng) để giao tiếp với bố mẹ.

Về bệnh sử, Hạnh đã phải trải qua một cuộc phẫu thuật mắt lúc 20 tháng tuổi và hiện tại thị lực mắt trái của Hạnh chỉ đạt mức 6/10. Hạnh không bị các bệnh mãn tính và chưa bao giờ ốm nặng đến mức phải nhập viện kể từ sau cuộc phẫu thuật mắt tới thời điểm hiện tại. Hạnh được gia đình đưa tới các lớp học đặc biệt khi em lên 4 tuổi. Hiện tại, Hạnh đang đồng thời tham gia các lớp trị liệu vận động, trị liệu ngôn ngữ, trị liệu hướng nghiệp với tổng thời gian là 12 tiếng một tuần.

Bố mẹ Hạnh đều là người có học thức, có vị thế xã hội và thu nhập cao. Bố mẹ rất quan tâm đến tình trạng của con và là người trực tiếp cung cấp thông tin, tạo điều kiện thuận lợi để nhà tâm lý tiếp xúc, quan sát và đánh giá và đánh giá tình hình của thân chủ.

(iv) Ấn tượng chẩn đoán ban đầu

Căn cứ trên các biểu hiện triệu chứng hiện tại, Hạnh đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán của Tự kỉ có hành vi tự gây tổn thương (theo DSM-V)

(v) Vấn đề cần can thiệp

Theo yêu cầu của gia đình và với phạm vi chức năng nghề nghiệp, nhà tâm lý xác định vấn đề cần can thiệp cho Hạnh là hành vi tự cắn tay.

(vi) Mục tiêu đầu ra

Mục tiêu của can thiệp trị liệu nhằm thay thế hành vi tự cắn tay bằng các hành vi khác (hợp lý hơn, ít gây tổn thương cho thân chủ hơn và được chấp nhận hơn về mặt xã hội)

(vii) Mô tả từng vấn đề

Với mục tiêu đầu ra như trên, mô hình SOAP được mô tả như sau:

Số liệu chủ quan: Mẹ Hạnh nói rằng gần đây Hạnh bắt đầu tự cắn vào cổ tay mình. Hành vi này xảy ra hầu như hàng ngày, thời gian chủ yếu vào buổi sáng trước khi Hạnh đến trường học. Hạnh thường thức dậy vào lúc 6h30 phút và đợi mẹ chuẩn bị bữa sáng. Khi mẹ đang làm bữa sáng cho gia đình thì Hạnh hay

ngồi bên cạnh xem tivi hoặc tự chơi một mình. Tuy nhiên, kể từ vài tuần trước đây, Hạnh bắt đầu cắn tay khi thức dậy vào buổi sáng và khi ngồi chờ bữa sáng. Mẹ cũng kể rằng , Hạnh cũng cắn tay khi được đưa đến các lớp can thiệp nhưng không cắn mạnh đến mức gây bầm tím nặng như ở nhà. Theo mẹ thì Hạnh rất thích đến lớp học. Gần đây Hạnh có vấn đề về giấc ngủ (khó đi vào giấc ngủ và bị thức dậy trong đêm). Hạnh được bác sĩ kê cho uống thuốc Ambien (thuốc ngủ) nhưng gần đây có điều chỉnh về liều lượng thuốc và mẹ không nhớ được chính xác bác sĩ đã điều chỉnh như thế nào.

Số liệu khách quan: Nhà tâm lý chuẩn bị bảng quan sát hành vi và đến quan sát Hạnh tại 2 thời điểm trong ngày. Thời điểm quan sát đầu tiên là một buổi sáng trước khi Hạnh đi học. Thời điểm thứ 2 là một buổi chiều sau khi Hạnh đi học về. Trong cả hai buổi quan sát, Hạnh tỏ vẻ bình tĩnh và không sợ người lạ. Trong buổi quan sát đầu tiên nhà tâm lý vẫn có thể nhìn thấy những vết bầm tím do dấu răng cắn còn n lại trên 2 cổ tay của Hạnh (nhưng đặc biệt nhiều hơn ở cổ tay trái) Mẹ nói rằng đó là dấu răng mà Hạnh đã cắn 2 ngày trước đây. Trong buổi thứ nhất, nhà tâm lý thấy Hạnh có vẻ hơi khó chịu khi mẹ bước ra khỏi phòng để chuẩn bị bữa sáng và đề Hạnh ở lại một mình với nhà tâm lý. Tuy nhiên, Hạnh vẫn nghe lời mẹ sử dụng máy tính bảng để nói chuyện với nhà tâm lý theo hướng dẫn của mẹ. Hạnh chỉ tỏ ra khó chịu và gào lên khi mẹ cố tắt tivi và yêu cầu Hạnh ra bàn ăn. Trong suốt cả buổi sáng được quan sát, Hạnh chỉ cắn tay 1 lần với cường độ không quá mạnh (quan sát thấy dấu răng để lại trên tay). Trong buổi thứ 2, quan sát được tiến hành vào thời điểm Hạnh mới đi học về và có vẻ mệt mỏi thể hiện qua gương mặt. Mẹ cũng có vẻ mệt mỏi nên để Hạnh ngồi lại với nhà tâm lý và vội vàng đi chuẩn bị bữa tối. Trong buổi này Hạnh tỏ ra khó chịu và định đưa tay lên cắn 3-4 lần nhưng mỗi lần định cắn thì nhà tâm lý lại đưa một số câu hỏi hoặc định hướng chú ý của em vào vấn đề khác nên cuối cùng Hạnh đã không cắn tay lần nào trong suốt thời gian quan sát. Tuy nhiên, em cũng làm bộ cắn vờ (giơ tay làm bộ cắn nhưng chỉ nghiến hai hàm răng bên cạnh cánh tay chứ không cắn vào tay) trong một lần nhà tâm lý lên tiếng để ngăn em lại. Mẹ cũng thừa nhận thỉnh thoảng cháu có cắn vờ như vậy khi có việc không vừa ý hoặc bị can ngăn. Việc cắn vờ này gợi ý cho nhà tâm lý đặt ra giả thuyết về nhu cầu nhai mút (vì buồn chán, nên Hạnh nhai mút để tự kích thích vào cảm giác an toàn).

Đánh giá và định hình: Tiến hành phân tích hành vi chức năng của Hạnh thì hành vi tự cắn bản thân ở Hạnh có thể có một số

chức năng như sau:

- (1) Tự cắn bản thân có thể là một cách để giải tỏa sự khó chịu (như cảm giác mệt mỏi vào buổi sáng, cảm giác ngái ngủ và các giác khó chịu khi bị đánh thức-nhất là khi em đang có vấn đề về ngủ);
- (2) Cắn vào tay sẽ tạo nên cảm giác đau để làm sao những cảm xúc khó chịu khác tại thời điểm đó. Ngoài ra tự cắn bản thân cũng là một hành vi nhằm thu hút sự chú ý của cha mẹ hoặc tìm kiếm sự an ủi, vỗ về từ mẹ (giả thuyết này có sự thuyết phục vì Hạnh thường thể hiện sự khiêng thoải mái khi mẹ bỏ đi chuẩn bị cơm;
- (3) Tự cắn tay cũng có thể là cách thức để Hạnh đòi các quyền lợi của mình như xem tivi hoặc thoát khỏi các việc mà Hạnh không thích (ví dụ, phải ngồi im lặng và ngoan chờ bữa sáng, thời gian này rất chán và khó chịu với Hạnh;
- (4) Vấn đề giấc ngủ (sử dụng thuốc Ambien) cũng có thể là một yếu tố góp phần kích hoạt hành vi tự cắn bản thân.

Kế hoạch can thiệp: Kế hoạch can thiệp cho Hạnh (tập trung vào mục tiêu giảm hành vi tự cắn tay) sẽ bao gồm:

Xây dựng một số hành vi thay thế cho hành vi cắn tay (VD hướng dẫn Hạnh tập hít sâu và thở thối bong bóng khi mẹ yêu cầu, đếm ngón tay từ 1 đến 10, vắn-bóp quả bóng cao su, chơi trò cầu vòng để giúp Hạnh bình tĩnh lại) sau đó hướng dẫn Hạnh dùng máy tính bảng hoặc thẻ tranh để nói ra cảm xúc của mình.

Tư vấn cho cha mẹ về nguyên nhân gây ra hành vi tự cắn tay cũng như vai trò của củng cố với hành vi tiêu cực này. Hướng dẫn bố mẹ loại trừ các củng cố tích cực cho hành vi cắn tay và tích cực củng cố các hành vi mới phù hợp (như ngồi ngoan, sử dụng các kỹ thuật để bình tĩnh lại khi bực bội hoặc muốn cắn tay)

Tư vấn kế hoạch hành vi để giúp Hạnh có một giấc ngủ tốt (lich ngủ cố định, giúp con thư giãn nhẹ nhàng trước khi ngủ, không ăn các thức ăn khó tiêu vào buổi tối)

Tham vấn thêm với bác sĩ tâm thần nhu để tìm kiếm các tác dụng phụ của thuốc và có hay không khả năng thay thuốc điều trị khác.

(viii) Tổng kết tiến trình can thiệp tới hiện tại

Hạnh đã học được kỹ thuật thở sâu, đếm ngón tay và vắn-bóp bóng cao su để giúp mình bình tĩnh lại khi có xung động muốn cắn tay. Cha mẹ Hạnh đã bắt đầu thực hiện các bước của kế

hoạch hành vi (vệ sinh giấc ngủ) giúp Hạnh ngủ tốt hơn, bằng cách thiết lập thói quen ngủ và dậy đúng giờ, ban ngày chỉ cho phép ngủ ngắn nếu đêm không ngủ được, ngăn không cho ngủ gật ban ngày, thư giãn nhẹ nhàng trước khi ngủ. Lên kế hoạch cho việc thức dậy buổi sáng một cách bình tĩnh hơn bằng cách báo trước cho Hạnh rằng em nhớ dùng kỹ thuật thở, đếm ngón tay và chơi bóng nếu cảm thấy khó chịu và muốn cắn tay. Cha mẹ học cách sử dụng khen bằng lời và cử chỉ kèm theo phần thưởng nếu Hạnh ngồi chơi ngoan vào buổi sáng.

Nhà tâm lý thiết kế hệ bảng biểu để theo dõi tần suất hành vi cắn tay của Hạnh. Mẹ Hạnh gặp nhà tâm lý và báo cáo 1 lần/tuần. Cha mẹ tích cực hợp tác và báo cáo đầy đủ.

Cho đến hiện tại, mẹ báo cáo rằng Hạnh đáp ứng tốt nhất với việc đếm ngón tay. Hành vi cắn tay đã giảm nhiều so với thời điểm bắt đầu can thiệp.

(ix) Vấn đề liên quan đến quản lý ca

Hạnh tiếp tục tham gia các chương trình can thiệp đặc biệt về ngôn ngữ, vận động và trị liệu hướng nghiệp như hiện tại. Nhà tâm lý cần thường xuyên trao đổi cập nhật qua cha mẹ về nội dung của các chương trình này nhằm kết hợp với kế hoạch can thiệp hành vi cho Hạnh. Nhà tâm lý cũng cần tìm hiểu thêm về thốc và tác dụng phụ của thuốc qua bác sĩ của Hạnh nếu có thể.

(x) Các câu hỏi thảo luận với người giám sát và đồng nghiệp

Với những trẻ tự kỉ như Hạnh, liệu em có thể phân biệt được việc cắn thật vào tay và đưa tay lên cắn giả là khác nhau. Cha mẹ có cần ứng xử khác nhau với 2 hành vi cắn giả và cắn thật không? Liệu với cắn giả thì cha mẹ có thể lơ đi, còn với cắn thật thì cha mẹ nhắc Hạnh làm các kỹ thuật thư giãn là cần thiết?

Với Hạnh, khi nào có thể kết thúc trị liệu được, sau 1-2 tuần không có hành vi cắn tay hay lâu hơn? Việc chuẩn bị kết thúc trị liệu với cha mẹ nên gồm những nội dung gì? Cần chuẩn bị thêm cho cha mẹ những tài liệu hoặc bảng biểu gì? Trong trường hợp hành vi tái lại thì gia đình sẽ liên hệ với ai và như thế nào?

Để tạo điều kiện thuận lợi cho việc trao đổi thảo luận giữa những người cùng chuyên môn thì việc giám sát và đào tạo trong trường học, một khung báo cáo thống nhất như đề xuất trên đây là cần thiết. Cấu trúc các đề mục của báo cáo có thể tiếp tục được điều chỉnh để tối ưu hóa. Tuy nhiên, phần nêu mục tiêu đầu ra cho từng vấn đề và tiếp cận vấn đề theo đó mô hình SOAP (với số liệu chủ quan, khách quan đánh giá định hình và kế hoạch can thiệp đạt được mục tiêu đầu ra) là hạt nhân quan

trọng cho bất kỳ một khung báo cáo đánh giá hoặc can thiệp cho mọi trường hợp. Mô hình đề xuất cũng mang tính “động” và “mở” nên có thể cập nhật vấn đề và tiến trình can thiệp trong tương lai ngay cả khi thân chủ kết thúc một quy trình trị liệu và quay lại tham gia một quy trình trị liệu mới. Mô hình này cũng đã được áp dụng thành công với nhiều đối tượng khác nhau như trong thực hành công tác xã hội cá nhân, tham vấn, trị liệu cá nhân, thiết kế chương trình giáo dục đặc biệt cho cá nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Khắc Viện (1999) *Tâm lý lâm sàng trẻ em Việt Minh*. Hà Nội: NXB Y học.
2. Tự kỉ- những vấn đề lý luận là thực tiễn- Nguyễn Thị Hoàng Yến- Nhà Xuất bản Đại học Sư Phạm Hà Nội, 2013.
3. Social & Communication Development in Autism Spectrum Disorders- Early Identification, Diagnosis, & Intervention- Tony Charman and Wendy Stone, The Guilford Press, New York London, 2008
4. Development through the Lifespan- Laura E. Berk, Illinois State University, USA 2006
5. Mạnh hơn cả lời nói- Jenny McCarthay- Nhà xuất bản Lao động- Xã hội 2009
6. Pretending to be normal- Living with Asperger's Syndrome- Liane Holliday Willey- Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia 2000
7. Autism and Asperger Syndrome- The facts- Simon Baron-Cohen- Oxford University Press 2008
8. Research for collaboration Model of Human Services 9- The current State of children with Autism Spectrum Disorder and their families in East Asia- Institute of Human Sciences, Ritsumeikan University. 2013
9. Autism: a very short introduction- Uta Frith, United States, Oxford University Press Inc., New York 2008
10. Adolescents on the Autism Spectrum- Chantal Sicile-Kira, Berkeley Publishing Group Penguin Group (USA) Inc. 2006
11. Sensational Kids- Lucy Jane Miller, Berkeley Publishing Group Penguin Group (USA) Inc. 2006
12. Autism and Asperger Syndrome- Simon Baron-Cohen, Oxford University Press Inc., New York, 2008.
13. American Psychiatric Association - APA (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR).
14. Eells, T. D. (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation* (2nd ed.). NYC: Guilford Press.
15. Jacobson, N.S., Schmaling, K. B., Holtzworth-Munroe, A., Katt, J. L., Wood, L. F., & Follette, V. M. (1989). Research-structured Vs Clinically Flexible Versions of Social Learning-Based Marital Therapy. *Behaviour Research and Therapy*. 27.2, 173 - 80.
16. Persons, J. B., Roberts, N. A., Zalecki, C. A., & Brechwald, W. A. G. (2006). "Naturalistic outcome of case formulation-driven cognitive-behavior therapy for anxious depressed outpatients". *Behaviour Research and Therapy*,

44,1041-1051.

17. Ryff, G. D. (1989). Happiness is everything or is it? Explorations on the meaning of the psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 7, No. 6, 1069 - 1081.

18. **Tarrier, N. (2006)**, Case formulation in cognitive behavior therapy: The treatment of challenging and complex cases. **NYC: Routledge.**

19. Weiner, I. B. & Greene R. L. (2008). *Handbook of personality assessment*. John Wiley & Sons, Inc.

TRANG WEB:

1. Autism Symptoms & Early Signs-What to look for in babies, Toddlers and Children- http://www.helpguide.org/mental/autism_signs_symptoms.htm

2. Learn the signs of Autism- <http://www.autismspeaks.org/what-autism/learn-signs>

3. Symptoms-

<http://www.mayoclinic.com/health/autism/DS00348/DSECTION>

4. Early red flags and warning signs of autism- <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=80625>

5. Autism Spectrum Disorders- Signs and Symptoms- <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/signs.html>

6. Living with autism - <http://www.autism.org.uk/living-with-autism/understanding-behaviour/anxiety-in-adults-with-an-autism-spectrum-disorder.aspx>

PHỤ LỤC 1

Bảng phân biệt giữa Hội chứng Asperger và các PDDs khác

Hội chứng Asperger	Tự kỉ, PDD-NOS
Có sự hoàn thiện về phát triển ngôn ngữ từ rất sớm	Có dấu hiệu khiếm khuyết hoặc chậm chễ về ngôn ngữ từ rất sớm
Nói chuyện một mình hoặc cực kỳ rườm rà trong cách nói chuyện	Hạn chế về ngôn ngữ và/hoặc ngôn ngữ dập khuôn (ví dụ: nhại lời, nhắc lại)
Không có khả năng điều chỉnh động lực giao tiếp xã hội theo chiều hướng giao tiếp một cách có hiệu quả	Giao tiếp xã hội thụ động- thích giám sát các bạn cùng trang lứa hơn là khởi xướng các tương tác
Có thể có điểm nhận thức ngôn ngữ có lời cao hơn ngôn ngữ phi lời nói-mặc dù nó không phải là đặc điểm chẩn đoán	Thường có điểm nhận thức ngôn ngữ phi lời nói cao hơn ngôn ngữ có lời
Các mối quan tâm hạn hẹp-toàn bộ mối quan tâm chỉ tập trung vào 1 chủ đề bao gồm việc sưu tầm các sự thật về chủ đề, và mối quan tâm này thường chiếm ưu thế và xâm lấn toàn bộ cuộc hội thoại.	Mối quan tâm hạn hẹp- cố định vào các đồ vật/bộ phim/các hành động và nó lặp đi lặp lại quá nhiều lần và họ rất khó để tách khỏi các mối quan tâm này.

PHỤ LỤC 2.

So sánh giữa DSM-4 và Đề xuất đặc điểm chẩn đoán cho Rối loạn phổ tự kỉ DSM-5

	DSM-IV	DSM-5
Phân loại	Rối loạn phát triển diện rộng	Rối loạn phổ tự kỉ
Phân loại nhóm nhỏ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rối loạn tự kỉ 2. Rối loạn Asperger 3. Rối loạn phát triển diện rộng, không có các đặc thù khác (PDD-NOS) 4. Rối loạn Rett 5. Rối loạn phi tích hợp thơ ấu 	Không
Phân loại theo triệu chứng	<ol style="list-style-type: none"> 1. Khiếm khuyết trong tương tác xã hội 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Thiếu hụt trong giao tiếp xã hội và tương tác xã hội
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Khiếm khuyết trong giao tiếp 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Có các mối quan tâm, các hành động hoặc các hành vi hạn chế lặp khuôn, lặp đi lặp lại
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Các hành vi, hành động, mối quan tâm hạn chế, lặp đi lặp lại 	<ol style="list-style-type: none"> 3.
Đặc điểm chẩn đoán	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rối loạn tự kỉ= có ít nhất 6 đặc điểm trong phân loại 3 nhóm nhỏ và ít nhất 2 trong số đó là về tương tác xã hội 2. Rối loạn Asperger= các triệu chứng trong tương tác xã hội và các hành vi lặp khuôn mà không có chậm chễ trong phát triển ngôn ngữ, nhận thức hay 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ASD= đòi hỏi có 3 đặc điểm trong giao tiếp xã hội và tương tác xã hội và ít nhất có hai trong 4 hình mẫu hành vi lặp khuôn và lặp đi lặp lại 2. Các triệu chứng phải thể hiện trong thời kỳ thơ ấu (ngay cả khi nó không thể hiện đầy đủ cho đến khi các đòi hỏi

	<p>điều các kỹ năng tự phục vụ trong 3 năm đầu đời nhưng không có đủ các đặc điểm của rối loạn tự kỉ</p> <p>3. PDD-NOS= khiếm khuyết về xã hội và các triệu chứng biểu hiện trong cả giao tiếp và/hoặc các hành vi lặp khuôn; nhưng không đủ các đặc điểm của Rối loạn tự kỉ</p>	<p>của giao tiếp xã hội vượt quá mức độ về chức năng tương tác xã hội của trẻ)</p>
--	--	--

PHỤ LỤC 3

Chẩn đoán theo DSM – V

DSM – V chính thức phát hành vào tháng 5/2013 với một số thay đổi trong quan điểm về tự kỉ nhằm đáp ứng nhu cầu nghiên cứu và thực tiễn về tự kỉ. 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. Trong luận án này, chúng tôi cập nhật tiêu chí chẩn đoán RLPTK theo DSM – V.

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 bền 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.

PHỤ LỤC 2.

Tiêu chuẩn chẩn đoán của phân loại bệnh tật quốc tế - 11(ICD - 11)

Trẻ nhỏ tự kỉ (Childhood autism)

A. Cho đến trước 3 tuổi, có ít nhất 1 trong các lĩnh vực dưới đây phát triển bất thường hoặc có các khuyết tật phát triển.

- (1) Sử dụng ngôn ngữ diễn đạt và ngôn ngữ tiếp nhận để giao tiếp trong cuộc sống xã hội
- (2) Phát triển gắn bó mang tính xã hội và tính lựa chọn, phát triển các hành động tương tác xã hội
- (3) Trò chơi chức năng và trò chơi tưởng tượng

B: Từ (1), (2), (3), tổng hợp lại thành 6 mục (thêm cả phần trên), trong đó từ (1) có 2 mục trở lên, từ (2), (3) bao gồm mỗi thứ một mục.

- (1) Những bất thường trong mối tương tác xã hội dưới đây, có ít nhất từ 2 mục trở lên, từ (2) và (3) bao gồm 1 mục trở lên.
- (a) Không có khả năng sử dụng thích hợp như là các phương pháp để điều khiển mối quan hệ tương tác xã hội như cử chỉ điệu bộ, hình dáng, ánh mắt.
 - (b) (Cho dù có được rất nhiều các cơ hội nhưng thích ứng ở tuổi phát triển) trong mối quan hệ với bạn bè, vừa không chia sẻ tương tác về tình cảm, hành động, sở thích, vừa không thể phát triển được đầy đủ.
 - (c) Khiếm khuyết trong các mối tương tác với người khác về mặt tình cảm và xã hội, có khiếm khuyết và lệch lạc trong phản ứng lại với tình cảm của người khác. Ngoài ra, không điều khiển được hành vi trong các tình huống xã hội, tổng hợp kém các hành động truyền đạt ý muốn, biểu lộ xúc cảm hay mang tính xã hội.
 - (d) Không chia sẻ niềm vui, sở thích và cảm giác thành công với người khác.

- (2) Những bất thường trong giao tiếp dưới đây, có ít nhất 1 mục.
- (a) Có các khiếm khuyết thông thường trong quá trình phát triển ngôn ngữ nói, không sử dụng cử chỉ điệu bộ bằng tay hay cơ thể để hỗ trợ trong giao tiếp.
 - (b) (Cho dù các khả năng ngôn ngữ thể hiện ở nhiều mức độ khác nhau) trong giao tiếp với người khác, việc mở đầu – kết thúc hội thoại cũng như tương tác cho và nhận, tiếp tục hội thoại theo cách thông thường luôn thất bại.

	<p>(c) Nói lặp lại và nói các từ khác lạ, nói đi nói lại các từ đơn hay một cấu trúc câu nào đặc biệt.</p> <p>(d) Nghèo nàn trong các trò chơi có luật và các trò chơi bất chước mang tính xã hội.</p>
(3)	<p>Bị giới hạn vào các kiểu hoạt động, hành động hay sở thích, nói lặp lại và mang tính bất thường dưới đây, có ít nhất 1 mục.</p> <p>(a) Ít hoặc nhiều và mang tính bất thường trong các kiểu sở thích bị giới hạn, hơn nữa các nội dung và đối tượng kể trên có sự khác thường; ngoài ra, mặc dù có nhiều sở thích và nội dung cũng như đối tượng của sở thích đều đúng nhưng các điểm về tính chất bị giới hạn hay quá mạnh cũng lại thể hiện sự bất thường.</p> <p>(b) Theo đuổi gắn kết chặt chẽ, rõ ràng với một cách thức hay một trình tự đặc biệt mà không có ý nghĩa.</p> <p>(c) Tay và chân vịn vào nhau, dùng toàn bộ cơ thể để làm các động tác phức tạp, vận động kỳ quặc các động tác lặp lại hoặc khác thường.</p> <p>(d) Kỹ lưỡng với các nhân tố không liên quan với tới các chức năng hoặc các phần của đồ chơi (ví dụ: mùi vị, cảm giác, âm thanh, các chấn động).</p>
<p>C: Đối tượng lâm sàng không phải là các nguyên nhân tiếp nhân tiếp theo. Hình thức thứ 2 của rối loạn phát triển lan tỏa là các vấn đề về tình cảm – xã hội của khuyết tật thứ phát đi cùng với các khuyết tật phát triển đặc trưng về ngôn ngữ tiếp nhận, khuyết tật gắn với các phản ứng và khuyết tật gắn với việc kiểm chế, bất kỳ các khuyết tật về hành vi không có xúc cảm đi cùng với chậm trễ thần kinh và những phân loại bệnh thần kinh xuất hiện sớm cũng như hội chứng Rett.</p>	

NHÓM HỘI CHỨNG ASPERGER (**Asperger's Syndrome**)

- A. Trong phát triển các khả năng nhận thức, ngôn ngữ tiếp nhận – ngôn ngữ biểu hiện, không có những chậm trễ cụ thể mang tính lâm sàng thông thường.

Các chẩn đoán đã cho thấy rằng, trẻ vẫn có thể sử dụng các từ đơn cho đến 2 tuổi, cũng như sử dụng được câu 2 từ (cụm từ) để truyền đạt ý muốn cho đến 3 tuổi, đây là những điều hết sức quan trọng. Xử lý các vấn đề gần gũi, có các hành vi thích ứng và hướng sự tò mò tới phạm vi xung quanh chính là việc phải nhìn nhận đúng mức độ phát triển trí tuệ từ lúc trẻ sinh cho đến 3 tuổi. Tuy nhiên, ít nhiều có sự chậm trễ về mặt vận động và vận động không khéo léo (tuy nhiên chẩn đoán không quan trọng). Các kỹ thuật đặc trưng là cần thiết, tuy nhiên sự thành tâm khác thường một cách thường xuyên có thể được nhìn nhận thấy và khi đó chẩn đoán cũng không quan trọng.

B. Những bất thường trong mối quan hệ tương tác xã hội (Tự kỉ và tiêu chuẩn đánh giá tương đồng)

- (a) Không có khả năng sử dụng thích hợp như là các phương pháp để điều khiển mối quan hệ tương tác xã hội như cử chỉ điệu bộ, hình dáng, ánh mắt.
- (b) (Cho dù có được rất nhiều các cơ hội nhưng thích ứng ở tuổi phát triển) trong mối quan hệ với bạn bè, vừa không chia sẻ tương tác về tình cảm, hành động, sở thích, vừa không thể phát triển được đầy đủ.
- (c) Khiếm khuyết trong các mối tương tác với người khác về mặt tình cảm và xã hội, có khiếm khuyết và lệch lạc trong phản ứng lại với tình cảm của người khác. Ngoài ra, không điều khiển được hành vi trong các tình huống xã hội, tổng hợp kém các hành động truyền đạt ý muốn, biểu lộ xúc cảm hay mang tính xã hội.
- (d) Không chia sẻ niềm vui, sở thích và cảm giác thành công với người khác (ví dụ như quan tâm tới đồ vật khác, thể hiện cho người khác biết, không biết chỉ tay để thể hiện).

C. Sở thích bị giới hạn hoặc là các kiểu hành động, mối quan tâm bất thường, có tính lặp lại và bị giới hạn (Tiêu chuẩn đánh giá tương đồng và Tự kỉ. Tuy nhiên không thường xuyên kỹ lưỡng với các yếu tố không phải là bản chất và các phần nhỏ của đồ chơi cũng như có các vận động khác lạ.

Trong các lĩnh vực được đưa ra dưới đây, có ít nhất 1 mục.

- (a) Ít hoặc nhiều và mang tính bất thường trong các kiểu sở thích bị giới hạn, hơn nữa các nội dung và đối tượng kể trên có sự khác thường; ngoài ra, mặc dù có nhiều sở thích và nội dung cũng như đối tượng của sở thích đều đúng nhưng các điểm về tính chất bị giới hạn hay quá mạnh cũng lại thể hiện sự bất thường.
- (b) Theo đuổi gắn kết chặt chẽ, rõ ràng với một cách thức hay một trình tự đặc biệt mà không có ý nghĩa.
- (c) Tay và chân vắn vào nhau, dùng toàn bộ cơ thể để làm các động tác phức tạp, vận động kỳ quặc các động tác lặp lại hoặc khác thường.
- (d) Kỹ lưỡng với các nhân tố không liên quan với tới các chức năng hoặc các phần của đồ chơi (ví dụ: mùi vị, cảm giác, âm thanh, các chấn động).

D. Khuyết tật có thể không dẫn đến hình thức thứ 2 của rối loạn phát triển lan tỏa, phân loại các loại bệnh đơn giản, khuyết tật về nhân cách, khuyết tật gắn với sự kiểm chế - phản ứng của thời kỳ trẻ nhỏ.

