

MỘT SỐ NHẬN XÉT VỀ KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU TEST LURIA - 90 TRÊN HỌC SINH TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý BẬC TRUNG HỌC CƠ SỞ (SỐ LIỆU PHÂN TÍCH DƯỚI GÓC ĐỘ TÂM LÝ HỌC THẦN KINH)

VÕ THỊ MINH CHÍ*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Tăng động giảm chú ý (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) - TĐGCV - là một mẫu hành vi kém thích nghi thường gặp ở trẻ. Đây là những đứa trẻ đặc biệt khó khăn khi phải tập trung chú ý vào công việc, chúng không thể ngồi yên, nói quá nhiều và thường nói lung tung không theo một chủ đề nhất định, hay dăng trí, rất khó khăn khi phải hoạt động, vui chơi... với những qui tắc bắt buộc. Mẫu hành vi kém thích nghi này không chỉ gây cản trở cho việc học tập của chính bản thân học sinh mà còn là sự phiền toái cho các học sinh khác trong lớp bởi dễ làm người khác bực mình.

Trên thế giới, tỉ lệ trẻ TĐGCV chiếm từ 3-5% trong số trẻ em ở Mỹ (theo nghiên cứu điều tra dịch tễ học của Hội Tâm lý học Mỹ - 1994) và chiếm khoảng 1,6% dân số ở Canada (Phrifer và Laprade, 1983). Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng tỉ lệ bé trai mắc phải TĐGCV nhiều hơn các bé gái từ 3-5 lần và cao gấp 5-10 lần trong số các bệnh nhi đến xin điều trị (Weiss, 1990).

2. Học sinh THCS ở vào lứa tuổi

thiếu niên. Sự cải tổ về nội tiết (hoóc môn) phức tạp và một số chức năng cơ bản khác của cơ thể diễn ra mạnh mẽ song không cân đối; không đồng bộ. Chẳng hạn, sự hoạt động tổng hợp của các tuyến nội tiết góp phần tạo nên sự tăng vọt về chiều cao và sự phát dục, các bắp thịt và lực của cơ tăng trưởng mạnh nhưng hệ cơ của các em lại chóng bị mệt mỏi hơn so với khả năng hoạt động của hệ cơ ở người lớn, hoặc như thể tích tim của trẻ thiếu niên tăng hơn, hoạt động của hệ thống tim mạch nói chung cũng tăng nhiều trong khi đường kính của các mạch máu lại phát triển chậm hơn. Đây chính là một trong số các lý do khiến trẻ ở tuổi thiếu niên hay phàn nàn về bị đau đầu, có cảm giác uể oải, mệt mỏi, tim đập nhanh. Do vậy, những tác động bất lợi về mặt sinh học hay xã hội ở thời kỳ này dễ dẫn đến những phát triển lệch lạc khác nhau, thậm chí có thể gây ra những biến đổi lớn, sai lệch trong lĩnh vực tư duy, đánh dấu sự khởi đầu của quá trình phân liệt.

*PGS.TS, Đại học Sư phạm Hà Nội.

Mặt khác, dưới góc độ cá thể phát sinh, lứa trẻ lớn lên phải trải qua các thời kỳ, giai đoạn có ý nghĩa với sự phát triển tâm lý chung của trẻ. Vào những thời điểm này, phần lớn các hệ thống tâm - sinh lý của trẻ đều trong trạng thái nhạy cảm với sự không ổn định của cơ thể. Điểm nhạy cảm ở tuổi thiếu niên rơi vào giai đoạn từ 11 đến 15 tuổi. Xác suất xuất hiện các rối loạn tâm lý đặc biệt cao (N. Iu. Macximova; E. L. Miluchina, 2000). Theo GS.TS Lê Đức Hình (2003), ở tuổi này khi trẻ bị mắc các bệnh thực thể như hen, viêm phế quản... cũng có thể là khởi nguồn dẫn đến các rối nhiễu tâm lý, hành vi, trong đó bao gồm cả TĐGCY. Nói cách khác, TĐGCY khi xuất hiện ở tuổi thiếu niên (học sinh THCS) thường mang tính thứ phát.

Rõ ràng là, việc phát hiện sớm, kịp thời rối nhiễu hành vi nói chung, TĐGCY nói riêng ở lứa tuổi THCS là rất cần thiết. Trên cơ sở này các nhà tâm lý liệu pháp sẽ có những tác động phù hợp với cơ chế gây TĐGCY, giúp cho những học sinh đã gặp rủi ro này có cơ hội "vượt cạn" trở về học tập bình

thường với các bạn đồng lứa tuổi.

Lý do nêu trên cũng là mục đích của việc nghiên cứu test Luria-90 trên học sinh TĐGCY.

II. KHÁCH THỂ VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Khách thể nghiên cứu: là 22 học sinh được chẩn đoán có rối nhiễu hành vi TĐGCY (trên tổng số 1023 học sinh đang học tại trường THCS Văn Yên (Hà Tây) và Nguyễn Trãi (Hà Nội) năm học 2001 - 2002).

Việc phát hiện ra 22 học sinh TĐGCY được tiến hành theo các bước:

- Thu thập số liệu từ 3 thang đánh giá của test Conners' (dành cho cha mẹ học sinh, dành cho giáo viên chủ nhiệm lớp và tự đánh giá của học sinh).

- Trên cơ sở phân loại triệu chứng TĐGCY (tiên phát và thứ phát) ở mức lứa tuổi thiếu niên, tiến hành phân tích định lượng theo triệu chứng và theo chỉ định của test Conners'. Từ đó, xác định các loại rối nhiễu hành vi TĐGCY ở học sinh.

Bảng 1: Kết quả chẩn đoán TĐGCY ở học sinh (Theo tiêu chí của DSM-IV)

Phân loại Tổng số	Thể tăng động chiếm ưu thế		Thể thiếu hụt chú ý chiếm ưu thế		Thể hỗn hợp	
	Nam	Nữ	Nam	Nữ	Nam	Nữ
22	3	0	3	8	8	0

2. Phương pháp nghiên cứu: là test Luria-90 (Kết quả thu được có kiểm định lại bằng bản ghi điện não).

Luria-90 là phương pháp mang tên nhà tâm lý học thần kinh nổi tiếng thế giới A.R. Luria, nhưng tác giả của nó lại là học trò của ông - nhà tâm lý

học thân kinh trẻ em E.G. Xemir-nhixkaia.

Mục đích của test Luria-90 là nhằm xác định các định khu não trong điều khiển hoạt động chức năng tâm lý cấp cao (CNTLCC) ở người. Xuất phát từ quan điểm cho rằng, mỗi CNTLCC là một hệ thống chức năng, bao gồm nhiều thành phần, định khu rải rác ở các vùng khác nhau trên não, cùng phối hợp hoạt động theo tôn chỉ, mục đích chung. Tính hệ thống trong điều khiển một CNTLCC cho thấy, bất kỳ một chức năng tâm lý "người" được thực thi do hoạt động điều khiển của toàn bộ não bộ. Do vậy, để xác định trạng thái làm việc của não có thể chỉ cần nghiên cứu một cách toàn diện một CNTLCC bất kỳ. Ở test Luria-90 CNTLCC được đề cập đến là trí nhớ.

Thực nghiệm nghiên cứu được triển khai thành 10 bước với từng khách thể độc lập. Thời gian nghiên cứu mỗi ca kéo dài từ 30-35 phút. Kết quả xử lý theo chỉ định của phương pháp⁽¹⁾.

III. PHÂN TÍCH KẾT QUẢ THU ĐƯỢC

Kết quả ghi nhớ tài liệu là từ ngữ (cụ thể xin tham khảo ở bảng 2).

Nhìn chung học sinh TĐGCY ở các dạng khác nhau đều có chung những đặc điểm chung là:

- + Khối lượng ghi nhớ không cao.
- + Độ bền ghi nhớ thấp.
- + Ức chế gián tiếp do giao thoa tài liệu cao.
- + Khả năng tái hiện tài liệu sau củng cố thấp.
- + Trật tự tái hiện tài liệu lộn

xộn.

Tuy nhiên, trong 3 dạng TĐGCY trên, hình ảnh lâm sàng trong ghi nhớ từ ngữ của học sinh dạng hỗn hợp và thể tăng động chiếm ưu thế có nhiều điểm trùng hợp. Còn ở nhóm thiếu hụt chú ý có những nét đặc trưng riêng. Chẳng hạn trên 50% học sinh ở nhóm này có khối lượng ghi nhớ nằm trong giới hạn bình thường, song độ bền ghi nhớ quá kém (điểm số đạt tới 6, 7 ở chỉ tiêu này). Khả năng nhận lại của học sinh nhóm này tốt hơn so với khách thể các nhóm trên.

Kết quả ghi nhớ chữ cái và các hình thể (được hiển thị ở bảng 3): Những đặc điểm chung của trẻ TĐGCY ở hình thức ghi nhớ này là:

- + Khối lượng ghi nhớ chữ cái ở đại đa số học sinh (15/22 em) đều ở giới hạn bình thường, trong khi khối lượng ghi nhớ hình thể ở mức rất kém (18/22 em không đạt yêu cầu).
- + Độ bền và ức chế gián tiếp đều thấp so với lứa tuổi.
- + Trật tự tái hiện tài liệu ghi nhớ bị xáo trộn.

Ở dạng ghi nhớ này, hình ảnh lâm sàng của trẻ TĐGCY thể hỗn hợp và tăng động chiếm ưu thế có nhiều điểm trùng hợp. Ở nhóm trẻ thiếu hụt chú ý chiếm ưu thế, sự ghi nhớ tài liệu thể hiện tính đa dạng hơn và ngay trong nhóm cũng có sự phân hoá và được thể hiện rất rõ ở việc định khu các vùng não "có vấn đề" khác nhau theo chỉ định của Luria-90.

Khi phân tích các lỗi (số lượng và dạng lỗi), theo kết quả bảng 4, cho thấy lỗi ghi nhớ mà học sinh

Bảng 2: Kết quả tái hiện tài liệu là từ ngữ

Chỉ số	Khối lượng ghi nhớ		Độ bền ghi nhớ		Ức chế gián tiếp		Nhận biết		Tái hiện sau củng cố		Trật tự từ	
	** 0-1	2	0-1	>2	0-1	>2	0-1	2	0-1	>2	0	1
Mức điểm												
Các dạng TĐGCY												
Hỗn hợp	4	4	2	6	1	7	0	8	2	6	0	8
Tăng động	2	1	1	2	0	3	0	3	0	3	0	3
Thiếu hụt chú ý	6	5	3	8	2	9	0	11	0	11	1	10

Ghi chú: * Mức 0-1: Giới hạn bình thường cho phép

(Riêng trật tự từ: Không đảo lộn trật tự

1: có đảo lộn trật tự)

Mức ≥ 2 : Quá giới hạn lứa tuổi

** Con số ghi ở cột điểm là số học sinh đạt ở mức đó.

Bảng 3: Các lỗi trong ghi nhớ và hiện trạng của chức năng chuyển đổi bán cầu

Các loại lỗi	Các lỗi					Chuyển bán cầu *		
	Không gian	Tính ý	Chấp đầu đuôi	Kiểm tra lựa chọn	Loạn ngôn (âm, từ)	0	1	2
Dạng TĐGCY								
Hỗn hợp	5	5	2	6	6	7	1	
Tăng động	2	3	2	3	3	3	0	
Thiếu hụt chú ý	5	5	4	5	7	9	1	1

* Các mức độ: 0 - đã chuyển hoàn toàn

1- đã chuyển ưu thế bán cầu phải

2- đã chuyển ưu thế bán cầu trái

Bảng 4: Kết quả ghi nhớ chữ cái và hình thể

CHỈ SỐ Mức điểm Dạng TĐGCY	CHỮ CÁI						HÌNH THỂ						TRẬT TỰ			
	Khối lượng ghi nhớ		Độ bền ghi nhớ		Ức chế gián tiếp		Khối lượng ghi nhớ		Độ bền ghi nhớ		Yêu cầu gián tiếp		Chữ		Hình	
	0-1	≥ 2	0-1	≥ 2	0-1	≥ 2	0-1	≥ 2	0-1	≥ 2	0-1	≥ 2	0	1	0	1
Hỗn hợp	8	0	8	0	7	1	3	5	2	6	4	4	5	3	3	5
Tăng động	3	0	3	0	1	2	0	3	0	1	1	2	1	2	1	2
Thiếu hụt chú ý	8	3	7	4	4	7	4	7	6	5	5	6	5	6	4	7

➤ TĐGCY mắc phải rất đa dạng, việc chuyển chức năng bán cầu đã hoàn thiện ở 19/22 em (còn ở 3 học sinh chức năng này chưa chuyển hoàn toàn). Theo quan sát lâm sàng cũng như kết quả khám chuyên khoa tâm - thần kinh (do GS.TS y khoa, bác sỹ Lê Đức Hình thực hiện) không phát hiện thấy ở những học sinh nghiên cứu có dấu hiệu tổn thương các vùng não dẫn đến các lỗi về định hướng không gian hay tri giác từ ngữ không chuẩn. Do vậy, nguyên nhân dẫn đến các lỗi này là do thái độ, hành vi làm việc của các em: không chú ý vào công việc, lời nhắc nhở không có tác dụng cho học sinh định hướng vào công việc, không điều khiển được hành vi một cách có ý thức (chẳng hạn để ghi nhớ thay vì ngồi ngay ngắn, im lặng thì học sinh ngồi rung đùi, tay cầm bút ngoáy lung tung v.v...).

Từ kết quả thu được về định lượng ở các bảng 2, 3, 4, qua phân tích định tính, nhóm học sinh TĐGCY có thể xếp thành các nhóm "định khu" như sau:

Nhóm 1: gồm những học sinh có dấu hiệu chưa hoàn thiện chức năng vùng trán. Thuộc nhóm này là các em ở nhóm TĐGCY thể hỗn hợp và tăng động chiếm ưu thế. Điểm đặc trưng của nhóm là khả năng ghi nhớ thấp, độ bền ghi nhớ kém trong khi việc bị ức chế do giao thoa tài liệu cao, trật tự ghi nhớ từ bị đảo lộn. Các lỗi ghi nhớ mắc phải là tính ì chậm luân chuyển, không có khả năng kiểm tra, kiểm soát công việc, không có tính lựa chọn những tín hiệu cần ghi nhớ.

Những biểu hiện trên thường gặp trong các tài liệu về tâm lý học thần

kinh khi nói về rối nhiễu hành vi, trong đó bao gồm cả hành vi nhận thức của trẻ. Hành vi của trẻ này không được điều khiển bởi một chiến lược xuyên suốt, thiếu tính mục đích nên diễn ra lộn xộn, nhưng học sinh lại rất dễ có phản ứng âm tính với nhiệm vụ phải thực thi, nhất là trong các tình huống như làm sai phải làm lại, hoặc gặp phải các dạng bài tập mới lạ. Thực tế, học sinh thường từ chối thực thi công việc dưới nhiều hình thức khác nhau. Đặc biệt, khi được nhắc nhở bằng lời nói, học sinh vẫn không thay đổi hành vi không "chuẩn" của mình, mặc dù hỏi học sinh cần phải làm gì như đã được nhắc, các em tái hiện lại "lời nhắc" không sai.

Nhóm 2: gồm 8 học sinh được chẩn đoán TĐGCY thể thiếu hụt chú ý. Nhóm này được chia thành 2 tiểu nhóm.

Tiểu nhóm 2.1: thiếu hụt chú ý do tổn thương vỏ trán nền - giữa. Có nhiều điểm tương đồng giữa tiểu nhóm 2.1 với nhóm 1 nêu trên về ghi nhớ. Song điểm nổi trội của 2.1 là rất dễ bị phân tán bởi các kích thích phụ diễn ra xung quanh và "đổi hướng" công việc theo các kích thích đó.

Khối lượng ghi nhớ của học sinh tiểu nhóm 2.1 thường đạt ở mức rất thấp; chủ yếu dẫn đến kết quả này là do học sinh không chú ý tập trung vào công việc: mỗi khi được "củng cố" bằng cách xem lại mẫu chữ, hình thể, nghe lại từ cần tái hiện, học sinh vẫn tái hiện lặp lại kết quả đã có, không bổ sung gì thêm, chỉ khi được nhắc nhở cần phải tái hiện hết các kích thích đã cho thì các em mới như "thức tỉnh" để làm bài. Rõ ràng ghi nhớ kém ở đây không phải do nhận thức kém của học sinh.

Tiểu nhóm 2.2: Ở tiểu nhóm này học sinh thường đạt khối lượng ghi nhớ cao. Nhưng trong điều kiện ghi nhớ có giao thoa thì lập tức kết quả tái hiện "roi xuống" mức thấp, thậm chí rất thấp. Trong khi làm việc học sinh có dấu hiệu nhanh mệt mỏi, hay ngáp vặt, ngồi gục đầu xuống bàn, hay than phiền là đau đầu, nhưng khi được động viên kịp thời và sát sao học sinh cũng có thể hoàn thành được công việc đó ở mức chấp nhận được, tuy nhiên thời gian hoàn thành công việc thường kéo dài hơn từ 10-20 phút so với học sinh bình thường làm cùng công việc.

Những đặc điểm nêu trên đều có thể gặp trong các nghiên cứu về tâm lý học thần kinh (A.R. Luria, E.D. Khomxkaia và cộng sự) khi mô tả về các trường hợp bệnh lý, liên quan đến những phần trên thân não và hệ limbic - hay còn gọi là các vùng sâu thuộc dưới vỏ não.

*

* *

Có thể nhận thấy rằng, phương pháp Luria - 90 nghiên cứu trên học sinh TĐGCY, dưới góc độ tâm lý học thần kinh đã đưa ra những hình ảnh lâm sàng tỉ mỉ, đầy đủ về khách thể nghiên cứu. Các đặc điểm liên quan định khu các vùng não với rối nhiễu hành vi tương ứng là điều kiện, là thông tin bổ ích giúp cho các nhà trị liệu lựa chọn những phương pháp tác động phù hợp, giúp học sinh có cơ hội mau chóng trở lại học tập và sinh hoạt bình thường với cộng đồng lứa tuổi.♣

Chú thích

1. Điểm số càng cao thì kết quả càng kém (0 điểm là mức tốt nhất).

VIỆN TÂM LÝ HỌC...

(Tiếp theo trang 9)

Nhân văn Quốc gia và Viện Khoa học xã hội Việt Nam qua các thời kỳ, tới toàn thể các đồng chí cán bộ của Viện. Với niềm tự hào chính đáng, chúng ta hoàn toàn có cơ sở để tin rằng, sau 5, 10 năm nữa, Viện chúng ta sẽ có bước trưởng thành vượt bậc, xứng đáng là một Viện nghiên cứu của Viện Khoa học xã hội Việt Nam và là một Viện nghiên cứu đầu ngành tâm lý học của cả nước. ♣

THỦ BÀN VỀ

TÂM LÝ NÔNG DÂN VIỆT

(Tiếp theo trang 20)

biết là nên đi đến đâu. Khởi nghĩa Tây Sơn, mà có lúc chúng ta đã vì tôn vinh mà gọi là cách mạng Tây Sơn, cũng không thể là cách mạng. Người ưu tú, rất vĩ đại như Nguyễn Huệ, cũng chỉ có cách là leo lên ngai vàng, lập lại chế độ phong kiến mà thôi. Câu chuyện bế quan toả cảng, mà ta qui tội cho triều Nguyễn thật ra chỉ vì cái tâm chiến lược của nông dân Việt Nam ta lúc đó bị hạn chế. Nông dân có khả năng trí thức hoá, nhưng thời đại ấy chưa cho nông dân được cái tri thức của tư bản chủ nghĩa hay xã hội chủ nghĩa. Vấn đề còn được thấy cả ở thời kỳ hiện đại. Tiến hành cuộc cải cách ruộng đất Đảng đã phải đề ra chủ trương sửa sai. Cái sai này chính là do tư tưởng nông dân mà có. ♣