

GIÁO TRÌNH

MÔN HỌC: CÔNG TÁC XÃ HỘI VỚI TRẺ TỰ KỶ

NGÀNH, NGHỀ: CÔNG TÁC XÃ HỘI

TRÌNH ĐỘ: CAO ĐẲNG

Năm 2025

MỤC LỤC

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT.....	iv
TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN	v
LỜI GIỚI THIỆU	vi
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN VỀ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ	8
1. Rối loạn phổ tự kỷ	8
1.1. Hội chứng Asperger	10
1.2. Hội chứng Rett	11
1.3. Hội chứng thoái triển trẻ em	12
1.4. Các rối loạn phát triển không đặc hiệu khác.....	13
2. Rối loạn phổ tự kỷ điển hình.....	13
2.1. Các dấu hiệu của rối loạn phổ tự kỷ điển hình	13
2.2. Các rối loạn đi kèm với rối loạn phổ tự kỷ điển hình.....	15
2.3. Tỷ lệ mắc rối loạn phổ tự kỷ.....	15
2.4. Nguyên nhân gia tăng tỷ lệ mắc rối loạn phổ tự kỷ.....	16
CHƯƠNG 2: NGUYÊN NHÂN VÀ ĐỘ NẶNG CỦA RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ	19
1. Nguyên nhân liên quan đến thời kỳ phát triển sớm của trẻ	20
1.1. Nguyên nhân xảy ra trước khi sinh.....	20
1.2. Nguyên nhân trong và sau khi sinh.....	21
2. Bệnh do gen, di truyền	22
2.1. Một số bằng chứng về vai trò của yếu tố di truyền.....	23
2.2. Cơ chế tác động của gen đến rối loạn phổ tự kỷ.....	23
3. Những nghiên cứu gần đây về chế độ dinh dưỡng có liên quan đến nguy cơ rối loạn phổ tự kỷ.....	24
3.1. Ảnh hưởng của dinh dưỡng trong thời kỳ mang thai.....	24
3.2. Ảnh hưởng của dinh dưỡng sau khi sinh	25
4. Đánh giá mức độ nặng của rối loạn phổ tự kỷ	25
4.1. Mức độ nhẹ	25
4.2. Mức độ vừa/trung bình.....	27
4.3. Mức độ nặng	28
CHƯƠNG 3: MỘT SỐ KHÁC BIỆT TRONG PHÁT TRIỂN Ở TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ.....	33
1. Đặc điểm trí nhớ.....	34

1.1. Đặc điểm trí nhớ của trẻ bình thường (không mắc tự kỷ)	34
1.2. Đặc điểm trí nhớ của trẻ rối loạn phổ tự kỷ	35
2. Khả năng học và áp dụng kỹ năng mới.....	36
2.1. Khả năng học và áp dụng kỹ năng mới ở trẻ bình thường.....	36
2.2. Khả năng học và áp dụng kỹ năng mới ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ	38
3. Khả năng tập trung và chú ý.....	40
3.1. Khả năng tập trung, chú ý ở trẻ bình thường (không mắc rối loạn phổ tự kỷ)	40
3.2. Khả năng tập trung, chú ý ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ	41
4. Hội chứng thiên tài.....	43
4.1. Hội chứng thiên tài là gì?	43
4.2. Các lĩnh vực mà trẻ rối loạn phổ tự kỷ có thể có năng khiếu đặc biệt	43
4.3. Đặc điểm hội chứng thiên tài ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ	44
4.4. Một số trường hợp nổi bật về hội chứng thiên tài ở người rối loạn phổ tự kỷ.....	44
CHƯƠNG 4: PHÁT HIỆN SỚM TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ.....	49
1. Tầm quan trọng của việc phát hiện sớm, can thiệp sớm trẻ rối loạn phổ tự kỷ	49
1.1. Khái niệm	49
1.2. Ý nghĩa của việc phát hiện sớm	50
2. Đối tượng sàng lọc phát hiện sớm trẻ rối loạn phổ tự kỷ	51
2.1. Đối tượng thuộc diện sàng lọc	51
2.2. Quy trình sàng lọc phát hiện sớm, can thiệp sớm.....	53
3. Giới thiệu một số công cụ phát hiện sớm trẻ rối loạn phổ tự kỷ	56
3.1. Công cụ chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ ADOS.	56
3.2. Công cụ phỏng vấn chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised).....	56
3.3. Thang đánh giá tự kỷ ở trẻ em CARS.....	56
3.4. Bảng đánh giá sàng lọc tự kỷ cho trẻ em M-CHAT.	56
3.5. Công cụ đánh giá phát triển và hành vi VABS (The Vineland Adaptive Behavior Scales).....	57
3.6. Trắc nghiệm giao tiếp và phát triển rối loạn phổ tự kỷ SCQ (Social Communication Questionnaire).	57
3.7. Đánh giá chuyên môn phát triển 3Di (Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview).....	57
CHƯƠNG 5: CAN THIỆP SỚM TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ.....	60

1. Can thiệp sớm trẻ rối loạn phổ tự kỷ	60
1.1. Khái niệm	60
1.2. Ý nghĩa và mục tiêu của việc can thiệp sớm	61
2. Một số điều cần biết khi can thiệp sớm trẻ rối loạn phổ tự kỷ	62
2.1. Sớm và kịp thời	62
2.2. Cá nhân hóa can thiệp	62
2.3. Toàn diện, đa ngành	62
2.4. Tập trung vào kỹ năng giao tiếp	63
2.5. Sử dụng kỹ thuật dạy học đặc biệt	63
2.6. Tập trung vào gia đình	63
2.7. Áp dụng các hoạt động hàng ngày	63
2.8. Kiên nhẫn và liên tục	64
3. Nội dung can thiệp.....	64
3.1. Can thiệp về kỹ năng giao tiếp (ngôn ngữ và phi ngôn ngữ).....	64
3.2. Can thiệp về hành vi.....	64
3.3. Can thiệp về kỹ năng xã hội.....	65
3.4. Can thiệp về kỹ năng tự chăm sóc và sống độc lập	65
3.5. Can thiệp về kỹ năng học tập	66
3.6. Can thiệp về kỹ năng quản lý cảm xúc	66
4. Sự tham gia của cha mẹ	67
5. Chương trình can thiệp.....	69
5.1. Chương trình can thiệp mức độ nhẹ.....	69
5.2. Chương trình can thiệp mức độ vừa/trung bình.....	70
5.3. Chương trình can thiệp mức độ nặng.....	71
5.4. Các kỹ thuật can thiệp sớm	73
ĐÁP ÁN THAM KHẢO	90
TÀI LIỆU THAM KHẢO	100

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

TT	Ký hiệu chữ viết tắt	Chữ viết đầy đủ
1	ABA	Applied Behavior Analysis: Phân tích hành vi ứng dụng
2	ADOS	Autism Diagnostic Observation Schedule: Bảng quan sát chẩn đoán tự kỷ
3	ASQ	Ages and Stages Questionnaires: Bộ câu hỏi đánh giá độ tuổi và giai đoạn phát triển
4	CARS	Childhood Autism Rating Scale: Thang đánh giá tự kỷ ở trẻ em
5	CDD	Childhood Disintegrative Disorder: Hội chứng thoái triển trẻ em
6	DIR	Developmental Individual - Difference Relationship-based Model: Phương pháp Floortime
7	DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: Cẩm nang chẩn đoán và thống kê rối loạn tâm thần
8	M-CHAT	Modified Checklist for Autism in Toddlers: Bảng đánh giá sàng lọc tự kỷ cho trẻ em
9	NDBI	Naturalistic Developmental Behavioral Interventions: Can thiệp dựa vào môi trường tự nhiên
10	PDD-NOS	Pervasive Developmental Disorder: Not Otherwise Specified: Rối loạn phát triển không đặc hiệu
11	PECS	Picture Exchange Communication System: Hệ thống giao tiếp bằng tranh ảnh
12	RLPTK	Rối loạn phổ tự kỷ
13	SIT	Sensory Integration Therapy: Trị liệu cảm giác

TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN

Tài liệu này thuộc loại sách giáo trình nên các nguồn thông tin có thể được phép dùng nguyên bản hoặc trích dùng cho các mục đích về đào tạo và tham khảo.

Mọi mục đích khác mang tính lệch lạc hoặc sử dụng với mục đích kinh doanh thiếu lành mạnh sẽ bị nghiêm cấm.

LỜI GIỚI THIỆU

Rối loạn phổ tự kỷ (ASD - Autism Spectrum Disorder) là một trong những rối loạn phát triển có ảnh hưởng sâu sắc đến khả năng giao tiếp, tương tác xã hội và hành vi của trẻ. Trong những năm gần đây, tỷ lệ trẻ em rối loạn phổ tự kỷ gia tăng nhanh chóng đã đặt ra nhu cầu cấp thiết về các dịch vụ hỗ trợ chuyên nghiệp, trong đó công tác xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc can thiệp, hỗ trợ và tạo điều kiện cho trẻ hòa nhập xã hội.

Nhằm đáp ứng nhu cầu đào tạo và cung cấp tài liệu tham khảo chuyên sâu, cuốn giáo trình "Công tác xã hội với trẻ tự kỷ" được biên soạn với mục tiêu cung cấp kiến thức nền tảng và kỹ năng thực hành cho sinh viên, nhà giáo, giảng viên, nhân viên công tác xã hội cũng như những cá nhân quan tâm đến lĩnh vực này. Giáo trình là một phần quan trọng trong chương trình đào tạo công tác xã hội trình độ cao đẳng, đại học giúp trang bị cho người học những phương pháp tiếp cận, can thiệp hiệu quả và phù hợp với trẻ em rối loạn phổ tự kỷ và gia đình.

Giáo trình được biên soạn dựa trên sự tham khảo từ nhiều nguồn tài liệu uy tín trong nước và quốc tế, bao gồm các nghiên cứu khoa học, báo cáo chuyên đề và tài liệu hướng dẫn thực hành. Nội dung giáo trình được xây dựng theo hướng tiếp cận lý thuyết kết hợp với thực tiễn, nhằm giúp người học không chỉ hiểu rõ về trẻ em rối loạn phổ tự kỷ mà còn có khả năng áp dụng vào thực tế công tác xã hội.

Cấu trúc giáo trình bao gồm các nội dung chính như: Tổng quan về trẻ em rối loạn phổ tự kỷ; Nguyên nhân và độ nặng của trẻ em rối loạn phổ tự kỷ; Một số khác biệt phát triển trẻ em rối loạn phổ tự kỷ; Phát hiện sớm trẻ em rối loạn phổ tự kỷ; Can thiệp sớm trẻ em rối loạn phổ tự kỷ, các kỹ thuật can thiệp sớm.

Quá trình biên soạn giáo trình đã nhận được sự hỗ trợ từ nhiều cơ quan, đơn vị và cá nhân. Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn các nhà giáo, giảng viên, nhà nghiên cứu và nhân viên công tác xã hội đã chia sẻ kinh nghiệm thực tiễn, giúp giáo trình trở nên gần gũi và ứng dụng hiệu quả hơn. Hiện nay đang tồn tại nhiều thuật ngữ về tự kỷ như: "Tự kỷ"; "Rối loạn phổ tự kỷ"; "Chứng tự kỷ"; "Rối loạn tự kỷ"; "Hội chứng tự kỷ".... Để thống nhất trong cách hiểu và sử dụng, ở giáo trình này chúng tôi lựa chọn dùng cụm từ "Rối loạn phổ tự kỷ".

Hy vọng rằng giáo trình này sẽ là tài liệu hữu ích, góp phần nâng cao chất lượng đào tạo và thực hành công tác xã hội với trẻ em rối loạn phổ tự kỷ tại các trường đại học, cao đẳng. Chúng tôi mong nhận được những đóng góp, phản hồi để tiếp tục hoàn thiện trong những lần biên soạn tiếp theo.

THAM GIA BIÊN SOẠN

1. Chủ biên: ThS Võ Mạnh Tuấn

2. Thành viên: ThS Nguyễn Thị Bích Hạnh; ThS Nguyễn Hương Giang; ThS Nguyễn Thị Hà; ThS Nguyễn Thị Hiền

GIÁO TRÌNH MÔN HỌC

TÊN MÔN HỌC: CÔNG TÁC XÃ HỘI VỚI TRẺ TỰ KỶ

Mã môn học:

Vị trí, tính chất và vai trò của môn học:

- Vị trí: Có thể bố trí dạy sau các môn học sau các môn học cơ sở.
- Tính chất: Là môn học chuyên môn ngành, nghề công tác xã hội.
- Vai trò của môn học trong chương trình: Có ý nghĩa và vai trò quan trọng trong việc cung cấp một phần kiến thức, kỹ năng ngành, nghề công tác xã hội.

Mục tiêu của môn học:

1. Về kiến thức:

- Sinh viên trình bày được các kiến thức đại cương về rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK), nguyên nhân, một số khác biệt về phát triển của trẻ RLPTK.
- Giải thích được các phương pháp phát hiện sớm, can thiệp sớm với trẻ RLPTK.
- Phân tích được các phương pháp, quy trình, kỹ thuật phát hiện và can thiệp sớm cho trẻ RLPTK.

2. Về kỹ năng:

- Thao tác được các kỹ thuật về đánh giá mức độ RLPTK, phát hiện sớm và can thiệp sớm trong một số trường hợp RLPTK ở trẻ;
- Đánh giá và đề xuất được một số chương trình can thiệp sớm cho trẻ RLPTK.

3. Về mức độ tự chủ và trách nhiệm:

Làm việc chuyên nghiệp, tôn trọng và chấp nhận, kiên trì trong việc giúp trẻ RLPTK hòa nhập cuộc sống.

NỘI DUNG CỦA MÔN HỌC

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN VỀ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

GIỚI THIỆU

RLPTK là một rối loạn phát triển thần kinh ảnh hưởng đến giao tiếp, tương tác xã hội và hành vi của trẻ em ngay từ những năm đầu đời. Đây không phải là một căn bệnh mà được hiểu như là một tình trạng kéo dài suốt đời, với mức độ biểu hiện rất khác nhau ở từng cá nhân. Trẻ RLPTK có thể gặp khó khăn trong việc sử dụng ngôn ngữ, thể hiện cảm xúc, duy trì các mối quan hệ xã hội và thích nghi với môi trường xung quanh.

Tỷ lệ trẻ được chẩn đoán mắc RLPTK đang có xu hướng gia tăng trên toàn cầu. Sự hiểu biết về nguyên nhân và cách hỗ trợ trẻ RLPTK cũng ngày càng được nghiên cứu sâu rộng, giúp cộng đồng có cái nhìn đúng đắn hơn về tình trạng này. Trong đó, công tác xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ trẻ RLPTK và gia đình tiếp cận các nguồn lực cần thiết, phát triển các kỹ năng sống và hòa nhập cộng đồng.

Chương này sẽ cung cấp một cái nhìn tổng quan về RLPTK, bao gồm khái niệm, đặc điểm chính của trẻ RLPTK, nguyên nhân và các phương pháp chẩn đoán. Đây sẽ là nền tảng quan trọng giúp người làm công tác xã hội hiểu rõ hơn về đối tượng mà họ hỗ trợ, từ đó xây dựng các chiến lược can thiệp và giúp đỡ hiệu quả hơn.

MỤC TIÊU

Sau khi học xong chương này, người học có khả năng:

1. Trình bày được những quan niệm về bản chất của RLPTK; Các dấu hiệu của RLPTK; Những rối loạn khác đi kèm với RLPTK. Phân biệt được phổ tự kỷ điển hình với các dạng rối loạn phổ tự kỷ.
2. Khai thác có hiệu quả chương trình, giáo trình, tài liệu tham khảo. Nhận biết được các dạng rối loạn phổ tự kỷ.
3. Người học tích cực tự học, tự nghiên cứu. Có thái độ đúng mực với trẻ RLPTK và gia đình trẻ.

NỘI DUNG

1. Rối loạn phổ tự kỷ

Trẻ em bị RLPTK có phải là trẻ bị mắc chứng rối loạn tâm thần không? Đây là câu hỏi mà nhiều cha mẹ và những nhà giáo dục trước kia đã đặt ra. Thậm chí người ta còn xếp RLPTK vào nhóm tâm thần trẻ em do những hành vi

và phát triển bất thường ở trẻ. Ví dụ: Năm 1911, tác giả Bleuler đã cho rằng tự kỷ không thể tách khỏi nhưng có thể là hậu quả thứ phát của tâm thần.

Tới năm 1943, Leo Kanner mô tả RLPTK như một chứng rối loạn tâm thần hiếm gặp ở trẻ em, thường xuất hiện sau 2 tuổi rưỡi và coi đó như đối tượng của điều trị y học. Cuối những năm 50, và đặc biệt những năm 60 của thế kỷ 20, quan niệm về RLPTK đã thay đổi rõ rệt. Những luận thuyết về bản chất sinh học của RLPTK được quan tâm. Bernard Rimland (1964) và một số nhà nghiên cứu khác (thời kỳ 1960-1970) cho rằng nguyên nhân của RLPTK là do những thay đổi của cấu trúc lưới trong bán cầu não trái, hoặc do những thay đổi về sinh hóa và chuyển hóa ở những đối tượng này. Vì vậy, những trẻ RLPTK không có khả năng nối kết các kích thích thành kinh nghiệm của bản thân; không giao tiếp được vì thiếu khả năng khái quát hóa những điều cụ thể. Từ đó, quan niệm được nhiều chuyên gia y tế chấp nhận trong một thời gian dài đó là một bệnh lý thần kinh đi kèm với tổn thương chức năng của não. Quan niệm này được chấp nhận cho tới tận năm 1999 tại Hội nghị toàn quốc về RLPTK của Mỹ.

Sau Hội nghị này, các chuyên gia (đặc biệt của bang New York) cho rằng tự kỷ nên xếp vào nhóm các rối loạn phát triển lan toả. Theo đó, *“RLPTK là một hội chứng thần kinh-hành vi bị gây ra do bất thường chức năng của hệ thần kinh gây nên các rối loạn phát triển”*. (1)

Như vậy, những hiểu biết và quan niệm hiện nay về bản chất, căn nguyên của RLPTK chưa hẳn đã rõ ràng mặc dù đã có những thay đổi rõ rệt trong nhận thức và phương pháp can thiệp. Rất nhiều trường hợp trẻ sinh ra và phát triển cho tới 18 tháng có vẻ bình thường, các dấu hiệu bệnh lý chỉ xuất hiện sau đó. Cho nên quá trình tìm hiểu về bản chất của dạng khuyết tật phát triển ở trẻ em này vẫn đang được tiến hành.

Có thể thấy rằng trẻ RLPTK có các kỹ năng giao tiếp, kỹ năng xã hội hoặc hành vi lệch lạc nhưng khi can thiệp sớm (từ dưới 3 tuổi) trẻ có thể học và phát triển gần giống với trẻ bình thường, trừ những trường hợp trẻ bị chậm phát triển trí tuệ nặng hoặc RLPTK rất nặng. Như vậy, bản chất của RLPTK là kém hoặc thiếu phát triển các kỹ năng kể trên.

Những biểu hiện của RLPTK khá đa dạng và có mức độ khác nhau. Do vậy, có những trẻ bị nhẹ thường được phát hiện muộn khi đang ở tiểu học. Ngược lại có những trẻ bị nặng, thể điển hình có thể được cha mẹ phát hiện và đưa đi khám sớm ngay từ lúc 12-18 tháng tuổi. Bên cạnh đó, có một số chứng rối loạn phát triển ở trẻ em cũng có biểu hiện tương tự như RLPTK.

RLPTK cần được phân biệt với một số hội chứng rối loạn phát triển khác. Theo phân loại của Hội Tâm thần Mỹ, có 5 nhóm thuộc RLPTK, bao gồm:

- Hội chứng Asperger;
- Rối loạn phổ tự kỷ điển hình;
- Hội chứng Rett;
- Hội chứng thoái triển trẻ em;
- Các rối loạn phát triển không đặc hiệu khác.

Trong nhóm các RLPTK này thì chứng Asperger có các biểu hiện nhẹ nhất so với các trường hợp còn lại.

1.1. Hội chứng Asperger

Hội chứng Asperger (*Asperger's Syndrome*) là một dạng rối loạn phát triển thần kinh thuộc RLPTK, được đặc trưng bởi khó khăn trong giao tiếp xã hội, sở thích hẹp và hành vi lặp đi lặp lại. Khác với các dạng khác, người mắc hội chứng Asperger thường có trí tuệ bình thường hoặc cao hơn mức trung bình và không có sự chậm trễ đáng kể trong phát triển ngôn ngữ.

Hội chứng Asperger được đặt theo tên của bác sĩ nhi khoa người Áo Hans Asperger, người đã mô tả nó vào năm 1944. Ông quan sát thấy một nhóm trẻ có khả năng tư duy logic mạnh, nhưng lại gặp khó khăn trong giao tiếp xã hội và có hành vi lặp lại. Mãi đến năm 1981, thuật ngữ "*Hội chứng Asperger*" mới được công nhận rộng rãi nhờ công trình của nhà nghiên cứu Lorna Wing.

Đặc điểm của hội chứng Asperger

- Khó khăn trong giao tiếp xã hội
- + Gặp khó khăn trong việc hiểu cảm xúc, biểu cảm của người khác.
- + Không giỏi duy trì hội thoại hai chiều, thường nói về chủ đề mình quan tâm mà không để ý đến phản ứng của người đối diện.
- + Khó nhận biết ngôn ngữ cơ thể, giọng điệu hoặc biểu cảm khuôn mặt.
- Hành vi và sở thích đặc trưng
- + Có sở thích chuyên sâu vào một chủ đề cụ thể (*ví dụ: xe lửa, bản đồ, khoa học, lịch sử*).
- + Thích tuân theo các thói quen cố định, khó thích nghi với sự thay đổi.
- + Một số người có hành vi lặp đi lặp lại, nhưng thường ít hơn so với tự kỷ cổ điển.
- Khả năng nhận thức và kỹ năng ngôn ngữ
- + Thông minh bình thường hoặc cao hơn (*có thể có năng khiếu trong một số lĩnh vực*).

+ Không chậm nói, nhưng có thể có phong cách nói khác thường (*quá trang trọng, đơn điệu hoặc lặp lại cụm từ*).

1.2. Hội chứng Rett

Hội chứng Rett (*Rett Syndrome*) là một rối loạn thần kinh hiếm gặp chủ yếu ảnh hưởng đến trẻ em gái và gây suy giảm nghiêm trọng về vận động, giao tiếp và nhận thức. Đây là một rối loạn phát triển thần kinh di truyền nhưng không di truyền theo dòng họ, thường do đột biến gen MECP2 trên nhiễm sắc thể X gây ra.

Hội chứng Rett được bác sĩ người Áo Andreas Rett mô tả lần đầu vào năm 1966, nhưng mãi đến năm 1983 mới được công nhận rộng rãi trong cộng đồng y khoa. Đến năm 1999, các nhà khoa học phát hiện rằng đột biến gen MECP2 là nguyên nhân chính gây ra hội chứng này.

Đặc điểm và triệu chứng chính

Hội chứng Rett thường không xuất hiện ngay khi sinh mà phát triển theo bốn giai đoạn:

- Giai đoạn 1: Khởi phát sớm (*6 - 18 tháng tuổi*)
 - + Sự phát triển ban đầu có vẻ bình thường nhưng bắt đầu có dấu hiệu chậm lại.
 - + Giảm sự quan tâm đến môi trường xung quanh, giảm giao tiếp bằng mắt.
 - + Khả năng cầm nắm yếu hơn, có thể mất kiểm soát vận động tay nhẹ.
- Giai đoạn 2: Thối triển nhanh (*1 - 4 tuổi*)
 - + Mất kỹ năng giao tiếp và vận động, bao gồm mất khả năng nói và sử dụng tay.
 - + Xuất hiện các động tác tay đặc trưng như vặn xoắn, vỗ hoặc đưa tay vào miệng lặp lại.
 - + Rối loạn vận động, mất khả năng phối hợp và thăng bằng.
 - + Khó chịu, dễ kích động, có thể có cơn ngừng thở thoáng qua.
- Giai đoạn 3: Ổn định tương đối (*2 - 10 tuổi*)
 - + Các vấn đề vận động vẫn tiếp tục nhưng hành vi có thể cải thiện đôi chút.
 - + Trẻ có thể trở nên ít cáu kỉnh hơn và chú ý hơn đến môi trường xung

quanh.

- + Động tác tay bất thường vẫn còn.
- + Có thể xuất hiện co giật hoặc động kinh.
- Giai đoạn 4: Suy giảm vận động muộn (*tuổi thiếu niên trở đi*)
- + Mất dần khả năng đi lại (*nếu trước đó trẻ có thể đi*).
- + Cơ thể trở nên cứng hơn, có thể bị vẹo cột sống nghiêm trọng.
- + Các vấn đề giao tiếp và vận động vẫn tồn tại nhưng nhận thức có thể ổn định.

Hội chứng Rett có một số triệu chứng giống RLPTK ở giai đoạn đầu (*chẳng hạn như mất giao tiếp, hành vi lặp lại*). Trước năm 2013, DSM-4 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-4th Edition*) xếp hội chứng Rett vào nhóm rối loạn phát triển lan tỏa (PDD). Từ DSM-5 (2013), Hội chứng Rett không còn được xếp vào nhóm RLPTK nữa.

1.3. Hội chứng thoái triển trẻ em

Hội chứng thoái triển trẻ em CDD (*Childhood Disintegrative Disorder*) là một rối loạn phát triển thần kinh hiếm gặp, trong đó một đứa trẻ phát triển bình thường trong ít nhất 2 năm đầu đời, nhưng sau đó mất đột ngột và nghiêm trọng các kỹ năng ngôn ngữ, giao tiếp, vận động và xã hội.

Hội chứng này được mô tả lần đầu vào năm 1908 bởi nhà tâm thần học người Áo Theodor Heller, vì vậy nó còn được gọi là Hội chứng Heller (*Heller's Syndrome*).

Triệu chứng chính của CDD

CDD thường xuất hiện ở trẻ từ 2 đến 10 tuổi, với sự mất dần hoặc đột ngột của các kỹ năng đã đạt được trong ít nhất hai lĩnh vực sau:

- Ngôn ngữ: Trẻ mất khả năng nói hoặc giao tiếp bằng từ ngữ đã có trước đó.
- Tương tác xã hội: Trẻ không còn quan tâm đến người thân, bạn bè hoặc môi trường xung quanh.
- Vận động: Khả năng đi, chạy, giữ thăng bằng hoặc sử dụng tay suy giảm đáng kể.
- Tự chăm sóc: Trẻ mất khả năng kiểm soát bàng quang hoặc ruột, không thể tự ăn uống.

- Chơi và hành vi: Xuất hiện các hành vi lặp lại như tự xoay vòng, đập tay, hoặc trở nên cáu kỉnh, dễ kích động.

1.4. Các rối loạn phát triển không đặc hiệu khác

PDD-NOS (*Pervasive Developmental Disorder - Not Otherwise Specified*) là một thuật ngữ từng được sử dụng để mô tả các trường hợp có một số đặc điểm của RLPTK nhưng không đủ tiêu chí để chẩn đoán RLPTK điển hình, hội chứng Asperger, hội chứng Rett hoặc hội chứng thoái triển trẻ em (CDD).

Đặc điểm chính của PDD-NOS

PDD-NOS là một chẩn đoán "*mang tính chất loại trừ*", nghĩa là trẻ có các dấu hiệu phát triển bất thường nhưng không phù hợp hoàn toàn với bất kỳ rối loạn phát triển cụ thể nào khác. Trẻ có thể có:

- Khó khăn trong giao tiếp và tương tác xã hội, nhưng mức độ nhẹ hơn RLPTK điển hình.
- Hành vi lặp lại hoặc sở thích hẹp, nhưng không nghiêm trọng hoặc không rõ rệt như hội chứng Asperger.
- Chậm phát triển ngôn ngữ, nhưng vẫn có thể đạt được các kỹ năng giao tiếp cơ bản.

2. Rối loạn phổ tự kỷ điển hình

2.1. Các dấu hiệu của RLPTK điển hình

Biểu hiện đặc trưng trên 3 lĩnh vực:

2.1.1. Khiếm khuyết về quan hệ tương tác với mọi người

- Không thưa khi được gọi tên;
- Không nhìn mặt người đối thoại khi chơi, giao tiếp;
- Tỏ ra không nghe thấy ai lúc đó (*trẻ như không ở đó*);
- Kháng lại sự vuốt ve âu yếm hoặc ôm ấp;
- Tỏ ra không biết đến tình cảm của người khác;
- Thích chơi một mình – co lại trong thế giới riêng của trẻ.
- Trẻ bị RLPTK có khó khăn lớn trong việc kết bạn, duy trì tình bạn và tiếp thu các luật lệ xã hội. Trẻ không biết khởi xướng, bắt đầu làm quen, hoặc khó tiếp nhận một người bạn mới. Trẻ ít quan tâm và không có nhu cầu chia sẻ hứng thú, nhu cầu và hoạt động với bạn bè và mọi người xung quanh. Ngược lại,

khi được chia sẻ, trẻ không biết đáp ứng, thể hiện tình cảm hoặc sự quan tâm với đối tác.

2.1.2. Khiếm khuyết về khả năng ngôn ngữ và giao tiếp

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

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

- Nếu trẻ đã nói được :

- + Trẻ học nói muộn hơn trẻ bình thường;
- + Mất khả năng nói được từ đơn hoặc cả câu sau khi đã biết nói.
- + Trẻ có phát ngôn không phù hợp với mục đích: Đáng lẽ trả lời thì trẻ lại nhắc lại câu được hỏi, nói nhại, nói vọng...Phát ngôn hoặc câu của trẻ có ngữ điệu đơn điệu, nghe véo von, thường có âm sắc cao hơn bình thường;

- Nếu trẻ có ngôn ngữ khá hơn, có thể thấy chậm phát triển ngôn ngữ so với trẻ cùng độ tuổi. Trẻ thường không hiểu câu hỏi, ngôn ngữ của trẻ đơn giản, hiếm có những khái niệm so sánh, tưởng tượng.

2.1.3. Các hành vi và các mối quan tâm bất thường

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

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

- Trẻ có thể chỉ quan tâm và vè, xoay một chi tiết của vật: Bánh xe, ống khói..

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

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

2.2. Các rối loạn đi kèm với RLPTK điển hình

2.2.1. Rối loạn giác quan

Nếu nhận thức của trẻ đã khá, trẻ có thể học được từ những gì chúng nhìn thấy, cảm thấy hoặc nghe thấy. Hoặc ngược lại nếu các thông tin từ giác quan bị sai lệch, những kinh nghiệm về thế giới có thể lẫn lộn.

Nhiều trẻ RLPTK có thể hoà hợp tốt hoặc thậm chí có nhạy cảm đau đối với một số âm thanh, loại vải, mùi vị. Một số trẻ không chịu đựng nổi khi quần áo chạm vào da. Một số âm thanh, ví dụ máy hút bụi, chuông điện thoại, sấm chớp, ngay cả tiếng sóng vỗ vào bờ có thể khiến trẻ bịt tai và khóc thét lên.

Ở trẻ RLPTK, não thường tỏ ra khó cân bằng các cảm giác cho tương xứng. Một số trẻ tự kỷ không chú ý tới quá lạnh hoặc quá đau, chẳng hạn có trẻ tự đập đầu vào cạnh bàn làm lõm bên đầu nhưng không có cảm giác đau.

2.2.2. Chậm phát triển trí tuệ

Nhiều trẻ RLPTK bị chậm phát triển trí tuệ ở mức độ khác nhau. Ngay trong trắc nghiệm có nhiều lĩnh vực trẻ phát triển bình thường (*ví dụ chép hình vẽ*), nhưng nhiều lĩnh vực khác lại bị chậm (*chẳng hạn ngôn ngữ*).

2.2.3. Co giật

Có khoảng 1/4 trẻ RLPTK bị động kinh. Đó là những cơn co giật có tính chu kỳ đi kèm với rối loạn tri giác. Trong cơn giật, trẻ hoàn toàn không biết mọi điều đang xảy ra xung quanh. Để chẩn đoán thể động kinh cần cho trẻ đi khám chuyên khoa thần kinh và làm điện não đồ. Nhờ đó mà thầy thuốc có thể sử dụng các thuốc chống động kinh cho phù hợp.

2.2.4. Hội chứng nhiễm sắc thể X gãy

Hội chứng nhiễm sắc thể X gãy (*Fragile X Syndrome - FXS*) là một rối loạn di truyền do đột biến gen FMR1 trên nhiễm sắc thể X. Đây là nguyên nhân di truyền phổ biến nhất gây ra khuyết tật trí tuệ và là một trong những nguyên nhân liên quan đến RLPTK.

2.2.5. U xơ thần kinh

Là bệnh lý di truyền hiếm gặp với các u lành trong não và trong các cơ quan cơ thể. Có 1/4 trẻ RLPTK bị mắc chứng này. (2)

2.3. Tỷ lệ mắc RLPTK

Tỷ lệ mắc RLPTK đang gia tăng trên toàn thế giới. Theo ước tính năm 2021, có khoảng 61,8 triệu người mắc ASD trên toàn cầu, với tỷ lệ chuẩn hóa

theo độ tuổi là 788,3 trên 100.000 người, tương đương khoảng 1/126 người. Tỷ lệ này cao hơn ở nam giới, với 1.064,7 trên 100.000 nam giới, so với 508,1 trên 100.000 nữ giới

Tại Việt Nam, theo Tổng cục Thống kê, vào tháng 1/2019, có khoảng 1 triệu người mắc ASD, chiếm khoảng 1% số trẻ em sinh ra.

Tuy nhiên, con số này có thể chưa phản ánh đầy đủ do việc chẩn đoán và ghi nhận còn hạn chế.

Việc gia tăng tỷ lệ mắc RLPTK có thể do nhận thức của cộng đồng và phụ huynh về hội chứng này ngày càng được nâng cao, dẫn đến việc chẩn đoán và báo cáo nhiều hơn. Tuy nhiên, điều này cũng đặt ra thách thức lớn cho hệ thống y tế và giáo dục trong việc cung cấp dịch vụ hỗ trợ và can thiệp phù hợp cho người mắc RLPTK.

2.4. Nguyên nhân gia tăng tỉ lệ mắc RLPTK

Tỷ lệ mắc RLPTK gia tăng trong những năm gần đây có thể do nhiều yếu tố, bao gồm cả sự thay đổi trong cách chẩn đoán và những nguyên nhân thực sự ảnh hưởng đến sự phát triển thần kinh.

- Nhận thức và cải thiện chẩn đoán

- + Nâng cao nhận thức: Ngày càng có nhiều phụ huynh, giáo viên và bác sĩ nhận thức rõ hơn về dấu hiệu của RLPTK, dẫn đến việc chẩn đoán sớm hơn và chính xác hơn.

- + Mở rộng tiêu chí chẩn đoán: Hệ thống phân loại bệnh (DSM-5) đã mở rộng định nghĩa về RLPTK, bao gồm cả những trường hợp trước đây có thể không được coi là RLPTK.

- + Cải thiện công cụ sàng lọc: Các bài kiểm tra và đánh giá sàng lọc được cải tiến giúp phát hiện nhiều trường hợp hơn, đặc biệt là ở trẻ nhỏ.

- Yếu tố môi trường

- + Ô nhiễm không khí và hóa chất: Một số nghiên cứu cho thấy ô nhiễm môi trường, tiếp xúc với kim loại nặng (*chì, thủy ngân*), thuốc trừ sâu và các hóa chất công nghiệp có thể ảnh hưởng đến sự phát triển não bộ của thai nhi và trẻ nhỏ.

- + Tuổi của cha mẹ khi sinh con: Tỷ lệ mắc RLPTK cao hơn ở trẻ có cha mẹ lớn tuổi, đặc biệt là cha trên 40 tuổi hoặc mẹ trên 35 tuổi.

- + Sự thay đổi chế độ ăn uống và lối sống: Dinh dưỡng trong thai kỳ, sự

thiếu hụt vi chất như axit folic, vitamin D hoặc tình trạng viêm mãn tính của mẹ trong quá trình mang thai có thể ảnh hưởng đến nguy cơ mắc RLPTK ở trẻ.

- Yếu tố di truyền

+ Tác động của gen: Nhiều nghiên cứu đã xác định hàng trăm gen liên quan đến RLPTK, cho thấy tự kỷ có yếu tố di truyền mạnh mẽ. Nếu gia đình có người mắc RLPTK, nguy cơ trẻ em trong gia đình đó cũng mắc sẽ cao hơn.

+ Đột biến gen tự phát: Một số trường hợp tự kỷ có thể do đột biến gen ngẫu nhiên xảy ra trong quá trình phát triển phôi thai.

- Tăng cường nghiên cứu và ghi nhận

Ngày càng có nhiều nghiên cứu sâu hơn về RLPTK, giúp cải thiện khả năng phát hiện và thống kê, làm cho tỷ lệ chẩn đoán tăng lên.

Hệ thống y tế và giáo dục tại nhiều quốc gia đã đưa RLPTK vào danh mục ưu tiên trong sàng lọc và can thiệp sớm.

Dù tỷ lệ mắc RLPTK tăng, nhưng một phần lớn nguyên nhân có thể do sự thay đổi trong nhận thức và chẩn đoán, chứ không hoàn toàn do số ca mắc thực sự gia tăng. Tuy nhiên, những yếu tố môi trường và di truyền cũng đóng vai trò quan trọng, đòi hỏi sự quan tâm đặc biệt từ cộng đồng và các nhà nghiên cứu để hỗ trợ người mắc RLPTK tốt hơn.

TÓM TẮT

Chương 1 đã giới thiệu về RLPTK, một rối loạn phát triển thần kinh ảnh hưởng đến giao tiếp, hành vi và tương tác xã hội. RLPTK không phải là bệnh mà là một tình trạng kéo dài suốt đời với mức độ biểu hiện khác nhau. Chương này trình bày lịch sử nghiên cứu RLPTK, từ quan điểm xem RLPTK là rối loạn tâm thần đến việc công nhận nó là một rối loạn phát triển thần kinh. Hiện nay, RLPTK được xếp vào nhóm rối loạn phát triển lan tỏa và có nhiều thể khác nhau như hội chứng Asperger, hội chứng Rett và hội chứng thoái triển trẻ em.

Tỷ lệ mắc RLPTK đang gia tăng trên toàn cầu, với khoảng 1/126 người mắc. Tại Việt Nam, có khoảng 1 triệu trẻ RLPTK, nhưng con số này có thể chưa phản ánh đầy đủ do chẩn đoán còn hạn chế.

Nguyên nhân gia tăng tỷ lệ RLPTK có thể do nhận thức tốt hơn, mở rộng tiêu chí chẩn đoán, tác động của môi trường (*ô nhiễm, tuổi của cha mẹ khi sinh con*), yếu tố di truyền và sự phát triển của nghiên cứu. Những kiến thức trên đây giúp người làm công tác xã hội hiểu rõ hơn về RLPTK để xây dựng chiến lược can thiệp phù hợp, hỗ trợ trẻ và gia đình hòa nhập tốt hơn với cộng đồng.

BÀI TẬP

Bài tập 1: Phân tích trường hợp trẻ mắc ASD

Yêu cầu: Tìm một trường hợp thực tế về trẻ mắc RLPTK qua tài liệu, báo chí, video hoặc nguồn đáng tin cậy.

Viết một bài phân tích (*khoảng 500-700 từ*) về trường hợp đó, bao gồm:

- Các dấu hiệu nhận biết RLPTK của trẻ.
- Những khó khăn chính mà trẻ và gia đình gặp phải.
- Các phương pháp can thiệp hoặc hỗ trợ đã được áp dụng (*nếu có*).
- Đề xuất một số biện pháp hỗ trợ phù hợp từ góc độ công tác xã hội.

Bài tập 2: So sánh các loại rối loạn phổ tự kỷ

Yêu cầu: Nghiên cứu và lập bảng so sánh các thể loại rối loạn phổ tự kỷ, bao gồm:

- RLPTK điển hình
- Hội chứng Asperger
- Hội chứng Rett
- Hội chứng thoái triển trẻ em (CDD)
- Rối loạn phát triển không đặc hiệu (PDD-NOS)

Bảng so sánh cần có các tiêu chí sau:

- Đặc điểm chung
- Triệu chứng chính
- Độ tuổi xuất hiện
- Khả năng giao tiếp và nhận thức
- Khả năng can thiệp và tiến triển

CHƯƠNG 2: NGUYÊN NHÂN VÀ ĐỘ NẶNG CỦA RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

GIỚI THIỆU

Rối loạn phổ tự kỷ là một tình trạng phức tạp với nguyên nhân chưa được xác định hoàn toàn. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng sự kết hợp giữa yếu tố di truyền, môi trường và bất thường trong phát triển thần kinh có thể góp phần làm gia tăng nguy cơ mắc RLPTK. Trong chương này, chúng ta sẽ tìm hiểu các giả thuyết chính về nguyên nhân của RLPTK, bao gồm yếu tố di truyền, tác động môi trường như ô nhiễm, hóa chất độc hại, chế độ dinh dưỡng và các yếu tố thần kinh.

Bên cạnh nguyên nhân, chương này cũng đi sâu vào phân loại mức độ của RLPTK, giúp xác định nhu cầu can thiệp phù hợp cho từng cá nhân. Các mức độ RLPTK thường được chia thành ba cấp, từ nhẹ (*có thể tự lập nhưng gặp khó khăn trong giao tiếp*) đến vừa/trung bình (*cần hỗ trợ đáng kể*) và nặng (*phụ thuộc hoàn toàn vào sự trợ giúp*). Việc xác định mức độ của RLPTK không chỉ giúp gia đình và chuyên gia xây dựng kế hoạch hỗ trợ hiệu quả mà còn góp phần vào việc thiết kế các chương trình can thiệp phù hợp.

Chương 2 cung cấp nền tảng quan trọng để hiểu rõ hơn về bản chất của tự kỷ, từ đó giúp công tác xã hội hỗ trợ tốt hơn cho trẻ tự kỷ và gia đình trong quá trình hòa nhập cộng đồng.

MỤC TIÊU

Sau khi học xong chương này, người học có khả năng:

1. Trình bày được các nguyên nhân dẫn đến RLPTK ở trẻ em. Phân tích được các mức độ của RLPTK.
2. Nhận diện, đánh giá được về các mức độ của RLPTK. Xây dựng các chiến lược can thiệp hiệu quả, hỗ trợ trẻ RLPTK và gia đình hòa nhập tốt hơn với cộng đồng.
3. Có ý thức tìm hiểu thêm các nguồn tài liệu tham khảo như các phân tích chuyên sâu, các video hoặc phóng sự nói về RLPTK ở trẻ em.

NỘI DUNG

1. Nguyên nhân liên quan đến thời kỳ phát triển sớm của trẻ

1.1. Nguyên nhân xảy ra trước khi sinh

Các nguyên nhân xảy ra trước khi sinh có thể góp phần làm tăng nguy cơ mắc RLPTK ở trẻ, bao gồm yếu tố di truyền, môi trường và sức khỏe của mẹ trong thai kỳ. Việc hiểu rõ những nguyên nhân này giúp nâng cao nhận thức về phòng ngừa và hỗ trợ can thiệp sớm để giảm thiểu nguy cơ.

- Yếu tố di truyền:

Đột biến gen: Một số nghiên cứu chỉ ra rằng có hơn 100 gen liên quan đến RLPTK. Đột biến ở các gen như SHANK3, MECP2, CHD8 có thể ảnh hưởng đến sự phát triển não bộ.

Tiền sử gia đình: Nếu trong gia đình có anh, chị hoặc cha mẹ mắc RLPTK, nguy cơ trẻ mắc RLPTK cao hơn.

- Bất thường trong phát triển thần kinh

Thay đổi cấu trúc não bộ: Một số trẻ RLPTK có sự phát triển bất thường ở vỏ não, hạch nền và hệ thống liên kết giữa các vùng não, dẫn đến rối loạn chức năng thần kinh.

Mất cân bằng hóa chất thần kinh: Các nghiên cứu cho thấy sự rối loạn trong dẫn truyền thần kinh, đặc biệt là serotonin và dopamine, có thể liên quan đến RLPTK.

- Ảnh hưởng từ sức khỏe của mẹ trong thai kỳ

Nhiễm trùng và viêm nhiễm: Việc mẹ bị nhiễm virus (*rubella, cytomegalovirus*) hoặc vi khuẩn trong thai kỳ có thể làm tăng nguy cơ RLPTK ở trẻ. Viêm nhiễm kéo dài có thể ảnh hưởng đến sự phát triển của não thai nhi.

Rối loạn miễn dịch: Một số nghiên cứu cho thấy hệ miễn dịch của mẹ có thể sản xuất ra kháng thể tấn công tế bào thần kinh của thai nhi, gây ra rối loạn phát triển.

- Tiếp xúc với độc tố môi trường

Ô nhiễm không khí: Mẹ tiếp xúc với kim loại nặng (*chì, thủy ngân*) hoặc khí thải công nghiệp có thể làm tăng nguy cơ trẻ bị RLPTK.

Thuốc trừ sâu và hóa chất: Một số hóa chất trong thuốc trừ sâu, nhựa, hoặc sản phẩm tiêu dùng có thể tác động đến sự phát triển của thai nhi.

- Sử dụng thuốc hoặc chất kích thích trong thai kỳ

Dùng thuốc an thần hoặc thuốc chống động kinh: Một số loại thuốc như valproate (*dùng để điều trị động kinh, rối loạn lưỡng cực*) có thể làm tăng nguy cơ.

Sử dụng rượu, thuốc lá, ma túy: Những chất này có thể gây tổn thương não thai nhi, làm tăng nguy cơ mắc RLPTK.

- Tuổi của cha mẹ khi sinh con

Tuổi mẹ trên 35 và cha trên 40: Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng trẻ có cha mẹ lớn tuổi có nguy cơ mắc tự kỷ cao hơn, có thể do đột biến gen tự phát xảy ra trong tinh trùng và trứng.

Nhiều nghiên cứu khác cũng cho thấy ảnh hưởng của tuổi mẹ sinh con sau 35 tuổi làm tăng nguy cơ mắc tự kỷ của con lên khoảng 1,5 lần. (3)

- Biến chứng trong thai kỳ

Thiếu oxy não thai nhi: Nếu quá trình mang thai hoặc sinh nở xảy ra biến chứng làm thai nhi thiếu oxy, nguy cơ mắc RLPTK có thể tăng lên.

Dinh dưỡng kém: Thiếu axit folic, vitamin D hoặc một số vi chất quan trọng trong thai kỳ có thể ảnh hưởng đến sự phát triển não bộ của thai nhi.

1.2. Nguyên nhân trong và sau khi sinh

RLPTK không phải do một nguyên nhân đơn lẻ mà thường là kết quả của sự kết hợp giữa yếu tố di truyền và tác động từ môi trường. Các yếu tố trong và sau khi sinh như ngạt lúc sinh, sinh non, nhiễm trùng sơ sinh hay tiếp xúc với độc tố có thể làm tăng nguy cơ.

- Nguyên nhân trong quá trình sinh nở

+ Thiếu oxy não (*ngạt lúc sinh*)

Trong quá trình chuyển dạ, nếu thai nhi không nhận đủ oxy do dây rốn bị chèn ép, suy thai hoặc biến chứng khi sinh, não bộ có thể bị tổn thương.

Thiếu oxy có thể ảnh hưởng đến sự phát triển của hệ thần kinh trung ương, đặc biệt là vùng não kiểm soát ngôn ngữ, cảm xúc và hành vi.

+ Sinh non và nhẹ cân

Trẻ sinh non (*trước 37 tuần*) hoặc có cân nặng thấp ($< 2,5\text{kg}$) có nguy cơ mắc RLPTK cao hơn so với trẻ đủ tháng.

Sự phát triển não bộ chưa hoàn thiện khi sinh non có thể gây rối loạn trong việc hình thành các kết nối thần kinh, dẫn đến RLPTK hoặc chậm phát

triển trí tuệ.

+ Chấn thương não trong quá trình sinh

Chấn thương do sinh khó, can thiệp bằng kẹp forceps, giác hút hoặc sinh mổ khẩn cấp có thể gây tổn thương não, ảnh hưởng đến chức năng giao tiếp và nhận thức của trẻ.

+ Mẹ bị nhiễm trùng hoặc sốt cao khi sinh

Nếu mẹ bị nhiễm khuẩn, sốt cao trong quá trình sinh có thể làm tăng mức độ viêm trong cơ thể thai nhi, ảnh hưởng đến hệ thần kinh và gia tăng nguy cơ tự kỷ.

- Nguyên nhân sau khi sinh

+ Nhiễm trùng nặng trong giai đoạn sơ sinh

Một số bệnh nhiễm trùng nặng như viêm màng não, viêm não, nhiễm trùng huyết có thể làm tổn thương não bộ của trẻ, dẫn đến suy giảm phát triển nhận thức và kỹ năng xã hội.

+ Tác động từ môi trường độc hại

Trẻ tiếp xúc với kim loại nặng (*chì, thủy ngân*), thuốc trừ sâu, ô nhiễm không khí trong thời gian dài có thể làm ảnh hưởng đến sự phát triển thần kinh.

Các hóa chất độc hại trong nhựa, đồ chơi kém chất lượng cũng có thể ảnh hưởng đến não bộ non nớt của trẻ.

+ Thiếu hụt dinh dưỡng quan trọng

Nếu trẻ không được cung cấp đủ các vi chất quan trọng như axit folic, vitamin D, omega-3 trong giai đoạn đầu đời, sự phát triển não bộ có thể bị ảnh hưởng, làm gia tăng nguy cơ RLPTK.

+ Thiếu sự tương tác xã hội trong giai đoạn đầu đời.

Trẻ không nhận được đủ sự quan tâm, giao tiếp và tương tác với cha mẹ có thể bị chậm phát triển kỹ năng xã hội.

Tuy nhiên, yếu tố này không phải là nguyên nhân trực tiếp gây ra RLPTK, mà chỉ có thể làm trầm trọng hơn các triệu chứng ở trẻ có nguy cơ mắc.

2. Bệnh do gen, di truyền

Nhiều nghiên cứu khoa học đã chỉ ra rằng di truyền đóng vai trò quan trọng trong sự phát triển của RLPTK. Tỷ lệ mắc RLPTK cao hơn ở những gia đình có tiền sử hoặc rối loạn phát triển thần kinh, cho thấy yếu tố di truyền là

một nguyên nhân quan trọng.

2.1. Một số bằng chứng về vai trò của yếu tố di truyền

- Tỷ lệ tự kỷ ở anh chị em ruột và song sinh: Nếu một trẻ mắc RLPTK, nguy cơ anh/chị em ruột cũng mắc RLPTK dao động từ 20-50%, cao hơn nhiều so với dân số chung.

Nghiên cứu trên cặp song sinh cho thấy: Song sinh cùng trứng có tỷ lệ đồng mắc tự kỷ 60-90%; Song sinh khác trứng chỉ có tỷ lệ 10-30%.

Điều này chứng tỏ yếu tố di truyền đóng vai trò quan trọng trong sự phát triển của RLPTK.

- Các nghiên cứu về đột biến gen

Hơn 100 gen liên quan đến ASD đã được xác định, chủ yếu ảnh hưởng đến sự phát triển và chức năng của hệ thần kinh.

Một số đột biến gen phổ biến liên quan đến tự kỷ bao gồm:

+ SHANK3: Ảnh hưởng đến liên kết giữa các tế bào thần kinh, có liên quan đến tự kỷ và chậm phát triển trí tuệ.

+ MECP2: Liên quan đến hội chứng Rett, một dạng RLPTK chủ yếu ảnh hưởng đến trẻ gái.

+ CHD8: Liên quan đến RLPTK kèm theo chậm phát triển trí tuệ và dị tật sọ não.

+ NRXN1, CNTNAP2: Ảnh hưởng đến khả năng giao tiếp và tương tác xã hội.

- Vai trò của đột biến gen tự phát

Khoảng 10-30% trẻ mắc RLPTK không có tiền sử gia đình, nhưng lại có đột biến gen tự phát xảy ra trong quá trình phát triển phôi thai.

Những đột biến này thường ảnh hưởng đến các gen kiểm soát sự phát triển não bộ và kết nối thần kinh.

2.2. Cơ chế tác động của gen đến RLPTK

- Rối loạn kết nối thần kinh

Nhiều gen liên quan đến RLPTK kiểm soát sự hình thành và kết nối của tế bào thần kinh. Ở trẻ RLPTK, một số vùng não có thể có quá nhiều hoặc quá ít kết nối, gây ảnh hưởng đến khả năng giao tiếp, xử lý thông tin và hành vi.

- Mất cân bằng chất dẫn truyền thần kinh

Các gen liên quan đến RLPTK có thể ảnh hưởng đến mức độ serotonin, dopamine và glutamate, những chất quan trọng trong hoạt động thần kinh.

Sự mất cân bằng này có thể gây ra các triệu chứng như suy giảm tương tác xã hội, hành vi lặp lại và khó thích nghi với môi trường mới.

- Tương tác giữa gen và môi trường

Không phải tất cả trẻ có gen liên quan đến tự kỷ đều mắc RLPTK. Một số yếu tố môi trường (*ô nhiễm, tuổi cha mẹ cao, nhiễm trùng thai kỳ*) có thể kích hoạt hoặc làm tăng nguy cơ RLPTK ở trẻ có đột biến gen.

3. Những nghiên cứu gần đây về chế độ dinh dưỡng có liên quan đến nguy cơ RLPTK

Dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong sự phát triển não bộ của thai nhi và trẻ nhỏ. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng sự thiếu hụt hoặc dư thừa một số chất dinh dưỡng trong thai kỳ và giai đoạn đầu đời có thể làm tăng nguy cơ mắc RLPTK.

3.1. Ảnh hưởng của dinh dưỡng trong thời kỳ mang thai

- Thiếu hụt axit folic (*Vitamin B9*): Axit folic rất quan trọng trong sự phát triển não bộ và hệ thần kinh của thai nhi. Mẹ bầu thiếu axit folic có thể làm tăng nguy cơ rối loạn phát triển thần kinh, trong đó có ASD.

Một số nghiên cứu cho thấy phụ nữ bổ sung axit folic đầy đủ trước và trong thai kỳ có thể giảm nguy cơ tự kỷ cho con.

- Thiếu vitamin D: Vitamin D có vai trò quan trọng trong sự phát triển não bộ, điều hòa miễn dịch và bảo vệ tế bào thần kinh. Trẻ sinh ra từ những bà mẹ thiếu vitamin D trong thai kỳ có nguy cơ mắc RLPTK cao hơn.

Một số nghiên cứu gợi ý rằng việc bổ sung vitamin D trong thai kỳ có thể giúp giảm nguy cơ mắc.

- Thiếu Omega-3 và axit béo không bão hòa: Omega-3 (DHA, EPA) là thành phần quan trọng trong màng tế bào thần kinh và giúp phát triển não bộ.

Thiếu hụt Omega-3 trong thai kỳ có thể ảnh hưởng đến chức năng nhận thức và làm tăng nguy cơ rối loạn thần kinh, bao gồm ASD.

- Mẹ bị suy dinh dưỡng hoặc béo phì

Phụ nữ mang thai bị suy dinh dưỡng có thể ảnh hưởng đến sự phát triển của não bộ thai nhi, tăng nguy cơ rối loạn phát triển.

Ngược lại, béo phì khi mang thai có thể gây ra viêm nhiễm và rối loạn nội

tiết, ảnh hưởng đến não thai nhi và làm tăng nguy cơ ASD.

3.2. Ảnh hưởng của dinh dưỡng sau khi sinh

- Thiếu sắt: Sắt là vi chất quan trọng giúp cung cấp oxy cho não bộ và hỗ trợ chức năng nhận thức. Trẻ thiếu sắt trong những năm đầu đời có nguy cơ cao mắc các rối loạn phát triển thần kinh, bao gồm RLPTK.

- Mất cân bằng vi khuẩn đường ruột

Hệ vi sinh đường ruột có liên quan mật thiết đến sự phát triển của hệ thần kinh. Một số trẻ RLPTK có hệ vi sinh đường ruột kém đa dạng, gây ảnh hưởng đến quá trình tổng hợp chất dẫn truyền thần kinh.

Việc bổ sung probiotic (*lợi khuẩn*) có thể giúp cải thiện triệu chứng của một số trẻ mắc ASD.

- Sử dụng thực phẩm chứa chất độc hại

Một số hóa chất trong thực phẩm như thuốc trừ sâu, kim loại nặng (*chì, thủy ngân*), phẩm màu nhân tạo có thể ảnh hưởng đến não bộ đang phát triển của trẻ.

Chế độ ăn nhiều thực phẩm chế biến sẵn, nhiều đường và chất béo bão hòa có thể làm trầm trọng thêm triệu chứng RLPTK.

4. Đánh giá mức độ nặng của RLPTK

Việc phân loại mức độ của RLPTK là cơ sở cho việc xây dựng mục tiêu và nội dung can thiệp cho phù hợp với từng trẻ. Việc chọn lựa mục tiêu, nội dung và các hoạt động huấn luyện cụ thể cần phù hợp với mỗi trẻ. Tuy vậy việc đánh giá độ nặng tại một thời điểm không hoàn toàn dễ dàng. Cần theo dõi trẻ trong một giai đoạn, trong nhiều bối cảnh khác nhau và kết hợp với nhiều nguồn thông tin mới đưa ra một bảng đánh giá tương đối chính xác. Mặt khác, các chuyên gia phải sử dụng thang đánh giá. Hiện nay có một số thang điểm đánh giá mức độ nặng: Thang điểm Gilliam (GARS), thang CARS (*Childhood Autism Rating Scale*)...Việc đánh giá mức độ theo các thang điểm này dựa vào 3 kỹ năng phát triển chính: kỹ năng xã hội; ngôn ngữ và hành vi và kỹ năng tự chăm sóc của trẻ trong các hoạt động hàng ngày. Có thể chia thành 3 mức độ theo triệu chứng của bệnh.

4.1. Mức độ nhẹ

4.1.1. Kỹ năng chú ý – bất chú

Trẻ có khả năng tự ngồi yên một chỗ theo yêu cầu tối đa được 5-10 phút

với nhiệm vụ được giao. Trong lúc đó, trẻ vẫn quan tâm đến mọi điều xảy ra xung quanh và dừng hoạt động bất kỳ lúc nào. Khi chơi hoặc nói chuyện với một người, trẻ vẫn nhìn vào mặt người đối thoại. Tuy nhiên, nhìn mặt thường ngắn, sự luân phiên nhìn đồ chơi và người cùng chơi thiếu nhịp nhàng.

Chủ yếu trẻ nhìn đồ chơi, hoặc vừa nhìn đồ chơi vừa nói chuyện; ít nhìn mặt người đối thoại hoặc dùng ánh mắt của mình để kiểm soát người cùng chơi (*để rử rê, để yêu cầu hoặc để tán thưởng...*)

4.1.2. Kỹ năng xã hội (chơi với các bạn)

Trẻ cũng biết rủ bạn chơi hoặc khi được rủ, trẻ biết hưởng ứng chơi. Trẻ bắt chước được các hoạt động chơi đơn giản và những âm thanh thường gặp. Chẳng hạn bắt chước chơi đẩy đi đẩy lại ô tô, cùng xếp hình, chồng khối, bẻ búp bê... Nếu chơi cùng nhóm trẻ, trẻ có thể bắt chước trả lời của các trẻ khác.

Trẻ có thể chơi với các bạn trong các trò chơi nhóm đơn giản, không cần luật chơi và người điều hành trò chơi. Ví dụ chơi bán hàng, chơi tung bóng, chơi xếp hình... Sự giao lưu, tương tác với các trẻ khác trong nhóm vẫn có, tuy trẻ có xu hướng tự chơi nhiều hơn. Nếu được yêu cầu, trẻ cũng giúp hoặc cùng chơi với bạn. Trẻ có thể tham gia các hoạt động lớp như: hát đồng thanh, đọc thơ, nghe kể chuyện, trả lời câu hỏi, xin phát biểu ý kiến, đứng dậy khi điểm danh... Nhưng đáp ứng của trẻ không thường xuyên, cần nhắc nhở, hỗ trợ. Trẻ hay khởi xướng bất thành công, hoặc làm việc riêng trong giờ học, nói linh tinh một mình...

4.1.3. Kỹ năng ngôn ngữ

- Hiểu ngôn ngữ

Trẻ có thể hiểu và thực hiện được vài ba mệnh lệnh liên tiếp; hiểu được những từ mô tả tính trạng, so sánh vật, sự việc. Trẻ có thể phát hiện được tranh hoặc những điểm giống hoặc khác nhau của các bức tranh. Trẻ hiểu được các câu hỏi “cái gì? ở đâu? làm gì? như thế nào?... Có thể đoán được tên của vật khi nhìn thấy một phần của nó.

- Biểu đạt ngôn ngữ

Trẻ có thể trả lời câu hỏi, kể được một câu chuyện ngắn, trong vốn từ của trẻ có các từ mô tả, từ sở hữu. Trẻ biết mô tả các vật, sự giống và khác nhau của chúng; mô tả cách thức làm ra vật như thế nào ... Các câu hỏi “cái gì? làm gì? như thế nào? Ở đâu? được trẻ sử dụng và trẻ có thể trả lời được các câu hỏi này. Tuy nhiên câu hỏi “tại sao?” thì trẻ chỉ trả lời được trong những tình huống thường gặp. Lý do là trẻ khó kết nối các thông tin và thiếu khả năng khái quát, ngôn ngữ của trẻ còn nhiều hạn chế. (4)

4.1.4. *Kỹ năng tự chăm sóc*

Trẻ có khả năng học cách làm hoặc tự thực hiện các hoạt động hàng ngày; chẳng hạn tự ăn uống, rửa ráy chân tay... Những hoạt động phức tạp hơn như: mặc áo, gài nút, đi giày có dây thắt, đánh răng, đi đại tiện...có nhiều khó khăn, hoặc cần phải hỗ trợ. Khi đã thiết lập được thói quen, thường trẻ có xu hướng thực hiện những hoạt động này theo quy trình nghiêm ngặt, theo ý riêng của trẻ.

4.2. *Mức độ vừa/trung bình*

4.2.1. *Kỹ năng chú ý - bắt chước*

Hầu hết thời gian khi chơi với bạn, hoặc với cha mẹ, trẻ chủ yếu nhìn vào đồ chơi. Khi được gọi tên, trẻ quay lại nhìn rất nhanh vào mặt người gọi. Thời gian duy trì ánh mắt khoảng vài ba giây.

Trong các hoạt động chơi, trẻ có thể bắt chước được những cử động thô hoặc phối hợp vài cử động một lúc; chẳng hạn đứng tung bóng, đứng lên ngồi xuống hoặc tập thể dục khi nghe đếm hoặc có nhạc. Đối với cử động tinh, trẻ có thể chơi xếp hình hoặc bắt chước bỏ các vật có hình khối kích thước khác nhau vào các ô tương ứng. Trẻ biết tô màu tranh có sẵn, cắt dán và tô chữ cái, số đếm.

4.2.2. *Kỹ năng xã hội (chơi với các bạn)*

Trẻ hiểu được khái niệm “*chơi với bạn*”, nhưng không linh hoạt hoặc không duy trì được tương tác lâu dài.

Có thể thể hiện mong muốn được chơi cùng, nhưng:

Không biết cách bắt đầu trò chơi (*ví dụ: Không biết cách đề nghị chơi chung*). Không biết duy trì luật chơi hoặc chia sẻ trong khi chơi nhóm. Phản ứng xã hội kém nhạy: Không biết cách đáp lại cảm xúc hoặc hành vi của bạn. Có xu hướng chơi lặp lại, đơn điệu (*chơi theo cách của mình, không chú ý đến người khác*). Một số trẻ bắt chước tốt hành vi của bạn bè, nhưng không hiểu ý nghĩa xã hội đằng sau hành vi đó.

4.2.3. *Kỹ năng ngôn ngữ*

- Hiểu ngôn ngữ

Trẻ có thể nhận biết được người thân trong gia đình; hiểu tên gọi các bộ phận cơ thể và các đồ vật xung quanh. Trẻ hiểu được các yêu cầu về hành động; chẳng hạn khi được sai làm một việc gì đó, trẻ hiểu được nội dung yêu cầu. Tuy nhiên, nếu không thích, trẻ không làm. Trẻ cũng hiểu được ý nghĩa các âm thanh của môi trường xung quanh. Khi xem tranh, trẻ hiểu được nội dung của tranh gắn với đồ vật hoặc hành động trên thực tế.

Về vốn từ, trẻ có thể hiểu được từ gọi tên đồ vật, từ hành động thông thường và một số từ mô tả trạng thái như to/bé, dài/ngắn. Khi xem tranh, trẻ có thể chỉ được các địa điểm nếu được hỏi. Các từ chỉ vị trí như: đằng trước, đằng sau, bên trên, bên dưới... và từ phân loại theo kích thước, màu sắc cũng có trong từ vựng thông thường của trẻ.

Khi yêu cầu trẻ lấy cho 2 vật hoặc làm 2 hành động liên tiếp, trẻ có thể nhớ và lấy được hai vật đó hoặc làm được 2 hoạt động theo yêu cầu. Trẻ có thể trả lời được các câu hỏi cái gì? ai? ở đâu? làm gì? và trong một số trường hợp có thể trả lời câu hỏi tại sao? như thế nào?

- Biểu đạt ngôn ngữ

Trẻ có thể dùng tay mình để chỉ vào thứ mà trẻ muốn; chẳng hạn đồ ăn, nước hoặc đồ chơi của trẻ. Trẻ cũng bắt đầu nói được những từ đơn gọi tên các đồ vật, tên bức tranh. Trẻ cũng thể hiện bằng cử chỉ hoặc lời nói để thể hiện thông điệp “có” hoặc “không”.

Về mặt xã hội, trẻ đã biết gọi tên người thân, biết chào hỏi, biết xin, biết “ạ”. ”. Phát ngôn của trẻ thường có 2-3 từ, chẳng hạn: “cháu có ô tô” hay “cháu không biết”... Trẻ cũng đã biết hỏi và trả lời câu hỏi đơn giản “Cái gì đây?”, “của ai đây?” và “đang làm gì đây?”. (4)

4.2.4. Khả năng nhận thức

Trẻ có khả năng chọn ra được các vật giống nhau hoặc vật với tranh, tranh với tranh cùng cặp. Trẻ đã có thể phân loại các đồ vật theo màu sắc, hình khối cơ bản (3-4 loại). Một số chữ cái và số đếm trẻ có thể nhớ và nhận ra. Trẻ đã biết đếm vệt và đếm đồ vật từ 1 tới 10.

4.2.5. Kỹ năng tự chăm sóc

Trẻ có thể tự cầm cốc uống nước, tự xúc ăn bằng thìa, cầm khăn lau miệng. Về vệ sinh cá nhân, trẻ có thể biết gọi đi vệ sinh hoặc tự lấy bô đi vệ sinh. Trẻ có thể cởi quần, cởi giày, tắt cởi áo và phối hợp với người lớn để xỏ ống tay áo, ống quần. Trẻ cũng biết tự đội mũ, cầm ba lô khi đi ra ngoài. Khi gia đình chuẩn bị dọn cơm, trẻ cũng lảng xăng cạnh bàn ăn hoặc biết đi lấy vài đồ vật khi được sai bảo. Trẻ bắt đầu học vài thao tác đơn giản với một số hoạt động như đánh răng, tắm rửa,...

4.3. Mức độ nặng

4.3.1. Kỹ năng chú ý – bắt chước

Trẻ rất kém tập trung so với trẻ cùng độ tuổi. Ngoài một vài thứ hoặc hoạt

động trẻ thích thú, quan tâm, trẻ bị cuốn hút vào đó hàng giờ, hàng buổi. Còn lại, trẻ không tự ngồi để chơi với bạn hoặc cha mẹ. Trẻ hay đi lại, chạy lăng xăng, leo trèo

Mắt trẻ thường chỉ lướt rất nhanh qua đồ vật xung quanh. Nếu quan sát sẽ có cảm giác trẻ nhìn đi đâu đó rất xa, mắt trẻ không nhìn vào đâu cố định, kể cả đồ vật trẻ đang giữ trong tay. Trẻ không nhìn vào mặt, vào miệng người trước mặt hoặc người đang cùng chơi. Trẻ càng kém tập trung, khả năng nhìn mặt người chơi càng kém. Do vậy, trẻ không biết quan sát để bắt chước các thể hiện nét mặt, cử động miệng, các cử chỉ. Trẻ khó có thể học được mọi điều như học chơi, học ý nghĩa các âm thanh lời nói... Trẻ càng lớn tuổi mà khả năng tập trung càng ngắn thì tự kỷ càng nặng.

4.3.2. Kỹ năng ngôn ngữ

- Hiểu ngôn ngữ: Trẻ có thể hiểu được ý nghĩa các ngữ cảnh và âm thanh xảy ra quanh mình. Chẳng hạn, khi sắp đi chơi, mọi người chuẩn bị mặc quần áo, trẻ sẽ đi lấy mũ để đội, nếu yêu cầu trẻ chào, trẻ sẽ vẫy tay hoặc nói “chào”. Trẻ biết chỉ vào các bộ phận cơ thể mình hoặc người khác khi được yêu cầu.

Trẻ có thể hiểu được ý nghĩa của một số lời nói hoặc hình vẽ đơn giản và chỉ ra được những hành động, hoặc cử động theo yêu cầu của người lớn. Ví dụ: “uống nước nhé!” hoặc “mang ghế lại đây!”. Trẻ nhận biết được người thân trong gia đình và đồ vật thuộc sở hữu của mọi người. (4)

- Biểu đạt ngôn ngữ: Trẻ có khả năng dùng cử chỉ như: chỉ tay, ra hiệu bằng cử động thân thể, thể hiện bằng nét mặt... hoặc dùng lời nói để thể hiện đồng ý hay phản đối; để bộc lộ nhu cầu như: đòi ăn, uống hoặc đồ chơi...

Nhưng thường để thể hiện nhu cầu, trẻ hay cầm tay của mẹ (*người chăm sóc, giáo dục*) đặt vào đồ vật mà trẻ muốn. Ví dụ, khi khát nước, trẻ cầm tay mẹ đặt vào cốc nước. Khi muốn đi vệ sinh, trẻ đặt tay mình vào bộ phận sinh dục. Đây là một cách dùng ngôn ngữ cử chỉ đặc trưng của mọi trẻ tự kỷ ở giai đoạn đầu. Trẻ gọi người thân bằng cách phát ra một số âm thanh lơ lớ, gần giống tiếng “mẹ ời!” hoặc “bố ời!”. Những âm thanh lời nói ban đầu của trẻ thường có âm sắc cao, ngữ điệu đều; nghe véo von như hát.

4.3.3. Khả năng nhận thức

- Hạn chế khả năng hiểu và xử lý thông tin: Trẻ gặp khó khăn lớn trong việc hiểu các khái niệm cơ bản về thời gian, không gian, quan hệ nhân quả.

Việc tiếp nhận và xử lý thông tin từ môi trường xung quanh chậm hơn so với trẻ bình thường. Có thể không nhận thức được nguy hiểm (*ví dụ: Không*

phản ứng khi gặp tình huống nguy hiểm như xe cộ, lửa).

- Suy giảm kỹ năng tư duy logic và giải quyết vấn đề: Trẻ gặp khó khăn trong việc đưa ra quyết định hoặc tìm giải pháp cho những tình huống đơn giản.

Không có khả năng suy luận, phân tích hoặc khái quát hóa từ trải nghiệm thực tế.

- Hạn chế trong khả năng tập trung và ghi nhớ

Trẻ có thời gian chú ý rất ngắn, dễ bị phân tâm bởi các yếu tố xung quanh.

Một số trẻ có trí nhớ tốt nhưng mang tính rập khuôn, chỉ nhớ được những thông tin lặp đi lặp lại mà không hiểu bản chất. Khả năng học tập rất hạn chế, đặc biệt là các kỹ năng học thuật như đọc, viết, tính toán.

4.3.4. Tự chăm sóc

- Ăn uống: Khó khăn trong việc tự ăn. Có thể cần người đút ăn hoàn toàn. Chỉ ăn một số loại thực phẩm nhất định do nhạy cảm với mùi, vị hoặc kết cấu của thức ăn. Dễ bị rối loạn ăn uống như chỉ thích thực phẩm mềm, giòn hoặc từ chối thức ăn có màu sắc nhất định.

- Vệ sinh cá nhân: Không tự giác rửa tay, đánh răng, tắm rửa mà cần nhắc nhở hoặc hướng dẫn chi tiết. Một số trẻ từ chối việc tắm rửa do nhạy cảm với nước, xà phòng hoặc tiếng ồn trong phòng tắm. Không biết cách sử dụng nhà vệ sinh đúng cách, có thể không chịu đi vệ sinh theo giờ giấc. Không tự lau chùi hoặc rửa tay sau khi đi vệ sinh.

- Mặc quần áo: Không hiểu trình tự mặc quần áo, cần có người giúp đỡ hoàn toàn. Có thể mặc đồ sai cách (*mặc ngược, không cài khuy, không kéo khóa*). Một số trẻ không chịu mặc một số loại quần áo do kết cấu vải gây khó chịu (*quá thô, bó sát, có đường may lớn*). Thích mặc một bộ quần áo duy nhất và phản ứng tiêu cực khi thay đổi.

- Duy trì thói quen sinh hoạt hàng ngày

Không hiểu khái niệm về lịch trình hàng ngày như giờ ăn, giờ ngủ, giờ học. Cần người nhắc nhở liên tục hoặc áp dụng lịch trình hình ảnh để làm theo. Nếu lịch trình sinh hoạt bị thay đổi, trẻ có thể hoảng loạn, phản ứng tiêu cực hoặc la hét.

TÓM TẮT

Chương 2 tập trung vào việc phân tích nguyên nhân và phân loại mức độ của RLPTK. Nguyên nhân RLPTK rất phức tạp, bao gồm sự kết hợp của các

yếu tố di truyền, môi trường và dinh dưỡng.

Yếu tố di truyền đóng vai trò quan trọng với hơn 100 gen liên quan đến RLPTK đã được xác định, như SHANK3, MECP2, và CHD8. Đột biến gen tự phát cũng là nguyên nhân làm tăng nguy cơ mắc tự kỷ, ngay cả khi không có tiền sử gia đình.

Yếu tố môi trường bao gồm tiếp xúc với hóa chất độc hại, ô nhiễm không khí, thuốc trừ sâu, cũng như nhiễm trùng hoặc viêm nhiễm trong thai kỳ. Tuổi cha mẹ khi sinh con (*mẹ trên 35, cha trên 40*) cũng có thể làm tăng nguy cơ mắc RLPTK.

Yếu tố dinh dưỡng trong thai kỳ và sau khi sinh, như thiếu axit folic, vitamin D, Omega-3, hay suy dinh dưỡng, béo phì của mẹ, đều ảnh hưởng đến sự phát triển não bộ của trẻ và làm tăng nguy cơ RLPTK.

Chương này cũng phân loại RLPTK theo ba mức độ: nhẹ, vừa/trung bình, và nặng. Mức độ nhẹ thường cần ít hỗ trợ nhưng gặp khó khăn trong giao tiếp xã hội; mức độ trung bình đòi hỏi hỗ trợ đáng kể trong sinh hoạt hàng ngày; còn mức độ nặng thì phụ thuộc hoàn toàn vào sự trợ giúp của người chăm sóc.

Việc hiểu nguyên nhân và độ của RLPTK giúp xây dựng các kế hoạch can thiệp hiệu quả, hỗ trợ trẻ RLPTK và gia đình hòa nhập tốt hơn với cộng đồng.

BÀI TẬP

Bài tập 1: Phân tích nguyên nhân RLPTK từ một trường hợp thực tế

Yêu cầu: Tìm một trường hợp thực tế về trẻ mắc RLPTK qua tài liệu, bài báo, nghiên cứu khoa học hoặc phóng sự (*sinh viên đã chọn từ ở chương 1*)

Phân tích nguyên nhân gây ra tình trạng RLPTK của trẻ đó theo ba nhóm: di truyền, môi trường, dinh dưỡng.

Viết một bài báo cáo ngắn (*khoảng 500-700 từ*) với các nội dung sau:

Mô tả trường hợp (*tuổi, triệu chứng chính, hoàn cảnh gia đình*).

Những yếu tố có thể là nguyên nhân (*dựa trên thông tin về tiền sử gia đình, sức khỏe thai kỳ, môi trường sống, chế độ dinh dưỡng*).

Bài tập 2: So sánh mức độ của RLPTK

- Yêu cầu: Lập bảng so sánh ba mức độ tự kỷ (*nhẹ, trung bình, nặng*) dựa trên các tiêu chí:

- Kỹ năng xã hội (*tương tác, kết bạn, giao tiếp bằng mắt*).

- Kỹ năng ngôn ngữ (*hiểu lời nói, khả năng biểu đạt*).
- Khả năng tự chăm sóc (*ăn uống, vệ sinh cá nhân, mặc quần áo*).

CHƯƠNG 3: MỘT SỐ KHÁC BIỆT TRONG PHÁT TRIỂN Ở TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

GIỚI THIỆU

Trẻ RLPTK có những đặc điểm phát triển khác biệt so với trẻ bình thường, ảnh hưởng đến nhiều khía cạnh như trí nhớ, khả năng tập trung chú ý, học tập và áp dụng kỹ năng mới. Chương 3 sẽ đi sâu phân tích những khác biệt này, giúp người học hiểu rõ hơn về đặc điểm phát triển của trẻ RLPTK và cách hỗ trợ phù hợp.

Trẻ bình thường có trí nhớ cân bằng, linh hoạt, trong khi trẻ RLPTK thường ghi nhớ chi tiết nhưng gặp khó khăn trong tổng hợp và ghi nhớ thông tin xã hội. Về chú ý, trẻ bình thường có khả năng điều chỉnh linh hoạt, còn trẻ RLPTK dễ bị phân tán hoặc tập trung cao độ vào sở thích riêng nhưng khó duy trì chú ý với các nhiệm vụ không hấp dẫn.

Khả năng học tập của trẻ RLPTK cũng có sự khác biệt: các em thường học theo cách máy móc, khó khái quát hóa và chỉ tiếp thu tốt khi nội dung liên quan đến sở thích cá nhân. Chương cũng đề cập đến hội chứng thiên tài (*Savant syndrome*) – khi một số trẻ tự kỷ có năng khiếu vượt trội về trí nhớ, toán học, nghệ thuật hoặc ngôn ngữ, với những ví dụ điển hình như Kim Peek và Stephen Wiltshire. Thông qua chương này, sinh viên chuyên ngành công tác xã hội sẽ có cái nhìn sâu sắc hơn về sự khác biệt phát triển ở trẻ RLPTK, từ đó có những phương pháp tiếp cận, giáo dục và hỗ trợ phù hợp, giúp trẻ phát huy tối đa tiềm năng của mình.

MỤC TIÊU

Sau khi học xong chương này, người học có khả năng:

1. Trình bày được các khác biệt trong phát triển ở trẻ RLPTK.
2. Nhận biết được sự khác biệt về trí nhớ, khả năng học tập, khả năng tập trung và áp dụng kỹ năng mới giữa trẻ RLPTK và trẻ bình thường.
3. Người học tích cực tự học, tự nghiên cứu. Có thái độ đúng mực với trẻ RLPTK và gia đình trẻ.

NỘI DUNG

1. Đặc điểm trí nhớ

1.1. Đặc điểm trí nhớ của trẻ bình thường (không mắc tự kỷ)

Đối với trẻ em phát triển bình thường (không mắc RLPTK) trí nhớ của trẻ có sự phát triển theo thời gian, chịu ảnh hưởng bởi yếu tố môi trường, giáo dục và trải nghiệm cá nhân.

1.1.1. Trí nhớ không chủ định và trí nhớ có chủ định

- Trí nhớ không chủ định (*ghi nhớ một cách vô thức*) chiếm ưu thế ở trẻ nhỏ. Trẻ dễ ghi nhớ những gì thu hút, sinh động hoặc gắn liền với cảm xúc.

- Trí nhớ có chủ định (*ghi nhớ có ý thức, có mục tiêu*) phát triển mạnh hơn khi trẻ lớn lên, đặc biệt từ giai đoạn tiểu học, khi trẻ có thể sử dụng chiến lược ghi nhớ như lặp lại hoặc liên kết thông tin.

1.1.2. Trí nhớ ngắn hạn và trí nhớ dài hạn

- Trí nhớ ngắn hạn giúp trẻ lưu giữ thông tin trong thời gian ngắn (*vài giây đến vài phút*) và đóng vai trò quan trọng trong học tập. Dung lượng trí nhớ này tăng dần theo tuổi.

- Trí nhớ dài hạn giúp trẻ lưu trữ thông tin trong thời gian dài. Nó được chia thành:

- + Trí nhớ sự kiện (*episodic memory*): Nhớ về các sự kiện, trải nghiệm cá nhân.

- + Trí nhớ ngữ nghĩa (*semantic memory*): Nhớ về kiến thức chung, từ vựng, khái niệm.

1.1.3. Khả năng ghi nhớ theo ngữ cảnh và cảm xúc

- Trẻ ghi nhớ tốt hơn khi thông tin có tính trực quan, gắn liền với câu chuyện hoặc cảm xúc mạnh mẽ.

- Trí nhớ của trẻ phát triển mạnh thông qua hoạt động vui chơi, khám phá và tương tác xã hội.

1.1.4. Trí nhớ và sự phát triển theo độ tuổi

- Giai đoạn 0-3 tuổi: Trẻ có trí nhớ ghi nhớ sự kiện đơn giản và nhận diện người quen.

- Giai đoạn 3-6 tuổi: Khả năng nhớ có chủ đích bắt đầu phát triển, nhưng vẫn chủ yếu dựa vào hình ảnh và trải nghiệm cá nhân.

- Giai đoạn 6 tuổi trở lên: Trẻ sử dụng chiến lược ghi nhớ như lặp lại,

phân loại thông tin, tạo liên kết.

1.2. Đặc điểm trí nhớ của trẻ RLPTK

Trẻ RLPTK có những đặc điểm trí nhớ khác biệt so với trẻ phát triển bình thường. Mặc dù một số trẻ RLPTK thể hiện khả năng ghi nhớ xuất sắc trong một số lĩnh vực, nhưng nhìn chung, trí nhớ của các em có những đặc điểm sau:

1.2.1. Trí nhớ không đều

- Trẻ RLPTK thường có trí nhớ tốt trong các lĩnh vực cụ thể (*chẳng hạn như số, hình ảnh, âm thanh hoặc chi tiết sự kiện*), nhưng lại gặp khó khăn với trí nhớ liên quan đến tương tác xã hội và ngôn ngữ.

- Một số trẻ có trí nhớ phi thường (*hyperthymesia*), nhớ chính xác ngày tháng, số liệu hoặc chi tiết cụ thể trong thời gian dài mà không cần ôn tập.

1.2.2. Trí nhớ ngắn hạn kém hơn, trí nhớ dài hạn tốt hơn

- Trí nhớ ngắn hạn (*nhất là trong việc xử lý thông tin mới hoặc lời nói*) thường bị suy giảm, khiến trẻ khó nhớ và làm theo nhiều chỉ dẫn cùng lúc.

- Trí nhớ dài hạn có thể rất mạnh, đặc biệt với thông tin mang tính cấu trúc như lịch trình, thói quen hoặc dữ kiện mà trẻ quan tâm.

1.2.3. Trí nhớ chi tiết mạnh nhưng khó tổng hợp

- Trẻ RLPTK có xu hướng ghi nhớ chi tiết thay vì bức tranh tổng thể. Ví dụ, một đứa trẻ có thể nhớ từng chi tiết nhỏ trong một bộ phim nhưng lại không hiểu nội dung tổng thể.

- Việc ghi nhớ thường mang tính máy móc, lặp lại, thay vì linh hoạt và khái quát hóa.

1.2.4. Khó ghi nhớ thông tin có tính xã hội và cảm xúc

- Trẻ RLPTK gặp khó khăn trong việc ghi nhớ khuôn mặt, tên gọi hoặc các tình huống giao tiếp xã hội.

- Trí nhớ của trẻ thường không nhạy bén với cảm xúc, tức là trẻ có thể nhớ một sự kiện nhưng không nhớ rõ cảm giác của mình hoặc người khác trong tình huống đó.

1.2.5. Trí nhớ phụ thuộc vào sở thích cá nhân

- Trẻ RLPTK có xu hướng ghi nhớ tốt hơn những gì nằm trong phạm vi sở thích đặc biệt của mình (*ví dụ: xe cộ, động vật, bản đồ*).

- Những thông tin không liên quan đến sở thích có thể bị lãng quên nhanh

hoặc không gây hứng thú để ghi nhớ.

1.2.6. Gặp khó khăn với trí nhớ làm việc (Working Memory)

Trí nhớ làm việc, liên quan đến việc xử lý và sử dụng thông tin trong thời gian ngắn, thường bị suy giảm ở trẻ RLPTK. Điều này ảnh hưởng đến khả năng giải quyết vấn đề, tổ chức công việc và học tập.

Như vậy, trẻ RLPTK có trí nhớ phát triển không đồng đều, với điểm mạnh trong trí nhớ dài hạn, chi tiết và sở thích cá nhân, nhưng gặp khó khăn với trí nhớ ngắn hạn, trí nhớ làm việc và các thông tin mang tính xã hội. Hiểu rõ những đặc điểm này giúp xây dựng phương pháp giáo dục phù hợp để hỗ trợ trẻ trong học tập và giao tiếp.

2. Khả năng học và áp dụng kỹ năng mới

2.1. Khả năng học và áp dụng kỹ năng mới ở trẻ bình thường

Trẻ phát triển bình thường có khả năng tiếp thu và áp dụng kỹ năng mới một cách linh hoạt nhờ vào sự phát triển toàn diện của trí tuệ, ngôn ngữ, vận động và tương tác xã hội. Quá trình này diễn ra thông qua nhiều phương thức khác nhau và thay đổi theo độ tuổi.

2.1.1. Học qua quan sát và bắt chước

Trẻ em học nhiều kỹ năng mới bằng cách quan sát người lớn, bạn bè, anh chị em và bắt chước hành vi của họ. Khả năng bắt chước xuất hiện từ rất sớm và đóng vai trò quan trọng trong việc học ngôn ngữ, vận động và giao tiếp xã hội.

Ví dụ: Trẻ học cách cầm thìa, đi xe đạp hay nói chuyện bằng cách quan sát người khác thực hiện trước.

2.1.2. Học thông qua thử nghiệm và khám phá

Trẻ bình thường có bản năng tò mò, thích khám phá môi trường xung quanh và thử nghiệm nhiều cách khác nhau để giải quyết vấn đề.

Khi gặp thất bại, trẻ có thể tự điều chỉnh phương pháp và thử lại theo cách khác, giúp phát triển tư duy sáng tạo và kỹ năng giải quyết vấn đề.

Ví dụ: Khi học cách xếp hình, trẻ có thể thử nhiều cách đặt các khối khác nhau trước khi tìm ra cách chính xác.

2.1.3. Học có hệ thống và có chủ đích

Khi lớn lên, trẻ dần phát triển khả năng học có kế hoạch, tập trung vào các mục tiêu cụ thể thông qua việc tiếp nhận kiến thức từ trường học, sách vở, thầy cô và người lớn.

Trẻ có thể học qua hướng dẫn, lặp lại và thực hành để ghi nhớ và ứng dụng kỹ năng một cách có ý thức.

Ví dụ: Trẻ học cách viết chữ, làm toán hoặc sử dụng dụng cụ thông qua hướng dẫn từ giáo viên.

2.1.4. Khả năng tổng hợp và khái quát hóa

Trẻ bình thường không chỉ học một kỹ năng riêng lẻ mà còn biết tổng hợp, liên kết thông tin để áp dụng vào các tình huống khác nhau.

Khi học một kỹ năng trong một bối cảnh, trẻ có thể khái quát hóa và áp dụng kỹ năng đó vào các tình huống khác nhau.

Ví dụ: Khi học cách buộc dây giày, trẻ có thể áp dụng nguyên tắc đó để buộc dây túi hoặc ruy băng.

2.1.5. Linh hoạt và sáng tạo trong việc áp dụng kỹ năng

Trẻ có khả năng thích nghi với môi trường mới và điều chỉnh cách áp dụng kỹ năng tùy theo hoàn cảnh.

Khả năng linh hoạt giúp trẻ dễ dàng học hỏi khi di chuyển đến một môi trường mới, tiếp xúc với ngôn ngữ mới hoặc phải đối mặt với tình huống chưa từng gặp trước đó.

Ví dụ: Trẻ học một trò chơi mới từ bạn bè và có thể biến đổi luật chơi để phù hợp với sở thích cá nhân.

2.1.6. Học tập qua tương tác xã hội

Trẻ học hỏi rất nhiều thông qua tương tác với người khác, bao gồm cha mẹ, giáo viên và bạn bè.

Tương tác giúp trẻ học các kỹ năng xã hội như chia sẻ, hợp tác, giải quyết mâu thuẫn và hiểu cảm xúc của người khác.

Ví dụ: Khi chơi chung với bạn, trẻ học cách thay phiên, lắng nghe ý kiến và tuân thủ quy tắc trò chơi.

2.1.7. Ứng dụng kỹ năng vào thực tế

Trẻ bình thường có khả năng vận dụng kỹ năng đã học vào cuộc sống hàng ngày, giúp các hoạt động trở nên hiệu quả hơn.

Trẻ có thể tự lập dần dần bằng cách áp dụng các kỹ năng tự chăm sóc, học tập và giao tiếp một cách độc lập.

Ví dụ: Khi học cách đếm số trong lớp, trẻ có thể áp dụng vào thực tế khi

mua hàng hoặc chơi trò chơi đếm đồ vật.

2.2. Khả năng học và áp dụng kỹ năng mới ở trẻ RLPTK

Trẻ RLPTK có khả năng học hỏi và áp dụng kỹ năng mới khác biệt so với trẻ bình thường. Một số trẻ có thể học rất nhanh trong những lĩnh vực mà chúng quan tâm, nhưng lại gặp khó khăn trong việc tiếp thu các kỹ năng xã hội hoặc kỹ năng thực tiễn.

2.2.1. Học tập không đồng đều

Trẻ RLPTK thường có sự phát triển không đồng đều giữa các lĩnh vực. Một số trẻ có thể học rất nhanh về số học, âm nhạc hoặc ghi nhớ thông tin chi tiết nhưng lại gặp khó khăn trong việc học các kỹ năng xã hội, ngôn ngữ hoặc vận động.

Ví dụ: Một trẻ RLPTK có thể nhớ lịch trình xe buýt chính xác từng phút nhưng lại không biết cách buộc dây giày.

2.2.2. Học tập mang tính máy móc, ít linh hoạt

Trẻ RLPTK thường học theo kiểu ghi nhớ rập khuôn thay vì hiểu bản chất của vấn đề. Khi học một kỹ năng mới, trẻ có thể lặp lại chính xác những gì được dạy nhưng khó áp dụng vào bối cảnh khác.

Ví dụ: Nếu được dạy chào "Xin chào!" khi gặp người khác, trẻ có thể luôn lặp lại câu này mà không điều chỉnh theo tình huống thực tế (*ví dụ: Không chào khi người kia đã chào trước*).

2.2.3. Khó khăn trong việc tổng hợp và khái quát hóa kỹ năng

Trẻ RLPTK gặp khó khăn trong việc khái quát hóa kiến thức và kỹ năng từ một bối cảnh sang bối cảnh khác. Nếu một kỹ năng được dạy trong một tình huống cụ thể, trẻ có thể không biết cách áp dụng nó vào các tình huống tương tự nhưng khác biệt một chút.

Ví dụ: Trẻ có thể học cách rửa tay ở trường nhưng lại không biết áp dụng điều đó ở nhà nếu không có sự hướng dẫn cụ thể.

2.2.4. Học tập dựa vào sở thích đặc biệt

Trẻ RLPTK có xu hướng học tập tốt hơn nếu nội dung liên quan đến sở thích cá nhân. Nếu được dạy theo cách liên kết với điều trẻ yêu thích, quá trình học sẽ hiệu quả hơn.

Ví dụ: Một trẻ thích tàu hỏa có thể dễ dàng học toán hơn nếu các bài toán liên quan đến hình ảnh hoặc mô tả về tàu hỏa.

2.2.5. Gặp khó khăn trong việc học kỹ năng xã hội và giao tiếp

Kỹ năng xã hội là một trong những lĩnh vực mà trẻ RLPTK gặp khó khăn lớn nhất. Trẻ thường khó hiểu được tín hiệu phi ngôn ngữ (*ánh mắt, biểu cảm, cử chỉ*) và khó duy trì hội thoại tự nhiên.

Những kỹ năng này thường cần được dạy một cách có hệ thống và lặp lại nhiều lần để trẻ có thể ghi nhớ và sử dụng.

Ví dụ: Trẻ có thể không hiểu khi nào nên nói lời cảm ơn, trừ khi được nhắc nhở hoặc huấn luyện cụ thể.

2.2.6. Học qua sự lặp lại và môi trường có cấu trúc

Trẻ RLPTK học hiệu quả hơn trong môi trường có cấu trúc rõ ràng, nơi mọi thứ diễn ra theo trình tự nhất định. Việc lặp lại và duy trì một lịch trình ổn định giúp trẻ dễ dàng ghi nhớ và áp dụng kỹ năng.

Ví dụ: Nếu mỗi ngày trẻ được hướng dẫn đánh răng theo một trình tự cố định (*lấy kem, chải răng, súc miệng*), trẻ có thể ghi nhớ và làm theo dễ dàng hơn.

2.2.7. Khó khăn trong việc chuyển đổi kỹ năng sang ngữ cảnh mới

Ngay cả khi đã học được một kỹ năng, trẻ RLPTK có thể gặp khó khăn trong việc áp dụng nó vào các tình huống khác nhau. Điều này liên quan đến sự cứng nhắc trong tư duy và khó khăn trong việc điều chỉnh hành vi theo hoàn cảnh.

Ví dụ: Trẻ có thể biết cách buộc dây giày ở nhà nhưng không biết làm điều đó khi ở trường vì môi trường khác biệt.

2.2.8. Cần có sự hỗ trợ để học và áp dụng kỹ năng

Để giúp trẻ RLPTK học tốt hơn, cần có những phương pháp giảng dạy phù hợp như:

Dạy trực quan: Sử dụng hình ảnh, video, mô hình để giúp trẻ dễ hiểu hơn.

Hướng dẫn từng bước: Chia nhỏ các kỹ năng thành từng bước cụ thể, rõ ràng.

Lặp lại và củng cố: Tăng cường sự lặp lại để trẻ ghi nhớ tốt hơn.

Sử dụng phần thưởng: Tạo động lực bằng phần thưởng khi trẻ học và áp dụng kỹ năng mới.

Trẻ RLPTK có khả năng học và áp dụng kỹ năng mới theo cách riêng, với

xu hướng học tập không đồng đều, khó khăn trong việc tổng hợp, khái quát hóa và chuyển đổi kỹ năng giữa các bối cảnh. Tuy nhiên, nếu được dạy theo phương pháp phù hợp, trẻ vẫn có thể phát triển và áp dụng các kỹ năng vào cuộc sống hàng ngày.

3. Khả năng tập trung và chú ý

3.1. Khả năng tập trung, chú ý ở trẻ bình thường (không mắc RLPTK)

Trẻ phát triển bình thường có khả năng tiếp thu và áp dụng kỹ năng mới một cách linh hoạt, dựa trên sự phát triển của trí tuệ, cảm xúc và xã hội.

3.1.1. Học thông qua quan sát và bắt chước

- Trẻ học nhanh bằng cách quan sát người lớn, anh chị em hoặc bạn bè, sau đó bắt chước và thử nghiệm.

- Bắt chước không chỉ diễn ra trong hành vi vận động mà còn trong giao tiếp, ngôn ngữ và ứng xử xã hội.

3.1.2. Học qua thử nghiệm và khám phá

- Trẻ tò mò, thích thử nghiệm với môi trường xung quanh để khám phá quy luật và rút kinh nghiệm.

- Khi gặp thất bại, trẻ có xu hướng thử lại theo cách khác, nhờ đó hình thành tư duy giải quyết vấn đề.

3.1.3. Học tập có hệ thống và chủ động

- Khi lớn dần, trẻ có thể tiếp nhận thông tin từ trường học, sách vở và các phương pháp giảng dạy chính quy.

- Trẻ có khả năng tập trung, ghi nhớ, suy luận và vận dụng kiến thức vào thực tế.

3.1.4. Khả năng tổng hợp và khái quát hóa

- Trẻ không chỉ ghi nhớ chi tiết mà còn có thể tổng hợp, liên kết thông tin từ nhiều nguồn để tạo ra hiểu biết mới.

- Khi học một kỹ năng trong một bối cảnh, trẻ có thể áp dụng nó vào tình huống khác (ví dụ: học cách buộc dây giày rồi áp dụng vào việc buộc dây túi).

3.1.5. Linh hoạt trong việc áp dụng kỹ năng mới

- Trẻ bình thường có khả năng điều chỉnh cách áp dụng kỹ năng tùy theo hoàn cảnh. Ví dụ, khi học cách giao tiếp, trẻ có thể thay đổi giọng điệu, cử chỉ tùy vào đối tượng và tình huống.

- Trẻ có thể thích nghi với môi trường mới, tiếp thu những thói quen và kỹ năng khác nhau theo thời gian.

3.1.6. Học tập qua tương tác xã hội

- Trẻ phát triển kỹ năng mới thông qua giao tiếp, trò chơi và hợp tác với người khác.

- Việc tương tác giúp trẻ học cách điều chỉnh hành vi, hiểu cảm xúc của người khác và làm việc nhóm.

3.1.7. Ứng dụng kỹ năng vào thực tế

Trẻ có thể áp dụng những gì đã học vào các hoạt động hàng ngày, như sử dụng kiến thức toán học trong mua sắm hoặc dùng ngôn ngữ để bày tỏ nhu cầu.

Khả năng tự chủ và tự điều chỉnh giúp trẻ dần trở nên độc lập trong việc học và phát triển kỹ năng.

3.2. Khả năng tập trung, chú ý ở trẻ RLPTK

Trẻ tự kỷ thường gặp khó khăn trong việc duy trì sự tập trung và chú ý, điều này có thể ảnh hưởng đến khả năng học hỏi và tham gia vào các hoạt động xã hội. Những khó khăn này có thể thể hiện ở nhiều mức độ và liên quan đến các yếu tố khác nhau, từ tính cách cá nhân đến yếu tố môi trường.

3.2.1. Khó khăn trong việc duy trì chú ý

- Trẻ RLPTK có xu hướng dễ dàng bị phân tán và khó duy trì sự chú ý trong thời gian dài, đặc biệt là với những hoạt động hoặc thông tin mà trẻ không cảm thấy thú vị.

- Khi tham gia vào các hoạt động học tập hoặc giao tiếp xã hội, trẻ có thể mất tập trung vào phần quan trọng của nhiệm vụ, thay vào đó trẻ lại chú ý đến những yếu tố xung quanh, như một vật thể, âm thanh hoặc động tác nhất định.

3.2.2. Sự chú ý có tính chọn lọc

- Mặc dù trẻ RLPTK gặp khó khăn trong việc duy trì sự chú ý chung, nhưng trẻ có thể thể hiện chú ý có tính chọn lọc vào những thứ mà trẻ đặc biệt yêu thích hoặc có mối quan tâm. Ví dụ, một số trẻ RLPTK có thể tập trung vào các đối tượng như đồ chơi, số liệu, bản đồ hoặc các hoạt động quen thuộc, và có thể dành hàng giờ để chơi hoặc nghiên cứu những thứ này mà không bị phân tâm.

- Chú ý này có thể làm trẻ trở nên đặc biệt xuất sắc trong những lĩnh vực mà trẻ quan tâm, như toán học, âm nhạc hoặc nghệ thuật, nhưng lại gặp khó

khẩn trong việc chuyển sự chú ý sang các nhiệm vụ khác.

3.2.3. *Chú ý ngắn hạn và khó khăn trong việc chuyển đổi sự chú ý*

- Trẻ RLPTK thường có khả năng chú ý ngắn hạn và gặp khó khăn khi phải chuyển từ một hoạt động sang một hoạt động khác. Điều này khiến trẻ dễ bị rối loạn hoặc có thể trở nên bực bội khi môi trường thay đổi hoặc khi phải thay đổi nhiệm vụ.

- Việc chuyển đổi sự chú ý từ một công việc sang công việc khác có thể đòi hỏi trẻ một khoảng thời gian lâu hơn so với trẻ bình thường.

3.2.4. *Khó khăn trong việc tập trung trong môi trường có nhiều kích thích*

- Môi trường có quá nhiều kích thích (*âm thanh, ánh sáng, người xung quanh*) có thể làm trẻ RLPTK cảm thấy căng thẳng và dễ bị phân tâm. Trẻ có thể gặp khó khăn trong việc lọc bỏ các yếu tố không liên quan để tập trung vào nhiệm vụ chính.

- Những nơi đông người, ồn ào, hoặc tình huống xã hội có thể gây khó khăn cho trẻ trong việc duy trì sự chú ý vào một người hoặc tình huống nhất định.

3.2.5. *Tính ổn định của sự chú ý*

- Mặc dù trẻ RLPTK gặp khó khăn trong việc duy trì sự chú ý, nhưng khi trẻ thực sự hứng thú hoặc quan tâm đến một hoạt động, sự chú ý của trẻ có thể rất ổn định và lâu dài. Điều này đặc biệt rõ ràng khi trẻ tham gia vào những sở thích hoặc thói quen cá nhân.

- Trong những tình huống này, trẻ có thể không bị phân tâm và tiếp tục tập trung vào một nhiệm vụ trong một thời gian dài mà không cần sự can thiệp của người khác.

3.2.6. *Dấu hiệu kém tập trung*

- Kém tập trung: Ở trẻ bị RLPTK thể hiện như thời gian quan tâm đến đồ vật hoặc chơi một hoạt động ngắn, dễ bị phân tán, khả năng nhớ kém. Trẻ gặp khó khăn khi lắng nghe ai đó nói, hướng dẫn, hoàn thành nhiệm vụ hay một sinh hoạt cá nhân nào đó.

- Tăng động: Một đặc điểm khác không thể thiếu đó là chứng tăng động giảm chú ý, trẻ không thể ngồi yên một chỗ. Trẻ chạy nhảy không nghỉ ngơi, dù ở bất kỳ điều kiện, không gian nào. Khi chúng phải ngồi xuống, chúng có xu hướng ngo ngoậy, bồn chồn hoặc nhún nhảy. Một số trẻ bị tăng động giảm chú ý sẽ nói quá nhiều và thường khó chơi trong yên lặng.

- Tính bốc đồng: Biểu hiện nữa của tăng động, giảm chú ý là tính bốc đồng, tức là thường xuyên cắt ngang, phá vỡ những thứ khác hay buộc miệng trả lời trước khi giáo viên kết thúc câu hỏi. Do mất tập trung trẻ thường gặp nhiều khó khăn trong việc bắt chước và học các kỹ năng.

Trẻ bị RLPTK do giảm tập trung và giao tiếp bằng mắt kém nên khả năng quan sát, bắt chước và học các hoạt động rất kém. Thể hiện sớm nhất là trẻ không bắt chước được các kỹ năng giao tiếp không lời: nhìn mặt, biểu đạt bằng nét mặt, sử dụng ngôn ngữ cơ thể... Muộn hơn, trẻ không tự bắt chước được các hoạt động hàng ngày, vui chơi hoặc bắt chước nói và ứng xử...

4. Hội chứng thiên tài

4.1. Hội chứng thiên tài là gì?

Hội chứng thiên tài (*Savant syndrome*) là một hiện tượng hiếm gặp, trong đó một người có khuyết tật về phát triển, bao gồm cả RLPTK, thể hiện năng khiếu đặc biệt hoặc khả năng vượt trội trong một hoặc nhiều lĩnh vực cụ thể. Những khả năng này có thể xuất hiện mà không cần luyện tập nhiều và thường mang tính tự nhiên.

Hội chứng thiên tài rất hiếm, chỉ có khoảng 1 trong 10 trẻ RLPTK thể hiện các kỹ năng thiên tài ở một mức độ nào đó.

Trong tổng số những người mắc hội chứng thiên tài, khoảng 50% có liên quan đến rối loạn phổ RLPTK, trong khi số còn lại có thể bị chấn thương não hoặc các dạng khuyết tật phát triển khác.

4.2. Các lĩnh vực mà trẻ RLPTK có thể có năng khiếu đặc biệt

Những trẻ RLPTK mắc hội chứng thiên tài thường có khả năng xuất chúng trong các lĩnh vực sau:

- Trí nhớ phi thường: Khả năng ghi nhớ chi tiết cực kỳ chính xác về lịch sử, số liệu, bản đồ, sách hoặc thậm chí cả những sự kiện xảy ra từ lâu.
- Toán học: Trẻ có thể thực hiện các phép tính phức tạp trong đầu nhanh chóng mà không cần công cụ hỗ trợ.
- Âm nhạc: Một số trẻ có thể chơi piano, violin hoặc sáng tác nhạc chỉ sau khi nghe một lần.
- Mỹ thuật: Một số trẻ có khả năng vẽ tranh chi tiết, chính xác với trí nhớ hình ảnh hoàn hảo.
- Ngôn ngữ: Có thể học nhiều ngôn ngữ một cách dễ dàng hoặc có khả năng

năng sử dụng từ vựng rất phức tạp.

- Khả năng cơ học hoặc không gian: Một số trẻ có thể xây dựng mô hình ba chiều, lắp ráp máy móc mà không cần hướng dẫn.

4.3. Đặc điểm hội chứng thiên tài ở trẻ RLPTK

- Khả năng học và ghi nhớ cực kỳ nhanh mà không cần hướng dẫn nhiều.
- Tập trung cao độ vào một lĩnh vực cụ thể, đôi khi bị ám ảnh với chủ đề yêu thích.
- Thiếu kỹ năng xã hội hoặc gặp khó khăn trong việc giao tiếp nhưng lại có thể thể hiện xuất sắc trong lĩnh vực chuyên biệt.
- Có xu hướng thực hiện lặp đi lặp lại một kỹ năng và cải thiện nó theo thời gian mà không cần hướng dẫn.

4.4. Một số trường hợp nổi bật về hội chứng thiên tài ở người RLPTK

4.4.1. Kim Peek – "Máy tính sống" (1951 – 2009)

Kim Peek là một người có trí nhớ siêu phàm, có thể ghi nhớ hơn 12.000 cuốn sách với độ chính xác cao. Ông có thể đọc hai trang sách cùng lúc, mỗi mắt đọc một trang riêng biệt, và ghi nhớ gần như toàn bộ nội dung ngay lập tức.

Peek có khả năng nhớ lịch sử, bản đồ, âm nhạc, số liệu thống kê với mức độ chi tiết phi thường. Ông cũng có thể tính toán ngày trong tuần của bất kỳ ngày nào trong lịch sử chỉ trong vài giây.



Hình 3.1. Kim Peek (1951 – 2009). Nguồn ảnh: www.anninhthudo.vn

Mặc dù có trí nhớ xuất sắc, Kim Peek gặp khó khăn trong việc thực hiện

những hoạt động hàng ngày đơn giản và phải dựa vào sự chăm sóc của cha mình. Ông là nguồn cảm hứng cho nhân vật Raymond Babbitt trong bộ phim nổi tiếng Rain Man (1988).

4.4.2. Stephen Wiltshire – "Người đàn ông máy ảnh" (sinh năm 1974)

Stephen Wiltshire là một họa sĩ người Anh nổi tiếng với khả năng vẽ lại toàn bộ khung cảnh một thành phố sau khi chỉ quan sát thoáng qua trong thời gian ngắn. Ông có thể ghi nhớ và tái hiện chi tiết các tòa nhà, đường phố, cửa sổ và cấu trúc chỉ bằng trí nhớ của mình.



Hình 3.2. Stephen Wiltshire. Nguồn ảnh: <https://inspiremykids.com>

Một số tác phẩm nổi bật:

Vẽ lại toàn bộ thành phố London chỉ sau một chuyến bay ngắn trên trực thăng.

Vẽ chính xác Tokyo, Rome, Hong Kong và New York từ trí nhớ sau một chuyến quan sát ngắn bằng trực thăng.

Stephen gặp khó khăn trong giao tiếp khi còn nhỏ nhưng đã phát triển khả năng hội thoại tốt hơn nhờ nghệ thuật.

4.4.3. Daniel Tammet – "Bộ não toán học" (sinh năm 1979)

Daniel Tammet là một thiên tài toán học và ngôn ngữ, có khả năng nhớ 22.514 chữ số của số pi chỉ trong 5 giờ mà không mắc lỗi nào.

Ông có thể thực hiện các phép tính toán học phức tạp trong đầu mà không cần giấy bút hay máy tính.

Khả năng học ngôn ngữ phi thường: Học tiếng Icelandic chỉ trong 7 ngày và có thể giao tiếp trôi chảy. Thông thạo hơn 10 ngôn ngữ, bao gồm tiếng Anh,

Pháp, Phần Lan, Đức, Tây Ban Nha, Litva và Esperanto.

Tammet không chỉ giỏi toán mà còn có khả năng mô tả cách mình nhìn thấy các con số và tính toán thông qua hình ảnh trong tâm trí – một hiện tượng hiếm gọi là synesthesia (*liên tưởng giác quan*).

Ông đã viết cuốn sách *Born on a Blue Day*, kể về trải nghiệm của mình với hội chứng thiên tài và rối loạn phổ tự kỷ.

4.4.4. Orlando Serrell – "*Bộ não siêu tính toán*" (sinh năm 1968)

Orlando Serrell không phải là một người tự kỷ từ nhỏ mà có được khả năng thiên tài sau một chấn thương đầu lúc 10 tuổi.

Sau khi bị bóng đập vào đầu, Orlando đột nhiên có thể ghi nhớ chính xác từng ngày trong cuộc đời mình kể từ thời điểm đó, bao gồm thời tiết, sự kiện, ngày tháng.

Ông có thể thực hiện các phép tính lịch siêu tốc, chẳng hạn như tính ngày thứ của bất kỳ ngày nào trong lịch sử mà không cần suy nghĩ nhiều.

4.4.5. Leslie Lemke – "*Thiên tài âm nhạc*" (1952 – 2015)

Leslie Lemke mắc nhiều vấn đề về phát triển khi mới sinh, bao gồm cả tổn thương não, nhưng lại có khả năng âm nhạc phi thường.

Ông không thể đi lại hay nói chuyện bình thường trong những năm đầu đời, nhưng sau đó thể hiện tài năng chơi piano thiên bẩm.



Hình 3.3. Leslie Lemke (1952 – 2015). Nguồn ảnh: <https://discover.hubpages.com/>
 Năm 16 tuổi, sau khi nghe một bản nhạc cổ điển phức tạp trên TV, ông có

thể chơi lại chính xác từng nốt nhạc ngay lần đầu tiên mà không cần luyện tập.

Leslie có thể chơi hàng trăm bản nhạc mà không cần nhìn bản nhạc, bao gồm nhạc cổ điển, jazz và nhạc hiện đại.

4.4.6. Alonzo Clemons – "Điêu khắc gia thiên tài" (sinh năm 1958)

Alonzo Clemons bị chấn thương não nặng từ nhỏ, khiến ông có trí tuệ phát triển kém. Tuy nhiên, ông có khả năng điêu khắc phi thường.

Ông có thể tạo ra những mô hình động vật cực kỳ chi tiết chỉ bằng cách nhìn thoáng qua một bức ảnh hoặc một con vật ngoài đời thật.

Những tác phẩm của ông có độ chính xác đến từng chi tiết về tỷ lệ cơ thể, cấu trúc cơ bắp, dù ông không được đào tạo chính thức về điêu khắc.

TÓM TẮT

Chương 3 trình bày những khác biệt trong phát triển ở trẻ RLPTK so với trẻ bình thường, tập trung vào ba khía cạnh chính: trí nhớ, khả năng tập trung chú ý và học tập kỹ năng mới.

Trẻ RLPTK thường có trí nhớ không đồng đều, ghi nhớ chi tiết xuất sắc nhưng gặp khó khăn trong tổng hợp và ghi nhớ thông tin xã hội. Về tập trung, trẻ tự kỷ dễ bị phân tán, nhưng có thể chú ý cao độ vào sở thích cá nhân. Trong việc học kỹ năng mới, trẻ có xu hướng học máy móc, khó khái quát hóa và cần phương pháp giảng dạy phù hợp.

Chương này cũng đề cập đến hội chứng thiên tài (*Savant syndrome*), khi một số trẻ RLPTK có năng khiếu vượt trội trong các lĩnh vực như trí nhớ, toán học, nghệ thuật. Những phân tích này giúp người học hiểu rõ hơn về đặc điểm phát triển của trẻ RLPTK và cách hỗ trợ hiệu quả.

Việc nghiên cứu các nội dung trên giúp sinh viên chuyên ngành công tác xã hội thấy được sự khác biệt và những khó khăn ở trẻ RLPTK từ đó làm căn cứ cho kế hoạch can thiệp, hỗ trợ.

BÀI TẬP

Bài tập 1: Phân tích sự khác biệt về trí nhớ giữa trẻ RLPTK và trẻ bình thường

Yêu cầu: Tìm hiểu và trình bày sự khác biệt về trí nhớ giữa trẻ RLPTK và trẻ bình thường. Phân tích và trình bày theo nhóm (*PowerPoint 5 - 7 slide*).

Bài tập 2: Hội chứng thiên tài ở trẻ RLPTK – Phân tích và đánh giá

Yêu cầu: Tìm hiểu về hội chứng thiên tài (*Savant syndrome*) và các dạng

tài năng đặc biệt thường gặp ở trẻ RLPTK.

Hình thức thực hiện: Viết bài phân tích 1000 - 1200 từ hoặc làm video thuyết trình từ 5 - 7 phút.

CHƯƠNG 4: PHÁT HIỆN SỚM TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

GIỚI THIỆU

Với những gia đình có con mắc hội chứng tự kỷ thì “*cuộc chiến*” thường kéo dài và rất gian nan. Và việc phát hiện sớm và can thiệp sớm cho trẻ RLPTK là rất quan trọng. Vì phát hiện càng sớm thì việc can thiệp, khắc phục sẽ có kết quả cao hơn, trẻ càng có nhiều cơ hội hòa nhập với cộng đồng, tự lập trong cuộc sống. Những biểu hiện của RLPTK khá đa dạng và có mức độ khác nhau, đa phần phụ huynh chưa có nhiều hiểu biết về hội chứng này do vậy có những trẻ bị mắc bệnh thể nhẹ thường được gia đình cho đi khám chẩn đoán muộn, có trẻ đến lúc đi học tiểu học mới được phát hiện khiến trẻ mất đi cơ hội can thiệp và sự cải thiện của trẻ sẽ rất thấp. Trong khi nhiều phụ huynh chủ quan, không để ý đến con khi có các dấu hiệu tự kỷ nhẹ khiến cho tình trạng này kéo dài, cản trở sự phát triển của trẻ và gây khó khăn trong quá trình can thiệp, điều trị.

MỤC TIÊU

Sau khi học xong chương này, người học có khả năng:

1. Trình bày được kiến thức cơ bản về sàng lọc phát triển của trẻ theo độ tuổi nhằm phát hiện những trẻ có yếu tố nguy cơ bị RLPTK hoặc đang bị RLPTK để có biện pháp hỗ trợ và can thiệp. Phân tích được các công cụ phát hiện trẻ tự kỷ
2. Thực hành được các công cụ phát hiện trẻ RLPTK trên các đối tượng.
3. Tích cực tự học, tự nghiên cứu. Có thái độ đúng mực với trẻ RLPTK và gia đình trẻ.

NỘI DUNG

1. Tầm quan trọng của việc phát hiện sớm, can thiệp sớm trẻ RLPTK

1.1. Khái niệm

- Phát hiện sớm: Là sàng lọc phát triển của trẻ theo độ tuổi nhằm phát hiện những trẻ có yếu tố nguy cơ bị RLPTK hoặc đang bị RLPTK để có biện pháp hỗ trợ và can thiệp.

- Can thiệp sớm: Là can thiệp ngay khi nghi ngờ trẻ mắc RLPTK mà có thể không đợi đến khi chẩn đoán chắc chắn. Thông thường, can thiệp sớm là can thiệp trẻ trong độ tuổi mầm non (*dưới 6 tuổi*), trong đó can thiệp trước 3 tuổi

được nhấn mạnh về tầm quan trọng vì có ý nghĩa tích cực trong cải thiện hiệu quả điều trị và làm tăng chất lượng sống của trẻ và gia đình sau này.

1.2. Ý nghĩa của việc phát hiện sớm

1.2.1. Tạo điều kiện cho can thiệp kịp thời và hiệu quả

Phát hiện sớm giúp trẻ được tiếp cận với các chương trình can thiệp phù hợp ngay từ những năm đầu đời, khi não bộ còn nhiều khả năng thích nghi và học hỏi.

Các phương pháp như trị liệu ngôn ngữ, phân tích hành vi ứng dụng (ABA), giáo dục đặc biệt có thể giúp trẻ phát triển tốt hơn về giao tiếp, kỹ năng xã hội và tự lập.

Trẻ được can thiệp sớm thường có cơ hội phát triển ngôn ngữ tốt hơn, giảm các hành vi tự kỷ tiêu cực như thu mình, kích động hoặc tăng động.

1.2.2. Giúp trẻ phát triển kỹ năng giao tiếp và tương tác xã hội

Trẻ RLPTK thường gặp khó khăn trong việc giao tiếp bằng lời nói và phi ngôn ngữ (*nhìn mắt, biểu cảm, cử chỉ*).

Nếu được hỗ trợ sớm, trẻ có thể học các kỹ năng giao tiếp cơ bản, giúp tăng cường khả năng tương tác với gia đình, bạn bè và giáo viên.

Can thiệp kịp thời có thể giúp trẻ giảm nguy cơ cô lập xã hội, đồng thời tăng khả năng hòa nhập với môi trường xung quanh.

1.2.3. Hạn chế các vấn đề hành vi và hỗ trợ kiểm soát cảm xúc

Trẻ RLPTK có thể gặp các vấn đề về hành vi bộc phát, căng thẳng, lo âu hoặc ám ảnh với một số thói quen nhất định.

Nếu không được phát hiện và can thiệp sớm, những hành vi này có thể trở thành rào cản lớn trong học tập và sinh hoạt.

Việc nhận diện sớm giúp cha mẹ và giáo viên áp dụng chiến lược điều chỉnh hành vi phù hợp, giúp trẻ kiểm soát cảm xúc tốt hơn và tăng khả năng thích nghi.

1.2.4. Hỗ trợ gia đình trong việc nuôi dạy trẻ

Khi trẻ được chẩn đoán sớm, gia đình có thể tìm hiểu kỹ hơn về chứng tự kỷ, từ đó lựa chọn phương pháp giáo dục và chăm sóc phù hợp.

Cha mẹ có thể được hướng dẫn về cách tương tác với trẻ, xây dựng môi trường học tập tốt hơn và giảm căng thẳng khi chăm sóc trẻ.

Nếu phát hiện muộn, gia đình có thể gặp khó khăn trong việc hiểu và đáp ứng nhu cầu của trẻ, dẫn đến stress và xung đột gia đình.

1.2.5. Tăng khả năng hòa nhập xã hội và học tập

Phát hiện sớm giúp trẻ có cơ hội học tập trong môi trường giáo dục phù hợp, có thể là lớp học hòa nhập hoặc lớp học đặc biệt.

Trẻ được hỗ trợ đúng cách sẽ có cơ hội phát triển kỹ năng sống, từ đó tăng khả năng hòa nhập với bạn bè và xã hội.

Nhiều nghiên cứu cho thấy trẻ tự kỷ được can thiệp sớm có khả năng đạt được các kỹ năng tự lập tốt hơn, thậm chí một số trẻ có thể theo học trường phổ thông và tham gia vào cuộc sống xã hội bình thường.

1.2.6. Tối ưu hóa tiềm năng của trẻ

Một số trẻ RLPTK có năng khiếu đặc biệt (*hội chứng thiên tài – Savant syndrome*) trong các lĩnh vực như toán học, âm nhạc, hội họa.

Nếu được phát hiện sớm, những tài năng này có thể được bồi dưỡng và phát triển đúng hướng, giúp trẻ phát huy tối đa khả năng của mình.

Ngược lại, nếu chẩn đoán chậm trễ, trẻ có thể bỏ lỡ cơ hội phát triển thể mạnh của bản thân.

1.2.7. Giảm gánh nặng lâu dài cho xã hội

Việc phát hiện và can thiệp sớm giúp trẻ có khả năng độc lập cao hơn, giảm sự phụ thuộc vào gia đình và hệ thống hỗ trợ xã hội trong tương lai.

Xã hội có thể tiết kiệm chi phí cho các dịch vụ hỗ trợ người RLPTK trưởng thành nếu trẻ được giúp đỡ từ sớm để phát triển các kỹ năng cần thiết cho cuộc sống.

2. Đối tượng sàng lọc phát hiện sớm trẻ RLPTK

2.1. Đối tượng thuộc diện sàng lọc

Sàng lọc phát hiện sớm RLPTK nên tập trung vào trẻ có dấu hiệu nghi ngờ, trẻ có tiền sử gia đình liên quan, trẻ sinh non, nhẹ cân, trẻ có rối loạn phát triển khác, trẻ trong độ tuổi từ 18 - 36 tháng, sống trong môi trường rủi ro cao.

2.1.1. Nhóm trẻ có dấu hiệu nghi ngờ rối loạn phổ RLPTK

Đây là nhóm đối tượng quan trọng nhất trong sàng lọc, bao gồm trẻ có những dấu hiệu bất thường về:

- Giao tiếp xã hội: Không phản ứng với tên gọi, ít giao tiếp bằng mắt,

không chia sẻ cảm xúc với người khác.

- Ngôn ngữ: Chậm nói, ít bắt chước âm thanh, không sử dụng từ ngữ để diễn đạt nhu cầu.

- Hành vi lặp lại: Thường xuyên lắc lư, xoay tròn đồ vật, có sở thích đặc biệt hoặc ám ảnh với một số hoạt động.

- Nhạy cảm giác quan: Nhạy cảm quá mức với âm thanh, ánh sáng hoặc không thích tiếp xúc cơ thể.

Nếu trẻ có từ hai dấu hiệu trở lên, cần được sàng lọc chuyên sâu để đánh giá nguy cơ mắc tự kỷ.

2.1.2. Nhóm trẻ có tiền sử gia đình liên quan đến RLPTK

Trẻ có anh, chị hoặc cha mẹ mắc RLPTK có nguy cơ cao hơn so với trẻ bình thường.

Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc RLPTK ở trẻ có anh/chị ruột mắc tự kỷ cao hơn 10 - 20 lần so với trẻ không có yếu tố này.

Trẻ có họ hàng gần mắc các vấn đề về phát triển thần kinh (*như Rối loạn tăng động giảm chú ý - ADHD, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn lo âu*) cũng cần được theo dõi.

2.1.3. Nhóm trẻ sinh non, nhẹ cân hoặc có biến chứng trong thai kỳ và sinh nở

- Trẻ sinh non trước 32 tuần, có cân nặng dưới 1,5kg có nguy cơ cao mắc các rối loạn phát triển, bao gồm RLPTK.

- Trẻ có tiền sử ngạt khi sinh, thiếu oxy não, nhiễm trùng bào thai cũng có nguy cơ ảnh hưởng đến sự phát triển thần kinh.

- Trẻ bị vàng da nặng, co giật sơ sinh hoặc các biến chứng thần kinh khác cũng cần được theo dõi chặt chẽ.

2.1.4. Nhóm trẻ có các rối loạn phát triển khác

- Trẻ chậm phát triển ngôn ngữ (*chậm nói*), chậm vận động, khó khăn trong học tập hoặc rối loạn hành vi có thể liên quan đến rối loạn phổ tự kỷ.

- Trẻ có dấu hiệu rối loạn cảm xúc, khó kiểm soát hành vi, tăng động hoặc giảm tập trung cũng cần được sàng lọc để loại trừ tự kỷ.

2.1.5. Nhóm trẻ từ 18 – 36 tháng tuổi (giai đoạn vàng để sàng lọc)

- Các dấu hiệu tự kỷ thường xuất hiện rõ ràng nhất từ 18 – 36 tháng tuổi.

Đây là giai đoạn quan trọng để phát hiện các bất thường về giao tiếp, hành vi và ngôn ngữ.

- Hiệp hội Nhi khoa Hoa Kỳ (American Academy of Pediatrics) khuyến nghị tất cả trẻ từ 18 - 24 tháng tuổi nên được sàng lọc tự kỷ, ngay cả khi chưa có dấu hiệu rõ ràng.

Nếu chẩn đoán muộn sau 3 tuổi, cơ hội can thiệp sớm sẽ giảm, ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ.

2.1.6. Nhóm trẻ có yếu tố môi trường rủi ro cao

- Trẻ bị bỏ rơi, thiếu sự quan tâm của cha mẹ, bị ngược đãi có thể phát triển những vấn đề hành vi giống RLPTK.

- Trẻ sống trong môi trường thiếu kích thích giao tiếp, ít được nói chuyện, chơi đùa có thể có dấu hiệu chậm phát triển tương tự trẻ RLPTK.

- Mặc dù không phải tất cả trẻ trong nhóm này đều mắc RLPTK, nhưng việc sàng lọc giúp phân biệt giữa rối loạn phát triển do môi trường và RLPTK thực sự.

2.2. Quy trình sàng lọc phát hiện sớm, can thiệp sớm

Việc sàng lọc và can thiệp sớm trẻ RLPTK cần được thực hiện theo một quy trình khoa học, hệ thống để bảo đảm phát hiện kịp thời và hỗ trợ hiệu quả.

Bước 1: Sàng lọc sơ bộ trẻ nghi ngờ RLPTK

- Mục tiêu: Nhận diện sớm các dấu hiệu nghi ngờ RLPTK để đánh giá sâu hơn.

- Đối tượng sàng lọc: Tất cả trẻ từ 18 – 36 tháng tuổi (*được xem là giai đoạn vàng để phát hiện sớm*).

Trẻ có dấu hiệu nghi ngờ RLPTK như chậm nói, ít giao tiếp bằng mắt, hành vi lặp lại, nhạy cảm giác quan.

Trẻ có tiền sử gia đình liên quan đến RLPTK hoặc trẻ sinh non, nhẹ cân, có biến chứng thai kỳ.

- Công cụ sàng lọc:

- + M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*): Đây là bộ câu hỏi sàng lọc RLPTK phổ biến dành cho trẻ từ 16 - 30 tháng tuổi.

- + ASQ: Bộ câu hỏi đánh giá độ tuổi và giai đoạn phát triển (*Ages and Stages Questionnaires*): Đánh giá sự phát triển chung của trẻ.

+ Quan sát hành vi thực tế do phụ huynh, giáo viên hoặc bác sĩ thực hiện.

- Kết quả:

Nếu trẻ có dấu hiệu nghi ngờ RLPTK → Chuyển sang Bước 2 để đánh giá chuyên sâu.

Nếu trẻ không có dấu hiệu rõ ràng → Tiếp tục theo dõi định kỳ 6 tháng/lần.

Bước 2: Đánh giá chuyên sâu và chẩn đoán

- Mục tiêu: Xác định mức độ RLPTK và lên kế hoạch can thiệp.

- Đơn vị thực hiện: Bác sĩ nhi khoa, chuyên gia tâm lý, chuyên gia giáo dục đặc biệt.

- Công cụ đánh giá:

+ ADOS-2 (*Autism Diagnostic Observation Schedule - 2nd Edition*): Đánh giá hành vi xã hội và giao tiếp.

+ CARS (*Childhood Autism Rating Scale*).

+ DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*): Tiêu chuẩn chẩn đoán RLPTK theo Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ.

+ Đánh giá ngôn ngữ, vận động, nhận thức để xác định mức độ phát triển của trẻ.

- Kết quả:

Nếu xác nhận trẻ mắc RLPTK → Chuyển sang Bước 3 để lên kế hoạch can thiệp.

Nếu không phải tự kỷ nhưng có chậm phát triển → Hướng dẫn can thiệp phù hợp với tình trạng của trẻ.

Bước 3: Lập kế hoạch can thiệp sớm

- Mục tiêu: Xây dựng chương trình can thiệp cá nhân hóa phù hợp với nhu cầu của từng trẻ.

- Nguyên tắc xây dựng kế hoạch:

+ Căn cứ vào mức độ RLPTK, khả năng ngôn ngữ, nhận thức, kỹ năng xã hội.

+ Kết hợp gia đình – nhà trường – chuyên gia để bảo đảm hiệu quả can thiệp.

+ Áp dụng phương pháp phù hợp với từng trẻ.

- Kết quả:

+ Trẻ được tham gia chương trình can thiệp phù hợp với nhu cầu.

+ Cha mẹ được hướng dẫn cách hỗ trợ trẻ tại nhà.

Bước 4: Triển khai can thiệp và đánh giá hiệu quả

- Mục tiêu: Bảo đảm trẻ tiến bộ qua quá trình can thiệp, điều chỉnh phương pháp nếu cần.

- Hoạt động chính:

+ Áp dụng chương trình can thiệp theo kế hoạch đã đề ra.

+ Đánh giá định kỳ mỗi 3 – 6 tháng để kiểm tra sự tiến bộ của trẻ.

+ Điều chỉnh phương pháp can thiệp nếu trẻ không có tiến bộ rõ rệt.

- Công cụ đánh giá hiệu quả:

+ Quan sát mức độ cải thiện về giao tiếp, hành vi, kỹ năng xã hội, nhận thức.

+ Kiểm tra sự thay đổi trên thang đo ADOS-2, CARS.

+ Đánh giá phản hồi từ cha mẹ, giáo viên, chuyên gia trị liệu.

- Kết quả:

Nếu trẻ có tiến bộ → Tiếp tục can thiệp và điều chỉnh chương trình phù hợp.

Nếu trẻ chưa có tiến bộ → Cần xem xét thay đổi phương pháp hoặc tăng cường hỗ trợ.

Bước 5: Hỗ trợ hòa nhập xã hội và theo dõi lâu dài

- Mục tiêu: Giúp trẻ có thể hòa nhập với cộng đồng, nâng cao chất lượng cuộc sống.

- Các hoạt động hỗ trợ:

+ Chuẩn bị cho trẻ vào trường học (*trường chuyên biệt hoặc lớp hòa nhập*).

+ Dạy kỹ năng tự lập: tự chăm sóc bản thân, giao tiếp xã hội, kiểm soát cảm xúc.

+ Tạo môi trường khuyến khích trẻ tương tác với bạn bè, tham gia các hoạt động xã hội.

+ Theo dõi định kỳ mỗi năm để đánh giá khả năng hòa nhập và điều chỉnh hỗ trợ nếu cần.

- Kết quả mong đợi:

+ Trẻ có khả năng tự lập ở mức độ nhất định.

+ Gia đình và nhà trường có phương pháp hỗ trợ trẻ tốt hơn.

+ Giúp trẻ phát triển tiềm năng cá nhân và có cuộc sống chất lượng hơn.

3. Giới thiệu một số công cụ phát hiện sớm trẻ RLPTK

3.1. Công cụ chẩn đoán RLPTK ADOS.

- Mô tả: ADOS là công cụ tiêu chuẩn vàng trong việc đánh giá RLPTK. Nó bao gồm các tình huống mô phỏng mà người thực hiện có thể quan sát hành vi và phản ứng của trẻ. ADOS được chia thành nhiều phiên bản cho các nhóm tuổi và mức độ ngôn ngữ khác nhau.

- Mục tiêu: Đánh giá giao tiếp, hành vi xã hội, và các đặc điểm đặc trưng của RLPTK.

3.2. Công cụ phỏng vấn chẩn đoán RLPTK ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised).

- Mô tả: Đây là một công cụ phỏng vấn gia đình dài, được thực hiện với cha mẹ hoặc người chăm sóc để thu thập thông tin về hành vi và lịch sử phát triển của trẻ.

- Mục tiêu: Cung cấp thông tin về ba lĩnh vực chính: giao tiếp, hành vi xã hội và hành vi lặp lại, để giúp đưa ra chẩn đoán chính xác.

3.3. Thang đánh giá tự kỷ ở trẻ em CARS.

- Mô tả: CARS là một công cụ đánh giá được sử dụng để đánh giá mức độ nghiêm trọng của RLPTK ở trẻ em từ 2 tuổi trở lên.

- Mục tiêu: Đánh giá hành vi của trẻ trong các lĩnh vực như giao tiếp, hành vi xã hội, phản ứng với môi trường, và hành vi lặp lại.

3.4. Bảng đánh giá sàng lọc tự kỷ cho trẻ em M-CHAT.

- Mô tả: M-CHAT là một bảng câu hỏi dành cho phụ huynh, giúp phát hiện sớm các dấu hiệu của tự kỷ ở trẻ em từ 16 đến 30 tháng tuổi.

- Mục tiêu: Xác định những dấu hiệu nguy cơ cao của RLPTK và khuyến nghị trẻ có thể cần được đánh giá thêm.

3.5. Công cụ đánh giá phát triển và hành vi VABS (*The Vineland Adaptive Behavior Scales*).

- Mô tả: Vineland đánh giá khả năng thích ứng của trẻ, đặc biệt là các kỹ năng đời sống hàng ngày, giao tiếp và kỹ năng xã hội.

- Mục tiêu: Cung cấp cái nhìn toàn diện về khả năng phát triển của trẻ và các yếu tố ảnh hưởng đến sự tương tác xã hội.

3.6. Trắc nghiệm giao tiếp và phát triển RLPTK SCQ (*Social Communication Questionnaire*).

- Mô tả: SCQ là một công cụ đơn giản, thường được sử dụng để phát hiện các vấn đề liên quan đến giao tiếp và hành vi xã hội ở trẻ em từ 4 tuổi trở lên.

- Mục tiêu: Đánh giá các vấn đề trong giao tiếp xã hội và hành vi lặp lại, hỗ trợ cho việc chẩn đoán RLPTK.

3.7. Đánh giá chuyên môn phát triển 3Di (*Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview*).

- Mô tả: Đây là một công cụ phỏng vấn chi tiết với cha mẹ và người chăm sóc trẻ, nhằm thu thập dữ liệu về sự phát triển và hành vi của trẻ.

- Mục tiêu: Đánh giá hành vi xã hội, giao tiếp và sự phát triển nhận thức của trẻ, đồng thời hỗ trợ trong việc xác định các dấu hiệu RLPTK.

Các công cụ này được sử dụng kết hợp với nhau để giúp các chuyên gia đưa ra chẩn đoán chính xác về RLPTK. Tuy nhiên, chẩn đoán RLPTK là một quá trình phức tạp và cần phải dựa vào nhiều nguồn thông tin, bao gồm cả phỏng vấn gia đình, quan sát hành vi và các công cụ đánh giá tiêu chuẩn.

TÓM TẮT

Chương này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện và can thiệp sớm đối với trẻ RLPTK. Phát hiện sớm giúp can thiệp hiệu quả hơn, tăng cơ hội hòa nhập xã hội và tự lập của trẻ. Chương trình bày khái niệm phát hiện sớm và can thiệp sớm, ý nghĩa của việc này trong việc tạo điều kiện cho việc can thiệp kịp thời, tối ưu hóa tiềm năng của trẻ, và giảm gánh nặng xã hội. Chương cũng đề cập đến các nhóm đối tượng cần sàng lọc (*bao gồm trẻ có nghi ngờ, tiền sử gia đình, sinh non, hoặc rối loạn phát triển khác*) và giới thiệu các công cụ sàng lọc và chẩn đoán như M-CHAT, ADOS, ADI-R, CARS, SCQ, v.v., cũng như quy trình sàng lọc 5 bước. Điều quan trọng là hợp tác giữa gia đình, nhà trường và các chuyên gia để bảo đảm hiệu quả can thiệp.

Đối với sinh viên công tác xã hội, việc nghiên cứu nội dung về phát hiện

và can thiệp sớm mang ý nghĩa quan trọng trong việc trang bị kiến thức và kỹ năng hỗ trợ cộng đồng. Hiểu rõ tầm quan trọng của việc phát hiện sớm giúp sinh viên nhận thức được vai trò của mình trong việc phối hợp với gia đình, nhà trường và các chuyên gia để đảm bảo trẻ được can thiệp kịp thời, từ đó tối ưu hóa tiềm năng phát triển và khả năng hòa nhập xã hội. Quan trọng hơn, nội dung này nhân mạnh tinh thần hợp tác liên ngành, một kỹ năng cốt lõi giúp sinh viên công tác xã hội đóng góp hiệu quả vào việc giảm gánh nặng xã hội và nâng cao chất lượng cuộc sống cho trẻ RLPTK và gia đình.

BÀI TẬP

Bài tập 1: Phân tích trường hợp thực tế về phát hiện sớm trẻ RLPTK

- Mục tiêu: Sinh viên hiểu rõ hơn về quá trình phát hiện và can thiệp sớm trẻ RLPTK thông qua phân tích trường hợp thực tế.

- Yêu cầu: Tìm một trường hợp thực tế (*có thể từ báo chí, nghiên cứu khoa học, hoặc sinh viên có thể giả định*) về một trẻ được phát hiện mắc rối loạn phổ tự kỷ.

- Tóm tắt các thông tin chính:

- + Độ tuổi phát hiện và các dấu hiệu nghi ngờ.
- + Phương pháp chẩn đoán và công cụ sàng lọc được sử dụng.
- + Các biện pháp can thiệp đã được áp dụng và hiệu quả của chúng.
- Đánh giá trường hợp này dựa trên kiến thức trong chương 4:
- + Việc phát hiện có kịp thời không? Vì sao?
- + Nếu phát hiện muộn, điều gì có thể được cải thiện?

Đề xuất biện pháp giúp nâng cao nhận thức của cộng đồng về phát hiện sớm trẻ RLPTK.

- Hình thức nộp bài: Báo cáo ngắn từ 500 – 800 từ.

Bài tập 2: So sánh và đánh giá các công cụ sàng lọc RLPTK

- Mục tiêu: Sinh viên hiểu rõ các công cụ sàng lọc RLPTK và đánh giá hiệu quả của chúng trong thực tế.

- Yêu cầu: Lập bảng so sánh ba công cụ sàng lọc RLPTK (*M-CHAT, ADOS-2, CARS*) dựa trên các tiêu chí:

- + Đối tượng áp dụng (*độ tuổi, mức độ phát triển ngôn ngữ*).
- + Tiêu chí đánh giá chính.

- + Độ chính xác và độ tin cậy.
- + Ưu và nhược điểm của từng công cụ.
- Trả lời các câu hỏi phân tích:
 - + Công cụ nào phù hợp nhất để phát hiện sớm trẻ tự kỷ? Vì sao?
 - + Có nên kết hợp nhiều công cụ không? Nếu có, hãy đề xuất cách sử dụng hiệu quả.
 - + Đề xuất cải tiến hoặc ứng dụng công nghệ hiện đại để nâng cao khả năng sàng lọc tự kỷ.
 - + Hình thức nộp bài: Bảng so sánh + bài phân tích ngắn (300 – 500 từ).

CHƯƠNG 5: CAN THIỆP SỚM TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

GIỚI THIỆU

Theo chuyên trang của Liên hợp quốc thì RLPTK là một dạng khuyết tật phát triển suốt đời, bộc lộ ngay từ những năm đầu đời. Tự kỷ là kết quả rối loạn của hệ thần kinh gây ảnh hưởng đến hoạt động của não bộ. Tự kỷ có thể xảy ra ở bất kỳ cá nhân nào không phân biệt giới tính, chủng tộc, giàu nghèo và địa vị xã hội. Đặc trưng của người có chứng tự kỷ bao gồm khiếm khuyết về tương tác xã hội, khó khăn về giao tiếp ngôn ngữ và phi ngôn ngữ, cùng với những hành vi, sở thích và hoạt động mang tính hạn hẹp và lặp đi lặp lại.

Các nghiên cứu đã chứng minh việc can thiệp giáo dục sớm dẫn đến những kết quả tốt cho trẻ và gia đình. Can thiệp sớm có thể bao gồm việc dạy trẻ nhận biết những gì đang xảy ra trong môi trường xung quanh, biết chú ý, biết bắt chước hành vi, dần dần cải thiện những kỹ năng giao tiếp của trẻ. Tùy theo nhu cầu của trẻ, sự can thiệp sớm có thể bao gồm trị liệu ngôn ngữ, vật lý và hướng nghiệp.

MỤC TIÊU

Sau khi học xong chương này, người học có khả năng:

1. Trình bày được các ý nghĩa, mục tiêu và nội dung của việc can thiệp trẻ tự kỷ. Các phương pháp can thiệp sớm trẻ RLPTK. Phân biệt được các phương pháp can thiệp sớm trẻ RLPTK. Phân tích được các nguyên tắc khi thực hiện can thiệp trẻ tự kỷ.
2. Thực hành xây dựng được một số chương trình can thiệp dành cho trẻ RLPTK. Hướng dẫn được cho cha mẹ các kỹ thuật can thiệp sớm trẻ RLPTK.
3. Xác định được tầm quan trọng của việc can thiệp sớm đối với trẻ RLPTK. Chủ động trong việc tìm các tài liệu, công cụ đối với can thiệp sớm trẻ RLPTK.

NỘI DUNG

1. Can thiệp sớm trẻ RLPTK

1.1. Khái niệm

Can thiệp sớm: là can thiệp ngay khi nghi ngờ trẻ mắc RLPTK mà có thể không đợi đến khi chẩn đoán chắc chắn. Thông thường, can thiệp sớm là can

thiệt trẻ trong độ tuổi mầm non (*dưới 6 tuổi*), trong đó can thiệp trước 3 tuổi được nhấn mạnh về tầm quan trọng vì có ý nghĩa tích cực trong cải thiện hiệu quả điều trị và làm tăng chất lượng sống của trẻ và gia đình sau này.

1.2. Ý nghĩa và mục tiêu của việc can thiệp sớm

1.2.1. Ý nghĩa

Can thiệp sớm là rất quan trọng vì não bộ của trẻ em trong giai đoạn 0-6 tuổi phát triển rất nhanh và có tính linh hoạt cao. Khi can thiệp sớm, các chiến lược giáo dục và hỗ trợ có thể giúp trẻ hình thành và củng cố các kỹ năng cần thiết, giảm thiểu những khó khăn trong giao tiếp, xã hội và hành vi. Ngoài ra, can thiệp sớm còn giúp cải thiện khả năng học tập của trẻ, tăng cơ hội tham gia vào các hoạt động xã hội và gia đình.

1.2.2. Mục tiêu

- Cải thiện giao tiếp: Một trong những mục tiêu quan trọng là giúp trẻ phát triển khả năng giao tiếp, bao gồm ngôn ngữ, kỹ năng phi ngôn ngữ (*như cử chỉ, ánh mắt*), và các kỹ năng xã hội.

- Giảm hành vi lặp lại: Trẻ RLPTK thường có các hành vi lặp lại và hạn chế. Can thiệp sớm giúp giảm bớt các hành vi này và thay thế bằng các hành vi thích ứng hơn.

- Phát triển kỹ năng xã hội: Trẻ RLPTK gặp khó khăn trong việc tương tác với người khác. Can thiệp sớm giúp trẻ học cách hòa nhập, giao tiếp và tương tác với bạn bè và người lớn.

- Tăng cường khả năng học hỏi và tự chăm sóc: Can thiệp giúp trẻ phát triển các kỹ năng sống độc lập như ăn uống, vệ sinh cá nhân, học tập và chơi đùa.

- Giảm thiểu các vấn đề về cảm xúc và hành vi: Can thiệp sớm giúp trẻ học cách quản lý cảm xúc và hành vi của mình, giảm thiểu các vấn đề như lo âu, tức giận và trầm cảm.

Can thiệp sớm đóng vai trò cực kỳ quan trọng trong việc hỗ trợ trẻ RLPTK phát triển các kỹ năng cần thiết để hòa nhập và sống một cuộc sống đầy đủ. Việc phát hiện sớm và áp dụng các phương pháp can thiệp phù hợp không chỉ giúp giảm bớt các triệu chứng của tự kỷ mà còn giúp trẻ có cơ hội phát triển một cách tối ưu nhất. Nhân viên công tác xã hội với vai trò là người tư vấn, giáo dục, sẽ hỗ trợ các gia đình, nhà trường và cộng đồng hợp tác chặt chẽ để đảm bảo trẻ được tiếp cận với các dịch vụ can thiệp chất lượng.

2. Một số điều cần biết khi can thiệp sớm trẻ RLPTK

Can thiệp sớm cho trẻ RLPTK đòi hỏi phải tuân thủ một số nguyên tắc cơ bản để bảo đảm hiệu quả và tính bền vững của quá trình can thiệp. Các nguyên tắc này giúp bảo đảm rằng can thiệp được thực hiện một cách khoa học, phù hợp và mang lại kết quả tốt nhất cho trẻ.

2.1. Sớm và kịp thời

Can thiệp phải được thực hiện ngay khi phát hiện ra các dấu hiệu của RLPTK, càng sớm càng tốt (*từ 18 tháng đến 3 tuổi là giai đoạn vàng*). Vì trong giai đoạn này, não bộ của trẻ đang phát triển mạnh mẽ và có tính linh hoạt cao, nên việc can thiệp trong thời gian này sẽ giúp tối đa hóa sự phát triển và tạo cơ hội tốt nhất cho trẻ để phát triển kỹ năng xã hội, ngôn ngữ và học tập.

Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng can thiệp sớm giúp cải thiện khả năng học hỏi, ngôn ngữ và các kỹ năng xã hội của trẻ. Nếu can thiệp muộn, những vấn đề của trẻ có thể khó cải thiện hơn, và trẻ sẽ gặp khó khăn trong việc hòa nhập vào xã hội.

2.2. Cá nhân hóa can thiệp

Trẻ RLPTK có thể có các nhu cầu rất khác nhau về ngôn ngữ, hành vi, kỹ năng xã hội và cảm giác. Vì vậy, cần có một kế hoạch can thiệp riêng biệt và chi tiết cho từng trẻ, dựa trên sự đánh giá ban đầu và tiến trình phát triển của trẻ.

Mỗi trẻ RLPTK có các triệu chứng và nhu cầu khác nhau, vì vậy các chương trình can thiệp phải được điều chỉnh và cá nhân hóa cho từng trẻ. Không có một phương pháp nào phù hợp với tất cả trẻ, và can thiệp phải được thiết kế sao cho phù hợp với mức độ RLPTK, khả năng học hỏi và các vấn đề cụ thể mà trẻ gặp phải.

2.3. Toàn diện, đa ngành

Can thiệp sớm không chỉ là trách nhiệm của một cá nhân, mà cần có sự phối hợp của nhiều chuyên gia từ các lĩnh vực khác nhau: bác sĩ, nhà tâm lý học, giáo viên, chuyên gia ngôn ngữ, và các chuyên gia can thiệp hành vi. Cần có một phương pháp can thiệp toàn diện, kết hợp nhiều phương pháp khác nhau (*giáo dục, hành vi, ngôn ngữ, cảm giác*) để hỗ trợ trẻ phát triển đồng bộ.

Điều này xuất phát từ việc trẻ RLPTK thường gặp phải nhiều vấn đề, từ khó khăn trong giao tiếp, hành vi cho đến các vấn đề cảm giác. Một đội ngũ chuyên gia đa ngành sẽ giúp đưa ra một kế hoạch can thiệp toàn diện và bảo đảm các khía cạnh khác nhau của sự phát triển của trẻ đều được chú ý.

2.4. Tập trung vào kỹ năng giao tiếp

Một trong những mục tiêu quan trọng nhất của can thiệp sớm là cải thiện khả năng giao tiếp của trẻ. Trẻ RLPTK thường gặp khó khăn trong việc sử dụng ngôn ngữ để giao tiếp, vì vậy, can thiệp sớm cần tập trung vào việc phát triển kỹ năng giao tiếp, bao gồm cả ngôn ngữ nói và các hình thức giao tiếp phi ngôn ngữ như cử chỉ, ánh mắt và các tín hiệu cơ thể.

Lý do và vì giao tiếp là chìa khóa để trẻ hòa nhập vào cộng đồng. Việc giúp trẻ phát triển khả năng giao tiếp sẽ giúp trẻ tương tác tốt hơn với gia đình, bạn bè và thầy cô, từ đó cải thiện chất lượng cuộc sống và sự phát triển xã hội của trẻ.

2.5. Sử dụng kỹ thuật dạy học đặc biệt

Các phương pháp can thiệp sớm phải sử dụng các kỹ thuật dạy học đặc biệt, phù hợp với đặc điểm của trẻ RLPTK, chẳng hạn như phương pháp can thiệp hành vi ứng dụng (ABA), phương pháp dạy học thông qua trò chơi, hoặc các phương pháp dạy học có cấu trúc.

Trẻ RLPTK có xu hướng học hỏi tốt hơn khi các hoạt động được cấu trúc rõ ràng và có tính lặp lại. Việc sử dụng các phương pháp này sẽ giúp trẻ dễ dàng tiếp thu thông tin và phát triển các kỹ năng một cách hiệu quả hơn.

2.6. Tập trung vào gia đình

Can thiệp sớm không chỉ là công việc của các chuyên gia mà còn cần có sự tham gia tích cực của gia đình. Gia đình là môi trường gần gũi nhất và có ảnh hưởng lớn nhất đến sự phát triển của trẻ.

Cha mẹ và người chăm sóc đóng vai trò quan trọng trong việc giúp trẻ áp dụng những kỹ năng học được vào cuộc sống hàng ngày. Cung cấp cho gia đình các kiến thức và kỹ năng cần thiết để hỗ trợ trẻ tại nhà là một phần quan trọng trong can thiệp sớm.

2.7. Áp dụng các hoạt động hàng ngày

Học trong môi trường tự nhiên giúp trẻ dễ dàng áp dụng và duy trì các kỹ năng đã học, đồng thời giúp trẻ tiếp cận các tình huống xã hội thực tế mà chúng sẽ gặp phải trong đời sống hàng ngày.

Các kỹ năng và hành vi cần can thiệp phải được dạy qua các hoạt động hàng ngày, không chỉ trong các buổi trị liệu. Trẻ nên được tạo cơ hội để thực hành các kỹ năng trong các tình huống thực tế như ăn uống, chơi đùa, hoặc trong các tương tác xã hội với gia đình và bạn bè.

2.8. Kiên nhẫn và liên tục

Can thiệp sớm là một quá trình kéo dài và đòi hỏi sự kiên nhẫn. Cần phải có một kế hoạch can thiệp dài hạn, vì sự tiến bộ của trẻ có thể diễn ra chậm và không đồng đều. Các can thiệp phải được duy trì và điều chỉnh theo thời gian để đáp ứng nhu cầu phát triển của trẻ.

Với sự kiên trì, sự thay đổi sẽ xảy ra. Điều quan trọng là không bỏ cuộc và luôn điều chỉnh phương pháp can thiệp để phù hợp với sự phát triển của trẻ.

3. Nội dung can thiệp

Khi can thiệp sớm cho trẻ RLPTK, mục tiêu chính là giúp trẻ phát triển và cải thiện các kỹ năng trong nhiều lĩnh vực khác nhau để tăng cường khả năng hòa nhập và sống độc lập. Các nội dung cần can thiệp đối với trẻ RLPTK được phân chia thành các nhóm chính, mỗi nhóm nhắm đến việc phát triển các kỹ năng thiết yếu trong cuộc sống hàng ngày của trẻ.

3.1. Can thiệp về kỹ năng giao tiếp (ngôn ngữ và phi ngôn ngữ)

Trẻ RLPTK thường gặp khó khăn trong việc giao tiếp với người khác, cả về mặt ngôn ngữ (*lời nói*) và phi ngôn ngữ (*như cử chỉ, ánh mắt, biểu cảm khuôn mặt*). Vì vậy, việc can thiệp để cải thiện kỹ năng giao tiếp là một yếu tố cực kỳ quan trọng.

3.1.1. Ngôn ngữ

Can thiệp ngôn ngữ tập trung vào việc giúp trẻ phát triển khả năng nói và hiểu ngôn ngữ. Các phương pháp như trị liệu ngôn ngữ, dạy các từ vựng cơ bản, cấu trúc câu, và cách diễn đạt cảm xúc sẽ được áp dụng.

Mục tiêu: Giúp trẻ có thể sử dụng ngôn ngữ để giao tiếp hiệu quả trong các tình huống thực tế, như gọi tên, yêu cầu sự giúp đỡ, và thể hiện cảm xúc.

3.1.2. Phi ngôn ngữ

Trẻ RLPTK có thể gặp khó khăn trong việc sử dụng và hiểu các tín hiệu phi ngôn ngữ như ánh mắt, cử chỉ, và tư thế cơ thể.

Mục tiêu: Giúp trẻ hiểu và sử dụng các cử chỉ, ánh mắt, và các hành vi không lời khác để giao tiếp, chẳng hạn như chỉ tay, chạm vào người khác để thu hút sự chú ý, hoặc biểu đạt cảm xúc qua nét mặt.

3.2. Can thiệp về hành vi

Trẻ tự kỷ thường thể hiện các hành vi lặp đi lặp lại hoặc hành vi không thích ứng với môi trường xung quanh. Các can thiệp hành vi giúp trẻ phát triển

các hành vi thích hợp hơn và giảm bớt các hành vi gây cản trở như tự gây thương tích, la hét, hay lặp lại các hành động vô nghĩa.

3.2.1. Các hành vi lặp lại

Trẻ RLPTK có thể lặp lại các hành động như xếp đồ vật theo hàng, đập tay vào nhau, hoặc quay vòng các đồ vật.

Mục tiêu: Giảm thiểu các hành vi lặp lại không có mục đích và thay thế chúng bằng các hành vi có mục đích, giúp trẻ phát triển khả năng tập trung và tham gia vào các hoạt động bình thường.

3.2.2. Can thiệp hành vi tiêu cực

Trẻ có thể có các hành vi tiêu cực như cáu kỉnh, tức giận, hoặc phản kháng lại sự thay đổi.

Mục tiêu: Dạy trẻ cách kiềm chế cảm xúc và hành vi của mình thông qua các kỹ thuật như dạy cách thư giãn, tự kiểm soát, hoặc sử dụng các biện pháp tích cực để phản ứng với cảm xúc tiêu cực.

3.3. Can thiệp về kỹ năng xã hội

Trẻ RLPTK thường gặp khó khăn trong việc tương tác và giao tiếp với người khác. Việc phát triển các kỹ năng xã hội là vô cùng quan trọng để trẻ có thể hòa nhập vào cộng đồng và phát triển các mối quan hệ xã hội lành mạnh.

3.3.1. Học cách chia sẻ và tương tác với người khác

Trẻ tự kỷ thường không biết cách chơi chung hoặc tương tác với bạn bè.

Mục tiêu: Dạy trẻ cách chia sẻ đồ chơi, hợp tác với bạn bè trong các hoạt động nhóm, và hiểu các quy tắc xã hội cơ bản như "xin lỗi" khi làm tổn thương người khác.

3.3.2. Nhận diện và hiểu các cảm xúc của người khác

Trẻ RLPTK có thể khó khăn trong việc nhận diện cảm xúc của người khác, ví dụ, không hiểu khi nào người khác cảm thấy vui hay buồn.

Mục tiêu: Giúp trẻ hiểu các dấu hiệu cảm xúc (*biểu cảm khuôn mặt, ngôn ngữ cơ thể*) của người khác để biết cách phản ứng và tương tác phù hợp.

3.4. Can thiệp về kỹ năng tự chăm sóc và sống độc lập

Các kỹ năng tự chăm sóc là một phần quan trọng trong việc giúp trẻ tự lập và phát triển khả năng sống độc lập.

3.4.1. Kỹ năng sinh hoạt hằng ngày

Trẻ RLPTK có thể gặp khó khăn trong việc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày như ăn uống, mặc đồ, và vệ sinh cá nhân.

Mục tiêu: Dạy trẻ cách tự chăm sóc bản thân, từ việc ăn uống đúng cách, đến việc học cách mặc quần áo, vệ sinh cá nhân như rửa tay, đánh răng.

3.4.2. Kỹ năng quản lý thời gian và hoạt động

Trẻ RLPTK có thể gặp khó khăn trong việc tổ chức thời gian và tham gia vào các hoạt động như học bài, chơi đùa hoặc tham gia vào các hoạt động xã hội.

Mục tiêu: Dạy trẻ cách lên kế hoạch, tuân thủ lịch trình, và tham gia vào các hoạt động hằng ngày theo cách có tổ chức.

3.5. Can thiệp về kỹ năng học tập

Trẻ RLPTK có thể có những khả năng học tập đặc biệt, nhưng cũng có thể gặp khó khăn trong việc tiếp thu kiến thức mới. Các can thiệp học tập tập trung vào việc giúp trẻ phát triển các kỹ năng nhận thức và học hỏi từ môi trường xung quanh.

3.5.1. Phát triển kỹ năng nhận thức

Trẻ RLPTK có thể gặp khó khăn trong việc học các khái niệm cơ bản như màu sắc, hình dạng, số học, hay các kỹ năng học tập khác.

Mục tiêu: Dạy trẻ các kỹ năng nhận thức như nhận diện các đồ vật, phân biệt màu sắc, đếm số, và phát triển các kỹ năng tư duy cơ bản.

3.5.2. Hỗ trợ học tập và tiếp cận giáo dục

Các phương pháp giáo dục cần phải được điều chỉnh để phù hợp với khả năng tiếp thu của trẻ RLPTK.

Mục tiêu: Cung cấp các phương pháp học tập đặc biệt như sử dụng hình ảnh, đồ chơi, hoặc công nghệ hỗ trợ để giúp trẻ tiếp cận và hiểu bài học một cách hiệu quả.

3.6. Can thiệp về kỹ năng quản lý cảm xúc

Trẻ RLPTK thường gặp khó khăn trong việc nhận diện và kiểm soát cảm xúc của mình, dẫn đến các hành vi không kiểm soát hoặc căng thẳng.

Trẻ cần học cách nhận diện cảm xúc của bản thân và cách phản ứng phù hợp khi cảm thấy lo lắng, tức giận hoặc buồn.

Mục tiêu: Giúp trẻ học cách thư giãn, sử dụng các kỹ thuật như thở sâu

hoặc thiên, và tìm ra các cách thức tích cực để giải quyết cảm xúc tiêu cực.

Tóm tắt: Can thiệp sớm cho trẻ RLPTK là một quá trình phức tạp và đa chiều, bao gồm việc cải thiện các kỹ năng giao tiếp, hành vi, xã hội, tự chăm sóc, học tập và quản lý cảm xúc. Mỗi trẻ RLPTK có các đặc điểm và nhu cầu khác nhau, vì vậy, việc can thiệp cần phải được cá nhân hóa và thực hiện một cách toàn diện để giúp trẻ phát triển tối đa tiềm năng của mình. Sự phối hợp chặt chẽ giữa gia đình, trường học và các chuyên gia sẽ đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ trẻ tiến bộ.

4. Sự tham gia của cha mẹ

Vai trò của cha mẹ trong việc can thiệp sớm cho trẻ RLPTK là cực kỳ quan trọng, vì cha mẹ là những người gần gũi và có ảnh hưởng lớn nhất đến sự phát triển của trẻ. Những can thiệp sớm hiệu quả không chỉ phụ thuộc vào các chuyên gia mà còn phải có sự tham gia chủ động và tích cực của cha mẹ trong quá trình hỗ trợ và nuôi dạy trẻ.

- Cha mẹ là những người đầu tiên nhận diện vấn đề

Cha mẹ thường là người đầu tiên nhận thấy những dấu hiệu bất thường trong sự phát triển của trẻ. Những dấu hiệu như khó khăn trong giao tiếp, hành vi lặp lại, hoặc thiếu sự tương tác xã hội thường được cha mẹ nhận ra trước khi bác sĩ hay chuyên gia có thể đưa ra chẩn đoán chính thức.

Sự tham gia của cha mẹ thể hiện ở khía cạnh: Phát hiện sớm các dấu hiệu tự kỷ và đưa trẻ đến các chuyên gia để được chẩn đoán và tư vấn kịp thời. Sự phát hiện sớm và sự tham gia ngay từ đầu của cha mẹ có thể làm tăng hiệu quả của việc can thiệp.

- Cung cấp thông tin và đánh giá ban đầu

Cha mẹ có khả năng cung cấp thông tin chi tiết về hành vi, thói quen và các yếu tố phát triển của trẻ trong môi trường gia đình, điều này rất quan trọng trong việc giúp các chuyên gia hiểu rõ hơn về trẻ và đưa ra những phương pháp can thiệp phù hợp.

- Hỗ trợ can thiệp trong cuộc sống hằng ngày

Một trong những yếu tố quan trọng trong can thiệp sớm là sự liên tục và tích cực trong các hoạt động hàng ngày. Trẻ RLPTK học tốt nhất khi các kỹ năng được áp dụng và luyện tập trong môi trường tự nhiên của chúng, nơi chúng thực hiện các hoạt động như ăn uống, chơi đùa, học tập, và tương tác xã hội.

Vai trò của cha mẹ: Tích cực tham gia vào các bài tập và can thiệp tại nhà,

giúp trẻ thực hành các kỹ năng trong các tình huống thực tế. Cha mẹ có thể thực hiện các bài tập giao tiếp, hành vi và xã hội cùng với trẻ, tạo ra môi trường học tập liên tục và nhất quán.

- Xây dựng môi trường gia đình phù hợp

Môi trường gia đình đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ sự phát triển của trẻ RLPTK. Cha mẹ cần tạo ra một không gian an toàn, ổn định và có cấu trúc cho trẻ, giúp trẻ cảm thấy dễ dàng hơn khi tham gia vào các hoạt động can thiệp.

Việc giảm thiểu sự xáo trộn và duy trì lịch trình hằng ngày có thể giúp trẻ tự kỷ cảm thấy an tâm hơn và dễ dàng tham gia vào các hoạt động.

- Là người đồng hành trong quá trình can thiệp

Cha mẹ là người có mặt thường xuyên và lâu dài nhất trong cuộc đời của trẻ. Họ không chỉ tham gia vào các buổi trị liệu mà còn cần tham gia vào các chương trình can thiệp để thực hành và hỗ trợ trẻ mỗi ngày. Việc tham gia của cha mẹ giúp bảo đảm rằng các kỹ năng mà trẻ học được có thể được áp dụng trong các tình huống thực tế.

Vai trò của cha mẹ: Cùng với chuyên gia, cha mẹ sẽ thực hiện các bài tập can thiệp tại nhà, ghi nhận sự tiến bộ của trẻ và điều chỉnh phương pháp can thiệp khi cần thiết. Tham gia vào các nhóm hỗ trợ cha mẹ và các chương trình đào tạo cũng giúp cha mẹ học hỏi và có thêm kỹ năng trong việc hỗ trợ trẻ.

- Kiên nhẫn và tạo động lực

Trẻ RLPTK có thể tiến bộ chậm và không đều, điều này có thể khiến cha mẹ cảm thấy nản lòng. Tuy nhiên, sự kiên nhẫn và động viên từ cha mẹ là yếu tố then chốt trong quá trình can thiệp. Cha mẹ cần tạo ra một môi trường khuyến khích và hỗ trợ để giúp trẻ vượt qua những khó khăn.

Vai trò của cha mẹ: Động viên và khích lệ trẻ, giúp trẻ duy trì động lực và kiên trì trong suốt quá trình can thiệp. Cha mẹ cũng cần duy trì sự kiên nhẫn khi trẻ không có sự tiến bộ ngay lập tức và phải điều chỉnh kỳ vọng của mình sao cho hợp lý.

- Tham gia vào việc lập kế hoạch can thiệp

Cha mẹ cần tham gia vào việc lập kế hoạch can thiệp để bảo đảm rằng kế hoạch đó phù hợp với nhu cầu của trẻ và thực tế trong cuộc sống gia đình. Việc hợp tác chặt chẽ với các chuyên gia và nhà giáo dục giúp bảo đảm rằng các mục tiêu can thiệp là rõ ràng và phù hợp.

Vai trò của cha mẹ: Cùng với các chuyên gia, cha mẹ tham gia vào việc đánh giá tiến trình của trẻ và đưa ra các điều chỉnh cần thiết trong kế hoạch can thiệp. Họ có thể cung cấp thông tin về sự thay đổi trong hành vi hoặc các nhu cầu mới của trẻ trong suốt quá trình.

- Cha mẹ là người thúc đẩy hòa nhập xã hội

Một trong những yếu tố quan trọng giúp trẻ RLPTK hòa nhập vào cộng đồng là sự tham gia của cha mẹ trong việc tạo cơ hội cho trẻ tương tác với những người khác. Các hoạt động ngoài gia đình như tham gia vào các nhóm chơi, đi học hoặc tham gia các hoạt động cộng đồng, các tình huống xã hội thực tế giúp trẻ học các kỹ năng xã hội.

- Hỗ trợ tình cảm và tâm lý cho trẻ

Trẻ RLPTK có thể gặp phải các vấn đề về cảm xúc và hành vi do khó khăn trong giao tiếp và tương tác xã hội. Cha mẹ cần là những người đồng hành và hỗ trợ tâm lý, giúp trẻ học cách quản lý cảm xúc và phát triển sự tự tin.

Vai trò của cha mẹ: Cung cấp sự hỗ trợ tình cảm, an ủi và khích lệ khi trẻ gặp khó khăn. Việc tạo dựng một mối quan hệ yêu thương và vững chắc giữa cha mẹ và trẻ sẽ giúp trẻ cảm thấy an toàn và tự tin hơn trong quá trình học hỏi và phát triển.

Cha mẹ đóng vai trò chủ chốt trong việc can thiệp sớm cho trẻ RLPTK. Sự tham gia tích cực của cha mẹ không chỉ giúp trẻ phát triển các kỹ năng thiết yếu mà còn tạo ra một môi trường ổn định và yêu thương, giúp trẻ vượt qua những khó khăn trong quá trình phát triển. Sự hợp tác chặt chẽ giữa cha mẹ và các chuyên gia là yếu tố quyết định đến sự thành công của việc can thiệp sớm và giúp trẻ tự kỷ đạt được tiềm năng của mình.

5. Chương trình can thiệp

Chương trình can thiệp sớm cho trẻ RLPTK cần được điều chỉnh tùy theo mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng và các nhu cầu riêng biệt của trẻ. Việc can thiệp ở mỗi mức độ sẽ có sự khác biệt về phương pháp và mục tiêu, sao cho phù hợp với khả năng và tiềm năng của trẻ.

Ở nội dung này, chúng ta cùng tìm hiểu nội dung chương trình can thiệp ở 3 mức độ đã nêu ở chương 2. Cụ thể:

5.1. Chương trình can thiệp mức độ nhẹ (5)

Trẻ RLPTK mức độ nhẹ thường có khả năng giao tiếp và học tập tương đối tốt. Tuy nhiên, trẻ vẫn gặp khó khăn trong việc duy trì các mối quan hệ xã

hội và đôi khi có các hành vi không phù hợp trong những tình huống nhất định.

5.1.1. Nội dung chương trình can thiệp

- Tăng cường kỹ năng giao tiếp

Can thiệp ngôn ngữ để trẻ có thể giao tiếp rõ ràng hơn, tăng cường từ vựng và khả năng cấu trúc câu.

Dạy trẻ sử dụng các tín hiệu phi ngôn ngữ như ánh mắt, cử chỉ, và nét mặt để giao tiếp hiệu quả hơn.

- Cải thiện kỹ năng xã hội

Dạy trẻ cách duy trì các mối quan hệ xã hội với bạn bè và người thân.

Can thiệp nhằm giúp trẻ nhận diện và phản ứng đúng với cảm xúc của người khác.

- Giảm bớt hành vi lặp lại và tăng cường hành vi tích cực

Tăng cường các hành vi phù hợp như chơi nhóm, tham gia vào các hoạt động giao tiếp xã hội.

Giảm các hành vi lặp lại (*như xếp đồ vật theo trật tự cố định*) và thay thế bằng các hoạt động phát triển kỹ năng sáng tạo.

- Kỹ năng tự chăm sóc

Củng cố các kỹ năng tự chăm sóc như mặc đồ, ăn uống, vệ sinh cá nhân, giúp trẻ trở nên độc lập hơn trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày.

5.1.2. Phương pháp can thiệp

- Trị liệu ngôn ngữ: Tăng cường khả năng ngôn ngữ và giao tiếp.

- Giáo dục hòa nhập: Trẻ có thể tham gia vào lớp học bình thường với sự hỗ trợ thêm từ giáo viên và trợ lý giáo dục.

- Kỹ thuật hành vi: Áp dụng các phương pháp tăng cường hành vi tích cực và giảm hành vi không thích hợp, như phương pháp phân tích hành vi ứng dụng ABA (*Applied Behavior Analysis*).

5.2. Chương trình can thiệp mức độ vừa/trung bình (6)

Trẻ tự kỷ mức độ vừa có những khó khăn rõ rệt hơn trong giao tiếp, xã hội và hành vi. Tuy nhiên, trẻ vẫn có thể tiếp thu các kỹ năng học tập và có tiềm năng để phát triển các kỹ năng sống với sự hỗ trợ và can thiệp.

5.2.1. Nội dung chương trình can thiệp

- Phát triển kỹ năng giao tiếp

Trẻ có thể được hỗ trợ để giao tiếp hiệu quả hơn bằng lời nói và các phương tiện khác như sử dụng hình ảnh, cử chỉ, hoặc thiết bị hỗ trợ giao tiếp (*ví dụ: bảng giao tiếp hình ảnh*).

Giúp trẻ cải thiện kỹ năng đặt câu hỏi, phản hồi và tham gia vào các cuộc hội thoại đơn giản.

- Cải thiện kỹ năng xã hội

Dạy trẻ các kỹ năng xã hội cơ bản như chào hỏi, xin lỗi, chia sẻ, hợp tác trong các trò chơi nhóm.

Tạo cơ hội cho trẻ thực hành kỹ năng xã hội trong môi trường học đường hoặc cộng đồng.

- Can thiệp hành vi

Áp dụng các kỹ thuật hành vi để giảm các hành vi không thích hợp như la hét, giận dữ hoặc hành vi phá hoại.

Tăng cường các hành vi thích ứng như tham gia vào hoạt động học tập, chơi và các kỹ năng giao tiếp.

- Kỹ năng tự chăm sóc

Cải thiện khả năng tự chăm sóc cho trẻ, từ các kỹ năng vệ sinh cá nhân đến việc mặc đồ và tham gia vào các hoạt động sinh hoạt hàng ngày.

Đưa ra các chương trình dạy trẻ các kỹ năng sống độc lập như quản lý thời gian và tự quản lý trong các hoạt động hàng ngày.

5.2.2. Phương pháp can thiệp

- Trị liệu ngôn ngữ và giao tiếp: Hỗ trợ ngôn ngữ qua các phương tiện giao tiếp thay thế nếu cần thiết.

- Tư vấn hành vi: Cung cấp sự hỗ trợ trong việc giảm bớt các hành vi không phù hợp và phát triển các hành vi thích ứng.

- Phân tích hành vi ứng dụng (ABA): Tiến hành dạy trẻ các kỹ năng mới thông qua các buổi luyện tập theo các tình huống thực tế.

5.3. Chương trình can thiệp mức độ nặng (7)

Trẻ RLPTK mức độ nặng thường gặp rất nhiều khó khăn trong giao tiếp, hành vi, và tương tác xã hội. Trẻ có thể có các hành vi tự kích thích, khó khăn trong việc nhận diện cảm xúc và phản ứng với các tình huống xã hội. Can thiệp

ở mức độ này đòi hỏi sự can thiệp chuyên sâu và toàn diện.

5.3.1. Nội dung chương trình can thiệp

- Tăng cường giao tiếp cơ bản

Dạy trẻ các phương pháp giao tiếp thay thế, như sử dụng thiết bị hỗ trợ giao tiếp, bảng giao tiếp hình ảnh (PECS), hoặc các công cụ giúp trẻ biểu đạt nhu cầu và cảm xúc.

Phát triển khả năng giao tiếp cơ bản, ngay cả khi không thể sử dụng ngôn ngữ.

- Giảm thiểu hành vi phản kháng và tự hủy hoại

Can thiệp nhằm giảm bớt các hành vi như tự gây thương tích, đập tay vào đầu, hoặc la hét.

Dạy trẻ các phương pháp tự kiểm soát, sử dụng các kỹ thuật thư giãn và cách giải quyết cảm xúc tiêu cực.

- Tăng cường kỹ năng xã hội cơ bản

Tạo ra các cơ hội cho trẻ học các kỹ năng xã hội cơ bản như giao tiếp với người khác, chơi cùng bạn bè, và tham gia vào các hoạt động nhóm.

Áp dụng các phương pháp học thông qua việc tạo ra các tình huống mô phỏng trong môi trường học tập.

- Tăng cường kỹ năng tự chăm sóc đơn giản

Dạy trẻ các kỹ năng tự chăm sóc cơ bản nhất như ăn uống, vệ sinh cá nhân, và việc tham gia vào các công việc hằng ngày như mặc quần áo hoặc tắm.

Xây dựng chương trình học tập giúp trẻ tăng cường khả năng sống độc lập trong những hoàn cảnh đơn giản nhất.

5.3.2. Phương pháp can thiệp

- Trị liệu ngôn ngữ: Áp dụng các phương pháp giao tiếp không lời và sử dụng thiết bị hỗ trợ giao tiếp.

- Phân tích hành vi ứng dụng (ABA): Can thiệp hành vi chuyên sâu và cá nhân hóa, giảm các hành vi không thích hợp và tăng cường các hành vi tích cực.

- Tư vấn tâm lý và hành vi: Hỗ trợ tâm lý để giúp trẻ quản lý cảm xúc và hành vi trong các tình huống căng thẳng.

- Sử dụng các công cụ hỗ trợ kỹ thuật: Các thiết bị hỗ trợ giao tiếp (*như bảng hình ảnh hoặc thiết bị điện tử*) để giúp trẻ giao tiếp dễ dàng hơn.

5.4. Các kỹ thuật can thiệp sớm

5.4.1. Phân tích hành vi ứng dụng

a) Giới thiệu về phương pháp phân tích hành vi ứng dụng ABA

ABA là một phương pháp khoa học được sử dụng rộng rãi để can thiệp cho trẻ RLPTK, giúp cải thiện kỹ năng giao tiếp, hành vi, xã hội và học tập. ABA dựa trên nguyên tắc điều chỉnh hành vi bằng cách củng cố tích cực và phân tích các yếu tố môi trường tác động đến hành vi của trẻ. (8)

ABA được nghiên cứu và phát triển bởi B.F. Skinner, người sáng lập lý thuyết hành vi học. Phương pháp này được ứng dụng thành công trong nhiều nghiên cứu, nổi bật là nghiên cứu của Ivar Lovaas (1987), chứng minh rằng can thiệp ABA giúp hơn 40% trẻ tự kỷ có thể theo học trong môi trường giáo dục bình thường.

b) Nguyên tắc cơ bản của ABA

ABA hoạt động dựa trên ba nguyên tắc chính của phân tích hành vi:

- *A-B-C (Antecedent - Behavior - Consequence)*

+ Antecedent (*Tình huống kích thích*): Yếu tố xảy ra trước khi trẻ thực hiện hành vi (ví dụ: giáo viên yêu cầu trẻ nhặt đồ chơi).

+ Behavior (*Hành vi*): Hành động của trẻ (ví dụ: trẻ nhặt đồ chơi hoặc từ chối làm theo).

+ Consequence (*Hậu quả*): Phản ứng xảy ra sau hành vi (ví dụ: giáo viên khen ngợi nếu trẻ làm đúng hoặc điều chỉnh nếu trẻ làm sai).

Mục tiêu: Dạy trẻ phản ứng phù hợp với các tình huống khác nhau bằng cách củng cố hành vi tốt và giảm hành vi không mong muốn.

- *Củng cố tích cực (Positive reinforcement)*

Khi trẻ thực hiện một hành vi mong muốn, trẻ được nhận phần thưởng (đồ chơi, lời khen, kẹo,...).

Điều này giúp tăng khả năng trẻ sẽ lặp lại hành vi đó trong tương lai.

Ví dụ: Nếu trẻ gọi “mẹ” để yêu cầu giúp đỡ, mẹ sẽ phản hồi và khen ngợi ngay lập tức.

Mục tiêu: Tạo động lực để trẻ học hỏi và duy trì hành vi tốt.

- *Giảm thiểu hành vi không mong muốn*

ABA không chỉ dạy trẻ những kỹ năng mới mà còn giúp giảm thiểu các

hành vi không phù hợp như:

- + Hành vi lặp lại (*vỗ tay, xoay vòng tròn*).
- + Tức giận, la hét hoặc tự gây thương tích.

Các kỹ thuật sử dụng:

+ Dạy kỹ năng thay thế: Ví dụ, nếu trẻ đánh bạn để lấy đồ chơi, giáo viên dạy trẻ nói “*cho tớ mượn nhé*” thay vì dùng bạo lực.

+ Phớt lờ hành vi xấu: Nếu trẻ khóc để đòi kẹo, cha mẹ có thể phớt lờ và chỉ đưa kẹo khi trẻ yêu cầu bằng lời.

+ Hình phạt nhẹ: Nếu trẻ có hành vi nguy hiểm (*ví dụ, tự làm đau mình*), giáo viên có thể tạm dừng trò chơi để trẻ hiểu hành vi đó không được chấp nhận.

c) Các phương pháp dạy trong ABA

Thử nghiệm rời rạc (DTT - Discrete Trial Training)

Cách thực hiện:

- Giáo viên đưa ra hướng dẫn (*Antecedent*): “Con hãy nói ‘nước’ nếu muốn uống.”

- Trẻ phản hồi (*Behavior*): Nếu trẻ nói “nước,” giáo viên sẽ thưởng cho trẻ một cốc nước.

- Phản hồi (*Consequence*): Nếu trẻ không phản hồi, giáo viên nhắc lại và hỗ trợ bằng gợi ý.

Mục tiêu: Giúp trẻ học các kỹ năng đơn giản (*màu sắc, chữ cái, giao tiếp cơ bản*).

Học tập tự nhiên (NET - Natural Environment Teaching)

Cách thực hiện:

+ Trẻ học trong môi trường tự nhiên thay vì lớp học truyền thống.

Ví dụ: Khi trẻ đang chơi với đồ chơi, giáo viên sẽ khuyến khích trẻ gọi tên đồ vật thay vì dạy theo kiểu truyền thống.

+ Trẻ được học cách giao tiếp thông qua hoạt động hàng ngày.

Mục tiêu: Giúp trẻ học trong tình huống thực tế, dễ dàng áp dụng vào cuộc sống.

Phân tích hành vi chức năng (FBA - Functional Behavior Assessment)

Cách thực hiện:

+ Quan sát và ghi chép lý do trẻ có hành vi xấu (*ví dụ: trẻ hét khi muốn có đồ chơi*).

+ Xác định nguyên nhân của hành vi để tìm cách điều chỉnh phù hợp.

+ Tạo chiến lược can thiệp giúp trẻ có hành vi tốt hơn.

Mục tiêu: Giúp trẻ giảm hành vi tiêu cực bằng cách dạy cách phản ứng phù hợp.

d) Ứng dụng ABA trong thực tế

- Can thiệp sớm cho trẻ RLPTK

ABA giúp trẻ tự kỷ học các kỹ năng cơ bản như:

+ Giao tiếp bằng lời nói và phi ngôn ngữ.

+ Tương tác với bạn bè và người lớn.

+ Thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày.

- Ứng dụng trong giáo dục đặc biệt

ABA được sử dụng trong lớp học để giúp trẻ RLPTK hòa nhập với bạn bè.

Giáo viên có thể áp dụng ABA để hướng dẫn trẻ hoàn thành bài tập, tham gia hoạt động nhóm.

- Can thiệp hành vi: Giúp trẻ kiểm soát cảm xúc, giảm hành vi gây hại và tăng khả năng thích nghi với môi trường.

5.4.2. Hệ thống giao tiếp bằng tranh ảnh

a) Giới thiệu về hệ thống giao tiếp bằng tranh ảnh PECS (*Picture Exchange Communication System*)

PECS là một phương pháp giao tiếp được thiết kế để hỗ trợ những người không thể nói hoặc gặp khó khăn trong việc giao tiếp bằng lời nói. Phương pháp này đặc biệt hữu ích cho trẻ em hoặc người lớn mắc các chứng rối loạn phát triển như RLPTK, những người gặp khó khăn trong việc sử dụng ngôn ngữ nói để giao tiếp. (9)

b) Các nguyên lý cơ bản của PECS

PECS giúp người sử dụng giao tiếp thông qua hình ảnh thay vì lời nói. Quá trình học hỏi PECS được chia thành 6 giai đoạn, mỗi giai đoạn sẽ phát triển một kỹ năng giao tiếp cụ thể.

- Giai đoạn 1: Tăng cường giao tiếp qua trao đổi tranh ảnh

Người học học cách trao đổi một tranh ảnh để yêu cầu một thứ gì đó. Hình ảnh này đại diện cho một vật phẩm hoặc hoạt động mà người học mong muốn.

Trong giai đoạn này, người học sẽ học cách chủ động đưa hình ảnh cho người khác để nhận lại vật phẩm hoặc sự đáp ứng.

- Giai đoạn 2: Xây dựng giao tiếp đa tranh ảnh

Người học sẽ tiến tới việc sử dụng nhiều hình ảnh để yêu cầu những thứ phức tạp hơn. Ví dụ, một loạt các hình ảnh để mô tả một bữa ăn hoặc hoạt động.

- Giai đoạn 3: Cải thiện kỹ năng giao tiếp qua câu hoàn chỉnh

Người học bắt đầu xây dựng các câu đơn giản từ nhiều hình ảnh. Ví dụ, thay vì chỉ dùng hình ảnh của "sữa", người học có thể dùng hình ảnh của "sữa" và "muốn" để tạo thành yêu cầu "Tôi muốn sữa."

- Giai đoạn 4: Đặt câu hỏi và trả lời

Người học sẽ học cách hỏi và trả lời câu hỏi đơn giản với sự hỗ trợ của tranh ảnh. Họ sẽ có thể đặt câu hỏi như "Cái gì?" và trả lời chúng bằng hình ảnh.

- Giai đoạn 5: Giao tiếp qua ngữ cảnh rộng hơn

Người học bắt đầu sử dụng các tranh ảnh trong các tình huống giao tiếp rộng hơn, chẳng hạn như trong môi trường học tập hoặc trong các tình huống xã hội.

- Giai đoạn 6: Giao tiếp tự nhiên và độc lập

Người học có thể sử dụng hệ thống tranh ảnh một cách độc lập trong các tình huống tự nhiên, giao tiếp tự do mà không cần sự hỗ trợ từ người khác.

c) Lợi ích của PECS

- Phát triển kỹ năng giao tiếp: PECS giúp trẻ em và người lớn không thể giao tiếp bằng lời nói có thể yêu cầu, nói lên cảm xúc và thể hiện mong muốn của mình thông qua hình ảnh.

- Tăng cường tính độc lập: Với PECS, người học có thể tự chủ hơn trong việc giao tiếp và không cần quá phụ thuộc vào người hỗ trợ.

- Giảm bớt căng thẳng: Việc không thể giao tiếp rõ ràng có thể gây ra sự bức bối và căng thẳng. PECS cung cấp một cách thức giao tiếp giúp giảm bớt tình trạng này.

- Khả năng linh hoạt: PECS có thể được áp dụng trong nhiều ngữ cảnh và dễ dàng tùy chỉnh theo nhu cầu của từng cá nhân.

d) Cách thức triển khai PECS

- Lựa chọn hình ảnh: Các tranh ảnh thường là hình ảnh cụ thể, rõ ràng đại diện cho các đồ vật hoặc hoạt động. Hình ảnh này có thể là ảnh thật, tranh vẽ, hoặc ký hiệu đơn giản.

- Môi trường học tập: PECS có thể được áp dụng trong các môi trường khác nhau, từ gia đình, trường học đến cộng đồng. Điều quan trọng là tạo ra một môi trường hỗ trợ giúp người học thực hành và củng cố kỹ năng giao tiếp.

- Quá trình đào tạo: Các chuyên gia (*như nhà trị liệu ngôn ngữ hoặc các giáo viên đặc biệt*) thường sẽ hướng dẫn và hỗ trợ người học qua từng giai đoạn.

e) Những thách thức khi sử dụng PECS

- Cần kiên nhẫn và thời gian: Việc học PECS có thể mất thời gian, đặc biệt đối với những người không quen với việc sử dụng hình ảnh thay vì ngôn ngữ nói.

- Cần sự đồng hành: Việc triển khai PECS thành công yêu cầu sự tham gia của cả gia đình, giáo viên và những người chăm sóc để duy trì và phát triển hệ thống giao tiếp.

- Cần chuẩn bị về tài nguyên: PECS đòi hỏi các tài liệu hình ảnh sẵn có và dễ dàng sử dụng, do đó cần phải chuẩn bị nguồn tài nguyên hình ảnh đa dạng và thích hợp cho từng cá nhân.

PECS là một phương pháp mạnh mẽ giúp những người không thể giao tiếp bằng lời nói vẫn có thể tham gia vào các cuộc trò chuyện và thể hiện nhu cầu của mình. Với hệ thống này, người học không chỉ phát triển kỹ năng giao tiếp mà còn tăng cường sự tự lập và giảm bớt cảm giác thất vọng. Hệ thống này được công nhận rộng rãi trong cộng đồng những người làm công tác giáo dục đặc biệt và chăm sóc sức khỏe tâm thần.

5.4.3. Phương pháp Floortime

a) Giới thiệu về phương pháp Floortime (*DIR/Floortime - Developmental Individual-difference Relationship-based Model, viết tắt là DIR*)

Phương pháp Floortime là một trong những cách tiếp cận can thiệp sớm dành cho trẻ RLPTK, tập trung vào việc phát triển kỹ năng giao tiếp, cảm xúc và tương tác xã hội thông qua trò chơi và sự kết nối với người lớn. (10)

Floortime thuộc mô hình DIR do Tiến sĩ Stanley Greenspan và Tiến sĩ Serena Wieder phát triển vào những năm 1980.

b) Nguyên tắc cơ bản của Floortime (DIR Model)

Floortime dựa trên 3 nguyên tắc chính của mô hình DIR:

- *Phát triển cá nhân (Developmental - D)*

Nhấn mạnh sự phát triển của trẻ theo các giai đoạn tự nhiên, thay vì tập trung vào việc sửa chữa hành vi ngay lập tức.

Giúp trẻ cải thiện các kỹ năng nền tảng như giao tiếp, tư duy logic, xử lý cảm xúc và tương tác xã hội.

Ví dụ: Nếu trẻ có xu hướng chơi một mình, thay vì ép trẻ tham gia nhóm ngay lập tức, phương pháp sẽ tập trung vào việc kết nối với trẻ thông qua trò chơi yêu thích trước.

- *Cá nhân hóa theo từng trẻ (Individual-difference - I)*

Mỗi trẻ RLPTK có sự khác biệt riêng về nhận thức, cảm giác và hành vi, vì vậy phương pháp Floortime được điều chỉnh phù hợp với từng trẻ.

Xem xét các yếu tố như:

+ Hệ thần kinh cảm giác (*trẻ có nhạy cảm với âm thanh, ánh sáng không?*)

+ Kỹ năng vận động (*trẻ có khó khăn khi đi, cầm nắm đồ vật không?*)

+ Khả năng tập trung (*trẻ có dễ bị phân tâm không?*)

Ví dụ: Nếu trẻ quá nhạy cảm với âm thanh, thay vì ép trẻ tham gia hoạt động nhóm ồn ào, người lớn sẽ chơi với trẻ trong không gian yên tĩnh trước.

- *Mối quan hệ và tương tác xã hội (Relationship-based - R)*

Xây dựng mối quan hệ an toàn, tin cậy và giàu cảm xúc giữa trẻ và người lớn (*cha mẹ, giáo viên, chuyên gia*).

Người lớn tham gia trò chơi của trẻ để tạo sự gắn kết, giúp trẻ mở rộng khả năng giao tiếp.

Ví dụ: Nếu trẻ thích xếp xe đồ chơi thành hàng, cha mẹ có thể tham gia bằng cách xếp xe cùng trẻ, sau đó dần dần khuyến khích trẻ tương tác như đổi xe, đua xe cùng nhau.

c) Cách thực hiện phương pháp Floortime

Floortime có thể được thực hiện tại nhà, trường học hoặc trung tâm trị liệu với 6 bước cơ bản:

Bước 1: Quan sát và tìm hiểu sở thích của trẻ

Người lớn cần quan sát kỹ trẻ thích gì, chơi gì và phản ứng như thế nào với môi trường xung quanh.

Ví dụ: Nếu trẻ thích xoay bánh xe ô tô, hãy bắt đầu bằng cách tham gia vào trò chơi này thay vì cố gắng hướng trẻ sang hoạt động khác.

Bước 2: Tham gia trò chơi cùng trẻ

Người lớn ngồi xuống ngang tầm với trẻ, tham gia vào trò chơi của trẻ mà không ép buộc. Mục tiêu là kết nối cảm xúc, tạo môi trường an toàn để trẻ thoải mái tương tác.

Ví dụ: Nếu trẻ đang ném bóng, người lớn có thể nhặt bóng và ném lại thay vì dừng trẻ lại.

Bước 3: Mở rộng giao tiếp và khuyến khích tương tác

Khi trẻ đã quen với sự có mặt của người lớn, hãy bắt đầu mở rộng trò chơi để khuyến khích trẻ phản hồi.

Cách thực hiện:

- Gọi ý lời nói hoặc cử chỉ: Nếu trẻ chỉ ra hiệu muốn đồ chơi, khuyến khích trẻ dùng lời nói hoặc biểu cảm gương mặt.

- Tạo kịch bản mới cho trò chơi: Nếu trẻ thích xếp xe đồ chơi, có thể thử tạo đường đua hoặc chướng ngại vật để trẻ thích nghi với sự thay đổi.

Ví dụ: Nếu trẻ thích xếp khối gỗ, người lớn có thể làm đồ tòa tháp nhẹ nhàng và chờ trẻ phản ứng. Nếu trẻ nhìn hoặc cười, có thể khuyến khích trẻ nói “Xây lại nhé!”.

Bước 4: Khuyến khích tư duy linh hoạt

Mục tiêu là giúp trẻ học cách thích nghi với những thay đổi trong trò chơi.

Tạo ra tình huống bất ngờ hoặc thay đổi nhẹ trong trò chơi để trẻ tập xử lý tình huống.

Ví dụ: Khi chơi với xe đồ chơi, có thể giả vờ xe bị hỏng và yêu cầu trẻ giúp đỡ sửa chữa. Điều này giúp trẻ học cách giải quyết vấn đề và sáng tạo hơn.

Bước 5: Phát triển kỹ năng xã hội

Khi trẻ đã quen với trò chơi cùng người lớn, có thể mời thêm bạn chơi để giúp trẻ học cách chia sẻ và hợp tác.

Người lớn có thể làm mẫu để trẻ học theo (ví dụ: “*Mình chơi cùng bạn nhé!*”).

Bước 6: Tích hợp Floortime vào cuộc sống hàng ngày

Phương pháp này có thể áp dụng trong các hoạt động hàng ngày như ăn uống, đi học, đi siêu thị, đi chơi công viên.

Ví dụ: Khi đi siêu thị, khuyến khích trẻ chọn món ăn yêu thích và nói tên món ăn đó.

Ưu điểm và nhược điểm của phương pháp Floortime (Bảng 5.1)

Bảng 5.1. Ưu điểm và nhược điểm của phương pháp Floortime

Tiêu chí	Ưu điểm	Nhược điểm
Khả năng áp dụng	Dễ dàng thực hiện tại nhà, trường học hoặc trung tâm trị liệu.	Cần thời gian dài để thấy hiệu quả.
Tính cá nhân hóa	Phù hợp với từng trẻ theo sở thích và mức độ phát triển.	Đòi hỏi người lớn phải kiên nhẫn và hiểu rõ trẻ.
Cải thiện kỹ năng xã hội	Giúp trẻ tương tác tự nhiên hơn thay vì học theo cách máy móc.	Không có nhiều nghiên cứu chứng minh hiệu quả rõ rệt như ABA.

5.4.4. Trị liệu cảm giác

a) Giới thiệu trị liệu cảm giác SIT (Sensory integration therapy)

SIT là một phương pháp can thiệp nhằm giúp trẻ RLPTK hoặc trẻ có rối loạn xử lý cảm giác điều chỉnh phản ứng với các kích thích từ môi trường xung quanh. (11)

Phương pháp này được phát triển bởi Tiến sĩ A. Jean Ayres, một nhà tâm lý học và chuyên gia trị liệu vận động, vào những năm 1970. SIT giúp trẻ cải thiện khả năng xử lý thông tin giác quan, từ đó tăng khả năng học tập, giao tiếp và kiểm soát hành vi.

Hệ thống giác quan và rối loạn xử lý cảm giác ở trẻ RLPTK

Các hệ giác quan quan trọng trong phát triển của trẻ

Trẻ em tiếp nhận thông tin từ môi trường thông qua 7 giác quan chính:

- Xúc giác – Cảm nhận va chạm, nhiệt độ, áp lực.
- Thị giác – Nhận diện màu sắc, hình ảnh.
- Thính giác – Xử lý âm thanh, giọng nói.
- Khứu giác – Cảm nhận mùi hương.
- Vị giác (Nhận diện hương vị thức ăn).
- Tiền đình – Cảm nhận thăng bằng, chuyển động.
- Cảm nhận bản thể– Xác định vị trí cơ thể trong không gian.

Rối loạn xử lý cảm giác ở trẻ tự kỷ

Trẻ RLPTK thường gặp các vấn đề về xử lý cảm giác, chia thành 3 nhóm chính:

Bảng 5.2. Biểu hiện rối loạn cảm giác

Loại rối loạn cảm giác	Biểu hiện
Nhạy cảm quá mức	Trẻ sợ ánh sáng, âm thanh lớn, ghét bị chạm vào người, không chịu mặc quần áo có chất liệu lạ.
Nhạy cảm thấp	Trẻ ít phản ứng với âm thanh, không cảm thấy đau khi ngã, thích chạm vào mọi thứ.
Tìm kiếm cảm giác	Trẻ thích lắc lư, nhảy, quay vòng liên tục, thích sờ vào đồ vật có bề mặt khác nhau.

Ví dụ: Một số trẻ tự kỷ không thể chịu được tiếng máy sấy tóc (*quá nhạy cảm*), trong khi một số khác lại không phản ứng khi được gọi tên (*nhạy cảm thấp*).

b) Nguyên tắc của trị liệu cảm giác

SIT giúp trẻ RLPTK điều chỉnh phản ứng cảm giác thông qua các hoạt động vận động có cấu trúc, giúp trẻ:

- Giảm nhạy cảm quá mức với kích thích môi trường.
- Tăng khả năng tập trung và học tập.
- Kiểm soát hành vi, giảm lo lắng và kích động.

Nguyên tắc chính của SIT:

- Cá nhân hóa: Mỗi trẻ có nhu cầu cảm giác khác nhau, cần có kế hoạch riêng.

- Tích hợp vào hoạt động hàng ngày: Trẻ học cách xử lý cảm giác trong bối cảnh tự nhiên như ăn uống, vui chơi, học tập.

- Tăng dần mức độ kích thích: Dần dần giúp trẻ thích nghi với các kích thích cảm giác mạnh hơn.

c) Các phương pháp trị liệu cảm giác phổ biến

SIT sử dụng nhiều bài tập và thiết bị khác nhau để giúp trẻ xử lý thông tin giác quan tốt hơn.

Trị liệu tiền đình - Cải thiện thăng bằng và điều hòa cảm giác chuyển động

- Dành cho trẻ:

+ Nhảy cảm với chuyển động (*sợ bập bênh, cầu thang*).

+ Cảm thấy chóng mặt, mất phương hướng khi xoay người.

+ Không thích hoặc quá thích các hoạt động như nhảy, chạy, đu dây.

+ Bài tập:

+ Xích đu trị liệu – Giúp trẻ làm quen với chuyển động.

+ Bập bênh – Tăng khả năng thăng bằng.

+ Nhảy trên đệm lò xo – Điều chỉnh phản ứng với trọng lực.

Trị liệu xúc giác - Cải thiện phản ứng với tiếp xúc

- Dành cho trẻ:

+ Không thích cắt tóc, đánh răng, mặc quần áo có chất liệu lạ.

+ Tránh né hoặc phản ứng mạnh khi bị chạm vào.

+ Thích chạm vào các bề mặt có kết cấu khác nhau (*vải, cát, nước*).

- Bài tập:

+ Chơi với cát, nước, đất sét – Giúp trẻ quen với cảm giác khác nhau.

+ Massage nhẹ nhàng – Giúp trẻ điều chỉnh phản ứng với tiếp xúc da.

+ Dùng bàn chải trị liệu Wilbarger – Giúp giảm nhạy cảm với xúc giác.

Trị liệu cảm nhận bản thể – Cải thiện nhận thức cơ thể

- Dành cho trẻ:

+ Dễ bị vấp ngã, vụng về khi đi lại.

+ Không biết cách điều chỉnh lực tay (*bóp quá mạnh, viết quá yếu*).

- Bài tập:

+ Ôm gối nặng hoặc đắp chăn nặng – Giúp trẻ cảm nhận rõ hơn về cơ thể mình.

+ Đẩy xe, kéo dây – Giúp điều chỉnh lực cơ.

+ Leo trèo trên thang dây – Tăng khả năng kiểm soát vận động.

Trị liệu thính giác - Điều chỉnh phản ứng với âm thanh

- Dành cho trẻ:

+ Dễ bị hoảng loạn khi nghe âm thanh lớn (*máy hút bụi, còi xe*).

+ Không phản ứng khi được gọi tên.

- Bài tập:

+ Nghe nhạc trị liệu – Giúp trẻ làm quen với âm thanh ở cường độ khác nhau.

+ Trò chơi nhận diện âm thanh – Dạy trẻ phân biệt tiếng động nhỏ và lớn.

Trị liệu thị giác - Điều chỉnh phản ứng với ánh sáng và hình ảnh

- Dành cho trẻ:

+ Nhạy cảm với ánh sáng chói, không thích đèn huỳnh quang.

+ Gặp khó khăn trong việc tập trung vào hình ảnh hoặc đọc sách.

- Bài tập:

+ Trò chơi tìm đồ vật theo màu sắc – Giúp trẻ phát triển kỹ năng thị giác.

+ Dùng kính màu hoặc ánh sáng dịu – Giảm nhạy cảm với ánh sáng chói.

5.4.5. Can thiệp dựa vào môi trường tự nhiên

a) Giới thiệu về can thiệp dựa vào môi trường tự nhiên NDBI (*Naturalistic Developmental Behavioral Interventions*)

NDBI là một phương pháp kết hợp giữa phát triển kỹ năng hành vi (như ABA) và khuyến khích sự phát triển tự nhiên thông qua các tình huống hàng ngày.

NDBI được xây dựng dựa trên các nguyên tắc khoa học hành vi ứng dụng (ABA) nhưng linh hoạt hơn, giúp trẻ học các kỹ năng giao tiếp, xã hội và nhận thức một cách tự nhiên trong cuộc sống hàng ngày thay vì học trong môi trường trị liệu khép kín.

Ví dụ: Thay vì ngồi trên bàn học và dạy trẻ gọi tên đồ vật, NDBI khuyến khích trẻ học thông qua chơi cùng cha mẹ, trong khi ăn, khi đi siêu thị hoặc khi tham gia các hoạt động ngoài trời.

b) Nguyên tắc của NDBI

NDBI dựa trên 5 nguyên tắc chính để giúp trẻ học tự nhiên:

- Dạy trong môi trường tự nhiên – Trẻ học trong các tình huống thực tế thay vì lớp học trị liệu khép kín.

- Chủ động khuyến khích trẻ tham gia – Trẻ tự chọn hoạt động thay vì bị ép buộc học.

- Tận dụng các tình huống hàng ngày để dạy kỹ năng – Dạy trẻ giao tiếp trong lúc ăn, chơi, tắm, đi siêu thị.

- củng cố tích cực hành vi mong muốn – Khi trẻ thực hiện hành vi tốt, trẻ sẽ được khen thưởng ngay lập tức.

- Cá nhân hóa theo từng trẻ – Điều chỉnh phương pháp phù hợp với sở thích và khả năng của trẻ.

c) Các phương pháp chính trong NDBI

Mô hình ESDM (Early Start Denver Model - Mô hình Denver khởi đầu sớm) (11)

- Dành cho: Trẻ từ 12 - 48 tháng tuổi có dấu hiệu tự kỷ.

- Mục tiêu:

- + Phát triển giao tiếp bằng lời nói và phi ngôn ngữ.

- + Cải thiện kỹ năng xã hội và khả năng tập trung.

- Cách thực hiện:

- + Trẻ được học thông qua chơi với người lớn.

- + Giáo viên và cha mẹ dùng giọng nói sinh động, cử chỉ vui vẻ để thu hút trẻ.

Ví dụ 1: Khi trẻ thích chơi bong bóng, cha mẹ có thể nói “Con muốn bong

bóng à? Hãy nói ‘bong bóng’ nhé!”.

- Lợi ích:

+ Tăng tương tác xã hội.

+ Giúp trẻ chủ động giao tiếp.

Huấn luyện phản ứng trọng tâm (Pivotal Response Training - PRT)

- Dành cho: Trẻ 3-7 tuổi gặp khó khăn trong giao tiếp và hành vi.

- Mục tiêu:

+ Khuyến khích chủ động giao tiếp thay vì chỉ trả lời câu hỏi thụ động.

+ Cải thiện động lực học tập và khả năng tự điều chỉnh hành vi.

- Cách thực hiện:

+ Thay vì yêu cầu trẻ học thuộc lòng, người lớn sẽ khuyến khích trẻ tự khởi xướng tương tác.

Ví dụ 2: Nếu trẻ thích xe ô tô, thay vì đưa xe ngay lập tức, cha mẹ có thể hỏi “Con muốn xe màu gì?” để khuyến khích trẻ phản hồi.

- Lợi ích:

+ Giúp trẻ có động lực tự học thay vì bị ép buộc.

+ Cải thiện khả năng phản xạ xã hội.

Enhanced Milieu Teaching (EMT) - Dạy qua ngữ cảnh mở rộng (12)

- Dành cho: Trẻ từ 18 tháng - 5 tuổi đang học nói.

- Mục tiêu:

+ Dạy trẻ mở rộng vốn từ vựng và khả năng đặt câu.

+ Khuyến khích trẻ chủ động giao tiếp.

- Cách thực hiện:

Trẻ học thông qua các hoạt động giao tiếp hàng ngày.

Ví dụ 3: Khi trẻ nói “nước”, cha mẹ có thể mở rộng câu: “Con muốn nước lạnh hay nước ấm?”.

Người lớn không sửa lỗi sai ngay lập tức mà mở rộng câu trả lời để trẻ học theo.

- Lợi ích:

- + Phát triển kỹ năng giao tiếp tự nhiên mà không tạo áp lực.
- + Tạo môi trường giao tiếp thoải mái hơn cho trẻ.

Incidental Teaching - Dạy qua tình huống ngẫu nhiên (13)

- Dành cho: Trẻ tự kỷ gặp khó khăn trong tương tác xã hội.

- Mục tiêu:

- + Dạy trẻ cách giao tiếp trong các tình huống thực tế.
- + Tăng khả năng tự lập khi tham gia hoạt động xã hội.

- Cách thực hiện:

- + Người lớn chờ đợi trẻ chủ động yêu cầu thay vì đưa đồ ngay lập tức.

Ví dụ 4: Khi trẻ muốn lấy bánh, thay vì đưa ngay, cha mẹ có thể yêu cầu trẻ nói “Con muốn bánh” hoặc chỉ tay vào bánh.

- Lợi ích:

- + Dạy trẻ cách yêu cầu đúng cách thay vì la hét hoặc giật đồ.
- + Tăng khả năng tự lập của trẻ trong môi trường xã hội.

TÓM TẮT CHƯƠNG

Can thiệp sớm là quá trình hỗ trợ trẻ RLPTK ngay khi có dấu hiệu nghi ngờ, giúp tối ưu sự phát triển của trẻ. Việc can thiệp trong giai đoạn vàng (*trước 3 tuổi*) có thể cải thiện khả năng giao tiếp, hành vi, kỹ năng xã hội và tăng cơ hội hòa nhập cộng đồng.

Chương này nhấn mạnh các nguyên tắc can thiệp sớm: sớm và kịp thời, cá nhân hóa theo từng trẻ, can thiệp toàn diện với sự phối hợp đa ngành, tập trung vào phát triển giao tiếp, và vai trò quan trọng của gia đình trong quá trình hỗ trợ trẻ.

Các phương pháp can thiệp phổ biến gồm ABA (*phân tích hành vi ứng dụng*), PECS (*hệ thống giao tiếp bằng tranh ảnh*), Floortime (*can thiệp qua trò chơi*), trị liệu ngôn ngữ, và trị liệu cảm giác. Chương trình can thiệp cần điều chỉnh theo mức độ nhẹ, trung bình hay nặng của trẻ để đạt hiệu quả tốt nhất.

Sự tham gia tích cực của cha mẹ, giáo viên và chuyên gia là yếu tố quyết định thành công trong việc hỗ trợ trẻ RLPTK phát triển toàn diện và có cuộc sống tốt hơn.

Các kỹ thuật can thiệp sớm phổ biến, bao gồm: ABA là phương pháp can

thiệp có hệ thống giúp trẻ học các kỹ năng thông qua củng cố hành vi tích cực. PECS hỗ trợ trẻ chưa biết nói sử dụng tranh ảnh để giao tiếp. Floortime tập trung vào xây dựng mối quan hệ và khuyến khích trẻ giao tiếp qua trò chơi. Trị liệu cảm giác (SIT) giúp trẻ điều chỉnh phản ứng với các kích thích giác quan. NDBI là phương pháp linh hoạt hơn, kết hợp giữa ABA và phát triển tự nhiên, giúp trẻ học kỹ năng trong bối cảnh hàng ngày. Mỗi phương pháp có ưu và nhược điểm riêng, việc lựa chọn cần dựa trên mức độ tự kỷ và đặc điểm cá nhân của trẻ. Sự phối hợp giữa gia đình, giáo viên và chuyên gia là yếu tố quan trọng để đảm bảo hiệu quả can thiệp. Kết hợp nhiều phương pháp sẽ giúp tối ưu hóa sự phát triển của trẻ và tăng khả năng hòa nhập xã hội.

BÀI TẬP

Bài tập 1: Xây dựng kế hoạch can thiệp sớm cho trẻ RLPTK

- Mục tiêu: Giúp sinh viên hiểu rõ cách xây dựng kế hoạch can thiệp cá nhân hóa cho trẻ RLPTK; Ứng dụng các nguyên tắc can thiệp sớm trong thực tế.

- Yêu cầu: Chọn hoặc giả định một trường hợp trẻ mắc RLPTK (*ví dụ: trẻ 3 tuổi có dấu hiệu chậm nói, khó giao tiếp, hành vi lặp lại*).

- Phân tích tình trạng của trẻ theo các khía cạnh:

+ Kỹ năng giao tiếp (*ngôn ngữ, phi ngôn ngữ*).

+ Hành vi (*các hành vi lặp lại, phản ứng với thay đổi*).

+ Kỹ năng xã hội (*tương tác với người khác, khả năng chơi chung*).

+ Kỹ năng tự chăm sóc (*ăn uống, vệ sinh cá nhân, mặc quần áo*).

- Xây dựng một kế hoạch can thiệp cá nhân hóa bao gồm:

+ Mục tiêu can thiệp: Cải thiện giao tiếp, giảm hành vi lặp lại, tăng khả năng tự lập,...

+ Phương pháp áp dụng: ABA, trị liệu ngôn ngữ, phương pháp hỗ trợ giao tiếp (PECS), can thiệp cảm giác.

+ Vai trò của gia đình và nhà trường trong hỗ trợ trẻ.

- Đánh giá tính khả thi của kế hoạch và đề xuất điều chỉnh nếu cần.

Hình thức nộp bài: Bản kế hoạch từ 700 - 1000 từ, trình bày rõ ràng theo từng mục. Có thể minh họa bằng bảng biểu hoặc sơ đồ để dễ hiểu hơn.

Bài tập 2: So sánh các phương pháp can thiệp sớm cho trẻ RLPTK

- Mục tiêu: Giúp sinh viên nhận diện các phương pháp can thiệp sớm phổ

biến; Đánh giá ưu và nhược điểm của từng phương pháp.

- Yêu cầu: Lập bảng so sánh ít nhất bốn phương pháp can thiệp sớm (ví dụ: *ABA, trị liệu ngôn ngữ, PECS, Floortime*) dựa trên các tiêu chí sau:

- + Đối tượng áp dụng (*độ tuổi, mức độ tự kỷ*).
- + Cách thức thực hiện.
- + Hiệu quả can thiệp.
- + Ưu điểm và nhược điểm của từng phương pháp.
- Viết phân tích ngắn (*500 – 700 từ*) trả lời các câu hỏi:
 - + Phương pháp nào hiệu quả nhất cho trẻ tự kỷ mức độ nhẹ, vừa và nặng?
 - + Có nên kết hợp nhiều phương pháp không? Nếu có, hãy đề xuất cách kết hợp hiệu quả.
 - + Gia đình và giáo viên có vai trò gì trong từng phương pháp?
 - Đề xuất cách áp dụng công nghệ vào các phương pháp can thiệp (ví dụ: *ứng dụng AI hỗ trợ giao tiếp, phần mềm dạy kỹ năng xã hội*).

- Hình thức nộp bài: Bảng so sánh + bài phân tích dưới dạng bài luận.

Bài tập 3: So sánh các kỹ thuật can thiệp sớm cho trẻ RLPTK

- Lập bảng so sánh bốn phương pháp can thiệp sớm:

- + ABA (*Phân tích hành vi ứng dụng*)
- + PECS (*Hệ thống giao tiếp bằng tranh ảnh*)
- + Floortime (*Can thiệp qua trò chơi*)
- + Trị liệu cảm giác
- Các tiêu chí so sánh bao gồm:
 - + Đối tượng áp dụng (*độ tuổi, mức độ tự kỷ*).
 - + Nguyên tắc cơ bản.
 - + Ưu điểm và nhược điểm.
 - + Hiệu quả trong thực tế.

Bài tập 4: Ứng dụng kỹ thuật NDBI vào kế hoạch can thiệp cho trẻ RLPTK

- Chọn một trường hợp trẻ RLPTK giả định (ví dụ: *Trẻ 4 tuổi, có kỹ năng ngôn ngữ hạn chế, thích chơi một mình, gặp khó khăn trong việc diễn đạt mong*

muốn).

- Lập kế hoạch can thiệp dựa trên NDBI, sử dụng ít nhất hai phương pháp trong NDBI, ví dụ:

ESDM (*Mô hình Denver khởi đầu sớm*)

PRT (*Huấn luyện phản ứng trọng tâm*)

EMT (*Dạy qua ngữ cảnh mở rộng*)

Incidental Teaching (*Dạy qua tình huống ngẫu nhiên*)

- Nội dung kế hoạch can thiệp cần có:

+ Mục tiêu cụ thể (*ví dụ: Cải thiện khả năng giao tiếp, tăng cường kỹ năng xã hội, giảm hành vi lặp lại*).

+ Các hoạt động cụ thể (*ví dụ: Dạy trẻ nói bằng cách tận dụng tình huống trong bữa ăn, chơi với bạn để khuyến khích giao tiếp*).

+ Vai trò của cha mẹ, giáo viên và chuyên gia trong quá trình thực hiện.

+ Đánh giá tính khả thi của kế hoạch: Nếu trẻ tiến bộ hoặc gặp khó khăn, cần điều chỉnh gì?

ĐÁP ÁN THAM KHẢO

Chương 1: Tổng quan về RLPTK

Bài tập 1: Phân tích trường hợp trẻ mắc ASD

(Tóm tắt một trường hợp cụ thể, ví dụ giả định hoặc từ nguồn tài liệu)

Dấu hiệu nhận biết:....

Khó khăn chính: Khả năng ngôn ngữ kém, khó khăn trong tương tác xã hội, có hành vi chống đối khi thay đổi thói quen...vv

Phương pháp can thiệp: Liệu pháp ngôn ngữ, liệu pháp hành vi ABA, hỗ trợ giáo dục đặc biệt....

Đề xuất hỗ trợ từ công tác xã hội: Tạo môi trường giáo dục hòa nhập, hỗ trợ gia đình trong tiếp cận dịch vụ y tế và tâm lý, kết nối với nhóm phụ huynh có trẻ tự kỷ để trao đổi kinh nghiệm....

Bài tập 2: So sánh các thể loại rối loạn phổ tự kỷ

Tiêu chí	RLPTK điển hình	Hội chứng Asperger	Hội chứng Rett	Hội chứng thoái triển trẻ em (CDD)	Rối loạn phát triển không đặc hiệu PDD-NOS
Đặc điểm chung	Rối loạn phát triển thần kinh	Thuộc ASD, nhưng không chậm phát triển ngôn ngữ	Chủ yếu ảnh hưởng đến trẻ gái, có đột biến gen	Trẻ phát triển bình thường rồi mất kỹ năng đột ngột	Có một số dấu hiệu ASD nhưng không đủ tiêu chí chẩn đoán cụ thể
Triệu chứng chính	Chậm nói, khó giao tiếp, hành vi lặp lại	Giao tiếp kém, ám ảnh sở thích đặc biệt	Mất kỹ năng ngôn ngữ và vận động, tay co gập đặc trưng	Mất kỹ năng ngôn ngữ, giao tiếp, tự chăm sóc	Có dấu hiệu tự kỷ nhưng nhẹ hoặc không rõ ràng
Độ tuổi	Trước 3	Thường sau 3	6 - 18	2 - 10 tuổi	Không xác

Tiêu chí	RLPTK điển hình	Hội chứng Asperger	Hội chứng Rett	Hội chứng thoái triển trẻ em (CDD)	Rối loạn phát triển không đặc hiệu PDD-NOS
xuất hiện	tuổi	tuổi	tháng		định rõ
Khả năng giao tiếp và nhận thức	Kém, có thể không nói	Có thể giao tiếp nhưng không linh hoạt	Rất hạn chế, hầu như mất kỹ năng ngôn ngữ	Mất hoàn toàn khả năng giao tiếp	Gặp khó khăn nhẹ đến trung bình
Khả năng can thiệp và tiến triển	Cần can thiệp sớm, hiệu quả tùy mức độ	Có thể học kỹ năng xã hội với hỗ trợ phù hợp	Không thể phục hồi hoàn toàn, cần hỗ trợ lâu dài	Tiến triển xấu, khó hồi phục	Can thiệp sớm có thể cải thiện kỹ năng xã hội và giao tiếp

Chương 2: Nguyên nhân và độ nặng của RLPTK

Bài tập 2: So sánh độ nặng của RLPTK

Bảng so sánh ba mức độ RLPTK

Tiêu chí	Mức độ nhẹ	Mức độ trung bình	Mức độ nặng
Kỹ năng xã hội	Có thể giao tiếp với sự hỗ trợ, duy trì một số mối quan hệ đơn giản.	Khó khăn trong việc giao tiếp, ít tương tác với bạn bè, cần hỗ trợ thường xuyên.	Gần như không có tương tác xã hội, không quan tâm đến người khác.
Kỹ năng ngôn ngữ	Biết nói và hiểu nhưng có thể gặp khó khăn trong hội thoại, hay lặp lại từ.	Ngôn ngữ hạn chế, có thể nói nhại hoặc khó diễn đạt ý muốn.	Không nói hoặc chỉ sử dụng một số âm thanh vô nghĩa, giao tiếp chủ yếu bằng hành vi.

Tiêu chí	Mức độ nhẹ	Mức độ trung bình	Mức độ nặng
Khả năng tự chăm sóc	Tự ăn, mặc quần áo, đi vệ sinh nhưng đôi khi cần nhắc nhở.	Cần trợ giúp trong một số hoạt động như mặc quần áo, vệ sinh cá nhân.	Hoàn toàn phụ thuộc vào người chăm sóc, không tự thực hiện các hoạt động cơ bản.

Chương 3: Một số khác biệt trong phát triển ở trẻ RLPTK

Bài tập 1: So sánh sự khác biệt về trí nhớ giữa trẻ RLPTK và trẻ bình thường

Sự khác biệt về trí nhớ giữa trẻ RLPTK và trẻ bình thường dựa trên các yếu tố sau:

- Trí nhớ ngắn hạn và dài hạn
- Trí nhớ có chủ định và không chủ định
- Khả năng ghi nhớ chi tiết và tổng hợp thông tin
- Đưa ra được ví dụ minh họa cụ thể về sự khác biệt này.

Bài tập 2: Hội chứng thiên tài ở trẻ RLPTK – Phân tích và đánh giá

- Phân tích một trường hợp nổi bật về hội chứng thiên tài ở người RLPTK (Kim Peek, Stephen Wiltshire, Daniel Tammet, v.v.).

- Đánh giá được tác động của hội chứng thiên tài đối với cuộc sống cá nhân và xã hội của người mắc chứng này.

- Đề xuất cách hỗ trợ trẻ RLPTK có năng khiếu đặc biệt để phát huy tối đa tiềm năng của họ.

Chương 4: Phát hiện sớm trẻ RLPTK

Bài tập 1: Phân tích trường hợp thực tế về phát hiện sớm trẻ RLPTK

- Tóm tắt trường hợp thực tế

(Trích từ báo, nghiên cứu hoặc tài liệu thực tế – có thể giả định nếu không có nguồn cụ thể)

- Phương pháp chẩn đoán:

- Can thiệp:

- Đánh giá trường hợp này

Gợi ý kết luận: Phát hiện sớm có vai trò quan trọng trong việc giúp trẻ

RLPTK phát triển tốt hơn. Cần nâng cao nhận thức cho cha mẹ, giáo viên và nhân viên y tế để tăng tỷ lệ sàng lọc sớm.

Bài tập 2: So sánh và đánh giá các công cụ sàng lọc RLPTK

1. Bảng so sánh các công cụ sàng lọc RLPTK

Tiêu chí	M-CHAT	ADOS-2	CARS
Đối tượng	Trẻ 16 – 30 tháng	Trẻ từ 12 tháng trở lên (áp dụng rộng cho cả trẻ lớn và người lớn)	Trẻ từ 2 tuổi trở lên
Tiêu chí đánh giá	23 câu hỏi trắc nghiệm về giao tiếp, tương tác xã hội, hành vi	Quan sát trực tiếp các hành vi của trẻ qua bài tập mô phỏng	Đánh giá mức độ nghiêm trọng của hành vi tự kỷ
Độ chính xác	Phát hiện sớm tốt nhưng có thể cho kết quả dương tính giả	Công cụ tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán tự kỷ	Độ chính xác cao nhưng có thể chủ quan nếu chỉ quan sát một lần
Ưu điểm	- Dễ thực hiện, phụ huynh có thể tự làm. - Phát hiện sớm, giúp sàng lọc ban đầu.	- Quan sát hành vi thực tế, có độ tin cậy cao. - Được sử dụng rộng rãi trong nghiên cứu và lâm sàng.	- Đơn giản, dễ thực hiện với trẻ nhỏ. - Đánh giá mức độ nặng nhẹ của tự kỷ.
Nhược điểm	- Không phải công cụ chẩn đoán chính thức. - Cần kiểm tra thêm nếu nghi ngờ.	- Đắt đỏ, mất nhiều thời gian (1 – 2 giờ). - Yêu cầu chuyên gia có kinh nghiệm thực hiện.	- Có thể bị ảnh hưởng bởi đánh giá chủ quan của người thực hiện.

2. Phân tích và đánh giá

- Công cụ nào phù hợp nhất để phát hiện sớm?

M-CHAT phù hợp nhất để sàng lọc sớm vì đơn giản và dễ sử dụng cho trẻ dưới 3 tuổi.

Nếu kết quả M-CHAT có nguy cơ cao, trẻ cần được đánh giá chuyên sâu bằng ADOS-2 hoặc CARS.

- Có nên kết hợp nhiều công cụ không?

Có. M-CHAT có thể dùng để sàng lọc, sau đó ADOS-2 giúp chẩn đoán chính xác.

CARS có thể bổ sung để đánh giá mức độ nặng nhẹ của RLPTK.

- Cải tiến hoặc ứng dụng công nghệ hiện đại?

Sử dụng trí tuệ nhân tạo (AI) để phân tích hành vi trẻ qua video.

Phát triển ứng dụng điện thoại giúp phụ huynh tự sàng lọc và nhận tư vấn nhanh.

Áp dụng cảm biến sinh trắc học để đo phản ứng của trẻ với âm thanh, hình ảnh.

Chương 5: Can thiệp sớm trẻ RLPTK

Bài tập 1: Xây dựng kế hoạch can thiệp cá nhân hóa cho trẻ RLPTK

1. Chọn trường hợp giả định

Dấu hiệu:....

2. Phân tích tình trạng của trẻ

Khía cạnh	Vấn đề gặp phải
Giao tiếp	
Hành vi	
Kỹ năng xã hội	
Tự chăm sóc	

3. Xây dựng kế hoạch can thiệp cá nhân hóa

3.1. Phương pháp áp dụng

Kỹ thuật	Cách thực hiện
----------	----------------

Kỹ thuật	Cách thực hiện
ABA (<i>Phân tích hành vi ứng dụng</i>)	
PECS (<i>Hệ thống giao tiếp bằng tranh ảnh</i>)	
Floortime (<i>Can thiệp qua trò chơi</i>)	
Trị liệu cảm giác	

3.2. Vai trò của gia đình và nhà trường

Gia đình:....

Nhà trường:.....

4. Đánh giá và điều chỉnh kế hoạch

Nếu trẻ tiến bộ: ...

Nếu chưa có kết quả:

Bài tập 2: So sánh các phương pháp can thiệp sớm cho trẻ RLPTK

1. Bảng so sánh các phương pháp can thiệp

Phương pháp	Đối tượng phù hợp	Cách thức thực hiện	Ưu điểm	Nhược điểm
ABA	Trẻ RLPTK mức độ nhẹ, trung bình, nặng.	Khen thưởng để khuyến khích hành vi tích cực.	Hiệu quả cao, có nhiều nghiên cứu ủng hộ.	Cần nhiều thời gian, có thể gây áp lực cho trẻ.
PECS	Trẻ chưa nói hoặc nói rất ít.	Dùng thẻ hình ảnh để giao tiếp.	Dễ sử dụng, cải thiện giao tiếp nhanh.	Không phát triển ngôn ngữ nói nếu lạm dụng.
Floortime	Trẻ RLPTK mức độ nhẹ, trung bình.	Tạo môi trường chơi để trẻ học tương tác.	Tự nhiên, giúp phát triển cảm xúc.	Tiến bộ chậm, cần nhiều tương tác.

Phương pháp	Đối tượng phù hợp	Cách thức thực hiện	Ưu điểm	Nhược điểm
Trị liệu ngôn ngữ	Trẻ chậm nói hoặc khó diễn đạt.	Luyện phát âm, sử dụng từ ngữ.	Hỗ trợ phát triển ngôn ngữ, giúp trẻ giao tiếp tốt hơn.	Hiệu quả phụ thuộc vào mức độ tự kỷ.

2. Phân tích và đánh giá

2.1. Phương pháp nào hiệu quả nhất cho từng mức độ RLPTK?

- Mức độ nhẹ: Floortime + ABA giúp trẻ học tương tác tự nhiên.
- Mức độ trung bình: ABA + PECS giúp trẻ cải thiện giao tiếp.
- Mức độ nặng: PECS + Trị liệu cảm giác giúp trẻ giảm kích thích tiêu cực.

2.2. Có nên kết hợp nhiều phương pháp không?

- Có. Mỗi trẻ có nhu cầu khác nhau, cần kết hợp nhiều phương pháp:
- ABA + PECS cho trẻ chưa nói.
- Floortime + Trị liệu ngôn ngữ giúp phát triển giao tiếp tự nhiên.

2.3. Vai trò của gia đình và giáo viên

Vai trò	ABA	PECS	Floortime	Trị liệu ngôn ngữ
Gia đình	Tạo môi trường khen thưởng.	Sử dụng thẻ tranh khi giao tiếp.	Chơi với trẻ theo hướng dẫn.	Khuyến khích trẻ nói chuyện hàng ngày.
Giáo viên	Áp dụng phương pháp dạy theo ABA.	Hướng dẫn trẻ dùng thẻ giao tiếp trong lớp.	Tổ chức trò chơi nhóm.	Dạy trẻ phát âm và sử dụng từ vựng.

3. Ứng dụng công nghệ trong can thiệp sớm

- Trí tuệ nhân tạo (AI): Dùng phần mềm phân tích hành vi trẻ.

- Ứng dụng điện thoại: App giúp trẻ học giao tiếp bằng tranh ảnh.
- Cảm biến sinh trắc học: Đo mức độ căng thẳng để điều chỉnh can thiệp phù hợp.

Bài tập 3: So sánh các kỹ thuật can thiệp sớm cho trẻ RLPTK

Bảng so sánh các phương pháp can thiệp sớm

Tiêu chí	ABA	PECS	Floortime	Trị liệu cảm giác
Đối tượng áp dụng	Trẻ RLPTK ở mọi mức độ (nhẹ - nặng)	Trẻ chậm nói, không giao tiếp bằng lời	Trẻ tự kỷ nhẹ, trung bình, có kỹ năng chơi	Trẻ gặp khó khăn trong xử lý cảm giác
Nguyên tắc cơ bản	Dùng củng cố hành vi để dạy kỹ năng mới	Sử dụng tranh ảnh để hỗ trợ giao tiếp	Tạo môi quan hệ thông qua trò chơi	Giúp trẻ điều chỉnh phản ứng giác quan
Ưu điểm	Hiệu quả cao, có cấu trúc bài bản, phù hợp nhiều đối tượng	Giúp trẻ giao tiếp nhanh chóng mà không cần ngôn ngữ	Phát triển kỹ năng xã hội tự nhiên, ít áp lực	Giảm lo lắng, tăng tập trung, cải thiện hành vi
Nhược điểm	Cần thời gian dài, có thể khiến trẻ phản ứng máy móc	Trẻ có thể phụ thuộc vào tranh, khó chuyển sang lời nói	Hiệu quả chậm, cần nhiều thời gian và kiên nhẫn	Không phải trẻ nào cũng cần, hiệu quả chậm

Bài tập 4: Ứng dụng kỹ thuật NDBI vào kế hoạch can thiệp trẻ RLPTK

1. Lựa chọn trường hợp giả định

Trẻ A (4 tuổi, mức độ tự kỷ trung bình)

Đặc điểm:

Nói ít, không biết cách yêu cầu món đồ.

Chỉ chơi một mình, không chủ động giao tiếp với bạn.

Khi không đạt được mong muốn, trẻ la hét hoặc giật đồ của bạn.

2. Kế hoạch can thiệp dựa trên NDBI

Hạng mục	Nội dung kế hoạch
Mục tiêu	Giúp trẻ học cách yêu cầu món đồ, tăng khả năng giao tiếp với bạn, kiểm soát cảm xúc khi không được đáp ứng mong muốn.
Phương pháp NDBI áp dụng	ESDM (<i>Mô hình Denver khởi đầu sớm</i>) + PRT (<i>Huấn luyện phản ứng trọng tâm</i>)
Hoạt động cụ thể	- Khi trẻ muốn đồ chơi, người lớn chờ đợi để trẻ chủ động yêu cầu. - Khi trẻ la hét, giáo viên gợi ý trẻ dùng từ hoặc cử chỉ để yêu cầu đồ chơi. - Khi trẻ chơi cùng bạn, khen thưởng nếu trẻ chia sẻ hoặc phản ứng đúng.
Vai trò của cha mẹ	- Thực hiện PRT ở nhà: Khi trẻ muốn ăn, mẹ khuyến khích trẻ nói hoặc chỉ tay vào món ăn thay vì la hét. - Áp dụng EMT: Mở rộng câu nói của trẻ bằng cách thêm từ mới (VD: Khi trẻ nói "bánh", mẹ nói "Con muốn bánh quy à?").
Vai trò của giáo viên	- Sử dụng ESDM trong giờ học: Tăng tương tác bằng cách chơi trò chơi với trẻ. - Hướng dẫn trẻ dùng câu đơn giản để yêu cầu đồ vật thay vì la hét.

3. Đánh giá và điều chỉnh kế hoạch

Tình huống	Cách điều chỉnh
Trẻ tiến bộ (<i>biết yêu cầu món</i>)	Tăng mức độ thử thách: Khuyến khích trẻ đặt

Tình huống	Cách điều chỉnh
<i>đồ, ít la hét hơn)</i>	câu hoàn chỉnh khi yêu cầu.
Trẻ chưa có tiến triển	Kiểm tra lại phương pháp dạy, dùng hình ảnh hỗ trợ nếu cần (kết hợp PECS).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thanh Mai. Thực trạng bệnh tự kỷ và một số định hướng. Tạp chí Lao động và xã hội online; 2016.
2. Hà Hoàng Kiệm. Phục hồi chức năng cho trẻ tự kỷ [Available from: <http://hahoangkiem.com/phuc-hoi-chuc-nang/phuc-hoi-chuc-nang-cho-tre-tu-ky-1399.html>].
3. Lê Thị Vui. Dịch tễ học rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ 18-30 tháng và rào cản tiếp cận dịch vụ chẩn đoán, can thiệp rối loạn phổ tự kỷ tại Việt Nam, 2017-2019. Hà Nội: Trường Đại học Y tế công cộng; 2020.
4. Phạm Minh Mục. Nghiên cứu xây dựng mô hình phát hiện sớm, can thiệp sớm và giáo dục cho trẻ em rối loạn phổ tự kỷ Việt Nam dựa vào gia đình và cộng đồng. Viện Khoa học Giáo dục Việt Nam; 2022.
5. White SW, Keonig, K., & Scahill, L. Social skills development in children with autism spectrum disorders: A review of the intervention research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2007;37(10), 1858-68.
6. Wong C, Odom, S. L., Hume, K. A., Cox, A. W., Fetting, A., Kucharczyk, S., & Schultz, T. R. Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: A comprehensive review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2015;45(7), 1951-66.
7. Schreibman L. The science and fiction of autism. Harvard University Press; 2005.
8. BF S. The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis. New York: Appleton-Century-Crofts: New York; 1938.
9. Nguyễn Thảo. Tìm hiểu phương pháp PECS: Dạy trẻ tự kỷ bằng hình ảnh: Tâm Lý Học - nghiên cứu và chia sẻ tài liệu ngành tâm lý; 2024 [Available from: <https://tamly.com.vn/phuong-phap-pecs-4776.html>].
10. Greenspan SI WS. Engaging Autism: Using the Floortime Approach to Help Children Relate, Communicate, and Think. Cambridge, MA: Da Capo Press: Cambridge; 2006.
11. AJ A. Sensory Integration and the Child. Los Angeles: Western Psychological Services: Los Angeles; 2005.
12. Kaiser AP HT. Teaching parents new skills to support their young children's development. *Infants Young Child*. 2003;16(1):9-21.
13. Hart B RT. Incidental teaching of language in the preschool. *J Appl Behav Anal*. 1975;8(4):411-20.