

# QUAN HỆ GIỮA TRẺ RỐI LOẠN TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý VÀ CHA MẸ TRONG GIA ĐÌNH

Nguyễn Thị Vân Thanh

Bệnh viện Bạch Mai.

## 1. Đặt vấn đề

Mối quan hệ qua lại giữa trẻ em và cha mẹ trong gia đình, từ lâu đã được các nhà tâm lý học lâm sàng quan tâm nghiên cứu. Bởi lẽ, xét về tổng thể, cha mẹ - người nuôi dưỡng trẻ trực tiếp là người ảnh hưởng nhiều nhất đến trẻ trong thời kỳ thơ ấu. Đó là thời kỳ quan trọng nhất trong việc hình thành các phẩm chất nhân cách, để lại dấu ấn sâu sắc trong cuộc đời về sau của trẻ. Quan hệ đó không chỉ ở chỗ cha mẹ tác động đến trẻ theo kiểu “trẻ là tờ giấy trắng để cha mẹ viết lên đó cái gì thì nó thành cái đó” mà còn có sự tác động ngược lại từ trẻ đến cha mẹ. Sự tác động qua lại đó diễn ra thường xuyên, không ngừng trong suốt quá trình phát triển của trẻ. Quan hệ của trẻ rối loạn tăng động giảm chú ý (RLTĐGCY) và cha mẹ cũng không nằm ngoài quy luật này.

Trong trị liệu tâm lý, người ta quan tâm đến quan hệ nêu trên xuất phát chính từ thực tiễn lâm sàng. Người ta nhận thấy, nhiều trẻ em sau khi trị liệu tâm lý ở bệnh viện có kết quả rất tốt. Nhưng cứ trở về gia đình sau một thời gian ngắn thì tái phát bệnh. Các nhà trị liệu thử cung cấp kỹ năng cho cha mẹ để thay đổi quan hệ cha mẹ và trẻ, kết quả đúng như dự đoán: *hiệu quả trị liệu của trẻ ổn định, tỷ lệ trẻ tái phát phải quay trở lại bệnh viện giảm đi đáng kể. Rõ ràng, tình trạng bệnh của trẻ có liên quan khá mật thiết với tính chất mối quan hệ trẻ và cha mẹ, nó có thể là tác nhân làm biểu hiện bệnh, nhưng lại cũng có thể là yếu tố ổn định kết quả điều trị tâm lý. Và tác động vào mối quan hệ này được coi là một biện pháp điều trị rất “kinh tế”.*

## 2. Quan hệ sinh học giữa cha mẹ và con với vấn đề rối loạn tăng động giảm chú ý

Ngay từ những nghiên cứu ban đầu, người ta đã nhận thấy, những người cha có nhân cách chống đối các chuẩn mực xã hội, nghiện rượu, nghiện ma túy và những người mẹ có rối loạn phân ly thì con cái họ thường có RLTĐGCY.

Những kết quả của nhiều nghiên cứu sau này càng củng cố sự liên quan về mặt di truyền với những biểu hiện triệu chứng của trẻ RLTĐGCY. Nếu cha mẹ trẻ có RLTĐGCY thì ít nhất 50% con của họ cũng sẽ có rối loạn này [9].

Các nghiên cứu về sinh học phân tử chỉ ra các gen vận chuyển dopamine trên nhiễm sắc thể số 5, số 11, vùng HLA trên nhiễm sắc thể số 6 có lẽ đã góp phần vào việc bộc lộ rối loạn này [1]. Tuy nhiên, các nghiên cứu hiện đại về gen cũng tìm ra: chỉ khoảng 46% trẻ trai và 32% trẻ gái mang gen như vậy sẽ bộc lộ thành RLTĐGCY. Điều đó gợi ý rằng có những nhân tố stress nhất định của môi trường đóng vai trò đáng kể trong việc phát triển RLTĐGCY [9].

Trẻ cũng còn bị ảnh hưởng bởi mẹ ngay từ khi còn là bào thai. Nếu trong quá trình mang thai, người mẹ của trẻ hút thuốc lá một cách chủ động hay thụ động thì tỷ lệ con mắc RLTĐGCY cũng cao hơn. Milberger và cộng sự nhận thấy 22% người mẹ của các trẻ có RLTĐGCY so với 8% của nhóm đối chứng hút một bao thuốc lá/ngày trong khi mang thai [8]. Ngoài ra, khi mang thai, người mẹ nghiện rượu, sử dụng ma túy, sức khỏe không tốt, sử dụng một số thuốc chữa bệnh không theo chỉ định, thường phải lao động trong một môi trường độc hại, ví dụ, có chì v.v... thì con họ cũng có thể có RLTĐGCY.

### **3. Quan hệ tâm lý giữa cha mẹ và con với vấn đề rối loạn tăng động giảm chú ý**

Tác động tâm lý của cha mẹ trong gia đình có vai trò rất quan trọng trong việc xuất hiện và tồn tại dai dẳng của RLTĐGCY ở trẻ. Một số tác động có thể kể đến bao gồm:

*Sự trừng phạt không hợp lý của cha mẹ áp đặt lên trẻ:* Khi trẻ làm trái ý, nhiều cha mẹ chọn hình phạt về thể chất. Có tác giả cho rằng, phạt về thể chất (như đánh đòn) không phải là một hình thức bạo lực. Họ đưa ra những con số: 90-99% trẻ em đã từng bị đánh đòn vào một lúc nào đó của trong thời kỳ thơ ấu. Tuy nhiên, nếu những hình phạt đó là khá nghiêm trọng, không được giải thích chu đáo về nguyên nhân bị phạt và kéo dài dai dẳng... sẽ để lại hậu quả không nhỏ cho trẻ.

Những nguyên nhân thường gây cho cha mẹ áp đặt không hợp lý sự trừng phạt lên trẻ, có thể kể ra là: cha mẹ còn quá trẻ (đặc biệt khi cha mẹ là trẻ vị thành niên), cha mẹ cũng bị đánh đòn khi còn nhỏ, cha mẹ cho rằng việc đánh đập trẻ là đúng, cha mẹ có tính hung hãn, cha mẹ thiếu kỹ năng nuôi dạy con, cha mẹ có tính gia trưởng áp đặt [14].

*Sự chiều chuộng không hợp lý:* trái ngược với hình phạt không hợp lý là sự chiều chuộng không hợp lý của cha mẹ với trẻ. Hình thức này thường tồn tại trong những gia đình giàu có, con hiếm muộn, con trai duy nhất của gia đình,

dòng tộc... Cha mẹ có xu hướng đáp ứng mọi nhu cầu cả hợp lý và không hợp lý của trẻ một cách quá đáng, dẫn đến việc: trẻ khó thích nghi với cuộc sống xã hội với vô số các quy tắc, luật lệ buộc nó phải tuân theo.

Sự chiều chuộng không hợp lý của cha mẹ với trẻ có thể nhanh chóng phá vỡ kết quả điều trị tâm lý, đặc biệt là kết quả điều trị RLTDGCY.

*Sự không quan tâm hay quan tâm không đầy đủ của cha mẹ đến trẻ:* trong mối quan hệ trẻ - cha mẹ, vai trò của cha mẹ như một người giáo viên, có trách nhiệm khắc sâu những sơ cấu hành vi thích hợp, những giá trị và những thái độ chuẩn bị cho trẻ gia nhập một cách hiệu quả vào xã hội khi bước vào giai đoạn trưởng thành, còn trẻ em đóng vai trò là một người học tích cực [9]. Sự không quan tâm hay quan tâm không đầy đủ làm vai trò hướng dẫn của họ với trẻ không có hiệu quả hay hiệu quả không cao. Ở trẻ xuất hiện những hành động mà cha mẹ không mong muốn, nhưng lại nghĩ mình đang làm đúng và không hiểu tại sao cha mẹ lại nổi cáu với mình.

Sự không quan tâm hay quan tâm không đầy đủ của cha mẹ còn làm gia tăng hành vi không mong muốn ở trẻ, bởi lẽ, trẻ nhận thấy, chỉ khi nó làm những điều gì đó xấu, gây chướng tai, gai mắt, cha mẹ mới để ý đến nó. Và cho dù đó là sự để ý “âm tính” thì trẻ cũng thấy mình đã đạt được mục đích [17]. Và như vậy, vô hình chung, cách ứng xử này của cha mẹ là cơ hội xuất hiện và tồn tại dai dẳng các triệu chứng RLTDGCY ở trẻ em.

*Khen thưởng không hợp lý.* Như đã biết, ở giai đoạn hình thành và phát triển, trẻ em có nhiều động hình chưa ổn định đang hình thành. Sự khen thưởng không hợp lý sẽ không có tác dụng củng cố các động hình tốt. Như vậy, rõ ràng, sự khen thưởng cho trẻ không hợp lý không thể duy trì, ổn định kết quả điều trị cho RLTDGCY.

*Cha mẹ có rối loạn tâm lý.* Tình trạng rối loạn tâm lý - tâm thần của cha mẹ tạo nên những ứng xử có tính “bệnh hoạn” của họ, gây những ảnh hưởng âm tính đến gia đình và con cái. Và đương nhiên, đối với trẻ RLTDGCY có cha mẹ như vậy cũng phải chịu ảnh hưởng.

*Tình trạng hôn nhân của cha mẹ có vấn đề.* Vấn đề ở đây được hiểu là bất cứ trục trặc nào trong quan hệ hôn nhân của cha mẹ: li hôn, li thân, bất hòa hay cãi nhau, đánh nhau, thờ ơ không quan tâm đến nhau, đến gia đình... Dù ít hay nhiều, những gia đình như vậy đều có thể tác động đến trẻ và có thể làm tình trạng RLTDGCY của trẻ xuất hiện, tăng lên và tồn tại dai dẳng.

*Cha mẹ quá kỳ vọng vào con cái.* Kiểu cha mẹ này xuất hiện khá phổ biến trong các xã hội phương Đông, đặc biệt ở các đô thị. Cha mẹ có tiền và một chút địa vị xã hội, nhiều khi lại không hiểu năng lực thực sự của con mình. Họ ép con theo học hết lớp học thêm này đến lớp học thêm khác, mà không có

thời gian nghỉ ngơi, vui chơi [16]. Áp lực đó không chỉ ảnh hưởng đến trẻ RLTDGCY mà còn ảnh hưởng đến các trẻ khác với các rối loạn cả về tâm lý và thể chất khác.

*Vai trò của người mẹ.* Ảnh hưởng từ người mẹ đến trẻ nói chung và đến trẻ RLTDGCY nói riêng là rất lớn. Những nghiên cứu gần đây về tương tác sớm mẹ - con nhận thấy: trong giai đoạn mang thai, nếu người mẹ luôn buồn rầu, thường xảy ra stress tâm lý, hằng huyệt trong quan hệ tình cảm... thì con cái họ có khả năng bị RLTDGCY cao hơn nhóm đối chứng.

Đặc biệt ảnh hưởng đó càng có ý nghĩa quan trọng trong xã hội phương Đông, xã hội Việt Nam, nơi mà sự bình đẳng giới còn chưa được thực hiện triệt để: công việc gia đình và chăm sóc con cái trong gia đình phần lớn do người phụ nữ phải đảm nhiệm.

*Tác động ngược từ trẻ RLTDGCY đến cha mẹ.* Những đặc điểm của RLTDGCY ở trẻ như hoạt động luôn tay chân, không tập trung chú ý một cách kỹ càng vào các chi tiết, nên không làm đúng được những chỉ dẫn của người lớn, vụng về hay làm đổ vỡ đồ vật, hay làm mất đồ chơi, sách vở hay dụng cụ học tập, kết quả học tập kém, nói quá nhiều, nói buột ra câu trả lời trước khi người ta nói xong câu hỏi (nên hay bị cho là hay cãi lại người lớn) v.v... làm cho cha mẹ bị thiệt hại về kinh tế. Khi trẻ ở nhà, họ luôn phải căng thẳng, mệt mỏi theo dõi xem đứa con của mình đang ở đâu, có đang làm việc gì có thể nguy hại đến bản thân nó không, có tuân theo những chỉ dẫn của họ trong công việc ở nhà không v.v... [13]. Tình trạng như vậy tồn tại lâu dài rất dễ làm cho cha mẹ trẻ rơi vào tình trạng stress trường diễn. Rồi chính tình trạng đó lại làm cho cha mẹ kém sáng suốt khi xử lý các vấn đề của trẻ, kết cục làm cho RLTDGCY ở trẻ trầm trọng hơn. Đó là một cái vòng luẩn quẩn thường gặp trong quan hệ giữa trẻ RLTDGCY và cha mẹ.

Một số nghiên cứu bước đầu về vấn đề này cho thấy cha mẹ của trẻ RLTDGCY thường bị stress khi trẻ có những biểu hiện hành vi chống đối quá thái. Mẹ của trẻ RLTDGCY thường liên quan đến stress nhiều hơn, thường là vì mức độ kém tập trung và sự lộn xộn của trẻ. Họ cũng thường hay cảm thấy kém cỏi hơn trong vai trò làm mẹ của mình [3].

Một nghiên cứu trên 27 cặp mẹ - trẻ RLTDGCY và 25 cặp mẹ - trẻ không có RLTDGCY cho thấy: Các trẻ RLTDGCY nhận thấy mẹ mình tức giận, kém kiên nhẫn, buồn rầu, huyệt hằng, chán nản và khi tương tác thì luôn tỏ ra không hài lòng với trẻ. Những buổi sáng và ngày nghỉ cuối tuần luôn là thách thức với mẹ của trẻ RLTDGCY. Trẻ RLTDGCY thường cảm thấy căng thẳng vào những ngày cuối tuần gấp 10 lần so với các trẻ trong nhóm đối chứng [6] [8].

10% mẹ của trẻ RLTDGCY so với chỉ 3% mẹ của những trẻ bình thường nhận thấy họ thường cảm thấy tức giận khi tương tác với con mình. 7% trẻ RLTDGCY so với 3% trẻ ở nhóm đối chứng không đồng ý với cách cư xử hàng ngày của mẹ mình.

Các kết quả nghiên cứu gợi ý rằng, những hậu quả hành vi của trẻ RLTDGCY ảnh hưởng xấu đến tương tác cha mẹ - con và chất lượng cuộc sống gia đình, thậm chí ngay cả khi những trẻ này đã được điều trị rất tốt bằng hóa dược [6].

Một số nghiên cứu về gia đình trẻ RLTDGCY nhận thấy, dường như cha mẹ của trẻ RLTDGCY có nhiều bất hòa hơn những gia đình của trẻ không có RLTDGCY. Người ta lý giải rằng, những căng thẳng mà cả cha và mẹ trẻ RLTDGCY phải chịu đựng làm tương tác của họ trong hôn nhân kém chất lượng hơn, căng thẳng hơn. Tỷ lệ li hôn trong những gia đình loại này cao hơn hẳn so với các gia đình không có trẻ RLTDGCY.

### *Trẻ RLTDGCY và cha mẹ trong trị liệu tâm lý*

Như phần đầu bài viết đã đề cập, trị liệu tâm lý dành cho trẻ RLTDGCY được cho là có thể ổn định kết quả trị liệu là khi trị liệu được xác định đúng, được thiết kế tốt cho quan hệ trẻ - cha mẹ. Một trong số các liệu pháp đó là trị liệu tương tác cha mẹ - trẻ (Parent - Child Interaction Therapy hay còn gọi là PCIT).

Trị liệu được thiết lập chủ yếu nhằm mục đích: Thay đổi cách ứng xử của cha mẹ với con; Giúp cho cha mẹ cách nhận các tín hiệu ngược trong tương tác với trẻ; Củng cố những hành vi tốt và loại trừ những hành vi xấu; Nâng cao chất lượng tương tác với trẻ trong cuộc sống hàng ngày; Ngoài ra, trị liệu còn giúp cha mẹ đối mặt với những khó khăn của chính mình (căng thẳng hàng ngày khi tương tác với trẻ, bệnh tâm lý, tâm thần, căng thẳng trong các quan hệ xã hội và quan hệ hôn nhân).

- Để thay đổi cách ứng xử của cha mẹ với con, người ta thiết kế để nhằm dạy cho cha mẹ những kỹ năng tương tác với trẻ như: các kỹ năng “không nên làm”, các kỹ năng “nên làm”.

- Để giúp cho cha mẹ nhận được các tín hiệu ngược trong khi tương tác với trẻ, người ta thiết kế việc “sử dụng cách ứng phó chú ý”, “ứng phó phớt lờ có lựa chọn”.

- Để giúp cho cha mẹ củng cố những hành vi tốt và loại trừ những hành vi xấu, người ta thiết kế các hình thức kỷ luật và khen thưởng.

- Để nâng cao chất lượng tương tác cha mẹ - trẻ. Ngoài việc sử dụng các kỹ năng “nên làm” và “không nên làm”, cha mẹ còn được cung cấp một số các kỹ năng khác như: gần gũi và động chạm vào cơ thể; nâng cao chất lượng giao

tiếp bằng mắt, bằng biểu cảm trên mặt và giọng nói; cách thức nhường nhịn, chia sẻ và lịch sự; dạy cho cha mẹ tính kiên trì và dung nạp hăng hực...[17].

- Vì tính chất triệu chứng của trẻ là lan tỏa và luôn gây khó chịu cho cha mẹ, người ta còn cung cấp cho họ một số phương pháp kiểm soát stress như kỹ thuật mặc tưởng (meditation), các kỹ thuật thư giãn, thể dục nhằm gia tăng dung nạp các thất bại, hăng hực cho bản thân để có thể đáp ứng một cách bình tĩnh với các hành vi ứng xử của con họ. Họ cũng có thể được gợi ý để điều trị các rối loạn tâm lý và tâm thần cũng như có thể được cung cấp một số kỹ năng sống để thích nghi tốt hơn với cuộc sống gia đình có con bị RLTDGKY.

#### 4. Kết luận

Quan hệ trẻ - cha mẹ là một quan hệ khá quan trọng với trẻ, đặc biệt là với trẻ nhỏ. Trong trị liệu tâm lý, đặc biệt là trị liệu tâm lý cho trẻ RLTDGKY, việc cải thiện quan hệ này là tiền đề cho trị liệu tương tác cha mẹ - trẻ (PCIT) là một trị liệu sử dụng điều trị RLTDGKY hiện đang đem lại rất nhiều thành công trên thế giới. Xem xét các tương tác của trẻ RLTDGKY và cha mẹ trong thực tiễn cuộc sống và trị liệu sẽ giúp chúng ta có hướng áp dụng có hiệu quả liệu pháp tâm lý này vào thực tiễn lâm sàng ở Việt Nam.

#### Tài liệu tham khảo

1. C.Eugene Walker, Michael C.Roberts (2001). *Handbook of clinical child psychology*. Jonh Wiley & Sons, Inc.
2. David Rabiner(2001). *The Ways in which Parents Think About Parenting, Themselves, and Their Child May Affect Treatment Outcomes for Children With ADHD*. <http://www.helpforadd.com/2001/september.htm>
3. David Rabiner (2002). *Stress and coping in parent of children with ADHD*. <http://www.helpforadd.com/2002/february.htm>
4. David Rabiner (2004). *Can exposure to nature reduce children's ADHD symptoms?* <http://www.helpforadd.com/2004/september.htm>
5. David Rabiner(2006). *The Daily Life of Children with ADHD and their Moms*. <http://www.helpforadd.com/2006/april.htm>
6. David Rabiner (2006). *Parenting in Moms with ADHD*. <http://www.helpforadd.com/2006/september.htm>
7. David Rabiner (2006). *Getting Children Ready: A Frustrating Time for Moms of Children with ADHD*. <http://www.helpforadd.com/2006/november.htm>
8. Gerald C.Davison; John M.Neal (1998). *Abnormal psychology 7<sup>th</sup>*, John Wiley&Son, Inc. 406-413;413-419;419-424.

9. Irwin G.Sarason, Barbara R.Sarason (1999). *Abnormal psychology 9<sup>th</sup>*. Prentice Hall, Inc. 429-445.
10. Jerry J.Bigner (1994). *Parent-child relations*. Prentice-Hall, Inc.
11. Matthew R.Sanders (1992). *Every Parent*. Pearson Education Australia.
12. Melvin Lewis (1991). *Child and adolescent psychiatry*. William&Wilkins, USA, (47) 544-561.
13. Paul H.Wender (2000). *ADHD: Attention deficit Hyperactivity Disorder in Children, Adolescents and Adult*. Oxford University Press.
14. Peter Montague. *ADHD and Children's Environment* <http://chetday.com/adhdenviron.html>
15. Susan Nolen-Hoeksema (1998). *Clashing views on abnormal psychology*, McGraw-Hill Company.
16. Vương Tử Tài, Trần Thọ Khang, Từ Anh (2004). *Chẩn đoán và phòng trị chứng hiếu động ở trẻ*. NXB Đà Nẵng.
17. Toni L.Hembree-Kigin, Cheryl Bodiford Mc Neil (1995). *Parent-Child Interaction Therapy*. Clinical Child Psychology Library, Planium Press, New York.