

RỐI LOẠN CHỐNG ĐỐI VÀ THỰC TRẠNG TRẺ CÓ RỐI LOẠN CHỐNG ĐỐI TẠI TP. HỒ CHÍ MINH

TS. LÊ THỊ MINH HÀ

Trường Đại học Sư phạm TP. Hồ Chí Minh

1. Vấn đề rối loạn chống đối

Thực tế hiện nay nhiều phụ huynh (PH) và giáo viên (GV) cho rằng ở một số trẻ có những biểu hiện thường xuyên tức giận, hoặc bùng nổ giận dữ và coi thường các quy định. Những trẻ này thường cố làm phiền người khác và luôn đổ lỗi cho người khác về những lỗi lầm của mình, có thể dễ dàng phá vỡ các mối quan hệ với người xung quanh và trẻ còn thể hiện bức bối thái quá khi một ai đó làm điều gì mà chúng không thích. Ngoài ra, nhiều trẻ em và thanh thiếu niên còn có thể có những vấn đề khác về hành vi như rối loạn tăng động giảm chú ý, khuyết tật học tập, rối loạn lo âu, trầm cảm và lạm dụng ma túy, rượu.

Theo DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition - Sổ tay chẩn đoán và thống kê những rối nhiễu tâm thần - IV), những biểu hiện hành vi trên đây của trẻ thuộc dạng rối loạn chống đối (RLCD (Oppositional Defiant Disorder, ODD) hay còn gọi là rối loạn thách thức chống đối, là một trong những hiện tượng gặp nhiều ở trẻ em. RLCD có các biểu hiện sau đây:

- Một mô hình hành vi khiêu khích, thù địch và thách thức kéo dài ít nhất 6 tháng, trong đó có 4 (hoặc nhiều hơn) các dấu hiệu sau: (1) thường mất bình tĩnh; (2) thường tranh luận gay gắt với người lớn; (3) thường bất chấp hoặc từ chối thực hiện yêu cầu hoặc quy tắc người lớn đưa ra; (4) thường cố tình làm phiền mọi người; (5) thường đổ lỗi cho người khác cho những sai lầm hoặc hành vi sai trái của mình; (6) thường nhạt cảm hoặc dễ dàng chịu bối rối trước những người khác; (7) thường tức giận và phản ứng; (8) thường đẩy thù hận hay thù hằn.

Lưu ý: Cần xem xét một tiêu chí duy nhất đáp ứng, nếu hành vi xảy ra thường xuyên hơn thường được quan sát thấy ở những người trong độ tuổi tương đương với mức độ phát triển.

- Sự rối loạn trong hành vi gây suy giảm đáng kể trong hoạt động, học tập, xã hội hay nghề nghiệp.

- Các hành vi không xảy ra trong quá trình của một bệnh loạn thần hoặc rối loạn tâm trạng.

- Tiêu chuẩn không được đáp ứng cho rối loạn ứng xử và cá nhân 18 tuổi trở lên, các tiêu chí không được đáp ứng cho rối loạn nhân cách chống đối xã hội.

Như vậy, trẻ em có RLCD có xu hướng thường xuyên coi thường các quy định hoặc yêu cầu của người lớn và dung ý quấy rối người khác.

a/ Phân biệt RLCD và rối loạn cư xử

Theo DSM-IV, rối loạn cư xử, (Conduct Disorder CD) có các biểu hiện sau đây:

- Một mô hình hành vi lặp đi lặp lại và liên tục, trong đó vi phạm các quyền cơ bản của người khác hoặc các quy tắc xã hội chủ yếu tương ứng với lứa tuổi của đứa trẻ hoặc vi phạm các quy định pháp luật, thể hiện 3 (hoặc nhiều hơn) trong các tiêu chuẩn sau đây trong 12 tháng, ít nhất 1 tiêu chí đang thể hiện trong vòng 6 tháng:

- + Gây hấn với người và động vật (dành cho trẻ nhỏ và thiếu niên): (1) thường bắt nạt hoặc đe dọa người khác; (2) thường khởi chiến đánh nhau; (3) đã sử dụng vũ khí có thể gây ra thiệt hại vật chất nghiêm trọng cho người khác (ví dụ gậy, gạch, chai vỡ, dao, súng); (4) đã xâm hại cơ thể người khác một cách tàn nhẫn; (5) đã có hành vi độc ác với súc vật; (6) đã cướp giật tài sản của người khác (giật ví, tống tiền, cướp có vũ khí); (7) đã xâm hại tình dục người khác;

- + Phá hoại tài sản (dành cho thiếu niên và người lớn): (1) đã cố tình gây cháy làm thiệt hại nghiêm trọng tài sản của người khác; (2) đã cố tình phá hủy hoặc đánh cắp tài sản của người khác;

- + Lừa đảo hoặc trộm cắp: (1) đã đột nhập vào nhà người khác, chung cư, hoặc xe hơi để ăn trộm; (2) đã lừa đảo tài sản và trốn tránh; (3) đã đánh cắp, giả mạo tài sản có giá trị;

- + Vi phạm nghiêm trọng các quy tắc: (1) thường đi chơi đêm mặc dù cha mẹ cấm đoán, bắt đầu trước 13 tuổi; (2) đã bỏ nhà qua đêm ít nhất 2 lần trong khi đang sống với cha mẹ hay người chăm sóc (1 lần trong một thời gian dài); (3) thường trốn học, bắt đầu trước 13 tuổi.

- Sự rối loạn trong hành vi gây suy giảm đáng kể về mặt xã hội, học tập, nghề nghiệp hoặc chức năng. Nếu là người từ 18 tuổi trở lên, các tiêu chí không được đáp ứng cho chống xã hội, rối loạn nhân cách.

Như vậy, rối loạn cư xử có hành vi đặc trưng là toàn bộ hành vi chống xã hội, xâm phạm hay khiêu khích lặp lại và kéo dài. Những hành vi này có thể dẫn đến việc trẻ vi phạm các quy tắc xã hội tương ứng với tuổi của trẻ, điều này vượt quá giới hạn của hành vi khiêu khích, ranh mảnh thông thường của trẻ.

RLCD có thể xuất hiện cả ở trẻ giới tính nam và nữ từ 2-4 tuổi, giai đoạn trẻ gia tăng khả năng vận động và khám phá môi trường, hình thành tư ý thức và luôn muốn tự khẳng định mình. Đây cũng là thời gian cha mẹ đặt giới hạn cấm đoán lên trẻ, điều này vô tình gây nên một "cuộc chiến" giữa cha mẹ và trẻ. Nhưng đối với tuổi thiếu niên, hành vi thách thức chống đối thường xảy ra ở nam nhiều hơn nữ (khoảng 2.1% ở nữ và 3.1% ở nam).



RLCD biểu hiện rõ nét ở trẻ 5 tuổi và bộc lộ mạnh mẽ ở trẻ sau 7 tuổi, lúc này trẻ có thể bộc lộ sự chống đối công khai, thách thức trực tiếp như không vâng lời và thể hiện rõ ràng bằng hành động. Khoảng 5-15% trẻ em ở độ tuổi đi học được chẩn đoán là có RLCD. Có một tỉ lệ ước tính RLCD là 10.2% (11.2% nam, 9.2% nữ) [4]. Nếu không được điều trị, khoảng 52% trẻ em bị RLCD sẽ tiếp tục đáp ứng tiêu chuẩn DSM-IV sau 3 năm và khoảng một nửa số đó sẽ tiến triển thành rối loạn hành vi (rối loạn cư xử).

b/Một số biểu hiện tâm lý của trẻ có RLCD

Mặc dù trẻ thường gây rối công khai, nhưng những trẻ RLCD thường oán trách, căm ghét và tự ngờ ngợ bản thân. Trẻ có RLCD thường đòi hỏi sự quan tâm chú ý và mong đợi người khác phải đáp ứng mọi nhu cầu của nó. Trẻ cho rằng mình đúng khi có cảm xúc tức giận và nỗ lực duy trì lòng tự trọng bằng những biểu hiện quá khích. Trẻ RLCD luôn cảm thấy mình không được người khác hiểu, nên trẻ càng tự vệ, cảnh giác cao độ và có khuynh hướng bảo vệ mình bằng cách chủ động khiêu khích và chống đối người khác, đôi khi trẻ biết rõ ràng về hậu quả của những hành vi này và biểu lộ sự hối hận sau một vài hành động chống đối. Tuy nhiên, tính xung động bùng nổ của trẻ dẫn đến những hành vi mà người lớn thấy không thể chấp nhận được và trẻ lại thường cảm thấy bị người lớn phán xét gay gắt hành vi của mình.

Việc không được người khác chấp nhận tái diễn có thể làm xói mòn cảm nhận về bản thân ở trẻ, điều này làm cho trẻ dễ gây tổn thương cho mình và người khác. Khi trẻ không thể chứng tỏ được khả năng của mình, chúng trở nên dễ bị tổn thương một cách đặc biệt đối với sự phê bình và thất bại. Điều đó càng làm cho trẻ ngày càng suy kém, gây rối, chống đối, khiêu khích nhiều hơn nhằm khẳng định mình. Trong chu trình luân quẩn đó, những người xung quanh lại càng không chấp nhận những điều trẻ làm, dẫn đến tình trạng chúng trở nên thách thức và chống đối hơn. Cùng với khuynh hướng này, nếu trẻ liên hệ với các trẻ khác có cùng vấn đề, có thể làm cho những hành vi chống đối, thách thức trở thành tội phạm.

2. Thực trạng trẻ có rối loạn chống đối tại TP. Hồ Chí Minh

2.1. Chọn mẫu nghiên cứu

Chúng tôi sử dụng trắc nghiệm Conners (Nguyễn Công Khanh thích nghi hóa tại Việt Nam năm 2002) phiên bản ngắn dành cho giáo viên (GV) và phụ huynh (PH) để sàng lọc trẻ có dấu hiệu RLCD. Theo thang Conners, cách đánh giá mức độ RLCD như sau: (1) trên 70 điểm: rất cao (trẻ có rất nhiều vấn đề về hành vi hơn trẻ bình thường); (2) 65-69 điểm: cao (trẻ có khá nhiều vấn đề về hành vi hơn trẻ bình thường); (3) 60-64 điểm: trên trung bình - giới hạn (trẻ có một số vấn đề về hành vi hơn trẻ bình thường) và (4) dưới 60 điểm: trung bình (trẻ

có hành vi như trẻ bình thường) [3]. RLCD có đặc trưng là khởi bệnh sớm (trước 7 tuổi) trong quá trình phát triển, đặc biệt bộc lộ rõ rệt ở lứa tuổi đến trường tiểu học. Vì vậy, chúng tôi tầm soát trẻ có RLCD ở lứa tuổi 7-11 tại TP. Hồ Chí Minh. Trên cơ sở lấy mẫu nhiều bậc và chọn mẫu ngẫu nhiên đơn, ở đây trường tiểu học là đơn vị bậc 1 và các lớp trong trường tiểu học là đơn vị bậc 2.

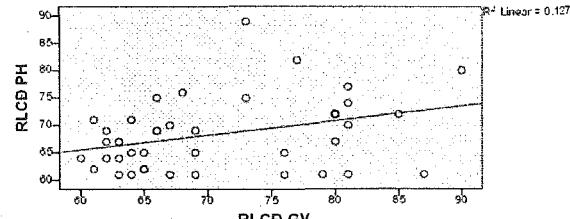
- Trong đơn vị bậc 1: Chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn bằng cách lấy mẫu (n) số học sinh tiểu học (HSTH) rút ra từ khoảng 387.027 HSTH (của 472 trường tiểu học thuộc 24 quận, huyện TP. Hồ Chí Minh, thời điểm tháng 9/2010). Sử dụng chương trình OpenEpi Random chọn cỡ mẫu, với độ tin cậy 95%, chúng tôi có mẫu khoảng 812 HSTH (mỗi lớp khoảng 40-45 em).

- Trong đơn vị bậc 2: Chúng tôi cũng sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn bằng cách lấy mẫu (n) số lớp rút ra từ 472 trường tiểu học (thuộc 24 quận, huyện TP. Hồ Chí Minh). Cũng sử dụng chương trình OpenEpi Random, chúng tôi chọn được 20 trường tiểu học. Tại các trường tiểu học, rút thăm ngẫu nhiên để lấy ra một lớp (riêng Trường Tiểu học Bình Tri Đôn, huyện Bình Chánh có 46 lớp, nên chúng tôi rút ngẫu nhiên 2 lớp). Như vậy, từ 20 trường, chúng tôi có 21 lớp với tổng số 821 em. Từ số HSTH và số lớp, chúng tôi có 821 PH và 21 GV chủ nhiệm của các em để tiến hành nghiên cứu khảo sát thực trạng trẻ có RLCD tại các trường tiểu học TP. HCM. Trên cơ sở kết quả nghiên cứu trên 821 trẻ, với mục đích sàng lọc (Screening), chúng tôi chọn ra và phân tích trên những trẻ mà cả GV và PH đều đánh giá từ 60 điểm trở lên (theo thang Conners). Có nghĩa là, những trẻ này có một số vấn đề về hành vi hơn trẻ bình thường.

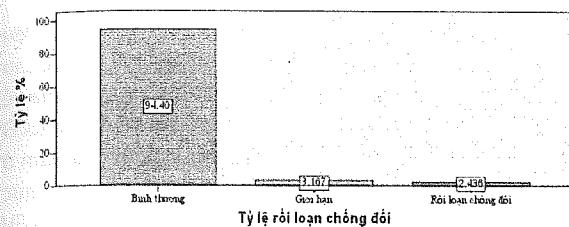
2.2. Kết quả nghiên cứu

2.2.1. Tỉ lệ trẻ có rối loạn RLCD trên HSTH (8-11 tuổi) tại TP. Hồ Chí Minh

Biểu đồ 1: Phân phối điểm RLCD

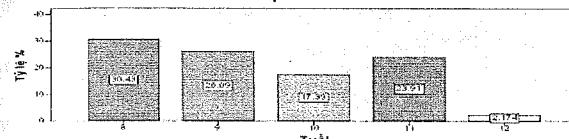


Biểu đồ 1 cho thấy: Đường phân phối chuẩn điểm RLCD của trẻ do GV và PH đánh giá có xu hướng đi lên rõ rệt. Trong đó, 6 trường hợp cả GV và PH đều đánh giá điểm RLCD ở mức giới hạn, 5 trường hợp cao và 15 trường hợp rất cao. Kiểm định cho thấy có sự tương quan nhất định, thuận và có ý nghĩa giữa điểm RLCD do GV và PH đánh giá trên trẻ (ANOVA, $F=6.412$, $Sig=0.015 < 0.05$). Theo đó, có nhiều trường hợp cả GV và PH đều đánh giá điểm RLCD ở cùng mức độ giới/cao/rất cao.

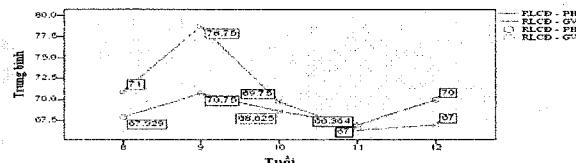
Biểu đồ 2: Tỉ lệ trẻ có dấu hiệu RLCĐ

Biểu đồ 2 cho thấy: 94.40% trẻ phát triển bình thường, số trẻ này phát triển như những trẻ bình thường khác. 3.167% trẻ ở mức độ giới hạn, số trẻ này có một số vấn đề về hành vi hơn so với trẻ bình thường, cần được theo dõi RLCĐ hoặc khám sàng lọc (tầm soát). 2.436% trẻ có biểu hiện RLCĐ, số trẻ này có nhiều vấn đề về hành vi hơn so với trẻ bình thường, cần chẩn đoán RLCĐ hoặc khám lâm sàng ngay.

2.2.2. Tỉ lệ trẻ RLCĐ theo độ tuổi

Biểu đồ 3: Tỉ lệ RLCĐ theo tuổi

Biểu đồ 3 cho thấy: Số trẻ RLCĐ tập trung nhiều nhất ở trẻ 8 tuổi (30.43%), số trẻ 12 tuổi ít nhất (2.174%).

Biểu đồ 4: Điểm trung bình RLCĐ theo tuổi

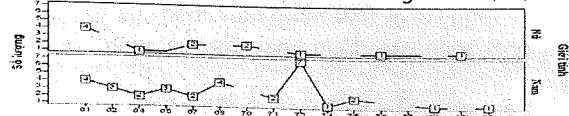
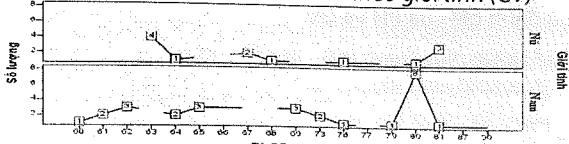
Biểu đồ 4 cho thấy, cả GV và PH đều đánh giá điểm RLCĐ trung bình của trẻ theo độ tuổi đều ở mức cao và rất cao. Kiểm định ANOVA cho thấy: GV đánh giá điểm RLCĐ trung bình của trẻ theo độ tuổi có sự khác biệt có ý nghĩa ($F=4.440$ Sig=0.04), trong đó, trẻ 9 tuổi có điểm trung bình cao nhất và ở mức rất cao (78.75) và trẻ 11 tuổi có điểm trung bình thấp nhất (66.36) nhưng cũng ở mức cao. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về điểm RLCĐ trung bình của trẻ ở các độ tuổi do PH đánh giá ($F=0.555$, Sig=0.696).

2.2.3. Tỉ lệ RLCĐ theo giới tính

Bảng 1: Tỉ lệ RLCĐ theo giới tính

		Tần số	Tỉ lệ %	Phản trám hợp lệ	Phản trám tích lũy
Giới tính	Nữ	14	30.4	30.4	30.4
	Nam	32	69.6	69.6	100.0
	Tổng	46	100.0	100.0	

Như vậy, tỉ lệ nam (69.6%) có rối loạn RLCĐ cao hơn nữ (30.4%).

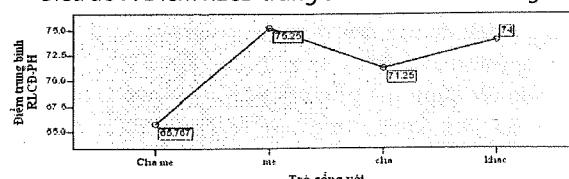
Biểu đồ 5: Phân bố điểm RLCĐ theo giới tính (PH)**Biểu đồ 6: Phân bố điểm RLCĐ theo giới tính (GV)**

Biểu đồ 5 và 6 cho thấy, cả PH và GV đều đánh giá điểm RLCĐ của nam tập trung nhiều ở mức cao và rất cao. Kiểm định cho thấy có sự tương quan nhất định và có ý nghĩa về mặt thống kê giữa đánh giá của GV và PH về điểm RLCĐ của nam (Cramer's V=0.426, Sig=0.02<0.05). Theo đó, nếu GV/PH đánh giá điểm của nam ở mức giới hạn/cao/rất cao thì PH/GV cũng đánh giá ở mức tương ứng. Không có sự tương quan giữa đánh giá của GV và PH về điểm RLCĐ của nữ (Cramer's V=0.479, Sig=0.179>0.05).

2.2.4. Tìm hiểu một số thông tin về quá trình phát triển của trẻ

Chúng tôi tiến hành tìm hiểu thông tin về quá trình phát triển của trẻ từ lúc sinh đến hiện tại thông qua phiếu phỏng vấn phụ huynh về: phương pháp sinh (sinh thường/forcep/phẫu thuật), sinh đẻ/thiếu tháng, cân nặng lúc sinh, có/không bú sữa mẹ, thứ tự con, trẻ sống với ai, tình trạng hôn nhân của cha mẹ, các mốc phát triển vận động và ngôn ngữ (lật, bò, ngồi, đi, nói)... Kết quả khảo sát cho thấy tiêu chí "Trẻ sống với ai" có liên quan với RLCĐ.

Biểu đồ 7 cho thấy: Điểm RLCĐ trung bình của trẻ chỉ sống với mẹ cao nhất 75.25 (mức rất cao), trẻ chỉ sống với cha 71.25 điểm (rất cao), trẻ sống với người khác cũng khá cao 74 điểm (rất cao) và trẻ sống với cả cha và mẹ thấp nhất là 65.767 điểm (mức cao). Kiểm định ANOVA cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa giữa điểm RLCĐ trung bình theo nơi trẻ sống ($F=9.861$, Sig=0.000). Theo đó, điểm RLCĐ trung bình của những trẻ chỉ sống với mẹ hoặc sống với người khác hoặc chỉ sống với cha có xu hướng cao hơn trẻ sống với cả cha và mẹ.

Biểu đồ 7: Điểm RLCĐ trung bình theo nơi trẻ sống

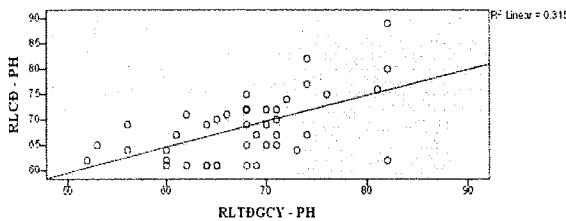


Trong nghiên cứu của chúng tôi, không tìm thấy mối quan hệ giữa điểm RLCĐ của trẻ với các yếu tố khác như sinh đẻ/thiếu tháng, có/không bú sữa mẹ, thứ tự con, trẻ sống với ai, tình trạng hôn nhân của ba mẹ, các mốc phát triển vận động khác (lật, bò, ngồi) và ngôn ngữ.

2.2.5. RLCĐ kèm theo một số rối loạn khác

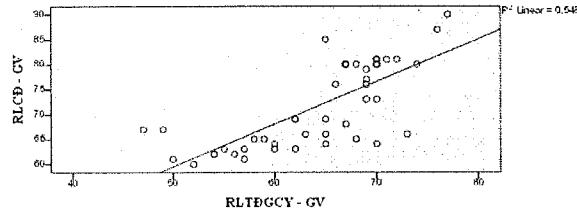
Chúng tôi tìm hiểu trẻ có nguy cơ RLCĐ có hay không đi kèm rối loạn tăng động giảm chú ý (RLTĐGCY) qua đánh giá của PH và GV.

Biểu đồ 8: Phân phối điểm RLCĐ và điểm RLTĐGCY (PH)



Biểu đồ 8 cho thấy: Sự phân phối điểm RLCĐ và điểm RLTĐGCY do PH đánh giá đi theo đường thẳng có xu hướng đi lên rõ rệt. Có sự tương quan nhất định và có ý nghĩa giữa điểm RLCĐ và điểm RLTĐGCY của trẻ (HSTQ Pearson=0.562, Sig=0.000<0.005). Có nghĩa là, một số trẻ có điểm RLCĐ ở mức độ rất cao/cao/giới hạn thì điểm RLTĐGCY cũng ở mức tương ứng.

Biểu đồ 9: Phân phối điểm RLCĐ và điểm RLTĐGCY (GV)



Biểu đồ 9 cho thấy: Sự phân phối điểm RLCĐ và điểm RLTĐGCY của trẻ do GV đánh giá đi theo đường thẳng có xu hướng đi lên rất rõ rệt. Có sự tương quan khá chặt và có ý nghĩa giữa điểm RLCĐ và điểm RLTĐGCY (HSTQ Pearson=0.740, Sig=0.000). Có nghĩa là, nhiều trẻ có điểm RLCĐ ở mức độ rất cao/cao/giới hạn thì điểm RLTĐGCY cũng ở mức tương ứng.

Kết luận

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tại TP. Hồ Chí Minh:

- Tỉ lệ trẻ có dấu hiệu RLCĐ 2.436% và 3.167% trẻ ở mức độ giới hạn;

- Cả GV và PH đều đánh giá điểm RLCĐ trung bình của trẻ theo độ tuổi đều ở mức cao và rất cao. Có sự khác biệt có ý nghĩa về điểm RLCĐ trung bình của trẻ ở các độ tuổi do GV đánh giá trong đó, trẻ 9 tuổi có điểm trung bình cao nhất (78.75) và ở mức độ rất cao, trẻ 11 tuổi có điểm trung bình thấp nhất (66.36) nhưng cũng ở mức cao. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về điểm RLCĐ

trung bình của trẻ ở các độ tuổi do PH đánh giá;

- Tỉ lệ RLCĐ ở nam cao hơn nữ. Cả GV và PH đều đánh giá điểm RLCĐ của nam tập trung nhiều ở mức cao và rất cao. Có sự tương quan nhất định và có ý nghĩa về mặt thống kê giữa đánh giá của GV và PH về điểm RLCĐ của nam. Theo đó, nếu GV/PH đánh giá điểm của nam ở mức giới hạn/cao/rất cao thì PH/GV cũng đánh giá ở mức tương ứng. Không có sự tương quan giữa đánh giá của GV và PH về điểm RLCĐ của nữ;

- Điểm RLCĐ trung bình của những trẻ chỉ sống với mẹ hoặc sống với người khác hoặc chỉ sống với cha có xu hướng cao hơn trẻ sống với cả cha và mẹ;

- Cả GV và PH đều đánh giá nhiều trẻ có điểm RLCĐ ở mức độ cao/rất cao/giới hạn đều có điểm RLTĐGCY đi kèm cũng ở mức tương ứng.

Từ kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi thấy cần thiết phải đẩy mạnh nghiên cứu, can thiệp và giáo dục trẻ có rối loạn RLCĐ để các giáo viên và phụ huynh hiểu rõ dạng tắt này ở trẻ, cũng như các chuyên gia và nhà nghiên cứu quan tâm đến RLCĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Công Khanh (2002), *Bước đầu thích nghi hóa các thang đánh giá của Conners trên học sinh tiểu học và THCS*, Đề tài cơ sở, MS: C3 Viện Khoa học Giáo dục.
2. American Psychiatric Association (APA) (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition, DSM-IV)*, Washington, DC: APA.
3. C.Keith Conners (2004), *Conners' Rating Scales – Revised: Technical Manual*, Multi-Health Systems Inc (MHS).
4. Dickstein D.P (May 2010), *Oppositional defiant disorder, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49 (5): 435 (6).
5. Eric J.Mash, Russell A. Barkley (1997), *Assessemment on Childhood Disorders*, fouth edition, p.132-169, NY: Guilford Press.
6. Jim Chandler, *Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) in Children and Adolescents: Diagnosis and Treatment*. <http://www.klis.com/chandler/pamphlet/oddcd/oddcdpamphlet.htm> truy cập 13/2/2014.

SUMMARY

Currently, many parents and teachers think that children with regular angry expression, or angry outbursts, and disregard of regulations often attempt to disturb other people and always blame others for their mistakes. The expression on this child's behavior in the form of oppositional defiant disorder (ODD), is one of the many phenomena encountered in children. In the content of this article, the author analyzes the problems of oppositional defiant disorder and carries out survey of children with oppositional defiant disorder in Ho Chi Minh City.