



TRƯỜNG ĐẠI HỌC TRÀ VINH



ISO 9001 : 2008

# TẠP CHÍ KHOA HỌC

ISSN 1859-4816

Số 8  
Tháng 3/2013





ISO 9001:2008

TRƯỜNG ĐẠI HỌC TRÀ VINH  
www.tvu.edu.vn

**Chịu trách nhiệm xuất bản**

TS. Phạm Tiết Khánh

**Tổng biên tập**

Nguyễn Tiến Dũng

**Ban biên tập**

PGS.TS. Lê Văn Sơn  
PGS.TS. Phạm Văn Kiên  
TS. Đặng Huỳnh Mai  
TS. Nguyễn Thanh Mỹ  
TS. Lê Hữu Phúc  
TS. Nguyễn Khắc Cường  
TS. Huỳnh Văn Hồng  
TS. Trần Thị Phận  
TS. Phạm Ngọc Đình

**Thiết kế**

PGS.TS. Phùng Rân  
PGS.TS. Lê Văn Sơn  
PGS.TS. Phạm Văn Kiên  
TS. Đặng Huỳnh Mai  
TS. Nguyễn Thanh Mỹ  
TS. Lê Hữu Phúc  
TS. Nguyễn Khắc Cường  
TS. Huỳnh Văn Hồng  
TS. Trần Thị Phận  
TS. Phạm Ngọc Đình

**Tòa soạn:** Tạp chí Khoa học  
126, Quốc lộ 53, Khóm 4, Phường 5  
Thành phố Trà Vinh, Tỉnh Trà Vinh  
Email: banbientapckh@tvu.edu.vn

*In 1.000 cuốn, khổ 19x28 cm, tại Công ty  
Cổ phần Văn hóa Tổng hợp Trà Vinh.  
Giấy phép xuất bản số 166/GP-BTTTT  
do Bộ Thông tin và Truyền thông cấp  
ngày 15/02/2011. In xong và nộp lưu chiểu  
tháng 3/2013*

# MỤC LỤC

Số 8, tháng 3 năm 2013

## CHÍNH SÁCH - KẾ HOẠCH

Quy định về quản lý hoạt động Khoa học và Công nghệ của sinh viên  
Trường Đại học Trà Vinh 1

## KHOA HỌC CÔNG NGHỆ

Ảnh hưởng của độ mặn lên tăng trưởng, tỉ lệ sống và  
sinh sản của tôm càng xanh (*Macrobrachium rosenbergii*)  
ThS. Lai Phước Sơn, ThS. Huỳnh Kim Hường  
PGS.TS. Đỗ Thị Thanh Hương, PGS.TS. Trần Ngọc Hải, 2

Mô phỏng quá trình uốn cho ống có đường kính lớn  
bằng phương pháp phần tử hữu hạn 11  
Đoàn Minh Thuận

Tính chất quang của màng mỏng lưỡng tử CdSe/SiO<sub>2</sub>  
cho các ứng dụng trong photonic 19  
Dương Đình Hiệp, Đặng Mậu Chiến, Huỳnh Thành Đạt,  
Lâm Quang Vinh, Lê Anh Tuấn, Dương Thanh Tài,  
Hà Thanh Tùng, Nguyễn Thanh Nguyên

Tương quan sức chống cắt không thoát nước của sét  
mềm theo độ sâu và mức độ nén chặt 24  
ThS. Lê Hoàng Việt, ThS. Huỳnh Văn Hiệp

Nghiên cứu ảnh hưởng của hàm lượng lipid lên sinh  
trưởng và tỷ lệ sống cá chim vây vàng (*Trachinotus*  
*blochii* Lacepède, 1801) giai đoạn giống 30  
Lai Văn Hùng, Trần Văn Dũng, Trần Thị Lê Trang, Huỳnh Thư Thư

## KHOA HỌC XÃ HỘI VÀ NHÂN VĂN

Đánh giá khả năng thích ứng với công việc của sinh viên  
ngành Kinh doanh Du lịch Trường Đại học Cửu Long 37  
ThS. Nguyễn Quốc Nghi, Huỳnh Thị Tuyết Anh, Nguyễn Thị Ngọc Yến,  
ThS. Phan Văn Phùng, ThS. Nguyễn Bích Ngọc

Các nhân tố ảnh hưởng đến nợ vay ngắn hạn ngân hàng 46  
ThS. Lê Phương Dung, Nguyễn Thị Nam Thanh

Yếu tố ảnh hưởng tới việc động viên nhân viên tại Công ty  
Dịch vụ Công ích Quận 10, Thành phố Hồ Chí Minh 55  
ThS. Nguyễn Thị Thu Trang

Rối nhiễu tâm lý thường gặp ở trẻ em 64  
ThS. Nguyễn Trọng Lăng

## DIỄN ĐÀN TRAO ĐỔI

Hình thành và phát huy kỹ năng thực hiện sử dụng  
thí nghiệm trong dạy học cho sinh viên Sư phạm Vật lý 71  
ThS. Nguyễn Thanh Nguyên

## TIN KHOA HỌC

Hợp mặt Kỷ niệm 40 năm thiết lập quan hệ ngoại giao  
Việt Nam - Canada 76  
Nguyễn Thanh Sơn



# RỐI NHIỀU TÂM LÝ THƯỜNG GẶP Ở TRẺ EM

ThS. Nguyễn Trọng Lăng \*

## Tóm tắt

Ngày nay, vấn đề rối nhiễu tâm lý ở trẻ em đang là vấn đề toàn xã hội cần đặc biệt quan tâm. Bài viết là kết quả nghiên cứu từ khảo sát, trò chuyện và quan sát 420 trẻ em ở thành phố Trà Vinh và 03 huyện thuộc tỉnh Trà Vinh, qua đó đã phân loại được 11 chứng rối nhiễu tâm lý, trong đó chứng đái dầm, rối loạn về ăn uống, tiêu hoá và tăng động giảm chú ý là thường gặp nhất. Đặc biệt, kết quả cũng cung cấp nhiều thông tin bổ ích đối với những bậc phụ huynh và nhà giáo dục trong việc chăm sóc, dạy dỗ trẻ em bị rối nhiễu tâm lý.

## Abstract

Nowadays, mental disorder of children is a problem which the whole society is specially concerning in. The paper is the findings from survey, observing and talking with 420 children in Tra Vinh City and three other districts in Tra Vinh Province, which classifies 11 psychological disorders. Among these disorders, enuresis, eating and digestion disorder, and attention-deficit hyperactivity disorder (adhd) often occur in children. Especially, the result also provided useful information for parrents and educators in taking care of and educating these mental disorder children.

## 1. Đặt vấn đề

Thuật ngữ “rối nhiễu tâm lý” được dịch từ tiếng Anh (mental disorder), tiếng Pháp (trouble mentaux). Tình trạng rối nhiễu tâm lý, nhân cách và hành vi là khá phổ biến trong một bộ phận không nhỏ của lứa tuổi học đường. Đa số rối nhiễu tâm lý ở trẻ ít khi thuộc những cơ cấu bệnh lý nặng mà thường biểu hiện những tâm trạng, những phản ứng với những hoàn cảnh nhất định. Đôi khi những phản ứng ấy làm cho cuộc sống gia đình gặp khó khăn, cho nên tâm được nhanh chóng làm giảm nhẹ các triệu chứng lo hãi, cuồng điên, mất ngủ, nhức đầu,... tạo điều kiện cho các dấu hiệu bệnh lý mất dần đi trong quá trình phát triển tâm, sinh lý ở trẻ.

## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Để thực hiện đề tài, chúng tôi nghiên cứu 420 trẻ ở thành phố Trà Vinh và các huyện: Châu Thành, Càng Long, Duyên Hải. Trong đó, tập trung chủ yếu ở các trường mầm non và tiểu học.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Chúng tôi sử dụng các phương pháp lâm sàng trong chẩn đoán: quan sát và bằng trực giác rút ra nhận xét; khám bằng các kỹ thuật cho trẻ em vẽ tự do rồi chẩn đoán qua hình vẽ; hỏi chuyện trong khi trẻ vui chơi và học ở trường mầm non và tiểu học, điều tra thông qua phụ huynh và cô giáo mầm non; sử dụng test Raven hình ảnh, test Denver nhằm đánh giá mức độ rối nhiễu tâm lý ở trẻ.

Xếp loại bệnh theo bảng phân loại các rối nhiễu tâm lý của trẻ em và thanh thiếu niên Pháp (theo DSM – IV 1995). Tổng hợp và xử lý số liệu theo phương pháp thống kê toán học.

### 2.3. Mục đích nghiên cứu

Mục đích nghiên cứu là tìm hiểu và phân loại các rối nhiễu tâm lý thường gặp ở trẻ để phục vụ công tác giảng dạy và có dữ liệu cung cấp cho sinh viên ngành Mầm non trong công tác chăm sóc và giáo dục trẻ em.

\* Khoa Sư phạm - Trường Đại học Trà Vinh



3. Nội dung

3.1. Vài nét lịch sử phân loại các rối nhiễu tâm bệnh

Từ năm 1960 đến nay, Tổ chức Y tế Thế giới đã quan tâm cải tiến việc chẩn đoán và phân loại các rối nhiễu tâm bệnh. Năm 1992, bảng phân loại bệnh quốc tế 10 (PLBQT-10) chính thức được xuất bản. Đây là kết quả nghiên cứu nhiều năm của 915 nhà Tâm bệnh học có trình độ chuyên môn cao ở 52 quốc gia. Bảng phân loại bệnh này mang tính quốc tế vì phản ánh được hầu hết các trường phái và truyền thống chủ yếu về Tâm bệnh học trên thế giới. Quan điểm của một số tác giả: Robert S. Feldman (2003); Paul Bennett (2003); James E. Maddux và Barbara A. Winstead (2008). Các tác giả này đều cho rằng một kinh nghiệm hay một hành vi, ứng xử của cá nhân được xem là rối nhiễu phải đáp ứng các tiêu chí sau: lệch chuẩn về mặt thống kê (deviance), rối loạn chức năng (dysfunctional), rối loạn stress (distress), sai lệch các nguyên tắc xã hội, làm suy giảm hoạt động nghề nghiệp, đời sống gia đình và xã hội, đặt cá nhân vào tình huống nguy hiểm. Năm 1996, Trung tâm Nghiên cứu Tâm lý trẻ em của bác sĩ Nguyễn Khắc Viện (N-T) đã sử dụng bảng phân loại tâm bệnh của Pháp để phân loại trong nghiên cứu các rối nhiễu tâm lý ở Việt Nam.

3.2. Kết quả nghiên cứu

Kết quả Bảng 1 cho thấy, trong số 420 trẻ trên địa bàn thành phố Trà Vinh số trẻ bị rối nhiễu tâm lý chiếm 32,61 %. Châu Thành chiếm 22,61 %. Càng Long chiếm 22,14 % và Duyên Hải chiếm 20,00 %. Có 11 trẻ bình thường không bị rối nhiễu chiếm 2,61 %.

Bảng 1: Số trẻ khảo sát trên các địa bàn

STT	Địa bàn	Tổng số trẻ	Phần trăm %
1	Thành phố Trà Vinh	137	32,61 %
2	Châu Thành	95	22,61 %
3	Càng Long	93	22,14 %
4	Duyên Hải	84	20,00 %

\* Về phân loại các chứng rối nhiễu tâm lý trên cơ sở sử dụng các phương pháp trò chuyện quan sát với trẻ và phụ huynh, chẩn đoán bằng test Raven, Denver, tập hợp tư liệu từ phòng mạch của Bác sĩ Phạm Minh Thanh về các biểu hiện rối nhiễu. Kết quả phân loại được 11 rối nhiễu tâm lý:

Bảng 2: Phân loại chứng rối nhiễu

STT	Các loại rối nhiễu	Số trẻ	%	Ghi chú
1	Cơn giận dữ khốc liệt	45	10,71 %	
2	Rối loạn về giấc ngủ	39	9,28 %	
3	Rối loạn về ăn uống và tiêu hóa	55	13,09 %	
4	Trẻ tăng động, giảm chú ý (trẻ hiếu động)	51	12,14 %	
5	Rối loạn về ngôn ngữ	22	5,23 %	
6	Tíc-Rối loạn vận động	20	4,76 %	
7	Rối loạn về cảm xúc	36	8,57 %	
8	Lo hãi	33	7,85 %	
9	Ám ảnh	28	6,66 %	
10	Chứng đái dầm	69	16,42 %	
11	Các biểu hiện Hysteri ở trẻ	11	2,61 %	



- Qua bảng số liệu cho thấy cơn giận dữ khóc thét chiếm 10,71 %, xảy ra ở những trẻ khi có triệu chứng stress, trẻ phản ứng lại bằng cách đấu tranh, tấn công, có những ứng xử hung tính hoặc ứng xử trầm nhược như: gào thét sau khi ngủ dậy, khi ăn, khi đến lớp hoặc khi mẹ vắng nhà.

Những kích động mang tính hung bạo như: đánh, cắn xé bạn, đập phá đồ chơi, la hét, dậm chân, làm cho trẻ đỏ mặt hoặc tái mặt, toát mồ hôi. Sau một thời gian các biểu hiện hung tính mất đi đột ngột, trẻ mệt lả và chuyển sang giai đoạn co mình lại, mút tay, nghỉ ngơi.

Các hiện tượng trên thường gặp ở trẻ ba đến bốn tuổi, có hệ vận động không ổn định. Trẻ chưa làm chủ tốt ngôn ngữ, thể hiện sự phản ứng với người lớn, chống lại những cấm đoán của người lớn như không muốn đến trường hoặc yêu cầu một điều gì đó. Có khi xảy ra những cơn cứng đờ, co giật hoặc ngất xỉu. Như vậy, rối nhiễu này cần được các bậc cha mẹ chú tâm để tạo cho trẻ có cảm giác an toàn.

- Rối loạn về giấc ngủ: chiếm 9,28 % thường gặp ở những tháng tuổi đầu tiên hay có thể ở từ một đến hai tuổi hoặc muộn hơn. Trẻ có thể có những biểu hiện sớm như không quan tâm đến người khác, không nhìn, không mỉm cười khi có người hỏi đến hoặc không chú ý đến các đồ vật xung quanh.

Trẻ có thể mất ngủ hàng giờ, kêu khóc, gào thét, các động tác vận động lặp đi, lặp lại. Trẻ có thể khó ngủ ngay khi đến giờ ngủ hay trong khi ngủ, trẻ thức dậy, không ngủ tiếp hoặc trong khi ngủ có những giấc mơ, có những cơn sợ hãi, gây xúc động mạnh. Ngoài ra, một số trẻ có thể bị miên hành (mộng du), thức dậy và đi trong đêm tối hoặc hành động một cách vô thức. Rối loạn giấc ngủ gồm có hai dạng sau:

+ Chứng kinh hãi ban đêm: là những cơn kinh hãi xảy ra trong giấc ngủ với các đặc tính như: đang ngủ bỗng nhiên kêu thét lên, hoảng sợ, lo âu, tăng vận động, tăng hoạt động của hệ thần kinh thực vật (mạch đập nhanh, thở gấp, đồng tử giãn, vã mồ hôi) các cơn kinh hãi tái diễn, điển hình kéo dài một đến mười phút, xảy ra trong khoảng một phần ba đầu giấc ngủ đêm.

+ Cơn ác mộng: là những cảm nhận giấc mơ đầy lo âu và sợ hãi. Sau cơn ác mộng có thể nhớ lại rất chi tiết nội dung giấc mơ. Cơn ác mộng có những đặc tính như: trẻ bệnh thức dậy trong giấc mơ sau cơn ác mộng, kể lại chi tiết, đầy đủ giấc mơ đe dọa đến tính mạng, đến sự an toàn, đến giá trị của bản thân. Cơn ác mộng thường xuất hiện vào nửa sau của giấc ngủ đêm.

- Rối loạn về ăn uống và tiêu hóa: có 55 trẻ chiếm 13,09 %, biểu hiện là chứng biếng ăn và ăn không no, nôn trớ hoặc không ăn một số món ăn sẽ sinh ra những trẻ quá gầy yếu, béo phì.

+ Chứng biếng ăn: gặp ở nhiều trẻ trong những năm đầu, do sự chia li mẹ, con, sau đó trẻ trở nên quá nũng nịu, đồng đánh, hay tỏ thái độ dọa dẫm. Ở tuổi thiếu niên hiện tượng này thường gặp ở bé gái. Biếng ăn làm cho trẻ mệt mỏi, gầy yếu hoặc có những hoạt động bù trừ, gây ra sự lo hãi cho gia đình và cho trẻ.

+ Chứng háu ăn: trẻ ăn nhiều, ăn vô độ, lúc nào cũng thấy đói, sợ thiếu ăn, mất nghị lực, sao nhãng việc luyện tập thể lực dẫn đến béo phì. Có thể gặp hiện tượng này ở một số gia đình có sự quan tâm quá mức với trẻ.

+ Chứng ăn bậy: thường gặp ở trẻ nhỏ từ 12 tháng, bốn đến năm tuổi. Nguyên nhân của chứng ăn bậy thường do trẻ thiếu thốn tình cảm của người mẹ hoặc những người chăm sóc trẻ.

Do rối loạn ăn uống thường dẫn đến tình trạng trẻ chậm lớn, gầy ốm. Người mẹ trở nên buồn chán, đứa con không còn đem lại niềm vui cho cha, mẹ, gây cho gia đình những khó khăn, vất vả, tốn kém. Khi đó, người mẹ cảm thấy bất lực và không muốn quan tâm, chăm sóc con.

- Trẻ tăng động, giảm chú ý (trẻ hiếu động) chiếm tỉ lệ 12,14 %. Số liệu thu được chiếm tỉ lệ khá cao sẽ là vấn đề làm thiếu tập trung trong học tập đối với trẻ.



Tăng động, giảm chú ý bao gồm những trẻ sau:

+ Hoạt động thái quá: trẻ hoạt động suốt ngày, chân, tay luôn cựa quậy, bọ gì sờ nấy, tìm kiếm sự kích thích.

+ Trẻ có rối loạn về chú ý và khả năng tập trung chú ý: là những trẻ rất khó chơi một trò chơi lâu, không thể chơi những trò chơi cần đến sự kiên nhẫn như: trò chơi xây dựng, xếp hình. Trẻ luôn tìm kiếm những kích thích mới lạ, rất thích trò chơi điện tử, xem phim hoạt hình, quảng cáo trên ti vi. Vì vậy, học tập đối với trẻ này là rất khó khăn và ít có kết quả, không thích nghi được với xã hội.

Hiếu động thường gặp ở trẻ ba đến sáu tuổi (tuổi mẫu giáo), bé trai gặp nhiều hơn bé gái. Kèm theo hiện tượng này là các rối loạn về ngôn ngữ, nhận thức, giấc ngủ hay hung tính. Trẻ thường tìm những khoái cảm như: mút tay, nghịch bẩn, đòi những thứ cha, mẹ cấm kị.

- Rối loạn về ngôn ngữ chiếm 5,23 %. Nếu không trị liệu kịp thời sẽ dẫn đến việc chậm khôn và gây khó khăn trong nhận thức đối với trẻ.

Ngôn ngữ là đặc trưng của con người, nó đem lại tính ưu việt cho loài người. Ngoài chức năng giao tiếp, ngôn ngữ còn có chức năng kí hiệu, thể hiện truyền đạt qua không gian và qua thời gian. Trong giao tiếp, ngôn ngữ nói là quan trọng hơn cả.

Vốn từ tăng chậm cho đến khoảng 14 đến 16 tháng, trẻ có khoảng 10 từ. Nhưng sau đó tăng đột ngột gấp bốn đến năm lần, đến bốn tuổi trẻ có khoảng 2000 từ, 6 tuổi trẻ có khoảng 6000 từ (người lớn có khoảng 20.000 từ), sự tiến bộ về ngôn ngữ đòi hỏi sự thành thục của quan hệ thần kinh và bộ máy phát âm. Do đó, người mẹ và cô giáo chăm sóc trẻ ở các trường mầm non đóng vai trò rất quan trọng với việc phát triển ngôn ngữ của trẻ trong giai đoạn này.

Những rối loạn ngôn ngữ thường gặp:

+ Trẻ chậm hiểu: những trẻ không hiểu cấu trúc ngữ pháp và rối loạn tác phong xã hội như: hiếu động, lạc lõng với các bạn cùng tuổi, nhạy cảm, nhút nhát, lo âu.

+ Trẻ không nói: với trẻ dưới 3 tuổi là bình thường, trên 3 tuổi là nặng, trẻ không hiểu lời nói thì cũng không nói được. Nhưng nếu trẻ hiểu lời nói mà chậm nói cần cho trẻ đi khám bác sĩ.

+ Trẻ nói kém: trẻ thường nói câu kém, vốn từ nghèo nàn, cách nói ngắn cấu trúc chưa hoàn chỉnh, có các lỗi ngữ pháp, không sử dụng được các cấu trúc ngữ pháp như: giới từ, đại từ, sự giao tiếp không dùng lời. Nguyên nhân gây nên có thể là do cảm xúc, thần kinh.

- Tíc - Rối loạn vận động.

Tíc là từ chỉ sự giật cơ cục bộ, không được kiểm soát, có tính đột ngột, tốc độ nhanh, lặp đi, lặp lại. Tíc là một rối loạn hành vi vận động thể hiện bằng những cử động bất thường, ngắn và cách quãng, xâm chiếm một cơ hoặc một nhóm cơ như: máy mắt, máy mép, nhãn mặt, lúc lắc đầu, nhún vai hoặc phát ra những tiếng kêu từ mũi, hầu, họng hoặc phát ra tiếng sủa, giật, múa tay, chân, bĩu môi, có thể kết hợp với nói lắp, khó phân biệt được một số vận động như: gãi tai, vuốt, cắn móng tay.

Biểu hiện của Tíc thường gặp ở trẻ em từ năm đến mười hai tuổi, nhất là ở các bé trai. Sự xuất hiện Tíc diễn ra không theo nhịp độ đều đặn, biết trước, không có nguyên cơ và mục đích rõ ràng, không chịu sự kiểm soát của chú ý. Tíc mất đi lúc ngủ và giảm đi lúc nghỉ ngơi, tăng khi mệt mỏi và xúc động. Trẻ có thể tập trung ít phút để làm mất đi lúc nghỉ ngơi, nhưng sau lại tăng lên. Khi khám, thần kinh bình thường hoặc có một số ít rối loạn nhẹ như: không ổn định vận động, rối loạn ngôn ngữ nói hoặc viết (chậm nói, đọc kém, nói lắp), rối loạn giấc ngủ, cảm xúc hoặc rối loạn hành vi, nhưng trí khôn của trẻ vẫn bình thường.

Nguyên nhân dẫn đến Tíc, các nhà Tâm lý học đã xác định được một số nguyên nhân sau: ảnh hưởng của những trạng thái cảm xúc hay tình cảm làm xuất hiện Tíc (chiếm 4.76 % bệnh Tíc). Tíc được xem như là những triệu chứng tiền nhiễu tâm.



Chăm sóc trẻ bị Tic thường xuất hiện ở trẻ từ năm đến mười hai tuổi, có khi kéo dài đến tuổi trung niên, nếu bị nhẹ có thể mất đi sau vài năm trước tuổi trưởng thành. Khi điều trị nên dùng một số tâm dược chữa trị bệnh. Ngoài ra, có thể dùng một số tâm pháp như: thư giãn, luyện tập thể dục, vẽ tranh hoặc những trò chơi vận động.

- Rối loạn về cảm xúc chiếm 8.57%. Nếu không được quan tâm để thỏa mãn nhu cầu cho trẻ sẽ dẫn đến các hậu quả về sau.

Rối loạn về phát triển cảm xúc theo các nhà Tâm lý học, trạng thái bình thường bao gồm cả một dãy ứng xử thay vì một điểm cố định trên dãy đó. Biểu hiện căng thẳng với một người mang nặng mặc cảm, tự ti.

- Lo hãi chiếm tỉ lệ 7,85% cũng như rối nhiễu trên. Đây là vấn đề niềm tin, sẽ liên quan đến tính mạnh dạn của trẻ. Do đó, cha mẹ và giáo viên cần tạo môi trường sống an toàn cho trẻ.

Sợ hãi thường phát sinh từ tuổi thơ ấu, do trẻ có thể bị cha, mẹ, cô giáo trừng phạt vì không tuân thủ các yêu cầu của chuẩn mực xã hội để tự thỏa mãn những nhu cầu của bản thân. Sự sợ hãi của trẻ em có thể dễ dàng phản ánh những sợ hãi của cha, mẹ chúng khi mà cha, mẹ có thể nói ra hay nói ngầm với chúng. Những sợ hãi của trẻ trước khi đi học là: sợ sấm chớp, sợ trừng phạt, sợ đau đớn, sợ phải đến bệnh viện, sợ bác sĩ và chúng sợ cả cha mẹ khi cha, mẹ giận dữ.

Các bậc cha mẹ, nên bình tĩnh trước tâm trạng lo hãi hay hoảng loạn của trẻ. Nếu cha, mẹ bối rối thì đưa trẻ cho rằng thực sự đang có điều gì đó khiến nó lo sợ, thái độ bình tĩnh sẽ là tấm gương cho trẻ đối phó với những lo hãi bình thường và cả với những lo hãi không tránh được của tuổi đang lớn. Việc trị liệu kết quả tốt trong lúc này là biết lắng nghe, tìm hiểu và bản thân giữ được bình tĩnh.

- Ám ảnh

Những mong muốn bị dồn nén và những mặc cảm tội lỗi thường dẫn đến một kiểu ứng xử khác gọi là phản ứng ám ảnh. Ám ảnh là một ý nghĩ vô lý tồn tại dai dẳng đến độ biến thành ý thức một cách không thích đáng, không thể xua đuổi được.

Trong nhiều tâm, ám ảnh thực sự dai dẳng hơn gây xáo trộn tới mức làm trở ngại cho hiệu năng thích nghi của cá nhân và nhân cách. Thường sự ám ảnh này tập trung vào những ý nghĩ bệnh hoạn, chết chóc, tự sát. Chủ nhân biết là phi lý nhưng không cưỡng lại được, gây cảm giác dằn vặt, đau khổ từ trong thâm tâm chiếm tỉ lệ 6.66%. Ám ảnh bởi những yếu tố vệ sinh, bẩn, vi trùng hay đạo đức, tôn giáo.

Theo phân tâm học, đây là cơ chế tự vệ, nếu nhẹ thì thuộc về tính nết, ở trẻ em đến tuổi thành niên mới gọi là bệnh lý, thường ở trạng thái trầm cảm.

+ Ám ảnh sợ bóng tối, sợ ngỗng bỏ lúc hai tuổi.

+ Ám ảnh sợ súc vật lúc ba tuổi, ám ảnh sợ động vật lúc nhỏ bốn đến năm tuổi.

Ám ảnh là bệnh đáng lo ngại về tần số, cường độ, tính chất gây nguy hiểm tới tâm lý con người.

Biểu hiện ở ba hội chứng:

+ Hội chứng không ổn định về chất: sự lo hãi được cảm nhận bởi những triệu chứng khó chịu chung: hơi thở ngắn (thở vướng trong họng), rối loạn chức năng (đánh trống ngực, mạch thái dương đập mạnh, mắt mờ, chân yếu, nôn mửa, tiêu phân lỏng).

+ Hội chứng không ổn định, khó tập trung chú ý: có một số trẻ em bị mắc các nỗi lo lắng, các ám ảnh, các nghi thức đến mức không còn chú ý nhiều đến các hoạt động khác, nhất là việc học tập. Đôi khi được biểu hiện bằng một tình trạng căng thẳng chung, cái gì cũng tham dự vào.

+ Hội chứng suy nhược - trầm cảm: các rối loạn thuộc ức chế suy nhược, trầm cảm thường đem lại cho trẻ nhiều tâm là trở thành một đứa trẻ ngoan ngoãn, biết điều nhưng thường nhút nhát, ngượng



ngùng, khó chịu trong lúc tiếp xúc với người khác, trẻ cảm thấy rất khác với bạn bè và thường bắt chuyện với những trẻ lớn tuổi hay người lớn. Những lo lắng và than phiền của trẻ thường hợp với nhau hơn, mọi hoạt động của trẻ bị kìm hãm và thiếu tự tin ở bản thân, sợ hãi bị thất bại, quan trọng ở tuổi thiếu niên, nhất là ở trẻ bị căng thẳng về học tập.

- Chứng đái dầm chiếm 16.42 % số trẻ được khảo sát. Số liệu cho thấy vấn đề rất cần được quan tâm từ gia đình và các cô giáo mầm non.

Người mắc chứng đái dầm là người tiểu tiện một cách vô thức, thường xảy ra trong khi ngủ (có thể xảy ra vào ban đêm hay ban ngày).

Theo định nghĩa của Kreisler: “Đái dầm là sự tiểu tiện không được kiểm soát tồn tại từ trước hoặc tái xuất hiện sau tuổi đã thành thục về chức năng, thường xảy ra lúc ngủ, ít nhiều đã thành thói quen, xảy ra bất ngờ, nhưng bình thường về sự phát triển sinh lý”. [7; 37]

+ Theo Từ điển Tâm lý: “Trước ba đến bốn tuổi, đái dầm là một hiện tượng bình thường, trẻ em chưa làm chủ được cơ vành khuyên ở ống đái. Lớn hơn còn đái dầm, nhất là ban ngày, là có “vấn đề”. [9; 94]

Nguyên nhân việc bài tiết nước tiểu là do hoạt động của cơ bắp, dưới sự kiểm soát của hệ thần kinh trung ương. Sự thuần thục thần kinh là cơ sở cho sự bài tiết nước tiểu, ở trẻ em ba đến bốn tuổi mới đạt được việc tiểu tiện theo ý muốn. Vậy, ở trẻ em dưới ba tuổi, đôi khi đái dầm một vài lần thì vẫn chưa được coi là bệnh lý. Khi trẻ trên ba tuổi vẫn đái dầm, không có khi nào sạch, nghĩa là chưa bao giờ được kiểm soát của cơ thể, đó gọi là đái dầm tiên phát. Các nguyên nhân duy trì chứng đái dầm như: xung đột ở gia đình, sợ hãi đến trường, sợ cô giáo,...

Điều trị đái dầm có một số biện pháp điều trị chung rất công hiệu và có tác dụng:

+ Cải thiện các điều kiện vật chất đang duy trì sự thoái lui và thuyết phục các bà mẹ cho trẻ vứt bỏ các khố đeo, các tã cuộn và cách chăm sóc cơ thể lùi về các tuổi nhỏ hơn.

+ Tránh những nguyên nhân gây kích thích: mệt mỏi, lo âu và cần tạo cho trẻ có giấc ngủ đầy đủ, ngủ sâu, tránh những bị kích ở trường (cô phê bình hay kỷ luật trẻ) hoặc nên có những hoạt động thể dục, thể thao để trẻ tham gia.

+ Chú ý đến chế độ ăn uống, nhất là lượng nước uống vào buổi chiều, nên để trẻ tự nguyện, hạn chế lượng nước vào buổi chiều, trước khi ngủ, cha, mẹ không nên áp đặt cho trẻ.

+ Đánh thức trẻ ban đêm và luyện tập cho trẻ đi tiểu, cần làm cho gia đình trẻ hiểu rõ mục đích của việc làm đánh thức vào lúc trước khi trẻ đái dầm, giúp trẻ lùi lại cho đến khi trùng với giờ dậy buổi sáng.

+ Ban ngày cho trẻ đi tiểu đều đặn trước bàn quang đầy nước, không bắt trẻ nhịn tiểu.

- Các biểu hiện hysteri trẻ chiếm 2.61 %, con số không đáng lo ngại so với các rối nhiễu khác.

Hysteri là một chứng bệnh có đặc điểm biểu hiện ra bên ngoài bằng rất nhiều triệu chứng khác nhau, giống đủ loại bệnh, nhưng không thể tìm ra tổn thương thực thể. Có thể hiểu hysteri là những biểu hiện giống đủ loại bệnh nhưng không giống một bệnh nào.

Các cơn hysteri:

+ Thể co giật đơn thuần: là thể hay gặp nhất. Thể co giật đơn thuần thường xuất hiện sau một cảm giác khó chịu báo trước, có người làm chứng, nằm quy xuống một cách từ từ. Người bệnh hiếm khi xảy ra mất ý thức hoàn toàn. Tiếp đó là những tiếng kêu la, co giật. Sau vài phút bệnh nhân tỉnh lại, có thể than vãn điều gì đó, hoặc đôi khi khóc nhưng không bao giờ có trạng thái u ám kéo dài.

+ Cơn giả ngất: là trường hợp mất ý thức ngắn xuất hiện trước những người chứng kiến. Song cơn giả ngất không có những dấu hiệu tim mạch, giống như trường hợp có cơn ngất thực sự.



Chứng hysteri chuyển hóa:

+ Rối loạn vận động: có những biểu hiện như: liệt mềm, hay co cứng (liệt nửa người, liệt hai chân, liệt một chi), rối loạn tư thế, có những vận động bất thường (run tay, vận động múa giạt, có diện mạo hài hước) có những rối loạn về thăng bằng và dáng đi (đi khập khiễng, co cứng).

+ Rối loạn cảm giác và các giác quan: thường biểu hiện như giảm thính lực, thị lực, mặc dù thính lực và thị lực không có dấu hiệu về bệnh, chứng tê hoàn toàn hay gặp ở người lớn, chứng cảm là rối loạn chức năng nặng nhất trong hysteri ở trẻ em.

+ Rối loạn nội tạng: có rất nhiều rối loạn nội tạng, khó đánh giá như rối loạn hô hấp (nghẹt thở, cơn giả suyễn), tiết niệu (đau bàng quang, bí đái, đái nhiều) tiêu hóa (đau bụng, khó nuốt, buồn nôn).

Điều trị hysteri chủ yếu bằng các liệu pháp tâm lý. Phải làm cho gia đình hiểu được tính chất, nguyên nhân gây bệnh, nhằm tạo điều kiện sống thuận lợi cho người bệnh và loại trừ những yếu tố không thuận lợi.

Thăm khám nhằm phát hiện nhiều tâm ở trẻ em, cần lưu ý đến trẻ em là một cá thể đang hình thành các cơ cấu tâm lý, đang phát triển mọi mặt, chưa hoàn thiện về nhân cách. Vì vậy, những triệu chứng nhiều tâm mang tính chất nhất thời, đa dạng. Trong quá trình phát triển tâm lý, trẻ có những biểu hiện nhiều tâm nhẹ, có thể xem là bình thường, vào những lứa tuổi nhất định, như ám sợ bóng tối, sợ súc vật. Tuy nhiên, cũng có một số biểu hiện nhiều tâm vừa và nặng có ảnh hưởng lâu dài sau khi con người trưởng thành.

#### 4. Kết luận.

Nhóm rối nhiễu thường gặp nhất là chứng đái dầm 16.87 %, tiếp đến rối loạn về ăn uống và tiêu hóa 13.44 %, tăng động giảm chú ý 12.46 % cuối cùng là biểu hiện hysteri chiếm 2.68 %. Để khắc phục 11 hiện tượng rối nhiễu tâm lý trên, các gia đình phải là chỗ dựa thực sự vững chắc trong đời sống tinh thần của trẻ. Các bậc phụ huynh cần giúp các em hình thành bản lĩnh và ổn định nhân cách ngay từ khi tuổi mới lớn để khi gặp vướng mắc, khó khăn, trong điều kiện nhất định, các em có thể tự ứng phó. Cha mẹ cần tránh áp đặt thái quá những suy nghĩ của mình mà cần khuyến khích, động viên, khích lệ khả năng độc lập, sáng tạo tích cực trong tư duy, suy nghĩ của trẻ. Đặc biệt cần tránh những lời lẽ, hành vi xúc phạm đến nhân cách của các em, bởi đây là lứa tuổi rất dễ bị tổn thương. Trái lại, mỗi ngày, các bậc cha mẹ cần tranh thủ tối đa những khoảng thời gian thích hợp để trao đổi, gần gũi, tâm sự với con cái nhằm nắm bắt tâm tư nguyện vọng của trẻ, từ đó có những uốn nắn, điều chỉnh phù hợp.

#### Tài liệu tham khảo

- Lê Thị Bình. 1998. *Tâm lý học ứng xử*. NXB Giáo dục.
- Phạm Văn Đoàn. 1993. *Trẻ chậm khôn*. NXB Giáo dục.
- Nguyễn Công Khanh. 2000. *Tâm lý trị liệu*. NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.
- Nguyễn Thị Nhất. 1990. *Tuổi mầm non tâm lý giáo dục*. TP Hồ Chí Minh.
- National Institute of Mental Health. 2008. *The numbers count: Mental disorders in America*.
- Paule Aimard. 1995. Phạm Đoàn dịch. *Tâm lý bệnh trẻ em. tập 1, 2*. NXB Thế giới.
- Lại Kim Thúy. 2001. *Tâm bệnh học*. NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.
- Trung tâm N-T. 1992. *Tâm lý bệnh trẻ em*. NXB Y học.
- Nguyễn Khắc Viện. 2001. *Từ điển tâm lý*. Hà Nội. NXB Văn hóa Thông tin.