

## THỰC TRẠNG CÔNG TÁC THAM VẤN TÂM LÝ CHO TRẺ BỊ LẠM DỤNG TÌNH DỤC TẠI MỘT SỐ TỈNH/THÀNH PHỐ Ở VIỆT NAM

Huỳnh Văn Sơn,  
Giang Thiên Vũ<sup>+</sup>,  
Lê Duy Hùng,  
Nguyễn Chung Hải

Trường Đại học Sư phạm Thành phố Hồ Chí Minh  
+ Tác giả liên hệ • Email: vugt@phd.hcmue.edu.vn

### Article history

Received: 10/4/2022

Accepted: 17/5/2022

Published: 05/7/2022

### Keywords

Childhood sexual-abuse,  
counseling, psychological  
trauma, sexual abuse

### ABSTRACT

Currently in Vietnam, studies focusing on psychological support for sexual-abused children are limited. This study was conducted to investigate the current situation of counseling service for sexual-abused children in some provinces. With a questionnaire combined with interviews with a group of 15 counselors who were experienced and qualified in counseling and psychotherapy for sexual-abused children, the researchers explored the reality of this service in Vietnam. The results focus on four main issues: (1) The counseling process for sexual-abused children was inconsistent with multiple conflicting opinions; (2) There were 3 signs that identify a child being sexual-abused by the counselor's observations: fear and vigilance, difficulty sleeping and fear of darkness, desire for privacy or isolation; (3) The counselors were fully and scientifically aware of the psychological trauma of sexual-abused children from theory to practice; (4) The use of psychological assessment tools for sexual-abused children was limited and mainly through clinical observation. These findings are an important practical basis to develop the field of counseling for sexual-abused children in Vietnam in a humane and scientific manner.

### 1. Mở đầu

Hiện nay, thuật ngữ “xâm hại tình dục” (XHTD) được sử dụng nhiều hơn trong các bài báo cáo và tạp chí so với thuật ngữ “lạm dụng tình dục” (LDTD). Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có một công trình nghiên cứu hệ thống nào về XHTD và LDTD trẻ em, cũng chưa có một định nghĩa chính thức nào của cơ quan thẩm quyền về hai khái niệm trên. Pháp luật Việt Nam chưa có sự phân định rõ về hai hành vi trên trong khung pháp luật mà đa phần chỉ nhắc đến điều luật về XHTD trẻ em. Nhưng trong Công ước về quyền trẻ em của Liên hiệp quốc (1989) mà Việt Nam đã phê chuẩn vào năm 1990 có điều khoản “Các quốc gia thành viên cam kết bảo vệ trẻ em chống mọi hình thức bóc lột tình dục và LDTD” (Điều 34). Như vậy, mặc dù trong pháp luật Việt Nam không có cụm từ LDTD nhưng trong Công ước về quyền trẻ em mà Việt Nam phê chuẩn cụm từ “*sexual abuse*” được dịch là LDTD. Theo WHO, LDTD trẻ em là “*sự tham gia của đứa trẻ vào hoạt động tình dục mà trẻ không có ý thức đầy đủ, không có khả năng đưa ra sự chấp thuận tham gia, hoặc hoạt động tình dục mà đứa trẻ đó chưa đủ phát triển cả về mặt tâm sinh lý để tham gia và không thể chấp thuận tham gia, hoặc hoạt động tình dục trái với các quy định của pháp luật hoặc thuần phong mỹ tục của xã hội*” (Johnson, 2004). Có thể nhận thấy sự tương đồng nhất định của LDTD và XHTD. Đa số các tác giả nghiên cứu về vấn nạn này ở Việt Nam đều đồng nhất các thuật ngữ XHTD trẻ em, loạn luân, hiếp dâm, cưỡng bức, giao cấu với trẻ em, dâm ô với trẻ em, mại dâm trẻ em... đều là những hình thức khác nhau của LDTD (Nguyen et al., 2016). Do đó, trong nghiên cứu này, chúng tôi tiếp cận thuật ngữ LDTD ở nghĩa rộng, bao hàm cả XHTD và các hành vi cưỡng ép trẻ tham gia vào hoạt động tình dục khác.

Hậu quả của việc trẻ bị LDTD không chỉ ở thể chất, sức khỏe sinh sản, bệnh lây truyền qua đường tình dục, khả năng học tập, mà còn để lại tổn thương tâm lý (TTTL) ảnh hưởng đến đời sống tinh thần sau này. Với nhiều trẻ, TTTL do bị LDTD có thể khiến các em trở nên lệch lạc về cả mặt tính dục và tình dục; thậm chí làm biến dạng suy nghĩ và quan điểm sống. Trong số đó, có em trở nên trầm cảm, oán hận bản thân đến mức chọn phương án tự sát (Murray et al., 2014). Trước bối cảnh này, công tác tham vấn tâm lý (TVTL) cho trẻ bị LDTD có vai trò rất quan trọng trong việc xoa dịu những TTTL ấy. Đối với bản thân trẻ, việc TVTL giúp các em giải tỏa cảm xúc tiêu cực, củng cố lòng tự trọng, nhận ra được vấn đề của bản thân và tạo động lực chấp nhận sự thật, vượt qua nỗi đau và hướng đến sự cân bằng tâm lý. Tuy nhiên, Việt Nam hiện có rất ít công trình nghiên cứu các biện pháp hỗ trợ tâm lý, TVTL cho trẻ bị LDTD trong khi nhu cầu hỗ trợ tâm lý cho trẻ rất lớn, tình trạng LDTD trẻ em lại tăng cao.

Ở Việt Nam, có thể đề cập đến một số nghiên cứu về công tác hỗ trợ, TVTL cho trẻ bị LDTD như: nhóm tác giả Nguyen et al. (2016) đã áp dụng liệu pháp chơi không hướng dẫn (non-directive play therapy) khi tiếp cận, thiết lập mối quan hệ và nâng đỡ cảm xúc cho trẻ bị LDTD. Hiệu quả của biện pháp này được đánh giá là khả thi và khá phù hợp với những đặc điểm tâm lý bị tổn thương của trẻ bị LDTD, từ đó mang đến những kết quả tích cực, mở ra một hướng tiếp cận mới của liệu pháp này trong môi trường văn hóa - xã hội - giáo dục Việt Nam. Tác giả Nguyen (2019) đã thực nghiệm liệu pháp chơi không hướng dẫn để giảm thiểu mức độ TTTL của nhóm trẻ có biểu hiện tổn thương do sống trong gia đình không toàn vẹn, trong đó có những trẻ bị LDTD bởi chính người thân, hoặc trong chính gia đình không toàn vẹn của mình. Kết quả của nghiên cứu này đã minh chứng cho sự hiệu quả của liệu pháp chơi trong chữa lành, giảm thiểu các rối nhiễu tâm lý cho trẻ em Việt Nam. Tác giả Nguyen (2020) nghiên cứu và phác thảo chân dung tâm lý của một số trường hợp HS đồng tính bị bắt nạt ở trường cũng phát hiện trường hợp TTTL do bị LDTD và tiến hành nâng đỡ, TVTL cho những HS này. Tác giả Huan (2021) thực hiện khảo sát về TTTL của trẻ bị LDTD sống ở ngoại thành TP. Hồ Chí Minh và tiến hành tham vấn, hỗ trợ tâm lý bước đầu giúp những trẻ này từng bước hồi phục sau sang chấn. Như vậy, hầu hết các nghiên cứu này đều tập trung ở khía cạnh bước đầu hỗ trợ, TVTL cho trẻ bị LDTD và chưa đào sâu vào quy trình TVTL cũng như phát triển hoạt động chuyên môn trong hỗ trợ tâm lý cho nhóm trẻ này ở Việt Nam. Xuất phát từ quan điểm này, chúng tôi tiến hành khảo sát đánh giá thực trạng công tác TVTL cho trẻ bị LDTD tại một số tỉnh/thành phố ở Việt Nam làm cơ sở đề xuất những biện pháp hỗ trợ tâm lý phù hợp với trẻ.

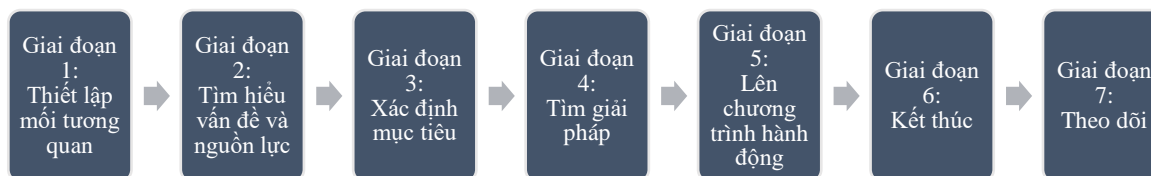
## 2. Kết quả nghiên cứu

### 2.1. Một số biểu hiện tổn thương tâm lý của trẻ bị lạm dụng tình dục

Biểu hiện của TTTL ở trẻ bị LDTD có liên quan đến mức độ cao hơn của trầm cảm, cảm giác tội lỗi, xấu hổ, tự trách bản thân, rối loạn ăn uống, lo âu, lo lắng, rối loạn phân li, kìm nén, từ chối, các vấn đề tình dục và các vấn đề về mối quan hệ. Trầm cảm được coi là triệu chứng lâu dài phổ biến nhất ở trẻ bị LDTD (Maniglio, 2010). Căng thẳng và lo lắng thường là ảnh hưởng lâu dài của việc LDTD ở trẻ em (Maniglio, 2013). Một số trẻ khác thường cảm thấy tội lỗi, xấu hổ và tự trách bản thân vì đã cho phép sự kiện ấy xảy ra (Ullman et al., 2007). Một số trẻ cũng có thể đã tách ra (sử dụng cơ chế phân li) để bảo vệ mình khỏi hành vi LDTD hoặc phản kí ức về sự kiện bị LDTD (Amir & Lev-Wiese, 2007). Các vấn đề về cơ thể và rối loạn ăn uống cũng được coi là hậu quả lâu dài của việc LDTD ở trẻ em (Paras et al., 2009). Nhiều trẻ sau khi bị LDTD có thể gặp khó khăn trong việc thiết lập mối quan hệ giữa các cá nhân (Ullman, 2002). Điều quan trọng là, mặc dù các nghiên cứu đã chỉ ra có mối quan hệ đáng kể giữa các biến ảnh hưởng lâu dài và TTTL ở trẻ bị LDTD, nhưng phản ứng, biểu hiện và trải nghiệm về TTTL của mỗi nạn nhân sẽ không giống nhau. Tổng hợp từ các nghiên cứu về biểu hiện TTTL ở trẻ bị LDTD, nạn nhân có thể biểu hiện một loạt các biểu hiện: Các triệu chứng trầm cảm, lo âu; Lòng tự trọng thấp; Tăng con ác mộng và/hoặc khó ngủ khác; Hành vi trốn tránh; Con giận dữ; Sự lo lắng/ sợ hãi; Phiền muộn; Không muốn bị bỏ lại một mình với (những) cá nhân cụ thể; Kiến thức tình dục, ngôn ngữ và / hoặc hành vi không phù hợp với lứa tuổi của trẻ; Các triệu chứng liên quan đến rối loạn căng thẳng sau sang chấn như tái trải nghiệm, né tránh, tăng nhạy cảm, nhận thức và tâm trạng tiêu cực; Mất năng lực xã hội; Suy giảm nhận thức; Mối quan tâm về hình ảnh cơ thể; Lạm dụng chất kích thích. Mặc dù LDTD thường được nhìn nhận là một trải nghiệm đau thương, nhưng không có triệu chứng duy nhất ở các trẻ bị LDTD và khi TVTL cho những trẻ này là phải tập trung vào nhu cầu của trẻ.

### 2.2. Tham vấn tâm lý cho trẻ bị lạm dụng tình dục

Theo Hiệp hội Tham vấn tâm lý Hoa Kỳ, TVTL là việc áp dụng các nguyên tắc về sức khỏe tâm thần, tâm lý hoặc phát triển con người, thông qua các can thiệp về nhận thức, tình cảm, hành vi hoặc hệ thống, các chiến lược giải quyết vấn đề sức khỏe, sự phát triển cá nhân hoặc phát triển nghề nghiệp, cũng như bệnh lý (Brown & Lent, 2008). Trong nghiên cứu này, chúng tôi quan niệm rằng, TVTL là quá trình tương tác giữa nhà tham vấn (NTV) và thân chủ (TC). Trong đó, NTV phải có chuyên môn, kỹ năng, đáp ứng những phẩm chất cần thiết để hỗ trợ giúp đỡ TC chấp nhận thực tế, tìm thấy tiềm năng của bản thân và giải quyết vấn đề của chính mình. Một cách phổ biến nhất, có thể đề cập đến quy trình TVTL 7 giai đoạn của Moodley và cộng sự (2013):



Sơ đồ 1. Quy trình tham vấn tâm lý cá nhân

TVTL cho trẻ bị LDTD là một tiến trình mà trong đó NTV sử dụng các kiến thức chuyên môn, kỹ thuật và phương pháp thích hợp với lứa tuổi, tình trạng vấn đề của trẻ mà có những chiến lược can thiệp nhằm giúp trẻ vượt qua được khó khăn của bản thân, đặc biệt là giải tỏa và vượt qua được những trải nghiệm sang chấn, TTTL tạo ra bởi sự kiện bị LDTD. Mục tiêu ban đầu của TVTL cho trẻ bị LDTD là để bảo vệ các em khỏi môi trường và người LDTD. Điều này có thể được thực hiện bằng cách tăng cường chức năng của cha mẹ (nếu có thể) hoặc bằng cách tạm thời cho trẻ rời khỏi nhà đến một nơi an toàn. Khi những trẻ này được ở trong một môi trường an toàn, NTV cần phải cố gắng hết sức để thay đổi tình trạng suy giảm nhận thức và trải nghiệm cảm xúc đau buồn của trẻ. Về cơ bản, quy trình TVTL cho trẻ bị LDTD cũng tuân theo 7 giai đoạn theo một tiến trình tham vấn thông thường, với các mục tiêu và giải pháp cụ thể tập trung vào việc nâng đỡ, giải tỏa, cân bằng cảm xúc và vượt qua TTTL do bị LDTD. Quy trình TVTL cho trẻ bị LDTD, cũng là quy trình tham vấn mà chúng tôi áp dụng trong nghiên cứu này. Từ khung lý thuyết trên, chúng tôi tiến hành thiết kế nghiên cứu để tìm hiểu về thực trạng công tác TVTL cho trẻ bị LDTD.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

Tiến hành liên hệ khảo sát trên nhóm khách thể là các chuyên gia tâm lý, nhà lâm sàng, nhà trị liệu, NTV, nhà công tác xã hội - sau đây gọi chung là NTV có chuyên môn, được đào tạo trong việc tham vấn, trị liệu tâm lý cũng như có kinh nghiệm hỗ trợ tâm lý cho trẻ bị LDTD hiện đang công tác ở: TP. Hồ Chí Minh, Đồng Nai và Bình Dương. Với yêu cầu này, số lượng NTV đủ điều kiện đáp ứng được các yêu cầu về chuyên môn và đạo đức nghề nghiệp khi tham gia nghiên cứu để cung cấp được dữ liệu thực tế nhất. Thông tin nhân khẩu học của nhóm khách thể được trình bày trong bảng 1:

Bảng 1. Thông tin nhân khẩu học của khách thể nghiên cứu

Thông tin		Tần số (n=15)
Giới tính	Nam	5
	Nữ	10
Trình độ chuyên môn	Cử nhân	4
	Thạc sĩ	10
	Tiến sĩ	1
Thâm niên công tác	Dưới 5 năm	8
	5 - 10 năm	5
	10 - 15 năm	1
	Trên 15 năm	1

Chúng tôi sử dụng phương pháp điều tra bằng bảng hỏi để khảo sát thực trạng công tác TVTL cho trẻ bị LDTD. Nội dung bảng hỏi gồm 2 phần: Phần 1: Thông tin nhân khẩu học; Phần 2: Nội dung hỏi, gồm: (1) Biểu hiện nhận biết trẻ bị LDTD; (2) Biểu hiện TTTL của trẻ bị LDTD; (3) Công cụ đánh giá mức độ TTTL của trẻ bị LDTD; (4) Quy trình TVTL cho trẻ bị LDTD. Các câu hỏi (item) có 5 lựa chọn tương ứng với 5 mức độ. Từ 5 mức độ này, chúng tôi áp dụng thang Likert-5 để xử lý và mã hóa số liệu, phục vụ cho việc bình luận dữ liệu khảo sát. Kết quả sẽ được quy ra điểm trung bình (ĐTB) tương ứng. Theo đó, chúng tôi quy đổi số liệu như sau:

Bảng 2. Quy đổi ĐTB bảng hỏi theo thang Likert-5

Mức độ	ĐTB	Mức độ quy đổi
Rất ít/ Hoàn toàn không đúng/ Hoàn toàn không đồng ý	1 - 1.80	Kém
Ít/ Không đúng/ Không đồng ý	1.81 - 2.61	Trung bình
Thỉnh thoảng/ Phân vân	2.62 - 3.42	Khá
Thường xuyên/ Đúng/ Đồng ý	3.43 - 4.23	Tốt
Luôn luôn/ Hoàn toàn đúng/ Hoàn toàn đồng ý	4.23 - 5.0	Rất tốt

Ngoài ra, để tăng độ tin cậy cho kết quả nghiên cứu, chúng tôi tiến hành phỏng vấn các NTV về những trải nghiệm, thuận lợi và khó khăn của họ khi TVTL cho trẻ bị LDTD. Dữ liệu phỏng vấn được trình bày song song với các bảng số liệu để làm tăng tính tin cậy của dữ liệu và kết quả.

### 2.4. Kết quả nghiên cứu và bình luận

Sau khi thiết kế nghiên cứu, tiến hành khảo sát và phỏng vấn 15 NTV tham gia nghiên cứu. Kết quả được trình bày là quy trình TVTL cho trẻ bị LDTD mà các NTV đang áp dụng (bảng 3).

Bảng 3. Quy trình tham vấn tâm lý cho trẻ bị LDTD

Thứ tự quy trình tham vấn tâm lý cho trẻ bị LDTD	Tần số	Thứ tự quy trình tham vấn tâm lý cho trẻ bị LDTD	Tần số
1-3-2-4-5-6-7	2	1-2-3-4-5-6-7	4
2-3-4-1-5-6-7	2	1-2-3-4-5-7-6	2
3-4-1-2-5-6-7	1	1-2-3-5-4-6-7	2
3-1-2-4-5-6-7	2		

Kết quả của bảng 3 cho thấy, khi đánh giá về thứ tự trong quy trình TVTL cho trẻ bị LDTD, thì có đến 7 cách được lựa chọn với tỉ lệ không có sự khác biệt nhau quá lớn, điều đó cho thấy trong cách tiếp cận và nắm chắc các bước trong quy trình TVTL cho trẻ bị LDTD còn có nhiều ý kiến trái chiều, điều này sẽ gây ra những hạn chế trong quá trình thực hiện tham vấn, cũng như gây khó khăn cho những nghiên cứu, báo cáo chuyên môn tìm hiểu về công tác này để đề xuất biện pháp phát triển phù hợp. Dữ liệu phỏng vấn thu thập được cũng phản ánh về khó khăn này khi các NTV thực hiện TVTL cho trẻ bị LDTD. NTV P.M.T chia sẻ: “Trong tiến trình TVTL, tôi thường đối mặt với việc các em im lặng, rất khó để khuyến khích các em nói chuyện, cũng như rất khó thiết lập mối quan hệ với các em. Tôi nghĩ đó là do bản thân các em đã gặp sang chấn quá lớn, dẫn đến việc đóng chặt bản thân mình. Ngoài ra, với trẻ nhỏ thường chưa phát triển về ngôn ngữ. Các em có những huyễn tưởng về sự kiện xảy ra do đặc điểm cấu trúc tâm thần. Cuối cùng làm việc với trẻ thường cần thông qua người giám hộ, đối với những trẻ là nạn nhân của những đối tượng như người thân, người quen nên khó khăn để trẻ có thể chia sẻ hay được can thiệp kịp thời.” NTV N.T.H lại có cách tiếp cận khác khi tham vấn cho trẻ bị LDTD đi cùng những trải trở tương ứng: “Tôi thường xác định mục tiêu tham vấn trong phiên làm việc đầu tiên với trẻ. Tuy nhiên, với đối tượng trẻ bị LDTD, tôi rất quan ngại, nhất là khi trẻ cảm thấy vừa tức giận vừa thương người thân đã lạm dụng mình. Đối tượng mà tôi làm chỉ mới học lớp 1, tôi gặp khó khăn trong việc xử lý cảm xúc 2 chiều này của con; đồng thời phải thuyết phục gia đình đưa con vào nhà tạm lánh để tránh xa đối tượng gây hại này.” Mỗi NTV được đào tạo về quy trình TVTL khác nhau, và chính họ khi thực hành TVTL cũng thực hiện theo những quy trình khác nhau tùy đối tượng và vấn đề tâm lý của NTV tạo ra những khoảng cách trong thực hành TVTL ở Việt Nam.

Về cơ bản, quy trình TVTL cho trẻ bị LDTD hiện nay tuân thủ theo quy trình TVTL đã được chuẩn hóa của nhóm tác giả Moodley và cộng sự (2013) và đáp ứng được các yêu cầu về chuyên môn, đạo đức nghề TVTL. Tuy nhiên, khi đặt trong biên độ nghiên cứu về thực hành TVTL, sự khác biệt trong quy trình TVTL sẽ gây khó khăn để các nhà nghiên cứu tổng hợp và hệ thống thành quy chuẩn chung.

Kết quả tiếp theo trình bày trong bảng 4 mô tả về một số dấu hiệu nhận biết trẻ bị LDTD mà các NTV sử dụng trong quan sát ở phiên tham vấn đầu tiên để đưa ra các nan đề phù hợp.

Bảng 4. Một số dấu hiệu nhận biết trẻ bị LDTD

Một số dấu hiệu	ĐTB	ĐLC	Thứ bậc
1. Khó ngủ vì những cơn ác mộng, sợ bóng tối, và hay tiểu đêm.	3.60	0.51	2
2. Thay đổi thói quen ngủ, có thể ngủ rất sớm, hoặc quá muộn, ngủ thường gặp ác mộng.	3.30	0.82	5
3. Bất thần thay đổi thói quen ăn uống, như ăn quá nhiều hoặc biếng ăn.	3.10	0.87	7
4. Dường như rất sợ hãi, nhạy cảm và cảnh giác, hoặc đột ngột sợ một ai đó hoặc một nơi nào đó, hoặc chỉ muốn đi cùng với bố mẹ.	3.70	0.67	1
5. Kín đáo hoặc hầu như muốn ở một mình.	3.50	0.70	3
6. Luôn luôn cảm thấy buồn, hoặc không bày tỏ bất kỳ một cảm xúc nào.	3.40	0.84	4
7. Chơi với những trẻ khác hoặc với đồ chơi theo kiểu tình dục một cách hiểu biết hơn hoặc thường xuyên hơn so với tuổi của chúng.	2.80	1.22	10
8. Biết nhiều về tình dục hơn các bạn cùng trang lứa.	2.60	1.07	11
9. Có hành vi quỵên rũ người lớn hoặc trẻ em khác.	2.30	0.94	13
10. Diễn tả đầy đủ sự hiểu biết cần kể về tình dục không phù hợp với tuổi của mình.	2.40	0.69	12
11. Bắt đầu hành động theo cách giống như trẻ nhỏ hoặc ở lứa tuổi nhỏ hơn.	2.30	0.82	13



12. Phản ứng không bình thường khi trẻ được hỏi có đụng chạm với người nào không.	3.20	0.78	6
13. Cố gắng chạy ra khỏi nhà.	1.70	0.67	14
14. Trở nên hung hãn và bạo lực.	2.30	0.94	13
15. Sợ bị sờ vào người hoặc sợ những hoạt động thể chất.	2.90	0.73	9
16. Không muốn gần gũi bất kỳ ai, kể cả bố mẹ và anh chị em, ông bà, lúc này trẻ mất niềm tin vào người thân và vào chính mình.	3.00	0.94	8
17. Vẽ hoặc kể những câu chuyện về tình dục với đề mục và kí họa khác thường, kinh sợ.	3.20	0.91	6
<b>ĐTB chung</b>	<b>2.90</b>		

Kết quả bảng 4 cho thấy, để TVTL cho trẻ bị LDTD, các NTV dựa trên những dấu hiệu khác nhau để nhận biết trẻ đã bị LDTD. Xét trên bình diện chung, trong số 17 dấu hiệu đưa ra để nhận biết trẻ bị LDTD, ba dấu hiệu xếp ở vị trí đầu tiên là 4 (ĐTB=3.70); 1 (ĐTB=3.60), 5 (ĐTB=3.50) và cũng là ba dấu hiệu được các NTV đánh giá là sử dụng ở mức “thường xuyên” trong việc nhận biết trẻ bị LDTD. Kết quả này phù hợp với nhận định của Niemann và cộng sự (2004). Đồng tình với dấu hiệu này, NTV N.N.K chia sẻ “*Với trẻ bị LDTD thì một trong những dấu hiệu dễ nhận thấy nhất là trẻ có biểu hiện cảnh giác và không muốn người khác đụng chạm vào người, sợ người xung quanh, nhất là những người khác giới tính và thường bám lấy cha mẹ, ngoài ra khi ngủ trẻ thường gặp ác mộng*”. Các dấu hiệu khác cũng được các NTV sử dụng ở mức “thỉnh thoảng” như 6 (ĐTB=3.40); 2 (ĐTB=3.30); 12 và 17 (ĐTB=3.20). Tiếp đó là các biểu hiện 3 và 17 (bảng 4).

Tiếp theo, chúng tôi tìm hiểu về nhận thức của đội ngũ NTV về các biểu hiện TTTL của trẻ bị LDTD, khám phá một số biểu hiện phát sinh của trẻ đặt trong bối cảnh văn hóa Việt Nam (bảng 5).

Bảng 5. Một số biểu hiện TTTL của trẻ bị LDTD

Một số biểu hiện tổn thương tâm lí của trẻ bị LDTD	ĐTB	ĐLC	Thứ bậc
1. Thường xuyên có cảm xúc tiêu cực, lo lắng, căng thẳng kéo dài	4.50	0.52	2
2. Hay nghĩ về cái chết, hoặc có hành vi tự hủy hoại bản thân, suy nghĩ tự sát	4.20	0.42	5
3. Mất niềm tin vào cuộc sống và các mối quan hệ	4.10	0.87	6
4. Các triệu chứng liên quan đến rối loạn căng thẳng sau sang chấn như tái hiện trải nghiệm, né tránh, tăng nhạy cảm, nhận thức và tâm trạng tiêu cực	4.70	0.48	1
5. Lòng tự trọng thấp, thường xuyên tự ti, nhút nhát	3.90	1.19	8
6. Gia tăng cơn ác mộng và/hoặc khó ngủ khác	4.30	0.82	4
7. Có hành vi trốn tránh, không muốn tiếp xúc với người khác	4.30	0.67	4
8. Có những cơn giận dữ bất chợt không thể kiểm soát, hoặc thể hiện sự tức giận khi chia sẻ về những vấn đề có liên quan đến LDTD	4.30	0.67	4
9. Thường xuyên lo lắng, sợ hãi, có cảm giác không an toàn	4.40	0.69	3
10. Hay phiền muộn, ưu tư, suy nghĩ nhiều	4.10	0.87	6
11. Không muốn bị bỏ lại một mình với (những) cá nhân cụ thể	4.00	0.81	7
12. Kiến thức tình dục, ngôn ngữ và/hoặc hành vi không phù hợp với lứa tuổi	3.50	0.97	9
13. Mất năng lực xã hội, không thể kiểm soát suy nghĩ và hành vi của bản thân	3.00	0.94	12
14. Suy giảm nhận thức, khó tiếp thu bài học hoặc mất khả năng nhận biết câu từ, ngữ nghĩa...	2.80	0.63	13
15. Gia tăng các mối quan tâm về hình ảnh cơ thể, luôn để ý, trau chuốt hoặc làm xấu đi cơ thể của mình	3.40	1.07	10
16. Lạm dụng chất kích thích như rượu, bia, thuốc lá...	3.10	1.10	11
<b>ĐTB chung</b>	<b>3.91</b>		

Kết quả ở bảng 5 cho thấy, trên bình diện chung thì các biểu hiện tổn thương tâm lí thường gặp ở trẻ bị LDTD đã nêu được các NTV đánh giá ở mức “đồng ý”. Kết quả này phản ánh đội ngũ NTV ở Việt Nam hiện được đào tạo bài bản và nắm chắc các biểu hiện, cũng như kiến thức có liên quan đến TTTL của trẻ bị LDTD. Đây là một điểm mạnh góp phần phát triển công tác này ở nước ta.

Xem xét ở từng biểu hiện cụ thể có thể thấy, ba biểu hiện được chỉ ra nhiều nhất là 4 (ĐTB=4.70); 1 (ĐTB=4.50); và 9 (ĐTB=4.40). Ngoài những biểu hiện về mặt cảm xúc thì ở trẻ bị LDTD còn có những biểu hiện tổn thương qua các hành vi như chỉ ra ở 7, 8 và 6 (đều có ĐTB=4.30). Đây là sáu biểu hiện TTTL của trẻ bị LDTD được đánh giá ở mức “hoàn toàn đồng ý”, là mức cao nhất trong 5 mức được xác lập, kết quả này phù hợp với những nghiên cứu đã được xác ở phần lí luận. NTV T.Q.T chia sẻ “*Trốn tránh, ngại tiếp xúc với người khác và luôn trong trạng thái cảm thấy không an toàn, không kiểm soát được cảm xúc của bản thân là những biểu hiện tổn thương tâm lí thường gặp ở trẻ bị LDTD, điều này gây khó khăn cho người làm công tác tham vấn tiếp cận và hỗ trợ các em*”. NTV L.N.K nhận định về một số dấu hiệu quan trọng cần quan sát trong những phiên làm việc đầu tiên với trẻ là: “*Trẻ bị lạm dụng thường có những biểu hiện của PTSD, rối loạn phân li, trầm cảm,... tuy nhiên biểu hiện sẽ rất khác nhau tùy theo trường hợp. Trẻ bị LDTD thường gặp khó khăn khi kết nối với người khác về cảm xúc, dễ rơi vào những mối quan hệ độc hại và có hình ảnh bản thân thấp.*”

Bên cạnh đó, một số những biểu hiện tổn thương khác cũng thường thấy như chỉ ra ở 2 (ĐTB=4.20); 3 và 10 (ĐTB=4.10), 5 (ĐTB=3.90) và 12 (ĐTB=3.50). Đây là những biểu hiện TTTL của trẻ bị LDTD được NTV đánh giá ở mức “đồng ý”. Những đánh giá này phù hợp với mô tả của các tác giả trước đó, họ cho rằng những người bị LDTD có thể gặp khó khăn trong việc đối mặt với sự lạm dụng, do đó suy nghĩ tiêu cực về bản thân. Sau nhiều năm suy nghĩ tiêu cực, những người sống sót có cảm giác vô giá trị và tránh né người khác vì họ tin rằng họ không có gì để cung cấp (Chivers-Wilson, 2006).

Bảng 6 trình bày về thực trạng sử dụng các công cụ đánh giá TTTL của trẻ bị LDTD thường được các NTV sử dụng khi TVTL cho trẻ.

*Bảng 6. Mức độ sử dụng các công cụ đánh giá TTTL của trẻ bị LDTD*

Các công cụ đánh giá TTTL của trẻ bị LDTD	ĐTB	ĐLC	Thứ bậc
1. Phòng vấn có cấu trúc dựa trên các tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10	2.60	1.17	3
2. Phòng vấn có cấu trúc dựa trên các tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-V	3.40	0.96	1
3. Bảng kiểm hành vi trẻ em (CBCL)	2.80	1.22	2
4. Thang đo Lo âu - Trầm cảm - Căng thẳng (DASS21/42)	2.60	1.07	3
5. Bảng kiểm PTSD dành cho DSM-V (PCL-5)	2.50	0.70	4
6. Thang đánh giá trầm cảm Hamilton (HAMD)	2.20	0.91	6
7. Thang đánh giá trầm cảm Beck (BDI)	2.20	0.78	6
8. Trắc nghiệm Vết mực loang (Rorschach)	2.40	1.07	5
9. Trắc nghiệm TAT	1.90	1.10	7
<b>ĐTB chung</b>	<b>2.51</b>		

Trẻ bị LDTD thường có những TTTL, việc xác định những TTTL mà trẻ đang gặp là cơ sở cho việc xác định mục tiêu và xây dựng các nội dung tham vấn cho trẻ. Để đánh giá những TTTL của trẻ có nhiều công cụ khác nhau, các công cụ được tiến hành khảo sát về mức độ sử dụng theo đánh giá của NTV chỉ ở mức “trung bình” với ĐTB=2.51, điều đó cho thấy việc sử dụng các công cụ để đánh giá TTTL của trẻ bị LDTD còn hạn chế. Xét trên bình diện của từng công cụ, xếp ở vị trí đầu tiên là bản “phòng vấn có cấu trúc dựa trên các tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-V” ĐTB=3.40 và “bảng kiểm hành vi trẻ em (CBCL)” có ĐTB=2.80, đây là hai bộ công cụ đánh giá TTTL được các NTV sử dụng ở mức “khá”, mức cao thứ 3 trong 5 mức được xác lập, mặc dù vậy việc sử dụng công cụ này cũng chỉ là “thỉnh thoảng”. Bên cạnh đó, “phòng vấn có cấu trúc dựa trên các tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10” và “thang đo Lo âu - Trầm cảm - Căng thẳng (DASS21/42)” có cùng ĐTB=2.60, ngoài ra “bảng kiểm PTSD dành cho DSM-V (PCL-5)” ĐTB=2.50 cũng được các NTV sử dụng nhưng cũng chỉ ở mức “trung bình”.

Việc sử dụng các công cụ để đánh giá TTTL ở trẻ bị LDTD đã được các NTV thực hiện nhằm đánh giá TTTL mà các em gặp phải, từ đó lựa chọn phương thức tham vấn phù hợp. Tuy nhiên, từ kết quả khảo sát cũng cho thấy việc sử dụng các công cụ này còn khá hạn chế, mà chủ yếu thông qua thăm khám lâm sàng và qua những thông tin từ phụ huynh/người giám hộ như chia sẻ của NTV V.M.T “*Khi trẻ bị LDTD đến thăm khám tại khoa, để xác định những khó khăn mà trẻ đang gặp phải thì chúng tôi thường sử dụng cách thức thăm khám lâm sàng và những thông tin từ phụ huynh, để từ đó có những định hướng cho việc tham vấn hỗ trợ cho các em*”.

### 3. Kết luận

Thực trạng công tác TVTL cho trẻ bị LDTD qua nghiên cứu này cho một số phát hiện: *thứ nhất*, quy trình TVTL cho trẻ bị LDTD hiện nay có nhiều ý kiến trái chiều và không đồng nhất với nhau giữa các NTV, dẫn đến khó kiểm soát cũng như đánh giá hiệu quả của công tác này khi tiếp cận trên phương diện quản lý, cũng như đào tạo; *thứ hai*, để TVTL cho trẻ bị LDTD, các NTV dựa trên những dấu hiệu khác nhau để nhận biết trẻ đã bị LDTD, trong đó tập trung quan sát ở 3 biểu hiện: (1) Dường như rất sợ hãi, nhạy cảm và cảnh giác, hoặc đột ngột sợ một ai đó hoặc một nơi nào đó, hoặc chỉ muốn đi cùng với bố mẹ. (2) Khó ngủ vì những cơn ác mộng, sợ bóng tối, và hay tiêu dâm, (3) Kín đáo hoặc hầu như muốn ở một mình. Phát hiện này là nền tảng quan trọng bổ sung cho lý luận cũng như công tác đào tạo về các biểu hiện lâm sàng cũng như kỹ năng TVTL cho nhóm trẻ đặc thù này; *thứ ba*, các NTV đều có nhận thức đầy đủ và khoa học về các biểu hiện TTTL của trẻ bị LDTD từ lý luận cho đến thực tiễn. Kết quả này là minh chứng quan trọng cho thấy việc trang bị lý thuyết liên quan đến trẻ bị LDTD ở Việt Nam đã được quan tâm. Đây là cơ sở quan trọng thúc đẩy quá trình thực hành cũng như hỗ trợ tâm lý hiệu quả cho nhóm trẻ này; *thứ tư*, để đánh giá TTTL của trẻ có nhiều công cụ khác nhau, tuy nhiên mức độ sử dụng theo đánh giá của NTV chỉ ở mức “trung bình”, phản ánh sự hạn chế trong việc sử dụng công cụ đánh giá TTTL cho trẻ bị LDTD. Phát hiện này là cơ sở để các nghiên cứu sau có thể kế thừa nhằm phát triển những bộ công cụ chuyên biệt đánh giá tâm lý của trẻ bị LDTD, hoặc thực nghiệm/thích nghi các thang đo, trắc nghiệm quốc tế sử dụng tại Việt Nam hỗ trợ cho công tác này.

### Tài liệu tham khảo

- Amir, G., & Lev-Wiesel, R. (2007). Dissociation as depicted in the traumatic event drawings of child sexual abuse survivors: A preliminary study. *The Arts in Psychotherapy, 34*(2), 114-123.
- Brown, S. D., & Lent, R. W. (Eds.). (2008). *Handbook of counseling psychology*. John Wiley & Sons.
- Chivers-Wilson, K. A. (2006). Sexual assault and posttraumatic stress disorder: A review of the biological, psychological and sociological factors and treatments. *McGill Journal of Medicine: MJM, 9*(2), 111.
- Johnson, C. F. (2004). Child sexual abuse. *The Lancet, 364*(9432), 462-470.
- Maniglio, R. (2010). Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. *Depression and anxiety, 27*(7), 631-642.
- Maniglio, R. (2013). Child sexual abuse in the etiology of anxiety disorders: A systematic review of reviews. *Trauma, Violence, & Abuse, 14*(2), 96-112.
- Moodley, R., Gielen, U. P., & Wu, R. (Eds.). (2013). *Handbook of counseling and psychotherapy in an international context*. New York: Routledge.
- Murray, L. K., Nguyen, A., & Cohen, J. A. (2014). Child sexual abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 23*(2), 321-337.
- Nguyen, P. N. L., Nguyen, L. B. H., & Giang, T.V. (2016). *A pilot study of feeling lifted for sexual-abused children*. Ho Chi Minh City University of Education.
- Nguyen, T. D. M. (2019). *The solutions to reduce the psychological trauma of children living in the incomplete family* (Ministry of Education and Training's research topic). Ho Chi Minh City University of Education.
- Nguyen, T. T. X. (2020). *The bullying situation of students with homosexual expressions in some junior high schools in Ho Chi Minh City* (Master thesis). Ho Chi Minh City University of Education.
- Huan, N. T. (2021). *Psychological trauma of sexual-abused children in secondary schools outside Ho Chi Minh City* (Master thesis). Ho Chi Minh City University of Education.
- Niemann, S., Greenstein, D., & David, D. (2004). *Helping Children Who Are Deaf*. The Hesperian Foundation. Berkely, California, USA.
- Paras, M. L., Murad, M. H., Chen, L. P., Goranson, E. N., Sattler, A. L., Colbenson, K. M., ... & Zirakzadeh, A. (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Jama, 302*(5), 550-561.
- Ullman, S. E. (2002). Social reactions to child sexual abuse disclosures: A critical review. *Journal of Child Sexual Abuse, 12*(1), 89-121.
- Ullman, S. E., Townsend, S. M., Filipas, H. H., & Starzynski, L. L. (2007). Structural models of the relations of assault severity, social support, avoidance coping, self-blame, and PTSD among sexual assault survivors. *Psychology of Women Quarterly, 31*(1), 23-37.