

TIẾP CẬN DỰA TRÊN THỰC CHỨNG TRONG TRỊ LIỆU TRẦM CẢM Ở TRẺ VỊ THÀNH NIÊN

NGUYỄN THỊ NGỌC BÉ^{1,*}

MAI THỊ THANH THỦY¹, NGUYỄN BẢO UYÊN^{2,**}

¹ Trường Đại học Sư phạm, Đại học Huế

² Trung tâm giáo dục kỹ năng sống Hoàn Năng, thành phố Huế

*Email: nguyenthingocbe@dhsphue.edu.vn

**Email: uyennb@hoannang.edu.vn

Tóm tắt: Tỷ lệ mắc trầm cảm ở trẻ vị thành niên đang có xu hướng gia tăng, cả trên thế giới và ở Việt Nam. Trong bối cảnh đó, nhiều phương pháp, nhiều hướng tiếp cận được đề xuất để trị liệu trầm cảm cho trẻ vị thành niên. Trong đó, hướng tiếp cận dựa trên thực chứng đang được sử dụng nhiều ở các nước có nền tâm lý học phát triển. Nó giúp nhà trị liệu tìm ra các liệu pháp, các phương pháp tiếp cận hiệu quả nhất. Theo mô hình đó, kết quả nghiên cứu hiện tại cho thấy phương pháp kích hoạt hành vi có tác dụng tích cực trên trẻ trầm cảm ở tuổi vị thành niên. Cụ thể, liệu pháp kích hoạt hành vi giúp giảm các triệu chứng trầm cảm. Kết quả này làm cơ sở đề xuất cho việc ứng dụng phương pháp kích hoạt hành vi trong trị liệu trầm cảm ở trẻ vị thành niên tại Việt Nam.

Từ khóa: Kích hoạt hành vi, trầm cảm, trị liệu, vị thành niên

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuật ngữ rối loạn trầm cảm được dùng đầu tiên trong học thuyết thể dịch của Hypocrate. Tiếp đó, Pinet mô tả trầm uất là một trong bốn loại loạn thần. Đến năm 1890, Kraepelin đã thống nhất các quan điểm xếp 2 trạng thái trầm cảm và hưng cảm trong một bệnh lý chung và đặt tên là loạn thần hưng trầm cảm (psychosc maniaco - depressive).

Sang thế kỷ XX rối loạn trầm cảm được nghiên cứu và hoàn thiện về khái niệm bệnh học và hình thái. Trong Bảng Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 (ICD-10) của Tổ chức Y tế Thế giới trầm cảm được xếp trong nhóm các rối loạn cảm xúc, mục F30 - F39. Trong lĩnh vực tâm lý học nói chung và tâm lý học trị liệu, tâm lý học lâm sàng, tâm bệnh học nói riêng, trầm cảm được nghiên cứu dưới nhiều góc độ khác nhau, như xã hội, hành vi và nhận thức, liên nhân cách... Các nghiên cứu chủ yếu tập trung theo các hướng như nghiên cứu thực trạng, khảo sát trên một lượng lớn dân số để có số liệu thống kê cụ thể về thực trạng trầm cảm và nghiên cứu thực nghiệm về các liệu pháp tâm lý chữa trị trầm cảm.

Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn trầm cảm theo DSM-5 (APA, 2013) cho thấy người bị đánh giá trầm cảm khi gặp các tiêu chí trong các lĩnh vực chính sau: Ít nhất 5 trong 9 triệu chứng xuất hiện cùng lúc, kéo dài 2 tuần, làm thay đổi hoạt động so với

trước đó; ít nhất một trong các triệu chứng phải là: (1) khí sắc trầm cảm, (2) mất hứng thú hoặc mất vui; Các triệu chứng này gây ra sự căng thẳng đáng kể về mặt lâm sàng hoặc tác động ý nghĩa trên các hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc trong các lĩnh vực quan trọng khác; Các triệu chứng không phải do các tác động sinh lý trực tiếp từ một bệnh khác gây nên; Các triệu chứng này không đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán của Rối loạn phân liệt cảm xúc, Rối loạn tâm thần phân liệt, Rối loạn ảo giác, hoặc những rối loạn đặc trưng hoặc không đặc trưng khác của Hội chứng Tâm thần phân liệt và những Rối loạn tâm thần khác [1].

Lứa tuổi vị thành niên là lứa tuổi có nhiều biến đổi, đang phát triển mạnh cả về thể chất và tâm lý để dần hoàn thiện. Những tác động của môi trường không thuận lợi mà trẻ chưa thích nghi được dễ dẫn đến những phản ứng cảm xúc – hành vi lệch lạc, nổi bật là trầm cảm. Trầm cảm ở trẻ vị thành niên có nhiều nét đặc thù riêng, đó là tính đa dạng chưa ổn định. Bên cạnh các biểu hiện về khí sắc trầm, mất quan tâm thích thú, giảm năng lượng, dễ mệt mỏi, trẻ còn có các triệu chứng rối loạn hành vi, tăng hoạt động, cáu bẳn, chán học, tự cô lập hoặc có những hành vi gây rối trật tự xã hội. Ngoài ra, trẻ thường có biểu hiện cơ thể (đau mỏi, ngột ngạt khó chịu, rối loạn tiêu hóa, đau tức vùng ngực, bụng...), các biểu hiện này nhiều khi nổi trội che lấp những biểu hiện khí sắc, làm cho thực hành lâm sàng khó chẩn đoán. Trầm cảm ở trẻ vị thành niên ảnh hưởng rất lớn đến năng lực học tập, giao tiếp, phát triển các mối quan hệ xã hội, sự phát triển toàn diện thể chất và tinh thần, tính cách của trẻ. Nếu rối loạn trầm cảm không được phát hiện và điều trị kịp thời sẽ tăng gánh nặng cho gia đình và xã hội. Trầm cảm có nguy cơ tái phát rất cao, đợt sau nặng hơn đợt trước và có thể dẫn tới toan tính tự tử, tự tử thành công. Trẻ em từng bị một đợt trầm cảm có nguy cơ bị đợt tiếp theo trong vòng 5 năm.

Theo báo cáo của Bệnh viện Cấp cứu Trung Vương, hiện tình trạng trẻ vị thành niên tìm đến tự sát ngày càng nhiều. Việt Nam là một trong các nước có tỷ lệ bệnh nhân tự sát cao nhất trong các trường hợp nhiễm độc cấp, trong đó lứa tuổi tự sát nhiều nhất là thanh thiếu niên dưới 25 tuổi (chiếm 59,7%). Điều đáng lưu ý là phần lớn bệnh nhân tự sát đều có triệu chứng trầm cảm (khoảng 57,1% số bệnh nhân). Kết quả điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam năm 2008 cũng cho thấy, trong hơn 10.000 thanh thiếu niên thì trên 73% người từng có cảm giác buồn chán, hơn 4% từng nghĩ đến chuyện tử tử. So với số liệu cuộc điều tra trước đó vào năm 2003, các chuyên gia nhận thấy tỷ lệ thanh thiếu niên trải qua cảm giác buồn chán đã tăng lên. Đáng chú ý, tỷ lệ nghĩ đến chuyện tự tử tăng lên khoảng 30%. Kết quả nghiên cứu trước đây của Wagner (1997), Piquart (2009) cho thấy trầm cảm và suy nghĩ tự tử có mối quan hệ chặt chẽ với nhau [19], [13]. Điều này có nghĩa là mức độ trầm cảm càng tăng thì các ý nghĩ tự tử cũng tăng theo [19], [13], [8].

Các nhà nghiên cứu tin rằng trầm cảm do ảnh hưởng từ các hoạt động hàng ngày và các mối quan hệ xã hội của mỗi cá nhân làm tăng sự xuất hiện của những suy nghĩ tự tử và thậm chí tự tử [6]. Trẻ bị trầm cảm cũng có nguy cơ dẫn đến hành vi tự hủy hoại bản thân. Theo mô hình tiếp cận chức năng do Lloyd-Richardson và cộng sự (2009) đưa ra, hành vi tự hủy hoại bản thân có tác dụng lớn trong việc giúp cho cá nhân giải tỏa những

căng thẳng, lo âu trước một vấn đề nào đó [7]. Trong nhóm khách thể có dấu hiệu trầm cảm và rối loạn sau sang chấn, tỷ lệ cá nhân tìm đến hành vi tự hủy hoại bản thân đặc biệt cao hơn so với các đối tượng bình thường. Vì vậy, nghiên cứu này cho rằng hành vi tự hủy hoại bản thân liên quan chặt chẽ với những cảm xúc tiêu cực, đặc biệt là trạng thái lo âu, sự trầm cảm, ... Nock và cộng sự (2008) đã tiến hành nghiên cứu về một số nguyên nhân dẫn đến hành vi tự hủy hoại bản thân ở trẻ vị thành niên. Trong những nguyên nhân được đưa ra đáng chú ý có các yếu tố của sự trầm cảm. Nghiên cứu này được tiến hành trên 227 trẻ vị thành niên, trong đó 29,3% trẻ báo cáo có liên quan đến những cảm xúc tiêu cực, tuyệt vọng, những cảm xúc vô vị trong cuộc sống [12]. Trầm cảm nếu được phát hiện và điều trị sớm có thể mang lại hiệu quả cao, cải thiện đáng kể tình trạng sức khỏe, đem lại cho trẻ sự trưởng thành về nhân cách và nâng cao chất lượng cuộc sống.

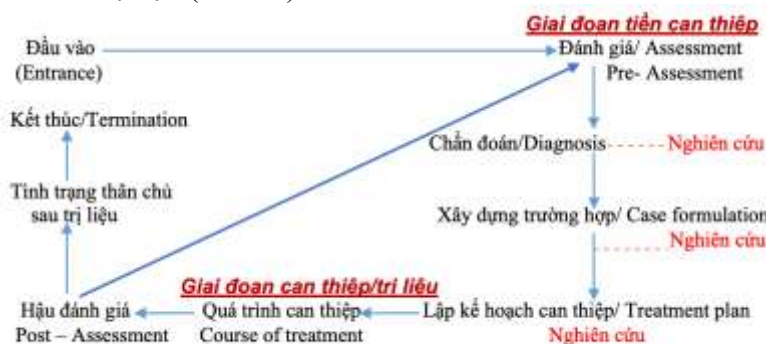
Những thông tin trên cho thấy, việc nghiên cứu thực trạng trầm cảm ở trẻ vị thành niên là chưa đủ, cần có những nghiên cứu thực nghiệm các biện pháp phòng ngừa và trị liệu trầm cảm nhằm giúp giải quyết các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần ở trẻ vị thành niên một cách hiệu quả hơn. Với mục tiêu đó, bài nghiên cứu này đặt trọng tâm vào chương trình thực nghiệm trị liệu trầm cảm ở trẻ vị thành niên theo mô hình thực hành dựa trên thực chứng.

2. CƠ SỞ LÝ LUẬN VỀ TRỊ LIỆU TRẦM CẢM THEO MÔ HÌNH THỰC HÀNH DỰA TRÊN THỰC CHỨNG

2.1. Mô hình thực hành dựa trên thực chứng trong tâm lý học

“Thực hành dựa trên thực chứng trong tâm lý học (Evidence-based practice in psychology/EBPP) là một lối thực hành mà trong đó cần lưu ý bốn yếu tố sau: (1) ứng dụng các nghiên cứu khoa học sẵn có với hiệu quả ứng dụng tốt nhất cho từng trường hợp; (2) chuyên môn hóa khả năng lâm sàng của nhà trị liệu; (3) xem xét bối cảnh, đặc điểm, văn hóa và điểm mạnh của thân chủ”; và (4) khả năng quyết định lâm sàng [15].

Mô hình chính yếu của thực hành dựa trên thực chứng gồm có các giai đoạn: phỏng vấn khởi đầu, tiền đánh giá, chẩn đoán, xây dựng trường hợp (tìm ra điểm cốt lõi của vấn đề trong một tổng thể, lập kế hoạch can thiệp, hậu đánh giá, giáo dục phòng ngừa tái phát và kết thúc quá trình trị liệu (Hình 1).



Hình 1: Mô hình can thiệp dựa trên thực chứng

Lưu ý để hiểu tận gốc vấn đề hiện tại của thân chủ, nhà lâm sàng cần hiểu rõ sự tương tác giữa các yếu tố làm nên vấn đề hiện tại. Trong thời gian gần đây, mô hình về công thức trường hợp dựa trên thực chứng được cho là đem lại hiệu quả cao và đang được ứng dụng nhiều, nhất là công thức hành vi nhận thức dựa trên thực chứng (evidence-based cognitive behavior formulation). Theo Persons và Tompkins (1997, dẫn theo Prout và Wadkins, 2014), công thức hành vi nhận thức dựa trên thực chứng bao gồm thông tin về các vấn đề, mầm bệnh, các cơ chế bệnh, nguồn gốc các cơ chế [17]. Dudley và Kuyken (2006, dẫn theo Prout và Wadkins, 2014) đề cập đến 5 yếu tố liên quan và được gọi là mô hình 5Ps : **P**resenting problem (vấn đề được trình bày bởi thân chủ), **P**redisposing factors (Các yếu tố dự báo, ví dụ: Các yếu tố di truyền, trải nghiệm thời thơ ấu, tính dễ tổn thương, chấn thương, bị lạm dụng, bỏ bê hay bất kỳ yếu tố và sự kiện quan trọng nào khác...), **P**recipitating factors (các yếu tố làm nên, ví dụ: các tình huống gây ra vấn đề (hành vi), những suy nghĩ, cảm xúc và những hành vi liên quan, có một mô hình phản hồi lịch sử), **P**erpetuating factors (các yếu tố duy trì, ví dụ: những yếu tố ảnh hưởng làm trầm trọng hơn vấn đề), **P**rotecting factors (các yếu tố bảo vệ, ví dụ: những kinh nghiệm đối phó thành công trong quá khứ, giá trị và những sở thích) [17]. Năm yếu tố này có liên quan chặt chẽ với nhau, giúp giải thích các yếu tố sinh học, xã hội, tâm lý và cách thân chủ được sinh ra, được nuôi dưỡng và lớn lên. “Hình thành công thức trường hợp” liên quan đến một giả thuyết về sự tương quan giữa các nguyên nhân, cơ chế, nguồn gốc các cơ chế, các yếu tố làm phát sinh và duy trì vấn đề hiện tại của thân chủ.

2.2. Trị liệu trầm cảm và phương pháp kích hoạt hành vi

Dựa theo mô hình trị liệu dựa trên thực chứng, nhà lâm sàng trước tiên tham khảo các phương pháp trị liệu trầm cảm hiệu quả ở vị thành niên. Các nghiên cứu khoa học về trị liệu trầm cảm ở vị thành niên cho thấy có hai cách tiếp cận chính: (1) Độc lập, nghĩa là trị liệu hoặc bằng các liệu pháp tâm lý hoặc bằng thuốc; (2) kết hợp cả hai, nghĩa là vừa liệu pháp tâm lý và thuốc.

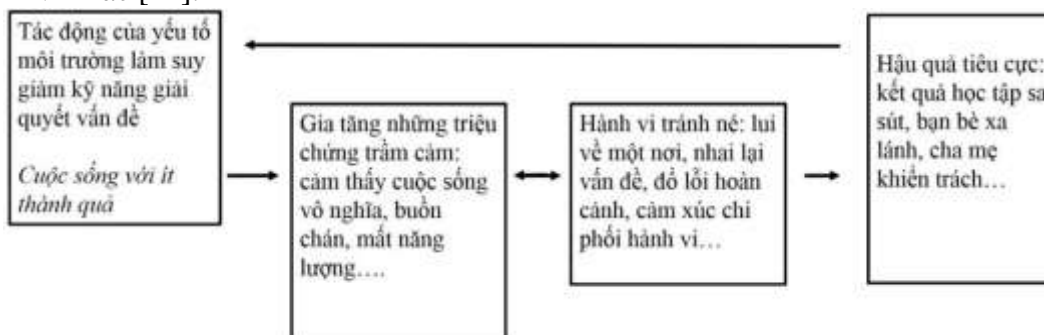
Những nghiên cứu đánh giá tổng quan, phân tích tổng hợp các liệu pháp trị liệu trầm cảm ở vị thành niên, nghiên cứu thực nghiệm... chỉ ra rằng liệu pháp nhận thức hành vi (Cognitive-Behavioral Therapy/CBT), kích hoạt hành vi (Behavioral Activation/BA), liệu pháp liên cá vị (Interpersonal Therapy/IPT) và liệu pháp nhận thức dựa trên chú tâm (Mindfulness-based Cognitive Therapy/MBCT) có tác động đáng kể và hiệu quả nhanh đến các triệu chứng của rối loạn trầm cảm ở vị thành niên. Hơn nữa, kết quả các nghiên cứu khoa học đánh giá cao hiệu quả của phương pháp kích hoạt hành vi trong trị liệu trầm cảm ở tuổi vị thành niên. Theo đó, trong giới hạn của bài viết này, các tác giả thực nghiệm chương trình trị liệu trầm cảm bằng phương pháp kích hoạt hành vi.

Trầm cảm dưới lăng kính của kích hoạt hành vi (Behavioral Activation/BA) là do thiếu động lực tích cực từ môi trường sống. Sự thiếu động lực tích cực bắt nguồn từ việc thiếu kỹ năng xã hội, khó khăn trong tương tác với người khác và thường xuất hiện hành vi tránh né Lewinsohn (1974, dẫn theo van den Heuvel & cộng sự, 2019) [18]; là hệ quả của việc thiếu khả năng ứng phó tích cực với môi trường sống [3]. Một cách cụ thể hơn,

theo BA, những người trầm cảm có xu hướng gắn kết với hành vi tránh né làm mất cơ hội nhận được những thành quả tích cực bên ngoài [16]. Như thế, tránh né là yếu tố trung tâm của trầm cảm.

Kích hoạt hành vi là một phương pháp can thiệp tập trung ngắn, với mục tiêu chính yếu là sửa đổi các yếu tố duy trì hoặc làm trầm trọng thêm các triệu chứng trầm cảm [12] bằng cách tổ chức các hoạt động làm giảm hành vi tránh né và tăng cường cơ hội củng cố hành vi tích cực [5], [3], [10], và giải quyết các vấn đề ngăn trở tận hưởng niềm vui cuộc sống [2]. Kỹ thuật chính là tự giám sát và lập thời khóa biểu các hoạt động [4].

Có hai cách tiếp cận kích hoạt hành vi đối với trầm cảm: Thứ nhất là xem xét hoàn cảnh môi trường sống và các kiểu ứng phó không phù hợp dẫn đến trầm cảm; phân tích chức năng hành vi để tìm ra, chọn lọc những hành vi thay thế phù hợp hơn [10]. Thứ hai là tăng cường sự củng cố tích cực đối với những hành vi trầm cảm như tránh né. Cách này thì không cần phân tích chi tiết chức năng hành vi nhưng tập trung vào giá trị của những hành vi khác [11].



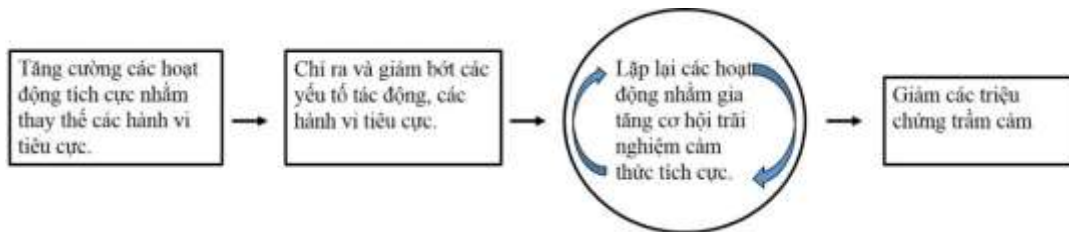
Hình 2. Mô hình kích hoạt hành vi đối với trầm cảm

Dựa vào mô hình này, nhiều chương trình can thiệp được thiết lập đặc biệt là Chương trình Kích hoạt Hành vi cho trẻ vị thành niên (Behavioral Activation Program/A-BAP). Thời gian trị liệu kéo dài khoảng từ 12 đến 18 tuần [14]. Bài nghiên cứu này thực hiện chính yếu việc thực nghiệm phương pháp kích hoạt hành vi trong trị liệu trầm cảm cho trẻ vị thành niên theo chương trình A-BAP.

Thời gian chương trình: 12- 14 buổi/12 tuần.

Đối tượng: Thanh thiếu niên, tuổi từ 12 – 18

Mục tiêu: Nhằm xây dựng một chương trình đánh giá sự thay đổi của thanh thiếu niên được chẩn đoán trầm cảm sau thời gian can thiệp (xem hình 3), với 3 mục tiêu chính: (a) chỉ ra và làm giảm bớt các yếu tố tác động, các hành vi tiêu cực (b) lặp lại và tăng cường các hoạt động tích cực để thay thế các hành vi tiêu cực; (c) củng cố trải nghiệm tích cực qua các hoạt động tích cực để giảm mức độ trầm cảm. Nội dung can thiệp bao gồm: các hoạt động, giáo dục tâm lý về trầm cảm, phác thảo chương trình can thiệp chi tiết, kiểm soát cảm xúc hành vi của bản thân [9].



Hình 3. Mô hình kích hoạt hành vi về sự thay đổi

3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1 Đối tượng

Đối tượng được chọn là một học sinh trung học cơ sở tại thành phố Huế, được đánh giá có triệu chứng trầm cảm, dựa theo tiêu chuẩn đánh giá trầm cảm của DSM-5 (APA, 2013).

3.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp chính yếu của bài nghiên cứu này là phương pháp thực nghiệm. Các bước thực nghiệm được tiến hành theo mô hình trị liệu cá nhân và theo chương trình A-BAP.

Các bước theo chương trình trị liệu cá nhân: Vấn đề được trình bày, Lịch sử vấn đề (*Gia đình, Xã hội, Học tập, Bệnh lý*), Nhân cách trong tương quan (*Phong cách trong tương tác với người khác, Tương tác, tương quan, thái độ với nhà trị liệu*), Năng động cá nhân (*Nhận thức, Cảm xúc - Hành vi*), Yếu tố môi trường (*Yếu tố kích hoạt căng thẳng và các vấn đề hiện tại, Yếu tố hỗ trợ*), Đánh giá, Chẩn đoán (*Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5*), Trị liệu (*Kế hoạch trị liệu khởi đầu bao gồm Mục tiêu trị liệu, Kế hoạch trị liệu cụ thể và Quá trình can thiệp theo mô hình A-BAP*), cuối cùng đánh giá tình trạng của thân chủ sau quá trình trị liệu kèm theo những đề xuất cho phụ huynh trong giai đoạn hậu trị liệu tập trung.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trường hợp cháu N.T.X.N

X.N (tên thật đã được thay đổi) sinh năm 2007, giới tính nữ, cân nặng 45 ký và cao 1m50. X.N có thân hình khỏe mạnh, thường xuất hiện trong những kiểu đồ cá tính, quần jean và áo pull ngắn tay. Tóc luôn cột nhưng trông không tươm tất và gọn gàng, giọng nói rất nhỏ. Người đối diện phải chăm chú lắng nghe mới có thể nghe được.

4.1. Vấn đề được trình bày

Vấn đề khiến ba mẹ X.N lo lắng và tìm đến bác sĩ trị liệu tâm lý là vì X.N không muốn tiếp xúc với người khác, trên trường không có nhiều bạn, học kém một số môn thuộc lòng và ít nói chuyện với ba mẹ. Sinh hoạt trong cuộc sống hàng ngày thất thường, lười vệ sinh cá nhân, chỉ thích vẽ trên máy tính và học tiếng Anh.

4.2. Lịch sử vấn đề

Gia đình: X.N có những biểu hiện tâm lý vì khủng hoảng tách rời ở tuổi lên 3. Từ khi sinh ra đến 1 tháng tuổi, X.N được Di út chăm sóc, như một người thay thế mẹ. Tuy

nhiên, khi X.N được 3 tuổi thì Di út đi Anh. Sau đó, X.N thường hay khóc thét vô cớ, khó ăn và ngủ hay giật mình. Mẹ X.N dành nhiều thời gian hơn cho con nhưng các triệu chứng dường như ngày càng bộc lộ rõ hơn. X.N đi nhà trẻ từ lúc lên 3 tuổi. Cô giáo thường phàn nàn về sự tăng động, không tuân theo kỷ luật và không tham gia được các hoạt động chung. X.N thường có những hành động nguy hiểm như leo lên bàn, trèo lên cửa sổ và vút đồ lên người bạn. X.N lớn lên trong một môi trường ít có sự hiện diện của ba mẹ bên cạnh, khi mẹ là nhân viên du lịch và ba là nhân viên ngân hàng. Mẹ của X.N nóng tính còn ba thì ít nói. X.N. thường bị so sánh với em gái kém 7 tuổi và thường bị la rầy vì những hành vi không phù hợp. X.N ít chủ động trong việc vệ sinh cá nhân và không ăn cơm đúng giờ, thường thức dậy muộn và rất chậm hoặc không giúp đỡ ba mẹ khi được gợi ý hỗ trợ. X.N thường xuyên ở nhà một mình và có thói quen xem tivi và máy điện thoại nhiều, thường bị mẹ la và đề nghị “*phải nhường em*” trong hầu hết mọi thứ như: nhường đồ chơi cho em, nếu em gái ngỗ nghịch thì X.N đều bị nhắc nhở “*phải nhường em*”. X.N. có thái độ không thân thiện và thường hay đánh em.

Xã hội: X.N không chơi với những bạn xung quanh và ngại giao tiếp với người khác. Trên trường chỉ chơi được với 2 bạn. Đi học, X.N thường ngồi một chỗ và không tham gia các hoạt động chung với các bạn khác.

Học tập: Kết quả học tập cấp 1 và cấp 2 của X.N đều đạt học sinh khá. Các môn tự nhiên đạt điểm cao hơn các môn học thuộc lòng như môn Sử, Địa...

Bệnh lý: Năm 6 tuổi, X.N. được ba mẹ đưa đi khám bác sĩ khoa nhi và được đánh giá tăng động giảm chú ý, đề nghị tạo điều kiện được can thiệp tại các trung tâm.

4.3. Nhân cách trong tương quan

Phong cách trong tương tác với người khác: Theo cha mẹ thì X.N không thoải mái khi gặp người khác, đặc biệt là người lạ. X.N khó khởi xướng câu chuyện khi gặp người khác, thậm chí có thái độ phòng vệ và tránh né. Tuy nhiên, X.N sẽ nói chuyện khi được người khác khởi sự câu chuyện và X.N cảm thấy an toàn để tiếp tục câu chuyện. X.N ít cười khi gặp hay trao đổi chuyện với người khác.

Tương tác, tương quan, thái độ với nhà trị liệu: Buổi gặp gỡ đầu tiên, mắt X.N luôn nhìn lơ đãng về một hướng khác, không tập trung, không thoải mái và không hứng thú với người đối diện. Nếu có một câu hỏi đặt ra, phải đến 3 lần X.N mới có thể trả lời với giọng rất nhỏ và phải chăm chú lắng nghe mới có thể nghe được. Mặc dù vậy, câu trả lời của X.N không được đầy đủ và mạch lạc, trả lời một cách rất kiệm lời và miễn cưỡng.

Sau 3 buổi gặp, X.N bắt đầu cởi mở hơn, tinh thoải có cười, biểu cảm hứng thú hơn, trả lời các câu hỏi với giọng nói to rõ và tương tác tốt hơn, có thể chủ động kể một vài chuyện mà X.N thích.

4.4. Năng động cá nhân

Nhận thức: Có thể hiểu người khác và bày tỏ quan điểm của mình. Nói cách khác, có khả năng tiếp nhận và phản hồi, tuy nhiên, khả năng ngôn ngữ diễn đạt và kỹ năng giao tiếp kém so với tuổi.

Cảm xúc - Hành vi: Thường biểu hiện cảm xúc tức giận và khó chịu khi không hài lòng điều gì đó, với những hành vi như “*chạy vào phòng đóng mạnh cửa lại, khóc lớn tiếng, không trả lời khi được hỏi, bỏ ăn, đắp mền ngủ...*” Tại các buổi trị liệu, X.N thường phản ứng im lặng khi không thích điều gì đó.

4.5. Yếu tố môi trường

Yếu tố kích hoạt căng thẳng và các vấn đề hiện tại: Mẹ thường la mắng X.N mỗi khi ở nhà và bị thầy cô gọi tên giữa lớp vì hành vi nằm trên bàn hoặc không hợp tác tích cực trong lớp học; Bạn bè trên lớp và một người bạn hàng xóm hay lấy đồ cá nhân của X.N; X.N khó tập trung học thuộc lòng.

Yếu tố hỗ trợ: X.N thích học tiếng Anh, khả năng tiếng Anh rất tốt; Thích vẽ trên máy tính.

Đánh giá

<i>Công cụ đánh giá</i>	<i>Kết quả</i>
DSM-5 Diagnostic exam Về các tiêu chí trầm cảm	7/9 triệu chứng, bao gồm: cảm xúc chán nản, mất hứng thú trong cuộc sống, hoặc quá hưng phấn hoặc quá ủ rũ, khó tập trung, cảm giác vô dụng, có ý định tự tử. Mất khả năng kiểm soát hành vi và cảm xúc Các triệu chứng trầm cảm ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng tương quan trong gia đình: ba mẹ và em; ảnh hưởng thành tích học tập, khả năng giao tiếp xã hội và vệ sinh cá nhân.
DASS	Trầm cảm rất nặng với điểm 32 (điểm chuẩn ≥ 28)
RADS	Trầm cảm nặng với điểm 65 (điểm chuẩn ≥ 51)

4.6. Chẩn đoán (Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5)

Trầm cảm chủ yếu, mức độ nặng (296.23; F32.1)

Các rối loạn đi kèm: Lo âu lan tỏa (300.02; F 41.1); rối loạn giao tiếp không xác định (307.9; F80.9).

4.7. Xây dựng trường hợp dựa trên 4 yếu tố (yếu tố bắt nguồn, yếu tố kích hoạt, yếu tố duy trì, yếu tố hỗ trợ) theo mô hình kích hoạt hành vi.

Theo mô hình kích hoạt hành vi, các triệu chứng trầm cảm của X.N do tác động từ các yếu tố môi trường không thuận lợi như mẹ thường la mắng mỗi khi ở nhà; Thường bị gọi tên giữa lớp vì hành vi nằm trên bàn hoặc không hợp tác tích cực trong lớp học; Khó chịu vì hay bị mất vật (đồ cá nhân) và học yếu các môn học thuộc lòng. Ngoài ra, X.N đã trải nghiệm khủng hoảng tách rời với biến cố ra nước ngoài của dì út, người thường xuyên chăm sóc X.N. Biến cố này có thể là yếu tố bắt nguồn cho những thay đổi về hành vi và cảm xúc của X.N.

X.N. có các triệu chứng trầm cảm liên quan đến các lĩnh vực loạn khí sắc, cảm xúc tiêu cực/mất hứng thú, mặc cảm vô dụng trong gia đình, thua kém em gái và muốn giải thoát bằng cách kết thúc cuộc sống. Điều này dẫn đến hành vi tránh né ở môi trường học đường, tránh né trong tương quan với cha mẹ thể hiện qua cảm xúc hoặc gây hấn hoặc thờ ơ, không tuân theo mệnh lệnh của cha mẹ. Sự tránh né này có thể được xem như là hậu

quả của các triệu chứng trầm cảm và càng làm gia tăng và trầm trọng các triệu chứng trầm cảm, dẫn đến hậu quả tiêu cực như kết quả học tập sa sút, bạn bè xa lánh, cha mẹ phàn nàn. Các hậu quả này lại trở nên tiền đề cho quy trình phát triển và duy trì trầm cảm.

4.8. Trị liệu

a. Kế hoạch trị liệu khởi đầu

Danh sách vấn đề theo trật tự ưu tiên:

1. Các triệu chứng trầm cảm: cảm xúc chán nản, mất hứng thú trong cuộc sống, hoặc quá hưng phấn hoặc quá ủ rũ, khó tập trung, cảm giác vô dụng và có ý định tự tử.
2. Mâu thuẫn trong tương quan
3. Thiếu kỹ năng giao tiếp xã hội
4. Thiếu kỹ năng chăm sóc bản thân

Mục tiêu trị liệu:

1. Giảm các triệu chứng trầm cảm từ 65 – 10 điểm (thang đánh giá trầm cảm RADS)
2. Phát triển kỹ năng giải quyết vấn đề trong tương quan với người khác
3. Phát triển kỹ năng giao tiếp xã hội
4. Phát triển một lối sống điều độ (chu kỳ ngủ / thức đều đặn, duy trì vệ sinh tốt và thói quen tốt trong học tập)

Kế hoạch trị liệu cụ thể:

<i>Vấn đề cụ thể</i>	<i>Kỹ thuật/phương pháp cụ thể</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Kiểm soát cảm xúc-hành vi - Giảm hành vi tránh né - Tập trung - Tăng động lực sống 	<ul style="list-style-type: none"> - Áp dụng chương trình kích hoạt hành vi cho thanh thiếu niên (A-BAP). - Giáo dục tâm lý: Giúp trẻ hiểu trầm cảm là gì, nhận ra các yếu tố ngăn cản hành vi củng cố tích cực. - Tổ chức hoạt động: các hoạt động nhằm tăng cường khả năng kiểm soát cảm xúc-hành vi, tập trung tốt hơn và thêm động lực sống.
Phát triển kỹ năng giải quyết vấn đề trong tương quan với người khác	Các hoạt động liên quan đến kỹ năng giao tiếp và lắng nghe.
Phát triển kỹ năng giao tiếp xã hội	Các hoạt động liên quan đến kỹ năng làm quen, duy trì các cuộc trò chuyện...
Phát triển các kỹ năng để duy trì các thói quen thường xuyên	<ul style="list-style-type: none"> - Thời khóa biểu hoạt động hàng tuần, hàng ngày - Lập kế hoạch cụ thể việc vệ sinh cá nhân hàng ngày, giờ ăn, giờ đi ngủ và học tập.

b. Quá trình can thiệp

Quá trình can thiệp được thực hiện 12 buổi/9 tuần (Ba tuần đầu tiên tăng cường số buổi, cụ thể 2 buổi/tuần; 6 tuần còn lại 1 buổi/tuần). Trong mỗi buổi đều có mục tiêu buổi can thiệp, tiến trình và bài tập về nhà.

c. Trạng thái của thân chủ ở buổi cuối cùng của quá trình trị liệu

- Mức độ trầm cảm 12 điểm (thang đánh giá trầm cảm RADS); Nhận ra và chấp nhận các dấu hiệu trầm cảm; Sự hiểu biết của X.N. về khả năng kiểm soát hành vi và sử dụng hành vi thay thế tích cực có sự tiến bộ đáng kể; Thói quen tăng cường hoạt động tích cực (vẽ, học tiếng anh, nói chuyện với mẹ...); Giảm hành vi tránh né đáng kể như chạy vào phòng đóng cửa, vùi vào mền ngủ, ngồi lì trong một góc...; Mạnh dạn hơn trong giao tiếp; Khả năng tập trung tốt hơn; Vệ sinh cá nhân tốt hơn như chải đầu và tắm mỗi ngày tuy nhiên vẫn chưa tập ăn được những món ăn mình không thích; Nói chuyện với bố, mẹ và quan tâm em gái nhiều hơn.

d. Đề nghị với phụ huynh

Phụ huynh cần tạo bầu không khí cởi mở, dành nhiều thời gian cho con và lắng nghe con nhiều hơn. Cần nhất quán trong việc giáo dục con, giải thích và hướng dẫn cho con thay vì quát nạt hay trách phạt, đồng thời tập cho con tham gia làm việc nhà nhiều hơn.

5. KẾT LUẬN

Kích hoạt hành vi được ứng dụng trị liệu trầm cảm cho thanh thiếu niên tại thành phố Huế. Kết quả ca thực nghiệm cho thấy, các kỹ thuật về kích hoạt hành vi mang lại hiệu quả tích cực và phù hợp với độ tuổi. Cụ thể, thông qua các hoạt động, thân chủ dễ dàng tham gia và hợp tác tích cực trong trị liệu. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước. Tuy nhiên, kết quả này chỉ mang tính tham khảo, chưa đạt mức phổ quát vì số lượng ca thực nghiệm còn ít, thành phần tham gia thực nghiệm chưa phổ quát.

Trên cơ sở nghiên cứu về lý luận và nghiên cứu trường hợp ở trẻ vị thành niên dựa theo mô hình trị liệu dựa trên thực chứng, chúng tôi nhận thấy, cần có nhiều ca thực nghiệm về phương pháp kích hoạt hành vi trong trị liệu trầm cảm ở trẻ vị thành niên trong các nghiên cứu tương lai; Đối tượng thực nghiệm cần được mở rộng về phạm vi địa lý cả nông thôn và thành thị; Kết quả nghiên cứu cần được chuyển giao đến các nhà thực hành lâm sàng để ứng dụng tốt hơn trong việc trị liệu trầm cảm cho trẻ vị thành niên. Từ đó cũng có thể có những đề xuất mới cho các nghiên cứu khác trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Ed. DSM-5.
- [2] Dimidjian, S., Barrera, M. Jr., Martell, C., Muñoz, R.F., Lewinsohn, P.M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1–38.
- [3] Dimidjian, S., Martell, C. R., Addis, M. E., & Herman-Dunn, R. (2008). Behavioral activation for depression. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (pp. 328–364). New York, NY: Guilford Press.
- [4] Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLoS ONE* 9(6):e100100.

- [5] Kanter, J., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30, 608-620. doi:10.1016/j.cpr.2010.04.001
- [6] Levine, H. (2008). Suicide and Its impact on campus. *New Direction student Services*, 121, 63-76.
- [7] Lloyd- Richardson et al., (2009). A prospective study of weight gain during the college freshman and sophomore years. *Preventive Medicine*, 48(3):256-61. doi: 10.1016/j.ypmed.2008.12.009. Epub 2008 Dec 24.
- [8] Madelyn, S. G., Greenberg, T., Velting, D.M., Shaffer, D. (2003). Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 42(4):386-405. DOI: 10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF
- [9] McCarty, C. A., & Weisz, J. R. (2007). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: What we can (and can't) Adolescent behavioral activation program 303 learn from meta-analysis and component profiling. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 879– 886. doi:10.1097=chi.0b013e31805467b3
- [10] Martell, C.R., Addis, M.E., Jacobson, N.S. (2001). *Depression in context: strategies for guided action*. WW Norton & Co, New York.
- [11] Martin, F., & Oliver, T. (2019). Behavioral activation for children and adolescents: a systematic review of progress and promise. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 427–441 <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1126-z>.
- [12] Nock et al., 2008. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev*, 30(1): 133–154. doi: 10.1093/epirev/mxn002.
- [13] Pinquart, M. (2009). Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(1), 53–60.
- [14] <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2008.10.005>.
- [15] Ritschel, L.A., Ramirez, C.L., Cooley, J.L., & Craighead, W.E. (2016). Behavioral activation for major depression in adolescents: results from a pilot study. *Clin Psychol-Sci Pr*, 23, 39–57.
- [16] Sackett, D. (2000). Evidence-based practice, *Journal of Health Care*.
- [17] Sandra J Coffman et al., (2007). Extreme nonresponse in cognitive therapy: can behavioral activation succeed where cognitive therapy fails?. *J Consult Clin Psychol*, 75(4):531-41. DOI: 10.1037/0022-006X.75.4.531.
- [18] Tracy Prout, Melanie Wadkins. (2014). *Essential Interviewing and Counseling Skills: An Integrated Approach to Practice*. Springer Publishing Company.
- [19] Van den Heuvel, M. W. H., Bouden, D. H. M., Moerbeek, M., Smit, F., & Engels, R. C. M. E. (2019). Dismantling the relative effectiveness of core components of cognitive behavioural therapy in preventing depression in adolescents: Protocol of a cluster randomized microtrial. *BMC Psychiatry*, 19(1), [2168]. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2168-6>.
- [20] Wagner, B. M. (1997). Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin Journal*, 121(2):246-298.

Title: EVIDENCE – BASED APPROACH FOR DEPRESSION IN ADOLESCENTS

Abstract: Background: The percentage of adolescents suffer from depression is increasing in the world and in Vietnam. In this context, many approaches are proposed to treat adolescent depression. In particular, the evidence-based approach helps the therapist find the most effective approaches for the treatment of depression in adolescents. The behavioral activation (BA) had a positive effect on depression among adolescents. Specifically, activating positive behavior helps to reduce depressive symptoms. This result consists to the previous studies. These results serve as a basis for the application of behavioral activation in the treatment of depression among adolescents.

Keywords: Behavioral Activation, depression, therapy, adolescent.