

Đánh giá hiệu quả tăng cường liệu pháp kích hoạt hành vi trên bệnh nhân trầm cảm điều trị thuốc

Trần Thành Nam*

Trường Đại học Giáo dục, Đại học Quốc gia Hà Nội

Ngày nhận bài 12/9/2016, ngày chuyển phản biện 15/9/2016, ngày nhận phản biện 28/9/2016, ngày chấp nhận đăng 30/9/2016

Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả tăng cường của liệu pháp kích hoạt hành vi (BA) trong can thiệp cho bệnh nhân trầm cảm từ nhẹ đến vừa được điều trị bằng thuốc chống trầm cảm. 60 khách thể nghiên cứu được lựa chọn từ một số bệnh viện tâm thần trên địa bàn Hà Nội bằng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên vào nhóm chỉ điều trị thuốc và nhóm điều trị thuốc kết hợp BA (trong 18 tuần với 6 tuần can thiệp và 12 tuần theo dõi). Công cụ đánh giá đầu ra gồm thang sàng lọc trầm cảm (PHQ-9); thang sàng lọc lo âu (GAD-7); thang đánh giá mức độ kích hoạt hành vi (BADs) và thang đánh giá trạng thái sức khỏe (SF-12). Kết quả cho thấy, hiệu quả tăng cường của liệu pháp BA trong việc giảm thiểu các triệu chứng lo âu trầm cảm và cải thiện mức độ kích hoạt hành vi và trạng thái sức khỏe trên bệnh nhân trầm cảm. Khuyến nghị của nghiên cứu cũng được đưa ra trong bài viết.

Từ khóa: hiệu quả can thiệp trị liệu, liệu pháp kích hoạt hành vi, lo âu, trạng thái sức khỏe, trầm cảm.

Chỉ số phân loại 5.1

Assessing the effectiveness of behavioral activation therapy for depressive clients with drug treatment

Summary

This study aims to test the surplus effects of behavioral activation therapy (BA) in people with mild to moderate depressive disorders taking antidepressant medication. Sixty participants were recruited from some psychiatric hospitals in Hanoi and randomly assigned to receive medication alone or medication with BA (in 18 weeks with 6-week intervention and 12-week follow-up). The outcome measures were (i) Patient Health Question (PHQ-9); (ii) Generalized Anxiety Disorder (GAD-7); (iii) Behavioral Activation for Depression Scale (BADs); (iv) 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12). The results indicated the surplus effectiveness of the BA intervention in decreasing anxiety and depressive symptoms and increasing the level of behavioral activation as well as the health status in these depressive clients. The study's implication will be provided and discussed in this paper.

Keywords: anxiety, behavioural activation therapy, depression, effectiveness of intervention, health status.

Classification number 5.1

Đặt vấn đề

Trầm cảm là một dạng rối loạn cảm xúc phổ biến và gây ra nhiều hậu quả tiêu cực cho sự phát triển kinh tế - xã hội. Những nghiên cứu của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) gần đây dự báo đến năm 2020 thì trầm cảm sẽ trở thành căn bệnh thứ hai dẫn đến khuyết tật trên toàn thế giới, và sẽ là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến khuyết tật ở những nước đang phát triển như Việt Nam [1]. Số liệu điều tra dịch tễ khẳng định có khoảng 10 đến 15% dân số bị trầm cảm ở một thời điểm nào đó trong cuộc đời, tỷ lệ mắc ở nữ giới là khoảng 10-25%, nam giới thấp hơn (với 5-12%). Ở Việt Nam, có khoảng 3-6% dân số mắc bệnh trầm cảm, tỷ lệ tự sát trong số những người mắc bệnh trầm cảm ở Việt Nam vào khoảng 20% [1].

Có tới 60% bệnh nhân trầm cảm tại Việt Nam không chấp nhận chẩn đoán bị trầm cảm và không tìm kiếm điều trị [2, 3]. Hệ thống bệnh viện tâm thần, các trung tâm thăm khám tư nhân tại Việt Nam hiện vẫn chủ yếu điều trị trầm cảm bằng thuốc chống trầm cảm. Can thiệp tâm lý chỉ là liệu pháp hỗ trợ mặc dù có nhiều bằng chứng cho

*Email: tranthanhnam@gmail.com

thấy liệu pháp nhận thức - hành vi có hiệu quả cao trong điều trị trầm cảm và phòng ngừa tái phát đã được WHO khuyến cáo sử dụng. Trong thực tế Việt Nam, can thiệp tâm lý vẫn chưa được tiến hành bài bản theo những quy trình chuẩn. Do vậy chưa có những bằng chứng nghiên cứu về hiệu quả can thiệp tâm lý cho đối tượng trầm cảm là người Việt với độ tin cậy cao [1].

Liệu pháp kích hoạt hành vi (Behavior Activation therapy- BA) là một cấu phần của liệu pháp nhận thức - hành vi có mục tiêu giúp bệnh nhân thực hiện các hoạt động mà bệnh nhân thích thú trước đây để thay thế cho những hành vi thu mình, thụ động, mất năng lực tương tác là nguyên nhân làm cá nhân trở nên trầm cảm. Trên cơ sở: (a) lập kế hoạch hoạt động và (b) hỗ trợ bệnh nhân tham gia vào các hoạt động có tính tương thưởng, BA giúp bệnh nhân trải nghiệm cảm giác thích thú, thấy mình có năng lực, có kỹ năng và cảm giác thành công khi hoàn thành một công việc nhất định. Hoạt động BA được chia ra làm nhiều cấp độ: (a) những hoạt động về mặt cơ thể; (b) những hoạt động tương tác xã hội; (c) những hoạt động tạo cảm giác thành thạo, có kỹ năng và (d) những hoạt động tạo giá trị [3]. Nghiên cứu này được thiết kế nhằm đánh giá hiệu quả tăng cường của liệu pháp BA trên cơ sở so sánh sự tiến triển của 30 bệnh nhân dùng thuốc kết hợp với BA và 30 bệnh nhân chỉ uống thuốc theo đơn của bác sĩ như quy trình thăm khám thông thường.

Thiết kế, chọn mẫu và công cụ nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu gồm 60 người được chọn ngẫu nhiên trong độ tuổi từ 18 đến 65 trên số bệnh nhân đang điều trị nội trú, ngoại trú tại các khoa lâm sàng thuộc một số bệnh viện tâm thần đóng trên địa bàn Hà Nội được các bác sĩ chẩn đoán với các mã F32.0 (Giai đoạn trầm cảm nhẹ); F32.1 (Giai đoạn trầm cảm vừa); F33 (Rối loạn trầm cảm tái diễn) theo Bảng phân loại bệnh quốc tế ICD-10. Tiêu chuẩn loại trừ gồm những bệnh nhân không thuộc mã chẩn đoán trên và những bệnh nhân không hợp tác điều trị BA. Tất cả bệnh nhân đều được nhận thuốc theo đơn của bác sĩ theo quy trình thăm khám thông thường của bệnh viện. Tuy nhiên, nghiên cứu lựa chọn một cách ngẫu nhiên (theo nguyên tắc xổ số) 30 trong số 60 bệnh nhân để tiến hành can thiệp thêm BA.

Với nhóm can thiệp, 30 bệnh nhân được: (a) khám tâm lý và phỏng vấn động cơ; (b) giáo dục tâm lý về trầm cảm và chuẩn bị bệnh nhân tiến hành BA; (c) thực hiện quy trình điều trị BA theo bộ tài liệu gốc

của các tác giả Kimberly A. Hepner, Jeane Miranda và Stephanie Woo [4]. Tài liệu này đã được biên soạn sửa đổi cho phù hợp với văn hóa Việt Nam dưới sự hỗ trợ kỹ thuật của các học giả Bahr Weiss (Trường Đại học tổng hợp Vanderbilt - Mỹ), Victoria K. Ngo (Tổ chức RAND), và sự hỗ trợ tài chính của Quỹ Cựu chiến binh Mỹ tại Việt Nam, Tổ chức Atlantic Philanthropies. Căn cứ trên tài liệu gốc, bộ tài liệu BA được hiệu chỉnh thành 3 tài liệu gồm: (i) Hướng dẫn dành cho nhà trị liệu; (ii) Hướng dẫn dành cho bệnh nhân; (iii) Ghi chép dành cho nhà trị liệu. Mỗi bộ tài liệu chia làm 5 phần tương ứng với 5 phiên trị liệu. Những cán bộ tiến hành BA là những chuyên viên tâm lý hoặc bác sĩ làm trong bệnh viện tâm thần. Tất cả những cán bộ này đều trải qua khóa tập huấn sử dụng BA bởi các chuyên gia và được hỗ trợ giám sát trong quá trình can thiệp với bệnh nhân để đảm bảo quy trình can thiệp được thực hiện theo đúng quy định [3, 5]. Mục tiêu và nội dung tóm tắt của 5 phiên trị liệu được mô tả trong bảng 1.

Bảng 1: mục tiêu và nội dung tóm tắt 5 phiên trị liệu kích hoạt hành vi

Buổi	Mục tiêu	Nội dung tóm tắt
1	Giúp bệnh nhân + Có cái nhìn tổng quát về liệu pháp sử dụng trong chương trình (Liệu pháp kích hoạt hành vi) + Hiểu được mối quan hệ giữa hoạt động và tâm trạng của bệnh nhân + Xác định các hoạt động bệnh nhân thích thú trong quá khứ + Chọn một hoạt động mà bệnh nhân vẫn có thể thực hiện	I. Chào hỏi II. Tổng quan về liệu pháp điều trị trong chương trình (Liệu pháp kích hoạt hành vi) III. Bạn cảm thấy thế nào? IV. Chủ đề mới: giáo dục tâm lý + Mối quan hệ giữa hoạt động và tâm trạng của bạn + Các hoạt động mà bạn thích làm V. Phán hồi và ôn lại VI. Thực hành và định hướng tiếp theo
2	+ Tìm cách để thực hiện các hoạt động ngay cả khi bệnh nhân không thích các hoạt động đó + Đưa ra một số lý do tại sao bệnh nhân có thể thích hoạt động đó + Bệnh nhân cam kết thực hiện một hoạt động mới	I. Ôn bài cũ II. Chủ đề mới: tiến hành các hoạt động mới + Mối liên hệ giữa các hoạt động và tâm trạng: giới thiệu chuỗi các hoạt động + Vượt qua trầm cảm: tiến hành các hoạt động thậm chí khi bạn không thích + Làm thế nào để có ý tưởng cho hoạt động III. Phán hồi và ôn lại IV. Thực hành và định hướng tiếp theo
3	+ Xác định các trở ngại có thể gặp khi bệnh nhân bắt đầu thực hiện các hoạt động có lợi cho sức khỏe + Học cách làm thế nào để vượt qua các trở ngại	I. Thực hành: bạn cảm thấy thế nào? II. Ôn bài cũ III. Chủ đề mới: vượt qua trở ngại + Giải quyết khó khăn + Tạo bước đi phù hợp IV. Phán hồi và ôn lại V. Thực hành và định hướng tiếp theo
4	+ Học cách làm thế nào để tạo cân bằng trong cuộc sống với rất nhiều các hoạt động khác nhau + Hiểu được sự khác biệt giữa dự đoán sự thích thú trước khi thực hiện hoạt động với cảm nhận thích thú khi hoạt động	I. Thực hành: bạn cảm thấy thế nào? II. Ôn bài cũ III. Chủ đề mới: vượt qua trở ngại + Cân bằng các hoạt động của bạn + Dự đoán sự thích thú của hoạt động IV. Phán hồi và ôn lại V. Thực hành và định hướng tiếp theo
5	+ Xác định khả năng vượt qua trầm cảm của bản thân bệnh nhân + Vượt qua các tình huống nguy cơ cao gây trầm cảm	I. Thực hành: bạn cảm thấy thế nào? II. Ôn bài cũ III. Chủ đề mới: thực hiện các hoạt động để định hướng tương lai + Tự tin vượt qua trầm cảm + Vượt qua các tình huống nguy cơ cao IV. Phán hồi và ôn lại V. Thực hành và định hướng tương lai

Bộ công cụ nghiên cứu gồm một bảng hỏi về các biến nhân khẩu học như tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, học vấn, nghề nghiệp và hành vi nguy cơ như uống rượu hay hút thuốc. Bên cạnh đó, công cụ đánh giá hiệu quả can thiệp trị liệu BA bao gồm: (i) thang sàng lọc các triệu chứng lo âu lan tỏa (GAD-7) với 7 item; (ii) thang đo mức độ kích hoạt hành vi dành cho bệnh nhân trầm cảm bản rút gọn (BADS-SF) gồm 12 item với 3 tiểu thang đo là kích hoạt tập trung, hành vi né tránh và kích hoạt chung; (iii) thang đo các trạng thái sức khỏe (SF-12) gồm 12 item chia thành hai tiểu thang đo sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần; (iv) thang đo các biểu hiện trầm cảm (PHQ-9) gồm 9 item. Tất cả các bộ công cụ trên đã được dịch Việt hóa và được sử dụng trong một số nghiên cứu tại Việt Nam về tổn thương sức khỏe tâm thần. Tác giả tiến hành đo lường các triệu chứng lo âu, trầm cảm, mức độ kích hoạt hành vi và trạng thái sức khỏe trên khách thể tại 4 thời điểm: T1 - Buổi gặp đầu tiên khám tâm lý; T2 - Tuần thứ 6 sau khi kết thúc can thiệp BA; T3 - Tuần thứ 12 (6 tuần sau can thiệp BA) và T4 - Tuần thứ 18 (12 tuần sau can thiệp BA). Số liệu thu thập tại thời điểm T1 được xử lý kiểm định Chi-squared-test, independent-t-test, và ANOVA để đánh giá sự khác biệt về các biến nhân khẩu học cũng như các biến đầu ra (lo âu, trầm cảm, mức độ kích hoạt hành vi và hành vi nguy cơ). Để đánh giá sự khác biệt điểm số của nhóm can thiệp (can thiệp thuốc và BA) và nhóm đối chứng (chỉ can thiệp thuốc) giữa các lần đo, chúng tôi đã sử dụng phép phân tích ANOVA tái đo lường bằng phần mềm phân tích số liệu SPSS phiên bản 21.0 với độ tin cậy mặc định là 95% theo khuyến nghị của Raudenbush & Bryk [6].

Một số bằng chứng nghiên cứu về hiệu quả của trị liệu nhận thức hành vi và liệu pháp kích hoạt hành vi cho người bệnh trầm cảm

Như tên gọi, trị liệu nhận thức hành vi tập trung vào 2 yếu tố là nhận thức và hành vi. Khó có thể có một định nghĩa ngắn gọn, bao quát về trị liệu nhận thức hành vi, nhưng A. Beck đã chỉ ra một số đặc trưng chính của liệu pháp này gồm các nhiệm vụ: (a) tư vấn tâm lý giáo dục giúp bệnh nhân nhận ra mối quan hệ giữa các yếu tố nhận thức, cảm xúc và hành vi; (b) kích hoạt hành vi để tăng cường các hoạt động thể chất, đồng thời cảm nhận được sự thoải mái khi thành công trong một công việc nào đó; (c) tái cấu trúc nhận thức với mục tiêu giúp cá nhân hình thành các chiến lược

nhận thức hợp lý để đương đầu với những tình huống khó khăn trong tương lai; (d) kiểm tra các giả thuyết là bước cuối cùng của kỹ thuật tái cấu trúc nhận thức giúp cho bệnh nhân kiểm nghiệm những giả thuyết mới trong đời sống thực, từ đó thay đổi cơ cấu nhận thức tiêu cực [3]. Như vậy, kích hoạt hành vi chính là một cấu phần quan trọng của liệu pháp nhận thức hành vi thường được tiến hành trước kỹ thuật tái cấu trúc nhận thức.

Trên thế giới, nhiều nghiên cứu về hiệu quả liệu pháp nhận thức hành vi so với thuốc đã được tiến hành. Ví dụ công trình nghiên cứu của DeRubeis, Steven Hollon và cộng sự (2005) so sánh hiệu quả của trị liệu nhận thức hành vi và thuốc chống trầm cảm trên những đối tượng bị trầm cảm vừa và nặng cho thấy sau 8 tuần điều trị, tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng với thuốc là 50% và tương ứng đáp ứng với trị liệu nhận thức hành vi là 43%, thể hiện qua sự thuyên giảm các triệu chứng. Cả hai nhóm điều trị bằng thuốc và nhận thức hành vi đều có những tiến triển tốt hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm sử dụng thuốc vờ (placebo). Các phép phân tích thống kê sau 8 tuần cũng kết luận hiệu lực của trị liệu nhận thức cao hơn hiệu lực điều trị thuốc. Sau 16 tuần, tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng với trị liệu nhận thức hành vi là 58% trong khi đó tỷ lệ đáp ứng với thuốc là 46%. Từ những bằng chứng trên, tác giả kết luận rằng trị liệu nhận thức hành vi có thể có hiệu quả cao tương đương hoặc hơn so với điều trị bằng hoá dược nếu tiến trình trị liệu kéo dài trên 16 tuần. Trị liệu nhận thức hành vi có hiệu lực cao hơn trong việc duy trì sự tham gia của bệnh nhân vào quá trình điều trị. Tuy nhiên, tác giả cho rằng hiệu quả của trị liệu nhận thức hành vi phụ thuộc rất lớn vào tay nghề và kinh nghiệm của các nhà trị liệu [7].

Nghiên cứu của Fourier và cộng sự (2008) so sánh hiệu quả của thuốc và trị liệu nhận thức hành vi trên những đối tượng trầm cảm kết hợp với rối loạn nhân cách cũng cho thấy có ảnh hưởng của các đặc điểm rối loạn nhân cách đến khả năng đáp ứng điều trị ở bệnh nhân trong 16 tuần điều trị, với 66% đáp ứng tốt với thuốc và 44% đáp ứng tốt với trị liệu nhận thức hành vi cho những người có trầm cảm kết hợp với rối loạn nhân cách. Trong khi đó, 49% bệnh nhân đáp ứng với thuốc và 70% bệnh nhân đáp ứng với trị liệu nhận thức hành vi ở nhóm bệnh nhân trầm cảm nhưng không đi kèm các biểu hiện của rối loạn nhân cách. Từ kết quả theo dõi 2 nhóm bệnh nhân này sau một năm, các tác

giả kết luận là trị liệu nhận thức hành vi có hiệu quả hơn trị liệu bằng thuốc trên các nhóm đối tượng trầm cảm không kèm các đặc điểm của rối loạn nhân cách [8].

Về hiệu quả phòng tái phát các triệu chứng của trầm cảm sau một giai đoạn điều trị tích cực, Steven Hollon và cộng sự (2005) đã tiến hành một nghiên cứu trường diễn theo dõi tiến triển của những bệnh nhân trầm cảm được điều trị bằng thuốc và điều trị nhận thức hành vi một năm sau can thiệp trên 104 bệnh nhân. Kết quả của nghiên cứu cho thấy, những bệnh nhân nhóm trị liệu nhận thức hành vi có tỷ lệ bỏ dở giữa chừng thấp hơn nhóm điều trị bằng thuốc. Về mức độ tái phát các triệu chứng trầm cảm, những bệnh nhân bỏ dở giữa chừng của nhóm trị liệu nhận thức hành vi có tỷ lệ tái phát thấp hơn đáng kể so với những bệnh nhân trị liệu thuốc bỏ trị liệu (với tỷ lệ lần lượt là 30,8% và 76,2%). Đối với những bệnh nhân tuân thủ tiến trình trị liệu, tỷ lệ tái phát của nhóm trị liệu nhận thức hành vi là 30,8%, thấp hơn tỷ lệ tái phát của nhóm tuân thủ điều trị thuốc (47,2%). Tóm lại, kết quả nghiên cứu khẳng định hiệu quả của liệu pháp nhận thức hành vi có tác dụng lâu dài hơn trị liệu bằng thuốc vì cá nhân tham gia một giai đoạn trị liệu nhận thức hành vi tích cực đã được trang bị một số kỹ năng để đương đầu với những sự kiện căng thẳng cũng như đối phó với các suy nghĩ không hợp lý của họ [9].

Bên cạnh đó, cũng có một số nghiên cứu so sánh hiệu quả của liệu pháp kích hoạt hành vi, tái cấu trúc nhận thức và thuốc chống trầm cảm đã được tiến hành. Nghiên cứu của Dimidjian và cộng sự (2006) trên 241 đối tượng được chẩn đoán trầm cảm được lựa chọn ngẫu nhiên vào các nhóm can thiệp kích hoạt hành vi, tái cấu trúc nhận thức, thuốc chống trầm cảm và thuốc vờ được theo dõi trong vòng 16 tuần. Số liệu nghiên cứu khẳng định với nhóm trầm cảm nặng, sự tiến bộ của bệnh nhân trên 2 nhóm can thiệp thuốc chống trầm cảm và kích hoạt hành vi tốt tương đương nhau khi so sánh trên kết quả thang đo trầm cảm BDI và thang đo trầm cảm Halmilton (HRSD). Sự tiến bộ này khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so với sự tiến bộ trên nhóm được can thiệp bằng kỹ thuật tái cấu trúc nhận thức và thuốc vờ. Với nhóm trầm cảm nhẹ và vừa, tỷ lệ tiến bộ được thể hiện qua kết quả đánh giá thang BDI tương ứng là 65% với nhóm can thiệp tái cấu trúc nhận thức, 50% với nhóm can thiệp kích hoạt hành vi và 56% với

nhóm can thiệp thuốc chống trầm cảm. Sự tiến bộ trên thang HRSD là 60% với nhóm can thiệp tái cấu trúc nhận thức, 39% với nhóm can thiệp kích hoạt hành vi và 47% với nhóm can thiệp thuốc chống trầm cảm [10].

Một nghiên cứu khác của Dobson và cộng sự (2009) cũng khẳng định rằng, tỷ lệ tái phát giữa nhóm được can thiệp về mặt tâm lý cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ tái phát của nhóm can thiệp thuốc và thuốc vờ sau 1 năm. Tỷ lệ không tái phát của nhóm can thiệp nhận thức là 44%, trong khi đó của nhóm can thiệp kích hoạt hành vi chỉ là 34% [11].

Tóm lại, nhiều bằng chứng từ các nghiên cứu trên thế giới cho thấy, liệu pháp hành vi nhận thức nói chung và liệu pháp kích hoạt hành vi nói riêng rất có hiệu quả trong can thiệp đối với nhóm bệnh nhân trầm cảm nặng và cũng có hiệu quả tích cực trong can thiệp với nhóm bệnh nhân trầm cảm nhẹ và vừa. Tỷ lệ tái phát khi được can thiệp bằng kích hoạt hành vi sau một năm cũng không quá 50%. Ở Việt Nam, hiện chưa có nhiều bằng chứng nghiên cứu tin cậy về vấn đề này.

Kết quả nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học của hai nhóm khách thể nghiên cứu trước khi tiến hành can thiệp

Bảng 2 so sánh về số lượng, tỷ lệ phần trăm, điểm trung bình và độ lệch chuẩn các biến số nhân khẩu học giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng. Theo đó, khách thể được lựa chọn vào các nhóm can thiệp và đối chứng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ giới tính, độ tuổi trung bình, tình trạng hôn nhân, học vấn, nghề nghiệp và hành vi nguy cơ (uống rượu, hút thuốc). Giá trị độ tin cậy p của các phép kiểm định Chi-squared-test, independent-t-test và ANOVA về sự khác biệt về tỷ lệ phần trăm và điểm trung bình thể hiện trong bảng 1 đều lớn hơn 0,05, nghĩa là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới, tuổi trung bình, tình trạng hôn nhân, học vấn, nghề nghiệp và hành vi hút thuốc hoặc uống rượu giữa hai nhóm can thiệp và đối chứng tại thời điểm trước khi tiến hành can thiệp.

Nói cách khác, công tác chọn mẫu khách thể nghiên cứu vào hai nhóm can thiệp và đối chứng là ngẫu nhiên và kết quả sau khi can thiệp sẽ không bị thiên lệch do ảnh hưởng của các biến nhân khẩu học đã được đề cập (xem bảng 2).

Bảng 2: so sánh sự khác biệt giữa các nhóm về đặc điểm nhân khẩu học

Các biến số	Can thiệp	Đối chứng	Độ tin cậy của kiểm định (p)
Giới [N(%)]			
Nam	12(40,00)	14(46,67)	0,60
Nữ	18(60,00)	16(53,33)	
Tuổi [ĐTB (ĐLC)]	37,06(12,94)	39,10(14,61)	0,56
Tình trạng hôn nhân [N(%)]			
Độc thân (chưa kết hôn)	11(36,67)	8(26,67)	0,11
Kết hôn	16(53,33)	22(73,33)	
Góa	3(10,00)	0(0,00)	
Học vấn [N(%)]			
Tiểu học	2(6,66)	3(10,00)	0,59
THCS	8(26,67)	7(23,34)	
THPT, Trung cấp	14(46,67)	10(33,33)	
Đại học, Cao đẳng	6(20,00)	10(33,33)	
Sau đại học	0(0,00)	0(0,00)	
Nghề nghiệp [N(%)]			
Lao động đơn giản	20(66,67)	18(60,00)	0,60
Lao động trí óc	10(33,33)	12(40,00)	
Hành vi nguy cơ [N(%)]			
Uống rượu	18(60,00)	20(66,66)	0,72
Hút thuốc	16(55,34)	17(56,66)	0,87

ĐTB: điểm trung bình; DLC: độ lệch chuẩn

Điểm số lo âu, trầm cảm, mức độ kích hoạt hành vi và trạng thái sức khỏe của hai nhóm trước khi tiến hành can thiệp

Để kiểm định sự khác biệt về điểm số lo âu đo bằng GAD-7, điểm số trầm cảm đo bằng PHQ-9, mức độ kích hoạt hành vi đo bằng thang BADS và trạng thái sức khỏe đo bằng thang SF giữa hai nhóm đối chứng và can thiệp trước khi tiến hành BA, chúng tôi đã sử dụng phép kiểm định independent-t-test. Giá trị t của phép kiểm định cũng như độ tin cậy được báo cáo trong bảng 3 dưới đây. Sẽ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nếu giá trị của phép kiểm định nhỏ và độ tin cậy của phép kiểm định $p > 0,05$, hay nói cách khác không có sự ảnh hưởng do sự khác biệt của các biến số đến kết quả can thiệp trị liệu.

Bảng 3: so sánh sự khác biệt giữa các nhóm về điểm số lo âu, trầm cảm, mức độ kích hoạt hành vi và trạng thái sức khỏe của các nhóm trước khi tiến hành can thiệp

Nội dung thang đo	Nhóm đối chứng	Nhóm can thiệp	T(p)
Điểm thang GAD-7 [ĐTB(DLC)]	7,3(3,5)	8,0(4,9)	0,63(0,52)
Điểm tổng BADS [ĐTB (DCL)]	18,6(7,2)	18,0(7,2)	0,32(0,74)
Kích hoạt trọng tâm	7,8(4,0)	7,4(3,7)	0,40(0,68)
Hành vi né tránh	7,2(3,8)	7,2(3,6)	0,00(1,00)
Kích hoạt nói chung	3,6(2,6)	3,4(2,6)	0,29(0,76)
Điểm thang PHQ-9 [ĐTB (DCL)]	13,6(5,8)	14,9(6,1)	0,84(0,40)
Điểm tổng SF [ĐTB (DCL)]	22,9(5,5)	22,6(5,1)	0,21(0,82)
Sức khỏe thể chất	10,1(2,7)	9,9(2,5)	0,29(0,76)
Sức khỏe tinh thần	12,8(3,5)	12,6(3,3)	0,22(0,87)

T: giá trị phép kiểm định t; p: mức độ tin cậy, ý nghĩa của phép kiểm định

Số liệu ở bảng 3 cho thấy, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm số các thang đo lo âu (GAD-7 là 7,3 và 8,0), mức độ kích hoạt hành vi (BADS là 18,6 và 18,0), điểm trầm cảm đo bằng thang đo PHQ-9 (13,6 và 14,9), trạng thái sức khỏe (SF là 22,9 và 22,6) của hai nhóm trước khi tiến hành can thiệp trị liệu. Điều này thể hiện qua giá trị các phép kiểm định independent-t-test đều nhỏ và mức ý nghĩa $p > 0,05$. Ở cấp độ tiểu thang đo, số liệu trong bảng 3 cũng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm can thiệp và đối chứng về mức độ kích hoạt trọng tâm, hành vi né tránh; mức độ kích hoạt nói chung; mức độ sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần.

Tuy rằng sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê nhưng bằng quan sát, ta có thể thấy điểm lo âu (đo bằng thang GAD-7) và điểm trầm cảm (đo bằng thang đo PHQ-9) của nhóm can thiệp BA đều cao hơn điểm lo âu và trầm cảm của nhóm đối chứng. Hay nói cách khác, xét theo điểm trung bình, các triệu chứng liên quan đến lo âu và trầm cảm của nhóm can thiệp trầm trọng hơn nhóm đối chứng và những sự tiến bộ của nhóm.

Điểm số lo âu, trầm cảm, mức độ kích hoạt hành vi và trạng thái sức khỏe của các nhóm qua các thời điểm can thiệp

Trong phần này, chúng tôi sẽ trình bày sự thay đổi điểm số các thang đo lo âu, trầm cảm, mức độ kích hoạt hành vi và trạng thái sức khỏe của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng qua bốn mốc thời gian đo lường là khi bắt đầu hợp đồng trị liệu, tuần thứ 6, tuần thứ 12 và tuần thứ 18.

Trước tiên, chúng tôi trình bày phân loại trầm cảm theo kết quả đánh giá sàng lọc bằng thang PHQ-9 qua các thời điểm can thiệp. Đây là những kết quả sàng lọc bằng thang đo chứ không phải là kết quả chẩn đoán của bác sỹ. Tiêu chuẩn phân loại được tính toán như sau: $PHQ-9 \leq 4$: không có trầm cảm; $5 \leq PHQ-9 \leq 9$: nhẹ; $10 \leq PHQ-9 \leq 14$: vừa; $PHQ-9 \geq 15$: nặng. Tuy nhiên, không có trường hợp nào có điểm ≤ 4 nên chúng tôi loại không đưa vào cột không có trầm cảm. Theo đó, tại các thời điểm T1 (bắt đầu trị liệu) nhóm can thiệp có tới 16 khách thể đáp ứng tiêu chuẩn trầm cảm vừa và nặng theo kết quả báo cáo thang PHQ-9. Tương ứng với nhóm đối chứng, con số này là 14 người. Đến thời điểm T2 (hết liệu trình BA) có 29/30 khách thể thuộc nhóm can thiệp đáp ứng tiêu chuẩn trầm cảm nhẹ, chiếm 96,66%, trong khi đó nhóm đối chứng chỉ có 26/30 khách thể đáp ứng tiêu chuẩn trầm cảm nhẹ, chiếm 86,66%. Đến thời điểm T4 (12 tuần sau khi dừng

can thiệp BA), cả hai nhóm khách thể đều đạt được những tiến bộ. 100% khách thể của nhóm can thiệp giảm triệu chứng và chỉ còn đáp ứng tiêu chuẩn của trầm cảm nhẹ; 93,33% khách thể của nhóm đối chứng giảm triệu chứng và chỉ còn đáp ứng tiêu chuẩn của trầm cảm nhẹ.

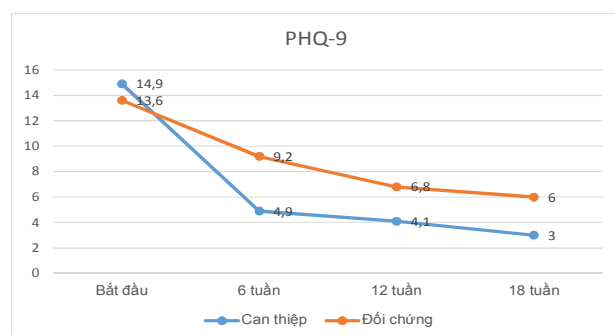
Bảng 4: tỷ lệ phần trăm trầm cảm theo phân loại PHQ-9 tại các thời điểm can thiệp

Thời điểm	Can thiệp [N (%)]			Đối chứng [N (%)]		
	Nhẹ	Vừa	Nặng	Nhẹ	Vừa	Nặng
T1	14(46,67)	9(30)	7(23,33)	16(53,33)	10(33,33)	4(13,33)
T2	29(96,67)	0(0)	1(3,33)	26(86,67)	3(10)	1(3,33)
T3	29(96,67)	1(3,33)	0(0)	27(90)	2(6,67)	1(3,33)
T4	30(100)	0(0)	0(0)	28(93,33)	1(3,33)	1(3,33)

T1 = bắt đầu; T2 = tuần thứ 6; T3 = tuần thứ 12; T4 = tuần thứ 18

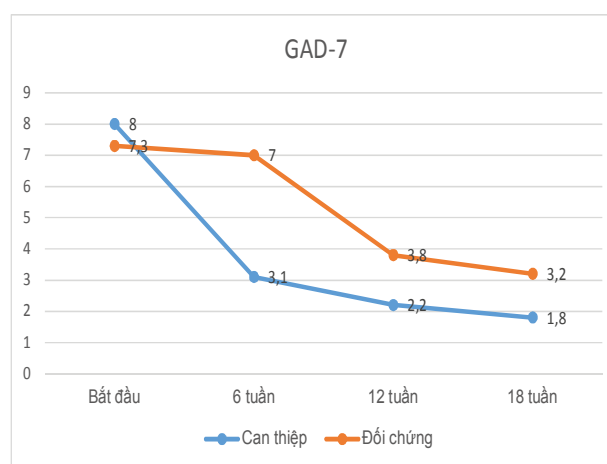
Vì so sánh về tỷ lệ phân loại trầm cảm như trên mới phần nào chỉ ra sự khác biệt trong quá trình can thiệp BA (tại thời điểm T2) mà chưa thể hiện rõ sự khác biệt trong hiệu quả sau thời điểm T4 nên chúng tôi tiếp tục kiểm định điểm số các thang đo lo âu, trầm cảm, mức độ kích hoạt hành vi và trạng thái sức khỏe của nhóm can thiệp và đối chứng qua các thời điểm đo và kiểm định bằng phân tích ANOVA tái đo lường. Xu hướng thay đổi được trình bày trong các biểu đồ dưới đây.

Theo biểu đồ 1, nhóm can thiệp giảm các triệu chứng trầm cảm một cách ấn tượng trong 6 tuần can thiệp trị liệu đầu tiên (từ 14,9 điểm xuống 4,9 điểm) và chậm lại sau đó (cho tới mức 3 điểm). Đối với nhóm đối chứng, sự tiến bộ diễn ra từ từ trong cả quá trình (tới mức 6 điểm). Sự khác biệt trong sự tiến bộ giữa hai nhóm là có ý nghĩa thống kê với giá trị kiểm định ANOVA tái đo lường $F = 18,48$; $p < 0,05$. Nói cách khác, liệu pháp BA có hiệu quả trong việc giúp cải thiện các triệu chứng trầm cảm so với nhóm chứng chỉ điều trị bằng thuốc.



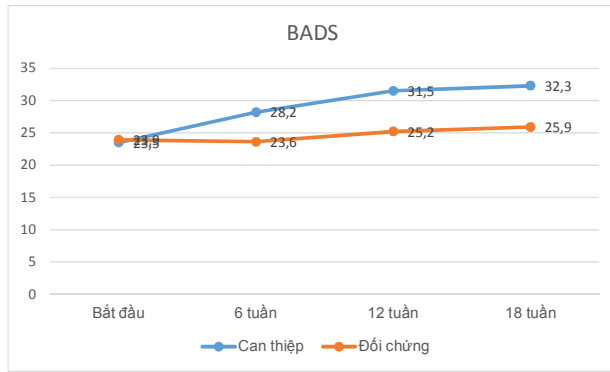
Biểu đồ 1: sự thay đổi điểm số trầm cảm đo bằng PHQ-9 của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng qua các thời điểm can thiệp

Xu hướng thay đổi về điểm số lo âu đo bằng GAD-7 qua các thời điểm đo được trình bày ở biểu đồ 2. Từ biểu đồ 2 ta thấy, tương tự như xu hướng thay đổi điểm số trầm cảm, nhóm can thiệp giảm các triệu chứng lo âu một cách ấn tượng trong 6 tuần can thiệp trị liệu đầu tiên (từ 8 điểm xuống 3,1 điểm) rồi tiếp tục tiến triển chậm đến mức 1,8 điểm. Với nhóm đối chứng, điểm lo âu chỉ giảm xuống mức 3,2 điểm sau 18 tuần can thiệp. Kết quả kiểm định ANOVA tái đo lường với $F = 20,12$; $p < 0,05$ khẳng định sự tiến triển của nhóm can thiệp so với nhóm đối chứng khác biệt một cách có ý nghĩa thống kê, hay nói cách khác liệu pháp BA có hiệu quả trong việc giúp cải thiện các triệu chứng lo âu đo bằng GAD-7.



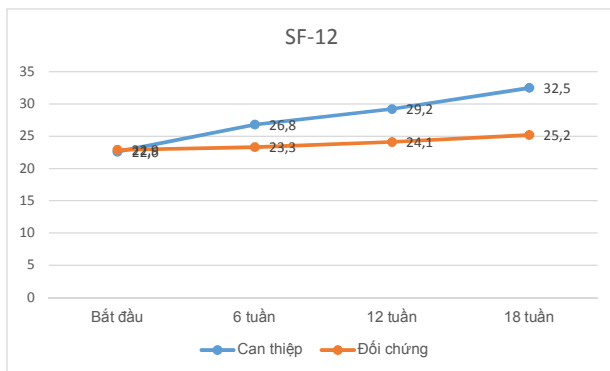
Biểu đồ 2: sự thay đổi điểm số lo âu đo bằng GAD-7 của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng qua các thời điểm can thiệp

Để đánh giá sự thay đổi về mức độ kích hoạt hành vi, chúng tôi tiếp tục sử dụng kiểm định ANOVA tái đo lường với biến đầu vào là điểm số thang BADS tại bốn thời điểm đo. Kết quả thể hiện trong biểu đồ 3 cho thấy mức độ kích hoạt hành vi của nhóm can thiệp sau 18 tuần trị liệu là 32,3 điểm, cao hơn mức độ kích hoạt hành vi của nhóm đối chứng là 25,9 điểm. Giá trị kiểm định ANOVA tái đo lường với $F = 22,64$; $p < 0,05$ khẳng định sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê và chứng tỏ rằng liệu pháp BA kết hợp với thuốc có hiệu quả gấp đôi trong việc thay đổi mức độ kích hoạt hành vi của nhóm bệnh nhân trầm cảm sau 18 tuần điều trị so với việc chỉ điều trị bằng thuốc theo đơn của bác sỹ như thông thường.



Biểu đồ 3: sự thay đổi điểm số kích hoạt hành vi đo bằng BADS của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng qua các thời điểm can thiệp

Liên quan đến trạng thái sức khỏe cá nhân, chúng tôi tiến hành kiểm định ANOVA tái đo lường với biến đầu vào là điểm số thang SF của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng qua các thời điểm đo. Kết quả kiểm định với $F = 23,46$; $p < 0,05$ ở biểu đồ 4 cho thấy xu hướng điểm trạng thái sức khỏe cá nhân của hai nhóm can thiệp và đối chứng là khác nhau một cách có ý nghĩa thống kê. Tương tự như xu hướng khác biệt về điểm số kích hoạt hành vi, điểm số trạng thái sức khỏe cá nhân của nhóm can thiệp BA đạt 32,5 điểm sau 18 tuần, trong khi với nhóm đối chứng chỉ đạt 25,2 điểm. Hay nói cách khác, liệu pháp BA kết hợp với thuốc có hiệu quả trong việc cải thiện trạng thái sức khỏe cá nhân tốt gấp đôi so với việc chỉ can thiệp thuốc cho bệnh nhân trầm cảm.



Biểu đồ 4: sự thay đổi điểm số trạng thái sức khỏe đo bằng thang SF của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng qua các thời điểm can thiệp

Kết luận và khuyến nghị

Từ kết quả nghiên cứu được trình bày trong phần trên, có thể rút ra một số kết luận chính như sau:

Thời điểm trước khi can thiệp, các hệ số điểm lo âu, mức độ kích hoạt hành vi và tình trạng sức khỏe cá

nhân giữa hai nhóm can thiệp và đối chứng là tương đương. Thậm chí, điểm số lo âu trầm cảm của nhóm can thiệp còn cao hơn điểm số trầm cảm của nhóm đối chứng. Tỷ lệ những người đáp ứng tiêu chuẩn trầm cảm vừa và nặng của nhóm can thiệp cũng cao hơn nhóm đối chứng mặc dù sự khác biệt này chưa ở mức ý nghĩa thống kê.

Sau 6 tuần can thiệp (hết liệu trình BA), các triệu chứng lo âu trầm cảm của nhóm can thiệp đều giảm ấn tượng so với nhóm đối chứng. Điều này phản ánh rằng, liệu pháp BA có hiệu quả lớn trong hỗ trợ điều trị bệnh nhân trầm cảm bằng thuốc. Kết luận này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của các học giả nước ngoài như R.J. DeRubeis, S.D. Hollon và cộng sự (2005) hay nghiên cứu của J.C. Fournier và cộng sự (2008).

Sau 18 tuần can thiệp, sự khác biệt giữa các hệ số điểm lo âu, trầm cảm ở nhóm can thiệp vẫn duy trì ở mức thấp so với nhóm đối chứng. Ngược lại, mức độ kích hoạt hành vi và tình trạng sức khỏe cá nhân của nhóm can thiệp cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng. Kết quả này chứng tỏ liệu pháp BA kết hợp với thuốc có hiệu quả trong việc phòng tái phát cho bệnh nhân trầm cảm vì nó vẫn duy trì được hiệu quả trị liệu tích cực sau khi kết thúc can thiệp trị liệu 12 tuần. Kết quả này cũng tương đồng với những bằng chứng nghiên cứu trong công trình của S.D. Hollon, R.J. DeRubeis và cộng sự (2005).

Phải thừa nhận rằng nghiên cứu này vẫn còn một số hạn chế như mẫu nghiên cứu nhỏ và có một số bệnh nhân trong quá trình can thiệp đã không hoàn toàn tuân thủ uống thuốc theo y lệnh của bác sĩ. Tuy vậy, với điểm mạnh là phương pháp chọn mẫu đại diện cũng như kiểm soát tốt các biến số đầu vào gồm các triệu chứng lo âu, trầm cảm, điểm số kích hoạt hành vi và trạng thái cơ thể nên độ tin cậy của nghiên cứu và mức độ khái quát của kết luận nghiên cứu là khá cao. Với những bằng chứng về hiệu quả can thiệp cũng như phòng ngừa trầm cảm do nghiên cứu này đưa ra, chúng tôi cho rằng cần thiết phải chuẩn hóa và đưa liệu pháp BA vào các bệnh viện và cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần như một phương cách điều trị chính thức cho bệnh nhân trầm cảm. Các bệnh viện tâm thần, cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần cần đào tạo liệu pháp kích hoạt hành vi cho đội ngũ bác sĩ hoặc chuyên viên tâm

lý cũng như chỉ định liệu pháp này cho bệnh nhân trầm cảm, đặc biệt là bệnh nhân trong giai đoạn trầm cảm nhẹ, trầm cảm vừa và trầm cảm tái diễn.

Tài liệu tham khảo

- [1] World Health Organization (2013), International statistics: Vietnam Retrieved from <http://www.who.int/countries/vnm/en/>
- [2] M. Niemi, M. Malqvist, K.B. Giang, P. Allebeck, T. Falkenberg (2013), "A narrative review of factors influencing detection and treatment of depression in Vietnam", *International Journal of Mental Health Systems*. pp.7-15, <http://dx.doi.org/10.1186/1752-4458-7-15>. (PubMed: 23647977).
- [3] V.K. Ngo, T. Lam, T. Dang, B. Weiss (2010), "Vietnamese version of the individual therapy manual for behavior activation: Activities and your mood", Danang Provincial Department of Health; Danang, Vietnam.
- [4] Kimberly A. Hepner, Jeanne Miranda, Stephanie Woo, Katherine E. Watkins, Isabel Lagomasino, Shelley H. Wiseman, Ricardo F. Munoz (2011), "A Group Cognitive Behavioral Therapy for Depression in Clients with Co-Occurring Alcohol and Drug Use Problems", Group Leader's Manual.
- [5] V.K. Ngo, C. Nguyen, D. Do, C. Nguyen, N. Truong, T. Nguyen (2011), "Promoting community - based mental health period 2009-2011, A mid-term evaluation", Vietnam Veterans of America Foundation, New York.
- [6] S.W. Raudenbush & S.A. Bryk (2002), "Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods (2nd ed.)", Newbury Park, CA, Sage Publications.
- [7] R.J. DeRubeis, S.D. Hollon, J.D. Amsterdam, R.C. Shelton, P.R. Young, R.M. Salomon, J.P. O'Reardon, M.L. Lovett, M.M. Gladis, L.L. Brown & R. Gallop (2005), "Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression", *Archives of General Psychiatry*, **62**, pp.409-416.
- [8] J.C. Fournier, R.J. DeRubeis, R.C. Shelton, R. Gallop, J.D. Amsterdam & S.D. Hollon (2008), "Antidepressant medications versus cognitive therapy in depressed patients with or without personality disorder", *British Journal of Psychiatry*, **192**, pp.124-129.
- [9] S.D. Hollon, R.J. DeRubeis, R.C. Shelton, J.D. Amsterdam, R.M. Salomon, J.P. O'Reardon, M.L. Lovett, P.R. Young, K.L. Haman, B.B. Freeman & R. Gallop (2005), "Prevention of relapse following cognitive therapy versus medications in moderate to severe depression", *Archives of General Psychiatry*, **62**, pp.417-422.
- [10] S. Dimidjian, S.D. Hollon, K.S. Dobson, K.B. Schmaling, R.J. Kohlenberg, M.E. Addis, R. Gallop, J.B. McGlinchey, D.K. Markley, J.K. Gollan, D.C. Atkins, D.L. Dunner & N.S. Jacobson (2006), "Behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of major depression", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **74**, pp. 658-670.
- [11] K.S. Dobson, S.D. Hollon, S. Dimidjian, K.B. Schmaling, R.J. Kohlenberg, R. Gallop, S. Rizvi, J.K. Gollan, D.L. Dunner & N.S. Jacobson (2009), "Behavioral activation, cognitive therapy, and anti - depressant medication in the treatment of major depression: Prevention of relapse effects", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.