

NÂNG CAO SỨC KHỎE VÀ PHÒNG NGỪA BỆNH TẬT TRONG SỨC KHỎE TÂM THẦN TRẺ EM VÀ VỊ THÀNH NIÊN

Kerry O'Loughlin, Robert R. Althoff & James J. Hudziak

Phiên bản Tiếng Việt

Hiệu đính: Phạm Minh Triết

Dịch thuật: Nguyễn Văn Mạnh

Trần Kim Phú, Nguyễn Thị Huệ

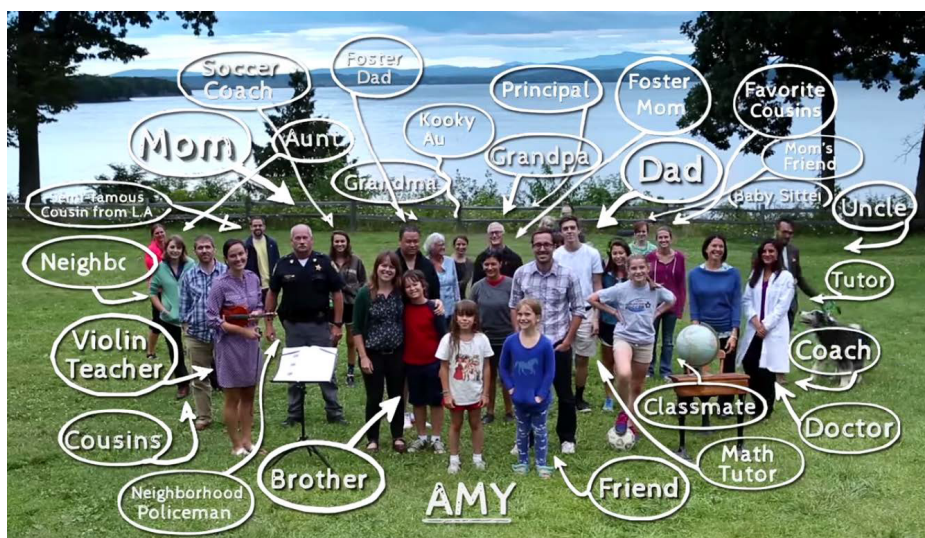


Photo: Vermont Center for Children, Youth, and Families. Reproduced with permission

Kerry O'Loughlin BS

Graduate Student Research Assistant, University of Vermont, College of Medicine, US

Conflict of interest: none reported

Robert R. Althoff MD, PhD

Associate Professor of Psychiatry, Psychology and Pediatrics & Director, Division of Behavioral Genetics, Vermont Center for Children, Youth & Families, University of Vermont College of Medicine, Burlington, US

Conflict of interest: none disclosed

Ấn phẩm này hướng tới đối tượng các chuyên gia đào tạo hoặc thực hành trong lĩnh vực Sức khỏe tâm thần và không dành cho cộng đồng nói chung. Ý kiến của các tác giả đưa ra không nhất thiết phải thể hiện quan điểm của Biên tập viên hoặc IACAPAP. Ấn phẩm cung cấp các phương pháp điều trị và thực hành tốt nhất dựa trên bằng chứng khoa học có sẵn tại thời điểm viết sách theo đánh giá của các tác giả và có thể thay đổi so với kết quả của những nghiên cứu mới sau này. Độc giả nên áp dụng kiến thức này cho bệnh nhân theo hướng dẫn và luật pháp của quốc gia đang hành nghề. Một số quốc gia có thể không có đầy đủ các loại thuốc cũng như liều lượng và tác dụng không mong muốn được đề cập đến vì vậy độc giả nên tham khảo thông tin thuốc cụ thể. Chúng tôi có bổ sung thông tin về một số tổ chức, ấn phẩm và trang web được trích dẫn hoặc liên kết để minh họa cho các vấn đề. Điều này không có nghĩa là các tác giả, biên tập viên hoặc IACAPAP tán thành các nội dung đó, người đọc cần đánh giá nghiêm túc các khuyến nghị trên. Trang web cũng có thể đã bị thay đổi hoặc không còn tồn tại.

© IACAPAP 2017. Đây là ấn phẩm truy cập mở theo Giấy phép của tổ chức phi lợi nhuận Creative Commons Attribution. Bất cứ hình thức sử dụng, phát hành và tái bản trong bất kỳ phương tiện được cấp phép nào mà không có sự cho phép trước của tác giả cần đảm bảo điều kiện ấn phẩm gốc được trích dẫn chính xác và sử dụng mang tính chất phi lợi nhuận. Gửi ý kiến về cuốn sách điện tử hoặc dự án này đến địa chỉ jmreyATbigpond.net.au.

Gợi ý trích dẫn: O'Loughlin K, Althoff RR, Hudziak JJ. Health promotion and prevention in child and adolescent mental health. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. (phiên bản tiếng Việt; Phạm Minh Triết, Nguyễn Thị Huệ, Trần Kim Phú, eds.) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2017.

Cơ hội hoàn hảo để đưa lĩnh vực chăm sóc sức khỏe tâm thần trẻ em và trẻ vị thành niên vào vị trí hàng đầu trong việc cải cách dịch vụ chăm sóc sức khỏe sắp xảy ra. Nếu nắm bắt được sức mạnh và phạm vi của việc nâng cao sức khỏe và phòng ngừa bệnh tật thì lĩnh vực sức khỏe tâm thần trẻ em và vị thành niên sẽ trở thành trọng tâm trong mảng chăm sóc sức khỏe và an sinh xã hội của mọi trẻ em và gia đình. Bác sĩ tâm thần nhi là những bác sĩ duy nhất được đào tạo để hiểu về mối tương quan cảm xúc và hành vi giữa cấu trúc và chức năng của một bộ não đang phát triển. Không có lĩnh vực nào khác kết hợp đào tạo y khoa cổ điển cùng với sự hiểu biết về sự phát triển của bộ não và hành vi từ lúc sinh cho đến 24 tuổi, lứa tuổi của trẻ và gia đình là đối tượng mà chúng ta phục vụ. Trong hai thập kỷ qua, nhiều lĩnh vực trong mảng nghiên cứu y học đã phát triển đầy đủ đến mức ngành tâm thần học trẻ em và vị thành niên được đặt vào một vị trí hoàn hảo để thực hiện một sự thay đổi mô hình theo cách mà chuyên ngành này được định nghĩa cũng như thực hành.

Các nhân tố thay đổi bao gồm tiến bộ vượt bậc trong sự hiểu biết về di truyền học (Rijlaarsdam và cộng sự, 2014), di truyền học biểu sinh (epigenetic) (Weder và cộng sự, 2014), các nghiên cứu hình ảnh học thần kinh về cấu trúc (Ducharme và cộng sự, 2011) và chức năng (Stringaris và cộng sự, 2015) của não bộ trên những quần thể lớn trẻ em trong suốt quá trình phát triển (Verhulst & Tiemeier, 2015). Các nghiên cứu này cho phép lĩnh vực của chúng ta nắm bắt được các đặc tính dễ tổn thương và các cơ hội duy nhất xảy ra trong thời kỳ phát triển của bộ não. Với sự quan tâm mạnh mẽ và bằng chứng của nghiên cứu “Các trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu (Adverse Childhood Experiences - ACEs)”, chúng ta hiện giờ biết rõ là những yếu tố khiến trẻ có nguy cơ bị lo âu, trầm cảm và lạm dụng chất cũng góp phần vào nguy cơ tăng tương tự đối với béo phì, tiểu đường, tăng huyết áp (và nhiều vấn đề y khoa tổng quát khác) (Felitti và cộng sự, 1998).

Những dữ liệu này cho phép lĩnh vực của chúng ta khẳng định đúng vai trò đặc biệt trong việc xác định và phòng ngừa những yếu tố xảy ra trước thường gặp nhất và tốn kém nhất của tất cả các loại bệnh tật, không chỉ riêng các bệnh tâm thần. Một bước tiến quan trọng khác đang tồn tại trong lĩnh vực nâng cao sức khỏe. Các bác sĩ tim mạch không bao giờ cho rằng mình là bác sĩ chỉ chăm sóc bệnh nhân bị bệnh tim ở giai đoạn cuối, thay vào đó, ngành tim mạch được định nghĩa là một lĩnh vực đã phát triển các chương trình nâng cao sức khỏe và phòng ngừa bệnh tim mạch (Ví dụ thông qua chế độ ăn uống và tập thể dục). Điều này đã khiến phần còn lại của y học đánh giá cao tầm quan trọng của việc thúc đẩy sức khỏe tim mạch đối với tất cả mọi người. Ngành Tâm thần học trẻ em và vị thành niên nên và đủ khả năng áp dụng phương pháp tương tự. Khoa học thần kinh hiện đại mang đến cho các bác sĩ tâm thần nhi cơ hội thiết kế các chương trình tăng cường sức khỏe não bộ từ khi còn trong bào thai đến khi trưởng thành.

Nghiên cứu dịch tễ trong tâm thần học và tâm thần trẻ em thoát khỏi sự phụ thuộc vào các mô hình chẩn đoán phân loại được đề cập trong DSM-V (Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ, 2013) và bắt đầu tiến tới quy trình chẩn đoán định lượng. Chúng ta ngày càng thấy rõ rằng tất cả trẻ em (hay tất cả mọi người) đều trải qua nỗi buồn, nỗi lo, sự không tập trung, sự chấp nhận rủi ro, sự phá luật, sự lập dị, do đó việc định rõ lại nhóm dân số mục tiêu cho lĩnh vực tâm thần nhi, từ việc chỉ tập trung vào nhóm trẻ đạt tiêu chuẩn để chẩn đoán một cách không

James J Hudziak MD

Professor, Departments of Psychiatry, Medicine & Pediatrics; Thomas M Achenbach Chair in Developmental Psychopathology; Director, Vermont Center for Children, Youth & Families; Director of Child and Adolescent Psychiatry, Fletcher Allen Health Care, University of Vermont, College of Medicine; Professor, Erasmus University, Sophia Children's Hospital, Rotterdam, The Netherlands; Adjunct Professor, Child Psychiatry, Washington University, St Louis, MO

Conflict of interest: none reported

A different version of this chapter is published in *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, fifth edition (2017)

thỏa đáng trên quy mô lớn, sang phục vụ cho toàn bộ trẻ em. Nói cách khác, tất cả chúng ta đều mang trong mình các triệu chứng dễ bị tổn thương (symptoms of vulnerability) về mặt cảm xúc và hành vi, và một ngành tâm thần nhi mới có thể dồn mọi nguồn lực của mình để phục vụ cho tất cả trẻ em.

Tóm lại, thời đại chăm sóc y khoa dựa trên nền tảng gia đình sắp xảy ra. Nhận thức về việc điều trị cho trẻ em như thể chúng tồn tại tách biệt sẽ không còn có thể đứng vững trong lĩnh vực của chúng ta hoặc trong bất kỳ lĩnh vực y học nào khác. Tuy nhiên, chúng ta có thể đi đầu trong việc phát triển các cách tiếp cận mới theo lộ trình cụ thể. Hầu hết các lập luận về chăm sóc sức khỏe dựa trên gia đình đã tồn tại từ lâu trong chuyên ngành của chúng ta. Với các nghiên cứu mới, giờ đây chúng ta có bằng chứng để tự tin đưa ra lập luận rằng cách thức tốt nhất trong việc giúp đỡ trẻ em và vị thành niên có được sức khỏe và hạnh phúc là giúp đỡ gia đình trẻ trở nên tốt hơn.

Những tiến bộ này, kết hợp với nhau, mời gọi những người hành nghề chăm sóc sức khỏe tâm thần trẻ em và trẻ vị thành niên thực hành dựa trên các nguyên lý sau: môi trường ảnh hưởng đến yếu tố di truyền, yếu tố di truyền ảnh hưởng đến cấu trúc và chức năng của não, từ đó ảnh hưởng đến suy nghĩ, cảm xúc và hành vi của trẻ. Dựa trên quan điểm sức khỏe nói chung bắt đầu từ sức khỏe cảm xúc và hành vi, con đường đến với sự khỏe mạnh bắt đầu bằng việc tạo ra môi trường lành mạnh cho tất cả trẻ em và gia đình.

Với suy nghĩ này, tâm thần học nhi có thể bước vào kỷ nguyên chăm sóc có trách nhiệm và việc cải cách trong chăm sóc sức khỏe với các trọng trách sau: chúng ta phải thiết kế, thử nghiệm và thực hiện các chương trình nâng cao sức khỏe nhằm phát triển não bộ khỏe mạnh từ khi sinh ra đến khi trưởng thành. Chúng ta phải thiết kế, thử nghiệm và thực hiện các chương trình phòng chống bệnh tật nhằm giúp những người có nguy cơ phát triển các rối loạn tâm thần và các bệnh lý thực thể đi kèm (rất khó điều trị ở tuổi trưởng thành). Khi can thiệp, chúng ta cần dựa trên nền tảng gia đình cùng với lưu ý rằng, cách tốt nhất để phục vụ trẻ em là cải thiện gia đình trẻ. Nếu ngành tâm thần nhi chấp nhận trọng trách này, về cơ bản chúng ta sẽ đặt mình vào vị trí trung tâm của công cuộc cải cách chăm sóc sức khỏe. Chuyên ngành của chúng ta đã góp phần nâng cao sức khỏe và sự thoải mái/hạnh phúc của trẻ em tại môi trường học đường, trong môi trường nhi khoa và cộng đồng, cũng như trong các phòng khám và bệnh viện. Với các bằng chứng mới, chúng ta có thể đóng góp các chiến lược để tăng cường sức khỏe cho tất cả trẻ em, ngăn ngừa sự phát triển của bệnh tật trong phần lớn dân số và can thiệp dựa trên gia đình cho những người phải chống chọi lại tình trạng bệnh về cảm xúc và hành vi.

Trong chương này, chúng tôi cung cấp cho những người hành nghề chăm sóc sức khỏe tâm thần trẻ em và trẻ vị thành niên bằng chứng về phòng chống bệnh tật và tăng cường sức khỏe, và mô tả một mô hình can thiệp dựa vào gia đình hoạt động tại các trường học, cơ sở nhi khoa và phòng khám ở Hoa Kỳ và một số nơi khác (Hudziak & Bartels, 2008; Mrazek & Mrazek, 2007).

LỊCH SỬ PHÒNG NGỪA

Trong 50 năm qua, thuật ngữ xung quanh khái niệm “dự phòng” đã trải qua rất nhiều lần sửa đổi (Mrazek & Mrazek, 2007) được tóm tắt trong Bảng A.14.1. Năm 1964, trong nỗ lực thiết lập một danh pháp nhất quán, lĩnh vực

Môi trường ảnh hưởng đến sức khỏe bộ gen, từ đó ảnh hưởng đến cấu trúc và chức năng của não, từ đó ảnh hưởng đến suy nghĩ, cảm xúc và hành vi của một đứa trẻ.

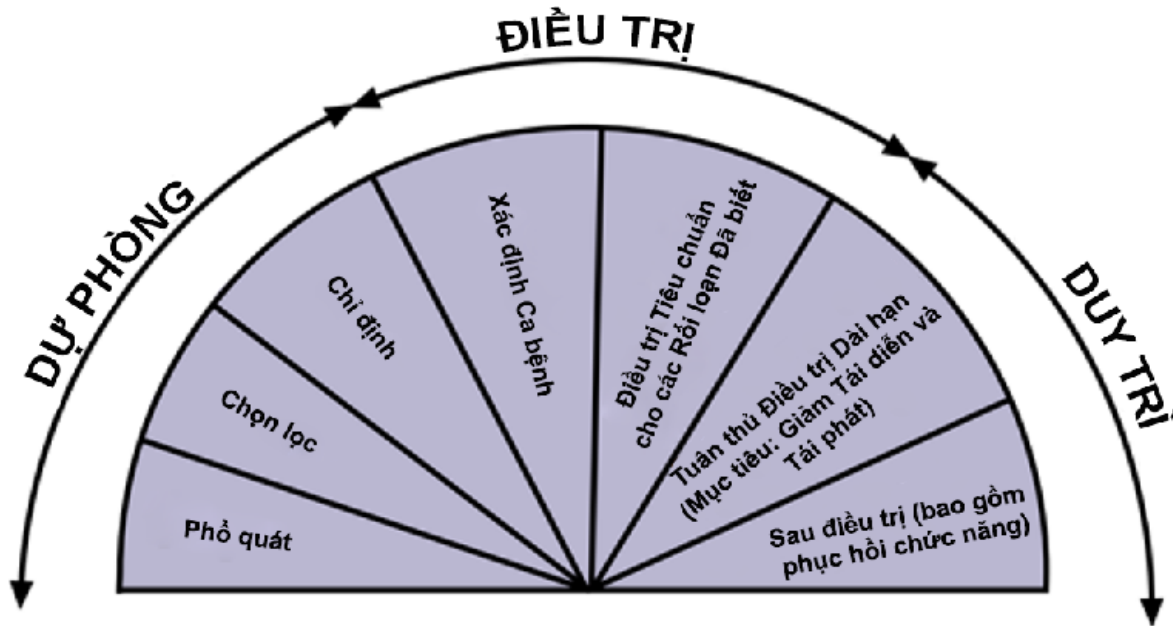
Bảng A.14.1 Khái niệm về các can thiệp dự phòng

CÁC LOẠI DỰ PHÒNG (Caplan, 1964)	
Cấp một	Nhằm giảm số lượng các trường hợp mới mắc của một bệnh
Cấp hai	Tìm cách để giảm tỷ lệ các trường hợp đã mắc một rối loạn hoặc một bệnh trong dân số (tỷ lệ mắc)
Cấp ba	Nỗ lực để giảm số lượng các gánh nặng liên quan đến bệnh tật hiện tại
MỨC ĐỘ DỰ PHÒNG ĐƯỢC ĐỀ XUẤT CỦA GORDON (1987)	
Phổ quát	Nhắm tới tất cả mọi người trong dân số có thể tiếp nhận
Chọn lọc	Chỉ tập trung vào những cá nhân có nguy cơ mắc bệnh cao hơn mức trung bình (ví dụ: có các yếu tố nguy cơ đặc hiệu)
Chỉ định	Nhắm tới các cá nhân được xác định là có nguy cơ cao mắc một bệnh trong tương lai
MỨC ĐỘ CAN THIỆP DỰ PHÒNG ĐƯỢC ĐỀ XUẤT BỞI VIỆN Y HỌC (Mrazek & Haggerty, 1994)	
Phổ quát	Nhắm tới cộng đồng chung hoặc toàn bộ dân số chưa được xác định dựa trên nguy cơ cá nhân. Hình thức can thiệp với mong muốn dành cho tất cả mọi người
Chọn lọc	Tập trung vào các cá nhân hoặc một nhóm nhỏ của dân số có nguy cơ phát triển rối loạn tâm thần cao hơn đáng kể so với mức trung bình. Nguy cơ này có thể sắp xảy ra hoặc có thể là nguy cơ suốt đời (life risk)
Chỉ định	Nhắm đến cá nhân có nguy cơ cao - đã được xác định có các dấu hiệu hoặc triệu chứng của rối loạn tâm thần ở mức độ tối thiểu có thể phát hiện được, tuy nhiên thời điểm hiện tại không đạt đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán

tâm thần học đã áp dụng một loạt các định nghĩa để mô tả các nỗ lực hướng tới dự phòng. Trong tài liệu “*Nguyên tắc dự phòng tâm thần* của Caplan - Caplan’s *Principles of Prevention Psychiatry*”, dự phòng được chia nhỏ thành ba loại: cấp một, cấp hai và cấp ba (Caplan, 1964). Dự phòng cấp một được định nghĩa là “một can thiệp được thiết kế để giảm số lượng các trường hợp mới mắc một rối loạn hoặc một bệnh tật”; dự phòng cấp hai được định nghĩa là “một can thiệp được thiết kế để giảm tỷ lệ các trường hợp đã mắc một rối loạn hoặc một bệnh tật” đã được xác định, dự phòng cấp ba được định nghĩa là “một can thiệp được thiết kế để giảm số lượng các gánh nặng liên quan đến bệnh tật hiện tại” (Mrazek & Mrazek, 2007).

Năm 1983, Gordon đã đề xuất một hệ thống phân loại dự phòng dựa trên chi phí và lợi ích của việc cung cấp một can thiệp cho nhóm dân số mục tiêu (Gordon, 1983; O’Connell và cộng sự, 2009). Nguyên tắc phân loại của Gordon giúp phân biệt giữa dự phòng phổ quát, chọn lọc và chỉ định. Trong hệ thống này, dự phòng phổ quát đề cập đến các chiến lược cho toàn bộ dân số. Dự phòng chọn lọc đề cập đến các chiến lược nhắm mục tiêu vào một nhóm dân số được xem là có nguy cơ mắc một rối loạn. Cuối cùng, dự phòng chỉ định đề cập đến

Hình A.14.1 Phạm vi can thiệp sẵn có để giải quyết các vấn đề về sức khỏe tâm thần theo mô hình của Viện Y học Hoa Kỳ (Mrazek & Haggerty, 1994)



các chiến lược nhằm vào các cá nhân không có triệu chứng (*asymptomatic*), nhưng được coi là tăng nguy cơ dựa trên đánh giá cá nhân (Gordon, 1983).

Một báo cáo của Viện Y học Hoa Kỳ (Institute of Medicine - IOM) năm 1994 về *Giảm nguy cơ của các rối loạn tâm thần: Phạm vi cho nghiên cứu can thiệp dự phòng* (Mrazek & Haggerty, 1994) đã đề xuất quá trình chăm sóc liên tục bắt đầu từ dự phòng đến điều trị và duy trì (xem Hình A.14.1). Dự phòng đề cập đến các can thiệp được thực hiện trước khi người bệnh được chẩn đoán, điều trị đề cập đến các can thiệp được cung cấp cho các cá nhân có một rối loạn nào đó, và duy trì đề cập đến các can thiệp dài hạn được thiết kế để giảm tỷ lệ tái phát cũng như tàn tật và để thúc đẩy phục hồi chức năng ở những người mắc rối loạn tâm thần mãn tính (Mrazek & Haggerty, 1994; Mrazek & Mrazek, 2007). Tương tự mô hình do Gordon đề xuất, ủy ban của IOM năm 1994 đã chia hình thức dự phòng cấp một theo mô hình cũ, thành dự phòng chỉ định, chọn lọc và phổ quát. Trong mô hình này, sự khác biệt giữa các can thiệp chỉ định, chọn lọc và phổ quát dựa trên nhóm dân số mục tiêu. Các can thiệp phổ quát được thiết kế để phục vụ toàn bộ dân số, các can thiệp chọn lọc phục vụ các cá nhân có nguy cơ cao và can thiệp được chỉ định phục vụ cho các quần thể biểu hiện các triệu chứng sớm của rối loạn (Mrazek & Haggerty, 1994). Khái niệm này khác với mô hình Gordon vì dự phòng chỉ định nhằm vào các cá nhân có triệu chứng tiền triệu (thay vì các cá nhân có nguy cơ, nhưng không có triệu chứng). Dựa vào phạm vi trong định nghĩa nêu trên, báo cáo của IOM 1994 cũng đề xuất khi nguy cơ tăng, mức độ can thiệp và chi phí liên quan đến can thiệp đó cũng sẽ tăng (Springer & Phillips, 2006).

Mặc dù mô hình IOM cung cấp một khuôn khổ hữu ích để định hình bản chất và mức độ của các nguy cơ mà nhóm dân số dễ bị tổn thương phải đối mặt, nhưng cần lưu ý thường có sự chồng chéo và tương quan lẫn nhau có ý nghĩa giữa các nhóm dân số dễ bị tổn thương này (Springer & Phillips, 2006). Thật vậy, các cá nhân dễ bị tổn thương này có biểu hiện ban đầu của các rối loạn tâm

thần (tức là nhóm chỉ định), thường là một tập hợp con của các cá nhân có nguy cơ cao (tức là nhóm chọn lọc). Như vậy, sự khác biệt giữa các can thiệp dự phòng chọn lọc và dự phòng chỉ định thường không rõ ràng. Ngoài các định nghĩa chung được cung cấp bởi IOM năm 1994 thì không có tiêu chí rõ ràng nào cho việc can thiệp dự phòng được phân loại là chọn lọc hay chỉ định (Springer & Phillips, 2006).

NÂNG CAO SỨC KHỎE

Năm 2009, Ủy ban Viện Hàn lâm Khoa học Quốc gia (National Academy of Sciences - NAS) đã đồng tình với một quá trình liên tục (bao gồm dự phòng, điều trị và duy trì) được đưa ra trong báo cáo năm 1994 của IOM. Tuy nhiên, báo cáo của NAS cho rằng ngoài việc dự phòng, điều trị và duy trì, việc khái niệm hóa cần được mở rộng để bao gồm việc *nâng cao* sức khỏe tâm thần. Trích dẫn lời tuyên bố của Tổ chức Y tế Thế giới (1986) rằng sức khỏe không chỉ đơn thuần là tình trạng không có bệnh, ủy ban NAS đã xác định việc nâng cao sức khỏe tâm thần, cảm xúc và hành vi là “những nỗ lực nhằm nâng cao năng lực của các cá nhân để đạt được các nhiệm vụ phù hợp với quá trình phát triển (năng lực phát triển) và cảm nhận tích cực về bản thân, chủ quyền, khỏe mạnh, hạnh phúc và hòa nhập xã hội, tăng cường khả năng đối phó với các biến cố bất lợi (Thiết kế chương trình Phát triển Thanh niên Khỏe mạnh - Blueprints for Healthy Youth Development). Trong báo cáo của NAS, nâng cao sức khỏe là tập trung vào sức khỏe và hạnh phúc hơn là phòng ngừa bệnh tật. Tuy nhiên, khi nêu ra sự khác biệt này, báo cáo cũng nhấn mạnh sự chông chéo đáng kể giữa dự phòng và nâng cao sức khỏe, cho rằng: Cả hai [dự phòng và nâng cao sức khỏe] tập trung vào việc thay đổi những ảnh hưởng thông thường lên sự phát triển của trẻ em và vị thành niên để hỗ trợ trẻ đáp ứng tốt với các nhiệm vụ và thách thức của cuộc sống, duy trì trạng thái không bị các vấn đề về nhận thức, cảm xúc và hành vi gây suy giảm chức năng sống của trẻ” (O’Connell và cộng sự, 2009).

CÁC CAN THIỆP DỰ PHÒNG ĐÃ ĐƯỢC THIẾT LẬP

Cả IOM và NAS đều thừa nhận ở mức độ khái niệm về tầm quan trọng của dự phòng. Tuy nhiên, nghiên cứu về sức khỏe tâm thần ở trẻ em và vị thành niên đã bị tụt hậu so với những tiến bộ về khái niệm như vậy. Đến nay, chỉ có một số lượng giới hạn các can thiệp dự phòng và thậm chí con số này còn ít hơn đối với các can thiệp dựa trên nền tảng thực nghiệm rõ ràng (strong empirical-base). Do đó, việc lựa chọn can thiệp dự phòng dựa trên bằng chứng có thể gây khó khăn cho các bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, cộng đồng, trường học và phụ huynh.

Tuy nhiên, có một số cơ quan đăng ký thực hiện đánh giá và xếp hạng các can thiệp dự phòng dựa trên độ tin cậy của bằng chứng thực nghiệm của họ, một trong những đơn vị như vậy là Chương trình Phát triển Thanh niên Khỏe mạnh (Blueprints for Healthy Youth Development Program). Được tài trợ bởi Quỹ Annie E Casey, chương trình này cung cấp một nơi đăng ký miễn phí về các can thiệp dự phòng dựa trên bằng chứng. Kể từ khi thành lập, chương trình đã xem xét hơn 1.400 can thiệp dự phòng. Trong khoảng thời gian đó, chỉ có 14% chương trình đáp ứng các tiêu chí đầu vào tối thiểu của đơn vị và chưa đến 1% được chọn là các chương trình “mẫu”.

Để được lựa chọn là một “*chương trình mẫu - model program*”, can thiệp dự phòng phải có:

1. (a) Tối thiểu hai thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên (randomized control trial) chất lượng cao hoặc (b) một thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên chất lượng cao và một đánh giá nghiên cứu bán thực nghiệm (quasi-experimental evaluation) chất lượng cao
2. Tác động tích cực của can thiệp duy trì trong 12 tháng sau khi chương trình can thiệp kết thúc và
3. Sự tác động, tính đặc hiệu của can thiệp và sự sẵn sàng nhân rộng ở mức rõ rệt.

Để trở thành một “*chương trình mẫu vượt trội*” thì can thiệp phải đáp ứng các tiêu chí mô hình trên và đã trải qua nghiên cứu lặp lại độc lập (independent replication).

Với mong muốn cung cấp cái nhìn tổng quan về các can thiệp dự phòng hiện có với cơ sở bằng chứng rộng lớn nhất, mỗi chương trình được công nhận “mô hình mẫu” hoặc “mô hình mẫu vượt trội” từ Chương trình Phát triển Thanh niên Khỏe mạnh được mô tả ngắn gọn sau đây, thông tin chi tiết thêm về những điều này và các chương trình khác có thể tìm trong trang web Blueprints. Dựa trên các định nghĩa được thiết lập trong báo cáo IOM năm 1994, các chương trình được trình bày dưới đây đã được phân loại thành can thiệp dự phòng phổ quát hoặc chọn lọc hoặc chỉ định.

CAN THIỆP DỰ PHÒNG PHỔ QUÁT

Chương trình đào tạo Kỹ năng sống (The Life Skill Training Program - LST)

LST là một chương trình dựa trên lớp học được thiết kế để ngăn ngừa việc tiếp cận thức uống có cồn, ma túy và hành vi bạo lực của thanh thiếu niên. LST được thiết kế để hướng dẫn học viên các kỹ năng tự quản lý, kỹ năng xã hội và các kỹ năng đề kháng với ma túy (drug-resistance skill) và có liên quan đến giảm thiểu ngắn hạn và dài hạn việc sử dụng thuốc lá, thức uống có cồn, chất cấm (illicit-substance), lạm dụng đa chất (poly-substance abuse), bạo lực và phạm pháp. Ngoài ra, sau 6 và 10 năm theo dõi, LST có liên quan đến sự giảm thiểu tình trạng lái xe mạo hiểm (Griffin và cộng sự, 2004) và các hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV (Griffin và cộng sự, 2006).



Bấm vào hình để truy cập trang web của Chương trình Phát triển Thanh niên Khỏe mạnh. Trang web này cung cấp một nơi đăng ký miễn phí về các can thiệp dự phòng dựa trên bằng chứng đã được đánh giá với các bằng chứng nghiên cứu ủng hộ. Hơn 1.400 can thiệp dự phòng đã được đánh giá cho đến nay.

Chương trình hành động tích cực (The positive action program)

Đây là một chương trình được thiết kế dựa trên trường học để nâng cao sự hiểu biết về cảm xúc xã hội và hành vi tích cực ở học sinh tiểu học và trung học cơ sở (từ 5 đến 13 tuổi). Các cấu phần trong lớp học hướng dẫn các kỹ năng tự quản lý cũng như các chiến lược tăng cường sử dụng các hành vi xã hội tích cực. Chương trình này cũng bao gồm cả phần can thiệp cho toàn trường, thiết kế để củng cố cho các can thiệp tại lớp. Chương trình hành động tích cực này cho thấy có liên quan đến việc giảm tỷ lệ học sinh bị đình chỉ học tập (suspension) hoặc trốn học (absenteeism), giảm tỷ lệ sử dụng chất gây nghiện, bạo lực và hoạt động tình dục; tăng tỷ lệ sự phát triển trong khía cạnh cảm xúc - xã hội, mức độ hài lòng với cuộc sống cao hơn, giảm tỷ lệ trầm cảm và lo âu, giảm tỷ lệ tiêu thụ thực phẩm không tốt cho sức khỏe, cũng như cải thiện tổng thể chất lượng trường học (Washburn và cộng sự, 2011).

Chiến lược thúc đẩy tư duy thay thế (The Promoting Alternative Thinking Strategies - PATHS)

Chương trình (PATHS) cũng là chương trình can thiệp dựa trên trường học và được thiết kế để giảm bớt sự gây hấn cùng với thúc đẩy năng lực cảm xúc và xã hội (emotional and social competencies) ở trẻ em tiểu học (5 đến 11 tuổi). Can thiệp PATHS nhằm vào năm lĩnh vực: tự kiểm soát, hiểu về cảm xúc, cảm nhận tích cực về bản thân, các mối quan hệ và kỹ năng giải quyết vấn đề liên cá nhân. Can thiệp này cũng huy động sự tham gia của phụ huynh học sinh bằng cách kết hợp giữa cam kết các hoạt động tại nhà và cung cấp cho cha mẹ thông tin cần thiết. Chương trình PATHS có liên quan đến giảm tỷ lệ các vấn đề cư xử và hướng ngoại, giảm điểm số các vấn đề hướng nội, tăng khả năng nhận diện cảm xúc, giảm tình trạng phạm pháp, tăng điểm thành thạo ở lĩnh vực đọc, viết và toán học (Riggs và cộng sự, 2006; Schonfeld và cộng sự, 2015).

Dự án hướng tới không lạm dụng thuốc (Project Toward No Drug Abuse - TND)

Dự án TND là một chương trình phòng chống ma túy cho học sinh trung học có nguy cơ sử dụng chất gây nghiện và hành vi bạo lực. Dự án TND được thiết kế để tăng cường khả năng tự kiểm soát, giao tiếp, tiếp nhận nguồn lực và ra quyết định. Dự án TND được thực hiện như một can thiệp dự phòng phổ quát trong dân số chung cũng như can thiệp dự phòng có chọn lọc ở những học sinh có nguy cơ cao. Dự án TND có liên quan đến việc giảm sử dụng thuốc lá, cần sa, ma túy “hạng nặng” (“hard” drug), mang vũ khí đến trường, bắt nạt người khác (victimization). Riêng việc giảm sử dụng ma túy “hạng nặng” thì được duy trì trong vòng 5 năm sau can thiệp (Sussman và cộng sự, 2002; Sun và cộng sự, 2006).

CAN THIỆP DỰ PHÒNG CHỈ ĐỊNH HOẶC CHỌN LỌC

Hiệp hội Điều dưỡng Gia đình (Nurse Family Partnership - NFP)

NFP là một chương trình chăm sóc sức khỏe bà mẹ, nhằm cung cấp dịch vụ thăm khám tại nhà dành cho các bà mẹ sinh con lần đầu có thu nhập thấp, được thực hiện bởi các điều dưỡng viên có chuyên môn về sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Can thiệp được thiết kế để cải thiện kết cục mang thai, cải thiện sức

khỏe trẻ sơ sinh, thúc đẩy sự phát triển của trẻ sơ sinh và cải thiện tiến trình sống của người mẹ. Đặc biệt, trong suốt thời kỳ mang thai, NFP được thiết kế để loại bỏ việc sử dụng thuốc lá, rượu và ma túy, khuyến khích người mẹ tập thể dục và tạo thói quen vệ sinh cá nhân (Olds và cộng sự, 1997). NFP cũng nhằm mục đích chuẩn bị cho các bà mẹ trong quá trình chuyển dạ, sinh nở và chăm sóc em bé. Trong nhóm các bà mẹ, chương trình NFP giúp giảm mang thai ngoài ý muốn, bạo lực gia đình và tăng tỷ lệ việc làm. Ở nhóm trẻ em, NFP giúp giảm tỷ lệ nhập viện vì thương tích và bệnh tật, thúc đẩy quá trình phát triển ngôn ngữ, giảm tỷ lệ các vấn đề về hành vi ở lứa tuổi lên 6, giảm tỷ lệ bắt giữ do phạm pháp, các rối loạn hướng nội và sử dụng chất gây nghiện ở tuổi 12 (Olds và cộng sự, 2014).

Sự khởi đầu mới (New Beginnings)

Chương trình Sự khởi đầu mới (New Beginnings) là một chương trình can thiệp cho các bà mẹ ly dị có con trong độ tuổi từ 5 đến 18. Đây là một can thiệp định hướng cho cha mẹ thiết kế để giúp các bà mẹ tham gia vào chiến lược quản lý hiệu quả hành vi ở trẻ, tăng cường chất lượng tương tác giữa mẹ và trẻ đồng thời giảm tỷ lệ trẻ em tiếp xúc với xung đột giữa cha và mẹ. Ở trẻ em, chương trình Sự khởi đầu mới có liên quan đến giảm các vấn đề hướng nội, hướng ngoại và các hành vi hung hăng (Wolchik và cộng sự, 1993; 2000). Đối với khía cạnh động lực gia đình (family dynamic), chương trình này giúp cải thiện việc sử dụng các chiến lược kỷ luật hiệu quả, giao tiếp giữa cha mẹ và con cái và hình thành các thói quen tích cực (Wolchik và cộng sự, 1993).

Điều trị Nuôi Dưỡng Chăm sóc con nuôi Oregon (Treatment Foster Care Oregon - TFCO)

TFCO là một can thiệp 6 tháng cho thanh thiếu niên có tiền sử hành vi chống đối xã hội, xáo trộn về cảm xúc và phạm pháp. Các gia đình có con nuôi từ cộng đồng sẽ được tuyển dụng và đào tạo để đưa ra những giới hạn rõ ràng và kiên định, những hệ quả phù hợp (appropriate consequences) hoặc củng cố thêm vào (positive reinforcement) với các hành vi mong đợi đối với trẻ vị thành niên. Để làm được vậy, hệ thống TFCO cung cấp cho thanh thiếu niên một cố vấn là người trưởng thành và giúp các em tách khỏi nhóm bạn cùng tuổi phạm

Australian Nurse-Family Partnership Program

Nurse-Family Partnership
Helping First-Time Parents Succeed

Text size A+ A-

National Program Centre
(07) 3114 4667

Home | News | Careers | Contact Us | Program Staff

Search ...

ABOUT FOR MOTHERS HOME VISITING TEAM IMPLEMENTING SERVICES PROVEN RESULTS

The ANFPP facilitate nurse visits for women during their pregnancy and throughout the first two years of their children's lives

About ANFPP >

Bấm vào hình ảnh để truy cập Hiệp hội Điều dưỡng Gia đình tại Úc.

pháp. TFCO sử dụng cách tiếp cận điều chỉnh hành vi trong đó thanh thiếu niên có thể tích lũy điểm thưởng cho hành vi phù hợp và có thể tăng mức độ độc lập theo thời gian. TFCO cũng bao gồm trị liệu cá nhân và gia đình cũng như nhấn mạnh việc thanh thiếu niên phát triển các kỹ năng liên cá nhân và tham gia các hoạt động xã hội cũng như giải trí. Chương trình TFCO giúp giảm số ngày bị giam giữ, sử dụng thuốc lá và cần sa, phạm tội liên quan đến bạo lực, và giảm khả năng mang thai ở trẻ em gái (Kerr và cộng sự, 2009).

Trị liệu đa hệ thống (Multisystemic Therapy - MST)

MST là một can thiệp dựa trên gia đình và cộng đồng, được thiết kế để cải thiện các mẫu hành vi chống đối xã hội ở những người phạm tội vị thành niên. MST hoạt động trên nhiều môi trường khác nhau (gia đình, trường học và cộng đồng) để tăng hành vi phù hợp với chuẩn mực và giảm hành vi chống đối xã hội. MST có liên quan đến giảm tỷ lệ tái bắt giữ, tái phạm, tổng giam, các rối loạn tâm thần và sử dụng chất gây nghiện, cũng như tăng tỷ lệ hoạt động phục vụ cộng đồng (Fain và cộng sự, 2014).

Trị liệu đa hệ thống - Hành vi tình dục có vấn đề (Multisystemic Therapy-Problem Sexual Behavior - MST-PSB)

Tương tự như MST mở rộng, MST-PSB tập trung vào hệ thống gia đình, trường học, nhóm bạn cùng tuổi và cộng đồng, tại đây, trẻ vị thành niên được gắn kết nhằm mục đích giảm bớt hành vi chống đối xã hội. Tuy nhiên, MST-PSB tập trung đặc biệt vào các khía cạnh môi trường của thanh thiếu niên, nơi có liên quan đến các hành vi tình dục có vấn đề. MST-PSB cố gắng cải thiện mối quan hệ bạn bè và trải nghiệm tình dục phù hợp với lứa tuổi của mỗi thanh thiếu niên, làm việc với trẻ để gia tăng khả năng nhìn nhận từ nhiều quan điểm (perspective-taking ability), niềm tin và thái độ không phù hợp, đặc biệt xoay quanh hành vi xâm hại tình dục. MST-PSB có liên quan đến giảm tỷ lệ các vụ tái bắt giữ đối với các tội phạm tình dục và không liên quan đến tình dục (Borduin và cộng sự, 1990), các triệu chứng tâm thần của cha mẹ và trẻ, các vấn đề về hành vi của thanh thiếu niên, cũng như cải thiện mối quan hệ bạn bè cùng tuổi, chức năng của gia đình và năng lực học tập (Borduin và cộng sự, 2009).

Chương trình Xanh (The Blues Program)

Chương trình Xanh là một can thiệp nhận thức-hành vi nhóm cho thanh thiếu niên có các triệu chứng báo hiệu của trầm cảm. Chương trình cố gắng cung cấp hỗ trợ xã hội và giúp thanh thiếu niên tái cấu trúc những suy nghĩ không phù hợp, phát triển các kế hoạch để hồi đáp với các yếu tố gây căng thẳng trong tương lai và tham gia vào các hoạt động giải trí. Chương trình Xanh có liên quan đến giảm các triệu chứng trầm cảm ngay sau can thiệp (Rohde và cộng sự, 2014), sau 6 tháng can thiệp (Stice và cộng sự, 2008), một và hai năm sau can thiệp (Stice và cộng sự, 2010). Thanh thiếu niên tham gia Chương trình Xanh cũng cho biết tình trạng lạm dụng chất gây nghiện được thuyên giảm ngay tại thời điểm sau can thiệp cũng như sau 6 tháng sau đó.

Dự án Cơ thể (The Body Project)

Đây là một can thiệp nhóm kéo dài 4 tuần được thiết kế cho nữ sinh trung học và đại học bị mắc chứng rối loạn ăn uống. Dự án này thu hút người tham gia vào các bài tập chấp nhận cơ thể và hướng dẫn các chiến lược để tránh áp lực từ phía bạn bè cùng tuổi. Sau can thiệp, dự án có liên quan đến giảm sự tiếp thu

hóa tiêu chuẩn thân hình mảnh dẻ lý tưởng (thin ideal internalization), sự không hài lòng về cơ thể, ảnh hưởng tiêu cực, nguy cơ khởi phát béo phì, triệu chứng của chứng cuồng ăn (bulimia) và rối loạn ăn uống (Stice và cộng sự, 2006). Phần nhiều trong số các tác động nêu trên được duy trì trong ba năm sau đó.

Sàng lọc và Can thiệp Rút gọn về việc Sử dụng thức uống có cồn dành cho Sinh viên Đại học (Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students - BASICS)

BASICS bao gồm hai buổi can thiệp được thiết kế cho các cá nhân trong độ tuổi 18-24, có nguy cơ rối loạn sử dụng thức uống có cồn. BASICS nỗ lực nhằm giúp sinh viên hiểu rõ hơn về các rủi ro liên quan đến uống rượu, tăng cường động lực thay đổi, phát triển các kỹ năng nhằm uống rượu ở mức độ vừa phải và cuối cùng đưa ra quyết định liên quan đến sử dụng rượu tốt hơn. Sinh viên tham gia BASICS đã cho thấy giảm được tỷ lệ uống rượu và các hành vi có vấn đề sau 2 và 4 năm theo dõi (Baer và cộng sự, 2001). Trong nhóm sinh viên năm thứ nhất, BASICS có liên quan đến nồng độ cồn đỉnh trong máu ở mức thấp hơn và giảm số lượng đồ uống có cồn được tiêu thụ vào cuối tuần.

Liệu pháp gia đình chức năng (Functional Family Therapy - FFT)

Đây là một can thiệp dựa vào gia đình, hướng tới nhóm thanh thiếu niên phạm pháp và gia đình của trẻ. FFT được thiết kế để tăng cường kỹ năng nuôi dạy con cái, tuân thủ quy tắc ở thanh thiếu niên, tăng cường giao tiếp và hỗ trợ từ phía gia đình, đồng thời giảm sự bi quan và các kiểu mẫu hành vi không phù hợp và tiêu cực (negativity and dysfunctional behavioral patterns). FFT có liên quan đến việc giảm tái phạm, các triệu chứng hướng nội và hướng ngoại ở thanh thiếu niên, giảm sử dụng chất gây nghiện, cũng như cải thiện sự tác giữa các thành viên trong gia đình (Alexander & Parsons, (1973).

Đào tạo Kỹ năng Quản lý cho Cha mẹ - Mô hình Oregon (Parent-Management Training-Oregon Model - PMTO)

PMTO là một chương trình can thiệp đào tạo cho cha mẹ dựa trên nhóm dành cho các cha mẹ có con trong độ tuổi từ trẻ nhỏ đến giai đoạn cuối vị thành niên. PMTO được thiết kế để tăng cường các kỹ năng quản lý gia đình hiệu quả và do đó làm giảm hành vi có vấn đề và chống đối xã hội ở trẻ em. Nghiên cứu cho thấy rằng PMTO có liên quan đến giảm việc nuôi dạy con cái theo hình thức cưỡng chế (coercive parenting), không vâng lời và củng cố lấy ra (negative reinforcement), và gia tăng cách nuôi dạy con cái hiệu quả và tích cực (Forgatch

Bấm vào hình để truy cập trang web chương trình BASICS của Đại học Michigan.

& DeGarmo, 1999). Ở trẻ em, PMTO có liên quan đến việc giảm tỷ lệ rối loạn thách thức chống đối, hung hăng, rối loạn hướng nội và hướng ngoại. Sau chín năm can thiệp, PMTO có liên quan đến việc giảm sự phạm pháp và tỉ lệ bị bắt giữ (do giáo viên đánh giá) (Martinez & Forgatch, 2001; DeGarmo và cộng sự, 2004; Forgatch & DeGarmo, 2007; Forgatch và cộng sự, 2009).

TÓM TẮT CÁC CAN THIỆP DỰ PHÒNG HIỆN CÓ

Bất kể nhóm đối tượng đích là gì, mục tiêu của các can thiệp dự phòng là làm giảm ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ có yếu tố nhân quả đã được thiết lập, thêm các yếu tố bảo vệ đã biết và/hoặc tăng ảnh hưởng của chúng cũng như giảm khả năng phát triển (hoặc tiến tới) rối loạn tâm thần ở trẻ em.

Tác động trên nhiều hoàn cảnh (Ví dụ: cá nhân, bạn bè, trường học, cộng đồng) nơi mà trẻ đang gắn kết và tận dụng đa dạng các phương thức trị liệu (ví dụ trị liệu dựa vào trường học, cá nhân, nhóm, gia đình), các can thiệp dự phòng đã nêu ở phần trên có thể tạo ảnh hưởng rõ rệt lên hàng loạt các yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ đã biết. Trình bày theo một cách tổng quát, những can thiệp này có thể được chia thành những yếu tố liên quan đến trẻ em và những yếu tố liên quan đến gia đình, được tóm tắt trong Bảng A.14.2.

Bảng A.14.2 Các yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ có thể được sửa đổi bằng các can thiệp dự phòng

	CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ	CÁC YẾU TỐ BẢO VỆ
DỰA VÀO TRẺ EM	<ul style="list-style-type: none"> Cam kết với trường học thấp Lo lắng về hình dạng cơ thể Hành vi hung hăng Bạo lực thể chất Thành tích học tập kém Lạm dụng chất gây nghiện Thái độ với việc sử dụng ma túy Thái độ đối với hành vi chống đối xã hội Giao kết với các bạn chống đối xã hội 	<ul style="list-style-type: none"> Kỹ năng ứng phó Kỹ năng giải quyết vấn đề Nhận thức về nguy cơ sử dụng ma túy Kỹ năng tương tác xã hội Kỹ năng từ chối ma túy Tham gia vào các hoạt động phù hợp Tương tác với bạn bè có hành vi phù hợp Tự tin vào năng lực bản thân (self-efficacy) trong học tập
DỰA VÀO GIA ĐÌNH	<ul style="list-style-type: none"> Bạo lực gia đình Cha mẹ có các khó khăn về sức khỏe tâm thần Quản lý gia đình kém Cha mẹ thờ ơ Thiếu chăm sóc trước khi sinh Người lớn trong gia đình có hành vi chống đối xã hội Tình trạng kinh tế xã hội thấp Người mẹ sử dụng chất gây nghiện khi mang thai Cha mẹ thất nghiệp Mang thai ngoài ý muốn Căng thẳng của cha mẹ 	<ul style="list-style-type: none"> Chuẩn mực rõ ràng cho các hành vi Các hình thức kỷ luật không mang tính bạo lực Gắn kết tốt với cha mẹ Cha mẹ nhận được sự hỗ trợ từ xã hội

CÁC PHƯƠNG PHÁP DỰ PHÒNG VÀ NÂNG CAO SỨC KHỎE ĐÃ ĐƯỢC THIẾT LẬP VÀ MỚI NỔI

Rõ ràng đối với cả trẻ em và gia đình, các can thiệp dự phòng có khả năng củng cố các yếu tố bảo vệ và giảm thiểu các yếu tố nguy cơ. Với sự nổi bật của các biến số mức độ gia đình trong các can thiệp dự phòng đã đề cập ở trên cũng như các yếu tố di truyền và môi trường đã được biết góp phần vào tất cả các rối loạn tâm thần đã được nghiên cứu, chúng ta xem sự thoải mái về cảm xúc/hành vi của cha mẹ và cách nuôi dạy con tích cực là các thành phần quan trọng trong dự phòng và nâng cao sức khỏe trẻ em và vị thành niên. Vì vậy, chúng ta sẽ tổng quan một cách súc tích các nghiên cứu liên quan tới các vấn đề rối loạn tâm thần ở cha mẹ và cách nuôi dạy con tích cực. Cần nhớ rằng sức khỏe cảm xúc/hành vi là một thành phần cốt lõi của sức khỏe tổng thể, chúng tôi sẽ đưa ra các nghiên cứu khoa học mới hỗ trợ năng lực nâng cao sức khỏe về âm nhạc, chú tâm, dinh dưỡng và hoạt động thể lực.

Các phương pháp dự phòng và nâng cao sức khỏe đã được thiết lập

Rối loạn tâm thần của cha mẹ

Sự hiện diện của các vấn đề rối loạn tâm thần ở cha mẹ đóng vai trò là yếu tố nguy cơ không đặc hiệu đối với nhiều dạng rối loạn tâm thần ở trẻ em bao gồm các rối loạn hướng nội, hướng ngoại và sử dụng chất gây nghiện (Rutter & Quinton, 1984; Beardslee và cộng sự, 1998; McLaughlin và cộng sự, 2012). Nguy cơ liên quan đến rối loạn tâm thần của cha mẹ ảnh hưởng qua cơ chế di truyền và môi trường (Boomsma và cộng sự, 2005; Althoff và cộng sự, 2006; Van Grootheest và cộng sự, 2007; Hudziak & Bartels, 2008). Tuy nhiên, ngay cả khi kiểm soát được ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ nổi bật từ môi trường (Ví dụ: tuổi thơ bất hạnh, tình trạng kinh tế xã hội thấp), thì một trẻ có cha mẹ mắc rối loạn tâm thần vẫn có thể có các vấn đề về cảm xúc/hành vi cao gấp 1,5-8 lần (Bijl và cộng sự, 2002; Wansink và cộng sự, 2016).

Nghiên cứu cũng cho thấy rằng khi rối loạn tâm thần của cha mẹ được điều trị thì nguy cơ ảnh hưởng cho con cái cũng sẽ giảm đi. Ví dụ, những trẻ có cha mẹ bị rối loạn trầm cảm có nguy cơ mắc rối loạn tâm thần cao gấp bốn lần (Beardslee và cộng sự, 1998). Khi trầm cảm của mẹ được điều trị cho thấy, trẻ giảm tỷ lệ mắc rối loạn tâm thần, cải thiện thành tích học tập và tăng cường các chức năng nói chung (Weissman và cộng sự, 2006; Gunlicks & Weissman, 2008). Việc giảm các hành vi có vấn đề ở trẻ em liên quan đến việc điều trị thành công trầm cảm của mẹ đã được duy trì tới 6 tháng, một năm và theo dõi bốn năm tiếp theo (Gunlicks & Weissman, 2008). Vì vậy, điều trị rối loạn tâm thần cho cha mẹ có thể nâng cao sức khỏe tâm thần ở con cái.

Tập huấn cho phụ huynh

Cùng với yếu tố rối loạn tâm thần của cha mẹ, các phương pháp nuôi dạy con cái được sử dụng trong gia đình có ảnh hưởng đáng kể đến môi trường nơi mà trẻ phát triển. Có ý kiến cho rằng một cơ chế tiềm ẩn mà qua đó một số dạng bệnh lý tâm thần của cha mẹ gây ra nguy cơ mắc rối loạn tâm thần cho trẻ thông qua hành vi nuôi dạy con cái. Thật vậy, nghiên cứu cho thấy rằng rối loạn tâm thần của cha mẹ có thể làm suy giảm các hành vi nuôi dạy con cái tích cực (Harvey và cộng sự, 2011) và một mối liên hệ hai chiều tồn tại giữa hành vi nuôi dạy con cái và các rối loạn tâm thần ở trẻ em (Burke và cộng sự, 2008).

Các chương trình đào tạo cha mẹ được thiết kế nhằm cung cấp cho cha mẹ các chiến lược nuôi dạy con cái để tăng sự vâng lời và hành vi phù hợp, giảm hành vi chống đối và hung hăng của trẻ (xem Chương A.12 để có thông tin chi tiết về các chương trình nuôi dạy con cái). Một số chương trình đã được nghiên cứu tốt nhất đó là: *Hỗ trợ những trẻ có biểu hiện không vâng lời - Helping the Noncompliant Child* (Mahon & Forehand, 2015), *Những năm tháng tuyệt vời - The Incredible Years* (Webster-Stratton, 2006), *Đào tạo kỹ năng làm cha mẹ - Parent Management Training* (Kazdin, 2005) và *Triple-P* (Sanders và cộng sự, 2000).

Có nhiều bằng chứng tốt cho thấy các chương trình đào tạo cha mẹ là một điều trị hiệu quả cho trẻ có biểu hiện lâm sàng rõ rệt các hành vi gây rối và hướng ngoại. Tuy nhiên, tập huấn cho cha mẹ cũng có hiệu quả ở trẻ em và vị thành thiếu niên không có các rối loạn tâm thần rõ rệt trên lâm sàng. Ngay cả với những trẻ mới biết đi khỏe mạnh, việc tập huấn cha mẹ cho mục đích dự phòng có liên quan đến giảm các hành vi hướng ngoại và gây rối trong khoảng thời gian năm năm (Dishion và cộng sự, 2014). Do vậy, cách nuôi dạy con cái hiệu quả và tích cực có thể vừa điều trị vừa phòng ngừa sự phát triển rối loạn tâm thần ở trẻ em.

Các phương pháp dự phòng và nâng cao sức khỏe mới nổi

Ngoài vai trò đã được thiết lập của các yếu tố rối loạn tâm thần ở cha mẹ và các chương trình đào tạo cho cha mẹ, có một số phương pháp tăng cường sức khỏe có cơ sở bằng chứng mới nổi và đã được hình thành đủ lâu để chúng ta tin rằng các phương pháp đó có thể bắt đầu được áp dụng với ít rủi ro trong tiêu chuẩn thực hành. Đó là đào tạo chú tâm, dinh dưỡng, tập luyện và đào tạo âm nhạc.

Chú tâm (Mindfulness)

Khi áp dụng vào chăm sóc sức khỏe ở các nước phương Tây ngày nay, chú tâm được định nghĩa là khả năng giải thoát khỏi những suy nghĩ, niềm tin và hành động của một người để tham gia trải nghiệm từng khoảnh khắc theo cách không phán xét (Ludwig & Kabat-Zinn, 2008). Có ý kiến cho rằng một trạng thái như vậy có thể được thúc đẩy bằng nhiều kỹ thuật khác nhau (ví dụ, chú tâm vào thiền định - mindfulness meditation, chú tâm vào hơi thở - mindfulness breathing, chú tâm vào chuyển động - mindfulness movement và thiền ngắn trong ngày) (Allen và cộng sự, 2006) (xem Phụ lục A. 14.1).

Trong 35 năm qua, chú tâm đã được đưa vào một số biện pháp can thiệp tâm lý xã hội bao gồm: liệu pháp hành vi biện chứng (dialectical therapy), liệu pháp chấp nhận và cam kết (acceptance and commitment therapy), giảm căng thẳng dựa trên chú tâm (mindfulness base stress reduction - MBSR) và liệu pháp nhận thức dựa trên chú tâm (mindfulness-based cognitive therapy). Nghiên cứu cho thấy những can thiệp đó có thể có hiệu quả trong việc điều trị một loạt các tình trạng bao gồm rối loạn nhân cách ranh giới (borderline personality disorder), rối loạn lo âu, rối loạn khí sắc (mood disorder), rối loạn ăn uống, mức độ căng thẳng cao và đau mãn tính.

Ngoài việc áp dụng chú tâm trên nhóm dân số có biểu hiện lâm sàng, nghiên cứu cũng cho thấy chú tâm có thể là một chiến lược hữu ích cho cả những cá nhân chưa có các mức độ biểu hiện lâm sàng rõ rệt của các rối loạn

tâm thần. Trên nhóm người trưởng thành khỏe mạnh, MBSR có liên quan đến việc tăng tình trạng chú tâm xảy ra trước việc giảm những tác động tiêu cực (Snippe và cộng sự, 2015). Tương tự như vậy, trong số các sinh viên đại học không có biểu hiện lâm sàng đủ để chẩn đoán các rối loạn tâm thần, MBSR có liên quan đến việc giảm các triệu chứng (Allen và cộng sự, 2006).

Kết quả một công trình nghiên cứu cho thấy rằng chú tâm có thể đặc biệt có lợi cho phụ nữ trong thời kỳ mang thai. Cả nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng (Vieten & Astin, 2008; Guardino và cộng sự, 2014) và các nghiên cứu không có đối chứng đều cho thấy rằng rèn luyện chú tâm cho phụ nữ mang thai có liên quan đến việc giảm sự đau đớn về mặt thể chất, căng thẳng, trầm cảm và lo âu. Căng thẳng và lo âu ở người mẹ khi mang thai có liên quan đến việc sinh non và nhẹ cân, cũng như kết cục xấu hơn về nhận thức, cảm xúc và phát triển trong suốt thời kỳ nhũ nhi và thời thơ ấu ở trẻ nhỏ (Van den Bergh và cộng sự, 2005; Guardino và cộng sự, 2014). Vì vậy, một số chuyên gia vẫn còn tranh luận rằng việc giúp các bà mẹ đạt được sự khỏe mạnh về cảm xúc và hành vi khi mang thai cũng có nghĩa giúp ngăn ngừa sự tiến triển của các kết cục xấu ở trẻ em.

Bên cạnh các kết quả cho thấy chú tâm có thể là một can thiệp hiệu quả cho người trưởng thành, nghiên cứu cũng cho thấy kỹ thuật này có thể là một chiến lược dự phòng và điều trị hiệu quả ở trẻ em. Các phân tích tổng hợp cho thấy can thiệp chú tâm có tác động từ nhỏ đến trung bình đối với các triệu chứng cảm xúc/hành vi ở nhóm trẻ em và thanh thiếu niên nói chung và tác động lớn hơn mức tương đối ở nhóm dân số có biểu hiện lâm sàng (Zenner và cộng sự, 2014; Zoogman và cộng sự, 2015). Tuy nhiên, trong khi các can thiệp chú tâm có thể thúc đẩy hiệu quả khả năng phục hồi (resilience) trong nhóm trẻ em nói chung và giúp điều trị ở trẻ có các rối loạn tâm thần nói riêng, thì cần có thêm các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng để tìm hiểu những tác động của chúng trên trẻ em.

Dinh dưỡng

Từ lâu, người ta đã biết một chế độ ăn uống cân bằng và đủ chất dinh dưỡng là một thành phần quan trọng của sức khỏe tổng thể. Nghiên cứu cho thấy chế độ ăn uống lành mạnh góp phần tăng cường sức khỏe tim mạch, tăng tuổi thọ và giảm tỷ lệ ung thư. Gần đây, nghiên cứu đã bắt đầu chỉ ra mối liên hệ giữa dinh dưỡng và sức khỏe tâm thần.

Ở cả trẻ em và người lớn, chất lượng chế độ ăn uống đã được chứng minh ảnh hưởng đến việc học tập, trí nhớ và tâm trạng (Gomez-Pinilla, 2008; Zainuddin & Thuret, 2012). Ở thanh thiếu niên, rối loạn hướng nội và hướng ngoại có liên quan thuận với việc tăng tiêu thụ thức ăn nhanh, thịt đỏ và đường, đồng thời tương quan nghịch đến việc tăng tiêu thụ trái cây và rau quả tươi (Oddy và cộng sự, 2009). Các nghiên cứu tiến cứu theo chiều dọc (prospective longitudinal study) cho thấy, trong nhóm thanh thiếu niên, chất lượng chế độ ăn uống có thể liên quan nhân quả đến các rối loạn tâm thần (Jacka và cộng sự, 2011). Ở người trưởng thành, chế độ ăn với chất lượng thấp có liên quan đến việc tăng tỷ lệ lo âu và trầm cảm, giảm các phân tử cơ chất liên quan đến xử lý nhận thức và tăng nguy cơ rối loạn thần kinh.

Bên cạnh chất lượng chế độ ăn uống nói chung thì sự thiếu hụt chất dinh dưỡng đa dạng khác nhau cũng có liên quan đến các rối loạn cảm xúc/hành vi.

Nghiên cứu cắt ngang (cross sectional study) ở người lớn cho thấy cholesterol huyết thanh thấp có liên quan đến hành vi chống đối xã hội, bạo lực và tự gây thương tích. Các nghiên cứu cắt ngang trên trẻ em cho thấy sự thiếu hụt sắt và kẽm có liên quan lẫn lượt đến rối loạn hướng ngoại và rối loạn Tăng động Giảm chú ý (Liu và cộng sự, 2015). Nghiên cứu theo dõi dọc trên trẻ em cho thấy sự thiếu hụt kẽm, sắt và vitamin B trong thời thơ ấu có liên quan đến các rối loạn hướng ngoại ở thời niên thiếu (Liu và cộng sự, 2015). Ở trẻ em, chế độ ăn ít axit béo omega-3 có liên quan đến tăng động, rối loạn học tập và các vấn đề về hành vi. Các nghiên cứu can thiệp gần đây cho thấy việc bổ sung axit béo omega-3 giúp giảm các rối loạn hướng ngoại (Liu và cộng sự, 2015). Giả thuyết được đưa ra rằng mối liên quan giữa sự thiếu hụt chất dinh dưỡng và sức khỏe tâm thần có thể qua yếu tố trung gian là những thay đổi di truyền học biểu sinh và cấu trúc, chức năng của não bộ (Liu và cộng sự, 2015).

Luyện tập

Tham gia vào các hoạt động thể lực có liên quan đến việc giảm nguy cơ mắc một loạt các tình trạng y tế phổ biến bao gồm béo phì, tiểu đường và bệnh tim mạch. Người ta cũng đã đề xuất hoạt động thể lực có thể là một can thiệp dự phòng và điều trị khả thi đối với rối loạn tâm thần.

Hầu hết các nghiên cứu tìm hiểu tác dụng của hoạt động thể lực đối với các rối loạn tâm thần rõ rệt trên lâm sàng ở người trưởng thành được xem xét ảnh hưởng của hoạt động thể lực đối với trầm cảm và lo âu (Rebar và cộng sự, 2015). Một số phân tích tổng hợp cho thấy tập thể dục có ảnh hưởng từ trung bình đến mạnh đối với các triệu chứng trầm cảm ở người trưởng thành trong khi một số nghiên cứu khác cho thấy ảnh hưởng mức nhỏ. Theo một báo cáo khác (Ủy ban tư vấn hướng dẫn hoạt động thể chất - Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2008), ở những người trưởng thành khỏe mạnh, các nghiên cứu về mối tương quan (correlational study) cho thấy những người thường xuyên hoạt động thể chất có ít triệu chứng lo âu, trầm cảm và có nguy cơ thấp hơn mắc rối loạn lo âu, trầm cảm. Trong khi các nghiên cứu trên không làm sáng tỏ hướng tương quan của các ảnh hưởng này thì một phân tích tổng hợp gần đây sử dụng dữ liệu từ 400 thử nghiệm ngẫu nhiên và 14.000 người tham gia cho thấy, trong số những người trưởng thành không có biểu hiện lâm sàng đủ để chẩn đoán lo âu và trầm cảm, tập thể dục giúp giảm có ý nghĩa các triệu chứng trầm cảm ở mức độ trung bình và các triệu chứng lo âu ở mức độ nhẹ (Rebar và cộng sự, 2015). Những nghiên cứu trên cho thấy tập thể dục



Tham gia vào các hoạt động thể lực có liên quan đến việc giảm nguy cơ mắc một loạt các bệnh tật nói chung. Người ta cũng đã đề xuất hoạt động thể lực có thể là một can thiệp dự phòng và điều trị khả thi đối với rối loạn tâm thần.

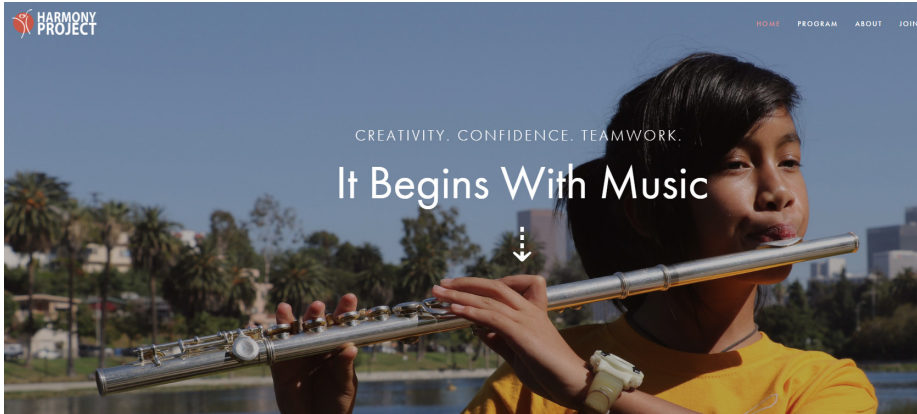
có thể là một can thiệp dự phòng khả thi đối với các cá nhân có biểu hiện các triệu chứng dưới mức lâm sàng.

Nghiên cứu cũng đã tìm hiểu được mối quan hệ giữa hoạt động thể chất và rối loạn tâm thần ở trẻ em và thanh thiếu niên, cho thấy hoạt động thể chất có ảnh hưởng nhỏ nhưng có lợi đối với các triệu chứng lo âu và trầm cảm, ảnh hưởng lớn đến cảm nhận tốt về bản thân và có liên quan đến việc cải thiện nhận thức, hành vi trong lớp học và thành tích học tập (Biddle & Asare, 2011). Ngoài ra, các chương trình tập thể dục nhịp điệu ở trẻ em có ảnh hưởng từ trung bình đến mạnh đối với các triệu chứng của tăng động giảm chú ý (ADHD) (Cerrillo-Urbina và cộng sự, 2015).

Âm nhạc

Gần đây, có một sự quan tâm mạnh mẽ đến mối tương quan giữa sinh lý thần kinh, nhận thức và hành vi với việc chơi nhạc. Mặc dù âm nhạc là một phương thức thúc đẩy sức khỏe mới nổi, nghiên cứu tới nay cho thấy việc chơi một nhạc cụ có liên quan đến sự thay đổi cấu trúc và chức năng não bộ, tăng cường chức năng nhận thức và cải thiện năng suất học tập. Một nghiên cứu làm việc lâu dài với trẻ em và người lớn cho thấy, so với các nhạc công nghiệp dư và người không phải nhạc công, thì các nhạc công thực thụ có sự khác biệt về cấu trúc và chức năng ở các vùng khác nhau của não. Ở người trưởng thành, các nhạc công thực thụ thể hiện sự khác biệt về cấu trúc ở vỏ não vận động cảm giác chính (primary sensorimotor cortex), vỏ não tiền vận động trên (superior premotor cortex), vỏ não thùy đỉnh trên (superior parietal cortex), vỏ não thính giác chính (primary auditory cortex), tiểu não (cerebellum), hồi trán dưới (inferior frontal gyrus) và thùy thái dương bên (lateral temporal lobe) (Gaser & Schlaug, 2003). Nghiên cứu giữa các nhạc công chuyên nghiệp là người trưởng thành cho thấy mối liên hệ tích cực giữa việc đào tạo âm nhạc trong thời thơ ấu, thanh thiếu niên, tuổi trưởng thành và sự phát triển đường dẫn chất trắng (white matter tract). Tương tự như vậy, các nghiên cứu cắt ngang với trẻ em cho thấy, so với trẻ không chơi nhạc cụ, trẻ chơi nhạc cụ có chất xám tăng lên ở vỏ não vận động cảm giác và thùy chẩm (occipital lobe), tăng kích hoạt thùy thái dương (temporal lobe) trong các nhiệm vụ phân biệt nhịp điệu và giai điệu (Schlaug và cộng sự, 2005), cũng như cho thấy sự trưởng thành độ dày vỏ não theo cách thức riêng biệt ở vùng vỏ não trước trán vùng lưng bên (dorsolateral prefrontal cortex) (Hudziak và cộng sự, 2014).

Do phần lớn nghiên cứu này là nghiên cứu tiêu biểu tại một thời điểm và về bản chất tương quan, nên không thể kết luận liệu sự khác biệt về cấu trúc và chức năng của não bộ là hệ quả của việc thực hành âm nhạc nhiều hơn hay phản ánh những khác biệt thần kinh cơ bản có sẵn trước khi tiếp xúc với âm nhạc. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây với trẻ em đã bắt đầu cho thấy rằng đào tạo âm nhạc có thể liên quan nhân quả đối với cả những thay đổi về nhận thức, thay đổi cấu trúc và chức năng của não. So với nhóm chứng, tương ứng về tuổi, chỉ số trí thông minh ngôn ngữ (verbal IQ) và tình trạng kinh tế xã hội (SES), trẻ em chơi một nhạc cụ trong một năm cho thấy kỹ năng vận động tinh (fine motor) và phân biệt thị giác (visual discrimination) tốt hơn đáng kể (Schlaug và cộng sự, 2005). So với nhóm chứng, những trẻ tham gia đào tạo âm nhạc trong 15 tháng đã thể hiện sự cải thiện về kỹ năng vận động và thính giác, cũng như những thay đổi về cấu trúc của hồi trước trung tâm bên phải (right precentral



Dự án Harmony là một tổ chức phi lợi nhuận có trụ sở tại Hoa Kỳ, cung cấp hướng dẫn âm nhạc và trải nghiệm biểu diễn theo nhóm cho thanh thiếu niên thu nhập thấp.

gyrus), thể chai (corpus callosum), vùng thính giác chính bên phải, xung quanh đai (pericingulate) và thùy chẩm giữa trái (left middle occipital lobe) (Hyde và cộng sự, 2009).

Đào tạo âm nhạc ở trẻ em có thể quan hệ nhân quả với thay đổi nhận thức. So với nhóm chứng không được hướng dẫn về âm nhạc, trẻ 5 tuổi được học âm nhạc 2 lần một tuần, mỗi lần 20 phút cho thấy sự cải thiện trong các bài tập về không gian thời gian ở 4 và 8 tháng (Rauscher & Zupan, 2000). Một nghiên cứu khác với trẻ 4 và 5 tuổi có thu nhập thấp cũng cho thấy, so với nhóm đối chứng, trẻ nhận được 75 phút giảng dạy âm nhạc hàng ngày, trong 30 tuần cho thấy sự cải thiện về suy luận thị giác không gian (visuospatial reasoning) (Bilhartz và cộng sự, 2000). Mặc dù có bằng chứng này, nhưng phần lớn các trẻ trong độ tuổi đến trường không chơi nhạc cụ thường xuyên. Tuy nhiên, có hai chương trình can thiệp dự phòng mới nổi sử dụng đào tạo âm nhạc như một phương pháp để giảm thiểu nguy cơ, đó là: *El Sistema* (Cuesta và cộng sự, 2007) và Dự án Harmony.

El Sistema có nguồn gốc từ Caracas, Venezuela, là một chương trình giáo dục âm nhạc cho hơn 500.000 trẻ em Venezuela. Gần đây, *El Sistema* đã được triển khai ở Mỹ và hiện có hơn 2 triệu trẻ em Mỹ có nguy cơ tham gia vào chương trình giảng dạy của *El Sistema*. Chương trình *El Sistema* được cho là có kết quả giảm thiểu 20% tỷ lệ học sinh bỏ học, tăng 22% học sinh tham gia các hoạt động cộng đồng và tăng 28% việc làm ở những trẻ em tham gia chương trình (Cuesta và cộng sự, 2007).

Dự án Harmony là một tổ chức phi lợi nhuận có trụ sở tại Hoa Kỳ, cung cấp hướng dẫn âm nhạc và trải nghiệm biểu diễn theo nhóm cho thanh thiếu niên thu nhập thấp. Dự án Harmony hiện đang được triển khai tại 17 địa điểm ở Los Angeles cũng như bảy thành phố lớn khác trên khắp Hoa Kỳ. Học sinh tham gia Dự án Harmony nhận được vài giờ giảng dạy âm nhạc mỗi tuần. Trẻ em theo học cho thấy sự gia tăng rõ rệt trong cơ chế xử lý thần kinh và thính giác liên quan đến kỹ năng đọc và ngôn ngữ. Ngoài ra, việc tham gia Dự án Harmony có liên quan đến sự cải thiện về khí sắc, sức khỏe, điểm số và hành vi được đánh giá bởi phụ huynh. So với các trường không tham gia dự án, các trường tham gia dự án cho thấy sự cải thiện về tỷ lệ tốt nghiệp và học đại học. Mặc dù đào tạo âm nhạc là một phần không thể thiếu của Dự án Harmony, dự án cũng sử dụng mô hình cố vấn (mentorship model) và do đó dự phòng rủi ro bằng cách tận dụng các yếu tố bảo vệ đã biết khác (ví dụ: hỗ trợ xã hội) (Kraus và cộng sự, 2014; 2014b).

CÁCH TIẾP CẬN DỰA VÀO GIA ĐÌNH VERMONT (THE VERMONT FAMILY-BASED APPROACH) - VFBA

Xem xét các lĩnh vực mới nổi về dự phòng và tăng cường sức khỏe, có thể thấy rằng rất ít các can thiệp dự phòng dựa trên bằng chứng được mô tả ở trên có tính đến các tài liệu mới nổi về khoa học thần kinh, tâm lý học và di truyền học để kết hợp điều trị rối loạn tâm thần tiếp cận từ gia đình, nuôi dạy con cái tích cực, chú tâm, dinh dưỡng, đào tạo âm nhạc và tập thể dục thành một phương pháp thống nhất. Với suy nghĩ này, chúng tôi trình bày ở đây một mô hình mới về lâm sàng và y tế công cộng: Phương pháp tiếp cận dựa vào gia đình Vermont (the Vermont Family-Based Approach).

VFBA được phát triển bởi Bác sĩ. James J Hudziak tại Trung tâm Trẻ em, Thanh thiếu niên và Gia đình Vermont và được thiết kế để tích hợp nghiên cứu sự phát triển của rối loạn tâm thần vào một can thiệp trị liệu dựa vào gia đình. VFBA được khái niệm hóa như một phương tiện để vừa điều trị vừa ngăn ngừa sự phát triển của các rối loạn hành vi cảm xúc ở trẻ em, và dựa trên một vài nguyên lý trung tâm:

1. Sức khỏe cảm xúc - hành vi là nền tảng của sức khỏe chung
 2. Sức khỏe phụ thuộc vào môi trường gia đình
 3. Tăng cường, dự phòng và can thiệp nên tính đến các bằng chứng mới về âm nhạc, chú tâm, dinh dưỡng và hoạt động thể lực
- **Nguyên lý VFBA # 1: Sức khỏe cảm xúc-hành vi là nền tảng của sức khỏe chung.**

Điều này được đề cập trong các tài liệu mới về vai trò của rối loạn tâm thần trong hầu hết các chuyên ngành khác. Không ở đâu rõ hơn vai trò của những trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu đối với nhiều bệnh lý ở trẻ em và người lớn, từ béo phì và tiểu đường đến các bệnh lây truyền qua đường tình dục (Felitti và cộng sự, 1998). Y văn này còn chứng minh rằng cách quản lý các trải nghiệm bất lợi ở thời thơ ấu không chỉ tác động đến khí sắc và hành vi sau này mà còn tác động tới các tình trạng bệnh lý thực thể khác dường như không liên quan đến các rối loạn tâm thần. Hơn nữa, quan tâm tới sức khỏe cảm xúc/hành vi của bệnh nhân cho phép điều trị đầy đủ hơn các tình trạng khác bao gồm bệnh tim mạch, ung thư và tiểu đường, một lần nữa chứng minh rằng nền tảng của việc tăng cường sức khỏe, dự phòng và can thiệp bệnh tật là cần chú ý đến cả sức khỏe cảm xúc/hành vi.

- **Nguyên lý VFBA # 2: Sức khỏe phụ thuộc môi trường gia đình.**

Trong mô hình VFBA, việc điều trị rối loạn tâm thần của cha mẹ và tận dụng huấn luyện cách nuôi dạy con cái được xem là phương tiện để vừa điều trị vừa ngăn ngừa sự phát triển của rối loạn tâm thần ở trẻ em. Chúng ta đã biết rằng rối loạn tâm thần ở cha mẹ là một yếu tố nguy cơ đối với rối loạn tâm thần ở trẻ em, VFBA tìm cách cải thiện sức khỏe tâm thần của trẻ em và thanh thiếu niên bằng cách cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho trẻ em và cha mẹ của chúng. VFBA dựa trên lập luận giải quyết các nhu cầu về sức khỏe tâm thần có biểu hiện lâm sàng hoặc có biểu hiện tiền triệu của cha mẹ sẽ giúp ngăn ngừa và tạo điều kiện thuận lợi cho việc điều trị các tình trạng cảm xúc và hành vi hiện có ở trẻ em.



[Bấm vào hình để xem đoạn video ngắn mô tả cách tiếp cận dựa vào gia đình của Vermont \(4:42\).](#)

Cùng với rối loạn tâm thần của cha mẹ, việc nuôi dạy con cái được thực hiện tại nhà gây ảnh hưởng đến môi trường mà trẻ phát triển. Như vậy, ngoài việc giải quyết cả nhu cầu về sức khỏe tâm thần cho trẻ em và cha mẹ, VFBA còn sử dụng các chiến lược đào tạo cha mẹ dựa trên bằng chứng để cải thiện tác động quan hệ qua lại giữa cha mẹ và con cái (parent-child dynamics). Do đó, trong mô hình VFBA, đào tạo cha mẹ được khái niệm hóa như một phương pháp điều trị để giúp các gia đình đang phải đương đầu với rối loạn tâm thần ở trẻ em, cũng như là một phương tiện để củng cố các kỹ năng làm cha mẹ và ngăn ngừa sự phát triển rối loạn tâm thần ở trẻ.

- **Nguyên lý VFBA # 3: Tăng cường, dự phòng và can thiệp sức khỏe nên tính đến các bằng chứng mới về chú tâm, dinh dưỡng, tập thể dục và âm nhạc.**

VFBA thúc đẩy sức khỏe gia đình bằng cách khuyến khích cả gia đình tham gia vào các hoạt động tăng cường sức khỏe bao gồm đào tạo chú tâm, ăn uống lành mạnh, tập thể dục và đào tạo âm nhạc. Theo cách này, các thành phần của VFBA đóng vai trò là phương pháp điều trị hiệu quả cho trẻ em và cha mẹ mắc rối loạn tâm thần, cũng như các biện pháp can thiệp dự phòng có chọn lọc, chỉ định và phổ quát cho các gia đình khỏe mạnh.

Chú tâm

Ngày càng nhiều bằng chứng cho thấy việc sử dụng chú tâm vừa là phương pháp điều trị vừa là can thiệp dự phòng, và có lý do để lạc quan về vai trò của chú tâm đối với sức khỏe tâm thần. Trong khi một số nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng về tác động của các can thiệp dựa trên chú tâm (ví dụ, CBT dựa trên chú tâm), nhiều nghiên cứu về ảnh hưởng của chú tâm bị giảm giá trị bởi cỡ mẫu nhỏ, thiếu nhóm đối chứng, thiếu ngẫu nhiên và thiếu dữ liệu về tuân thủ điều trị (Burke và cộng sự, 2008). Vì vậy, cần các nghiên cứu đối chứng kiểm soát tốt hơn về ảnh hưởng của chú tâm đối với trẻ em. Tuy nhiên, đối với mức độ chứng cứ như trên thì trong mô hình VFBA, chú tâm được khái niệm hóa như một hoạt động thúc đẩy sức khỏe, tất cả các cha mẹ và trẻ em từ những người khỏe mạnh, có nguy cơ, hay đang có rối loạn tâm thần đều được khuyến khích tham gia vào các thực hành chú tâm.

Dinh dưỡng

Dựa trên cơ sở nghiên cứu liên quan đến chất lượng chế độ ăn uống tổng thể và sự thiếu hụt dinh dưỡng cụ thể trong y học nói chung cũng như rối loạn hành vi/cảm xúc, mô hình VFBA đã khái niệm hóa một chế độ ăn uống cân bằng, lành mạnh như một chiến lược điều trị cho các gia đình đang phải đương đầu với các rối loạn về cảm xúc/hành vi, cũng như một can thiệp dự phòng cho những người khỏe mạnh.

Tập thể dục

Mặc dù không thể kết luận chắc chắn rằng mối quan hệ giữa hoạt động thể lực và sức khỏe tâm thần là trực tiếp và nhân quả, có vẻ hợp lý để giả định rằng tác động giảm nhẹ của hoạt động thể chất lên các rối loạn tâm thần “không thể được giải thích bởi một cơ chế đơn lẻ, mà tác động này dường như là tổng hợp bởi một vài cơ chế khác nhau (ví dụ: tâm trạng, cảm giác làm chủ, sự tự tin) và sinh lý thần kinh (sinh lý thần kinh vùng đồi thị - hippocampal neurogenesis,



[Bấm vào hình để xem bài giảng của James Hudziak MD mô tả một số chi tiết cơ sở lý luận phía sau cách tiếp cận dựa trên gia đình Vermont đối với các rối loạn hành vi \(1:28:07\).](#)

trục điều hòa hạ đồi - tuyến yên - tuyến thượng thận - hypothalamic pituitary adrenal axis regulation)” (Zainuddin & Thuret, 2012). Theo các nghiên cứu hiện có, mô hình VFBA khái quát hóa hoạt động thể lực như một chiến lược điều trị và dự phòng khả thi, khuyến khích cha mẹ và trẻ tham gia hoạt động thể chất thông qua các chương trình tập thể dục có cấu trúc, sử dụng huấn luyện viên và có củng cố tích cực.

Âm nhạc

Các nghiên cứu cho thấy đào tạo âm nhạc có liên quan đến những thay đổi về cấu trúc và chức năng của não, và kết quả từ các chương trình dựa vào trường học như *El Sistema* và dự án Harmony cho rằng đào tạo âm nhạc có liên quan đến sự cải thiện về nhận thức cũng như cải thiện thành tích học tập, VFBA khuyến cáo mạnh rằng mọi gia đình cần tham gia một loại hình âm nhạc. Mặc dù một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng sử dụng mẫu dân số lâm sàng vẫn chưa thiết lập được mối quan hệ trực tiếp giữa đào tạo âm nhạc và giảm rối loạn tâm thần, nhưng các bằng chứng sẵn có gợi ý các dịch vụ công cộng đào tạo âm nhạc như một chiến lược dự phòng cũng như tác động của đào tạo âm nhạc đối với cấu trúc thần kinh đã dẫn đến sự kết hợp của âm nhạc và VFBA. Trong mô hình VFBA, những trẻ khỏe mạnh và những trẻ đang phải vật lộn với các vấn đề về cảm xúc/hành vi, cùng với gia đình của chúng, được khuyến khích chơi một nhạc cụ.

Chứng minh tính hiệu quả của VFBA

Mặc dù tính hiệu quả của từng thành phần của VFBA đã được chứng minh ở mức độ từ lớn tới nhỏ khác nhau nhưng toàn bộ VFBA vẫn chưa được thử nghiệm chính thức. Một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên về mô hình VFBA hiện đang được tiến hành. Thử nghiệm này dự kiến bao gồm 120 đến 160 gia đình có con trong độ tuổi từ 3 đến 6. Các gia đình tham gia điều trị sẽ được ghép cặp với một huấn luyện viên sức khỏe, người sẽ giúp họ thực hiện kế hoạch chăm sóc sức khỏe dựa trên kết quả của một đánh giá toàn thể gia đình. Đánh giá này sẽ bao gồm các thang đo đã chuẩn hóa về sức khỏe cảm xúc/hành vi của mỗi thành viên trong gia đình, cũng như đánh giá các hoạt động tăng cường sức khỏe mà họ tham gia. Mỗi chương trình chăm sóc sức khỏe sẽ được điều chỉnh theo nhu cầu cụ thể của họ, nhưng sẽ dựa trên các nguyên tắc cơ bản của VFBA: chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn gia đình, chiến lược nuôi dạy con tích cực, chú tâm, dinh dưỡng, tập thể dục và đào tạo âm nhạc.

TÓM LẠI

Tâm thần học trẻ em và vị thành niên có một vị trí thuận lợi để giữ vai trò quan trọng trong việc tăng cường sức khỏe, phòng chống bệnh tật và can thiệp dựa vào gia đình. Chúng ta là những chuyên gia y tế chuyên sâu hiểu được tác động của môi trường lên bộ gen (epigenome), cấu trúc và chức năng của bộ não đang phát triển và những suy nghĩ, cảm xúc và hành vi liên quan (các triệu chứng). Chúng ta có khuyến nghị cải thiện sức khỏe cho tất cả trẻ em (ví dụ: chú tâm, tập thể dục, dinh dưỡng, giấc ngủ, âm nhạc, v.v.) bất kể chúng có nguy cơ hay đang trải qua các vấn đề về cảm xúc hoặc hành vi. Chúng ta có thể hỗ trợ phòng ngừa bằng việc đảm bảo rằng tất cả phụ huynh có thể tiếp cận với các khóa huấn luyện cách nuôi dạy con cái và thúc đẩy ý tưởng rằng điều trị các vấn đề về cảm xúc và hành vi của cha mẹ là một công cụ mạnh mẽ hơn nhiều so với việc phớt lờ các vấn đề đó. Chúng ta có thể thành chuyên ngành nhận ra được

tầm quan trọng của việc khuyến nghị các hỗ trợ xã hội và giáo dục đối với các nhiệm vụ khó khăn trong việc tăng cường sức khỏe của trẻ em và khi điều trị các trẻ có các rối loạn tâm thần, chúng ta nên thực hiện tương tự trong phạm vi gia đình, bao gồm phối hợp vừa khuyến nghị các biện pháp thúc đẩy sức khỏe và phòng ngừa bệnh tật. Sự tồn tại của ngành khoa học cơ bản thần kinh phát triển và bằng chứng đến gần (nghiên cứu Trải nghiệm Bất lợi Thời thơ ấu cung cấp một nền tảng hoàn hảo cho sự chú ý toàn quốc) và sự chăm sóc có trách nhiệm là một cơ hội cho một cuộc cải tiến, đặt tâm thần trẻ em và thanh thiếu niên vào trung tâm của công cuộc cải cách chăm sóc sức khỏe.



Cha mẹ đóng một vai trò quan trọng trong sự phát triển và sự khỏe mạnh hạnh phúc của con cái. Mặc dù điều này đúng với tất cả cha mẹ và trẻ em, nhưng nó đặc biệt phù hợp với những người chăm sóc trẻ bị rối loạn phát triển. Để đáp ứng nhu cầu này, WHO đã phát triển Gói đào tạo kỹ năng làm cha mẹ dành cho những người chăm sóc trẻ có rối loạn phát triển. 54 chuyên gia y tế có kinh nghiệm từ 18 quốc gia đã tham dự hội thảo nâng cao năng lực về Gói đào tạo kỹ năng làm cha mẹ của WHO do WHO tổ chức vào tháng 4/2015.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Alexander JF, Parsons BV (1973). Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *Journal of Abnormal Psychology* 81:219-225.
- Allen NB, Blashki G, Gullone E (2006). Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 40:285-294.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- [Althoff RR, Rettew DC, Faraone SV et al \(2006\). Latent class analysis shows stronger heritability of the child behavior checklist-juvenile bipolar phenotype. *Biological Psychiatry* 60:903-911.](#)
- [Baer JS, Kivlahan DR, Blume AW et al \(2001\). Brief intervention for heavy-drinking college students: 4-year follow-up and natural history. *American Journal Of Public Health* 91:1310-1316.](#)
- [Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TR \(1998\). Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37:1134-1141.](#)
- [Biddle SJ, Asare M \(2011\). Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *British Journal of Sports Medicine* 45:886-895.](#)
- Bilhartz TD, Bruhn RA, Olson JE (2000). The effect of early musical training on child cognitive development. *Journal of Applied Developmental Psychology* 20:615-636.
- [Blueprints for Healthy Youth Development.](#)
- [Boomsma DI, van Beijsterveldt CE, Hudziak JJ \(2005\). Genetic and environmental influences on Anxious/Depression during childhood: a study from the Netherlands Twin Register. *Genes, Brain, and Behavior* 4:466-481.](#)
- Borduin CM, Henggeler SW, Blaske et al (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 35:105-114.
- [Borduin CM, Schaeffer CM, Heiblum N \(2009\). A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: effects on youth social ecology and criminal activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77:26-37.](#)
- Bijl RV, Cuijpers P, Smit F (2002). Psychiatric disorders in adult children of parents with a history of psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37:7-12.
- [Burke JD, Pardini DA, Loeber R \(2008\). Reciprocal relationships between parenting behavior and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology* 36:679-692.](#)
- Caplan G (1964). *Principles of Prevention Psychiatry*. Oxford, England: Basic Books.
- [Cerrillo-Urbina AJ, Garcia-Hermoso A, Sanchez-Lopez M et al \(2015\). The effects of physical exercise in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *Child: Care, Health and Development* 41:779-788.](#)
- Cuesta J, Antola LC, Castillo G et al (2007). Proposal for a loan for a program to support the Centro de Accion Social por la Musica, Phase II. Venezuela: Inter-American Development Bank.
- [DeGarmo DS, Patterson GR, Forgatch MS \(2004\). How do outcomes in a specified parent training intervention maintain or wane over time? *Prevention Science* 5:73-89.](#)
- [Dishion TJ, Brennan LM, Shaw DS et al \(2014\) Prevention of problem behavior through annual family check-ups in early childhood: Intervention effects from home to early elementary school. *Journal of Abnormal Child Psychology* 42:343-354.](#)
- [Ducharme S, Hudziak JJ, Botteron KN et al \(2011\). Right anterior cingulate cortical thickness and bilateral striatal volume correlate with child behavior checklist aggressive behavior scores in healthy children. *Biological Psychiatry* 70:283-290.](#)
- [Fain T, Greathouse SM, Turner SF et al \(2014\). Effectiveness of Multisystemic Therapy for minority youth: Outcomes over 8 years in Los Angeles County. *Journal of Juvenile Justice* 3: 24-37.](#)
- [Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al \(1998\). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *The Adverse Childhood Experiences \(ACE\) Study. American Journal of Preventive Medicine* 14:245-258.](#)
- [Forgatch MS, DeGarmo DS \(1999\). Parenting through change: An effective prevention program for single mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67:711-724.](#)
- [Forgatch MS, DeGarmo DS \(2007\). Accelerating recovery from poverty: Prevention effects for recently separated mothers. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention* 4:681-702.](#)
- [Forgatch MS, Patterson GR, DeGarmo DS et al \(2009\). Testing the Oregon delinquency model with 9-year follow-up of the Oregon Divorce Study. *Development and Psychopathology* 21:637-660.](#)
- [Gaser C, Schlaug G \(2003\). Brain structures differ between musicians and non-musicians. *The Journal of Neuroscience* 23:9240-9245.](#)
- Gomez-Pinilla F (2008). Brain foods: the effects of nutrients on brain function. *Nature Reviews Neuroscience* 9:568-78.
- [Gordon R \(1983\). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports* 98:107-109.](#)

- Griffin KW, Botvin GJ, and Nichols TR (2004). Long-term follow-up effects of a school-based drug abuse prevention program on adolescent risky driving. *Prevention Science* 5:207-212.
- Griffin KW, Botvin GJ, Nichols TR (2006). Effects of a school-based drug abuse prevention program for adolescents on HIV risk behaviors in young adulthood. *Prevention Science* 7:103-112.
- [Guardino CM, Dunkel Schetter C, Bower JE et al \(2014\). Randomized controlled pilot trial of mindfulness training for stress reduction during pregnancy. *Psychology & Health* 29:334-349.](#)
- [Gunlicks ML, Weissman MM \(2008\). Change in child psychopathology with improvement in parental depression: a systematic review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47:379-389.](#)
- [Harvey E, Stoessel B, Herbert S \(2011\). Psychopathology and parenting practices of parents of preschool children with behavior problems. *Parenting: Science and Practice* 11:239-263.](#)
- [Hyde KL, Lerch J, Norton A et al \(2009\). The effects of musical training on structural brain development: a longitudinal study. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1169:182-186.](#)
- [Hudziak JJ, Bartels M \(2008\). Genetic and environmental influences on wellness, resilience, and psychopathology: a family-based approach for promotion, prevention, and intervention. In Hudziak, JJ, ed. *Developmental Psychopathology and Wellness*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc pp267-286.](#)
- [Hudziak JJ, Albaugh MD, Ducharme S et al \(2014\). Cortical thickness maturation and duration of music training: health-promoting activities shape brain development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 53:1153-1161.](#)
- [Jacka FN, Kremer PJ, Berk M et al \(2011\). A prospective study of diet quality and mental health in adolescents. *PLOS ONE* 6:e24805.](#)
- Kazdin AE (2005). *Parent Management Training: Treatment for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. New York: Oxford University Press.
- [Kerr DC, Leve LD, Chamberlain P \(2009\). Pregnancy rates among juvenile justice girls in two randomized controlled trials of multidimensional treatment foster care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77:588-593.](#)
- [Kraus N, Hornickel J, Strait D et al \(2014\). Engagement in community music classes sparks neuroplasticity and language development in children from disadvantaged backgrounds. *Frontiers in Psychology*.](#)
- Kraus N, Slater J, Thompson E et al (2014b). Music Enrichment Programs Improve the Neural Encoding of Speech in At-Risk Children. *Journal of Neuroscience* 34:11913-11918.
- [Liu J, Zhao SR, Reyes T \(2015\). Neurological and epigenetic implications of nutritional deficiencies on psychopathology: Conceptualization and review of evidence. *International Journal of Molecular Sciences* 16:18129-18148.](#)
- Ludwig DS, Kabat-Zinn J (2008). Mindfulness in medicine. *JAMA* 300:1350-1352. doi:10.1001/jama.300.11.1350.
- [Martinez CR Jr, Forgatch MS \(2001\). Preventing problems with boys' noncompliance: Effects of a parent training intervention for divorcing mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69:416-428.](#)
- McLaughlin KA, Gadermann AM, Hwang I et al (2012). Parent psychopathology and offspring mental disorders: Results from the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry* 200:290-299.
- McMahon RJ, Forehand RL (2015). *Helping the Noncompliant Child: A Family-Based Treatment for Oppositional Behavior* (2nd ed). New York: Guilford Press.
- Mrazek PJ, Haggerty RJ (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders*. Washington DC: National Academic Press.
- Springer F, Phillips JL (2006). The IOM model: A tool for prevention planning and implementation. *Tactics* 8: 1-7.
- Mrazek DA, Mrazek PJ (2007). Prevention of psychiatric disorders. In: Martin A, Volkmar FR (eds) *Lewis' Child and Adolescent Psychiatry*, 4th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, pp171-177.
- [O'Connell ME, Boat T, Warner KE \(2009\) Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities. Washington \(DC\): National Academies Press.](#)
- Oddy WH, Robinson M, Ambrosini GL et al (2009). The association between dietary patterns and mental health in early adolescence. *Preventive Medicine* 49:39-44.
- Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr et al (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 278:637-643.
- [Olds DL, Kitzman H, Knudtson MD et al \(2014\). Effect of home visiting by nurses on maternal and child mortality: Results of a 2-decade follow-up of a randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics* 168:800-806.](#)
- [Physical Activity Guidelines Advisory Committee \(2008\). Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services](#)
- [Rebar AL, Stanton R, Geard D et al \(2015\). A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychology Review* 9:366-378.](#)
- [Riggs NR, Greenberg MT, Kusché CA et al \(2006\). The mediational role of neurocognition in the behavioral](#)

- [outcomes of a social-emotional prevention program in elementary school students: Effects of the PATHS curriculum. *Prevention Science* 7:91-102.](#)
- Rijlaarsdam J, Stevens GW, Jansen PW et al (2014). Maternal childhood maltreatment and offspring emotional and behavioral problems: Maternal and paternal mechanisms of risk transmission. *Child Maltreatment*, 19: 67-78. doi:10.1177/1077559514527639
- [Rauscher FH, Zupan MA \(2000\). Classroom keyboard instruction improves kindergarten children's spatial-temporal performance: A field experiment. *Early Childhood Research Quarterly* 15:215-228.](#)
- [Rohde P, Stice E, Shaw H et al \(2014\). Indicated cognitive behavioral group depression prevention compared to bibliotherapy and brochure control: Acute effects of an effectiveness trial with adolescents. *Journal of Consulting And Clinical Psychology* 82:65-74.](#)
- Rutter M, Quinton D (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine* 14:853-880.
- Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT (2000). *Practitioner's Manual for Standard Triple P*. Brisbane, Australia: Families International Publishing.
- [Schlaug G, Norton A, Overy K et al \(2005\). Effects of music training on the child's brain and cognitive development. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1060:219-230.](#)
- [Schonfeld DJ, Adams RE, Fredstrom BK et al \(2015\). Cluster-randomized trial demonstrating impact on academic achievement of elementary social-emotional learning. *School Psychology Quarterly* 30:406-420.](#)
- Snippe E, Nyklicek I, Schroevers MJ et al (2015). The temporal order of change in daily mindfulness and affect during mindfulness-based stress reduction. *Journal of Counseling Psychology* 62:106-114.
- [Stice E, Rohde P, Seeley JR et al \(2008\). Brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents outperforms two alternative interventions: A randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76:595-606.](#)
- [Stice E, Rohde P, Gau JM et al \(2010\). Efficacy trial of a brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents: Effects at 1- and 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78:856-867.](#)
- [Stice E, Shaw H, Burton E et al \(2006\). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: A randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74:263-275.](#)
- Stringaris A, Vidal-Ribas Belil P, Artiges E et al (2015). The brain's response to reward anticipation and depression in adolescence: Dimensionality, specificity, and longitudinal predictions in a community-based sample. *The American Journal of Psychiatry* 172:1215-1223.
- [Sun W, Skara S, Sun P et al \(2006\). Project Towards No Drug Abuse: Long-term substance use outcomes evaluation. *Preventive Medicine* 42:188-192.](#)
- Sussman S, Dent CW, Stacy AW (2002). Project towards no drug abuse: a review of the findings and future directions. *American Journal of Health Behavior* 26:354-365.
- [Van den Bergh BRH, Mulder EJJ, Mennes M et al \(2005\). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioral development of the fetus and child: Links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 29:237-258.](#)
- [Van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT et al \(2007\). Genetic and environmental influences on obsessive-compulsive symptoms in adults: A population-based twin-family study. *Psychological Medicine* 37:1635-1644.](#)
- [Verhulst FC, Tiemeier H \(2015\). Epidemiology of child psychopathology: major milestones. *European Child & Adolescent Psychiatry* 24:607-617.](#)
- [Vieten C, Astin J \(2008\). Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: Results of a pilot study. *Archives of Women's Mental Health* 11:67-74.](#)
- [Wansink HJ, Drost RM, Paulus AT et al \(2016\). Cost-effectiveness of preventive case management for parents with mental illness: A randomized controlled trial from three economic perspectives. *BMC Health Services Research* 16:228.](#)
- Washburn IJ, Acock A, Vuchinich S et al (2011). Effects of a social-emotional and character development program on the trajectory of behaviors associated with social-emotional and character development: Findings from three randomized trials. *Prevention Science* 12: 314-323.
- Webster-Stratton C (2006). *The Incredible Years: A Trouble Shooting Guide for Parents of Children Age 2-8*. Seattle (WA): Incredible Years.
- [Weder N, Zhang H, Jensen K et al \(2014\). Child abuse, depression, and methylation in genes involved with stress, neural plasticity, and brain circuitry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 53:417-424.e415.](#)
- [Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ et al \(2006\). Remissions in maternal depression and child psychopathology: A STAR*D child report. *JAMA* 295:1389-1398.](#)
- Wolchik SA, West SG, Westover S et al (1993). The children of divorce parenting intervention: Outcome evaluation of an empirically based program. *American Journal of Community Psychology* 21:293-231.
- Wolchik SA, West SG, Sandler IN et al (2000). An experimental evaluation of theory-based mother and mother-child programs for children of divorce. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68:843-856.
- [World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1986.](#)
- [Zainuddin MS, Thuret S \(2012\). Nutrition, adult hippocampal neurogenesis and mental health. *British Medical Bulletin* 103:89-114.](#)
- [Zenner C, Herrleben-Kurz S, Walach H \(2014\). Mindfulness-based interventions in schools - a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology* 5:603.](#)
- [Zoogman S, Goldberg SB, Hoyt WT et al \(2015\). Mindfulness interventions with youth: A meta-analysis. *Mindfulness* 6:290-302.](#)

PHỤ LỤC A.14.1

YOGA VỚI TRẺ EM

www.uvm.edu/medicine/vccyf

Yoga là chú tâm trong chuyển động và nhận thức có ý thức về những trải nghiệm của cơ thể ở thời điểm hiện tại

CHÚ Ý

Thực hành yoga cho thấy cải thiện sự tập trung chú ý, bao gồm cải thiện hiệu suất trong các nhiệm vụ khách quan đo lường sự chú ý

Các tư thế cho phép cá nhân tập trung bao gồm các tư thế đứng và cân bằng

TƯ THẾ NGÓN NÚI: Đứng thẳng, hai chân liền nhau hoặc cách nhau rộng bằng hông, toàn bộ bàn chân chạm đất, hai tay duỗi dọc theo cơ thể, hai lòng bàn tay hướng vào nhau. Khi các ngón chân ấn xuống đất chú ý giữ đầu thẳng đứng. Hướng ánh mắt vào một vật thể cố định ngang tầm mắt. Thở chậm và sâu. Giữ nguyên tư thế này trong vòng 5 phút.

TƯ THẾ CÁI CÂY: Chuyển tất cả trọng lượng lên chân trái và đặt bàn chân phải lên mắt cá chân, bắp chân, hoặc mắt trong đùi của chân trái đang đứng. Giữ thẳng bằng khi đưa dần hai tay vươn lên trên đầu, bắt đầu giống như một cái cây. Nhìn chăm chú vào một điểm ổn định, thở chậm và giữ tư thế đó trong 5 nhịp thở. Đổi chân đứng và lặp lại quá trình trên.

ĐIỀU HÒA CẢM XÚC

Yoga tạo ra những thay đổi trong não bộ tương ứng với ít phản ứng hơn và cải thiện năng lực để thực hiện các nhiệm vụ tốt hơn ngay cả khi các cảm xúc được kích hoạt

TƯ THẾ NGÔI SAO NĂM CÁNH: đứng với hai chân mở rộng, mặt ngoài hai bàn chân song song. Mở rộng cánh tay ra hai bên cao ngang vai, mở ngực ra, cánh tay vươn ra xa, bàn chân ấn xuống đất và giữ đầu thẳng. Hít thở sâu, mắt nhìn thẳng, hoặc nhắm mắt. Giữ tư thế trong 10 nhịp thở. Chấp nhận thử thách là một ngôi sao, hãy giữ nguyên tư thế này. Chú ý: dù rằng bạn có thể thực sự muốn di chuyển nhưng hãy giữ nguyên tư thế.

LÒNG TRẮC ẪN

Những người được lựa chọn ngẫu nhiên tham gia vào các chương trình đào tạo về yoga và chú tâm có nhiều khả năng giúp đỡ người khác khi cần và có lòng trắc ẩn với bản thân (self-compassion) lớn hơn. Tư thế làm tăng lòng trắc ẩn bao gồm những tư thế có thể là thử thách và yêu cầu sự yên tĩnh cho việc tự xem xét bản thân (self-judgment).

TƯ THẾ VŨ CÔNG: Di chuyển trọng lượng cơ thể lên chân trái, uốn cong chân phải, dùng tay phải nắm lấy cổ chân ở phía sau lưng. Hướng đầu gối phải xuống đất, nâng cánh tay trái lên cao và tìm điểm tập trung ngang tầm mắt. Chú ý xem tâm trí đi tới đâu khi chân phải chạm vào tay và ngực mở rộng, tìm sự cân bằng khi vươn cơ thể về phía trước và đẩy về phía sau. Giữ cho tâm trí tập trung vào hơi thở và sự cân bằng của cơ thể hơn là việc xem liệu trông có giống với tư thế người khác làm không. Nhận thấy vẻ đẹp, sức mạnh và sự ổn định với tư thế của chính bản thân mình. Giữ tư thế đó trong 5 nhịp thở và sau đó chuyển sang chân kia và lặp lại.

LO ẬU

Thực hành yoga giúp đưa sự chú ý vào thời điểm hiện tại, giảm việc tập trung về quá khứ và tương lai. Việc này cũng giúp giảm tình trạng nghiến ngấm và lo lắng, dẫn đến giảm tình trạng lo âu. Nằm sấp để cơ thể sát với mặt đất, cảm nhận giới hạn, cứng bên dưới mặt đất.

TƯ THẾ ĐÚA TRẺ: quỳ xuống, đưa các ngón chân cái chạm vào mặt đất, đầu gối mở rộng, đẩy hông ngược về phía gót chân, thân mình nằm xuống giữa hai đùi. Nên để trán chạm sàn nhà khi hai tay vươn thẳng qua đầu, hoặc chồng hai tay lên nhau để đỡ trán. Chú ý trọng lượng của cơ thể dồn xuống sàn khi hơi thở sâu dần và từng bộ phận của cơ thể được thư giãn. Giữ tư thế trong 5-10 nhịp thở, thả lỏng người với mỗi lần thở ra.

CHÚ TÂM VỚI TRẺ EM

www.uvm.edu/medicine/vccyf

TIẾP ĐẤT

Bài thực hành này giúp đưa sự chú ý vào cơ thể và có thể giúp quản lý năng lượng dư thừa như một sự chuẩn bị cho sự tập trung.

CO VÀ DUÔI. Co bàn chân và thả ra. Siết chặt tay, thả ra (tiếp tục với các bộ phận trên cơ thể như vai, mắt, tai, mắt và toàn bộ cơ thể). Bài tập này có thể thực hiện khi đang ngồi trên ghế, trong xe ô tô, hoặc nằm trên giường trước khi ngủ

TẬP TRUNG CHÚ Ý

Bài tập này giúp chúng ta gom sự tập trung chú ý như gom các tia nắng mặt trời vào một điểm tập trung

NGỒI NHƯ MỘT CON ÉCH (BÀI TẬP ELINE SNEL). Tìm một nơi yên tĩnh cho bạn và cho trẻ để thực hành. Lưu ý rằng các con ếch thích nhảy, nhưng chúng cũng có thể rất tĩnh tại và hít thở (làm mẫu thở bụng). Bụng của con ếch nâng lên và hạ xuống. Con ếch chú ý mọi thứ xung quanh mình khi ngồi, và không bị sao nhãng bởi các suy nghĩ nổi lên trong đầu của nó. Nó ngồi đó, bảo toàn năng lượng và hít thở. Bạn có thể thực hành bài này trong 2 phút (bạn có thể sử dụng đồng hồ cát 2 phút cho bài tập này).

ĐIỀU CHỈNH

Bài tập này hướng dẫn traу dòі nhận thức về trải nghiệm bên trong của mỗi cá nhân

HOA, GAI, LỘC: Bạn và trẻ có thể chia sẻ những trải nghiệm về một ngày đã qua. Như một người lớn, cần đảm bảo để chia sẻ về những trải nghiệm trong ngày của chính bản thân mình về:

Những sự kiện đáng nhớ trong ngày là gì (Hoa)

Những khó khăn trong ngày là gì (Gai)

Bạn mong chờ điều gì vào ngày mai (Lộc)

CHÚ TÂM THAY ĐỔI NÃO BỘ

www.uvm.edu/medicine/vccyf

HẠCH HẠNH NHÂN

Khoi dậy khi phát hiện và phản ứng với cảm xúc, đặc biệt các cảm xúc khó khăn hoặc mạnh mẽ như sợ hãi. Phần não này ít được kích hoạt và có ít chất xám hơn sau khi đào tạo chú tâm.

HỘI HẢI MÃ

Quan trọng đối với việc học tập, trí nhớ, và giúp điều chỉnh hạch hạnh nhân. Phần này của não hoạt động nhiều hơn và có mật độ chất xám nhiều hơn sau khi rèn luyện chú tâm.

VỎ NÃO TRƯỚC TRÁN

Phần não liên quan nhiều nhất đến sự trưởng thành, bao gồm việc điều chỉnh cảm xúc hành vi và đưa ra quyết định khôn ngoan, hợp lý. Phần não này được kích hoạt nhiều hơn theo đào tạo chú tâm.

NHÓM HIỆU ĐỈNH, DỊCH THUẬT

Hiệu đỉnh	Phạm Minh Triết	Bác sĩ Y khoa, Thạc sĩ tâm lý lâm sàng Nghiên cứu sinh Tâm lý lâm sàng trẻ em Trường Nghiên cứu Tâm lý – Đại học Quốc Gia Úc
Dịch thuật	Nguyễn Văn Mạnh	Thạc sĩ Tâm lý Lâm sàng Trẻ em và Vị thành niên. Tổ chức BasicNeeds Việt Nam
Dịch thuật	Trần Kim Phú	Bác sĩ Y khoa Khoa Tâm lý – Bệnh viện Nhi đồng 1
Dịch thuật	Nguyễn Thị Huệ	Bác sĩ chuyên khoa Tâm thần Khoa Tâm lý lâm sàng - Bệnh viện tâm thần Trung Ương 1

Xin chân thành cảm ơn sự tham gia đóng góp nhiệt tình, tinh thần trách nhiệm của tất cả các thành viên tham gia hiệu đỉnh và dịch thuật, cùng sự cố vấn, hỗ trợ tâm huyết từ các đồng nghiệp.

Bên dưới là một số thuật ngữ ít gặp hoặc chưa có sự thống nhất trong việc dịch sang tiếng Việt được tóm tắt thành bảng để quý đồng nghiệp tiện theo dõi và góp ý. Mọi ý kiến đóng góp và phản hồi để giúp cho tài liệu được hoàn thiện hơn đều được trân trọng. Vui lòng gửi ý kiến đóng góp về địa chỉ email: vnacapap@gmail.com

DANH MỤC THUẬT NGỮ

English	Tiếng Việt
Absenteeism	Trốn học
Acceptance and commitment therapy	Liệu pháp chấp nhận và cam kết
Boderline personality disorder	Rối loạn nhân cách ranh giới
Bulimia	Chứng cuồng ăn
Cerebellum	Tiểu não
Coercive parenting	Nuôi dạy con cái theo hình thức cưỡng chế
Corpus callosum	Thể chai
Correlational study	Nghiên cứu về mối tương quan
Cross sectional study	Nghiên cứu cắt ngang
Dialectical therapy	Liệu pháp hành vi biện chứng
Dorsolateral prefrontal cortex	Vùng vỏ não trước trán vùng lưng bên
Drug-resistance skill	Kỹ năng đề kháng với ma túy
Emotional and social competency	Năng lực cảm xúc và xã hội
Epigenetic	Di truyền học biểu sinh
Epigenome	Tác động của môi trường lên bộ gen
Family dynamic	Động lực gia đình
Fine motor	Vận động tinh
“Hard” drug	Ma túy “hạng nặng”
Hippocampal neurogenesis	Sinh lý thần kinh vùng đồi thị
Hypothalamic pituitary adrenal axis regulation	Trục điều hòa hạ đồi - tuyến yên - tuyến thượng thận
Illicit-substance	Chất cấm

Independent replication	Nghiên cứu lặp lại độc lập
Inferior frontal gyrus	Hồi trán dưới
Lateral temporal lobe	Thùy thái dương bên
Left middle occipital lobe	Thùy chẩm giữa trái
Life risk	Nguy cơ suốt đời
Mentorship model	Mô hình cố vấn
Mindfulness	Chú tâm/ Chánh niệm
Mindfulness base stress reduction	Giảm căng thẳng dựa trên chú tâm
Mindfulness breathing	Chú tâm vào hơi thở
Mindfulness meditation	Chú tâm vào thiền định
Mindfulness movement	Chú tâm vào chuyển động
Mindfulness-based cognitive therapy	Liệu pháp nhận thức dựa trên chú tâm
Mood disorder	Rối loạn khí sắc
Negative reinforcement	Củng cố lấy ra
Occipital lobe	Thùy chẩm
Parent-child dynamic	Quan hệ qua lại giữa cha mẹ và con cái
Pericingulate	Xung quanh đai
Perspective-taking ability	Khả năng nhìn nhận từ nhiều quan điểm
Poly-substance abuse	Lạm dụng đa chất
Positive reinforcement	Củng cố thêm vào
Primary auditory cortex	Vỏ não thính giác chính
Primary sensorimotor cortex	Vỏ não vận động cảm giác chính
Prospective longitudinal study	Nghiên cứu tiến cứu theo chiều dọc
Quasi-experimental evaluation	Đánh giá nghiên cứu bán thực nghiệm
Randomized control trial	Thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên
Resilience	Khả năng phục hồi
Right precentral gyrus	Hồi trung tâm bên phải
Self-compassion	Lòng trắc ẩn với bản thân
Self-efficacy	Tự tin vào năng lực bản thân
Self-judgment	Tự xem xét bản thân
SES	Tình trạng kinh tế xã hội
Superior parietal cortex	Vỏ não thùy đỉnh trên
Superior premotor cortex	Vỏ não tiền vận động trên
Suspension	Đình chỉ học
Temporal lobe	Thùy thái dương
Thin ideal internalization	Sự tiếp thu hóa tiêu chuẩn thân hình mảnh dẻ lý tưởng
Verbal IQ	Chỉ số trí thông minh ngôn ngữ
Victimization	Bắt nạt người khác
Visual discrimination	Phân biệt thị giác
Visuospatial reasoning	Suy luận thị giác không gian
White matter tract	Đường dẫn chất trắng