ỨNG DỤNG LIỆU PHÁP NHẬN THỨC - HÀNH VI TRONG TRỊ LIỆU TRẦM CẢM Ở NAM THANH NIÊN 18–25 TUỔI

Trịnh Lâm Tinh Hiệp
Trường Trung học cơ sở- Trung học phổ thông Đào Duy Anh, Thành phố Hồ Chí Minh

Tóm tắt: *Trầm cảm ở nam thanh niên thường khó được nhận diện và hỗ trợ kịp thời do biểu hiện né tránh bộc lộ cảm xúc, thu mình và khuynh hướng tự giải quyết khó khăn. Nghiên cứu trường hợp để mô tả sự thay đổi khi áp dụng liệu pháp nhận thức - hành vi (CBT) cho một nam thanh niên 23 tuổi tại Thành phố Hồ Chí Minh. Can thiệp gồm 12 phiên, mỗi phiên 45–60 phút, tập trung vào giáo dục tâm lý, kích hoạt hành vi, tái cấu trúc nhận thức, giải quyết vấn đề và dự phòng tái phát. Điểm BDI-II tại ba lần đo nền là 32, 31 và 33 (M = 32,0; mức nặng), giảm còn 26 ở phiên 4, 18 ở phiên 8 và 9 ở phiên 12; sau một tháng là 8 điểm. So với trung bình đường nền, triệu chứng giảm 71,9% sau can thiệp và 75,0% tại theo dõi. Thời lượng ngủ tăng từ 4,8 lên 6,8 giờ/đêm; số hoạt động có ý nghĩa tăng từ 2 lên 10 hoạt động/tuần; số buổi học/làm việc vắng giảm từ 3 xuống 0 buổi/tuần; mức tin vào suy nghĩ "Tôi là người thất bại" giảm từ 90% xuống 35%. Kết quả minh họa cho thấy quy trình CBT có cấu trúc có thể đi cùng sự cải thiện triệu chứng và chức năng.*

Từ khóa: *liệu pháp nhận thức - hành vi; trầm cảm; nam thanh niên; nghiên cứu đơn trường hợp; BDI-II.*

APPLICATION OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN THE TREATMENT OF DEPRESSION AMONG MALE YOUNG ADULTS AGED 18–25 YEARS

Abstract: *Depression in young men may remain under-recognized because distress can be expressed through withdrawal, limited emotional disclosure, and attempts to cope independently. This illustrative A–B–Follow-up single-case study describes a 12-session cognitive behavioral therapy (CBT) intervention for a 23-year-old Vietnamese man in Ho Chi Minh City. Treatment included psychoeducation, behavioral activation, cognitive restructuring, problem solving, and relapse prevention. BDI-II scores were 32, 31, and 33 across three baseline assessments (M = 32.0; severe), decreasing to 26 at session 4, 18 at session 8, and 9 at session 12; the one-month follow-up score was 8. Relative to the baseline mean, symptoms improved by 71.9% post-treatment and 75.0% at follow-up. Sleep increased from 4.8 to 6.8 hours per night, meaningful activities from 2 to 10 per week, and missed study/work periods decreased from 3 to 0 per week. Belief in the automatic thought "I am a failure" decreased from 90% to 35%. The pattern illustrates how structured CBT may be associated with improvements in symptoms and functioning.*

Keywords: *cognitive behavioral therapy; depression; young men; single-case design; BDI-II.*

Nhận bài: 11/06/2026 *Phản biện: 11/07/2026* *Duyệt đăng: 14/07/2026*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến, gây suy giảm đáng kể khả năng học tập, lao động, duy trì quan hệ và chất lượng sống. Tổ chức Y tế Thế giới ước tính khoảng 4% dân số toàn cầu trải qua trầm cảm; rối loạn này đồng thời liên quan chặt chẽ đến nguy cơ tự sát và gánh nặng bệnh tật kéo dài (World Health Organization [WHO], 2025). Ở Việt Nam, các nghiên cứu trên học sinh và sinh viên cho thấy triệu chứng stress, lo âu và trầm cảm hiện diện ở tỷ lệ đáng lưu ý, nhưng mức độ khác nhau theo nhóm mẫu, công cụ và ngưỡng phân loại (Nguyễn Danh Lâm và cs., 2018; Lê Hồng Hoài Linh và cs., 2018; Vũ Thị Thơ & Mai Thúy Mai, 2024). Các kết quả này nhấn mạnh nhu cầu phát hiện sớm và phát triển can thiệp tâm lý có cấu trúc cho người trẻ.

Giai đoạn 18–25 tuổi thường được gọi là giai đoạn trưởng thành mới nổi, với các nhiệm vụ phát triển nổi bật như xác lập bản sắc, tự chủ, lựa chọn nghề nghiệp, thiết lập quan hệ thân mật và chuyển tiếp vai trò xã hội (Arnett, 2000). Những thay đổi nhanh về học tập, việc làm, tài chính, quan hệ và kỳ vọng gia đình có thể làm gia tăng tính dễ tổn thương. Khi trầm cảm xuất hiện, người trẻ có thể giảm hứng thú, mất năng lượng, rối loạn giấc ngủ, khó tập trung, tự đánh giá thấp và suy giảm chức năng. Với nam giới, quá trình nhận diện còn phức tạp hơn do chuẩn mực nam tính có thể làm giảm tìm kiếm trợ giúp và khuyến khích kiểm soát hoặc che giấu đau khổ tâm lý (Addis & Mahalik, 2003; Addis, 2008).

CBT được xây dựng trên giả định rằng cách cá nhân diễn giải tình huống ảnh hưởng đến cảm xúc và hành vi; ngược lại, hành vi né tránh và giảm hoạt động có thể duy trì khí sắc trầm. Bằng cách kết hợp kích hoạt hành vi, theo dõi suy nghĩ, tái cấu trúc nhận thức, giải quyết vấn đề và dự phòng tái phát, CBT tạo ra một quy trình minh bạch, có mục tiêu và có thể lượng giá theo thời gian (Beck, 2011; Dobson & Dobson, 2018). Các tổng quan và thử nghiệm cho thấy CBT là một phương pháp điều trị có bằng chứng đối với trầm cảm ở người

trưởng thành, đồng thời có vai trò trong giảm nguy cơ tái phát sau đáp ứng điều trị (Cuijpers et al., 2010; Hollon et al., 2005).

Tại Việt Nam, các tài liệu ứng dụng CBT cho trầm cảm đã bước đầu được công bố, song báo cáo tiến trình chuyên sâu trên nam thanh niên, có đo lặp và mô tả cơ chế thay đổi, vẫn còn hạn chế. Nghiên cứu đơn trường hợp cho phép xem xét chi tiết diễn biến của một cá nhân trong bối cảnh thực hành, nhưng giá trị khoa học phụ thuộc vào việc xác định rõ đường nền, thời điểm đo, thành phần can thiệp, tiêu chí thay đổi và dữ liệu theo dõi (Kazdin, 2011).

II. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Mục tiêu chung của nghiên cứu là xây dựng và triển khai quy trình CBT cá nhân nhằm giảm triệu chứng trầm cảm, cải thiện hoạt động thích nghi và khảo sát tính bền vững của thay đổi ở một nam thanh niên 18–25 tuổi.

III. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Khách thể nghiên cứu

Khách thể minh họa được mã hóa là K., nam, 23 tuổi, sinh viên năm cuối, đang sinh sống tại Thành phố Hồ Chí Minh. K. tìm đến tham vấn sau khoảng ba tháng có khí sắc buồn, mất hứng thú, khó ngủ, giảm tập trung, né tránh bạn bè và giảm hiệu quả học tập. Phỏng vấn không ghi nhận triệu chứng loạn thần, hưng cảm/hưng cảm nhẹ hoặc lạm dụng chất. K. có ý nghĩ thụ động rằng "biến mất thì đỡ mệt" nhưng không có kế hoạch hay phương tiện; kế hoạch an toàn và theo dõi nguy cơ được thiết lập ngay từ phiên đầu.

3.2. Công cụ

Phỏng vấn lâm sàng bán cấu.

BDI-II gồm 21 mục tự báo cáo.

Các công cụ tiến trình gồm bảng ghi suy nghĩ, nhật ký hoạt động, thang đánh giá khí sắc ngắn đầu phiên, bảng theo dõi bài tập về nhà và ghi chép lâm sàng sau phiên. Bảng ghi suy nghĩ thu thập tình huống, suy nghĩ tự động, cảm xúc, mức tin tưởng, bằng chứng, phản hồi cân bằng và thay đổi cảm xúc. Nhật ký hoạt động ghi loại hoạt động, mức vui thích, mức thành thạo và các rào cản. Các dữ liệu này vừa hỗ trợ trị liệu vừa cung cấp bằng chứng về cơ chế thay đổi.

3.3. Lịch thu thập dữ liệu

Bảng 1: Lịch đo đã sử dụng

Giai đoạn	Thời điểm	Dữ liệu chính	Mục đích
A	Trước can thiệp	Phỏng vấn; 5Ps; BDI-II; chức năng; nguy cơ	Xác lập chẩn đoán, đường nền và mục tiêu
B	Phiên 1–3	Khí sắc; nhật ký; bài tập; ghi chép lâm sàng	Liên minh, giáo dục tâm lý, khởi động hành vi
B	Phiên 4	BDI-II và dữ liệu tiến trình	Đánh giá đáp ứng sớm; điều chỉnh kế hoạch
B	Phiên 5–7	Bảng ghi suy nghĩ; thử nghiệm hành vi	Theo dõi cơ chế nhận thức - hành vi
B	Phiên 8	BDI-II và dữ liệu tiến trình	Đánh giá giữa can thiệp
B	Phiên 9–11	Khí sắc; kỹ năng; chức năng	Củng cố và khái quát hóa kỹ năng
B	Phiên 12	BDI-II; mục tiêu; phỏng vấn kết thúc	Đánh giá sau can thiệp
Theo dõi	Sau 1 tháng	BDI-II; chức năng; sử dụng kỹ năng; biến cố	Kiểm tra duy trì thay đổi

3.4. Quy trình can thiệp CBT

Bảng 2: Mô tả lộ trình 12 phiên

Phiên	Mục tiêu	Kỹ thuật và bài tập giữa phiên
1	Đánh giá, liên minh, mục tiêu và an toàn	Phỏng vấn; BDI-II; đánh giá nguy cơ; mô hình CBT; theo dõi khí sắc/hoạt động
2	Công thức hóa ca hợp tác	Phản hồi 5Ps; vòng xoáy trầm cảm; chọn hoạt động nhỏ có ý nghĩa

3	Kích hoạt hành vi	Lịch hoạt động; vui thích/thành thạo; chia nhỏ nhiệm vụ; xử lý né tránh
4	Rà soát đáp ứng sớm	BDI-II; phân tích rào cản; điều chỉnh kế hoạch; củng cố nhịp sinh hoạt
5	Nhận diện suy nghĩ tự động	Mô hình tình huống–suy nghĩ–cảm xúc–hành vi; bảng ghi ba cột
6	Nhận diện lỗi nhận thức	Gắn nhãn lỗi tư duy; kiểm tra bằng chứng; câu hỏi Socrates
7	Tái cấu trúc nhận thức	Bảng ghi đầy đủ; phản hồi cân bằng; thang mức tin tưởng
8	Đánh giá giữa kỳ	BDI-II; sơ kết mục tiêu; thử nghiệm hành vi kiểm chứng dự đoán
9	Giải quyết vấn đề	Xác định vấn đề; phát sinh phương án; chọn và thử một bước hành động
10	Niềm tin trung gian/cốt lõi	Mũi tên đi xuống; nguồn gốc và chức năng; xây dựng niềm tin thay thế
11	Khái quát hóa kỹ năng	Áp dụng vào học tập/việc làm/quan hệ; giao tiếp quyết đoán; kế hoạch tự chăm sóc
12	Kết thúc và dự phòng tái phát	BDI-II; tổng hợp công cụ; dấu hiệu cảnh báo; kế hoạch ứng phó và nguồn hỗ trợ

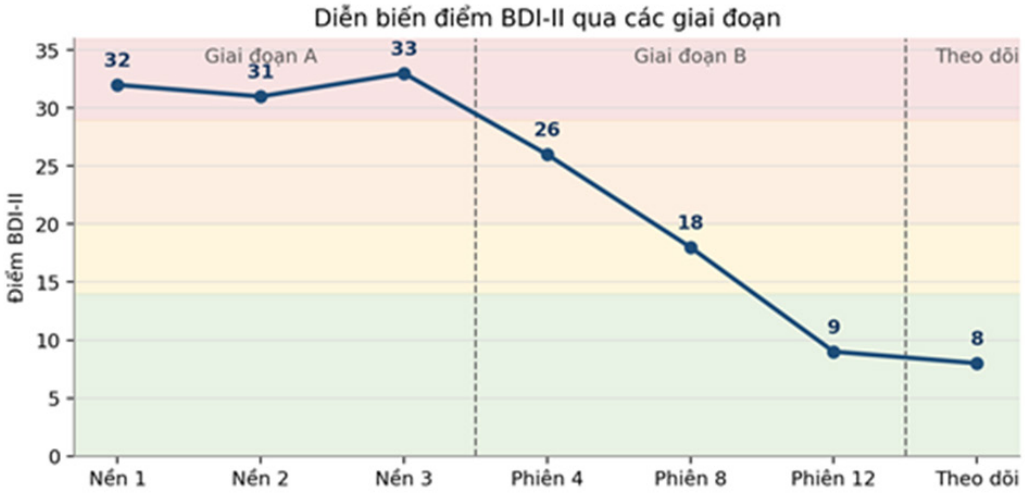
IV. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Thay đổi triệu chứng trầm cảm

Ba điểm BDI-II ở giai đoạn nền dao động hẹp (31–33; M = 32,0; SD = 1,0), đều thuộc mức trầm cảm nặng. Từ phiên 4 trở đi, tất cả điểm can thiệp và theo dõi đều thấp hơn toàn bộ điểm nền, tương ứng mức không chồng lấp 100%.

Bảng 3: Diễn biến điểm BDI-II và tỷ lệ cải thiện

Thời điểm	Điểm BDI-II	Mức độ	Cải thiện so với M nền
Nền 1	32	Nặng	—
Nền 2	31	Nặng	—
Nền 3	33	Nặng	—
Phiên 4	26	Trung bình	18,8%
Phiên 8	18	Nhẹ	43,8%
Phiên 12	9	Tối thiểu	71,9%
Theo dõi 1 tháng	8	Tối thiểu	75,0%



Biểu đồ 1. Diễn biến điểm BDI-II qua các giai đoạn A–B–Follow-up

So với trung bình đường nền, điểm số giảm 6 điểm ở phiên 4, 14 điểm ở phiên 8, 23 điểm ở phiên 12 và 24 điểm tại theo dõi. Khách thể chuyển từ mức nặng sang trung bình ở phiên 4, mức nhẹ ở phiên 8 và mức tối thiểu ở phiên 12. Điểm theo dõi thấp hơn điểm kết thúc một điểm, không cho thấy dấu hiệu tăng trở lại trong tháng đầu.

4.2. Thay đổi chức năng và các chỉ báo tiến trình

Các chỉ báo chức năng và nhận thức thay đổi cùng hướng với BDI-II. Đến phiên 12, thời lượng ngủ tăng 2,0 giờ/đêm; hoạt động có ý nghĩa tăng gấp năm lần; số buổi vắng giảm từ ba xuống không; mức khí sắc tăng từ 2 lên 7/10. Mức tin vào suy nghĩ tự động trung tâm giảm 55 điểm phần trăm và tiếp tục giảm còn 30% khi theo dõi. K. hoàn thành bài tập giữa phiên ở 10/11 cơ hội được giao (90,9%); mức hoàn thành tăng từ khoảng 60% trong bốn phiên đầu lên 90% trong bốn phiên cuối.

4.3. Thay đổi định tính qua tiến trình trị liệu

Ở giai đoạn đầu, K. thường diễn giải thất bại tuyển thực tập thành bằng chứng cho rằng bản thân "không có năng lực" và dự đoán mọi lần ứng tuyển tiếp theo đều thất bại. Sau khi thực hiện bảng ghi suy nghĩ và hai thử nghiệm hành vi, K. chuyển sang phản hồi cân bằng hơn: "Một lần bị từ chối cho thấy hồ sơ này chưa phù hợp, không chứng minh toàn bộ năng lực của tôi; tôi có thể xin phản hồi và chuẩn bị lại". Mức tin vào suy nghĩ tiêu cực giảm từ 90% ở đường nền xuống 35% ở phiên 12.

Kích hoạt hành vi tạo thay đổi sớm nhất ở nhịp sinh hoạt và mức tham gia học tập. Từ phiên 6, K. chủ động liên hệ lại với một người bạn, quay lại tập thể dục hai buổi mỗi tuần và chia nhỏ nhiệm vụ khóa luận. Ở phiên 11–12, K. có thể tự sử dụng mô hình tình huống–suy nghĩ–cảm xúc–hành vi và lập kế hoạch ứng phó khi xuất hiện ba dấu hiệu cảnh báo: ngủ dưới sáu giờ, bỏ hai hoạt động liên tiếp và tự cô lập quá ba ngày. Không ghi nhận hành vi tự sát hoặc nhu cầu chuyển tuyến khẩn cấp trong diễn tiến minh họa.

V. KẾT LUẬN

Trong bộ số liệu minh họa, điểm BDI-II giảm từ trung bình 32,0 ở giai đoạn nền xuống 9 sau 12 phiên và 8 sau một tháng, tương ứng mức cải thiện 71,9% và 75,0%. Các chỉ báo giấc ngủ, hoạt động, tham gia học tập/làm việc và niềm tin tiêu cực cũng chuyển biến cùng hướng. Kết quả cho thấy cách một quy trình CBT 12 phiên có thể được báo cáo minh bạch trong nghiên cứu đơn trường hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Addis, M. E. (2008). Gender and depression in men. Clinical Psychology: Science and Practice, 15(3), 153–168. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00125.x

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. American Psychologist, 55(5), 469–480. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469

Beck, J. S. (2011). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.). Guilford Press.

Bộ Y tế. (2020). Quyết định số 2058/QĐ-BYT ngày 14/5/2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp".

Lê Hồng Hoài Linh, Bùi Hồng Cẩm, Trương Trọng Hoàng, & Tô Hoàng Linh. (2018). Trầm cảm của sinh viên y khoa: Góc nhìn của sinh viên y khoa qua một nghiên cứu định tính. Y Học Thành phố Hồ Chí Minh, 22(1), 111–116.

Nguyễn Danh Lâm, Lê Minh Giang, Nguyễn Thị Phương Mai, Nguyễn Thị Diệu Thúy, & Nguyễn Thị Thanh Mai. (2018). Thực trạng nguy cơ stress, lo âu, trầm cảm của học sinh trung học phổ thông huyện Yên Định, Thanh Hóa. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 113(5), 101–109.

Vũ Thị Thơ, & Mai Thúy Mai. (2024). Thực trạng biểu hiện trầm cảm ở sinh viên năm thứ 5 ngành Y học cổ truyền tại Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam năm học 2021–2022. Tạp chí Y học Việt Nam, 540(3). https://doi.org/10.51298/vmj.v540i3.10459