TẠP CHÍ KHOA HỌC
TRƯỜNG ĐẠI HỌC SƯ PHẠM TP HỒ CHÍ MINH
Tập 21, Số 1 (2024): 48-60
Website: https://journal.hcmue.edu.vn
ISSN: 2734-9918

HO CHI MINH CITY UNIVERSITY OF EDUCATION
JOURNAL OF SCIENCE
Vol. 21, No. 1 (2024): 48-60
https://doi.org/10.54607/hcmue.js.21.1.3868(2024)

Bài báo nghiên cứu

GIẢI PHÁP PHÒNG, CHỐNG HÀNH VI TỰ CÔ LẬP TRÊN BÌNH DIỆN TÂM LÍ HỌC

Đỗ Tất Thiên*, Nguyễn Minh Quân
Trường Đại học Sư phạm Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
**Tác giả liên hệ: Đỗ Tất Thiên – Email: thiendt@hcmue.edu.vn*
Ngày nhận bài: 28-6-2023; ngày nhận bài sửa: 08-7-2023; ngày duyệt đăng: 23-12-2023

TÓM TẮT

Bài viết phân tích khái niệm hành vi tự cô lập (HVTCL) (social withdrawal), biểu hiện của HVTCL và phân loại các dạng HVTCL. Trên cơ sở đó, bài viết cũng xác lập khái niệm giải pháp phòng chống HVTCL, được hiểu là những cách thức tác động, giải quyết vấn đề nhằm hạn chế, giảm thiểu hành vi đơn độc được biểu hiện nhất quán trong các tình huống và theo thời gian khi gặp gỡ các mối quan hệ xã hội quen thuộc và/hoặc không quen thuộc, đặc biệt với các mối quan hệ đồng trang lứa ở chủ thể. Có 3 nhóm giải pháp phòng chống HVTCL được đưa ra, bao gồm: (1) nhóm giải pháp để đánh giá, sàng lọc HVTCL, (2) nhóm giải pháp dự phòng HVTCL, và (3) nhóm giải pháp hỗ trợ và can thiệp HVTCL.

Từ khóa: tâm lí học; phòng chống; hành vi tự cô lập; giải pháp; lí luận

1. Đặt vấn đề

Hành vi tự cô lập có thể hiểu là những hành vi duy trì việc sống tách biệt với mọi người, né tránh hoặc từ chối thiết lập quan hệ (mới) với người khác, ưu tiên sử dụng các phương thức giao tiếp trực tuyến hơn trực diện. Những người có HVTCL thường có một số biểu hiện như: không muốn ra khỏi nhà, cảm thấy an toàn khi ở một mình; miễn cưỡng hoặc từ chối gặp gỡ, đi học, đi làm…; không muốn kết giao bạn bè mới, không muốn duy trì những mối quan hệ thông thường dù có nhu cầu được yêu thương…; cáu kỉnh, buồn bã, thất vọng, sợ hãi, thiếu tự tin về việc bản thân không đáp ứng được kì vọng từ người khác; tránh né giao tiếp trực diện, sử dụng mạng xã hội như một giải pháp để kết nối với người khác; cảm thấy lo lắng thường xuyên khi không kiểm tra trạng thái, tin tức mới; mệt mỏi hoặc mất năng lượng vì môi trường học tập/làm việc hầu như mỗi ngày, suy nghĩ dai dẳng, không phù hợp và mất kiểm soát trong giờ giấc sinh hoạt, ăn ngủ, tình dục… sử dụng chất gây nghiện hoặc xuất hiện hành vi nghiện để che giấu cảm giác cô đơn; thường xuyên phàn nàn về bản chất tiêu cực của các mối quan hệ xã hội; lo lắng khi phải xuất hiện hoặc làm việc công khai

Cite this article as: Do Tat Thien, & Nguyen Minh Quan (2024). Framework of the prevention strategies for social withdrawal from the psychological perspective. *Ho Chi Minh City University of Education Journal of Science, 21*(1), 48-60.

trước đám đông; giảm khả năng suy nghĩ, sức tập trung chú ý hoặc thiếu quyết đoán hầu như mỗi ngày (Pham, 2021).

Tại Việt Nam, hướng nghiên cứu về HVTCL còn khá hiếm hoi, hầu như chưa có một nghiên cứu chuyên biệt nào để làm rõ bản chất, phân tích sự tác động cũng như thực nghiệm những giải pháp phòng ngừa, hỗ trợ, can thiệp hành vi này. Vì vậy, việc tìm hiểu về HVTCL, giải pháp phòng chống HVTCL trên bình diện lí luận là một việc làm mang tính cấp thiết. Việc làm này không chỉ tạo nên một hướng nghiên cứu mới mà còn góp phần thúc đẩy cộng đồng có cách nhìn nhận đúng đắn hơn về HVTCL.

2. Nội dung nghiên cứu

2.1. Lí luận về hành vi tự cô lập

2.1.1. Khái niệm hành vi tự cô lập

Hành vi tự cô lập (social withdrawal) đã được tiếp cận theo nhiều cách khác nhau. Nhìn chung, tự cô lập đề cập hành vi đơn độc được biểu hiện nhất quán (trong các tình huống và theo thời gian) khi gặp gỡ những người đồng trang lứa quen thuộc và/hoặc không quen thuộc (Rubin et al., 2009; Bowker et al., 2011). Theo đó, trẻ nhỏ hoặc vị thành niên tự cô lập mình khỏi sự tương tác với nhóm bạn cùng trang lứa, chọn ở một mình khi ở cùng với người khác (Bowker et al., 2011; Rubin & Coplan, 2004), có thể phát sinh từ các yếu tố bên trong (Rubin & Coplan, 2004) và mang tính tự nguyện nhiều hơn (Starr & Dubowitz, 2009). Thuật ngữ này tương đương với một số thuật ngữ như "rút lui thụ động" (passive withdrawal) (Rubin & Coplan, 2004).

Mặc dù có liên quan đến sự tương tác xã hội hạn chế, tuy nhiên, có sự khác biệt nhất định trong cách định nghĩa các thuật ngữ gần với HVTCL và dễ bị nhầm lẫn. Khái niệm "tự cô lập" phân biệt rõ với khái niệm "cô lập xã hội" (social isolation). Theo đó, sự cô lập (isolation) có thể do hậu quả của các yếu tố bên ngoài nhiều hơn (Rubin & Coplan, 2004; Starr & Dubowitz, 2009). Tương đồng với thuật ngữ "cô lập xã hội", thuật ngữ "cô lập chủ động" (active isolation) để chỉ việc trẻ có thể dành nhiều thời gian hơn cho chính mình (khi có sự hiện diện của bạn đồng trang lứa), bởi vì trẻ bị các bạn đồng trang lứa chủ động loại trừ, từ chối hoặc cô lập (Bowker et al., 2011), biểu thị quá trình theo đó một số trẻ em chơi một mình vì bạn chơi của trẻ không muốn tương tác với trẻ (Rubin & Coplan, 2004). Trong các thuật ngữ trên, nguyên nhân được cho là do các yếu tố bên ngoài như trẻ bị cô lập bởi những người khác, có lẽ để đáp ứng với tính chưa thành thục về mặt xã hội và hành vi thiếu kiểm soát từ phía trẻ (Rubin & Coplan, 2004). Những cá nhân bị cô lập có thể bị bạn đồng trang lứa bỏ rơi hoặc bị tẩy chay do kém thu hút hoặc chưa thành thục (Kim et al., 2008). Trẻ bị cô lập chủ động dường như biểu lộ tần suất chơi một mình nhiều hơn, bao gồm các hành vi gây tiếng động, vận động giác quan – cảm giác lặp đi lặp lại và kịch tính khi chơi một mình mặc dù đang ở cùng bạn bè (Rubin & Coplan, 2004).

Cả sự "cô lập chủ động" (active isolation) và "tự cô lập (thụ động)" (social (passive) withdrawal) được Rubin và Coplan (2004) mô tả như là những kiểu phụ của thuật ngữ bao

quát hơn là "cô độc" (solitude). Bên cạnh đó, còn tồn tại một số thuật ngữ khác chẳng hạn như "sự cô đơn lo âu" (anxious solitude) mô tả các hành vi cảnh giác, thu mình với xã hội, được thể hiện cụ thể trong các bối cảnh cùng bạn đồng trang lứa quen thuộc (Bowker et al., 2011) và được đặc trưng bởi sự xung đột giữa cách tiếp cận và sự né tránh tạo ra sự lo âu (Starr & Dubowitz, 2009). Ở trẻ lớn hơn và vị thành niên, thuật ngữ "sự nhút nhát" (shyness) đề cập một nét tính cách góp phần tạo ra cảm nhận cảnh giác khi đối mặt với sự mới lạ của xã hội và/hoặc ý thức về bản thân trong các tình huống bị xã hội đánh giá (Bowker et al., 2011).

Trong bài viết này, HVTCL được tiếp cận dựa trên quan điểm của Rubin và cộng sự (2009): *HVTCL là hành vi đơn độc được biểu hiện nhất quán (trong các tình huống và theo thời gian) khi gặp gỡ các mối quan hệ xã hội quen thuộc và/hoặc không quen thuộc, đặc biệt với các mối quan hệ đồng trang lứa của chủ thể.* Như vậy, khi đề cập HVTCL của cá nhân cần chú ý đến: mức độ liên hệ thường xuyên và gần gũi trong các mối quan hệ xã hội của cá nhân, đặc biệt trong mối quan hệ đồng trang lứa cũng như các hành vi đơn độc được biểu hiện nhất quán.

2.1.2. Biểu hiện của HVTCL

Có nhiều quan điểm khác nhau về HVTCL, do đó cũng có nhiều tiếp cận khác nhau để xác định biểu hiện của HVTCL. Vì thế, khi nghiên cứu về HVTCL cần kết hợp nhiều quan điểm khác nhau để có cái nhìn nhiều chiều và toàn diện hơn về HVTCL. Bài viết này đề xuất sử dụng hai cách tiếp cận sau như một dạng thức trong thiết kế nghiên cứu về HVTCL.

Theo Eckhard (2018), tiếp cận nghiên cứu biểu hiện hành vi cô lập từ các mối quan hệ. Sự cô lập (social isolation) được xác định dựa trên 03 chỉ báo bao gồm: tần suất liên hệ xã hội, sự hỗ trợ từ mạng lưới xã hội và sự hiện diện của người có thể thảo luận cùng. Trong đó, chỉ số tần suất liên hệ xã hội, cá nhân được xem là cô lập về mặt xã hội (socially isolated) là những trường hợp đáp ứng đồng thời bốn tiêu chí: a) Sống một mình; b) Không có quan hệ cặp đôi hoặc hôn nhân; c) Không bao giờ gặp gỡ bạn bè, người thân và hàng xóm hoặc gặp gỡ ít hơn hàng tháng; d) Không bao giờ giúp đỡ bạn bè, người thân và hàng xóm hoặc giúp đỡ ít hơn hàng tháng. Trong hai chỉ số sự hỗ trợ từ mạng lưới xã hội và sự hiện diện của người có thể thảo luận cùng, người trả lời đánh dấu vào ô "không có ai" được phân loại là cô lập về mặt xã hội.

Một tiếp cận khác của Kim và cộng sự cho rằng có thể sử dụng các biểu hiện về HVTCL như một chỉ số tổng quát. Kết quả này có thể được rút ra dựa trên việc đối sánh các biểu hiện này trên các mẫu nghiên cứu khác nhau như giữa mẫu được xác định có nguy cơ tự cô lập với nhóm không có nguy cơ tự cô lập, hay giữa các nhóm mẫu gặp vấn đề trong liên hệ xã hội, khó khăn trong hỗ trợ từ mạng lưới xã hội hoặc có vấn đề liên quan đến sự hiện diện của người có thể thảo luận cùng (Kim et al., 2008). Tiếp cận này được thể hiện thông qua các chỉ báo cụ thể như: ở một mình, né tránh các hoạt động xã hội, cảm thấy bị

loại trừ, không trò chuyện với những người khác, không giao lưu với những người khác, cô lập bản thân, né tránh nói chuyện, không yêu cầu người khác tương tác, ở một mình khi nghỉ giải lao, không tham gia vào các buổi gặp mặt, chỉ quan sát những người khác nhưng không thực hiện các tương tác, im lặng khi ở trong nhóm, không nói chuyện trong nhóm.

2.1.3. Phân loại HVTCL

Tự cô lập có thể phân loại dựa trên mức độ động cơ tiếp cận và động cơ né tránh xã hội ẩn sau HVTCL, cũng như tần suất tự cô lập của các cá nhân. Các kiểu tự cô lập khác nhau tiềm ẩn các nguy cơ khác nhau (Kim et al., 2008). Sự tự cô lập thường được xác định gồm các kiểu loại:

- Sự tự cô lập do động cơ tiếp cận xã hội cao kết hợp với động cơ né tránh xã hội cao: Một số thuật ngữ được dùng để chỉ sự cảnh giác hay lo âu khi đối mặt với tính mới mẻ bao gồm: "sự đơn độc lo âu" (anxious solitude), thuật ngữ "sự ức chế" (inhibition) khi đối mặt với tính mới mẻ, thuật ngữ "sự nhút nhát sợ hãi" (fearful shyness) khi đối mặt với tính mới về mặt xã hội, thuật ngữ "tính nhút nhát tự nhận" (self-conscious shyness) khi đối mặt với sự đánh giá từ xã hội được nhìn nhận, thuật ngữ "thận trọng" (reticence) khi người nhút nhát hay lo âu có xu hướng quan sát hoặc tỏ ra không thích thú cả trong bối cảnh mới lạ và quen thuộc (Rubin & Coplan, 2004), "nhút nhát" (shyness), "lo âu – thụ động" (passive-anxious) hay "nhút nhát mâu thuẫn" (conflicted shyness) (Kim et al., 2008). Những cá nhân nhút nhát được coi là bị mắc kẹt trong một cuộc xung đột tránh tiếp cận vì họ có tính khí lo âu trong các tình huống xã hội và có xu hướng tránh các tương tác gây lo lắng (Kim et al., 2008).
- Sự tự cô lập do động cơ tiếp cận xã hội thấp kết hợp động cơ né tránh xã hội thấp: Cá nhân có thể hạn chế tương tác xã hội vì ưa thích các hoạt động đơn độc, không có mong muốn mạnh mẽ được chơi với người khác, thiếu hứng thú các tương tác xã hội mặc dù cá nhân không ác cảm mạnh mẽ với điều đó. Một số thuật ngữ được sử dụng để chỉ kiểu phụ này bao gồm "không hòa đồng" (unsociability), "không hứng thú với xã hội" (social disinterest) ở trẻ em, "định hướng đơn độc" (solitropic orientation) ở người lớn (Rubin & Coplan, 2004) hay "đơn độc – thụ động" (solitary-passive) (Kim et al., 2008). So với các loại tự cô lập khác, tính không hòa đồng có thể ít nguy cơ hơn, đặc biệt là trong thời thơ ấu sớm (Bowker et al., 2011; Rubin & Coplan, 2004).
- Sự tự cô lập do động cơ tiếp cận thấp kết hợp động cơ né tránh cao: thuật ngữ sử dụng tương ứng với loại này là "trốn tránh xã hội" (socially avoidant). Theo đó, trẻ em và vị thành niên trốn tránh xã hội đều mong muốn sự đơn độc và tích cực tìm cách tránh né việc giao tiếp xã hội. Kiểu tự cô lập này có thể đặc biệt không tốt và có vấn đề trong thời thơ ấu giai đoạn cuối, tuổi vị thành niên và tuổi trưởng thành sớm (Bowker et al., 2011).
- Sự tự cô lập do tâm trạng chán nản: Tâm trạng chán nản được xác định là một động lực khác biệt cho sự tự cô lập ở trẻ em lứa tuổi mẫu giáo. Mặc dù việc tự cô lập do tâm trạng kém không nhận được nhiều sự quan tâm trong lĩnh vực tự cô lập, mối liên hệ giữa tâm trạng

kém và suy giảm các mối quan hệ đồng đẳng đã được báo cáo thường xuyên ở cả trẻ vị thành niên và trẻ em (Kim et al., 2008).

- Sự tự cô lập điều chỉnh thích ứng (regulated withdrawal): Một loại tự cô lập được xác định bởi Özdemir và cộng sự (2014). Theo đó, cá nhân tự cô lập điều chỉnh thích ứng được xác định có tham gia tương tác xã hội nhưng kiểm soát quá mức hành vi của bản thân cũng như đóng vai trò tuân thủ trong tương tác đồng đẳng. Do đó, các cá nhân này thường được cho là hài hòa và lịch sự trong nhóm bạn bè. Động cơ tương tác nhằm hòa nhập vào các nhóm xã hội, được chấp nhận bởi những người khác cũng như duy trì sự hòa hợp của nhóm (Özdemir et al., 2014).
- Sự tự cô lập bệnh lí/hội chứng hikikomori (hikikomori syndrome): ở mức độ trầm trọng hơn, thuật ngữ "hội chứng hikikomori" được sử dụng để chỉ những cá nhân cô lập hoàn toàn khỏi xã hội trong ít nhất sáu tháng, từ chối tham gia vào bất kì hoạt động và mối quan hệ xã hội nào. Nhịp sinh học bị gián đoạn và cá nhân có thể trở nên bạo lực với các thành viên trong gia đình. Hikikomori có thể không được xếp vào các rối loạn khác đã có (Iannattone et al., 2021).

Trong khuôn khổ bài viết, tiếp cận các cách phân loại HVTCL dựa trên động cơ bên trong bao gồm tự cô lập do nhút nhát (shyness - withdrawal), tự cô lập do không hòa đồng (unsociability – withdrawal) và tự cô lập điều chỉnh thích ứng (regulated withdrawal). Các loại HVTCL được sử dụng được tìm thấy phù hợp trong môi trường văn hóa xã hội trọng tính tập thể nhiều hơn như ở châu Á.

2.2. Lí luận về giải pháp phòng chống hành vi tự cô lập

2.2.1. Khái niệm giải pháp phòng chống HVTCL

Trên cơ sở lí luận về HVTCL đã được phân tích, khái niệm giải pháp phòng chống HVTCL được định nghĩa là những cách thức tác động, giải quyết vấn đề nhằm hạn chế, giảm thiểu hành vi đơn độc được biểu hiện nhất quán (trong các tình huống và theo thời gian) khi gặp gỡ các mối quan hệ xã hội quen thuộc và/hoặc không quen thuộc, đặc biệt với các mối quan hệ đồng trang lứa của chủ thể.

2.2.2. Các giải pháp phòng chống HVTCL

Trong khuôn khổ bài viết, giải pháp phòng chống HVTCL được giới hạn tiếp cận cho các học sinh, sinh viên trong các trường phổ thông hay cao đẳng, đại học và được thể hiện trên ba nhóm giải pháp cơ bản: nhóm giải pháp đánh giá sàng lọc nhằm nhận diện HVTCL, nhóm giải pháp hỗ trợ/can thiệp cho các cá nhân có HVTCL và nhóm giải pháp phòng ngừa HVTCL cho các cá nhân có nguy cơ. Các giải pháp này cần được phối hợp thực hiện giữa các lực lượng giáo dục khác nhau như giáo viên, cán bộ quản lí và chuyên viên tâm lí học đường.

a. Đánh giá sàng lọc

Sự tự cô lập có thể được đánh giá theo nhiều cách khác nhau và được xem xét tùy theo độ tuổi. Ở giai đoạn sơ sinh, các vấn đề chính cần được đánh giá để xác định HVTCL của

trẻ bao gồm tính khí của trẻ, lịch sử của cha mẹ, niềm tin và thái độ nuôi dạy con cái và tương tác cha mẹ-trẻ sơ sinh. Các phương thức đánh giá có thể bao gồm việc quan sát cách cha mẹ nhìn nhận về con cái, cách cha mẹ xoa dịu trẻ đang buồn, mức độ lo âu của phụ huynh và hỏi về những mối quan tâm mà cha mẹ có thể có cũng như có thể tìm hiểu về tiền sử các vấn đề về sức khỏe tâm thần của cha mẹ như rối loạn lo âu. Với trẻ mới biết đi, trọng tâm thay đổi sang các vấn đề gắn bó và các mối quan hệ xã hội ban đầu của trẻ với người lớn và bạn bè đồng trang lứa. Việc phỏng vấn trực tiếp trẻ rất hữu ích trong việc đánh giá cách trẻ tham gia vào môi trường xã hội rộng lớn hơn và trở nên thích hợp như thế nào trong những năm học mẫu giáo và giữa thời thơ ấu. Kĩ thuật phỏng vấn trẻ có thể hỏi về tình bạn, những gì trẻ thích làm với bạn bè, cảm nhận của trẻ và liệu có ai làm phiền trẻ không (*Ai là bạn của con? Con chơi với họ ở đâu? Con thích làm gì? Người khác nghĩ gì về con và bạn bè của con? Bạn của con khiến con cảm thấy thế nào?*). Lưu ý rằng sự hiện diện của bạn bè có thể không nhiều thông tin như bản chất của tình bạn và trẻ em tự cô lập không nhận được hỗ trợ và sự công nhận từ bạn bè. Một số vấn đề khác có thể được tính đến, chẳng hạn như sự thay đổi cấu trúc và chức năng gia đình, các sự kiện trong cuộc sống và sự giám sát của cha mẹ đối với các hoạt động của con cái. Việc đánh giá cần quan sát sự thoải mái hoặc lo lắng của cha mẹ với tính hòa đồng của trẻ cũng như lịch sử của các can thiệp về rút lui và cô lập xã hội bao gồm các lí do rõ ràng cho sự thành công hoặc thất bại của các phương pháp tiếp cận. Khi phỏng vấn phụ huynh, một số câu hỏi sử dụng có thể bao gồm: *Trẻ ở nhà/ở trường/với các bạn như thế nào? Anh/Chị muốn con mình trở nên như thế nào trong xã hội?* Bên cạnh đó, một số cách thức đánh giá không chính thức có thể sử dụng trong giai đoạn này bao gồm việc quan sát ngoại hình của trẻ, quan sát hành vi xã hội với những đứa trẻ khác trong phòng chờ, quan sát việc tương tác giữa cha mẹ và con cái trong thời gian chờ đợi ban đầu, trong lúc căng thẳng và quan sát khả năng trò chuyện của trẻ với người lớn. Ở tuổi vị thành niên, quan hệ bạn bè và các hoạt động ngoài gia đình trở nên quan trọng hơn. Các vấn đề cần được đo lường bao gồm các hoạt động đơn độc và hoạt động nhóm, việc sử dụng máy tính và các phương thức giao tiếp giữa phụ huynh và thiếu niên. Để kiểm kê các vấn đề về HVTCL, các bảng kiểm hoặc bảng hỏi tiêu chuẩn có thể sử dụng như *Bảng kiểm hành vi trẻ em* (Child behavior checklist), bao gồm *Mẫu báo cáo của giáo viên* (Teacher report form) và *Bản tự báo cáo của người trẻ* (Youth self-repor), *Bảng hỏi Điểm mạnh và khó khăn* (Strengths and difficulties questionnaire), *Thang đo lo âu xã hội dành cho trẻ em – Bản điều chỉnh* (Social anxiety scale for children–revised), *Bảng nghiệm kê chứng sợ xã hội và lo âu của trẻ em* (Social Phobia and Anxiety Inventory for Children) và *Biểu mẫu Rối loạn lo âu* (Anxiety disorders association). Trong khi tự báo cáo ngày càng có giá trị theo độ tuổi, những nguồn thông tin khác như từ người giữ trẻ, giáo viên, huấn luyện viên, gia sư hay những người lớn khác có thể cung cấp thông tin dưới dạng tường thuật hoặc hoàn thành các bảng kiểm hoặc bảng hỏi tiêu chuẩn, tuy mối tương quan giữa việc tự báo cáo của trẻ vị thành niên, phụ huynh và giáo viên chỉ ở mức thấp (Starr & Dubowitz, 2009).

Nhìn chung, một số nội dung mà người thực hiện các giải pháp phòng chống HVTCL cần nhận diện bao gồm:

+ Tần suất xuất hiện HVTCL và các kiểu HVTCL. Việc đánh giá các HVTCL cần dựa trên các chỉ báo, thang đo tiêu chuẩn. Hiện nay, các thang đo về HVTCL cụ thể dành riêng cho học sinh trung học phổ thông còn nhiều hạn chế nhất định. Việc đánh giá có thể kết hợp nhiều chỉ báo, thang đo khác nhau như chỉ báo tần suất liên hệ xã hội (frequency of social contact), sự hỗ trợ từ mạng lưới xã hội (social network support) và sự hiện diện của người có thể thảo luận cùng (presence of a discussion partner nhằm xác định sự cô lập xã hội (social isolation), thang đo tần suất tự cô lập (SWFS) (Kim et al., 2008) nhằm xác định tần suất biểu hiện các hành vi liên quan đến tự cô lập và thang đo của Özdemir và cộng sự (2015) nhằm mục đích phân loại HVTCL bao gồm tự cô lập động lực nhút nhát, tự cô lập động lực khó hòa đồng và tự cô lập động lực điều chỉnh thích ứng.

+ Biểu hiện của học sinh tự cô lập như không tham gia làm việc nhóm, không trò chuyện với học sinh khác, không có nhóm bạn chung, thường xuyên ở một mình trong và ngoài lớp, thường xuyên chơi một mình trong và ngoài lớp và thường xuyên học tập một mình trong và ngoài lớp.

+ Đối tượng học sinh có thể thực hiện HVTCL như học sinh có thành tích học tập kém, học sinh gặp khó khăn tâm lí, học sinh có hoàn cảnh gia đình đặc biệt, học sinh có khiếm khuyết về cơ thể/ngoại hình và học sinh không có biểu hiện khác biệt.

+ Cơ sở phát hiện HVTCL ở học sinh như quan sát hoạt động trong và ngoài lớp học của học sinh, thông qua các sản phẩm học tập của học sinh, qua trò chuyện với học sinh cũng như nhận thông tin từ học sinh khác, từ giáo viên, nhân viên trong nhà trường, từ các trang mạng xã hội mà học sinh tham gia, từ phòng tham vấn tâm lí học đường và thông tin từ phụ huynh học sinh.

b. Cách thức hỗ trợ, can thiệp

Các bác sĩ nhi khoa có thể đưa ra hướng dẫn cơ bản trong việc giúp cha mẹ đối phó với sự tự cô lập của trẻ nhỏ. Trẻ lớn hơn có thể được cha mẹ khuyến khích tham gia vào ít nhất một số môi trường mà không cảm thấy khó chịu ở một mức độ nhất định. Việc hướng dẫn trẻ dần làm quen với các tình huống khó khăn hoặc căng thẳng có thể giúp trẻ giảm bớt lo âu và xây dựng các kĩ năng ứng phó. Các biện pháp can thiệp cần được điều chỉnh cho phù hợp với từng trẻ và gia đình. Các hành động khác có thể bao gồm đánh giá và có thể điều trị cho trẻ và điều trị chứng rối loạn lo âu của cha mẹ nếu có (Starr & Dubowitz, 2009).

Hầu hết các biện pháp can thiệp đều nhấn mạnh đến việc tăng số lượng và chất lượng của các tương tác xã hội ở trẻ được chẩn đoán. Việc đào tạo kĩ năng xã hội được sử dụng thành công ở những trẻ tự cô lập ở mức độ vừa phải. Trẻ được hướng dẫn trực tiếp việc sử dụng và thực hành một bộ kĩ năng tiêu chuẩn có mục tiêu tương tác với những người khác. Các cách tiếp cận phổ biến khác dựa trên lí thuyết học tập xã hội và liên quan đến việc mô hình hóa, củng cố và huấn luyện trực tiếp về các phản ứng xã hội phù hợp. Mặc dù các biện

pháp can thiệp thường được thực hiện bởi người lớn, bao gồm cả giáo viên và cha mẹ, nhưng việc sử dụng bạn bè đồng trang lứa làm tác nhân thay đổi đã trở nên phổ biến. Trong bối cảnh đó, những người bạn đồng trang lứa có năng lực đóng vai trò là hình mẫu và giảm bớt lo lắng thông qua việc củng cố tích cực các hành vi xã hội được xác định mục tiêu (Starr & Dubowitz, 2009).

Tuy nhiên, một số vấn đề còn hiện diện trong các phương pháp điều trị hiện tại chẳng hạn như nhiều cá nhân nhận thức được cách cư xử phù hợp nhưng không thực hiện được những hành động phù hợp, từ đó hạn chế khả năng kiểm soát nỗi sợ hãi và lo âu xã hội, hay các phương pháp điều trị dựa trên các phác đồ dành cho người trưởng thành và không được thiết kế với nhu cầu của trẻ cũng như sự hạn chế trong cơ hội làm quen với tình huống để xác định tính đe dọa và để phản ứng thích hợp (Starr & Dubowitz, 2009).

Các liệu pháp nhận thức - hành vi cá nhân và nhóm có thể làm giảm mức độ triệu chứng tự cô lập và các rối loạn liên quan, đặc biệt có tác dụng lâu dài trong ngăn ngừa các quá trình bệnh lí nghiêm trọng hơn như lạm dụng chất kích thích và trầm cảm. Sự tham gia của cha mẹ hay sự trưởng thành về mặt nhận thức của trẻ tác động đến hiệu quả của liệu pháp một cách tích cực hơn. Theo đó, *Huấn luyện hiệu quả xã hội cho trẻ em* (Social Effectiveness Training for Children) (Crozier & Alden, 2001) là một trong những liệu pháp can thiệp nhận thức – hành vi tiềm năng. Liệu pháp này bao gồm thành phần nhóm như rèn luyện kĩ năng xã hội hằng tuần tập trung vào kĩ năng đàm thoại, lắng nghe và sự quyết đoán giữa các cá nhân, khái quát đồng đẳng (cung cấp thực hành trực tiếp trong các tình huống xã hội thoải mái) và thành phần cá nhân như cá nhân hóa việc bộc lộ trực tiếp với các tình huống gây lo lắng để đáp ứng những lo âu của mỗi trẻ (Starr & Dubowitz, 2009).

Bên cạnh đó, điều trị bằng thuốc có thể được sử dụng như thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRIs) hay các chất ức chế mono amine oxidase (*MAOIs*). Tuy việc điều trị bằng thuốc có thể có hiệu quả ngắn hạn nhưng tính an toàn và hiệu quả lâu dài chưa được xác thực (Starr & Dubowitz, 2009).

Điều lưu ý khi sử dụng các biện pháp là cần quan tâm đến độ tuổi của cá nhân có HVTCL (Starr & Dubowitz, 2009). Sự tham gia của cha mẹ hoạt động tốt hơn từ giai đoạn sơ sinh đến giai đoạn giữa thời thơ ấu, bằng cách học cách đánh giá tính khí của trẻ và phản hồi phù hợp với nhu cầu của con mình. Với trẻ lớn hơn, bạn bè đồng trang lứa trở nên quan trọng hơn, liệu pháp nhận thức – hành vi là thích hợp nhất chẳng hạn như sử dụng biện pháp Huấn luyện hiệu quả xã hội cho trẻ em (Effectiveness training for children). Nhìn chung, trong giai đoạn trẻ nhỏ, cần chú ý đến nhu cầu của trẻ sơ sinh, tiếp xúc thân thể gần và hỗ trợ, hạn chế kích thích môi trường, hỗ trợ xã hội cho gia đình. Với trẻ mới biết đi, mẫu giáo, cần khuyến khích nhẹ nhàng để tương tác, truyện kể liên quan đến xã hội hay tạo cơ hội để tập dượt trước tình huống xã hội. Một số biện pháp phù hợp trong giai đoạn đi học bao gồm việc luyện tập trước những tình huống căng thẳng, mô hình hóa, bạn bè đồng trang lứa với tư cách là tác nhân thay đổi, huấn luyện trực tiếp, thư giãn, các nhóm kĩ năng xã hội, quản lí

hành vi và liệu pháp nhận thức – hành vi, đa tiếp cận như *Huấn luyện hiệu quả xã hội cho trẻ em* (Social effectiveness training for children). Giai đoạn vị thành niên có thể sử dụng các biện pháp như đào tạo kĩ năng xã hội, tổng quát hóa mối quan hệ bạn đồng trang lứa, sự quyết đoán liên cá nhân, bộc lộ trực tiếp với các tình huống kích thích, liệu pháp nhận thức – hành vi hay điều trị bằng thuốc cho lo âu hoặc trầm cảm (Starr & Dubowitz, 2009).

Nhìn chung, các cách thức hỗ trợ và can thiệp theo từng nhóm đối tượng trong nhà trường có thể thực hiện bao gồm:

- Với giáo viên: Giáo viên cần tự mình và phối hợp với phụ huynh theo dõi chuyển biến hành vi của học sinh tự cô lập. Theo đó, giáo viên cung cấp thông tin quan sát cho chuyên viên tham vấn tâm lí của trường và phối hợp với phòng tham vấn trong việc hướng dẫn học sinh tự cô lập thực hành củng cố hành vi hướng đến kết nối xã hội, tổ chức các hoạt động nhằm tăng cường kĩ năng xã hội của học sinh, các hoạt động cùng nhau trong lớp, xây dựng các hoạt động nhóm mang tính kết nối và hướng dẫn học sinh tự cô lập đến tham vấn tại phòng tham vấn học đường.
- Với chuyên viên tâm lí học đường: chuyên viên tâm lí cần xác định động cơ HVTCL của học sinh, đánh giá những khó khăn tâm lí và các yếu tố tác động từ môi trường sống cũng như nhu cầu cần hỗ trợ tâm lí của học sinh tự cô lập, từ đó xây dựng kế hoạch tham vấn cho học sinh tự cô lập có nhu cầu. Quá trình tham vấn cho học sinh tự cô lập có thể chú trọng sử dụng liệu pháp nhận thức – hành vi, mô hình hóa các phản ứng xã hội phù hợp, đặt học sinh tự cô lập vào tình huống tương tác xã hội giả định, theo dõi và hướng dẫn thực hiện hành vi phù hợp, hướng dẫn học sinh tự cô lập quan sát mẫu hành vi tương tác xã hội từ các học sinh khác, hướng dẫn học sinh thực hành các nhóm kĩ năng có mục tiêu tương tác với người khác, tổ chức chương trình kĩ năng kết nối nhóm bạn cùng trang lứa cũng như kết hợp giải quyết các vấn đề tâm lí khác của học sinh tự cô lập như cảm xúc, hình ảnh bản thân, lòng tự tôn... Bên cạnh đó, chuyên viên tâm lí học đường cần tăng cường nhận thức về HVTCL của học sinh cho phụ huynh và giáo viên, phối hợp với gia đình và giáo viên trong theo dõi chuyển biến hành vi của học sinh cũng như trong hướng dẫn học sinh thực hành củng cố các hành vi hướng đến kết nối xã hội trong và ngoài trường học.
- Với cán bộ quản lí: cần tổ chức các buổi tập huấn để hỗ trợ giáo viên và chuyên viên tâm lí học đường trong phát hiện, dự phòng và hỗ trợ HVTCL của học sinh như hướng dẫn quan sát, theo dõi chuyển biến hành vi, thông tin đến phụ huynh, hướng dẫn cung cấp thông tin và tổ chức các hoạt động thực hành củng cố hành vi hướng đến kết nối xã hội, tăng cường kĩ năng xã hội của học sinh (Do & Pham, 2023).

c. Cách thức phòng ngừa

Các nỗ lực phòng ngừa đã tập trung vào việc cải thiện các yếu tố khiến trẻ có nguy cơ tự cô lập bao gồm các đặc điểm của trẻ và những ảnh hưởng môi trường khác nhau đến sự phát triển. Với trẻ, việc phòng ngừa cần xem xét các yếu tố di truyền như cơ sở di truyền của rối loạn lo âu, tính khí như sự ức chế hành vi, phong cách đối phó như né tránh và phong

cách nhận thức như bi quan. Những ảnh hưởng môi trường xung quanh bao gồm tâm bệnh của cha mẹ, mô hình hóa không phù hợp, việc học tập và sự bảo bọc quá mức của cha mẹ. Những ảnh hưởng từ các môi trường sống khác bao gồm tầng lớp xã hội và các mối tương quan của nó như không gian sống, các sự kiện tiêu cực trong cuộc sống, các tác nhân gây căng thẳng khác và các đặc trưng của khu vực lân cận cũng cần được quan tâm xem xét (Starr & Dubowitz, 2009).

Các chiến lược hướng đến trẻ em bao gồm mô hình trực tiếp và gián tiếp, rèn luyện các kĩ năng quản lí lo âu chẳng hạn như đào tạo việc thư giãn hay hình ảnh tích cực, diễn tập, đóng vai và củng cố tích cực các kĩ năng xã hội thích hợp. Các nỗ lực có mục tiêu môi trường bao gồm việc giảm bớt sự lo âu của cha mẹ, mô hình hóa các hành vi phù hợp và sử dụng các hành vi chăm sóc phù hợp với hồ sơ lo lắng, độ tuổi và các đặc điểm khác của trẻ. Các chiến lược phòng ngừa khác nhau được đề xuất đối với trẻ em ở các độ tuổi và các nhóm yếu tố nguy cơ khác nhau. Do đó, đào tạo kĩ năng cho cha mẹ có thể được sử dụng trước khi sinh, khi có tiền sử di truyền về rối loạn lo âu, trong giai đoạn trẻ sơ sinh khi các gắn gó không an toàn có thể phát triển, trong thời thơ ấu khi cha mẹ kiểm soát quá mức hoặc chỉ trích quá mức và ở tuổi vị thành niên để giúp cha mẹ đối phó với lo âu thái quá. Liệu pháp tâm lí có thể hữu ích ở mọi lứa tuổi khi hiện diện bệnh lí tâm thần của cha mẹ. Việc đào tạo kĩ năng ứng phó có thể hữu ích với trẻ lớn hơn và vị thành niên gặp khó khăn khi bắt đầu đi học, đang chuyển tiếp vào trường học mới, hoặc có mức độ căng thẳng cao như gia đình li hôn hoặc sang chấn (Starr & Dubowitz, 2009).

Phòng ngừa có thể hiệu quả ngay cả với trẻ nhỏ khi có sự tham gia của cha mẹ. Trẻ lớn hơn và trẻ vị thành niên có thể có các vấn đề về hành vi, có khả năng chống lại sự thay đổi và cũng có thể khó hình thành mối quan hệ trị liệu hơn. Các lợi ích khác bao gồm giảm lo âu ngay sau khi bắt đầu chương trình và chuyển các kĩ năng đã học được sang các tình huống khác; bản chất lâu dài của những cải tiến này có thể làm thay đổi quỹ đạo của sự phát triển những vấn đề trong hành vi. Hiệu quả của chương trình dường như liên quan đến các tình huống được coi là ít đe dọa và gây lo âu hơn cũng như giảm sự hỗ trợ môi trường đối với việc tự cô lập (Starr & Dubowitz, 2009).

Nhìn chung, các cách thức phòng ngừa theo từng nhóm đối tượng trong nhà trường cần quan tâm thực hiện bao gồm:

- Với giáo viên: Giáo viên quan sát học sinh và cung cấp thông cho chuyên viên tham vấn tâm lí của trường đặc biệt với học sinh có biểu hiện khó khăn tâm lí cũng như giới thiệu và hướng dẫn học sinh đến tham vấn tại phòng tham vấn học đường khi có nhu cầu. Bên cạnh đó, giáo viên cần tổ chức hoạt động nhằm tăng cường kĩ năng xã hội của học sinh, xây dựng các hoạt động nhóm mang tính kết nối, tăng cường các hoạt động tuyên truyền nhằm nâng cao nhận thức về HVTCL cho học sinh hay tổ chức các hoạt động cho học sinh trao đổi.

- Với chuyên viên tâm lí học đường: Chuyên viên tâm lí học đường cần sàng lọc, nhận diện học sinh có khó khăn tâm lí, xây dựng và tổ chức các chương trình kĩ năng sống tăng cường tính kết nối cộng đồng, các chương trình nâng cao năng lực nhận diện và hỗ trợ học sinh có HVTCL cho giáo viên và phụ huynh cũng như nâng cao năng lực chuyên môn đội ngũ tham vấn học đường.
- Với cán bộ quản lí: Cần xây dựng và phát triển khung chương trình kĩ năng nâng cao năng lực xã hội cho học sinh, tổ chức thực hiện các chương trình tăng cường tính kết nối xã hội của học sinh, tổ chức tập huấn nâng cao nhận thức giáo viên, năng lực chuyên môn của chuyên viên tham vấn tâm lí học đường, tọa đàm nâng cao nhận thức cộng đồng và tổ chức thực hiện việc sàng lọc, nhận diện những vấn đề tâm lí của học sinh trong năm học.

3. Kết luận

Tóm lại, tự cô lập đề cập hành vi đơn độc được biểu hiện nhất quán (trong các tình huống và theo thời gian) khi gặp gỡ những người đồng trang lứa quen thuộc và/hoặc không quen thuộc (Bowker et al., 2011), có thể phát sinh từ các yếu tố bên trong và mang tính tự nguyện nhiều hơn. Biểu hiện của HVTCL, có thể được xác định dựa trên 3 chỉ báo bao gồm: tần suất liên hệ xã hội, sự hỗ trợ từ mạng lưới xã hội và sự hiện diện của người có thể thảo luận cùng (Eckhard, 2018). Hoặc, tiếp cận theo các biểu hiện về hành vi cụ thể như một chỉ số tổng quát. Kết quả này có thể được rút ra dựa trên việc đối sánh các biểu hiện này trên các mẫu nghiên cứu khác nhau. Giải pháp phòng chống HVTCL bao gồm những cách thức tác động nhằm hạn chế, giảm thiểu sự hình thành và phát triển của HVTCL ở chủ thể. Mỗi giai đoạn lứa tuổi có sự chuyển biến nhất định về môi trường sống, hoạt động và các đặc điểm tâm lí khác của cá nhân và vì vậy, các giải pháp hướng tới cần phù hợp với các đặc điểm của giai đoạn phát triển tương ứng. Trong khuôn khổ bài viết, các giải pháp được đưa ra nhằm giúp phòng chống HVTCL cho học sinh, sinh viên trong trường phổ thông hay các trường cao đẳng, đại học. Ba nhóm giải pháp cơ bản được xác lập, phù hợp với giới hạn của bài viết, bao gồm: nhóm giải pháp đánh giá sàng lọc nhằm nhận diện HVTCL, nhóm giải pháp hỗ trợ/can thiệp cho các cá nhân có HVTCL và nhóm giải pháp phòng ngừa HVTCL cho các cá nhân có nguy cơ. Các giải pháp này cần được phối hợp thực hiện giữa các lực lượng giáo dục khác nhau như giáo viên, cán bộ quản lí và chuyên viên tâm lí học đường.

❖ ***Tuyên bố về quyền lợi:*** *Các tác giả xác nhận hoàn toàn không có xung đột về quyền lợi.*

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bowker, J. C., Rubin, K. H., Coplan, R. J. (2011). Social Withdrawal. In R. J. R. Levesque (ed), *Encyclopedia of Adolescence* (pp. 2817-2824). Springer.

Crozier, W. R., & Alden, L. E. (2001). The social nature of social anxiety. In W. R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts research, and interventions relating to the self and shyness* (pp. 1-22). Wiley.

Do, T. T., & Pham, T. T. M. (2023). Mot so van de li luan ve su gan ket cong viec [A literature review of working engagement]. *Ho Chi Minh City University of Education Journal of Science, 20*(7), 1268-1279. https://doi.org/10.54607/hcmue.js.20.7.3765(2023)

Eckhard, J. (2018). Indicators of social isolation: a comparison based on survey data from Germany. *Social Indicators Research, 139*(3), 963-988. https://doi.org/10.1007/s11205-017-1741-y

Iannattone, S., Miscioscia, M., Raffagnato, A., & Gatta, M. (2021). The Role of Alexithymia in Social Withdrawal during Adolescence: A Case–Control Study. *Children, 8*(165). https://doi.org/10.3390/children8020165/2227-9067/8/2/165

Kim, J., Rapee, R. M., Ja Oh, K., & Moon, H. S. (2008). Retrospective report of social withdrawal during adolescence and current maladjustment in young adulthood: cross-cultural comparisons between Australian and South Korean students. *Journal of adolescence, 31*(5), 543-563. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.10.011

Özdemir, S. B., Cheah, C. S. L., & Coplan, R. J. (2015). Conceptualization and assessment of multiple forms of social withdrawal in Turkey. *Social Development, 24*(1), 142-165. https://doi.org/10.1111/sode.12088

Pham, T. (2021). *Huong dan chan doan tam li tam than theo DSM-5* [*Manual for psychiatric diagnosis according to DSM-5*]. Tre Publishing House.

Rubin, K. H., & Barstead, M. G. (2014). Gender Differences in Child and Adolescent Social Withdrawal: A Commentary. *Sex roles, 70*(7-8), 274-284. https://doi.org/10.1007/s11199-014-0357-9

Rubin, K. H., & Coplan, R. J. (2004). Paying Attention to and Not Neglecting Social Withdrawal and Social Isolation. *Merrill-Palmer Quarterly, 50*(4), 506-534. https://doi.org/10.1353/mpq.2004.0036/173862

Rubin, K. H., Coplan, R. J., & Bowker, J. C. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology, 60,* 141-171. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163642

Starr, R. H., & Dubowitz, H. (2009). Chapter 41 – Social withdrawal and isolation. In W. B. Carey, A. C. Crocker, W. L. Coleman, E. R. Elias, & H. M. Feldman (Eds), *Developmental-Behavioral Pediatrics (Fourth Edition)* (pp. 397-406). Saunders.

FRAMEWORK OF THE PREVENTION STRATEGIES FOR SOCIAL WITHDRAWAL FROM THE PSYCHOLOGICAL PERSPECTIVE

Do Tat Thien*, Nguyen Minh Quan

Ho Chi Minh City University of Education, Vietnam

**Corresponding author: Do Tat Thien – Email: thiendt@hcmue.edu.vn*

Received: June 28, 2023; Revised: July 08, 2023; Accepted: December 23, 2023

ABSTRACT

The article analyzes the concept of social withdrawal, its behaviors, and the classification of these behaviors. On that basis, the article also establishes social withdrawal prevention strategies, which are understood as ways of impacting and solving problems to prevent and minimize withdrawal behaviors that are consistently evident in various situations and over time when encountering familiar and/or unfamiliar social relationships, particularly with peer relationships. There are three groups of strategies to prevent social withdrawal behavior, including: (1) evaluate and screen for social withdrawal behavior, (2) prevent social withdrawal behavior, and (3) intervene and psychological support for students with social withdrawal behavior.

Keywords: psychology; prevention; social withdrawal; strategy; theoretical framework