

Can thiệp không dùng thuốc cho các vấn đề sức khỏe tâm thần thông thường

Weng Yee Chin, Khoa Y học Gia đình & Chăm sóc Ban đầu, Đại học Hồng Kông

Tài liệu này được thực hiện bởi nhóm tác giả trong Hội Sức khỏe tâm thần – Hiệp hội bác sĩ gia đình thế giới (WONCA):

- TS. Weng Yee Chin, Khoa Y học gia đình và Chăm sóc ban đầu, Đại học Hồng Kông
- GS. Bruce Arroll, Khoa Thực hành đa khoa và Chăm sóc sức khỏe ban đầu, Đại học Auckland, New Zealand
- TS. Juan Manuel mendive, Trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu La Mina, Barcelona, Tây Ban Nha
- TS. Donald Nease, Khoa Y học gia đình, Đại học Colorado, Hoa Kỳ
- TS. Jinan Usta, Khoa Y học gia đình, Đại học Beirut Hoa Kỳ, Li-băng
- GS. Samuel Wong, Khoa Y học gia đình và Chăm sóc ban đầu, Đại học Hồng Kông
- GS. Christopher Dowrich, Khoa khoa học Tâm thần, Đại học Liverpool, Vương quốc Anh

Những điểm chính về “cách thực hiện” (thực hiện điều này như thế nào)

Khuyến nghị về các năng lực cốt lõi bác sĩ gia đình cần có:

- Có khả năng lắng nghe tích cực và giao tiếp lâm sàng với bệnh nhân và gia đình người bệnh để thể hiện sự thân thiện, quan tâm, tôn trọng, đồng cảm và hỗ trợ.
- Có khả năng đánh giá hiệu quả tình trạng tâm lý xã hội của bệnh nhân, ví dụ: sử dụng kỹ thuật BATHE
- Có khả năng cung cấp giáo dục tâm lý.
- Có khả năng dạy các kỹ thuật thư giãn và quản lý tình trạng căng thẳng
- Có khả năng kết hợp các nguyên tắc kích hoạt hành vi vào kế hoạch quản lý
- Có khả năng hỗ trợ bệnh nhân sử dụng các phương pháp trị liệu tâm lý dựa trên internet
- Có khả năng giúp bệnh nhân có thể tự giải quyết vấn đề sức khỏe của mình tốt hơn.

Nội dung chính:

Các rối loạn sức khỏe tâm thần thường gặp như trầm cảm và lo âu ảnh hưởng đến 15% dân số ở bất kỳ thời điểm nào ⁽¹⁾. Gánh nặng bệnh tật toàn cầu năm 2010 đã cho thấy các rối loạn trầm cảm nặng chiếm 8,2% số năm sống bị mất đi do bệnh tật (YLD), đứng hàng thứ hai về YLDs sau bệnh tim mạch ⁽²⁾. Cho đến nay, phương pháp phổ biến nhất được sử dụng để quản lý các rối loạn sức khỏe tâm thần thường gặp trong chăm sóc ban đầu là dùng thuốc hướng thần ⁽³⁾, mặc dù trong thực tế các phương pháp điều trị không dùng thuốc cũng thường được bệnh nhân ưa thích hơn ⁽¹⁾ và đã được chứng minh là có hiệu quả ⁽⁴⁾. Việc giới thiệu bệnh nhân đến các dịch vụ tâm lý có thể gặp một số khó khăn như: khó tiếp cận với các nhà trị liệu có trình độ, hoặc bị hạn chế về thời gian, lo sợ bị kỳ thị của người bệnh ⁽⁵⁾. Các phương pháp cung cấp trị liệu tâm lý tốn ít nguồn lực, dễ tiếp cận, giá cả hợp lý và bệnh nhân không bị kỳ thị, là rất quan trọng đối với chăm sóc ban đầu ⁽⁶⁾.

Cơ sở chăm sóc ban đầu là điểm đến đầu tiên của hầu hết mọi người dân trong hệ thống y tế. Bác sĩ gia đình rất phù hợp để thực hiện các can thiệp sức khỏe tâm thần bởi vì họ có mối quan hệ lâu dài và sự tin tưởng mà họ đã xây dựng và duy trì với bệnh nhân, gia đình bệnh nhân; có khả năng đáp ứng đối với các vấn đề sức khỏe chưa được phân định rõ ràng; có khả năng sử dụng mô hình sinh học - tâm lý - xã hội; có khả năng chăm sóc lồng ghép cả sức khỏe thể chất và tâm thần. ⁽⁷⁾

Các biểu hiện về sức khỏe tâm thần mà bác sĩ gia đình thường gặp nhất bao gồm sự phiền muộn tâm lý xã hội, buồn rầu, mất mát (chết), các triệu chứng tâm trạng dưới ngưỡng, rối loạn phản ứng, rối loạn trầm cảm đơn cực từ nhẹ đến trung bình và rối loạn lo âu, những rối loạn này có thể ở mức độ nghiêm trọng đủ để cản trở hoạt động hàng ngày hoặc suy giảm chất lượng sức khỏe. Các biểu hiện trên có thể gặp trong 30% các cuộc thăm khám trong chăm sóc ban đầu ⁽⁸⁾. Trong nhiều cơ sở chăm sóc ban đầu, chăm sóc thông thường cho bệnh trầm cảm và lo âu thường bao gồm sự lắng nghe thấu hiểu, cung cấp một số tư vấn hỗ trợ thân thiện, kê đơn thuốc hướng thần (thường là thuốc chống trầm cảm), chứng nhận y tế và / hoặc giới thiệu đến dịch vụ sức khỏe tâm thần ⁽⁹⁾. Bằng chứng từ một số nghiên cứu phân tích gộp cho thấy thuốc chống trầm cảm dường như là rất ít hoặc không hiệu quả hơn so với giả dược đối với bệnh trầm cảm nhẹ hoặc trung bình, nhưng có hiệu quả tốt với trầm cảm rất nặng ⁽¹⁰⁾. Như vậy, tỷ lệ giữa lợi ích đạt được so với nguy cơ của việc dùng thuốc chống trầm cảm là thấp đối với hầu hết bệnh nhân chăm sóc ban đầu, mà những người này thường có các triệu chứng ở mức độ nhẹ đến trung bình, họ cần được cân nhắc nhiều hơn về các phản ứng có hại của thuốc liên quan đến khả năng dung nạp và cai thuốc ⁽¹⁰⁾. Hướng dẫn của NICE khuyến cáo tránh điều trị bằng thuốc trừ khi người bệnh có tiền sử trầm cảm vừa hoặc nặng vẫn không đỡ sau khi sử dụng các biện pháp can thiệp khác hoặc các triệu chứng dưới ngưỡng xuất hiện thường xuyên trong thời gian ít nhất hai năm ⁽¹¹⁾.

Các can thiệp không dùng thuốc cho các vấn đề sức khỏe tâm thần thường gặp có nhiều hình thức khác nhau như các kỹ thuật giao tiếp lâm sàng đồng cảm và hỗ trợ giữa các cá nhân, các can thiệp tâm lý xã hội cường độ thấp có thể được thực hiện bởi bất kỳ bác sĩ gia đình nào, các liệu pháp tâm lý chuyên sâu hơn do các nhà trị liệu được đào tạo cung cấp. Mục đích của tài liệu hướng dẫn này là giúp nâng cao nhận thức về vai trò của các can thiệp không dùng thuốc (NDI) trong việc quản lý các rối loạn sức khỏe tâm thần thông thường, và khuyến khích các bác sĩ gia đình tích hợp các phương pháp này vào thực hành hàng ngày của họ.

Khuyến nghị về các loại kỹ năng mà bác sĩ gia đình cần có

1. Kỹ năng giao tiếp lâm sàng giữa các cá nhân

Kỹ năng giao tiếp lâm sàng giữa các cá nhân là một phần quan trọng và không thể thiếu trong thực hành y khoa tốt. Các thuộc tính và kỹ năng cốt lõi bao gồm thể hiện sự đồng cảm⁽¹²⁻¹⁴⁾, lòng trắc ẩn⁽¹⁵⁾, có khả năng cung cấp sự hỗ trợ cho bệnh nhân có giá trị quan trọng. Những năng lực này không chỉ giảm bớt sự đau khổ của bệnh nhân, mà các bác sĩ thể hiện được những kỹ năng như vậy sẽ thuyết phục bệnh nhân tin cậy mình hơn. Bệnh nhân có niềm tin tốt hơn vào bác sĩ của họ và sẵn sàng tuân thủ các phương pháp điều trị, cuối cùng dẫn đến sức khỏe tinh thần và thể chất tốt hơn⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Các kỹ thuật như phương pháp Cambridge-Calgary⁽¹⁸⁾ nhấn mạnh kỹ năng lắng nghe tích cực, kỹ thuật BATHE...⁽¹⁹⁻²⁰⁾ là phương pháp đánh giá tình trạng tâm lý - xã hội của bệnh nhân đều đã được chứng minh là làm tăng hiệu quả tham vấn của bác sĩ gia đình và tăng sự hài lòng của bệnh nhân⁽¹⁸⁻²¹⁾.

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra việc đào tạo các kỹ thuật này một cách bài bản cho các bác sĩ và sinh viên y khoa là có hiệu quả.⁽¹⁸⁾ Một chương trình giáo dục giao tiếp nhận thức đã giúp học viên tăng sự đồng cảm và chăm sóc lấy bệnh nhân làm trung tâm, đồng thời giảm suy sụp về thể chất hoặc tinh thần⁽²²⁾. Họ cũng được nâng cao khả năng lắng nghe tập trung sâu vào những bận tâm của bệnh nhân và phát triển khả năng thích ứng riêng của họ⁽²³⁾. Các mô-đun đào tạo về sự đồng cảm trong giáo dục y khoa sau đại học đã được chứng minh là có tác động đáng kể đến điểm số đồng cảm do bệnh nhân đánh giá⁽²⁴⁾.

Năng lực đề xuất

Có khả năng thể hiện kỹ năng lắng nghe tích cực và kỹ năng giao tiếp giữa các cá nhân với nhau để thể hiện sự thân thiện, quan tâm, tôn trọng, đồng cảm và hỗ trợ không phán xét.⁽²¹⁾

- Ngôn ngữ cơ thể biểu lộ sự quan tâm: nét mặt biểu cảm, giao tiếp bằng mắt, cử chỉ thể hiện sự tương tác và quan tâm.
- Các kỹ năng đổi theo: đặt câu hỏi mở để tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân kể câu

chuyện của họ, im lặng chú ý, phản ứng tạo điều kiện, nắm bắt các dấu hiệu.

- Kỹ năng phản ánh: diễn giải, tóm tắt hoặc lặp lại những gì đã được người bệnh kể để làm rõ và thể hiện sự hiểu biết, phản ánh cảm xúc.

Có khả năng đánh giá hiệu quả tình trạng tâm lý- xã hội của bệnh nhân, ví dụ: sử dụng kỹ thuật **BATHE**⁽¹⁹⁾

- **Bối cảnh (Background):** ví dụ: “Điều gì đang xảy ra trong cuộc sống của bạn?”, “Hãy cho tôi biết điều gì đã và đang xảy ra?”
- **Ảnh hưởng (Affect):** ví dụ: “Điều đó khiến bạn cảm thấy thế nào?”, “Điều đó đã ảnh hưởng đến bạn như thế nào?”
- **Khó chịu (Trouble):** ví dụ: “Điều gì khiến bạn khó chịu về vấn đề này?”, “Điều gì khiến bạn khó chịu nhất về tình huống này?”
- **Giải quyết (Handle):** ví dụ: “Bạn đang xử lý vấn đề đó như thế nào?”, “Bạn đã quản lý vấn đề này như thế nào?”
- **Đồng cảm (Empathy):** Khơi dậy hy vọng bằng cách bày tỏ sự hiểu biết của bạn về những gì bệnh nhân đang trải qua, ví dụ: "Tôi hình dung rằng điều đó là /có thể là khó khăn", "Bạn dường như là đang trải qua rất nhiều chuyện"

2. Kỹ năng thực hiện các can thiệp tâm lý xã hội mức độ thấp

Các can thiệp tâm lý mức độ thấp là các can thiệp không do các chuyên gia sức khỏe tâm thần thực hiện. Các can thiệp này bao gồm các liệu pháp dựa trên bằng chứng được điều chỉnh ngắn gọn: gồm phương pháp tự chăm sóc có sự hướng dẫn của thầy thuốc hoặc sử dụng dịch vụ sức khỏe tâm thần dựa vào mạng internet (e-mental health)⁽²⁵⁾ – đây là phương pháp cung cấp các dịch vụ sức khỏe tâm thần kịp thời, hiệu quả bằng cách sử dụng internet và các công nghệ liên quan. Chúng có thể được sử dụng cho bất kỳ loại rối loạn sức khỏe tâm thần thông thường nào với mục đích chính là nâng cao sự tự tin vào năng lực của bản thân bệnh nhân⁽²⁶⁾. Các biện pháp can thiệp dựa trên bằng chứng bao gồm giáo dục tâm lý, quản lý tình trạng căng thẳng, các kỹ thuật thư giãn, kích hoạt hành vi, liệu pháp nhận thức - hành vi (dưới dạng cá nhân hoặc nhóm) và liệu pháp giải quyết vấn đề. Việc đào tạo kỹ năng tâm lý xã hội cường độ thấp có thể được đưa vào chương trình giảng dạy của trường Y ngay cả khi thời gian giảng dạy có hạn⁽²⁷⁾.

2.1. Giáo dục tâm lý

Miêu tả

Giáo dục tâm lý đề cập đến bất kỳ can thiệp giáo dục nào được cung cấp cho các cá nhân (và gia đình của họ) để giúp họ có năng lực tự cải thiện sức khỏe của mình. Giáo dục tâm lý có thể giúp giảm kỳ thị, giảm sự tự ti và giảm các rào cản đối với việc điều trị. Các mục tiêu chính của giáo dục tâm lý là:

- Cung cấp kiến thức (ví dụ: sinh lý bệnh hoặc nguyên nhân gây bệnh, giáo dục về phương pháp điều trị)
- Nâng cao sự hiểu biết (ví dụ: hiểu điều gì có thể khiến mọi thứ trở nên tồi tệ hơn hoặc tốt hơn)
- Hỗ trợ điều trị (ví dụ: tăng cường tuân thủ điều trị)
- Thúc đẩy khả năng tự lực (ví dụ: phải làm gì nếu khủng hoảng xảy ra).

Bằng chứng

Một phân tích tổng hợp cho thấy: các biện pháp can thiệp giáo dục tâm lý ngắn gọn đối với bệnh trầm cảm và buồn phiền tâm lý có thể làm giảm các triệu chứng và dễ thực hiện như là một biện pháp can thiệp đầu tiên đối với những bệnh nhân này ở cơ sở chăm sóc ban đầu ⁽²⁸⁾. Giáo dục tâm lý có thể giúp ngăn ngừa và giảm nguy cơ tái phát bệnh trầm cảm ^(28 29).

Các bằng chứng hiện nay cho thấy chất lượng (nội dung) giáo dục tâm lý là quan trọng, phương pháp cung cấp ít quan trọng hơn. (ví dụ cung cấp tờ rơi thông tin về bệnh nhân, thảo luận trực tiếp, các lớp học dựa trên nhóm) ⁽²⁸⁾. Điều này có nghĩa là ngay cả khi bác sĩ gia đình bận rộn, bác sĩ vẫn có thể cung cấp giáo dục tâm lý bằng cách thúc đẩy hoạt động tự lực cá nhân (ví dụ: giới thiệu cho bệnh nhân các cuốn sách hoặc trang web hoặc cung cấp tờ rơi giáo dục bệnh nhân) hoặc giới thiệu bệnh nhân đến các lớp học giáo dục tâm lý nhóm.

Các kỹ năng được đề xuất

- Có khả năng cung cấp các kiến thức giáo dục tâm lý cho người bệnh trầm cảm, lo âu và hoảng sợ ... các kiến thức về sinh lý bệnh, ảnh hưởng đến sức khỏe và phương pháp điều trị.
- Có khả năng giải thích được về chu kỳ giấc ngủ và ảnh hưởng của nó đối với sức khỏe tâm thần.
- Có khả năng cung cấp các hướng dẫn về vệ sinh giấc ngủ.

2.2. Kỹ thuật quản lý tình trạng căng thẳng và thư giãn

Miêu tả

Tình trạng căng thẳng, đặc biệt là liên quan đến công việc, là nguyên nhân phổ biến gây ra các vấn đề sức khỏe mà chăm sóc ban đầu phải đối mặt ⁽³⁰⁾. Đã có một số nghiên cứu mối liên quan giữa căng thẳng với các vấn đề sức khỏe thể chất như bệnh tim mạch, hội

chúng chuyển hóa, béo phì, suy giảm khả năng miễn dịch và vô sinh... thông qua rối loạn trục hạ đồi-tuyến yên và mức độ tăng của cortisol, cũng như các bệnh tâm thần như trầm cảm^(31 32). Với tác động tiêu cực của căng thẳng, bác sĩ gia đình phải làm quen với các kỹ thuật thông thường về thư giãn và quản lý căng thẳng để có thể dạy các kỹ thuật này cho bệnh nhân của họ.

Bằng chứng

Các kỹ thuật quản lý tình trạng căng thẳng có thể giúp giảm bớt căng thẳng về tâm lý. Các kỹ thuật bao gồm các bài tập thở chậm hoặc thở bằng cơ hoành, thư giãn cơ liên tục, hình ảnh có hướng dẫn hoặc thiền có hướng dẫn và giảm căng thẳng dựa trên chánh niệm (một trạng thái tinh thần đạt được bằng cách tập trung nhận thức về một vấn đề gì đó trong hiện tại)⁽³³⁾.

Một nghiên cứu đánh giá về các kỹ thuật giảm căng thẳng cho thấy chúng có thể cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và góp phần giảm các triệu chứng thể chất và tâm lý. Đối với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các kỹ thuật tương tự như vậy có thể là một liệu pháp điều trị và giúp tăng cường tương tác giữa họ với bệnh nhân. Nghiên cứu thí điểm gần đây của Hà Lan về giảm căng thẳng dựa trên chánh niệm cho các bác sĩ gia đình đã phát hiện ra những tác động tích cực đối với sự tận tâm, chánh niệm và lòng trắc ẩn⁽³⁴⁾. Mức độ luyện tập cho các kỹ thuật này có thể dao động từ nửa ngày đến các khóa học từ 8 đến 12 tuần.

Các kỹ năng được đề xuất

- Có khả năng hướng dẫn các bài tập thở chậm
- Có khả năng hướng dẫn thư giãn cơ tăng dần
- Có khả năng thúc đẩy và hỗ trợ bệnh nhân thực hành các biện pháp thư giãn có hướng dẫn, thiền định và / hoặc các can thiệp dựa trên chánh niệm.

2.3. Kích hoạt hành vi

Miêu tả

Kích hoạt hành vi là một quá trình trị liệu, tập trung vào các hoạt động có kế hoạch, giúp tăng cường những hành vi mà những hành vi này có khả năng tạo ra những cải thiện về suy nghĩ, tâm trạng và tổng thể chất lượng cuộc sống. Mục đích của kích hoạt hành vi là xây dựng các hoạt động gây phân tâm tích cực và cải thiện tâm trạng. Những hoạt động này nhằm mục đích tăng cường các hoạt động giải trí, tăng cường tương tác xã hội, thúc đẩy giấc ngủ ngon hơn và cải thiện sự tự tin. Nó giúp cải thiện tâm trạng bằng cách giảm

suy nghĩ buồn phiền trong khi thúc đẩy những suy nghĩ và cảm xúc tích cực lành mạnh (34).

Bằng chứng:

Kích hoạt hành vi nhắm tới những bệnh nhân có thể là trầm cảm, sống thu mình với xã hội hoặc kém tự tin (36 37). Điều này đặc biệt quan trọng với những người cao tuổi dễ bị cô lập với xã hội do bệnh tật (38). Liệu pháp này cũng có thể có hiệu quả đối với chứng lo âu (39). Các bác sĩ gia đình cũng nên thường xuyên khuyến khích tập thể dục (độc lập hoặc tích hợp tạo thành một kế hoạch hoạt động). Đánh giá của Cochrane cho thấy tập thể dục có hiệu quả cao hơn so với một can thiệp đối chứng làm giảm các triệu chứng của trầm cảm và có hiệu quả ngang bằng với các phương pháp điều trị tâm lý hoặc dược lý (40). Thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên năm 2016 phát hiện ra rằng tập thể dục có lợi cho bệnh trầm cảm ngay cả khi cường độ tập nhẹ nhàng (yoga và kéo căng) một cách đều đặn còn tốt hơn là tập với cường độ trung bình hoặc cường độ mạnh một lần mỗi tuần. Hơn nữa, có thể có những lợi ích về tim mạch và chuyển hóa cho bệnh nhân trầm cảm.

Việc tích hợp một kế hoạch hoạt động trong một cuộc tham vấn định kỳ với bác sĩ gia đình là khả thi (42). Bác sĩ có thể giúp đỡ, hướng dẫn bệnh nhân thiết lập một lịch trình cho các hoạt động đã được lên kế hoạch. Các hoạt động này nên được trao đổi với bệnh nhân theo cách tiếp cận lấy bệnh nhân làm trung tâm để tăng cường sự tuân thủ điều trị và hiệu quả trong việc giảm các triệu chứng về tâm trạng. Các hoạt động có thể là các công việc thiết yếu hàng ngày (tắm, mua sắm, ăn và ngủ) kết hợp cùng với các hoạt động xã hội (ví dụ: ăn trưa với một người bạn), các hoạt động giải trí (ví dụ như đi bộ đường dài, xem phim) và các hoạt động giúp tăng cường sự tự tin (ví dụ như làm vườn, công việc tình nguyện). Bệnh nhân cần được khuyến khích duy trì tham gia hoạt động ngay cả khi họ không muốn..

Các kỹ năng được đề xuất

- Có khả năng thảo luận với bệnh nhân để xây dựng kế hoạch hoạt động lấy bệnh nhân làm trung tâm.
- Có khả năng khuyến khích và động viên bệnh nhân tiếp tục tham gia vào các hoạt động giải trí và các hoạt động có thể cải thiện sự tự tin.
- Có khả năng thúc đẩy bệnh nhân duy trì hoạt động thể chất.
- Có khả năng tạo điều kiện cho bệnh nhân tăng cường những hỗ trợ xã hội của họ.

2.4. Các phương pháp điều trị tâm lý dựa trên Internet

Ở nhiều quốc gia, các liệu pháp can thiệp dựa trên nền tảng công nghệ chẳng hạn như liệu pháp nhận thức - hành vi được cung cấp qua internet (iCBT) đang được quan tâm, đây là cách để mở rộng quy mô cung cấp các dịch vụ tâm lý và được cho là có hiệu quả như liệu pháp nhận thức-hành vi truyền thống. Đánh giá năm 2012 về các phương pháp điều trị tâm lý dựa trên internet cho thấy liệu pháp nhận thức-hành vi qua internet có hiệu quả và cung cấp một giải pháp thay thế quan trọng cho các phương pháp điều trị tâm lý trực tiếp. Tuy nhiên các liệu pháp hành vi nhận thức qua internet có hướng dẫn (với bác sĩ gia đình hoặc nhân viên y tế liên ngành) hiệu quả hơn các phương pháp điều trị không có hướng dẫn. Tương tác trước và / hoặc sau khi điều trị có thể nâng cao hiệu quả của liệu pháp nhận thức-hành vi qua internet (dù có hướng dẫn hay không).⁽⁴³⁾.

Các kỹ năng được đề xuất:

- Có khả năng tạo điều kiện và hỗ trợ bệnh nhân sử dụng các liệu pháp tâm lý dựa trên internet có hướng dẫn, ví dụ như liệu pháp nhận thức-hành vi qua internet.

Các bài tập về liệu pháp nhận thức-hành vi được cung cấp qua internet miễn phí

Bài tập cho tâm trạng (Mood gym): <https://moodgym.anu.edu.au/welcome>

2.5. Liệu pháp giải quyết vấn đề (PST)

Miêu tả

Liệu pháp giải quyết vấn đề (PST) là một phương pháp can thiệp tâm lý có mục tiêu, giúp bệnh nhân phát triển các kỹ năng giải quyết vấn đề trong cuộc sống liên quan đến các triệu chứng tâm lý và thực thể. PST có thể được sử dụng cho các vấn đề tâm lý khác nhau bao gồm trầm cảm, lo âu và rối loạn giấc ngủ. Mục đích của PST là giúp cho bệnh nhân có năng lực tự xác định và giải quyết các vấn đề của chính họ bằng cách hướng dẫn họ thông qua quá trình giải quyết vấn đề theo một cách có xấp xếp và tuần tự. Một phiên bản tóm tắt đã được xây dựng để áp dụng trong chăm sóc ban đầu, phiên bản này có thể được cung cấp từ đầu đến cuối trong khoảng thời gian bốn đến sáu lần tham vấn (mỗi lần 15-30 phút)⁽⁴⁴⁾.

Bằng chứng

Liệu pháp giải quyết vấn đề (PST), khi được thực hiện tốt, đã chứng minh là có hiệu quả tương tự như thuốc chống trầm cảm đối với việc cải thiện các triệu chứng và hoạt động xã hội của bệnh nhân trầm cảm nặng⁽⁴⁵⁾. Các bác sĩ và y tá chăm sóc ban đầu có thể học cách cung cấp PST bằng cách tham gia một chương trình đào tạo ngắn hạn⁽⁴⁶⁾.

Các kỹ năng được đề xuất

- Có khả năng làm cho bệnh nhân dễ dàng xác định được các vấn đề của cuộc sống liên quan đến các triệu chứng tâm lý và / hoặc thực thể.
- Có khả năng hướng dẫn bệnh nhân đặt ra các mục tiêu cụ thể có thể đạt được.
- Có khả năng giúp đỡ bệnh nhân suy nghĩ về các giải pháp khả thi và cân nhắc ưu điểm và nhược điểm của nó.
- Có khả năng giúp cho bệnh nhân có năng lực tự quyết định và thực hiện kế hoạch hành động cũng như xem xét các kết quả đạt được.

Cung cấp dịch vụ: ý nghĩa đối với việc cung cấp dịch vụ

Chương trình Hành động lồng sức khỏe Tâm thần của WHO (mhGAP) đã được đánh giá và triển khai một bộ tài liệu hướng dẫn đào tạo về các can thiệp tâm lý giúp xây dựng năng lực sức khỏe tâm thần. Những hướng dẫn này được thiết kế để đào tạo nhân viên y tế không chuyên sâu, không có bằng cấp về sức khỏe tâm thần trước đó. Những can thiệp này đặc biệt phù hợp với những môi trường nơi mà việc tiếp cận với các dịch vụ tâm lý là rất cần thiết nhưng lại bị hạn chế, chẳng hạn như trong các cộng đồng bị ảnh hưởng bởi rủi ro ⁽⁴⁷⁾. Hiện tại chúng bao gồm:

- **Hướng dẫn can thiệp mhGAP** - Phiên bản 2.0 dành cho các rối loạn tâm thần, thần kinh và sử dụng chất gây nghiện trong các cơ sở y tế không chuyên sâu.

http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/

- **Suy nghĩ lành mạnh:** hướng dẫn quản lý tâm lý xã hội đối với chứng trầm cảm chu sinh (trầm cảm trước hoặc sau sinh) ⁽⁴⁸⁾.

http://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en/

- **Quản lý vấn đề Plus (PM +):**

Quản lý vấn đề Plus dành cho người lớn mắc các triệu chứng của các vấn đề sức khỏe tâm thần thông thường (ví dụ: trầm cảm, lo âu, căng thẳng hoặc đau buồn), cũng như các vấn đề thực tiễn của bản thân (ví dụ: thất nghiệp, xung đột giữa các cá nhân). Nó sử dụng cách tiếp cận không lệ thuộc vào chẩn đoán, có thể rất hữu ích trong chăm sóc ban đầu, nơi nhiều người mắc bệnh đi kèm hoặc không có chẩn đoán cụ thể. Quản lý vấn đề Plus tích hợp các kỹ thuật giải quyết vấn đề và xử lý hành vi với trọng tâm là các kỹ thuật hành vi (trái ngược với các kỹ thuật nhận thức), vì chúng dễ dạy và dễ học hơn ⁽⁴⁹⁾.

http://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/

- **Hướng dẫn liệu pháp giữa các cá nhân theo nhóm (IPT):**

Hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới khuyến nghị liệu pháp giữa các cá nhân (IPT) như là một phương pháp điều trị hàng đầu cho bệnh trầm cảm. Tổ chức Y tế Thế giới đưa ra hướng dẫn về việc sử dụng liệu pháp này bằng cách sử dụng giao thức nhóm 8 phiên được sử dụng bởi những người điều hành giám sát, mà những người này có thể chưa được đào tạo trước đây về sức khỏe tâm thần ⁽⁵⁰⁾.

http://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en/

Mô hình chăm sóc phối hợp để cung cấp các dịch vụ sức khỏe tâm thần trong chăm sóc ban đầu

Trong thập kỷ qua, mô hình chăm sóc phối hợp được Katon và các đồng nghiệp ⁽⁵¹⁾ mô tả đã được chứng minh là cải thiện kết quả của bệnh nhân, tiết kiệm tiền và giảm kỳ thi liên quan đến sức khỏe tâm thần. Chăm sóc phối hợp, vận hành các nguyên tắc của Wagner về mô hình chăm sóc bệnh mạn tính ⁽⁵²⁾ để cải thiện khả năng tiếp cận với các phương pháp điều trị sức khỏe tâm thần dựa trên bằng chứng, cho bệnh nhân chăm sóc ban đầu. Nó giúp chuẩn hóa và định hướng các phương pháp điều trị cho các rối loạn sức khỏe hành vi và cải thiện khả năng tiếp cận các dịch vụ cho bệnh nhân. Trong phương pháp tiếp cận chăm sóc theo từng giai đoạn, dựa trên nhóm tích hợp này, bệnh nhân được quản lý bởi một bác sĩ lâm sàng chăm sóc ban đầu và một người quản lý ca bệnh. Bác sĩ chuyên khoa tâm thần thường liên lạc với người quản lý ca bệnh để đưa ra lời khuyên về chẩn đoán và điều trị khi các phương pháp điều trị ban đầu không hiệu quả. Đào tạo chăm sóc phối hợp / tích hợp có thể giúp tối ưu hóa kỹ năng tổng hợp để cải thiện kết quả chăm sóc ban đầu cho các vấn đề sức khỏe tâm thần ⁽⁵³⁾. Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ / Học viện Y học Tâm lý đã đưa ra báo cáo tóm tắt bằng chứng về cách thức triển khai mô hình phối hợp chăm sóc sức khỏe tâm thần trong chăm sóc ban đầu.

Tài liệu giảng dạy

Nghiên cứu tình huống

Ông P 49 tuổi trình bày về việc ông bị kiệt sức và mệt mỏi 2 tháng nay. Ông ấy phàn nàn rằng thông thường ông không như vậy vì ông rất năng động và có động lực. Ông nghĩ rằng “sự mệt mỏi của mình chỉ là do làm việc nhiều giờ trong thời gian gần đây” - Ông ấy nói với bạn như vậy. Bạn không biết rõ về ông P vì bạn đã không gặp ông ta trong vài năm nay..

Bạn nên làm gì tiếp theo?

- Hỏi ông ấy tại sao ông ấy chịu đựng quá lâu rồi mới đến gặp bác sĩ về vấn đề này (Không đồng ý)

- Khen ngợi ông ấy vì đã dành thời gian mặc dù lịch trình bận rộn để nói về sức khỏe của ông ấy (**Đồng ý**)

Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng tỷ lệ nam giới tìm kiếm chăm sóc y tế thấp hơn nhiều so với nữ. Tình trạng này có thể nhận thấy trong một loạt các vấn đề sức khỏe bao gồm sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm lý xã hội và sử dụng chất gây nghiện (ma túy, rượu hay thuốc lá). Hậu quả của thực trạng này làm chậm trễ việc điều trị dẫn đến kết quả là sức khỏe kém hơn và làm tăng gánh nặng cho cá nhân và hệ thống y tế.

Các nghiên cứu cũng cho thấy các hành vi chủ động tìm kiếm sự giúp đỡ có thể giúp bình thường hóa việc tham vấn y tế cho nam giới, cho phép họ xây dựng lòng tin với các chuyên gia y tế và có xu hướng chủ động tìm kiếm sự trợ giúp khi có vấn đề phát sinh. Thu hút bệnh nhân bằng cách thể hiện rằng bạn đang lắng nghe một cách đồng cảm sẽ giúp xây dựng mối quan hệ trị liệu giữa bác sĩ và bệnh nhân. Bạn có thể sử dụng kỹ thuật BATHE để khám phá thêm về tình trạng tâm lý xã hội của bệnh nhân và các kỹ năng ứng phó của họ.

Vợ ông ấy là bệnh nhân của bạn, và cô ấy cho biết họ có ba cậu con trai tuổi vị thành niên và gần đây ông ấy đã rời bỏ công việc của mình trong một công ty bảo hiểm để làm việc cho một tổ chức phi chính phủ.

Ông ấy là người không hút thuốc lá nhưng uống 3-4 đơn vị rượu vang/ bia mỗi ngày. Ông không dùng thuốc thường xuyên nhưng thỉnh thoảng dùng paracetamol để điều trị đau đầu. Ông cũng không có tiền sử đáng kể về bệnh tật hoặc gia đình.

Thời gian gần đây công việc trở lên căng thẳng vì nhiều việc đến hạn phải hoàn thành nhưng ông vẫn cảm thấy công việc của mình thật ý nghĩa.

Mối quan hệ hôn nhân của ông ấy rất tốt, ngoại trừ việc ông thừa nhận rằng ông rất ít quan tâm đến tình dục. Ông ấy lo lắng về tiền bạc vì ông kiếm được ít tiền hơn trước.

Vấn đề chính của ông ấy là gì?

- Mệt mỏi sinh lý và buồn phiền tâm lý chưa phân định rõ (**Đồng ý**)
- Rối loạn lo âu và trầm cảm hỗn hợp (**không đồng ý**)

Ông P đã trải qua nhiều lần thay đổi trong cuộc sống, bao gồm sự nghiệp và môi trường làm việc mới, một giai đoạn mới trong vòng đời gia đình của ông và thu nhập của hộ gia đình thấp hơn. Sự thay đổi đi kèm với căng thẳng khi cá nhân phải học cách thích nghi với hoàn cảnh mới của họ. Tác động của những thay đổi này một phần sẽ phụ thuộc vào mức độ gánh nặng mà cá nhân phải gánh vác và một phần vào khả năng ứng phó của họ. Căng thẳng và mệt mỏi sẽ nảy sinh khi gánh nặng vượt quá khả năng ứng phó của họ.

Theo ICD-10, rối loạn lo âu và trầm cảm hỗn hợp (MADD) được đặc trưng bởi các triệu chứng của hội chứng lo âu và trầm cảm không điển hình cùng tồn tại đồng thời không cái nào chiếm ưu thế, nhưng đủ nghiêm trọng để đưa ra chẩn đoán bệnh tâm thần. Nó được liên quan đến sự đau buồn, chức năng hàng ngày suy giảm và giảm chất lượng cuộc sống giống như các rối loạn trầm cảm hoặc lo âu nghiêm trọng.

Khi được hỏi thêm, ông ấy nói rằng ông ấy ăn ngon miệng, nhưng bị stress ăn uống và đã tăng cân gần đây. Giấc ngủ rối loạn khi ông ấy đi ngủ muộn và phải mất một lúc để thư giãn. Ông ấy phủ nhận cảm giác chán nản nhưng ông ấy có cảm giác "buồn" một chút.

Huyết áp của ông ấy là 140/90 mmHg và BMI là 29; tất cả các khám thể chất khác đều bình thường.

Ông ta nên được quản lý như thế nào?

- Sắp xếp các cuộc kiểm tra để loại trừ ung thư hoặc thiếu máu và theo dõi sau khi có kết quả cùng với việc theo dõi để thảo luận về kết quả (**Không đồng ý**).
- Giải thích lý do khiến ông ấy mệt mỏi và thảo luận về các lựa chọn điều trị theo nguyện vọng và bối cảnh của bệnh nhân cùng với việc theo dõi để đánh giá đáp ứng của ông ấy với điều trị (**Đồng ý**).

Mệt mỏi là một triệu chứng thường gặp trong chăm sóc ban đầu. Khám và hỏi bệnh có thể giúp loại trừ bệnh tật và giúp trấn an bệnh nhân khi họ có những lo lắng về các bệnh cụ thể. Nhưng nhìn chung, chỉ có một tỷ lệ thấp xác định được bệnh tiềm ẩn. Nên thăm khám những người chưa hồi phục sau một tháng và có biểu hiện ban đầu không điển hình hoặc xuất hiện các triệu chứng hoặc dấu hiệu “cảnh báo” (“cờ đỏ”).

Giải thích cho bệnh nhân rằng ông ấy có vấn đề là mệt mỏi chưa rõ nguyên nhân tuy nhiên các yếu tố góp phần gây ra mệt mỏi có thể là: căng thẳng trong cuộc sống và lo lắng do khối lượng công việc nặng nề, áp lực tài chính, áp lực ở nhà, nghỉ ngơi và tập thể dục không đầy đủ. Tất cả những điều này đã góp phần khiến anh ấy thiếu năng lượng, tăng cân, giảm ham muốn tình dục và tăng huyết áp nhẹ.

Khen ngợi tinh thần làm việc tích cực của ông ấy và trấn an ông rằng triển vọng của ông là tốt nếu tuân theo những lời khuyên về lối sống hợp lý như thói quen ngủ đúng giờ (vệ sinh giấc ngủ), giới thiệu một số hoạt động thể lực mà ông ấy yêu thích (tập thể dục theo đơn) và lên lịch thời gian để làm những công việc mà ông ấy thích (kích hoạt hành vi).

Ông ấy có một số chỉ số thể hiện có nguy cơ bị trầm cảm, vì vậy cần theo dõi điều này. Hẹn bệnh nhân quay lại tái khám để theo dõi huyết áp, cân nặng và tâm trạng.

Câu hỏi trắc nghiệm:

1. Bệnh nhân nam 49 tuổi có tiền sử mệt mỗi 2 tháng nay và khó để tập trung công việc

Triệu chứng nào dưới đây mô tả chính xác nhất triệu chứng chính của trầm cảm?

- A. Ngủ gật trong giờ làm việc
- B. Khó thức dậy kịp giờ làm
- C. Làm việc một cách đều đặn đến đêm muộn
- D. Mất sự hứng thú trong công việc**

2. Bệnh nhân nam 49 tuổi phàn nàn vì mệt và ngủ kém

Khi nào giáo dục về vệ sinh giấc ngủ là can thiệp phù hợp nhất?

- A. Thường thức dậy trong đêm liên quan đến ngáy hoặc các cơn ngừng thở
- B. Tâm trạng không tốt, mất hứng thú và thức dậy sớm vào buổi sáng
- C. Ngủ thất thường vì ngủ ngày và thức muộn xem ti vi**
- D. Suy nghĩ linh tinh làm bệnh nhân thức giấc trong đêm

3. Bệnh nhân nam 49 tuổi có các triệu chứng trầm cảm nhẹ bao gồm tâm trạng buồn phiền, thiếu tự tin và cô lập xã hội

Bạn nên giới thiệu kích hoạt hành vi như thế nào?

- A. Nói với bệnh nhân rằng anh ấy cần ra ngoài nhiều để hòa nhập với xã hội
- B. Đề nghị bệnh nhân đăng kí khóa tập gym 6 tháng gần nhà
- C. Cung cấp cho bệnh nhân vài quyển sách nhỏ của tổ chức phi chính phủ ở địa phương để giúp bệnh nhân tìm được các công việc tình nguyện.**
- D. Đề nghị bệnh nhân xác định các hoạt động mà ông ấy thích và động viên ông thực hiện nó thậm chí bệnh nhân không muốn làm.

4. Bệnh nhân nam 49 tuổi đến khám vì khó thở và hồi hộp trống ngực, bạn chẩn đoán là cơn hoảng sợ.

Can thiệp không dùng thuốc đầu tay phù hợp nhất với bệnh nhân có cơn hoảng sợ?

- A. Giáo dục tâm lý
- B. Kỹ thuật thư giãn
- C. Kích hoạt hành vi
- D. Nhận thức hành vi qua internet (iCBT)**

Các tài liệu đọc thêm và các nguồn tài liệu trên mạng

Bộ công cụ can thiệp không dùng thuốc	
Các kỹ năng giao tiếp lâm sàng	
<i>Lắng nghe tích cực</i>	http://www.racgp.org.au/afpbackissues/2005/200512/200512robinson.pdf
<i>Kỹ thuật BATHE</i>	http://primhe.org.uk/documents/relavent_docs/BATHE_technique.pdf
<i>Các kỹ năng giao tiếp</i>	https://www.each.eu/teaching/resources/
Giáo dục tâm lý	
<i>Trầm cảm</i>	https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/For-Clinicians/Depression http://www.racgp.org.au/afp/2013/april/bibliotherapy-for-depression/
<i>Cơn hoảng sợ</i>	https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/For-Clinicians/Anxiety
<i>Giấc ngủ</i>	https://sleep.org/ https://sleepfoundation.org/sleep-topics/sleep-hygiene
<i>iCBT</i>	http://www.racgp.org.au/afp/2013/november/cbt/ • MoodGYM (https://moodgym.anu.edu.au/welcome) is a free online training program developed by the Centre for Mental Health Research, Australian National University. It uses CBT and interpersonal therapy. MoodGYM is available in several languages.
Bài tập thư giãn	
<i>Thở chậm</i>	https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Other-Resources https://www.youtube.com/watch?v=aN05yXFbwI0 (YouTube video)
<i>Thư giãn cơ</i>	http://www.cci.health.wa.gov.au/docs/ACF3C8D.pdf
Kích hoạt hành vi	
<i>Lịch hoạt động</i>	https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/For-Clinicians/Depression http://psychologytools.com/task-planning-and-achievement-record.html
<i>Kê đơn hoạt động</i>	https://www.move.va.gov/docs/Resources/CHPPM_How_To_Write_And_Exercise_Prescription.pdf
Liệu pháp giải quyết vấn đề	
	http://www.racgp.org.au/afp/2012/september/problem-solving-therapy/#16
Các hướng dẫn và hướng dẫn đào tạo	
<i>Hướng dẫn can thiệp chương trình hành động khoảng</i>	http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/

<i>trồng sức khỏe tâm thần phiên bản 2.0</i>	
<i>Suy nghĩ lành mạnh</i>	http://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en/
<i>Quản lý vấn đề mở rộng (PM+)</i>	http://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/
<i>Liệu pháp tương tác bên trong con người</i>	http://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en/
<i>Liệu pháp giải quyết vấn đề</i>	Weel-Baumgarten, E. van, Mynors-Wallis, L., Jané-Llopis, E., & Anderson, P. (2005). A training manual for prevention of mental illness: managing emotional symptoms and problems in primary care. Nijmegen: Radboud University of Nijmegen. http://uwaims.org/files/pst/PST-PC_Manual.pdf
<i>Mô hình chăm sóc phối hợp</i>	American Psychiatric Association/Academy of Psychosomatic Medicine. Dissemination of integrated care within adult primary care settings the collaborative care model 2016. https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/Professional-Topics/Integrated-Care/APA-APM-Dissemination-Integrated-Care-Report.pdf
Atención a Las Personas con Malestar Emocional Relacionado con -Condicionantes Sociales en Atención Primaria de Salud (in Spanish) https://consaludmental.org/publicaciones/Atencion-personas-malestar-emocional.pdf	

Tài liệu tham khảo

1. National Collaborating Centre for Mental Health, Royal College of Psychiatrists. Common mental health disorders: identification and pathways to care: RPC sych Publication 2011.
2. Ferrari AJ, Charlson FJ Norman RE, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: finding from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med* 2013;10(11):e1001547. doi: 10.1371/journal.pmed.1001547
3. Young AS, Klap R, Sherbourne CD, et al. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archivers of general psychiaty* 2001;58(1):55-61
4. Farah WH, Alsawas M, Mainou M, et al. Non-pharmacological treatment of depression: a systematic review and evidence map. *Evidence Based Medicine* 2016;ebmed-2016-110522
5. Swift JK, Greenberg RP. Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis: American Psychological Association, 2012
6. Mohr DC, Ho J, Duffecy J, et al. Perceive Barriers to Psychological Treatment and Their Relationship to Depression. *Journal of clinical psychology* 2010;66(4):394-409. doi: 10.1002/jclp.20659
7. Culpepper L. The active management of depression. *The Journal of Family Practice* 2002(September):769-76
8. Wittchen H-U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe-a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology* 2005;15(4):357-76.
9. Chin WY, Chan KT, Lam CL, et al. Detection and management of depression in adult primary care patients in Hong Kong: across-sectional survey conducted by a primary care practice-based research network. *BMC Fam Pract* 2014;15(1):30. doi: 10.1186/1471-2296-15-30
10. Arroll B, Chin W, Matris W, et al. Antidepressant for treatment of depression in primary care: a systematic review and meta-analysis. *J Prim Health Care* 2016;8(4):325-34.
11. Depression: the treatment and management of depression in adult (update edition); 2010. British Psychological Society.

12. Van Osch M, Sep M, van Vliet LM, et al. Reducing patients' anxiety and uncertainty, and improving recall in bad news consultations. *Health Psychology* 2011;33(11):1382-90. doi:10.1037/hea0000097
13. Mercer SW, HinginsM, Bikker AM, et al. General practitioners' empathy and health outcomes: a prospective observational study of consultation in areas of high and low deprivation. *The Annals of Family Medicine* 2016;14(2):117-24.
14. Bebsing JM, Verheul W. The silent healer: The role of communication in placebo effects. *Patient Education and Counseling* 2010;80(3):293-99.
15. Jani DB, Blane DN, Mercer SW. The role of empathy in therapy and the physician-patient relationship. *Forschende komplementarmedizin/Research in Complementary Medicine* 2012;19(5):252-57.
16. van OS TW, van den Brink RH, Tiemens BG, et al. Communicative skills of general practitioners augment the effectiveness of guideline-based depression treatment. *Journal of affective disorders* 2005;84(1):43-51.
17. Del Canale S, Louis DZ, Maio V, et al. The relationship between physician empathy and disease complication: an empirical study of primary care physician and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine* 2012;87(9):1243-49.
18. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients: CRC Press 2016.
19. Leiblum SR, Schnall E, Seehus M, et al. To BATHE or not to BATHE: patient satisfaction with visits to their family physician. *FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY-*2008;40(6):407.
20. Searight HR, Searight HR. Efficient counseling techniques for the primary care physician. *Primary Care; Clinics in Office Practice*;34(3):551-70.
21. Robertson K. Active listening: more than just paying attention. *Australian family physician* 2005;34(12):1053.
22. Knasner MS, Epstein RM, Beckman H, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *Jama* 2009;302(12):1284-93.
23. Beckman HB, Wendland M, Mooney C, et al. The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. *Academic Medicine* 2012;87(6):815-19.

24. Riess H, Kelley JM, Bailey RW, et al. Empathy training for resident physicians: a randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. *Journal of general internal medicine* 2012;27(10):1280-86.
25. Rodgers M, Asaria m, Walker S, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of low-intensity psychological interventions for the secondary prevention of relapse after depression: a systematic review. 2012
26. Cape J, Whittington C, Buszewicz M, et al. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC medicine* 2010;8(1):38.
27. Chin W-Y, Lam C, Wong C. Development of a tool to assess the impact of a brief counseling curriculum: Validation of the Attitudes to Psychological Interventions and Counseling in Primary Care (APIC-PC) survey. *Patient Education and Counseling* 2011;85(3):481-86. doi:10.1016/j.pec.2010.10.023
28. Donker t, Griffiths KM, Cuijpers P, et al. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis.*BMC Medicine* 2009;7(1):79. doi. 10.1186/1741-7015-7-79
29. Cuijpers P, Adersson G, Donker T, et al. Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nordic journal of psychiatry* 2011;65(6):354-64
30. Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO Europe Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland, January 2005. Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO Europe Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland, January 2005; 2005. World Health Organization.
31. McEwen BS, Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European journal of pharmacology* 2008;583(2):174-85
32. Pedersen A, Zachariae R, Bovbjerg DH. Influence of psychological stress on upper respiratory infection-a meta-analysis of prospective studies. *Psychosomatic medicine* 2010;72(8):823-32
33. Varvogli L. Stress management technique: evidence-based procedures that reduce stress and promote health. *Health Science Journal* 2011.
34. Verweij H, Waumans RC, Smeijers D, et al. Mindfulness-stress reduction for GPs: result of a controlled mixed methods pilot study in Dutch primary care. *Br J Gen Pract* 2016;66(643):e99-e105.

35. Hopko DR, Lejuez C, ruggiero KJ, et al. Contemporaty behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical psychology review* 2003;23(5):699-717.
36. Mazzucchelli T, Kane R, Rees C. Behavioral activation for depression in adult: a meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2009;16(4):383-411.
37. Ekers D, Webster L, Van Straten A, et al. Behavioral activation for depression ; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *Plos one* 2014;9(6):e100100.
38. Hunkeler EM, Katon W, Tang L, et al. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depression elderly patients in primary care. *BMJ* 2006;332:259-63.
39. Hopko DR, Robertson S, Lejuez C. Behavioral activation for anxiety disorders. *The Behavior Analyst Today* 2006;7(2):212.
40. Cooney G, Dwan k, Mead G. Exercise for depression .*Jama* 2014;311(23):2432-33
41. Hallgren M, Vacampfort d, Stubbs B. Exercise is medicine for depression: even when the “pill” is small (letter) *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;12:2715-21.
42. Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam L. Behavior activation treatments of depression : A meta-analysis. *Clinical psychology review* 2007;27(3):318-26.
43. Johansson R, Andersson G. Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2012;12(7):861-70. doi: 10.1586/ern.12.63.
44. Mynors-Wallis L. Problem-solving Treatment for Anxiety and Depression: A Practical Guide: Oxford University Press 2005.
45. Mynors-wallis LM, Gath DH, Day A, et al. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *Br Med J* 2000;320:26-30.
46. Van Weel-Baumgarten E, Jane-Liapis E, Mynors-Wallis, et al.Preventionof Mental Illness in primary care. *European Journal of General Practice* 2005;11(3-4):92-93. doi.10.3109/13814780509178246.
47. World Health Organization. Scalable psychological interventions for people in communities affected by adversity: a naw area of mental health and psychosocial work at WHO. 2017
48. World Health Organization. Thinking healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression, WHO generic field-trial version 1.0, 2015.2015

49. Dawson KS, Bryant RA, Harper M, et al. Problem Management Plus (PM+): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. *World psychiatry: the journal of the World Psychiatric Association* 2015;14(3):354-7. doi:10.1002/wps.20255
50. Bass J, Neugebauer R, Clougherty KF, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: 6-month outcomes: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 2016;188:567-73. doi: 10.1192/bjp.188.6.567
51. Katon WJ, Seelig M, Katon WJ, et al. Population-based care of depression: team care approaches to improving outcomes. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* 2008;50(4):459-67.
52. Wagner E, Austin B, Von Koff M. Improving outcomes in chronic illness. *Manag Care Q* 1996;4(2):12-25.
53. Funk M, Ivbijaro G. Intergating mental health into primary care a global perspective. Geneva [etc.]. [World health organization (WHO) [ect.]. 2018