

ĐẶC ĐIỂM RÚT LUI XÃ HỘI Ở NGƯỜI BỆNH VỊ THÀNH NIÊN ĐIỀU TRỊ TẠI VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đỗ Thùy Dung^{1,2,✉}, Lê Thị Thu Hà^{1,2}, Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}

Nguyễn Thành Long^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Rút lui xã hội đề cập đến trạng thái cô lập xã hội liên quan đến việc cố ý tránh tương tác trong các mối quan hệ xã hội hoặc tiếp xúc với người khác và khó tham gia đúng cách vào các tình huống xã hội. Rút lui khỏi xã hội là mối đe dọa lớn đối với sự phát triển của vị thành niên với tư cách là thành viên của xã hội. Nghiên cứu được thực hiện trên 330 người bệnh vị thành niên 10 - 19 tuổi được điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2024 đến tháng 5/2025. Kết quả thu được: Tỷ lệ hành vi rút lui xã hội là 26,36% trong đó thiếu/giảm động lực tham gia vào các hoạt động (83,9%) là động lực hay gặp nhất của hành vi RLXH. Thời gian trung bình của hành vi RLXH là $14,72 \pm 11,88$ tháng. Cách thức RLXH hay gặp nhất là tránh giao tiếp bằng mắt (83,9%) chỉ ở trong phòng (62%). Hậu quả hay gặp nhất của hành vi RLXH là mất dần các mối quan hệ (80,5%), tự ti hơn về bản thân (72,4%).

Từ khóa: Rút lui xã hội, vị thành niên.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vị thành niên là lứa tuổi có nhiều biến động nhất trong cuộc đời con người, là giai đoạn chuyển tiếp từ trẻ em thành người lớn, là thời kỳ có nhiều thay đổi cả về thể chất và tâm lý - xã hội. Theo Solmi và cộng sự (2022), độ tuổi trung bình khi khởi phát rối loạn tâm thần cao nhất là khoảng 14,5 tuổi, bất kể loại rối loạn nào.¹ Việc nhận biết các dấu hiệu ban đầu có thể giúp giảm thiểu tác động tiêu cực của rối loạn tâm thần lên sự phát triển cá nhân, học tập và chất lượng cuộc sống.

Rút lui khỏi xã hội (RLXH) ở độ tuổi vị thành niên biểu hiện bằng việc từ chối đến trường và liên lạc với gia đình hoặc bạn bè. Một nghiên cứu gần đây ở thanh thiếu niên cho thấy khoảng 1,7% học sinh Ý có thể được phân loại là rút lui xã hội,

với 2,6% có nguy cơ.² Rút lui xã hội làm trầm trọng thêm các vấn đề về cảm xúc như trầm cảm, lo âu về lâu dài và dẫn đến nhận thức tiêu cực về bản thân. Rút lui xã hội có thể là biểu hiện và hậu quả của các rối loạn tâm thần. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về rút lui xã hội ở nhiều lứa tuổi, nhiều bệnh cảnh khác nhau. Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào cụ thể về đặc điểm rút lui xã hội ở người bệnh vị thành niên. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu “Đặc điểm rút lui xã hội ở người bệnh vị thành niên điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai” với mục tiêu: Mô tả đặc điểm rút lui xã hội ở người bệnh vị thành niên điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu thực hiện trên 330 người bệnh từ 10 - 19 tuổi điều trị nội và ngoại trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai từ

Tác giả liên hệ: Đỗ Thùy Dung

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: Dothuydung93@gmail.com

Ngày nhận: 04/08/2025

Ngày được chấp nhận: 19/08/2025

tháng 7/2024 đến tháng 5/2025. Tiêu chuẩn chẩn đoán rút lui xã hội theo tác giả Kato và cộng sự, như sau³:

a) Rút lui xã hội rõ rệt tại nhà.

b) Thời gian rút lui xã hội liên tục ít nhất là 6 tháng.

c) Suy giảm chức năng đáng kể hoặc đau khổ liên quan đến sự rút lui xã hội.

Loại trừ những người bệnh có các rối loạn ý thức hoặc suy giảm nhận thức nặng mà không tiếp xúc hay hồi bệnh được, người bệnh có bệnh lý nặng kèm theo làm hạn chế khả năng giao tiếp, người bệnh và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu, người bệnh bỏ cuộc, không hợp tác trả lời bộ câu hỏi.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p \cdot q}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu cần phải điều tra.

$Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, với $\alpha = 0,05$, độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

Lấy $p = 0,25$ (25% người bệnh nội trú không có liên lạc với gia đình trong 1 tháng qua theo nghiên cứu của Rio 2017).

q: là yếu tố phụ thuộc vào p ($q = 1 - p$).

d: mức sai lệch mong muốn cho phép giữa tham số mẫu và quần thể. Lấy $d = 0,05$. Thay vào công thức ta có $n = 288,12$.

→ cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là 288 người bệnh.

Cách chọn mẫu: Lấy mẫu toàn bộ, chọn các đối tượng phù hợp theo tiêu chuẩn lựa chọn

và tiêu chuẩn loại trừ cho đến khi đủ ít nhất cỡ mẫu tối thiểu. Thực tế chúng tôi thu thập được 330 đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành theo các bước:

Tất cả các người bệnh được người nghiên cứu hồi bệnh, khám bệnh theo mẫu bệnh án thống nhất theo các bước:

- **Bước 1:** Tất cả người bệnh vị thành niên (10-19 tuổi) đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được phỏng vấn trực tiếp về tuổi, giới, trình độ học vấn, học vấn, tiền sử bệnh lý cơ thể, bệnh lý tâm thần, yếu tố gia đình, yếu tố xã hội.

- **Bước 2:** Khám tâm thần.

+ Khám để phát hiện các triệu chứng rối loạn tâm thần, lâm sàng thần kinh, nội khoa.

+ Khám, đánh giá các triệu chứng của rút lui xã hội.

+ Đánh giá mức độ rút lui xã hội theo thang điểm HQ-25.

- **Bước 3:** Tham khảo hồ sơ bệnh án.

+ Thuốc điều trị, chẩn đoán.

+ Theo dõi hàng ngày kể từ khi người bệnh vào viện để phát hiện những triệu chứng mới phát sinh và diễn biến của bệnh.

- **Bước 4:** Xử lý và phân tích số liệu.

Các biến số nghiên cứu: Giới tính, tuổi, trình độ học vấn, học lực, hoàn cảnh gia đình, khu vực sinh sống, chẩn đoán rối loạn tâm thần. Thời gian, phạm vi, động lực, tần suất, hình thức, mục đích, các yếu tố kích hoạt, các triệu chứng tâm thần kèm theo, hậu quả của rút lui xã hội.

Xử lý số liệu

Nhập số liệu, phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0. Sử dụng các thuật toán mô tả tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp điều trị của bác sĩ, không gây hại cho

người bệnh. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức NCYSH Trường Đại học Y Hà Nội Số: CKII37/GCN-HMU1RB và được sự đồng ý của cơ sở nghiên cứu Bệnh viện Bạch

Mai, Viện Sức khỏe Tâm thần.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n = 330)

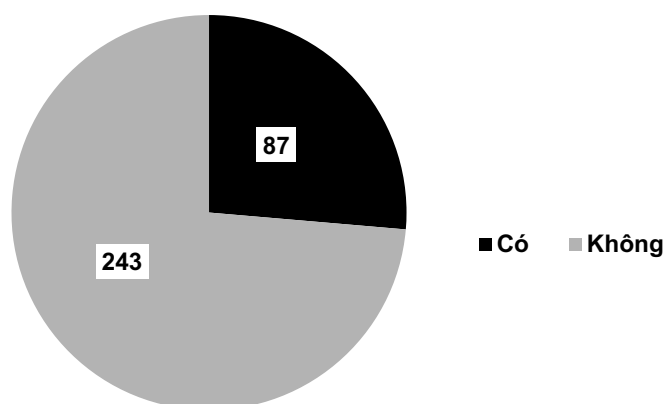
	Đặc điểm	n	%
Tuổi	10 - 13	66	20,0
	14 - 16	128	38,8
	17 - 19	136	41,2
	Tuổi trung bình	15,64 ± 2,20	
Giới	Nam	125	37,9
	Nữ	205	62,1
Trình độ học vấn	Tiểu học	9	2,7
	THCS	99	30,0
	THPT	182	55,2
	ĐH/ CĐ	40	12,1
Con thứ mấy trong gia đình	Con đầu	178	53,9
	Con giữa	57	17,3
	Con út	79	23,9
	Con một	16	4,8
Sang chấn thời thơ ấu	Bị bắt nạt	102	30,9
	Bị bỏ rơi	41	12,4
	Bị lạm dụng/bạo lực thể chất	54	16,4
	Bị lạm dụng/bạo lực cảm xúc	98	29,7

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm người bệnh chiếm số lượng cao nhất là 17 - 19 tuổi (41,2%). Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 15,64 ± 2,20. Nữ chiếm tỷ lệ cao hơn, cụ thể tỷ lệ nữ/nam là 1,64. Người bệnh chủ yếu

đang học ở cấp độ THPT (55,2%).

Đa số người bệnh là con đầu (53,9%). Bị bắt nạt là sang chấn thơ ấu hay gặp nhất trong nghiên cứu (30,9%)

2. Đặc điểm rút lui xã hội ở trẻ vị thành niên



Biểu đồ 1. Tỷ lệ rút lui xã hội ở đối tượng nghiên cứu (n = 330)

Tỷ lệ rút lui xã hội của đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là 87 người bệnh (26,36%).

Bảng 2. Rút lui xã hội và chẩn đoán tâm thần của đối tượng nghiên cứu (n = 330)

Chẩn đoán	Có RLXH		Không RLXH	
	n	%	n	%
F2	5	5,7	14	5,8
F3	11	12,6	27	11,1
F4	28	32,3	62	25,5
F9	38	43,7	122	50,2
Khác	5	5,7	18	7,4

Chẩn đoán hay gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là rối loạn hành vi và cảm xúc thường khởi phát ở tuổi trẻ em và thanh thiếu

niên (F9) chiếm 43,7% ở nhóm có RLXH và 50,2% ở nhóm không có RLXH.

Bảng 3. Đặc điểm rút lui xã hội ở vị thành niên (n = 87)

Động lực của hành vi rút lui xã hội	Đặc điểm	n	%
	Không mong muốn tiếp cận xã hội	45	51,7
	Mong muốn né tránh xã hội	66	75,9
	Thiếu/giảm động lực tham gia vào các hoạt động	73	83,9

	Đặc điểm	n	%
Thời gian rút lui xã hội của đối tượng	Từ 6 đến 12 tháng	53	60,9
	Trên 12 tháng	34	39,1
	Trung bình	14,72 ± 11,88	
	Min/Tối thiểu	6	
	Max Tối đa	72	
Đặc điểm về cách thức rút lui xã hội	Ngủ nhiều ban ngày	49	56,3
	Thức đêm	60	69,0
	Tránh giao tiếp bằng mắt	73	83,9
	Không đáp lại lời chào hỏi xã giao với những người xung quanh	18	20,7
	Không ăn cùng gia đình	16	18,4
	Chỉ ở trong phòng	62	71,3
Đặc điểm về hậu quả của rút lui xã hội	Kết quả học tập giảm sút hơn	48	55,2
	Mất dần các mối quan hệ	70	80,5
	Sức khỏe giảm sút	48	55,2
	Cảm xúc tồi tệ hơn	61	70,1
	Tự ti hơn về bản thân	63	72,4
	Các mối quan hệ sẽ tốt hơn nếu bạn không còn RLXH	42	48,3
	Một số việc đã không làm được khi RLXH	40	46,0
	Số buổi nghỉ học	2,33 ± 5,48 buổi/ tuần	

Động lực hay gặp nhất của hành vi RLXH trong nghiên cứu của chúng tôi là thiếu/giảm động lực tham gia vào các hoạt động (83,9%). Thời gian trung bình của hành vi RLXH là 14,72 ± 11,88 tháng, với 60,9% đối tượng nghiên cứu có thời gian là từ 6 đến 12 tháng. Cách thức RLXH hay gặp nhất là tránh giao tiếp bằng mắt (83,9%) chỉ ở trong phòng (62%). Hậu quả hay gặp nhất của hành vi RLXH trong nghiên cứu của chúng tôi là mất dần các mối quan hệ (80,5%), tự ti hơn về bản thân (72,4%).

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi thu được kết quả nhóm tuổi đầu vị thành niên chiếm tỉ lệ thấp nhất (20,0%) và nhóm tuổi cuối vị thành niên chiếm tỉ lệ lớn nhất (41,2%). Một bài nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng rối loạn tâm thần đầu tiên khởi phát một phần ba trước 14 tuổi, trước 18 tuổi xuất hiện gần một nửa, với độ tuổi khởi phát cao nhất là 14,5 tuổi ở tất cả các rối loạn

tâm thần.¹ Ở giai đoạn phát triển này, cá nhân thường phải đối mặt với sự gia tăng của các yếu tố gây căng thẳng trong nhiều khía cạnh đời sống, đặc biệt là trong các mối quan hệ gia đình, xã hội với bạn bè đồng trang lứa, cũng như trong lĩnh vực học tập.⁴ Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ nữ có tỷ lệ đi khám cao hơn các trẻ nam. Các cuộc khảo sát dân số gần đây vị thành niên cũng nhấn mạnh rằng tỷ lệ mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần và các loại rối loạn tương đối khác nhau giữa các giới tính, trong đó các bé gái dễ gặp phải các rối loạn như trầm cảm hoặc lo âu, tự thu mình và các bé trai có nhiều khả năng gặp phải các vấn đề như hành vi hung hăng, gây hấn, chống đối.^{5,6} Đa số người bệnh đang học ở bậc THPT, phản ánh đặc điểm tuổi tác và bối cảnh học tập phổ biến trong nhóm đối tượng nghiên cứu. Theo nghiên cứu của chúng tôi, đa phần người bệnh đều là con đầu (53,9%). Một nghiên cứu năm 2021 về mối liên hệ giữa tự tử sinh và các chỉ số sức khỏe tâm thần ở trẻ em cho thấy rằng trẻ là con út có tổng điểm khó khăn thấp nhất, trong khi trẻ là con một có tổng điểm khó khăn cao nhất ($p < 0,001$).⁷ Kết quả nghiên cứu cho thấy, các trải nghiệm sang chấn thời thơ ấu phổ biến nhất ở đối tượng tham gia là bị bắt nạt (30,9%) và bị lạm dụng hoặc bạo lực về mặt cảm xúc (29,7%). Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bắt nạt ở thanh thiếu niên rất cao. Ví dụ, khảo sát đa quốc gia (83 nước, tuổi 12 - 17) cho biết trung bình khoảng 30,5% thanh thiếu niên bị bắt nạt ít nhất 1 ngày trong 30 ngày gần nhất.⁸ Một nghiên cứu ở Hà Nội cũng báo cáo khoảng 31,2% học sinh cấp 2 - 3 từng trải qua hành vi bắt nạt dưới dạng tấn công xã hội (social aggression) trong 3 tháng gần nhất.⁹ Hàng loạt nghiên cứu đã kết luận sang chấn thời thơ ấu (kể cả bị bắt nạt, lạm dụng tình cảm, bạo hành) làm tăng nguy cơ mắc các rối loạn tâm thần ở tuổi vị thành niên và sau này. Ví dụ, nghiên cứu tại Hà Nội cho thấy học sinh bị bắt nạt có mức điểm

trầm cảm, lo âu và căng thẳng cao hơn rõ rệt so với các em không bị bắt nạt.⁹

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ rút lui xã hội của đối tượng nghiên cứu là 87 người bệnh chiếm 26,36%. Một nghiên cứu tại Trung Quốc trên 114 trẻ 3 - 24 tháng tuổi, khoảng 16,7% trẻ em bị thu mình về mặt xã hội. So với những trẻ không bị thu mình về mặt xã hội, trẻ em bị thu mình về mặt xã hội lớn tuổi hơn và có tỷ lệ bé trai cao hơn (68,4 so với 42,1%) và chậm phát triển về mặt xã hội-cảm xúc (63,2 so với 0%).¹⁰ Trong các phân tích theo độ tuổi cụ thể, sự phát triển về mặt xã hội-cảm xúc kém hơn ở trẻ em bị thu mình về mặt xã hội ở tất cả các nhóm tuổi từ 3 đến 24 tháng.¹⁰ Rối loạn hành vi và cảm xúc thường khởi phát ở tuổi trẻ em và thanh thiếu niên (F9) là chẩn đoán hay gặp nhất, chiếm 43,7% ở nhóm có RLXH và 50,2% ở nhóm không có RLXH trong nghiên cứu của chúng tôi. Một nghiên cứu của Nhật Bản cho thấy 80% hành vi RLXH đáp ứng đủ tiêu chuẩn của một số rối loạn bao gồm nhân cách né tránh, rối loạn lo âu xã hội và trầm cảm nặng. Ngoài ra, các rối loạn phổ tự kỷ và các trạng thái tiền triệu của bệnh tâm thần phân liệt cũng có thể biểu hiện các triệu chứng chồng chéo.¹¹

Động lực hay gặp nhất của hành vi RLXH trong nghiên cứu của chúng tôi là thiếu/giảm động lực tham gia vào các hoạt động (83,9%). Rút lui xã hội ở thanh thiếu niên thường xuất phát từ nhiều động lực và đặc điểm cá nhân khác nhau. Coplan & Armer (2007) phân loại hành vi rút lui xã hội thành ba kiểu chính dựa trên động cơ tiếp cận - né tránh: nhút nhát (muốn tương tác nhưng e ngại), kém hòa đồng (thiếu nhu cầu giao tiếp, cũng không chủ động né tránh), và tránh xã hội (xu hướng né tránh giao tiếp).¹² Ngoài ra, các yếu tố cảm xúc như cảm xúc buồn chán, lo âu cũng là động lực quan trọng dẫn tới việc tự cô lập. Các nghiên cứu ghi nhận thanh thiếu niên rút lui xã hội

thường trải qua cảm giác bị cô lập, buồn chán hoặc sợ hãi giao tiếp, những yếu tố này liên quan mật thiết đến hội chứng hikikomori và các dạng trầm cảm - lo âu khác.^{13,14} Thời gian xuất hiện rút lui xã hội đều có thời gian từ 6 tháng trở lên, điều này phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán chúng tôi sử dụng trong nghiên cứu. Theo định nghĩa của Teo và cộng sự, các cá nhân “hầu như luôn ở trong nhà và tránh các tình huống, mối quan hệ xã hội”.¹⁵ Cụ thể, nhiều em bỏ hẳn việc đến trường (vắng mặt dài hạn), hạn chế tối đa giao tiếp trực tiếp với bạn bè và người thân, thậm chí ngại gặp cả thành viên gia đình. Đôi khi các em sống khép kín suốt ngày trong phòng và chỉ giữ liên lạc qua mạng Internet. Hành vi rút lui xã hội ở vị thành niên được chứng minh có nhiều hệ quả lâu dài. Các nhà nghiên cứu đã liên hệ một số hậu quả tiêu cực với tình trạng lo âu xã hội cao hơn ở học sinh, chẳng hạn như có ít bạn thân hơn, mức độ chấp nhận từ các bạn cùng lớp thấp hơn và sự suy giảm khả năng giao tiếp, tình bạn đồng giới và các mối quan hệ lãng mạn.¹⁶ Theo một phân tích tổng hợp, trẻ em và thanh thiếu niên đã từng rút lui xã hội có nguy cơ cao hơn về lo âu xã hội và trầm cảm ở tuổi trưởng thành.¹⁷ Ngay ở mức độ ngắn hạn, rút lui xã hội (hoặc trốn học) liên quan đến nguy cơ bỏ học, sử dụng rượu - thuốc lá và suy giảm thành tích học tập.¹⁸ Các hậu quả này nhấn mạnh rằng rút lui xã hội không chỉ tác động đến tinh thần mà còn ảnh hưởng tiêu cực đến phát triển tổng thể của thanh thiếu niên.

V. KẾT LUẬN - KHUYẾN NGHỊ

Tỷ lệ hành vi rút lui xã hội trong nghiên cứu của chúng tôi là 26,36% với chẩn đoán hay gặp nhất là rối loạn hành vi và cảm xúc thường khởi phát ở tuổi trẻ em và thanh thiếu niên (F9). Thiếu/giảm động lực tham gia vào các hoạt động (83,9%) là động lực hay gặp nhất của hành vi RLXH. Thời gian trung bình

của hành vi RLXH là $14,72 \pm 11,88$ tháng. Cách thức RLXH hay gặp nhất là tránh giao tiếp bằng mắt (83,9%) chỉ ở trong phòng (62%). Hậu quả hay gặp nhất của hành vi RLXH trong nghiên cứu của chúng tôi là mất dần các mối quan hệ (80,5%), tự ti hơn về bản thân (72,4%).

Cha mẹ cần chú ý đến các biểu hiện về RLXH của trẻ để có những can thiệp phù hợp giảm thiểu hậu quả của RLXH ở trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M S, J R, M O, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022; 27(1). doi:10.1038/s41380-021-01161-7.
2. Cerrai S, Silvia B, Molinaro S. Hikikomori: indagine sul ritiro sociale volontario dei giovani Italiani.; 2023. Accessed July 13, 2025. <https://iris.cnr.it/handle/20.500.14243/432254>.
3. Kato TA, Kanba S, Teo AR. Defining pathological social withdrawal: proposed diagnostic criteria for hikikomori. *World Psychiatry*. 2020; 19(1): 116-117. doi:10.1002/wps.20705.
4. Núñez-Regueiro F, Núñez-Regueiro S. Identifying Salient Stressors of Adolescence: A Systematic Review and Content Analysis. *J Youth Adolesc*. 2021; 50(12): 2533-2556. doi:10.1007/s10964-021-01492-2.
5. Van Droogenbroeck F, Spruyt B, Keppens G. Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *BMC Psychiatry*. 2018; 18(1): 6. doi:10.1186/s12888-018-1591-4.
6. Campbell OLK, Bann D, Patalay P. The gender gap in adolescent mental health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries. *SSM - Popul Health*. 2021; 13: 100742. doi:10.1016/j.ssmph.2021.100742.

7. Fukuya Y, Fujiwara T, Isumi A, et al. Association of Birth Order With Mental Health Problems, Self-Esteem, Resilience, and Happiness Among Children: Results From A-CHILD Study. *Front Psychiatry*. 2021; 12. doi:10.3389/fpsy.2021.638088.
8. Biswas T, Scott JG, Munir K, et al. Global variation in the prevalence of bullying victimisation amongst adolescents: Role of peer and parental supports. *EClinicalMedicine*. 2020; 20: 100276. doi:10.1016/j.eclim.2020.100276.
9. Ngo AT, Nguyen LH, Dang AK, et al. Bullying experience in urban adolescents: Prevalence and correlations with health-related quality of life and psychological issues. *PLoS ONE*. 2021; 16(6): e0252459. doi:10.1371/journal.pone.0252459.
10. Zhou F, Huang P, Wei X, et al. Prevalence and Characteristics of Social Withdrawal Tendency Among 3-24 Months in China: A Pilot Study. *Front Psychiatry*. 2021; 12: 537411. doi:10.3389/fpsy.2021.537411.
11. Teo AR, Feters MD, Stufflebam K, et al. Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries. *Int J Soc Psychiatry*. 2015; 61(1): 64-72. doi:10.1177/0020764014535758.
12. Coplan RJ, Armer M. A "multitude" of solitude: A closer look at social withdrawal and nonsocial play in early childhood. *Child Dev Perspect*. 2007; 1(1): 26-32. doi:10.1111/j.1750-8606.2007.00006.x.
13. Amendola S, Cerutti R. Examining the relationship between social withdrawal motivations and symptoms of hikikomori. *J Child Adolesc Ment Health*. 2023; 35(1-3): 25-41. doi:10.2989/17280583.2023.2291180.
14. Kim J, Rapee RM, Ja Oh K, et al. Retrospective report of social withdrawal during adolescence and current maladjustment in young adulthood: cross-cultural comparisons between Australian and South Korean students. *J Adolesc*. 2008; 31(5): 543-563. doi:10.1016/j.adolescence.2007.10.011.
15. Hamasaki Y, Pionnié-Dax N, Dorard G, et al. Preliminary study of the social withdrawal (hikikomori) spectrum in French adolescents: focusing on the differences in pathology and related factors compared with Japanese adolescents. *BMC Psychiatry*. 2022; 22(1): 477. doi:10.1186/s12888-022-04116-6.
16. Hebert KR, Fales J, Nangle DW, et al. Linking social anxiety and adolescent romantic relationship functioning: indirect effects and the importance of peers. *J Youth Adolesc*. 2013; 42(11): 1708-1720. doi:10.1007/s10964-012-9878-0.
17. Gazelle H, Shafer Lundin JK, Lei H, et al. Child and adolescent social withdrawal predict adult psychosocial adjustment: A meta-analysis. *Front Dev Psychol*. 2024; 2. doi:10.3389/fdpys.2024.1408166.
18. Kljakovic M, Kelly A, Richardson A. School refusal and isolation: The perspectives of five adolescent school refusers in London, UK. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2021; 26(4): 1089-1101. doi:10.1177/13591045211025782.

Summary

CHARACTERISTICS OF SOCIAL WITHDRAWAL IN ADOLESCENT PATIENTS TREATED AT THE NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH - BACH MAI HOSPITAL

Social withdrawal refers to a state of social isolation involving the intentional avoidance of interactions in social relationships or contact with others, and difficulty to properly engage in social situations. Social withdrawal poses a significant threat to the development of adolescents as members of society. This study was conducted on 330 adolescent patients aged 10 - 19 years old treated at the National Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital from September 2024 to May 2025. The results showed that the prevalence of social withdrawal behavior was 26.36%, with the most common motivation being a lack or decrease in motivation to participate in activities (83.9%). The average duration of social withdrawal behavior was 14.72 ± 11.88 months. The most common manifestations of social withdrawal included eye contact avoidance (83.9%) and self-isolation (62%). The most frequently reported consequences of social withdrawal were gradual loss of relationships (80.5%) and increased self-doubt or lower self-esteem (72.4%).

Keywords: Social withdrawal, adolescents.