

BỆNH VIỆN 103
BỘ MÔN TÂM THẦN VÀ TÂM LÝ Y HỌC

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN CÁC RỐI LOẠN
TÂM THẦN THEO DSM-5
(TÀI LIỆU SỬ DỤNG NỘI BỘ)

Hà Nội: 03/2015

Chỉ đạo: PGS.TS. Cao Tiến Đức

Hiệu đính: PGS.TS. Nguyễn Sinh Phúc

Những người tham gia dịch:

PGS.TS. Bùi Quang Huy

PGS.TS. Nguyễn Sinh Phúc

ThS. Đỗ Xuân Tĩnh

ThS. Trần Quyết Thắng

ThS. Lê Văn Cường

ThS. Vũ Ngọc Úy

BS. Phạm Thị Thu

BS. Nguyễn Trọng Đạo

BS. Đặng Trần Khang

BS. Nguyễn Đoàn Mạnh

BS. Huỳnh Ngọc Lăng

(Tài liệu có sử dụng một số nội dung từ bản dịch của nhóm dịch thuật khác)

1 RỐI LOẠN PHÁT TRIỂN THẦN KINH

1.1 Rối loạn phát triển trí tuệ (Intellectual Disability)

Mã số: 319

Rối loạn phát triển trí tuệ là một rối loạn khởi phát trong thời kỳ phát triển bao gồm suy giảm cả chức năng trí tuệ và chức năng thích ứng trong lĩnh vực nhận thức, xã hội và thực hành. Phải thỏa mãn 3 tiêu chuẩn sau:

A. Những suy giảm chức năng trí tuệ như lập luận, giải quyết vấn đề, lên kế hoạch, tư duy trừu tượng, đánh giá, học tập, học hỏi kinh nghiệm, được khẳng định bởi cả đánh giá lâm sàng và test trí tuệ chuẩn.

B. Suy giảm chức năng thích nghi dẫn đến không phát triển được đầy đủ tâm thần và xã hội để sống độc lập và thích nghi xã hội. Nếu không có sự hỗ trợ thường xuyên, kém thích ứng thể hiện trong một hoặc nhiều hoạt động thường ngày, như giao tiếp, tham gia xã hội và sống phụ thuộc trong nhiều môi trường như ở nhà, trường học, công việc và giao tiếp.

C. Khởi phát của suy giảm trí tuệ và thích ứng trong thời kỳ phát triển.

1.1.1 *Chẩn đoán phân biệt*

- Các rối loạn thần kinh - nhận thức chủ yếu hoặc nhẹ.
- Các rối loạn giao tiếp hoặc rối loạn hoạc biệt định.
- Rối loạn phổ tự kỉ.

1.2 Các rối loạn giao tiếp

1.2.1 *Rối loạn ngôn ngữ (Language Disorder)*

1.2.2 *Mã số: 315.39 (F80.9)*

A. Khó khăn dai dẳng trong hình thành và sử dụng sử dụng ngôn ngữ trong các phương thức (nói, viết, ngôn ngữ ký hiệu) dẫn đến suy giảm khả năng hiểu hoặc những vấn đề dưới đây:

1. Giảm vốn từ (hiểu và sử dụng từ).
 2. Hạn chế cấu trúc câu (khả năng đặt câu đúng ngữ pháp).
 3. Làm hỏng cuộc nói chuyện (khả năng sử dụng từ và kết nối câu để diễn giải hoặc mô tả 1 chủ đề hoặc một chuỗi sự kiện hoặc có 1 cuộc nói chuyện)
- B. Khả năng ngôn ngữ thấp đáng kể so với lứa tuổi, dẫn đến hạn chế hiệu quả giao tiếp, tham gia xã hội, thành tích học tập hoặc khả năng nghề nghiệp, riêng lẻ hoặc kết hợp.

Các triệu chứng khởi phát trong thời kỳ phát triển (tâm lý) sớm.

D. Những khó khăn không do suy giảm nghe hoặc tổn thất giác quan khác, rối loạn vận động, hoặc thuốc hoặc bệnh thần kinh và không được giải thích tốt hơn bởi rối loạn phát triển trí tuệ hoặc trì trệ phát triển tổng thể.

Chẩn đoán phân biệt

- Những biến thể khác nhau của ngôn ngữ bình thường.
- Tổn thương thính giác hoặc giác quan khác.

- Rối loạn phát triển trí tuệ.
- Các rối loạn thần kinh.
- Thoái triển ngôn ngữ.

1.2.3 *Rối loạn phát âm*

1.2.4 *Mã số: 315.39 (F80.0)*

A. Khó khăn dai dẳng trong việc phát âm cản trở việc hiểu lời nói hoặc khó giao tiếp bằng ngôn ngữ.

B. Rối loạn làm hạn chế hiệu quả giao tiếp, cản trở tham gia xã hội, thành tích học tập hoặc hoạt động nghề nghiệp.

Các triệu chứng khởi phát trong thời kỳ phát triển sớm.

D. Những khó khăn không do bệnh bẩm sinh hoặc mắc phải, như liệt não, hở hàm ếch, điếc, tổn thương chấn thương não hoặc các bệnh cơ thể hay thần kinh khác.

Chẩn đoán phân biệt:

- Các biến thể khác nhau của phát âm bình thường.
- Tổn thương thính giác hoặc giác quan khác.
- Khuyết tật về cấu trúc (ví dụ, hở hàm ếch)

1.2.5 *Rối loạn giao tiếp xã hội*

A. Khó khăn dai dẳng trong giao tiếp xã hội dùng lời và không dùng lời biểu thị bởi tất cả những điều sau:

1. Suy giảm trong sử dụng giao tiếp cho các mục đích xã hội, như chào hỏi và chia sẻ thông tin bằng cách thức phù hợp với hoàn cảnh xã hội.
2. Suy giảm khả năng thay đổi giao tiếp cho phù hợp hoàn cảnh hoặc nhu cầu của người nghe, như nói trong lớp học khác trong sân chơi, nói chuyện với 1 đứa trẻ hơn với khác biệt 1 người lớn, và tránh sử dụng ngôn ngữ quá hình thức.
3. Khó tuân theo những nguyên tắc giao tiếp và người nói chuyện, như quay trở lại mạch giao tiếp, nói lại bằng các từ khác khi bị hiểu sai, và biết cách sử dụng lời nói và kí hiệu không lời để điều chỉnh tương tác.
4. Khó khăn trong việc hiểu những điều không nói thẳng (phải suy luận) và không theo nghĩa đen hoặc nước đôi (thành ngữ, câu đùa, phép ẩn dụ, đa nghĩa mà hiểu phụ thuộc vào tình huống).

B. Sự suy giảm dẫn đến hạn chế hiệu quả giao tiếp, tham gia xã hội, quan hệ xã hội, thành tích học tập hoặc hoạt động nghề nghiệp, riêng lẻ hoặc kết hợp.

C. Khởi phát của những triệu chứng trong thời kỳ phát triển sớm (cũng có thể không đầy đủ rõ ràng đến khi đòi hỏi của giao tiếp xã hội vượt quá khả năng hạn chế của trẻ).

D. Các triệu chứng không do một bệnh cơ thể hoặc bệnh thần kinh hoặc khả năng cấu trúc từ và ngữ pháp hạn chế, và không được giải thích tốt hơn bởi rối loạn phổ tự kỉ, rối loạn phát triển trí tuệ, chậm phát triển tổng thể, hoặc một rối loạn tâm thần khác.

Chẩn đoán phân biệt:

- Rối loạn phổ tự kỉ.
- Rối loạn tăng động/giảm chú ý.
- Rối loạn lo âu xã hội (ám ảnh sợ xã hội).
- Chậm phát triển trí tuệ và chậm phát triển tổng thể.

1.3 Rối loạn phổ tự kỉ

A. Suy giảm dai dẳng trong giao tiếp xã hội và tương tác xã hội trong nhiều hoàn cảnh, biểu thị bởi những điều sau, đang có hoặc trong bệnh sử (ví dụ để minh họa, không toàn diện):

1. Suy giảm trong sự trao đổi cảm xúc với mọi người, ví dụ, từ sự tiếp xúc xã hội bất thường và không giao tiếp qua lại bình thường được; tới suy giảm sự chia sẻ mỗi quan tâm hoặc cảm xúc; tới không thể bắt đầu hoặc đáp ứng với tương tác xã hội.
2. Suy giảm hành vi giao tiếp phi ngôn ngữ, ví dụ, từ giao tiếp nghèo nàn cả về ngôn ngữ và phi ngôn ngữ tới bất thường trong tiếp xúc ánh mắt và ngôn ngữ cơ thể hoặc suy giảm trong sự hiểu biết cũng như sử dụng điệu bộ, cử chỉ; tới sự thiếu hụt toàn bộ biểu cảm nét mặt và giao tiếp phi ngôn ngữ.

Suy giảm trong phát triển, duy trì và hiểu các mối quan hệ, ví dụ, từ khó khăn trong điều chỉnh hành vi để phù hợp với tình huống xã hội đa dạng; tới khó khăn trong tham gia trò chơi tưởng tượng hoặc làm bạn; không biết quan tâm tới bạn bè.

Biệt định mức độ nặng hiện tại:

Mức độ nặng dựa trên cơ sở suy giảm giao tiếp xã hội và kiểu hành vi thu hẹp, lặp lại.

B. Kiểu thu hẹp, lặp lại của hành vi, hứng thú, hoặc hoạt động, được thể hiện qua ít nhất là 2 trong số những điều sau, đang diễn ra hoặc có trong bệnh sử (ví dụ để minh họa, không đầy đủ):

1. Sự định hình hoặc lặp đi lặp lại các động tác, sử dụng vật hoặc ngôn ngữ (vận động đơn giản định hình, xếp hàng đồ chơi hoặc lật đồ vật, nhại lời, cách nói riêng).
2. Tính cố định đơn điệu, không linh hoạt trong hoạt động hằng ngày, hoặc kiểu nghi thức hóa hành vi ngôn ngữ hoặc phi ngôn ngữ (đau khổ quá mức với một thay đổi nhỏ, khó khăn với sự thay đổi, kiểu tư duy cứng nhắc, cách chào hỏi rập khuôn, đi một đường, ăn một món hằng ngày).

C. Triệu chứng phải tồn tại trong giai đoạn phát triển sớm (có thể không bộc lộ đầy đủ cho đến khi đòi hỏi của xã hội vượt quá khả năng hạn hẹp của trẻ, hoặc có thể bị che đậy bởi quá trình học tập trong giai đoạn sau của cuộc sống).

D. Các triệu chứng gây nên suy giảm rõ ràng về chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực quan trọng khác.

E. Rối loạn không được giải thích tốt hơn bởi rối loạn phát triển trí tuệ hoặc chậm phát triển tổng thể. Rối loạn phát triển trí tuệ và rối loạn phổ tự kỉ thường

đồng hành; thường đưa đến chẩn đoán rối loạn phổ tự kỉ kèm theo chậm phát triển trí tuệ, giao tiếp xã hội phải ở mức dưới của cấp độ phát triển chung.

Chú ý: những cá nhân được chẩn đoán theo DSM- IV là rối loạn tự kỉ, rối loạn Asperger, hoặc rối loạn phát triển lan tỏa không biệt định khác nên được chẩn đoán là rối loạn phổ tự kỉ. Những cá nhân có sự suy giảm rõ ràng trong giao tiếp xã hội nhưng các triệu chứng không đáp ứng tiêu chuẩn rối loạn phổ tự kỉ, nên được đánh giá là rối loạn giao tiếp xã hội.

Chẩn đoán phân biệt:

- Hội chứng Rett
- Câm lựa chọn.
- Rối loạn ngôn ngữ và rối loạn giao tiếp xã hội.
- Rối loạn phát triển trí tuệ không có rối loạn phổ tự kỉ.
- Rối loạn vận động định hình.
- Rối loạn tăng động/giảm chú ý (ADHD).
- TTPL(TTPL).

1.4 Rối loạn tăng động/giảm chú ý

A. Một giai đoạn giảm chú ý và/hoặc tăng động-xung động làm cản trở chức năng hoặc sự phát triển, được đặc trưng ở các triệu chứng (1) và/hoặc (2).

1. Giảm chú ý: Có ít nhất 6 triệu chứng trong số các triệu chứng sau tồn tại dai dẳng trong ít nhất 6 tháng ở mức độ không phù hợp với sự phát triển của trẻ, gây suy giảm một cách rõ ràng các hoạt động xã hội và nghề nghiệp.

Chú ý: Các triệu chứng này không phải là biểu hiện của hành vi chống đối, thách thức, thù địch hoặc do không hiểu nhiệm vụ hay hướng dẫn. Ở trẻ vị thành niên lớn hoặc người trưởng thành (từ 17 tuổi trở lên), ít nhất 5 triệu chứng cần được đáp ứng:

- a. Thường không thể chú ý kỹ lưỡng vào các chi tiết hoặc mắc các lỗi do cầu thả trong học hành, trong công việc hoặc trong các hoạt động khác (như bỏ qua hoặc quên các chi tiết, hoàn thành công việc không chính xác).
- b. Thường khó duy trì sự tập trung chú ý trong công việc hoặc trong hoạt động giải trí (ví dụ: khó duy trì sự tập trung trong khi nghe giảng, thảo luận hoặc bài đọc dài).
- c. Thường không lắng nghe những gì người khác nói trực tiếp với mình (như để ý nơi nào khác, thậm chí khi không có bất kỳ kích thích phân tán chú ý rõ ràng nào).
- d. Thường không làm theo các hướng dẫn và không hoàn thành bài tập, việc nhà, nhiệm vụ nơi làm việc (như bắt đầu công việc nhưng nhanh chóng mất tập trung và dễ dàng bỏ qua làm việc khác).
- e. Thường khó khăn trong cách tổ chức công việc và các hoạt động (như khó quản lý các công việc nối tiếp nhau, khó giữ gìn và chuẩn bị đồ vật, làm việc bừa bãi, lộn xộn; quản lý thời gian kém; không hoàn thành công việc đúng lúc).
- f. Thường tránh né, không thích hoặc miễn cưỡng thực hiện các nhiệm vụ đòi hỏi phải duy trì nỗ lực tinh thần (như bài tập trên lớp hoặc về nhà; đối với trẻ

vị thành niên và thanh niên, đó là các việc chuẩn bị báo cáo, hoàn thiện mẫu trình bày, xem trước các trang sách dài).

g. Thường đánh mất các vật dụng cần thiết cho công việc hoặc các hoạt động (các dụng cụ học tập như bút, sách, vở bài tập, ví, chìa khóa, kính mắt, điện thoại di động hay các dụng cụ khác)

h. Thường dễ bị sao nhãng bởi các kích thích bên ngoài (đối với trẻ vị thành niên và người trưởng thành, có thể bao gồm các ý nghĩ không liên quan).

i. Thường quên các hoạt động hằng ngày (như làm việc vặt trong nhà hoặc nơi làm việc; đối với trẻ vị thành niên và người trưởng thành như là gọi điện lại, trả hóa đơn, giữ đúng hẹn).

2. Tăng động và xung động: có ít nhất 6 triệu chứng trong số các triệu chứng sau tồn tại dai dẳng trong ít nhất 6 tháng ở mức độ không phù hợp với sự phát triển của trẻ, gây suy giảm một cách rõ ràng các hoạt động xã hội và nghề nghiệp.

Chú ý: các triệu chứng này không phải là biểu hiện của hành vi chống đối, thách thức, thù địch hoặc do không hiểu nhiệm vụ hay hướng dẫn. Ở trẻ vị thành niên lớn hoặc người trưởng thành (từ 17 tuổi trở lên), ít nhất 5 triệu chứng cần được đáp ứng:

a. Thường cử động tay, chân liên tục hoặc đứng ngồi không yên.

b. Thường rời khỏi chỗ trong các trường hợp cần phải giữ nguyên vị trí (trong lớp học, trong cơ quan hoặc nơi làm việc hoặc trong các trường hợp khác yêu cầu cần phải giữ nguyên vị trí).

c. Thường chạy quanh hoặc leo trèo trong tình huống không thích hợp (Chú ý: ở trẻ vị thành niên hoặc người lớn có thể chỉ biểu hiện cảm giác bồn chồn).

d. Thường không thể chơi hoặc tham gia các hoạt động giải trí một cách trật tự.

e. Thường như là “bận rộn”, hành động như là “bị gấn động cơ” (ví dụ, không thể hoặc khó chịu khi duy trì thêm một khoảng thời gian ở những nơi như nhà hàng, hội nghị; có thể được người khác nhận thấy bồn chồn hoặc khó theo kịp).

f. Thường nói chuyện quá nhiều.

g. Thường nhanh nhẩu trả lời trước khi nghe được đầy đủ câu hỏi (như để cho ai đó nói xong; không thể chờ đến lượt của mình trong cuộc nói chuyện).

h. Thường không thể chờ đến lượt (như đang xếp hàng).

i. Thường ngắt lời hoặc xâm phạm đến vấn đề của người khác (như xen vào cuộc nói chuyện, trò chơi hoặc hoạt động của người khác; có thể tự ý sử dụng đồ vật của người khác mà không xin phép; đối với trẻ vị thành niên và người trưởng thành, có thể vào bừa hoặc giành lấy việc người khác đang làm).

B. Những triệu chứng tăng động, xung động, giảm chú ý xuất hiện trước 12 tuổi.

C. Những triệu chứng tăng hoạt động, xung động, giảm chú ý xuất hiện trong 2 hay nhiều tình huống (như ở nhà, ở trường, trong công việc, với bạn bè hoặc người thân và trong các hoạt động khác).

D. Có bằng chứng rõ ràng rằng các triệu chứng trên gây trở ngại hoặc suy giảm các chức năng xã hội, học tập hoặc nghề nghiệp.

E. Các triệu chứng không xảy ra trong giai đoạn của bệnh TTPL hoặc các bệnh loạn thần khác, cũng như không do các rối loạn tâm thần khác như rối loạn cảm xúc, rối loạn lo âu, rối loạn phân ly, rối loạn nhân cách, ngộ độc hoặc cai chất gây nghiện.

Biệt định:

314.01 (F90.2) Biểu hiện kết hợp: Nếu trong 6 tháng qua, cả tiêu chuẩn A1 (giảm chú ý) và tiêu chuẩn A2 (tăng động) biểu hiện đầy đủ.

314.02 (F90.0) Giảm chú ý biểu hiện ưu thế: Nếu trong 6 tháng qua, tiêu chuẩn A1 (giảm chú ý) được đáp ứng nhưng không đủ đáp ứng đối với tiêu chuẩn A2 (tăng động).

314.01 (F90.1) Tăng động biểu hiện ưu thế: Nếu trong 6 tháng qua, tiêu chuẩn A2 (tăng động) được đáp ứng nhưng không đủ đáp ứng đối với tiêu chuẩn A1 (giảm chú ý)

Biệt định:

Hồi phục một phần: Trước đây các tiêu chuẩn được đáp ứng đầy đủ, và trong 6 tháng qua các triệu chứng biểu hiện ít hơn nhưng vẫn gây suy giảm các chức năng xã hội, học tập và nghề nghiệp.

Biệt định mức độ hiện tại:

Nhẹ: có một vài, thậm chí rất ít triệu chứng vượt quá mức độ cần cho chẩn đoán và các triệu chứng gây ra tổn hại rất ít trong các chức năng xã hội, học tập, nghề nghiệp.

Vừa: số lượng triệu chứng và ảnh hưởng của nó nằm giữa mức độ nhẹ và nặng.

Nặng: có nhiều triệu chứng vượt quá số lượng cần cho chẩn đoán hoặc nhiều triệu chứng biểu hiện ở mức độ trầm trọng và các triệu chứng gây ra tổn hại nghiêm trọng trong các chức năng xã hội, học tập và nghề nghiệp.

Chẩn đoán phân biệt:

- Rối loạn hành vi chống đối (oppositional defiant disorder).
- Rối loạn bùng nổ từng cơn (intermittent explosive disorder).
- Các rối loạn phát triển thần kinh khác.
- Rối loạn học đặc hiệu.
- Rối loạn phát triển trí tuệ.
- Rối loạn phổ tự kỉ.
- Rối loạn phản ứng gắn bó.
- Các rối loạn lo âu.
- Các rối loạn trầm cảm.
- Rối loạn lưỡng cực.
- Rối loạn điều hòa khí sắc (disruptive mood dysregulation disorder).
- Các rối loạn do sử dụng chất.
- Các rối loạn nhân cách.
- Các rối loạn loạn thần.
- Các triệu chứng do thuốc của ADHD.

1.5 Rối loạn học biệt định (Specific Learning Disorder)

Những khó khăn và sử dụng các kỹ năng học tập được thể hiện qua ít nhất 1 triệu chứng dưới đây, kéo dài ít nhất 6 tháng mặc dù đã có những can thiệp nhằm vào những khó khăn đó:

1. Đọc từ một cách khó khăn, chậm, không chuẩn xác (ví dụ, đọc to từng từ vẫn không chuẩn, đọc chậm và do dự, thường phải đoán từ, khó phát âm từ).
2. Khó khăn trong việc hiểu những gì đã đọc (ví dụ: có thể đọc một cách cẩn thận nhưng không hiểu quan hệ, nhân-quả, suy luận hoặc ý nghĩa sâu xa những gì đã đọc).
3. Khó khăn trong việc đánh vần (ví dụ, đọc thêm hay bỏ sót âm, thay đổi nguyên âm hoặc phụ âm).
4. Khó khăn trong việc biểu thị bằng cách viết (ví dụ, mắc nhiều lỗi ngữ pháp hoặc phát âm, hành văn, chia đoạn kém, không thể hiện được ý một cách rõ ràng, mạch lạc).
5. Khó khăn trong việc làm chủ số lượng câu, số lượng ý hoặc tính toán (ví dụ, kém hiểu biết về số, về mối quan hệ của các số; phải đếm ngón tay trong cả những phép tính đơn giản mà không nhớ được như các bạn cùng tuổi, nhầm lẫn trong tính toán, các phép tính).
6. Khó khăn trong suy luận toán học (ví dụ, rất khó khăn trong việc ứng dụng những khái niệm hay phương pháp toán học vào giải quyết những vấn đề tương quan số lượng).

B. Các kỹ năng học tập bị suy giảm ở mức dưới trung bình so với lứa tuổi, gây cản trở cho việc học, hoạt động nghề nghiệp hoặc các hoạt động trong cuộc sống thường ngày. Sự suy giảm này được khẳng định bởi các thang đo chuẩn và đánh giá lâm sàng tổng quát. Đối với những trường hợp từ 17 tuổi trở lên, các văn bản xác nhận suy giảm khả năng học có thể được sử dụng thay thế đánh giá chuẩn.

C. Những khó khăn học tập có thể bắt đầu từ tuổi học sinh nhưng có thể chưa biểu hiện đầy đủ cho đến khi những yêu cầu về kỹ năng học vượt quá khả năng của trẻ.

D. Những khó khăn học tập không phải do rối loạn phát triển trí tuệ, do khuyết tật thị giác hoặc thính giác, do rối loạn tâm thần hoặc thần kinh khác, do ảnh hưởng xấu tâm lý – xã hội, do kém thành thạo về ngôn ngữ học tập hoặc không phù hợp với quy trình giáo dục.

Chú ý: 4 tiêu chuẩn chẩn đoán dựa trên cơ sở tích hợp các tư liệu về phát triển, y khoa, gia đình và giáo dục), những nhận xét ở trường học và kết quả đánh giá tâm lý – giáo dục.

1.6 Rối loạn vận động

1.6.1 Rối loạn điều hòa phát triển (Developmental Coordination Disorder)

Mã số: 315.4 (F82)

A. Việc hình thành cũng như thể hiện các kỹ năng điều hòa vận động thấp hơn đáng kể so với độ tuổi. Những khó khăn được thể hiện như: vụng về (hay làm

- roi, đồ vỡ); các kĩ năng vận động thể hiện một cách chậm chạp, không cẩn thận (ví dụ, cầm, giữ đồ vật, dùng kéo, dùng bút, đạp xe hoặc tham gia chơi thể thao).
- B. Những suy giảm kĩ năng vận động như trong tiêu chuẩn A thể hiện một cách rõ rệt và bền vững, gây cản trở các hoạt động theo độ tuổi trong cuộc sống hằng ngày (ví dụ, tự chăm sóc bản thân) và ảnh hưởng đến hiệu quả học tập, các hoạt động học nghề hoặc làm nghề, giải trí và vui chơi.
- C. Các triệu chứng khởi phát ở giai đoạn sớm của sự phát triển.
- D. Suy giảm kĩ năng vận động không thể được giải thích tốt hơn bởi rối loạn phát triển trí tuệ hoặc tật chứng thị giác và cũng không phải do một bệnh thần kinh ảnh hưởng đến vận động.

Chẩn đoán phân biệt:

- Tật chứng vận động do một bệnh cơ thể khác.
- Rối loạn phát triển trí tuệ.
- ADHD.
- Rối loạn phổ tự kỉ.
- Hội chứng tăng vận động khớp (Joint hypermobility syndrome).

1.6.2 Rối loạn vận động định hình (Stereotypic Movement Disorder)

Mã số: 307.3 (F98.4)

- A. Hành vi vận động lặp đi lặp lại, không mục đích (ví dụ, bắt tay hoặc vẫy tay, đung đưa cơ thể, đánh vào đầu, tự cắn, cấu véo bản thân).
- B. hành vi vận động lặp đi lặp lại cản trở đáng kể đến các hoạt động xã hội, học tập hoặc các hoạt động khác và có thể tự gây tổn thương.
- C. Khởi phát ở giai đoạn sớm của sự phát triển.
- D. Không thể quy hành vi vận động lặp đi lặp lại cho tác dụng sinh lí của một chất hay một bệnh thần kinh và không thể được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn phát triển thần kinh hoặc một rối loạn tâm thần khác (ví dụ, chứng nhổ tóc, OCD).

Biệt định nếu:

- Có hành vi tự gây thương tích.
- Không có hành vi tự gây thương tích.

Biệt định nếu:

- Liên quan đến một bệnh cơ thể hoặc một bệnh di truyền, rối loạn phát triển thần kinh hay yếu tố môi trường đã biết.

Biệt định mức độ:

- Nhẹ.
- Vừa.
- Nặng.

Chẩn đoán phân biệt:

- Sự phát triển bình thường.
- Rối loạn phổ tự kỉ.
- Các rối loạn tic.

- OCD và các rối loạn liên quan.
- Các bệnh cơ thể và thần kinh khác.

1.6.3 **Rối loạn tic**

Chú ý: tic là lời nói hoặc vận động đột ngột, nhanh chóng, tái diễn và không nhịp điệu.

Rối loạn Tourette

Mã số: 307.23 (F95.2)

A. Cả tic vận động đa dạng và một hoặc nhiều loại tic lời nói tồn tại ở một số thời điểm trong quá trình mang bệnh, mặc dù không cần thiết xuất hiện đồng thời.

B. Các tic có thể tăng lên rồi giảm xuống về tần suất nhưng tồn tại dai dẳng hơn 1 năm kể từ khi khởi phát.

C. Khởi phát trước 18 tuổi.

D. Các rối loạn này không phải do chất gây nghiện (như cocain) hoặc bệnh lý cơ thể khác (như bệnh Huntington, viêm não không điển hình) gây ra.

Rối loạn tic vận động và lời nói mạn tính (Persistent/Chronic Motor or Vocal Tic Disorder)

Mã số: 307.22 (F95.1)

A. Tic vận động đơn dạng, đa dạng hoặc tic lời nói, nhưng không bao giờ cả hai, biểu hiện trong quá trình mang bệnh.

B. Các tic có thể tăng lên rồi giảm xuống về tần suất nhưng tồn tại dai dẳng hơn 1 năm kể từ khi khởi phát.

C. Khởi phát trước 18 tuổi.

D. Các rối loạn này không phải do chất gây nghiện (như cocain) hoặc bệnh lý cơ thể khác (như bệnh Huntington, viêm não không điển hình) gây ra.

E. Các tiêu chuẩn không đáp ứng cho chẩn đoán hội chứng Tourette.

Biệt định nếu:

- Chỉ tic vận động
- Chỉ tic lời nói

Rối loạn tic nhất thời (Provisional Tic Disorder)

Mã số: 307.21 (F95.0)

A. Các tic vận động đơn dạng, đa dạng và/hoặc tic âm thanh.

B. Các tic này kéo dài ít hơn 1 năm kể từ khi khởi phát.

C. Khởi phát trước 18 tuổi.

D. Các rối loạn này không phải do chất gây nghiện (như cocain) hoặc bệnh lý cơ thể khác (như bệnh Huntington, viêm não không điển hình) gây ra.

E. Các tiêu chuẩn không đáp ứng cho chẩn đoán hội chứng Tourette và rối loạn tic vận động, lời nói mạn tính.

Chẩn đoán phân biệt:

- Các vận động bất thường xuất hiện kèm theo một bệnh cơ thể và rối loạn vận động định hình khác.

- Loạn động nghịch thường (paroxysmal dyskinesias) do một chất.
- Giật cơ.
- OCD và các rối loạn liên quan.

2 RỐI LOẠN PHỔ TÂM THẦN PHÂN LIỆT VÀ CÁC RỐI LOẠN LOẠN THẦN NGẮN

Các rối loạn phổ TTPL và các rối loạn thần khác bao gồm TTPL, các rối loạn thần khác, và rối loạn nhân cách kiểu phân liệt. Chúng được định nghĩa bởi những bất thường trong một hoặc nhiều hơn trong 5 lĩnh vực chính sau đây: hoang tưởng, ảo giác, tư duy (lời nói) vô tổ chức, hành vi vô tổ chức hoặc hành vi vận động bất thường rõ rệt (bao gồm căng trương lực), và những triệu chứng âm tính.

Những đặc điểm chính xác định các rối loạn loạn thần

Hoang tưởng

“Hoang tưởng là những niềm tin cố định không thể lay chuyển mặc dù có bằng chứng trái ngược. Nội dung có thể là những chủ đề khác nhau (vd như bị hại, liên hệ, cơ thể, tôn giáo, khuyếch đại). Hoang tưởng bị hại (niềm tin rằng mình sẽ bị làm hại, quấy rối hay tương tự bởi một cá nhân, tổ chức hoặc nhóm người nào đó) là phổ biến nhất. Hoang tưởng liên hệ (tin rằng những cử chỉ, nhận xét, tín hiệu môi trường và tương tự đều nhắm đến bản thân mình) cũng phổ biến. Hoang tưởng khuếch đại (khi một người tin rằng mình có khả năng đặc biệt, giàu có hoặc nổi tiếng) và hoang tưởng được yêu (khi một người lầm tưởng rằng một ai đó yêu mình) cũng thường thấy. Hoang tưởng hư vô có nghĩa là một ai đó tin rằng một thảm họa lớn sẽ xảy ra. Hoang tưởng về cơ thể tập trung vào những mối lo lắng về sức khỏe và chức năng các cơ quan của cơ thể mình.

“Hoang tưởng bị coi là kì quái nếu chúng hoang đường rõ rệt, khó hiểu đối với những người sống cùng một nền văn hóa, và không xuất phát từ những trải nghiệm trong cuộc sống hàng ngày. Một ví dụ về hoang tưởng kì quái là niềm tin rằng có một thế lực bên ngoài đã lấy mất nội tạng của mình, và thay thế bằng nội tạng của người khác mà không để lại vết thương hay vết sẹo nào. Một ví dụ về hoang tưởng không kì quái là niềm tin rằng mình đang bị cảnh sát theo dõi, mặc dù không có bằng chứng thuyết phục nào. Hoang tưởng biểu hiện sự mất kiểm soát đối với tâm trí hoặc cơ thể thường được coi là kì quái, trong đó bao gồm niềm tin rằng suy nghĩ của mình đã bị lấy đi bởi một thế lực bên ngoài (tư duy bị đánh cắp), và thay thế bằng suy nghĩ của người ngoài hành tinh (tư duy bị áp đặt), hoặc rằng cơ thể hay hành động của mình đang bị điều khiển hoặc thao túng bởi một thế lực bên ngoài nào đó (hoang tưởng bị kiểm soát). Sự phân liệt giữa một hoang tưởng với một ý tưởng được tin mạnh mẽ thỉnh thoảng bị khó

khẩn, một phần phụ thuộc vào mức độ thuyết phục của niềm tin, mặc dù đã có bằng chứng đối lập rõ ràng hay hợp lý về sự xác thực của chúng”

Ảo giác

Ảo giác là các trải nghiệm như tri giác, diễn ra mà không có tác nhân kích thích từ bên ngoài. Ảo giác có tính sống động, rõ ràng, với đầy sức mạnh và tác động đến các tri giác bình thường dưới sự kiểm soát tự ý. Ảo giác có thể diễn ra theo bất kì phương thức giác quan nào, nhưng ảo thanh là phổ biến nhất của TTPL và các rối loạn có liên quan. Ảo thanh thường được trải nghiệm dưới hình thức những giọng nói, lạ hoặc quen, được cảm nhận khác với suy nghĩ của họ. Ảo giác phải xuất hiện trong bối cảnh của ý thức sáng sủa; còn những ảo giác xuất hiện khi ngủ (giở ngủ) hoặc khi thức giấc (giở thức) được coi là nằm trong ngưỡng trải nghiệm thông thường. Ảo giác có thể là một phần bình thường của trải nghiệm tôn giáo ở những bối cảnh văn hóa nhất định.

Hành vi vô tổ chức hoặc hành vi vận động bất thường rõ rệt (Bao gồm căng trương lực)

Hành vi vô tổ chức hoặc hành vi vận động bất thường rõ rệt có thể biểu hiện theo những cách khác nhau, từ biểu hiện ngốc nghếch như trẻ con đến sự kích động bất ngờ. Vấn đề có thể ghi nhận ở bất kì hình thức hành vi có mục đích nào, dẫn đến khó khăn trong việc thực hiện các hoạt động của cuộc sống hàng ngày.

Hành vi căng trương lực là một sự giảm rõ rệt trong phản ứng với môi trường. Hành vi này dao động từ việc cưỡng lại các hướng dẫn (sự phủ định); đến duy trì một tư thế cứng nhắc, kì quái một cách không phù hợp; đến việc thiếu hoàn toàn các đáp ứng lời nói và vận động (không nói và sưng sờ). Nó cũng có thể bao gồm hoạt động vận động không mục đích và quá mức không có nguyên nhân rõ ràng nào (kích động căng trương lực). Những đặc điểm khác gồm có: các cử động rập khuôn lặp đi lặp lại, nhìn chăm chăm, nhẩn mặt, tình trạng không nói và nhại lại lời nói. Mặc dù căng trương lực về mặt lịch sử đi kèm với TTPL, những triệu chứng của nó là không đặc trưng, và có thể xảy ra ở các trường hợp rối loạn tâm thần khác (ví dụ như rối loạn trầm cảm hoặc lưỡng cực với căng trương lực) và trong những bệnh nội khoa (rối loạn căng trương lực do bệnh lý nội khoa khác).

Các triệu chứng âm tính

Những triệu chứng âm tính chiếm tỉ lệ đáng kể của bệnh lý kèm theo TTPL, song ít nổi bật hơn ở những rối loạn loạn thần khác. Hai triệu chứng âm tính đặc

biệt nổi bật ở TTPL là suy giảm biểu hiện cảm xúc và giảm ý chí. *Giảm biểu hiện cảm xúc* gồm có giảm biểu hiện cảm xúc trên mặt, tiếp xúc mắt, ngữ điệu của lời nói, và các cử động của tay, đầu, và mặt mà thông thường giúp nhấn mạnh cảm xúc cho lời nói. *Giảm ý chí* là tình trạng suy giảm những hoạt động có mục đích có động lực do bản thân khởi xướng. Cá nhân có thể ngồi không nhiều giờ liền và ít hứng thú tham gia các hoạt động công việc hay xã hội.

Những triệu chứng âm tính khác gồm có *chứng mất khả năng nói, giảm hứng thú, và phi xã hội*. *Mất khả năng nói* được biểu hiện ở việc suy giảm khả năng sản xuất lời nói.

Giảm hứng thú là giảm khả năng trải nghiệm hứng thú từ những tác nhân kích thích tích cực, hoặc suy giảm khả năng hồi tưởng lại hứng thú từng có trước đây. *Phi xã hội* là sự thiếu rõ ràng sự quan tâm trong những tương tác xã hội và có thể kèm với sự giảm ý chí, song cũng có thể là biểu hiện của việc hạn chế cơ hội tương tác xã hội.

2.1 Rối loạn kiểu (nhân cách) phân liệt (Schizotypal Disorder).

Mã số 301.22

Xem trong mục “Rối loạn nhân cách”

2.2 Rối loạn hoang tưởng (Delusional Disorder)

Mã số: 297.1 (F22)

A. Có 1 hoặc nhiều hoang tưởng tồn tại ít nhất 1 tháng hoặc lâu hơn.

B. Tiêu chuẩn A cho TTPL không bao giờ được thoả mãn.

Lưu ý: Nếu có ảo giác thì không được nổi bật và có liên quan đến hoang tưởng (ví dụ, cảm giác côn trùng bò phối hợp với hoang tưởng có côn trùng)

C. Ngoài tác động của hoang tưởng biểu hiện rõ ràng, chức năng tâm lý xã hội không bị rối loạn rõ ràng, hành vi không phải lạ lùng hoặc kỳ dị rõ ràng.

D. Nếu có giai đoạn hưng cảm và trầm cảm xuất hiện đồng thời với hoang tưởng, độ dài của chúng phải ngắn hơn khi so sánh với độ dài toàn bộ của hoang tưởng.

E. Rối loạn không phải là hậu quả trực tiếp của thuốc (ví dụ lạm dụng ma túy, thuốc) hoặc một bệnh cơ thể và không thể giải thích được bởi các rối loạn tâm thần khác, rối loạn ám ảnh dị hình cơ thể hoặc rối loạn ám ảnh cưỡng bức.

Chẩn đoán phân biệt:

- Rối loạn ám ảnh – cưỡng bức và các rối loạn liên quan.
- Sảng, rối loạn thần kinh - nhận thức, rối loạn loạn thần do một bệnh cơ thể và rối loạn loạn thần do 1 chất/thuốc.
- TTPL và rối loạn dạng phân liệt.
- Các rối loạn trầm cảm và lưỡng cực, rối loạn cảm xúc phân liệt.

2.3 Rối loạn loạn thần ngắn (Brief Psychotic Disorder)

Mã số 298.8 (F23)

A. Có 1 hoặc nhiều hơn các triệu chứng sau. Ít nhất phải có 1 trong các triệu chứng (1), (2) hoặc (3):

(1). Các hoang tưởng

(2). Các ảo giác

(3). Ngôn ngữ thanh xuân (ví dụ như tư duy không liên quan hoặc hồ lớn)

(4) Hành vi thanh xuân hoặc hành vi căng trương lực

Lưu ý: Không được coi là triệu chứng nếu như đó là một phản đáp ứng phổ biến của nền văn hoá

B. Độ dài của rối loạn ít nhất là 1 ngày nhưng ít hơn 1 tháng, các chức năng trở lại mức độ như trước khi bị bệnh.

C. Rối loạn không giải thích được là do trầm cảm hoặc RLLC có loạn thần hoặc các RL loạn thần khác như TTPL hoặc căng trương lực và không phải là hậu quả trực tiếp của chất gây loạn thần (ví dụ ma túy, thuốc) hoặc của một bệnh cơ thể.

Được biệt định nếu như:

- Có chấn thương tâm lý rõ (loạn thần phản ứng ngắn): nếu như triệu chứng xuất hiện rõ ràng một thời gian ngắn sau khi bị các sự kiện, đơn độc hoặc phối hợp với nhau, được coi là stress cho hầu hết mọi người trong cùng một nền văn hoá.

- Không có stress rõ ràng: nếu như các triệu chứng loạn thần không xuất hiện một sau thời gian ngắn, rõ ràng như một đáp ứng lại các sự kiện đơn độc hoặc cùng nhau, là stress cho hầu hết mọi người trong cùng nền văn hoá.

- Khởi phát sau đẻ: nếu như khởi phát xuất hiện trong vòng 4 tuần sau đẻ.

Chẩn đoán phân biệt:

- Các bệnh cơ thể khác.

- Các rối loạn liên quan đến 1 chất.

- Các rối loạn trầm cảm và lưỡng cực.

- Các rối loạn loạn thần khác.

- Giả bệnh.

- Các rối loạn nhân cách.

2.4 Rối loạn dạng phân liệt (Schizophreniform Disorder)

Mã số: 295.40 (F20.81)

A. Có hai (hay nhiều hơn) các triệu chứng sau, mỗi triệu chứng hiện diện một thời gian đáng kể trong 1 tháng (hoặc ít hơn nếu được điều trị thành công). Ít nhất phải có một trong 3 triệu chứng (1), (2) hoặc (3):

(1) Các hoang tưởng.

(2) Các ảo giác.

(3) Ngôn ngữ thanh xuân (ví dụ như tư duy không liên quan hoặc hồ lớn).

(4) Hành vi thanh xuân hoặc hành vi căng trương lực.

(5) Các triệu chứng âm tính (ví dụ như giảm thể hiện cảm xúc hoặc giảm, mất ý chí).

B. Một giai đoạn tổn thương kéo dài ít nhất 1 tháng nhưng ngắn hơn 6 tháng. Khi cần đặt chẩn đoán này mà không cần đợi hồi phục, chẩn đoán đó là tạm thời.

C. Rối loạn phân liệt cảm xúc và rối loạn trầm cảm hoặc lưỡng cực với triệu chứng loạn thần phải được loại trừ bởi vì (1) không có giai đoạn hưng cảm hoặc trầm cảm xảy ra đồng thời với các triệu chứng giai đoạn cấp hoặc (2) nếu giai đoạn cảm xúc xảy ra trong giai đoạn cấp, chúng chỉ xuất hiện một thời gian ngắn trong tổng thời gian cấp tính hoặc di chứng của rối loạn.

D. Rối loạn không có thể quy do các ảnh hưởng sinh lý của các chất (ví dụ như chất ma túy hoặc các thuốc) hoặc do các tình trạng bệnh cơ thể khác.

Chẩn đoán phân biệt:

- Các rối loạn tâm thần và bệnh cơ thể khác.
- Rối loạn loạn thần ngắn.

2.5 TTPL

Mã số: 295.90 (F20.9)

A. Có hai (hay nhiều hơn) các triệu chứng sau, mỗi triệu chứng hiện diện một thời gian đáng kể trong 1 tháng (hoặc ít hơn nếu được điều trị thành công). Ít nhất phải có một trong 3 triệu chứng (1), (2) hoặc (3):

(1) Các hoang tưởng.

(2) Các ảo giác.

(3) Ngôn ngữ thanh xuân (ví dụ như tư duy không liên quan hoặc hồ lớn)

(4) Hành vi thanh xuân hoặc hành vi căng trương lực.

(5) Các triệu chứng âm tính (ví dụ như biểu hiện cảm xúc giảm hoặc giảm, mất ý chí).

B. Trong một thời gian đáng kể từ khi phát bệnh, mức độ chức năng của một hoặc nhiều lĩnh vực như công việc, quan hệ giữa người và người hoặc tự chăm sóc bị giảm đáng kể so với trước khi phát bệnh (đối với trường hợp phát bệnh ở lứa tuổi trẻ em hoặc thanh thiếu niên, có sự thất bại so với mong đợi chức năng tương tác giữa người và người, học tập hoặc nghề nghiệp).

C. Các biểu hiện của rối loạn liên tục kéo dài ít nhất 6 tháng. Thời gian 6 tháng bao gồm tối thiểu 1 tháng (Hoặc ít hơn nếu được điều trị thành công) của triệu chứng trong tiêu chuẩn A (các triệu chứng của giai đoạn cấp) và thời gian của các triệu chứng tiền triệu hoặc triệu chứng di chứng. Trong suốt giai đoạn tiền triệu hoặc di chứng, biểu hiện của rối loạn có thể chỉ là các triệu chứng âm tính hoặc 2 hoặc nhiều hơn các triệu chứng của tiêu chuẩn A nhưng ở dạng ít rõ ràng (ví dụ niềm tin kỳ lạ, trải nghiệm tri giác không bình thường).

D. Rối loạn phân liệt cảm xúc và rối loạn trầm cảm hoặc lưỡng cực với triệu chứng loạn thần phải được loại trừ bởi vì (1) không có giai đoạn hưng cảm hoặc trầm cảm xảy ra đồng thời với các triệu chứng giai đoạn cấp hoặc (2) nếu giai đoạn cảm xúc xảy ra trong giai đoạn cấp, chúng chỉ xuất hiện một thời gian ngắn trong tổng thời gian cấp tính hoặc di chứng của rối loạn.

E. Rối loạn không thể quy do các ảnh hưởng sinh lý của các chất (ví dụ như chất ma túy hoặc các thuốc) hoặc do các tình trạng bệnh cơ thể khác.

F. Nếu có tiền sử bị rối loạn phổ tự kỷ hoặc rối loạn giao tiếp khởi phát ở tuổi trẻ em, chẩn đoán TTPL thêm vào chỉ khi ngoài các triệu chứng đòi hỏi đối với TTPL, các hoang tưởng hoặc ảo giác phải nổi bật và hiện diện ít nhất 1 tháng hoặc ít hơn nếu được điều trị thành công.

Chẩn đoán phân biệt:

- Rối loạn trầm cảm hoặc lưỡng cực có loạn thần hoặc căng trương lực.
- Rối loạn cảm xúc phân liệt.
- Rối loạn hoang tưởng.
- Rối loạn nhân cách kiểu phân liệt (schizotypal personality disorder).
- Rối loạn ám ảnh – cưỡng bức và rối loạn dị hình cơ thể (body dysmorphic disorder).
- Rối loạn stress sau sang chấn (PTSD).
- Rối loạn phổ tự kỷ và các rối loạn giao tiếp.
- Các rối loạn tâm thần khác liên quan đến 1 giai đoạn loạn thần.

2.6 Rối loạn cảm xúc phân liệt (Schizoaffective Disorder)

A. Một giai đoạn liên tục của bệnh trong đó có một pha rối loạn khí sắc chủ yếu (trầm cảm chủ yếu hoặc hưng cảm) đồng thời với các triệu chứng thoả mãn tiêu chuẩn A của TTPL.

Ghi chú: giai đoạn trầm cảm chủ yếu cần có tiêu chuẩn A1 - khí sắc trầm cảm.

B. Trong cùng giai đoạn tổn thương, có các hoang tưởng, ảo giác kéo dài ít nhất 2 tuần khi không có một triệu chứng rối loạn cảm xúc nào rõ ràng.

C. Các triệu chứng thoả mãn cho một giai đoạn rối loạn cảm xúc được biểu hiện đủ dài trong suốt thời gian của các giai đoạn hoạt động và di chứng của bệnh.

D. Bệnh không phải là kết quả trực tiếp của thuốc (ví dụ ma túy/thuốc) hoặc một bệnh cơ thể.

Các thể biệt định:

- Thể lưỡng cực (295.70/F25.0): nếu bệnh có một giai đoạn hưng cảm hoặc pha trộn (một giai đoạn hưng cảm hoặc một giai đoạn pha trộn và một giai đoạn trầm cảm chủ yếu).
- Thể trầm cảm (295.70/F25.1): nếu bệnh chỉ bao gồm các giai đoạn trầm cảm chủ yếu.

Chẩn đoán phân biệt:

- Các rối loạn tâm thần và các bệnh cơ thể khác.
- Rối loạn loạn thần do 1 bệnh cơ thể khác.
- TTPL, rối loạn lưỡng cực và rối loạn trầm cảm.

2.7 Rối loạn loạn thần do một chất/ thuốc (Substance/Medication-Induced Psychotics Disorder)

- Rối loạn loạn thần do các bệnh cơ thể khác.
- Căng trương lực liên quan đến một rối loạn tâm thần khác (biệt định căng trương lực).

- Rối loạn căng trương lực do một bệnh cơ thể khác.

Chẩn đoán phân biệt:

- Các rối loạn tâm thần và các bệnh cơ thể khác.
- Rối loạn loạn thần do một bệnh cơ thể khác.
- TTPL, rối loạn lưỡng cực, trầm cảm.

Rối loạn loạn thần do một chất/thuốc.

2.8 Rối loạn loạn thần do một bệnh cơ thể khác (Psychotic Disorder due to Another Medical Condition)

A. Nổi bật là ảo giác hoặc hoang tưởng.

B. Trong tiền sử, kết quả thăm khám hoặc các xét nghiệm cận lâm sàng có bằng chứng cho thấy rối loạn là hậu quả sinh lý bệnh trực tiếp của một bệnh lý nội khoa khác.

C. Rối loạn không thể được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần khác.

D. Rối loạn không xuất hiện trong trạng thái sáng.

E. Rối loạn gây ra những đau khổ (distress) đáng kể về mặt lâm sàng, làm tổn thất đến các chức năng về xã hội, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực quan trọng khác.

Chẩn đoán phân biệt:

- Sáng.
- Rối loạn loạn thần do một chất/thuốc.
- Rối loạn loạn thần.

2.9 Căng trương lực

2.9.1 Căng trương lực liên quan đến một rối loạn tâm thần khác/căng trương lực biệt định (Catatonia Associated with Another Mental Disorder/Specifier)

Mã số: 293.89 (F06.1)

Có 3 (hoặc nhiều hơn) trong số các triệu chứng dưới đây chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng:

1. Sững sờ (Stupor)
2. Giữ nguyên thế (Catalepsy)
3. Uốn sáp (Waxy flexibility)
4. Không nói (Mutism)
5. Phản ứng ngược (Negativism)
6. Tạo dáng (Posturing)
7. Kiểu cách (Mannerism)
8. Định hình (Stereotypy)
9. Kích động không do kích thích bên ngoài
10. Làm mặt nhăn (Grimacing)
11. Nhại lời (Echolalia)

12. Nhại động tác (Echopraxia).

2.9.2 Rối loạn căng trương lực do một bệnh cơ thể khác (*Catatonic Disorder Due to Another Medical Condition*)

Mã số: 293.89 (F06.1)

A. Có 3 (hoặc nhiều hơn) trong số các triệu chứng dưới đây chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng:

1. Sững sờ (Stupor)
2. Giữ nguyên thể (Catalepsy)
3. Uốn sáp (Waxy flexibility)
4. Không nói (Mutism)
5. Phản ứng ngược (Negativism)
6. Tạo dáng (Posturing)
7. Kiểu cách (Mannerism)
8. Định hình (Stereotypy)
9. Kích động không do kích thích bên ngoài
10. Làm mặt nhăn (Grimacing)
11. Nhại lời (Echolalia)
12. Nhại động tác (Echopraxia).

B. Trong bệnh sử, kết quả khám và xét nghiệm cận lâm sàng có bằng chứng cho thấy rối loạn là hậu quả sinh lý bệnh trực tiếp của một bệnh cơ thể khác.

C. Rối loạn không thể được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần khác (ví dụ, giai đoạn hưng cảm).

D. Rối loạn không thể hiện riêng trong trạng thái sáng.

E. Rối loạn gây ra những đau khổ (distress) đáng kể hoặc tổn thất về hoạt động xã hội, nghề nghiệp hay các lĩnh vực chức năng quan trọng khác.

3 RỐI LOẠN LƯƠNG CỰC VÀ CÁC RỐI LOẠN LIÊN QUAN (*Bipolar and Related Disorders*)

3.1 Rối loạn lưỡng cực I (*Bipolar I Disorder*)

Để chẩn đoán rối loạn lưỡng cực I, điều cần thiết là phải đáp ứng được tiêu chuẩn chẩn đoán giai đoạn hưng cảm. Giai đoạn hưng cảm này có thể diễn ra trước hoặc ngay sau pha hưng cảm nhẹ hoặc trầm cảm chủ yếu.

3.1.1 Giai đoạn hưng cảm (*Manic Episode*)

A. Một giai đoạn bất thường rõ rệt và gia tăng hoặc bùng nổ hoặc kích thích và bền vững của khí sắc, tăng các hoạt động có mục đích hoặc tăng năng lượng, kéo dài ít nhất một tuần (hoặc kéo dài bất kỳ nếu cần thiết phải vào viện).

B. Trong giai đoạn của rối loạn khí sắc và tăng năng lượng hoặc hoạt động, có ba (hoặc nhiều hơn) trong số các triệu chứng sau (bốn triệu chứng nếu khí sắc chỉ là kích thích) được biểu hiện rõ ràng và gây chú ý bởi sự thay đổi hành vi bình thường.

1. Tự đánh giá cao bản thân hoặc tự cao.
2. Giảm nhu cầu ngủ (ví dụ cảm thấy thoải mái sau khi ngủ chỉ 3 giờ)
3. Nói nhiều hơn bình thường hoặc cảm thấy có áp lực phải nói liên tục.
4. Bùng nổ ý nghĩ hoặc biểu hiện của tư duy phi tán.
5. Thiếu tập trung hay đãng trí(sự chú ý dễ bị lôi cuốn bởi các kích thích từ môi trường bên ngoài không quan trọng hoặc không liên quan) được kể lại hoặc bị quan sát thấy.
6. Tăng hoạt động có mục đích (như hoạt động xã hội, làm việc, học tập, hoặc tình dục) hoặc kích động tâm thần vận động (ví dụ hoạt động thiếu hoặc không có mục đích).
7. Bị lôi cuốn quá mức vào các hoạt động có nguy cơ gây các hậu quả đau đớn (như mua sắm quá nhiều, hoạt động tình dục bừa bãi hoặc đầu tư buôn bán bất lợi).

C. Rối loạn khí sắc phải đủ nặng để gây suy giảm rõ rệt đến chức năng xã hội hoặc nghề nghiệp, hoặc cần vào viện điều trị để ngăn ngừa làm hại cho bản thân hay những người khác hoặc có triệu chứng loạn thần.

D. Các triệu chứng trên không phải là kết quả sinh lý trực tiếp của một chất (như lạm dụng ma túy, một thuốc hoặc một điều trị khác) hay do bệnh lý khác.

Lưu ý: Các giai đoạn giống với các giai đoạn hưng cảm rõ ràng là hậu quả của điều trị chống trầm cảm (thuốc, sốc điện) nhưng tồn tại dai dẳng đầy đủ ở các mức độ ngoài tác dụng sinh lý của điều trị đủ bằng chứng cho chẩn đoán một giai đoạn hưng cảm và phù hợp với chẩn đoán rối loạn cảm xúc lưỡng cực I.

Lưu ý: Tiêu chuẩn chẩn đoán từ A- D cấu thành giai đoạn hưng cảm . Ít nhất một lần trong đời có giai đoạn hưng cảm có thể được xem xét chẩn đoán rối loạn cảm xúc lưỡng cực I.

3.1.2 *Giai đoạn hưng cảm nhẹ*

A. Một giai đoạn bất thường rõ rệt và gia tăng hoặc bùng nổ hoặc kích thích và bền vững của khí sắc, tăng các hoạt động có mục đích hoặc tăng năng lượng, kéo dài ít 4 ngày liên tục và tồn tại hầu hết thời gian trong ngày và hầu như mọi ngày.

B. Trong giai đoạn của rối loạn khí sắc và tăng năng lượng hoặc hoạt động, có ba (hoặc nhiều hơn) trong số các triệu chứng sau (bốn triệu chứng nếu khí sắc chỉ là kích thích) tồn tại dai dẳng, gây chú ý bởi sự thay đổi hành vi bình thường và biểu hiện rõ ràng.

1. Tự đánh giá bản thân cao hoặc tự cao.
2. Giảm nhu cầu ngủ (ví dụ cảm thấy thoải mái chỉ sau ngủ 3 giờ)
3. Nói nhiều hơn bình thường hoặc cảm thấy có áp lực phải nói liên tục.
4. Bùng nổ ý nghĩ hoặc biểu hiện của tư duy phi tán

5. Thiếu tập trung hay đãng trí(sự chú ý dễ bị lôi cuốn bởi các kích thích từ môi trường bên ngoài không quan trọng hoặc không liên quan) được kể lại hoặc bị quan sát thấy.

6. Tăng hoạt động có mục đích (như hoạt động xã hội, làm việc, học tập, hoặc tình dục) hoặc kích động tâm thần vận động.

7. Bị lôi cuốn quá mức vào các hoạt động có nguy cơ gây các hậu quả đau đớn (như mua sắm quá nhiều, hoạt động tình dục bừa bãi hoặc đầu tư buôn bán bất lợi).

C. Giai đoạn này đi kèm với sự thay đổi rõ rệt trong hoạt động của người bệnh mà không phải đặc trưng khi không có triệu chứng.

D. Rối loạn khí sắc hoặc thay đổi chức năng được quan sát bởi người khác

E. Giai đoạn này không đủ nặng để gây suy giảm chức năng xã hội hoặc nghề nghiệp hoặc cần vào viện điều trị, và nếu có yếu tố loạn thần thì cần chẩn đoán là giai đoạn hưng cảm.

F. Các triệu chứng trên không phải là kết quả sinh lý trực tiếp của một chất (như lạm dụng ma túy, một thuốc hoặc một điều trị khác).

Lưu ý: Các giai đoạn giống với các giai đoạn hưng cảm nhẹ rõ ràng là hậu quả của điều trị chống trầm cảm (thuốc, sốc điện) nhưng tồn tại dai dẳng đầy đủ ở các mức độ ngoài tác dụng sinh lý của điều trị đủ bằng chứng cho chẩn đoán một giai đoạn hưng cảm nhẹ. Tuy nhiên cần thận trọng để chỉ ra 1 hoặc 2 triệu chứng (đặc biệt là tăng kích thích, cáu kỉnh, hoặc kích động sau khi sử dụng thuốc chống trầm cảm) không được coi là đủ để chẩn đoán một giai đoạn hưng cảm nhẹ, cũng không nhất thiết phải là tăng lưỡng cực.

Lưu ý: Mục A-F cấu thành lên hội chứng hưng cảm nhẹ. Giai đoạn hưng cảm nhẹ thường gặp ở rối loạn cảm xúc lưỡng cực I nhưng không yêu cầu nhất thiết chẩn đoán rối loạn cảm xúc lưỡng cực I.

3.1.3 *Giai đoạn trầm cảm chủ yếu*

A. Năm (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng sau, cùng xuất hiện trong thời gian 2 tuần và ít nhất phải có 1 trong 2 triệu chứng chính là (1) khí sắc trầm hoặc (2) mất quan tâm hoặc thích thú.

Chú ý: không bao gồm các triệu chứng là hậu quả rõ ràng của bệnh lý cơ thể.

1. Khí sắc trầm cảm biểu hiện phần lớn thời gian trong ngày, hầu như hằng ngày được nhận biết bởi chính người bệnh (ví dụ: cảm thấy buồn, trống rỗng, mất hy vọng) hoặc được quan sát bởi người khác (ví dụ: nhìn thấy người bệnh khóc).

Chú ý: ở trẻ em và vị thành niên khí sắc có thể bị kích thích.

2. Giảm đáng kể sự quan tâm, thích thú đối với mọi hoạt động diễn ra trong ngày (được người bệnh tự nhận thấy hoặc người khác quan sát thấy)

3. Giảm trọng lượng cơ thể khi không ăn kiêng hoặc tăng cân (ví dụ: tăng hơn 5% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng) hoặc tăng hoặc giảm cảm giác ngon miệng hầu như hằng ngày. Chú ý: trẻ em là không đạt được trọng lượng cơ thể cần thiết.

4. Mất ngủ hoặc ngủ nhiều hầu như hằng ngày.

5. Kích động tâm thần vận động hoặc chậm chạp vận động hầu như hằng ngày (được người khác quan sát thấy không chỉ là người bệnh cảm thấy sự bồn chồn hoặc chậm chạp)
6. Mệt mỏi hoặc mất năng lượng hầu như hằng ngày.
7. Cảm giác vô dụng hoặc tội lỗi quá mức (có thể là hoang tưởng) diễn ra hầu như hằng ngày (không chỉ đơn thuần là người bệnh tự trách mình hoặc tự buộc tội về việc bị bệnh).
8. Giảm khả năng suy nghĩ hoặc tập trung chú ý hoặc khả năng ra quyết định diễn ra hầu như hằng ngày (người bệnh tự nhận thấy hoặc người khác quan sát thấy).
9. Ý nghĩ thường xuyên về cái chết (không phải sợ chết) ý tưởng tự sát tái diễn mà không có một kế hoạch tự sát cụ thể hoặc có dự định (toan tính) tự sát hoặc có một kế hoạch tự sát để tự sát thành công.

B. Các triệu chứng là nguyên nhân gây suy giảm các chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc các chức năng quan trọng khác.

C. Các triệu chứng không phải là hậu quả sinh lý của một chất hoặc bệnh lý cơ thể

Lưu ý: Tiêu chuẩn A- C cho một giai đoạn trầm cảm chủ yếu.

Lưu ý: Phản ứng với mất mát lớn (mất người thân, phá sản về tài chính, thiệt hại do thảm họa thiên nhiên, bệnh cơ thể nặng hoặc khuyết tật) có thể bao gồm cảm giác mãnh liệt, nhắc đi nhắc lại về sự mất mát, mất ngủ, chán ăn, giảm cân được lưu ý trong Tiêu chuẩn A có thể giống với một giai đoạn trầm cảm. Mặc dù các triệu chứng có thể được hiểu hoặc được coi là phù hợp với sự mất mát, sự có mặt của một giai đoạn trầm cảm chủ yếu ngoài phản ứng với sự mất mát đáng kể cần được xem xét cụ thể. Quyết định đòi hỏi phải đánh giá lâm sàng dựa trên bệnh sử và chuẩn mực văn hóa của sự biểu hiện đau buồn trong hoàn cảnh mất mát.

3.1.4 **Rối loạn lưỡng cực I**

A. Đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán ít nhất một giai đoạn hưng cảm (tiêu chuẩn từ A-D của giai đoạn hưng cảm ở trên).

B. Sự xuất hiện của các giai đoạn hưng cảm và trầm cảm chủ yếu không được giải thích tốt hơn bởi rối loạn phân liệt cảm xúc, TTPL, rối loạn dạng phân liệt, rối loạn hoang tưởng, rối loạn phổ TTPL biệt định hoặc không biệt định hay các rối loạn loạn thần khác.

Chẩn đoán phân biệt

- Rối loạn trầm cảm chủ yếu.
- Các rối loạn lưỡng cực khác.
- Rối loạn lo âu lan tỏa, rối loạn hoảng sợ, rối loạn stress sau sang chấn hoặc các rối loạn lo âu khác.
- Rối loạn lưỡng cực do thuốc/ma túy.
- Rối loạn tăng động/giảm chú ý (ADHD).
- Các rối loạn nhân cách.

- Các rối loạn nổi bật là dễ bị kích thích.

3.2 Rối loạn lưỡng cực II

Mã số: 296.89 (F31.81)

Để chẩn đoán rối loạn lưỡng cực II cần có hiện tại hoặc trong tiền sử có một giai đoạn hưng cảm nhẹ hoặc giai đoạn trầm cảm chủ yếu.

3.2.1 *Giai đoạn hưng cảm nhẹ*

A. Một giai đoạn bất thường rõ rệt và gia tăng hoặc bùng nổ hoặc kích thích và bền vững của khí sắc, tăng các hoạt động có mục đích hoặc tăng năng lượng, kéo dài ít 4 ngày liên tục và tồn tại hầu hết thời gian trong ngày và hầu như mọi ngày.

B. Trong giai đoạn của rối loạn khí sắc và tăng năng lượng hoặc hoạt động, có ba (hoặc nhiều hơn) trong số các triệu chứng sau (bốn triệu chứng nếu khí sắc chỉ là kích thích) tồn tại dai dẳng, gây chú ý bởi sự thay đổi hành vi bình thường và biểu hiện rõ ràng.

1. Tự đánh giá bản thân cao hoặc tự cao.

2. Giảm nhu cầu ngủ (ví dụ cảm thấy thoải mái chỉ sau ngủ 3 giờ)

3. Nói nhiều hơn bình thường hoặc cảm thấy có áp lực phải nói liên tục.

4. Bùng nổ ý nghĩ hoặc biểu hiện của tư duy phi tán

5. Thiếu tập trung hay lơ đãng (sự chú ý dễ bị lôi cuốn bởi các kích thích từ môi trường bên ngoài không quan trọng hoặc không liên quan) được kể lại hoặc bị quan sát thấy.

6. Tăng hoạt động có mục đích (như hoạt động xã hội, làm việc, học tập, hoặc tình dục) hoặc kích động tâm thần vận động.

7. Bị lôi cuốn quá mức vào các hoạt động có nguy cơ gây các hậu quả đau đớn (như mua sắm quá nhiều, hoạt động tình dục bừa bãi hoặc đầu tư buôn bán bất lợi).

C. Giai đoạn này đi kèm với sự thay đổi rõ rệt trong hoạt động của người bệnh mà không phải đặc trưng khi không có triệu chứng.

D. Rối loạn khí sắc hoặc thay đổi chức năng được quan sát bởi người khác

E. Giai đoạn này không đủ nặng để gây suy giảm chức năng xã hội hoặc nghề nghiệp hoặc cần vào viện điều trị, và nếu có yếu tố loạn thần thì cần chẩn đoán là giai đoạn hưng cảm.

F. Các triệu chứng trên không phải là kết quả sinh lý trực tiếp của một chất (như lạm dụng ma túy, một thuốc hoặc một điều trị khác).

Lưu ý: Các giai đoạn giống với các giai đoạn hưng cảm nhẹ rõ ràng là hậu quả của điều trị chống trầm cảm (thuốc, sốc điện) nhưng tồn tại dai dẳng đầy đủ ở các mức độ ngoài tác dụng sinh lý của điều trị đủ bằng chứng cho chẩn đoán một giai đoạn hưng cảm nhẹ. Tuy nhiên cần thận trọng để chỉ ra 1 hoặc 2 triệu chứng (đặc biệt là tăng kích thích, cáu kỉnh, hoặc kích động) sau khi sử dụng thuốc chống trầm cảm) không được coi là đủ để chẩn đoán một giai đoạn hưng cảm nhẹ, cũng không nhất thiết phải là tăng lưỡng cực.

Lưu ý: Mục A-F cấu thành lên hội chứng hưng cảm nhẹ. Giai đoạn hưng cảm nhẹ thường gặp ở rối loạn cảm xúc lưỡng cực I nhưng không yêu cầu nhất thiết chẩn đoán rối loạn cảm xúc lưỡng cực I.

3.2.2 *Giai đoạn trầm cảm chủ yếu*

A. Năm (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng sau, cùng xuất hiện trong thời gian 2 tuần và ít nhất phải có 1 trong 2 triệu chứng chính là (1) khí sắc trầm hoặc (2) mất quan tâm hoặc thích thú.

Chú ý: không bao gồm các triệu chứng là hậu quả rõ ràng của bệnh lý cơ thể.

1. Khí sắc trầm cảm biểu hiện phần lớn thời gian trong ngày, hầu như hằng ngày được nhận biết bởi chính người bệnh (ví dụ: cảm thấy buồn, trống rỗng, mất hy vọng) hoặc được quan sát bởi người khác (ví dụ: nhìn thấy bệnh nhân khóc). Chú ý: ở trẻ em và vị thành niên khí sắc có thể bị kích thích.

2. Giảm đáng kể sự quan tâm, thích thú đối với mọi hoạt động diễn ra trong ngày (được người bệnh tự nhận thấy hoặc người khác quan sát thấy)

3. Giảm trọng lượng cơ thể khi không ăn kiêng hoặc tăng cân (ví dụ: tăng hơn 5% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng) hoặc tăng hoặc giảm cảm giác ngon miệng hầu như hằng ngày. Chú ý: trẻ em không đạt được trọng lượng cơ thể cần thiết.

4. Mất ngủ hoặc ngủ nhiều hầu như hằng ngày.

5. Kích động tâm thần vận động hoặc chậm chạp vận động hầu như hằng ngày (được người khác quan sát thấy không chỉ là bệnh nhân cảm thấy sự bồn chồn hoặc chậm chạp)

6. Mệt mỏi hoặc mất năng lượng hầu như hằng ngày.

7. Cảm giác vô dụng hoặc tội lỗi quá mức (có thể là hoang tưởng) diễn ra hầu như hằng ngày (không chỉ đơn thuần là bệnh nhân tự trách mình hoặc tự buộc tội về việc bị bệnh).

8. Giảm khả năng suy nghĩ hoặc tập trung chú ý hoặc khả năng ra quyết định diễn ra hầu như hằng ngày (bệnh nhân tự nhận thấy hoặc người khác quan sát thấy).

9. Ý nghĩ thường xuyên về cái chết (không phải sợ chết) ý tưởng tự sát tái diễn mà không có một kế hoạch tự sát cụ thể hoặc có dự định (toan tính) tự sát hoặc có một kế hoạch tự sát để tự sát thành công.

B. Các triệu chứng là nguyên nhân gây suy giảm các chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc các chức năng quan trọng khác.

C. Các triệu chứng không phải là hậu quả sinh lý của một chất hoặc bệnh lý cơ thể
Lưu ý: Tiêu chuẩn A- C cho một giai đoạn trầm cảm chủ yếu.

Lưu ý: Phản ứng với mất mát lớn (mất người thân, phá sản về tài chính, thiệt hại do thảm họa thiên nhiên, bệnh cơ thể nặng hoặc khuyết tật) có thể bao gồm cảm giác mãnh liệt, nhắc đi nhắc lại về sự mất mát, mất ngủ, chán ăn, giảm cân được lưu ý trong Tiêu chuẩn A có thể giống với một giai đoạn trầm cảm. Mặc dù các triệu chứng có thể được hiểu hoặc được coi là phù hợp với với sự mất mát, sự có mặt của một giai đoạn trầm cảm chủ yếu ngoài phản ứng với sự mất mát

đáng kể cần được xem xét cụ thể. Quyết định đòi hỏi phải đánh giá lâm sàng dựa trên bệnh sử và chuẩn mực văn hóa của sự biểu hiện đau buồn trong hoàn cảnh mất mát.

Đặc điểm chẩn đoán

Đặc điểm cơ bản thiết yếu của giai đoạn hưng cảm là một giai đoạn rõ rệt mà trong đó khí sắc nâng cao, chan hòa hay khó chịu một cách bất thường và dai dẳng và năng lượng, hoạt động gia tăng một cách dai dẳng, hiện diện vào hầu hết thời gian trong ngày, gần như hàng ngày trong thời gian ít nhất 1 tuần (hoặc bất kì khoảng thời gian nào nếu nhập viện là cần thiết), đi kèm theo ít nhất ba triệu chứng bổ sung từ Tiêu chí B. Nếu khí sắc là khó chịu hơn là khí sắc nâng cao hay chan hòa thì các triệu chứng trong tiêu chí B phải hiện diện.

Khí sắc trong một giai đoạn hưng cảm thường được mô tả là khoan khoái, vui tươi quá mức, phấn khởi hoặc “cảm thấy như ở trên đỉnh thế giới”. Trong một số trường hợp, khí sắc có tính lan truyền cao, dễ nhận thấy là quá mức và đặc thù bởi sự nhiệt tình vô hạn và bừa bãi về mặt quan hệ con người, tình dục, hoặc tương tác nghề nghiệp. Ví dụ, có thể bắt chuyện một cách tự phát với một người lạ ở nơi công cộng, và trò chuyện rất nhiều với người đó. Thường khí sắc nổi bật là khó chịu, hơn là khí sắc nâng cao đặc biệt là khi mong muốn của cá nhân bị chối từ hoặc khi người đó đang sử dụng chất. Sự chuyển đổi khí sắc nhanh chóng trong một khoảng thời gian ngắn có thể diễn ra, và được gọi là “sự không ổn định” (sự thay đổi giữa khoan khoái, loạn cảm, và khó chịu”. Đối với trẻ em, sự vui vẻ, sự ngốc nghếch, hay “ngớ ngẩn” là bình thường trong những dịp đặc biệt; tuy nhiên, nếu những triệu chứng này lặp lại và không phù hợp với bối cảnh, và vượt quá những gì được kì vọng về mức độ phát triển của trẻ thì có thể coi như đạt tiêu chí A. Nếu sự vui vẻ là bất thường (khác với hàng ngày) và sự thay đổi khí sắc cùng lúc với những triệu chứng khi đạt tiêu chí B về hưng cảm, thì sự chắc chắn của chẩn đoán sẽ tăng; tuy nhiên sự thay đổi khí sắc phải được đi kèm với mức độ năng lượng hoặc hoạt động gia tăng dai dẳng, biểu hiện rõ rệt với những người biết rõ trẻ.

Trong giai đoạn hưng cảm, cá nhân có thể tham gia vào nhiều việc mới chồng lấp lên nhau. Các công việc thường được khởi xướng xuống với rất ít kiến thức về chủ đề công việc đó, nhưng có vẻ như không có gì là vượt quá tầm tay của người đó. Mức độ gia tăng hoạt động có thể biểu hiện vào những thời điểm bất thường trong ngày.

Sự tự tin bị thổi phồng là thường thấy, dao động từ sự tự tin thiếu suy xét, đến tự cao rõ rệt, và có thể tới mức hoang tưởng (Tiêu chí B1). Cho dù không có tài năng hay kinh nghiệm đặc biệt, người mắc hội chứng này vẫn muốn ôm những việc phức tạp, chẳng hạn như viết một cuốn tiểu thuyết hoặc tìm cách công bố một phát minh phi thực tế. Hoang tưởng tự cao (có mối quan hệ đặc biệt

với một người nổi tiếng) là thường thấy. Ở trẻ em, sự đánh giá quá mức về khả năng và có niềm tin rằng, ví dụ mình chơi giỏi nhất một môn thể thao hoặc là người thông minh nhất trong lớp là bình thường; tuy nhiên khi những niềm tin như vậy hiện mặc dù có những bằng chứng rõ ràng về sự ngược lại, hoặc trẻ vẫn cố gắng thực hiện việc mà rõ ràng là nguy hiểm, và quan trọng nhất, biểu hiện một sự thay đổi so với hành vi thông thường của trẻ, thì có thể coi là đạt tiêu chí về sự khuyếch đại.

Một trong những đặc tính phổ biến nhất là giảm nhu cầu ngủ (Tiêu chí B2), và khác với chứng mất ngủ ở chỗ người bị mất ngủ thường muốn ngủ hoặc cảm thấy có nhu cầu ngủ nhưng không ngủ được. Cá nhân có thể chỉ ngủ rất ít, nếu có, hoặc dậy sớm vài giờ so với thường lệ, và luôn cảm thấy đã nghỉ đủ và đầy năng lượng. Khi rối loạn giấc ngủ trở nên nghiêm trọng, người đó có thể không ngủ trong nhiều ngày liên mà không thấy mệt. Thông thường, giảm nhu cầu ngủ thường là dấu hiệu báo trước của khởi phát giai đoạn hưng cảm.

Lời nói có thể nhanh, áp lực, to, và khó cắt lời (Tiêu chí B3). Người đó có thể nói liên tục và không để ý đến nhu cầu giao tiếp của người khác, thường theo một cách “án bừa” hoặc không quan tâm đến sự phù hợp của lời nói. Lời nói đôi khi được đặc thù bởi những chuyện đùa, sự vui nhộn không phù hợp và tính “kịch”, với sự kiêu cách như kịch, hát, cử chỉ cường điệu. Độ to và mạnh của lời nói thường trở nên quan trọng hơn điều được chuyển tải. Nếu khí sắc của cá nhân là khó chịu hơn là chan hòa, lời nói thể hiện bằng nhiều than phiền, nhận xét thù địch, hoặc những đả kích tức giận, đặc biệt là nếu có những nỗ lực làm gián đoạn bệnh nhân. Cả triệu chứng ở tiêu chí A và B đều có thể đi kèm bởi những triệu chứng của cực đối lập (trầm cảm) (xem phần xác định đặc tính hỗn hợp, trang 149-150).

Thường các ý nghĩ của cá nhân chạy nhanh hơn có thể được diễn đạt qua lời nói (Tiêu chí B4). Thường có tư duy phi tán được thể hiện qua dòng lời nói gia tăng hầu như liên tục, với sự chuyển đột ngột từ chủ đề này sang chủ đề khác. Khi tư duy phi tán là nặng, lời nói có thể trở nên vô tổ chức, không liên quan, và khiến người bệnh khó chịu. Đôi khi suy nghĩ trở nên dồn dập đến mức khó nói ra.

Dễ bị phân tán (Tiêu chí B5) được thể hiện bởi việc mất khả năng kiểm duyệt những yếu tố kích thích ngoại lai vụn vặt (quần áo, đồ trang điểm của người phỏng vấn, tiếng ồn xung quanh hoặc tiếng trò chuyện, sự trang trí đồ đạc trong phòng) và thường khiến cho cá nhân bị hưng cảm không thể có một cuộc trò chuyện ra nghĩa hay chú ý đến các chỉ dẫn.

Sự gia tăng hoạt động có mục đích hướng thường bao gồm việc lập kế hoạch và tham gia một cách quá mức vào quá nhiều hoạt động, bao gồm các hoạt động tình dục, nghề nghiệp, chính trị hay tôn giáo. Sự gia tăng các xung năng, huyễn tưởng và hành vi tình dục cũng là một biểu hiện thường thấy. Người ở giai đoạn hưng cảm thường biểu hiện sự giao thiệp xã hội gia tăng (nổi lại quan hệ với những người quen cũ hoặc gọi, liên lạc với bạn bè hoặc thậm chí người lạ), mà không chú ý đến bản chất ẩn chứa, áp chế và đòi hỏi của những tương tác này. Họ thường có kích động tâm thần vận động hoặc đứng ngồi không yên (hoạt động không mục đích) bằng cách đi qua đi lại hoặc nói nhiều cuộc trò chuyện cùng một lúc một cách tự phát. Một số người còn viết những lá thư, email, tin nhắn quá mức và tương tự về nhiều chủ đề khác nhau gửi đến bạn bè, những người nổi tiếng hoặc phương tiện truyền thông.

Tiêu chí về gia tăng hoạt động có thể khó đánh giá ở trẻ em; tuy nhiên, khi trẻ đảm nhiệm nhiều công việc cùng lúc, bắt đầu nghỉ ra nhiều kế hoạch và dự án tỉ mỉ và không thực tế, có những bận tâm về tình dục không phù hợp với sự phát triển và không có trước đó (không giải thích được bởi sự lạm dụng tình dục hay phơi nhiễm với vật chất khiêu khích về mặt tình dục), khi đó tiêu chí B thỏa mãn dựa trên đánh giá lâm sàng. Điều quan trọng là xác định xem hành vi đó có biểu hiện cho sự thay đổi so với hành vi cơ bản của trẻ, diễn ra hầu hết thời gian trong ngày, gần như hàng ngày trong khoảng thời gian cần thiết, và diễn ra đi cùng lúc với những triệu chứng hưng cảm khác.

Khí sắc chan hòa, sự lạc quan quá mức, sự khuếch đại và khả năng phán xét kém thường dẫn tới việc tham gia một cách bất cẩn vào các hoạt động như tiêu tiền bừa bãi, cho đồ, lái xe ẩu, đầu tư kinh doanh một cách ngớ ngẩn, và tình dục bừa bãi, những điều mà trước đây người đó thường không làm, mặc dù những hoạt động này có thể để lại hậu quả thảm họa (Tiêu chí B7). Người đó có thể mua nhiều thứ không cần thiết nằm ngoài khả năng chi trả, và thậm chí trong một số trường hợp là mua rồi đem cho. Hành vi tình dục cũng có thể bao gồm việc quan hệ tình dục một cách không chung thủy hoặc bừa bãi với người lạ, thường không suy nghĩ đến nguy cơ mắc bệnh lan truyền qua đường tình dục hay hậu quả về con người.

Giai đoạn hưng cảm phải dẫn đến sự suy giảm rõ rệt về chức năng xã hội hoặc nghề nghiệp, hay phải nhập viện để ngăn ngừa làm hại đến bản thân hoặc người khác (thất thoát tài chính, hoạt động bất hợp pháp, mất việc, hành vi tự làm bản thân bị thương). Theo định nghĩa, sự hiện diện những đặc điểm loạn thần trong giai đoạn hưng cảm cũng có thể coi là đạt tiêu chí C.

Những triệu chứng hoặc hội chứng hưng cảm do tác dụng sinh lý của lạm dụng thuốc (trong bối cảnh ngộ độc amphetamine hoặc cocaine), tác dụng phụ của

việc sử dụng thuốc hoặc điều trị (có chất steroids, L-dopa, thuốc chống trầm cảm, thuốc kích thích), hoặc do bệnh lý y khoa khác không được đưa vào chẩn đoán rối loạn lưỡng cực I. Tuy nhiên, một giai đoạn đầy đủ hội chứng hưng cảm xảy ra trong thời gian điều trị (sử dụng thuốc, liệu pháp sốc điện, liệu pháp ánh sáng) hoặc lạm dụng thuốc và tồn tại dai dẳng vượt quá tác động sinh lý của tác nhân (sau khi thuốc đã hoàn toàn ra khỏi cơ thể, hoặc tác dụng của liệu pháp sốc điện được dự kiến đã hoàn toàn hết), được xem là đủ bằng chứng cho chẩn đoán giai đoạn hưng cảm (tiêu chí D). Cần thận trọng để mà một hoặc hai triệu chứng (đặc biệt là sự cáu kỉnh khó chịu gia tăng hoặc kích động sau khi sử dụng thuốc chống trầm cảm) không được xem là đủ để chẩn đoán giai đoạn hưng trầm cảm hay hưng cảm nhẹ, và cũng không nhất thiết chỉ định cho trạng rối loạn lưỡng cực. Cần phải đạt những tiêu chí của giai đoạn hưng cảm để chẩn đoán rối loạn lưỡng cực I, song không cần phải có giai đoạn hưng cảm nhẹ hay trầm cảm điển hình. Tuy nhiên, các giai đoạn này có thể đi trước hoặc theo sau giai đoạn hưng cảm. Có thể tìm thấy ở phần về rối loạn lưỡng cực II nội dung mô tả đầy đủ những đặc tính chẩn đoán của giai đoạn hưng cảm nhẹ, và những đặc tính của giai đoạn trầm cảm điển hình được mô tả trong nội dung về rối loạn trầm cảm điển hình.

Chẩn đoán rối loạn lưỡng cực II

A. Đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ít nhất một giai đoạn hưng cảm nhẹ (tiêu chuẩn A-F của tiêu chuẩn chẩn đoán giai đoạn hưng cảm nhẹ ở trên) và ít nhất một giai đoạn trầm cảm chủ yếu (tiêu chuẩn A-C của tiêu chuẩn chẩn đoán giai đoạn trầm cảm ở trên).

B. Chưa bao giờ có một giai đoạn hưng cảm.

C. Sự xuất hiện của các giai đoạn hưng cảm nhẹ, các giai đoạn trầm cảm chủ yếu không được giải thích tốt hơn bởi rối loạn phân liệt cảm xúc, TTPL, rối loạn dạng phân liệt, rối loạn hoang tưởng, rối loạn phổ TTPL biệt định hoặc không biệt định hay các rối loạn loạn thần khác.

Biệt định hiện tại hoặc hầu hết giai đoạn gần đây là:

Hưng cảm nhẹ.

Trầm cảm.

Biệt định:

Với lo âu.

Với giai đoạn hỗn hợp.

Với chu kỳ nhanh.

Với khí sắc phù hợp với loạn thần.

Khí sắc không phù hợp với loạn thần.

Với căng trương lực có thể ghi thêm mã 293.89 (F06.1).

Khởi phát liên quan thai sản.

Khởi phát liên quan đến mùa.

Biệt định tiến triển:

Thuyên giảm một phần.

Thuyên giảm hoàn toàn.

Biệt định mức độ:

Nhẹ.

Vừa.

Nặng.

Chẩn đoán phân biệt với:

- Rối loạn trầm cảm chủ yếu.
- Rối loạn khí sắc chu kì.
- Rối loạn phổ TTPL hoặc các rối loạn loạn thần liên quan.
- Rối loạn hoang sợ hoặc các rối loạn lo âu khác.
- Rối loạn do sử dụng chất.
- Rối loạn tăng động/giảm chú ý.
- Các rối loạn nhân cách.
- Các rối loạn lưỡng cực khác.

Đặc điểm chẩn đoán

Rối loạn lưỡng cực II được đặc trưng bởi một diễn tiến lâm sàng của các giai đoạn khí sắc tái diễn gồm một hoặc nhiều giai đoạn trầm cảm điển hình (tiêu chí A - C trong giai đoạn trầm cảm điển hình) và ít nhất một giai đoạn hưng cảm nhẹ (tiêu chí A - F trong giai đoạn hưng cảm nhẹ). Giai đoạn trầm cảm điển hình phải kéo dài ít nhất 2 tuần, và giai đoạn hưng cảm nhẹ phải kéo dài ít nhất 4 ngày để đạt tiêu chí chẩn đoán. Trong (các) giai đoạn khí sắc, số triệu chứng cần thiết hiện diện trong hầu hết thời gian trong ngày, hầu như hàng ngày, và thể hiện một sự thay đổi đáng kể so với hành vi và thực hiện chức năng thông thường. Sự hiện diện của một giai đoạn hưng cảm trong diễn tiến của căn bệnh loại trừ sự chẩn đoán rối loạn lưỡng cực II (Tiêu chí B cho "Rối loạn lưỡng cực II").

Các giai đoạn của rối loạn trầm cảm do sử dụng thuốc/chất hoặc rối loạn lưỡng cực và những rối loạn có liên quan gây ra do sử dụng chất/thuốc (thể hiện các tác dụng về mặt sinh lý của thuốc, những điều trị cơ thể khác của trầm cảm, lạm dụng thuốc, hoặc phơi nhiễm với chất độc hại) hoặc của rối loạn trầm cảm và những rối loạn có liên quan do một bệnh y khoa khác, của rối loạn lưỡng cực và rối loạn khác có liên quan, gây ra do một bệnh y khoa khác không được tính vào chẩn đoán rối loạn lưỡng cực II, trừ khi những triệu chứng đó tồn tại dai dẳng vượt quá tác dụng sinh lý của điều trị hoặc chất, và sau đó đạt tiêu chí thời gian cho một giai đoạn. Ngoài ra, các giai đoạn cũng không được giải thích tốt hơn bởi rối loạn phân liệt cảm xúc, và không chồng lên TTPL, rối loạn dạng phân liệt, rối loạn hoang tưởng, hay những rối loạn phổ TTPL biệt định hoặc không biệt định khác, hay những rối loạn loạn thần khác (tiêu chí C "Rối loạn lưỡng cực II"). Các giai đoạn trầm cảm hoặc hưng cảm nhẹ phải gây ra sự phiền muộn có ý nghĩa về lâm sàng hoặc suy giảm trong các chức năng xã hội, nghề nghiệp, hoặc các lĩnh vực quan trọng khác (tiêu chí D của Rối loạn lưỡng cực II); tuy nhiên, đối với những giai đoạn hưng cảm nhẹ, yêu cầu này là không nhất

thiết. Một giai đoạn hưng cảm nhẹ gây ra sự suy giảm có ý nghĩa sẽ có thể đạt chẩn đoán cho giai đoạn hưng cảm, và vì thế cũng có thể đạt chẩn đoán cả đời về rối loạn lưỡng cực I. Những giai đoạn trầm cảm điển hình tái diễn là thường xuyên hơn và kéo dài hơn so với những giai đoạn ở rối loạn lưỡng cực I.

Những người mắc rối loạn lưỡng cực II thường đến với nhà lâm sàng trong giai đoạn trầm cảm điển hình và thường không than phiền lúc ban đầu là hưng cảm nhẹ. Thông thường, bản thân các giai đoạn hưng cảm nhẹ không gây ra sự suy giảm. Thay vào đó, sự suy giảm là do các giai đoạn trầm cảm điển hình và do một mẫu dai dẳng của sự thay đổi khí sắc không tiên đoán được và chức năng nghề nghiệp và quan hệ giữa người với người là hay thay đổi và không tin cậy. Những người bị rối loạn lưỡng cực II có thể không coi giai đoạn hưng cảm nhẹ là một điều bất lợi hay bệnh lý, cho dù hành vi thất thường của người đó có thể gây rắc rối cho người khác. Bạn bè hoặc người thân, họ hàng thường cung cấp những thông tin lâm sàng hữu ích cần thiết khi chẩn đoán rối loạn lưỡng cực II.

Giai đoạn hưng cảm nhẹ không nên bị nhầm lẫn với một vài ngày vui vẻ và năng lượng phục hồi hoặc hoạt động theo sau quá trình thuyên giảm của trầm cảm điển hình. Cho dù có sự khác biệt đáng kể giữa độ nặng giữa giai đoạn hưng cảm và giai đoạn hưng cảm nhẹ, song rối loạn lưỡng cực II không phải là một “dạng nhẹ” của rối loạn lưỡng cực I. So với những người mắc rối loạn lưỡng cực I, những người mắc rối loạn lưỡng cực II có độ mãn tính của căn bệnh lớn hơn, và trung bình có nhiều thời gian hơn ở giai đoạn trầm cảm, và có thể nặng và gây khuyết tật. Những triệu chứng trầm cảm đồng diễn với một giai đoạn hưng cảm nhẹ hoặc các triệu chứng hưng cảm nhẹ đồng diễn với một giai đoạn trầm cảm là phổ biến ở những người bị rối loạn lưỡng cực II và thường biểu hiện nhiều ở nữ giới, đặc biệt là người bị hưng cảm nhẹ với những đặc điểm hỗn hợp. Những người bị hưng cảm nhẹ với những đặc điểm hỗn hợp có thể không gọi những triệu chứng của mình là hưng cảm nhẹ, mà có thể coi đó là trầm cảm với năng lượng gia tăng hoặc sự khó chịu.

Những đặc điểm đi kèm hỗ trợ cho việc chẩn đoán

Một đặc điểm phổ biến của rối loạn lưỡng cực II là sự xung động mà có thể góp phần dẫn đến nỗ lực muốn tự tử và rối loạn sử dụng chất. Xung động có thể xuất phát từ một rối loạn nhân cách đồng thời, rối loạn sử dụng chất, rối loạn lo âu, rối loạn tâm thần khác, hoặc bệnh lý y khoa. Tính sáng tạo có thể được tăng cao ở một số người mắc chứng rối loạn lưỡng cực. Tuy nhiên, mối quan hệ đó có thể không tuyến tính, nghĩa là những thành tựu về sáng tạo đạt được trong đời lớn hơn đi kèm với các dạng nhẹ hơn của rối loạn lưỡng cực, và sự sáng tạo ở mức cao hơn đã được tìm thấy ở những thành viên không bị ảnh hưởng trong gia đình. Sự gắn kết của cá nhân đó với tính sáng tạo cao trong các giai đoạn

hung cảm nhẹ có thể góp phần vào sự do dự trong việc tìm kiếm điều trị và làm giảm sự tuân thủ điều trị.

Tỷ lệ lưu hành

Tỷ lệ lưu hành 12 tháng của rối loạn lưỡng cực II trên toàn thế giới là 0.3%. Ở Hoa Kỳ, tỷ lệ lưu hành 12 tháng là 0.8%. Tỷ lệ lưu hành của rối loạn lưỡng cực II ở bệnh nhi rất khó để xác định. Rối loạn lưỡng cực I, rối loạn lưỡng cực V, và rối loạn lưỡng cực không biệt định khác theo DSM-IV có tỉ lệ lưu hành kết hợp là 1.8% ở Hoa Kỳ và cao hơn ở các mẫu cộng đồng không phải là Mỹ (2.7%) đối với trẻ 12 tuổi trở lên.

Sự phát triển và diễn tiến

Mặc dù rối loạn lưỡng cực II có thể bắt đầu ở giai đoạn sau tuổi thanh thiếu niên và xuyên suốt giai đoạn trưởng thành, tuổi trung bình vào thời điểm khởi phát là giữa lứa 20, hơi chậm hơn so với rối loạn lưỡng cực I nhưng sớm hơn rối loạn trầm cảm điển hình. Bệnh thường bắt đầu nhất với giai đoạn trầm cảm, và không được nhận ra là rối loạn lưỡng cực II cho đến khi một giai đoạn hưng cảm nhẹ xảy ra; trường hợp này xảy ra với khoảng 12% người bệnh với chẩn đoán ban đầu là rối loạn trầm cảm điển hình. Các rối loạn lo âu, sử dụng chất, hoặc rối loạn ăn uống có thể diễn ra trước khi chẩn đoán, làm cho việc phát hiện trở nên phức tạp. Nhiều người phải trải qua vài giai đoạn trầm cảm điển hình trước khi giai đoạn hưng cảm nhẹ được phát hiện.

Số giai đoạn trong đời (các giai đoạn hưng cảm nhẹ và trầm cảm điển hình) có xu hướng cao hơn ở rối loạn lưỡng cực II so với rối loạn trầm cảm điển hình hay rối loạn lưỡng cực I. Tuy nhiên, những người mắc chứng rối loạn lưỡng cực I thực tế dễ có những triệu chứng hưng cảm nhẹ hơn những người mắc chứng rối loạn lưỡng cực II. Khoảng thời gian giữa hai giai đoạn khí sắc trong diễn tiến của rối loạn lưỡng cực II có xu hướng giảm khi già đi. Trong khi giai đoạn hưng cảm nhẹ là tương lai xác định rối loạn lưỡng cực II, thì các giai đoạn trầm cảm lại kéo dài hơn, và làm mất dần chức năng theo thời gian. Mặc dù trầm cảm chiếm đa số, một khi giai đoạn hưng cảm nhẹ xảy ra thì chẩn đoán sẽ trở thành rối loạn lưỡng cực II và không bao giờ quay ngược lại rối loạn trầm cảm điển hình.

3.3 Rối loạn khí sắc chu kỳ

Mã số: 301.13 (F34.0)

A. Thời gian ít nhất 2 năm, (đối với trẻ em hoặc vị thành niên ít nhất là 1 năm) biểu hiện một số giai đoạn có các triệu chứng hưng cảm nhẹ nhưng chưa đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán giai đoạn hưng cảm nhẹ và một số giai đoạn có các

triệu chứng trầm cảm nhưng không đủ thoả mãn các tiêu chuẩn cho một giai đoạn trầm cảm chủ yếu.

B. Trong phạm vi 2 năm nêu trên (1 năm cho trẻ em và vị thành niên) bệnh nhân không bao giờ thiếu các triệu chứng trong tiêu chuẩn A cho một giai đoạn hơn 2 tháng.

C. Không có một giai đoạn trầm cảm chủ yếu, hưng cảm hoặc hỗn hợp biểu hiện trong 2 năm đầu của bệnh.

D. Các triệu chứng từ tiêu chuẩn A không phải là rối loạn phân liệt cảm xúc, TTPL, rối loạn dạng phân liệt, rối loạn hoang tưởng và rối loạn tâm thần không biệt định khác.

E. Các triệu chứng không phải là hậu quả trực tiếp của một chất (ma túy, rượu hoặc thuốc) hoặc một bệnh cơ thể (ví dụ: cường giáp).

F. Các triệu chứng là nguyên nhân ảnh hưởng rõ rệt đến các lĩnh vực nghề nghiệp, xã hội và các chức năng quan trọng khác.

Chẩn đoán phân biệt:

- Rối loạn cảm xúc do một bệnh cơ thể.

Chẩn đoán là rối loạn cảm xúc do một bệnh cơ thể, có yếu tố pha trộn khi rối loạn cảm xúc là hậu quả trực tiếp của một bệnh cơ thể thường là bệnh mạn tính (ví dụ: cường giáp). Chẩn đoán này dựa cơ sở trên tiền sử, xét nghiệm cận lâm sàng, khám cơ thể.

- Các rối loạn cảm xúc do một chất/do thuốc.

Rối loạn cảm xúc do một chất được phân biệt với khí sắc chu kì bởi bệnh nhân có sử dụng một chất (đặc biệt là chất kích thần) là nguyên nhân gây ra rối loạn cảm xúc.

- Rối loạn lưỡng cực I và rối loạn lưỡng cực II chu kì nhanh.

Cả 2 rối loạn này giống với khí sắc chu kì ở khí sắc không ổn định và bền vững. Theo định nghĩa, trạng thái rối loạn cảm xúc của khí sắc chu kì có cường độ nhẹ nên không thoả mãn toàn bộ các tiêu chuẩn cho một giai đoạn trầm cảm chủ yếu, hưng cảm hoặc hỗn hợp. Trong khi đó rối loạn cảm xúc lưỡng cực I và lưỡng cực II có chu kì nhanh lại thoả mãn đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán cho giai đoạn trầm cảm chủ yếu, hưng cảm hoặc hỗn hợp. Nếu như một giai đoạn trầm cảm chủ yếu, hưng cảm hoặc hỗn hợp xuất hiện trong khí sắc chu kì, chẩn đoán sẽ được đặt là rối loạn lưỡng cực I hoặc rối loạn lưỡng cực II.

- Rối loạn nhân cách ranh giới.

Rối loạn nhân cách thể ranh giới cũng có khí sắc không ổn định có thể bị coi là khí sắc chu kì. Nếu như bệnh nhân thoả mãn các tiêu chuẩn cho cả 2 bệnh, chẩn đoán có thể là cả rối loạn nhân cách thể ranh giới và khí sắc chu kì cùng được đặt ra.

3.4 Rối loạn lưỡng cực do một chất/thuốc

A. Một giai đoạn rối loạn nổi bật và dai dẳng của khí sắc trong đó hình ảnh lâm sàng đặc trưng là sự gia tăng, mở rộng khí sắc hoặc khí sắc kích thích có hay

không có khí sắc trầm hoặc suy giảm rõ rệt sự quan tâm hay thích thú trong tất cả hoặc hầu hết các hoạt động.

B. Có bằng chứng từ bệnh sử, khám bệnh và các xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy (1) và 2:

1. Các triệu chứng trong tiêu chuẩn A phát triển ngay sau khi ngộ độc, trạng thái cai một chất hoặc sau khi tiếp xúc với một thuốc.

2. Các chất/thuốc liên quan có khả năng tạo ra các triệu chứng ở tiêu chuẩn A.

C. Rối loạn này không giải thích tốt hơn bởi các triệu chứng của rối loạn lưỡng cực không phải do chất/thuốc gây ra. Bằng chứng của một rối loạn lưỡng cực độc lập bao gồm: Các triệu chứng có trước khi sử dụng chất/thuốc; các triệu chứng kéo dài trong một thời gian đủ dài (ví dụ, khoảng 1 tháng) sau khi hết trạng thái cai hoặc ngộ độc nặng; hoặc có bằng chứng không do chất gây rối loạn lưỡng cực (ví dụ, tiền sử tái diễn các giai đoạn rối loạn lưỡng cực phi chất/thuốc).

D. Rối loạn không xảy ra trong giai đoạn sảng.

E. Rối loạn gây đau khổ rõ trên lâm sàng hoặc gây suy giảm chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực quan trọng khác.

Chẩn đoán phân biệt

- Các rối loạn lưỡng cực khác.
- Sảng do một chất hoặc ngộ độc chất.
- Tác dụng phụ của thuốc.

3.5 Rối loạn lưỡng cực do một bệnh cơ thể khác

A. Nổi lên trong bệnh cảnh lâm sàng là một giai đoạn kéo dài, bền vững khí sắc tăng bất thường, mở rộng hoặc kích thích và tăng bất thường các hoạt động hoặc năng lượng.

B. Trong tiền sử, kết quả thăm khám hoặc các xét nghiệm có bằng chứng cho thấy rối loạn là hậu quả sinh lý bệnh trực tiếp của một bệnh cơ thể khác.

C. Rối loạn này không được giải thích tốt hơn bởi một RLTT khác D. Rối loạn hoàn toàn không xuất hiện riêng trong trạng thái sảng.

E. Rối loạn gây ra những đau khổ (distress) đáng kể về lâm sàng hoặc làm tổn thất đến các chức năng xã hội, nghề nghiệp hay các lĩnh vực hoạt động quan trọng khác, hoặc cần phải điều trị nội trú để phòng ngừa gây hại cho bản thân hoặc cho người khác, hoặc có những đặc điểm loạn thần.

Biệt định nếu:

- (F06.33) với các đặc điểm hưng cảm.
- (F06.33) với giai đoạn giống hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ.
- (F06.34) với các đặc điểm hỗn hợp.

Chẩn đoán phân biệt:

- Các triệu chứng của sảng, căng trương lực và lo âu cấp.
- Các triệu chứng trầm cảm hoặc hưng cảm do thuốc.

Rối loạn lưỡng cực không biệt định và rối loạn có liên quan

296.80 (F31.90)

Phân loại này áp dụng đối với các biểu hiện mà trong đó các triệu chứng đặc trưng của rối loạn lưỡng cực và rối loạn có liên quan, gây ra sự phiền muộn có ý nghĩa về mặt lâm sàng hoặc sự suy giảm về chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc những lĩnh vực quan trọng khác chiếm ưu thế, song không đạt đầy đủ tiêu chí cho bất kì rối loạn có liên quan đến chất cần sa nào, hay bất kì rối loạn nào trong phân loại chẩn đoán các rối loạn nghiện liên quan đến chất. Phân loại rối loạn lưỡng cực không biệt định và rối loạn có liên quan được sử dụng trong những tình huống mà các nhà lâm sàng chọn cách không ghi chú rõ lý do mà các triệu chứng không thỏa mãn cho một loại rối loạn lưỡng cực cụ thể và rối loạn có liên quan, và bao gồm các biểu hiện mà trong đó không có đủ thông tin để chẩn đoán cụ thể hơn (vd trong cơ sở của phòng cấp cứu).

Các ghi chú cho rối loạn lưỡng cực và các rối loạn liên quan

Ghi chú rõ nếu có:

Với sự phiền muộn lo lắng: Hiện diện ít nhất hai trong số các triệu chứng sau đây vào hầu hết các ngày của giai đoạn hiện tại hoặc gần đây nhất của hưng cảm, hưng cảm nhẹ, hoặc trầm cảm.

1. Cảm thấy căng thẳng
2. Cảm thấy bồn chồn một cách bất thường
3. Khó tập trung vì lo lắng
4. Cảm thấy sợ điều gì đó kinh khủng có thể xảy ra
5. Cảm thấy mình có thể mất kiểm soát bản thân.

Ghi chú rõ độ nghiêm trọng hiện tại:

Nhẹ: hai triệu chứng

Trung bình: ba triệu chứng

Khá nặng: bốn hoặc năm triệu chứng

Nặng: bốn hoặc năm triệu chứng kèm theo kích động vận động

Lưu ý: Sự phiền muộn lo âu được coi như là một đặc điểm nổi bật của rối loạn lưỡng cực và rối loạn trầm cảm điển hình ở cả cơ sở chăm sóc ban đầu và ở các cơ sở chuyên khoa sức khỏe tâm thần. Lo lắng ở mức độ cao đi kèm với nguy cơ tự tử cao hơn, thời gian ốm kéo dài hơn, và khả năng lớn hơn của không đáp ứng với điều trị. Do đó, việc xác định chính xác biểu hiện và mức độ nghiêm trọng của sự phiền muộn lo lắng là có ích về mặt lâm sàng, để lên kế hoạch điều trị và theo dõi đáp ứng với điều trị.

Với các đặc điểm hỗn hợp: Xác định các đặc điểm hỗn hợp có thể áp dụng cho giai đoạn hưng cảm, hưng cảm nhẹ hoặc trầm cảm trong rối loạn lưỡng cực I hoặc II.

Giai đoạn hưng trầm cảm hoặc hưng cảm nhẹ, với các đặc điểm hỗn hợp:

- A. Có đầy đủ tiêu chí của giai đoạn hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ, và ít nhất ba trong số những triệu chứng sau đây biểu hiện trong phần lớn các ngày của giai đoạn hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ hiện tại hoặc gần đây nhất:
1. Loạn cảm hoặc khí sắc trầm rõ rệt, thể hiện hoặc bởi báo cáo chủ quan (cảm thấy buồn hoặc trống rỗng) hoặc do người khác quan sát thấy (hay chảy nước mắt).
 2. Giảm sự quan tâm và hứng thú trong tất cả, hoặc hầu như tất cả, các hoạt động (thể hiện hoặc bằng báo cáo chủ quan hoặc do người khác).
 3. Chậm chạp tâm thần vận động hầu như hàng ngày (người khác có thể quan sát được, không chỉ là cảm giác chủ quan về việc trở nên chậm chạp)
 4. Mệt mỏi, hoặc thiếu năng lượng.
 5. Cảm thấy vô giá trị hoặc tội lỗi quá mức hay không phù hợp (không chỉ là tự trách hay tội lỗi vì mình bị ốm).
 6. Các ý nghĩ tái diễn về cái chết (không chỉ là sợ chết), ý nghĩ tái diễn về tự tử mà không có kế hoạch cụ thể, hoặc nỗ lực tự tử hoặc có kế hoạch cụ thể về việc thực hiện tự tử.
- B. Các triệu chứng hỗn hợp có thể quan sát được bởi người khác, và biểu hiện một sự thay đổi so với hành vi thông thường của người đó.
- C. Đối với những cá nhân có đủ tiêu chí của cả giai đoạn hưng cảm và trầm cảm cùng lúc, thì chẩn đoán nên là giai đoạn hưng cảm, với các đặc điểm hỗn hợp do sự suy giảm rõ rệt và độ nặng lâm sàng của giai đoạn hưng cảm đầy đủ.

- D. Các triệu chứng hỗn hợp không xảy ra do những tác động sinh lý của một chất nào đó (ví dụ như một loại thuốc lạm dụng, một loại thuốc uống điều trị).

Giai đoạn trầm cảm, với các đặc điểm hỗn hợp

- A. Có đủ tiêu chí của một giai đoạn trầm cảm điển hình, và ít nhất ba trong số những triệu chứng hưng cảm/hưng cảm nhẹ sau đây trong phần lớn các ngày của giai đoạn trầm cảm hiện tại hoặc gần đây nhất:
1. Khí sắc gia tăng, dễ chan hòa
 2. Sự tự tin được bơm phồng hay sự tự cao.
 3. Nói nhiều hơn bình thường hoặc có áp lực phải nói liên hồi.
 4. Tư duy phi tán, hoặc trải nghiệm chủ quan cảm thấy những ý nghĩ đang chạy đua.
 5. Gia tăng năng lượng trong hoạt động có mục đích (hoặc là về mặt xã hội, tại nơi làm việc, trường học hoặc về mặt tình dục).
 6. Gia tăng hoặc tham gia quá mức vào các hoạt động có nguy cơ cao gây ra các hậu quả đau đớn (chẳng hạn như tham gia vào những cuộc mua bán không giới hạn, tình dục bừa bãi, hoặc đầu tư kinh doanh một cách ngớ ngẩn).
 7. Giảm nhu cầu ngủ (cảm thấy thoải mái mặc dù ngủ ít hơn bình thường; ngược lại với chứng mất ngủ).
- B. Các triệu chứng hỗn hợp có thể quan sát được bởi những người khác, và biểu hiện một sự thay đổi so với hành vi thông thường của người đó.
- C. Đối với những bệnh nhân có triệu chứng thỏa mãn hai tiêu chí đầy đủ của cả giai đoạn hưng cảm và trầm cảm cùng lúc, thì chẩn đoán nên là giai đoạn hưng cảm, với các đặc điểm hỗn hợp.
- D. Các triệu chứng hỗn hợp không xảy ra do những tác động sinh lý của một chất nào đó (ví dụ như một loại thuốc lạm dụng, một loại thuốc uống điều trị).

Lưu ý: Các đặc điểm hỗn hợp đi kèm với một giai đoạn trầm cảm điển hình được cho là một nhân tố nguy cơ đáng kể dẫn tới hình thành rối loạn lưỡng cực I hoặc II. Chính vì vậy, việc có ích đối với lâm sàng là lưu ý sự hiện diện của các ghi chú này để lên kế hoạch điều trị và giám sát đáp ứng với điều trị.

Với chu kỳ nhanh (có thể áp dụng cho rối loạn lưỡng cực I và II): hiện diện của ít nhất 4 giai đoạn khí sắc trong 12 tháng vừa qua thỏa mãn tiêu chí giai đoạn hưng cảm, hưng cảm nhẹ, hay trầm cảm điển hình.

Lưu ý: Các giai đoạn được phân ranh giới bởi hoặc là sự thuyên giảm một phần hoặc toàn bộ của ít nhất 2 tháng, hoặc chuyển sang một giai đoạn của cực đối lập (ví dụ từ giai đoạn trầm cảm điển hình sang giai đoạn hưng cảm).

Lưu ý: Đặc điểm thiết yếu của rối loạn lưỡng cực chu kỳ nhanh là sự xảy ra ít nhất bốn giai đoạn khí sắc trong 12 tháng vừa qua. Các giai đoạn này có thể diễn ra với bất kỳ sự kết hợp hoặc thứ tự nào. Các giai đoạn phải thỏa mãn tiêu chí về khoảng thời gian và số triệu chứng của giai đoạn trầm cảm điển hình, hưng cảm hay hưng cảm nhẹ, và phải được phân ranh giới bởi hoặc một giai đoạn thuyên giảm hoàn toàn hoặc chuyển sang một giai đoạn của cực đối lập. Những giai đoạn hưng cảm và hưng cảm nhẹ được coi là cùng một cực. Ngoại trừ việc diễn ra thường xuyên hơn thì những giai đoạn diễn ra theo kiểu chu kỳ nhanh không khác với những giai đoạn không diễn ra theo kiểu chu kỳ nhanh. Các giai đoạn khí sắc được xem là xác định chu kỳ nhanh đều loại trừ những giai đoạn trực tiếp gây ra do một chất (vd cocaine, corticosteroids) hoặc một bệnh lý y khoa khác.

Với các đặc điểm trầm cảm (melancholic):

A. Một trong số những triệu chứng sau đây hiện diện trong giai đoạn nặng nhất của giai đoạn hiện tại:

1. Mất hứng thú ở tất cả, hoặc hầu như tất cả, mọi hoạt động.
2. Mất phản ứng với những kích thích vui thú thông thường (không cảm thấy tốt hơn nhiều, thậm chí chỉ là tạm thời, chỉ có điều gì đó tốt xảy ra).

B. Ba trong số những biểu hiện sau đây (hoặc nhiều hơn).

1. Một chất lượng khác biệt của khí sắc trầm đặc trưng bởi sự chán nản sâu sắc, sự thất vọng, và/hoặc rầu rĩ, hoặc tâm trạng gọi là “trống rỗng”.
2. Sự trầm cảm thường tồi tệ hơn vào buổi sáng.
3. Dậy sớm vào buổi sáng (tức ít nhất 2 tiếng sớm hơn so với bình thường)
4. Kích động hoặc chậm chạp về tâm thần vận động rõ rệt.
5. Chán ăn hoặc sút cân đáng kể.
6. Ý tưởng tội lỗi quá mức hoặc không phù hợp.

Lưu ý: Ghi chú rõ “Với các đặc điểm trầm cảm” được áp dụng nếu những đặc điểm này hiện diện tại thời điểm trầm trọng nhất của giai đoạn. Không chỉ là giảm mà là gần như không hề có khả năng hứng thú. Một hướng dẫn cho việc đánh giá việc thiếu phản ứng khí sắc là ngay cả ở những sự kiện được ham muốn cao, thì tâm trạng cũng không khởi sắc hơn là bao nhiêu. Tâm trạng có thể không hề khá hơn, hoặc chỉ khởi sắc một phần (vd, tăng khoảng 20-40% so với bình thường, và mỗi lần chỉ khoảng một vài phút). “Tính chất khác biệt” của khí sắc đặc trưng cho ghi chú “với các đặc điểm trầm cảm” được trải nghiệm khác biệt về mặt chất lượng so với tính chất trong một giai đoạn trầm cảm không trầm uất. Một khí sắc trầm được mô tả chỉ đơn là trầm trọng hơn, kéo dài hơn, hoặc hiện diện không rõ lí do không được coi là khác biệt về chất lượng. Những thay đổi về tâm thần vận động hầu như luôn luôn hiện diện, và người khác có thể quan sát được.

Những đặc điểm trầm cảm chỉ thể hiện với xu hướng khiếm tốn lặp lại qua các giai đoạn ở cùng cá nhân. Các đặc điểm này là thường xuyên hơn ở bệnh nhân nội trú, ngược với bệnh nhân ngoại trú; ít có khả năng xảy ra hơn ở giai đoạn trầm cảm điển hình mức độ nhẹ so với thể nặng hơn; và nhiều khả năng xảy ra hơn ở những bệnh nhân có các đặc điểm loạn thần.

4 RỐI LOẠN TRẦM CẢM

4.1 Rối loạn điều hòa khí sắc (Disruptive mood dysregulation Disorder)

Mã số: 296.99 (F34.8)

A. Các cơn bùng nổ cảm xúc trầm trọng tái diễn dai dẳng, thể hiện dưới dạng ngôn ngữ (ví dụ cơn giận dữ) và/hoặc hành vi (ví dụ, xâm hại người khác hoặc phá hoại tài sản) hoàn toàn không tương thích với hoàn cảnh hoặc cường độ kích thích.

B. Các cơn bùng nổ không tương thích với mức độ phát triển.

C. Các cơn bùng nổ xuất hiện trung bình khoảng 3 lần (hoặc hơn) trong một tuần.

D. Giữa 2 lần bùng nổ, khí sắc thường là trạng thái kích thích hoặc bức bối, kéo dài dai dẳng, gần như suốt ngày, hầu như ngày nào cũng trong tình trạng như vậy. Người xung quanh (ví dụ, cha mẹ, giáo viên, bạn bè) đều dễ dàng nhận thấy tình trạng này.

E. Những biểu hiện như trong tiêu chuẩn A-D kéo dài ít nhất 12 tháng. Trong khoảng thời gian này, không có giai đoạn nào kéo dài đến 3 tháng mà không có bất kì một triệu chứng nào trong các tiêu chuẩn A-D.

F. Tiêu chuẩn A và D phải xuất hiện trong 2 (hoặc nhiều hơn) hoàn cảnh (ví dụ, ở nhà, ở trường học, với bạn bè), mức độ nặng thể hiện ở ít nhất trong một hoàn cảnh.

G. Chẩn đoán lần đầu được đưa ra trước 6 tuổi hoặc sau 18 tuổi.

H. Trong tiền sử hoặc đã được quan sát thấy các triệu chứng trong tiêu chuẩn A-E khởi phát trước 10 tuổi.

I. Không có một khoảng thời gian nào kéo dài đến 1 tháng (hoặc hơn), trong đó có đủ các tiêu chuẩn, trừ tiêu chuẩn thời gian, đáp ứng chẩn đoán giai đoạn hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ. Chú ý: không nên xem những biểu hiện cảm xúc theo lứa tuổi, ví dụ, những cảm xúc liên quan đến một sự kiện gây nhiều cảm xúc tích cực hoặc chờ đợi nó, là những triệu chứng của hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ.

J. Các hành vi không xuất hiện chỉ trong giai đoạn rối loạn trầm cảm chủ yếu và không thể được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần khác (ví dụ, rối loạn phổ tự kỉ, PTSD, rối loạn lo âu chia tách, rối loạn trầm cảm dai dẳng/loạn khí sắc).

Chú ý: Chẩn đoán không được đặt ra đồng thời với rối loạn hành vi chống đối, rối loạn bùng nổ từng cơn, hoặc rối loạn lưỡng cực, mặc dù có thể nó đi cùng với các chẩn đoán khác, trong đó có rối loạn trầm cảm chủ yếu, tăng động/giảm chú ý, rối loạn hành vi đạo đức (conduct disorder) và rối loạn sử dụng chất. Những người có các triệu chứng đáp ứng tiêu chuẩn cả hai chẩn đoán: rối loạn điều hòa khí sắc và rối loạn hành vi chống đối thì chỉ đưa ra chẩn đoán rối loạn điều hòa khí sắc. Nếu cá nhân đã từng có giai đoạn hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ thì không nên ấn định rối loạn điều hòa khí sắc.

K. Các triệu chứng không phải là do tác dụng sinh lí của một chất hoặc một bệnh cơ thể hay bệnh thần kinh khác.

Chẩn đoán phân biệt:

- Rối loạn lưỡng cực
- Rối loạn hành vi chống đối
- ADHD, rối loạn trầm cảm chủ yếu, các rối loạn lo âu, rối loạn phổ tự kỉ
- Rối loạn bùng nổ từng cơn.

4.2 Rối loạn trầm cảm chủ yếu (Major Depressive Disorder)

A. Năm (hoặc hơn) trong số các triệu chứng sau được biểu hiện trong thời gian 2 tuần và biểu hiện một số sự thay đổi mức độ chức năng trước đây, có ít nhất 1 trong các triệu chứng hoặc là (1) khí sắc giảm, hoặc là (2) mất thích thú/sở thích. Ghi chú : Không bao gồm các triệu chứng là hậu quả rõ ràng của bệnh cơ thể hoặc hoang tưởng hoặc ảo giác không phù hợp với khí sắc.

1. Khí sắc giảm ở phần lớn thời gian trong ngày, hầu như hằng ngày, nhận biết hoặc bởi chính bệnh nhân (ví dụ: cảm giác buồn hoặc cảm xúc trống rỗng) hoặc được quan sát bởi người khác (ví dụ: thấy bệnh nhân khóc). Ghi chú: ở trẻ em và vị thành niên khí sắc có thể bị kích thích.

2. Giảm sút rõ ràng các thích thú/sở thích ở tất cả hoặc hầu như tất cả các hoạt động, có phần lớn thời gian trong ngày, hầu như hằng ngày (được chỉ ra hoặc bởi bệnh nhân, hoặc từ sự quan sát của người khác).

3. Giảm cân rõ ràng, cả khi không ăn kiêng, hoặc tăng cân (ví dụ: thay đổi hơn 5% trọng lượng cơ thể trong một tháng), giảm hoặc tăng cảm giác ngon miệng hầu như hằng ngày. Lưu ý: trẻ em mất khả năng đạt được cân nặng cần thiết.
 4. Mất ngủ hoặc ngủ nhiều hầu như hằng ngày.
 5. Kích động hoặc vận động tâm thần chậm hầu như hằng ngày (được quan sát bởi người khác, không chỉ cảm giác của bệnh nhân là không yên tĩnh hoặc chậm chạp).
 6. Mệt mỏi hoặc mất năng lượng hầu như hằng ngày.
 7. Cảm giác vô dụng hoặc tội lỗi quá mức (có thể là hoang tưởng) hầu như hằng ngày (không chỉ là tự khiếm trách hoặc kết tội liên quan đến các vấn đề mắc phải).
 8. Giảm khả năng suy nghĩ, tập trung chú ý hoặc khó đưa ra quyết định hầu như hằng ngày (bệnh nhân tự thấy, hoặc người khác nhận thấy).
 9. Ý nghĩ tiếp tục về cái chết (không chỉ là sợ chết), ý định tự sát tái diễn không có một kế hoạch trước, một hành vi tự sát hoặc một kế hoạch cụ thể để tự sát thành công.
- B. Các triệu chứng không thỏa mãn cho một giai đoạn hỗn hợp.
- C. Các triệu chứng được biểu hiện rõ ràng, là nguyên nhân ảnh hưởng đến các lĩnh vực xã hội, nghề nghiệp hoặc trong các lĩnh vực quan trọng khác.
- D. Các triệu chứng không phải là hậu quả sinh lý trực tiếp của một chất (ví dụ: ma túy, thuốc) hoặc do một bệnh cơ thể (ví dụ: bệnh nhược giáp).
- E. Các triệu chứng không được giải thích tốt bởi có tang, nghĩa là sau khi mất người thân, các triệu chứng bền vững hơn 2 tháng, được đặc trưng bởi rối loạn chức năng rõ ràng, có ý nghĩ mình là vô dụng, ý tưởng tự sát, các triệu chứng loạn thần hoặc vận động tâm thần chậm.

Chẩn đoán phân biệt:

- Giai đoạn hưng cảm kèm theo những phản ứng cáu gắt (prominent irritable) hoặc pha hỗn hợp.
- Rối loạn khí sắc do một bệnh cơ thể khác.
- Rối loạn trầm cảm do một chất/thuốc hoặc rối loạn lưỡng cực.
- Rối loạn tăng động/ giảm chú ý.
- Rối loạn thích ứng có khí sắc trầm cảm.

4.3 Rối loạn trầm cảm dai dẳng (loạn khí sắc) (Persistent Depressive Disorder/Dysthymia)

- A. Khí sắc giảm trong phần lớn của ngày, nhiều ngày có hơn là ngày không, được bệnh nhân nhận thấy hoặc được quan sát bởi người khác trong thời gian ít nhất 2 năm. Lưu ý: ở trẻ em và vị thành niên khí sắc có thể là bị kích thích và thời gian cần ít nhất là 1 năm.
- B. Biểu hiện trong thời gian trầm cảm 2 hoặc hơn các triệu chứng sau:
1. Giảm cảm giác ngon miệng hoặc ăn quá nhiều.
 2. Ít ngủ hoặc ngủ nhiều.
 3. Giảm năng lượng và mệt mỏi.

4. Tự tin giảm.

5. Giảm khả năng tập trung hoặc khó quyết định.

6. Cảm giác tuyệt vọng.

B. Trong giai đoạn kéo dài 2 năm (một năm cho trẻ em hoặc vị thành niên) bệnh nhân không bao giờ không có các triệu chứng thoả mãn tiêu chuẩn A và B trong thời gian kéo dài hơn 2 tháng, mỗi lần.

C. Không một giai đoạn trầm cảm nào biểu hiện trong thời gian 2 năm đầu của tổn thương (một năm cho trẻ em và vị thành niên), nghĩa là bệnh không được giải thích tốt hơn bởi rối loạn trầm cảm chủ yếu mãn tính hoặc rối loạn trầm cảm chủ yếu có lui bệnh một phần. Lưu ý: có thể có một giai đoạn trầm cảm chủ yếu trước đó với điều kiện đã có lui bệnh hoàn toàn (không có các dấu hiệu và triệu chứng trong vòng 2 tháng) trước khi xuất hiện rối loạn khí sắc. Ngoài ra, sau 2 năm đầu (một năm với trẻ em và vị thành niên) của rối loạn khí sắc, có thể có các giai đoạn trầm cảm chủ yếu, trong trường hợp này, sẽ được đặt cả 2 chẩn đoán khi thoả mãn các tiêu chuẩn cho giai đoạn trầm cảm chủ yếu.

D. Không bao giờ có một giai đoạn hưng cảm, pha trộn hoặc hưng cảm nhẹ và không bao giờ thoả mãn các tiêu chuẩn cho rối loạn khí sắc chu kì.

E. Rối loạn không xuất hiện trong phạm vi một loạn thần mạn tính như TTPL hoặc rối loạn hoang tưởng.

F. Rối loạn không phải là kết quả sinh lí trực tiếp của một chất (ví dụ ma túy, thuốc) hoặc một bệnh cơ thể (ví dụ nhược giáp).

G. Các triệu chứng là nguyên nhân ảnh hưởng lâm sàng rõ ràng trong các lĩnh vực xã hội, nghề nghiệp hoặc trong các lĩnh vực chức năng quan trọng khác.

Được biệt định nếu như :

- Khởi phát sớm: nếu khởi phát xuất hiện trước năm 21 tuổi.

- Khởi phát muộn: nếu khởi phát ở tuổi 21 hoặc muộn hơn.

- Có yếu tố không đặc trưng.

Chẩn đoán phân biệt:

- Chẩn đoán phân biệt giữa loạn khí sắc và rối loạn trầm cảm chủ yếu là rất khó do thực tế là cả 2 rối loạn có triệu chứng giống nhau nhưng sự khác biệt giữa chúng ở giai đoạn khởi phát, độ dài, độ bền và mức độ nặng không dễ đánh giá hồi cứu.

Rối loạn trầm cảm chủ yếu được xác định từ một hoặc nhiều giai đoạn trầm cảm chủ yếu riêng rẽ có các giai đoạn lui bệnh giữa các cơn trầm cảm chủ yếu, trong khi loạn khí sắc được đặc trưng bởi các triệu chứng trầm cảm nhẹ và biểu hiện liên tục trong nhiều năm.

- Các triệu chứng trầm cảm có thể là một yếu tố phối hợp thường xuyên của rối loạn tâm thần mạn tính (ví dụ của rối loạn phân liệt cảm xúc, TTPL, rối loạn hoang tưởng). Một chẩn đoán riêng rẽ rối loạn khí sắc không đặt ra nếu như các triệu chứng xuất hiện chỉ trong phạm vi của RLTT (bao gồm cả pha di chứng).

- Rối loạn khí sắc cần được phân biệt với rối loạn cảm xúc do một bệnh cơ thể. Chẩn đoán là rối loạn cảm xúc do bệnh cơ thể, có yếu tố trầm cảm, nếu như các

rối loạn cảm xúc được coi là kết quả sinh lý trực tiếp của bệnh cơ thể, thường là bệnh mãn tính (vữa xơ động mạch). Điểm nhấn mạnh này được đặt cơ sở trên tiền sử, số liệu cận lâm sàng, khám cơ thể.

- Một rối loạn cảm xúc tạo ra bởi một chất được phân biệt với rối loạn khí sắc từ thực tế là bệnh nhân có sử dụng một chất (ví dụ ma túy, thuốc hoặc chất độc) được coi là bệnh sinh trong liên quan với rối loạn cảm xúc.

- Bệnh nhân loạn khí sắc thường có rối loạn nhân cách phối hợp. Khi bảng lâm sàng của một bệnh nhân thoả mãn các tiêu chuẩn cho cả rối loạn khí sắc và rối loạn nhân cách, cả 2 chẩn đoán đều được đặt ra.

4.4 Rối loạn cảm xúc tiền kinh nguyệt (Premenstrual Dysphoric Disorder)

Mã số: 625.4 (N94.3)

A. Trong phần lớn các chu kì kinh nguyệt, ít nhất có 5 triệu chứng xuất hiện trong tuần cuối của chu kì, khá lên trong vài ngày sau khi hành kinh và ở mức độ tối thiểu hoặc hết các triệu chứng ở tuần sau hành kinh.

B. Có 1 (hoặc nhiều hơn) trong số các triệu chứng dưới đây:

1. Cảm xúc dao động đáng kể (ví dụ, thay đổi tâm trạng nhanh, đột nhiên cảm thấy buồn, tăng nhạy cảm với những từ chối).

2. Tăng kích thích hoặc tăng xung đột với người khác.

3. Khí sắc trầm rõ rệt, cảm giác vô vọng hoặc những ý nghĩ chống lại chính mình.

4. Tâm trạng lo âu, căng thẳng rõ rệt và/hoặc cảm giác bị kích động (being keyed up) hoặc nguy khốn (on edge).

C. Cần phải có thêm ít nhất 1 trong số các triệu chứng dưới đây, kết hợp với 4 triệu chứng ở tiêu chuẩn B để cho đủ ít nhất 5 triệu chứng:

1. Giảm hứng thú đối với các hoạt động thường ngày (ví dụ, làm việc, học tập, gặp gỡ bạn bè, những sở thích cá nhân).

2. Cảm thấy khó tập trung.

3. Trạng thái bơ phờ, dễ mệt mỏi hoặc thiếu năng lượng rõ rệt.

4. Thay đổi rõ rệt về khẩu vị; ăn nhiều hoặc quá thèm một loại thức ăn nào đó.

5. Ngủ nhiều hoặc mất ngủ.

6. Cảm giác bị vui dập hoặc mất kiểm soát.

7. Các triệu chứng cơ thể như: vú bị mềm nhẽo hoặc căng lên; kết hợp với hoặc đau cơ hoặc tăng cân.

Chú ý: các triệu chứng trong tiêu chuẩn A-C phải xuất hiện trong phần lớn các chu kì kinh nguyệt trong năm vừa qua.

D. Các triệu chứng liên quan rõ rệt với đau khổ (distress) hoặc gây cản trở công việc, học tập, các hoạt động xã hội thông thường hoặc mối quan hệ với những người khác (ví dụ, né tránh các hoạt động xã hội, giảm năng suất và hiệu quả lao động, học tập hoặc ở nhà).

E. Rối loạn không chỉ đơn thuần là sự trầm trọng thêm các triệu chứng của một rối loạn khác, dạng như rối loạn trầm cảm chủ yếu, rối loạn hoảng sợ, rối loạn

trầm cảm dai dẳng (loạn khí sắc) hoặc rối loạn nhân cách (mặc dù nó có thể xuất hiện cùng với những rối loạn này).

F. Tiêu chuẩn A phải được qua theo dõi liên tục hằng ngày trong ít nhất là 2 chu kì liên tiếp (Chú ý: chẩn đoán được đặt là tạm thời trước khi có sự khẳng định như trên).

G. Các triệu chứng không thể quy cho hậu quả sinh lí của việc sử dụng chất (ví dụ, lạm dụng matúy, thuốc hoặc các liệu pháp khác) hoặc do một bệnh cơ thể khác (ví dụ, cường giáp).

4.5 Rối loạn trầm cảm do một bệnh cơ thể

A. Một giai đoạn nổi lên trong bệnh cảnh lâm sàng là khí sắc trầm kéo dài hoặc giảm đáng kể hứng thú và/hoặc các giải trí hoạt động .

B. Trong tiền sử, kết quả thăm khám hoặc các xét nghiệm có bằng chứng cho thấy rối loạn là hậu quả sinh lí bệnh trực tiếp của một bệnh cơ thể khác.

C. Rối loạn này không được giải thích tốt hơn bởi một RLTT khác (ví dụ: rối loạn thích ứng có khí sắc trầm cảm, trong đó tác nhân gây stress là một bệnh cơ thể nặng).

D. Rối loạn không xuất hiện chỉ ở trong trạng thái sáng.

E. Rối loạn gây ra những đau khổ (distress) đáng kể về lâm sàng hoặc làm tổn thất đến các chức năng về xã hội, nghề nghiệp hay các lĩnh vực quan trọng khác.

5 RỐI LOẠN LO ÂU

5.1 Rối loạn lo âu chia tách (Separation Anxiety Disorder)

Mã số: 309.21 (F93.0)

A. Sự sợ hãi hoặc lo lắng quá mức, không phù hợp với độ tuổi về việc bị chia tách khỏi người mà cá nhân đang gắn bó. Để có đủ bằng chứng, phải có ít nhất 3 trong số các triệu chứng dưới đây:

1. Sự đau khổ (distress) qua mức, tái diễn khi biết trước hoặc đang bị tách khỏi nhà hoặc tách khỏi người gắn bó chủ yếu.

2. Sự lo lắng dai dẳng, quá mức về việc bị mất người gắn bó chủ yếu hoặc về khả năng người đó bị bệnh, bị thương, bị tai họa hoặc bị chết.

3. Sự lo lắng dai dẳng, quá mức về việc không thể quay trở lại như cũ (ví dụ như bị mất mát, bị bắt cóc, tai nạn, bị bệnh), và điều này dẫn đến sự chia tách với cá nhân gắn bó chủ yếu.

4. Miễn cưỡng hoặc từ chối một cách dai dẳng đi khỏi nhà để đi học, đi làm hoặc đến nơi nào đó có nguy cơ bị chia tách.

5. Sự sợ hãi quá mức và dai dẳng hoặc miễn cưỡng phải ở nhà hoặc chỗ khác mà không có người gắn bó chủ yếu.

6. Sự miễn cưỡng hoặc từ chối dai dẳng ngủ ở nơi khác (không ở nhà) hoặc đi ngủ mà không có người gắn bó bên cạnh.

7. Thường xuyên có ác mộng với chủ đề chia tách.

8. Phản nản thường xuyên về các triệu chứng cơ thể (ví dụ, đau đầu, đau dạ dày, buồn nôn, nôn) khi bị hoặc sắp bị chia tách khỏi người gắn bó.

B. Sợ hãi, lo lắng hoặc né tránh dai dẳng, kéo dài ít nhất là 4 tuần ở trẻ em và vị thành niên và là điển hình trong 6 tháng hoặc dài hơn ở người lớn.

C. Rối loạn gây ra đau khổ hoặc tổn thất đáng kể về các hoạt động xã hội, học tập, nghề nghiệp hoặc các chức năng quan trọng khác.

D. Rối loạn không thể được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần khác, ví dụ, từ chối rời nhà do chống thay đổi quá mức ở rối loạn phổ tự kỉ; hoang tưởng hoặc ảo giác liên quan đến chia tách trong rối loạn loạn thần; từ chối ra ngoài nếu như không có người đồng hành tin tưởng trong ám ảnh sợ khoảng trống; lo bị ốm hoặc lo người gây tổn thương với người quan trọng như trong rối loạn lo âu lan tỏa hoặc liên quan đến sự mắc bệnh trong rối loạn lo âu mắc bệnh.

Chẩn đoán phân biệt:

- Rối loạn lo âu lan tỏa.
- Rối loạn hoảng sợ.
- Rối loạn hành vi đạo đức (conduct disorder).
- PTSD.
- Rối loạn lo âu mắc bệnh (ill anxiety disorder).
- Có tang.
- Các rối loạn trầm cảm và lưỡng cực.
- Rối loạn hành vi chống đối.
- Rối loạn loạn thần.
- Các rối loạn nhân cách.

5.2 Không nói chọn lọc (Selective Mutism)

Mã số: 312.23

A. Luôn luôn không nói trong một số tình huống xã hội biệt định mà trong những tình huống này cần phải nói mặc dù lại có thể nói trong những tình huống khác.

B. Rối loạn làm hạn chế thành tích học tập, công việc hoặc giao tiếp xã hội.

C. Rối loạn kéo dài ít nhất là 1 tháng (không giới hạn đối với tháng đầu tiên đến trường).

D. Không thể quy tình trạng này cho thiếu kiến thức hoặc không thuận tiện, ngôn ngữ cần nói trong tình huống xã hội đó.

E. Rối loạn không thể được giải thích tốt hơn bởi rối loạn giao tiếp hoặc không trọn vẹn trong rối loạn phổ tự kỉ, TTPL hoặc một rối loạn loạn thần khác.

Chẩn đoán phân biệt:

- Các rối loạn giao tiếp.
- Các rối loạn thần kinh phát triển, TTPL và các rối loạn loạn thần khác.
- Rối loạn lo âu xã hội (ám ảnh sợ xã hội).

5.3 Ám ảnh sợ chuyên biệt (Specific Phobia)

A. Sợ hãi hoặc lo âu về một đối tượng hoặc tình huống đặc biệt (ví dụ: đi máy bay, sợ độ cao, sợ động vật, sợ tiêm thuốc, nhìn thấy máu).

Lưu ý: ở trẻ em, sợ hãi hoặc lo âu có thể biểu hiện bằng khóc, cáu kỉnh, bất động (freezing), giữ chặt vật gì hoặc bám vào ai đó (clinging).

B. Các đối tượng hoặc tình huống gây ám ảnh sợ hầu hết luôn kích thích gây sợ hãi và lo âu ngay lập tức.

C. Các đối tượng hoặc tình huống gây ám ảnh sợ gây ra né tránh hoặc chịu đựng với sự sợ hãi hoặc lo âu mạnh mẽ.

D. Sợ hãi và lo âu không tương xứng với sự nguy hiểm thực sự của đối tượng hoặc tình huống gây ám ảnh sợ và bối cảnh văn hóa xã hội.

E. Sự sợ hãi, lo âu, né tránh dai dẳng, kéo dài ít nhất 6 tháng.

F. Sự sợ hãi, lo âu, né tránh dai dẳng gây đau khổ hoặc suy giảm rõ rệt chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực quan trọng khác.

G. Rối loạn không thể giải thích tốt hơn do rối loạn tâm thần khác bao gồm các triệu chứng sợ hãi, lo âu, né tránh các tình huống liên quan đến các triệu chứng giống rối loạn hoảng sợ hoặc các triệu chứng mất khả năng (như trong ám ảnh sợ khoảng trống); đối tượng và tình huống liên quan đến ám ảnh (như trong rối loạn ám ảnh – cưỡng bức); nhắc lại tình huống sang chấn (như trong rối loạn stress sau sang chấn); ra khỏi nhà hoặc tách khỏi người thân (như trong rối loạn lo âu bị chia tách); hoặc các tình huống xã hội (như trong rối loạn lo âu xã hội).

Chẩn đoán phân biệt:

- Ám ảnh sợ khoảng trống.
- Rối loạn lo âu xã hội.
- Rối loạn lo âu chia tách.
- Rối loạn hoảng sợ.
- Rối loạn ám ảnh – cưỡng bức.
- PTSD.
- Rối loạn ăn.
- Rối loạn phổ phân liệt và các rối loạn loạn thần khác.

5.4 Rối loạn lo âu xã hội (ám ảnh sợ xã hội) (Social Anxiety Disorder/Social Phobia)

Mã số: 300.23

A. Sợ hãi hay lo âu rõ ràng về một hoặc Ví dụ nhiều tình huống xã hội mà trong đó bệnh nhân được tiếp xúc và giám sát bởi người khác, dạng như tương tác xã hội (một cuộc trò chuyện, gặp gỡ những người không quen), bị quan sát (ví dụ: ăn hay uống), và trình diễn trước những người khác (ví dụ: phát biểu trước đám đông).

Lưu ý: ở trẻ em, sự lo lắng phải xảy ra trong các tình huống cùng lứa tuổi và

không chỉ trong tương tác với người lớn.

B. Bệnh nhân lo ngại rằng hành động mà họ sẽ thực hiện hay sự biểu hiện triệu chứng lo âu sẽ bị đánh giá tiêu cực (ví dụ: là nhục nhã hoặc lúng túng; sẽ dẫn đến sự từ chối hoặc xúc phạm người khác).

C. Các tình huống xã hội hầu như đều gây sợ hãi hay lo âu.

Lưu ý: ở trẻ em, nỗi sợ hãi hay lo âu có thể được thể hiện bằng cách khóc, ăn vạ, bất động, bám, thu hẹp lại, hoặc không nói chuyện trong các tình huống xã hội.

D. Bệnh nhân né tránh các tình huống xã hội hoặc phải chịu đựng với sự sợ hãi hay lo âu.

E. Sợ hãi hay lo âu không tương xứng với mối đe dọa thực tế đặt ra bởi tình huống xã hội và với bối cảnh văn hóa xã hội.

F. Sự sợ hãi, lo âu, hoặc né tránh là dai dẳng, thường kéo dài trong 6 tháng hoặc hơn.

G. Sự sợ hãi, lo âu, hoặc né tránh gây ra đau khổ trên lâm sàng hoặc gây suy giảm chức năng xã hội, nghề nghiệp, hoặc chức năng quan trọng khác.

H. Sợ hãi, lo âu, hoặc né tránh là không phải do tác dụng sinh lý của một chất (ví dụ, nghiện ma túy, một thuốc) hoặc một bệnh khác.

Chẩn đoán phân biệt:

- Sự xấu hổ thông thường.
- Ám ảnh sợ khoảng trống.
- Rối loạn hoảng sợ.
- Rối loạn lo âu lan tỏa.
- Rối loạn lo âu chia tách.
- Ám ảnh sợ biệt định.
- Câm chọn lọc.
- Rối loạn trầm cảm chủ yếu.
- Rối loạn loạn dị dạng cơ thể.
- Rối loạn hoang tưởng.
- Rối loạn phởn phũ.
- Các rối loạn nhân cách.
- Các rối loạn tâm thần khác.
- Các bệnh cơ thể khác.
- Rối loạn hành vi chống đối.

5.5 Rối loạn hoảng sợ (Panic Disorder)

Mã số: 300.01

A. Tái phát cơn hoảng sợ một cách bất ngờ (không mong đợi). Một cơn hoảng sợ là sự sợ hãi hoặc khó chịu mạnh mẽ xuất hiện bất ngờ đạt đến cường độ đỉnh trong vòng vài phút, trong thời gian đó có 4 (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng sau:

Lưu ý: Sự gia tăng đột ngột các triệu chứng có thể xảy ra từ một trạng thái bình tĩnh hoặc lo âu.

1. Đánh trống ngực, tim đập mạnh, nhịp tim nhanh.
2. Vã mồ hôi.

3. Run.
4. Cảm giác khó thở hoặc thở nông.
5. Cảm giác ngạt thở.
6. Đau hoặc khó chịu ở ngực.
7. Buồn nôn hoặc đau bụng.
8. Cảm giác chóng mặt, đứng không vững hoặc ngất xỉu.
9. Cảm giác ớn lạnh hoặc nóng bừng
10. Dị cảm (tê bì hoặc ngứa).
11. Tri giác sai thực tại (giải thể thực tại - derealization) hoặc giải thể nhân cách (depersonalization).
12. Sự mất kiểm soát hoặc phát điên.
13. Sự chết.

Lưu ý: Các triệu chứng mang yếu tố văn hóa (ví dụ: ù tai, đau cổ, đau đầu, la hét không kiểm soát, khóc) có thể được nhận biết. Các triệu chứng này không nên được tính là 1 trong 4 triệu chứng cần thiết (để chẩn đoán).

B. Có ít nhất 01 cơn hoảng sợ trong vòng 01 tháng với 01 (hoặc nhiều hơn) trong 2 các biểu hiện sau:

1. Lo lắng dai dẳng về các cơn hoảng sợ tiếp theo hoặc hậu quả của nó (ví dụ: mất kiểm soát, đau tim hoặc phát điên)
2. Có sự thay đổi rõ ràng trong hành vi thích nghi liên quan đến cơn hoảng sợ (ví dụ: hành vi né tránh các cơn hoảng sợ như tránh tập thể dục hay tránh tình huống không quen thuộc)

C. Rối loạn không phải do tác động sinh lý của một chất (ví dụ: lạm dụng ma túy hoặc một thuốc) hoặc bệnh lý cơ thể khác (ví dụ: cường giáp, bệnh lý tim phổi).

D. Rối loạn không thể giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần khác (ví dụ: Cơn hoảng sợ không xảy ra trong tình huống sợ xã hội như trong rối loạn ám ảnh sợ xã hội; trong đáp ứng với đối tượng ám ảnh sợ ranh giới hoặc tình huống như trong ám ảnh sợ đặc hiệu; trong đáp ứng với ám ảnh như OCD; trong đáp ứng với hồi tưởng về hoàn cảnh chấn thương như trong rối loạn stress sau sang chấn; hoặc đáp ứng với sự chia cắt khi bị tách khỏi người thân trong rối loạn lo âu bị chia cắt).

Chẩn đoán phân biệt:

** Các rối loạn lo âu biệt định hoặc không biệt định khác*

- Không được chẩn đoán rối loạn hoảng sợ khi không có đầy đủ các triệu chứng không mong đợi của cơn hoảng sợ (13 triệu chứng).
- Trong trường hợp không đầy đủ các triệu chứng của cơn hoảng sợ, mới cân nhắc chẩn đoán phân biệt với các rối loạn lo âu khác. Căn cứ vào các tiêu chuẩn chẩn đoán xác định.

** Rối loạn lo âu do một chất*

- Rối loạn hoảng sợ không được chẩn đoán khi cơn hoảng sợ là hậu quả sinh lý trực tiếp của một chất. Ngộ độc các chất kích thích thần kinh trung ương (ví dụ:

cocaine, amphetamine, caffeine...) hoặc cần sa, hoặc hội chứng cai các chất ức chế thần kinh trung ương (ví dụ: rượu, barbiturate) có thể gây cơn hoảng sợ. Tuy nhiên, cơn hoảng sợ nằm ngoài ảnh hưởng của một chất (ví dụ: xảy ra rất lâu sau khi sử dụng chất hoặc khi đã hết hội chứng cai) thì cần nhắc để chẩn đoán rối loạn hoảng sợ.

- Lưu ý nếu có hoảng sợ đi trước sử dụng chất, hay sử dụng chất với mục đích cá nhân giảm nhẹ hoảng sợ thì cần xem xét kỹ bệnh sử về sử dụng chất. Cần nhắc chẩn đoán rối loạn hoảng sợ cùng với rối loạn do sử dụng chất.

- Nếu khởi phát sau 45 tuổi có các triệu chứng không điển hình như: chóng mặt, rối loạn ý thức, rối loạn đại, tiểu tiện tự chủ, nói lắp, mất nhớ thì khả năng do bệnh lý cơ thể hoặc do một chất.

** Rối loạn lo âu do bệnh lý cơ thể:*

- Rối loạn hoảng sợ không được chẩn đoán khi cơn hoảng sợ là hậu quả sinh lý của bệnh lý cơ thể ví dụ bệnh cường giáp, cường cận giáp, rối loạn chức năng tiền đình, các bệnh lý về tim, phổi (loạn nhịp tim, nhịp nhanh trên thất, bệnh tắc nghẽn phổi mạn tính). Cần khám lâm sàng kỹ kết hợp với các xét nghiệm thích hợp để tìm nguyên nhân (xét nghiệm calci huyết, holter theo dõi tim mạch).

** Các rối loạn tâm thần có cơn hoảng sợ*

- Rối loạn hoảng sợ được xem như là 1 triệu chứng của rối loạn lo âu khác như hoảng sợ được kích hoạt bởi các tình huống xã hội trong rối loạn lo âu xã hội, các tình huống gây hoảng sợ trong ám ảnh sợ khoảng trống, lo âu bị chia cắt...do đó không được chẩn đoán là rối loạn hoảng sợ. Lưu ý là cơn hoảng sợ ban đầu có thể liên quan đến một rối loạn lo âu nhưng các cơn tái phát là không bất ngờ còn rối loạn hoảng sợ các cơn luôn bất ngờ và không mong đợi)

- Nếu hoảng sợ là đáp ứng các tình huống, các rối loạn lo âu sau đó được quy cho là của rối loạn lo âu có liên quan. Tuy nhiên nếu bệnh nhân trải nghiệm các cơn hoảng sợ bất ngờ và lo âu dai dẳng, thay đổi hành vi sau cơn hoảng sợ cần xem xét để chẩn đoán rối loạn hoảng sợ.

5.6 Ám ảnh sợ khoảng trống (Agoraphobia)

Mã số: 300.22 (F40.00)

A. Có sự sợ hãi hoặc lo âu rõ ràng về 2 (hoặc nhiều hơn) trong 5 tình huống sau:

1. Sử dụng giao thông công cộng (ví dụ: ô tô, xe bus, xe lửa, tàu thủy, tàu bay).
2. Đang ở không gian mở (ví dụ: bãi đỗ xe, chợ, cầu).
3. Ở những nơi kín (ví dụ: cửa hàng, nhà hát, rạp chiếu phim).
4. Xếp hàng hoặc trong 1 đám đông.
5. Đứng một mình bên ngoài nhà của mình.

B. Bệnh nhân sợ hãi hoặc né tránh các tình huống trên bởi vì họ nghĩ rằng khó thoát khỏi tình huống hoặc không có người giúp đỡ trong trường hợp có các triệu chứng giống cơn hoảng sợ kịch phát hoặc các triệu chứng mất kiểm soát hoặc các tình huống khó khăn khác (ví dụ: sợ ngã ở người cao tuổi, sợ tiểu tiện không tự chủ).

- C. Các tình huống gây ra ám ảnh sợ khoảng trống luôn gây ra sợ hãi hoặc lo âu.
- D. Các tình huống gây ra ám ảnh sợ khoảng trống gây ra hành động né tránh, cần có người thân bên cạnh hoặc phải chịu đựng với sợ hãi hoặc lo âu.
- E. Sự sợ hãi hoặc lo âu không tương xứng với mối nguy hiểm của tình huống gây ra ám ảnh sợ khoảng trống và với bối cảnh văn hóa xã hội.
- F. Sự sợ hãi hoặc lo âu hoặc né tránh dai dẳng thường kéo dài 06 tháng hoặc nhiều hơn.
- G. Sự sợ hãi hoặc lo âu hoặc né tránh gây triệu chứng lâm sàng rõ hoặc gây suy giảm chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc các chức năng quan trọng khác.
- H. Nếu là triệu chứng của bệnh lý thực thể khác (ví dụ: viêm ruột, bệnh Parkinson) thì sợ hãi, lo âu hoặc né tránh phải quá mức một cách rõ ràng.
- I. Sự sợ hãi hoặc lo âu hoặc né tránh không phải là triệu chứng của RLTT khác, ví dụ, rối loạn ám ảnh sợ biệt định, rối loạn lo âu xã hội, OCD, ám ảnh sợ dị hình, rối loạn lo âu bị chia cắt, rối loạn stress sau sang chấn.

Lưu ý: ám ảnh sợ khoảng trống được chẩn đoán khi có mặt của rối loạn hoảng sợ, nếu bệnh nhân có đầy đủ tiêu chuẩn của rối loạn hoảng sợ thì chẩn đoán ám ảnh sợ khoảng trống có rối loạn hoảng sợ.

Chẩn đoán phân biệt:

- Ám ảnh sợ biệt định.
- Rối loạn lo âu chia tách.
- Rối loạn lo âu xã hội (ám ảnh sợ xã hội).
- Rối loạn hoảng sợ.
- Rối loạn stress cấp và PTSD.
- Rối loạn trầm cảm chủ yếu.
- Các bệnh cơ thể khác.

5.7 Rối loạn lo âu lan tỏa (Generalized Anxiety Disorder-GAD)

Mã số: 300.20 (F41.1)

- A. Lo âu quá mức hoặc lo lắng xảy ra nhiều ngày không ít hơn 06 tháng, tập trung vào một số sự kiện hoặc hoạt động (như công việc hoặc học tập)
- B. Người bệnh khó kiểm soát được lo âu.
- C. Lo âu được phối hợp với ít nhất 3 trong số 6 tiêu chuẩn sau (kéo dài ít nhất 6 tháng):

Lưu ý: ở trẻ em chỉ cần 1 triệu chứng.

1. Mất thư giãn hoặc cảm giác kích động, bực bội.
2. Dễ bị mệt mỏi.
3. Khó tập trung chú ý hoặc trí nhớ trống rỗng.
4. Dễ cáu gắt.

5. Tăng trương lực cơ.

6. Rối loạn giấc ngủ (khó vào giấc ngủ, khó giữ giấc ngủ, khó chịu khi thức giấc).

D. Rối loạn lo âu hoặc các triệu chứng cơ thể là nguyên nhân dẫn đến các khó chịu, suy giảm chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc các chức năng quan trọng khác.

E. Rối loạn không do hậu quả của một chất (lạm dụng ma túy hoặc thuốc) hoặc một bệnh lý cơ thể (như cường giáp).

F. Rối loạn lo âu không phải là các rối loạn tâm thần khác (ví dụ: lo âu hoặc lo lắng có cơn hoảng sợ trong rối loạn hoảng sợ, đánh giá tiêu cực (Negative Evaluation) trong ám ảnh sợ xã hội, sợ bản hoặc các ám ảnh khác trong rối loạn ám ảnh cưỡng bức, lo âu bị tách ra khỏi gia đình trong lo âu bị chia cắt, tái hiện sự kiện chấn thương trong rối loạn stress sau sang chấn, lo âu tăng cân trong chán ăn tâm thần, phản nản về cơ thể trong rối loạn triệu chứng cơ thể (Somatic Symptom Disorder), lo âu về dị hình cơ thể (Body Dysmorphic Disorder) trong ám ảnh sợ dị hình, lo âu bị bệnh nặng trong ám ảnh nghi bệnh hoặc là hoang tưởng (nghi bệnh) trong TTPL hoặc rối loạn hoang tưởng.

Chẩn đoán phân biệt:

**Lo âu do bệnh lý cơ thể.*

Chẩn đoán lo âu do bệnh lý cơ thể được đặt ra khi đánh giá kỹ bệnh sử, các xét nghiệm, khám lâm sàng chứng minh rằng lo âu là hậu quả trực tiếp của một bệnh như u nguyên bào ưa chrome, cường giáp.

**Rối loạn lo âu do một chất.*

RL lo âu do một chất được phân biệt với RL lo âu lan tỏa (GAD) bởi một chất (ví dụ lạm dụng, tiếp xúc với độc tố) được cho là nguyên nhân gây lo âu. Ví dụ, sự lo âu nghiêm trọng do sử dụng nhiều coffee sẽ được chẩn đoán là rối loạn lo âu do caffeine.

**Rối loạn lo âu xã hội.*

Bệnh nhân có rối loạn lo âu xã hội thường có lo âu tập trung vào tình huống xã hội mà họ phải thực hiện hoặc được đánh giá bởi người khác. Ngược lại, lo âu ở bệnh nhân bị GAD có thể có hoặc không bị người khác đánh giá. Lo âu ở GAD thường xuyên hơn, lo âu trong ám ảnh sợ xã hội xuất hiện trong các hoạt động xã hội và triệu chứng cơ thể của họ chủ yếu là đánh trống ngực, đỏ mặt và run.

**Rối loạn ám ảnh cưỡng bức.*

Trong GAD, lo âu quá mức có tâm điểm là những vấn đề sắp xảy ra và mức độ thái quá của lo âu về những sự kiện tương lai là bất thường. Trong rối loạn ám ảnh cưỡng bức lo âu do các ý tưởng, hình ảnh, tư duy xuất hiện mang tính cưỡng bức gây ra hay nói lo âu trong phạm vi ám ảnh.

**PTSD và rối loạn thích ứng.*

Lo âu luôn có mặt trong PTSD, GAD không được chẩn đoán nếu lo âu xuất hiện do PTSD. Lo âu trong GAD khởi phát từ từ và tiến triển dao động, còn trong PTSD khởi phát cấp tính sau stress thường tiến triển mạn tính. Triệu chứng ám

ảnh sợ xa lánh chỉ có trong PTSD mà không có trong GAD. Lo âu cũng có trong rối loạn thích ứng nó được chẩn đoán khi không đáp ứng các tiêu chuẩn để chẩn đoán rối loạn lo âu khác (gồm cả GAD). Trong rối loạn thích ứng lo âu khởi phát đáp ứng với một tác nhân gây stress kéo dài trong vòng 3 tháng nhưng không quá 6 tháng sau stress.

**Trầm cảm, lưỡng cực và các rối loạn loạn thần.*

Lo âu lan tỏa phổ biến trong trầm cảm, lưỡng cực và rối loạn loạn thần, không được chẩn đoán GAD khi lo âu xuất hiện trong các rối loạn trên.

5.8 Rối loạn lo âu do một chất/thuốc

(Substance/Medication-Induced Anxiety Disorder)

A. Con hoang sợ hoặc lo âu chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng.

B. Có bằng chứng từ bệnh sử, khám lâm sàng hoặc xét nghiệm cả hai (1) và (2):

1. Các triệu chứng trong tiêu chuẩn A phát triển trong hoặc ngay sau khi ngộ độc hoặc trong hội chứng cai hoặc sau khi tiếp xúc với một loại thuốc.

2. Các chất/thuốc có liên quan có khả năng gây các triệu chứng trong tiêu chuẩn A.

C. RL không thể giải thích tốt hơn nếu không phải là rối loạn do một chất/thuốc gây ra. Bằng chứng cho một rối loạn lo âu độc lập bao gồm:

Các triệu chứng có trước khi sử dụng chất/thuốc; các triệu chứng tồn tại trong thời gian đủ dài (ví dụ, khoảng 1 tháng) sau trạng thái cai cấp hoặc nhiễm độc nặng; có bằng chứng khác về tồn tại một nguyên nhân không do thuốc/chất gây rối loạn lo âu độc lập (ví dụ: tiền sử tái diễn một rối loạn lo âu không do thuốc/chất gây ra).

D. Rối loạn không xảy ra trong quá trình tiến triển của sang.

E. Rối loạn gây ra các triệu chứng khó chịu hoặc làm giảm các chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc các chức năng quan trọng khác.

Lưu ý: Chẩn đoán này nên được thay cho chẩn đoán ngộ độc chất hoặc trạng thái cai một chất chỉ khi các triệu chứng trong tiêu chuẩn A chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng và nó đủ nghiêm trọng để gây chú ý trên lâm sàng.

Chẩn đoán phân biệt:

- Trạng thái ngộ độc/say hoặc cai một chất.
- Rối loạn lo âu (không do một chất/thuốc).
- Sang.
- Rối loạn lo âu do một bệnh cơ thể khác.

5.9 Rối loạn lo âu do một bệnh cơ thể khác (Anxiety Disorder Due to Another Medical Condition)

Mã số: 293.84 (F06.4)

A. Con hoang sợ hoặc lo âu chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng.

B. Có bằng chứng trong tiền sử, kết quả thăm khám, xét nghiệm cận lâm sàng rằng rối loạn là hậu quả sinh lý bệnh trực tiếp của một bệnh cơ thể khác.

C. Rối loạn không thể được giải thích tốt hơn bởi 1 rối loạn tâm thần khác.

D. Rối loạn không xuất hiện trọn vẹn trong trạng thái sáng.

E. Rối loạn gây ra những đau khổ đáng kể về mặt lâm sàng hoặc tổn thất về các chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc các chức năng quan trọng khác.

Chẩn đoán phân biệt:

- Sáng.
- Các triệu chứng hỗn hợp (ví dụ, khí sắc và lo âu).
- Rối loạn lo âu do 1 chất/thuốc.
- Rối loạn lo âu (không phải do 1 bệnh đã biết).
- Rối loạn lo âu mắc bệnh.
- Các rối loạn thích ứng.
- Rối loạn lo âu biệt định và không biệt định khác.

6 RỐI LOẠN ÁM ẢNH – CƯỖNG BỨC VÀ CÁC RỐI LOẠN LIÊN QUAN (Obsessive-Compulsive and Related Disorders)

6.1 Rối loạn ám ảnh – cưỡng bức

Mã số: 300.3 (F42)

A. Có ám ảnh, cưỡng bức, hoặc cả hai:

Ám ảnh được định nghĩa bởi (1) và (2):

1. Những ý nghĩ, sự thôi thúc, những hình ảnh đã trải nghiệm tái diễn, bền vững xuất hiện mang tính cưỡng bức ở cùng một thời điểm của rối loạn và là nguyên nhân gây ra sự lo âu hoặc đau khổ.

2. Bệnh nhân cố gắng bỏ qua hoặc ngăn chặn những suy nghĩ, sự thôi thúc, những hình ảnh, hoặc để trung hòa chúng bằng suy nghĩ hoặc hành động khác (ví dụ, bằng cách thực hiện một xung động).

Cưỡng bức được xác định bởi (1) và (2):

1. Hành vi lặp đi lặp lại (như rửa tay, đặt hàng, kiểm tra), hoạt động tâm thần (ví dụ, cầu nguyện, đếm, lặp đi lặp lại những lời thì thầm) bệnh nhân cảm thấy bị thúc đẩy để hành động đáp lại ám ảnh hoặc theo một quy luật phải được thực hiện một cách cứng nhắc.

2. Các hành vi, hoạt động tâm thần nhằm mục đích ngăn ngừa hoặc làm giảm bớt lo âu hoặc đau khổ, hoặc ngăn ngừa một số sự kiện hoặc tình huống đáng sợ; Tuy nhiên, những hành vi, hoạt động tâm thần này không phù hợp với thực tế để trung hòa hoặc dự phòng sự quá mức một cách rõ ràng.

Lưu ý: Trẻ nhỏ có thể không thể trình bày rõ mục đích của những hành vi và hoạt động tâm thần này.

B. Sự ám ảnh cưỡng bức tồn tại thời gian (ví dụ, phải mất hơn 1 giờ mỗi ngày), gây đau khổ hay biểu hiện đáng kể trên lâm sàng, gây suy giảm chức năng xã hội, nghề nghiệp, hoặc chức năng khác quan trọng khác.

C. Các triệu chứng ám ảnh cưỡng bức là không phải do tác dụng sinh lý của một chất (ví dụ, nghiện ma túy, một thuốc) hoặc một bệnh khác.

D. Rối loạn này không phải là các triệu chứng của rối loạn tâm thần khác (ví dụ, lo lắng quá mức, như trong rối loạn lo âu; mối bận tâm với hình thể, như trong

cơ thể rối loạn sợ dị hình, hành vi ăn nghi thức, như trong các rối loạn ăn uống, cờ bạc, như trong các rối loạn liên quan đến chất gây nghiện ; phổ TTPL và rối loạn tâm thần khác, hoặc của hành vi định hình, như trong rối loạn tự kỷ).

Chẩn đoán phân biệt:

**** Rối loạn lo âu.***

Suy nghĩ tái diễn, hành vi né tránh, lặp đi lặp lại cho yên tâm cũng có thể xảy ra trong các rối loạn lo âu. Tuy nhiên, những suy nghĩ thường xuyên có mặt trong rối loạn lo âu lan tỏa thường là lo ngại về thực tế cuộc sống, trong khi ám ảnh trong thường không liên quan đến mối quan tâm thực sự và có thể bao gồm các nội dung kỳ lạ, không hợp lý, hoặc của một bản chất dường như huyền diệu; Hơn nữa, sự cưỡng bức thường xuất hiện và thường liên quan đến sự ám ảnh.

**** Rối loạn trầm cảm chủ yếu.***

OCD có thể được phân biệt với sự ngấm ngầm của rối loạn trầm cảm chủ yếu, trong đó những suy nghĩ thường là cảm xúc tương đồng và không nhất thiết phải có trải nghiệm như bị áp đặt hoặc đau buồn; Hơn nữa, suy ngấm không liên kết với cơn xung động cưỡng bức, như là điển hình trong OCD.

**** OCD và rối loạn có liên quan khác.***

Trong rối loạn biến hình cơ thể, sự ám ảnh và cưỡng bức là có giới hạn là những mối lo ngại về sự xuất hiện biểu hiện về hình thể; Trong rối loạn nhổ tóc (Trichotillomania), các hành vi cưỡng bức được giới hạn ở hành vi nhổ tóc mà không có ám ảnh.

**** Rối loạn ăn.***

OCD có thể được phân biệt với chứng chán ăn tâm thần, trong đó ở OCD sự ám ảnh cưỡng bức và không có các mối quan tâm về trọng lượng và thức ăn.

* Tic (trong rối loạn tic) và vận động rập khuôn. Tic là một bất ngờ, nhanh chóng, thường xuyên, tái diễn, vận động không theo nhịp, hay phát âm (ví dụ, mắt nháy nháy, hắng giọng). Các hành động rập khuôn, lặp lại và không có chức năng vận động (gật đầu, lắc thân thể, động tác cắn). Hành vi cưỡng bức phức tạp hơn và để giảm lo âu, hành vi cưỡng bức thường bắt đầu bằng ám ảnh, tic thường có báo trước bằng sự thôi thúc, cảnh báo. Lưu ý một số bệnh nhân có cả OCD và tic.

**** Rối loạn tâm thần.***

Vài bệnh nhân OCD thường có tự nhận thức bản thân nghèo nàn thậm chí có hoang tưởng tuy nhiên bệnh nhân này có ám ảnh cưỡng bức và không có các triệu chứng khác của TTPL hay rối loạn phân liệt cảm xúc (ví dụ, ảo giác...)

**** Rối loạn nhân cách ám ảnh cưỡng bức.***

RL nhân cách OCD không có các triệu chứng đặc trưng như tư duy xâm nhập, hình ảnh, hành vi lặp lại nhằm đáp ứng với ám ảnh (để giảm lo âu) thay vào đó là một mô hình thích nghi không phù hợp kéo dài, lan tỏa và sự cầu toàn quá mức và kiểm soát cứng nhắc. Nếu bệnh nhân có cả 2 triệu chứng của OCD và rối loạn nhân cách ám ảnh cưỡng bức thì cả 2 chẩn đoán được đặt ra.

6.2 Âm ảnh dị hình (Body Dysmorphic Disorder)

Mã số: 300.7 (F45.22)

- A. Bận tâm với một vài khuyết tật nào đó trên cơ thể mà những người khác không nhìn thấy hoặc chẳng để ý đến nó.
- B. Ở thời điểm nào đó trong quá trình rối loạn, bệnh nhân có những hành vi lặp đi lặp lại liên quan đến hình dáng bên ngoài (ví dụ, soi gương, chải chuốt, bóc da) hoặc hành vi tinh thần (ví dụ, so sánh diện mạo của mình với người khác).
- C. Mỗi bận tâm này gây ra sự đau khổ đáng kể hoặc làm tổn thất đến các hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc các chức năng quan trọng khác.
- D. Sự bận tâm về vẻ bên ngoài không thể được giải thích tốt hơn bởi thái độ quan tâm đến chuyện cơ thể béo hoặc nhiều cân ở những người có các triệu chứng đáp ứng tiêu chuẩn đoán rối loạn ăn.

Chẩn đoán phân biệt:

- Sự quan tâm thông thường đến hình dáng bề ngoài hoặc có khuyết tật cơ thể rõ rệt.
- Các rối loạn ăn.
- Âm ảnh - cưỡng bức và các rối loạn liên quan khác.
- Rối loạn lo âu mắc bệnh.
- Rối loạn trầm cảm chủ yếu.
- Các rối loạn lo âu.
- Các rối loạn loạn thần.
- Các triệu chứng rối loạn khác.

6.3 Rối loạn tích trữ (Hoarding Disorder)

Mã số: 300.3 (F42)

- A. Khó khăn kéo dài trong việc từ bỏ đồ dùng, vật dụng mặc dù chúng không còn nhiều giá trị.
- B. Sự khó khăn này là do trước đây có nhu cầu phải giữ gìn những vật dụng này và do cảm thấy đau khổ khi phải từ bỏ chúng.
- C. Khó khăn trong việc từ bỏ vật dụng dẫn đến dồn ứ và chiếm nhiều không gian sống và về cơ bản, cũng có những lúc cố gắng sử dụng chúng. Nếu có việc loại bỏ những vật dụng này để mở rộng không gian sống thì việc này là do sức ép của người khác (ví dụ như: các thành viên gia đình, người dọn vệ sinh, nhà chức trách).
- D. Sự tích trữ gây ra đau khổ (distress) đáng kể về mặt lâm sàng hoặc gây tổn thất đến các chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực quan trọng khác (bao gồm cả việc duy trì an toàn môi trường cho cá nhân và những người khác).
- E. Rối loạn tích trữ không do một bệnh cơ thể khác (ví dụ: CTSN, bệnh mạch máu não, hội chứng Prader-Willi).
- F. Rối loạn tích trữ không thể được giải thích tốt hơn bởi một RLTT khác (ví dụ: ám ảnh trong OCD, giảm năng lượng trong rối loạn trầm cảm chủ yếu, hoang

tưởng trong TTPL và các rối loạn loạn thần khác, suy giảm nhận thức trong rối loạn thần kinh – nhận thức, hứng thú hạn chế trong rối loạn phổ tự kỉ).

Chẩn đoán phân biệt:

- Một bệnh cơ thể khác.
- Rối loạn phát triển thần kinh.
- Rối loạn phổ phân liệt và các rối loạn loạn thần khác.
- Giai đoạn trầm cảm chủ yếu.
- Rối loạn ám ảnh cưỡng bức.
- Rối loạn thần kinh – nhận thức.

6.4 Rối loạn nhổ tóc (Trichotillomania/Hair-Pulling Disorder)

Mã số: 312.39 (F63.2)

- A. Nhổ tóc kéo dài dai dẳng làm cho đầu gần như bị trọc.
- B. Nhiều lần đã có ý định chấm dứt chuyện nhổ tóc.
- C. Nhổ tóc gây ra đau khổ đáng kể về mặt lâm sàng hoặc gây tổn thất đến các chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực quan trọng khác.
- D. Nhổ tóc hoặc mất tóc không do một bệnh cơ thể khác (ví dụ, bệnh ngoài da).
- E. Nhổ tóc không thể được giải thích tốt hơn bởi các triệu chứng của một RLTT khác (ví dụ, những nỗ lực nhằm cải thiện khuyết tật hoặc chỉnh sửa ngoại hình trong ám ảnh dị hình).

Chẩn đoán phân biệt:

- Rụng tóc thông thường.
- Rối loạn ám ảnh cưỡng bức và các rối loạn liên quan.
- Rối loạn thần kinh – nhận thức.
- Rối loạn loạn thần.
- Bệnh cơ thể khác.
- Các rối loạn liên quan đến một chất.

6.5 Rối loạn bóc da (Excoriation/Skin-Picking Disorder)

Mã số: 698.4 (L98.1)

- A. Thường xuyên bóc da gây tổn thương, mất da.
- B. Đã nhiều lần nỗ lực chấm dứt hoặc hạn chế bóc da.
- C. Bóc da gây đau khổ (distress) đáng kể về lâm sàng hoặc gây tổn thất trong các hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực quan trọng khác.
- D. Bóc da không phải là do tác dụng sinh lí của một chất (ví dụ, cocaine) hoặc một bệnh cơ thể khác (ví dụ, ghẻ).
- E. Bóc da không thể được giải thích tốt hơn bởi các triệu chứng của một rối loạn tâm thần khác (ví dụ, các hoang tưởng hoặc ảo giác xúc giác, những nỗ lực nhằm cải thiện khuyết tật cơ thể trong rối loạn dị hình cơ thể, các động tác rập khuôn trong rối loạn vận động định hình, hoặc ý định tự gây tổn thương trong tự gây tổn thương không tự sát).

Chẩn đoán phân biệt:

- Rối loạn loạn thần.
- Các rối loạn phát triển thần kinh.
- Triệu chứng cơ thể và các rối loạn liên quan.
- Các bệnh cơ thể khác.
- Các rối loạn do một chất/thuốc.

6.6 Âm ảnh cưỡng bức và các rối loạn liên quan do một chất/thuốc (Substance/Medication-Induced Obsessive-Compulsive and Related Disorder)

A. Các âm ảnh, cưỡng bức, bóc da, nhổ tóc hoặc những hành vi khác tác động lên cơ thể, lặp đi lặp lại hay các triệu chứng khác thể hiện rối loạn ám ảnh-cưỡng bức và các rối loạn liên quan chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng.

B. Trong tiền sử, thăm khám hoặc kết quả xét nghiệm có bằng chứng cho thấy cả (1) và (2):

1. Các triệu chứng ở tiêu chuẩn A xuất hiện trong hoặc ngay sau trạng thái ngộ độc/say hoặc cai hay dùng thuốc.
2. Chất/thuốc được dùng có khả năng gây ra những triệu chứng như trong tiêu chuẩn A.

C. Rối loạn không thể được giải thích tốt hơn bởi OCD và rối loạn liên quan không do một chất/thuốc. Bằng chứng về OCD và rối loạn liên quan có thể bao gồm:

Các triệu chứng diễn ra trước khi xuất hiện các rối loạn do dùng chất/thuốc; các triệu chứng tồn tại trong suốt thời kì dùng chất (ví dụ, khoảng 1 tháng) sau khi kết thúc trạng thái cai cấp tính hoặc ngộ độc nặng; hoặc có những bằng chứng về sự tồn tại một OCD và rối loạn liên quan độc lập, không do một chất/thuốc (ví dụ, tiền sử có những giai đoạn không do một chất/thuốc).

D. Rối loạn không xảy ra hoàn toàn trong sáng.

E. Rối loạn gây ra đau khổ (distress) đáng kể về lâm sàng, tổn thất trong các hoạt động xã hội, nghề nghiệp hay các lĩnh vực quan trọng khác.

Chú ý: Chẩn đoán này chỉ được đưa ra bổ sung thêm cho chẩn đoán ngộ độc hoặc cai một chất khi các triệu chứng trong tiêu chuẩn A chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng.

Chẩn đoán phân biệt:

- Ngộ độc một chất.
- OCD và rối loạn liên quan không do một chất.
- OCD và rối loạn liên quan do một bệnh cơ thể.
- Sáng.

6.7 Âm ảnh cưỡng bức và các rối loạn liên quan do một bệnh cơ thể khác (Obsessive-Compulsive and Related Disorders Due to Another Medical Condition)

Mã số: 294.8 (F06.8)

- A. Các ám ảnh, cưỡng bức, bóc da, nhổ tóc hoặc những hành vi khác tác động lên cơ thể, lặp đi lặp lại hay các triệu chứng khác thể hiện rối loạn ám ảnh-cưỡng bức và các rối loạn liên quan chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng.
- B. Trong tiền sử, thăm khám hoặc kết quả xét nghiệm có bằng chứng cho thấy rối loạn là hậu quả sinh lý bệnh trực tiếp của một bệnh cơ thể khác.
- C. Rối loạn không thể được giải thích tốt hơn bởi một RLTT khác.
- D. Rối loạn không xảy ra hoàn toàn trong sáng.
- E. Rối loạn gây ra đau khổ (distress) đáng kể về lâm sàng, tổn thất trong các hoạt động xã hội, nghề nghiệp hay các lĩnh vực quan trọng khác.

Chẩn đoán phân biệt:

- Sáng.
- Các triệu chứng hỗn hợp (rối loạn khí sắc, các triệu chứng của OCD và rối loạn liên quan).
- OCD và rối loạn liên quan do một chất/thuốc.
- Rối loạn lo âu mắc bệnh.
- Các đặc điểm của một RLTT khác.
- OCD biệt định khác và rối loạn liên quan hoặc OCD không biệt định và rối loạn liên quan.

7 CÁC RỐI LOẠN LIÊN QUAN ĐẾN CHẤN THƯƠNG VÀ STRESS (Trauma- and Stressor-Related Disorders)

7.1 Rối loạn phản ứng gắn bó (Reactive Attachment Disorder)

Mã số: 313.89 (F94.1)

- A. Hành vi có đặc điểm khá bền vững là thu mình, ức chế về cảm xúc đối với những người chăm sóc chính, thể hiện ở:

1. Trẻ rất ít khi tìm kiếm sự dễ chịu, thoải mái (comfort) khi gặp đau khổ (distress).
2. Trẻ rất ít khi đáp ứng hoặc đáp ứng ở mức độ tối thiểu với sự thoải mái, dễ chịu.

- B. Rối loạn mang tính bền vững cả về xã hội và cảm xúc, thể hiện ở ít nhất 2 trong 3 điểm dưới đây:

1. Đáp ứng cảm xúc và xã hội ở mức độ tối thiểu đối với người khác.
2. Rất ít cảm xúc tích cực.
3. Có những giai đoạn kích thích, buồn rầu, sợ hãi không giải thích được, thể hiện ngay cả trong quá trình tương tác với người chăm sóc nhưng không có sự đe dọa nào đối với trẻ.

- C. Trẻ đã phải trải nghiệm sự cực đoan trong chăm sóc không phù hợp, thể hiện ở:

1. Sự bỏ mặc về xã hội dưới dạng thiếu thốn một cách trường diễn những nhu cầu cơ bản về sự thoải mái, dễ chịu với người lớn.
 2. Nhiều lần thay đổi người chăm sóc dẫn đến hạn chế cơ hội hình thành sự gắn bó ổn định.
 3. Được nuôi dưỡng trong điều kiện khác thường, trong đó có rất ít cơ hội để hình thành sự gắn bó có lựa chọn (ví dụ, trong cơ sở nuôi dưỡng có nhiều trẻ nhưng ít người chăm sóc).
 - D. Sự chăm sóc như trong tiêu chuẩn C được coi là nguyên nhân của các rối loạn hành vi trong tiêu chuẩn A.
 - E. Các biểu hiện không đáp ứng với rối loạn phổ tự kỉ.
 - F. Các rối loạn đã bắt đầu trước 5 tuổi.
 - G. Trẻ phải trên 9 tháng tuổi.
- Chẩn đoán phân biệt:
- Rối loạn phổ tự kỉ.
 - Rối loạn phát triển trí tuệ.
 - Các rối loạn trầm cảm.

7.2 Rối loạn gắn bó xã hội giải ức chế (Disinhibited Social Engagement Disorder)

Mã số: 313.89 (F94.2)

A. Một kiểu hành vi trong đó trẻ tương tác tích cực với người lớn không quen biết và bộc lộ ít nhất 2 trong số 4 điểm dưới đây:

1. Ít hoặc hầu như không có biểu hiện dè dặt trong tương tác với người lớn không quen biết.
2. Những hành vi ngôn ngữ bên ngoài hoặc hành vi cơ thể đầu là những hành vi quen thuộc (không phải là những hành vi cấm kỵ về mặt văn hóa và phù hợp với lứa tuổi).
3. Ít hoặc không có hành động tìm kiếm người chăm sóc sau khi “mạo hiểm” đi thăm dò khu vực ngay cả những nơi không quen thuộc.
4. Sẵn sàng hoặc rất ít do dự đi với người (lớn) không quen biết.

B. Những hành vi ở tiêu chuẩn A không chỉ là xung động (như trong tăng động/giảm chú ý) mà bao gồm cả những hành vi bị xã hội cấm.

C. Trẻ đã phải trải nghiệm sự cực đoan trong chăm sóc không phù hợp, thể hiện ở:

1. Sự bỏ mặc về xã hội dưới dạng thiếu thốn một cách trường diễn những nhu cầu cơ bản về sự thoải mái, dễ chịu với người lớn.
2. Nhiều lần thay đổi người chăm sóc dẫn đến hạn chế cơ hội hình thành sự gắn bó ổn định.
3. Được nuôi dưỡng trong điều kiện khác thường, trong đó có rất ít cơ hội để hình thành sự gắn bó có lựa chọn (ví dụ, trong cơ sở nuôi dưỡng có nhiều trẻ nhưng ít người chăm sóc).
- D. Sự chăm sóc như trong tiêu chuẩn C được coi là nguyên nhân của các rối loạn hành vi trong tiêu chuẩn A.

E. Trẻ phải từ 9 tháng tuổi trở lên.

Chẩn đoán phân biệt:

- Rối loạn tăng động/giảm chú ý (ADHD).

7.3 Rối loạn stress sau sang chấn (Posttraumatic Stress Disorder-PTSD)

Mã số:09.81 (F43.10)

Lưu ý: Các tiêu chuẩn sau chỉ áp dụng cho người lớn và trẻ em trên 6 tuổi. Đối với trẻ em dưới 6 tuổi có tiêu chuẩn tương ứng ở bên dưới.

A. Tiếp xúc trực tiếp với cái chết thực sự hoặc mối đe dọa chết, vết thương nghiêm trọng hoặc bạo lực tình dục thể hiện bằng 1 (hoặc nhiều hơn) những cách sau.

1. Trực tiếp trải qua những sự kiện sang chấn đó.
2. Chứng kiến sự kiện sang chấn xảy ra với những người khác.
3. Biết được sự kiện sang chấn xảy ra với một thành viên trong gia đình hoặc bạn bè thân thiết. Trong trường hợp liên quan đến cái chết thật sự hay đe dọa chết của một thành viên trong gia đình hoặc bạn bè, sự kiện phải được xảy ra bạo lực hoặc tình cờ.

4. Sự trải nghiệm lặp đi lặp lại hoặc tiếp xúc quá mức với chi tiết bất lợi của yếu tố gây sang chấn (ví dụ, phản ứng đầu tiên nhân viên cấp cứu nhân đạo, nhân viên cảnh sát nhiều lần tiếp xúc với thông tin chi tiết của lạm dụng trẻ em).

Lưu ý: Tiêu chuẩn A4 không áp dụng khi có sự tiếp xúc thông qua phương tiện truyền thông điện tử, truyền hình, phim ảnh, hoặc hình ảnh, trừ khi tiếp xúc là công việc có liên quan.

B. Sự có mặt của một (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng sau đây liên quan đến các sự kiện sang chấn, bắt đầu từ sau khi cá nhân bị sang chấn xảy ra.

1. Tái diễn, cưỡng bức, gợi nhớ những sự kiện sang chấn

Lưu ý: ở trẻ em trên 6 tuổi, chơi lặp đi lặp lại các chủ đề của sự kiện sang chấn.

2. Tái diễn những giấc mơ khó chịu có nội dung và/hoặc ảnh hưởng của sự kiện sang chấn.

Lưu ý: ở trẻ em, có thể có sợi hải trong giấc mơ mà không biết nội dung.

3. Phản ứng phân ly (ví dụ như mẩn hồi tưởng) trong đó bệnh nhân cảm thấy hoặc hoạt động như sự kiện sang chấn được tái hiện. (Phản ứng này có thể xảy ra liên tục, nặng nhất là bệnh nhân mất hoàn toàn nhận thức về môi trường xung quanh hiện tại)

Lưu ý: ở trẻ em, có chơi diễn lại cảnh sang chấn biệt định.

4. Căng thẳng tâm lý kéo dài hoặc mãnh liệt khi tiếp xúc với biểu hiện bên ngoài hoặc bên trong biểu tượng hoặc dấu vết của sự kiện sang chấn.

5. Phản ứng sinh lý với biểu hiện bên ngoài hoặc bên trong biểu tượng hoặc dấu vết của sự kiện sang chấn

C. Sự né tránh bền vững với những kích thích liên quan tới các yếu tố sang chấn, bắt đầu sau sang chấn, có bằng chứng 1 hoặc cả hai biểu hiện dưới đây:

1. Tránh hoặc nỗ lực để tránh những ký ức đau buồn, những suy nghĩ, cảm xúc liên quan chặt chẽ với sự kiện sang chấn.

2. Tránh hoặc nỗ lực để tránh gợi nhớ lại (người, địa điểm, các cuộc hội thoại, các hoạt động, các đối tượng, tình huống) đó khơi dậy những ký ức đau buồn, suy nghĩ, hay cảm xúc liên quan chặt chẽ với sang chấn.

D. Những thay đổi tiêu cực trong nhận thức cảm xúc liên quan đến yếu tố sang chấn, bắt đầu hoặc xấu đi sau yếu tố gây sang chấn biểu hiện bằng chứng là hai (hoặc nhiều hơn) trong các biểu hiện sau:

1. Không có khả năng nhớ biểu hiện quan trọng của sang chấn (thường do mất nhớ phân ly và không đo yếu tố khác như CTSN, rượu hoặc ma túy).

2. Những tin tưởng dai dẳng, quá mức hoặc những kỳ vọng về bản thân, về người khác, hoặc về thế giới (ví dụ, "Tôi xấu", "Không ai có thể tin được," "Thế giới là hoàn toàn nguy hiểm", "toàn bộ hệ thống thần kinh của tôi đang bị hủy hoại vĩnh viễn").

3. Nhận thức sai lệch, dai dẳng về nguyên nhân, hậu quả của sang chấn dẫn đến đổ lỗi cho bản thân hay người khác.

4. Trạng thái cảm xúc tiêu cực, dai dẳng (ví dụ, sợ hãi, kinh hoàng, giận dữ, tội lỗi, hay xấu hổ).

5. Suy giảm rõ rệt quan tâm thích thú hoặc tham gia vào các hoạt động có ý nghĩa.

6. Cảm giác xa lánh hay lạnh nhạt từ những người xung quanh.

7. Mất khả năng trải nghiệm cảm xúc tích cực dai dẳng (ví dụ, không có khả năng để trải nghiệm hạnh phúc, sự hài lòng, hoặc cảm xúc yêu thương).

E. Có hai hay nhiều hơn các biểu hiện dưới đây liên quan tới phản ứng của cơ thể với yếu tố gây sang chấn.

1. Hành vi kích thích ,bùng nổ giận dữ (với rất ít hoặc không có sự khiêu khích nào) thường biểu hiện sự gây hấn bằng lời nói hoặc hành động với người hoặc đối tượng khác.

2. Hành vi liều lĩnh hoặc hành vi tự hủy hoại.

3. Tăng cảnh giác

4. Phản ứng quá mức

5. RL tập trung chú ý.

6. Rối loạn giấc ngủ (khó vào giấc ngủ, khó ngủ lại, ngủ không yên)

F. Thời gian các rối loạn trên kéo dài (Tiêu chuẩn B, C, D, và E) hơn 1 tháng.

G. Các rối loạn này không phải do tác động sinh lý của một chất hoặc một bệnh lý khác.

A. Ở trẻ em dưới hoặc bằng 6 tuổi, sự phơi nhiễm với cái chết thật sự hoặc đe dọa chết, bị thương nặng hoặc bạo hành tình dục theo một (hoặc nhiều hơn) trong số những cách sau đây:

1. Trực tiếp trải nghiệm sự kiện gây sang chấn.

2. Chứng kiến tận mắt sự kiện khi nó xảy ra với những người khác đặc biệt là những người chăm sóc gần gũi nhất.

Lưu ý: Chứng kiến không bao gồm những sự kiện được nhìn thấy chỉ trên phương tiện truyền thông điện tử, TV, phim ảnh hoặc tranh ảnh.

3. Nghe rằng sự kiện gây sang chấn xảy ra với bố hoặc mẹ hoặc người chăm sóc.

B. Biểu hiện một (hoặc nhiều hơn) trong số những triệu chứng ám ảnh sau đây đi kèm với sự kiện gây sang chấn, bắt đầu sau khi sự kiện gây sang chấn xảy ra:

1. Các ký ức ám ảnh khó chịu, tái diễn, không tự ý về sự kiện gây sang chấn

Lưu ý: Các ký ức tự phát và ám ảnh có thể không nhất thiết gây khó chịu và có thể được thể hiện thông qua sự diễn lại qua trò chơi.

2. Những giấc mơ khó chịu tái diễn, trong đó nội dung và/hoặc cảm xúc của giấc mơ có liên quan đến sự kiện gây sang chấn.

Lưu ý: có thể không chắc chắn là nội dung gây sợ có liên quan đến sự kiện gây sang chấn.

3. Những phản ứng phân ly (vd hồi tưởng) trong đó cá nhân cảm thấy hoặc hành xử như thể sự kiện gây sang chấn đang tái diễn (phản ứng đó có thể xảy ra trên một thể liên tục, với biểu hiện cực điểm nhất là mất hoàn toàn nhận thức về môi trường hiện tại). Sự diễn lại cụ thể liên quan đến sang chấn có thể diễn ra trong trò chơi.

4. Sự phiền muộn về tâm lý mạnh mẽ hay kéo dài khi phơi nhiễm với các tín hiệu từ bên trong hoặc bên ngoài mà tượng trưng cho hoặc giống với một khía cạnh của sự kiện gây sang chấn.

2. Các phản ứng sinh lý rõ rệt với các tín hiệu từ bên trong hoặc bên ngoài mà tượng trưng cho hoặc giống với một khía cạnh của sự kiện gây sang chấn.

C. Một (hoặc nhiều hơn) trong số những triệu chứng dưới đây, biểu hiện hoặc là sự né tránh dai dẳng các kích thích đi kèm với sự kiện gây sang chấn hoặc những thay đổi âm tính về nhận thức và khí sắc đi kèm với sự kiện gây sang chấn phải hiện diện, bắt đầu hoặc xấu hơn sau sự kiện.

Né tránh dai dẳng các kích thích

1. Né tránh hoặc nỗ lực né tránh những hoạt động, địa điểm hoặc yếu tố gợi nhắc cơ thể các hồi ức về sự kiện gây sang chấn.
2. Né tránh hoặc nỗ lực né tránh những người, cuộc trò chuyện hoặc tình huống con người làm gợi nhớ đến các hồi ức về sự kiện gây sang chấn.

Những thay đổi âm tính về nhận thức

1. Tần suất trạng thái cảm xúc tiêu cực tăng đáng kể (sợ hãi, tội lỗi, buồn bã, xấu hổ, hoang mang).
2. Giảm rõ rệt sự hứng thú hay sự tham gia vào những hoạt động có ý nghĩa, bao gồm xây dựng trò chơi.
3. Hành vi thu rút về mặt xã hội.
4. Giảm sút dai dẳng trong việc thể hiện cảm xúc tích cực.

D. Những thay đổi về sự cảnh giác và phản ứng đi kèm với sự kiện gây sang chấn, bắt đầu hoặc xấu hơn sự kiện được thể hiện bằng hai (hoặc nhiều hơn) trong số những điểm sau:

1. Hành vi cau có hoặc các bộc phát tức giận (với ít hoặc không có sự khiêu khích), thường là thể hiện bằng sự gây hấn lời nói hoặc cơ thể với người hoặc đồ vật (gồm những cơn cực kỳ thịnh nộ).
2. Hành vi liều lĩnh hoặc tự phá hủy.
3. Tăng cảnh giác.
4. Phản ứng giật mình thái quá.
5. Gặp vấn đề trong việc tập trung.
6. Rối loạn giấc ngủ (khó đi vào giấc ngủ hay kho giữ giấc ngủ hoặc ngủ không yên).

E. Khoảng thời gian của rối loạn là hơn 1 tháng.

F. Rối loạn gây ra phiền muộn có ý nghĩa về mặt lâm sàng và suy giảm trong mối quan hệ với cha mẹ, anh chị em, bạn bè cùng lứa, hay với những người chăm sóc khác hay với hành vi ở trường học.

G. Rối loạn không phải là do những tác động sinh lý của một chất (ví dụ thuốc hay bia rượu) hoặc một bệnh lý y khoa khác.

Các đặc điểm chẩn đoán

Đặc tính thiết yếu của rối loạn stress sau chấn (PTSD) là sự phát triển của các triệu chứng đặc trưng theo sau sự phơi nhiễm với một hoặc nhiều sự kiện gây sang chấn. Phản ứng cảm xúc với sự kiện gây sang chấn (vd sợ hãi, bất lực, hoảng sợ) không còn là một phần của tiêu chí A nữa. Biểu hiện lâm sàng của PTSD cũng khác nhau. Ở một số cá nhân, các triệu chứng về cảm xúc và hành vi, sự tái trải nghiệm dựa trên nỗi sợ hãi có thể chiếm ưu thế. Ở một số người khác, sự mất hứng thú hay các trạng thái khí sắc loạn cảm và các nhận thức tiêu cực có thể gây khó chịu nhiều nhất. Ở một số cá nhân khác, những triệu chứng tăng phản ứng hay hướng ngoại - phản ứng là nổi bật, trong khi ở số khác thì triệu chứng phân ly là chiếm ưu thế. Cuối cùng, một số cá nhân có thể biểu hiện kết hợp những triệu chứng trên.

Những sự kiện gây sang chấn được trải nghiệm trực tiếp ở tiêu chí A bao gồm, nhưng không giới hạn trong, sự phơi nhiễm với chiến tranh với vai trò là người lính hoặc thường dân, bị tấn công hoặc đe dọa về thể chất (tấn công thể chất, cướp, tấn công để cướp, lạm dụng thể chất thời thơ ấu), bạo lực tình dục thật sự hoặc ở mức đe dọa (ép buộc tình dục có xâm nhập, xâm nhập tình dục khi say rượu/phê thuốc, lạm dụng tình dục có tiếp xúc, lạm dụng tình dục không tiếp xúc, buôn lậu tình dục), bị bắt cóc, bị bắt làm con tin, tấn công khủng bố, tra tấn, bị giam làm tù nhân chiến tranh, thiên tai hoặc thảm họa do con người gây ra, và một tai nạn giao thông nghiêm trọng). Đối với trẻ em, những sự kiện bạo lực tình dục có thể bao gồm những trải nghiệm tình dục không phù hợp với quá trình phát triển mà không có bạo lực hoặc bị thương thể chất. Một bệnh lý y khoa đe dọa đến tính mạng hoặc làm suy nhược không nhất thiết được coi là sự kiện gây sang chấn. Những sự kiện y tế được coi là sự kiện gây sang chấn bao gồm các sự cố bất ngờ, gây thảm họa (tĩnh dậy trong lúc đang phẫu thuật, sốc phản vệ). Chứng kiến sự kiện bao gồm, nhưng không hạn chế trong, quan sát một vết thương nặng hoặc đe dọa tính mạng, một cái chết không tự nhiên, lạm dụng thể chất hoặc tình dục do tấn công bạo lực, bạo hành gia đình, tai nạn, chiến tranh hoặc thảm họa, hoặc một thảm họa y tế ở tuổi thơ (xuất huyết đe dọa đến tính mạng). Phơi nhiễm gián tiếp qua việc nghe kể về một sự kiện được coi là trải nghiệm giới hạn ảnh hưởng đến họ hàng thân thích hoặc bạn bè, và những trải nghiệm bạo lực, bất ngờ (chết do nguyên nhân tự nhiên không được tính). Những sự kiện đó bao gồm tấn công bạo lực cá nhân, tự tử, một tai nạn nghiêm trọng, và vết thương nghiêm trọng. Rối loạn có thể rất nặng hay kéo dài khi tác nhân gây stress là cố ý hoặc liên quan đến con người (như tra tấn, bạo hành tình dục).

Sự kiện gây chấn thương có thể được tái trải nghiệm theo nhiều cách khác nhau. Một cách phổ biến là cá nhân có các hồi ức ám ảnh, tái diễn, không tự ý về sự kiện đó (tiêu chí B1). Các hồi ức ám ảnh ở PTSD phân biệt với sự nghiền ngẫm của trầm cảm ở chỗ chúng chỉ áp dụng cho những kí ức gây khó chịu không tự ý và ám ảnh. Sự nhấn mạnh là trên các kí ức tái diễn về sự kiện, thường bao gồm những thành tố về giác quan, hoặc cảm xúc, hoặc các thành tố về hành vi sinh lý. Một triệu chứng tái trải nghiệm phổ biến là những giấc mơ gây khó chịu, tái hiện lại bản thân sự kiện, hoặc đại diện cho, hay có liên quan về chủ đề với các đe dọa trong sự kiện gây sang chấn (tiêu chí B2). Cá nhân có thể trải qua những trạng thái phân ly kéo dài từ vài giây cho đến vài tiếng, hoặc thậm chí vài ngày, trong đó những thành phần của sự kiện được sống lại và cá nhân cư xử như thể sự kiện đó đang diễn ra vào thời điểm hiện tại (tiêu chí B3). Những sự kiện đó diễn ra trên một thể liên tục từ những ám ảnh hình ảnh hoặc những ám ảnh giác quan khác ngăn về một phần của sự kiện gây sang chấn, mà vẫn không mất định hướng về thực tại, cho đến mất hoàn toàn nhận thức về môi trường hiện tại. Những giai đoạn, thường được gọi là "hồi tưởng" thường là ngắn song có thể đi kèm với những căng thẳng kéo dài và sự cảnh giác nâng cao. Đối với trẻ nhỏ, sự diễn lại các sự kiện liên quan đến sang chấn có thể xuất hiện trong trò chơi hay trong các trạng thái phân ly. Sự phiền muộn tâm lý (tiêu chí B4) hoặc phản ứng sinh lý (tiêu chí B5) thường diễn ra khi cá nhân phơi nhiễm với những sự kiện kích thích giống hoặc biểu trưng cho một khía cạnh sự kiện gây sang chấn (vd những ngày gió sau cơn bão; nhìn thấy ai đó giống thủ phạm đã làm hại mình). Những tín hiệu kích thích có thể là một cảm giác về thể chất (vd chóng mặt đối với các cá nhân chấn thương đầu; tim đập nhanh đối với trẻ em bị sang chấn trước đó), đặc biệt là ở những cá nhân có triệu chứng cơ thể cao.

Những kích thích đi kèm với chấn thương bị né tránh dai dẳng (luôn luôn hoặc gần như luôn luôn). Cá nhân thường chủ đích nỗ lực để né tránh những suy nghĩ, kí ức, cảm giác hoặc trò chuyện về sự kiện gây sang chấn đó (vd sử dụng những kỹ năng gây xao nhãng để tránh những yếu tố gợi nhắc từ bên trong) (tiêu chí C1) và tránh những hoạt động, vật thể, tình huống hoặc con người đánh thức các ký ức về sự kiện đó (tiêu chí C2). Sự thay đổi âm tính về nhận thức hoặc khí sắc đi kèm với sự kiện bắt đầu hoặc xấu đi sau khi phơi nhiễm với sự kiện. Những sự thay đổi âm tính này có thể diễn ra dưới nhiều hình thức khác nhau, bao gồm mất khả năng ghi nhớ một khía cạnh quan trọng của sự kiện chấn thương; hiện tượng quên này chủ yếu là do hiện tượng quên phân ly, chứ không phải là do vết thương ở đầu, sử dụng đồ uống có cồn hoặc thuốc (tiêu chí D1). Một hình thức khác là những kỳ vọng tiêu cực phóng đại và dai dẳng (luôn luôn hoặc gần như luôn luôn) về những khía cạnh quan trọng của cuộc sống người đó, người khác, trong tương lai (vd Tôi

luôn có sự suy xét kém; Những nhà chức trách là những người không đáng tin) mà có thể biểu hiện sự thay đổi tiêu cực trong cảm nhận bản thể sau chấn thương (vd Tôi không thể tin ai được nữa, tiêu chí D2). Những cá nhân bị PTSD có thể có những nhận thức sai lầm dai dẳng về nguyên nhân gây ra sự kiện chấn thương, khiến họ tự đổ lỗi cho mình hoặc cho người khác (vd Việc chú tôi lạm dụng tôi là hoàn toàn do lỗi của tôi) (tiêu chí D3). Một trạng thái khí sắc tiêu cực dai dẳng (sợ hãi, hoảng sợ, tức giận, tội lỗi, xấu hổ) có thể bắt đầu hoặc diễn biến xấu hơn sau khi phơi nhiễm với sự kiện (tiêu chí D4). Cá nhân có thể có sự suy giảm rõ rệt sự hứng thú hay tham gia vào những hoạt động mà trước đây từng thích (tiêu chí D5), cảm thấy xa cách hay xa lạ với người khác (tiêu chí D6), hoặc không có khả năng dai dẳng trong việc cảm nhận các cảm xúc tích cực, đặc biệt là niềm hạnh phúc, vui vẻ, thỏa mãn hoặc những cảm xúc đi kèm với sự mật thiết, âu yếm và tình dục (tiêu chí D7).

Những cá nhân bị PTSD có thể rất dễ nổi cáu và thậm chí còn có hành vi hoặc/và lời nói gây hấn mặc dù không có hoặc có rất ít sự khiêu khích (vd quát tháo người khác, đánh nhau, đập phá đồ đạc) (tiêu chí E1). Cá nhân cũng có thể có hành vi liều lĩnh hoặc tự phá hủy như lái xe nguy hiểm, uống quá nhiều đồ uống có cồn hoặc sử dụng quá nhiều thuốc, hoặc có những hành vi tự làm mình bị thương, thậm chí tự tử (tiêu chí E2). PTSD thường được đặc trưng bởi nhạy cảm tăng cao đối với những mối đe dọa tiềm tàng, bao gồm những điều liên quan đến trải nghiệm sang chấn (ví dụ, sau khi bị tai nạn xe mô tô, đặc biệt nhạy cảm với sự đe dọa tiềm tàng gây ra bởi xe hơi hay xe vận tải) và những điều không liên quan đến sự kiện sang chấn (cảm thấy sợ có cơn đau tim) (tiêu chí E3). Những cá nhân bị PTSD có thể sẽ rất phản ứng với những tác nhân kích thích bất ngờ, thể hiện phản ứng giật mình ở mức cao, hoặc hay giật mình, với những tiếng động lớn hoặc những chuyển động bất ngờ (nhảy căng lên khi phản ứng với tiếng chuông điện thoại reo (tiêu chí E4)). Gặp khó khăn trong việc tập trung, bao gồm khó khăn trong việc ghi nhớ những việc hàng ngày (như quên số điện thoại của ai đó) hoặc khó khăn trong làm một việc cần tập trung (theo dõi một cuộc đối thoại trong một khoảng thời gian dài), được báo cáo phổ biến và có thể đi kèm với việc gặp ác mộng và lo lắng về sự an toàn hoặc đi kèm với sự cảnh giác tăng cao một cách lan tỏa, ảnh hưởng đến việc ngủ trọn giấc (tiêu chí E6). Một số cá nhân còn có các triệu chứng phân ly dai dẳng về việc tách rời khỏi cơ thể của họ (giải thể nhân cách) hoặc thế giới xung quanh (tri giác sai thực tại); điều này được phản ánh trong ghi chú "với các triệu chứng phân ly".

Chẩn đoán phân biệt:

**** Rối loạn sự thích ứng.***

- Trong rối loạn sự thích ứng, stress có thể là bất kỳ mức độ nào (nhẹ, vừa, nghiêm trọng) còn sang chấn của PTSD phải rất mạnh.

-Triệu chứng xa lánh, chột lạng và tăng báo động có trước khi stress không đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán PTSD cần xem xét chẩn đoán trầm cảm hoặc lo âu khác.

- Nếu triệu chứng đáp ứng quá mức với stress, đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán RLTT khác như loạn thần cấp, rối loạn trầm cảm chủ yếu, khi đó chẩn đoán này sẽ thay thế PTSD

** Rối loạn stress cấp tính.*

Rối loạn stress cấp tính được phân biệt với PTSD vì các triệu chứng trong rối loạn stress cấp tính được giới hạn trong một thời gian từ 3 ngày đến 1 tháng sau khi tiếp xúc với sang chấn.

** Rối loạn lo âu và OCD.*

Trong OCD, có những ý nghĩ áp đặt thường xuyên đáp ứng định nghĩa của ám ảnh. Ngoài ra, những ý nghĩ ám ảnh không liên quan đến sang chấn đến một sự kiện chấn thương tâm lý cụ thể.

- RL lo âu lan toàn lo âu liên quan đến sự việc tình huống cụ thể không xảy ra khi có sang chấn mạnh như trong PTSD

** Rối loạn trầm cảm chủ yếu.*

Trầm cảm chủ yếu có thể hoặc không khởi phát sau một sang chấn tâm lý và cần được chẩn đoán, nếu triệu chứng PTSD khác vắng mặt. Như rối loạn trầm cảm không bao gồm bất kỳ Tiêu chuẩn B hoặc C triệu chứng. Nó cũng không bao gồm một số triệu chứng PTSD từ tiêu chuẩn D hoặc E.

** Rối loạn nhân cách.*

Bệnh nhân có rối loạn nhân cách có khó khăn trong quan hệ giữa các cá nhân với nhau ngay từ khi phát bệnh. Khi có sang chấn có thể có triệu chứng PTSD nhiều hơn các biểu hiện của rối loạn nhân cách. Có thể chẩn đoán độc lập các PTSD khi tiếp xúc với sang chấn.

** Rối loạn phân ly.*

Các triệu chứng của rối loạn phân ly có thể xuất hiện hoặc không sau sang chấn hoặc có thể hoặc không cùng với các triệu chứng khác của PTSD. Khi các triệu chứng đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán PTSD thì nên đặt chẩn đoán, tuy nhiên nên chẩn đoán PTSD với các triệu chứng phân ly.

** Rối loạn loạn thần.*

- Hồi tưởng trong PTSD phải được phân biệt với ảo tưởng, ảo giác, và rối loạn tri giác khác có thể xảy ra trong TTPL, rối loạn loạn thần ngắn, và các rối loạn loạn thần khác; rối loạn trầm cảm và rối loạn lưỡng cực có loạn thần, sang, các rối loạn do một chất hoặc do thuốc hay các rối loạn loạn thần do một bệnh cơ thể.

** Chấn thương sọ não (CTSN).*

Khi một chấn thương sọ não xảy ra trong bối cảnh của một sự kiện chấn thương (ví dụ như, tai nạn chấn thương...), các triệu chứng của PTSD có thể xuất hiện. Một CTSN cũng là một chấn thương về tâm lý, CTSN cũng gây ra các triệu chứng thần kinh - nhận thức có thể xảy ra đồng thời và không loại trừ lẫn nhau.

Các triệu chứng sau chấn động não (ví dụ, đau đầu, chóng mặt, nhạy cảm với ánh sáng hoặc âm thanh, dễ cáu gắt, giảm tập trung) cũng có thể xảy ra ở bệnh nhân PTSD. Chẩn đoán phân biệt dựa vào sự tái trải nghiệm và né tránh sự kiện sang chấn của PTSD và triệu chứng RL định hướng kéo dài gặp ở CTSN nhiều hơn.

7.4 Rối loạn stress cấp (Acute Stress Disorder)

Mã: 308.3 (F43.0)

A. Tiếp xúc trực tiếp với cái chết thực sự hoặc mối đe dọa chết, vết thương nghiêm trọng hoặc bạo lực tình dục thể hiện bằng 1 (hoặc nhiều hơn) những cách sau.

1. Trực tiếp trải qua những sự kiện sang chấn đó.
2. Chứng kiến sự kiện sang chấn đó xảy ra với những người khác.
3. Biết được sự kiện sang chấn đó xảy ra với một thành viên trong gia đình hoặc bạn bè thân thiết. Trong trường hợp liên quan đến cái chết thật sự hay đe dọa chết của một thành viên trong gia đình hoặc bạn bè, sự kiện phải được xảy ra bạo lực hoặc tình cờ.
4. Sự trải nghiệm lặp đi lặp lại hoặc tiếp xúc quá mức với chi tiết bất lợi của yếu tố gây sang chấn (ví dụ, những nhân viên cứu hộ, thu nhặt xác người sau tai nạn, nhân viên cảnh sát nhiều lần tiếp xúc với thông tin chi tiết của lạm dụng trẻ em).

Lưu ý: Tiêu chuẩn A4 không áp dụng khi có sự tiếp xúc thông qua phương tiện truyền thông điện tử, truyền hình, phim ảnh, hoặc hình ảnh, trừ khi tiếp xúc là công việc có liên quan.

B. Sự hiện diện của 9 (hoặc nhiều hơn) các triệu chứng sau đây từ năm nhóm triệu chứng cơ bản: bị xâm nhập, cảm xúc tiêu cực, phân ly, né tránh, kích thích, bắt đầu sau sang chấn.

1. Những sự kiện sang chấn xuất hiện tái diễn, cường bức xâm nhập bệnh nhân.

Lưu ý: ở trẻ em, chơi lặp đi lặp lại có thể xảy ra trong đó các chủ đề hay khía cạnh về sang chấn được thể hiện.

2. Tái diễn những giấc mơ đau buồn có nội dung liên quan đến sự kiện sang chấn

Lưu ý: ở trẻ em, *có thể có* sợ hãi trong giấc mơ mà không biết nội dung.

3. Phản ứng phân ly (ví dụ như mẩn hồi tưởng) trong đó bệnh nhân cảm thấy hoặc hoạt động như sự kiện sang chấn được tái hiện. (Phản ứng này có thể xảy ra liên tục, nặng nhất là bệnh nhân mất hoàn toàn nhận thức về môi trường xung quanh hiện tại)

Lưu ý: ở trẻ em, *có chơi diễn lại cảnh sang chấn biệt định.*

4. Căng thẳng tâm lý kéo dài hoặc mãnh liệt khi tiếp xúc với biểu hiện bên ngoài hoặc bên trong biểu tượng hoặc dấu vết của sự kiện sang chấn.

5. Mất khả năng trải nghiệm cảm xúc tích cực dai dẳng (ví dụ, không có khả năng để trải nghiệm hạnh phúc, sự hài lòng, hoặc cảm xúc yêu thương).

Các triệu chứng phân ly:

6. Thay đổi giác quan thực xung quanh của mình hoặc giác quan của mình (ví dụ, khi nhìn thấy chính mình từ quan điểm của người khác, thời gian chậm lại).

7. Không có khả năng nhớ biểu hiện quan trọng của sang chấn (thường do mất nhớ phân ly và không đo yếu tố khác như CTSN, rượu hoặc ma túy).

Triệu chứng tránh né:

8. Tránh hoặc nỗ lực để tránh những ký ức đau buồn, những suy nghĩ, cảm xúc liên quan chặt chẽ với sự kiện sang chấn.

9. Tránh hoặc nỗ lực để tránh gợi nhớ lại (người, địa điểm, các cuộc hội thoại, các hoạt động, các đối tượng, tình huống) khơi dậy những ký ức đau buồn, suy nghĩ, hay cảm xúc liên quan chặt chẽ với sang chấn.

10. Rối loạn giấc ngủ (khó vào giấc ngủ, khó ngủ lại, ngủ không yên).

11. Hành vi kích thích, bùng nổ giận dữ (với rất ít hoặc không có sự khiêu khích nào) thường biểu hiện sự gây hấn bằng lời nói hoặc hành động với người hoặc đối tượng khác.

12. Tăng cảnh giác.

13. Rối loạn sự tập trung chú ý.

14. Phản ứng quá mức.

C. Thời gian tồn tại (các triệu chứng trong tiêu chuẩn B) là từ 3 ngày đến 1 tháng sau khi tiếp xúc với sang chấn.

Lưu ý: các triệu chứng thường bắt đầu ngay lập tức sau khi bị sang chấn, nhưng kéo dài trong ít nhất 3 ngày và lên đến một tháng là cần thiết để đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán.

D. Những rối loạn này ảnh hưởng đáng kể đến chức năng xã hội, nghề nghiệp.

E. Những rối loạn này không phải là do những tác động sinh lý của một chất (ví dụ, thuốc hoặc rượu) hoặc những bệnh khác (ví dụ CTSN nhẹ) và không do rối loạn loạn thần cấp.

Chẩn đoán phân biệt:

- Các rối loạn thích ứng.
- Rối loạn hoảng sợ.
- Rối loạn phân li.
- PTSD.
- OCD.
- Các rối loạn loạn thần.
- CTSN.

7.5 Các rối loạn thích ứng (Adjustment Disorders)

A. Các triệu chứng rối loạn về cảm xúc hoặc hành vi trước một tác nhân gây sang chấn xác định xảy ra trong vòng 3 tháng kể từ khi bắt đầu có sang chấn.

B. Các triệu chứng hoặc hành vi có ý nghĩa lâm sàng, được biểu hiện bằng một hoặc cả hai tình huống sau:

1. Không tương xứng với mức độ nghiêm trọng hay cường độ của sang chấn, có tính đến bối cảnh bên ngoài, các yếu tố văn hóa ảnh hưởng đến mức độ nghiêm trọng của triệu chứng.

2. Sự suy giảm đáng kể các chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc chức năng quan trọng khác.

C. Các rối loạn liên quan đến sang chấn không đáp ứng các tiêu chuẩn cho một rối loạn tâm thần và không phải là một đợt cấp của một triệu chứng tồn tại từ trước.

D. Các triệu chứng không phải là những biểu hiện của có tang thông thường.

E. Khi tác nhân gây sang chấn hoặc hậu quả của nó đã chấm dứt, các triệu chứng không kéo dài trên 6 tháng.

Chẩn đoán phân biệt:

- Rối loạn trầm cảm chủ yếu.
- PTSD.
- Các rối loạn nhân cách.
- Các yếu tố tâm lý ảnh hưởng đến một bệnh cơ thể khác.
- Các phản ứng stress thông thường.

8 CÁC RỐI LOẠN PHÂN LY (Dissociative Disorder)

8.1 Rối loạn xác định phân ly (Dissociative Identity Disorder)

Mã số: 340.14 (F44.81)

8.2 Mất nhớ phân ly (Dissociative Amnesia)

Mã số: 300.12

8.3 Rối loạn giải thể nhân cách/giải thể thực tại (Depersonalization/Derealization Disorder)

Mã số: 300.6 (F48.1)

9 RỐI LOẠN TRIỆU CHỨNG CƠ THỂ VÀ CÁC RỐI LOẠN LIÊN QUAN (Somatic Symptom and Related Disorders)

9.1 Rối loạn triệu chứng cơ thể (Somatic Symptom Disorder)

Mã số: 300.82 (F45.1)

A. Ít nhất 1 triệu chứng cơ thể làm bệnh nhân khó chịu, hoặc làm gián đoạn cuộc sống hằng ngày.

B. Những hành vi, cảm giác, ý nghĩ quá mức về các triệu chứng cơ thể hoặc triệu chứng liên quan đến sức khỏe, dễ nhận thấy bởi ít nhất 1 biểu hiện sau:

1. Những ý nghĩ dai dẳng và không tương xứng về mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng.
2. Lo lắng quá mức một cách dai dẳng về sức khỏe hay về các triệu chứng cơ thể.
3. Mất quá nhiều công sức và thời gian cho các triệu chứng nói trên hay các vấn đề có liên quan đến sức khỏe.

C. Mặc dù các triệu chứng cơ thể không còn nhưng trạng thái mà các triệu chứng gây ra vẫn kéo dài dai dẳng ở người bệnh (thường ít nhất 6 tháng).

Biệt định nếu:

- Triệu chứng đau có trước: dành cho các cá nhân có triệu chứng dạng cơ thể bao gồm cả triệu chứng đau.
- Sự dai dẳng: Khi các triệu chứng nghiêm trọng kéo dài ít nhất 6 tháng.

Biệt định theo mức độ hiện tại:

- Nhẹ: Chỉ 1 triệu chứng trong tiêu chuẩn B.
- Vừa: Ít nhất 2 triệu chứng trong tiêu chuẩn B.
- Nặng: Ít nhất 2 triệu chứng trong tiêu chuẩn B kèm theo bệnh nhân phản nản rất nhiều (Hoặc chỉ cần 1 triệu chứng rất nghiêm trọng).

Chẩn đoán phân biệt:

- Bệnh khác: Đau xơ cơ, hội chứng ruột kích thích, đái tháo đường, bệnh tim.
- Rối loạn hoảng sợ.
- Rối loạn lo âu lan tỏa.
- Rối loạn trầm cảm.
- Rối loạn lo âu bệnh lý.
- Rối loạn chuyển dạng.
- Rối loạn sợ biến dạng cơ thể.
- Rối loạn ám ảnh cưỡng bức.

9.2 Rối loạn lo âu có bệnh¹ (Illness Anxiety Disorder)

Mã số: 300.7 (F45.21)

- A. Bệnh nhân luôn lo lắng mình mắc 1 bệnh nghiêm trọng nào đó.
- B. Các triệu chứng cơ thể không có, hoặc nếu có chỉ ở mức độ nhẹ. Nếu bệnh nhân mắc hoặc có nguy cơ cao mắc một bệnh nào đó thì sự lo lắng, bận tâm này biểu hiện quá mức và không tương xứng.
- C. Lo lắng quá nhiều về sức khỏe, người bệnh rất dễ hoảng sợ với tình trạng sức khỏe của mình.
- D. Có các hành vi liên quan đến sức khỏe như khám đi khám lại để xem có bệnh hay không... hoặc các biểu hiện trốn tránh như tránh đi khám bác sỹ, hay khám ở bệnh viện...
- E. Lo lắng này kéo dài ít nhất 6 tháng.
- F. Việc bệnh nhân lo lắng mình mắc bệnh không phải do các rối loạn tâm thần khác như: Rối loạn triệu chứng dạng cơ thể, rối loạn hoảng sợ, rối loạn lo âu lan tỏa, rối loạn sợ biến dạng cơ thể, rối loạn ám ảnh cưỡng bức, rối loạn hoang tưởng, hoặc rối loạn dạng cơ thể gây nên.

¹ Trước đây gọi là ám ảnh nghi bệnh (hypochondriasis)

Biệt định:

- Loại tìm kiếm sự chăm sóc y tế.
- Loại trốn tránh sự chăm sóc y tế.

1. Chẩn đoán phân biệt:

- Bệnh khác
- Các rối loạn điều chỉnh.
- Rối loạn triệu chứng dạng cơ thể.
- Các rối loạn lo âu.
- Rối loạn ám ảnh cưỡng bức.
- Rối loạn trầm cảm.
- Các rối loạn loạn thần.

9.3 Rối loạn phân ly (Rối loạn thần kinh chức năng) (Conversion Disorder/Functional Neurological Symptom Disorder)

- A. Ít nhất 1 triệu chứng chức năng cảm giác hay vận động chủ ý bị thay đổi.
- B. Có bằng chứng lâm sàng về sự không thích hợp giữa triệu chứng và thần kinh tiếp nhận hoặc bệnh lý.
- C. Triệu chứng hay sự giảm sút chức năng này không phải do bệnh hay rối loạn tâm thần khác.
- D. Triệu chứng hay sự giảm sút chức năng gây ra các triệu chứng lâm sàng làm bệnh nhân khó chịu nhiều hoặc làm giảm sút đáng kể các chức năng xã hội, nghề nghiệp và một số lĩnh vực quan trọng khác.

Biệt định nếu:

- Yếu hoặc liệt.
- Cử động bất thường.
- Triệu chứng khó nuốt.
- Rối loạn lời nói.
- Con co giật.
- Giảm hoặc mất cảm giác.
- Triệu chứng cảm giác đặc biệt.
- Triệu chứng hỗn hợp.

Biệt định nếu:

- Thời kỳ cấp tính: Các triệu chứng kéo dài ít hơn 6 tháng.

- **Dai dẳng:** Các triệu chứng kéo dài ít nhất 6 tháng.

Biệt định nếu:

- Có căng thẳng tâm lý
- Không có căng thẳng tâm lý.

9.4 Các yếu tố tâm lý ảnh hưởng đến những bệnh cơ thể khác (Psychological Affecting Other Medical Conditions)

Mã số: 316 (F54)

- A. Bệnh nhân có triệu chứng bệnh lý nào đó (không phải là 1 rối loạn tâm thần).
- B. Các yếu tố hành vi và tâm lý gây ảnh hưởng tiêu cực đến bệnh lý khác bằng 1 trong các cách sau:
 - 1. Thúc đẩy bệnh tiến triển hay nặng hơn; hoặc làm chậm quá trình hồi phục của bệnh.
 - 2. Gây khó khăn cho việc điều trị.
 - 3. Cấu thành nên các yếu tố nguy cơ mắc bệnh.
 - 4. Thông qua cơ sở sinh lý bệnh, thúc đẩy hoặc làm trầm trọng thêm các triệu chứng hoặc cần thiết phải được điều trị.
- C. Các yếu tố hành vi và tâm lý ở tiêu chuẩn B không phải do 1 rối loạn tâm thần khác gây nên (Rối loạn hoảng sợ, rối loạn trầm cảm chủ yếu, rối loạn stress sau sang chấn).

Biệt định theo mức độ(hiện tại):

- Nhẹ: tăng nguy cơ mắc bệnh.
- Vừa: làm bệnh nặng hơn (ví dụ: lo âu sẽ làm trầm trọng thêm tình trạng hen suyễn...).
- Nặng: bệnh nhân phải được nhập viện hoặc được cấp cứu.
- Rất nặng: đe dọa tính mạng.

9.5 Rối loạn giả bệnh (Factitious Disorder)

Mã số: 300.19 (F68.10)

1.1 Rối loạn giả bệnh cho chính mình

- A. Giả các triệu chứng cơ thể hay tâm lý, hoặc giả bị thương hay mắc một bệnh nào đó.
- B. Người bệnh thể hiện cho người khác thấy là họ đang mắc bệnh, bị thương tật.

- C. Có bằng chứng về hành vi giả bệnh.
- D. Hành vi giả bệnh không phải do một rối loạn tâm thần nào khác gây nên, ví dụ: rối loạn hoang tưởng, hay các rối loạn loạn thần khác.

Biệt định nếu:

- Thời kỳ đơn độc.
- Các thời kỳ tái diễn.

1.2 Rối loạn giả bệnh cho người khác

- A. Giả các triệu chứng cơ thể hay tâm lý, hoặc giả bị thương hay mắc một bệnh nào đó cho người khác.
- B. Người bệnh thể hiện cho người khác thấy là người nào đó (nạn nhân) đang mắc bệnh, bị thương tật.
- C. Có bằng chứng về hành vi giả bệnh cho người khác.
- D. Hành vi giả bệnh cho người khác không phải do các rối loạn tâm thần khác gây nên, ví dụ: rối loạn hoang tưởng, hay các rối loạn tâm thần khác.

Chú ý: Chẩn đoán cho người có hành vi giả bệnh cho người khác, không phải cho nạn nhân.

9.6 Rối loạn triệu chứng cơ thể biệt định khác (Other Specified Somatic Symptom and Related Disorders)

Mã số: 300.89 (F45.8)

Mục này đề cập tới các triệu chứng dạng cơ thể và các triệu chứng liên quan gây nên các triệu chứng lâm sàng gây khó chịu nhiều cho bệnh nhân, hoặc làm giảm sút đáng kể các chức năng xã hội, nghề nghiệp và một số chức năng ở các lĩnh vực quan trọng khác.

Các ví dụ cho “biệt định khác” bao gồm:

1. Rối loạn triệu chứng dạng cơ thể ngắn: Thời gian triệu chứng ít hơn 6 tháng.
2. Rối loạn lo âu bệnh lý ngắn: Thời gian triệu chứng ít hơn 6 tháng.
3. Rối loạn lo âu bệnh lý không có các hành vi lo lắng quá mức về sức khỏe: Không có tiêu chuẩn D.
4. Hiện tượng thụ thai giả.

9.7 Rối loạn triệu chứng cơ thể không biệt định (Unspecified Somatic Symptom and Related Disorders)

Mã số: 300.82 (F45.9)

Mục này đề cập tới các triệu chứng dạng cơ thể và các triệu chứng liên quan gây nên các triệu chứng lâm sàng gây khó chịu nhiều cho bệnh nhân, hoặc làm giảm sút đáng kể các chức năng xã hội, nghề nghiệp và một số chức năng ở các lĩnh

vực quan trọng khác, nhưng không đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán bất cứ bệnh nào khác trong chương này. Chỉ được sử dụng chẩn đoán này khi Rối loạn cơ thể không biệt định khác và các rối loạn liên quan không được

10 RỐI LOẠN ĂN VÀ NUÔI DƯỠNG (Feeding and Eating Disorder)

10.1 Dị thực (Pica)

10.2 Rối loạn nhai lại (Rumination Disorder)

Mã số: 307.53 (F98.21)

10.3 Rối loạn trốn ăn/ăn ít (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder)

Mã số: 307.59 (F50.8)

10.4 Chán ăn tâm lý (Anorexia Nervosa)

10.5 Ăn nhiều tâm lý (Bulimia Nervosa)

Mã số: 307.51 (F50.2)

Rối loạn ăn vô độ (Binge-Eating Disorder)

Mã số: 307.51

11 RỐI LOẠN BÀI TIẾT

11.1 Đái dầm (Enuresis)

Mã số: 307.6 (F98.0)

11.2 Ỉa đùn (Encopresis)

Mã số: 307.7 (F98.1)

12 RỐI LOẠN THỨC – NGỦ

12.1 Rối loạn mất ngủ (Insomnia Disorder)

Mã số: 780.52 (G47.0)

A. Lờn than phiền chủ yếu là không thỏa mãn về thời lượng và chất lượng của giấc ngủ, phối hợp với 1 (hoặc hơn) các triệu chứng sau:

1. Khó vào giấc ngủ (với trẻ em, khó vào giấc ngủ khi không có người chăm sóc).

2. Khó giữ giấc ngủ, đặc trưng là hay thức giấc hoặc khó ngủ lại khi thức giấc. (Ở trẻ em, khó ngủ lại khi không có người chăm sóc).
3. Thức dậy sớm và không thể ngủ lại.
- B. Mất ngủ là nguyên nhân gây ra các triệu chứng khó chịu rõ rệt, ảnh hưởng xấu đến các chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc các chức năng quan trọng khác.
- C. Mất ngủ xảy ra ít nhất 3 lần mỗi tuần.
- D. Khó ngủ tồn tại ít nhất 3 tháng.
- E. Khó ngủ xảy ra mặc dù bệnh nhân có đầy đủ các điều kiện thuận lợi cho giấc ngủ.
- F. Mất ngủ không nằm trong phạm vi một rối loạn ngủ-thức khác (ngủ lịm, rối loạn giấc ngủ do hô hấp, rối loạn nhịp ngủ-thức hằng ngày và rối loạn cận giấc ngủ).
- G. Mất ngủ không phải là hậu quả của một bệnh thực tổn hoặc một chất (lạm dụng thuốc và ma túy).
- H. Nếu có các rối loạn tâm thần khác hoặc bệnh cơ thể phối hợp thì các bệnh này không đủ giải thích cho triệu chứng mất ngủ.

Biệt định với:

Phối hợp với các rối loạn tâm thần không gây ra mất ngủ, bao gồm lạm dụng chất.

Phối hợp với các bệnh cơ thể.

Phối hợp với các rối loạn giấc ngủ khác.

Mã số: Mã là 780.52 (G47.00) áp dụng cho cả 3 biệt định trên. Cod của các rối loạn tâm thần, bệnh cơ thể và rối loạn giấc ngủ phối hợp đánh dấu sau để chỉ bệnh phối hợp với mất ngủ.

Biệt định:

Theo giai đoạn: Triệu chứng kéo dài từ 1 đến 3 tháng.

Bền vững: Triệu chứng kéo dài từ 3 tháng trở lên.

Ghi chú: mất ngủ cấp tính hoặc mất ngủ ngắn (triệu chứng ngắn hơn 3 tháng nhưng có tất cả các tiêu chuẩn chẩn đoán, cường độ mạnh, gây rối loạn chức năng rõ rệt) sẽ được cod như là một rối loạn mất ngủ biệt định khác.

12.2 Rối loạn ngủ nhiều (Hypersomnolence Disorder)

Mã số: 780.54 (G47.10)

A. Luôn than phiền ngủ quá nhiều ít nhất là 7 giờ, kết hợp với 1 hay nhiều các triệu chứng sau:

1. Ngủ hoặc buồn ngủ nhiều lần trong ngày.
 2. Tổng số các giấc ngủ nhiều hơn 9 giờ mỗi ngày mà vẫn không cảm thấy thoải mái.
 3. Khó giữ được trạng thái thức tỉnh hoàn toàn sau khi thức dậy.
- B. Ngủ quá nhiều xảy ra ít nhất 3 lần mỗi tuần và kéo dài ít nhất 3 tháng.
- C. Ngủ quá nhiều làm giảm khả năng nhận thức, ảnh hưởng xấu đến các chức năng xã hội, nghề nghiệp và các chức năng khác.

D. Ngủ nhiều không diễn ra trong phạm vi một rối loạn giấc ngủ khác (ngủ lịm, rối loạn giấc ngủ do hô hấp, rối loạn nhịp ngủ-thức hằng ngày hoặc cận giấc ngủ).

E. Ngủ nhiều không phải là hậu quả của một bệnh cơ thể hoặc một chất (lạm dụng ma túy, thuốc).

12.3 Các rối loạn tâm thần và cơ thể phối hợp không đủ giải thích cho triệu chứng ngủ nhiều chiếm ưu thế hằng ngày Ngủ lịm (Narcolepsy)

A. Tái diễn các cơn buồn ngủ hoặc rơi vào giấc ngủ không thể cưỡng lại, diễn ra hằng ngày. Các cơn buồn ngủ này diễn ra ít nhất 3 lần mỗi tuần và kéo dài ít nhất 3 tháng.

B. Có ít nhất một triệu chứng sau:

1. Có các giai đoạn mất trương lực cơ, được định nghĩa bởi (a) hoặc (b), diễn ra vài lần trong 1 tháng:

a. Có các cơn mất trương lực cơ hai bên diễn ra đột ngột khi bệnh nhân đứng lâu, khởi đầu bằng mỉm cười hoặc cười to.

b. Ở trẻ em hoặc người có khởi phát bệnh dưới 6 tháng, có triệu chứng nhắm mắt hoặc há miệng, thè lưỡi, đảo mắt tự động mà không có biểu hiện bùng nổ cảm xúc rõ ràng.

2. Kháng thể hoạt động của hypocretin-1 trong dịch não tủy giảm rõ rệt (ít hơn hoặc bằng 1/3 của người khỏe mạnh, hoặc ít hơn 110 pg/ml). Giảm nồng độ hypocretin-1 không phải do vết thương cấp ở não, viêm hoặc nhiễm trùng ở não.

3. Trên biểu đồ giấc ngủ, giai đoạn ngủ vận nhãn nhanh (REM) trễ ít nhất 15 phút, hoặc có từ 2 giai đoạn ngủ trở lên trước khi có giai đoạn ngủ REM.

12.4 Các rối loạn giấc ngủ liên quan đến hô hấp (Breathing-Related Sleep Disorders)

12.4.1 Ngủ ngạt giảm thông khí phế nang (Obstructive Sleep Apnea Hypopnea)

Mã số: 327.23 (G47.33)

A. Có (1) hoặc (2):

1. Có bằng chứng rõ ràng trên biểu đồ giấc ngủ ngừng thở ít nhất 5 lần mỗi giờ và phải có các triệu chứng sau:

a. Rối loạn hô hấp trong đêm: ngáy, ngáy/ngáp hoặc ngừng thở trong khi ngủ.

b. Ngủ ngày, mệt mỏi, không cảm thấy thoải mái sau khi ngủ dậy, các triệu chứng này không phải do một bệnh tâm thần khác (bao gồm cả rối loạn giấc ngủ) hoặc một bệnh cơ thể khác gây ra.

2. Có ngừng thở rõ ràng trên biểu đồ giấc ngủ từ 15 lần trở lên mỗi giờ mà không cần phối hợp với các triệu chứng khác.

12.4.2 *Ngủ ngạt trung ương (Central Sleep Apnea)*

- A. Biểu hiện rõ ràng trên biểu đồ giấc ngủ, có 5 lần ngừng thở trở lên trong mỗi giờ ngủ.
- B. Rối loạn không phải là một rối loạn giấc ngủ khác.

12.4.3 *Giảm thông khí liên quan đến giấc ngủ (Sleep Related Hypoventilation)*

- A. Trên biểu đồ giấc ngủ có các giai đoạn giảm hô hấp phối hợp với tăng nồng độ CO₂. (lưu ý: nếu không có dụng cụ đo nồng độ CO₂ thì phải có giảm bền vững lượng hemoglobin bão hòa oxy không phối hợp với ngạt thở).
- B. Rối loạn không phải là một rối loạn giấc ngủ khác.

12.4.4 *Rối loạn nhịp thức ngủ trong ngày (Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders)*

- A. Rối loạn giấc ngủ bền vững hoặc tái diễn rõ ràng do đảo lộn nhịp ngủ-thức hằng ngày của cá nhân do tác động của môi trường xung quanh, do yêu cầu của xã hội hoặc yêu cầu của nghề nghiệp.
- B. Giấc ngủ bị rối loạn dẫn đến ngủ quá nhiều hoặc mất ngủ hoặc cả hai.
Rối loạn giấc ngủ là nguyên nhân gây ra các triệu chứng lâm sàng khó chịu rõ rệt hoặc tổn thương chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc các chức năng quan trọng khác.

12.5 Các rối loạn cận giấc ngủ (Parasomnias)

12.5.1 *Các rối loạn ngủ-thức không có vận động nhãn cầu nhanh (Non-Rapid Eye Movement Sleep Arousal Disorders)*

- A. Tái diễn các giai đoạn không tỉnh táo hoàn toàn sau khi ngủ dậy, thường xảy ra ở một phần ba đầu của giấc ngủ chính, phối hợp với 1 trong các triệu chứng sau:
 - B. Đi trong lúc ngủ: Lặp đi, lặp lại các giai đoạn đứng dậy khi đang ngủ trên giường và đi. Lúc đi trong giấc ngủ, bệnh nhân có vẻ mặt không biểu lộ cảm xúc, không đáp ứng với các cố gắng giao tiếp của người khác và rất khó đánh thức họ.
- 1. Hoảng hốt trong giấc ngủ: Tái diễn các giai đoạn thức dậy đột ngột trong khi ngủ, thường bắt đầu đột ngột bằng một tiếng hét hoảng hốt. Khi đó, bệnh nhân trong tình trạng sợ hãi rất mạnh và có rối loạn thần kinh thực vật nặng như mạch nhanh, đánh trống ngực, thở nhanh và ra rất nhiều mồ hôi. Họ không đáp ứng với các cố gắng của người khác nhằm đánh thức bệnh nhân.
- 2. Không nhớ lại được (hoặc rất ít) nội dung các giấc mơ.
- C. Quên trong cơn.
- D. Các giai đoạn này là nguyên nhân gây ra các triệu chứng lâm sàng rõ rệt hoặc gây rối loạn các chức năng xã hội, nghề nghiệp và các chức năng quan trọng khác.

- E. Rối loạn không phải do một chất gây ra (lạm dụng ma túy và thuốc).
- F. Đi trong giấc ngủ và hoảng hốt trong đêm không phải do một bệnh cơ thể hoặc một rối loạn tâm thần khác gây ra.

12.5.2 **Rối loạn ác mộng (Nightmare Disorder)**

Mã số: 307.47 (F51.5)

- A. Tái diễn các giấc mơ kéo dài, khủng khiếp và nhớ lại rõ ràng nội dung giấc mơ. Các nội dung này thường liên quan đến các cố gắng tránh bị đe dọa tính mạng, an ninh hoặc lành lặn của cơ thể. Chúng thường xảy ra ở nửa sau của giấc ngủ chính.
- B. Sau khi thức giấc từ giấc mơ khủng khiếp, bệnh nhân nhanh chóng định hướng được.
- C. Rối loạn giấc ngủ này là nguyên nhân gây ra các triệu chứng lâm sàng khó chịu rõ rệt và gây tổn thương các chức năng xã hội, nghề nghiệp và các chức năng quan trọng khác.
- D. Ác mộng không phải do một chất gây ra (lạm dụng ma túy và thuốc).
- E. Ác mộng không phải do một bệnh cơ thể hoặc một bệnh tâm thần khác gây ra.

12.5.3 **Rối loạn hành vi trong giấc ngủ có vận động nhãn cầu nhanh (Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder)**

Mã số: 327.42 (G47.52)

- A. Lặp đi, lặp lại các giai đoạn nói và/hoặc có các hành vi phức tạp trong khi ngủ.
- B. Các hành vi này xảy ra trong giai đoạn ngủ có vận nhãn cầu nhanh, do vậy thường xảy ra sau khi bắt đầu ngủ từ 90 phút trở lên. Chúng xảy ra thường xuyên hơn ở phần sau của giấc ngủ và ít khi xảy ra ở giấc ngủ ngày.
- C. Sau khi thức giấc, bệnh nhân hoàn toàn tỉnh táo và không có rối loạn định hướng.
- D. Có 1 trong 2 biểu hiện sau:
 - 1. Không ghi nhận được mất trương lực cơ trong giai đoạn ngủ REM.
 - 2. Có tiền sử rối loạn hành vi trong giấc ngủ REM và có bệnh tổn thương các nhân thần kinh (bệnh Parkinson, teo não lan tỏa).
- E. Rối loạn giấc ngủ này là nguyên nhân gây ra các triệu chứng lâm sàng khó chịu rõ rệt và gây tổn thương các chức năng xã hội, nghề nghiệp và các chức năng quan trọng khác (bao gồm cả các vết thương tự gây ra cho mình và cho người khác khi ngủ).
- F. Rối loạn này không phải do một chất gây ra (lạm dụng ma túy và thuốc).
- G. Rối loạn này không phải do một bệnh cơ thể hoặc một bệnh tâm thần khác gây ra.

12.5.4 **Hội chứng giật chân theo chu kì (Restless Legs Syndrome)**

Mã số: 333.94 (G25.81)

A. Giật 2 chân đột ngột, thường phối hợp hoặc không phối hợp với các cảm giác khó chịu ở chân, đặc trưng bởi tất cả các biểu hiện sau:

- Giật chân mạnh bắt đầu hoặc nhiều hơn ở giai đoạn nghỉ hoặc không hoạt động.
- Giật một phần hoặc toàn bộ chân.
- Giật chân xấu đi vào buổi tối và buổi sáng so với ban ngày, hoặc chỉ xảy ra vào buổi tối và đêm.

B. Các triệu chứng ở tiêu chuẩn A xảy ra ít nhất 3 lần mỗi tuần và kéo dài từ ít nhất 3 tháng.

C. Các triệu chứng ở tiêu chuẩn A là nguyên nhân gây ra các triệu chứng lâm sàng khó chịu rõ rệt và gây tổn thương các chức năng xã hội, nghề nghiệp và các chức năng quan trọng khác (bao gồm cả các vết thương tự gây ra cho mình và cho người khác khi ngủ).

E. Rối loạn này không phải do một bệnh cơ thể hoặc một bệnh tâm thần khác gây ra.

F. Rối loạn này không phải do một chất gây ra (lạm dụng ma túy hoặc thuốc).

12.5.5 Rối loạn giấc ngủ do một chất/thuốc (*Substance/Medication-Induced Sleep Disorder*)

A. Mất ngủ nặng và nổi bật.

B. Biểu hiện rõ ràng trong tiền sử, khám bệnh hoặc các xét nghiệm cho thấy cả (1) và (2):

1. Các triệu chứng ở tiêu chuẩn A xảy ra trong khi hoặc ngay sau khi ngộ độc hoặc cai một chất.

2. Các chất trên có khả năng gây ra các triệu chứng ở tiêu chuẩn A.

C. Rối loạn không phải là một rối loạn giấc ngủ khác. Bằng chứng rõ ràng của một rối loạn giấc ngủ độc lập bao gồm các biểu hiện sau:

Triệu chứng mất ngủ xuất hiện sau khi bắt đầu dùng chất, các triệu chứng mất ngủ tồn tại trong suốt thời gian cai do ngừng sử dụng chất hoặc trong thời gian ngộ độc cấp chất (khoảng 1 tháng).

D. Rối loạn giấc ngủ không xảy ra trong khi sáng.

E. Rối loạn là nguyên nhân gây ra các triệu chứng lâm sàng khó chịu, gây tổn thương các chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc các chức năng quan trọng khác.

Lưu ý: Chẩn đoán này thay cho chẩn đoán ngộ độc hoặc cai một chất nếu các triệu chứng ở tiêu chuẩn A nổi bật và đủ nặng trên lâm sàng.

RỐI LOẠN TÌNH DỤC

13 CÁC RỐI LOẠN NGHIỆN VÀ CÁC RỐI LOẠN LIÊN QUAN ĐẾN CHẤT (Substance-Related and Addictive Disorders)

Rối loạn liên quan đến chất bao quanh 10 nhóm thuốc khác nhau: đồ uống có cồn, cafeinne, cần sa, chất gây ảo giác (với phân loại riêng cho phencyclidine hoặc các arylcyclohexylamines có tác dụng tương tự và các chất gây ảo giác khác); thuốc hít; các chất dạng thuốc phiện; các thuốc gây yên dịu; thuốc ngủ, và thuốc làm giảm lo âu; chất kích thích (các chất loại amphetamine, cocaine và các chất kích thích khác); thuốc lá; và các chất khác (hoặc chưa rõ). 10 nhóm này không khác biệt hoàn toàn. Tất cả các loại thuốc dùng quá mức đều có điểm chung là hoạt hóa trực tiếp lên hệ thống tưởng thưởng/thỏa mãn trong não bộ, dẫn đến việc củng cố hành vi và sản xuất kí ức. Chúng tạo ra sự hoạt hóa lên hệ thống tưởng thưởng mạnh mẽ đến mức những hoạt động thông thường bị lãng quên.

Bên cạnh rối loạn liên quan đến chất, chương này cũng nói về rối loạn đánh bạc, phản ánh bằng chứng cho thấy những hành vi đánh bài kích hoạt hệ thống tưởng thưởng tương tự như các kích hoạt của các thuốc bị lạm dụng, và gây ra những triệu chứng hành vi có vẻ so sánh được với rối loạn sử dụng chất.

Rối loạn liên quan đến chất được chia thành hai nhóm: rối loạn sử dụng chất và rối loạn gây ra do chất. Những điều kiện sau đây có thể được phân loại thành rối loạn gây ra do chất: rối loạn tâm thần do ngộ độc, do cai nghiện và những rối loạn tâm thần gây ra do chất/thuốc khác (các rối loạn loạn thần, rối loạn ám ảnh cưỡng bức và các rối loạn có liên quan, rối loạn giấc ngủ, rối loạn chức năng tình dục, sáng, và rối loạn nhận thức thần kinh).

13.1 Các rối loạn liên quan đến rượu (Alcohol-Related Disorders)

13.1.1 Rối loạn sử dụng rượu (Alcohol Use Disorder)

A. Uống rượu nhiều dẫn đến các triệu chứng lâm sàng hoặc các khó chịu rõ ràng, có ít nhất 2 triệu chứng trong số các triệu chứng sau, biểu hiện trong thời gian ít nhất 12 tháng:

1. Thường xuyên uống rượu số lượng lớn trong thời gian dài.
2. Thêm rượu bền vững và không thành công trong việc bỏ rượu hoặc kiểm soát việc uống rượu.
3. Tiêu tốn rất nhiều thời gian cho việc tìm rượu và uống rượu.
4. Thêm rượu mãnh liệt hoặc phải uống rượu ngay lập tức.
5. Việc tái diễn uống rượu khiến bệnh nhân không hoàn thành được các nghĩa vụ ở nơi làm việc, ở trường học và ở nhà.
6. Tiếp tục uống rượu mặc dù việc uống rượu đã gây ra các hậu quả xấu bền vững hoặc tái diễn các hậu quả xấu trong quan hệ xã hội, quan hệ với mọi người, hoặc làm nặng thêm các hậu quả này.

7. Các hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc các hoạt động quan trọng khác bị bỏ mặc hoặc giảm sút do uống rượu gây ra.
8. Tiếp tục uống rượu dù đã có các nguy cơ về bệnh cơ thể.
9. Tiếp tục uống rượu dù biết rằng có các hậu quả bền vững hoặc tái diễn về cơ thể, về tâm lý hoặc các vấn đề khác do uống rượu gây ra.
10. Dung nạp với rượu được định nghĩa bởi 1 trong 2 điều sau:
 - a. Cần tăng đáng kể lượng rượu uống để gây ngộ độc rượu hoặc để thỏa mãn cơn thèm rượu.
 - b. Giảm đáng kể hiệu quả của rượu nếu giữ nguyên lượng rượu uống.
11. Hội chứng cai rượu được định nghĩa như sau:
 - a. Có hội chứng cai rượu điển hình.
 - b. Cần uống rượu (hoặc các thuốc khác như benzodiazepin) để tránh có hội chứng cai rượu.

Được biệt định:

- Lui bệnh: Trong tiền sử, bệnh nhân có đầy đủ tiêu chuẩn chẩn đoán cho nghiện rượu, nhưng không có tiêu chuẩn nào cho chẩn đoán nghiện rượu kéo dài từ 3 tháng đến dưới 12 tháng (ngoại trừ tiêu chuẩn 4 “thèm rượu mãnh liệt hoặc phải sử dụng rượu khẩn cấp” là có thể có).
- Bỏ rượu: trong tiền sử đã có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán cho nghiện rượu, nhưng trong vòng 12 tháng nay hoặc lâu hơn, không có tiêu chuẩn nào cho chẩn đoán nghiện rượu (ngoại trừ tiêu chuẩn 4 “thèm rượu mãnh liệt hoặc phải sử dụng rượu khẩn cấp” là có thể có).

Biệt định về mức độ nặng

305.50 nhẹ: có 2-3 triệu chứng.

303.90 vừa: có 4-5 triệu chứng.

303.90 nặng: có từ 6 triệu chứng trở lên.

13.1.2 Ngộ độc/say rượu (*Alcohol Intoxication*)

A. Gần đây có uống rượu.

B. Thay đổi đáng kể về tâm lý và hành vi trên lâm sàng (VD: hành vi tình dục không phù hợp hoặc hành vi gây hấn, khí sắc dao động, suy giảm (khả năng) suy đoán) phát triển trong lúc uống rượu hoặc sau khi uống rượu 1 thời gian ngắn.

C. Một (hoặc nhiều hơn) các dấu hiệu hoặc triệu chứng sa phát triển trong lúc uống rượu hoặc sau khi uống rượu 1 thời gian ngắn.

1. Nói lắp (nói lè nhè).
2. Mất phối hợp vận động.
3. Dáng đi loạng choạng.
4. Rung giật nhãn cầu.
5. Giảm chú ý và trí nhớ.
6. Sững sờ hoặc hôn mê.

D. Các dấu hiệu hoặc triệu chứng trên không liên quan đến tình trạng bệnh lý cơ thể và không giải thích tốt hơn bởi rối loạn tâm thần khác bao gồm nhiễm độc các chất khác.

13.1.3 *Trạng thái cai rượu (Alcohol Withdrawal)*

A. Ngừng hoặc giảm sử dụng rượu trên người đã và đang sử dụng rượu số lượng nhiều và kéo dài.

B. Hai (hoặc nhiều hơn) các biểu hiện sau phát triển trong vòng vài giờ đến vài ngày sau khi ngừng (hoặc giảm) việc sử dụng rượu được mô tả trong tiêu chuẩn A.

1. Tăng hoạt động tự động (ví dụ đỏ mồ hôi hoặc nhịp tim >100l/p).

2. Tăng run tay.

3. Mất ngủ.

4. Buồn nôn hoặc nôn.

5. Ảo giác thị giác, ảo giác xúc giác, ảo thanh hoặc ảo tưởng.

6. Kích động tâm thần vận động.

7. Lo âu.

8. Co cứng – co giật toàn thể.

C. Các dấu hiệu hoặc triệu chứng trong tiêu chuẩn B gây tổn thương đáng kể trên lâm sàng hoặc gây suy giảm chức năng xã hội, nghề nghiệp và các lĩnh vực quan trọng khác.

D. Các dấu hiệu và triệu chứng trên không liên quan đến tình trạng bệnh lý cơ thể và không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần khác bao gồm nhiễm độc hoặc cai một chất khác.

13.2 Các rối loạn liên quan đến cà phê

Tiêu chuẩn chẩn đoán 305.90 (F15.929)

A. Gần đây có sử dụng caffeine (điển hình là một liều vượt trên 250 mg).

B. Năm hoặc hơn các dấu hiệu hoặc triệu chứng sau đây phát triển trong hoặc ngay sau khi sử dụng caffeine:

1. Bồn chồn đứng ngồi không yên.

2. Hồi hộp lo lắng.

3. Kích thích.

4. Mất ngủ.

5. Đỏ mặt.

6. Đái.

7. Rối loạn dạ dày ruột.

8. Co giật cơ.

9. Dòng suy nghĩ, lời nói không mạch lạc.

10. Nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp tim.

11. Có các giai đoạn không biết mệt mỏi.

12. Kích động tâm thần vận động.

- C. Các dấu hiệu hoặc triệu chứng trong tiêu chuẩn B gây ra nguy kịch lâm sàng đáng kể hoặc làm giảm chức năng xã hội, nghề nghiệp, hoặc các chức năng quan trọng khác.
- D. Các dấu hiệu hoặc triệu chứng này không phải do một bệnh cơ thể và không được giải thích tốt hơn bằng một rối loạn tâm thần khác, bao gồm cả nhiễm độc một chất khác.

HỘI CHỨNG CAI CAFFEINE

Tiêu chuẩn chẩn đoán 292.0 (F15.93)

- A. Có sử dụng caffeine dài ngày.
- B. Ngừng đột ngột hoặc giảm việc sử dụng caffeine, xuất hiện 3 hoặc hơn các dấu hiệu hoặc triệu chứng dưới đây trong vòng 24 giờ tiếp theo:
 - 1. Đau đầu.
 - 2. Mệt mỏi hoặc buồn ngủ rõ rệt.
 - 3. Rối loạn khí sắc, khí sắc trầm cảm hoặc kích thích.
 - 4. Khó tập trung.
 - 5. Có các triệu chứng giả cúm (buồn nôn, nôn hoặc đau/cứng cơ).
- C. Các dấu hiệu và triệu chứng trong tiêu chuẩn B gây ra nguy kịch lâm sàng đáng kể hoặc làm giảm chức năng xã hội, nghề nghiệp, hoặc các chức năng quan trọng khác.
- D. Các dấu hiệu và triệu chứng trên không liên quan đến các ảnh hưởng sinh lý của một bệnh cơ thể (ví dụ migraine, bệnh do virus) và không được giải thích tốt hơn bằng một rối loạn tâm thần khác, bao gồm cả nhiễm độc và hội chứng cai của một chất khác.

E. RỐI LOẠN LIÊN QUAN ĐẾN CAFFEINE KHÔNG BIỆT ĐỊNH

F. 292.9(F15.99)

- G. Biệt định này vận dụng để thể hiện trong đó đặc điểm các triệu chứng của một rối loạn liên quan đến caffeine gây ra nguy kịch lâm sàng đáng kể hoặc làm suy giảm rõ chức năng xã hội nghề nghiệp, hoặc các chức năng quan trọng khác nhưng không đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn cho một rối loạn liên quan đến caffeine biệt định nào hoặc bất kỳ rối loạn nào trong nhóm chẩn đoán rối loạn có liên quan đến một chất hoặc các biệt định thêm vào.

13.3 Các rối loạn liên quan đến ma túy nhóm opioid (Opioid – Related Disorders)

13.3.1 Rối loạn (do) sử dụng opioid (Opioid Use Disorder)

- A. Sử dụng opioid dẫn đến sự suy giảm và đau khổ có ý nghĩa lâm sàng với ít nhất 2 trong số các biểu hiện sau trong khoảng thời gian 12 tháng:

1. Sử dụng opioid với số lượng nhiều hơn hoặc thời gian dài hơn so với dự định.
2. Mong muốn dai dẳng hoặc nỗ lực bất thành trong việc bỏ opioid hoặc kiểm soát việc sử dụng opioid.
3. Tiêu tốn một lượng lớn thời gian trong các hoạt động cần thiết để có opioid, sử dụng opioid, phục hồi lại hiệu quả (tác dụng) của opioid.
4. Khao khát hoặc thèm muốn mãnh liệt hoặc thôi thúc phải sử dụng opioid.
5. Tái diễn việc sử dụng opioid dẫn đến thất bại trong việc thực hiện đầy đủ các nghĩa vụ chủ yếu tại nơi làm việc, trường học hoặc tại nhà.
6. Tiếp tục sử dụng opioid mặc dù có các vấn đề xã hội hoặc cá nhân dai dẳng, tái diễn do opioid gây ra hoặc làm trầm trọng hơn do tác động của opioid.
7. Mất hoặc suy giảm các hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc giải trí quan trọng do sử dụng opioid.
8. Tái phát việc sử dụng opioid trong các trường hợp bệnh lý cơ thể nguy hiểm.
9. Tiếp tục sử dụng opioid mặc dù hiểu biết về các vấn đề cơ thể và tâm lý dai dẳng hoặc tái diễn chắc chắn là do opioid gây ra hoặc bị trầm trọng hơn do sử dụng opioid.
10. Dung nạp được định nghĩa như sau:
 - a. Nhu cầu sử dụng số lượng opioid tăng rõ rệt để đạt được hiệu quả mong muốn hoặc trạng thái say (ngộ độc)
 - b. Hiệu quả của opioid giảm rõ rệt khi tiếp tục sử dụng cùng một số lượng opioid (như trước).
11. Trạng thái cai được biểu hiện như sau:
 - a. Hội chứng cai đặc trưng cho opioid (Tham khảo tiêu chuẩn A và B trong các tiêu chuẩn của hội chứng cai opioid, trang 547-548).
 - b. opioid (hoặc một chất có liên quan chặt chẽ) được sử dụng để tránh hoặc giảm triệu chứng cai.

Lưu ý: Tiêu chuẩn này không áp dụng đối với cá nhân sử dụng opioid dưới sự giám sát y tế thích hợp.

Biệt định:

- Thuyên giảm sớm: Trong quá khứ đáp ứng đủ tiêu chuẩn của RL sử dụng opioid, không có tiêu chuẩn nào của RL sử dụng opioid được đáp ứng trong ít nhất 3 tháng nhưng ít hơn 12 tháng (trừ tiêu chuẩn A4: “Khao khát hoặc thèm muốn mãnh liệt hoặc thôi thúc phải sử dụng opioid” có thể đáp ứng).
- Thuyên giảm bền vững: Trong quá khứ đáp ứng đủ tiêu chuẩn của RL sử dụng opioid, không có tiêu chuẩn nào của RL sử dụng opioid được đáp ứng tại bất cứ thời gian nào trong 12 tháng hoặc lâu hơn (trừ tiêu chuẩn A4: “Khao khát hoặc thèm muốn mãnh liệt hoặc thôi thúc phải sử dụng opioid” có thể đáp ứng).

Biệt định:

- Liệu pháp điều trị duy trì: Biệt định bổ sung này được áp dụng khi các cá nhân đang sử dụng thuốc chủ vận được kê đơn như methadone hoặc buprenorphine không có tiêu chuẩn chẩn đoán cho rối loạn sử dụng opioid cho loại thuốc này (trừ khả năng dung nạp hoặc trạng thái cai, chất đồng vận). Tiêu

chuẩn này cũng được áp dụng cho các cá nhân đang điều trị duy trì chất chủ vận từng phần, chủ vận/đối vận hoặc đối vận hoàn toàn như naltrexone uống hoặc depot naltrexone.

- Trong môi trường được kiểm soát: Biệt định bổ sung này được thêm vào nếu người trong môi trường này tiếp cận với opioid bị cấm.

13.3.2 *Ngộ độc/say opioid (Opioid Intoxication)*

A. Gần đây có sử dụng opioid.

B. Thay đổi rõ về tâm lý hoặc hành vi trên lâm sàng (ví dụ: hưng phấn ban đầu theo sau là vô cảm, khoái cảm, kích động tâm thần vận động hoặc chậm chạp, suy giảm khả năng phán đoán) phát triển trong thời gian sử dụng, ngay sau khi sử dụng opioid.

C. Đồng tử co nhỏ (hoặc giãn đồng tử do thiếu oxy do sử dụng liều quá cao) và 1 (hoặc nhiều hơn) các dấu hiệu hoặc triệu chứng sau phát triển trong thời gian sử dụng, ngay sau khi sử dụng opioid.

1. Ngủ gà hoặc hôn mê.

2. Nói lắp (nói líu lưỡi).

3. Suy giảm sự tập trung hoặc giảm nhớ.

D. Các dấu hiệu hoặc triệu chứng trên không liên quan đến tình trạng bệnh lý cơ thể và không giải thích tốt hơn bởi rối loạn tâm thần khác bao gồm nhiễm độc các chất khác.

Biệt định:

Với rối loạn tri giác: Biệt định này có thể được lưu ý đến các ảo thính, ảo thị ảo xúc hay ảo tưởng xảy ra mà không có mê sảng

13.3.3 *Trạng thái cai opioid (Opioid Withdrawal)*

Mã số: 292.0 (F11.23)

A. Có 1 trong 2 biểu hiện sau:

1. Ngừng (hoặc giảm) sử dụng opioid trên người đã và đang sử dụng opioid số lượng nhiều và kéo dài (ví dụ: vài tuần hoặc lâu hơn).

2. Dùng một chất đối kháng (đối vận) opioid sau một thời gian sử dụng opioid.

B. Ba (hoặc nhiều hơn) các biểu hiện sau phát triển trong vòng vài phút đến vài ngày sau tiêu chuẩn A:

1. Cảm xúc bồn chồn, khó chịu.

2. Buồn nôn hoặc nôn.

3. Đau cơ.

4. Chảy nước mắt hoặc chảy nước mũi.

5. Giãn đồng tử, nổi gai ốc, vã mồ hôi.

6. Tiêu chảy.

7. Ngáp.

8. Sốt.

9. Mất ngủ.

C. Các dấu hiệu hoặc triệu chứng trong tiêu chuẩn B gây tổn thương đáng kể trên lâm sàng hoặc gây suy giảm chức năng xã hội, nghề nghiệp và các lĩnh vực quan trọng khác.

D. Các dấu hiệu và triệu chứng trên không liên quan đến tình trạng bệnh lý cơ thể và không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần khác bao gồm nhiễm độc hoặc cai một chất khác.

13.4 Các rối loạn liên quan đến chất kích thần (Stimulant-Related Disorders)

13.4.1 *Rối loạn (do) sử dụng chất kích thần*

14 RỐI LOẠN THẦN KINH NHẬN THỨC

14.1 Sảng

A. Rối loạn chú ý (suy giảm khả năng định hướng, tập trung, duy trì và di chuyển chú ý) và nhận thức(suy giảm định hướng môi trường).

B. Rối loạn tăng lên trong 1 thời gian ngắn (thường vài giờ tới vài ngày), biểu lộ sự thay đổi từ chú ý và nhận thức ban đầu, và có xu hướng dao động mức độ trong ngày.

C. Rối loạn quá trình nhận thức (giảm trí nhớ, rối loạn định hướng, ngôn ngữ, khả năng nhận thức thị giác, hoặc tri giác).

D. Rối loạn trong tiêu chuẩn A và C không được giải thích tốt hơn bởi rối loạn thần kinh - nhận thức đã có trước đó hoặc rối loạn thần kinh - nhận thức tiền triển và không diễn ra trong tình huống suy giảm nặng sự thức tỉnh, như là hôn mê.

E. Có bằng chứng từ bệnh sử hoặc khám xét rằng rối loạn là hậu quả sinh lý trực tiếp của một tình trạng bệnh lý khác, ngộ độc hoặc cai (gây ra bởi lạm dụng thuốc hoặc ma túy), hoặc phơi nhiễm với 1 chất độc, hoặc gây ra bởi nhiều nguyên nhân.

14.2 Các rối loạn thần kinh - nhận thức chủ yếu và nhẹ (Major and Mild Neurocognitive Disorders)

14.2.1 *Rối loạn thần kinh- nhận thức chủ yếu(Major Neurocognitive Disorder)*

A. Có bằng chứng của sự suy giảm nhận thức rõ ràng từ mức độ trước đó của một hoặc nhiều lĩnh vực nhận thức (chú ý phức tạp, chức năng thực hiện, học tập và trí nhớ, ngôn ngữ, vận động – tri giác, hoặc nhận thức xã hội) dựa trên:

1. Phàn nàn của cá nhân, người cung cấp thông tin, hoặc nhà lâm sàng rằng có sự suy giảm rõ ràng trong chức năng nhận thức; và

2. Một sự suy giảm lớn trong quá trình nhận thức, chứng minh tốt nhất bằng test tâm lý thần kinh chuẩn hoặc nếu không có thì bởi thanglợng giá lâm sàng khác.

B. Suy giảm nhận thức gây trở ngại sự độc lập trong hoạt động hằng ngày (ở mức độ tối thiểu, cần sự trợ giúp cho những hoạt động ví dụ như thanh toán hóa đơn hoặc quản lý thuốc).

C. Suy giảm nhận thức biểu hiện không chỉ trong sáng.

D. Sự suy giảm nhận thức không được giải thích tốt hơn bởi rối loạn tâm thần khác (ví dụ, rối loạn trầm cảm chủ yếu, TTPL).

Biệt định nếu gây ra bởi:

- Bệnh Alzheimer
- Thoái hóa thùy trán thái dương
- Bệnh tiểu thể Lewy
- Bệnh mạch máu
- Chấn thương sọ não.
- Sử dụng chất/thuốc
- Nhiễm HIV
- Bệnh nhiễm hạt protein
- Bệnh Parkinson
- Bệnh Huntington
- Trạng thái bệnh lý khác
- Nhiều nguyên nhân
- Không biệt định

Biệt định:

- Không có rối loạn hành vi: nếu rối loạn nhận thức không đi kèm với rối loạn hành vi rõ ràng nào.
- Với rối loạn hành vi: nếu rối loạn nhận thức đi kèm với rối loạn hành vi rõ ràng (triệu chứng loạn thần, rối loạn khí sắc, kích động, thờ ơ, hoặc triệu chứng rối loạn hành vi khác).

Biệt định mức độ nặng hiện tại:

- Nhẹ: khó khăn với hoạt động dùng dụng cụ hằng ngày (vd, việc nhà, quản lý tiền bạc).
- Vừa: khó khăn với hoạt động sống cơ bản hằng ngày(ví dụ, ăn, mặc).
- Nặng: phụ thuộc hoàn toàn.

14.2.2 Rối loạn nhẹ thần kinh-nhận thức (Mild Neurocognitive Disorder)

A. Có bằng chứng của sự suy giảm nhận thức nhẹ so với trước đó trong một hoặc nhiều lĩnh vực nhận thức (chú ý phức tạp, chức năng thực hiện, học tập và trí nhớ, ngôn ngữ, vận động tri giác, hoặc nhận thức xã hội) dựa trên:

1. Phàn nàn của bệnh nhân, một người cung cấp thông tin, hoặc nhà lâm sàng rằng có sự suy giảm nhẹ trong chức năng nhận thức; và
2. Một sự suy giảm nhẹ trong thực hiện nhận thức, chứng minh tốt nhất bằng test tâm lý học thần kinh chuẩn hoặc nếu không có thì bởi thang lượng giá lâm sàng khác.

B. Sự suy giảm nhận thức không gây trở ngại khả năng độc lập trong hoạt động hằng ngày (hoạt động phức tạp trong cuộc sống hằng ngày như thanh toán hóa đơn hoặc quản lý thuốc vẫn được duy trì nhưng phải cố gắng nhiều, bù trừ, hoặc phải đòi hỏi sự điều chỉnh).

C. Sự suy giảm nhận thức thể hiện không chỉ trong sáng.

D. Sự suy giảm nhận thức không được giải thích tốt hơn bởi rối loạn tâm thần khác (ví dụ, rối loạn trầm cảm chủ yếu, TTPL).

Biệt định:

- Với không có rối loạn hành vi: nếu rối loạn nhận thức không đi kèm với rối loạn hành vi rõ ràng nào.
- Với rối loạn hành vi: nếu rối loạn nhận thức đi kèm với rối loạn hành vi rõ ràng (vd, triệu chứng loạn thần, rối loạn khí sắc, kích động, thờ ơ, hoặc triệu chứng rối loạn hành vi khác).

14.2.3 **Rối loạn thần kinh-nhận thức chủ yếu hoặc nhẹ do bệnh Alzheimer** (*Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Alzheimer's Disease*)

A. Đủ tiêu chuẩn cho rối loạn thần kinh - nhận thức chủ yếu hoặc nhẹ.

B. Có khởi phát âm thầm và tiến triển từ từ của sự suy giảm trong 1 hoặc nhiều lĩnh vực nhận thức (với rối loạn thần kinh -nhận thức chủ yếu, ít nhất hai lĩnh vực phải suy giảm).

C. Đủ tiêu chuẩn cho bệnh Alzheimer “chắc hẳn” hoặc “có thể” như sau:

Cho rối loạn thần kinh nhận thức chủ yếu:

bệnh Alzheimer “ chắc hẳn” được chẩn đoán nếu một trong những điều sau tồn tại; nếu không thì chẩn đoán là bệnh Alzheimer “ có thể”.

. Có bằng chứng của đột biến gen gây ra bệnh Alzheimer từ bệnh sử gia đình hoặc xét nghiệm gen.

2. Tất cả 3 điều sau tồn tại:

a. có bằng chứng rõ ràng của suy giảm trí nhớ và sự hiểu biết và ít nhất một lĩnh vực nhận thức khác (dựa trên bệnh sử chi tiết hoặc test tâm lý học thần kinh).

b. sự tiến triển đều đều, suy giảm từ từ trong nhận thức, không có giai đoạn chững lại kéo dài.

c. không có bằng chứng của nguyên nhân hỗn hợp (nghĩa là, không có thoái hóa thần kinh khác hoặc bệnh mạch máu não hoặc bệnh thần kinh, tâm thần, hệ thống khác, hoặc tình trạng có thể gây ra suy giảm nhận thức).

Với rối loạn thần kinh - nhận thức nhẹ:

Bệnh Alzheimer “chắc hẳn” được chẩn đoán nếu có bằng chứng của đột biến gen gây ra bệnh Alzheimer từ xét nghiệm gen hoặc bệnh sử gia đình.

Bệnh Alzheimer “có thể” được chẩn đoán nếu không có bằng chứng của đột biến gen gây ra bệnh Alzheimer từ xét nghiệm gen hoặc bệnh sử gia đình, và tất cả ba điều sau phải tồn tại:

1. Có bằng chứng rõ ràng của suy giảm trí nhớ và sự hiểu biết

2. Sự tiến triển đều đều, suy giảm từ từ trong nhận thức, không có giai đoạn chững lại kéo dài.
3. Không có bằng chứng của nguyên nhân hỗn hợp (nghĩa là, không có thoái hóa thần kinh khác hoặc bệnh mạch máu não hoặc bệnh thần kinh, tâm thần, hệ thống khác, hoặc tình trạng có thể gây ra suy giảm nhận thức).
- D. Rối loạn không được giải thích tốt hơn bởi bệnh mạch máu não, bệnh thoái hóa thần kinh khác, tác động của một chất, hoặc bệnh tâm thần, thần kinh hoặc hệ thống khác.

14.2.4 ***Rối loạn thần kinh - nhận thức trán thái dương mức độ nhẹ hoặc chủ yếu (Major or Mild Frontotemporal Neurocognitive Disorder)***

- A. Đủ tiêu chuẩn cho rối loạn thần kinh - nhận thức chủ yếu hoặc nhẹ.
 - B. Rối loạn có khởi phát âm thầm và tiến triển từ từ.
 - C. có một trong 2 điều sau:
 1. Biến đổi hành vi:
 - a. ba hoặc nhiều hơn triệu chứng hành vi sau:
 - i. Sự giải tỏa ức chế hành vi
 - ii. Sự thờ ơ hoặc chậm chạp
 - iii. Mất sự đồng cảm hoặc cảm thông.
 - iv. Hành vi lặp lại, định hình hoặc cưỡng bức, nghi thức.
 - v. Ăn quá nhiều hoặc thay đổi về ăn uống.
 - b. suy giảm ưu thế trong nhận thức xã hội và/hoặc khả năng thực hiện.
 2. Biến đổi ngôn ngữ:
 - a. Sự suy giảm ưu thế trong khả năng ngôn ngữ, trong hình thái của biểu đạt ngôn ngữ, tìm từ, gọi tên đồ vật, ngữ pháp, hoặc hiểu từ.
 - D. Ít tương đối của hiểu biết và trí nhớ và chức năng vận động nhận thức.
 - E. Rối loạn không được giải thích tốt hơn bởi bệnh mạch máu não, bệnh thoái hóa thần kinh khác, tác động của một chất, hoặc bệnh tâm thần, thần kinh hoặc hệ thống khác.
- Rối loạn thần kinh-nhận thức trán thái dương “chắc chắn” được chẩn đoán nếu tồn tại một trong những điều sau, nếu không thì chẩn đoán là rối loạn thần kinh-nhận thức trán thái dương “có thể”.
1. Có bằng chứng của đột biến gen gây nên rối loạn thần kinh-nhận thức trán thái dương, từ tiền sử gia đình hoặc xét nghiệm gen.
 2. Có bằng chứng của thùy trán và/hoặc thùy thái dương không cân đối từ chẩn đoán hình ảnh thần kinh.

Rối loạn thần kinh-nhận thức trán thái dương “có thể” được chẩn đoán nếu không có bằng chứng của đột biến gen và chẩn đoán hình ảnh chưa được thực hiện.

14.2.5 ***Rối loạn thần kinh - nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu với tiểu thể Lewy (Major or Mild Neurocognitive Disorder With Lewy Bodies)***

- A. Đủ tiêu chuẩn cho rối loạn thần kinh - nhận thức chủ yếu hoặc nhẹ.

B. Rối loạn có khởi phát âm thầm và tiến triển từ từ.

C. Rối loạn có sự kết hợp đặc điểm chẩn đoán cơ bản và đặc điểm chẩn đoán gợi ý của **rối loạn thần kinh - nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu với tiểu thể Lewy “rất có thể” hoặc “có thể”**.

Đối với rối loạn thần kinh - nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu với tiểu thể Lewy “rất có thể”, bệnh nhân có hai đặc điểm cơ bản, hoặc một đặc điểm gợi ý với một hoặc hơn một đặc điểm cơ bản.

Đối với rối loạn thần kinh - nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu với tiểu thể Lewy “có thể”, bệnh nhân chỉ có một đặc điểm cơ bản hoặc một hoặc hơn một đặc điểm gợi ý.

14.2.6 ***Rối loạn thần kinh - nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu do mạch máu não (Major or Mild Vascular Neurocognitive Disorder)***

A. Rối loạn đáp ứng các tiêu chuẩn rối loạn thần kinh – nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu.

B. Các đặc điểm lâm sàng luôn đồng hành cùng bệnh căn mạch máu não, thể hiện qua 1 trong 2 điểm dưới đây:

1. Khởi phát suy giảm nhận thức luôn gắn với một/hoặc nhiều hơn sự cố tai biến mạch máu não.

2. Có bằng chứng cho thấy sự suy giảm thể hiện rõ nét trong chú ý phức tạp (bao gồm cả vận tốc xử lý) và chức năng điều hành – vùng trán.

C. Trong bệnh sử, kết quả khám và /hoặc hình ảnh thần kinh có bằng chứng về bệnh mạch máu não được xem là phù hợp với suy giảm thần kinh – nhận thức.

D. Các triệu chứng không thể được giải thích tốt hơn bởi một bệnh não khác hoặc một rối loạn hệ thống.

Có thể đặt chẩn đoán rối loạn thần kinh - nhận thức mạch máu não nếu như có 1 trong những điểm dưới đây; trong trường hợp không đáp ứng thì có thể đưa ra chẩn đoán rối loạn thần kinh - nhận thức mạch máu não để theo dõi:

1. Có bằng chứng hình ảnh thần kinh về tổn thương đáng kể nhu mô não dẫn đến bệnh mạch máu não.

2. Hội chứng thần kinh - nhận thức hiện thời liên quan đến một/hoặc nhiều hơn sự cố tai biến mạch máu não.

3. Có cả 2 bằng chứng về lâm sàng và di truyền về bệnh mạch máu não (ví dụ, có gen trội về bệnh lí động mạch não kèm theo nhồi máu dưới vỏ và bệnh lí chất trắng não).

Có thể đặt chẩn đoán rối loạn thần kinh - nhận thức mạch máu não nếu như đáp ứng được tiêu chuẩn lâm sàng nhưng hình ảnh thần kinh lại chưa phù hợp và chưa xác định được mối liên hệ giữa hội chứng thần kinh - nhận thức với một/hoặc nhiều hơn sự cố tai biến mạch máu não.

14.2.7 Rối loạn thần kinh - nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu do chấn thương sọ não (Major or Mild Neurocognitive Disorders Due to Traumatic Brain Injury)

- A. Rối loạn đáp ứng các tiêu chuẩn rối loạn thần kinh – nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu.
- B. Có bằng chứng về CTSN hoặc những tác động mạnh nào đó làm chấn động não, gây ra một trong những điểm sau:
 - 1. Mất ý thức
 - 2. Mất nhớ sau chấn thương
 - 3. Rối loạn định hướng và nhớ bịa.
 - 4. Các dấu hiệu thần kinh (ví dụ, kết quả hình ảnh thần kinh cho thấy có chấn thương; xuất hiện các cơn co giật; tình trạng nặng nề hơn của các cơn co giật đã có trước đó; thu hẹp trường thị giác; mất khứu giác; liệt nhẹ bán thân).
- C. Rối loạn thần kinh - nhận thức xuất hiện ngay sau CTSN hoặc ngay sau khi ý thức được phục hồi và tồn tại trong suốt giai đoạn cấp tính sau chấn thương.

14.2.8 Rối loạn thần kinh - nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu do một chất/thuốc (Substance/Medication-Induced Major or Mild Vascular Neurocognitive Disorder)

- A. Rối loạn đáp ứng các tiêu chuẩn rối loạn thần kinh – nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu.
- B. Các tổn thất thần kinh - nhận thức không phải là do sang, tồn tại kéo dài hơn so với khoảng thời gian thông thường của nhiễm độc/say hoặc trạng thái cai cấp tính.
- C. Chất/thuốc và thời gian sử dụng có thể gây những tổn thất thần kinh - nhận thức.
- D. Suy giảm thần kinh - nhận thức hiện thời luôn xuất hiện cùng với thời gian dùng chất/thuốc và ổn định hoặc thuyên giảm khi dừng chất/thuốc.
- E. Rối loạn thần kinh - nhận thức không do một bệnh cơ thể khác hoặc không thể được giải thích tốt hơn bởi một RLTT khác

14.2.9 Rối loạn thần kinh - nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu do nhiễm HIV (Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to HIV Infection)

- A. Rối loạn đáp ứng các tiêu chuẩn rối loạn thần kinh – nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu.
- B. Có bằng chứng (pháp lí) về nhiễm HIV.
- C. Rối loạn thần kinh - nhận thức không thể được giải thích tốt hơn bởi một bệnh cơ thể khác (không nhiễm HIV), bao gồm cả các bệnh não thứ phát như bệnh chất trắng não nhiều ổ tiến triển hoặc viêm màng não do nhiễm cryptococcus.

D. Rối loạn thần kinh - nhận thức không thể quy cho một bệnh cơ thể khác và không thể được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần khác.

14.2.10 *Rối loạn thần kinh - nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu do bệnh nhà tù (Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Prion Disease)*

A. Rối loạn đáp ứng các tiêu chuẩn rối loạn thần kinh – nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu.

B. Khởi bệnh âm ỉ, đều có chung một đặc điểm là tổn thất tiến triển nhanh.

C. Có các triệu chứng vận động của bệnh nhà tù, dạng như giật cơ (myoclonus), thất điều (ataxia) hoặc bằng chứng chỉ điểm sinh học (biomarker evidence).

D. Rối loạn thần kinh - nhận thức không thể quy cho một bệnh cơ thể khác và không thể được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần khác.

14.2.11 *Rối loạn thần kinh - nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu do bệnh Parkinson (Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Parkinson's Disease)*

A. Rối loạn đáp ứng các tiêu chuẩn rối loạn thần kinh – nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu.

B. Rối loạn xuất hiện trong quá trình hình thành bệnh Parkinson.

C. Khởi phát âm ỉ, rối loạn tiến triển từ từ.

D. Rối loạn thần kinh - nhận thức không thể quy cho một bệnh cơ thể khác và không thể được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần khác.

Có thể đưa ra chẩn đoán Rối loạn thần kinh - nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu do bệnh Parkinson nếu đáp ứng được cả 2 điểm dưới đây. Nếu đáp ứng được 1 trong 2 điểm thì có thể đặt chẩn đoán theo dõi:

1. Không có bằng chứng một bệnh căn hỗn hợp (ví dụ, không có dấu hiệu của bệnh thoái hóa thần kinh hoặc mạch máu não hoặc một bệnh thần kinh, tâm thần hay bệnh hệ thống khác gây ra suy giảm nhận thức).

2. Bệnh Parkinson xuất hiện trước rối loạn thần kinh - nhận thức.

14.2.12 *Rối loạn thần kinh - nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu do bệnh Huntington (Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Huntington's Disease)*

A. Rối loạn đáp ứng các tiêu chuẩn rối loạn thần kinh – nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu.

B. Khởi phát âm ỉ và tiến triển từ từ.

C. Đã xác định được bệnh Huntington về mặt lâm sàng hoặc xét nghiệm gen.

D. Rối loạn thần kinh - nhận thức không thể quy cho một bệnh cơ thể khác và không thể được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần khác.

14.2.13 ***Rối loạn thần kinh - nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu do một bệnh cơ thể khác (Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Another Medical Condition)***

- A. Rối loạn đáp ứng các tiêu chuẩn rối loạn thần kinh – nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu.
- B. Trong bệnh sử, kết quả khám và xét nghiệm cận lâm sàng có bằng chứng cho thấy suy giảm thần kinh – nhận thức là hậu quả sinh lý bệnh của một bệnh cơ thể khác.
- C. Rối loạn thần kinh - nhận thức không thể được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần khác hoặc một rối loạn thần kinh - nhận thức biệt định khác (ví dụ, bệnh Alzheimer, nhiễm HIV).

14.2.14 ***Rối loạn thần kinh - nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu do nhiều nguyên nhân (Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Multiple Etiologies)***

- A. Rối loạn đáp ứng các tiêu chuẩn rối loạn thần kinh – nhận thức nhẹ hoặc chủ yếu.
- B. Trong bệnh sử, kết quả khám và xét nghiệm cận lâm sàng có bằng chứng cho thấy suy giảm thần kinh – nhận thức là hậu quả sinh lý bệnh của một số quá trình bệnh căn, ngoại trừ các chất (ví dụ, rối loạn thần kinh - nhận thức do bệnh Alzheimer dẫn đến hậu quả rối loạn thần kinh - nhận thức mạch máu não). Chú ý: nên ưu tiên cho tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn thần kinh - nhận thức đa nguyên nhân do những bệnh cơ thể biệt định trên cơ sở xác định được các bệnh căn cụ thể.
- C. Rối loạn thần kinh - nhận thức không thể được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần khác và không xuất hiện trong trạng thái sáng.

15 RỐI LOẠN NHÂN CÁCH

15.1 Rối loạn nhân cách chung (General Personality Disorder)

15.2 Rối loạn nhân cách nhóm A (Cluster A Personality Disorder)

15.2.1 Rối loạn nhân cách paranoid (Paranoid Personality Disorder)

- A. Ý nghĩ nghi ngờ và mất niềm tin một cách dai dẳng rằng những người xung quanh luôn đối xử xấu với bệnh nhân, khởi phát từ tuổi vị thành niên, có 4 hoặc hơn các biểu hiện sau:
1. Nghi ngờ không có cơ sở rằng những người xung quanh đang làm hại và lừa dối bệnh nhân.
 2. Luôn nghi ngờ thiếu cơ sở về lòng trung thành của những người bạn hoặc đối tác của bệnh nhân.

3. Luôn sợ người khác sử dụng các thông tin có hại nhằm chống lại bệnh nhân.
4. Luôn nhận thấy nội dung bị che giấu hoặc các nội dung đe dọa từ những dấu hiệu hoặc sự kiện xảy ra.
5. Thù dai đẳng, nghĩa là không bao giờ tha thứ cho sự lãng mạ, sự tổn thương dù là nhẹ mà người khác gây ra cho bệnh nhân.
6. Mọi sự tấn công vào cá tính hoặc uy tín của bệnh nhân đều nhanh chóng bị bệnh nhân đáp lại một cách giận dữ.
7. Luôn nghi ngờ dù không có bằng chứng vào sự chung thủy của vợ (chồng) hoặc bạn tình.

B. Rối loạn không phải là TTPL, rối loạn cảm xúc có loạn thần hoặc một bệnh loạn thần khác.

Lưu ý: nếu các tiêu chuẩn trên diễn ra trong giai đoạn khởi phát của tTPL thì gọi là TTPL có rối loạn nhân cách thể paranoid.

Chẩn đoán phân biệt

- Rối loạn nhân cách thể paranoid được phân biệt với rối loạn hoang tưởng do bệnh nhân không có các hoang tưởng.
- Rối loạn nhân cách thể paranoid được phân biệt với TTPL thể paranoid do không có hoang tưởng và ảo giác, mặc dù có rối loạn tư duy.
- Rối loạn nhân cách thể paranoid được phân biệt với rối loạn nhân cách thể ranh giới do không có hiện tượng giao động về khí sắc và bệnh nhân hạn chế giao tiếp với những người xung quanh.
- Rối loạn nhân cách thể paranoid được phân biệt với rối loạn nhân cách khép kín do bệnh nhân không mất hoàn toàn mối liên hệ với xung quanh và bệnh nhân luôn nghi ngờ.

15.2.2 Rối loạn nhân cách Sizoid (*Schizoid² Personality Disorder*)

15.2.3 Rối loạn nhân cách dạng phân liệt (*Schizotypal Personality Disorder*)

A. Luôn khó chịu trong các mối quan hệ xã hội hoặc với những người xung quanh, giảm khả năng làm việc, sống khép kín, có nhận thức và tri giác rất méo mó, hành vi kỳ dị, bắt đầu sớm ở tuổi thanh niên, có 5 (hoặc hơn) các biểu hiện sau:

1. ý tưởng liên hệ (chưa phải là hoang tưởng liên hệ).
2. Niềm tin rất kỳ quái, chi phối hành vi và không phù hợp với nền văn hóa (mê tín, tin rằng mình luôn sáng suốt tuyệt đối, giác quan thứ 6, phép thuật).
3. Có những trải nghiệm tri giác không bình thường, bao gồm cả ảo tưởng về cơ thể.
4. ý nghĩ và lời nói rất kì dị (mơ hồ, ẩn ý, khó hiểu).
5. Nghi ngờ và ý tưởng paranoid.
6. Cảm xúc lạnh lùng và khép kín.

² Chúng tôi đề nguyên từ “Schizoid” vì dùng từ “kiểu” hay một từ nào khác dễ nhầm với “dạng – schizotype”.

7. Hành vi và hình thức bên ngoài rất kì cục và lập dị.
 8. Không có bạn thân, chỉ quan hệ với những người họ hàng mức độ 1.
 9. Không sao giảm lo lắng quá mức về các tình huống xã hội dù các tình huống này đã quen thuộc và có chiều hướng sợ các tình huống đó hơn là quen với nó.
- B. Không xảy ra trong phạm vi bệnh TTPL, rối loạn cảm xúc có loạn thần, loạn thần khác hoặc các rối loạn phát triển tâm thần bền vững.

Chẩn đoán phân biệt

- Rối loạn nhân cách dạng phân liệt phân biệt với rối loạn nhân cách khép kín bởi có những hành vi, ý nghĩ, tri giác và lời nói rất kì dị, có tiền sử gia đình có người bị TTPL.

- Rối loạn nhân cách dạng phân liệt khác với TTPL do không có triệu chứng loạn thần. Nếu triệu chứng loạn thần xuất hiện, chúng phải nhẹ và lẻ tẻ.

Một số bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán cho cả rối loạn nhân cách dạng phân liệt và rối loạn nhân cách thể ranh giới, khi đó cả hai chẩn đoán đều được đặt ra.

Rối loạn nhân cách thể paranoid tuy hay nghi ngờ nhưng không có các hành vi kì dị như rối loạn nhân cách dạng phân liệt.

15.3 Rối loạn nhân cách nhóm B

15.3.1 Rối loạn nhân cách chống đối xã hội (*Antisocial Personality Disorder*)

A. Xem thường lẽ phải và vi phạm các qui định một cách bền vững, xuất hiện từ tuổi 15, có (3 hoặc hơn) các biểu hiện sau:

1. Thất bại trong việc hòa nhập hoạt động xã hội bình thường với nhiều hành vi phạm pháp dẫn đến bị bắt giữ.
2. Lừa đảo, nói dối thường xuyên, sử dụng các tên giả hoặc bầy người khác với mục đích trục lợi hoặc giải trí.
3. Bóc đồng hoặc thất bại trong thực hiện các kế hoạch đề ra trước đó.
4. Dễ nổi cáu và kích động dẫn đến đánh nhau hoặc hành hạ người khác.
5. Không quan tâm lo lắng đến sự an toàn của bản thân và của người khác.
6. Vô trách nhiệm thể hiện trong công việc và không tuân thủ nghĩa vụ tài chính.
7. Không ân hận thể hiện bằng sự vô cảm trước các sự đau đớn, ngược đãi hoặc bị mất trộm của người khác.

B. Người bệnh phải từ 18 tuổi trở lên.

C. Có rối loạn điều chỉnh rõ ràng khởi phát trước tuổi 15.

D. Hành vi chống xã hội không phải do TTPL hoặc giai đoạn hưng cảm gây ra.

Chẩn đoán phân biệt

- Rối loạn nhân cách chống xã hội phân biệt với các rối loạn hành vi thể hiện trên nhiều khía cạnh của cuộc sống. bệnh nhân bóc đồng, nói dối, vô trách nhiệm với các nghĩa vụ, vô cảm trước các đau khổ của người khác do bệnh nhân gây ra.

- Rối loạn nhân cách thể chống xã hội khó phân biệt với lạm dụng ma túy do cả hai loại bệnh nhân này đều có lạm dụng ma túy từ tuổi thiếu niên và tiếp tục lạm

dùng ma túy ở tuổi trưởng thành. Nếu cả hai nhóm tiêu chuẩn đều được thỏa mãn thì phải đặt chẩn đoán cho cả hai rối loạn này. Khi mà hành vi chống đối xã hội rõ ràng là hậu quả của nghiện rượu và ma túy thì không được chẩn đoán là rối loạn nhân cách thể chống xã hội.

- Không được chẩn đoán là rối loạn nhân cách thể chống xã hội nếu bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán cho CPTTT, TTPL và cơn hưng cảm của rối loạn cảm xúc lưỡng cực.

15.3.2 **Rối loạn nhân cách ranh giới (*Borderline Personality Disorder*)**

Mã số: 301.83 (F60.3)

Biểu hiện sự không ổn định trong quan hệ và cảm xúc với người thân, với bản thân mình, thể hiện sớm và rõ ràng ở tuổi vị thành niên trong các hoàn cảnh khác nhau, có 5 hoặc hơn các tiêu chuẩn sau:

1. Cố gắng một cách điên cuồng để khỏi bị bỏ rơi trên thực tế hoặc trong tưởng tượng.
2. Sự không ổn định trong quan hệ với mọi người được đặc trưng bởi sự giao động giữa tuyệt vời và tồi tệ.
3. Sự tưởng tượng và cảm nhận về bản thân không rõ ràng và không ổn định.
4. Có xung động tự làm hại mình rõ ràng trên ít nhất 2 khía cạnh (tiêu tiền, quan hệ tình dục, lạm dụng ma túy, lái xe cầu thả, ăn vô độ). Lưu ý: không bao gồm hành vi tự sát hoặc tự hủy hoại mình.
5. Tái phát sự đe dọa hoặc có hành vi tự sát và hành vi tự hủy hoại cơ thể.
6. Cảm xúc không ổn định thể hiện ở các phản ứng cảm xúc (có những giai đoạn phấn khích, kích động, lo âu rõ ràng kéo dài một vài giờ hoặc đôi khi kéo dài vài ngày).
7. Luôn có cảm giác trống rỗng.
8. Dễ nổi cáu mạnh mẽ một cách vô lý hoặc khó kiểm soát được sự nổi cáu (nghĩa là dễ nổi nóng, luôn cáu kỉnh, hay đánh nhau).
9. Có ý nghĩ paranoid thoáng qua liên quan đến stress hoặc có các triệu chứng rối loạn phân ly nặng.

Chẩn đoán phân biệt

- Chẩn đoán phân biệt với TTPL do bệnh nhân rối loạn nhân cách thể ranh giới không có các giai đoạn loạn thần đủ dài, không có rối loạn tư duy hoặc các triệu chứng đặc trưng khác của TTPL.
- Rối loạn nhân cách dạng phân liệt có sự kì dị rõ ràng trong tư duy, ý nghĩ và luôn có ý tưởng liên hệ.
- Rối loạn nhân cách thể paranoid biểu hiện sự nghi ngờ một cách rõ ràng. Họ không có biểu hiện giao động về cảm xúc, không có cảm giác trống rỗng như rối loạn nhân cách thể ranh giới.

15.3.3 **Rối loạn nhân cách kịch tính (*Histrionic Personality Disorder*)**

Mã số: 301.50 (F60.4)

Một tình trạng cảm xúc kịch phát dễ lôi kéo sự chú ý của những người xung quanh, bắt đầu sớm ở tuổi trưởng thành, có 5 (hoặc hơn) các biểu hiện sau:

1. Không cảm thấy thoải mái ở trong các tình huống mà họ không phải là trung tâm chú ý.
2. Trong mối quan hệ với người khác, họ hay quấy rầy về tình dục hoặc có hành vi khiêu khích.
3. Thay đổi cảm xúc nhanh biểu hiện rõ rệt.
4. Than phiền về các rối loạn cơ thể để được chú ý đến.
5. Nói rất nhiều nhưng thiếu cụ thể.
6. Tự kích thích hóa, đe dọa và bùng nổ cảm xúc.
7. Luôn cho rằng dễ dàng ảnh hưởng đến người những người xung quanh.
8. Cho rằng bạn bè đối xử thân mật với bệnh nhân hơn so với thực tế.

Chẩn đoán phân biệt

- Rối loạn nhân cách thể ranh giới: bệnh nhân có giao động về cảm xúc và hành vi, nhưng không tìm cách trở thành trung tâm chú ý của mọi người.
- Rối loạn nhân cách thể chống xã hội: bệnh nhân nói dối, lừa đảo, coi thường các chuẩn mực đạo đức của xã hội.
- Rối loạn nhân cách thể tự yêu mình: bệnh nhân luôn cho rằng mình là người đặc biệt quan trọng, có ngoại hình rất xinh đẹp, có trí tuệ rất thông minh.

15.3.4 Rối loạn nhân cách tự yêu mình (Narcissistic Personality Disorder)

Mã số: 301.81 (F60.81)

Luôn cho rằng mình là vĩ đại (trong suy nghĩ và trong hành vi), muốn mọi người ngưỡng mộ mình và thiếu sự cảm thông với người khác, bắt đầu sớm ở tuổi thanh niên và biểu hiện trong 5 (hoặc hơn) các triệu chứng sau:

1. Luôn cho rằng mình tài giỏi và quan trọng (ví dụ có nhiều năng khiếu đặc biệt, rất thông minh).
2. Lo lắng một cách kỳ lạ về sự thành đạt không giới hạn, quyền lực, nổi tiếng, sắc đẹp và tình yêu.
3. Tin tưởng rằng mình là người duy nhất và chỉ có những người đặc biệt khác hoặc người ở tầng lớp cao của xã hội mới có thể hiểu và hợp tác với mình được.
4. Luôn đòi hỏi được mọi người ngưỡng mộ mình.
5. Cho rằng mình có nhiều quyền lực, nghĩa là bắt mọi người phải tuân thủ mọi ý kiến của mình.
6. Dễ nổi giận trong quan hệ với mọi người khi ý kiến của mình không được lắng nghe và tuân theo.
7. Bóc lột trong mối quan hệ với mọi người, nghĩa là luôn dành thuận lợi về mình.
8. Thiếu sự đồng cảm: không muốn nhận ra hoặc không muốn xác định cảm xúc và nhu cầu của người khác.
9. Thường ghen tị với người khác hoặc tin rằng người khác ghen tị với mình.
10. Thái độ hoặc hành vi ngạo mạn, kiêu căng

Chẩn đoán phân biệt

- Các rối loạn nhân cách thể ranh giới, kịch phát và chống xã hội thường phối hợp với rối loạn nhân cách thể tự yêu mình nên chẩn đoán phân biệt là khó khăn.
- Bệnh nhân rối loạn nhân cách thể tự yêu mình ít tỏ ra lo lắng hơn bệnh nhân rối loạn nhân cách thể ranh giới. Cuộc sống của họ ít hỗn loạn và họ ít khi có ý định tự sát.
- Bệnh nhân rối loạn nhân cách thể chống xã hội trong tiền sử có nhiều hành vi xung động, hay phối hợp với lạm dụng rượu và ma túy và có nhiều vướng mắc với pháp luật.
- Bệnh nhân rối loạn nhân cách thể kịch tính có đặc điểm là thích phô trương, lời cuốn trong quan hệ với mọi người hơn là rối loạn nhân cách thể tự yêu mình.

15.4 Rối loạn nhân cách nhóm C

15.4.1 *Rối loạn nhân cách né tránh(Avoidant Personality Disorder)*

Mã số: 301.82 (F60.6)

1. Tồn tại bền vững cảm xúc bị ức chế, không thỏa mãn về các mối quan hệ xã hội và quá nhạy cảm với việc bị bỏ rơi, bắt đầu sớm ở tuổi trưởng thành và thể hiện trong nhiều lĩnh vực khác nhau, có 4 (hoặc hơn) các biểu hiện sau:
2. Tránh xa các hoạt động mà phải tiếp xúc với người khác do sợ bị phê bình, sợ không được chấp thuận hoặc sợ bị bỏ rơi.
3. Không muốn kết bạn với người khác trừ những người họ thích.
4. Luôn kiềm chế trong lúc khởi đầu các mối quan hệ do xấu hổ hoặc sợ bị chê cười.
5. Luôn sợ bị phê bình, chỉ trích hoặc bị bỏ rơi trong các tình huống xã hội.
6. Hạn chế các mối quan hệ với mọi người do luôn cho rằng mình kém cỏi.
7. Luôn cho rằng mình không có chỗ trong xã hội, không hấp dẫn hoặc kém cỏi.
8. Thỉnh thoảng giao động về các mối nguy cơ khi kết bạn với người khác hoặc lưỡng lự trong mọi hoạt động mới vì chúng có thể gây tăng sự lúng túng.

Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh nhân rối loạn nhân cách thể né tránh luôn khao khát có các mối quan hệ xã hội, không giống như rối loạn nhân cách thể khép kín là chỉ muốn ở một mình.
- Bệnh nhân rối loạn nhân cách thể né tránh không bị tổn thương, không bị kích động như rối loạn nhân cách thể ranh giới và thể kịch tính.
- Rối loạn nhân cách thể né tránh cũng giống với rối loạn nhân cách thể phụ thuộc. Bệnh nhân rối loạn nhân cách thể phụ thuộc sợ bị bỏ rơi, sợ không được yêu quý nhiều hơn so với rối loạn nhân cách thể né tránh, nhưng không thể phân biệt rõ ràng.

15.4.2 *Rối loạn nhân cách phụ thuộc*

Mã số: 301.6 (F60.7)

Luôn mong muốn được phụ thuộc vào người khác, được sự chỉ huy của người khác, được che chở và sợ phải ở một mình, bắt đầu sớm ở người trưởng thành, biểu hiện trong nhiều lĩnh vực khác nhau, có 5 hoặc hơn các triệu chứng sau:

1. Khó khăn khi phải ra quyết định hằng ngày nếu không có các lời khuyên và đảm bảo của người khác.
2. Cần người khác chỉ đạo trong hầu hết các lĩnh vực quan trọng trong cuộc sống của bệnh nhân.
3. Khó biểu hiện sự phản đối với người khác do sợ bị mất sự hỗ trợ. Lưu ý: không bao gồm sợ bị trả thù thực sự.
4. Khó bắt đầu tự làm một việc gì đó (do không tự tin về các phán đoán của mình hơn là không có khả năng hoặc không có năng lượng).
5. Luôn mất rất nhiều thời gian tìm kiếm sự giúp đỡ của người khác, sự chỉ bảo của người tình nguyện để làm một việc gì mà bệnh nhân không thích.
6. Cảm thấy khó chịu và không được giúp đỡ khi ở một mình vì họ sợ không ai có thể chăm sóc được họ.
7. Nhanh chóng tìm kiếm người khác để chăm sóc và hỗ trợ họ khi mối quan hệ với người thân cũ đã kết thúc.
8. Luôn bận tâm một cách vô lý về việc sợ phải tự chăm sóc bản thân mình.

Chẩn đoán phân biệt

- Sự phụ thuộc có thể gặp trong nhiều dạng rối loạn tâm thần khác nhau, do vậy chẩn đoán phân biệt là rất khó khăn. Phụ thuộc cũng nổi bật trong rối loạn nhân cách thể kịch tính, thể ranh giới, nhưng với cường độ nhẹ hơn và không diễn ra trên tất cả các lĩnh vực của cuộc sống.
- Bệnh nhân rối loạn nhân cách thể khép kín và dạng phân liệt dễ phân biệt với rối loạn nhân cách thể phụ thuộc.
- Hành vi phụ thuộc cũng xảy ra ở bệnh nhân có ám ảnh sợ khoảng trống, nhưng có chiều hướng lo âu và hoảng sợ rất cao.

15.4.3 Rối loạn nhân cách ám ảnh – cưỡng bức

Mã số: 301.4 (F60.5)

Luôn luôn kiên trì, luôn đòi hỏi sự hoàn hảo, luôn quan tâm đến kiểm soát mối quan hệ với mọi người, đến hiệu quả công việc, không linh hoạt, không cởi mở, bắt đầu sớm ở tuổi trưởng thành, có 4 (hoặc hơn) các triệu chứng sau:

1. Luôn bận tâm đến chi tiết, quy luật, danh sách, mệnh lệnh, tổ chức hoặc thời khóa biểu, còn điểm chủ yếu của một hoạt động nào đó thì lại bị bỏ rơi.
2. Đòi hỏi phải hoàn thiện mọi việc một cách hoàn hảo (không chấp nhận mọi việc không đạt tiêu chuẩn theo ý của bệnh nhân).
3. Cống hiến quá mức cho công việc và không quan tâm đến giải trí hoặc quan hệ bạn bè (không bao gồm các hoạt động kinh tế có lợi nhuận rõ ràng).
4. Ý thức quá cao, quá chu đáo và cứng nhắc về các vấn đề đạo đức hoặc các chuẩn mực (không bao gồm các vấn đề văn hóa, tôn giáo).
5. Không chấp nhận sự mất giá trị của một sự vật nào đó ngay cả khi họ không còn quan tâm đến giá trị thực của sự vật này.

6. Không ưa gì bạn bè đồng nghiệp trừ khi họ thực hiện chính xác mọi việc giống như bệnh nhân.
7. Bùn xỉn trong tiêu tiền cho bản thân và cho người khác. Họ luôn xem tiền là của tích lũy đề phòng thảm họa trong tương lai.
8. Luôn cứng nhắc và ương ngạnh.

Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán rối loạn nhân cách thể ám ảnh-cưỡng bức với rối loạn ám ảnh-cưỡng bức. Việc chẩn đoán phân biệt hai rối loạn này đôi khi rất khó khăn. Rối loạn ám ảnh-cưỡng bức có tổn thương rõ ràng đến các chức năng xã hội-nghề nghiệp của bệnh nhân.