

SECTION I

DSM-5 TR Basics

[Giới thiệu](#)

[Sử dụng Sổ tay](#)

[Tuyên bố thận trọng đối với việc sử dụng DSM-5 trong pháp y](#)

Phần này cung cấp định hướng cơ bản về mục đích, cấu trúc, nội dung và cách sử dụng DSM-5. Phần Giới thiệu bắt đầu bằng phần mô tả quy trình sửa đổi DSM-5 và DSM-5-TR, tiếp theo là tổng quan về cơ cấu tổ chức DSM-5 (ví dụ: tập hợp lại các rối loạn, hài hòa hóa với ICD-11) và các vấn đề khái niệm chính, chẳng hạn như định nghĩa về rối loạn tâm thần, cách tiếp cận phân loại và chiều kích để chẩn đoán, các vấn đề về cấu trúc văn hóa và xã hội, và sự khác biệt về giới và giới tính. Việc sử dụng Sổ tay có thông tin để hỗ trợ việc sử dụng DSM-5, chẳng hạn như tổng quan ngắn gọn về quy trình chẩn đoán, sử dụng các phân thể và biệt định, các phân loại rối loạn tâm thần biệt định và không biệt định khác, sử dụng phán đoán lâm sàng, quy trình mã hóa và ghi chép, ghi chú về thuật ngữ, mô tả các loại thông tin trong văn bản DSM-5-TR và các cải tiến trực tuyến. Phần này kết thúc với Tuyên bố Thận trọng đối với việc Sử dụng DSM-5 trong Pháp y.

Sự hình thành ấn bản thứ năm của *Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần* (DSM-5) là một công việc to lớn liên quan đến hàng trăm người làm việc hướng tới một mục tiêu chung trong khoảng thời gian 12 năm. Nhiều suy nghĩ và cân nhắc đã được đưa vào trong việc đánh giá các tiêu chuẩn chẩn đoán, xem xét tổ chức mọi khía cạnh của hướng dẫn và tạo ra các tính năng mới được cho là hữu ích nhất cho bác sĩ lâm sàng, chẳng hạn như các phép đo các chiều kích có thể giúp xác định các triệu chứng mới xuất hiện hoặc xác định và theo dõi các thay đổi ở mức độ nghiêm trọng. Tất cả những nỗ lực này đều hướng tới mục tiêu nâng cao tính hữu ích của DSM-5 như một hướng dẫn lâm sàng trong chẩn đoán rối loạn tâm thần, cũng như giá trị của nó đối với nghiên cứu.

DSM-5 cố gắng đáp ứng nhu cầu của các bác sĩ lâm sàng, bệnh nhân, gia đình và các nhà nghiên cứu về một mô tả rõ ràng và ngắn gọn về từng chứng rối loạn tâm thần, đã được vận hành bằng cách sử dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán được bổ sung bằng các biện pháp đo lường mức độ nghiêm trọng và kèm theo một bản tóm tắt về thông tin về chẩn đoán, bao gồm các yếu tố rủi ro và các vấn đề liên quan đến văn hóa và giới và giới tính.

Cần có kinh nghiệm và đào tạo lâm sàng để sử dụng DSM cho xác định chẩn đoán lâm sàng. Tiêu chí chẩn đoán xác định các triệu chứng và dấu hiệu bao gồm xúc cảm, hành vi, chức năng nhận thức và đặc điểm nhân cách cùng với các dấu hiệu thực thể, tổ hợp triệu chứng (hội chứng) và thời lượng- cần có chuyên môn lâm sàng để phân biệt với biến thể bình thường và phản ứng nhất thời đối với stress. Quá trình chẩn đoán có thể được hỗ trợ bằng cách kiểm tra kỹ lưỡng phạm vi các triệu chứng có thể có, chẳng hạn như bằng cách tiến hành đánh giá các hệ thống tâm thần bằng cách sử dụng *Thước đo Triệu chứng Xuyên suốt Cấp độ 1* của DSM-5 theo khuyến nghị của Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ (APA) về *Hướng dẫn thực hành để đánh giá tâm thần cho người lớn* (xem "Các đo lường triệu chứng xuyên suốt").

Việc sử dụng các tiêu chí DSM có ưu điểm rõ ràng là tạo ra một ngôn ngữ chung để giao tiếp giữa các bác sĩ lâm sàng về chẩn đoán rối loạn. Các rối loạn được công nhận chính thức nằm trong Phần II của sách hướng dẫn. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng các tiêu chí chẩn đoán này và vị trí của chúng trong phân loại dựa trên nghiên cứu hiện tại và có thể cần được sửa đổi khi nghiên cứu tiến bộ thêm.

Phát triển DSM-5-TR

Tóm tắt lịch sử của các phiên bản DSM trước

Ấn bản đầu tiên của *Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần* của Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ xuất hiện vào năm 1952. Đây là cẩm nang chính thức đầu tiên về rối loạn tâm thần có chứa bảng thuật ngữ mô tả các loại chẩn đoán. Việc sử dụng thuật ngữ "phản ứng" trong suốt quá trình phân loại phản ánh ảnh hưởng của quan điểm tâm sinh học của Adolf Meyer rằng các rối loạn tâm thần thể hiện phản ứng của nhân cách đối với các yếu tố tâm lý, xã hội và sinh học. Trong quá trình phát triển phiên bản thứ hai (DSM-II), một quyết định đã được đưa ra để phân loại dựa trên phần rối loạn tâm thần của bản sửa đổi thứ tám của Bảng phân loại bệnh tật quốc tế (ICD-8), mà các đại diện của APA đã cung cấp sự tư vấn. Cả DSM-II và ICD-8 đều có hiệu lực vào năm 1968.

Như trường hợp của DSM-I và DSM-II, sự phát triển của DSM-III được phối hợp với sự phát triển của *Bảng phân loại bệnh tật quốc tế*, cụ thể là ICD-9, được xuất bản năm 1975 và được thực hiện vào năm 1978. Công việc bắt đầu từ DSM-III năm 1974, xuất bản năm 1980. DSM-III, dưới sự chỉ đạo của Robert L. Spitzer, M.D., đã giới thiệu một số đổi mới quan trọng về phương pháp luận, bao gồm tiêu chí chẩn đoán rõ ràng và cách tiếp cận mô tả cố gắng trung lập đối với lý thuyết về nguyên nhân của rối loạn tâm thần. Kinh nghiệm với DSM-III cho thấy một số mâu thuẫn trong hệ thống. Do đó, APA đã chỉ định một Nhóm làm việc để sửa đổi DSM-III, nhóm này đã phát triển các bản sửa đổi và chỉnh sửa dẫn đến DSM-III-R vào năm 1987.

DSM-IV được xuất bản vào năm 1994. Đó là đỉnh cao của nỗ lực kéo dài 6 năm với sự tham gia của hơn 1.000 cá nhân và nhiều tổ chức chuyên nghiệp. Phần lớn nỗ lực liên quan đến việc tiến hành đánh giá toàn diện tài liệu để thiết lập cơ sở thực nghiệm vững chắc cho việc sửa đổi. Các nhà phát triển của DSM-IV và phiên bản thứ mười của ICD đã làm việc chặt chẽ để phối hợp các nỗ lực của họ, dẫn đến sự tương đồng ngày càng tăng giữa hai hệ thống. ICD-10 được xuất bản vào năm 1992.

Toàn bộ lịch sử của tất cả các phiên bản DSM có trên trang web của APA: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>.

Quy trình sửa đổi DSM-5

Năm 1999, APA đưa ra đánh giá về điểm mạnh và điểm yếu của DSM. Nỗ lực này được phối hợp với Ban Sức khỏe Tâm thần của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Hiệp hội Tâm thần Thế giới và Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia (NIMH) dưới hình thức một số hội nghị, các quy trình được xem xét được xuất bản trong chuyên khảo A năm 2002 trong *Chương trình Nghiên cứu cho DSM-V*. Sau đó, từ năm 2003 đến 2008, một thỏa thuận hợp tác giữa APA và WHO, được hỗ trợ bởi NIMH, Viện Quốc gia về Lạm dụng Thuốc (NIDA) và Viện Quốc gia về Lạm dụng Rượu và Nghiện rượu (NIAAA), đã dẫn đến việc triệu tập 13 hội nghị để lập kế hoạch nghiên cứu DSM-5 quốc tế, với sự tham gia của 400 người tham gia từ 39 quốc gia, để xem xét tài liệu thế giới trong các lĩnh vực chẩn đoán chuyên sâu để chuẩn bị cho các sửa đổi trong việc phát triển cả DSM-5 và *Phân loại bệnh tật quốc tế*, Bản sửa đổi lần thứ 11 (ICD-11). Các báo cáo từ các hội nghị này đã tạo cơ sở cho các đánh giá của Nhóm Đặc nhiệm DSM-5 trong tương lai và tạo tiền đề cho phiên bản DSM mới.

Năm 2006, APA bổ nhiệm David J. Kupfer, M.D., làm Chủ tịch và Darrel A. Regier, M.D., M.P.H., làm Phó Chủ tịch Nhóm Đặc nhiệm DSM-5. Họ được giao nhiệm vụ đề xuất những chủ tịch cho 13 nhóm làm việc chẩn đoán và các thành viên bổ sung của nhóm đặc nhiệm có chuyên môn đa ngành, những người sẽ giám sát sự phát triển của DSM-5. Một quy trình kiểm tra bổ sung đã được khởi xướng bởi Hội đồng quản trị APA để tiết lộ các nguồn tài trợ và do đó tránh xung đột lợi ích của nhóm đặc nhiệm và các thành viên nhóm làm việc. Việc tiết lộ đầy đủ tất cả các khoản thu nhập và tài trợ nghiên cứu từ các nguồn thương mại, bao gồm cả ngành dược phẩm, trong 3 năm trước, áp đặt giới hạn thu nhập từ tất cả các nguồn thương mại và công bố các tiết lộ trên trang web đã đặt ra một tiêu chuẩn mới cho lĩnh vực này. Sau đó, nhóm đặc nhiệm gồm 28 thành viên đã được phê duyệt vào năm 2007 và việc bổ nhiệm hơn 130 thành viên nhóm làm việc đã được phê duyệt vào năm 2008. Hơn 400 cố vấn nhóm làm việc bổ sung không có quyền biểu quyết cũng được phê duyệt tham gia vào quá trình này. Một khái niệm rõ ràng về giai đoạn tiến triển tiếp theo để phân loại các rối loạn tâm thần là trọng tâm trong nỗ lực của nhóm đặc nhiệm và các nhóm làm việc. Tầm nhìn này xuất hiện khi nhóm đặc nhiệm và các nhóm làm việc kể lại lịch sử phân loại của DSM-IV, những điểm mạnh và hạn chế hiện tại của nó, và các hướng chiến lược để sửa đổi nó.

Một quá trình chuyên sâu kéo dài 6 năm liên quan đến việc tiến hành đánh giá tài liệu và phân tích thứ cấp, xuất bản các báo cáo nghiên cứu trên các tạp chí khoa học, phát triển các tiêu chí chẩn đoán dự thảo, đăng các bản thảo sơ bộ trên trang web DSM-5 để lấy ý kiến công chúng, trình bày

các phát hiện sơ bộ tại các cuộc họp chuyên môn, thực hiện các thử nghiệm thực địa, và sửa đổi các tiêu chí và văn bản. Nhìn chung, nhiều nhóm giáo dục và chuyên gia y tế đã tham gia vào quá trình phát triển và thử nghiệm DSM-5 này, bao gồm bác sĩ, nhà tâm lý học, nhân viên xã hội, y tá, cố vấn, nhà dịch tễ học, nhà thống kê, nhà thần kinh học và nhà tâm lý học thần kinh. Ngoài ra, các cá nhân bị rối loạn tâm thần và gia đình của những người bị rối loạn tâm thần, luật sư, tổ chức người tiêu dùng và các nhóm bệnh vực đã tham gia sửa đổi DSM-5 bằng cách cung cấp phản hồi về các rối loạn tâm thần được mô tả trong tập này.

Đề xuất cho các sửa đổi

Các đề xuất sửa đổi tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-IV được các thành viên của nhóm làm việc phát triển trên cơ sở cơ sở lý luận, phạm vi thay đổi, tác động dự kiến đối với quản lý lâm sàng và sức khỏe cộng đồng, sức mạnh của bằng chứng nghiên cứu hỗ trợ, tính rõ ràng tổng thể và tiện ích lâm sàng. Các đề xuất bao gồm các thay đổi đối với tiêu chí chẩn đoán; việc bổ sung các rối loạn, phân thể và tiêu chí mới; và xóa các rối loạn hiện có.

Trong các đề xuất sửa đổi, điểm mạnh và điểm yếu trong các tiêu chí và tính khoa học hiện tại được xác định đầu tiên. Những phát hiện khoa học mới trong hai thập kỷ trước đã được xem xét, dẫn đến việc tạo ra một kế hoạch nghiên cứu để đánh giá những thay đổi tiềm năng thông qua đánh giá tài liệu và phân tích dữ liệu thứ cấp. Bốn nguyên tắc hướng dẫn các bản sửa đổi dự thảo: 1) DSM-5 chủ yếu nhằm mục đích trở thành một hướng dẫn sử dụng cho các bác sĩ lâm sàng và các bản sửa đổi phải khả thi cho thực hành lâm sàng thông thường; 2) các khuyến nghị sửa đổi nên dựa trên bằng chứng nghiên cứu; 3) nếu có thể, nên duy trì tính liên tục với các phiên bản trước của DSM; và 4) không đặt ràng buộc tiên nghiệm nào về mức độ thay đổi giữa DSM-IV và DSM-5.

Dựa trên các đánh giá tài liệu ban đầu, các nhóm làm việc đã xác định các vấn đề chính trong các lĩnh vực chẩn đoán của họ. Các nhóm làm việc cũng xem xét các mối quan tâm về phương pháp rộng hơn, chẳng hạn như sự hiện diện của các phát hiện mâu thuẫn trong tài liệu; phát triển một định nghĩa tinh tế về rối loạn tâm thần; và xem xét các vấn đề xuyên suốt liên quan đến tất cả các rối loạn. Việc đưa đề xuất sửa đổi vào Phần II đã được thông báo bằng cách xem xét các ưu điểm và nhược điểm của nó đối với sức khỏe cộng đồng và tiện ích lâm sàng, sức mạnh của bằng chứng và mức độ thay đổi. Các chẩn đoán mới và các phân nhóm rối loạn và biệt định phải tuân theo các quy định bổ sung, chẳng hạn như chứng minh độ tin cậy (nghĩa là mức độ mà hai bác sĩ lâm sàng có thể độc lập đưa ra cùng một chẩn đoán cho một bệnh nhân nhất định). Rối loạn với tiện ích lâm sàng thấp và đặc hiệu yếu đã được xem xét để xóa. Việc sắp xếp các tình trạng được đề xuất trong "*Tình trạng để nghiên cứu tiếp*" trong Phần III phụ thuộc vào số lượng bằng chứng thực nghiệm được tạo ra dựa trên chẩn đoán được đề xuất, độ tin cậy hoặc giá trị chẩn đoán, sự hiện diện của nhu cầu lâm sàng rõ ràng và lợi ích tiềm năng trong việc thúc đẩy nghiên cứu.

Các thử nghiệm lâm sàng DSM-5

Việc sử dụng các thử nghiệm thực địa để chứng minh độ tin cậy bằng thực nghiệm là một cải tiến đáng chú ý được giới thiệu trong DSM-III. Chiến lược thiết kế và triển khai của Thử nghiệm thực địa DSM-5 thể hiện một số thay đổi so với các phương pháp được sử dụng cho DSM-III và DSM-IV, đặc biệt là trong việc thu thập dữ liệu về độ chính xác của ước tính độ tin cậy kappa (một thước đo thống kê đánh giá mức độ đồng ý giữa những người đánh giá điều chỉnh cho thỏa thuận cơ hội do tỷ lệ lưu hành) trong bối cảnh các cơ sở lâm sàng trong thế giới thực với mức độ chẩn đoán bệnh đi kèm cao. Đối với DSM-5, các thử nghiệm thực địa đã được mở rộng bằng cách sử dụng hai thiết kế đặc biệt: một trong các cơ sở học thuật y khoa rộng lớn, đa dạng và một trong các thực hành lâm sàng thông thường. Phương pháp đầu tiên tận dụng nhu cầu về cỡ mẫu lớn để kiểm

tra các giả thuyết về độ tin cậy và tiện ích lâm sàng của một loạt các chẩn đoán ở nhiều nhóm bệnh nhân khác nhau; phần sau cung cấp thông tin có giá trị về cách các bản sửa đổi được đề xuất thực hiện trong môi trường lâm sàng hàng ngày giữa một mẫu người dùng DSM đa dạng. Người ta dự đoán rằng các nghiên cứu cơ bản và lâm sàng trong tương lai sẽ tập trung vào tính hợp lệ của các tiêu chí chẩn đoán phân loại đã sửa đổi và các đặc điểm chiều cơ bản của các rối loạn này (bao gồm cả những điều kiện đang được khám phá bởi sáng kiến Tiêu chí miền nghiên cứu của NIMH).

Các thử nghiệm lĩnh vực y tế-học thuật đã được tiến hành tại 11 địa điểm y tế-học thuật ở Bắc Mỹ từ tháng 12 năm 2010 đến tháng 10 năm 2011 và đánh giá độ tin cậy, tính khả thi và tiện ích lâm sàng của các bản sửa đổi được chọn, ưu tiên cho những bản sửa đổi có mức độ thay đổi lớn nhất so với DSM -IV hoặc những người có khả năng có tác động sức khỏe cộng đồng lớn nhất. Toàn bộ quần thể bệnh nhân lâm sàng đến từng địa điểm đã được sàng lọc để chẩn đoán DSM-IV hoặc các triệu chứng đủ điều kiện có khả năng dự đoán một số rối loạn quan tâm cụ thể của DSM-5. Các mẫu phân tầng của bốn đến bảy rối loạn cụ thể, cộng với một tầng chứa mẫu đại diện của tất cả các chẩn đoán khác, được xác định cho từng địa điểm. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và được chỉ định ngẫu nhiên cho một cuộc phỏng vấn lâm sàng bởi một bác sĩ lâm sàng mù với chẩn đoán lâm sàng, sau đó là cuộc phỏng vấn thứ hai diễn ra trong vòng 2 tuần với một bác sĩ lâm sàng mù với chẩn đoán của người phỏng vấn đầu tiên. Trước tiên, bệnh nhân điền vào danh sách các triệu chứng xuyên suốt có sự trợ giúp của máy tính trong hơn 10 lĩnh vực tâm lý. Những bản liệt kê này được chấm điểm bằng máy tính và kết quả được cung cấp cho các bác sĩ lâm sàng trước khi họ tiến hành một cuộc phỏng vấn lâm sàng điển hình (không có giao thức có cấu trúc). Các bác sĩ lâm sàng được yêu cầu chấm điểm sự hiện diện của các tiêu chí đủ điều kiện trong danh sách kiểm tra chẩn đoán DSM-5 do máy tính hỗ trợ, xác định chẩn đoán, chấm điểm mức độ nghiêm trọng của chẩn đoán và tải dữ liệu lên kho lưu trữ trung tâm. Thiết kế nghiên cứu này cho phép tính toán mức độ mà hai bác sĩ lâm sàng độc lập có thể đồng ý về một chẩn đoán (sử dụng thống kê kappa nội lớp) và dựa trên xếp hạng do bác sĩ lâm sàng quản lý về mức độ cắt ngang và mức độ nghiêm trọng của triệu chứng cụ thể trong chẩn đoán (sử dụng các hệ số tương quan nội lớp), cũng như mức độ đồng ý về các biện pháp đánh giá các triệu chứng xuyên suốt tự báo cáo, đặc điểm tính cách, tình trạng khuyết tật và mức độ nghiêm trọng trong chẩn đoán được áp dụng cho cùng một bệnh nhân trong hai lần cách nhau tối đa 2 tuần (sử dụng hệ số tương quan nội lớp), cùng với thông tin về độ chính xác của những ước tính về độ tin cậy này. Cũng có thể đánh giá tỷ lệ phổ biến của cả hai tình trạng DSM IV và DSM-5 trong các quần thể lâm sàng tương ứng.

Các thử nghiệm lâm sàng thông thường liên quan đến việc tuyển dụng các bác sĩ tâm thần và các bác sĩ sức khỏe tâm thần lâm sàng khác, và được tiến hành từ tháng 10 năm 2011 đến tháng 3 năm 2012. Một mẫu tình nguyện đã được tuyển dụng bao gồm bác sĩ tâm thần chung và chuyên khoa, nhà tâm lý học, nhân viên xã hội lâm sàng được cấp phép, cố vấn hôn nhân và gia đình, các nhà trị liệu, và các y tá chăm sóc sức khỏe tâm thần thực hành nâng cao. Các thử nghiệm lâm sàng cung cấp các chẩn đoán DSM-5 được đề xuất và các phép đo kích thước cho nhiều bác sĩ lâm sàng để đánh giá tính khả thi và tiện ích lâm sàng của chúng.

Sửa đổi đối với DSM-5

Quy trình sửa đổi vòng lặp ở DSM-5

Những tiến bộ trong xuất bản kỹ thuật số cho phép phổ biến kịp thời các thay đổi đã mở đường cho Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ áp dụng mô hình cải tiến lặp lại cho DSM, trong đó các bản sửa đổi được gắn với những tiến bộ khoa học cụ thể. Ban chỉ đạo DSM (tương tự như Lực lượng đặc nhiệm DSM-5) được bổ nhiệm vào mùa xuân năm 2014, với Paul S. Appelbaum, M.D., làm Chủ tịch và Ellen Leibenluft, M.D., và Kenneth Kendler, M.D., làm Phó Chủ tịch, để giám sát quá trình lặp đi lặp lại. quá trình sửa đổi, cùng với việc thiết lập một cổng thông tin điện tử (www.dsm5.org) để tiếp nhận các đề xuất trên cơ sở liên tục. Các thay đổi được đề xuất có thể bao gồm việc bổ sung các rối loạn mới và xóa hoặc sửa đổi các bộ tiêu chí chẩn đoán trong Phần II và III của DSM-5, cũng như các thay đổi đối với văn bản. Đề trình phải được kèm theo thông tin hỗ trợ ở định dạng có cấu trúc, bao gồm lý do thay đổi, mức độ thay đổi, cải thiện nguồn dữ liệu về tính hợp lệ trên một loạt các quy trình xác nhận, bằng chứng về độ tin cậy và tiện ích lâm sàng và xem xét các hậu quả có hại hiện tại hoặc tiềm ẩn liên quan đến thay đổi được đề xuất.

Các phương pháp tiếp cận để xác nhận các tiêu chuẩn chẩn đoán cho các rối loạn tâm thần phân loại đã bao gồm các loại bằng chứng sau: các yếu tố xác nhận trước đó (các dấu hiệu di truyền tương tự, đặc điểm gia đình, tính khí và sự tiếp xúc với môi trường), các yếu tố xác nhận đồng thời (các cấu trúc thần kinh tương tự, các dấu ấn sinh học, quá trình xử lý cảm xúc và nhận thức, và triệu chứng tương tự), và các yếu tố xác nhận dự đoán (quá trình lâm sàng tương tự và đáp ứng điều trị). Các tiêu chí mới cho các rối loạn hiện tại được thông qua nếu chúng tạo ra sự cải thiện trong một số loại quy trình xác nhận này. Hơn nữa, các rối loạn mới được thêm vào DSM nếu chúng được chứng minh là hợp lệ bởi một tập hợp phụ đáng kể của các quy trình xác thực này cũng như đáp ứng các tiêu chí về rối loạn tâm thần và chứng minh tiện ích lâm sàng.

Các đề xuất được gửi tới cổng thông tin điện tử DSM sẽ trải qua quá trình xem xét ban đầu của Ban chỉ đạo để xác định xem bằng chứng về đề xuất, về cơ bản, có vẻ như đáp ứng các tiêu chí để phê duyệt hay không. Nếu đúng như vậy, đề xuất sẽ được chuyển đến một trong năm Ủy ban Đánh giá Thường trực (có chức năng tương tự như Nhóm Công tác DSM), bao gồm các lĩnh vực chẩn đoán tâm thần rộng lớn. Khi nhận được đề xuất từ Ban chỉ đạo, Ủy ban đánh giá được phân công sẽ xem xét bằng chứng hỗ trợ cho thay đổi được đề xuất, yêu cầu thông tin bổ sung nếu cần và gửi lại đề xuất cho Ban chỉ đạo cùng với các khuyến nghị xử lý và, trong một số trường hợp, đề xuất sửa đổi. Nếu Ban chỉ đạo đồng ý rằng có đủ bằng chứng tồn tại để hỗ trợ cho đề xuất, bản sửa đổi được đề xuất sẽ được đăng trên trang web DSM-5 để lấy ý kiến công chúng. Giai đoạn cuối cùng liên quan đến việc thực hiện các điều chỉnh cần thiết dựa trên các nhận xét và sau đó chuyển tiếp phiên bản cuối cùng tới Hội đồng APA và Hội đồng quản trị để họ phê duyệt. Sau khi được phê duyệt, phiên bản trực tuyến của hướng dẫn (xem <https://psychiatryonline.org>) được cập nhật để phản ánh các thay đổi. Tất cả các thay đổi đã được phê duyệt kể từ khi xuất bản DSM-5 vào năm 2013 đều được đưa vào DSM-5-TR.

Quy trình sửa đổi văn bản DSM-5

Vào mùa xuân năm 2019, APA bắt đầu làm việc trên DSM-5-TR, với Michael B. First, M.D., và Philip Wang, M.D., Dr.P.H., với tư cách là Đồng Chủ tịch Tiểu ban Sửa đổi và Wilson M. Compton, M.D., và Daniel S. Pine, M.D., với tư cách là Phó Chủ tịch Tiểu ban Sửa đổi. Nỗ lực phát triển DSM-5-TR có sự tham gia của hơn 200 chuyên gia (phần lớn trong số họ tham gia vào quá trình phát triển DSM-5), những người được giao nhiệm vụ tiến hành đánh giá tài liệu trong 10 năm qua và xem xét văn bản để xác định -tài liệu lỗi thời. Việc xem xét các xung đột lợi ích đối với tất cả các thay đổi được đề xuất đối với văn bản đã được tiến hành để loại bỏ mọi khả năng ảnh hưởng đến

tính khách quan của nội dung. Bất chước cấu trúc của quy trình DSM-5, các chuyên gia được chia thành 20 nhóm đánh giá Rối loạn, mỗi nhóm do một biên tập viên phụ trách. Bốn nhóm đánh giá xuyên suốt (Văn hóa, Tình dục và Giới tính, Tự tử và Pháp y) đã xem xét tất cả các chương, tập trung vào tài liệu liên quan đến chuyên môn cụ thể của họ. Văn bản cũng đã được xem xét bởi một nhóm làm việc về Bình đẳng và Hòa nhập Sắc tộc để đảm bảo sự chú ý thích đáng đến các yếu tố rủi ro như phân biệt chủng tộc và phân biệt đối xử cũng như việc sử dụng ngôn ngữ không kỳ thị. Mặc dù phạm vi của việc sửa đổi văn bản không bao gồm những thay đổi về khái niệm đối với các bộ tiêu chí, nhưng một số giải thích cần thiết đối với các tiêu chí chẩn đoán nhất định đã trở nên rõ ràng trong quá trình xem xét văn bản. Các đề xuất thay đổi tiêu chí chẩn đoán hoặc định nghĩa của người chỉ định là kết quả của quá trình sửa đổi văn bản đã được xem xét và phê duyệt bởi Ban chỉ đạo DSM, cũng như Hội đồng APA và Hội đồng quản trị, như một phần của quy trình sửa đổi lặp đi lặp lại DSM-5 được mô tả trong phần trước.

Những thay đổi trong cơ cấu tổ chức DSM-5

DSM là một phân loại y tế về các rối loạn và như vậy được dùng như một lược đồ nhận thức được xác định trong lịch sử áp dụng cho thông tin khoa học và lâm sàng để tăng tính dễ hiểu và tiện ích của nó. Việc phân loại các rối loạn (cách nhóm các rối loạn) cung cấp một tổ chức cấp cao cho hướng dẫn sử dụng.

Tập hợp nhóm lại các rối loạn trong DSM-5

Các thành viên của nhóm nghiên cứu phổ chẩn đoán DSM-5 đã kiểm tra xem liệu các nhà xác nhận khoa học có thể cung cấp thông tin về các nhóm rối loạn liên quan mới có thể có trong khuôn khổ phân loại hiện có hay không. Mười một chỉ số như vậy đã được nhóm nghiên cứu khuyến nghị cho mục đích này (tức là khả năng phân biệt các nhóm bệnh tâm thần với nhau một cách có ý nghĩa): cấu trúc thần kinh, đặc điểm gia đình, yếu tố rủi ro di truyền, yếu tố rủi ro môi trường cụ thể, dấu ấn sinh học, tiền đề tính khí, bất thường của quá trình xử lý cảm xúc hoặc nhận thức, sự giống nhau về triệu chứng, quá trình bệnh, bệnh đi kèm cao và đáp ứng điều trị được chia sẻ. Các chỉ số này phục vụ nhóm nghiên cứu như những hướng dẫn thực nghiệm để cung cấp thông tin cho việc ra quyết định của các nhóm làm việc và nhóm đặc nhiệm về cách nhóm các rối loạn để tối đa hóa hiệu lực và tiện ích lâm sàng của chúng (nghĩa là các rối loạn càng có nhiều khả năng chia sẻ các yếu tố xác thực này thì càng có nhiều khả năng chúng sẽ nằm trong cùng một nhóm chẩn đoán).

Một loạt bài báo đã được phát triển và xuất bản trên một tạp chí quốc tế nổi tiếng (Psychological Medicine, Vol. 39, 2009) như một phần của cả hai quá trình phát triển DSM-5 và ICD-11 để chứng minh rằng các quy trình xác nhận như vậy hữu ích nhất cho việc đề xuất các nhóm lớn các rối loạn, cũng như để "xác nhận" các thay đổi được đề xuất đối với các tiêu chí chẩn đoán.

Khi APA và WHO bắt đầu lên kế hoạch sửa đổi DSM và Phân loại bệnh quốc tế (ICD) tương thích, cả hai đều xem xét khả năng cải thiện tiện ích lâm sàng (ví dụ: bằng cách giúp giải thích bệnh đi kèm rõ ràng rõ ràng) và tạo điều kiện điều tra khoa học bằng cách xem xét lại cơ cấu tổ chức của cả hai ấn phẩm. Điều quan trọng đối với cả Nhóm đặc nhiệm DSM-5 và Nhóm tư vấn quốc tế của WHO trong quá trình sửa đổi Phần ICD-10 về Rối loạn tâm thần và hành vi là các sửa đổi đối với tổ chức nâng cao tiện ích lâm sàng đã sẵn sàng và vẫn nằm trong giới hạn của thông tin khoa học đã được ghi chép tốt. Theo tinh thần đó, bản sửa đổi cơ cấu tổ chức được tiếp cận như

một tái cấu trúc mang tính tiến hóa, thận trọng và sẽ được hướng dẫn bởi các bằng chứng khoa học mới xuất hiện về mối quan hệ giữa các nhóm rối loạn. Bằng cách sắp xếp lại và tập hợp lại các rối loạn hiện có, cấu trúc kiến trúc mới nhằm kích thích các quan điểm lâm sàng mới và khuyến khích các nhà nghiên cứu xác định các yếu tố tâm lý và sinh lý xuyên suốt không bị bó buộc phải tuân theo các loại chỉ định cứng nhắc.

Ngay từ đầu trong quá trình sửa đổi, rõ ràng là một cơ cấu tổ chức được chia sẻ sẽ giúp hài hòa các phân loại. Trước sự ngạc nhiên của những người tham gia trong cả hai quá trình sửa đổi, các phần lớn của nội dung được sắp xếp tương đối dễ dàng, phản ánh sức mạnh thực sự trong một số lĩnh vực của tài liệu khoa học, chẳng hạn như dịch tễ học, phân tích bệnh đi kèm, nghiên cứu sinh đôi và một số thiết kế thông tin di truyền khác. Khi sự chênh lệch xuất hiện, chúng hầu như luôn phản ánh nhu cầu đưa ra đánh giá về nơi đặt một sự rối loạn khi đối mặt với dữ liệu không đầy đủ - hoặc thường xuyên hơn là mâu thuẫn. Do đó, ví dụ, trên cơ sở các kiểu triệu chứng, bệnh đi kèm và các yếu tố rủi ro chung, rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD) được xếp vào chương DSM-5 "Rối loạn phát triển thần kinh", mặc dù dữ liệu tương tự cũng hỗ trợ các lập luận mạnh mẽ để đặt ADHD trong chương "Rối loạn gây rối, kiểm soát xung động và hành vi." Những vấn đề này đã được giải quyết với ưu thế của bằng chứng ủng hộ việc sắp xếp trong chương "Rối loạn phát triển thần kinh" trong DSM-5.

Việc tổ chức các chương của DSM-5 sau các rối loạn phát triển thần kinh dựa trên các nhóm rối loạn nội tâm hóa (tức là rối loạn có các triệu chứng lo âu, trầm cảm và cơ thể nổi bật), rối loạn ngoại hóa (tức là rối loạn có hành vi bốc đồng, gây rối nổi bật và sử dụng chất gây nghiện) triệu chứng), rối loạn nhận thức thần kinh và các rối loạn khác. Người ta hy vọng rằng tổ chức này sẽ khuyến khích nghiên cứu sâu hơn về các quá trình sinh lý bệnh cơ bản làm phát sinh bệnh đồng mắc và triệu chứng không đồng nhất trong chẩn đoán. Hơn nữa, bằng cách sắp xếp các cụm rối loạn để phản ánh thực tế lâm sàng, DSM-5 sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho việc xác định các chẩn đoán tiềm năng của các chuyên gia không phải là chuyên gia sức khỏe tâm thần, chẳng hạn như nhà lâm sàng chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Bất chấp vấn đề đặt ra bởi các chẩn đoán phân loại, Nhóm đặc nhiệm DSM-5 đã nhận ra rằng sẽ là quá sớm về mặt khoa học để đề xuất các định nghĩa chiều thay thế cho hầu hết các rối loạn. Cơ cấu tổ chức nhằm phục vụ như một cầu nối cho các phương pháp chẩn đoán mới mà không làm gián đoạn nghiên cứu hoặc thực hành lâm sàng hiện tại. Người ta dự đoán rằng cách tiếp cận DSM-5 nhiều chiều hơn và cơ cấu tổ chức sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho nghiên cứu trên các danh mục chẩn đoán hiện tại bằng cách khuyến khích các cuộc điều tra rộng rãi trong các chương được đề xuất và trên các chương liên kề. Nghiên cứu như vậy cũng sẽ giữ cho DSM-5 trở thành trung tâm trong việc phát triển các phương pháp chẩn đoán theo chiều hướng có khả năng bổ sung hoặc thay thế các phương pháp tiếp cận phân loại hiện tại trong những năm tới.

Kết hợp các cân nhắc về phát triển và vòng đời

Để cải thiện tiện ích lâm sàng, DSM-5 được tổ chức dọc theo quỹ đạo phát triển và tuổi thọ. Nó bắt đầu với các chẩn đoán được cho là phản ánh các quá trình phát triển biểu hiện sớm trong đời (ví dụ: rối loạn phát triển thần kinh và phổ tâm thần phân liệt và các rối loạn tâm thần khác), tiếp theo là các chẩn đoán biểu hiện phổ biến hơn ở tuổi vị thành niên và thanh niên (ví dụ: rối loạn lưỡng cực và các rối loạn liên quan, rối loạn trầm cảm và rối loạn lo âu), và kết thúc bằng các chẩn đoán liên quan đến tuổi trưởng thành và cuộc sống sau này (ví dụ: rối loạn nhận thức thần kinh). Một cách tiếp cận tương tự đã được thực hiện, nếu có thể, trong mỗi chương. Cơ cấu tổ chức này tạo điều kiện cho việc sử dụng toàn diện thông tin về vòng đời như một cách để hỗ trợ việc ra quyết định chẩn đoán.

Hài Hòa Với ICD-11

Các nhóm được giao nhiệm vụ sửa đổi hệ thống DSM và ICD đã chia sẻ mục tiêu bao trùm là hài hòa hai cách phân loại càng nhiều càng tốt, vì những lý do sau:

- Sự tồn tại của hai phân loại rối loạn tâm thần chính thức cản trở việc thu thập và sử dụng số liệu thống kê y tế quốc gia, thiết kế các thử nghiệm lâm sàng nhằm phát triển các phương pháp điều trị mới và xem xét khả năng áp dụng kết quả toàn cầu của các cơ quan quản lý quốc tế.
- Nói rộng hơn, sự tồn tại của hai cách phân loại làm phức tạp thêm nỗ lực tái tạo các kết quả khoa học xuyên biên giới quốc gia.
- Ngay cả khi mục đích là xác định các quần thể bệnh nhân giống hệt nhau, chẩn đoán DSM-IV và ICD-10 không phải lúc nào cũng thống nhất.

Như đã thảo luận trước đó trong phần giới thiệu này, nỗ lực để hài hòa với ICD-11 chỉ giới hạn ở việc hài hòa thành công cơ cấu tổ chức. Do sự khác biệt về thời gian, việc hài hòa hoàn toàn các tiêu chí chẩn đoán DSM-5 với các định nghĩa rối loạn ICD-11 là không thể vì nỗ lực phát triển DSM-5 đã đi trước vài năm so với quy trình sửa đổi ICD-11. Do đó, các tiêu chí chẩn đoán DSM-5 đã được hoàn thiện ngay khi các nhóm làm việc của ICD-11 bắt đầu phát triển các mô tả lâm sàng và hướng dẫn chẩn đoán của ICD-11. Vẫn đạt được một số cải thiện trong việc hài hòa hóa ở cấp độ rối loạn; nhiều thành viên nhóm công tác ICD-11 đã tham gia xây dựng tiêu chí chẩn đoán DSM-5, và các nhóm công tác ICD-11 được hướng dẫn xem xét các bộ tiêu chí DSM-5 và cố gắng đưa ra các hướng dẫn chẩn đoán ICD-11 tương tự như DSM-5 càng tốt trừ khi có lý do được cân nhắc khiến chúng khác nhau. Một đánh giá so sánh sự khác biệt của DSM-5/ICD-11 với sự khác biệt của DSM-IV/ICD-10 cho thấy rằng ICD và DSM hiện đang gần nhau hơn bất cứ lúc nào kể từ DSM-II và ICD-8 và những khác biệt hiện tại chủ yếu dựa trên các ưu tiên khác nhau và cách sử dụng của hai hệ thống chẩn đoán và về các cách giải thích khác nhau về bằng chứng.

Mặc dù ICD-11 đã được các quốc gia thành viên của WHO chính thức xác nhận sử dụng trong Đại hội đồng Y tế Thế giới lần thứ 72 vào tháng 5 năm 2019 và chính thức có hiệu lực vào ngày 1 tháng 1 năm 2022, nhưng mỗi quốc gia chọn thời điểm áp dụng ICD-11. Hiện tại không có thời gian đề xuất để thực hiện ICD-11 tại Hoa Kỳ. Do đó, trong tương lai gần, hệ thống mã hóa chính thức ở Hoa Kỳ tiếp tục là *Phân loại quốc tế về bệnh tật*, Sửa đổi lần thứ 10, Sửa đổi lâm sàng (ICD-10-CM).

Khung khái niệm chính và phương pháp tiếp cận

Định nghĩa về rối loạn tâm thần

Mỗi rối loạn được xác định trong Phần II của sách hướng dẫn (ngoại trừ những rối loạn trong các chương "Rối loạn vận động do thuốc và các tác dụng phụ khác của thuốc" và "Các tình trạng khác có thể là trọng tâm của sự chú ý lâm sàng") phải đáp ứng định nghĩa về rối loạn tâm thần. Mặc dù không có định nghĩa nào có thể nắm bắt được tất cả các khía cạnh của phạm vi rối loạn có trong DSM-5, nhưng các yếu tố sau đây là bắt buộc:

Rối loạn tâm thần là một hội chứng được đặc trưng bởi sự rối loạn đáng kể về mặt lâm sàng trong nhận thức, điều chỉnh cảm xúc hoặc hành vi của một cá nhân phản ánh sự rối loạn chức năng trong các quá trình tâm lý, sinh học hoặc phát triển làm cơ sở cho chức năng tâm thần. Rối loạn tâm thần thường liên quan đến tình trạng đau khổ hoặc khuyết tật đáng kể trong các hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc các hoạt động quan trọng khác. Một phản ứng có thể mong đợi hoặc được chấp thuận về mặt văn hóa đối với một yếu tố gây căng thẳng hoặc mất mát thông thường, chẳng hạn như cái chết của một người thân yêu, không phải là một chứng rối loạn tâm thần. Hành vi lệch lạc về mặt xã hội (ví dụ: chính trị, tôn giáo hoặc tình dục) và xung đột chủ yếu giữa cá nhân và xã hội không phải là rối loạn tâm thần trừ khi lệch lạc hoặc xung đột do rối loạn chức năng của cá nhân, như được mô tả ở trên.

Chẩn đoán rối loạn tâm thần nên có tiện ích lâm sàng: nó sẽ giúp các bác sĩ lâm sàng xác định tiên lượng, kế hoạch điều trị và kết quả điều trị tiềm năng cho bệnh nhân của họ. Tuy nhiên, chẩn đoán rối loạn tâm thần không tương đương với nhu cầu điều trị. Nhu cầu điều trị là một quyết định lâm sàng phức tạp có tính đến mức độ nghiêm trọng của triệu chứng, mức độ nổi bật của triệu chứng (ví dụ: sự hiện diện của ý nghĩ tự tử), tình trạng đau khổ của cá nhân (nỗi đau tinh thần) liên quan đến (các) triệu chứng, tình trạng khuyết tật liên quan đến các triệu chứng của cá nhân, rủi ro và lợi ích của các phương pháp điều trị hiện có, và các yếu tố khác (ví dụ: các triệu chứng tâm thần làm phức tạp bệnh khác). Do đó, các bác sĩ lâm sàng có thể gặp những cá nhân có các triệu chứng không đáp ứng đầy đủ các tiêu chí về rối loạn tâm thần nhưng lại thể hiện rõ ràng nhu cầu được điều trị hoặc chăm sóc. Việc một số cá nhân không biểu hiện tất cả các triệu chứng cho thấy chẩn đoán không nên được sử dụng để biện minh cho việc hạn chế khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc thích hợp của họ.

Cần lưu ý rằng định nghĩa về rối loạn tâm thần được phát triển cho các mục đích nghiên cứu, y tế công cộng và lâm sàng. Thông tin bổ sung thường được yêu cầu ngoài những thông tin có trong tiêu chí chẩn đoán DSM-5 để đưa ra phán quyết pháp lý về các vấn đề như trách nhiệm hình sự, điều kiện nhận bồi thường khuyết tật và năng lực (xem "Tuyên bố thận trọng về việc sử dụng DSM-5" tại kết luận của Mục I).

Phương pháp tiếp cận phân loại và theo chiều để chẩn đoán

Các vấn đề về cấu trúc bắt nguồn từ thiết kế phân loại của DSM đã xuất hiện trong cả thực hành lâm sàng và nghiên cứu. Bằng chứng liên quan về những vấn đề như vậy bao gồm tỷ lệ mắc bệnh cao giữa các rối loạn, sự không đồng nhất về triệu chứng trong các rối loạn và nhu cầu đáng kể đối với các chẩn đoán biệt định và không biệt định khác để phân loại số lượng đáng kể các biểu hiện lâm sàng không đáp ứng tiêu chí cho bất kỳ rối loạn DSM biệt định nào. Các nghiên cứu về cả yếu tố rủi ro di truyền và môi trường, dù dựa trên thiết kế sinh đôi, truyền trong gia đình hay phân tích phân tử, cũng đã đặt ra câu hỏi về việc liệu phương pháp phân loại có phải là cách tối ưu để cấu trúc hệ thống DSM hay không.

Mọi người đều thừa nhận rằng một hệ thống phân loại quá cứng nhắc không nắm bắt được kinh nghiệm lâm sàng hoặc các quan sát khoa học quan trọng. Kết quả của nhiều nghiên cứu về bệnh đi kèm và lây truyền bệnh trong gia đình, bao gồm nghiên cứu sinh đôi và nghiên cứu di truyền phân tử, đưa ra lập luận mạnh mẽ cho điều mà nhiều bác sĩ lâm sàng sắc sảo đã quan sát từ lâu: ranh giới giữa nhiều "loại" rối loạn dễ chuyển đổi trong suốt cuộc đời hơn là đã được xác nhận, và nhiều triệu chứng tạo nên các đặc điểm cơ bản của một rối loạn biệt định có thể xảy ra, ở các mức độ nghiêm trọng khác nhau, trong nhiều rối loạn khác.

Cách tiếp cận theo chiều phân loại các biểu hiện lâm sàng trên cơ sở định lượng các thuộc tính thay vì phân loại thành các loại và hoạt động tốt nhất trong việc mô tả các hiện tượng được phân phối liên tục và không có ranh giới rõ ràng. Mặc dù các hệ thống chiều tăng độ tin cậy và truyền đạt nhiều thông tin lâm sàng hơn (vì chúng báo cáo các thuộc tính lâm sàng có thể là ngưỡng phụ trong một hệ thống

phân loại), nhưng chúng cũng có những hạn chế nghiêm trọng và cho đến nay, chúng ít hữu ích hơn các hệ thống phân loại trong thực hành lâm sàng. Các mô tả theo chiều số ít quen thuộc và sinh động hơn nhiều so với tên các loại rối loạn tâm thần. Hơn nữa, vẫn chưa có thỏa thuận về việc lựa chọn các kích thước tối ưu được sử dụng cho mục đích phân loại. Tuy nhiên, với nghiên cứu ngày càng tăng và sự quen thuộc với các hệ thống chiều và thiết lập các điểm giới hạn có ý nghĩa lâm sàng để hướng dẫn các quyết định điều trị, thì cuối cùng có khả năng chấp nhận nhiều hơn các phương pháp tiếp cận theo chiều như một phương pháp truyền đạt thông tin lâm sàng và như một công cụ nghiên cứu.

Vì lý do tiện ích lâm sàng và khả năng tương thích với phân loại ICD cần thiết để mã hóa, DSM-5 tiếp tục là phân loại phân loại chủ yếu với các yếu tố kích thước phân chia rối loạn tâm thần thành các loại dựa trên bộ tiêu chí với các đặc điểm xác định. Bất chấp khuôn khổ phân loại, điều quan trọng là phải nhận ra rằng trong DSM-5 không có giả định rằng mỗi loại rối loạn tâm thần là một thực thể hoàn toàn riêng biệt với ranh giới tuyệt đối phân chia nó khỏi các rối loạn tâm thần khác hoặc không có rối loạn tâm thần. Cũng không có giả định nào cho rằng tất cả các cá nhân được mô tả là mắc chứng rối loạn tâm thần giống nhau đều giống nhau về mọi mặt. Do đó, bác sĩ lâm sàng sử dụng DSM-5 nên xem xét rằng các cá nhân chia sẻ chẩn đoán có khả năng không đồng nhất ngay cả đối với các đặc điểm xác định của chẩn đoán và các trường hợp ranh giới sẽ khó chẩn đoán theo bất kỳ cách nào ngoại trừ xác suất. Triển vọng này cho phép linh hoạt hơn trong việc sử dụng hệ thống, khuyến khích sự chú ý cụ thể hơn đến các trường hợp ranh giới và nhấn mạnh nhu cầu nắm bắt thông tin lâm sàng bổ sung ngoài chẩn đoán.

Các đo lường triệu chứng xuyên suốt

Cho rằng các bệnh lý tâm thần không rời rạc một cách đáng tin cậy với các ranh giới rõ ràng với nhau, các bác sĩ lâm sàng cần thay đổi cách tiếp cận để đánh giá và nhìn xa hơn các biểu hiện nguyên mẫu trùng khớp với các loại DSM. Để hỗ trợ quá trình chuyển đổi đó, Phần III, "Các biện pháp và mô hình mới xuất hiện", cung cấp Biện pháp đo lường triệu chứng xuyên suốt cấp độ 1 của DSM-5, được phát triển để giúp các bác sĩ lâm sàng đánh giá tất cả các lĩnh vực chính của chức năng tâm thần (ví dụ: khí sắc, rối loạn loạn thần, nhận thức, nhân cách, ngủ) và khám phá kỹ lưỡng hơn các rối loạn có thể xảy ra, các biểu hiện không điển hình, các tình trạng dưới triệu chứng và các bệnh lý cùng tồn tại. Cũng giống như việc xem xét các hệ thống được thực hiện trong y học tổng quát đóng vai trò như một bản kiểm kê được thiết kế để kêu gọi sự chú ý đến các triệu chứng hoặc dấu hiệu mà nếu không thì có thể đã bị bỏ qua, Thước đo Triệu chứng Xuyên suốt Cấp độ 1 của DSM-5 hoạt động như một cuộc xem xét các hệ thống tâm thần, nhằm mục đích hỗ trợ các bác sĩ lâm sàng xác định tốt hơn các rối loạn và triệu chứng tiềm ẩn, cần đánh giá chi tiết hơn (và có khả năng cần điều trị). Biện pháp Đo lường Triệu chứng Xuyên suốt Cấp độ 1 DSM-5 được khuyến nghị là một thành phần quan trọng trong quá trình đánh giá tâm thần của các cá nhân đến chăm sóc tâm thần, với Hướng dẫn Thực hành của Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ về Đánh giá Tâm thần Người lớn ủng hộ việc sử dụng nó như một bước đầu tiên trong việc xác định và giải quyết sự không đồng nhất của các triệu chứng trong các loại chẩn đoán. Các phiên bản được đánh giá bởi bản thân, phụ huynh/người giám hộ và trẻ em (11-17 tuổi) của Biện pháp Đo lường Triệu chứng Xuyên suốt Cấp độ 1 của DSM-5 có sẵn trực tuyến miễn phí cho việc sử dụng lâm sàng tại www.psychiatry.org/dsm5.

Gỡ bỏ hệ thống đa trục DSM-IV

DSM-IV cung cấp một hệ thống chẩn đoán ghi lại đa trục liên quan đến đánh giá trên một số trục, mỗi trục đề cập đến một miền thông tin khác nhau. DSM-5 đã chuyển sang tài liệu chẩn đoán không theo

trục. Các rối loạn và tình trạng trước đây được liệt kê trên Trục I (rối loạn lâm sàng), Trục II (rối loạn nhân cách và rối loạn phát triển trí tuệ) và Trục III (các tình trạng y tế khác) được liệt kê cùng nhau mà không có sự phân biệt chính thức, thường theo thứ tự tầm quan trọng về mặt lâm sàng. Các yếu tố tâm lý xã hội và bối cảnh (trước đây được liệt kê trên Trục IV) được liệt kê cùng với các chẩn đoán và tình trạng sử dụng mã Z trong chương "Các tình trạng khác có thể là trọng tâm của sự chú ý lâm sàng." DSM-IV Trục V bao gồm thang đo Đánh giá Chức năng Toàn thể (GAF), thể hiện sự đánh giá của bác sĩ lâm sàng về mức độ tổng thể của cá nhân về "hoạt động trong một chuỗi liên tục giả định về bệnh tâm thần". Thang đo này đã được thay thế bằng Lịch đánh giá tình trạng khuyết tật của WHO (WHODAS), được bao gồm trong Phần III của DSM-5 (xem chương "Các biện pháp đánh giá"). WHODAS dựa trên Phân loại quốc tế về chức năng, khuyết tật và sức khỏe (ICF) để sử dụng cho tất cả các lĩnh vực y tế và chăm sóc sức khỏe.

Các vấn đề cơ cấu văn hóa và xã hội

Các rối loạn tâm thần được các bác sĩ lâm sàng và những người khác xác định và công nhận trong bối cảnh các chuẩn mực và giá trị văn hóa xã hội và cộng đồng địa phương. Bối cảnh văn hóa định hình trải nghiệm và biểu hiện của các triệu chứng, dấu hiệu, hành vi và ngưỡng mức độ nghiêm trọng tạo thành tiêu chí chẩn đoán. Bối cảnh văn hóa xã hội cũng định hình các khía cạnh của bản sắc (chẳng hạn như dân tộc hoặc chủng tộc) mang lại các vị trí xã hội cụ thể và khiến các cá nhân tiếp xúc với các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe một cách khác biệt, bao gồm cả sức khỏe tâm thần. Những yếu tố văn hóa này được truyền tải, sửa đổi và tái tạo trong các gia đình, cộng đồng và các hệ thống và thể chế xã hội khác và thay đổi theo thời gian. Đánh giá chẩn đoán nên bao gồm những trải nghiệm, triệu chứng và hành vi của một cá nhân khác với các chuẩn mực văn hóa xã hội có liên quan và dẫn đến những khó khăn trong việc thích nghi với bối cảnh cuộc sống hiện tại của họ như thế nào. Các nhà lâm sàng cũng nên tính đến cách các biểu hiện lâm sàng của các cá nhân bị ảnh hưởng bởi vị trí của họ trong các cấu trúc và thứ bậc xã hội hình thành nên khả năng tiếp xúc với nghịch cảnh và khả năng tiếp cận các nguồn lực. Các khía cạnh chính của bối cảnh văn hóa xã hội liên quan đến phân loại và đánh giá chẩn đoán đã được xem xét cẩn thận trong quá trình phát triển DSM-5-TR.

Tác động của chuẩn mực và thông lệ văn hóa

Ranh giới giữa tính bình thường và bệnh lý khác nhau tùy theo bối cảnh văn hóa đối với các loại hành vi cụ thể. Ngưỡng chịu đựng đối với các triệu chứng hoặc hành vi cụ thể khác nhau tùy theo bối cảnh văn hóa, môi trường xã hội và gia đình. Do đó, mức độ mà một trải nghiệm trở nên có vấn đề hoặc được coi là bệnh hoạn sẽ khác nhau. Phán đoán rằng một hành vi, trải nghiệm hoặc mối quan tâm nhất định cần được chú ý về mặt lâm sàng phụ thuộc vào các chuẩn mực văn hóa được cá nhân tiếp thu và áp dụng bởi những người xung quanh họ, bao gồm cả thành viên gia đình và bác sĩ lâm sàng. Để đánh giá chính xác các dấu hiệu và triệu chứng tiềm ẩn của bệnh lý tâm thần, các bác sĩ lâm sàng nên thường xuyên xem xét tác động của ý nghĩa văn hóa, bản sắc và thực tiễn đối với nguyên nhân và diễn biến của bệnh, ví dụ, thông qua bất kỳ yếu tố nào sau đây: rối loạn (ví dụ, bằng cách khuếch đại nỗi sợ hãi dẫn đến rối loạn hoảng sợ hoặc lo lắng về sức khỏe); sự kỳ thị và hỗ trợ của xã hội do phản ứng của gia đình và cộng đồng đối với bệnh tâm thần; các chiến lược đối phó giúp tăng cường khả năng phục hồi để đối phó với bệnh tật hoặc các lộ trình tìm kiếm sự trợ giúp để tiếp cận các loại dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác nhau, bao gồm các phương pháp điều trị thay thế và bổ sung; và chấp nhận hoặc từ chối chẩn đoán và tuân thủ các phương pháp điều trị, ảnh hưởng đến quá trình bệnh tật và phục hồi. Bối cảnh văn hóa cũng ảnh hưởng đến việc tiến hành cuộc gặp lâm sàng, bao gồm cả cuộc phỏng vấn chẩn đoán. Sự khác biệt về văn hóa giữa bác sĩ lâm sàng/các thành viên của nhóm điều trị và cá nhân có ý nghĩa đối với tính chính xác và sự chấp nhận chẩn đoán, cũng như đối với các quyết định điều trị, cân nhắc tiên lượng và kết quả lâm sàng.

Khái niệm văn hóa của đau khổ

Về mặt lịch sử, cấu trúc của hội chứng ràng buộc văn hóa là trọng tâm nghiên cứu về hiện tượng học mô tả trong tâm thần học và tâm lý học văn hóa. Kể từ DSM-5, cấu trúc này đã được thay thế bằng ba khái niệm mang lại tiện ích lâm sàng lớn hơn:

1. Thành ngữ *văn hóa về đau khổ* đề cập đến một hành vi hoặc thuật ngữ ngôn ngữ, cụm từ hoặc cách nói về các triệu chứng, vấn đề hoặc đau khổ giữa các cá nhân có nền tảng văn hóa tương tự để thể hiện hoặc truyền đạt các đặc điểm cơ bản của đau khổ (ví dụ: nói, "Tôi cảm thấy rất chán nản" để thể hiện tâm trạng thấp hoặc chán nản không đáp ứng ngưỡng của chứng rối loạn trầm cảm điển hình). Một thành ngữ đau khổ không nhất thiết phải liên quan đến các triệu chứng, hội chứng hoặc nguyên nhân cụ thể. Nó có thể được sử dụng để truyền đạt nhiều cảm giác khó chịu, bao gồm các mối quan tâm hàng ngày, tình trạng dưới ngưỡng lâm sàng hoặc đau khổ do hoàn cảnh xã hội hơn là rối loạn tâm thần. Ví dụ, hầu hết các nhóm văn hóa đều có những thành ngữ phổ biến về cơ thể khi đau khổ được sử dụng để thể hiện nhiều loại đau khổ và lo lắng.
2. *Giải thích về văn hóa* hoặc nguyên nhân được nhận thức đề cập đến một nhãn hiệu, quy kết hoặc tính năng của một mô hình giải thích cung cấp một khái niệm nhất quán về mặt văn hóa về nguyên nhân hoặc nguyên nhân của các triệu chứng, bệnh tật hoặc đau khổ (ví dụ: quy kết của bệnh tâm thần đối với "căng thẳng", tâm linh hoặc không tuân theo các thông lệ quy định về văn hóa). Giải thích nguyên nhân có thể là đặc điểm nổi bật của phân loại bệnh địa phương được sử dụng bởi giáo dân hoặc thầy lang.
3. *Hội chứng văn hóa* đề cập đến một cụm hoặc nhóm các triệu chứng đặc biệt, xảy ra đồng thời được tìm thấy trong các nhóm, cộng đồng hoặc bối cảnh văn hóa cụ thể (ví dụ: *ataque de nervios* [tấn công thần kinh]). Hội chứng có thể hoặc không thể được công nhận là một căn bệnh trong bối cảnh văn hóa địa phương (tức là, nó có thể được dán nhãn theo những cách phi y học), nhưng những kiểu mẫu đau khổ và đặc điểm của căn bệnh như vậy vẫn có thể được nhận ra bởi một người quan sát bên ngoài.

Ba khái niệm này (về phần thảo luận và ví dụ được cung cấp trong Phần III, chương "Văn hóa và Chẩn đoán Tâm thần") gợi ý những cách hiểu và mô tả về văn hóa về những trải nghiệm đau khổ hoặc bệnh tật có thể được gợi ra trong cuộc gặp lâm sàng. Chúng ảnh hưởng đến triệu chứng học, tìm kiếm sự trợ giúp, biểu hiện lâm sàng, kỳ vọng điều trị, thích nghi với bệnh tật và đáp ứng điều trị. Cùng một thuật ngữ văn hóa thường phục vụ nhiều hơn một trong các chức năng này và việc sử dụng có thể thay đổi theo thời gian. Ví dụ, "trầm cảm" gọi tên một hội chứng nhưng cũng đã trở thành một thành ngữ phổ biến chỉ sự đau khổ.

Tác động của phân biệt chủng tộc và phân biệt đối xử đối với chẩn đoán tâm thần

Công việc lâm sàng và nghiên cứu về tâm thần học bị ảnh hưởng sâu sắc bởi các cấu trúc xã hội và văn hóa của chủng tộc và sắc tộc. Chủng tộc là một cấu trúc xã hội, không phải sinh học. Nó được sử dụng để phân chia mọi người thành các nhóm dựa trên các đặc điểm thể chất bề ngoài như màu da. Mặc dù không có cơ sở sinh học cho việc hình thành chủng tộc, nhưng các hành vi phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc có ảnh hưởng sâu sắc đến sức khỏe thể chất và tinh thần.

Quá trình xã hội theo đó các loại bản sắc cụ thể được xây dựng trên cơ sở các hệ tư tưởng và thực hành chủng tộc được gọi là phân biệt chủng tộc. Bản sắc phân biệt chủng tộc rất quan trọng vì chúng có liên quan chặt chẽ với các hệ thống phân biệt đối xử, gạt ra bên lề và loại trừ xã hội. Các khía cạnh khác của bản sắc, bao gồm sắc tộc, giới tính, ngôn ngữ, tôn giáo và khuynh hướng tình dục, cũng có thể là tâm điểm của sự thiên vị hoặc định kiến có thể ảnh hưởng đến quá trình đánh giá chẩn đoán.

Phân biệt chủng tộc tồn tại ở cấp độ cá nhân, giữa các cá nhân, hệ thống/thể chế và cấu trúc xã hội. Ở cấp độ cá nhân, phân biệt chủng tộc làm nảy sinh những khuôn mẫu và trải nghiệm nội tại về mối đe dọa, sự mất giá, sự bỏ rơi và sự bất công ảnh hưởng đến sức khỏe và hạnh phúc của các cá nhân. Ở cấp độ giữa các cá nhân, phân biệt chủng tộc không chỉ bao gồm các hành vi rõ ràng mà còn cả vi phạm, đó là những hành vi khinh thường và xúc phạm hàng ngày thể hiện thái độ tiêu cực đối với các nhóm bị kỳ thị cụ thể, với những hậu quả gây căng thẳng và tổn thương. Phân biệt chủng tộc có hệ thống/thể chế

cập đến những cách mà sự phân biệt đối xử được đưa vào thực tiễn hàng ngày của các tổ chức hoặc tổ chức, bao gồm cả chăm sóc sức khỏe và tâm thần học. Chủ nghĩa phân biệt chủng tộc có hệ thống có thể không được thể hiện trong các hệ tư tưởng chủng tộc công khai nhưng có thể được duy trì bởi những thành kiến, thói quen, thói quen và thực hành tiềm ẩn và không chủ ý dẫn đến nhận thức sai và không công bằng. Kết quả là, các cá nhân có thể tham gia và vô tình góp phần vào sự phân biệt chủng tộc có hệ thống mà không tán thành một cách có ý thức các ý tưởng phân biệt chủng tộc. Khái niệm phân biệt chủng tộc trong cấu trúc xã hội nhấn mạnh những cách mà phân biệt chủng tộc và phân biệt đối xử được thể hiện trong tổ chức và chuẩn mực của xã hội và chính sách công với sự bất bình đẳng phổ biến về nguồn lực kinh tế, quyền lực và đặc quyền ảnh hưởng đến việc tiếp xúc với rủi ro sức khỏe và khả năng tiếp cận chăm sóc sức khỏe. Bạo lực cấu trúc và áp bức phân biệt chủng tộc có những hậu quả về thể chất, tâm lý và xã hội, bao gồm cả những tác động tiêu cực đến sức khỏe tâm thần.

Phân biệt chủng tộc là một yếu tố xã hội quan trọng quyết định sức khỏe góp phần gây ra nhiều kết quả bất lợi cho sức khỏe, bao gồm tăng huyết áp, hành vi tự tử và rối loạn căng thẳng sau chấn thương và có thể khiến các cá nhân sử dụng chất kích thích, rối loạn tâm trạng và rối loạn tâm thần. Định kiến và thái độ tiêu cực về chủng tộc ảnh hưởng đến sự phát triển tâm lý và hạnh phúc của các nhóm chủng tộc. Các hậu quả bất lợi khác của sự phân biệt đối xử bao gồm khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc không bình đẳng và sự thiên vị của bác sĩ lâm sàng trong chẩn đoán và điều trị; ví dụ, chẩn đoán sai bệnh tâm thần phân liệt ở người Mỹ gốc Phi có rối loạn tâm trạng và các tình trạng khác, các cách chăm sóc mang tính cưỡng bức hơn, ít thời gian điều trị ngoại trú hơn và sử dụng thường xuyên hơn các biện pháp kiềm chế thể chất và phương pháp điều trị dưới mức tối ưu. Các bác sĩ lâm sàng nên nỗ lực tích cực để nhận ra và giải quyết tất cả các hình thức phân biệt chủng tộc, thành kiến và định kiến trong đánh giá, chẩn đoán và điều trị lâm sàng.

Chú ý đến Văn hóa, Phân biệt chủng tộc và Phân biệt đối xử trong DSM-5-TR

Trong quá trình xem xét DSM-5-TR, các bước đã được thực hiện để giải quyết tác động của văn hóa, phân biệt chủng tộc và phân biệt đối xử đối với chẩn đoán tâm thần trong văn bản của các chương về rối loạn. Một Ủy ban đánh giá xuyên suốt về các vấn đề văn hóa, bao gồm 19 chuyên gia quốc tế và có trụ sở tại Hoa Kỳ về tâm thần học văn hóa, tâm lý học và nhân chủng học, đã xem xét các văn bản về ảnh hưởng của văn hóa đối với các đặc điểm rối loạn, kết hợp thông tin liên quan trong các phần về các vấn đề chẩn đoán liên quan đến văn hóa. Một Nhóm Công tác Hòa nhập và Bình đẳng Sắc tộc riêng biệt, bao gồm 10 chuyên gia sức khỏe tâm thần từ các nguồn gốc dân tộc và chủng tộc khác nhau có chuyên môn về thực hành giảm chênh lệch, đã xem xét các tài liệu tham khảo về chủng tộc, dân tộc và các khái niệm liên quan để tránh duy trì các định kiến hoặc bao gồm thông tin lâm sàng mang tính phân biệt đối xử.

DSM-5-TR cam kết sử dụng ngôn ngữ thách thức quan điểm cho rằng các chủng tộc là những thực thể tự nhiên và rời rạc.

[thuật ngữ tiếng Anh... bỏ qua...]

Các phần về mức độ phổ biến của từng rối loạn đã được xem xét để đảm bảo rằng các phát hiện được trình bày có tham chiếu rõ ràng đến các khu vực địa lý hoặc các nhóm xã hội được đưa vào thu thập dữ liệu (ví dụ: "trong dân số chung của Hoa Kỳ"); điều này tránh khái quát hóa quá mức những phát hiện cho các cộng đồng chưa được nghiên cứu. Dữ liệu phổ biến về các nhóm sắc tộc cụ thể được đưa vào khi nghiên cứu hiện tại ghi lại các ước tính đáng tin cậy dựa trên các mẫu đại diện. Nhóm làm việc lo ngại rằng dữ liệu từ các mẫu không mang tính đại diện có thể gây hiểu nhầm. Điều này giải thích việc bao gồm dữ liệu hạn chế về một số nhóm dân tộc nhất định, đặc biệt là người Mỹ bản địa. Có một nhu cầu cấp thiết để nghiên cứu về điều này và các nhóm quan trọng khác. Ước tính tỷ lệ cũng phụ thuộc vào việc không có sai lệch đánh giá; văn bản cho biết khi nào cần nghiên cứu thêm để đảm bảo tính chính xác của dữ liệu có sẵn. Người dùng được khuyến khích đọc các phần về các vấn đề chẩn

đoán liên quan đến văn hóa để bối cảnh hóa các phân độ về mức độ phổ biến.

Sự khác biệt về giới tính sinh học và giới tính tổng thể

Sự khác biệt về giới tính sinh học (sex) và giới tính tổng thể (gender) liên quan đến nguyên nhân và biểu hiện của các tình trạng y tế được thiết lập đối với một số bệnh, bao gồm cả số lượng ngày càng tăng của các rối loạn tâm thần. Giới tính sinh học đề cập đến các yếu tố về cơ quan sinh sản của một cá nhân và kiểu gen/ nhiễm sắc thể XX hoặc XY của một cá nhân. Giới tính tổng thể là tổng hợp các vấn đề về các cơ quan sinh sản cũng như sự thể hiện bản thân của một cá nhân và bao gồm các hậu quả tâm lý, hành vi và xã hội của giới tính được nhận thức của cá nhân đó. Phần lớn thông tin về biểu hiện của tâm thần ở phụ nữ và nam giới dựa trên giới tính tự xác định và do đó chúng tôi thường sử dụng sự khác biệt giới tính tổng thể hoặc "phụ nữ và nam giới" hoặc "trai và gái" trong DSM-5-TR. Tuy nhiên, nếu thông tin có sẵn và phù hợp với "giới tính" - ví dụ, sự khác biệt giới tính trong quá trình chuyển hóa các chất, hoặc các giai đoạn sống chỉ giới hạn ở một giới tính, chẳng hạn như mang thai hoặc mãn kinh - thì chúng tôi sử dụng thuật ngữ khác biệt giới tính sinh học hoặc "nam và nữ".

Giới tính sinh học và giới tính tổng thể có thể ảnh hưởng đến bệnh tật theo nhiều cách khác nhau. Đầu tiên, giới tính sinh học là duy nhất có thể xác định liệu một cá nhân có nguy cơ mắc chứng rối loạn hay không (ví dụ, như rối loạn khó chịu tiền kinh nguyệt). Thứ hai, giới tính sinh học hoặc giới tính tổng thể có thể làm giảm nguy cơ phát triển rối loạn chung thể hiện qua sự khác biệt rõ rệt về tỷ lệ phổ biến và tỷ lệ mắc đối với các rối loạn tâm thần chọn lọc ở nam và nữ. Thứ ba, giới tính sinh học hoặc giới tính tổng thể có thể ảnh hưởng đến khả năng một cá nhân gặp phải các triệu chứng rối loạn biệt định. Ví dụ, ADHD có thể biểu hiện khác nhau ở bé trai và bé gái. Giới tính sinh học hoặc giới tính tổng thể cũng có thể có những ảnh hưởng khác đến trải nghiệm về chứng rối loạn có liên quan gián tiếp đến chẩn đoán tâm thần. Ví dụ: nam giới hoặc phụ nữ có thể dễ dàng xác nhận một số triệu chứng nhất định và sự xác nhận này góp phần tạo ra sự khác biệt trong việc cung cấp dịch vụ (ví dụ: phụ nữ có thể dễ dàng nhận ra chứng rối loạn trầm cảm, lưỡng cực hoặc lo âu hơn và hiểu danh sách các triệu chứng toàn diện hơn nam giới).

Các sự kiện trong vòng đời sinh sản, bao gồm sự thay đổi nội tiết tố buồng trứng trong chu kỳ kinh nguyệt, mang thai hoặc mãn kinh, có thể góp phần tạo nên sự khác biệt về nguy cơ và biểu hiện của bệnh theo giới tính sinh học. Do đó, từ biệt định "khởi phát chu sinh" có thể áp dụng cho rối loạn tâm thần tức thời hoặc thời kỳ hưng cảm, hưng cảm nhẹ hoặc trầm cảm điển hình biểu thị một khung thời gian trong đó phụ nữ có thể có nguy cơ cao khởi phát một giai đoạn bệnh. Trong trường hợp giấc ngủ và năng lượng, những thay đổi sau sinh thường mang tính quy chuẩn và do đó có thể có độ tin cậy chẩn đoán thấp hơn ở phụ nữ sau sinh.

Hướng dẫn được cấu hình để bao gồm thông tin về giới tính sinh học và giới tính tổng thể ở nhiều cấp độ. Nếu có các triệu chứng đặc trưng cho giới tính tổng thể, chúng đã được thêm vào tiêu chuẩn chẩn đoán. Một từ xác định liên quan đến giới tính sinh học, chẳng hạn như "khởi phát chu sinh" của một thời kỳ khí sắc, cung cấp thêm thông tin về giới tính sinh học và chẩn đoán. Ước tính tỷ lệ hiện mắc dựa trên giới tính sinh học và giới tính tổng thể được bao gồm trong phần "Mức độ phổ biến" của mỗi văn bản về rối loạn. Cuối cùng, các vấn đề khác liên quan đến chẩn đoán và bị ảnh hưởng bởi giới tính sinh học và/hoặc cân nhắc giới tính tổng thể có thể được tìm thấy trong phần "Các vấn đề chẩn đoán liên quan đến giới tính sinh học và giới tính tổng thể" trong văn bản dành cho các rối loạn liên quan.

Liên quan với ý nghĩ hoặc hành vi tự sát

DSM-5-TR chứa một phần văn bản mới cho mỗi chẩn đoán, "Liên quan đến hành vi hoặc ý nghĩ tự tử", khi thông tin đó có sẵn trong tài liệu. Thông tin bao gồm thường dựa trên các nghiên cứu chứng minh mối liên hệ giữa ý nghĩ hoặc hành vi tự tử với một chẩn đoán nhất định.

Trong các nhóm cá nhân có cùng chẩn đoán, một loạt các bệnh lý tâm lý có liên quan có thể có tác động đến nguy cơ tự tử, từ không có đến nghiêm trọng. Do đó, khi đánh giá nguy cơ tự tử của một cá nhân cụ thể, các bác sĩ lâm sàng nên sử dụng phán đoán lâm sàng dựa trên các yếu tố rủi ro đã biết và không chỉ dựa vào sự hiện diện của chẩn đoán có liên quan đến ý nghĩ hoặc hành vi tự tử. Thông tin trong các phần này sẽ đóng vai trò như một lời cảnh báo cho các bác sĩ lâm sàng rằng việc điều tra thêm có thể được chỉ định cho một cá nhân với một chẩn đoán cụ thể. Đánh giá rủi ro lâm sàng yêu cầu đánh giá cá nhân bao gồm nhiều yếu tố và vượt xa việc xây dựng chẩn đoán DSM-5 và phạm vi của hướng dẫn này.

Dữ liệu nguồn bổ sung và định hướng trong tương lai

Các tình trạng cho nghiên cứu tiếp tục

Được mô tả trong Phần III, "Các tình trạng để nghiên cứu thêm", là những tình trạng được đề xuất mà chưa có đủ bằng chứng khoa học để hỗ trợ việc sử dụng rộng rãi trên lâm sàng. Các tiêu chí đề xuất này và văn bản hỗ trợ được đưa vào để làm nổi bật các tình trạng có thể được hưởng lợi từ nghiên cứu sâu hơn.

Công cụ lượng giá và giám sát: Hiện tại và hướng tới tương lai

Các thành phần khác nhau của DSM-5 được cung cấp để tạo thuận lợi cho việc đánh giá lâm sàng và hỗ trợ xây dựng công thức trường hợp toàn diện (xem phần "Sử dụng Hướng dẫn") và xác định các đặc điểm có thể ảnh hưởng đến tiên lượng của bất kỳ rối loạn tâm thần nào được chẩn đoán. Mặc dù các tiêu chí chẩn đoán trong Phần II đã được thiết lập tốt và đã trải qua quá trình xem xét kỹ lưỡng, các công cụ đánh giá, Phỏng vấn Công thức Văn hóa và các điều kiện để nghiên cứu thêm trong Phần III là những công cụ có thể cần thêm bằng chứng khoa học để hỗ trợ việc sử dụng rộng rãi trên lâm sàng. Những công cụ hỗ trợ chẩn đoán và tiêu chí đề xuất này được đưa vào để làm nổi bật sự phát triển và định hướng của những tiến bộ khoa học trong các lĩnh vực này và để kích thích nghiên cứu thêm.

Mỗi biện pháp trong Phần III, "Các biện pháp lượng giá" được cung cấp để hỗ trợ lượng giá toàn diện các cá nhân sẽ đóng góp vào kế hoạch chẩn đoán và điều trị phù hợp với bối cảnh lâm sàng và biểu hiện của từng cá nhân. Các biện pháp đo lường mức độ nghiêm trọng cụ thể của chẩn đoán và triệu chứng xuyên suốt cung cấp xếp hạng định lượng của các lĩnh vực lâm sàng quan trọng được thiết kế để sử dụng ở lần lượng giá ban đầu nhằm thiết lập cơ sở để so sánh với xếp hạng trong các lần gặp tiếp theo để theo dõi các thay đổi và thông báo kế hoạch điều trị. Khi động lực văn hóa đặc biệt quan trọng đối với việc đánh giá chẩn đoán, Phỏng vấn Hình thành Văn hóa (nằm trong Phần III chương "Chẩn đoán Văn hóa và Tâm thần") nên được coi là một công cụ hỗ trợ hữu ích để giao tiếp với cá nhân. Tất cả các biện pháp này đều có sẵn trực tuyến tại: www.psychiatry.org/dsm5.

Cơ cấu tổ chức của DSM-5, việc sử dụng các thước đo kích thước và khả năng tương thích với các mã ICD sẽ cho phép nó dễ dàng thích ứng với các khám phá và cải tiến khoa học trong tương lai nhằm nâng cao tiện ích lâm sàng của nó.

Sử dụng Sổ tay

Văn bản này được thiết kế để cung cấp hướng dẫn thực tế về cách sử dụng DSM-5, đặc biệt là trong thực hành lâm sàng.

Phương pháp tiếp cận xây dựng thông tin lâm sàng

Mục đích chính của DSM-5 là hỗ trợ các bác sĩ lâm sàng được đào tạo trong chẩn đoán rối loạn tâm thần như một phần của đánh giá xây dựng thông tin dẫn đến kế hoạch điều trị có hiệu biết cho từng cá nhân. Việc xây dựng thông tin cho bất kỳ cá nhân cụ thể nào nên bao gồm tiền sử lâm sàng cẩn thận và bản tóm tắt ngắn gọn về các yếu tố xã hội, tâm lý và sinh học có thể góp phần phát triển một chứng rối loạn tâm thần nhất định. Không đủ để đưa ra chẩn đoán rối loạn tâm thần nếu chỉ kiểm tra các triệu chứng trong tiêu chuẩn chẩn đoán. Việc đánh giá kỹ lưỡng các tiêu chí này có thể đảm bảo đánh giá đáng tin cậy hơn (có thể được hỗ trợ bằng cách sử dụng các công cụ lượng giá mức độ nghiêm trọng của triệu chứng theo các chiều); mức độ nghiêm trọng tương đối và mức độ nổi bật của các dấu hiệu và triệu chứng của một cá nhân và sự đóng góp của chúng vào chẩn đoán cuối cùng sẽ cần đến sự đánh giá lâm sàng. Chẩn đoán yêu cầu đào tạo lâm sàng để nhận ra khi sự kết hợp của các yếu tố ảnh hưởng, thúc đẩy, duy trì và bảo vệ đã dẫn đến một tình trạng tâm lý trong đó các dấu hiệu và triệu chứng vượt quá phạm vi bình thường. Mục tiêu cuối cùng của việc xây dựng thông tin lâm sàng là sử dụng thông tin chẩn đoán và bối cảnh có sẵn để phát triển một kế hoạch điều trị toàn diện dựa trên bối cảnh văn hóa và xã hội của cá nhân. Tuy nhiên, các khuyến nghị cho việc lựa chọn và sử dụng các lựa chọn điều trị dựa trên bằng chứng phù hợp nhất cho từng rối loạn nằm ngoài phạm vi của hướng dẫn này.

Các yếu tố của chẩn đoán

Các tiêu chí chẩn đoán được đưa ra dưới dạng hướng dẫn chẩn đoán và việc sử dụng chúng phải được định dạng bằng lập luận lâm sàng. Văn bản mô tả, bao gồm các phần giới thiệu của mỗi chương chẩn đoán, có thể giúp hỗ trợ chẩn đoán (ví dụ: mô tả các tiêu chí đầy đủ hơn trong "Tiêu chí chẩn đoán"; cung cấp các chẩn đoán phân biệt).

Sau khi đánh giá các tiêu chuẩn chẩn đoán, các bác sĩ lâm sàng nên xem xét việc áp dụng các phân thể rối loạn và/hoặc các biệt định khi thích hợp. Hầu hết các yếu tố biệt định chỉ áp dụng cho biểu hiện hiện tại và có thể thay đổi trong quá trình rối loạn (ví dụ: có trực giác từ khá đến trung bình; biểu hiện chủ yếu là không chú ý; trong một môi trường được kiểm soát) và chỉ có thể được đưa ra nếu đáp ứng đầy đủ các tiêu chí cho rối loạn hiện tại. Các yếu tố biệt định khác là biểu thị của tiến triển suốt đời (ví dụ: với mô hình theo mùa, dạng lưỡng cực trong rối loạn phân liệt cảm xúc) và có thể được chỉ định bất kể tình trạng hiện tại.

Khi biểu hiện triệu chứng không đáp ứng đầy đủ các tiêu chí cho bất kỳ rối loạn nào và các triệu chứng gây ra đau khổ hoặc suy giảm đáng kể về mặt lâm sàng trong các lĩnh vực hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc quan trọng khác, thì nên phân loại "được biệt định khác" hoặc "không biệt định" tương ứng với các triệu chứng nổi bật được xem xét.

Các phân thể và các biệt định

Các phân thể và biệt định được cung cấp để tăng độ đặc hiệu cho chẩn đoán. Các phân thể xác định các nhóm nhỏ có hiện tượng loại trừ lẫn nhau và có điểm chung đầy đủ trong một chẩn đoán và được biểu thị bằng hướng dẫn "Biệt định xem có hay không" trong bộ tiêu chí (ví dụ: trong chứng chán ăn tâm thần, Biệt định xem có hay không loại hạn chế hay loại ăn uống vô độ/thanh lọc cơ thể). Ngược lại, các từ Biệt định không nhằm mục đích nêu loại trừ lẫn nhau hoặc có điểm chung, và do đó, nhiều hơn một từ biệt định có thể được áp dụng cho một chẩn đoán nhất định. Các từ biệt định (trái ngược với các phân thể) được biểu thị bằng hướng dẫn "Biệt định" hoặc "Biệt định nếu" trong bộ tiêu chí (ví dụ: trong rối loạn lo âu xã hội, "Biệt định nếu: chỉ biểu hiện"). Các từ biệt định và phân thể tạo cơ hội để xác định một phân nhóm đồng nhất hơn gồm các cá nhân mắc chứng rối loạn có chung các đặc điểm nhất định (ví dụ: rối loạn trầm cảm điển hình, với các tiêu chí hỗn hợp) và truyền đạt thông tin liên quan đến việc quản lý rối loạn của cá nhân đó, chẳng hạn như "với đồng bệnh khác" biệt định trong rối loạn giấc ngủ. Mặc dù ký tự thứ năm trong mã ICD-10-CM đôi khi được ghi để biểu thị một phân thể hoặc biệt định (ví dụ: "0" trong ký tự thứ năm trong mã chẩn đoán F02.80 cho chứng rối loạn nhận thức thần kinh điển hình do bệnh Alzheimer, để biểu thị sự vắng mặt của rối loạn hành vi so với chữ "1" trong ký tự thứ năm của mã chẩn đoán F02.81 đối với chứng rối loạn nhận thức thần kinh điển hình do bệnh Alzheimer để chỉ ra sự hiện diện của rối loạn hành vi), phần lớn các phân thể và biệt định được bao gồm trong DSM-5-TR không được phản ánh trong mã ICD-10-CM, và thay vào đó được biểu thị bằng cách ghi phân thể hoặc biệt định sau tên của rối loạn (ví dụ: rối loạn lo âu xã hội, dạng biểu hiện).

Sử dụng các rối loạn tâm thần được biệt định khác và không biệt định

Mặc dù nhiều thập kỷ nỗ lực khoa học đã được thực hiện để phát triển các bộ tiêu chí chẩn đoán cho các rối loạn có trong Phần II, người ta cũng nhận ra rằng bộ tiêu chuẩn chẩn đoán phân loại này không mô tả đầy đủ toàn bộ các loại rối loạn tâm thần mà các cá nhân trải qua và trình bày với các bác sĩ lâm sàng hàng ngày trên các bệnh viện khắp thế giới. Do đó, cũng cần phải bao gồm các tùy chọn rối loạn "được biệt định khác" hoặc "không biệt định" đối với các biểu hiện không phù hợp chính xác với ranh giới chẩn đoán của các rối loạn trong mỗi chương. Ngoài ra, có những cơ sở (ví dụ: khoa cấp cứu) nơi chỉ có thể xác định các biểu hiện triệu chứng nổi bật nhất liên quan đến một chương cụ thể (ví dụ: hoang tưởng, ảo giác, hưng cảm, trầm cảm, lo âu, nhiễm độc chất, các triệu chứng nhận thức thần kinh). Trong những trường hợp như vậy, có thể thích hợp nhất là chỉ định rối loạn "không biệt định" tương ứng làm tường trình giữ chỗ cho đến khi có thể chẩn đoán phân biệt đầy đủ hơn.

DSM-5 cung cấp hai tùy chọn chẩn đoán cho các biểu hiện không đáp ứng các tiêu chí chẩn đoán cho bất kỳ rối loạn DSM-5 cụ thể nào: rối loạn biệt định khác và rối loạn không biệt định. Loại biệt định khác được cung cấp để cho phép bác sĩ lâm sàng truyền đạt lý do cụ thể rằng các biểu hiện không đáp ứng các tiêu chí cho bất kỳ loại biệt định nào trong một loại chẩn đoán. Điều này được thực hiện bằng cách ghi lại tên của danh mục, theo sau là lý do cụ thể. Ví dụ, với một cá nhân có ảo giác dai dẳng xảy ra mà không có bất kỳ triệu chứng loạn thần nào khác (biểu hiện không đáp ứng tiêu chí cho bất kỳ rối loạn cụ thể nào trong chương "Phổ tâm thần phân liệt và các rối loạn loạn thần khác"), bác sĩ lâm sàng sẽ ghi lại "phổ tâm thần phân liệt được biệt định khác và rối loạn tâm thần khác, với ảo giác thính giác dai dẳng." Nếu bác sĩ lâm sàng chọn không nêu rõ lý do không đáp ứng các tiêu chí cho một rối loạn cụ thể, thì "phổ tâm thần phân liệt không biệt định và rối loạn tâm thần khác" sẽ được chẩn đoán. Lưu ý rằng sự khác biệt giữa các rối loạn biệt định khác và không biệt định dựa trên sự lựa chọn của bác sĩ lâm sàng để chỉ ra hay không chỉ ra lý do tại sao biểu hiện không đáp ứng đầy đủ các tiêu chí, mang lại sự linh hoạt tối đa cho chẩn đoán. Khi bác sĩ lâm sàng xác định rằng có đủ thông tin lâm sàng để xác định bản chất của biểu hiện, chẩn đoán "được biệt định khác" có thể được đưa ra. Trong những trường hợp mà bác sĩ lâm sàng không thể xác định thêm biểu hiện lâm sàng (ví dụ: trong môi trường phòng cấp

cứ), chẩn đoán "không biệt định" có thể được đưa ra. Đây hoàn toàn là vấn đề lập luận lâm sàng.

Đó là một quy ước lâu đời của DSM đối với các tình trạng trong chương "Tình trạng để nghiên cứu thêm" trong Phần III được liệt kê dưới dạng ví dụ về các bản trình bày có thể được biệt định bằng cách sử dụng ký hiệu "được biệt định khác". Việc đưa các tình trạng này vào nghiên cứu sâu hơn làm ví dụ không thể hiện sự chứng thực của Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ rằng đây là những loại chẩn đoán có hiệu lực.

Sử dụng lập luận lâm sàng

DSM-5 là một phân loại các rối loạn tâm thần được phát triển để sử dụng trong môi trường lâm sàng, giáo dục và nghiên cứu. Các danh mục chẩn đoán, tiêu chí và mô tả văn bản được sử dụng bởi các cá nhân được đào tạo lâm sàng phù hợp và có kinh nghiệm trong chẩn đoán. Điều quan trọng là DSM-5 không được áp dụng một cách máy móc bởi những cá nhân không được đào tạo lâm sàng. Các tiêu chí chẩn đoán cụ thể có trong DSM-5 nhằm mục đích phục vụ như hướng dẫn được định dạng bằng đánh giá lâm sàng và không được sử dụng theo kiểu sách dạy nấu ăn cứng nhắc. Ví dụ, việc thực hiện đánh giá lâm sàng có thể biện minh cho việc đưa ra một chẩn đoán nhất định cho một cá nhân mặc dù biểu hiện lâm sàng không đáp ứng đầy đủ các tiêu chí chẩn đoán miễn là các triệu chứng hiện tại vẫn dai dẳng và nghiêm trọng. Mặt khác, việc thiếu quen thuộc với DSM-5 hoặc việc áp dụng các tiêu chí DSM-5 quá linh hoạt và mang phong cách riêng làm giảm đáng kể tiện ích của nó như một ngôn ngữ giao tiếp chung.

Tiêu chí phân loại lâm sàng đáng kể

Trong trường hợp không có dấu hiệu sinh học rõ ràng hoặc các phép đo mức độ nghiêm trọng hữu ích về mặt lâm sàng đối với nhiều rối loạn tâm thần, không thể tách biệt sự hoàn toàn bình thường khỏi các biểu hiện triệu chứng bệnh lý có trong tiêu chuẩn chẩn đoán. Lỗ hổng thông tin này đặc biệt có vấn đề trong các tình huống lâm sàng mà trong đó biểu hiện triệu chứng của cá nhân (đặc biệt ở dạng nhẹ) không phải là bệnh lý vốn có và có thể gặp phải ở những người mà chẩn đoán "rối loạn tâm thần" là không phù hợp. Do đó, một tiêu chí chẩn đoán chung yêu cầu đau khổ hoặc tàn tật đã được sử dụng để thiết lập các ngưỡng rối loạn, thường được diễn đạt là "rối loạn gây ra đau khổ hoặc suy giảm đáng kể về mặt lâm sàng trong các lĩnh vực hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc quan trọng khác." Đánh giá xem tiêu chí này có được đáp ứng hay không, đặc biệt là về chức năng vai trò, là một đánh giá lâm sàng khó khăn vốn có. Văn bản sau định nghĩa về rối loạn tâm thần thừa nhận rằng tiêu chí này có thể đặc biệt hữu ích trong việc xác định nhu cầu điều trị của một cá nhân. Việc sử dụng thông tin từ cá nhân cũng như từ các thành viên gia đình và các bên thứ ba khác thông qua phỏng vấn hoặc lượng giá do bản thân hoặc người cung cấp thông tin báo cáo về biểu hiện của cá nhân thường là cần thiết.

Quy trình mã hóa và ghi chép

Hệ thống mã hóa chính thức được sử dụng tại Hoa Kỳ kể từ ngày 1 tháng 10 năm 2015 là *Bảng phân loại quốc tế về bệnh tật*, Sửa đổi lần thứ 10, Sửa đổi lâm sàng (ICD-10-CM), một phiên bản của ICD-10 của Tổ chức Y tế Thế giới đã được sửa đổi để sử dụng lâm sàng bởi Trung tâm Thống kê Y tế Quốc gia (NCHS) của Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh và cung cấp mã chẩn đoán được phép duy nhất cho các rối loạn tâm thần để sử dụng lâm sàng tại Hoa Kỳ. Hầu hết các rối loạn DSM-5 đều có mã ICD-10-CM gồm chữ và số xuất hiện trước tên của rối loạn (hoặc phân nhóm được mã hóa hoặc từ chỉ định) trong Phân loại DSM-5-TR và trong bộ tiêu chí đi kèm cho từng rối loạn. Đối với một số chẩn đoán (ví dụ: rối loạn nhận thức thần kinh, rối loạn do chất/thuốc gây ra), mã thích hợp tùy thuộc vào thông số kỹ thuật thêm và được liệt kê trong tiêu chí đặt ra cho rối loạn có ghi chú mã hóa và trong một số trường hợp được làm rõ thêm trong phần văn bản "Quy trình ghi chép". Tên của một số rối loạn được

theo sau bởi các thuật ngữ thay thế đặt trong ngoặc đơn.

Việc sử dụng các mã chẩn đoán là cơ bản để lưu trữ hồ sơ y tế. Mã hóa chẩn đoán tạo điều kiện thuận lợi cho việc thu thập và truy xuất dữ liệu và tổng hợp thông tin thống kê. Các mã cũng thường được yêu cầu để báo cáo dữ liệu chẩn đoán cho các bên thứ ba quan tâm, bao gồm các cơ quan chính phủ, công ty bảo hiểm tư nhân và Tổ chức Y tế Thế giới. Ví dụ: tại Hoa Kỳ, việc sử dụng mã ICD-10-CM cho các rối loạn trong DSM-5-TR đã được Cơ quan quản lý tài chính chăm sóc sức khỏe ủy quyền cho các mục đích hoàn trả theo hệ thống Medicare.

Chẩn đoán chính/Lý do thăm khám

Quy ước chung trong DSM-5 là cho phép chỉ định nhiều chẩn đoán cho những biểu hiện mà đáp ứng các tiêu chí cho nhiều rối loạn DSM-5. Khi có nhiều hơn một chẩn đoán được đưa ra trong môi trường điều trị nội trú, chẩn đoán chính là tình trạng được thiết lập sau khi xem xét đặc điểm chịu trách nhiệm chính trong việc đưa bệnh nhân vào nhập viện. Khi có nhiều hơn một chẩn đoán được đưa ra cho một cá nhân trong môi trường ngoại trú, lý do thăm khám là tình trạng chịu trách nhiệm chính đối với các dịch vụ y tế cấp cứu nhận được trong quá trình thăm khám. Trong hầu hết các trường hợp, chẩn đoán chính hoặc lý do thăm khám cũng là trọng tâm chính của sự chú ý hoặc điều trị. Thường rất khó (và hơi tùy tiện) để xác định chẩn đoán nào là chẩn đoán chính hoặc lý do thăm khám. Ví dụ, có thể không rõ chẩn đoán nào nên được coi là "chính" đối với một cá nhân nhập viện với cả tâm thần phân liệt và rối loạn sử dụng rượu, bởi vì mỗi tình trạng có thể góp phần như nhau vào nhu cầu nhập viện và điều trị. Chẩn đoán chính được chỉ định bằng cách liệt kê nó trước, và các rối loạn còn lại được liệt kê theo thứ tự trọng tâm chú ý và điều trị. Khi chẩn đoán chính hoặc lý do thăm khám là rối loạn tâm thần do một tình trạng bệnh lý khác (ví dụ: rối loạn nhận thức thần kinh điển hình do bệnh Alzheimer, rối loạn tâm thần do ung thư phổi ác tính), quy tắc mã hóa ICD yêu cầu bệnh lý có căn nguyên phải được liệt kê trước. Trong trường hợp đó, chẩn đoán chính hoặc lý do thăm khám sẽ là rối loạn tâm thần do bệnh lý thực tồn/ thực thể, chẩn đoán thứ hai được đưa vào danh sách liệt kê. Để rõ ràng nhất, rối loạn được liệt kê là chẩn đoán chính hoặc lý do thăm khám có thể được theo sau bởi cụm từ đủ điều kiện "(chẩn đoán chính)" hoặc "(lý do thăm khám)".

Chẩn đoán theo dõi

Công cụ sửa đổi "theo dõi" có thể được sử dụng khi hiện tại không có đủ thông tin để chỉ ra rằng các tiêu chí chẩn đoán được đáp ứng, nhưng có một giả định chắc chắn rằng thông tin sẽ có sẵn để cho phép xác định đó. Bác sĩ lâm sàng có thể chỉ ra sự không chắc chắn của chẩn đoán bằng cách ghi lại "(theo dõi)" chẩn đoán. Ví dụ: công cụ sửa đổi này có thể được sử dụng khi một cá nhân dường như có biểu hiện phù hợp với chẩn đoán rối loạn trầm cảm điển hình, hiện tại không thể đưa ra tiền sử đầy đủ, nhưng thông tin đó sẽ có sẵn sau khi phỏng vấn người cung cấp thông tin hoặc xem xét hồ sơ bệnh án. Khi thông tin đó có sẵn và xác nhận rằng các tiêu chí chẩn đoán đã được đáp ứng, công cụ "(theo dõi)" sẽ bị xóa. Một cách sử dụng khác của "theo dõi" là dành cho những tình huống mà chẩn đoán phân biệt chỉ phụ thuộc vào việc liệu thời gian mắc bệnh có vượt quá giới hạn trên theo yêu cầu của tiêu chuẩn chẩn đoán hay không. Ví dụ, chẩn đoán rối loạn dạng phân liệt cần thời gian ít nhất 1 tháng nhưng ít hơn 6 tháng. Nếu một cá nhân hiện có các triệu chứng phù hợp với chẩn đoán rối loạn dạng phân liệt ngoại trừ yếu tố thời gian cuối cùng chưa xác định được vì các triệu chứng vẫn đang tiếp diễn, công cụ "(theo dõi)" sẽ được áp dụng và sau đó bị xóa nếu các triệu chứng thuyên giảm trong khoảng thời gian 6 tháng. Nếu chúng không thuyên giảm, chẩn đoán sẽ được chuyển thành tâm thần phân liệt.

Lưu ý về thuật ngữ

Rối loạn Tâm Thần Do Chất/Thuốc

Thuật ngữ "rối loạn tâm thần do chất/thuốc" đề cập đến các biểu hiện triệu chứng do tác động sinh lý của một chất ngoại sinh lên hệ thần kinh trung ương, bao gồm các triệu chứng phát triển trong quá trình cai nghiện một chất ngoại sinh có khả năng gây ra sự phụ thuộc sinh lý. Các chất ngoại sinh như vậy bao gồm các chất gây "phê" điển hình (ví dụ: rượu, thuốc hít, chất gây ảo giác, cocaine), thuốc hướng tâm thần (ví dụ: chất kích thích; thuốc an thần, thuốc ngủ, thuốc giải lo âu), các loại thuốc khác (ví dụ: steroid) và chất độc môi trường (ví dụ: thuốc trừ sâu organophosphate). Các ấn bản của DSM từ DSM-III đến DSM-IV gọi đây là "rối loạn tâm thần do chất tác động." Để nhấn mạnh rằng thuốc và không chỉ các chất lạm dụng có thể gây ra các triệu chứng tâm thần, thuật ngữ này đã được đổi thành "do chất/thuốc gây ra" trong DSM-5.

Rối loạn tâm thần độc lập

Về mặt lịch sử, các rối loạn tâm thần được chia thành những rối loạn được gọi là "thực thể" (do các yếu tố thể chất gây ra) và những rối loạn "không phải do thực thể" (chỉ do tâm trí; còn được gọi là "cơ năng" hoặc "tâm sinh lý"), các thuật ngữ được bao gồm trong DSM cho đến DSM-III-R. Bởi vì những sự phân đôi này ngụ ý một cách sai lầm rằng các rối loạn phi thực thể không có cơ sở sinh học và các rối loạn tâm thần không có cơ sở thực thể, DSM-IV đã cập nhật thuật ngữ này như sau: 1) các thuật ngữ "thực thể" và "phi thực thể" đã bị loại bỏ khỏi DSM-IV; 2) các rối loạn trước đây được gọi là "thực thể" được chia thành các rối loạn do tác động sinh lý trực tiếp của một chất (do chất gây ra) và các rối loạn do tác động sinh lý trực tiếp của một tình trạng bệnh lý lên hệ thần kinh trung ương; và 3) thuật ngữ "rối loạn tâm thần phi thực thể" (nghĩa là những rối loạn không do chất hoặc tình trạng bệnh lý) đã được thay thế bằng "rối loạn tâm thần nguyên phát". Trong DSM-5, thuật ngữ này đã được hoàn thiện hơn, thay thế "tiên phát" bằng "độc lập" (ví dụ: Tiêu chí C trong rối loạn lo âu do chất/thuốc bắt đầu bằng "rối loạn không được giải thích tốt hơn bởi chứng rối loạn lo âu không phải do chất. Bằng chứng về chứng rối loạn lo âu độc lập có thể bao gồm..." [*chữ in nghiêng được thêm vào để tham khảo*]). Điều này được thực hiện để giảm khả năng nhầm lẫn do thuật ngữ "tiên phát" trong lịch sử có các nghĩa khác (ví dụ: đôi khi nó được sử dụng để chỉ ra rối loạn nào trong số các rối loạn đi kèm là rối loạn xảy ra đầu tiên). Việc sử dụng thuật ngữ "rối loạn tâm thần độc lập" không nên được hiểu là chứng rối loạn này không phụ thuộc vào các yếu tố nguyên nhân tiềm ẩn khác, chẳng hạn như các yếu tố gây căng thẳng tâm lý xã hội hoặc môi trường khác.

Bệnh lý khác

Một sự phân đôi khác được áp dụng bởi các phiên bản trước của DSM phản ánh thuyết nhị nguyên giữa cơ thể và tâm trí là sự phân chia các rối loạn thành "rối loạn tâm thần" và "rối loạn thể chất". Cùng với việc loại bỏ thuật ngữ thực thể/phi thực thể, DSM-IV đã thay thế sự phân đôi giữa "rối loạn tâm thần" và "rối loạn thể chất" bằng sự phân đôi "rối loạn tâm thần" và "tình trạng bệnh lý nội khoa", dựa trên vị trí của chương trong Bảng phân loại quốc tế về bệnh tật, dịch bệnh (ICD). Các bệnh lý trong ICD được chia thành 17 chương dựa trên nhiều yếu tố, bao gồm nguyên nhân (ví dụ: Ung thư [Chương 2]), vị trí giải phẫu (ví dụ: Bệnh về tai và xương chũm [Chương 8]), hệ thống cơ thể (ví dụ: Các bệnh của hệ thống tuần hoàn [Chương 9]) và bối cảnh (ví dụ: Mang thai, sinh con và hậu sản [Chương 15]). Trong khung ICD, rối loạn tâm thần là những bệnh nằm trong Chương 5, và các bệnh nội khoa chung là những bệnh nằm trong 16 chương còn lại.

Do lo ngại rằng thuật ngữ "tình trạng y tế tổng quát" có thể bị nhầm lẫn với thông lệ chung, DSM-5 sử dụng thuật ngữ "tình trạng bệnh lý khác" để nhấn mạnh thực tế rằng rối loạn tâm thần là tình trạng bệnh lý và rối loạn tâm thần có thể do các tình trạng bệnh lý khác gây ra. Điều quan trọng là phải nhận ra rằng "rối loạn tâm thần" và "tình trạng bệnh lý khác" chỉ là thuật ngữ thuận tiện và không nên hiểu rằng có bất kỳ sự khác biệt cơ bản nào giữa rối loạn tâm thần và các tình trạng bệnh lý khác, rằng các rối loạn tâm thần không liên quan đến các yếu tố hoặc quy trình thể chất hoặc sinh học, hoặc các tình trạng bệnh lý khác không liên quan đến các yếu tố hoặc quy trình hành vi hoặc tâm lý xã hội.

Các loại thông tin định dạng trong văn bản DSM-5-TR

Văn bản DSM-5-TR cung cấp thông tin theo ngữ cảnh để hỗ trợ việc ra quyết định chẩn đoán. Văn bản xuất hiện ngay sau các tiêu chí chẩn đoán cho từng chứng rối loạn và mô tả một cách có hệ thống chứng rối loạn dưới các tiêu đề sau: Quy trình ghi chép, Phân nhóm, Dấu hiệu xác định, Đặc điểm chẩn đoán, Đặc điểm liên quan, Mức độ phổ biến, Sự tiến triển và diễn biến, Yếu tố rủi ro và tiên lượng, Các vấn đề chẩn đoán liên quan đến văn hóa, Các vấn đề chẩn đoán liên quan đến giới tính sinh học và giới tính tổng thể, Dấu hiệu chẩn đoán, Mối liên hệ với ý nghĩ hoặc hành vi tự tử, Hậu quả chức năng, Chẩn đoán phân biệt và Bệnh đi kèm. Nói chung, khi thông tin có sẵn tương đối hạn chế cho một phần, phần đó không được đưa vào.

[Cấu trúc chung của các trình bày bệnh học trong y khoa, mọi sinh viên đều biết- không dịch]

Các tình trạng và rối loạn khác trong Phần II

Ngoài việc cung cấp các tiêu chuẩn chẩn đoán và văn bản cho rối loạn tâm thần DSM-5, Phần II cũng bao gồm hai chương cho các tình trạng khác không phải là rối loạn tâm thần nhưng bác sĩ lâm sàng sức khỏe tâm thần có thể gặp phải. Những tình trạng này có thể được liệt kê là lý do để khám lâm sàng bổ sung hoặc thay thế cho các rối loạn tâm thần trong Phần II. Chương "Rối loạn do thuốc và các tác dụng phụ khác của thuốc" bao gồm hội chứng parkinson do thuốc, hội chứng ác tính do thuốc an thần, loạn trương lực cơ cấp tính do thuốc, chứng đứng ngồi không yên cấp tính do thuốc, rối loạn vận động muộn, loạn trương lực cơ muộn/chứng ngồi không yên muộn, run tư thế do thuốc, thuốc chống trầm cảm hội chứng ngừng thuốc, và tác dụng phụ khác của thuốc. Những tình trạng này được đưa vào Phần II vì tầm quan trọng thường xuyên của chúng trong 1) quản lý bằng thuốc các rối loạn tâm thần hoặc các tình trạng y tế khác, và 2) chẩn đoán phân biệt với các rối loạn tâm thần (ví dụ: rối loạn lo âu so với chứng đứng ngồi không yên cấp tính do thuốc).

Chương "**Các tình trạng khác có thể là trọng tâm của sự chú ý lâm sàng**" bao gồm các tình trạng và vấn đề tâm lý xã hội hoặc môi trường không được coi là rối loạn tâm thần nhưng ảnh hưởng đến chẩn đoán, tiến trình, tiên lượng hoặc điều trị rối loạn tâm thần của một cá nhân. Các bệnh này được trình bày với các mã tương ứng từ ICD-10-CM (thường là mã Z). Một tình trạng hoặc vấn đề trong chương này có thể được mã hóa có hoặc không kèm theo chẩn đoán rối loạn tâm thần 1) nếu đó là lý do cho lần thăm khám hiện tại; 2) nếu nó giúp giải thích nhu cầu xét nghiệm, thủ thuật hoặc điều trị; 3) nếu nó đóng một vai trò trong việc khởi phát hoặc làm trầm trọng thêm chứng rối loạn tâm thần; hoặc 4) nếu nó tạo thành một vấn đề cần được xem xét trong kế hoạch quản lý tổng thể. Chúng bao gồm hành vi tự tử và tự gây thương tích không tự tử; lạm dụng và bỏ bê; các vấn đề về quan hệ (ví dụ: Đau khổ trong mối quan hệ với vợ / chồng hoặc đối tác thân mật); các vấn đề về giáo dục, nghề nghiệp, nhà ở và kinh tế; các vấn đề liên quan đến môi trường xã hội, tương tác với hệ thống pháp luật và các hoàn cảnh tâm lý xã hội, cá nhân và môi trường khác (ví dụ: các vấn đề liên quan đến mang thai ngoài ý muốn, là nạn nhân của tội phạm hoặc khủng bố); các vấn đề liên quan đến tiếp cận y tế và chăm sóc sức khỏe khác; hoàn cảnh cá nhân (ví dụ: tiền sử cá nhân về chấn thương tâm lý); các dịch vụ y tế khác để được tư vấn và tư vấn y tế (ví dụ: tư vấn tình dục); và các tình trạng hoặc vấn đề bổ sung có thể là trọng tâm của sự chú ý về mặt lâm sàng (ví dụ: đi lang thang liên quan đến rối loạn tâm thần, mất người thân không phức tạp, vấn đề về giai đoạn của cuộc đời).

Tuyên bố thận trọng đối với việc sử dụng DSM-5 trong pháp y

Mặc dù tiêu chuẩn và văn bản chẩn đoán DSM-5 chủ yếu được thiết kế để hỗ trợ các bác sĩ lâm sàng tiến hành đánh giá lâm sàng, xây dựng trường hợp và lập kế hoạch điều trị, DSM-5 cũng được sử dụng làm tài liệu tham khảo cho tòa án và luật sư trong việc đánh giá hậu quả pháp lý của rối loạn tâm thần. Do đó, điều quan trọng cần lưu ý là định nghĩa về rối loạn tâm thần trong DSM-5 đã được phát triển để đáp ứng nhu cầu của bác sĩ lâm sàng, chuyên gia y tế công cộng và điều tra viên nghiên cứu hơn là nhu cầu kỹ thuật của tòa án và chuyên gia pháp lý. Cũng cần lưu ý rằng DSM-5 không cung cấp hướng dẫn điều trị cho bất kỳ chứng rối loạn nào.

Khi được sử dụng một cách thích hợp, chẩn đoán và thông tin chẩn đoán có thể hỗ trợ những người ra quyết định pháp lý trong quyết định của họ. Ví dụ, khi sự hiện diện của chứng rối loạn tâm thần là căn cứ cho một quyết định pháp lý tiếp theo (ví dụ: cam kết dân sự không tự nguyện), việc sử dụng một hệ thống chẩn đoán đã được thiết lập sẽ nâng cao giá trị và độ tin cậy của quyết định đó. Bằng cách cung cấp một bản tóm tắt dựa trên việc xem xét các tài liệu nghiên cứu và lâm sàng thích hợp, DSM-5 có thể tạo điều kiện cho những người ra quyết định pháp lý hiểu được các đặc điểm liên quan của rối loạn tâm thần. Các tài liệu liên quan đến chẩn đoán cũng đóng vai trò kiểm tra suy đoán căn cứ về rối loạn tâm thần và về hoạt động của một cá nhân cụ thể. Cuối cùng, thông tin chẩn đoán về quá trình theo chiều dọc có thể cải thiện việc ra quyết định khi vấn đề pháp lý liên quan đến chức năng tinh thần của một cá nhân tại một thời điểm trong quá khứ hoặc tương lai.

Tuy nhiên, việc sử dụng DSM-5 trong môi trường pháp y phải được thông báo bằng nhận thức về các rủi ro và hạn chế của việc sử dụng nó. Khi các danh mục, tiêu chí và mô tả văn bản DSM-5 được sử dụng cho mục đích pháp y, có nguy cơ thông tin chẩn đoán sẽ bị sử dụng sai hoặc hiểu sai. Những mối nguy hiểm này phát sinh do sự không phù hợp hoàn hảo giữa các câu hỏi về mối quan tâm cuối cùng của luật pháp và thông tin có trong chẩn đoán lâm sàng. Trong hầu hết các trường hợp, chẩn đoán lâm sàng về rối loạn tâm thần DSM-5 như rối loạn phát triển trí tuệ (khuyết tật trí tuệ), tâm thần phân liệt, rối loạn nhận thức thần kinh nghiêm trọng, rối loạn cờ bạc hoặc rối loạn âu dâm không ngụ ý rằng một cá nhân mắc bệnh như vậy đáp ứng các tiêu chí pháp lý để sự hiện diện của chứng rối loạn tâm thần hoặc "bệnh tâm thần" như được định nghĩa trong luật hoặc một tiêu chuẩn pháp lý cụ thể (ví dụ: về năng lực, trách nhiệm hình sự hoặc khuyết tật). Đối với trường hợp sau, thông tin bổ sung thường được yêu cầu ngoài thông tin có trong chẩn đoán DSM-5, có thể bao gồm thông tin về tình trạng suy giảm chức năng của cá nhân và cách những suy giảm chức năng này ảnh hưởng đến các khả năng cụ thể được đề cập. Chính vì tình trạng suy yếu, khả năng và khuyết tật rất khác nhau trong từng loại chẩn đoán nên việc chỉ định một chẩn đoán cụ thể không hàm ý mức độ rủi ro, suy giảm hoặc khuyết tật cụ thể.

Không nên sử dụng DSM-5 để đánh giá sự hiện diện của chứng rối loạn tâm thần đối với những người không có kinh nghiệm lâm sàng, phi y tế hoặc không được đào tạo đầy đủ. Những người ra quyết định phi lâm sàng cũng nên được cảnh báo rằng chẩn đoán không mang bất kỳ ý nghĩa cần thiết nào liên quan đến căn nguyên hoặc nguyên nhân gây ra chứng rối loạn tâm thần của cá nhân hoặc mức độ kiểm soát của cá nhân đối với các hành vi có thể liên quan đến chứng rối loạn. Ngay cả khi khả năng kiểm soát giảm dần đối với hành vi của chính cá nhân đó là một đặc điểm của chứng rối loạn, bản thân việc chẩn đoán không chứng tỏ rằng một cá nhân cụ thể đang (hoặc đã) không thể kiểm soát hành vi của mình tại một thời điểm cụ thể.