MỤC LỤC

[RỐI LOẠN LO ÂU 4](#_Toc39713631)

[RỐI LOẠN LO ÂU LAN TỎA 7](#_Toc39713632)

[1. ĐẠI CƯƠNG 7](#_Toc39713633)

[2. BỆNH NGUYÊN – BỆNH SINH 8](#_Toc39713634)

[3. LÂM SÀNG 8](#_Toc39713635)

[3.1. Làm sao biết được một người đang lo âu? 8](#_Toc39713636)

[3.2. Họ lo âu về những vấn đề gì? 9](#_Toc39713637)

[3.3. Khi nào thì lo âu trở nên bệnh lý? 9](#_Toc39713638)

[3.4. Biểu hiện của một bệnh nhân có rối loạn lo âu lan tỏa? 10](#_Toc39713639)

[4. CHẨN ĐOÁN 11](#_Toc39713640)

[4.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5 về rối loạn lo âu lan tỏa 11](#_Toc39713641)

[4.2. Chẩn đoán phân biệt: 11](#_Toc39713642)

[5. ĐIỀU TRỊ 12](#_Toc39713643)

[5.1. Diễn tiến và tiên lượng 12](#_Toc39713644)

[5.2. Điều trị 12](#_Toc39713645)

[RỐI LOẠN HOẢNG LOẠN 14](#_Toc39713646)

[1. ĐẠI CƯƠNG 14](#_Toc39713647)

[2. BỆNH NGUYÊN – BỆNH SINH 14](#_Toc39713648)

[3. LÂM SÀNG 15](#_Toc39713649)

[3.1. Cơn hoảng loạn 15](#_Toc39713650)

[3.2. Rối loạn hoảng loạn 16](#_Toc39713651)

[3.3. Đặc điểm lâm sàng 16](#_Toc39713652)

[4. CHẨN ĐOÁN 18](#_Toc39713653)

[4.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn hoảng loạn theo DSM-5: 18](#_Toc39713654)

[4.2. Các yếu tố hỗ trợ chẩn đoán 19](#_Toc39713655)

[4.3. Hỗ trợ chẩn đoán. 20](#_Toc39713656)

[4.4. Chẩn đoán phân biệt. 20](#_Toc39713657)

[5. ĐIỀU TRỊ 21](#_Toc39713658)

[5.1. Hóa dược trị liệu 21](#_Toc39713659)

[5.2. Liệu pháp nhận thức hành vi 22](#_Toc39713660)

[RỐI LOẠN LO ÂU CHIA LY 22](#_Toc39713661)

[1. ĐẠI CƯƠNG 22](#_Toc39713662)

[2. BỆNH SINH 22](#_Toc39713663)

[3. LÂM SÀNG 22](#_Toc39713664)

[4. CHẨN ĐOÁN 24](#_Toc39713665)

[4.2. Các đặc điểm chẩn đoán 25](#_Toc39713666)

[4.3. Chẩn đoán phân biệt 25](#_Toc39713667)

[MẤT NÓI CHỌN LỌC 27](#_Toc39713668)

[1. ĐẠI CƯƠNG 27](#_Toc39713669)

[2. BỆNH SINH 27](#_Toc39713670)

[3. LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN 27](#_Toc39713671)

[3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo DSM-5 28](#_Toc39713672)

[3.2. Các đặc điểm chẩn đoán 28](#_Toc39713673)

[3.3. Chẩn đoán phân biệt 29](#_Toc39713674)

[SỢ CHUYÊN BIỆT 29](#_Toc39713675)

[1. ĐẠI CƯƠNG 29](#_Toc39713676)

[2. BỆNH SINH 29](#_Toc39713677)

[3. LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN 30](#_Toc39713678)

[3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5 31](#_Toc39713679)

[3.2. Các đặc điểm chẩn đoán 32](#_Toc39713680)

[3.3. Chẩn đoán phân biệt 33](#_Toc39713681)

[RỐI LOẠN LO ÂU XÃ HỘI (SỢ XÃ HỘI) 35](#_Toc39713682)

[1. ĐẠI CƯƠNG 35](#_Toc39713683)

[2. BỆNH SINH 35](#_Toc39713684)

[3. LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN 35](#_Toc39713685)

[3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5 37](#_Toc39713686)

[3.2. Các đặc điểm chẩn đoán 38](#_Toc39713687)

[3.3. Chẩn đoán phân biệt 39](#_Toc39713688)

[SỢ KHOẢNG RỘNG 40](#_Toc39713689)

[1. ĐẠI CƯƠNG 40](#_Toc39713690)

[2. BỆNH SINH 41](#_Toc39713691)

[3. LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN 41](#_Toc39713692)

[3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5 42](#_Toc39713693)

[3.2. Các đặc điểm chẩn đoán 43](#_Toc39713694)

[3.3. Chẩn đoán phân biệt 44](#_Toc39713695)

[RỐI LOẠN LO ÂU DO CHẤT/THUỐC 45](#_Toc39713696)

[1. ĐẠI CƯƠNG 45](#_Toc39713697)

[2. LÂM SÀNG 45](#_Toc39713698)

[3. CHẨN ĐOÁN 45](#_Toc39713699)

[3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5 45](#_Toc39713700)

[3.2. Các đặc điểm chẩn đoán 46](#_Toc39713701)

[3.3. Chẩn đoán phân biệt 47](#_Toc39713702)

[RỐI LOẠN LO ÂU DO TRÌNH TRẠNG Y KHOA KHÁC 48](#_Toc39713703)

[1. ĐẠI CƯƠNG 48](#_Toc39713704)

[2. LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN 48](#_Toc39713705)

[2.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5 48](#_Toc39713706)

[2.2. Các đặc điểm chẩn đoán 49](#_Toc39713707)

[2.3. Chẩn đoán phân biệt 49](#_Toc39713708)

[RỐI LOẠN LO ÂU CHUYÊN BIỆT KHÁC 51](#_Toc39713709)

[RỐI LOẠN LO ÂU KHÔNG CHUYÊN BIỆT KHÁC 51](#_Toc39713710)

RỐI LOẠN LO ÂU

Mặc dù đã được Sigmund Freud nghiên cứu từ gần một thế kỷ trước với tên gọi loạn thần kinh lo âu, cho đến nay rối loạn lo âu vẫn luôn là một lĩnh vực mới mẻ, thu hút nhiều quan tâm và công trình nghiên cứu. Trong vài thập niên qua các nhà khoa học và thầy thuốc thực hành đã xây dựng các tiêu chuẩn chẩn đoán, đánh giá tỷ lệ của các rối loạn lo âu khác nhau, hiểu được phần nào cơ sở sinh học, tâm lý, xã hội cũng như phát triển một số liệu pháp hóa dược và tâm lý hiệu quả. Các điều tra cho thấy các rối loạn này không chỉ hay gặp mà còn ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống cũng như hoạt động của người bệnh: làm tăng nguy cơ lạm dụng ma túy, thuốc ngủ…. Các nghiên cứu tại Hoa Kỳ cho thấy các rối loạn lo âu gặp nhiều hơn các rối loạn khí sắc và các rối loạn do sử dụng chất. Các nghiên cứu gần đây gợi ý rối loạn lo âu có thể làm tăng tỷ lệ tử vong liên quan đến các bệnh tim mạch do đó rối loạn này cần được chẩn đoán và điều trị sớm. Rối loạn lo âu ảnh hưởng đến 18.1% người trưởng thành trong dân số chung trong một năm, và 28.8% người người trưởng thành tại thời điểm bất kì suốt cuộc đời họ. Phái nữ thường bị rối loạn lo âu nhiều hơn phái nam và tỷ lệ bệnh chung suốt đời của hai phái lần lượt là 30,5 và 19,2% và tỷ lệ này giảm ở tầng lớp kinh tế xã hội cao. Ước tính các vấn đề rối loạn lo âu tiêu tốn của người Mỹ hơn 42 tỷ USD mỗi năm, xấp xỉ 1/3 của tổng chi phí của nghành tâm thần, đặc biệt do chi phí gián tiếp cao.

Bản thân trạng thái lo âu là trải nghiệm cảm xúc phổ biến của con người, thường là một phản ứng bình thường và có ích trong những tình huống căng thẳng. Ai cũng lo lắng! Khi một người lo lắng, họ có cảm giác khó chịu lan tỏa, mơ hồ, thường nghĩ hoặc có cảm giác các tình huống bất lợi sắp xảy ra. Họ có thể có các triệu chứng cơ thể như đau đầu, vã mồ hôi, đánh trống ngực, cảm giác chẹn ở ngực, cồn cào khó chịu ở bụng và bồn chồn bứt rứt, có thể đến mức không thể ngồi hay đứng yên được lâu.

DSM-5 nhóm rối loạn lo âu bao gồm các rối loạn có chung đặc điểm là sợ hãi và lo lắng quá mức cùng các rối loạn hành vi liên quan. Sợ hãi là phản ứng cảm xúc đối với mối đe dọa thực tế, rõ ràng, đang xảy ra; trong khi lo lắng là cảm xúc có được khi dự đoán về mối đe dọa trong tương lai. Hai trạng thái này chồng chéo lên nhau, nhưng chúng cũng khác nhau ở một số điểm. Nỗi sợ hãi thường liên quan đến sự kích hoạt hệ thần kinh tự động cần thiết cho phản ứng chiến đấu hoặc bỏ chạy, những suy nghĩ xoay quanh mối nguy hiểm ngay lập tức và các hành vi tập trung vào mục đích thoát hiểm. Lo lắng thường liên quan đến căng thẳng cơ bắp, gia tăng cảnh giác để chuẩn bị cho mối đe dọa trong tương lai và các hành vi có xu hướng thận trọng chuẩn bị hoặc tránh né. Đôi khi mức độ sợ hãi hoặc lo lắng có vẻ như giảm đi do bệnh nhân thực hiện các hành vi tránh né. Cơn hoảng loạn nổi bật trong nhóm các rối loạn lo âu như một loại phản ứng sợ hãi đặc biệt. Cơn hoảng loạn không chỉ giới hạn ở các rối loạn lo âu mà còn có thể xuất hiện trong các rối loạn tâm thần khác.

Các rối loạn trong cùng nhóm rối loạn lo âu khác nhau ở loại đối tượng hoặc tình huống gây ra sợ hãi, lo lắng hoặc hành vi tránh né và các ý tưởng nhận thức liên quan. Mặc dù biết rằng các rối loạn lo âu trong nhóm có xu hướng đồng mắc, chúng có thể được phân biệt bằng cách xác định loại tình huống gây sợ hãi hoặc tránh né, nội dung của các suy nghĩ hoặc niềm tin liên quan.

Các rối loạn lo âu khác với nỗi sợ hãi lo lắng trong quá trình phát triển bình thường ở chỗ quá mức hoặc tồn tại quá dài so với giai đoạn phát triển. Chúng khác với nỗi sợ hãi hoặc lo lắng thoáng qua ở chỗ tồn tại dai dẳng (6 tháng hoặc nhiều hơn). Cần biết rằng tiêu chuẩn chẩn đoán về thời gian trong các rối loạn lo âu sợ hãi chỉ là một hướng dẫn tổng quát, khi sử dụng cho phép có sự linh hoạt. Ở trẻ em, đôi khi cần thời gian ngắn để chẩn đoán rối loạn lo âu (như trong rối loạn lo âu chia ly và mất nói chọn lọc). Vì những người bị rối loạn lo âu điển hình đánh giá quá cao sự nguy hiểm trong các tình huống mà họ lo sợ hoặc tránh né, người quyết định liệu rằng nỗi sợ hãi hay lo lắng có “quá mức” hay không chính là bác sĩ lâm sàng. Cần lưu ý cân nhắc các các yếu tố bối cảnh văn hóa, xã hội trước khi đi đến nhận định này. Nhiều rối loạn lo âu phát triển trong thời thơ ấu và có xu hướng tiếp tục tồn tại nếu không được điều trị. Mỗi rối loạn lo âu chỉ được chẩn đoán khi các triệu chứng không liên quan đến tác dụng sinh lý của một chất/thuốc hoặc tình trạng y khoa khác hoặc không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần khác.

Ngoài các rối loạn lo âu trong đó lo âu là triệu chứng quan trọng và nổi bật nhất, lo âu còn gặp trong nhiều bệnh lý tâm thần và cơ thể khác. Trầm cảm và lo âu thường đi đôi với nhau, khoảng 3/4 bệnh nhân trầm cảm có lo âu kèm theo và trên 1/2 bệnh nhân lo âu có biểu hiện trầm cảm rõ rệt, nhiều bệnh nhân tâm thần phân liệt có thể cảm thấy lo âu dữ dội cũng như ở bệnh nhân sảng hoặc sa sút tâm thần, lo âu cũng có thể vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của nghiện rượu hoặc nghiện ma túy. Nhiều bệnh cơ thể cũng kết hợp với lo âu, trong trường hợp này lo âu là do tác động sinh lý trực tiếp của bệnh cơ thể nhưng cũng có thể do điều trị hoặc nhận thức tiêu cực của người bệnh về bệnh của mình

Do đó đứng trước một bệnh nhân có biểu hiện lo âu thầy thuốc phải xác định được những vấn đề sau: Đây là lo âu bình thường hay lo âu bệnh lý? Nếu là lo bệnh lý thì là lo âu nguyên phát hay lo âu thứ phát (do một bệnh tâm thần hoặc cơ thể gây ra). Nếu là lo âu nguyên phát thì thuộc loại chuẩn đoán nào còn nếu lo âu thứ phát thì do nguyên nhân gì ?

Hiện nay dựa vào các biểu hiện lâm sàng, các nghiên cứu về dịch tễ, di truyền và sinh học cũng như sự đáp ứng với các phương pháp điều trị chuyên biệt người ta chia rối loạn lo âu thành nhiều loại khác nhau, sự phân loại này trong DSM-5 và ICD-10 về cơ bản nói chung giống nhau ngoại trừ một số điểm khác biệt sau: Trong ICD-10 rối loạn lo âu được chia thành hai nhóm chính: các rối loạn lo âu ám ảnh sợ (F40) và các rối loạn lo âu khác(F41). Trong DSM-5, rối loạn lo âu chia ly và mất nói chọn lọc được xếp vào nhóm rối loạn lo âu nhưng trong ICD-10 các rối loạn này có một vị trí riêng trong bảng phân loại. ICD 10 có rối loạn hỗn hợp lo âu trầm cảm nhưng DSM-5 không có.

DSM-5 sắp xếp rối loạn lo âu theo sự phát triển, với các rối loạn có tuổi khởi phát điển hình tăng dần. Người mắc chứng rối loạn lo âu chia ly cảm thấy sợ hãi hoặc lo lắng về việc tách khỏi các đối tượng gắn kết ở mức độ không phù hợp với lứa tuổi. Các biểu hiện bao gồm sự sợ hãi hoặc lo lắng dai dẳng về những điều tổn hại xảy đến với các đối tượng gắn kết và các sự kiện có thể dẫn đến sự mất mát hoặc tách khỏi các đối tượng gắn kết và miễn cưỡng khi phải rời xa các đối tượng gắn kết, cũng như những cơn ác mộng và các triệu chứng cơ thể của sự đau khổ. Mặc dù các triệu chứng thường phát triển trong thời thơ ấu, chúng cũng có thể được biểu hiện trong suốt tuổi trưởng thành.

Mất nói chọn lọc được đặc trưng bởi tình trạng không nói được lặp đi lặp lại trong các tình huống xã hội mà ở đó trẻ được kỳ vọng phải nói (ví dụ ở trường học). Mặc dù trẻ vẫn nói được trong các tình huống khác. Việc không nói gây ra hậu quả đáng kể đối với thành tích trong môi trường học tập hoặc nghề nghiệp hoặc ảnh hưởng tới các giao tiếp xã hội thông thường.

Các bệnh nhân với chứng sợ chuyên biệt cảm thấy sợ hãi hoặc lo lắng, hoặc tránh né các đối tượng hoặc tình huống nhất định. Khác với các rối loạn lo âu khác, một ý tưởng nhận thức cụ thể không phải là đặc điểm của rối loạn này. Sự sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né hầu như luôn luôn gây ra bởi tình huống gây sợ, đến mức độ dai dẳng và vượt ra khỏi nguy cơ thực tế. Có nhiều loại sợ chuyên biệt: động vật; môi trường thiên nhiên; sợ máu – sợ tiêm – sợ vết thương; tình huống; và các trường hợp khác.

Trong rối loạn lo âu xã hội (sợ xã hội), cá nhân sợ hãi hoặc lo lắng hoặc tránh các tương tác và các tình huống xã hội có khả năng bị người khác đánh giá. Chúng bao gồm các tương tác xã hội như gặp gỡ những người không quen, các tình huống mà trong đó cá nhân đó có thể bị quan sát khi ăn hoặc uống, và các tình huống mà cá nhân đó phải trình diễn trước mặt người khác. Kiểu ý tưởng nhận thức xoay quanh việc bị người khác đánh giá tiêu cực, bị xấu hổ, bị sỉ nhục, bị từ chối hoặc bị xúc phạm.

Trong rối loạn hoảng loạn, các cá nhân trải qua các cơn hoảng loạn bất ngờ, lặp đi lặp lại; liên tục quan tâm hoặc lo lắng về việc có các cơn hoảng loạn tiếp theo; hoặc thay đổi hành vi theo cách không lành mạnh vì các cơn hoảng loạn (ví dụ: tránh tập thể dục hoặc tránh các địa điểm xa lạ). Các cơn hoảng loạn là các đợt tăng đột ngột của nỗi sợ hãi hoặc sự khó chịu dữ dội, đạt đến đỉnh điểm trong vòng vài phút, kèm theo các triệu chứng về cơ thể và/hoặc nhận thức. Các cơn hoảng loạn có triệu chứng hạn chế bao gồm ít hơn bốn triệu chứng. Các cơn hoảng loạn có thể dự kiến, chẳng hạn như là một phản ứng với đối tượng hoặc tình huống đáng sợ. Các cơn hoảng loạn cũng có thể bất ngờ, khi xảy ra mà không có lý do rõ ràng. Các cơn hoảng loạn có chức năng như một dấu hiệu và yếu tố tiên lượng cho mức độ nghiêm trọng cho chẩn đoán, diễn tiến bệnh và bệnh đồng mắc của một loạt các rối loạn, trong đó bao gồm, nhưng không giới hạn ở các rối loạn lo âu (ví dụ: sử dụng chất, trầm cảm và rối loạn tâm thần cũng có thể có triệu chứng cơn hoảng loạn). Trong các trường hợp đồng mắc, thuật ngữ “có cơn hoảng loạn” hay “đi kèm cơn hoảng loạn” có thể được sử dụng để mô tả chi tiết hơn cho các rối loạn lo âu cũng như các rối loạn tâm thần khác.

Các cá nhân mắc chứng sợ khoảng rộng sợ hãi và lo lắng về hai hoặc nhiều tình huống sau: sử dụng phương tiện giao thông công cộng; ở trong không gian mở; ở trong không gian kín; đứng trong hàng hoặc ở trong đám đông; hoặc ở ra khỏi nhà một mình trong các tình huống khác. Cá nhân lo sợ những tình huống này vì nghĩ rằng việc thoát khỏi có thể khó khăn hoặc sự giúp đỡ có thể không có sẵn trong trường hợp họ bị các triệu chứng giống như hoảng loạn hoặc các triệu chứng gây bất lực hoặc xấu hổ khác. Những tình huống này hầu như luôn gây ra sự sợ hãi hoặc lo lắng, thường được tránh né và cần có sự hiện diện của bạn đồng hành.

Các đặc điểm chính của rối loạn lo âu lan tỏa là lo lắng dai dẳng và quá mức, lo lắng về các lĩnh vực khác nhau, bao gồm kết quả công việc và học tập. Cá nhân cảm thấy khó kiểm soát các nỗi lo lắng đó. Ngoài ra, các cá nhân trải qua các triệu chứng cơ thể bao gồm: bồn chồn, cảm thấy bế tắc, bất an; dễ mệt mỏi; khó tập trung hoặc tâm trí trống rỗng; cáu gắt; căng cơ; và rối loạn giấc ngủ.

Rối loạn lo âu do chất/thuốc là tình trạng lo âu gây ra bởi ngộ độc chất, cai chất hoặc do điều trị bằng thuốc y khoa. Trong rối loạn lo âu do tình trạng y khoa khác, triệu chứng lo âu là hậu quả sinh lý của một tình trạng y khoa khác.

Thang đo đặc hiệu (tiêu chuẩn chẩn đoán) cho các rối loạn trong nhóm lo âu có sẵn để mô tả rõ hơn mức độ nghiêm trọng của từng loại rối loạn, cũng như theo dõi sự thay đổi về mức độ nghiêm trọng của triệu chứng theo thời gian. Để dễ sử dụng, đặc biệt đối với những người mắc nhiều chứng rối loạn lo âu, các thang đo này đã được phát triển để có cùng một định dạng (nhưng nội dung tập trung khác nhau) bao gồm các triệu chứng hành vi, triệu chứng nhận thức và triệu chứng thực thể.

RỐI LOẠN LO ÂU LAN TỎA

1. ĐẠI CƯƠNG

Cho tới gần đây, rối loạn lo âu lan tỏa (Generalized Anxiety Disorder - GAD) vẫn là một rối loạn chưa được hiểu rõ ràng. Lần đầu tiên được giới thiệu vào năm 1980 trong DSM-III, rối loạn lo âu lan tỏa đã có những bước tiến thầm lặng về mặt chẩn đoán. Có lúc nhóm rối loạn này được xem như “cái thùng rác” hay phân nhóm dư thừa cho các triệu chứng liên quan đến lo âu không thể giải thích bằng cách khác. Nhưng đến hiện tại, rối loạn lo âu lan tỏa đã được nhận biết như là một tình trạng tâm thần phổ biến và mạn tính, một hội chứng riêng biệt, có giá trị với lâm sàng, bệnh sinh và sinh lý bệnh đặc trưng.

Rối loạn lo âu lan tỏa có thể được hình dung như là một tình trạng lo lắng hay lo âu quá mức về nhiều sự kiện hay hoạt động trong đời sống, trong hầu hết thời gian trong tối thiểu 6 tháng. Cảm giác lo lắng khó kiểm soát, đi kèm với các triệu chứng cơ thể như căng cơ, bực bội cáu gắt, bồn chồn không yên, khó ngủ. Nội dung lo lắng không tập trung vào đối tượng cụ thể như trong các rối loạn khác trong nhóm lo âu, không gây ra bởi chất, thuốc hay tình trạng y khoa khác, và không chỉ xuất hiện trong giai đoạn có rối loạn khí sắc hay loạn thần. Tình trạng lo lắng này làm người bệnh cảm thấy đau khổ, suy giảm chức năng trong các lĩnh vực quan trọng của đời sống.

Mặc dù tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lo âu lan tỏa thay đổi đáng kể theo thời gian, tỉ lệ mắc bệnh cả đời trong dân số gần như ổn định. Số liệu từ Cơ quan khảo sát bệnh đồng mắc quốc gia (NCS-R) cho thấy nguy cơ mắc bệnh cả đời của rối loạn lo âu lan tỏa là 9.0%, tỉ lệ mắc bệnh cả đời là 5.7%. Tỉ lệ cao hơn một chút nếu áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán ICD-10 (6.5%). Tiêu chuẩn ICD-10 ít nghiêm ngặt hơn đối với nhóm bệnh này. rối loạn lo âu lan tỏa được chẩn đoán nhiều hơn ở các đối tượng: phụ nữ (tỉ số nữ:nam khoảng 2:1), người độc thân, người già, người dân tộc thiểu số, và trong nhóm người có điều kiện kinh tế xã hội thấp. Dữ liệu từ khảo sát cộng đồng cho thấy rối loạn lo âu lan tỏa điển hình bắt đầu trong khoảng thời gian giữa những năm cuối tuổi thanh niên và những năm cuối tuổi hai mươi, mặc dù rối loạn lo âu lan tỏa có thể bắt đầu ở bất kì thời điểm nào trong suốt cuộc đời. Độ tuổi khởi phát rối loạn lo âu lan tỏa có thể còn nhỏ hơn, vì các trường hợp giống rối loạn lo âu lan tỏa phát hiện ở trẻ em lại thường được phân loại thành rối loạn lo âu quá mức ở trẻ. Theo độ lưu hành, đỉnh tuổi mắc bệnh (độ tuổi có nhiều người hiện mắc nhất) là độ tuổi trung niên và giảm dần trong những năm sau đó. Rối loạn lo âu lan tỏa thường diễn tiến mạn tính, không lui bệnh, các giai đoạn thường dai dẳng cả thập kỷ hoặc hơn. Trong một nghiên cứu dịch tễ học, 35-50% trường hợp vẫn còn các triệu chứng đáng kể và gây suy giảm chức năng đến năm cuối cùng của nghiên cứu.

1. BỆNH NGUYÊN – BỆNH SINH

**Tính cách (Temperamental):** sự ức chế hành vi quá mức, xu hướng dễ trải nghiệm cảm xúc tiêu cực – tâm lý bất ổn (neuroticism), và xu hướng tránh né tổn thương đều có liên quan đến rối loạn lo âu lan tỏa.

**Môi trường:** mặc dù những bất hạnh tuổi thơ và sự bảo bọc quá mức của cha mẹ có liên quan đến rối loạn lo âu lan tỏa, không có yếu tố nào từ môi trường được khẳng định là yếu tố đặc trưng cho rối loạn lo âu lan tỏa hoặc cần thiết hoặc đủ để đưa ra chẩn đoán.

**Di truyền và sinh lý:** 1/3 nguy cơ mắc rối loạn lo âu lan tỏa là do gene, các yếu tố gene này cũng chồng lấp với nguy cơ tâm lý bất ổn và nguy cơ mắc các rối loạn lo âu, rối loạn khí sắc khác, đặc biệt là rối loạn trầm cảm chủ yếu. Về mặt cấu trúc, các khu vực hạnh nhân, vỏ não trước trán - đồi thị - thể vân; và về mặt sinh học, các chất dẫn truyền thần kinh như dopamine, norepinephrine, serotonin, GABA (gama-amino butiric acid), glutamate đều có tác động lên cơ chế gây lo âu.

1. LÂM SÀNG
   1. Làm sao biết được một người đang lo âu?

Tuy lo âu và lo lắng là trải nghiệm chủ quan về mặt cảm xúc, nhưng những cảm xúc này kích hoạt đáp ứng về mặt cơ thể, tư duy và hành vi. Trên lâm sàng, ngoài cách hỏi trực tiếp về cảm nhận của bệnh nhân, nhà lâm sàng có thể khai thác các triệu chứng khác là biểu hiện của lo âu được liệt kê trong bảng:

Bảng: Các biểu hiện của lo âu

|  |  |
| --- | --- |
| Cơ thể | Đánh trống ngực, tim nhanh, tăng huyết áp  Cảm giác tê, châm chích ở đầu chi  Bủn rủn, yếu cơ, run tay chân  Thở nhanh, hụt hơi, nghẹt thở  Căng cơ, đau căng đầu, đau mỏi vai gáy  Cồn cào ở bụng, nghẹn họng, tiêu chảy  Đi tiểu gấp, nhiều lần, lắt nhắt  Đồng tử mở to, vã mồ hôi  Choáng váng, hoa mắt, đầu lâng lâng, mất ngủ, mệt mỏi |
| Cảm xúc | Bồn chồn, bứt rứt  Khó chịu mơ hồ |
| Tư duy | Nghĩ đến các mối đe dọa  Nghĩ đến các hậu quả tiêu cực |
| Hành vi | Không yên, kích thích tâm thần vận động: nhịp chân, xoắn vặn tay, cắn móng tay, cào da  Đáp ứng nhằm giảm thiểu hay tránh né các mối đe dọa hoặc cảm giác khó chịu |

* 1. Họ lo âu về những vấn đề gì?

Rối loạn lo âu lan tỏa đặc trưng bởi sự lo lắng và căng thẳng dai dẳng, quá mức, khó kiểm soát về đa dạng sự kiện và hoạt động trong cuộc sống. Nỗi lo lắng của những người trưởng thành đa dạng từ tài chính, công việc/học tập, các mối quan hệ cá nhân, sức khỏe của chính mình hoặc sức khỏe/sự an toàn của người thân, đến chuyện thời sự của cộng đồng và thế giới, thậm chí là các vấn đề nhỏ nhặt (ví dụ như lo lắng về việc nội trợ hay bị trễ các cuộc hẹn). Trẻ em có rối loạn lo âu lan tỏa có xu hướng lo lắng qua mức về sự ganh đua và về cách mà chúng thể hiện mình. Trong suốt quá trình bị bệnh, lo lắng có thể chuyển từ chủ đề này sang chủ đề khác.

* 1. Khi nào thì lo âu trở nên bệnh lý?

Một số yếu tố phân biệt rối loạn lo âu lan tỏa với lo âu không bệnh lý:

* Thứ nhất, lo lắng đi kèm rối loạn lo âu lan tỏa là quá mức trong khi lo lắng trong cuộc sống thường ngày thì không quá mức, có thể kiểm soát được và có thể cởi bỏ nếu có vấn đề gì khẩn cấp hơn xảy ra.
* Thứ hai, lo lắng đi kèm với rối loạn lo âu lan tỏa mang tính chất lan tỏa, mạnh mẽ và gây đau khổ; kéo dài; và thường xuyên xuất hiện. Đối tượng càng lo lắng về nhiều chủ đề trong cuộc sống (ví dụ: tài chính, sự an toàn của con cái, chất lượng công việc) thì càng có khả năng đạt đủ tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lo âu lan tỏa.
* Thứ ba, lo lắng đi kèm với rối loạn lo âu lan tỏa có vẻ như đi kèm với triệu chứng cơ thể nhiều hơn là lo lắng thường ngày (ví dụ: cảm giác bồn chồn, bứt rứt hay bất an).
* Thứ tư, bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa khai rằng họ đau khổ vì sự lo lắng thường trực, sự suy giảm chức năng xã hội, nghề nghiệp và các lĩnh vực quan trọng khác.

Nhìn chung, y văn gợi ý rằng người rối loạn lo âu lan tỏa có vẻ như không khác với người không lo âu bệnh lý ở nội dung họ suy nghĩ (nội dung làm họ lo lắng). Duy chỉ có lo lắng về các vấn đề nhỏ nhặt là có sự khác biệt, vì nhóm lo âu cho thấy họ lo lắng về chủ đề này nhiều hơn nhóm chứng.

* 1. Biểu hiện của một bệnh nhân có rối loạn lo âu lan tỏa?

Yếu tố cần thiết để chẩn đoán rối loạn lo âu lan tỏa là sự lo lắng và lo âu **quá mức** về một số sự kiện và hoạt động. Mức độ, thời gian, hay tần suất của lo âu và lo lắng vượt mức so với tác động thực tế của sự kiện, hoạt động. Đối tượng cảm thấy khó kiểm soát được lo lắng và khó để làm cho những suy nghĩ lo lắng ảnh hưởng đến sự tập trung vào việc đang làm.

Lo âu và lo lắng thường kèm các triệu chứng: bồn chồn, bứt rứt bất an, dễ mệt mỏi, khó tập trung hoặc đầu óc trống rỗng, dễ bực bội cáu gắt, căng cơ và rối loạn giấc ngủ. Sự lo lắng căng thẳng xuất hiện trong đa số các ngày trong thời gian nhiều tháng, người bệnh cảm thấy đau khổ đáng kể hoặc suy giảm đáng kể chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc các chức năng hằng ngày.

Triệu chứng căng cơ là dấu hiệu tin cậy để phân biệt người có rối loạn lo âu lan tỏa với người trong nhóm chứng, điều này cho thấy căng cơ là một yếu tố chẩn đoán đặc biệt quan trọng của rối loạn lo âu lan tỏa.

Kèm với căng cơ, bệnh nhân có thể có các triệu chứng run, xoắn vặn tay chân, cảm thấy run rẩy, và đau nhức cơ. Nhiều bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa còn chịu đựng triệu chứng cơ thể (ví dụ: vã mồ hôi, buồn nôn, tiêu chảy) và dễ giật mình. Triệu chứng kích thích quá mức thần kinh tự động (ví dụ: tăng nhịp tim, thở dốc, choáng váng) ít gặp ở rối loạn lo âu lan tỏa hơn các bệnh khác ở nhóm rối loạn lo âu, ví dụ như rối loạn hoảng loạn. Các biểu hiện khác thường đi kèm với stress (như hội chứng ruột kích thích, đau đầu) cũng thường xuyên đi kèm với rối loạn lo âu lan tỏa.

Biểu hiện của rối loạn lo âu lan tỏa rất đa dạng ở các nền văn hóa. Ví dụ, trong một số nền văn hóa, triệu chứng cơ thể chiếm ưu thế, trong khi một số nền văn hóa khác thì triệu chứng nhận thức lại giành phần hơn. Sự quan tâm này hiển nhiên được thể hiện trong lần khám đầu tiên, trong khi các các triệu chứng khác sẽ được khai báo sau, trong quá trình điều trị. Các chủ đề của lo lắng có thể đặc trưng cho các nền văn hóa. Việc rất quan trọng cần làm là cân nhắc đến hoàn cảnh văn hóa, xã hội của bệnh nhân khi đánh giá liệu rằng những lo lắng với các tình huống cụ thể đó có “quá mức” hay không.

Lo lắng quá mức làm suy giảm sự nhanh chóng và hiệu quả trong giải quyết các công việc, cả ở nhà và ở chỗ làm. Sự lo lắng làm lấy đi thời gian và làm hao mòn năng lượng; các triệu chứng kèm theo như căng cơ, cảm giác bồn chồn bứt rứt, mệ mỏi, khó tập trung và rối loạn giấc ngủ đóng góp vào sự suy giảm chức năng. Điều quan trọng là sự lo lắng quá mức làm người bệnh mất khả năng khuyến khích sự tin ở con cái của họ.

Rối loạn lo âu lan tỏa đi kèm với sự đau khổ và mất chức năng đáng kể, độc lập với các rối loạn đồng mắc, và hầu hết bệnh nhân ngoại trú trưởng thành mất chức năng từ vừa đến nghiêm trọng.

1. CHẨN ĐOÁN
   1. Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5 về rối loạn lo âu lan tỏa
2. Lo âu và lo lắng quá mức (ngoài mong đợi), xuất hiện trong đa số các ngày trong ít nhất 6 tháng, về nhiều sự kiện hay hoạt động (như công việc, học tập)
3. Bệnh nhân cảm thấy khó kiểm soát nỗi lo
4. Lo âu và lo lắng đi kèm với ít nhất 3 trên 6 triệu chứng (với ít nhất một vài triệu chứng hiện diện trong đa số các ngày trong thời gian 6 tháng)

Ghi chú: với trẻ em, chỉ cần một triệu chứng

Cảm thấy bồn chồn, bứt rứt hoặc bất an

Dễ mệt mỏi

Khó tập trung hoặc đầu óc trống rỗng

Bực bội cáu gắt

Căng cơ

Rối loạn giấc ngủ (khó vào giấc ngủ hay duy trì giấc ngủ, hoặc cảm giác ngủ không đủ)

1. Sự lo âu, lo lắng hay các triệu chứng cơ thể gây ra đau khổ đáng kể trên lâm sàng hoặc suy giảm chức năng xã hội, nghề nghiệp hay các lĩnh vực quan trọng khác.
2. Rối loạn này không gây ra bởi tác dụng sinh lý của chất (ví dụ: lạm dụng chất, thuốc), hay một tình trạng y khoa khác (ví dụ: cường giáp).
3. Rối loạn này không được giải thích tốt hơn bởi bệnh lý tâm thần khác (ví dụ: lo âu hay lo lắng về những cơn hoảng loạn trong rối loạn hoảng loạn, đánh giá tiêu cực trong rối loạn lo âu xã hội, ô nhiễm hoặc ám ảnh khác trong rối loạn ám ảnh cưỡng chế, bị tách rời khỏi đối tượng gắn kết trong lo âu chia ly, bị nhắc lại các sự kiện sang chấn trong rối loạn stress sau sang chấn, tăng cân trong chán ăn tâm thần, than phiền về cơ thể trong rối loạn triệu chứng cơ thể, tri giác về hình dáng cơ thể trong rối loạn biến dạng cơ thể, mắc một căn bệnh nghiêm trọng trong rối loạn lo âu bệnh tật, hoặc là nội dung hoang tưởng trong rối loạn hoang tưởng hay tâm thần phân liệt).
   1. Chẩn đoán phân biệt:
      1. Rối loạn lo âu do tình trạng y khoa khác

Cần nghĩ tới chẩn đoán này khi lo âu và lo lắng của bệnh nhân được chứng tỏ (bằng bệnh sử, khám lâm sàng hoặc kết quả cận lâm sàng) là tác động sinh lý của một tình trạng y khoa cụ thể (ví dụ: u tủy thượng thận, cường giáp).

* + 1. Rối loạn lo âu gây ra do thuốc/chất

Chất/thuốc được sử dụng (ví dụ: lạm dụng thuốc, ngộ độc chất) được cho rằng là nguyên nhân gây ra lo âu. Ví dụ: lo âu nghiêm trọng chỉ xuất hiện trong hoàn cảnh uống cà phê mạnh nên được chẩn đoán là rối loạn lo âu do caffeine.

* + 1. Rối loạn lo âu xã hội

Người bị rối loạn lo âu xã hội thường khởi phát lo âu tập trung vào các tình huống xã hội sắp diễn ra, trong đó họ phải trình diễn hoặc bị đánh giá bởi những người khác. Trong khi đó, bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa luôn lo lắng, không nhất thiết có bị đánh giá hay không.

* + 1. Rối loạn ám ảnh – cưỡng chế

Trong rối loạn lo âu lan tỏa, bệnh nhân lo lắng quá mức và tập trung vào các vấn đề sắp xảy ra trong tương lai. Trong khi ở rối loạn ám ảnh – cưỡng chế, bệnh nhân có những suy nghĩ ám ảnh, có nghĩa là những ý tưởng không phù hợp dưới dạng các suy nghĩ thôi thúc hay hình ảnh mang tính chất cưỡng bách và không mong muốn.

* + 1. Rối loạn thích ứng (adjustment disorder) và rối loạn stress sau sang chấn (posttraumatic stress disorder - PTSD)

Lo âu rất thường gặp ở bệnh nhân PTSD. Không được chẩn đoán rối loạn lo âu lan tỏa nếu những lo âu và lo lắng được giải thích tốt hơn bởi các triệu chứng của PTSD. Lo âu cũng có thể xuất hiện ở bệnh nhân rối loạn thích ứng, nhưng mã chẩn đoán này chỉ nên được áp dụng khi không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán cho bất kì rối loạn nào khác (bao gồm rối loạn lo âu lan tỏa). Hơn nữa, ở rối loạn thích ứng, lo âu xuất hiện như là một đáp ứng với yếu tố gây stress (sang chấn) trong vòng 3 tháng sau khi khởi phát sang chấn đó và không kéo dài hơn 6 tháng sau khi sang chấn hoặc hậu quả của sang chấn đó kết thúc.

* + 1. Rối loạn trầm cảm, lưỡng cực và loạn thần

Lo âu lan tỏa có thể thường đi kèm với trầm cảm, lưỡng cực và loạn thần và không nên chẩn đoán riêng biệt nếu lo lắng quá mức chỉ xuất hiện trong thời gian có các rối loạn đó.

1. ĐIỀU TRỊ
   1. Diễn tiến và tiên lượng

Khó xác định được độ tuổi khởi phát bởi hầu hết bệnh nhân có rối loạn lo âu lan tỏa cho biết rằng họ đã lo âu từ lúc họ có thể nhớ lại được. Họ có thể kể với bác sĩ rằng “tính tôi trước giờ vốn đã lo âu”, “tôi vốn là người lo xa từ bé”. Bệnh nhân thường đến khám vào những năm 20 tuổi, mặc dù lần đầu đến khám thì có thể là bất cứ độ tuổi nào. Chỉ 1/3 bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa tìm đến bác sĩ tâm thần để điều trị. Phần lớn bệnh nhân đến các bác sĩ đa khoa, nội khoa, tim mạch, hô hấp hoặc tiêu hóa, yêu cầu được điều trị các triệu chứng cơ thể nằm trong bệnh cảnh rối loạn lo âu. Vì tỉ lệ cao các bệnh tâm thần đi kèm, diễn tiến và tiên lượng của rối loạn lo âu lan tỏa rất khó nói trước. Tuy nhiên, một số dữ liệu chỉ ra rằng sự xuất hiện của một số sự kiện tiêu cực trong cuộc sống làm tăng đáng kể khả năng mắc bệnh. Như định nghĩa, rối loạn lo âu lan tỏa là một trình trạng mạn tính và nhiều khả năng kéo dài cả đời.

* 1. Điều trị

Điều trị hiệu quả nhất đối với rối loạn lo âu lan tỏa là kết hợp tâm lý trị liệu, hóa dược trị liệu và tiếp cận hỗ trợ. Quá trình điều trị thường cần một lượng thời gian đáng kể của bác sĩ tâm thần, bác sĩ gia đình và tâm lý gia.

* + 1. Tâm lý trị liệu

Liệu pháp chính được dùng cho bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa bao gồm liệu pháp nhận thức hành vi, hỗ trợ và định hướng nhận thức bên trong (insight). Tiếp cận theo hướng nhận thức nhằm mục đích điều chỉnh những nhận định sai lệch của bệnh nhân, trong khi tiếp cận theo hướng hành vi hướng tới giải quyết các triệu chứng cơ thể. Các kĩ thuật chính trong điều chỉnh hành vi bao gồm kĩ thuật thư giãn và phản hồi sinh học. Dữ liệu cho thấy kết hợp nhận thức và hành vi thì hiệu quả hơn là từng phương pháp được áp dụng riêng lẻ. Liệu pháp hỗ trợ tạo cho bệnh nhân sự đảm bảo, trấn an và cảm thấy thoải mái. Liệu pháp định hướng nhận thức bên trong tập trung vào việc khai quật những mâu thuẫn trong vô thức và xác định sức mạnh của cái tôi.

Hầu hết bệnh nhân cảm thấy nhẹ nhõm hơn, bớt lo âu khi được tạo cơ hội thảo luận về những khó khăn, với một bác sĩ quan tâm và thấu cảm. Khi phát hiện ra một tình huống bên ngoài nào đó khiến bệnh nhân tăng lo âu, bác sĩ có thể - một mình, hoặc với sự giúp đỡ của bệnh nhân hoặc gia đình bệnh nhân - tìm cách thay đổi môi trường nhằm giảm áp lực căng thẳng cho bệnh nhân. Khi các triệu chứng giảm đi, bệnh nhân có thể hồi phục hiệu quả về mặt chức năng trong đời sống thường ngày và các mối quan hệ. Như vậy, họ đạt được các thành tựu và sự hài lòng, chính điều này cũng có tác dụng tự điều trị.

Dưới quan điểm phân tâm học, lo âu đôi khi là dấu hiệu của những rối loạn từ trong vô thức, cần thiết được tìm hiểu. Xét theo hoàn cảnh cụ thể, lo âu có thể là một đáp ứng thích nghi bình thường, quá mức hay quá nhẹ. Lo âu xuất hiện trong nhiều tình huống trong suốt cuộc đời, ở nhiều trường hợp, chỉ làm giảm triệu chứng thôi thì không đủ.

Đối với những bệnh nhân hiểu biết về tâm lý và có động lực tìm hiểu nguồn gốc lo âu của họ, liệu pháp tâm động học có thể là lựa chọn điều trị. Liệu pháp tâm động học tiến hành dựa trên giả sử rằng lo âu luôn tồn tại, dù có điều trị hiệu quả thì bệnh nhân cũng có khả năng lo âu trở lại. Mục đích của tiếp cận theo hướng tâm động là tăng khả năng dung nạp lo âu của bệnh nhân (khả năng bệnh nhân trải nghiệm lo âu mà không phải chối bỏ nó), thay vì tìm cách để ngăn chặn lo âu. Các nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân được điều trị thành công với tâm lý liệu pháp vẫn tiếp tục trải nghiệm cảm giác lo âu sau khi kết thúc điều trị, nhưng việc tăng khả năng làm chủ cái tôi cho phép họ sử dụng những triệu chứng lo âu như là tín hiệu để phản hồi những đấu tranh nội tâm và mở rộng hiểu biết của họ về nhận thức bên trong bản thân mình. Tiếp cận theo hướng tâm động ở bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa bao gồm việc tìm kiếm những nỗi sợ hãi ẩn giấu của bệnh nhân.

* + 1. Hóa dược trị liệu

Trong lần gặp đầu tiên rất nên hạn chế kê toa thuốc giải lo âu cho bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa. Bởi vì diễn tiến tự nhiên, lâu dài của bệnh, bác sĩ phải lên một kế hoạch điều trị sau khi suy nghĩ cẩn trọng. Bốn thuốc chính trong điều trị rối loạn lo âu lan tỏa bao gồm benzodiazepines, SSRI, buspirone và SNRI. Các thuốc khác có thể hiệu quả bao gồm thuốc chống trầm cảm 3 vòng, antihistamine, và đối vận β-adrenergic.

Mặc dù điều trị thuốc cho rối loạn lo âu lan tỏa đôi khi được áp dụng trong 6-12 tháng, một số bằng chứng chỉ ra rằng điều trị nên được dùng trong dài hạn, có lẽ là cả đời. Khoảng ¼ bệnh nhân tái phát trong tháng điều tiên sau khi ngưng điều trị, và khoảng 60-80% bệnh nhân tái phát trong năm tiếp theo. Mặc dù một số bệnh nhân trở nên lệ thuộc benzodiazepine, nhưng dung nạp thuốc đối với tác dụng điều trị thì hiếm thấy ở bốn nhóm thuốc chính trong điều trị rối loạn lo âu lan tỏa.

RỐI LOẠN HOẢNG LOẠN

1. ĐẠI CƯƠNG

Rối loạn hoảng loạn được biết đến như là một cơn lo âu kịch phát đi kèm với cảm giác “đe dọa mất mạng” hay “gần như chết đi”. Rối loạn này đặc trưng bởi những giai đoạn sợ hãi tột độ, xuất hiện với tần suất đa dạng, có thể một ngày vài cơn, cũng có thể cả năm mới có vài cơn. Bệnh nhân rối loạn hoảng loạn cũng thường có bệnh đồng mắc, thường gặp nhất là chứng sợ khoảng rộng (agoraphobia), là một tình trạng sợ hay lo lắng liên quan đến việc khó thoát ra được một nơi chốn nào đó.

Tỉ lệ hiện mắc suốt đời của rối loạn hoảng loạn trong khoảng 1-4%, trong khi tỉ lệ hiện mắc trong 6 tháng của rối loạn hoảng loạn xấp xỉ 0,5-1% và của cơn hoảng loạn là 3-5,6%. Phụ nữ mắc bệnh nhiều gấp 3 lần nam giới. Yếu tố xã hội duy nhất có đóng góp vào tỉ lệ rối loạn hoảng loạn chính là tiền sử có ly hôn hoặc chia ly. Rối loạn hoảng loạn hầu hết phát triển trong độ tuổi thanh niên (trung bình khoảng 25) nhưng cả rối loạn hoảng loạn và chứng sợ khoảng rộng đều có thể bắt đầu ở bất kì độ tuổi nào. Rối loạn hoảng loạn có thể gặp ở trẻ em hay thiếu niên, và có khả năng bị bỏ qua ở nhóm tuổi này.

Trong số bệnh nhân rối loạn hoảng loạn, 91% có ít nhất một rối loạn tâm thần khác. 10-65% bệnh nhân rối loạn hoảng loạn có đồng mắc rối loạn trầm cảm chủ yếu. Trong các bệnh nhân đồng mắc này, 1/3 có trầm cảm trước khi có hoảng loạn. Nguy cơ cả đời của tự sát ở bệnh nhân rối loạn hoảng loạn cũng cao hơn nhóm bệnh nhân không có rối loạn tâm thần, nhà lâm sàng phải cẩn trọng với nguy cơ này.

Một nhóm bệnh nhân rối loạn hoảng loạn có thể vướng vào rối loạn sử dụng chất, khi họ cố gắng dùng chất (rượu, thuốc) để làm giảm tình trạng lo âu.

Các rối loạn tâm thần khác cũng thường gặp ở nhóm bệnh nhân này. 15-30% có rối loạn lo âu xã hội hay sợ xã hội, 15-30% có rối loạn lo âu lan tỏa, 2-20% có sợ chuyên biệt, 2-10% trải qua rối loạn stress sau sang chấn (PTSD), và tới 30% bị ám ảnh cưỡng chế (OCD). Các bệnh đồng mắc thường gặp khác bao gồm lo âu bệnh tật, rối loạn nhân cách, và rối loạn liên quan đến chất.

Rối loạn hoảng loạn cũng đi kèm đáng kể với nhiều tình trạng y khoa khác, bao gồm choáng váng, loạn nhịp tim, cường giáp, hen suyễn, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, và hội chứng ruột kích thích. Tuy nhiên, mối liên hệ nhân quả vẫn chưa rõ. Mặc dù sa van 2 lá và bệnh tuyến giáp thường thấy ở bệnh nhân rối loạn hoảng loạn hơn dân số chung, nhưng khác biệt này không nhất quán trong các nghiên cứu.

1. BỆNH NGUYÊN – BỆNH SINH

**Tính cách (Temperamental):** Xu hướng trải nghiệm cảm xúc tiêu cực (neuroticism) và nhạy cảm với lo âu (ví dụ: khuynh hướng tin tưởng rằng các triệu chứng của lo âu đều có hại) là các yếu tố nguy cơ khởi phát các cơn hoảng loạn và tình trạng lo âu ngoài cơn. Tiền căn có những “cơn sợ” (đợt bùng phát không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán của cơn hoảng loạn) cũng là yếu tố nguy cơ cho các cơn hoảng loạn hay rối loạn hoảng loạn sau này. Tình trạng lo âu chia ly trong thời thơ ấu, đặc biệt ở mức độ nặng, có thể tiến triển đến mức khởi phát rối loạn hoảng loạn.

**Môi trường:** Tiền căn bị lạm dụng tình dục và cơ thể thường gặp ở rối loạn hoảng loạn hơn là các rối loạn lo âu khác. Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ của cơn hoảng loạn và rối loạn hoảng loạn. Hầu hết bệnh nhân cho biết có xảy ra sự kiện gây stress đáng kể trong một vài tháng trước cơn hoảng loạn đầu tiên (ví dụ: căng thẳng trong các mối quan hệ, áp lực liên quan đến sức khỏe như trải nghiệm khó chịu trong việc bỏ thuốc hay bắt đầu dùng thuốc, bệnh tật hay tử vong trong gia đình). Một số bối cảnh tâm động học ở bệnh nhân rối loạn hoảng loạn:

* Khó dung nạp sự tức giận
* Chia ly về mặt cơ thể hoặc về mặt cảm xúc với người đặc biệt ở thời thơ ấu và/hoặc trưởng thành
* Tăng các trách nhiệm trong công việc
* Nhận thức cha mẹ mình là kiểu người kiểm soát, đáng sợ, hay chỉ trích, và hay ra lệnh
* Các vấn đề giao tiếp, và mối quan hệ liên quan đến lạm dụng về tình dục và cơ thể
* Cảm giác bị phản bội, bị gài bẫy diễn ra trong thời gian dài
* Cơn giận dữ vòng luẩn quẩn trước hành vi chối bỏ của cha mẹ, theo sau là lo lắng rằng sự tưởng tượng này sẽ phá hủy mối ràng buộc với cha mẹ
* Thất bại đối với các tín hiệu lo âu của cái tôi, liên quan đến sự đổ vỡ bản thân và các ranh giới mờ nhạt
* Cơ chế phòng vệ điển hình: hình thành phản ứng, hoàn tác, cơ thể hóa, hướng ngoại hóa

**Di truyền và sinh lý:** Nhiều gene góp phần vào sự nhạy cảm với rối loạn hoảng loạn. Tuy nhiên, các gene, sản phẩm của gene hay các chức năng cụ thể chính xác vẫn chưa được tìm ra. Người có người thân trực hệ có rối loạn hoảng loạn có nguy cơ gấp 4-8 lần so với người có người thân trực hệ bị các rối loạn tâm thần khác. Trẻ sinh đôi cùng trứng có nhiều khả năng cùng bị rối loạn hoảng loạn hơn các trẻ sinh đôi khác trứng. Các mô hình hệ thống thần kinh hiện tại nhấn mạnh vai trò của hạnh nhân và các cấu trúc liên quan trong rối loạn hoảng loạn cũng như các rối loạn lo âu khác. Người có cha mẹ bị lo âu, trầm cảm và rối loạn lưỡng cực tăng nguy cơ rối loạn hoảng loạn. Các rối loạn hô hấp, như hen, cũng có liên quan đến rối loạn hoảng loạn về mặt tiền căn cá nhân, gia đình, bệnh đồng mắc. Các chất dẫn truyền thần kinh đóng góp chính trong bệnh sinh của cơn hoảng loạn bao gồm norepinephrine, serotonin, và GABA.

1. LÂM SÀNG
   1. Cơn hoảng loạn

Cơn hoảng loạn là một đợt sợ hãi tột độ có thể kéo dài vài phút tới vài giờ. Cơn hoảng loạn có thể xuất hiện trong rối loạn hoảng loạn cũng như trong các rối loạn tâm thần khác, đặc biệt là chứng sợ chuyên biệt, sợ xã hội và rối loạn sau sang chấn.

* 1. Rối loạn hoảng loạn

Bản thứ 5 của Sổ tay thống kê và chẩn đoán các rối loạn tâm thần (DSM-5) đã liệt kê các tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn hoảng loạn. Nhìn chung, để chẩn đoán rối loạn hoảng loạn cần có các cơn hoảng loạn không mong đợi đi kèm các triệu chứng về cơ thể và nhận thức; hậu quả của các cơn hoảng loạn; loại trừ tác động sinh lý của chất/thuốc; và loại trừ các bệnh lý tâm thần khác.

* 1. Đặc điểm lâm sàng

Cơn hoảng loạn đầu tiên thường hoàn toàn tự phát, mặc dù các cơn hoảng loạn thường theo sau sự phấn khích, kiệt sức, hoạt động tình dục hoặc các sang chấn cảm xúc vừa phải. Nhà lâm sàng nên cố gắng xác định bất kỳ thói quen hay tình huống nào nhìn chung có thể báo trước cơn hoảng loạn của bệnh nhân. Các hoạt động có thể bao gồm sử dụng cafeine, rượu bia, nicotine, và các chất khác; ăn uống và ngủ nghỉ không điều độ; một số môi trường đặc biệt, ví dụ như ánh sáng quá gắt ở nơi làm việc.

Cơn hoảng loạn thường bắt đầu bằng 10 phút leo thang triệu chứng. Triệu chứng chính yếu là sợ hãi tột độ, cảm giác như sắp chết. Bệnh nhân thường không thể xác định được nguồn gốc của nỗi sợ, họ thường bối rối và không thể tập trung được. Các triệu chứng cơ thể thường bao gồm: tim nhanh, đánh trống ngực, khó thở và vã mồ hôi. Bệnh nhân thường cố gắng rời khỏi hiện trường và tìm kiếm sự giúp đỡ. Các cơn hoảng loạn thường kéo dài 20-30 phút và hiếm khi hơn 1 giờ đồng hồ. Nếu đánh giá tình trạng tâm thần vào lúc này, có thể thấy bệnh nhân suy nghĩ nghiền ngẫm, khó khăn trong việc nói (lắp bắp) và suy giảm trí nhớ. Bệnh nhân cũng có thể trải qua trầm cảm hoặc giải thể nhân cách trong cơn. Các triệu chứng có thể biến mất nhanh chóng hoặc từ từ. Giữa các cơn, bệnh nhân có thể khởi phát lo lắng rằng mình có thể vào cơn nữa. “Lo âu ngoài cơn” (hay lo âu dự đoán) đôi khi khó phân biệt với lo âu lan tỏa.

Sợ mình sẽ bị chết vì bệnh tim hay bệnh hô hấp có thể là chủ đề tập trung thường thấy ở bệnh nhân có cơn hoảng loạn. Bệnh nhân có thể tin biểu hiện đánh trống ngực và đau ngực là dấu hiệu họ sắp chết. Trên thực tế, có đến 20% bệnh nhân ngất trong cơn hoảng loạn. Ở phòng cấp cứu có thể bắt gặp bệnh nhân trẻ khỏe (khoảng 20 tuổi) luôn khẳng định rằng mình sắp chết vì cơn đau tim. Thay vì ngay lập tức chẩn đoán rối loạn triệu chứng cơ thể, khoa phòng cấp cứu nên cân nhắc chẩn đoán rối loạn hoảng loạn. Sự tăng thông khí có thể gây kiềm hô hấp và các triệu chứng khác. Phương pháp cổ điển cho bệnh nhân thở vào một túi giấy đôi khi vẫn hữu ích vì làm giảm tình trạng kiềm hô hấp.

Ở Mỹ, tuổi khởi phát trung bình của rối loạn hoảng loạn là 20-24 tuổi. Một số ít ca bắt đầu vào thời thơ ấu và khởi phát sau tuổi 45 có thể xảy ra. Nếu không điều trị, bệnh diễn tiến tự nhiên với tính chất mãn tính nhưng có lúc tăng lúc giảm. Một số bệnh nhân có thể có các đợt bùng phát xen kẽ vài năm lui bệnh, số còn lại có triệu chứng liên tục, chỉ một ít bệnh nhân đạt lui bệnh hoàn toàn mà không có tái phát trong nhiều năm. Diễn tiến của rối loạn hoảng loạn rất phức tạp do khả năng đồng mắc các rối loạn khác, đặc biệt là các rối loạn lo âu khác, rối loạn trầm cảm và rối loạn sử dụng chất.

Kết quả của các nghiên cứu lâu dài trên bệnh nhân rối loạn hoảng loạn khó được diễn giải bởi thiết kế nghiên cứu không kiểm soát hiệu quả của điều trị. Tuy nhiên, khoảng 30-40% bệnh nhân có vẻ như hết hoàn toàn triệu chứng, khoảng 50% còn triệu chứng nhẹ nhưng không ảnh hưởng rõ rệt đến đời sống, và khoảng 10-20% bệnh nhân tiếp tục có các triệu chứng đáng kể.

Bệnh nhân có thể làm lơ cho qua một hay hai cơn hoảng loạn đầu tiên, nhưng nếu các cơn tiếp diễn thì sẽ trở thành nỗi lo lớn. Người bệnh có thể cố gắng giữ bí mật các cơn hoảng loạn, dẫn đến việc người nhà và bạn bè bắt đầu cảm thấy lạ bởi sự thay đổi hành vi khó giải thích được của bệnh nhân. Tần suất và độ nặng của các cơn có thể lên xuống thất thường. Các cơn có thể xuất hiện vài lần trong cùng một ngày hay ít hơn 1 lần mỗi tháng. Dùng quá mức caffeine và nicotine có thể làm triệu chứng nặng thêm.

Trầm cảm có thể làm bệnh cảnh thêm phức tạp trong 40-80% bệnh nhân. Mặc dù bệnh nhân không thường nói về ý tưởng tự sát, nhưng họ bị tăng nguy cơ thực hiện tự sát so với dân số chung. Lệ thuộc rượu và chất có thể xảy ra ở 20-40% bệnh nhân, OCD cũng có thể đi kèm. Các mối liên hệ gia đình, kết quả học tập và chất lượng công việc thường bị ảnh hưởng. Các bệnh nhân chức năng tốt trước khi bị bệnh và có thời gian diễn ra triệu chứng ngắn có xu hướng tiên lượng tốt hơn.

Mặc dù rối loạn hoảng loạn là rất hiếm ở trẻ em, nhưng các nghiên cứu hồi cứu cho thấy những “cơn sợ” (đợt bùng phát chưa đủ tiêu chuẩn của cơn hoảng loạn) đầu tiên xảy ra là vào thời thơ ấu. Như người lớn, rối loạn hoảng loạn ở thiếu niên có xu hướng diễn tiến thành mãn tính và thường đồng mắc với các rối loạn lo âu khác, rối loạn trầm cảm hay rối loạn lưỡng cực. Chưa phát hiện sự khác nhau về biểu hiện triệu chứng ở 2 nhóm tuổi trưởng thành và niên thiếu. Tuy nhiên, thiếu niên có thể ít lo lắng hơn về những cơn hoảng loạn tiếp theo so với người trưởng thành trẻ.

Ở những người trưởng thành lớn tuổi hơn thì ít gặp rối loạn hoảng loạn hơn do đáp ứng hệ thần kinh tự chủ suy yếu theo tuổi tác. Nhiều người già có “cảm giác hoảng loạn” như là một sự pha trộn giữa các cơn hoảng loạn giới hạn triệu chứng và tình trạng lo âu lan toả. Bên cạnh đó, người già có xu hướng đổ thừa mình bị các cơn hoảng loạn là do những tình huống căng thẳng nhất định (ví dụ: một thủ thuật y khoa hoặc bối cảnh xã hội).

Chẩn đoán rối loạn hoảng loạn ít gặp ở trẻ em có thể là do trẻ gặp khó khăn trong việc mô tả triệu chứng, cảm giác sợ tột độ hoặc cảm giác hoảng loạn. Các tình trạng này có thể liên quan đến chia ly hoặc khi trẻ bị đặt trong các tình huống gây sợ hoặc trước các chủ thể gây sợ. Các em thiếu niên ít thảo luận một cách cởi mở về các cơn hoảng loạn hơn so với người lớn. Vì vậy, các bác sĩ nên ý thức rằng các cơn hoảng loạn không mong đợi có khả năng xảy ra ở tuổi thiếu niên nhiều như ở người lớn, đặc biệt là khi tiếp cận một trẻ phải trải qua các giai đoạn sợ hãi hay lo buồn tột độ.

Rối loạn hoảng loạn gây ra sự khiếm khuyết nặng về chức năng xã hội, nghề nghiệp và cơ thể, tổn hao chi phí kinh tế đáng kể, tăng số lần đến bác sĩ thăm khám nhiều nhất trong nhóm rối loạn lo âu. Các hậu quả này còn nặng hơn nữa nếu bệnh đi kèm với chứng sợ khoảng rộng. Người bị rối loạn hoảng loạn thường nghỉ học, nghỉ làm để đi khám bác sĩ hoặc nhập phòng cấp cứu, hậu quả là bị đuổi học hoặc mất việc. Ở người trưởng thành, bệnh có thể gây suy giảm chức năng chăm sóc người khác hoặc các hoạt động tình nguyện. Các cơn hoảng loạn đầy đủ triệu chứng gây hậu quả nặng nề hơn các cơn giới hạn triệu chứng (ví dụ: chi phí y tế nhiều hơn, khiếm khuyết chức năng nhiều hơn, chất lượng cuộc sống thấp hơn). Như ở trên đã bàn đến, một số bệnh nhân có thể lạm dụng rượu và chất.

1. CHẨN ĐOÁN
   1. Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn hoảng loạn theo DSM-5:
2. Các cơn hoảng loạn không mong đợi lặp đi lặp lại. Cơn hoảng loạn là sự sợ hãi hoặc khó chịu dữ dội dâng lên đột ngột, đạt đỉnh trong vòng vài phút, và có ít nhất 4 trong các triệu chứng dưới đây xảy ra:

Lưu ý: Cơn có thể đột ngột xảy ra trong trạng thái bình tĩnh hoặc trạng thái lo âu.

1. Đánh trống ngực, tim đập mạnh hoặc nhịp tim nhanh.
2. Vã mồ hôi.
3. Run hoặc nôn nao.
4. Cảm giác khó thở hoặc ngột ngạt.
5. Cảm giác mắc nghẹn.
6. Đau hoặc khó chịu vùng ngực.
7. Nôn hoặc khó chịu vùng bụng.
8. Cảm thấy choáng váng, không vững, lâng lâng đầu hoặc ngất.
9. Cảm giác nóng bừng hoặc ớn lạnh.
10. Dị cảm (cảm giác tê hoặc châm chích).
11. Tri giác sai thực tại (cảm giác xung quanh không có thực) hoặc giải thể nhân cách (tách rời khỏi chính mình)
12. Sợ mất kiểm soát hoặc sợ “hoá điên”
13. Sợ chết.

Lưu ý: Các triệu chứng đặc thù văn hóa (như ù tai, đau cổ, nhức đầu, la hét hoặc khóc lóc không kiểm soát) có thể gặp. Những triệu chứng đó không được tính như là một trong bốn triệu chứng cần có.

1. Ít nhất một trong các cơn được nối tiếp bởi 1 tháng (hoặc hơn) có một (hoặc hai) các biểu hiện sau:
   1. Sự bận tâm hoặc lo lắng dai dẳng về việc có thêm những cơn hoảng loạn hoặc về hậu quả của chúng (ví dụ: sợ mất kiểm soát, bị đau tim, “hoá điên”)
   2. Có những thay đổi hành vi thích nghi rõ ràng liên quan đến cơn (ví dụ: tạo những hành vi để tránh gặp cơn hoảng loạn, như tránh tập thể dục hoặc không để xảy ra những tình huống tương tự)
2. Rối loạn không do tác dụng sinh lý của chất (chất gây nghiện, thuốc kê toa) hoặc tình trạng y khoa khác (cường giáp, rối loạn hô hấp tim mạch).
3. Rối loạn không được giải thích tốt hơn bởi rối loạn tâm thần khác (cơn hoảng loạn không chỉ xảy ra khi gặp tình huống sợ xã hội, như trong rối loạn lo âu xã hội; khi gặp tình huống hay chủ thể gây sợ nhất định, như trong sợ chuyên biệt; khi ám ảnh, như trong rối loạn ám ảnh - cưỡng chế; khi hồi tưởng những sự kiện sang chấn, như trong rối loạn stress sau sang chấn; hoặc khi tách khỏi người gắn bó như trong rối loạn lo âu chi ly).
   1. Các yếu tố hỗ trợ chẩn đoán

Rối loạn hoảng loạn là tình trạng xuất hiện nhiều cơn hoảng loạn không mong đợi lặp đi lặp lại (Tiêu chuẩn A). Cơn hoảng loạn là sự khó chịu tột độ hoặc sợ tột độ dâng lên đột ngột, đạt đỉnh trong vài phút và trong suốt thời gian đó có ít nhất 4 trong số danh sách 13 triệu chứng cơ thể và nhận thức có thể xảy ra.

Thuật ngữ “tái diễn”(recurent) nghĩa là có hơn một cơn hoảng loạn xảy ra.

Thuật ngữ “không mong đợi” hay “không dự đoán trước” ám chỉ tại thời điểm cơn hoảng loạn xảy ra không có yếu tố khởi phát hoặc gợi ý rõ ràng, cơn xảy ra “không từ đâu cả”, ví dụ như khi người bệnh đang nghỉ ngơi hoặc đang ngủ (cơn hoảng loạn ban đêm). Ngược lại, những cơn hoảng loạn đoán trước được là những cơn có sự khởi phát hoặc gợi ý rõ ràng, ví dụ như một tình huống chuyên biệt. Một số cơn hoảng loạn có thể không dễ để xếp loại “mong đợi” hay “không mong đợi”, có thể được gọi là cơn hoảng loạn “dễ bị ảnh hưởng bởi hoàn cảnh”. Các cơn này có thể xảy ra hoặc không xảy ra khi bệnh nhân bị đặt trước yếu tố khởi phát, có thể xảy ra ngay lập tức hoặc trì hoãn sau khi tiếp xúc với yếu tố khởi phát. Bác sĩ lâm sàng, bằng kinh nghiệm cá nhân, sẽ là người sẽ phải đánh giá đó là những cơn hoảng loạn **“đoán trước”** hay **“không đoán trước”** được, bằng cách hỏi bệnh sử cẩn thận về chuỗi các sự kiện có trước cơn hoảng loạn, các sự kiện dẫn đến cơn hoảng loạn.

Sự diễn giải triệu chứng theo văn hoá có thể ảnh hưởng đến việc phân định cơn hoảng loạn đoán trước được hay không. Ví dụ, ở Việt Nam, một bệnh nhân bị cơn hoảng loạn sau khi đi ra gió có thể cho rằng cơn hoảng loạn của mình là “trúng gió”. Mỗi lần đi ra gió là bệnh nhân bị lên cơn, nên cơn có thể bị hiểu nhầm là dự đoán trước được.

Ở Mỹ và Châu Âu , gần một nửa bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn hoảng loạn có thêm những cơn hoảng loạn đoán trước được. Do đó, sự hiện diện những cơn hoảng loạn đoán trước được không loại trừ chẩn đoán rối loạn hoảng loạn.

Tần suất và mức độ của những cơn hoảng loạn thay đổi rất đa dạng. Về tần suất, có thể các cơn xảy ra ở mức độ trung bình (vídụ: một lần một tuần) trong vài tháng, hoặc các cơn bùng phát thường xuyên hơn xen kẽ nhiều tuần hoặc nhiều tháng không có hoặc có ít cơn (ví dụ: có giai đoạn bị 1 cơn/ngày xen kẽ với những giai đoạn 1 cơn/tháng). Về mức độ, bệnh nhân bị rối loạn hoảng loạn có thể có những cơn đủ triệu chứng (≥4 triệu chứng) và những cơn giới hạn triệu chứng (<4 triệu chứng). Số triệu chứng và loại triệu chứng giữa các cơn trên cùng một bệnh nhân cũng không giống nhau. Tuy nhiên, để chẩn đoán rối loạn hoảng loạn thì cần có ít hơn một cơn hoảng loạn không đoán trước được và đủ triệu chứng.

Sự lo lắng về những cơn hoảng loạn hoặc hậu quả của nó thường liên quan đến các vấn đề về mặt cơ thể, ví dụ như nghĩ mình đang mắc những căn bệnh đe doạ sự sống (ví dụ: bệnh tim mạch, rối loạn co giật); các vấn đề về mặt xã hội, như là xấu hổ hoặc sợ những phán xét tiêu cực từ người khác; và các vấn đề về tâm trí, như là sợ “hoá điên” hay mất kiểm soát. Bệnh nhân cố gắng có những thay đổi hành vi thích nghi để giảm thiểu hoặc né tránh những cơn hoảng loạn hoặc hậu quả của chúng. Ví dụ tránh hoạt động gắng sức, tổ chức lại cuộc sống thường ngày để đảm bảo có sẵn sự giúp đỡ nếu cơn xảy ra, giảm các hoạt động thường ngày, tránh các tình huống như trong sợ khoảng rộng (tránh ra khỏi nhà, dùng các phương tiện công cộng hoặc mua sắm). Nếu sợ khoảng rộng có hiện diện với đủ tiêu chuẩn, bệnh nhân được chẩn đoán thêm rối loạn sợ khoảng rộng.

* 1. Hỗ trợ chẩn đoán.

Một loại cơn hoảng loạn không đoán trước được là cơn hoảng loạn về đêm (ví dụ: thức giấc trong trạng thái hoảng loạn, khác với hoảng loạn sau khi thức giấc). Ở Mỹ, cơn hoảng loạn kiểu này được ước tính xảy ra ít nhất một lần trong 1/4 -1/3 những người bị rối loạn hoảng loạn, đa số họ cũng có những cơn hoảng loạn ban ngày. Ngoài lo lắng về những cơn hoảng loạn và hậu quả của nó, nhiều người có rối loạn hoảng loạn nói rằng họ có cảm giác lo âu liên tục hoặc từng cơn về các vấn đề liên quan sức khoẻ và sức khoẻ tâm thần. Ví dụ, bệnh nhân thường nghĩ đến kết cục thảm hoạ từ triệu chứng cơ thể nhẹ hoặc tác dụng phụ của thuốc (ví dụ: suy nghĩ họ bị bệnh tim hoặc một cơn đau đầu nghĩa là có u não). Những bệnh nhân đó thường không dung nạp với tác dụng phụ của thuốc. Ngoài ra, người bệnh có thể có nhiều bận tâm lan toả về công việc hoặc những yếu tố gây stress thường ngày, dùng quá nhiều chất (ví dụ: rượu, thuốc kê đơn hoặc chất cấm) để kiểm soát cơn hoảng loạn, hoặc có những hành vi cực đoan nhằm kiểm soát cơn hoảng loạn (ví dụ: kiêng ăn rất khắt khe, tránh những loại thức ăn đặc biệt hoặc tránh uống một số thuốc bởi vì lo lắng về những triệu chứng cơ thể có thể bắt đầu những cơn hoảng loạn.)

* 1. Chẩn đoán phân biệt.
     1. Rối loạn lo âu chuyên biệt khác hoặc rối loạn lo âu không chuyên biệt:

Rối loạn hoảng loạn không nên được chẩn đoán nếu các cơn hoảng loạn (không mong đợi) đủ triệu chứng chưa bao giờ xảy ra. Trong những trường hợp chỉ có những cơn hoảng loạn không mong đợi có triệu chứng giới hạn, các chẩn đoán có thể cân nhắc là rối loạn lo âu chuyên biệt khác hoặc rối loạn lo âu không chuyên biệt.

* + 1. Rối loạn lo âu do tình trạng y khoa khác

Không chẩn đoán rối loạn hoảng loạn nếu những cơn hoảng loạn được đánh giá là hậu quả trực tiếp của một tình trạng y khoa khác như: cường giáp, cường cận giáp, u tuỷ thượng thận, rối loạn chức năng tiền đình, rối loạn co giật, và các bệnh lý tim phổi (ví dụ: rối loạn nhịp tim, nhịp nhanh trên thất, hen, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD)). Các cận lâm sàng thích hợp (ví dụ: đo nồng độ Canxi/cường cận giáp; đo Holter /rối loạn nhịp tim) hoặc khám có thể giúp ích trong xác định vai trò nguyên nhân của bệnh lý y khoa khác.

* + 1. Rối loạn lo âu do dùng chất/ thuốc

Không chẩn đoán rối loạn hoảng loạn nếu những cơn hoảng loạn được đánh giá là hậu quả sinh lý trực tiếp của một chất. Ngộ độc các chất kích thích hệ thần kinh trung ương (cocain, amphetamin, caffein…) hoặc cần sa và ngưng dùng các chất ức chế hệ thần kinh trung ương (rượu, barbituarate…) có thể gây một cơn hoảng loạn.

* + 1. Các rối loạn tâm thần khác có cơn hoảng loạn

Ví dụ, rối loạn lo âu khác và các rối loạn loạn thần, các cơn hoảng loạn xảy ra như là một triệu chứng của rối loạn lo âu khác là cơn hoảng loạn được mong đợi/dự đoán trước được (ví dụ: cơn khởi phát khi gặp tình huống xã hội trong rối loạn lo âu xã hội, khi gặp tình huống hoặc chủ thể gây sợ trong sợ khoảng rộng hoặc sợ chuyên biệt, khi lo lắng trong rối loạn lo âu lan toả, khi xa nhà hoặc những người gắn bó trong rối loạn lo âu chia ly) và do đó không thỏa tiêu chuẩn D của rối loạn hoảng loạn. (Chú ý: đôi khi cơn hoảng loạn không đoán trước được xuất hiện trong giai đoạn khởi phát của một rối loạn lo âu khác. Tuy nhiên, các cơn xuất hiện sau đó trở thành đoán trước được. Trong khi đó những cơn hoảng loạn tái diễn trong rối loạn hoảng loạn đặc trưng là không đoán trước được). Nếu các cơn hoảng loạn chỉ xảy ra khi gặp các yếu tố chuyên biệt, thì đó được xếp vào một rối loạn lo âu tương ứng. Nếu người bệnh trải qua các cơn hoảng loạn không đoán trước được và thể hiện sự lo lắng và bận tâm dai dẳng hoặc thay đổi các hành vi do các cơn này thì nên xem xét chẩn đoán rối loạn hoảng loạn.

1. ĐIỀU TRỊ
   1. Hóa dược trị liệu

Nhóm thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin (selective serotonin reuptake inhibitors - SSRIs) và nhóm thuốc benzodiazepine được lựa chọn.

Các thuốc trong nhóm SSRIs đều có hiệu quả điều trị rối loạn hoảng loạn. Trong đó, ưu thế của paroxetine là có hiệu quả an thần, ngay lập tức giúp bệnh nhân ở trong trạng thái bình tĩnh. Điều này giúp thuốc dễ được tuân thủ và ít bỏ trị hơn. Tuy nhiên, cần cân nhắc vì thuốc gây tác dụng phụ tăng cân. Citalopram, escitalopram, fluvoxamine và sertraline là những thuốc dễ dung nạp tác dụng phụ nhất. Trong khi đó, fluoxetine có thể kích hoạt các triệu chứng tương tự cơn hoảng loạn, khó dung nạp trong thời gian một vài tuần đầu. Vì vậy, thuốc cần được bắt đầu với liều nhỏ và tăng dần. Hiệu quả của các thuốc nhóm SSRIs chỉ được đánh giá sau 6 tuần lễ dùng thuốc ở liều hiệu quả điều trị.

Nhóm thuốc benzodiazepine (BZD) có tác dụng nhanh gần như ngay khi dùng thuốc, làm giảm cơn hoảng loạn trong tuần đầu tiên. BZD được sử dụng cùng trong thời gian đầu để đợi thuốc nhóm SSRIs bắt đầu có tác dụng. Alprazolam được sử dụng rộng rãi nhất. Tuy nhiên nghiên cứu chỉ ra rằng lorazepam cũng có hiệu quả ngang bằng và clonazepam cũng có thể hiệu quả. Nhóm BZD cần được sử dụng cẩn trọng trong thời gian giới hạn bởi khả năng lệ thuộc, suy giảm nhận thức, lạm dụng thuốc. Bệnh nhân cũng cần được dặn dò tránh các hoạt động như lái xe, vận hành máy móc nguy hiểm hay sử dụng rượu. Sau thời gian sử dụng, cần giảm liều từ từ để tránh các triệu chứng cai thuốc.

Các nhóm thuốc khác cũng có thể hiệu quả trong điều trị rối loạn hoảng loạn: venlafaxine, buspirone, thuốc chống trầm cảm 3 vòng, 4 vòng, thuốc ức chế men monoamin oxidase (MAOIs).

Khi bắt đầu có hiệu quả, việc điều trị nên được duy trì tới 8-12 tháng. Rối loạn hoảng loạn là một tình trạng mạn tính, suốt đời, và có thể tái diễn khi ngưng điều trị. Khoảng 30-90% bệnh nhân rối loạn hoảng loạn đã điều trị thành công bị tái phát khi ngưng trị. Người bệnh có xu hướng tái phát nhiều hơn nếu được sử dụng và ngưng đột ngột BZD, gây các triệu chứng cai.

* 1. Liệu pháp nhận thức hành vi

Liệu pháp nhận thức hành vi là phương pháp điều trị hiệu quả đối với rối loạn hoảng loạn. Kết hợp liệu pháp tâm lý này và hóa dược trị liệu có hiệu quả hơn là điều trị đơn thuần bằng một phương pháp. Các bệnh nhân được theo dõi trong thời gian dài cho thấy liệu pháp nhận thức hành vi có hiệu quả trong việc kéo dài thời gian lui bệnh (giai đoạn không có triệu chứng).

Về mặt nhận thức, có hai mục tiêu chính là hướng dẫn ngươi bệnh những niềm tin và thông tin đúng về các cơn hoảng loạn. Xây dựng niềm tin tập trung vào việc sửa chữa cách bệnh nhân suy diễn rằng những cảm giác về cơ thể có thể là chỉ báo trước của một cơn hoảng loạn, nguy hiểm, sắp chết. Các thông tin cần biết về cơn hoảng loạn bao gồm giải thích cho bệnh nhân rằng khi cơn xuất hiện, nó sẽ tự hết và không đe dọa tính mạng.

RỐI LOẠN LO ÂU CHIA LY

1. ĐẠI CƯƠNG

Tỷ lệ rối loạn lo âu chia ly kéo dài 12 tháng ở người trưởng thành tại Hoa Kỳ là 0,9% -1,9%. Ở trẻ em, tỷ lệ lưu hành từ 6 đến 12 tháng được ước tính khoảng 4%, ở thanh thiếu niên ở Hoa Kỳ tỷ lệ lưu hành 12 tháng là 1,6%. Tỷ lệ lưu hành của rối loạn lo âu chia ly giảm từ thời thơ ấu cho đến tuổi thiếu niên và trưởng thành, và là rối loạn lo âu phổ biến nhất ở trẻ em dưới 12 tuổi. Trong các mẫu nghiên cứu ở trẻ em, rối loạn này phổ biến như nhau ở nam và nữ. Trong cộng đồng, rối loạn này thường xuyên hơn ở phái nữ.

1. BỆNH SINH

**Môi trường.** Rối loạn lo âu chia ly thường phát triển sau các stress trong đời sống, đặc biệt là sự mất mát (ví dụ: cái chết của người thân hoặc thú cưng; bệnh tật của cá nhân hoặc người thân; thay đổi trường học; cha mẹ ly hôn; di chuyển đến một khu phố mới; nhập cư; một thảm họa liên quan đến các giai đoạn bị tách khỏi đối tượng gắn bó). Ở người trẻ tuổi, các ví dụ khác về stress trong đời sống bao gồm ra ở riêng, bước vào một mối quan hệ lãng mạn và trở thành cha mẹ. Sự bảo vệ và can thiệp của cha mẹ có thể liên quan đến rối loạn lo âu chia ly.

**Di truyền và sinh lý**. Rối loạn lo âu chia ly ở trẻ em có thể là di truyền. Khả năng di truyền được ước tính là 73% trong mẫu nghiên cứu những cặp song sinh 6 tuổi, với tỷ lệ cao hơn ở trẻ em gái. Trẻ bị rối loạn lo âu chia ly đặc biệt nhạy cảm với kích thích hô hấp sử dụng không khí giàu C02.

1. LÂM SÀNG

Sự lo lắng dữ dội vì bị tách khỏi đối tượng gắn kết là một phần của quá trình phát triển bình thường, và là dấu hiệu của các mối quan hệ gắn bó chặt chẽ (ví dụ: tình trạng này thường xuất hiện vào khoảng 1 tuổi, khi trẻ sơ sinh bắt đầu tiếp xúc với những người lạ). Rối loạn lo âu chia ly có thể xuất hiện sớm nhất là ở tuổi mẫu giáo và có thể xảy ra bất cứ lúc nào trong thời thơ ấu và hiếm khi ở tuổi thiếu niên. Thông thường, diễn tiến bệnh có những giai đoạn trầm trọng và thuyên giảm. Trong một số trường hợp, cả nỗi lo về sự tách biệt và sự tránh né các tình huống liên quan đến chia ly khỏi nhà hoặc gia đình (ví dụ: đi học đại học, chuyển ra ở riêng) có thể tồn tại dai dẳng đến tuổi trưởng thành. Tuy nhiên, phần lớn trẻ em mắc chứng rối loạn lo âu chia ly không chắc bị mắc các rối loạn lo âu khác trong suốt cuộc đời. Nhiều người lớn mắc chứng rối loạn lo âu chia ly không nhớ lại được sự khởi phát rối loạn lo âu chia ly trong thời thơ ấu, mặc dù họ có thể nhớ các triệu chứng.

Các biểu hiện của rối loạn lo âu chia ly thay đổi theo độ tuổi. Trẻ nhỏ hơn miễn cưỡng đi học hơn hoặc có thể hoàn toàn không chịu đi học. Trẻ nhỏ hơn có thể không bày tỏ các nỗi lo lắng cụ thể về các mối đe dọa nhất định đối với cha mẹ, gia đình hoặc chính các em. Lo lắng chỉ được biểu hiện khi trẻ trải nghiệm sự chia ly. Từ khi là trẻ em, những nỗi lo lắng đã bắt đầu xuất hiện. Đây thường là nỗi lo về những nguy hiểm cụ thể (ví dụ: tai nạn, bắt cóc, lừa đảo, tử vong) hoặc những lo ngại mơ hồ về việc không được đoàn tụ với các đối tượng gắn bó. Ở người trưởng thành, rối loạn lo âu chia ly có thể hạn chế khả năng ứng phó với những thay đổi trong hoàn cảnh (ví dụ: chuyển chỗ ở, kết hôn). Người lớn bị rối loạn thường quá quan tâm đến con cái và người bạn đời của họ và cảm thấy khó chịu rõ rệt khi tách khỏi họ. Họ cũng có thể gặp phải sự gián đoạn đáng kể trong công việc hoặc kinh nghiệm xã hội vì cần phải liên tục kiểm tra nơi ở của một người quan trọng khác.

Khi tách khỏi các đối tượng gắn bó quan trọng, trẻ bị rối loạn lo âu chia ly có thể biểu hiện thu rút xã hội, thờ ơ, buồn bã hoặc khó tập trung vào công việc hoặc trò chơi. Tùy thuộc vào độ tuổi của chúng, các cá nhân có thể có nỗi sợ động vật, quái vật, bóng tối, kẻ buôn lậu, kẻ trộm, kẻ bắt cóc, tai nạn xe hơi, đi máy bay và các tình huống khác có khả năng gây nguy hiểm cho gia đình hoặc bản thân họ. Một số cá nhân nhớ nhà và khó chịu đến mức khốn khổ khi xa nhà. Rối loạn lo âu chia ly ở trẻ em có thể dẫn việc trẻ không chịu đi học, do đó có thể dẫn đến học tập khó khăn và cô lập xã hội. Khi vô cùng buồn bã trước viễn cảnh chia ly, trẻ có thể tỏ ra tức giận hoặc đôi khi gây hấn với người đang ép buộc chia ly. Khi ở một mình, đặc biệt là vào buổi tối, trẻ nhỏ có thể có các trải nghiệm tri giác bất thường (ví dụ, nhìn thấy mọi người nhìn vào phòng của họ, những sinh vật đáng sợ muốn bắt lấy trẻ, cảm thấy mắt nhìn chằm chằm vào chúng). Trẻ em mắc chứng rối loạn này có thể được mô tả là đòi hỏi, phiền nhiễu và cần được chú ý liên tục, và khi trưởng thành có thể xuất hiện tình trạng phụ thuộc và bảo vệ quá mức. Nhu cầu quá mức của cá nhân thường trở thành nguồn gốc của sự thất vọng cho các thành viên khác trong gia đình, dẫn đến sự phẫn nộ và xung đột trong gia đình.

Có sự khác biệt đáng kể trong các nền văn hóa, một số nơi có khả năng dung nạp sự chia ly tốt hơn những nơi khác. Ở một số nền văn hóa, người ta còn không có nhu cầu hay thậm chí không có cơ hội để con cái tách khỏi cha mẹ. Độ tuổi mà xã hội kì vọng người con sẽ rời xa cha mẹ và gia đình để có cuộc sống tự lập không giống nhau giữa các nền văn hóa. Điều quan trọng khi chẩn đoán là phải phân biệt rối loạn lo âu chia ly và trường hợp một số niềm văn hóa tin rằng mối liên kết phụ thuộc lẫn nhau giữa các thành viên trong gia đình có giá trị rất cao.

Trẻ em nữ có biểu hiện miễn cưỡng đi học hoặc không chịu đi học nhiều hơn con trai. Biểu hiện gián tiếp của nỗi sợ chia ly có thể phổ biến ở đàn ông hơn phụ nữ, bao gồm: hạn chế hoạt động độc lập, miễn cưỡng xa nhà một mình, hoặc đau khổ khi vợ và con cái làm gì đó độc lập hoặc khi không thể liên lạc với vợ và con cái.

Các cá nhân mắc chứng rối loạn lo âu chia ly thường hạn chế các hoạt động độc lập ở xa nhà hoặc tách rời khỏi đối tượng gắn bó (ví dụ: trẻ em không chịu đi học, không đi cắm trại, khó ngủ một mình; thanh thiếu niên không đi học đại học xa nhà; người lớn không rời khỏi nhà cha mẹ, không đi du lịch, không làm việc bên ngoài nhà).

1. CHẨN ĐOÁN

Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lo âu chia ly theo DSM-5

1. Sợ hãi hoặc lo lắng quá mức và không phù hợp với sự phát triển liên quan đến việc bị tách khỏi những người mà cá nhân gắn bó, bằng chứng là ít nhất ba trong số những điều sau đây:

Sự đau khổ quá mức, lặp đi lặp lại khi dự đoán trước hoặc trải qua tình huống xa nhà hoặc xa đối tượng gắn kết.

Lo lắng dai dẳng và quá mức về việc mất các đối tượng gắn kết quan trọng hoặc về những tổn hại có thể xảy đến với họ chẳng hạn như bệnh tật, thương tích, thảm họa hoặc tử vong.

Lo lắng dai dẳng và quá mức về việc trải qua một sự kiện không mong muốn (ví dụ: bị lạc, bị bắt cóc, bị tai nạn, bị bệnh) có thể gây ra sự chia ly với đối tượng gắn kết.

Miễn cưỡng dai dẳng hoặc từ chối đi ra ngoài, xa nhà, đến trường, đi làm hoặc nơi khác vì sợ chia ly.

Sợ hãi dai dẳng và quá mức về việc ở một mình hoặc không có đối tượng gắn kết quan trọng tại nhà hoặc trong các hoàn cảnh khác.

Miễn cưỡng dai dẳng hoặc từ chối ngủ xa nhà hoặc đi ngủ mà không ở gần đối tượng gắn kết quan trọng.

Lặp đi lặp lại các cơn ác mộng liên quan đến chủ đề chia ly.

Lặp đi lặp lại các than phiền về triệu chứng thực thể (ví dụ: đau đầu, đau dạ dày, buồn nôn, nôn) khi dự đoán trước hay trải qua sự chia ly với các đối tượng gắn kết quan trọng.

1. Nỗi sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né là dai dẳng, kéo dài ít nhất là bốn tuần ở trẻ em và thanh thiếu niên và thường từ sáu tháng trở lên ở người lớn.
2. Sự rối loạn gây ra đau khổ hoặc suy giảm đáng kể về mặt lâm sàng trong các lĩnh vựcxã hội, học thuật, nghề nghiệp hoặc các chức năng quan trọng khác.

Rối loạn không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần khác, chẳng hạn như từ chối rởi khỏi nhà vì sự kháng cự quá mức đối với sự thay đổi trong rối loạn phổ tự kỷ; hoang tưởng hoặc ảo giác liên quan đến sự chia ly trong rối loạn loạn thần; từ chối ra khỏi nhà mà không có bạn đồng hành đáng tin cậy trong sợ khoản rộng; lo lắng về sức khỏe không tốt hoặc tổn hại cho những người quan trọng khác trong rối loạn lo âu lan tỏa; hoặc bận tâm về có một căn bệnh trong rối loạn lo âu bệnh tật

* 1. Các đặc điểm chẩn đoán

Đặc điểm cơ bản của rối loạn lo âu chia ly là sợ hãi hoặc lo lắng quá mức liên quan đến việc bị xa nhà hoặc đối tượng gắn kết. Sự lo lắng vượt quá những gì có thể mong đợi so với mức độ phát triển của người đó (Tiêu chuẩn A). Cá nhân bị rối loạn lo âu chia ly có ít nhất ba trong số các tiêu chuẩn sau: họ trải qua đau khổ quá mức, lặp đi lặp lại khi dự đoán hoặc trải qua sự xa nhà hoặc xa đối tượng gắn kết quan trọng (Tiêu chuẩn A1). Họ lo lắng về sức khỏe hay cái chết của người gắn kết, đặc biệt là khi bị chia ly, họ cần biết nơi và luôn cần phải giữ liên lạc với người gắn kết (Tiêu chuẩn A2). Họ cũng lo lắng về các sự kiện không mong muốn với bản thân, chẳng hạn như bị lạc, bị bắt cóc hoặc gặp tai nạn. Vì điều đó sẽ khiến họ không bao giờ được đoàn tụ với người gắn bó quan trọng của họ (Tiêu chuẩn A3). Các cá nhân bị rối loạn lo âu chia ly miễn cưỡng hoặc từ chối tự đi ra ngoài vì nỗi sợ chia ly (Tiêu chuẩn A4). Họ có nỗi sợ hãi dai dẳng và quá mức hoặc miễn cưỡng về việc ở một mình hoặc không có đối tượng gắn bó ở nhà hoặc ở trong các tình huống khác. Trẻ bị rối loạn lo âu chia ly có thể không thể tự ở trong phòng một mình và có thể có hành vi "đeo bám", luôn ở gần hoặc bám như hình với bóng với cha mẹ ở quanh nhà, hoặc yêu cầu ai đó phải đi cùng khi trẻ đi đến một phòng khác trong nhà (Tiêu chuản A5). Họ miễn cưỡng hoặc từ chối ngủ xa nhà hoặc đi ngủ mà không ở gần đối tượng gắn bó quan trọng (Tiêu chuẩn A6). Trẻ mắc chứng rối loạn này thường gặp khó khăn khi đi ngủ và có thể khăng khăng rằng phải có người ở lại với chúng cho đến khi ngủ thiếp đi. Trong đêm, trẻ có thể tìm cách đi đến giường của cha mẹ (hoặc của một người quan trọng khác, chẳng hạn như anh chị em ruột). Trẻ em có thể miễn cưỡng hoặc từ chối tham dự cắm trại, ngủ tại nhà của bạn bè hoặc đi đến đâu đó để thực hiện một nhiệm vụ. Người lớn có thể không thoải mái khi đi du lịch một mình (ví dụ: ngủ trong phòng khách sạn). Có thể có những cơn ác mộng lặp đi lặp lại trong đó nội dung thể hiện sự lo lắng về sự chia ly của cá nhân (ví dụ: thấy cả gia đình trải qua những chuyện như cháy nhà, bị giết hoặc các thảm họa khác) (Tiêu chuẩn A7). Triệu chứng thực thể (ví dụ: đau đầu, than phiền về bụng, buồn nôn, ói mửa) thường gặp ở trẻ em khi dự đoán hoặc trải qua việc bị tách khỏi các đối tượng gắn bó quan trọng (Tiêu chuẩn A8). Các triệu chứng tim mạch như đánh trống ngực, chóng mặt và ngất xỉu rất hiếm ở trẻ nhỏ nhưng có thể xảy ra ở thanh thiếu niên và người lớn.

Sự rối loạn phải kéo dài ít nhất 4 tuần ở trẻ em và thanh thiếu niên trước 18 tuổi và thường là 6 tháng hoặc lâu hơn ở người lớn (Tiêu chuẩn B). Tuy nhiên, tiêu chuẩn thời gian cho người lớn nên được sử dụng như một hướng dẫn chung chung, trên thực tế có thể áp dụng linh hoạt. Sự rối loạn phải gây ra đau khổ hoặc suy giảm đáng kể về mặt lâm sàng trong các lĩnh vực xã hội, học thuật, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực hoạt động quan trọng khác (Tiêu chuẩn C).

* 1. Chẩn đoán phân biệt
     1. Rối loạn lo âu lan tỏa (hoặc rối loạn lo âu toàn thể hóa).

Rối loạn lo âu chia ly được phân biệt với rối loạn lo âu lan tỏa ở chỗ nỗi lo chủ yếu liên quan đến việc bị tách khỏi đối tượng gắn bó, và nếu những nỗi lo khác có hiện diện thì chúng cũng không chiếm ưu thế trong bệnh cảnh.

* + 1. Rối loạn hoảng loạn.

Các mối đe dọa của sự chia ly có thể dẫn đến sự lo lắng tột độ và thậm chí tới mức độ của một cơn hoảng loạn. Trong rối loạn lo âu chia ly, cá nhân quan tâm đến khả năng phải rời xa đối tượng gắng bó và lo lắng về các sự kiện không lường trước được xảy ra với đối tượng này, trong khi cá nhận bị rối loạn hoảng loạn lại đặc trưng bởi việc lo lắng bị mất kiểm soát hoặc lo lắng lại bị các cơn hoảng loạn bất ngờ.

* + 1. Sợ khoảng rộng (Agoraphobia).

Không giống như những người mắc chứng sợ khoảng rộng, những người mắc chứng rối loạn lo âu chia ly không lo lắng về việc bị mắc kẹt hoặc khó trốn thoát khỏi tình huống khi có các triệu chứng của cơn hoảng loạn hoặc các triệu chứng gây mất khả năng khác diễn ra.

* + 1. Rối loạn cư xử

Trốn học là biểu hiện phổ biến trong rối loạn cư xử, nhưng trẻ trốn học không phải vì sự bị tách khỏi đối tượng gắn bó, và thường khi trốn học trẻ sẽ tránh xa nhà hơn là trở về nhà.

* + 1. Rối loạn lo âu xã hội

Không chịu đến trường có thể là do rối loạn lo âu xã hội (sợ xã hội). Trẻ tránh né việc đến trường là do sợ bị người khác đánh giá tiêu cực hơn là lo lắng về việc bị tách khỏi đối tượng gắn bó.

* + 1. Rối loạn stress sau sang chấn (postraumaitc stress disorder – PTSD)

Sợ bị chia tác khỏi người thân là điều phổ biến sau những sự kiện đau thương như thảm họa, nhất là khi đối tượng đã phải trải qua thời gian xa cách người thân trong sự kiện sang chấn. Trong rối loạn stress sau sang chấn (PTSD), những triệu chứng trung tâm liên quan đến sự xâm ha5 hoặc tránh né các ký ức liên quan đến sự kiện đau thương, trong khi trong rối loạn lo âu chia ly, những lo lắng và tránh né liên quan đến sự an toàn của các đối tượng gắn bó bị tách rời khỏi người bệnh.

* + 1. Rối loạn lo âu bệnh tật

Cá nhân mắc bệnh lo lắng về một hoặc nhiều bệnh cụ thể, mối quan tâm chính là về chẩn đoán y khoa, không phải về việc tách khỏi các đối tượng gắn bó.

* + 1. Tang tóc (mất người thân)

Khát khao mãnh liệt hoặc mong muốn hướng về người quá cố, nỗi buồn và nỗi đau cảm xúc mãnh liệt, bận lòng suy nghĩ về người quá cố hoặc hoàn cảnh của cái chết là những phản ứng được mong đợi xảy ra trong sự mất mát, trong khi sợ tách biệt với đối tượng gắn bó là trung tâm trong rối loạn lo âu chia ly.

* + 1. Rối loạn loạn thần

Không giống như ảo giác trong loạn thần, những trải nghiệm nhận thức bất thường có thể xảy ra trong rối loạn lo âu chia ly thường chỉ là ảo tưởng (tri giác sai lầm về một kích thích thực tế), chỉ xảy ra trong một số tình huống nhất định (ví dụ: ban đêm) và khi có mặt người gắn bó thì không xảy ra nữa.

* + 1. Rối loạn nhân cách

Rối loạn nhân cách phụ thuộc được đặc trưng bởi xu hướng dựa dẫm vào người khác bất chấp họ là ai, trong khi rối loạn lo âu chia ly liên quan đến mối quan tâm về sự gần gũi và an toàn của các đối tượng gắn bó chính. Nhân cách ranh giới cũng đặc trưng bởi nỗi sợ bị người thân bỏ rơi, nhưng trong rối loạn này tồn tại các vấn đề về nhận định bản thân, tự định hướng, chức năng giao tiếp và tính bốc đồng.

MẤT NÓI CHỌN LỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Mất nói chọn lọc là một rối loạn tương đối hiếm gặp và chưa được đưa vào danh mục chẩn đoán trong các nghiên cứu dịch tễ học về tỷ lệ mắc các rối loạn ở trẻ em. Tỷ lệ lưu hành trong khoảng từ 0,03% đến 1% tùy theo môi trường khảo sát (ví dụ: phòng khám so với trường học so với dân số nói chung) và tùy theo độ tuổi của các cá nhân trong mẫu nghiên cứu.

Tỷ lệ rối loạn dường như không thay đổi theo giới tính hoặc chủng tộc/sắc tộc. Rối loạn gặp ở trẻ nhỏ nhiều hơn ở thanh thiếu niên và người lớn.

1. BỆNH SINH

**Tính cách**: chưa xác định được yếu tố nguy cơ về mặt tính cách của mất nói chọn lọc. Những tác động tiêu cực hoặc giới hạn hành vi có thể đóng góp phần vào, ví dụ như có thể cha mẹ của bé cũng nhút nhát, cô lập xã hội và lo âu xã hội. Trẻ em bị mất nói chọn lọc có thể gặp những khó khăn về ngôn ngữ so với các trẻ cùng trang lứa, mặc dù vẫn nằm trong phạm vi bình thường.

**Môi trường: s**ự hạn chế về mặt xã hội của cha mẹ có thể là tấm gương để trẻ bắt chước thành sự thu rút xã hội và chứng mất nói chọn lọc. Hơn nữa, cha mẹ của những trẻ bị mất chọn lọc có thể có tính bảo vệ quá mức hoặc kiểm soát nhiều hơn cha mẹ của trẻ bị rối loạn lo âu khác hoặc không có rối loạn.

**Di truyền và sinh lý**: do sự chồng chéo đáng kể giữa mất nói chọn lọc và rối loạn lo âu xã hội, hai rối loạn này có thể chia sẻ những đặc điểm di truyền và sinh lý chung.

1. LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Chứng mất nói chọn lọc thường khởi đầu trước 5 tuổi, nhưng tình trạng rối loạn có thể không thực sự được chú ý cho đến khi vào trường học, nơi có sự gia tăng các tương tác xã hội và các nhiệm vụ phải thực hiện, chẳng hạn như đọc to. Tính dai dẳng của rối loạn này thay đổi tùy theo từng cá nhân. Mặc dù các báo cáo lâm sàng cho thấy nhiều cá nhân đột nhiên hết bệnh nhưng vẫn còn thiếu các dữ liệu từ nghiên cứu. Trong một số trường hợp, đặc biệt là ở các cá nhân bị rối loạn lo âu xã hội, chứng mất nói chọn lọc có thể biến mất, nhưng các triệu chứng rối loạn lo âu xã hội vẫn còn tồn tại.

Các đặc điểm liên quan của chứng mất nói chọn lọc có thể bao gồm sự nhút nhát quá mức, sợ bối rối trong các tình huống xã hội, cô lập và rút lui khỏi xã hội, tính đeo bám, xu hướng bốc đồng, suy nghĩ tiêu cực, cơn giận dữ, hoặc hành vi đối lập nhẹ. Mặc dù trẻ bị rối loạn này nhìn chung có kỹ năng ngôn ngữ bình thường, đôi khi có thể có một rối loạn giao tiếp liên quan. Ngay cả khi có những rối loạn này, trẻ vẫn có nhiều lo lắng. Tại các phòng khám lâm sàng, trẻ em có chứng mất nói chọn lọc hầu như luôn được chẩn đoán kèm với một rối loạn lo âu khác, thông thường nhất là rối loạn lo âu xã hội (sợ xã hội).

Trẻ em trong các gia đình di cư đến một quốc gia nói một ngôn ngữ khác có thể từ chối nói ngôn ngữ mới vì trẻ ít hiểu biết về ngôn ngữ này. Nếu sự hiểu biết về ngôn ngữ mới là đầy đủ nhưng trẻ vẫn từ chối nói, trẻ có thể được chẩn đoán là bị chứng mất nói chọn lọc.

Mất nói chọn lọc có thể dẫn đến suy yếu chức năng xã hội, vì trẻ có thể quá lo lắng khi tham gia vào các tương tác xã hội với những đứa trẻ khác. Khi trẻ bị mất nói chọn lọc lớn lên, những người lớn này có thể phải đối mặt với sự cô lập xã hội ngày càng tăng. Trong môi trường học đường, những đứa trẻ này có thể bị suy giảm học tập, vì thường các em không liên lạc với giáo viên về nhu cầu học tập hoặc nhu cầu cá nhân (ví dụ: không hiểu bài tập trên lớp, không sử dụng được nhà vệ sinh). Suy giảm nghiêm trọng ở trường và hoạt động xã hội rất phổ biến, thường là do bị trêu chọc. Trong một số trường hợp nhất định, mất nói chọn lọc có thể là cách mà cá nhân dùng để che dấu phản ứng lo lắng trong các cuộc gặp gỡ xã hội.

* 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo DSM-5

1. Tình trạng không thể nói được lặp đi lặp lại trong các tình huống xã hội cụ thể mà ở đó cá nhân được mong đợi nói (vd: ở trường), mặc dù cá nhân đó vẫn nói được ở các tình huống khác.
2. Rối loạn này ảnh hưởng đến kết quả học tập, việc làm và giao tiếp xã hội
3. Rối loạn này kéo dài ít nhất 1 tháng (không giới hạn trong tháng đầu tiên đến trường)
4. Tình trạng không thể nói được không phải là do thiếu hiểu biết hay cảm thấy không thoải mái với ngôn ngữ được sử dụng trong tình huống xã hội đó.

Rối loạn này không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn giao tiếp (ví dụ: rối loạn lưu loát ngôn ngữ khởi đầu trong thời thơ ấu) và không đồng mắc với rối loạn phổ tự kỷ, tâm thần phân liệt, hoặc rối loạn loạn thần khác.

* 1. Các đặc điểm chẩn đoán

Trong tương tác xã hội, trẻ em bị chứng mất nói chọn lọc không chủ động bắt chuyện hoặc trả lời lại khi được người khác nói chuyện với mình. Thiếu giao tiếp bằng lời xảy ra trong các tương tác xã hội với trẻ em hoặc người lớn. Trẻ em mất nói chọn lọc sẽ có thể ngay lập tức nói chuyện tại nhà với sự có mặt của các thành viên gia đình. Nhưng thường thì trẻ không nói thậm chí trước mặt bạn bè gần gũi hoặc những người họ hàng khác, chẳng hạn như ông bà hoặc anh em họ. Rối loạn này thường đặc trưng bởi nỗi lo lắng trong các tình huống xã hội. Trẻ em bị mất nói có chọn lọc thường không chịu nói ở trường, dẫn đến suy giảm học tập. Giáo viên thường khó đánh giá các kỹ năng của trẻ (ví dụ: đọc chữ). Việc không sử dụng lời nói có thể cản trở giao tiếp xã hội, mặc dù trẻ bị rối loạn này có khả năng sử dụng phương tiện không lời (ví dụ: lẩm bẩm, chỉ, viết) để giao tiếp và có thể sẵn sàng hoặc mong muốn thực hiện hoặc tham gia vào các hoạt động xã hội khi không yêu cầu lời nói (ví dụ: các vai diễn không lời trong các vở kịch ở trường).

* 1. Chẩn đoán phân biệt
     1. Rối loạn giao tiếp

Mất nói chọn lọc nên được phân biệt với rối loạn lời nói được giải thích tốt hơn bởi một tình trạng rối loạn giao tiếp, chẳng hạn như rối loạn ngôn ngữ, rối loạn âm thanh giọng nói (trước đây được gọi là rối loạn âm vị học), rối loạn lưu loát ngôn ngữ khởi phát từ thời thơ ấu (nói lắp), hoặc rối loạn giao tiếp thực dụng (rối loạn giao tiếp xã hội). Không giống như chứng mất nói có chọn lọc, rối loạn ngôn ngữ trong những điều kiện này không bị giới hạn trong một tình huống xã hội cụ thể.

* + 1. Rối loạn phát triển thần kinh và tâm thần phân liệt và các rối loạn loạn thần khác

Những người bị rối loạn phổ tự kỷ, tâm thần phân liệt hoặc một rối loạn loạn thần khác, hoặc thiểu năng trí tuệ nghiêm trọng có thể có vấn đề trong giao tiếp xã hội và không thể nói một cách thích hợp trong các tình huống xã hội. Ngược lại, chủ nghĩa mất nói chọn lọc chỉ được chẩn đoán khi trẻ có khả năng nói trong một số tình huống xã hội(ví dụ: thường ở nhà).

* + 1. Rối loạn lo âu xã hội (sợ xã hội)

Lo lắng xã hội và tránh né xã hội trong rối loạn lo âu xã hội có thể liên quan đến mất nói chọn lọc. Trong những trường hợp như vậy, cả hai chẩn đoán có thể được đưa ra.

SỢ CHUYÊN BIỆT

1. ĐẠI CƯƠNG

Tại Hoa Kỳ, ước tính tỷ lệ lưu hành 12 tháng trong cộng đồng của sợ chuyên biệt là khoảng 7% -9%, Châu Âu khoảng 6%, tỷ lệ thường thấp hơn ở Châu Á, Châu Phi và các nước Mỹ Latin (2% -4%). Tỷ lệ ở trẻ em là khoảng 5%, từ 13 đến 17 tuổi là khoảng 16%, tỷ lệ thấp hơn ở những người lớn tuổi (khoảng 3% -5%), có thể phản ánh sự nghiêm trọng của các biểu hiện giảm dần đến mức dưới lâm sàng. Nữ giới mắc rối loạn nhiều hơn nam giới, với tỷ lệ xấp xỉ 2: 1, mặc dù tỷ lệ khác nhau đối với các tác nhân gây sợ khác nhau. Nữ giới sợ động vật, môi trường tự nhiên và tình huống nhiều hơn, trong cả hai giới sợ chấn thương-tiêm chích-máu gần như bằng nhau.

1. BỆNH SINH

**Tính cách.** Các yếu tố nguy cơ về mặt tính cách của chứng sợ chuyên biệt, chẳng hạn như ảnh hưởng tiêu cực hoặc sự hạn chế hành vi cũng là yếu tố nguy cơ của các rối loạn lo âu khác.

**Môi trường**. Sự bảo vệ quá mức của cha mẹ, mất mát và chia ly của cha mẹ, lạm dụng thể chất và tình dục là yếu tố nguy cơ về mặt môi trường của sợ chuyên biệt. Những sự kiện sang chấn hay tiêu cực hoặc tình huống sợ hãi đôi khi có trước nỗi sợ chuyên biệt.

**Di truyền và sinh lý.** Có thể có sự nhạy cảm về mặt di truyền đối với sợ chuyên biệt (ví dụ, một cá nhân có người thân trực hệ sợ động vật có nhiều khả năng cũng sợ động vật này hơn là bị các nỗi sợ thuộc phận loại khác). Những người mắc chứng sợ tiêm chích-máu-chấn thương thường có cơn ngất vasovagal khi gặp phải tác nhân gây sợ.

1. LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Nỗi sợ chuyên biệt đôi khi phát triển sau một sự kiện sang chấn (ví dụ, bị cơn bởi một con vật hoặc bị mắc kẹt trong thang máy), quan sát những người khác trải qua một sự kiện sang chấn (ví dụ, thấy ai đó chết đuối), cơn hoảng loạn bất ngờ trong tình huống đáng sợ (ví dụ: khi đang ở trên tàu điện ngầm) hoặc sự lan truyền thông tin (ví dụ: truyền thông đưa tin rộng rãi về một vụ tai nạn máy bay). Tuy nhiên, nhiều cá nhân với nỗi sợ chuyên biệt không thể nhớ lại lý do cụ thể cho sự khởi đầu của nỗi gây sợ của họ. Nỗi sợ chuyên biệt thường phát triển trong thời thơ ấu, với phần lớn các trường hợp phát triển trước 10 tuổi. Độ tuổi trung vị lúc khởi phát nằm giữa 7 đến 11 tuổi, trung bình là khoảng 10 tuổi. Những nỗi sợ chuyên biệt theo tình huống có xu hướng khởi phát muộn hơn so với những nỗi gây sợ về môi trường tự nhiên, động vật hoặc tiêm chích-máu. Những nỗi sợ chuyên biệt phát triển trong thời thơ ấu và thanh thiếu niên có khả năng tăng, giảm chứ không cố định trong thời kỳ đó. Tuy nhiên, một khi nỗi gây sợ vẫn tồn tại đến tuổi trưởng thành thì gần như không có khả năng hết hoàn toàn.

Khi sợ chuyên biệt được chẩn đoán ở trẻ em, hai vấn đề cần được xem xét. Đầu tiên, trẻ nhỏ có thể thể hiện sự sợ hãi và lo lắng của mình bằng cách khóc, giận dữ, đông cứng, hoặc bám víu. Thứ hai, trẻ nhỏ thường không thể hiểu khái niệm về tránh né. Do đó, bác sĩ nên thu thập thêm thông tin từ cha mẹ, giáo viên, hoặc những người khác hiểu biết về trẻ. Nỗi sợ hãi quá mức khá phổ biến ở trẻ em nhưng thường là nhất thời, chỉ gây suy giảm chức năng nhẹ và do đó được coi là phù hợp với sự phát triển. Những trường hợp như vậy không được chẩn đoán là sợ chuyên biệt. Khi cân nhắc chẩn đoán sợ chuyên biệt ở trẻ, điều quan trọng là đánh giá mức độ suy giảm và thời gian của sự sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né và thử xem điều này có điển hình cho giai đoạn phát triển hiện tại của trẻ hay không.

Mặc dù sợ chuyên biệt có tỷ lệ thấp hơn ở nhóm người cao tuổi, nhưng đây vẫn một trong những rối loạn thường gặp trong giai đoạn muộn của cuộc sống. Có một số vấn đề nên được xem xét khi chẩn đoán sợ chuyên biệt ở nhóm bệnh nhân này. Đầu tiên, cá nhân lớn tuổi thường sợ môi trường tự nhiên và sợ của té ngã. Thứ hai, sợ chuyên biệt (giống như tất cả các rối loạn lo âu) có xu hướng xảy ra đồng thời với các mối bận tâm về sức khỏe ở những người lớn tuổi, bao gồm bệnh mạch vành và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính Thứ ba, những người lớn tuổi thường gán ghép các triệu chứng lo âu với các bệnh lý y khoa. Thứ tư, cá nhân lớn tuổi thường biểu hiện lo lắng một cách không điển hình (ví dụ: vừa lo âu vừa trầm cảm), nên thường được dán nhãn chẩn đoán là rối loạn lo âu không chuyên biệt. Ngoài ra, sự hiện diện của nỗi sợ chuyên biệt ở người cao tuổi có liên quan đến việc giảm chất lượng cuộc sống và có thể có vai trò như là một yếu tố nguy cơ cho rối loạn nhận thức thần kinh chủ yếu.

Mặc dù hầu hết các nỗi sợ chuyên biệt phát triển trong thời thơ ấu và thanh thiếu niên, vẫn có những nỗi sợ khởi phát ở những lứa tuổi khác, thường là tkết quả của những trải nghiệm sang chấn. Ví dụ, sợ mắc nghẹn hầu như luôn xuất hiện sau khi một người trải qua cảm giác nghẹn gần nghẹt thở, bất kể ở lứa tuổi nào.

Các cá nhân mắc chứng sợ chuyên biệt thường có các triệu chứng kích hoạt về mặt cơ thể khi dự đoán hoặc khi tiếp xúc với một đối tượng hoặc tình huống gây sợ. Tuy nhiên, phản ứng sinh lý đối với tình huống hoặc đối tượng sợ hãi khác nhau ở các cá nhân khác nhau. Những người sợ tình huống tự nhiên, môi trường tự nhiên và sợ động vật thường bị kích thích thần kinh giao cảm, trong khi những người mắc chứng sợ máu hoặc sợ tiêm thường có phản xạ vasovagal và có thể ngất (tình trạng ban đầu tăng nhịp tim và tăng huyết áp, sau đó giảm nhịp tim và giảm huyết áp.

Tại Hoa Kỳ, người châu Á và người Latin có tỷ lệ sợ chuyên biệt thấp hơn đáng kể so với nhóm người da trắng không phải gốc Latin, người Mỹ gốc Phi và người Mỹ bản địa. Ngoài việc có tỷ lệ mắc chứng sợ chuyên biệt thấp hơn, một số quốc gia bên ngoài Hoa Kỳ, đặc biệt là các nước châu Á và châu Phi, cho thấy các nội dung gây sợ khác nhau, tuổi bắt đầu và tỷ số giới tính khác nhau.

Những người mắc chứng sợ chuyên biệt có khả năng tự sát cao hơn tới 60% so với những cá nhân không có chẩn đoán. Tuy nhiên, có khả năng tỷ lệ này tăng cao này chủ yếu là do sự đồng mắc với các rối loạn nhân cách và các rối loạn lo âu khác.

Các cá nhân mắc chứng sợ chuyên biệt cũng suy giảm chức năng tâm lý xã hội và chất lượng cuộc sống bao gồm nghề nghiệp và mối quan hệ với người khác. Ở người lớn tuổi, suy giảm có thể thể hiện trong nhiệm vụ chăm sóc và hoạt động chủ ý. Ngoài ra, sợ ngã ở người lớn tuổi có thể dẫn đến giảm khả năng vận động và giảm chức năng thể chất và xã hội, và có thể cần phải được hỗ trợ tại nhà. Sự đau khổ và suy giảm chức năng gây ra bởi sợ chuyên biệt có xu hướng gia tăng song song với số lượng đối tượng và tình huống gây sợ. Do đó, một cá nhân sợ bốn đối tượng hoặc tình huống có khả năng bị suy giảm nhiều hơn trong nghề nghiệp và vai trò xã hội, đồng thời chất lượng cuộc sống thấp hơn một cá nhân chỉ sợ một đối tượng hoặc tình huống. Những người mắc chứng sợ chuyên biệt do tiêm chích-máu-chấn thương thường không muốn được chăm sóc y tế ngay cả khi có lo lắng về sức khỏe. Ngoài ra, sợ nôn và nghẹn có thể làm giảm đáng kể lượng thức ăn sử dụng.

* 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5

1. Sợ hãi hoặc lo lắng đáng kể về một đối tượng hoặc tình huống cụ thể (ví dụ: sợ bay, độ cao, động vật, nhận được một mũi tiêm, nhìn thấy máu).

Lưu ý: Ở trẻ em, nỗi sợ hãi hoặc lo lắng có thể được thể hiện bằng cách khóc, giận dữ, đông cứng hoặc bám víu.

1. Đối tượng hoặc tình huống này hầu như luôn luôn gây ra sự sợ hãi hoặc lo lắng ngay lập tức.
2. Đối tượng hoặc tình huống này được chủ động tránh hoặc chịu đựng với nỗi sợ hãi hoặc lo lắng dữ dội.
3. Sự sợ hãi hoặc lo lắng là quá mức so với mối nguy hiểm thực sự do đối tượng cụ thể gây ra và so với bối cảnh văn hóa xã hội.
4. Sự sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né dai dẳng, thường kéo dài từ 6 tháng trở lên.
5. Sự sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né gây ra đau khổ hoặc suy giảm đáng kể về mặt lâm sàng trong chức năng xã hội, nghề nghiệp, hoặc các lĩnh vực hoạt động quan trọng khác.
6. Sự rối loạn không được giải thích tốt hơn bởi các triệu chứng của một rối loạn tâm thần khác, bao gồm sợ hãi, lo lắng và tránh các tình huống liên quan đến các triệu chứng giống như hoảng loạn, hoặc các triệu chứng mất khả năng khác (như trong sợ khoảng rộng); các đối tượng hoặc tình huống liên quan đến các gây sợ (như trong rối loạn gây sợ cưỡng chế); nhắc nhớ về các sự kiện gây sang chấn; tách khỏi nhà hoặc các đối tượng gắn bó (như trong PTSD); hoặc các tình huống xã hội (như trong rối loạn lo âu xã hội).
7. Các mã chẩn đoán riêng biệt dựa trên tác nhân gây sợ:

**300.29 (F40.218) Động vật** (ví dụ: nhện, côn trùng, chó).

**300.29 (F40.228) Môi trường tự nhiên** (ví dụ: độ cao, bão tố, nước).

**300.29 (F40.23X) Chấn thương-tiêm chích-máu** (ví dụ: kim tiêm, thủ thuật y tế xâm lấn).

Ghi chú: Chọn mã ICD-10-CM như sau: **F40.230** sợ máu; **F40.231** sợ tiêm và truyền máu; **F40.232** sợ chăm sóc y tế khác; hoặc là **F40.233** sợ chấn thương.

**300.29 (F40.248)** Tình huống (ví dụ: máy bay, thang máy, địa điểm kèm theo).

**300.29 (F40.298)** Khác (ví dụ: các tình huống có thể dẫn đến nghẹt thở hoặc nôn mửa ở trẻ em, ví dụ: nghe âm thanh lớn hoặc gặp người hóa trang).

**Ghi chú:** Khi có nhiều hơn một tác nhân gây sợ, chẩn đoán tất cả các mã ICD-10-CM có hiện diện (ví dụ: trường hợp vừa sợ rắn vừa sợ bay, mã hóa cụ thể là F40.218 - động vật và F40.248 - tình huống)

* 1. Các đặc điểm chẩn đoán

Một đặc điểm chính của rối loạn này là sự sợ hãi hoặc lo lắng xuất hiện trong những hoàn cảnh có hoặc đối tượng hoặc tình huống cụ thể (Tiêu chuẩn A), có thể được gọi là tác nhân gây sợ. Các loại tình huống hoặc đối tượng bây sợ được liệt kê trong các mã chuyên chẩn đoán biệt. Có những cá nhân sợ nhiều loại đối tượng và tình huống. Để chẩn đoán được sợ chuyên biệt, kiểu phản ứng phải khác với nỗi sợ hãi bình thường, thoáng qua thường gặp trong trong dân số. Để đáp ứng các Tiêu chuẩn chẩn đoán, nỗi sợ hãi hoặc lo lắng phải dữ dội hoặc nghiêm trọng (nghĩa là, "đáng kể"). Mức độ sợ hãi có thể thay đổi tùy theo độ gần với đối tượng hoặc tình huống sợ hãi và có thể xảy ra khi có sự hiện diện thực tế hay cả khi dự đoán sẽ gặp phải đối tượng hoặc tình huống. Ngoài ra, nỗi sợ hãi hoặc lo lắng có thể ở dạng cơn hoảng loạn đầy đủ hoặc hạn chế triệu chứng (cơn hoảng loạn đoán trước được). Một đặc điểm khác của sợ chuyên biệt là nỗi sợ hãi hoặc lo lắng xuất hiện gần như mỗi khi cá nhân tiếp xúc với kích thích tác nhân gây sợ (Tiêu chuẩn B). Do đó, một cá nhân chỉ thỉnh thoảng trở nên lo lắng khi phải đối mặt với tình huống hoặc đối tượng cụ thể (ví dụ, chỉ lo lắng trong một trong năm chuyến bay) sẽ không được chẩn đoán mắc chứng sợ chuyên biệt. Tuy nhiên, mức độ sợ hãi hoặc lo lắng thể hiện có thể khác nhau (từ lo âu chờ đợi đến một cơn hoảng loạn đầy đủ triệu chứng) trong những hoàn cảnh khác nhau, chẳng hạn như có sự hiện diện của người khác, thời gian tiếp xúc và các yếu tố đe dọa khác ví dụ như gặp nhiễu loạn trên chuyến bay ở những người sợ bay. Trẻ em và người lớn thường có cách thể hiện sợ hãi và lo lắng khác nhau. Ngoài ra, nỗi sợ hãi hoặc lo lắng xảy ra ngay khi gặp phải đối tượng hoặc tình huống gây sợ (tức là, ngay lập tức thay vì bị trì hoãn). Cá nhân chủ động tránh tình huống này, hoặc nếu họ không thể hoặc quyết định không tránh né, các tác nhân này gợi lên nỗi sợ hãi hoặc lo lắng dữ dội (Tiêu chuẩn C). Chủ động tránh né có nghĩa là cá nhân cố ý cư xử theo những cách chủ ý để ngăn chặn hoặc giảm thiểu tiếp xúc với các đối tượng hoặc tình huống gây sợ (ví dụ: chọn đường hầm thay vì cầu trên đường đi làm hàng ngày vì sợ độ cao; tránh đi vào phòng tối vì sợ nhện; tránh nhận công việc tại một địa phương nơi mà tác nhân gây sợ phổ biến). Các hành vi tránh né thường rất rõ ràng (ví dụ, một cá nhân sợ máu không chịu đi khám bác sĩ) nhưng đôi khi ít rõ ràng hơn (ví dụ, một cá nhân sợ rắn từ chối nhìn vào tranh ảnh giống con rắn hoặc có hình dạng giống con rắn). Nhiều cá nhân sợ chuyên biệt đã phải chịu đựng trong nhiều năm và đã thay đổi hoàn cảnh sống của họ trong để tránh né các tác nhân gây sợ càng nhiều càng tốt (ví dụ: một cá nhân được chẩn đoán mắc chứng sợ chuyên biệt, động vật có thể dời chỗ ở đến khu vực không có con vật làm mình sợ). Do đó, họ không còn cảm thấy sợ hãi hay lo lắng trong cuộc sống hàng ngày. Trong những trường hợp như vậy, các hành vi tránh né hoặc từ chối tham gia vào các hoạt động có khả năng phải tiếp xúc với đối tượng hoặc tình huống gây sợ (ví dụ, từ chối đi công tác hết lần này đến lần khác vì sợ bay) có thể hữu ích để xác nhận chẩn đoán.

Sự sợ hãi hoặc lo lắng vượt quá so với nguy hiểm thực tế mà đối tượng hoặc tình huống có thể gây ra, hoặc biểu hiện dữ dội hơn mức cần thiết (Tiêu chuẩn D). Mặc dù cá nhân sợ chuyên biệt thường nhận ra phản ứng của họ là không phù hợp, họ vẫn có xu hướng đánh giá quá cao sự nguy hiểm trong các tình huống sợ hãi của họ. Do đó nhận xét rằng biểu hiện có quá mức hay không được đưa ra bởi bác sĩ lâm sàng. Bối cảnh văn hóa xã hội của cá nhân cũng nên được tính đến. Ví dụ, nỗi sợ bóng tối có thể hợp lý trong bối cảnh đang diễn ra bạo lực và nỗi sợ côn trùng có thể không phù hợp ở những nơi phổ biến sử dụng côn trùng trong các món ăn. Nỗi sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né là dai dẳng, thường kéo dài từ 6 tháng trở lên (Tiêu chuẩn E), giúp phân biệt rối loạn với các nỗi sợ thoáng qua phổ biến trong dân số, đặc biệt là ở trẻ em. Tuy nhiên, tiêu chuẩn thời gian nên được sử dụng như một hướng dẫn chung, một cách linh hoạt.

Nỗi sợ chuyên biệt phải gây ra sự đau khổ hoặc suy giảm trong chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực hoạt động quan trọng khác (Tiêu chuẩn F).

* 1. Chẩn đoán phân biệt
     1. Sợ khoảng rộng (agoraphobia)

Sợ chuyên biệt theo tình huống có thể có biểu hiện lâm sàng giống với chứng sợ khoảng rộng do các tác nhân gây sợ có vẻ giống nhau (ví dụ: bay, nơi kín, thang máy). Sợ khoảng rộng có 5 tình huống gây sợ. Nếu như một cá nhân chỉ sợ một trong những tình huống đó thì chẩn đoán là sợ chuyện biệt. Nếu người đó sợ nhiều hơn một tình huống trong số đó, có khả năng người này bị sợ khoảng rộng. Ví dụ, một cá nhân sợ máy bay và thang máy (tương ứng với tác nhân gây sợ trong sợ khoảng rộng là "giao thông công cộng") nhưng không sợ các tình huống khoảng rộng khác sẽ được chẩn đoán sợ chuyên biệt, tình huống, trong khi một cá nhân sợ máy bay, thang máy và đám đông (tương ứng với hai tình huống sợ khoảng rộng là "sử dụng giao thông công cộng" và "đứng xếp hàng hoặc ở trong một đám đông ") sẽ được chẩn đoán mắc chứng sợ khoảng rộng. Tiêu chuẩn B của sợ khoảng rộng (các tình huống gây sợ hoặc tránh né "vì nghĩ rằng việc trốn thoát có thể khó khăn hoặc sự giúp đỡ có thể không có sẵn trong trường hợp xuất hiện các triệu chứng giống như hoảng loạn hoặc các triệu chứng mất khả năng hoặc gây xấu hổ khác ") cũng có thể hữu ích trong việc phân biệt sợ khoảng rộng từ sợ chuyên biệt. Nếu các tình huống được sợ hãi vì lý do khác, chẳng hạn như sợ bị bị tổn hại trực tiếp bởi đối tượng hoặc tình huống (ví dụ: sợ máy bay rơi, sợ bị động vật cắn), chẩn đoán sợ chuyên biệt có thể phù hợp hơn.

* + 1. Rối loạn lo âu xã hội

Nếu cá nhân sợ hãi tình huống đó là vì sợ bị đánh giá tiêu cực, thì nên được chẩn đoán là rối loạn lo âu xã hội thay vì sợ chuyên biệt.

* + 1. Rối loạn lo âu chia ly

Nếu cá nhân sợ hãi tình huống đó vì bị tách khỏi một người chăm sóc chính hoặc đối tượng gắn bó thì nên được chẩn đóa làn rối loạn lo âu chia ly thay vì sợ chuyên biệt.

* + 1. Rối loạn hoảng loạn

Các cá nhân sợ chuyên biệt có thể trải qua các cơn hoảng loạn khi phải đối mặt với tình huống hoặc đối tượng gây sợ. Chẩn đoán sợ chuyên biệt sẽ được đưa ra nếu các cơn hoảng loạn chỉ xảy ra với đối tượng hoặc tình huống cụ thể. Trong khi chẩn đoán rối loạn hoảng loạn sẽ được đưa ra nếu các cơn hoảng loạn có tính chất bất ngờ (tứclà không đoán trước được, không phụ thuộc và tác nhân gây sợ nào cụ thể).

* + 1. Rối loạn ám ảnh cưỡng chế

Nếu nỗi sợ hãi hay lo lắng chính xuất phát từ ám ảnh (ví dụ: sợ máu do những suy nghĩ ám ảnh về việc bị lây truyền mầm bệnh qua máu [vd: HIV]; sợ lái xe do những hình ảnh ám ảnh về việc làm hại người khác) và nếu các tiêu chuẩn chẩn đoán khác của ám ảnh cưỡng chế được đáp ứng thì chẩn đoán là rối loạn ám ảnh cưỡng chế.

* + 1. Rối loạn liên quan đến stress và sang chấn

Nỗi sợ hãi có thể phát triển sau một sang chấn. Trong trường hợp đó, chỉ chẩn đoán sợ chuyên biệt khi không có đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán PTSD.

* + 1. Rối loạn ăn uống

Chẩn đoán sợ chuyên biệt không được đưa ra nếu hành vi tránh né chỉ giới hạn đối với các thực phẩm và những thứ liên quan đến thực phẩm, trong trường hợp đó là chẩn đoán có thể được đưa ra là chán ăn tâm thần (anorexia nervosa) hoặc cuồng ăn (bulimia neurosa).

* + 1. Bệnh tâm thần phân liệt và các rối loạn loạn thần khác.

Khi sợ hãi và tránh né là do hoang tưởng (như trong phổ tâm thần phân liệt và rối loạn tâm thần khác), không được chẩn đoán là sợ chuyên biệt.

RỐI LOẠN LO ÂU XÃ HỘI (SỢ XÃ HỘI)

1. ĐẠI CƯƠNG

Ước tính tỷ lệ lưu hành 12 tháng của rối loạn lo âu xã hội ở Hoa Kỳ là khoảng 7%. Tỷ lệ này cao hơn nhiều nơi trên thế giới sử dụng cùng một công cụ chẩn đoán (trong khoảng 0,5% -2,0%); tỷ lệ trung vị ở Châu Âu là 2,3%. Tỷ lệ lưu hành 12 tháng ở trẻ em và thanh thiếu niên là tương đương với người lớn. Tỷ lệ lưu hành giảm theo tuổi. Tỷ lệ lưu hành 12 tháng đối ở người cao tuổi dao động từ 2% đến 5%. Nhìn chung, tỷ lệ rối loạn lo âu xã hội cao hơn được tìm thấy ở nữ nhiều hơn nam trong dân số (với tỷ lệ chênh lệch từ 1,5 đến 2.2), và sự khác biệt về giới trong tỷ lệ hiện mắc rõ rệt hơn ở thiếu niên và thanh niên. Trong các mẫu lâm sàng, tỷ lệ giới tính tương đương hoặc cao hơn một chút ở nam giới cho thấy vai trò giới và kỳ vọng xã hội làm bệnh nhân nam tăng hành vi tìm kiếm trợ giúp. So sánh tỷ lệ lưu hành trong các nhóm sắc tộc ở Hoa Kỳ cho thấy nhóm người Mỹ gốc Ấn có tỷ lệ cao hơn những người gốc Á, Latin, Mỹ gốc Phi và người gốc Phi-Caribbean cao hơn so với người da trắng không gốc Tây Ban Nha.

1. BỆNH SINH

**Tính cách.** Những đặc điểm tiềm ẩn khiến cá nhân mắc chứng rối loạn lo âu xã hội bao gồm sự ức chế hành vi và sợ đánh giá tiêu cực.

**Môi trường.** Bị ngược đãi hoặc bất lợi trong sự phát triển tâm lý xã hội trong giai đoạn sớm của thời thơ ấu không phải là nguyên nhân dẫn đến khởi phát rối loạn lo âu xã hội, nhưng vẫn là yếu tố nguy cơ của rối loạn này.

**Di truyền và sinh lý.** Những xu hướng dẫn đến rối loạn lo âu xã hội, chẳng hạn như ức chế hành vi, có tính di truyền mạnh mẽ. Sự tương tác di truyền - môi trường thể hiện ở chỗ những trẻ em bị hạn chế hành vi thì nhạy cảm hơn với các tác động từ môi trường, như là bắt chước theo sự lo âu xã hội của ba mẹ. Người thân trực hệ có nguy cơ mắc chứng rối loạn lo âu xã hội cao gấp hai đến sáu lần, liên quan đến những đặc điểm chuyên biệt cho rối loạn (ví dụ, nỗi sợ đánh giá tiêu cực) và các đặc điểm không chuyên biệt nhưng có tính di truyền (ví dụ, xu hướng tiêu cực).

1. LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Độ tuổi trung bình khi khởi phát rối loạn lo âu xã hội ở Hoa Kỳ là 13 tuổi và 75% cá nhân từ 8 đến 15 tuổi. Các rối loạn đôi khi xuất phát từ những trẻ em có tiền sử giới hạn xã hội hoặc nhút nhát trong các nghiên cứu của Hoa Kỳ và Châu Âu. Khởi phát cũng có thể xảy ra sớm trong thời thơ ấu. Rối loạn lo âu xã hội có thể khởi phát ngay sau một trải nghiệm căng thẳng hoặc xấu hổ (ví dụ: bị bắt nạt, nôn mửa trong một bài phát biểu công khai) hoặc cũng có thể chỉ phát triển từ từ. Khởi phát lần đầu ở tuổi trưởng thành là tương đối hiếm và nhiều khả năng xảy ra sau một sự kiện căng thẳng hoặc xấu hổ hoặc sau sự thay đổi cuộc sống đòi hỏi vai trò xã hội mới (ví dụ: kết hôn với một người thuộc tầng lớp xã hội khác, được thăng tiến công việc). Với một người sợ hẹn hò, rối loạn lo âu xã hội có thể giảm sau khi họ kết hôn và trở lại sau khi họ ly hôn. Trong số các cá nhân đến khám tại cơ sở y tế, rối loạn này có xu hướng đặc biệt dai dẳng.

Thanh thiếu niên có cách biểu hiện sợ hãi và tránh né đa dạng hơn so với trẻ nhỏ. Người lớn tuổi thể hiện sự lo lắng xã hội ở cấp độ thấp hơn nhưng ở nhiều tình huống hơn, trong khi những người trẻ tuổi thể hiện mức độ lo lắng xã hội cao hơn nhưng chỉ trong các tình huống cụ thể. Ở người lớn tuổi, lo lắng xã hội có thể quan tâm đến việc bị mất khả năng do giác quan suy giảm (thính giác, thị giác) hoặc bối rối về ngoại hình (ví dụ, run rẩy như là một triệu chứng của bệnh Parkinson) hoặc bệnh lý y khoa, không tự chủ hoặc suy giảm nhận thức (ví dụ: quên tên của người khác). Trong cộng đồng có khoảng 30% cá nhân mắc chứng rối loạn lo âu xã hội thuyên giảm các triệu chứng trong vòng 1 năm và khoảng 50% thuyên giảm trong một vài năm. Đối với khoảng 60% cá nhân không được điều trị rối loạn lo âu xã hội một cách chuyên biệt, bệnh có thể kéo dài nhiều hơn vài năm.

Phát hiện rối loạn lo âu xã hội ở người cao tuổi có thể là một thách thức vì một số yếu tố, bao gồm tập trung vào các triệu chứng cơ thể, đồng mắc bệnh nội khoa, hiểu biết bản thân hạn chế, sự thay đổi môi trường hoặc vai trò xã hội làm khó đánh giá sự suy giảm chức năng, người cao tuổi cũng hay che dấu nỗi đau khổ thay vì chia sẻ với người khác.

Các cá nhân mắc chứng rối loạn lo âu xã hội có thể không đủ quyết đoán, phục tùng quá mức hoặc kiểm soát cao độ trong các cuộc trò chuyện. Họ có thể biểu hiện tư thế cơ thể cứng nhắc quá mức, ít giao tiếp bằng mắt, hoặc nói với giọng nói quá nhỏ. Những cá nhân này có thể ngại ngùng, thu rút, ít cởi mở trong các cuộc trò chuyện và tiết lộ rất ít về bản thân họ. Họ có thể tìm kiếm các công việc không yêu cầu liên hệ xã hội. Tuy nhiên tình trạng này không xảy ra ở người rối loạn lo âu xã hội thể “chỉ sợ trình diễn”. Họ có thể sống ở nhà nhiều hơn ở bên ngoài. Đàn ông có thể trì hoãn việc kết hôn và có gia đình, trong khi những người phụ nữ dù muốn làm việc bên ngoài nhà có thể phải sống một cuộc sống như người nội trợ và người mẹ. Tự dùng thuốc và chất là tình trạng phổ biến (ví dụ: uống cho say trước khi đi dự tiệc). Lo âu xã hội ở người lớn tuổi cũng có thể bao gồm sự trầm trọng của các triệu chứng bệnh nội khoa, chẳng hạn như run nhiều hoặc nhịp tim nhanh. Đỏ mặt là một phản ứng vật lý đặc trưng của rối loạn lo âu xã hội.

Hội chứng taijin kyofusho (ví dụ, ở Nhật Bản và Hàn Quốc) đáp ứng đủ các tiêu chuẩn của rối loạn lo âu xã hội. Hội chứng này liên quan đến nỗi sợ hãi rằng cá nhân có thể làm cho người khác khó chịu (ví dụ: "Ánh mắt của tôi làm mọi người khó chịu nên họ mới nhìn đi chỗ khác và tránh tôi"). Nỗi sợ hãi này đôi khi mạnh đến mức hoang tưởng. Triệu chứng này cũng có thể được tìm thấy ở các bối cảnh ngoài châu Á. Các dạng biểu hiện khác của taijin kyofusho có thể đáp ứng các tiêu chuẩn của rối loạn biến dạng cơ thể hoặc rối loạn hoang tưởng. Tình trạng di trú có liên quan đến tỷ lệ rối loạn lo âu xã hội thấp hơn đáng kể trong cả hai nhóm da trắng gốc Latin và không Latin. Tỷ lệ mắc rối loạn lo âu xã hội có thể không song hành với mức độ lo lắng xã hội tự báo cáo trong cùng một nền văn hóa. Trong các xã hội có tính tập thể mạnh mẽ, các cá nhân có thể báo cáo mức độ lo lắng xã hội cao nhưng tỷ lệ rối loạn lo âu xã hội ở đây lại thấp.

Nữ giới mắc chứng rối loạn lo âu xã hội có nhiều nỗi sợ với xã hội và thường đồng mắc rối loạn trầm cảm, lưỡng cực và lo âu. Trong khi đó, nam giới có nhiều khả năng sợ hẹn hò, sợ các tình huống đối nghịch hoặc sợ cư xử sai cách, và thường sử dụng rượu và ma túy bất hợp pháp để làm giảm các triệu chứng của rối loạn.

Rối loạn lo âu xã hội có liên quan đến tỷ lệ bỏ học tăng và hạnh phúc, việc làm, năng suất làm việc, tình trạng kinh tế xã hội và chất lượng cuộc sống giảm. Rối loạn lo âu xã hội cũng liên quan đến độc thân, chưa kết hôn hoặc ly dị và không có con, đặc biệt là nam giới. Người cao tuổi thể hiện sự suy giảm trong nhiệm vụ chăm sóc và các hoạt động tình nguyện. Rối loạn lo âu xã hội cũng cản trở các hoạt động giải trí. Mặc dù tồn tại sự đau khổ và suy giảm chức năng, nhưng chỉ có khoảng một nửa số người bị rối loạn lo âu xã hội ở phương Tây từng tìm cách điều trị và họ thường làm điều này sau 15-20 năm chịu đựng các triệu chứng. Không được tuyển dụng là một yếu tố dự báo mạnh mẽ cho sự tồn tại của rối loạn lo âu xã hội.

* 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5

1. Sợ hãi hoặc lo âu đáng kể về một hoặc nhiều tình huống xã hội trong đó cá nhân có khả năng bị người khác xem xét đánh giá. Ví dụ bao gồm các tương tác xã hội (trò chuyện, gặp gỡ những người không quen), được quan sát (ví dụ: khi đang ăn hoặc uống) và trình diễn trước mặt người khác (ví dụ: phát biểu).

Lưu ý: Ở trẻ em, sự lo lắng phải xảy ra khi trẻ ở cùng bạn bè cùng trang lứa chứ không chỉ trong quá trình tương tác với người lớn.

1. Cá nhân lo sợ rằng hành động hoặc các triệu chứng lo lắng của mình sẽ bị đánh giá tiêu cực (sẽ bị chọc ghẹo hoặc xấu hổ; sẽ dẫn đến xúc phạm người khác hoặc bị từ chối).
2. Các tình huống xã hội hầu như luôn gây ra sự sợ hãi hoặc lo lắng.

Lưu ý: Ở trẻ em, nỗi sợ hãi hoặc lo lắng có thể được thể hiện bằng cách khóc, giận dữ, đông cứng, bám víu, co lại hoặc không nói được trong các tình huống xã hội.

1. Các tình huống xã hội được tránh né hoặc chịu đựng với nỗi sợ hãi hoặc lo lắng dữ dội.
2. Sự sợ hãi hoặc lo lắng không cân xứng với mối đe dọa thực tế do tình huống xã hội đó gây ra và với bối cảnh văn hóa xã hội.
3. Sự sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né là dai dẳng, thường kéo dài từ 6 tháng trở lên.
4. Sự sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né gây ra đau khổ hoặc suy giảm đáng kể trên lâm sàng trong chức năng xã hội, nghề nghiệp, hoặc các lĩnh vực hoạt động quan trọng khác.
5. Sự sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né không không phải do tác động sinh lý của chất (ví dụ: chất gây nghiện, thuốc) hoặc tình trạng y khoa khác.
6. Sự sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né không được giải thích tốt hơn bởi các triệu chứng của các rối loạn tâm thần khác, chẳng hạn như rối loạn hoảng loạn, rối loạn dị dạng cơ thể hoặc rối loạn phổ tự kỷ.
7. Nếu một tình trạng y khoa khác (ví dụ, bệnh Parkinson, bệnh béo phì, dị dạng vì bị bỏng hoặc chấn thương) có tồn tại, sự sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né phải rõ ràng không liên quan hoặc quá mức so với bình thường.

Chẩn đoán chuyên biệt:

**Chỉ sợ trình diễn** (performance only): Nếu nỗi sợ chỉ giới hạn trong các tình huống nói hoặc biểu diễn trước công chúng

* 1. Các đặc điểm chẩn đoán

Đặc điểm cơ bản của rối loạn lo âu xã hội là sự sợ hãi hoặc lo lắng rõ ràng hoặc dữ dội về các tình huống xã hội trong đó cá nhân có thể bị người khác xem xét kỹ lưỡng. Ở trẻ em, sợ hay lo phải xảy ra trong khi ở cùng các bạn đồng trang lứa chứ không chỉ trong khi tương tác với người lớn (Tiêu chuẩn A). Khi tiếp xúc với các tình huống xã hội, cá nhân sợ rằng mình sẽ bị đánh giá tiêu cực. Cá nhân lo ngại rằng mình sẽ bị đánh giá là lo lắng, yếu đuối, điên rồ, ngu ngốc, nhàm chán, đáng sợ, bẩn thỉu, hoặc khó ưa. Cá nhân sợ rằng anh ấy hoặc cô ấy sẽ bị đánh giá tiêu cực bởi cách hành động hoặc thể hiện các triệu chứng lo lắng, chẳng hạn như đỏ mặt, run rẩy, đổ mồ hôi, nói vấp, hoặc nhìn chằm chằm (Tiêu chuẩn B). Một số cá nhân sợ hậu quả là mình có thể xúc phạm người khác hoặc bị từ chối. Nỗi sợ xúc phạm người khác - ví dụ, bằng ánh nhìn hoặc bằng cách thể hiện các triệu chứng lo âu - có thể là nỗi sợ hãi chủ yếu của các cá nhân từ các nền văn hóa có tính tập thể mạnh mẽ. Một cá nhân với nỗi sợ run tay có thể tránh ăn, uống, viết hoặc chỉ trỏ ở nơi công cộng; một người sợ đổ mồ hôi có thể tránh bắt tay hoặc ăn thức ăn cay; và một cá nhân sợ đỏ mặt có thể tránh trình diễn công khai, ở nơi đèn sáng hoặc thảo luận về các chủ đề thân mật. Một số cá nhân sợ hãi và tránh đi tiểu trong nhà vệ sinh công cộng khi có người khác ở đó (ví dụ, paruresis - "Hội chứng bàng quang nhút nhát").

Các tình huống xã hội hầu như luôn gây ra sự sợ hãi hoặc lo lắng (Tiêu chuẩn C). Do đó, một cá nhân chỉ đôi khi trở nên lo lắng trong các tình huống xã hội sẽ không được chẩn đoán mắc chứng rối loạn lo âu xã hội. Tuy nhiên, mức độ và loại sợ hãi lo lắng có thể khác nhau (ví dụ: từ lo lắng chờ đợi đến một cơn hoảng loạn) trong các dịp khác nhau. Sự lo âu chờ đợi có thể xảy ra đôi khi rất xa trước khi các tình huống xảy đến (ví dụ: lo lắng mỗi ngày trong nhiều tuần trước khi tham dự một sự kiện xã hội, lặp lại bài phát biểu trước nhiều ngày). Ở trẻ em, nỗi sợ hãi hoặc lo lắng có thể được thể hiện bằng cách khóc, giận dữ, đông cứng, bám víu, hoặc thu rút trong các tình huống xã hội. Các cá nhân thường sẽ tránh né các tình huống xã hội gây sợ hãi.

Ngoài ra, nếu không tránh né, cá nhân phải chịu đựng các tình huống với nỗi sợ hãi hoặc lo lắng dữ dội (Tiêu chuẩn D). Tránh né có thể thể hiện rõ ràng (ví dụ: không đi dự tiệc, không chịu đi học) hoặc tinh tế (ví dụ: chuẩn bị quá mức cho văn bản của bài phát biểu, định hướng sự chú ý sang người khác, hạn chế giao tiếp bằng mắt).

Sự sợ hãi hoặc lo lắng được cho là không tương xứng với rủi ro thực tế của việc bị đánh giá tiêu cực hoặc hậu quả của việc đó (Tiêu chuẩn E). Đôi khi, sự lo lắng có thể không quá mức bởi vì nó có liên quan đến nguy hiểm trong thực tế (ví dụ: bị người khác bắt nạt hoặc hành hạ). Tuy nhiên, những người mắc chứng rối loạn lo âu xã hội thường phóng đại hậu quả tiêu cực của các tình huống xã hội. Do đó phán đoán rằng sự việc có quá mức hay không là việc của các bác sĩ lâm sàng. Bối cảnh văn hóa xã hội của cá nhân cần phải được tính đến khi nhận định này được đưa ra. Ví dụ, trong một số nền văn hóa nhất định, lo lắng trong các tình huống xã hội có thể là được coi là phù hợp (ví dụ, có thể là một dấu hiệu của sự tôn trọng).

Thời gian rối loạn thường ít nhất là 6 tháng (Tiêu chuẩn F). Ngưỡng thời gian này giúp phân biệt rối loạn lo âu xã hội với những nỗi sợ xã hội thoáng qua – một tình trạng phổ biến trong cộng đồng, đặc biệt là ở trẻ em. Tuy nhiên, tiêu chuẩn thời gian nên được sử dụng một cách linh hoạt, như một hướng dẫn chung. Nỗi sợ hãi, lo lắng và tránh né phải can thiệp rõ ràng vào thói quen bình thường của cá nhân, các hoạt động xã hội, các mối quan hệ, hoặc phải gây ra đau khổ hoặc suy giảm đáng kể trên lâm sàng trong chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực quan trọng khác (Tiêu chuẩn G). Ví dụ, một cá nhân tuy sợ nói trước công chúng nhưng sẽ không được chẩn đoán rối loạn lo âu xã hội nếu trình trạng này không thường xuyên gặp phải trong công việc hoặc trong lớp học, và nếu cá nhân không đau khổ đáng kể về nó. Tuy nhiên, nếu cá nhân tránh né hoặc đùn đẩy công việc hoặc nhiệm vụ học tập mà họ thực sự muốn vì các triệu chứng lo lắng xã hội, Tiêu chuẩn G sẽ được đáp ứng.

* 1. Chẩn đoán phân biệt
     1. Sự nhút nhát bình thường

Nhút nhát (dè dặt xã hội) là một đặc điểm tính cách phổ biến và không phải là bệnh lý. Trong một số xã hội, sự nhút nhát thậm chí được đánh giá tích cực. Tuy nhiên, khi có tác động bất lợi đáng kể đến xã hội, nghề nghiệp và các lĩnh vực quan trọng khác, cần xem xét chẩn đoán rối loạn lo âu xã hội nếu có đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán khác. Ở Hoa Kỳ, chỉ một thiểu số (12%) cá nhân tự cho mình là nhút nhát có triệu chứng đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán của rối loạn lo âu xã hội.

* + 1. Sợ khoảng rộng (agoraphobia)

Những người mắc chứng sợ khoảng rộng có thể sợ và tránh các tình huống xã hội (ví dụ: đi xem phim) vì việc trốn thoát có thể khó khăn hoặc có thể không có sự giúp đỡ trong trường hợp mất khả năng hoặc gặp phải các triệu chứng giống như hoảng loạn. Trong khi đó, những người bị rối loạn lo âu xã hội sợ nhất sự xem xét kỹ lưỡng của người khác. Hơn nữa, những người mắc chứng rối loạn lo âu xã hội có khả năng giữ bình tĩnh khi bị bỏ lại một mình, điều thường không xảy ra trong chứng sợ khoảng rộng.

* + 1. Rối loạn hoảng loạn

Các cá nhân bị rối loạn lo âu xã hội có thể có các cơn hoảng loạn nhưng mối quan tâm của họ là sợ bị đánh giá tiêu cực, trong khi người bị rối loạn hoảng loạn quan tâm đến các cơn hoảng loạn của chính họ.

* + 1. Rối loạn lo âu lan toả

Lo lắng trong các tình huống xã hội phổ biến trong rối loạn lo âu lan tỏa, nhưng trọng tâm là bản chất của các mối quan hệ đang diễn ra hơn là sợ bị đánh giá tiêu cực. Các cá nhân mắc chứng rối loạn lo âu lan tỏa, đặc biệt là trẻ em, có thể có những lo lắng quá mức về chất lượng hoạt động xã hội của họ, nhưng những lo lắng này cũng xuất hiện trong các bối cảnh không phải trình diễn trước người khác hoặc không không bị đánh giá bởi người khác. Trong rối loạn lo âu xã hội, nỗi lo lắng tập trung vào trình diễn trong các tình huống xã hội và sự đánh giá của người khác.

* + 1. Rối loạn lo âu chia ly

Cá nhân bị rối loạn lo âu chia ly có thể tránh môi trường xã hội vì lo ngại về việc bị tách khỏi đối tượng gắn bó. Trẻ em luôn yêu cầu sự hiện diện của cha mẹ dù trẻ đã đủ lớn để tách khỏi phụ huynh. Những người mắc chứng rối loạn lo âu chia ly thường thấy thoải mái trong tình huống xã hội khi có đối tượng gắn bó hoặc khi họ ở nhà. Trong khi đó, những người mắc chứng rối loạn lo âu xã hội có thể không thoải mái trong các tình huống xã hội dù chúng có xảy ra ở nhà hay trong khi có sự hiện diện của đối tượng gắn bó.

* + 1. Sợ chuyên biệt

Các cá nhân có sợ chuyên biệt có thể sợ xấu hổ hoặc bị chọc ghẹo (ví dụ: xấu hổ vì mình ngất xỉu khi bị rút máu), nhưng nhìn chung họ không sợ bị đánh giá tiêu cực trong các tình huống xã hội khác.

* + 1. Mất nói chọn lọc

Các cá nhân bị mất nói chọn lọc có thể không nói được vì sợ bị đánh giá tiêu cực, nhưng họ không sợ đánh giá tiêu cực trong các tình huống xã hội không bắt buộc phải nói (ví dụ: chơi các trò chơi không lời).

* + 1. Rối loạn phổ tự kỷ

Lo lắng xã hội và suy giảm giao tiếp xã hội là đặc điểm của rối loạn phổ tự kỷ. Cá nhân bị rối loạn lo âu xã hội điển hình có mối quan hệ xã hội phù hợp với lứa tuổi và năng lực giao tiếp, mặc dù chúng có vẻ khó khăn trong lần đầu tiên tương tác với bạn bè xa lạ hoặc người lớn.

* + 1. Rối loạn nhân cách

Với sự đặc điểm khởi phát trong thời thơ ấu và duy trì qua tuổi trưởng thành, rối loạn lo âu xã hội có thể giống với rối loạn nhân cách. Sự chồng chéo rõ ràng nhất là với rối loạn nhân cách tránh né. Những người mắc chứng rối loạn nhân cách tránh né có xu hướng tránh né rộng lớn hơn so với những người mắc chứng rối loạn lo âu xã hội. Tuy nhiên, rối loạn lo âu xã hội điển hình thường đồng mắc với nhân cách tránh né nhiều hơn so với các rối loạn nhân cách khác, và rối loạn nhân cách tránh né đồng mắc với rối loạn lo âu xã hội nhiều hơn so với các rối loạn lo âu khác.

SỢ KHOẢNG RỘNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Mỗi năm có khoảng 1,7% thanh thiếu niên và người trưởng thành được chẩn đoán mắc chứng sợ khoảng rộng. Nữ giới có khả năng mắc chứng sợ khoảng rộng cao gấp đôi so với nam giới. Sợ khoảng rộng có thể xảy ra trong thời thơ ấu, nhưng đỉnh điểm mắc bệnh ở tuổi vị thành niên và giai đoạn sớm của tuổi trưởng thành. Tỷ lệ lưu hành 12 tháng ở những người trên 65 tuổi là 0,4%. Tỷ lệ không khác nhau giữa các nhóm văn hóa/chủng tộc.

1. BỆNH SINH

**Tính cách.** Ức chế hành vi và xu hướng thần kinh (ảnh hưởng tiêu cực và nhạy cảm lo âu) có liên quan chặt chẽ với chứng sợ khoảng rộng, cũng như có liên quan đến hầu hết các rối loạn lo âu khác (sợ chuyên biệt, rối loạn hoảng loạn, rối loạn lo âu lan tỏa). Nhạy cảm (lo lắng tin rằng các triệu chứng lo âu là có hại) cũng là đặc điểm của những người mắc chứng sợ khoảng rộng.

**Môi trường.** Các sự kiện tiêu cực trong thời thơ ấu (ví dụ: sự ly thân hoặc cái chết của cha mẹ) và các sự kiện căng thẳng khác, chẳng hạn như bị tấn công hoặc bị bắt nạt, có liên quan đến sự khởi phát của chứng sợ khoảng rộng. Hơn nữa, các cá nhân mắc chứng sợ khoảng rộng mô tả không khí gia đình và cách cha mẹ nuôi dạy họ là lạnh lùng và bảo vệ quá mức.

**Di truyền và sinh lý.** Tính di truyền của sợ khoảng rộng là 61%. Trong số các rối loạn sợ, sợ khoảng rộng có mối liên hệ mạnh mẽ và cụ thể nhất với yếu tố di truyền.

1. LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Trong các cá nhân bị sợ khoảng rộng, có 30% trong cộng đồng và 50% trên lâm sàng cho biết họ có các cơn hoảng loạn trước khi bị sợ khoảng rộng. Phần lớn các cá nhân mắc chứng rối loạn hoảng loạn có dấu hiệu lo lắng và sợ khoảng rộng trước khi khởi phát rối loạn hoảng loạn.

Trong hai phần ba các trường hợp mắc chứng sợ khoảng rộng, khởi phát lần đầu là trước 35 tuổi. Nguy cơ mới mắc tăng đáng kể ở tuổi vị thành niên và giai đoạn sớm của tuổi trưởng thành, chỉ báo cho giai đoạn thứ hai là sau 40 tuổi. Khởi phát lần đầu trong thời thơ ấu là hiếm. Tuổi trung bình chung khi khởi phát sợ khoảng rộng là 17 tuổi, trong khi tuổi khởi phát mà không có các cơn hoảng loạn hoặc rối loạn hoảng loạn trước đó là 25-29 tuổi.

Diễn tiến của sợ khoảng rộng thường kéo dài và mãn tính. Sự thuyên giảm hoàn toàn là rất hiếm (10%), trừ khi có điều trị. Với tình trạng sợ khoảng rộng nghiêm trọng hơn, tỷ lệ thuyên giảm hoàn toàn giảm, trong khi tỷ lệ tái phát và mạn tính tăng. Một loạt các rối loạn khác, đặc biệt là các rối loạn lo âu khác, rối loạn trầm cảm, rối loạn sử dụng chất và rối loạn nhân cách, có thể làm phức tạp quá trình điều trị sợ khoảng rộng. Diễn tiến lâu dài và hậu quả của sợ khoảng rộng có liên quan đến tăng nguy cơ mắc rối loạn trầm cảm chủ yếu thứ phát, rối loạn khí sắc dai dẳng (dysthymia) và rối loạn sử dụng chất.

Các đặc điểm lâm sàng của sợ khoảng rộng tương đối nhất quán trong suốt cuộc đời, mặc dù loại tình huống gây ra sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né, cũng như kiểu nhận thức, có thể khác nhau. Ví dụ, ở trẻ em, ở ngoài nhà một mình là tình huống gây sợ thường xuyên nhất, trong khi ở người lớn tuổi, ở trong cửa hàng, đứng xếp hàng và ở trong không gian mở thường đáng sợ nhất. Ngoài ra, nhận thức thay đổi từ sợ bị lạc (ở trẻ em), chuyển thành sợ trải qua các triệu chứng giống như hoảng loạn (ở người lớn), đến sợ té ngã (ở người lớn tuổi).

Ở dạng nghiêm trọng nhất của nó, sợ khoảng rộng có thể khiến các cá nhân trốn trong nhà hoàn toàn, không thể rời khỏi nhà và phụ thuộc vào người khác để nhận được các dịch vụ và cung cấp các nhu cầu cơ bản. Mất tinh thần, các triệu chứng trầm cảm, làm dụng rượu, thuốc và chất gây nghiện để tự chữa trị các triệu chứng là tình trạng thường gặp.

Nữ giới có các kiểu rối loạn đồng mắc khác với nam giới. Phù hợp với sự khác biệt về giới tính trong tỷ lệ mắc các rối loạn tâm thần, nam giới có tỷ lệ mắc rối loạn sử dụng chất cao hơn.

Sợ khoảng rộng có liên quan đến sự suy giảm và khiếm khuyết đáng kể về chức năng, năng suất làm việc và ngày nghỉ việc. Mức độ nghiêm trọng của sợ khoảng rộng là một yếu tố quyết định mạnh mẽ về mức độ khiếm khuyết, bất kể sự đồng mắc của rối loạn hoảng loạn, các cơn hoảng loạn và các tình trạng đồng mắc khác. Hơn một phần ba số người mắc chứng sợ khoảng rộng hoàn toàn ở nhà và không thể làm việc.

* 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5

1. Sợ hãi hoặc lo lắng đáng kể về ít nhất hai trong năm tình huống sau đây:
2. Sử dụng phương tiện giao thông công cộng (ví dụ: ô tô, xe buýt, xe lửa, tàu, máy bay).
3. Ở trong không gian mở (ví dụ: bãi đỗ xe, chợ, cầu).
4. Ở trong không gian kín (ví dụ: cửa hàng, nhà hát, rạp chiếu phim).
5. Đứng trong hàng hoặc đang ở trong một đám đông.
6. Ra khỏi nhà một mình.
7. Cá nhân lo sợ hoặc tránh né những tình huống này vì nghĩ rằng sự thoát ra có thể khó khăn hoặc không thể nhận được giúp đỡ trong trường hợp hiện diện các triệu chứng giống như hoảng loạn hoặc các triệu chứng gây bất lực hoặc gây xấu hổ khác (ví dụ: sợ ngã ở người già, sợ không kiểm soát được).
8. Các tình huống trên hầu như luôn luôn gây ra sự sợ hãi hoặc lo lắng.
9. Các tình huống trên được chủ động tránh né, đòi hỏi phải có sự hiện diện của bạn đồng hành hoặc chịu đựng trong nỗi sợ hãi hoặc lo lắng dữ dội.
10. Sự sợ hãi hoặc lo lắng không tương xứng với mối nguy hiểm thực sự gây ra bởi các tình huống trên và không phù hợp với bối cảnh văn hóa xã hội.
11. Sự sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né là dai dẳng, thường kéo dài từ 6 tháng trở lên.
12. Sự sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né gây ra đau khổ hoặc suy giảm đáng kể trên lâm sàng về chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực quan trọng khác.
13. Nếu một tình trạng y khoa khác (ví dụ, bệnh viêm ruột, bệnh Parkinson) có mặt, thì nỗi sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né phải quá mức một cách rõ ràng.
14. Sự sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né không được giải thích tốt hơn bằng các triệu chứng của một rối loạn tâm thần khác, ví dụ, các triệu chứng không bị giới hạn trong sợ chuyên biệt, tình huống; không chỉ liên quan đến các tình huống xã hội (như trong rối loạn lo âu xã hội): không liên quan riêng đến nỗi ám ảnh (như trong rối loạn ám ảnh cưỡng chế), các khiếm khuyết về ngoại hình (như trong rối loạn rối loạn cơ thể), nhắc nhở về sang chấn (như trong PTSD), hoặc sợ chia ly (như trong rối loạn lo âu chia ly) .

**Lưu ý:** Sợ khoảng rộng được chẩn đoán bất kể sự hiện diện của rối loạn hoảng loạn. Nếu một cá nhân có đủ các tiêu chuẩn của rối loạn hoảng loạn và sợ khoảng rộng, cả hai chẩn đoán sẽ được đưa ra.

* 1. Các đặc điểm chẩn đoán

Các đặc điểm thiết yếu của sợ khoảng rộng là sợ hãi hoặc lo lắng đáng kể hoặc dữ dội được kích hoạt bởi sự tiếp xúc thực tế hoặc dự đoán trước một loạt các tình huống (Tiêu chuẩn A). Chẩn đoán đòi hỏi phải chứng thực các triệu chứng xảy ra trong ít nhất hai trong năm tình huống sau:1) sử dụng phương tiện vận chuyển công cộng như ô tô, xe buýt, xe lửa, tàu hoặc máy bay; 2) trong không gian mở như bãi đỗ xe, chợ, hoặc cầu; 3) ở trong không gian kín như cửa hàng, nhà hát, hoặc rạp chiếu phim; 4) đứng trong hàng hoặc ở trong một đám đông; hoặc 5) ở ngoài nhà một mình. Các liệt kê trên chỉ là ví dụ, trong thực tế còn nhiều trường hợp cụ thể tương ứng với 5 tình huống trên. Khi gặp phải hoặc dự đoán các tình huống này, các cá nhân thường trải nghiệm những suy nghĩ rằng điều gì đó khủng khiếp có thể xảy ra (Tiêu chuẩn B). Các cá nhân thường tin rằng việc thoát khỏi những tình huống như vậy có thể khó khăn (ví dụ: "không thể thoát ra khỏi đây ") hoặc sự trợ giúp sẽ không có sẵn (ví dụ:" không có ai giúp tôi ") khi các triệu chứng giống như hoảng loạn hoặc các triệu chứng gây mất khả năng hoặc gây xấu hổ khác xảy ra. Các triệu chứng “giống hoảng loạn" bao gồm trong 13 triệu chứng được được liệt kê trong tiêu chuẩn của cơn hoảng loạn, chẳng hạn như chóng mặt, ngất xỉu và sợ chết. "Các triệu chứng gây mất khả năng hoặc gây xấu hổ khác" bao gồm các triệu chứng như nôn mửa và các triệu chứng viêm ruột, cũng như sợ ngã ở người lớn tuổi và sợ bị lạc ở trẻ em.

Mức độ sợ hãi có thể thay đổi tùy theo tình huống gây sợ và khả năng mà tình huống đó có thể xảy ra. Nỗi sợ hãi hoặc lo lắng có thể ở dạng một cơn hoảng loạn đầy đủ hoặc giới hạn triệu chứng. Sợ hãi hoặc lo lắng xuất hiện gần như mỗi khi cá nhân tiếp xúc với tình huống gây sợ (Tiêu chuẩn C). Do đó, nếu một cá nhân chỉ thỉnh thoảng trở nên lo lắng trong một tình huống agoraphobic (ví dụ, trở nên lo lắng khi đứng xếp hàng chỉ một trong năm lần) sẽ không được chẩn đoán mắc chứng sợ khoảng rộng. Cá nhân sẽ chủ động tránh các tình huống. Trong trường hợp không thể tránh né hoặc quyết định không tránh né, cá nhân sẽ phải chịu đựng nỗi sợ hãi hoặc lo lắng dữ dội (Tiêu chuẩn D). Tránh né chủ động có nghĩa là cá nhân hiện đang hành xử theo những cách được thiết kế có chủ ý để ngăn chặn hoặc giảm thiểu tiếp xúc với các tình huống sợ khoảng rộng. Tránh né có thể là hành vi (ví dụ: thay đổi thói quen hàng ngày, chọn một công việc gần nhà để tránh sử dụng phương tiện giao thông công cộng, sắp xếp người giao thực phẩm để tránh đi vào cửa hàng và siêu thị) cũng như nhận thức (ví dụ: tự phân tán sự chú ý để vượt qua các tình huống sợ khoảng rộng). Việc tránh né có thể trở nên nghiêm trọng đến mức người đó hoàn toàn trốn trong nhà. Thông thường, một cá nhân có khả năng đối mặt với tình huống sợ hãi tốt hơn khi có bạn đồng hành, chẳng hạn như đối tác, bạn bè hoặc nhân viên y tế.

Sự sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né phải vượt quá mức độ nguy hiểm thực sự gây ra bởi các tình huống và quá mức so với bối cảnh văn hóa xã hội (Tiêu chuẩn E). Cần phân biệt nỗi sợ hãi đáng kể trên lâm sàng với nỗi sợ hãi hợp lý (ví dụ, rời khỏi nhà trong cơn bão xấu) hoặc với các tình huống được coi là nguy hiểm (ví dụ: đi bộ trong bãi đậu xe hoặc sử dụng giao thông công cộng ở khu vực có tỷ lệ tội phạm cao). Điều này rất quan trọng vì một số lý do. Đầu tiên, nguyên nhân dẫn tới sự tránh né có thể khó đánh giá đối với các nền văn hóa và bối cảnh xã hội khác nhau (ví dụ, một số phụ nữ Hồi giáo phải tránh ra khỏi nhà một mình). Thứ hai, người lớn tuổi thường quan tâm quá mức đến những hạn chế liên quan đến tuổi tác và ít có khả năng đánh giá nỗi sợ hãi của họ là không tương xứng với rủi ro thực tế. Thứ ba, những người mắc chứng sợ khoảng rộng thường cho rằng các triệu chứng giống hoảng loạn hoặc triệu chứng cơ thể khác là nguy hiểm. sợ khoảng rộng chỉ nên được chẩn đoán nếu nỗi sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né kéo dài dai dẳng (Tiêu chuẩn F) và nếu nó gây ra đau khổ hoặc suy giảm chức năng đáng kể trong xã hội, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực hoạt động quan trọng khác (Tiêu chuẩn G). Thời hạn "thường kéo dài từ 6 tháng trở lên" có ý nghĩa loại trừ các cá nhân có vấn đề ngắn ngủi, thoáng qua. Tuy nhiên, tiêu chuẩn thời gian nên được sử dụng một cách linh hoạt.

* 1. Chẩn đoán phân biệt

Khi các tiêu chuẩn chẩn đoán của sợ khoảng rộng và một rối loạn khác được đáp ứng đầy đủ, cả hai chẩn đoán nên được chỉ định, trừ khi nỗi sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né của sợ khoảng rộng được giải thích tốt hơn bởi rối loạn khác. Cân nhắc giữa các tiêu chuẩn và đánh giá lâm sàng có thể hữu ích trong một số trường hợp.

* + 1. Sợ chuyên biệt, loại tình huống

Phân biệt sợ khoảng rộng với sợ chuyên biệt tình huống có thể là thách thức trong một số trường hợp, bởi vì hai rối laonj này này có chung một số đặc điểm và tiêu chuẩn chẩn đoán. Sợ chuyên biệt, loại tình huống, nên được chẩn đoán nếu nỗi sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né được giới hạn ở một và chỉ một trong những tình huống sợ khoảng rộng. Sự sợ hãi xuất hiện trong hai hoặc nhiều tình huống sợ khoảng rộng là một đặc điểm mạnh mẽ để phân biệt sợ khoảng rộng với các sợ chuyên biệt. Đặc điểm phân biệt khác bao gồm kiểu suy nghĩ: nếu tình huống gây sợ hãi vì những lý do khác, không phải vì các triệu chứng giống như hoảng loạn hoặc các triệu chứng gây bất lực hoặc gây xấu hổ (ví dụ, nỗi sợ bị tổn hại trực tiếp bởi chính tình huống đó, chẳng hạn như sợ máy bay rơi ở những người sợ bay), thì chẩn đoán sợ chuyên biệt có thể phù hợp hơn.

* + 1. Rối loạn lo âu chia ly

Rối loạn lo âu chia ly có thể được phân biệt tốt nhất với sợ khoảng rộng bằng cách kiểm tra kiểu suy nghĩ nhận thức. Trong rối loạn lo âu chia ly, các suy nghĩ hướng về sự tách rời khỏi những người quan trọng và môi trường gia đình (tức là, cha mẹ hoặc các đối tượng gắn bó khác), trong khi ở sợ khoảng rộng, trọng tâm là các triệu chứng giống như hoảng loạn hoặc các triệu chứng gây bất lực hoặc gây xấu hổ khác.

* + 1. Rối loạn lo âu xã hội (sợ xã hội)

Sợ khoảng rộng nên được phân biệt với rối loạn lo âu xã hội chủ yếu dựa trên các cụm tình huống gây ra sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né và suy nghĩ nhận thức. Trong rối loạn lo âu xã hội, trọng tâm là sợ bị đánh giá tiêu cực.

* + 1. Rối loạn hoảng loạn

Khi các tiêu chuẩn cho rối loạn hoảng loạn được đáp ứng, không nên chẩn đoán sợ khoảng rộng nếu các hành vi tránh né liên quan đến các cơn hoảng loạn không đến mức tránh hai hoặc nhiều tình huống như trong tiêu chuẩn của sợ khoảng rộng.

* + 1. Rối loạn stress cấp và rối loạn stress sau sang chấn

Rối loạn stress cấp và rối loạn stress sau sang chấn (PTSD) có thể được phân biệt với sợ khoảng rộng bằng đặc điểm: nỗi sợ hãi, lo lắng hoặc tránh né chỉ liên quan đến các tình huống nhắc cá nhân nhớ đến sự kiện sang chấn. Nếu nỗi sợ hãi, lo lắng hoặc tránh được giới hạn trong các tình huống nhắc nhớ sang chấn và nếu hành vi tránh né không đến mức hai hoặc nhiều tình huống sợ khoảng rộng, thì không đưa ra chẩn đoán sợ khoảng rộng.

RỐI LOẠN LO ÂU DO CHẤT/THUỐC

1. ĐẠI CƯƠNG

Tỷ lệ rối loạn lo âu do chất/thuốc gây ra không rõ ràng. Dữ liệu dân số nói chung cho thấy rối loạn này có thể hiếm gặp, với tỷ lệ lưu hành 12 tháng xấp xỉ 0,002%. Tuy nhiên, trong các quần thể lâm sàng, tỷ lệ lưu hành có khả năng cao hơn.

1. LÂM SÀNG

Hoảng sợ hoặc lo lắng có thể xảy ra liên quan đến nhiễm độc các nhóm chất sau: rượu, caffeine, cần sa, phencyclidine, ảo giác khác, thuốc hít, chất kích thích (bao gồm cocaine) và các chất khác (hoặc chất chưa biết). Hoảng sợ hoặc lo lắng có thể xảy ra liên quan đến việc ngừng sử dụng các loại chất sau đây: rượu; thuốc phiện; thuốc an thần, thuốc ngủ và thuốc giải lo âu; chất kích thích (bao gồm cocaine); và các chất khác (hoặc chất chưa biết). Một số loại thuốc làm tăng triệu chứng lo âu bao gồm thuốc gây mê và thuốc giảm đau, thuốc cường giao cảm hoặc thuốc giãn phế quản khác, thuốc kháng cholinergic, insulin, chế phẩm tuyến giáp, thuốc tránh thai, thuốc chống dị ứng, thuốc corticosteroid, thuốc hạ huyết áp và tim mạch, thuốc chống co giật, lithium carbonate, thuốc chống loạn thần và thuốc chống trầm cảm. Kim loại nặng và độc tố (ví dụ, thuốc trừ sâu, khí gas, carbon monoxide, carbon dioxide, các chất dễ bay hơi như xăng và sơn) cũng có thể gây ra các triệu chứng hoảng loạn hoặc lo lắng.

Kết quả xét nghiệm (ví dụ, nước tiểu) có thể hữu ích để đo mức độ nhiễm độc chất trong trường hợp nghi ngờ rối loạn lo âu do chất/thuốc.

1. CHẨN ĐOÁN
   1. Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5
2. Các cơn hoảng loạn hay lo âu chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng
3. Có bằng chứng trong tiền căn, thăm khám lâm sàng hoặc kết quả cận lâm sàng của cả 2 tình trạng sau:
4. Các triệu chứng trong tiêu chuẩn A xuất hiện trong hoặc sớm sau khi bị ngộ độc hoặc ngừng sử dụng chất/thuốc.
5. Các chất/thuốc được cho là có liên quan phải có khả năng gây ra các triệu chứng ở tiêu chuẩn A.
6. Rối loạn không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn lo âu không liên quan đến chất/thuốc. Bằng chứng cho sự không liên quan này có thể bao gồm:

Các triệu chứng xuất hiện trước khi sử dụng chất/thuốc;

các triệu chứng kéo dài trong thời gian đáng kể (vd: khoảng 1 tháng) sau ngừng sử dụng đột ngột hay ngộ độc nghiêm trọng chất/thuốc;

hoặc có các bằng chứng khác gợi ý có tồn tại rối loạn lo âu độc lập/không liên quan đến chất/thuốc (vd: trong tiền căn có các giai đoạn lo âu tái diễn nhưng không liên quan đến chất/thuốc)

1. Rối loạn không chỉ xuất hiện trong giai đoạn sảng.
2. Rối loạn gây ra sự khó chịu đáng kể trên lâm sàng hoặc suy giảm chức năng xã hội, nghề nghiệp, hoặc các lĩnh vực quan trọng khác.

**Lưu ý:** Chẩn đoán này nên được đưa ra thay vì chẩn đoán nhiễm độc chất hoặc cai chất khi các triệu chứng trong Tiêu chuẩn A chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng và đủ nghiêm trọng đến mức cần phải chú ý.

**Ghi chú:**

* **Các chất có thể liên quan đến lo âu:** rượu bia (F10), caffein (F15), cần sa (F12), phencyclidine (F16), các chất gây ảo giác (F16), thuốc hít, opioid, thuốc an thần, gây ngủ, giải lo âu (F13), amphetamine (hàng đá – hoặc các chất kích thích khác) (F15), cocaine (F14), các chất khác…
* **Một số thuốc có thể liên quan đến lo âu:** thuốc gây mê, gây tê, thuốc dãn phế quản, anticholinergics, insuline, hormone giáp, thuốc viên tránh thai, antihistamines, thuốc điều trị parkinson, corticosteroids, thuốc tim mạch và thuốc huyết áp, thuốc chống động kinh, lithium, thuốc chống loạn thần, và thuốc chống trầm cảm.
* **Kim loại nặng hoặc chất độc:** thuốc trừ sâu, chất độc thần kinh (nerve gases), CO2, CO, các chất bay hơi (trong sơn, xăng dầu).
  1. Các đặc điểm chẩn đoán

Các đặc điểm cơ bản của rối loạn lo âu do chất/thuốc là các triệu chứng nổi bật của hoảng loạn hoặc lo lắng (Tiêu chuẩn A) được đánh giá là do tác động của một chất/thuốc (ví dụ: lạm dụng chất/thuốc hoặc phơi nhiễm độc tố) . Các triệu chứng hoảng loạn hoặc lo lắng phải phát triển trong hoặc ngay sau khi nhiễm độc hoặc cai thuốc hoặc sau khi tiếp xúc với thuốc, và các chất hoặc thuốc phải có khả năng tạo ra các triệu chứng lo âu hoảng loạn (Tiêu chuẩn B2). Rối loạn lo âu do chất/thuốc phải khởi phát trong khi cá nhân đang dùng thuốc (hoặc trong khi cai thuốc). Sau khi ngừng sử dụng, các triệu chứng hoảng loạn hoặc lo lắng thường sẽ cải thiện hoặc thuyên giảm trong vòng vài ngày đến vài tuần đến một tháng (tùy thuộc vào thời gian bán hủy của chất/thuốc và quá trình cai thuốc). Không nên chẩn đoán rối loạn lo âu do chất/thuốc nếu xuất hiện các triệu chứng hoảng loạn hoặc lo lắng trước khi nhiễm độc hoặc ngừng thuốc hoặc nếu các triệu chứng kéo dài trong một thời gian đáng kể (thường là lâu hơn 1 tháng) kể từ thời điểm nhiễm độc nặng hoặc cai thuốc. Nếu các triệu chứng hoảng loạn hoặc lo lắng kéo dài trong thời gian đáng kể, các nguyên nhân khác gây ra triệu chứng nên được xem xét.

Nên chẩn đoán rối loạn lo âu do chất/thuốc thay vì chẩn đoán nhiễm độc chất hoặc cai chất khi các triệu chứng trong Tiêu chuẩn A chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng và đủ nghiêm trọng.

* 1. Chẩn đoán phân biệt
     1. Nhiễm độc chất và cai chất

Các triệu chứng lo âu thường xảy ra trong nhiễm độc chất và cai chất. Chẩn đoán nhiễm độc hoặc cai cụ thể theo chất thường sẽ đủ để phân loại biểu hiện của triệu chứng. Chẩn đoán rối loạn lo âu do chất/thuốc nên được đưa ra bên cạnh chẩn đoán nhiễm độc chất hoặc cai chất khi triệu chứng hoảng loạn hoặc lo lắng là chủ yếu trong bệnh cảnh lâm sàng và đủ nghiêm trọng trên lâm sàng. Ví dụ, các triệu chứng hoảng loạn hoặc lo lắng là đặc trưng của việc cai rượu.

* + 1. Rối loạn lo âu (không do chất/thuốc)

Rối loạn lo âu do chất/thuốc được phân biệt với rối loạn lo âu khác dựa trên sự khởi phát, diễn tiến và các yếu tố khác liên quan đến các chất/thuốc. Đối với các loại thuốc lạm dụng, phải có bằng chứng từ lịch sử bệnh, khám thực thể hoặc kết quả xét nghiệm để kết luận cá nhân có sử dụng, nhiễm độc hoặc cai chất/thuốc. Chất/thuốc gây ra rối loạn lo âu được sử dụng trước, các triệu chứng lo âu xuất hiện sau. Và có bằng chứng sinh lý chỉ ra mối liên quan nhân quả giữa chất/thuốc và các tiệu chứng lo âu. Sự hiện diện của các đặc điểm không điển hình của rối loạn lo âu nguyên phát, chẳng hạn như tuổi khởi phát không điển hình (ví dụ: khởi phát rối loạn hoảng loạn sau 45 tuổi) hoặc các triệu chứng (ví dụ: cơn hoảng loạn không điển hình với các triệu chứng như chóng mặt, mất thăng bằng, mất ý thức, mất kiểm soát bàng quang, đau đầu, nói chậm) có thể gợi ý nguyên nhân gây ra do chất/thuốc. Một chẩn đoán rối loạn lo âu không phải do chất/thuốc được bảo đảm nếu các triệu chứng hoảng loạn hoặc lo lắng vẫn còn trong một khoảng thời gian đáng kể (khoảng 1 tháng hoặc lâu hơn) sau khi kết thúc quá trình nhiễm độc hoặc cai thuốc cấp tính hoặc cá nhân đó có tiền sử rối loạn lo âu.

* + 1. Sảng

Nếu các triệu chứng hoảng loạn hoặc lo lắng chỉ xảy ra trong quá trình sảng thì được coi là một đặc điểm liên quan của sảng và không được chẩn đoán riêng biệt.

* + 1. Rối loạn lo âu do một tình trạng y khoa khác

Nếu các triệu chứng hoảng loạn hoặc lo lắng được quy cho hậu quả sinh lý của một tình trạng y khoa khác (hợp lý hơn so với do thuốc dùng để điều trị tình trạng y khoa) thì chẩn đoán là rối loạn lo âu do tình trạng y khoa khác. Lịch sử thường cung cấp cơ sở cho một phán xét. Đôi khi, một sự thay đổi trong điều trị cho tình trạng y khoa khác (ví dụ, thay thế hoặc ngừng thuốc) có thể cần thiết để xác định xem thuốc có phải là tác nhân gây bệnh hay không (trong trường hợp đó các triệu chứng có thể được giải thích tốt hơn bằng cách rối loạn lo âu do chất/thuốc). Nếu sự xáo trộn là do cả tình trạng y khoa và sử dụng chất/thuốc thì cả hai chẩn đoán sẽ được đưa ra (nghĩa là, rối loạn lo âu do một tình trạng y khoa khác và rối loạn lo âu do chất/thuốc). Khi không đủ bằng chứng để xác định liệu các triệu chứng hoảng loạn hoặc lo lắng có phải là do một chất /thuốc hoặc do một tình trạng y khoa khác hoặc nguyên phát (tức là, không phải do một chất hoặc một tình trạng y khoa khác), mã chẩn đoán rối loạn lo âu chuyên biệt khác hoặc rối loạn lo âu không chuyên biệt sẽ được sử dụng.

RỐI LOẠN LO ÂU DO TRÌNH TRẠNG Y KHOA KHÁC

1. ĐẠI CƯƠNG

Tỷ lệ rối loạn lo âu do một tình trạng y khoa khác là không rõ ràng. Dường như tỷ lệ rối loạn lo âu cao ở những người có nhiều tình trạng y khoa khác, bao gồm hen suyễn, tăng huyết áp, loét và viêm khớp. Tuy nhiên, nguyên nhân có thể không phải là do mối quan hệ nhân quả trưc tiếp giữa tình trạng y khoa và lo âu.

1. LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Diễn tiến bệnh của rối loạn lo âu do một tình trạng y khoa khác thường theo quá trình của căn bệnh tiềm ẩn. Chẩn đoán này không có nghĩa là bao gồm rối loạn lo âu chính phát sinh trong bối cảnh bệnh nội khoa mãn tính. Điều này rất quan trọng để xem xét với người lớn tuổi, những người có thể gặp phải bệnh nội khoa mãn tính và sau đó phát triển các rối loạn lo âu độc lập thứ phát sau các bệnh nội khoa mãn tính.

Một số điều kiện y khoa được có thể gây ra triệu chứng lo lắng bao gồm bệnh nội tiết (ví dụ, cường giáp, u tủy thượng thận, hạ đường huyết, cường cortisone vỏ thượng thận), rối loạn tim mạch (ví dụ, suy tim sung huyết, thuyên tắc phổi, rối loạn nhịp tim như rung tâm nhĩ), bệnh hô hấp (ví dụ: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen suyễn, viêm phổi), rối loạn chuyển hóa (ví dụ, thiếu vitamin B12, porphyria) và bệnh thần kinh (ví dụ: tân sinh, rối loạn tiền đình, viêm não, động kinh). Lo lắng do một tình trạng y khoa khác tình trạng được chẩn đoán khi tình trạng y khoa được biết là gây ra lo lắng và khi tình trạng y khoa xảy ra trước sự khởi đầu của lo lắng.

* 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5

1. Các cơn hoảng loạn hay lo âu chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng.
2. Có bằng chứng trong tiền căn, thăm khám lâm sàng, hoặc các xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy rối loạn là hậu quả sinh lý bệnh trực tiếp của tình trạng y khoa khác.
3. Rối loạn không được giải thích tốt hơn bởi rối loạn tâm thần khác.
4. Rối loạn không xuất hiện trong giai đoạn sảng.
5. Rối loạn gây ra sự đau khổ đáng kể trên lâm sàng hoặc suy giảm chức năng xã hội, nghề nghiệp, hoặc các lĩnh vực quan trọng khác.

**Ghi chú:** Cần ghi tên của tình trạng y khoa trong chẩn đoán rối loạn tâm thần (ví dụ: 293.84 [F06.4] rối loạn lo âu do u tuyến thượng thận). Mặt khác, mã và tên của tình trạng y khoa nên được liệt kê riêng ngay phía trước cụm chẩn đoán rối loạn lo âu do rối loạn y khoa đó (ví dụ: 227.0 [D35.00] u tủy thượng thận; 293.84 [F06.4] rối loạn lo âu do u tủy thượng thận).

* 1. Các đặc điểm chẩn đoán

Đặc điểm cơ bản của rối loạn lo âu do tình trạng y khoa khác là sự lo lắng đáng kể trên lâm sàng được giải thích tốt nhất bởi tác dụng sinh lý của một tình trạng y khoa khác. Có thể xuất hiện các triệu chứng lo âu nổi bật hoặc các cơn hoảng loạn (Tiêu chuẩn A). Nhận định rằng các triệu chứng được giải thích tốt nhất bởi tình trạng thể chất liên quan phải được dựa trên bằng chứng từ lịch sử bệnh, khám thực thể hoặc kết quả cận lâm sàng (Tiêu chuẩn B). Ngoài ra, phải đánh giá rằng các triệu chứng không được giải thích tốt hơn bởi rối loạn tâm thần khác, đặc biệt là rối loạn thích ứng thể lo lắng, trong đó các yếu tố gây căng thẳng là tình trạng y khoa (Tiêu chuẩn C). Trong trường hợp này, một cá nhân mắc chứng rối loạn thích ứng đặc biệt đau khổ về ý nghĩa hoặc hậu quả của tình trạng y khoa liên quan. Ngược lại, thường có một triệu chứng cơ thể nổi bật (ví dụ: thở dốc) khi lo lắng là do một tình trạng y khoa khác. Chẩn đoán không được đưa ra nếu triệu chứng lo âu chỉ xảy ra trong khi sảng (Tiêu chuẩn D). Các triệu chứng lo âu phải gây ra đau khổ đáng kể về mặt lâm sàng hoặc suy giảm chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc khác các lĩnh vực quan trọng khác (Tiêu chuẩn E).

Để nhận định rằng các triệu chứng lo âu là do một tình trạng y khoa khác gây ra, bác sĩ lâm sàng cần xác định hai điều: đầu tiên là phải có sự hiện diện của tình trạng y khoa, sau đó tình trạng y khoa này phải có liên quan nhân quả với các triệu chứng của rối loạn lo âu dựa trên cơ chế sinh lý. Cần cẩn thận đánh giá chuyên sâu về nhiều yếu tố để đưa ra chẩn đoán này. Một số khía cạnh về biểu hiện lâm sàng nên được xem xét: 1) sự hiện diện của một mối liên hệ thời gian rõ ràng giữa khởi phát, nặng lên hoặc thuyên giảm tình trạng y khoa và các triệu chứng lo âu; 2) sự hiện diện của các đặc điểm không điển hình của rối loạn lo âu nguyên phát (ví dụ: tuổi khởi phát không điển hình); và 3) bằng chứng trong y văn cho thấy một cơ chế sinh lý đã biết (ví dụ, cường giáp) gây ra lo lắng. Ngoài ra, sự rối loạn không được giải thích tốt hơn bằng rối loạn lo âu nguyên phát, rối loạn lo âu do chất/thuốc hoặc rối loạn tâm thần nguyên phát khác (ví dụ, rối loạn thích ứng).

Kết quả thí nghiệm và/hoặc kiểm tra y tế là cần thiết để xác nhận chẩn đoán tình trạng y khoa liên quan.

* 1. Chẩn đoán phân biệt
     1. Sảng

Không chẩn đoán rối loạn lo âu do tình trạng y khoa khác nếu lo âu chỉ xảy ra trong khi bệnh nhân đang sảng. Tuy nhiên, chẩn đoán rối loạn lo âu do một tình trạng y khoa khác có thể được đưa ra cùng với chẩn đoán rối loạn nhận thức thần kinh chủ yếu (sa sút) nếu nguyên nhân của lo lắng được đánh giá là hậu quả sinh lý của rối loạn nhận thức thần kinh và nếu lo lắng là một phần nổi bật của biểu hiện lâm sàng.

* + 1. Rối loạn lo âu do chất/thuốc

Nếu có bằng chứng về việc sử dụng chất gần đây hoặc kéo dài từ lâu (bao gồm cả các loại thuốc tâm thần), về việc cai hoặc nhiễm độc chất thì rối loạn lo âu do chất/thuốc nên được xem xét. Một số loại thuốc điều trị có thể làm tăng lo âu (ví dụ: corticosteroid, estrogen, metoclopramide). Trong các trường hợp này thì thuốc có thể là nguyên nhân, nhưng đồng thời cũng khó phân biệt liệu sự lo lắng là do thuốc hay do chính bệnh lý bệnh nhân đang mắc phải. Khi chẩn đoán lo âu do chất liên quan đến thuốc giải trí hoặc thuốc không kê toa, tầm soát bằng nước tiểu, máu hoặc các xét nghiệm khác có thể hữu ích. Các triệu chứng xảy ra trong hoặc ngay sau khi (trong vòng 4 tuần) nhiễm độc/cai/sử dụng chất/thuốc là đặc điểm để chỉ ra chứng rối loạn lo âu này là do chất/thuốc. Nếu rối loạn vừa liên quan đến một tình trạng y khoa khác vừa liên quan đến sử dụng chất/thuốc thì có thể đưa ra cả hai chẩn đoán (nghĩa là, rối loạn lo âu do một tình trạng y khoa khác và rối loạn lo âu do chất/thuốc). Các đặc điểm như khởi phát sau 45 tuổi hoặc có các triệu chứng không điển hình trong cơn hoảng loạn (ví dụ: chóng mặt, mất ý thức, mất kiểm soát bàng quang hoặc ruột, nói chậm, mất trí nhớ) cho thấy có khả năng cơn hoảng loạn là do một tình trạng y khoa khác hoặc một chất/thuốc gây ra.

* + 1. Rối loạn lo âu (không phải do một tình trạng y khoa đã biết)

Rối loạn lo âu do một tình trạng y khoa khác nên được phân biệt với các rối loạn lo âu khác (đặc biệt là rối loạn hoảng loạn và rối loạn lo âu lan tỏa). Trong các rối loạn lo âu khác, không có một tình trạng y khoa nào là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến các triệu chứng lo âu. Các đặc điểm như tuổi khởi phát muộn, các triệu chứng không điển hình và tiền sử cá nhân hoặc gia đình không ghi nhận mắc chứng rối loạn lo âu cho thấy cần phải đánh giá kỹ lưỡng để chẩn đoán rối loạn lo âu do một tình trạng y khoa khác. Rối loạn lo âu có thể làm trầm trọng thêm hoặc làm tăng nguy cơ đối với các tình trạng y khoa như bệnh tim mạch và nhồi máu cơ tim và không nên được chẩn đoán là rối loạn lo âu do tình trạng y khoa khác trong những trường hợp này.

* + 1. Rối loạn lo âu bệnh tật

Rối loạn lo âu do một tình trạng y khoa khác phân biệt với rối loạn lo âu bệnh tật. Rối loạn lo âu bệnh tật được đặc trưng bởi lo lắng về bệnh tật, về nỗi đau và bận tâm về cơ thể. Trong trường hợp bị rối loạn lo âu bệnh tật, cá nhân có thể được chẩn đoán một bệnh lý y khoa. Mặc dù một người mắc chứng rối loạn lo âu kèm với một bệnh lý y khoa có khả năng lo lắng về tình trạng sức khỏe của mình, nhưng trên thực tế, tình trạng y khoa này không có liên quan nhân quả trên cơ chế sinh lý với các triệu chứng lo lắng.

* + 1. Rối loạn thích ứng

Rối loạn lo âu do một tình trạng y khoa khác phân biệt với rối loạn thích ứng thể lo âu ở chỗ tình trạng y khoa có thể là nguyên nhân tâm lý dẫn đến lo âu. Đáp ứng của người rối loạn thích ứng thường liên quan đến ý nghĩa hoặc hậu quả của bệnh, chứ không phải là do đặc điểm sinh lý của bệnh gây ra. Trong rối loạn thích ứng, các triệu chứng lo lắng thường liên quan đến việc đối phó với stress gây ra bởi tình trạng y khoa và ít quan tâm đến các vấn đề khác. Trong khi đối với rối loạn lo âu do một tình trạng y khoa khác, cá nhân có các triệu chứng thể chất nổi bật và còn lo âu về các vấn đề khác ngoài việc mình bị bệnh.

RỐI LOẠN LO ÂU CHUYÊN BIỆT KHÁC

Mã chẩn đoán này áp dụng khi các triệu chứng đặc trưng của một rối loạn lo âu gây ra đau khổ đáng kể trên lâm sàng hoặc suy giảm về chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực quan trọng khác nhưng không đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán cho bất kỳ rối loạn nào trong nhóm rối loạn lo âu. Rối loạn lo âu chuyên biệt khác được sử dụng trong các tình huống mà bác sĩ lâm sàng lựa chọn ghi rõ lý do không đáp ứng được tiêu chuẩn chẩn đoán cho một rối loạn lo âu cụ thể nào đó.

Chẩn đoán này bao gồm tên của một rối loạn lo âu chuyên biệt, theo sau là lý do cụ thể vì sao chưa đạt đủ tiêu chuẩn chẩn đoán (ví dụ: lo âu lan tỏa không xảy ra trong đa số các ngày).

Vì dụ về các tình huống có thể áp dụng chẩn đoán này:

1. Các cơn hoảng loạn giới hạn triệu chứng

2. Lo âu lan tỏa không xảy ra trong đa số các ngày.

3. Cơn Khyâl (cơn trúng gió): Xem Thuật ngữ về khái niệm văn hóa trong Phụ lục

RỐI LOẠN LO ÂU KHÔNG CHUYÊN BIỆT KHÁC

Mã chẩn đoán này được áp dụng khi các triệu chứng đặc trưng của một rối loạn lo âu gây ra đau khổ đáng kể trên lâm sàng hoặc suy giảm về chức năng xã hội, nghề nghiệp hoặc các lĩnh vực quan trọng khác nhưng không đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chẩn đoán cho bất kỳ rối loạn nào trong nhóm rối loạn lo âu. Rối loạn lo âu không xác định được sử dụng để chẩn đoán trong các tình huống mà bác sĩ lâm sàng lựa chọn không nêu rõ lý tiêu chuẩn nào không đủ cho một rối loạn lo âu cụ thể, và bao gồm các tình huống không đủ thông tin để đưa ra chẩn đoán cụ thể hơn (ví dụ: trong bối cảnh phòng cấp cứu).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn văn Nuôi - Tâm Thần Học- Bộ môn Tâm thần Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh lần 6
2. Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P. “Anxiety Disorder”. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins,
3. Massachusetts general hospital comprehensive clinical psychiatry
4. DSM-5 TM: diagnostic and statistical manual of mental disorder, fifth edition

# CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán của rối loạn lo âu lan tỏa bao gồm:
2. Lo lắng về một vấn đề quan trọng trong cuộc sống
3. Bệnh nhân cần sự hỗ trợ từ người khác để có thể kiểm soát lo âu
4. Có ít nhất 3/6 triệu chứng đi kèm, xuất hiện trong phần lớn thời gian, trong ít nhất 6 tháng
5. Tình trạng lo âu luôn gây suy giảm đáng kể chức năng nghề nghiệp của bệnh nhân.
6. A, B và C đều đúng
7. Khi nào một trải nghiệm lo lắng được gọi là bệnh lý?
8. Quá mức về cường độ và quá dài về thời gian so với các sự kiện và hoạt động thực tế
9. Gây ra các triệu chứng cơ thể đi kèm
10. Gây đau khổ đáng kể và suy giảm rõ rệt về chức năng quan trọng
11. Bệnh nhân không thể kiểm soát được lo âu
12. Tất cả đều đúng
13. Triệu chứng nào sau đây không phải là triệu chứng để chẩn đoán cơn hoảng loạn:

Đầu lâng lâng, choáng váng

Cảm giác nghẹn

Sợ không thể thoát ra được

Sợ chết, sợ mất kiểm soát

Tri giác sai thực tại, giải thể nhân cách

1. Các rối loạn tâm thần nào có thể chẩn đoán đồng thời với rối loạn hoảng loạn?

Rối loạn trầm cảm chủ yếu

Rối loạn lo âu lan tỏa

Rối loạn sử dụng thuốc/chất

Rối loạn ám ảnh cưỡng chế

Tất cả đều đúng

1. Điều trị nào là phù hợp cho bệnh nhân rối loạn hoảng loạn?

Khởi đầu điều trị với một thuốc SSRIs và một thuốc BZD, giảm liều thuốc BZD từ từ

Khởi đầu và duy trì lâu dài thuốc SSRIs và thuốc BZD

Khởi đầu điều trị duy nhất với thuốc BZD

Khởi đầu điều trị duy nhất với thuốc SSRIs

A và D đúng

1. Điều nào sau đây đúng?

Điều kiện cần để chẩn đoán cơn hoảng loạn là người bệnh phải cảm thấy sợ hãi.

Đối với từng đối tượng ở các độ tuổi khác nhau, việc khai thác tính chất, yếu tố khởi phát của cơn hoảng loạn phải được tiến hành khác nhau để tránh bỏ sót hoặc chẩn đoán quá mức.

Tất cả các cơn hoảng loạn xuất hiện trong thời gian bị bệnh đều phải có đầy đủ triệu chứng.

Các triệu chứng giữa các cơn hoảng loạn khác nhau ở cùng một bệnh nhân phải có sự đồng nhất nhất định.

1. Điều nào sau đây sai?

Để chẩn đoán rối loạn hoảng loạn cần có nhiều hơn một cơn hoảng loạn “không mong đợi”

Khi bệnh nhân có cơn hoảng loạn “mong đợi”, nghĩa là có xác định được yếu tố khởi phát (khi gặp chuột, khi đi thang máy…) thì không được chẩn đoán là rối loạn hoảng loạn.

Thuốc điều trị đầu tay cho bệnh nhân rối loạn hoảng loạn là thuốc nhóm SSRIs.

Thuốc nhóm BZD được dùng để hỗ trợ điều trị trong giai đoạn đầu, chờ hiệu quả điều trị của thuốc nhóm SSRIs.

Các cơn hoảng loạn thường kéo dài trong 20-30 phút và hiếm khi quá một giờ.

1. Nhóm thuốc nào sau đây không phải là thuốc đầu tay điều trị rối loạn lo âu lan tỏa?
2. Benzodiazepine
3. Thuốc chống trầm cảm nhóm SSRIs (ức chế tái hấp thu serotonin chọn lọc)
4. Thuốc chống trầm cảm nhóm TCA (chống trầm cảm ba vòng)
5. Buspirone
6. SNRIs (đại diện là venlafaxine)
7. Phát biểu nào sau đây không đúng?
8. Thuốc nhóm benzodiazepine chỉ nên dùng giới hạn trong 2-4 tuần đầu tiên của quá trình điều trị vì khả năng gây lệ thuộc thuốc.
9. Khi tiếp cận bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa tại phòng khám, cần ngay lập tức cho khởi đầu điều trị bằng thuốc giải lo âu để hỗ trợ bệnh nhân ổn định, chuẩn bị cho việc điều trị bằng tâm lý.
10. Hầu hết bệnh nhân cảm thấy đỡ lo lắng hơn khi được chia sẻ với một bác sĩ biết quan tâm và thấu cảm
11. Đối với bệnh nhân có triệu chứng của rối loạn lo âu, cần cho chỉ định xét nghiệm TSH, FT4
12. Cần tìm hiểu thông tin về việc sử dụng chất, thuốc của bệnh nhân
13. Phát biểu nào sau đây đúng?
14. “1 năm” là thời gian tối ưu để duy trì điều trị rối loạn lo âu lan tỏa, sau đó bệnh nhân có thể ngưng thuốc.
15. Một bệnh nhân không thể đồng thời được chẩn đoán rối loạn lo âu lan tỏa và rối loạn trầm cảm chủ yếu.
16. Một bệnh nhân không thể đồng thời được chẩn đoán rối loạn lo âu lan tỏa và rối loạn hoảng loạn.
17. Điều quan trọng trong chẩn đoán rối loạn lo âu lan tỏa là xác định được bệnh nhân thường xuyên ở trong tình trạng lo âu khó kiểm soát, về nhiều vấn đề trong cuộc sống.
18. Bệnh nhân trong rối loạn lo âu lan tỏa thường khởi phát bệnh khi lớn tuổi.