

**الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات
العقلية بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية
الإصدار الخامس (SCID-5-CV)
(نسخة الطبيب السريري)**

أ.د/ محمد أحمد محمود خطاب
أستاذ علم النفس
بكلية الآداب - جامعة عين شمس

المخلص:

تتناول الدراسة الحالية الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس، والتأكد من صدق المقابلة من خلال: (الصدق الظاهري، وصدق المحكمين والتي كانت درجته مرتفعة في نسبة الاتفاق "0,96"، صدق التعلق بالمحك من خلال الارتباط بين تشخيص الطبيب النفسي المعالج للحالة، والتشخيص الناتج من المقابلة وكانت قيمته مرتفعة عند 0,88)، والتأكد أيضاً من ثبات المقابلة من خلال (طريقة إعادة التطبيق)، وذلك علي عينة مكونة من: (١٦٠) من المرضى موزعين علي (٨٠ من الإناث، ٨٠ من الذكور) في المرحلة العمرية ١٨ سنة إلي ٦٠ سنة، حيث تم اختيارهم من مستشفى هدوء للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ومستشفى العباسية، ومستشفى الخانكة بمحافظة القاهرة الكبرى، وتبين من نتائج الدراسة إن المقابلة تمتع بدرجة عالية من الثبات عند مستوى دلالة (٠,٠٠١).

**الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات
العقلية بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية
الإصدار الخامس (SCID-5-CV)
(نسخة الطبيب السريري)**

أ.د/ محمد أحمد محمود خطاب

أستاذ علم النفس

بكلية الآداب - جامعة عين شمس

تمهيد:

تم تصميم دليل المقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس (SCID-5-CV) - "نسخة الطبيب السريري"، الصادرة من الجمعية المصرية للطب النفسي كمقابلة منظمة تشخيصية وجيزة ومختصرة للاضطرابات النفسية الرئيسية بالمحور الأول في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - النسخة الخامسة DSM-5 والصادرة من الجمعية الأمريكية للطب النفسي، فهي عبارة عن أداة تشخيصية منظمة ومقننة بالكامل، حيث تستخدم أسئلة المقابلة السريرية والتي ينظر إليها على نطاق واسع بأنها المقابلة التشخيصية النفسية المنظمة المقننة القياسية المستمدة من DSM-5، والتي تستغرق وقت مختصر في التطبيق يمتد من (٣٠) دقيقة إلى (١٢٠) دقيقة. فهي مقابلة مقننة لإجراء تشخيصات (التي تم تشخيصها سابقاً على المحو الأول).

وتتكون المقابلة من أسئلة مغلقة يمكن المريض الاجابة عليها أما (بنعم) أو (لا)، ويشترط على الطبيب النفسي التدريب على المقابلة وعلى DSM-5 قبل استخدامها مع المرضى، وأن يكون على دراية بتصنيف الأشخاص الذين تتم مقابلتهم سواء من المرضى النفسيين أو الذهانين.

المقابلة تستخدم وتطبق علي المراهقين والبالغين ممن تمتد أعمارهم من (١٨) عاماً فيما فوق، وذلك بهدف تشخيص وتقييم مدى الحياة سواء للمرضي، وأفراد الأسرة، أو عينات المجتمع، وطلاب الجامعات والمشردين وكبار السن، ومن ثم تعد المقابلة السريرية المنظمة والمقننة أداة مهمة لجمع وتوثيق المعلومات التشخيصية بجانب المعلومات الأخرى والتي تم الحصول عليها من مصادر أخرى.

لا تطبق هذه المقابلة مع المعاقين ذهنياً، أو مع ذوي الاضطرابات النمائية والارتقائية والادراكية، أو مع الاشخاص الذين يعانون من مرض طبي أو نفسي للغاية حيث لا يمكنهم المشاركة في المقابلة السريرية للاضطرابات العقلية.

وتتناول المقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية العديد من الاضطرابات وهي كما يلي:

- نوبات (اضطرابات) الحالة المزاجية.
- الاعراض الذهانية والاعراض المرتبطة بها.
- التشخيص الفارقي للاضطرابات الذهانية.
- التشخيص الفارقي لاضطرابات المزاج.
- اضطرابات استخدام المواد:
- أ - اضطراب تعاطي الكحول (آخر ١٢ شهراً).
- ب - اضطراب تعاطي المواد غير الكحولية (آخر ١٢ شهراً).
- اضطرابات القلق.
- اضطراب الوسواس القهري، واضطراب ما بعد الصدمة.
- اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى البالغين.
- فحص الاضطرابات الحالية الأخرى.
- اضطراب التكيف أو التأقلم.

وتُعد هذه المقابلة السريرية المنظمة (المقننة) للاضطرابات العقلية حجر الزاوية في التشخيص والتقييم للاضطرابات العقلية، حيث تُعد عمليتي التشخيص والتقييم ذات أهمية كبرى في دراسة وعلاج الاضطرابات العقلية، والتي لا غني عنها لكلا من الطبيب النفسي، والمعالج النفسي في المجال العيادي أو الإكلينيكي.

تُعد هذه المقابلة في غاية الأهمية حيث يحتاج أخصائي الصحة النفسية في بعض الأحيان إلي جمع معلومات موحدة وخاصة من أجل إصدار أحكام تشخيصية تستند إلى نظام الدليل التشخيصي والإحصائي DSM.

وتعد المقابلة السريرية المنظمة أو المقننة الخاصة بالاضطرابات في الدليل التشخيصي والإحصائي فرع من المقابلات. أي أن أستجابة المريض على أحد الأسئلة يحدد السؤال التالي، كما أنها تحتوي أيضاً على تعليمات مفصلة للطبيب حول متي وكيف يمكنه التعمق في التفاصيل، ومتي ينتقل إلي أسئلة تتعلق بتشخيص آخر، ويتم تصنيف معظم الاعراض على مقياس ثلاثي للشدة، كما توجد إرشادات في جدول المقابلة بترجمة تصنيفات الاعراض مباشرة إلي تشخيصات.

وقد أثبتت نتائج عدة دراسات أن المقابلة السريرية المقننة للاضطرابات العقلية الخاصة بالدليل التشخيصي والإحصائي تحقق ثباتاً جيداً بالنسبة لمعظم فئات التشخيص، ومع التمرين والتدريب الوافي للأطباء والمعالجين النفسيين ترتفع درجة الثبات الثنائي في المقابلات المقننة بصفة عامة. اعتبارات عامة:

التشخيص:

- التشخيص هو عملية تقييم ما إذا كان الفرد ينطبق عليه المعايير الخاصة بالاضطراب العقلي، حيث وجود نظام تشخيص متفق عليه يسمح للأطباء والمعالجين النفسيين بالتواصل بشكل فعال مع بعضهم البعض، كما يسهل عملية البحث في الأسباب والعلاجات؛ ومن ثم يوفر تشخيصاً إكلينيكياً لوضع الخطة العلاجية المناسبة.

- تُعد هذه المقابلة نظام تشخيصي مستخدم على نطاق واسع من قبل المتخصصين في الصحة العقلية.

التقييم:

- يعتمد الإكلينيكيين على عدة طرق نفسية وعصبية حيوية عند التقييم كمحاولة لمعرفة أفضل السبل لوصف الفرد إكلينيكياً، ومن ثم تصميم علاجات فعالة بما يتلائم مع طبيعة الاضطراب.

- كما تشمل التقييمات النفسية كل من المقابلات السريرية، والمقاييس والاختبارات النفسية.

- تؤدي العوامل الثقافية والعرقية دوراً في التقييم السريري، كما تتطور أساليب التقييم المقدمة بناءً على الخلفيات العرقية أو الثقافية. على سبيل المثال قد يحدث للأطباء تحيزات عرقية عند تقييم المرضى من الأقليات، ومن ثم فاستخدام الأساليب المختلفة بقي الأطباء من الآثار السلبية للتحيزات الثقافية بشكل عام أو للثقافات الفرعية داخل المجتمع الواحد، أو العرقية عند التقييم.

هدف الدراسة:

الكشف عن الخصائص السيكومترية من ثبات وصدق المقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية بحسب الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (الإصدار الخامس) - (SCID-5-CV) (نسخة الطبيب السريري).

أهمية الدراسة:

تستمد أي دراسة أهميتها من ارتكازها على محورين أساسيين هما:

المحور الأول:

وهو ما يتعلق بحيوية الموضوع أو الظاهرة التي يتم التعامل معها، وهو ما نتعامل معه بالفعل في هذه الدراسة ألا وهو التحقق من دقة التشخيصات السيكلوجية لكافة الاضطرابات التي قد يتعرض لها الإنسان، والتي تؤثر كل من الإنسان والأسرة والمجتمع.

المحور الثاني:

وهو العنصر البشر، فأى عملية تنموية محكوم عليها بالفشل اذا لم تهتم بالعنصر البشري الذي هو أساس أي عملية تنموية ناجحة، فاذا ما كان هذا العنصر البشري مضطرب، فسيكون مردود هذا تكلفة بشرية ومادية وأسرية ومجتمعية عالية، وهو الأمر الذي سيعوق أي عملية تنموية علي كافة المستويات.

مشكلة الدراسة:

وقد أجريت عدة دراسات التحقق من الصدق والثبات الخاص بالمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية بحسب الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس (SCID-5)، والصادر من DSM-5، والذي يتميز بأنه يمكن تطبيقه في فترة زمنية قصيرة تمتد من ٣٠ دقيقة إلى ١٢٠ دقيقة، وقد أكدت هذه الدراسات على فعالية المقابلة السريرية وما تمتع به من ثبات وصدق عاليين وعلى نطاق عمري واسع يمتد من ١٨ سنة فيما فوق، وهو ما يجعلها وسيلة تشخيصية موفرة في الوقت والجهد سواء في التطبيق والتشخيص، وإعطاء انطباع تشخيصي إكلينيكي واضح ودقيق، ويمكن للمختصين في المجال النفسي الإكلينيكي والأطباء النفسيين من الحاصلين علي درجة الدكتوراة استخدامه بعد جلسة تدريبية قصيرة. ويحتاج القائمون على إجراء المقابلات المبتدئون أو غير المتخصصين إلى تدريب أكثر شمولاً وتركيزاً.

يتم استخدام المقابلات التشخيصية المنظمة بشكل متزايد في الطب النفسي وتم استخدام المقابلات التشخيصية المنظمة لأول مرة لتوحيد جمع البيانات في دراسات علم الأمراض النفسية، وأصبحت الآن هي القاعدة لضمان أن المرضى الذين يدخلون تجارب سريرية متعددة المراكز يستوفون باستمرار معايير التشخيص عبر المواقع. وفي الآونة الأخيرة، واستجابة لمطالب المساءلة في تقديم الرعاية السريرية، تم اعتماد المقابلات السريرية المنظمة لضمان الدقة التشخيصية لتتبع النتائج في البيئات غير البحثية. وعلى النقيض من المقابلة السريرية المعتادة، تسمح المقابلات التشخيصية المنظمة بإجراء مقارنات بين المراكز السريرية ولديها القدرة على تقليل التباين في التشخيص لصالح تحسين جودة الرعاية.

تساؤلات الدراسة:

يتبلور تساؤل الدراسة فيما يلي:

- أ - ما هي طبيعة كفاءة الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الإصدار الخامس - نسخة الطبيب السريري) "SCID-5" وفقاً إلى DSM-5

مصطلحات الدراسة:

تاريخ المقابلات المنظمة للطب النفسي:

يسرد الشكل ١ المقابلات المنظمة للطب النفسي الأكثر استخداماً على نطاق واسع بالترتيب الذي ظهرت به على مدار الأربعين عاماً الماضية، مجمعة حسب طول فترة الدراسة.

قصيرة (٥-١٠ دقائق)	متوسطة (١٥ دقيقة)	طويلة (٤٥ دقيقة أو أكثر)	
		PSE	الأقدم
		DIS	
		SADS	
SDDS		SCID	
PRIME-MD		CIDI	
M.I.N.I.-Screen	M.I.N.I.	M.I.N.I.-Plus	الأحدث

*الاختصارات: PSE = اختبار الحالة الحالية؛ DIS = جدول المقابلة التشخيصية؛ SADS = جدول الاضطرابات العاطفية والفصام. SCID = مقابلة سريرية منظمة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الثالثة المنقحة (DSM-III-R)؛ CIDI = المقابلة التشخيصية الدولية المركبة للأمراض، المراجعة العاشرة؛ PRIME-MD = تقييم الرعاية الأولية للاضطرابات العقلية. SDDS = نظام تشخيصي يحركه الأعراض للرعاية الأولية؛ M.I.N.I. = المقابلة الدولية المصغرة للطب النفسي العصبي.

كان اختبار الحالة الحالية (PSE)، الذي أعده وينج وزملاؤه في عام ١٩٥٩ وتم تعديله في تسع طبقات لاحقة على الأقل، أول مقابلة سريرية منظمة موحدة يتم اعتمادها على أساس دولي في الطب النفسي. نما استخدامه بسبب القلق من إعطاء المرضى الذين يعانون من أمراض مماثلة تسميات تشخيصية مختلفة في بلدان مختلفة. وكانت هناك حاجة إلى إقناع المجموعات المختلفة بالموافقة على التحدث بنفس معايير التشخيص. قام اختبار الحالة الحالية بتفعيل هذه المعايير التشخيصية للمقابلة السريرية. وكانت هذه المساهمة حافزاً كبيراً للدراسات التعاونية الدولية في الطب النفسي وشجعت على اعتماد معايير دولية لتشخيص الطب النفسي.

لقد توازي تطور المقابلات التشخيصية المنظمة ومستوى تطورها مع تطور معايير التشخيص المقبولة دولياً وزيادة القدرة التنبؤية لهذه المعايير. حيث تم تطوير المقابلات التشخيصية المنظمة لأول مرة في المراكز الأكاديمية، فقد عكست اهتمام الأكاديميين بالتفاصيل والدقة والإحكام. وكان الجانب السلبي لهذا النهج التفصيلي هو أن العديد من المقابلات المبكرة كانت طويلة وغالباً ما تكون صعبة ومرهقة في الاستخدام وتتطلب تدريباً مكثفًا وغالبًا وأيضًا التجربة والخبرة الفنية في الطب النفسي أو علم النفس. وفي كثير من الأحيان، قاموا بجمع بيانات حول عدد كبير من الاضطرابات وأنواع الاضطرابات الفرعية، مما يعكس الاهتمام الفريد للمعدين الأفراد بدلاً من الخطة القائمة على البيانات. ونتيجة لذلك، كانت إدارة هذه المقابلات مكلفة. أصبحت جميع المشاكل المذكورة أعلاه عقبات أمام استخدامها السريري على نطاق واسع. يوضح الجدول (١) خصائص كل مقابلة.

مع تحول قطاع الرعاية الأولية/طب الأسرة إلى قطاع الرعاية الصحية وعلى نحو متزايد إلى مقدم العلاج النفسي، زادت الحاجة إلى أداة فحص نفسية قصيرة جدًا. وقد تطور نظام التشخيص المبني على الأعراض (SDDS)، وتقييم الرعاية الأولية للاضطرابات العقلية (PRIME-MD)، والتي تخضع جميعها لتقييمات الطبيب لمتابعة استجابات المرضى الإيجابية.

لماذا نجري مقابلة أخرى؟

مع هذا العدد الكبير من المقابلات التشخيصية، لماذا نجري مقابلة أخرى؟ لقد رأينا الحاجة إلى مقابلة منظمة من شأنها سد الفجوة بين المقابلة التفصيلية والأكاديمية والموجهة نحو البحث واختبارات التقييم القصيرة جدًا المصممة للرعاية الأولية. وهي أقصر من المقابلة البحثية النموذجية ولكنها أكثر شمولاً من اختبار الفحص، ويمكن لمثل هذه الأداة أن توفر بديلاً أقل تكلفة في التجارب السريرية الدولية ويمكن استخدامها في الإعدادات السريرية في الطب النفسي. ومن هذا المنطلق، بدأنا في تطوير المقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (SCID-5).

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

الجدول ١. نظرة عامة على المقابلات التشخيصية المنظمة في الطب النفسي*

المقابلة	مؤهلات المقيم	الصيغة	مصممة لمن	المدة (دقيقة)	إطار الوقت	النتيجة التشخيصية
PSE	أخصائيين مدربين في مجال الصحة العقلية	مغلقة، استفسارات التقييم اختيارية	المرضى والمرضى النفسيين. علم الأمراض	15-60	الشهر الماضي	المتلازمات الوصفية
DIS	القائمين على المقابلات بعد أسبوع واحد من التدريب المكثف	مغلقة فقط؛ بدون تحقيقات	المستجيبون المجتمعيون؛ المرضى أيضاً	45-75	مدى الحياة؛ الشهر الماضي؛ الستة أشهر الماضية؛ السنة الماضية	تشخيص DSM-III-R
SADS	أخصائيين مدربين في مجال الصحة العقلية	مفتوحة ومغلقة	المرضى والمرضى النفسيين. المجتمع	90-120	الأسابيع السابقة	فئات RDC
SCID	أخصائيين مدربين في مجال الصحة العقلية	مفتوحة تتبعها مغلقة، استفسارات التقييم اختيارية	المرضى والمرضى النفسيين. علم الأمراض	45-60	الدورة الحالية	تشخيص DSM-III-R
CIDI	أخصائيين مدربين في مجال الصحة العقلية	مغلقة، استفسارات التقييم اختيارية	المرضى والمرضى النفسيين. علم الأمراض	120-180	حالي ومدى الحياة	DSM-III-R و ICD-10
M.I.N.I.	تدريب محدود	مغلقة، استفسارات التقييم اختيارية	الإعدادات السريرية والبحوث	15	حالي وأقل من مدى الحياة	ICD-10 و DSM-IV
M.I.N.I.-Plus	تدريب محدود	مغلقة، استفسارات التقييم اختيارية	البحوث	45-60	حالي ومدى الحياة	ICD-10 و DSM-IV
M.I.N.I.-Screen	تقييم المريض	مغلقة	الرعاية الصحية الأولية	5	حالي	فحص ICD-10 و DSM-IV
SDDS	فحص تقييم المريض، مقابلة تقييم الطبيب	مغلقة	المرضى؛ الرعاية الصحية الأولية	١-٣	حالي	تشخيص DSM-III-R
PRIME-MD	PQ: فحص تقييم المريض CEQ: مقابلة يديرها الطبيب	مغلقة	المرضى؛ الرعاية الصحية الأولية	٨	حالي	تشخيص DSM-III-R

* الاختصارات: PSE = اختبار الحالة الحالية؛ DIS = جدول المقابلة التشخيصية؛ SADS = جدول الاضطرابات العاطفية والفصام. SCID = مقابلة سريرية منظمة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الثالثة المنقحة (DSM-III-R)؛ CIDI = المقابلة التشخيصية الدولية المركبة للأمراض، المراجعة العاشرة؛ PRIME-MD = تقييم الرعاية الأولية للاضطرابات العقلية. SDDS = نظام تشخيصي يحركه الأعراض للرعاية الأولية؛ M.I.N.I. = المقابلة الدولية المصغرة للطب النفسي العصبي، RDC = معايير تشخيص البحث.

أهداف تصميم المقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الإصدار الخامس - نسخة الطبيب السريري) "SCID-5" وفقاً إلى DSM-5:

أهدافنا المركزية في تصميم المقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الإصدار الخامس - نسخة الطبيب السريري) "SCID-5" وفقاً إلى DSM-5 كانت أن تكون:

- قصيرة وغير مكلفة.
- بسيطة وواضحة وسهلة الإدارة.
- حساسة للغاية، أي أنه يجب اكتشاف نسبة عالية من المرضى الذين يعانون من اضطراب ما بواسطة الأداة.
- محددة، أي أن يكون لديها القدرة على فحص المرضى بدون اضطرابات.
- متوافقة مع معايير التشخيص الدولية، بما في ذلك التصنيف الدولي للأمراض (ICD-11).
- قادرة على تحديد المتغيرات الفرعية الهامة.
- مفيدة في الطب النفسي السريري وكذلك في إعدادات البحث.

الدراسات السابقة:

تمهيد:

يتناول هذا الجزء أهم الدراسات السابقة، والتي أكدت علي فاعلية الخصائص السيكومترية من ثبات وصدق الخاصة بالمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (SCID-5) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-5)، وستم عرض الدراسات من الأقدم للأحدث كما يلي:
الدراسة الأولى:

حالة لعب الأدوار (للتدرب على الوحدة ه): "مشغول جداً"
(اقرأ هذا بصوت عالٍ للقائم بالمقابلة)

ملخص

تم قبول هذا الرجل الأمريكي المكسيكي البالغ من العمر ٤٠ عامًا في برنامج العلاج من تعاطي المخدرات، لم يتزوج قط ويعيش بمفرده. وهو مقاول حمامات السباحة حاليًا في وسط موسمه المزدحم، حيث كان يعمل ٦٠ ساعة في الأسبوع، ويقضي الأمسيات في المستشفى لزيارة والدته المريضة بمرض عضال. ويذكر أن المخدر الرئيسي الذي يستخدمه هو الكوكايين وأنه "خرج عن نطاق السيطرة". لقد كان ينفق أكثر من ٣٠٠ دولار في الأسبوع عليه. وفيما يتعلق بعادات الشرب لديه، فإنه يذكر أنه يشرب كأسين من النبيذ مع العشاء وعبوتين أو ثلاثة بيرة إضافية عندما يخرج مع الأصدقاء في المساء، وهو ما يقرب من مرتين في الأسبوع.

(بالنسبة للعب الأدوار)

أعراض المزاج: أجبت بـ "نعم" على سؤال المزاج المكتئب الحالي، ولكن عندما يسأل القائم بالمقابلة عما إذا كان المزاج المكتئب موجودًا "معظم اليوم، كل يوم تقريبًا"، قلت "لا". أنت مكتئب بسبب مرض والدتك، ولكنك لا تفكر في الأمر أثناء النهار لأنك مشغول للغاية. ردًا على فقدان الاهتمام، قلت مرة أخرى أنه ليس لديك الوقت لفعل أي شيء سوى العمل وزيارة والدتك والنوم، ولكنك لا تزال مهتمًا بالعمل وزيارة والدتك. إذا قام القائم بالمقابلة (بشكل غير صحيح) بطرح أسئلة حول نوبة الاكتئاب الحالية، أجبت بـ "لا" على جميع الأسئلة. أجبت بـ "لا" على جميع الأسئلة الأخرى في وحدة الحالة المزاجية.

الأعراض الذهانية: أجبت بـ "لا" على كل شيء، باستثناء "الأوهام الواضحة والصرخة (الأوهام البصرية - وليس الهلوسة) عندما تكون منتهيًا بتعاطي عقار إل إس دي.

اضطرابات التعاطي: كما وصفت في الملخص، كنت تشرب كأسين من النبيذ مع العشاء، وفي ليلتين في الأسبوع، تتناول كوبين أو ثلاثة من البيرة الإضافية عندما تخرج مع أصدقائك. فيما يتعلق بالأسئلة التي تقيم اضطراب تعاطي الكحول خلال الـ ١٢ شهرًا الماضية، قل "لا" لجميع الأسئلة الـ ١١ الخاصة باضطراب تعاطي الكحول: لم يسبب شرب الكحول أي مشاكل خلال الـ ١٢ شهرًا الماضية ولم يخرج عن نطاق السيطرة.

عند سؤالك عن تعاطي المواد غير الكحولية خلال الـ ١٢ شهرًا الماضية، أجب عن الأسئلة كما يلي:

- رفض استخدام أي أدوية من فئة المهدئات أو المنومات أو مزيلات القلق.
- اعترف بتدخين الماريجوانا كل يوم، ثلاث أو أربع مرات، وأحيانًا يبدأ تدخينها مباشرة بعد الإفطار.
- اعترف باستنشاق الكوكايين يوميًا. رفض استخدام أي نوع آخر من المنشطات.
- رفض استخدام أي مواد أفيونية.
- رفض استخدام أي فينسيكليدين.
- أقر باستخدام عقار إل إس دي حوالي مرة واحدة شهريًا خلال العام الماضي.
- رفض استخدام أي المسكنات.
- رفض استخدام أي نوع آخر من المخدرات.

لتقييم المعايير الخاصة بأمر تعاطي المواد غير الكحولية خلال الـ ١٢ شهرًا الماضية، يجب أن يسألك القائم بالمقابلة عن الأدوية أو العقاقير التي سببت لك معظم المشاكل خلال الـ ١٢ شهرًا الماضية. يجب أن تقول "بالتأكيد الكوكايين". ثم أجب عن الأسئلة الفردية كما يلي:

المعيار A1 (تعاطي أكثر مما هو مقصود)

أجب بـ "نعم" - إن تعاطيك للكوكايين خارج نطاق السيطرة؛ غالبًا ما تستهلك كل ما لديك من الكوكايين في إحدى الأمسيات، حتى لو كان لديك كمية كافية لمدة أسبوع.

المعيار A2 (الرغبة المستمرة أو الجهود غير الناجحة لتخفيض الكمية)

أجب بـ "نعم" - لقد حاولت التوقف عدة مرات، ولكنك لم تتمكن من التوقف - ولهذا السبب أتيت لتلقي العلاج.

المعيار A3 (قدر كبير من الوقت)

أجب بـ "نعم" - لقد كنت تستخدمه كل يوم، وكنت "متعاطيًا" طوال الوقت أثناء عملك في حمامات السباحة.

المعيار A4 (الرغبة في التعاطي)

أجب بـ "نعم" - فأنت تتوق إليه دائمًا عندما لا تستخدمه.

المعيار A5 (الاستخدام الذي يؤدي إلى الفشل في الوفاء بالتزامات الدور الرئيسي)

أجب بـ "لا" - على الرغم من أنك قد تكون سريعًا بعض الشيء في العمل، إلا أنك أصبحت أكثر إنتاجية؛ لم يكن هناك أي تأثير سلبي على التزامات عملك.

المعيار A6 (استمرار التعاطي على الرغم من وجود مشاكل اجتماعية)

أجب بـ "نعم" - عائلتك لا توافق على تعاطيك للمخدرات؛ في كل مرة تتحدث معهم، يتحول الأمر إلى جدال حول تعاطيك للكوكايين. لقد تجنبنا مؤخرًا التحدث مع أي شخص في عائلتك لأنك لا تريد أن تتعرض للإزعاج بعد الآن.

المعيار A7 (الأنشطة التي توقفت عنها)

أجب بـ "نعم" - لقد توقفت عن قضاء الوقت مع العائلة والأصدقاء، ولم تعد تمارس الرياضة، وهو الأمر الذي كان في السابق اهتمامك الرئيسي.

المعيار A8 (وجود خطر جسدي)

أجب بـ "نعم" على السؤال حول ما إذا كنت قد استنشقت الكوكايين قبل القيادة ولكن أجب بـ "لا" على السؤال حول تعاطيك للكوكايين الذي يتسبب في القيادة المتهوررة أو المحفوفة بالمخاطر.

المعيار A9 (الاستخدام على الرغم من المعرفة بوجود مشكلة نفسية أو جسدية)

أجب بـ "نعم" على المشاكل النفسية - في وقت سابق من العام، عندما كنت تستخدم جرعات أعلى من الكوكايين، كان ذلك سيجعلك مصابًا بجنون العظمة الشديد؛ بحيث تغلق أبواب منزلك وتظن بأن الشرطة كانت تراقبك.

أجب بـ "لا" للمشاكل الجسدية.

أجب بـ "نعم" عما إذا كنت قد واصلت تعاطي الكوكايين على أية حال.

المعيار A10 (التفاوت)

الإجابة بـ "نعم" - كنت بحاجة إلى زيادة الكمية المستخدمة بعد بضعة أيام فقط.

معيار A11 (الانسحاب)

أجب بـ "نعم" - بعد نفاذ الكوكايين، "تصطدم" وتصبح مكتئبًا وسريع الانفعال، وتنام طوال الوقت، وتشعر بالتعب، وتتباطأ .

تشخيص SCID-5-CV

F14.20 اضطراب تعاطي الكوكايين، شديد

(المعايير A1، A2، A3، A4، A6، A7، A8، A9، A10، A11)

(تم تحديد مربع "الحالي" في ورقة النتائج الموجزة التشخيصية)

الدراسة الثانية:

تحديات تقييم اضطرابات الشخصية باستخدام SCID-5-PD لدى المرضى النفسيين

ماتيو بويرج

المستخلص

الخلفية: كثيرا ما يستخدم SCID-5-PD لتشخيص اضطرابات الشخصية وتهدف هذه الدراسة لمقارنة النتائج التشخيصية لـ SCID-5-PD مع التقييم السريري الخبير في بيئة ICD-10.

الطريقة: خضعت عينة عشوائية من إجمالي ٣٠ مريضًا نفسيًا داخليًا وخارجيًا (متوسط العمر = ٣٤ ± ١٦، ١٧ ذكرًا و ١٣ أنثى) لتقييم سريري شامل أجراه خبراء. وفي وقت لاحق، تم تقييم المرضى باستخدام SCID-5-PD بمعرفة مقيمين مبتدئين مدربين خصيصًا.

النتائج: ٥٥% (ن = ١١) من المرضى الذين كان تشخيصهم السريري طيف الفصام تم تخصيصهم لتشخيص واحد أو أكثر لاضطراب الشخصية وفقًا لـ SCID-5-PD، في المقام الأول اضطراب الشخصية الحدية (ن = ٦). في المقابل، من بين جميع المرضى الذين كان تشخيصهم السريري ليس طيف الفصام، هناك مريض واحد فقط مؤهل لتشخيص اضطراب الشخصية باستخدام SCID-5-PD. وفي الوقت نفسه، فإن ٧٠% (العدد = ٧) من المرضى الذين تم تشخيصهم سريريًا باضطراب الفصام ICD-10 لم يستوفوا معايير هذا الاضطراب عند تقييمهم باستخدام SCID-5-PD.

الاستنتاجات: عند النظر في التشخيص التفريقي لطيف الفصام، ينبغي تفسير نتائج

SCID-5-PD بحذر.

الخلفية:

أصبحت المقابلات المنظمة بشكل متزايد المعيار الذهبي في التقييم النفسي. ويتم الحصول على المعلومات التشخيصية بناءً على استجابات المريض وملاحظات الطبيب. تحاول هذه المقابلات تحديد الأعراض والمتلازمات التي تلي معايير تشخيصية محددة (1)، على سبيل المثال المقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات الشخصية -5 (SCID-5) (DSM-5 (PD).

لا يوجد إجماع على تعريف رسمي لمصطلح المقابلة المنظمة. في حين أن SCID-5-PD تعتبر مقابلة شبه منظمة، فإننا نعتبر المقابلة منظمة بالكامل لأنها تتكون من مجموعة من الأسئلة المحددة مسبقًا، والمقدمة بترتيب محدد. يحظى هذا النوع من المقابلات بشعبية كبيرة في الأبحاث وفي البيئات السريرية اليومية لتشخيص مجموعة كبيرة من الحالات النفسية بما في ذلك اضطرابات الشخصية (3).

يُعتقد أن هذه الاضطرابات منتشرة بشكل كبير في الدول الغربية (حوالي ١٢% في عموم السكان) وأكثر من ذلك بين المرضى النفسيين، حيث يقدر انتشار اضطراب الشخصية الحدية (BPD) وحده بحوالي ٢٠%.

يتم استخدام المقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات الشخصية -5 (SCID-5) (DSM-5 (PD) بشكل متكرر لتقييم هذه الاضطرابات.

جدول المقابلات هذا منتشر أيضًا في البلدان التي تستخدم الإصدار العاشر من التصنيف الدولي للأمراض. عند استخدامه سريريًا، عادةً ما يتم تحويل تشخيصات DSM-5 إلى ما يعادلها في ICD-10. ومع ذلك، هناك اختلافات مهمة بين نظامي التشخيص: ICD-10 هو نظام هرمي، حيث يتم إلغاء التشخيصات ذات الترتيب الأدنى مثل اضطرابات الشخصية بشكل عام أو تضمينها في التشخيصات ذات الترتيب الأعلى مثل الفصام، ما لم تكن حالات مستقلة بشكل واضح. عادةً لا يتم إعطاء المرضى المصابين بالفصام تشخيصًا إضافيًا لاضطراب الشخصية الحدية، لأن اضطرابات طيف الفصام (SSD) تحتل مرتبة أعلى من اضطرابات الشخصية، كما أن الاضطرابات في الشخصية متأصلة في مرض الفصام. يعتمد التسلسل الهرمي للإصدار ICD-10 على التقليد الأوروبي القاري في علم الأمراض النفسية كما وصفه ياسبرز. يسمح DSM-5 بدرجة أعلى من الاعتلال المشترك،

لأنه لا يحتوي على نفس الترتيب الهرمي. علاوة على ذلك، يعتبر الاضطراب الفصامي اضطرابًا في الشخصية في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5)، في حين يعتبره الإصدار العاشر من التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) اضطرابًا عالي المستوى ضمن طيف الفصام.

يقترح SCID-5-PD تشخيص اضطراب الشخصية عند استيفاء عدد معين من معايير التشخيص^[1]. ومع ذلك، لا يقتصر أي من الأعراض أو المعايير التشخيصية للاضطرابات الشخصية على اضطراب الشخصية وحده. ويمكن رؤية ظواهر مماثلة في مختلف الاضطرابات النفسية، مما يجعل عملية التشخيص التفريقي ذات أهمية قصوى. وكان هذا موضوع دراسة حديثة أجراها زاندرسن وبارناس، حيث خضع ٣٠ مريضًا تم تشخيص إصابتهم باضطراب الشخصية الحدية لفحص سريري صارم أجراه الخبراء. وفقًا لهذا التقييم، استوفى ثلثا المرضى معايير SSD المتوافقة مع DSM-5 وثلاثة أرباع استوفوا معايير ICD-10.

التحدي العام في التشخيص النفسي هو عدم وجود معيار ذهبي لتقييم الاضطرابات النفسية. اقترح روبرت سبيتزر، أحد مبدعي اختبارات DSM-III و SCID-5-PD، أنه يمكن اختبار صحة المقابلات المنظمة مقابل تقييم الخبراء الطولي لجميع البيانات (المقابلات مع المريض والأقارب وما إلى ذلك بالإضافة إلى جميع السجلات السريرية المتاحة). بعد اقتراح سبيتزر، قررنا التحقيق في كيفية ارتباط نتائج SCID-5-PD مع نتائج التقييم السريري الذي يجريه خبير.

الهدف:

الهدف من هذه الدراسة هو مقارنة تقييمات SCID-5-PD للمرضى النفسيين مع تقييم الخبراء باستخدام جميع المعلومات المتاحة.

المشاركون:

تم مشاركة ما مجموعه ٣٠ مشاركًا في المستشفى والعيادات الخارجية من مركز جلوستروب للصحة العقلية في منطقة العاصمة الدنماركية. كان المرضى الخارجيون بشكل عام في حالة سريرية أكثر استقرارًا من المرضى المقيمين في المستشفى. قمنا بتضمين كلا المجموعتين من أجل دراسة المرضى الذين يعانون من شدة مختلفة من الأمراض النفسية. كانت معايير الاشتمال: ١: فوق سن ١٨ عامًا، ٢: تشخيص ICD-10 الأولي من

F20-69، ٣: تقييم القدرة على المشاركة بمعرفة طبيب معالج. وكانت معايير الاستبعاد: ١. الوضع القضائي، ٢. الإعاقة الذهنية. وقد تم اختيار هذه المعايير لدراسة المرضى النفسيين بيئيًا، دون العوامل المربكة مثل اضطرابات النمو والأمراض العضوية. تم مشاركة المرضى خلال الفترة من ٤/١١-٢٠١٩ إلى ١٠/٢٧-٢٠١٩. تم تضمين المرضى في المستشفيات بشكل عشوائي حتى تم الحصول على ١٥ مريض. تمت دعوة المرضى من العيادة الخارجية على التوالي، بناءً على تاريخ المقابلة. من ٣٧ مريضًا خارجيًا مؤهلاً، تمت مشاركة ١٥ مريض. تم استبعاد مريضين بعد إدراجهما: أحدهما بسبب عدم القدرة على إكمال المقابلة، والآخر بسبب عدم اليقين في التشخيص السريري. تم تضمين مريضين آخرين بدلا منهم.

التقييم:

تم تقييم التشخيصات السريرية وفقًا للإجراءات المنتظمة وتم تخصيصها وفق ICD-10. تم تقييم المرضى في المستشفى أثناء العلاج في المستشفى بواسطة طبيب نفسي متخصص. تم تأكيد التشخيص من التقييمات السريرية السابقة أو تغييرها أثناء العلاج في المستشفى. استند هذا التقييم إلى مقابلات سريرية مختلفة، وملاحظات من مقدمي الرعاية وأطباء آخرين أثناء العلاج في المستشفى، بالإضافة إلى ملاحظات مكتوبة من علاج سابق ومقابلات مع أفراد الأسرة عندما يكون ذلك ممكنًا. استشار كبير الأطباء النفسيين المقيمين أطباء آخرين في حالة الشك. تمت إحالة المرضى الخارجيين إلى العيادة الخارجية بواسطة طبيبهم النفسي، بغرض الحصول على رأي ثانٍ في التشخيص. هنا، تم تقييم المرضى بواسطة طبيب نفسي متخصص وباحث. واستخدم مقابلة حوارية شبه منظمة، حيث تم استكشاف جميع البيانات المتاحة قبل المقابلة. وخلال المقابلة، قدم المريض ذكريات كاملة عن حياته مع التركيز على النمو النفسي والاجتماعي وكذلك العلاج السريري. تم استكشاف التجارب الذاتية الشاذة المحتملة المرتبطة بطيف الفصام باستخدام مقياس فحص التجارب الذاتية الشاذة (EASE)، وهو أداة شبه منظمة لتقييم الاضطرابات الذاتية. في حالة الشك، يقوم الطبيب النفسي المُقيم باستشارة أطباء آخرين يشاركون في علاج المريض. استغرق متوسط المقابلة الحوارية شبه المنظمة ٢,٥ ساعة.

تم تقييم جميع المرضى أيضًا باستخدام SCID-5-PD. أجرى المقابلات اثنان من طلاب الدراسات العليا في الطب وعلم النفس تم تدريبهم خصيصًا لإدارة SCID-5-PD وفقًا

لإرشادات تدريب المقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات التشخيصية والإحصائية من خلال دورة لمدة يومين مقدمة من الجمعية النفسية الدنماركية بالإضافة إلى العديد من المقابلات العملية مع المرضى. تم إعطاء المرضى استبيان فحص SCID-5-PD-SPQ المكون من ١٠٦ سؤال نعم/ لا قبل المقابلة. تم إجراء المقابلات وفقاً لتعليمات SCID-5-PD: تم تسجيل العناصر "العتبة" عندما تفي الاستجابات والملاحظات بالمعايير العامة لاضطراب الشخصية بالإضافة إلى معايير التشخيص الفردية المحددة لكل عنصر في SCID-5-PD. وتم تسجيل جميع المقابلات بالفيديو. وكان متوسط مدة المقابلة ١,٥ ساعة. تم استخدام مقاطع الفيديو لضمان الجودة والإشراف على القائمين على المقابلات من قبل الطبيب النفسي والباحث ذو الخبرة.

النتائج:

يبين الجدول (١) البيانات الديموغرافية للمرضى في المستشفيات والمرضى الخارجيين. يوضح الجدول ٢ تشخيصات كل من ICD-10 السريرية وتشخيصات DSM-5 من SCID-5-PD.

ما مجموعه ١٢ مريضاً مؤهلون لتشخيص SCID-5-PD واحد على الأقل، تم تشخيص ١١ منهم سريريًا ضمن طيف الفصام باستخدام ICD-10. يصل هذا إلى ٥٥% من المرضى الذين يعانون من تشخيص طيف الفصام السريري المؤهلين أيضاً لتشخيص SCID-5-PD واحد على الأقل (متوسط عدد التشخيصات ١، يتراوح من ١ إلى ٤). وكان تشخيص SCID-5-PD الأكثر شيوعاً لهؤلاء المرضى هو اضطراب الشخصية الحدية. تم تشخيص ٣ من أصل ١٠ مرضى تم تشخيصهم سريريًا للاضطراب الفصامي باضطراب الشخصية الفصامية (SPD) باستخدام SCID-5-PD.

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

الجدول ١: التركيبة السكانية

المجموع	المرضى الخارجيين	المرضى الداخليين	
17/13	6/9	11/4	ذكر/أنثى
34, 16 (19-69)	27, 11 (19-58)	40, 17 (19-69)	العمر: متوسط الانحراف المعياري (المدى)
مستوى التعليم			
17	6	11	الثانوية العامة أو أقل
8	6	2	المدرسة الثانوية
3	3	0	الكلية
2	0	2	الجامعة
التشخيص السريري (ICD-10)			
7	0	7	الفصام
3	3	0	الفصام البسيط
10	8	2	الاضطراب الفصامي
1	0	1	نوبة اكتئاب العمدة
5	0	5	الاضطرابات العاطفية بين القطبين
2	2	0	متلازمة أسبرجر
1	1	0	اضطراب ما بعد الصدمة

الجدول ٢: نظرة عامة على التشخيصات السريرية والبحثية

اضطراب الشخصية الحدية ن=٦	اضطراب الشخصية التجنبية ن=٣	اضطراب الشخصية الاعتمادية ن=١	اضطراب الوسواس القهري ن=٣	اضطراب الشخصية الفصامية ن=٤	اضطراب الشخصية الفصامية ن=١	اضطراب الشخصية الارتبابية ن=١	تشخيص SCID-5-PD (DSM-5) ←
							التشخيص الإكلينيكي (ICD-10) ↓
3	1	1	1	1	0	1	الفصام ن=٧ (F20.0-F20.3)
0	2	0	0	0	1	0	الفصام البسيط ن=٣ (F20.6)
3	0	0	1	3	0	0	الاضطراب الفصامي (F21) ن=١٠
0	0	0	0	0	0	0	الاضطراب العاطفي ن=٦ (F30-F39)
0	0	0	1	0	0	0	رد فعل للضغوط الشديدة، واضطرابات التكيف ن=٢ (F43.0-F43.9)
0	0	0	0	0	0	0	متلازمة أسبرجر (F84.5) ن=٢
6	3	1	2	4	1	1	مجموعة طيف الفصام (أ) ن=٢٠ (F20.0-F21)

ن = في العمود الأيسر هو عدد المرضى الذين لديهم تشخيصات سريرية ضمن فئة

ICD-10 معينة. ن = في الصف العلوي هو العدد الإجمالي لكل تشخيص لاضطراب الشخصية المخصص بواسطة SCID-5-PD. تعرض الأرقام الموجودة في الخلايا المتبقية عدد المرضى من كل فئة من فئات ICD-10 المؤهلين لتشخيص محدد لاضطراب الشخصية باستخدام SCID-5-PD. لاحظ أن المرضى قد يكون لديهم تشخيصات متعددة لـ SCID-5-PD، على سبيل المثال لدى مجموعة الفصام إجمالي ٨ تشخيصات مخصصة بين ٧ مرضى.

(أ): تشمل مجموعة طيف الفصام جميع المرضى الذين تم تشخيصهم سريريًا بالفصام والفصام البسيط والاضطراب الفصامي.

المناقشة:

٥٥% من المرضى الذين تم فحصهم والذين تم تشخيصهم سريريًا ضمن طيف الفصام مؤهلون لتشخيص واحد أو أكثر من اضطرابات الشخصية وفقًا لـ SCID-5-PD، وفي أغلب الأحيان اضطراب الشخصية الحدية. ومن المثير للاهتمام أنه لم يتم العثور على اضطراب الشخصية الفصامية في ٧ من ١٠ مرضى تم تشخيصهم سريريًا بالاضطراب الفصامي. تتوافق هذه النتائج مع الدراسة التي أجراها زاندرسن وبارناس المذكورة في قسم الخلفية. بالإضافة إلى ذلك، قام مور وغرين وكار بدراسة عينة كبيرة من المرضى الذين تم تشخيص إصابتهم بالفصام (العدد = ٥٤٩). تم فحص المشاركين باستخدام استبيان فحص اضطراب الشخصية الدولي (IPDEQ) وتمت مقارنة النتائج مع نتائج الضوابط الصحية. ووجدت الدراسة أن المرضى الذين يعانون من الفصام كانوا أكثر عرضة للإصابة باضطراب الشخصية بـ ٨ مرات أكثر من الأشخاص الأصحاء. كان المرضى المصابون بالفصام أيضًا أكثر عرضة للفحص الإيجابي لاضطرابات الشخصية عبر المجموعات مقارنة بالأشخاص الأصحاء. في حين أن هذه النتائج مشابهة لنتائجنا، إلا أنها تفسر على أنها اعتلال مشترك وترتبط بنتائج إنذارية محددة. هناك القليل من النقاش حول العلاقة المحتملة بين الشخصية المتغيرة والحالة الأساسية لمرض انفصام الشخصية. يمكن فهم النتائج التي توصلنا إليها أيضًا على أنها انعكاس الاعتلال المشترك، أي أن اضطرابات الشخصية مصاحبة لمرض الفصام. ومع ذلك، فإن الاعتلال المشترك في ICD-10 يتعلق فقط بالاضطرابات التي لا تمثل جوانب لنفس الكيان السريري. غالبًا ما يُظهر مرضى اضطراب طيف الفصام اضطرابات تحاكي اضطرابات

الشخصية بشكل سطحي ولكنها في الواقع تعبيرات عن مرض نفسي أكثر عمقاً. ليس من الواضح دائماً نوع الظواهر التي تغطيها المعايير التشخيصية لاضطراب الشخصية. مثال على ذلك هو معايير اضطراب الشخصية الحدية المتمثلة في "اضطراب الهوية" و"المشاعر المزمنة بالفراغ" التي يمكن تفسيرها على مستويات مختلفة. على المستوى الشخصي أو السردي، يمكن أن يعكس اضطراب الهوية الارتباك فيما يتعلق بالخيارات المهنية والعلاقات الاجتماعية والرومانسية وما إلى ذلك، في حين يعكس اضطراب الهوية على مستوى الذات الدنيا أو الجوهرية "[...] تشوهات في منظور الشخص الأول، ودم الاكتمال". الشعور بالتجسيد الجوهري، والشعور الزائل بالحضور الذاتي". هذه هي الظواهر النفسية المرضية التي تظهر غالباً في المرضى الذين يعانون من اضطراب طيف الفصام. وبالمثل، يمكن أن تشير مشاعر الفراغ على المستوى السردى إلى نقص القيم أو الاتجاه في الحياة. على مستوى الذات الدنيا، تعكس هذه المشاعر أنواعاً مختلفة من تبدد الشخصية المرتبطة باضطراب طيف الفصام. نظراً لأن SCID-5-PD لا يحتوي على تعليمات أو أدوات للتمييز بين الأمراض النفسية على المستوى الهيكلي، فمن الممكن أن يتم تشخيص المرضى الذين يعانون من اضطراب طيف الفصام بشكل خاطئ على أنهم يعانون من اضطراب في الشخصية. وهذا قد يؤدي إلى عدم حصول المريض على الأدوية المضادة للذهان التي لا غنى عنها.

الخطأ المحتمل المتمثل في التغاضي عن حالة الفصام قد لا يكون نقطة ضعف متأصلة في تصميم SCID-5-PD. لا تهدف هذه المقابلة إلى التمييز بين فئات واسعة من الأمراض النفسية، ولكن فقط لتقييم اضطرابات الشخصية كما هو موضح في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5). ومع ذلك، في العمل السريري غالباً ما يستخدم هذا المقياس SCID-5-PD كأداة تشخيصية وحيدة عند الاشتباه في تشخيص اضطراب الشخصية. ومن الصعب العثور على بيانات كمية عن مدى هذه الممارسات السريرية دون المستوى الأمثل. يقدم دليل المستخدم الخاص بـ SCID-5-PD نفسه مثلاً. هذه حالة سريرية، تهدف إلى أن تكون بمثابة برنامج تعليمي لكيفية إجراء المقابلة. في هذا السيناريو، يتم إحالة شاب إلى قسم الطب النفسي بواسطة طبيبه العام، بعد أن انفجر بالبكاء بشكل غير متوقع أثناء فحص روتيني. عند دخوله مكتب الطبيب النفسي، أظهر سلوكاً غير عادي، بما في ذلك عرض دولار لصق وجه المريض عليه بدلاً من وجه جورج واشنطن.

إذا أُجري أي نوع من التقييم النفسي العام، فسيُحذف ذكره في دليل المستخدم ويتم تقييم المريض باستخدام SCID-5-PD ويعطى تشخيصات متعددة لاضطراب الشخصية. قد تنشأ مشكلة مختلفة عند ظهور حالة ذهانية قبل البدء في SCID-5-PD. في هذه الحالة، تعتبر الإجابات غير صحيحة إذا كانت تتعلق حصرياً بأحداث تحدث أثناء النوبات الذهانية أو العاطفية. وفقاً لإرشادات SCID-PD، من المفترض أن يسأل القائم بالمقابلة مباشرة ما إذا كانت الإجابات المقدمة تحدث خارج هذه النوبات. يفترض هذا السؤال أن المريض يعرف المقصود بمصطلح "الذهان" ويمكنه تحديد الحالات الذهانية بشكل مؤقت. وهذا التمييز، إذا كان ممكناً، يتطلب مستوى عالٍ من التبصر بالمرض. على الرغم من عدم وجود إجماع على تعريف مفهوم التبصر بالمرض، فمن المسلم به عموماً أن مرضى الفصام كثيراً ما يعانون من عدم وجوده.

تهدف معايير التشخيص في DSM-5، و ICD-10 إلى تحديد الحالات العقلية المختلفة، وليس أن تكون وصفاً شاملاً لعلم الأمراض النفسية المتأصل في اضطرابات معينة. نظراً لأن SCID-5-PD يتعامل مع معايير اضطرابات الشخصية ككيانات منفصلة ذات أهمية تشخيصية متساوية، فقد يكون من الصعب على الطبيب فهم الصورة السريرية الشاملة في غياب تقييم نفسي أكثر شمولاً. معظم معايير التشخيص، في حد ذاتها، ليست محددة لأي اضطراب: تنبثق الخصوصية التشخيصية من التفاعل بين أعراض وعلامات الاضطراب. والوحدة ذات المعنى للأجزاء التي تظهر تسمى الجشطات. تضيف المصادر المتشابهة المتعددة إلى الجشطات مثل تاريخ المريض، والسياق، والعلاقة بالتجارب الأخرى، وشكل ومحتوى التجربة. في عملية التشخيص هناك تبعيات متبادلة بين الكل وميزاته الفردية. عندما لا يتم الانخراط في توحيد الجشطات، قد تظهر هذه السمات الفردية كمجموعة من كيانات المرض المختلفة، مما يخلق الاعتلال المشترك الذي يميز نهج التشخيص المنظم والمتعدد. ووفقاً لياسبرز، فإن خصوصية الاضطرابات النفسية لا يمكن إدراكها على مستوى الأعراض والعلامات المفردة، ولكن فقط على مستوى الجشطات. قد يكون فهم الجشطات أمراً صعباً بشكل خاص عند التمييز بين اضطراب الشخصية واضطراب طيف الفصام، وهو مسعى قد لا تكون المقابلة المنظمة بالكامل كافية له.

القيود:

القيد الرئيسي لهذه الدراسة هو حجم العينة الصغير، الذي لا يمكن افتراض أنه له تمثيل احصائي. علاوة على ذلك، تم تحويل جميع المرضى الخارجيين إلى العيادة بغرض الحصول على رأي ثانٍ، حيث كان من الصعب تشخيصهم. من المحتمل أن هذه العينة الفرعية لا تمثل مجموعة مريضة عادية.

ويمكن القول أيضًا أن جزءًا من التناقض بين تقييم الخبراء وتقييم SCID-5-PD يمكن أن يُعزى إلى استخدام المقيمين المبتدئين الذين يقومون بإجراء مقابلات SCID-5-PD. ومع ذلك، دراسة من فنتورا وآخرون تشير إلى أن الاختلافات في الثبات ودقة التشخيص بين المقابلات المنظمة التي أجراها المقيمون المبتدئون والمدربون والمقيمون ذوو الخبرة ليست كبيرة.

الاستنتاج:

على الرغم من أن SCID-5-PD تتضمن ملاحظات وأسئلة تشخيصية تفريقية، إلا أنه قد يتم إساءة تفسير اضطرابات طيف الفصام على أنها اضطراب في الشخصية في غياب التشخيص التفريقي الشامل. علاوة على ذلك، قد يتم إساءة تفسير حالات الاضطراب الفصامي أو التغاضي عنها إذا لم يتم إجراء تقييم نفسي آخر. هناك حاجة إلى مزيد من البحث مع عينات أكبر وأكثر تمثيلاً لتوضيح هذه المشاكل.

الاختصارات:

SCID-5-PD: المقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات الشخصية DSM-5.

BPD: اضطراب الشخصية الحدية.

SPD: اضطراب الشخصية الفصامية (يستخدم هذا المصطلح في DSM-5 وليس

في ICD-10، حيث أن الاضطراب الفصامي لا يعتبر اضطرابًا في الشخصية في ICD-10).

SSD: اضطراب طيف الفصام.

الدراسة الثالثة:

بعنوان: الخصائص السيكومترية من ثبات وصدق للمقابلة السريرية المنظمة "المقننة"

للاضطرابات العقلية - إصدار DSM-5-CV (Stewart, A. Shankman, et al, 2017).

حيث سعت هذه الدراسة إلى التأكد من ثبات وصدق المقابلة المقننة للاضطرابات العقلية، وذلك على عينة مكونة من ٢٣٤ من المرضى المترددين على العيادات، وذلك من خلال الاتساق الداخلي، وإعادة الاختبار، مع تحديد الصلاحية التنبؤية المحتملة (الاعراض والاداء بعد عام واحد) للاضطرابات التالية : (الاكتئاب الشديد، سؤ استخدام الكحول والمواد المخدرة، واضطراب ما بعد الصدمة، والذعر، ورهاب الاماكن الفسيحة، واضطراب الوسواس القهري، واضطراب القلق العام)، وظهرت النتائج وجود اتساقاً داخلياً كبيراً حيث كانت جميع قيم ألفا كرونباخ < 80 .

الدراسة الرابعة:

بغنوان: " الصلاحية السريرية وموثوقية الاختبار وإعادة الاختبار للمقابلة السريرية المنظمة المقننة" للاضطرابات العقلية - إصدار DSM-5-CV " (Flavia, I. Osorio, et.al, 2019). وتم تطبيق المقابلة على ١٨٠ مريضاً وجهاً لوجه وعبر الهاتف، حيث تم إجراء الاختبار من قبل ١٢ طبيباً نفسياً، وخصائين نفسيين، وتم إنشاء التشخيص السريري وفقاً لمعايير وإجراءات الخبراء الطولية، وجميع البيانات الخاصة DSM-5 ، وتم حساب النسبة المئوية للتوافق، وحساسية (LEAD)، ومستوى الاتفاق (كبا) لفئات التشخيص والتشخيصات المحددة.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى:

تراوحت نسبة الاتفاق الإيجابي بين المقابلة والتشخيص السريري بين ٧٣% و ٩٧% ، وكانت حساسية/نوعية التشخيص أكبر من 0.70 في المقابلة المشتركة، وكانت مستويات كبا < ٧٥% ، وكانت مستويات كبا < 0.70 لمعظم التشخيصات. كانت القيم أقل تعبيراً، لكنها لا تزال كافية لمقابلات اختبار إعادة الاختبار.

الدراسة الخامسة:

حيث هدفت دراسة (Amir Shabani, et al,2021) إلى التأكد من تقييم الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة (SCID-5-CV) للاضطرابات العقلية، ووفقاً ايضاً إلى DSM-5-R وطبقت الدراسة على جميع المرضى الداخليين المحالين إلى ثلاثة مراكز للطب النفسي في طهران، وهي مستشفى إيران للطب النفسي، ومستشفى رسول أكرم، وعيادة العلوم السلوكية والصحة العقلية (معهد طهران للطب النفسي). وتضمنت عينة الدراسة مرحلة

عمرية امتدت من ١٦ إلى ٧٠ عاماً. وتم استبعاد ممن يعانون من وجود مشاكل جسدية، وممن يعانون من عدم القدرة على التواصل أو عدم القدرة على التواصل باللغة الفارسية، مع استبعاد ممن يعانون من الذهان، ومن الإعاقة الذهنية، ومن الخرف.

وظهرت نتائج الدراسة وخاصة فيما يتعلق بمقياس (كابا) بالنسبة لجميع التشخيصات باستثناء اضطرابات القلق، كان (كابا) أعلى من 0.4 نتيجة الاتفاق فوق المتوسط، ولكن في اضطرابات القلق مع (كابا) = 0.34 ، كما كان هناك اتفاق معتدل بين تقارير الطبيب النفسي أيضاً وفقاً لـ SCID ، وتقارير القائمين على المقابلة من تشخيص الطبيب النفسي باعتباره المعيار الذهبي، في معظم التشخيصات باستثناء اضطرابات القلق، كان كابا أعلى من 0.80 مما يشير إلى الخاصية المرغوبة لهذه الأداة في تشخيص الاضطرابات، كما كانت حساسية جميع التشخيصات أعلى من 0.80 ، ومن ثم ووفقاً لنتائج الدراسة يمكن استخدام SCID-CV 5- لأغراض التشخيص في عيادات ومستشفيات الطب النفسي ولتقييم عملية علاج المرضى ممن يعانون من الفصام ومن الاضطرابات النفسية والعقلية، ومع ذلك فإن استخدام SCID-5 مع مرضي القلق يجب أن يتم بحذر.

الإجراءات المنهجية والخصائص السيكومترية للمقابلة

إجراءات تقنين المقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (SCID-5) وفقاً إلى DSM-5:

- تم تطبيق المقابلة بشكل عمدي مكونة من (١٦٠) من المرضى المترددين علي مستشفى هدوء للصحة النفسية وعلاج الإدمان، ومستشفى العباسية، ومستشفى الخانكة للصحة النفسية بمحافظة القاهرة الكبرى، وذلك في المرحلة العمرية من ١٨ عام إلي ٦٠ عاماً، مقسمين إلى (٨٠) من الإناث و (٨٠) من الذكور، وتم استبعاد ممن يعانون من اضطرابات نمائية وإدراكية، أو ممن يعانون من إعاقات جسدية وحسية؛ بهدف التأكد من قبل أطباء نفسيين قائمين علي علاج المرضى من المترددين علي المستشفى، أو من القائمين في المستشفى بهدف العلاج.

حيث تم التأكد من الخصائص السيكومترية للمقابلة من خلال القيام بعده إجراءات لتقنين المقابلة علي البيئة العربية، ومنها ما يلي:

أ - صدق المقابلة:

تم التأكد من صدق المقابلة من خلال ما يلي:

أ/١ - الصدق الظاهري:

يتبين من فقرات المقابلة أن القائمة تتميز وتتمتع بدرجة عالية من الصدق الظاهري، عكست الفقرات عما جاء في التعريفات الخاصة ب (DSM-5)، وهو ما يعني أن المقابلة صادقة فيما وضعت لتشخيصه.

أ/٢ - صدق المحكمين:

وتم عرض المقابلة علي (٩) من الاطباء نفسيين للتأكد من صدق المحكمين والتي كانت درجته مرتفعة حيث بلغت نسبة الاتفاق بينهم "0,96".

أ/٣ - صدق المحك:

صدق التعلق بالمحك من خلال الارتباط بين تشخيص الطبيب النفسي المعالج للحالة، والتشخيص الناتج من المقابلة وكانت قيمته مرتفعة عند 0,88.

ب - ثبات المقابلة:

تم التأكد من ثبات المقابلة من خلال التطبيق وإعادة التطبيق:

- ثبات المقابلة بطريقة إعادة التطبيق والتي كانت (٠,٠٠١) ، والتي تعني ان المقابلة تمتع بدرجة ثبات عالية، وهو ما اكدته ايضاً غالبية الدراسات السابقة.

المقابلة السريرية المنظمة (المقننة) للاضطرابات العقلية بحسب

الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية

الإصدار الخامس (SCID-5-CV)

نسخة الطبيب السريري

مايكل بي. الأول، (طبيب)

أستاذ الطب النفسي السريري في جامعة كولومبيا، وباحث في الطب النفسي

قسم الظواهر السريرية في معهد ولاية نيويورك للطب النفسي،

نيويورك، نيويورك

جانيت بي. دبليو ويليامز، دكتوراه

أستاذة فخرية في العمل الاجتماعي النفسي السريري (في الطب النفسي وعلم

الأعصاب)

جامعة كولومبيا، وعالمة أبحاث ونائبة رئيس قسم أبحاث القياسات الحيوية

(متقاعدة)، معهد ولاية نيويورك للطب النفسي،

نيويورك، نيويورك؛ والنائبة الأولى لجلوبال ساينس، شركة ميدافانت، هاميلتون، نيو جيرسي

روندا إس. كارج، دكتوراه

باحثة في علم النفس، قسم الصحة السلوكية وأبحاث العدالة الجنائية،

معهد آر تي أي إنترناشونال، دورهام، كارولاينا الشمالية

روبرت إل سبيتزر، (طبيب)

أستاذ فخري في الطب النفسي، جامعة كولومبيا،

وعالم أبحاث ورئيس قسم أبحاث القياسات الحيوية (متقاعد)،

معهد ولاية نيويورك للطب النفسي، نيويورك، نيويورك

المريض:	تاريخ المقابلة:	يوم	شهر	سنة
_____	_____	_____	_____	_____

ملحوظة: عمل المؤلفون على التأكد من أن جميع المعلومات الواردة في هذا المنشور

دقيقة حال النشر ومتوافقة مع المعايير النفسية والطبية العامة، وأن المعلومات المتعلقة بجرعات

الأدوية وجداولها ومواعيدها وطرق تناولها دقيقة حال النشر ومتوافقة مع المعايير التي وضعتها هيئة الغذاء والدواء الأمريكية والمجتمع الطبي العام. ومع ذلك، قد تتغير المعايير العلاجية، مع استمرار تقدم الأبحاث والممارسات الطبية. علاوة على ذلك، قد تتطلب حالات معينة استجابة علاجية محددة غير متضمنة في هذا المنشور. لهذه الأسباب ولأن الأخطاء البشرية والميكانيكية تحدث أحياناً، فإننا ننصح القراء باتباع نصيحة الأطباء المشاركين بشكل مباشر في رعايتهم أو رعاية أحد أفراد أسرهم.

تشتمل المقابلة السريرية المنظمة لاضطرابات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس - الإصدار السريري على دليل المستخدم للمقابلة.

دليل محتويات المقابلة السريرية:

- [صحيفة النتائج الملخصة التشخيصية للمقابلة SCID-5-CV](#)
- [نظرة عامة](#)
- [أ. نوبات الحالة المزاجية](#)
- [ب. الأعراض الذهانية والأعراض المرتبطة بها](#)
- [ج. التشخيص التفريقي للاضطرابات الذهانية](#)
- [د. التشخيص التفريقي لاضطرابات المزاج](#)
- [هـ. اضطرابات استخدام المواد](#)
- [اضطراب تعاطي الكحول \(آخر ١٢ شهراً\)](#)
- [اضطراب تعاطي المواد غير الكحولية \(آخر ١٢ شهراً\)](#)
- [و. اضطرابات القلق](#)
- [ز. اضطراب الوسواس القهري واضطراب ما بعد الصدمة](#)
- [اضطراب الوسواس القهري](#)
- [اضطراب ما بعد الصدمة](#)
- [ح. اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى البالغين](#)
- [ط. فحص الاضطرابات الحالية الأخرى](#)
- [ي. اضطراب التكيف](#)

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

قائمة الاختصارات:

نقص الانتباه/فرط النشاط	ADHD
حالة طبية أخرى	AMC
اضطراب القلق العام	GAD
حالة طبية عامة	GMC
التسمم	(I)
التسمم/الانسحاب	(I/W)
الوسواس القهري	OC
اضطراب الوسواس القهري	OCD
اضطراب ما بعد الصدمة	PTSD
الانسحاب	(W)

تشير "الملاحظة" بالخط العريض إلى إدراج الملاحظات على النحو الوارد في معايير DSM-5.

تشير "الملاحظة" المكتوبة بالخط المائل وبالخط العريض إلى إرشادات أو تعليمات محددة لتقييم المعايير أو إجراء مقابلة SCID-5-CV.

المقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس - نسخة الطبيب السريري (SCID-5-CV)

صحيفة النتائج الملخصة التشخيصية للمقابلة SCID-5-CV

طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى

الاضطراب	التاريخ السابق	الحالي
الفصام (ص 25/44 C) F20.9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الاضطراب الفصامي (ص 26/44 C) F20.81	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الاضطراب الفصامي العاطفي (ص 27/44 C) F25.0 نوع ثنائي القطب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الاضطراب الاكتئابي F25.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الوهم الاكتئابي (ص 28/44 C) F22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الاضطراب الذهاني الوجداني (ص 29/44 C) F23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

أ.د/ محمد أحمد محمود خطاب

		مدى الحياة	
اضطراب ذهاني بسبب حالة طبية أخرى (ص. 6/38، ص. 8/39، ص. 12/40، ص. 17/41، ص. 21/42، ص. 24/43)			
F06.2 مع الأوهام		<input type="checkbox"/>	
F06.0 مع الهلوسة		<input type="checkbox"/>	
الاضطراب الذهاني الناتج عن المواد الأدمية (ص. 6/38، ص. 8/39، ص. 12/40، ص. 17/41، ص. 21/42، ص. 24/43)			
F _____ ¹ . أشر إلى مادة محددة ورمز التشخيص:		<input type="checkbox"/>	
طفيف الفصام المحدد/غير المحدد والاضطرابات الذهانية الأخرى (ص. 30/44)		التاريخ السابق	الحالي
F28 أخرى (يرجى التحديد):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F29 غير محدد		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الاضطرابات ثنائية القطب والاضطرابات ذات الصلة			
الاضطراب		التاريخ السابق	الحالي
اضطراب ثنائي القطب من النوع الأول الاضطراب ثنائي القطب، الهوس الحالي أو الأحدث (ص. 17/49)			
النوبة الحالية هوس، معتدل	F31.11		<input type="checkbox"/>
النوبة الحالية هوس، معتدل	F31.12		<input type="checkbox"/>
النوبة الحالية هوس شديد	F31.13		<input type="checkbox"/>
النوبة الحالية هوس، مع سمات ذهانية	F31.2		<input type="checkbox"/>
النوبة الأخيرة من الهوس، هدوء جزئي	F31.73	<input type="checkbox"/>	
أحدث نوبة من الهوس، هدوء كامل	F31.74	<input type="checkbox"/>	
النوبة الحالية أو الأخيرة من الاكتئاب (ص. 18/49)	ثنائي القطب من النوع الأول		
النوبة الحالية اكتئاب، خفيف	F31.31		<input type="checkbox"/>
النوبة الحالية اكتئاب معتدل	F31.32		<input type="checkbox"/>

انظر الصفحة 6 للحصول على الرموز التشخيصية للاضطراب الذهاني الناتج عن مادة/أدوية.

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

النوبة الحالية اكتئاب شديد	F31.4		<input type="checkbox"/>
النوبة الحالية اكتئاب وملاح ذهانية	F31.5		<input type="checkbox"/>
أحدث نوبة من الاكتئاب، هدوء جزئي	F31.75	<input type="checkbox"/>	
أحدث نوبة من الاكتئاب، هدوء كامل	F31.76	<input type="checkbox"/>	
النوبة الحالية أو الأخيرة من الهوس الخفيف (ص. ٥٠ / D19)	ثنائي القطب من النوع الأول		
النوبة الحالية هوس خفيف	F31.0		<input type="checkbox"/>
أحدث نوبة من الهوس الخفيف، هدوء جزئي	F31.71	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أحدث نوبة من الهوس الخفيف، هدوء كامل	F31.72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
النوبة الحالية أو الأحدث غير محددة (ص. ٥٠ / D20)	ثنائي القطب من النوع الأول		<input type="checkbox"/>
النوبة الحالية هوس، معتدل	F31.9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

اضطرابات أخرى

الاضطراب	التاريخ السابق	الحالي
اضطراب الهلع (ص ٦٦ / F22) F41.0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الخوف من الأماكن المكشوفة (الأشهر الستة الماضية) (ص ٦٨ / F31) F40.00		<input type="checkbox"/>
اضطراب القلق الاجتماعي (الأشهر الستة الماضية) (ص ٧٠ / F41) F40.10		<input type="checkbox"/>
اضطراب القلق العام (الأشهر الستة الماضية) (ص ٧٢ / F54) F41.1		<input type="checkbox"/>
اضطراب الوسواس القهري (الشهر الماضي) (ص ٧٥ / G8) F42		<input type="checkbox"/>
اضطراب ما بعد الصدمة (ص ٨٥ / G41) F43.10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (الأشهر الستة الماضية) (ص ٩٠ / G26) F90.2		<input type="checkbox"/>
F90.2 العرض المشترك		<input type="checkbox"/>

F90.0 العرض الغافل في الغالب		<input type="checkbox"/>
F90.1 العرض المفرط النشاط/المندفع في الغالب		<input type="checkbox"/>
اضطراب التكيف (الأشهر الستة الماضية) (ص 95/G5)		
مع مزاج مكتئب F43.21		<input type="checkbox"/>
مع القلق F43.22		<input type="checkbox"/>
قلق مختلط ومزاج مكتئب F43.23		<input type="checkbox"/>
مع اضطراب السلوك F43.24		<input type="checkbox"/>
مع اضطراب مختلط للعواطف والسلوك F43.25		<input type="checkbox"/>
غير محدد F43.20		<input type="checkbox"/>
مدى الحياة		
اضطراب القلق بسبب حالة طبية أخرى (ص 65/F20 ، ص 70/F39 ، ص 72/F53) F06.4	<input type="checkbox"/>	
اضطراب القلق الناجم عن مادة/أدوية (ص. 65/F20 ، ص. 70/F39 ، ص. 72/F53) F ____ ٢ . أشير إلى مادة محددة ورمز التشخيص:	<input type="checkbox"/>	
الوسواس القهري والاضطراب المرتبط به بسبب حالة طبية أخرى (ص. 74/G7) F06.8	<input type="checkbox"/>	
اضطراب الوسواس القهري والاضطراب المرتبط به الناجم عن مادة/أدوية (ص. 74/G7) F ____ ٣ . أشير إلى مادة محددة ورمز التشخيص:	<input type="checkbox"/>	
الاضطراب	التاريخ السابق	الحالي
F ____ . اضطرابات DSM-5 الأخرى:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F ____ . اضطرابات DSM-5 الأخرى:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

^٢ انظر الصفحة ٦ للحصول على الرموز التشخيصية لاضطراب القلق الناجم عن المواد/الأدوية.
^٣ انظر الصفحة ٦ للحصول على الرموز التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري الناجم عن المواد/الأدوية والاضطراب المرتبط به.

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

الرموز التشخيصية للاضطراب الذهاني الناجم عن المواد/الأدوية

فئة المادة	مع اضطراب الاستخدام، خفيف	مع اضطراب الاستخدام، معتدل أو شديد بدون اضطراب الاستخدام
الكحول	F10.159	F10.259
مسكن أو منوم أو مزيل للقلق	F13.159	F13.259
الغيب	F12.159	F12.259
الأمفيتامين (أو المنشطات الأخرى)	F15.159	F15.259
الكوكايين	F14.159	F14.259
فينسكايدين	F16.159	F16.259
مهلوسات أخرى	F16.159	F16.259
المستنشقة	F18.159	F18.259
أخرى (أو مادة غير معروفة)	F19.159	F19.259
الرموز التشخيصية للاضطراب ثنائي القطب الناجم عن المواد/الأدوية والاضطراب ذي الصلة		
فئة المادة	مع اضطراب الاستخدام، خفيف	مع اضطراب الاستخدام، معتدل أو شديد بدون اضطراب الاستخدام
الكحول	F10.14	F10.24
مسكن أو منوم أو مزيل للقلق	F13.14	F13.24
الأمفيتامين (أو المنشطات الأخرى)	F15.14	F15.24
الكوكايين	F14.14	F14.24
فينسكايدين	F16.14	F16.24
مهلوسات أخرى	F16.14	F16.24
أخرى (أو مادة غير معروفة)	F19.14	F19.24
الرموز التشخيصية للاضطراب الاكتيبي الناجم عن المواد/الأدوية		
فئة المادة	مع اضطراب الاستخدام، خفيف	مع اضطراب الاستخدام، معتدل أو شديد بدون اضطراب الاستخدام
الكحول	F10.14	F10.24
مسكن أو منوم أو مزيل للقلق	F13.14	F13.24
الأمفيتامين (أو المنشطات الأخرى)	F15.14	F15.24
الكوكايين	F14.14	F14.24
المواد الأفيونية	F11.14	F11.24
فينسكايدين	F16.14	F16.24
مهلوسات أخرى	F16.14	F16.24
المستنشقة	F18.14	F18.24
أخرى (أو مادة غير معروفة)	F19.14	F19.24
الرموز التشخيصية لاضطراب القلق الناجم عن المواد/الأدوية		
فئة المادة	مع اضطراب الاستخدام، خفيف	مع اضطراب الاستخدام، معتدل أو شديد بدون اضطراب الاستخدام
الكحول	F10.180	F10.280
مسكن أو منوم أو مزيل للقلق	F13.180	F13.280
الغيب	F12.180	F12.280
الأمفيتامين (أو المنشطات الأخرى)	F15.180	F15.280
الكوكايين	F14.180	F14.280
مادة الكافيين	—	—

F11.988	F11.288	F11.188	المواد الأفيونية
F16.980	F16.280	F16.180	فمنسكالدين
F16.980	F16.280	F16.180	مهلوسات أخرى
F18.980	F18.280	F18.180	المستنشقة
F19.980	F19.280	F19.180	أخرى (أو مادة غير معروفة)
الرموز التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري والاضطراب المرتبط به الناجم عن المواد/الأدوية			
مع اضطراب الاستخدام، خفيف		مع اضطراب الاستخدام، معتدل أو شديد بدون اضطراب الاستخدام	
F15.988	F15.288	F15.188	الأمفيتامين (أو المنشطات الأخرى)
F14.988	F14.288	F14.188	الكوكايين
F19.988	F19.288	F19.188	أخرى (أو مادة غير معروفة)

نظرة عامة

سأسألك عن المشاكل أو الصعوبات التي قد تكون واجهتك، وسأقوم بتدوين بعض الملاحظات بينما نمضي قدماً. هل لديك أي سؤال قبل البدء؟
كم عمرك؟ ٢٥ سنة

مع من تعيش؟ (ما هو نوع المكان الذي تعيش فيه؟) الوالدين بالمنزل مع أختي

ما نوع العمل الذي تقوم به؟ مساعد مدير متجر ستاربكس
هل قمت دائماً بهذا النوع من العمل؟ نعم
هل أنت موظف حالياً (تتقاضى أجراً)؟ نعم
إذا كانت الإجابة بنعم: هل تعمل بدوام جزئي أم بدوام كامل؟ بدوام جزئي
إذا كنت تعمل بدوام جزئي: كم عدد الساعات التي تعمل فيها عادةً كل أسبوع؟ (لماذا تعمل بدوام جزئي بدلاً من الدوام الكامل؟) ٢٠ ساعة
إذا كان الجواب لا: لماذا هذا؟ متى آخر مرة عملت فيها؟ كيف تتفق على نفسك الآن؟ إذا عملت بدوام كامل سيكون ضغطاً شديداً.

إذا كنت معاقاً: هل تتلقى حالياً مدفوعات الإعاقة؟ لماذا أنت في حالة إعاقة؟
إذا كان ذلك غير معروف: هل كانت هناك فترة من الوقت لم تتمكن فيها من العمل أو الذهاب إلى المدرسة؟ نعم. ٢٠٠٩ خلال فصل الربيع من السنة الأولى في جامعة نيويورك مباشرة بعد دخول المستشفى كان يعتقد أنه قتل بعض الأشخاص عندما كان في السادسة من عمره
إذا كانت الإجابة بنعم لماذا كان ذلك؟ لم ينتكر التفاصيل - بدأ بسماع الأصوات التي تقول له إنه قاتل وسيتم عقابه على ما فعله.

تاريخ المرض الحالي

ما الذي أدى إلى مجيئك إلى هنا (هذه المرة)؟ (ما هي المشكلة الرئيسية التي واجهتك مشكلة؟)

ماذا كان يحدث في حياتك عندما بدأ هذا؟

كنت أدرس للامتحانات النهائية خلال السنة الأولى في الكلية ولكن لم يشعر بالتوتر، كان يدخل سيجارة أو ثلاث سجائر في الأسبوع وتوقف عن تدخين المخدرات بعد دخول المستشفى لأول مرة.

متى كانت آخر مرة شعرت فيها (بنفسك المعتادة)؟

الآن يريد العودة إلى المدرسة في العام المقبل، فهو يشعر بالارتياح منذ دخوله المستشفى

آخر مرة

تاريخ العلاج

ملحوظة: الهدف من هذا القسم من النظرة العامة هو تحديد "المشهد العام" للحالة النفسية المرضية للشخص طوال حياته.

تجنب الخوض في التفاصيل المفرطة. بالنسبة للنوبات الكبرى السابقة، حدد الأعراض والأدوية والعلاجات الأخرى ("ما العلاج الذي تلقته لذلك؟") والبدائية والنهائية التقريبية ("متى بدأت؟ متى شعرت بالتحسن؟").

متى كانت المرة الأولى التي رأيت فيها شخصاً يعاني من مشاكل عاطفية أو نفسية؟ (ماذا

كان ذلك؟ ما هي العلاجات التي حصلت عليها؟ ما هي الأدوية؟)

خلال العام الأول في المدرسة الثانوية كان يعاني من الاكتئاب والحزن الشديد، ونادراً ما ذهب إلى المدرسة ولكنه ذهب إلى طبيب نفسي لأخذ الدواء، وكان يتناول دواء زولوفت حتى بداية السنة الثانية في المدرسة الثانوية.

هل سبق لك أن كنت مريضاً في مستشفى للأمراض النفسية؟ ٣ مرات

إذا كانت الإجابة بنعم: لماذا كان ذلك؟ كم مرة؟)

لقد شعر بالذنب الشديد وأغلق على نفسه غرفته وكانت تراوده أفكار انتحارية وقطع معصميه. وبعد إخبار والدته، نقله والديه إلى المستشفى. أصيب بالاكتئاب بعد يومين من دخول المستشفى. وكان يعاني من أعراض ذهانية وانخفاض الاكتئاب في نفس الوقت.

إذا تم تقديم إجابة غير كافية، عارض بلطف، على سبيل المثال: ألم يكن هناك شيئاً آخر؟

لا يذهب الأشخاص عادةً إلى مستشفيات الأمراض النفسية لمجرد أنهم (متعبون/متوترون/يقولون

كلامهم الخاص).		
هل سبق لك أن تلقيت أي علاج من المخدرات أو الكحول؟		
العلاج والمعالجة	الوصف (الأعراض، الأحداث المثيرة)	العمر (أو التاريخ)
الاستشفاء لمدة شهر واحد في مستشفى بلفيو، تناول زولوفت	الأوهام - الهلوسة - الاكتئاب	٢٠٠٩/٠٤
الاستشفاء في مستشفى بلفيو لمدة أربعة إلى خمسة أسابيع دون مغادرة المستشفى، تناول أولانزابين وليكسابرو ١٠	نوبة مماثلة	٢٠٠٩/١٢
الاستشفاء لمدة ستة أسابيع في مستشفى بلفيو، تناول كلوزابين ٢٠٠ مليجرام وليكسابرو ٢٠	النوبة الثالثة، الأوهام الشريفة، أراد قطع معصميه	٢٠١١/٠٨
تابع تاريخ العلاج في الصفحة ٩ إذا لزم الأمر.		
<p><u>مشاكل طبية</u></p> <p>كيف كانت صحتك الجسدية؟ (هل كان لديك أي مشاكل طبية؟) جيدة - بدون مشاكل طبية هل سبق لك أن دخلت المستشفى لعلاج مشكلة طبية؟ (لما فعلت هذا؟) لا هل تتناول أي أدوية أو فيتامينات أو مكملات غذائية أخرى (بخلاف تلك التي أخبرتني عنها بالفعل)؟ نعم إذا كانت الإجابة بنعم: ما الذي تتناوله وبأي جرعة؟ بجانب كلوزابين وليكسابرو - لا</p> <p><u>التفكير والسلوك الانتحاري</u></p> <p>تحقق من الأفكار: هل تمنيت يوماً أن تموت أو تمنيت أن تنام ولا تستيقظ؟ (أخبرني عن ذلك.) أراد قطع معصميه قبل الاستشفاء للمرة الأولى والثالثة إذا كانت الإجابة لا: انتقل إلى محاولة الانتحار أدناه. إذا كانت الإجابة بنعم: هل راودتك أي من هذه الأفكار في الأسبوع الماضي (بما في ذلك اليوم)؟ لا إذا كانت الإجابة لا: انتقل إلى محاولة الانتحار أدناه.</p>		

إذا كانت الإجابة بنعم: تحقق من النية: هل كانت لديك رغبة قوية في قتل نفسك في أي وقت خلال الأسبوع الماضي؟ (أخبرني عن ذلك.)

في الأسبوع الماضي، هل كانت لديك أي نية لمحاولة الانتحار؟ (أخبرني عن ذلك.)
تحقق من الخطة والطريقة: في الأسبوع الماضي، هل فكرت في كيفية القيام بذلك بالفعل؟ (أخبرني عما كنت تفكر في القيام به.) هل فكرت فيما عليك القيام به لتنفيذ هذا؟ (أخبرني عن ذلك. هل لديك الوسائل للقيام بذلك؟)

محاولة الانتحار

تحقق من المحاولة: هل سبق لك أن حاولت قتل نفسك؟ لا - مجرد فكر في قطع معصميه
إذا كان الجواب لا: هل سبق لك أن فعلت أي شيء لإيذاء نفسك؟ لا
إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى المشكلات الحالية الأخرى أدناه.

إذا كانت الإجابة بنعم: ماذا فعلت؟ (أخبرني ماذا حدث.) هل كنت تحاول إنهاء حياتك؟
إذا كانت هناك أكثر من محاولة واحدة: ما هي المحاولة التي كانت لها العواقب الطبية الأكثر خطورة (الذهاب إلى قسم الطوارئ، أو الحاجة إلى دخول المستشفى، أو الحاجة إلى الرعاية في وحدة العناية المركزة)؟

هل قمت بأي محاولات انتحار في الأسبوع الماضي (بما في ذلك اليوم)؟

مشاكل حالية أخرى

هل واجهت أي مشاكل أخرى خلال الشهر الماضي؟ (كيف تسير الأمور في العمل، في المنزل، ومع الآخرين؟) لا - كل شيء يسير على ما يرام مع والدي وفي العمل تمت ترقيتي من عامل إلى مدير الورديات إلى مساعد مدير المتجر والتعامل مع الأصدقاء بشكل جيد
كيف كان مزاجك؟ جيد حقاً، متعب قليلاً في الآونة الأخيرة
في الشهر الماضي، كم كنت تشرب؟ لا

عندما تشرب، مع من تكون عادة؟ (هل أنت عادة بمفردك أم بالخارج مع أشخاص آخرين؟)
في الشهر الماضي، هل كنت تستخدم أي مخدرات غير قانونية أو ترفيهية؟ ماذا عن تناول المزيد من الأدوية الموصوفة لك أو نفاذ الدواء مبكراً؟ لا

أ. نوبات الحالة المزاجية

معايير نوبة الاكتئاب الرئيسية	النوبة الاكتئابية الرئيسية الحالية
أ. خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية كانت موجودة خلال نفس فترة الأسبوعين وتمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق؛ واحدة على الأقل من الأعراض إما (١) مزاج مكتئب أو (٢) فقدان الاهتمام أو المتعة.	الآن سأطرح عليك بعض الأسئلة الإضافية حول حالتك المزاجية.
A1	A1
+	-
١. مزاج مكتئب معظم اليوم، كل يوم تقريباً، كما يتضح من تقرير شخصي (على سبيل المثال، يشعر بالحزن، الفراغ، اليأس) أو الملاحظة التي يقدمها الآخرون (على سبيل المثال، يبدو بائساً).	في الشهر الماضي، منذ (نهاية يونيو ٢٠١٥)، هل كانت هناك فترة من الوقت كنت تشعر فيها بالاكتئاب أو الإحباط معظم اليوم، تقريباً كل يوم؟ (هل قال أي شخص أنك تبدو حزينا أو محبطاً أو مكتئباً؟) لا إذا كان الجواب لا: ماذا عن الشعور بالحزن أو الخواء أو فقدان الأمل معظم اليوم، تقريباً

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

			<p>كل يوم؟ لا</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم على أي مما سبق: كيف كان الأمر؟ كم من الوقت استمر؟ (إذا كان أسبوعين؟)</p>	
A2	⊖ ⊕	<p>٢. انخفاض ملحوظ في الاهتمام أو المتعة في جميع الأنشطة أو معظمها تقريبًا معظم اليوم، تقريبًا كل يوم (كما يتضح من الحساب الشخصي أو الملاحظة).</p>	<p>إذا تم تقييم العنصر السابق "+" خلال تلك الفترة، هل كان لديك اهتمام أو متعة أقل بالأشياء التي تستمتع بها عادة؟ (كيف كان ذلك؟)</p> <p>إذا تم تقييم العنصر السابق "-" ماذا عن الوقت الذي فقدت فيه الاهتمام أو المتعة بالأشياء التي كنت تستمتع بها عادةً منذ (شهر واحد)؟ (كيف كان ذلك؟) لا</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم على أي مما سبق: هل كان ذلك تقريبًا كل يوم؟ كم من الوقت استمر؟ (إذا كان أسبوعين؟)</p>	A2
<p>إذا تم تصنيف كل من A1 وA2 على أنهما "-" للشهر الحالي، فتابع مع A15 (نوية الاكثاب الرئيسية السابقة)، الصفحة ١٣.</p>				

			بالنسبة للأسئلة التالية، ركز على أسوأ فترة أسبوعين في الشهر الماضي: خلال (فترة أسبوعين)	
A3	- +	٣. فقدان ملحوظ في الوزن عند عدم اتباع نظام غذائي أو زيادة في الوزن (على سبيل المثال، تغير أكثر من ٥% من وزن الجسم خلال شهر)، أو انخفاض أو زيادة في الشهية كل يوم تقريباً.	...كيف كانت شهيتك؟ (وماذا عن مقارنة شهيتك المعتادة؟ هل اضطرت إلى إجبار نفسك على تناول الطعام؟ تناول المزيد من الطعام أكثر من المعتاد؟ هل كان ذلك كل يوم تقريباً؟ هل فقدت أو اكتسبت أي وزن؟) إذا كانت الإجابة بنعم: كم؟ (هل كنت تحاول [خسارة/زيادة] الوزن؟)	A3

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

A13	___/___	بداية الاكتئاب (شهر/سنة)	إذا كان غير معروف: متى بدأت هذه الفترة من (الاكتئاب/ وضح بكلماتك الخاصة)؟	A13
A14	___/___ تابع مع A29 (نوبة الهوس الحالية)، صفحة .١٧	إجمالي عدد نوبات الاكتئاب الحادة، بما في ذلك الحالية (ضع الرمز ٩٩ إذا كانت كثيرة جدًا أو غير محددة لإحصائها).	كم عدد المرات المنفصلة في حياتك التي كنت تعاني فيها (الاكتئاب / وضح بكلماتك الخاصة) كل يوم تقريبًا لمدة أسبوعين على الأقل وكان لديك العديد من الأعراض التي وصفتها، مثل (عدد نوبات الاكتئاب الرئيسية الحالية)؟	A14

معايير نوبة الاكتئاب الرئيسية	النوبة الاكتئابية الرئيسية السابقة				
أ. خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية كانت موجودة خلال نفس فترة الأسبوعين وتمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق؛ أحد الأعراض على الأقل هو (١) مزاج مكتئب، أو (٢) فقدان الاهتمام أو المتعة.	ملاحظة: إذا كان هناك مزاج مكتئب حالياً أو فقدان الاهتمام ولكن لم يتم استيفاء المعايير الكاملة لنوبة اكتئابية رئيسية، فاستبدل العبارة "هل كان هناك وقت آخر..." في كل سؤال من سؤالي الفحص أدناه (على سبيل المثال، A15 وA16).				
A15	+	-	١. مزاج مكتئب معظم اليوم، كل يوم تقريباً، كما يتضح من تقرير شخصي (على سبيل المثال، يشعر بالحزن، الفراغ، اليأس) أو الملاحظة التي يقدمها الآخرون (على سبيل المثال، يبدو باكياً). في السنة الثانية في المدرسة الثانوية شعر بالاكتئاب والعجز وكان لا يريد أن يفعل أي شيء وليس لديه أي طاقة واستمرت هذه الحالة لمدة عام واحد	A15	هل كانت هناك فترة من الوقت كنت تشعر فيها بالاكتئاب أو الإحباط معظم اليوم، كل يوم تقريباً؟ (كيف كان ذلك؟) نعم إذا كان الجواب لا: ماذا عن الشعور بالحزن أو الخواء أو فقدان الأمل معظم اليوم، كل يوم تقريباً؟ لا إذا كانت الإجابة بنعم على أي مما سبق: كيف كان الأمر؟ كم من الوقت استمر؟ (إذا كان

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

A16	+	<p>٢. انخفاض ملحوظ في الاهتمام أو المتعة في جميع الأنشطة أو معظمها تقريبًا معظم اليوم، تقريبًا كل يوم (كما يتضح من الحساب الشخصي أو الملاحظة).</p> <p>توقف عن الذهاب إلى المول مع الأصدقاء، أو الذهاب إلى مباريات كرة القدم، أو قراءة الكتب، أو لعب ألعاب الفيديو</p>	<p>أسبوعين؟)</p> <p>إذا تم تقييم العنصر السابق "+" خلال تلك الفترة، هل فقدت الاهتمام أو المتعة بالأشياء التي تستمتع بها عادة؟ (كيف كان ذلك؟) نعم</p> <p>إذا تم تقييم العنصر السابق "-" هل مر عليك وقت فقدت فيه الاهتمام أو المتعة بالأشياء التي كنت تستمتع بها عادة منذ (شهر واحد)؟ (كيف كان ذلك؟) إذا كانت الإجابة بنعم على أي مما سبق: متى كان ذلك؟ هل كان ذلك تقريبًا كل يوم؟ كم من الوقت استمر؟ (إذا كان أسبوعين؟)</p>	A16
<p>إذا تم تصنيف كل من A15 و A16 على أنهما (" - ")، فتابع مع A29 (نوبة الهوس الحالية)، الصفحة ١٧.</p>				
		<p>ملحوظة: إذا كان من المحتمل وجود أكثر من نوبة سابقة، فاختر "الأسوأ" لاستفسارك عن النوبة الاكتئابية الرئيسية السابقة. ومع ذلك، إذا كانت هناك نوبة في العام الماضي، فاسأل عن تلك النوبة حتى لو لم تكن الأسوأ.</p> <p>كان مكتئبًا خلال فترة البقاء في المستشفى - نوبة السنة الثانية من الثانوية كانت الأسوأ.</p>	<p>هل حدث أكثر من نوبة من هذا القبيل؟ (أي وقت كان الأسوأ؟) نعم</p> <p>إذا كان غير واضح: هل مررت بأية أوقات كهذه منذ ذلك الحين (منذ عام واحد)؟ لا</p> <p>ملحوظة: إذا كان من</p>	

		المحتمل وجود أكثر من نوبة سابقة، فاختر "الأسوأ" لاستفسارك عن نوبة اكتئابية كبرى سابقة. ومع ذلك، إذا
--	--	---

بالنسبة للأسئلة التالية، ركز على أسوأ أسبوعين من نوبة الاكتئاب الرئيسية السابقة التي تستفسر عنها. إذا لم يكن واضحًا: خلال (نوبة الاكتئاب الرئيسية) متى كنت في أكثر حالات (الاكتئاب/وضوح بكلماتك الخاصة)؟

A17	+	-	<p>٣. فقدان ملحوظ في الوزن عند عدم اتباع نظام غذائي أو زيادة في الوزن (على سبيل المثال، تغير أكثر من ٥% من وزن الجسم خلال شهر)، أو انخفاض أو زيادة في الشهية كل يوم تقريبًا. كانت الحالة سيئة، بالكاد يأكل، وأجبر نفسه على تناول الطعام كل يوم تقريبًا</p>	<p>A17</p> <p>خلال (فترة أسوأ أسبوعين) بعد أسبوعين من عيد الشكر، نادوني لتناول العشاء، وحدقت في الطعام ولم أشعر بالجوع... كيف كانت شهيتك؟ (وماذا عن مقارنة شهيتك المعتادة؟ هل اضطرت إلى إجبار نفسك على تناول الطعام؟ تناول المزيد من الطعام أكثر من المعتاد؟ هل كان ذلك كل يوم تقريبًا؟ هل فقدت أو اكتسبت أي وزن؟ (كم؟ هل كنت تحاول خسارة الوزن</p>
-----	---	---	--	---

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

			أو اكتسابيه؟) نعم	
A18	⊕ -	٤. الأرق أو فرط النوم كل يوم تقريبًا. صعوبة النوم، وصعوبة البقاء نائمًا، كل ليلة	...كيف كان نومك؟ (مشكلة في النوم، أو الاستيقاظ بشكل متكرر، أو صعوبة في البقاء نائمًا، أو الاستيقاظ مبكرًا جدًا، أو النوم كثيرًا؟) نعم كم عدد ساعات النوم (بما في ذلك القيلولة) التي كنت تحصل عليها؟ كم عدد ساعات النوم التي كنت تحصل عليها عادةً قبل أن تصاب (بالاكتئاب/وضوح بكلماتك الخاصة)؟ هل كان ذلك كل ليلة تقريبًا؟ نعم	A18
A19	+ ⊖	٥. هياج أو بطء حركي نفسي كل يوم تقريبًا (يمكن للآخرين ملاحظته، وليس مجرد مشاعر ذاتية من القلق أو التباطؤ). ملحوظة: ضع في اعتبارك السلوك أثناء المقابلة.	...هل كنت متمللاً أو مضطربًا لدرجة أنك لم تتمكن من الجلوس ساكنًا؟ لا وماذا عن العكس: التحدث ببطء أكثر، أو التحرك ببطء أكثر من الطبيعي بالنسبة لك، كما لو كنت تتحرك في الطين؟ لا (في كلتا الحالتين، هل كان الأمر سيئًا للغاية لدرجة أن الآخرين لاحظوه؟ ما الذي لاحظوه؟ هل	A19

			كان ذلك كل يوم تقريباً؟	
A20	⊕ -	٦. التعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريباً. بدون طاقة على الإطلاق - كل يوم تقريباً	...كيف كانت طاقتك؟ (هل أنت متعب طوال الوقت؟ كل يوم تقريباً؟) نعم	A20
A21	⊕ -	٧. الشعور بعدم القيمة أو الشعور بالذنب المفرط أو غير المناسب (والذي قد يكون وهمياً) كل يوم تقريباً (وليس مجرد توبيخ الذات أو الشعور بالذنب بسبب المرض). لم أكن أفعل أي شيء، لم يكن وقتي مثمراً، لم أكن أخرج مع الأصدقاء، كنت مستلقياً، كنت أعاني، وشعرت وكأنني لم أحقق أي شيء، كل يوم تقريباً	...هل كنت تشعر بعدم القيمة؟ نعم ماذا عن الشعور بالذنب تجاه الأشياء التي فعلتها أو لم تفعلها؟ لا إذا كانت الإجابة بنعم: ما هي أنواع الأشياء؟ (هل كان هذا فقط لأنك لم تتمكن من الاعتناء بالأشياء منذ أن كنت مريضاً؟) إذا كانت الإجابة بنعم على أي مما سبق: كل يوم تقريباً؟ نعم	A21
A22	⊕ -	٨. انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو التردد، كل يوم تقريباً (إما بسبب حالة شخصية أو كما لاحظته الآخرون).	..هل كان لديك صعوبة في التفكير أو التركيز؟ هل كان من الصعب اتخاذ قرارات بشأن الأشياء اليومية؟ (ما هي أنواع الأشياء التي كان صعباً؟ كل يوم	A22

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

		أثناء الفصل، كنت أحرق في الكتب ولم أفعل أي شيء وكنت غارق في التفاصيل ولم أركز على أي شيء أيضًا ولم أتمكن من تحديد ما سأرتديه للمدرسة	تقريبًا؟	
A23	+ ⊖	٩. أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير متكرر في الانتحار دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحارهل كانت الأمور سيئة للغاية لدرجة أنك فكرت كثيرًا في الموت أو أنه سيكون من الأفضل لك الموت؟ هل فكرت في إنهاء حياتك الخاصة؟ لا إذا كانت الإجابة بنعم: هل فعلت شيئًا حيال ذلك؟ (ماذا فعلت؟ هل وضعت خطة محددة؟ هل اتخذت أي إجراء استعداداً لها؟ هل قمت فعلاً بمحاولة انتحار؟)	A23
A24	نعم لا ↓ ↓	تم تصنيف خمسة على الأقل من المعايير المذكورة أعلى "A" (A15-) بالعلامة " +".		A24
	تابع مع A25 (المعيار B).	هل كان هناك أي وقت آخر كنت فيه (مكتئبًا/وضح بكلماتك الخاصة) وتسبب في مشاكل غير التي سألت		

		<p>عنها للتو؟ إذا كانت الإجابة بنعم: ارجع إلى A15، الصفحة ١٣، وقم بتقييم أعراض تلك النوبة. إذا كانت الإجابة لا: استمر مع A29 (نوبة الهوس الحالية)، الصفحة ١٧.</p>	
A25	<p>⊕ -</p> <p>↓ ↓</p>	<p>ب. تسبب الأعراض ضائقة أو ضعفاً ملحوظاً سريريًا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة. لقد أثر ذلك على الكثير من الأشياء مثل انخفاض درجات المدارس. لم يكن يركز على المواد الدراسية. كان أصدقاؤه يتصلون به فيقوم بتقديم الأعدار حتى توقفوا عن الاتصال به. لقد فقد الكثير من الأصدقاء</p>	<p>A25 إذا كان غير واضح: ما هو تأثير (الاكتئاب) على حياتك؟ اطرح الأسئلة التالية فقط عند الحاجة: كيف أثر (الاكتئاب) على علاقاتك أو تفاعلاتك مع الآخرين؟ (هل سبب لك [الاكتئاب] أي مشاكل في علاقاتك مع عائلتك أو شريكك الرومانسي أو أصدقائك؟) كيف أثر (الاكتئاب) على عملك/مدرستك؟ (ماذا عن حضورك في العمل/المدرسة؟ هل أدى (الاكتئاب) إلى زيادة صعوبة القيام بعملك/واجباتك المدرسية؟ هل أثر (الاكتئاب) على جودة عملك/واجبك المدرسي؟) كيف أثر (الاكتئاب) على قدرتك على</p>

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

			<p>الاهتمام بالأشياء في المنزل؟ ماذا عن القيام بأشياء يومية بسيطة، مثل ارتداء الملابس أو الاستحمام أو تنظيف أسنانك؟ ماذا عن القيام بأشياء أخرى كانت مهمة بالنسبة لك، مثل الأنشطة الدينية أو التمارين البدنية أو الهوايات؟ هل تجنبت القيام بأي شيء لأنك شعرت أنك لم تكن قادرًا على القيام به؟ هل أثر (الاكتئاب) على أي جزء مهم آخر من حياتك؟ إذا لم يتداخل الاكتئاب مع الحياة: كم كنت منزعجًا أو منزعجًا من وجود (الاكتئاب)؟</p>	
	<p>تابع مع A26 (المعيار C)، الصفحة التالية.</p>	<p>هل كان هناك أي وقت آخر كنت فيه (مكتئبًا/وضوح بكلماتك الخاصة) وتسبب في مشاكل غير التي سألت عنها للتو؟ إذا كانت الإجابة بنعم: ارجع إلى A15، الصفحة ١٣، وقم بتقييم أعراض تلك النوبة. إذا كانت الإجابة لا: استمر مع A29 (نوبة الهوس الحالية)، الصفحة ١٧.</p>		

<p>A26</p> <p>لا <input type="radio"/> نعم</p> <p>[نعم = أولي = بعد نوبة الاكتئاب الرئيسية] [لا = التشخيص: اضطراب اكتئابي بسبب حالة مرضية أخرى أو اضطراب اكتئابي نتج عن مادة ما]</p>	<p>ج. [نوبة الاكتئاب الأولية] لا تُعزى النوبة إلى التأثيرات الفسولوجية لمادة ما (على سبيل المثال، تعاطي عقار أو دواء) أو حالة طبية أخرى. ملاحظة: الرمز "لا" فقط إذا كانت النوبة بسبب مرض أو مادة/دواء. راجع قائمة العوامل المسببة للأمراض والمواد/الأدوية في A12، الصفحة ١٢. بدأ في تدخين المخدرات بعدما ظهر الاكتئاب</p>	<p>إذا كان غير معروف: متى بدأت (نوبة الاكتئاب)؟ قبل أن تبدأ، هل كنت مريضاً جسدياً؟ لا إذا كانت الإجابة بنعم: ماذا قال الطبيب؟ قبل أن تبدأ، هل كنت تتناول أي أدوية؟ لا إذا كانت الإجابة بنعم: هل هناك أي تغيير في المقدار الذي كنت تتناوله؟ قبل أن تبدأ، هل كنت تشرب أو تتعاطى أي مخدرات في الشوارع؟ لا راجع دليل المستخدم، القسم ٩، للحصول على إرشادات حول تحديد ما إذا كان هناك مسبب للمرض أو مادة/دواء.</p>	<p>A26</p>
<p>تابع مع A27 أدناه.</p>	<p>إذا لم يكن معروفاً: هل كان هناك أي وقت آخر كنت فيه (مكتئباً/وضوح بكلماتك الخاصة) مثل هذا ولكنك لم تكن (مريضاً /تستخدم المادة)؟ إذا كانت الإجابة بنعم: ارجع إلى A15، الصفحة ١٣، وقم بتقييم أعراض تلك النوبة. إذا كانت الإجابة لا: تابع مع A29 (نوبة الهبوس الحالية)، الصفحة ١٧.</p>	<p>إذا لم يكن معروفاً: هل كان هناك أي وقت آخر كنت فيه (مكتئباً/وضوح بكلماتك الخاصة) مثل هذا ولكنك لم تكن (مريضاً /تستخدم المادة)؟ إذا كانت الإجابة بنعم: ارجع إلى A15، الصفحة ١٣، وقم بتقييم أعراض تلك النوبة. إذا كانت الإجابة لا: تابع مع A29 (نوبة الهبوس الحالية)، الصفحة ١٧.</p>	

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

A27	سبتمبر ٢٠٠٥	بداية الاكثاب (شهر/سنة) سبتمبر ٢٠٠٥	إذا كان غير معروف: متى بدأت هذه الفترة من (الاكثاب/ وضح بكلماتك الخاصة)؟ سبتمبر ٢٠٠٥	A27
A28	٠٤ تابع مع A٢٩ (نوبة الهوس الحالية)، الصفحة التالية.	إجمالي عدد نوبات الاكثاب الجسيمة، بما في ذلك الحالية (الرمز ٩٩ إذا كانت كثيرة جدًا أو غير محددة لإحصائها).	كم عدد المرات المنفصلة في حياتك التي كنت فيها (مكتئبًا/ وضح بكلماتك الخاصة) كل يوم تقريبًا لمدة أسبوعين على الأقل وكان لديك العديد من الأعراض التي وصفتها، مثل (أسوأ نوبة)؟	A28

	معايير نوبة الهوس	نوبة الهوس الحالية
A29		<p>في الشهر الماضي، منذ (يونيو ٢٠١٥)، هل كانت هناك فترة من الوقت كنت تشعر فيها بحالة جيدة جدًا، أو "منتشي"، أو متحمس، أو "على قمة العالم" لدرجة أن الآخرين اعتقدوا أنك لست على طبيعتك؟ لا</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم: كيف كان الأمر؟ (أكثر من مجرد شعور جيد؟) هل كنت تشعر أيضًا وكأنك "مفرط النشاط" ولديك قدر غير عادي من الطاقة؟ هل كنت أكثر نشاطًا مما هو معتاد بالنسبة لك؟ (هل علق أشخاص آخرون على مقدار ما قمت به؟)</p>
A29	<p>+ -</p> <p>تابع مع A٥٤ (نوبة الهوس الماضية)، صفحة ٢٢.</p>	<p>أ. فترة مميزة إندوم عدة أيام على الأقل] من المزاج المرتفع أو المتوسع أو المتهيج بشكل غير طبيعي ومستمر وزيادة النشاط أو الطاقة بشكل غير طبيعي ومستمر.</p> <p>إذا كانت الإجابة لا: منذ (منذ شهر واحد)، هل مررت بفترة من الوقت كنت تشعر فيها بالانزعاج أو الغضب أو الغضب معظم اليوم، لعدة أيام على الأقل؟ (هل هذا مختلف عن الطريقة التي عادة ما تكون بها؟) لا كيف كان الأمر؟ هل كنت تشعر أيضًا</p>

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

			<p>وكانك "مفرط النشاط" ولديك قدر غير عادي من الطاقة؟ هل كنت أكثر نشاطاً مما هو معتاد بالنسبة لك؟ (هل علق أشخاص آخرون على مقدار ما كنت تفعله؟)</p>	
A30	<p>+ ↓ - تابع مع A41 (نوبة الهوس الخفيف الحالية)، الصفحة ٢٠</p>	<p>...يستمر لمدة أسبوع واحد على الأقل ويظهر معظم اليوم، كل يوم تقريباً (أو أي مدة إذا كان العلاج في المستشفى ضرورياً). ملاحظة: إذا استمر المزاج المرتفع لأقل من أسبوع واحد، فتتحقق مما إذا كانت هناك فترة من المزاج المتهيج استمرت لمدة أسبوع واحد على الأقل قبل الانتقال إلى A41.</p>	<p>كم من الوقت استمر هذا؟ (ما دام أسبوع واحد؟) إذا كان أقل من أسبوع واحد: هل كنت بحاجة للذهاب إلى المستشفى لحمايتك من إيذاء نفسك أو شخص آخر، أو من القيام بشيء يمكن أن يسبب مشاكل مالية أو قانونية خطيرة؟ هل كنت تشعر بالانزعاج (الانتشاء/الغضب) وضح بكلماتك الخاصة) معظم اليوم، كل يوم تقريباً خلال هذا الوقت؟</p>	A30
		<p>ب. خلال فترة اضطراب المزاج وزيادة الطاقة أو النشاط، توجد ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض التالية (أربعة إذا كان المزاج سريع الانفعال فقط) بدرجة كبيرة وتمثل</p>	<p>بالنسبة إلى A31- A37، ركز على الفترة الأشد خطورة من النوبة التي تستفسر عنها. إذا كنت غير معروف: خلال (النوبة)، متى كنت أكثر (منتشياً/سريع الانفعال) وضح بكلماتك الخاصة؟</p>	

		تغيرًا ملحوظًا عن السلوك المعتاد:		
A31	+ -	١. تضخم احترام الذات أو العظمة	خلال ذلك الوقت... كيف كان شعورك تجاه نفسك؟ (أكثر ثقة بالنفس من المعتاد؟ هل شعرت أنك أكثر ذكاءً أو أفضل من أي شخص آخر؟ هل شعرت أن لديك أي قوى أو قدرات خاصة؟)	A31

A53	لا نعم = أولية [نعم = أولية] لا = التشخيص: اضطراب ثنائي القطب بسبب حالة مرضية أخرى أو اضطراب ثنائي القطب الناجم عن مادة ما. تابع مع A54 (نوبة الهوس السابقة)، أدناه. [نعم = نوبة الهوس الخفيف	و. [نوبة الهوس الخفيف الأولية] لا تُعزى هذه النوبة إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة ما (على سبيل المثال، تعاطي عقار، أو دواء، أو علاج آخر) أو حالة طبية أخرى. ملحوظة: نوبة الهوس الخفيف الكاملة التي تظهر أثناء العلاج المضاد للاكتئاب (على سبيل المثال، الأدوية، العلاج بالصددمات الكهربائية) ولكنها تستمر عند مستوى متلازمي كامل يتجاوز التأثير الفسيولوجي لذلك العلاج هي دليل كافٍ لتشخيص نوبة الهوس الخفيف. ومع ذلك، يجب توخي الحذر بحيث لا يعتبر واحد أو اثنين من	إذا لم يكن معروفًا: متى بدأت هذه الفترة من كونك (منتشياً/سريع الانفعال)/الكلمات الخاصة؟ قبل أن يبدأ هذا، هل كنت مريضاً جسدياً؟ إذا كانت الإجابة بنعم: ماذا قال الطبيب؟ قبل أن يبدأ هذا، هل كنت تتناول أي أدوية؟ إذا كانت الإجابة بنعم: هل هناك أي تغيير في المبلغ الذي كنت تتناوله؟ قبل أن يبدأ هذا، هل كنت تشرب أو تتعاطى أي مخدرات في الشوارع؟ راجع دليل المستخدم، القسم ٩، للحصول على إرشادات حول تحديد ما إذا كان هناك مسبب للمرض أو مادة/دواء.	A53
-----	--	--	--	-----

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

الحالية/تابع مع A54 (نوبة الهوس السابقة)، أدناه.	الأعراض (خاصة زيادة التهيج أو الانفعال أو الإثارة بعد استخدام مضادات الاكتئاب) كافية لتشخيص نوبة الهوس الخفيف، ولا تشير بالضرورة إلى أهبة القطبين. ملاحظة: الرمز "لا" فقط إذا كانت النوبة بسبب مرض أو مادة/دواء. راجع قائمة العوامل المسببة للأمراض والمواد/الأدوية في A40، الصفحة ١٩.	
--	--	--

معايير نوبة الهوس	نوبة الهوس السابقة
	<p>A54 ملحوظة: إذا كان هناك مزاج مرتفع أو سريع الانفعال حاليًا ولكن لم يتم استيفاء المعايير الكاملة لنوبة الهوس، فاستبدل العبارة "هل كان هناك وقت آخر..." في أسئلة العرض أدناه.</p> <p>هل سبق لك أن مررت بفترة كنت تشعر فيها بحالة جيدة جدًا، أو "منتشي"، أو متحمس، أو "على قمة العالم" لدرجة أن الآخرين اعتقدوا أنك لست على طبيعتك؟ لا إذا كانت الإجابة بنعم:</p>

			<p>كيف كان الأمر؟ (هل كان ذلك أكثر من مجرد شعور جيد؟) هل شعرت أيضًا أنك كنت " مفرط النشاط" ولديك قدر غير عادي من الطاقة؟ هل كنت أكثر نشاطًا مما هو معتاد بالنسبة لك؟ (هل علق أشخاص آخرون على مقدار ما كنت تفعله؟)</p>
A54	<p>+ - تتابع مع A٧٨ (اضطراب الاكتئاب المستمر)، صفحة ٢٩.</p>	<p>أ. فترة مميزة إندوم عدة أيام على الأقل] من المزاج المرتفع أو المتوسع أو المتهيج بشكل غير طبيعي ومستمر وزيادة النشاط أو الطاقة بشكل غير طبيعي ومستمر. أثناء فترة الاكتئاب، في السنة الثانية من المدرسة الثانوية، كنت أتشاجر مع عائلتي في كثير من الأحيان، وكان والداي يطلبان مني القيام بأشياء مثل تنظيف غرفتي ولم أكن أرغب في التنظيف، وكنت غاضبًا جدًا بسبب وجود أشياء بسيطة جدًا واستمرت هذه الحالة لسنوات ولكن الأسوأ كان الوقت خلال أسوأ أسبوعين من الاكتئاب</p>	<p>إذا كان الجواب لا: هل سبق أن مررت بفترة من الوقت شعرت فيها بالانفعال أو الغضب أو الانفعال معظم اليوم، لعدة أيام على الأقل؟ (هل كان ذلك مختلفًا عن الطريقة التي أنت بها عادة؟) نعم كيف كان شكلها؟ هل شعرت أيضًا أنك كنت "مفرط النشاط" ولديك قدر غير عادي من الطاقة؟ هل كنت أكثر نشاطًا مما هو معتاد بالنسبة لك؟ (هل علق أشخاص آخرون على مقدار ما كنت تفعله؟) لا</p>

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

		معايير اضطراب الاكتئاب المستمر	اضطراب الاكتئاب المستمر
إذا: كانت هناك نوبة هوس أو هوس خفيف، فتختفى تقييم اضطراب الاكتئاب المستمر واستمر في تقييم B1 (الأعراض الذهانية)، الصفحة ٣١.			
A78	<p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>تابع مع B1 (الأعراض الذهانية)، صفحة ٣١.</p> </div>	<p>أ. مزاج مكتئب معظم اليوم، لأكثر من أيام، كما يتضح إما من خلال رواية ذاتية أو ملاحظة الآخرين، لمدة عامين على الأقل. ملحوظة: عند الأطفال والمرافقين، يمكن أن يكون المزاج سريع الانفعال ويجب أن تكون المدة سنة واحدة على الأقل.</p>	<p>A78 في العاميين الماضيين، منذ (يوليو ٢٠١٣)، هل كنت منزعًا من المزاج المكتئب معظم اليوم، أكثر من أي يوم آخر؟ (أكثر من نصف الوقت؟) لا إذا كانت الإجابة بنعم: كيف كان الأمر؟</p>
		<p>ب. وجود، اثنين (أو أكثر) أثناء الاكتئاب، مما يلي:</p>	<p>خلال هذه الفترات من (وضح بكلماتك الخاصة الاكتئاب المزمن) هل كنت في كثير من الأحيان...</p>
A79	<p style="text-align: center;">-</p> <p style="text-align: center;">+</p>	<p>١. ضعف الشهية أو الإفراط في تناول الطعام.</p>	<p>A79 ...هل فقدت شهيتك؟ (ماذا عن الإفراط في تناول الطعام؟)</p>
A80	<p style="text-align: center;">-</p> <p style="text-align: center;">+</p>	<p>٢. الأرق أو فرط النوم.</p>	<p>A80 ...هل لديك صعوبة في النوم أو النوم أكثر من اللازم؟</p>
A81	<p style="text-align: center;">-</p> <p style="text-align: center;">+</p>	<p>٣. انخفاض الطاقة أو التعب.</p>	<p>A81 ...هل لديك طاقة قليلة للقيام بالأشياء أو تشعر بالتعب كثيرًا؟</p>
A82	<p style="text-align: center;">-</p> <p style="text-align: center;">+</p>	<p>٤. تندي احترام الذات.</p>	<p>A82 ...تشعر بالإحباط على نفسك؟ (تشعر</p>

			بعدم القيمة، أو الفشل؟)	
A83	- +	٥. ضعف التركيز أو صعوبة اتخاذ القرارات.	هل لديك صعوبة في التركيز أو اتخاذ القرارات؟	A83
A84	- +	٦. مشاعر اليأس.	...تشعر باليأس؟	A84
A85	لا نعم [لا = تابع مع B1 (الأعراض الذهانية)، صفحة ٣١.]	تم تصنيف اثنين على الأقل من المعيار B (A79-A84) أعلاه بعلامة "+".		A85
A86	- + ↓ تابع مع B1 (الأعراض الذهانية)، صفحة ٣١.	ج. خلال فترة العامين (سنة واحدة للأطفال أو المراهقين) من الاضطراب، لم يكن الفرد خاليًا من الأعراض الواردة في المعيارين A و B لأكثر من شهرين في المرة الواحدة. ملحوظة: تم حذف المعيار D بشكل مقصود. -	منذ (منذ عامين)، ما هي أطول فترة زمنية حتى الآن، خلال هذه الفترة من الاكتئاب الطويل الأمدة، التي شعرت فيها بالارتياح؟	A86
A87	- + ↓ تابع مع B1 (الأعراض الذهانية)، صفحة ٣١.	هـ. لم تكن هناك أبدًا نوبة هوس أو نوبة هوس خفيف، ولم يتم استيفاء معايير اضطراب دوروية المزاج مطلقًا.		A87

ب. الأعراض الذهانية والأعراض المرتبطة بها

	<p>بالنسبة لأي أعراض ذهانية ومرتبطة موجودة، حدد ما إذا كان العرض "أولي" بالتأكيد (أي بسبب اضطراب ذهاني) أو ما إذا كان هناك مرض ذهاني محتمل أو حالة طبية عامة أو مادة/دواء. (راجع C6، الصفحة ٣٨، للحصول على قائمة بالعوامل المسببة للاضطراب الذهاني أو المواد/الأدوية.) ستكون هذه المعلومات مفيدة في التمييز بين الاضطراب الذهاني الأولي والاضطراب الذهاني الناتج عن الاضطراب الذهاني الأولي أو الاضطراب الذهاني الناجم عن مادة/أدوية في الوحدة C. قد تكون الأسئلة التالية مفيدة لهذا التحديد إذا لم تكن النظرة العامة قد قدمت المعلومات بالفعل:</p> <p>قبل بدء البرنامج (الذهان)، هل كنت تتعاطى المخدرات؟ إذا كانت الإجابة بنعم: ماذا كنت تستخدم؟</p> <p>...على أي أدوية؟ إذا كانت الإجابة بنعم: ماذا كنت تأخذ؟</p> <p>...هل شربت أكثر من المعتاد أو توقفت عن الشرب بعد أن كنت تشرب الكثير لفترة من الوقت؟</p> <p>...هل كنت مريضاً جسدياً؟</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم على أي منها: هل كان هناك وقت كنت تعاني فيه من (الذهان) ولم تكن (تستخدم [لمخدرات] / تتناول [الدواء] / تغير عادات الشرب لديك / تعاني من مرض جسدي)؟</p>	
	<p>الآن سأسألك عن التجارب غير العادية التي يمر بها الناس أحياناً.</p>	
	<p>الأوهام</p> <p>اعتقاد خاطئ مبني على استنتاج غير صحيح حول الواقع الخارجي، وهو اعتقاد راسخ على الرغم مما يعتقده الجميع تقريباً وعلى الرغم مما يشكل برهاناً أو دليلاً واضحاً لا يقبل الجدل على عكس ذلك. لا يكون هذا المعتقد مقبولاً عادةً لدى الأعضاء الآخرين في ثقافة الشخص أو ثقافته الفرعية (أي أنه ليس مادة من الإيمان الديني). عندما يتضمن الاعتقاد الخاطئ حكماً قيمياً، فإنه لا يُعتبر وهماً إلا عندما يكون الحكم متطرفاً إلى حد يتحدى المصادقية.</p> <p>ملاحظة: قم بترميز الأفكار المبالغ في تقدير قيمتها (المعتقدات غير المعقولة والمستدامة المودودة بأقل من شدة الوهم) بعلامة "___"</p>	

B1	+	-	<p>وهم المرجعية (أي) الاعتقاد بأن الأحداث أو الأشياء أو الأشخاص الآخرين في البيئة المباشرة للفرد لها أهمية خاصة أو غير عادية) يرجى الوصف: كان مقتنع أن زملاءه في الفصل والمرضى في المستشفى يتحدثون عنه ويقولون أنه قاتل. ولم يكن يتناول المخدرات في هذا الوقت.</p>	<p>هل بدا لك يوماً أن الناس يتحدثون عنك أو يهتمون بك بشكل خاص؟ (ماذا تظن أنهم قالوا عنك؟) نعم إذا كانت الإجابة بنعم: هل كنت مقتنعا بأنهم كانوا يتحدثون عنك أم كنت تعتقد أن ذلك من خيالك؟ نعم هل شعرت يوماً أن شيئاً ما في الراديو أو التلفزيون أو في أحد الأفلام كان مخصصاً لك خصيصاً؟ (ليس فقط لأنه كان ذا صلة بك خصيصاً، ولكنه كان مخصصاً لك خصيصاً). لا هل شعرت يوماً أن الكلمات الموجودة في أغنية شعبية كانت تهدف إلى</p>	B1
----	---	---	--	---	----

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

			<p>إرسال رسالة خاصة إليك؟ لا هل شعرت يوماً أن ما يرتديه الناس كان يهدف إلى إرسال رسالة خاصة إليك؟ لا هل شعرت يوماً أن لافتات الشوارع أو اللوحات الإعلانية لها معنى خاص بالنسبة لك؟ لا</p>	
B2	⊕ -	<p>الوهم الاضطهادي (أي الاعتقاد بأن الفرد [أو مجموعته] يتعرض للهجوم أو المضايقة أو الغش أو الاضطهاد أو التآمر ضده) يرجى الوصف: كان يعتقد أن الناس ستجده وتعاقبه على القتل وأن حياته في خطر. ولم يكن يتناول المخدرات في هذا الوقت.</p>	<p>ماذا عن أي شخص يبذل قصارى جهده لإعطائك وقتاً عصيباً أو يحاول إيذاءك؟ (أخبرني عن ذلك.) نعم هل شعرت يوماً أنه يتم ملاحظتك أو التجسس عليك أو التلاعب بك أو التآمر عليك؟ لا هل شعرت يوماً بأنك تعرضت للتسمم أو أنه تم العبث بطعامك؟ لا</p>	B2

B3	+ ⊖	<p>وهي العظمة (أي أن المحتوى يتضمن قوة أو معرفة أو أهمية مبالغ فيها، أو علاقة خاصة بإله أو شخص مشهور) يرجى الوصف:</p>	<p>هل فكرت يوماً أنك تتمتع بأهمية خاصة بطريقة ما، أو أن لديك صلاحيات أو معرفة خاصة؟ (أخبرني عن ذلك.) لا هل سبق لك أن اعتقدت أن لديك علاقة خاصة أو وثيقة مع أحد المشاهير أو شخص آخر مشهور؟ لا</p>	B3
B4	+ ⊖	<p>الوهيم الجسدي (أي أن المحتوى يتضمن تغييراً أو اضطراباً في مظهر الجسم أو وظائفه) يرجى الوصف:</p>	<p>هل سبق لك أن كنت مقتنعاً بوجود خطأ ما في صحتك البدنية على الرغم من أن طبيبك قال إنه لا يوجد شيء خاطئ... مثل إصابتك بالسرطان أو أي مرض آخر؟ (أخبرني عن ذلك.) لا هل شعرت يوماً أن شيئاً غريباً يحدث لأجزاء من</p>	B4

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

B5	⊕ -	<p>وهم الذنب (أي الاعتقاد بأن خطأ بسيطاً في الماضي سيؤدي إلى كارثة، أو أنه ارتكب جريمة فظيعة ويجب معاقبته بشدة، أو أنه مسؤول عن كارثة [على سبيل المثال، زلزال أو حريق] لا يمكن أن يكون هناك صلة محتملة بذلك) يرجى الوصف: أعتقد أنه قتل بعض الناس عندما كان عمره ٦ سنوات ولم يكن يتناول المخدرات في هذا الوقت. لم يكن مريضاً جسدياً.</p>	<p>جسمك؟ لا هل شعرت يوماً أنك ارتكبت جريمة أو فعلت شيئاً فظيماً يجب أن تعاقب عليه؟ (أخبرني عن ذلك.) نعم هل شعرت يوماً أن شيئاً فعلته، أو كان ينبغي عليك فعله، ولكن لم تفعله، قد تسبب في ضرر جسيم لوالديك، أو أطفالك، أو أفراد عائلتك الآخرين، أو أصدقائك؟ (أخبرني عن ذلك.) لا ماذا عن الشعور بالمسؤولية تجاه كارثة مثل حريق أو فيضان أو زلزال؟ (أخبرني عن ذلك.) لا</p>	B5
B6	+ ⊖	<p>وهم الغيرة (أي الاعتقاد بأن الشريك غير مخلص) يرجى الوصف:</p>	<p>هل سبق لك أن اقتنعت بأن زوجتك أو شريكك كان غير مخلص لك؟ لا</p>	B6

			إذا كانت الإجابة بنعم: كيف عرفت أنه/أنها غير مخصصة؟ (ما الذي دفعك إلى هذا؟)	
B7	+ -	الوهم الديني (أي الوهم ذو المحتوى الديني أو الروحي) يرجى الوصف: كاثوليكي	هل أنت شخص متدين أو روحاني؟ نعم إذا كانت الإجابة بنعم: هل سبق لك أن مررت بأي تجارب دينية أو روحية لم يختبرها الأشخاص الآخرون في مجتمعك الديني أو الروحي؟ لا إذا كانت الإجابة بنعم: أخبرني عن تجاربك. (ما رأيهم في تجاربك هذه؟) إذا كان الجواب لا: هل شعرت يوماً أن الله أو الشيطان أو أي كائن روحي آخر أو قوة أعلى قد تواصل معك مباشرة؟ (أخبرني عن ذلك. هل	B7

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

			<p>يمر الآخرون في مجتمعك الديني أو الروحي بمثل هذه التجارب أيضاً؟ لا إذا كان الجواب لا: هل شعرت يوماً أن الله أو الشيطان أو أي كائن روحي آخر أو قوة أعلى قد تواصل معك مباشرة؟ (أخبرني عن ذلك. هل يمر الآخرون في مجتمعك الديني أو الروحي بمثل هذه التجارب أيضاً؟)</p>	
B8	+ ⊖	<p>الوهم الشبقي (أي الاعتقاد بأن شخصاً آخر، عادةً ما يكون ذا مكانة أعلى، يقع في حب هذا الفرد) يرجى الوصف:</p>	<p>هل كان لديك "معجب سري" عندما حاولت الاتصال به أنكز أنه كان يحبك؟ (أخبرني عن ذلك.) لا هل سبق لك أن ارتبطت عاطفياً مع شخص مشهور؟ (أخبرني عن ذلك.) لا</p>	B8

B9	+ ⊖	وهم التحكم (أي أن المشاعر أو الدوافع أو الأفكار أو الأفعال تحت سيطرة بعض القوى الخارجية وليس تحت سيطرة الفرد نفسه) يرجى الوصف:	هل شعرت يوماً أن شخصاً ما أو شيئاً خارج نفسك يتحكم في أفكارك أو أفعالك ضد إرادتك؟ (أخبرني عن ذلك.) لا	B9
B10	+ ⊖	إدخال الفكر (أي الاعتقاد بأن بعض الأفكار ليست خاصة بالشخص، بل يتم إدخالها في عقله) يرجى الوصف:	هل شعرت يوماً أن بعض الأفكار التي لا تخصك قد وضعت في رأسك؟ (أخبرني عن ذلك.) لا	B10
B11	+ ⊖	انسحاب الفكر (أي الاعتقاد بأن أفكار الفرد قد "انسحبت" بواسطة قوة خارجية ما) يرجى الوصف:	ماذا عن الأفكار التي يتم إخراجها من رأسك؟ (أخبرني عن ذلك.) لا	B11
B12	+ ⊖	بث الأفكار (أي أن الأفكار الوهمية التي يتم بثها بصوت عالٍ يمكنها إدراكها) يرجى الوصف:	هل شعرت يوماً كما لو أن أفكارك يتم بثها بصوت عالٍ حتى يتمكن الآخرون من سماع ما كنت تفكر فيه بالفعل؟ (أخبرني عن	B12

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

			ذلك.) لا	
B13	+ -	أوهام أخرى (على سبيل المثال، الاعتقاد بأن الآخرين يمكنهم قراءة أفكار الشخص، أو التوهم بأن الشخص قد مات منذ عدة سنوات) يرجى الوصف:	هل صدقت يوماً أن شخصاً ما يمكنه قراءة أفكارك؟ (أخبرني عن ذلك.) لا	B13
<p>الهلوسة</p> <p>تجربة شبيهة بالإدراك مع وضوح وتأثير الإدراك الحقيقي، ولكن دون تحفيز خارجي للعضو الحسي ذي الصلة. قد يكون لدى الشخص أو لا يكون لديه نظرة ثابتة على الطبيعة غير الحقيقية للهلوسة (على سبيل المثال، قد يتعرف شخص مهلوس على التجربة الحسية الكاذبة، في حين قد يكون شخص آخر مقتنعاً بأن التجربة ترتكز على الواقع). ملاحظة: الرمز "-" للهلوسة العابرة جداً بحيث لا تكون لها أهمية تشخيصية.</p> <p>الرمز "-" للهلوسة التنبؤية التي تحدث فقط عند النوم أو عند الاستيقاظ، على التوالي.</p>				
B14	+ -	الهلوسة السمعية (أي الهلوسة التي تنطوي على إدراك الصوت، وهو الصوت الأكثر شيوعاً، عندما يكون الشخص مستيقظاً تماماً، ويُسمع إما داخل الرأس أو	هل سبق لك أن سمعت أشياء لم يتمكن الآخرون من سماعها، مثل الضوضاء أو أصوات الأشخاص الذين يهمسون أو يتحدثون؟ (هل	B14

		<p>خارجه) يرجى الوصف: أصوات. صوت رجل يقول "نحن" كما لو كان جزءاً من مجموعة مثل "نحن قادمون لنأخذك" و"سوف نعاقبك". "أنت تستحق هذا" كان يعتقد أن هؤلاء هم الأشخاص أقارب الأشخاص الذين قتلهم. سمع هذا الصوت باستمرار لبضعة أسابيع. لم يكن يتعاطى المخدرات أو مريض في ذلك الوقت.</p>	<p>كنت مستيقظاً في ذلك الوقت؟) إذا كانت الإجابة بنعم: ماذا سمعت؟ كم مرة سمعت ذلك؟</p>	
B15	+ ⊖	<p>الهلوسة البصرية (أي الهلوسة التي تتطوي على البصر، والتي قد تتكون من صور مُشكَّلة، مثل الأشخاص، أو صور غير مُشكَّلة، مثل ومضات من الضوء) ملاحظة: التمييز بين الوهم (أي سوء</p>	<p>هل كانت لديك رؤى أو رأيت أشياء لم يتمكن الآخرون من رؤيتها؟ (أخبرني عن ذلك. هل كنت مستيقظاً في ذلك الوقت؟) لا</p>	B15

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

		فهم لحافز خارجي حقيقي). يرجى الوصف:		
B16	+ ⊖	الهلوسة اللمسية (أي الهلوسة التي تتطوي على تصور اللمس أو وجود شيء ما تحت الجلد) يرجى الوصف:	ماذا عن الأحاسيس الغريبة على بشرتك، مثل الشعور بأن شيئاً ما يزحف أو يزحف على جلدك أو تحته؟ ماذا عن الشعور باللمس أو اللمس؟ (أخبرني عن ذلك.) لا	B16
B17	+ ⊖	الهلوسة الجسدية (أي الهلوسة التي تتطوي على إدراك تجربة جسدية موضعية داخل الجسم [على سبيل المثال، الشعور بالكهرياء]) يرجى الوصف:	ماذا عن وجود أحاسيس غير عادية داخل جزء من جسمك، مثل الشعور بالكهرياء؟ (أخبرني عن ذلك.) لا	B17
B18	+ ⊖	الهلوسة الذوقية (أي الهلوسة التي تتطوي على إدراك الذوق [عادة غير جيد]) يرجى الوصف:	ماذا عن تناول أو شرب شيء كنت تعتقد أن طعمه سيئ أو غريب على الرغم من أن كل من ذاقه يعتقد	B18

			أنه جيد؟ (أخبرني عن ذلك.) لا	
B19		الهلوسة الشمية (أي الهلوسة التي تتطوي على إدراك الرائحة) يرجى الوصف:	ماذا عن شم رائحة أشياء كريهة لا يستطيع الآخرون شمها، مثل الطعام المتحلل أو الجثث؟ (أخبرني عن ذلك.) لا	B19
		الكلام والسلوك غير المنظمين والجمود		
		(اسمحو لي أن أتوقف لمدة دقيقة أثناء تدوين بعض الملاحظات...) يتم تصنيف العناصر التالية بناءً على الملاحظة والتاريخ (راجع المخططات القديمة، على سبيل المثال، أفراد العائلة، طاقم العلاج)		
B20	+ ⊖	الكلام غير المنظم: قد ينتقل الفرد من موضوع إلى آخر (الانحراف عن المسار أو الارتباطات الفضفاضة). قد تكون الإجابات على الأسئلة مرتبطة بشكل غير مباشر أو غير مرتبطة تمامًا (عرضية). في حالات نادرة، قد يكون الكلام غير منظم بشدة لدرجة أنه غير مفهوم تقريبًا		B20

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

		<p>ويشبه الحبسة الاستقبالية في عدم تنظيمه اللغوي (عدم الترابط أو كوكيتيل الكلمات). نظراً لأن الكلام غير المنظم إلى حد ما أمر شائع وغير محدد، فيجب أن يكون العرض شديداً بدرجة كافية لإضعاف التواصل الفعال بشكل كبير. يرجى الوصف:</p>	
B21	+ ⊖	<p>سلوك غير منظم إلى حد كبير: قد يتراوح من السخافة الطفولية إلى الانفعالات غير المتوقعة. قد يبدو الشخص أشعثاً بشكل ملحوظ، وقد يرتدي ملابس بطريقة غير معتادة (على سبيل المثال، ارتداء معاطف وأوشحة وقفازات متعددة في يوم حار)، أو قد يُظهر سلوكاً جنسياً غير لائق بشكل واضح</p>	B21

		(على سبيل المثال، العادة السرية العامة) أو إثارة وعدم إثارة غير متوقعة (على سبيل المثال، الصراخ أو الشتائم). يرجى الوصف:		
B22	+ ⊖	سلوك التخشب الذهول (أي عدم وجود نشاط حركي نفسي، ولا يرتبط بشكل فعال بالبيئة) التكشير (أي تعبيرات الوجه الغريبة وغير المناسبة التي لا علاقة لها بالموقف) التصرف (أي رسم كاريكاتوري غريب وظرفي للأفعال العادية) الوضعية (أي الالتزام التلقائي والمستمر للوضعية ضد الجاذبية) الانفعالات، التي لا تتأثر بالمحفزات الخارجية الصور النمطية (أي الحركات المتكررة	يمكن تقييم العناصر الستة التالية عن طريق الملاحظة أو عن طريق تقارير المخبرين (استشر سجلات المرضى، والمراقبين الآخرين مثل أفراد الأسرة، والموظفين العلاجيين).	B22

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

		<p>والمتركة بشكل غير طبيعي وغير الموجهة نحو الهدف) الصمت (أي عدم وجود استجابة لفظية أو استجابة لفظية قليلة جداً (باستثناء الحبسة إذا كانت معروفة]) الايكولاليا (أي تقليد خطاب شخص آخر) السلبية (أي المعارضة أو عدم الاستجابة للتعليمات أو المحفزات الخارجية) الإكوبراكسيا (أي محاكاة حركات شخص آخر) التخشب (أي الحث السلبى لوضعية ثابتة ضد الجاذبية) مرونة شمعية (أي مقاومة طفيفة ومتساوية لتحديد المواقع من قبل الفاحص) يرجى الوصف:</p>	<p>يمكن تقييم العناصر الثلاثة التالية أثناء المقابلة أو عبر المخبرين. يمكن تقييم العناصر الثلاثة التالية أثناء الفحص البدني أو عبر المخبرين.</p>
--	--	--	--

الأعراض السلبية		
<p>بالنسبة لأي أعراض سلبية تم تقييمها، حدد ما إذا كان العرض أساسيًا بالتأكيد (أي بسبب اضطراب ذهاني) أو ما إذا كان ممكنًا أو ثانويًا بالتأكيد - أي مرتبط باضطراب عقلي آخر (مثل الاكتئاب) أو مادة ما أو اضطراب ذهاني (على سبيل المثال، تعذر الحركة الناتج عن الدواء)، أو أعراض ذهانية (على سبيل المثال، الهلوسة التي تأمر بعدم التحرك).</p>		
B23	<p>+ -</p> <p>ممكن / أولي مؤكد ثانوي</p>	<p>انعدام الدافعية: عدم القدرة على البدء والاستمرار في الأنشطة الموجهة نحو الهدف. عندما تكون الحالة شديدة بما يكفي لاعتبارها مرضية، يكون الرفض منتشرًا ويمنع الشخص من إكمال العديد من أنواع الأنشطة المختلفة (مثل العمل والمساعي الفكرية والرعاية الذاتية). -٢٠٠٩ ٢٠١٢ منذ أن بدأ فترة العلاج عندما لم يكن يعمل أو يذهب إلى المدرسة. اقترح الطبيب النفسي عليه أن يأخذ الأمر ببساطة. لم يبدأ العمل في ستاريكس</p>
B23	<p>قم بتقييم هذا العنصر بناءً على المعلومات التي تم الحصول عليها من النظرة العامة. إذا لم يكن معروفًا: هل كانت هناك فترة زمنية استمرت عدة أشهر على الأقل لم تكن تعمل فيها، أو لم تكن في المدرسة، أو كنت تفعل الكثير من أي شيء؟ نعم إذا لم تكن معروفًا: ماذا عن الفترة الزمنية التي لم تتمكن فيها من الاهتمام بالأشياء اليومية الأساسية، مثل تنظيف</p>	

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

		إلا بعد مرور عام على دخوله المستشفى للمرة الثالثة. بدأ بالرعاية الأساسية لنفسه.	أسنانك أو الاستحمام؟ إذا كان الجواب لا: هل قال أحد من قبل أنك لا تهتم بهذه الأشياء أو غيرها من الأشياء اليومية الأساسية؟	
B24	+ - ممکن / أولي مؤكد ثانوي تابع مع C1 (التشخيص الفارقي للاضطرابات الذهانية)، صفحة ٣٧.	انخفاض التعبير العاطفي: يشمل انخفاضًا في التعبير عن المشاعر في الوجه، والتواصل البصري، ونغمة الكلام (النبرة)، وحركات اليد والرأس والوجه التي تعطي عادة تأكيدًا عاطفيًا للكلام.		B24

ج. التشخيص التفريقي للاضطرابات الذهانية

	<p>إذا لم تكن هناك أي عناصر ذهانية من الوحدة ب، فانتقل إلى D1 (التشخيص التفريقي للاضطرابات المزاج)، الصفحة ٤٥.</p> <p>عند إجراء التصنيفات من C1 إلى C20، إذا لم يكن من الممكن تحديد ما إذا كان التقييم "نعم" أو "لا"، فانتقل إلى C22 (اضطراب ذهاني محدد آخر)، الصفحة ٤٢.</p>	
C1	<p>تحدث الأعراض الذهانية في أوقات غير أوقات الاكتئاب الشديد (A12/A26) أو نوبات الهوس (A40/A65)</p> <p>قد يتم طرح السؤال التالي للتوضيح: إذا كانت هناك نوبة اكتئاب أو هوس كبيرة في أي وقت مضى: هل كان هناك وقت كنت فيه (الذهان) ولم تكن (مكتئبًا/مرتفعًا/سريع الانفعال/تملك الكلمات)؟</p>	
C1	<p>لا نعم</p> <p>اضطراب المزاج الذهاني</p> <p>انتقل إلى D1 (التشخيص التفريقي للاضطرابات المزاج)، الصفحة ٤٥.</p> <p>معايير الفصام ملحوظة: المعايير بترتيب مختلف عن DSM-5.</p>	
C2	<p>أ. اثنان (أو أكثر) مما يلي، كل منهما موجود لفترة طويلة من الوقت خلال فترة شهر واحد (أو أقل إذا تم علاجها بنجاح): يجب أن يكون واحد منها على الأقل (١) أو (٢) أو (٣):</p> <p>١. الأوهام [B1-B13]،</p> <p>٢. الهلوسة [B14-B19].</p> <p>٣. كلام غير منظم (على سبيل المثال، الانحراف المتكرر أو عدم الترابط) [B20].</p> <p>٤. السلوك غير المنظم أو الجامد بشكل صارخ [B21-B22].</p> <p>٥. الأعراض السلبية (أي انخفاض التعبير العاطفي أو النفور) [B23-B24].</p> <p>ملحوظة: ضع في اعتبارك التقييم "لا" إذا كانت الأعراض الوحيدة هي أوهام مصحوبة بهلوسة لمسية و/أو شمية مرتبطة موضوعيًا بمحتوى الأوهام (وهو ما يتوافق مع تشخيص الاضطراب الوهمي).</p>	

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

C2	<p>لا</p> <p>نعم</p> <p>انتقل إلى C13 (الاضطراب الوهمي)، صفحة ٤٠.</p>	
	<p>د. تم استبعاد الاضطراب الفصامي العاطفي والاضطراب الاكتئابي أو ثنائي القطب المصحوب بمظاهر ذهانية بسبب أي منهما (١) لم تحدث أي نوبات اكتئابية حادة [A12/A26] أو نوبات هوس [A40/A65] بشكل متزامن مع أعراض المرحلة النشطة (أي أعراض المعيار A المذكورة أعلاه في C2)، أو</p> <p>قد يتم طرح السؤال التالي للتوضيح: هل كان هناك وقت كنت فيه (من المرحلة النشطة) في نفس الوقت الذي كنت فيه (مكتئبًا / منتشياً / سريع الانفعال / وضح بكلماتك الخاصة)؟ في المرات الثلاث للاستشفاء</p> <p>(٢) إذا حدثت نوبات مزاجية أثناء أعراض المرحلة النشطة، فإنها كانت موجودة في أقلية (أي أقل من ٥٠%) من إجمالي مدة الفترات النشطة والمتبقية من المرض.</p> <p>قد يتم طرح السؤال التالي للتوضيح: كم من الوقت الذي أمضيته (من الفترات النشطة والمتبقية) هل يمكن أن تقول أنك كنت أيضًا (مكتئبًا / منتشياً / سريع الانفعال / مكتئبًا)؟ أكثر من نصف الحالات الذهانية كانت مكتئبة أيضًا</p> <p>ملاحظة: رمز "نعم" إذا لم تكن هناك أي مرحلة اكتئابية جسيمة أو مرحلة متبقية أو إذا كانت نوبات المزاج موجودة لدى أقلية من الاضطراب الإجمالي. الرمز "لا" فقط إذا كانت نوبات المزاج تتداخل مع أعراض المرحلة النشطة وكانت نوبات المزاج موجودة لأغلبية (٥٠% أو أكثر) من إجمالي مدة المرض.</p>	C3

C3	لا	نعم	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> انتقل إلى C9 (الاضطراب الفصامي العاطفي)، الصفحة ٣٩. </div>		

معايير الاضطراب الفصامي

			C7
	ب. [الأعراض التي تستوفي المعيار A لمرض الفصام (C2) تدوم] شهراً واحداً على الأقل ولكن أقل من ٦ أشهر. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> وللتوضيح يمكن طرح السؤال التالي: ما المدة التي استغرقها (الذهاني)؟ </div>		
C7	لا	نعم	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> انتقل إلى C19 (اضطراب ذهاني موجز)، صفحة ٤١. </div>		
			C8
	د. (اضطراب ذهاني أولي) لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة ما (على سبيل المثال، تعاطي عقار أو دواء) أو حالة طبية أخرى. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> يمكن طرح السؤال التالي للتوضيح: قبل أن يبدأ هذا، هل كنت مريضاً جسدياً؟ قبل أن يبدأ هذا، هل كنت تتناول أي أدوية؟ قبل أن يبدأ هذا، هل كنت تتعاطى أي مخدرات في الشوارع؟ </div>		
	راجع دليل المستخدم، القسم ٩، للحصول على إرشادات حول تحديد وجود حالة مرضية عامة أو مادة/دواء.	راجع قائمة حالة مرضية عامة والمواد/الأدوية في C6، الصفحة ٣٨.	

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

C8	<p>لا</p> <p>التشخيص: اضطراب ذهاني بسبب حالة مرضية أخرى أو اضطراب ذهاني ناجم عن مادة ما. ارجع إلى C2، الصفحة ٣٧، إذا كانت هناك أعراض ذهانية أخرى لا تنتج عن حالة مرضية عامة أو مادة/دواء. بخلاف ذلك، انتقل إلى D1 (التشخيص التفريقي لاضطرابات المزاج)، صفحة ٤٥.</p>	<p>نعم (ليس بسبب حالة مرضية عامة أو مادة/دواء)</p> <p>اضطراب الفصام انتقل إلى C26 (التسلسل الزمني)، الصفحة ٤٤.</p>	
معايير الاضطراب الفصامي العاطفي			
	<p>أ. فترة متواصلة من المرض تحدث خلالها نوبة مزاجية شديدة [نوبة هوس (A40/A65) أو نوبة اكتئاب جسيم (A12/A26)] مع مزاج مكتئب (أي أن النوبة لا تقتصر على انعدام التلذذ) متزامنة مع [الأعراض التي تستوفي كامل المعيار A للفصام [C2]، ملاحظة: يجب أن تتضمن نوبة الاكتئاب الجسيمة المعيار A1: المزاج المكتئب [A1/A15].</p> <p>ملحوظة: رمز "نعم" إذا كانت نوبات الهوس أو نوبات الاكتئاب الجسيمة المصحوبة بمزاج مكتئب متزامنة مع أعراض المعيار أ لمرض انفصام الشخصية. رمز "لا" إذا كانت نوبات المزاج المتزامنة الوحيدة هي نوبات اكتئاب جسيمة دون مزاج مكتئب (أي مع فقدان الاهتمام فقط).</p>		C9
C9	<p>لا</p> <p>انتقل إلى C22 (اضطراب ذهاني محدد آخر)، الصفحة ٤٢.</p>	نعم	
	<p>ب. الأوهام [B1-B13] أو الهلوسة [B14-B19] لمدة أسبوعين أو أكثر في حالة عدم وجود نوبة مزاجية كبيرة (اكتئابية أو هوس) خلال مدة المرض.</p>		C10

	<p>قد يتم طرح السؤال التالي للتوضيح: بالتفكير في حياتك بأكملها منذ أن أصبت بالمرض لأول مرة حتى الآن، هل كان هناك أي وقت تعرضت فيه (للذهان) عندما لم تكن (مكتئبًا / منتشياً / سريع الانفعال / وضع بكلماتك الخاصة) ؟</p>	
C10	<p>لا نعم</p> <p>انتقل إلى C22 (اضطراب ذهاني محدد آخر)، الصفحة ٤٢.</p>	
	<p>ج. الأعراض التي تستوفي معايير نوبة مزاجية حادة موجودة في الأغلبية أي ٥٠% أو أكثر من إجمالي مدة الأجزاء النشطة والمتبقية من المرض.</p> <p>قد يتم طرح السؤال التالي للتوضيح: كم من الوقت الذي أمضيته (من المراحل النشطة والمتبقية) هل يمكن أن تقول أنك كنت أيضًا (مكتئبًا / منتشياً / سريع الانفعال / وضع بكلماتك الخاصة)؟</p>	C11
C11	<p>لا نعم</p> <p>انتقل إلى C22 (اضطراب ذهاني محدد آخر)، صفحة ٤٢.</p>	
	<p>د. [الاضطراب الذهاني الأولي] لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة ما (على سبيل المثال، تعاطي عقار أو دواء) أو حالة طبية أخرى.</p> <p>يمكن طرح السؤال التالي للتوضيح: قبل أن يبدأ هذا، هل كنت مريضًا جسديًا؟ قبل أن يبدأ هذا، هل كنت تتناول أي أدوية؟ قبل أن يبدأ هذا، هل كنت تتعاطى أي مخدرات في الشوارع؟</p> <p>راجع قائمة حالة مرضية عامة والمواد/الأدوية في C6، الصفحة ٣٨.</p> <p>راجع دليل المستخدم، القسم ٩، للحصول على إرشادات حول</p>	C12

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

	تحديد ما إذا كان هناك حالة مرضية عامة أو مادة/دواء .		
C12	لا التشخيص: اضطراب ذهاني بسبب حالة مرضية أخرى أو اضطراب ذهاني ناجم عن مادة ما. ارجع إلى C2، الصفحة ٣٧ إذا كانت هناك أعراض ذهانية أخرى لا تنتج عن حالة مرضية عامة أو مادة/دواء. بخلاف ذلك، انتقل إلى D1 (التشخيص التفريقي لاضطرابات المزاج)، صفحة ٤٥.	نعم (ليس بسبب حالة مرضية عامة أو مادة/دواء) اضطراب فصامي عاطفي انتقل إلى C27 (التسلسل الزمني للاضطرابات الذهانية)، صفحة ٤٤.	
	معايير الاضطراب الوهمي		
	أ. وجود واحد (أو أكثر) من الأوهام [B1-B13] لمدة شهر واحد أو أكثر. ملحوظة: إذا كانت الأوهام مقتصرة على المعتقدات المتعلقة بالمظهر أو المعتقدات المتعلقة بالوسواس أو الأفعال القهرية، ففكر فيما إذا كان من الأفضل تفسير الأوهام من خلال تشخيص اضطراب تشوه الجسم أو اضطراب الوسواس القهري، مع غياب البصيرة/المعتقدات الوهمية. إذا كان الأمر كذلك، انتقل إلى D1 (التشخيص التفريقي لاضطرابات المزاج)، صفحة ٤٥.	C13	
C13	لا انتقل إلى C19 (اضطراب ذهاني وجيز)، صفحة ٤١.	نعم	
	ب. لم يتم استيفاء المعيار A لمرض انفصام الشخصية [C2] على الإطلاق. ملاحظة: الهلوسة، إن وجدت، ليست بارزة وترتبط بالموضوع	C14	

	الوهمي (على سبيل المثال، الإحساس بالإصابة بالحشرات المرتبطة بأوهام الإصابة).	
C14	لا نعم انتقل إلى C22 (اضطراب ذهاني محدد آخر)، الصفحة ٤٢.	
	ج. بصرف النظر عن تأثير الوهم (الأوهام) أو تداعياته، لا يضعف الأداء بشكل ملحوظ، ولا يكون السلوك غريبًا أو غريبًا بشكل واضح.	C15
C15	لا نعم انتقل إلى C22 (اضطراب ذهاني محدد آخر)، الصفحة ٤٢.	

التسلسل الزمني للاضطرابات النفسية

C25	لا نعم حالي تار	تم استيفاء معايير المرحلة النشطة (باستثناء المدة) في وقت ما في الشهر الماضي، أي اثنين أو أكثر من (١) الأوهام، (٢) الهلوسة، (٣) كلام غير منظم، (٤) سلوك غير منظم أو جامد إلى حد كبير، أو (٥) أعراض سلبية وأحدها (١) أو (٢) أو (٣).	في حالة الفصام: إذا كان غير واضح: خلال الشهر الماضي، منذ (شهر واحد)، هل كنت تعاني من (الذهان)؟	C25
	التشخيص: الفصام. تابع مع D1 (التشخيص التفريقي لاضطرابات المزاج)، صفحة ٤٥.			

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

C26	<p>لا نعم</p> <p>↓ ↓</p> <p>حالي تاريخ ماضي</p> <p>↓ ↓</p>	<p>تم استيفاء معايير المرحلة النشطة (باستثناء المدة)؛ حدث في وقت ما من الشهر الماضي، أي اثنتين أو أكثر من (١) الأوهام، (٢) الهلوسة، (٣) الكلام غير المنظم، (٤) السلوك غير المنظم أو الجامد بشكل صارخ، أو (٥) الأعراض السلبية، وواحد من وهو (١) أو (٢) أو (٣).</p>	<p>في حالة الاضطراب الفصامي الشكل: إذا كان غير واضح: خلال الشهر الماضي، منذ (منذ شهر واحد)، هل كنت تعاني من (الذهان)؟</p>	C26
	<p>التشخيص: الفصام. تابع مع D1 (التشخيص التفريقي لاضطرابات المزاج)، صفحة ٤٥.</p>			
C27	<p>لا نعم</p> <p>↓ ↓</p> <p>حالي تاريخ ماضي</p> <p>↓ ↓</p>	<p>(١) نوبة مزاجية حادة (اكتئاب شديد أو هوس) متزامنة مع المعيار أ للفصام في وقت ما في الشهر الماضي أو (٢) أوهام أو هلاوس في غياب نوبة مزاجية كبيرة في وقت ما من الشهر الماضي.</p>	<p>في حالة الاضطراب الفصامي العاطفي: إذا لم يكن واضحاً: خلال الشهر الماضي، منذ (شهر واحد)، هل كنت تعاني من اضطرابات نفسية أو اضطرابات عقلية أو هوسية؟</p>	C27
	<p>التشخيص: الاضطراب الفصامي العاطفي، النوع ثنائي</p>			

	<p>القطب: إذا كانت نوبة الهوس جزءاً من العرض التقيمي. النوع الاكتئابي: إذا كانت نوبات الاكتئاب الكبرى فقط جزءاً من العرض التقيمي. تابع مع D1 (التشخيص التفريقي لاضطرابات المزاج)، صفحة ٤٥.</p>		
C28	<p>لا ↓ حالي</p> <p>نعم ↓ تاريخ ماضي</p> <p>الأوهام في مرحلة ما من الشهر الماضي.</p>	<p>في حالة الاضطراب الوهمي: إذا كان غير واضح: خلال الشهر الماضي، منذ (شهر واحد)، هل كان لديك (أوهام)؟</p>	C28
	<p>التشخيص: الاضطراب الوهمي. تابع مع D1 (التشخيص التفريقي لاضطرابات المزاج)، صفحة ٤٥.</p>		
C29	<p>لا ↓ حالي</p> <p>نعم ↓ تاريخ ماضي</p> <p>واحد أو أكثر مما يلي في وقت ما خلال الشهر الماضي: (١) الأوهام، (٢) الهلوسة، (٣) كلام غير منظم، (٤) سلوك غير منظم أو جامد إلى حد كبير، أحدها (١) أو (٢) أو (٣).</p>	<p>في حالة الاضطراب الذهاني القصير: إذا كان غير واضح: خلال الشهر الماضي، منذ (شهر واحد)، هل كنت تعاني من (الذهان)؟</p>	C29
	<p>التشخيص: اضطراب ذهاني وجيز. تابع مع D1 (التشخيص التفريقي لاضطرابات المزاج)، صفحة ٤٥.</p>		

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

C30	لا نعم	أعراض ذهانية في الشهر الماضي.	في حالة الاضطرابات النفسية المحددة الأخرى: إذا كان غير واضح: خلال الشهر الماضي، منذ (منذ شهر واحد)، هل كنت تعاني من (الذهان)؟	C30
	حالي تاريخ ماضي			
	التشخيص: طيف الفصام الأخر المحدد (أو غير المحدد) والاضطرابات الذهانية الأخرى. تابع مع D1 (التشخيص التفريقي لاضطرابات المزاج)، صفحة ٤٥.			

د. التشخيص التفريقي لاضطرابات المزاج

D1	إذا لم تكن هناك أي أعراض مزاجية مهمة سريريًا على الإطلاق أو إذا تم حساب جميع أعراض اضطرابات المزاج من خلال تشخيص الاضطراب الفصامي العاطفي، فانتقل إلى E1 (اضطرابات استخدام المواد)، صفحة ٥٣. وبخلاف ذلك، تابع مع D2.	D1
	معايير الاضطراب ثنائي القطب من النوع الأول	
	استوفيت المعايير لنوبة هوس واحدة على الأقل [A40/A65].	D2
D2	لا نعم <input type="radio"/>	
	انتقل إلى D4 (الاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني)، أدناه.	
	ب. لا يمكن توضيح حدوث نوبة (نوبات) الهوس والاكتئاب الشديد على نحو أفضل من خلال الاضطراب الفصامي العاطفي، أو الفصام، أو الاضطراب الفصامي الشكل، أو الاضطراب الوهمي، أو أي اضطراب ذهاني [...] محدد آخر.	D3
D3	لا نعم	
	انتقل إلى D4 (الاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني)، أدناه.	
	الاضطراب ثنائي القطب من النوع الأول يشير إلى نوع النوبة الحالية أو الأخيرة:	

	<p>١- الهوس ٢- الاكتئاب الشديد ٣- الهوس الخفيف ٤- غير محدد (بمعنى أن المعايير، باستثناء المدة، مُستوفاة حاليًا لنوبة الهوس، أو الهوس الخفيف، أو الاكتئاب الشديد) تابع مع D17 (التسلسل الزمني للاضطرابات ثنائية القطب)، صفحة ٤٩.</p>	
	معايير الاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني	
	أ. استوفيت المعايير لنوبة هوس خفيف واحدة على الأقل [A12/A26]. ونوبة اكتئاب شديد واحدة على الأقل [A77/A53].	D4
D2	لا انتقل إلى D8 (اضطراب آخر ثنائي القطب غير محدد)، صفحة ٤٦.	نعم <input type="radio"/>
	ب. لم يوجد أبدا نوبة الهوس.	D5
D5	لا انتقل إلى D2 (معايير الاضطراب ثنائي القطب من النوع الأول)، أعلاه.	نعم <input type="radio"/>
	ج. لا يمكن توضيح حدوث نوبة (نوبات) الهوس الخفيف ونوبة (نوبات) الاكتئاب الشديد على نحو أفضل من خلال الاضطراب الفصامي العاطفي، أو الفصام، أو الاضطراب الفصامي الشكل، أو الاضطراب الوهمي، أو أي اضطراب ذهاني [...] محدد آخر.	D6
D6	لا	نعم <input type="radio"/>

	انتقل إلى D8 (اضطراب آخر ثنائي القطب غير محدد)، صفحة ٤٦.	
	<p>د. أعراض الاكتئاب أو عدم القدرة على التنبؤ الناجمة عن التناوب المتكرر بين فترات الاكتئاب والهوس الخفيف تسبب ضائقة أو ضعفاً ملحوظاً سريريًا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.</p> <p>من الممكن أن نطرح الأسئلة التالية للتوضيح: ما هو تأثير (الاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني) على حياتك؟ (كيف أثر [الاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني] على علاقاتك أو تفاعلاتك مع الآخرين؟ هل سبب لك [الاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني] أي مشاكل في علاقاتك مع عائلتك أو شريكك الرومانسي أو أصدقائك؟) (كيف أثر [الاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني] على عملك/مدرستك؟ ماذا عن حضورك في العمل/المدرسة؟ هل جعل [الاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني] من الصعب القيام بعملك/واجباتك المدرسية؟ هل أثر [الاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني] على جودة عملك/الواجبات المدرسية؟) (كيف أثر [الاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني] على قدرتك على الاهتمام بالأشياء في المنزل؟) (هل أثر [الاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني] على أي جزء مهم آخر من حياتك؟) إذا لم يتدخل في حياتك: ما مدى انزعاجك من (الاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني)؟</p>	D7
D7	لا	نعم
	انتقل إلى D8	اضطراب ثنائي

	(اضطراب ثنائي القطب محدد آخر)، أدناه.	القطب من النوع الثاني الإشارة إلى نوع النوبة الحالية أو الأحدث: ١ - هوس خفيف ٢ - الاكتئاب الشديد تابع مع D21 (التسلسل الزمني للاضطرابات ثنائية القطب)، صفحة ٥٠.	
	اضطراب ثنائي القطب محدد آخر (بما في ذلك اضطراب دوروية المزاج)		
D8	الأعراض المميزة للاضطراب ثنائي القطب والاضطراب ذي الصلة [...] هي السائدة ولكنها لا تستوفي المعايير الكاملة للاضطراب ثنائي القطب من النوع الأول أو الثاني]		
D8	لا انتقل إلى D11 (اضطراب الاكتئاب الشديد)، الصفحة ٤٧.	نعم	
D9	[الأعراض] تسبب ضائقة أو ضعفاً ملحوظاً سريرياً في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة. قد يتم طرح الأسئلة التالية للتوضيح: ما هو تأثير (الاضطراب ثنائي القطب) على حياتك؟ (كيف أثر [الاضطراب ثنائي القطب] على علاقاتك أو تفاعلاتك مع الآخرين؟ هل سبب لك [الاضطراب ثنائي القطب] أي مشاكل في علاقاتك مع عائلتك أو شريكك الرومانسي أو أصدقائك؟) (كيف أثر [الاضطراب ثنائي القطب] على عملك/مدرستك؟ ماذا عن حضورك في العمل/المدرسة؟ هل أثر [الاضطراب ثنائي القطب] على جودة عملك/واجبك المدرسي؟) (كيف أثر [الاضطراب ثنائي القطب] على قدرتك على الاعتناء بالأشياء في المنزل؟ هل كنت بحاجة للذهاب إلى المستشفى		

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

	<p>لحمايتك من إيذاء نفسك أو شخص آخر، أو من القيام بشيء يمكن أن يسبب مشاكل مالية أو قانونية خطيرة؟ (هل أثرت [الاضطراب ثنائي القطب] على أي جزء مهم آخر من حياتك؟) إذا لم تتدخل في الحياة: ما مدى انزعاجك من ([الاضطراب ثنائي القطب])؟</p> <p>-</p>		
D9	<p>لا نعم</p> <p>انتقل إلى D11 (اضطراب الاكتئاب الشديد)، الصفحة ٤٧.</p>		
	<p>[الاضطراب ثنائي القطب الأولي] لا يعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة/دواء أو حالة طبية أخرى.</p> <p>يمكن طرح السؤال التالي للتوضيح: قبل أن يبدأ هذا، هل كنت مريضاً جسدياً؟ قبل أن يبدأ هذا، هل كنت تتناول أي أدوية؟ قبل أن يبدأ هذا، هل كنت تتعاطى أي مخدرات في الشوارع؟</p> <p>راجع قائمة العوامل المسببة للأمراض والمواد/الأدوية في A40، الصفحة ١٩</p> <p>راجع دليل المستخدم، القسم ٩، للحصول على إرشادات حول تحديد ما إذا كان هناك حالة مرضية عامة أو مادة/دواء.</p>	D10	
D10	<p>لا</p> <p>التشخيص: اضطراب ثنائي القطب بسبب حالة مرضية أخرى أو اضطراب ثنائي القطب الناجم عن مادة ما انتقل إلى E1 (اضطرابات استخدام المواد)، صفحة ٥٣.</p>	<p>نعم (ليس بسبب حالة مرضية عامة أو مادة/دواء)</p> <p>اضطراب ثنائي القطب محدد آخر تابع مع D23 (التسلسل الزمني للاضطرابات ثنائية القطب)، صفحة ٥١.</p>	

	معايير الاضطراب الاكتئابي الحاد	
	أ-ج. نوبة اكتئاب شديد واحدة على الأقل (A12/A26).	D11
D11	لا انتقل إلى D14 (اضطراب اكتئابي محدد آخر)، الصفحة ٤٨.	نعم
	د. لا يمكن تفسير حدوث نوبة الاكتئاب الحاد بشكل أفضل من خلال الاضطراب الفصامي العاطفي، أو الفصام، أو الاضطراب الفصامي الشكل، أو الاضطراب الوهمي، أو أي اضطراب ذهاني محدد آخر.	D12
D12	لا انتقل إلى D14 (اضطراب اكتئابي محدد آخر)، الصفحة ٤٨.	نعم
	هـ. لم تكن هناك أبدًا نوبة هوس أو نوبة هوس خفيف. ملاحظة: لا ينطبق هذا الاستثناء إذا كانت جميع النوبات الشبيهة بالهوس أو الهوس الخفيف ناجمة عن مادة/أدوية أو تعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لحالة مرضية أخرى.	D13
D13	لا يجب أن يكون الاضطراب ثنائي القطب قد تم تشخيصه مسبقًا. ارجع إلى D2 (معايير الاضطراب ثنائي القطب من النوع الأول)، صفحة ٤٥.	نعم اضطراب اكتئابي حاد ضع دائرة حول الرقم المناسب: ١- نوبة واحدة ٢- متكرر (أي، لكي يتم اعتبار النوبات منفصلة، يجب أن يكون هناك فاصل زمني لا يقل عن شهرين متتاليين بين النوبات المنفصلة التي لا يتم فيها استيفاء معايير نوبة الاكتئاب الحاد)

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

	تابع مع D24 (التسلسل الزمني للاضطرابات الاكتئابية)، الصفحة ٥٢	
	اضطرابات اكتئابية محددة أخرى	
D14	تسود الأعراض المميزة للاضطراب الاكتئابي [...] ولكنها لا تستوفي المعايير الكاملة [لاضطراب اكتئابي حاد، أو اضطراب اكتئابي مستمر، أو اضطراب ما قبل الحيض المزعج، أو اضطراب التكيف مع مزاج مكتئب أو اضطراب التكيف مع قلق مختلط ومزاج مكتئب].	
D14	لا نعم <input type="radio"/>	انتقل إلى E1 (اضطرابات تعاطي المواد)، الصفحة ٥٣.
D15	[الأعراض] تسبب ضائقة أو ضعفاً ملحوظاً سريريًا في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة. قد يتم طرح السؤال التالي للتوضيح: ما هو تأثير (الاضطراب الاكتئابي) على حياتك؟ (كيف أثرت [الاضطراب الاكتئابي] على علاقاتك أو تفاعلاتك مع الآخرين؟ هل سببت لك [الاضطراب الاكتئابي] أي مشاكل في علاقاتك مع عائلتك أو شريكك الرومانسي أو أصدقائك؟) (كيف أثر [الاضطراب الاكتئابي] على عملك/مدرستك؟ ماذا عن حضورك في العمل/المدرسة؟) هل جعلت [الاضطراب الاكتئابي] من الصعب القيام بعملك/واجبك المدرسي؟ هل أثرت [الاضطراب الاكتئابي] على جودة عملك/واجبك المدرسي؟ (كيف أثر [الاضطراب الاكتئابي] على قدرتك على الاعتناء بالأشياء في المنزل؟) (هل أثرت [الاضطراب الاكتئابي] على أي جزء مهم آخر من حياتك؟) -	
D15	لا نعم <input type="radio"/>	انتقل إلى E1

	(اضطرابات تعاطي المواد)، الصفحة ٥٣.	
D16	[اضطراب الاكتئاب الأولي] لا يعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة/دواء أو حالة مرضية أخرى. يمكن طرح السؤال التالي للتوضيح: قبل أن يبدأ هذا، هل كنت مريضاً جسدياً؟ قبل أن يبدأ هذا، هل كنت تتناول أي أدوية؟ قبل أن يبدأ هذا، هل كنت تتعاطى أي مخدرات في الشوارع؟ - راجع قائمة العوامل المسببة للأمراض والمواد/الأدوية في A12، الصفحة ١٢. راجع دليل المستخدم، القسم ٩، للحصول على إرشادات حول تحديد ما إذا كان هناك حالة مرضية عامة أو مادة/دواء.	
D16	لا التشخيص: اضطراب اكتئابي بسبب حالة مرضية أخرى أو اضطراب اكتئابي ناجم عن مادة/أدوية. انتقل إلى E1 (اضطرابات تعاطي المواد)، الصفحة ٥٣.	نعم (ليس بسبب حالة مرضية عامة أو مادة/دواء) اضطراب اكتئابي محدد آخر: تابع مع D25 (التسلسل الزمني للاضطرابات الاكتئابية)، الصفحة ٥٢.

هـ. اضطرابات استخدام المواد

اضطراب تعاطي الكحول (آخر ١٢ شهراً)

1	ما هي عاداتك في تناول الكحول؟ (ما هي الكمية التي تشربها؟ هل شربت الكحول ست مرات على الأقل خلال مدة الـ ١٢ شهراً الماضية، أي منذ (سنة واحدة)؟ يوليو ٢٠١٤ - لا أتناول الكحول إذا لم تشرب ست مرات على الأقل خلال الـ ١٢ شهراً الماضية، فانقل إلى E14 (اضطراب استخدام المواد غير الكحولية)، الصفحة ٥٦.	1
	اضطراب تعاطي الكحول خلال الـ ١٢ معايير اضطراب تعاطي الكحول	

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

		شهرًا الماضية	
		أود الآن أن أطرح عليك المزيد من الأسئلة حول عادات الشرب لديك خلال الـ ١٢ شهرًا الماضية، منذ ذلك الحين (منذ سنة)....	
2	١. غالبًا ما يتم تناول الكحول بكميات أكبر أو لفترة أطول مما كان مقصودًا.	2 خلال الـ ١٢ شهرًا الماضية.. ...هل وجدت أنه بمجرد أن بدأت الشرب انتهى بك الأمر إلى شرب كمية أكبر بكثير مما كنت تتوي شربه؟ على سبيل المثال، كنت تخطط لتناول مشروب واحد أو اثنين فقط، ولكن انتهى بك الأمر إلى تناول المزيد من المشروبات. (أخبرني عن ذلك. كم مرة حدث هذا؟) إذا كان الجواب لا: ماذا عن الشرب لفترة زمنية أطول بكثير مما كنت تتوي شربه؟	
3	٢. هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة للحد من تعاطي الكحول أو السيطرة عليه.	3 ...هل أردت التوقف عن شرب الخمر أو تقليله أو التحكم فيه؟ إذا كانت الإجابة بنعم: ما المدة التي استمرت فيها هذه الرغبة في التوقف عن شرب الخمر أو تقليله أو التحكم فيه؟ إذا كان الجواب لا: خلال الـ ١٢ شهرًا الماضية، هل حاولت يومًا تقليل أو إيقاف أو التحكم في شريك للخمر؟ ما مدى نجاحك؟ (هل قمت بأكثر من محاولة لوقف شرب الخمر أو تقليله أو التحكم فيه؟)	
4	٣. قضاء قدر كبير من الوقت في الأنشطة الضرورية للحصول على الكحول أو تعاطيه أو التعافي من آثاره.	4 ...هل قضيت الكثير من الوقت في الشرب أو السكر أو التسكع؟ (كم من الوقت؟)	

5	5	<p>...هل كانت لديك رغبة قوية أو رغبة قوية في الشرب بين تلك الأوقات التي كنت تشرب فيها؟ (هل مر عليك وقت شعرت فيه برغبة قوية في تناول مشروب لدرجة أنك واجهت صعوبة في التفكير في أي شيء آخر؟)</p> <p>إذا كان الجواب لا: ماذا عن وجود رغبة قوية أو رغبة ملحة في الشرب عندما تكون بالقرب من الحانات أو بالقرب من الأشخاص الذين تشرب معهم؟</p>	<p>4. الرغبة الشديدة أو الرغبة الملحة في تناول الكحول.</p>
---	---	--	--

اضطراب تعاطي المواد غير الكحولية (آخر ١٢ شهرًا)

14	14	الآن أود أن أسألك عن استخدامك للعقاقير أو الأدوية خلال الـ ١٢ شهرًا الماضية، منذ (سنة واحدة)	
15	15	المهدئات أو المنومات أو مزيلات القلق: خلال الـ ١٢ شهرًا الماضية، هل تناولت أي حبوب لتهدئتك أو مساعدتك على الاسترخاء أو مساعدتك على النوم؟ (أدوية مثل فالسيوم، أو زاناكس، أو أتيفان، أو كلونوبين، أو أميبان، أو سوناتا، أو لونيستا؟) إذا كانت الإجابة بنعم، حدد الدواء (الأدوية) المستخدمة:	<p>فئة الأدوية المستخدمة في الأشهر الـ ١٢ الماضية</p> <p>عم</p> <p>لا</p>
16	16	الحشيش: خلال الـ ١٢ شهرًا الماضية، هل استخدمت الماريجوانا ("تدخين"، أو "العشب"، أو "العشب المصنع")، أو الحشيش ("الهاش")، أو رباعي هيدروكانابينول، أو K2، أو "مواد أخرى؟" إذا كانت الإجابة بنعم، حدد المخدر (المخدرات) المستخدمة:	<p>عم</p> <p>لا</p>
17	17	المنشطات: خلال الـ ١٢ شهرًا الماضية، هل استخدمت أي منشطات أو "مواد علوية" لتمنحك المزيد من الطاقة، أو تبيك يقظًا، أو تفقد الوزن، أو تساعدك على التركيز؟ (المخدرات مثل سبيد أو الميتامفيتامين أو الكريستال ميث أو "الكرانك" أو الريتالين	<p>عم</p> <p>لا</p>

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

		أو الميثيلفينيديت أو الديكسيدرلين أو الأديرال أو الأمفيتامين أو حبوب الحمية الطبية؟) ماذا عن الكوكايين أو "الكراك"؟ إذا كانت الإجابة بنعم، حدد المخدر (المخدرات) المستخدمة:	
18	عم	المواد الأفيونية: خلال الـ ١٢ شهرًا الماضية، هل سبق لك أن استخدمت الهيروين أو الميثادون؟ ماذا عن مسكنات الألم الطبية؟ (أدوية مثل المورفين أو الكودايين أو بيركوسيت أو بيركودان أو أوكسيكوتنين أو تايلوكس أو أوكسيكودون أو فيكودين أو لورتاب أو لورسيت أو هيدروكودون أو سوبوكسون أو بوبرينورفين؟) إذا كانت الإجابة بنعم، حدد المخدر (المخدرات) المستخدمة:	لا
19	عم	فينسكليدين (PCP) والمواد ذات الصلة: في الأشهر الـ ١٢ الماضية، هل سبق لك استخدام PCP ("غبار الملاك"، "حبة السلام") أو الكيتامين ("Special K"، "فيتامين K")؟ إذا كانت الإجابة بنعم، حدد المخدر (المخدرات) المستخدمة:	لا
20	عم	مهلوسات أخرى: خلال الـ ١٢ شهرًا الماضية، هل استخدمت أي مخدر "للشعور بالسعادة الغامرة" أو زيادة حواسك؟ (أدوية مثل LSD، أو "الحمض"، أو البيوت، أو المسكاليين، أو "الفطر"، أو السيلوسيبين. الإكستاسي [MDMA، "مولي"]، أو أملاح الاستحمام، أو DMT، أو غيرها من المهلوسات؟) إذا كانت الإجابة بنعم، حدد المخدر (المخدرات) المستخدمة:	لا
21	عم	المستنشقات: خلال الـ ١٢ شهرًا الماضية، هل سبق لك استخدام الغراء أو الطلاء أو سائل التصحيح أو البنزين أو مواد المستنشقة الأخرى للحصول على النشوة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، حدد المخدر (المخدرات) المستخدمة:	لا
22	عم	أخرى: ماذا عن الأدوية الأخرى، مثل الستيرويدات الابتنائية، أو أكسيد النيتروز (غاز الضحك، "الويب")، أو النترت (نترت)	لا

2	<p>الأميل، أو نترت البوتيل، أو "بويرس"، أو "سنبراس"، أو حبوب الحمية (فينترمين)، أو الأدوية التي يتم تناولها دون وصفة طبية. دواء مضاد للحساسية أو نزلات البرد أو السعال أو النوم؟ إذا كانت الإجابة بنعم، حدد المخدر (المخدرات) المستخدمة:</p>
<p>إذا تم تصنيف أي من العناصر E15-E22 بـ "نعم" (أي استخدام بعض المواد خلال الـ ١٢ شهراً الماضية)، فتابع تصنيفات E15a-E22a في الصفحة التالية. إذا تم تصنيف جميع العناصر E15-E22 على أنها "لا"، فانقل إلى F1 (اضطراب الهلع)، الصفحة ٦٣.</p>	

و. اضطرابات القلق

		معايير اضطراب الهلع	اضطراب الهلع مدى الحياة	
F1	<p>⊕</p> <p>↓</p> <p>انقل إلى F23 (رهاب الخلاء)، صفحة ٦٦.</p>	<p>أ. [نوبة الهلع] نوبة الهلع هي موجة مفاجئة من الخوف الشديد أو الانزعاج الشديد الذي يصل إلى ذروته في غضون دقيقة، وخلال هذه الفترة تحدث أربعة (أو أكثر) من الأعراض التالية: ملحوظة: يمكن أن تحدث الطفرة المفاجئة من حالة الهدوء أو حالة القلق. عند الاكتئاب خلال السنة</p>	<p>هل سبق لك أن شعرت بنوبة قلق شديدة، أو ما يمكن أن يسميه شخص ما "نوبة الهلع"، عندما شعرت فجأة بالخوف الشديد أو القلق أو ظهرت فجأة الكثير من الأعراض الجسدية؟ (أخبرني عن ذلك.) نعم متى كانت آخر نوبة سيئة؟ كيف كان شكلها؟ كيف بدأت؟ إذا كان غير واضح: هل ظهرت الأعراض فجأة؟</p>	F1

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

		الثانية في فصل اللغة الإنجليزية في المدرسة الثانوية. بدأ يشعر بغرابة، وبدأ قلبه يتسارع وأصبحت يده متعرقه جدًا. بدأت تراوده كل هذه الأفكار وخرج من الفصل. حدث هذا عدة مرات وظهرت الأعراض فجأة وبلغت ذروتها في بضع دقائق.	نعم إذا كانت الإجابة بنعم: كم من الوقت استغرق الأمر منذ أن بدأ الأمر حتى أصبح سيئاً للغاية؟ (هل حدث ذلك في غضون دقائق قليلة؟)	
F2	⊕ -	١. تسارع أو خفقان في القلب أو تسارع في ضربات القلب.	خلال تلك النوبة.. هل تسارع نبض قلبك، أو خفق بشدة؟ نعم	F2
F3	⊕ -	٢. التعرق.	... هل تعرقت؟ نعم	F3
F4	⊕ -	٣. الارتعاش أو الاهتزاز.	... هل ارتعشت أو اهتزت؟ نعم	F4
F5	⊕ -	٤. الإحساس بضيق التنفس أو الاختناق.	...هل كنت تعاني من ضيق في التنفس؟ (هل لديك صعوبة في النقاط أنفاسك؟ هل تشعر وكأنك مخنوق؟)	F5

			نعم	
F6	+ ⊖	٥. الشعور بالاختناق.	...هل شعرت كما لو كنت تختنق؟ لا	F6
F7	⊕ -	٦. ألم في الصدر أو انزعاج.	...هل شعرت بألم أو ضغط في الصدر؟ نعم	F7
F8	⊕ -	٧. الغثيان أو ألم في البطن.	...هل عانيت من الغثيان أو اضطراب المعدة أو الشعور بأنك ستصاب بالإسهال؟ نعم	F8
F9	⊕ -	٨. الشعور بالدوار أو عدم الثبات أو الدوخة أو الإغماء.	...هل شعرت بالدوار، أو عدم الاستقرار، أو أنك قد تفقد الوعي؟ نعم	F9
F10	+ ⊖	٩. قشعريرة أو إحساس بالحرارة.	...هل عانيت من هبات، أو هبات ساخنة، أو قشعريرة؟ لا	F10
F11	+ ⊖	١٠. تتمل الحس (خدر أو وخز).	...هل تعاني من وخز أو تتميل في أجزاء من جسمك؟ لا	F11
F12	⊕ -	١١. الغربة عن الواقع (مشاعر عدم الواقعية) أو تبدد الشخصية (الانفصال عن الذات).	...هل كان لديك شعور بأنك منفصل عن جسدك أو عقلك، أو أن الوقت يتحرك ببطء، أو أنك كنت مراقبًا	F12

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

			خارجيًا لأفكارك أو حركاتك؟ نعم إذا كان الجواب لا: ماذا عن الشعور بأن كل شيء من حولك كان غير واقعي أو أنك كنت في حلم؟	
F13	+ ⊖	١٢. الخوف من فقدان السيطرة أو "الجنون".	F13 هل كنت خائفًا من أن تصاب بالجنون أو قد تفقد السيطرة؟ لا	
F14	⊕ -	١٣. الخوف من الموت.	F14 ... هل كنت خائفًا من أنك تموت؟ نعم	
F15	<p>لا نعم</p> <p>استمر مع F16 أدناه</p>	تم تصنيف أربعة على الأقل من المعايير المذكورة أعلاه (F2-) (F14) بـ "+".	F15	
		<p>إلى جانب تلك التي وصفتها للتو، هل تعرضت لأي نوبات أخرى تحتوي على المزيد من الأعراض التي سألتك عنها للتو؟ إذا كانت الإجابة بنعم: ارجع إلى F2، الصفحة ٦٣، وقم بتقييم أعراض هذه النوبة. إذا كانت الإجابة لا: انتقل إلى F23 (رهاب الخلاء)، الصفحة ٦٦.</p>		
F16	⊕ ⊖	أ. نوبات الهلع المتكررة غير المتوقعة.	F16 هل حدث أي من هذه النوبات فجأة - في مواقف لم تتوقع فيها أن	
		انتقل إلى F23 (رهاب الخلاء)،		

الصفحة ٦٦.		<p>تكون متوترًا أو غير مريح؟ نعم إذا كانت الإجابة بنعم: ماذا كان يحدث عندما وقعت النوبة (النوبات)؟ (ماذا كنت تفعل في ذلك الوقت؟ هل كنت متوترًا أو قلقًا بالفعل في ذلك الوقت أو بالأحرى هل كنت هادئًا أو مرتاحًا نسبيًا؟) كم عدد هذه الأنواع من النوبات التي تعرضت لها؟ (اثنان على الأقل؟) إذا كان الجواب لا: ماذا عن أول ما حدث لك؟ ماذا كان يحدث في حياتك في ذلك الوقت؟ ماذا كنت تفعل في ذلك الوقت؟ هل كنت متوترًا أو قلقًا بالفعل في ذلك الوقت أو بالأحرى هل كنت هادئًا أو</p>
------------	--	--

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

			مرتاحًا نسبيًا؟) إذا كانت النبوة غير متوقعة: كم عدد هذه الأنواع من النبوات التي تعرضت لها؟ (اثان على الأقل؟)	
		ب. واحدة على الأقل من النبوات أعقبها شهر واحد (أو أكثر) من أحد الأمرين التاليين أو كليهما:	بعد كل هذه النبوات..	
F17	⊕ -	١. القلق المستمر أو الخوف بشأن نبوات الهلع الإضافية أو عواقبها (على سبيل المثال، فقدان السيطرة، الإصابة بنوبة قلبية، "الجنون"). بعد النبوة الأولى كان يبحث عن المخارج ويجلس بجانبيهم لأنه كان قلقًا من التعرض لنوبة أخرى. استمر هذا	...هل كنت قلقًا من احتمال إصابتك بنوبة أخرى أو قلقًا من شعورك وكأنك تعرضت لنوبة قلبية مرة أخرى، أو قلقًا من أنك ستفقد السيطرة أو تصاب بالجنون؟ نعم إذا كانت الإجابة بنعم: إلى متى استمر هذا القلق؟ (هل استمر لمدة شهر واحد على الأقل؟ كل يوم تقريبًا؟)	F17

		الوضع لمدة عام كامل.		
F18	⊕ -	٢. تغيير كبير غير قادر على التكيف في السلوك المتعلق بالنبوات (على سبيل المثال، السلوكيات المصممة لتجنب الإصابة بنوبات الهلع، مثل تجنب ممارسة التمارين الرياضية أو المواقف غير المألوفة) كان يجلس بالقرب من المخارج في المسرح والفصل	...هل فعلت أي شيء بشكل مختلف بسبب النبوات (مثل تجنب أماكن معينة أو عدم الخروج بمفردك)؟ (ماذا عن تجنب أنشطة معينة مثل ممارسة التمارين الرياضية؟ وماذا عن أشياء مثل التأكد دائماً من أنك بالقرب من الحمام أو الخروج؟) إذا كانت الإجابة بنعم: كم من الوقت استمر ذلك؟ (طالما شهر واحد؟)	F18
F19	لا نعم ○ ↓	تم تقييم المعيار B1 (F17) أو B2 (F18).		F19

انتقل إلى F23 (هاب الخلاء)، صفحة ٦٦.

<p>F20</p> <p>أولى</p> <p>التشخيص: اضطراب القلق الناجم عن حالة مرضية أخرى أو اضطراب القلق الناجم عن مادة ما؛ انتقل إلى F23 (رهاب الخلاء)، صفحة ٦٦.</p> <p>تابع مع F21 (المعيار D)، أدناه.</p>	<p>لا</p> <p>نعم</p> <p>ج. اضطراب القلق الأولي] لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسولوجية لمادة ما (مثل تعاطي عقار أو دواء) أو حالة طبية أخرى (مثل قصور الغدة الدرقية واضطرابات القلب والرئة). تشمل الأمراض المسببة أمراض الغدد الصماء (على سبيل المثال، فرط نشاط الغدة الدرقية، ورم القواتم، نقص السكر في الدم، فرط كورتيزول الكظر)، واضطرابات القلب والأوعية الدموية (على سبيل المثال، قصور القلب الاحتقاني، والانسداد الرئوي، وعدم انتظام ضربات القلب مثل الرجفان الأذيني)، وأعراض الجهاز التنفسي (على سبيل المثال، مرض</p>	<p>إذا كان غير معروف: متى بدأت نوبات الهلع لديك؟ السنة الثانية من المدرسة الثانوية قبل أن تبدأ نوبات الهلع لديك، هل كنت تتناول أي أدوية أو كافيين أو حبوب الحمية أو أدوية أخرى؟ لا (ما هي كمية القهوة أو الشاي أو المشروبات التي تحتوي على الكافيين التي تشربها يوميًا؟) قهوة - ليس دائمًا هل كنت مريضًا جسديًا قبل النوبات مباشرة؟ لا إذا كانت</p>	<p>F20</p>
---	---	---	------------

	<p>الإجابة بنعم: ماذا قال الطبيب؟</p>	<p>الانسداد الرئوي المزمن، والربو، والالتهاب الرئوي). الاضطرابات الأبضية (مثل نقص فيتامين ب ١٢، البورفيريا)، والأمراض العصبية (مثل الأورام، والخلل الدليزي، والتهاب الدماغ، واضطرابات النوبات). تشمل المواد والأدوية المسببة للمرض الكحول (التسمم/الانسحاب)؛ الكافيين (التسمم) ؛ الغالب (التسمم)؛ المواد الأفيونية (الانسحاب)؛ فينسيكليدين (التسمم)؛ مهلوسات أخرى (التسمم)؛ المستنشقات (التسمم)؛ المنشطات (بما في ذلك الكوكايين) (التسمم/الانسحاب)؛ المهدئات والمنومات ومزيلات القلق (الانسحاب)؛</p>	<p>راجع دليل المستخدم، القسم ٩، للحصول على إرشادات حول تحديد ما إذا كان هناك حالة مرضية عامة أو مادة/دواء.</p>
--	---	--	--

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

		<p>التخدير والمسكنات. محاكيات الودي أو موسعات الشعب الهوائية الأخرى. مضادات مفعول الكولين؛ الأنسولين. مستحضرات الغدة الدرقية؛ وسائل منع الحمل عن طريق الفم. مضادات الهيستامين. الأدوية المضادة للباركنسونية. الكورتيكوستيرويدات. الأدوية الخافضة للم ضغط والقلب والأوعية الدموية. مضادات الاختلاج. كربونات الليثيوم الأدوية المضادة للذهان. الأدوية المضادة للاكتئاب. والتعرض للمعادن الثقيلة والسموم مثل المبيدات الحشرية الفسفاتية العضوية وغازات الأعصاب وأول أكسيد الكربون وثاني أكسيد الكربون والمواد المتطايرة مثل البنزين</p>		
--	--	--	--	--

F21	<p>لا</p> <p>○ نعم</p> <p>↓</p> <p>انتقل إلى F23 (رهاب الخلأء)، صفحة ٦٦.</p>	<p>والطلاء.</p> <p>د. لا يمكن تفسير الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال، لا تحدث نوبات الهلع فقط استجابة لمواقف اجتماعية مخيفة، كما في اضطراب القلق الاجتماعي؛ أو استجابة لأشياء أو مواقف رهابية مقيدة، كما في الرهاب النوعي؛ أو في استجابة للهواجس، كما في اضطراب الوسواس القهري، أو استجابة للتذكير بالأحداث المؤلمة، كما في اضطراب ما بعد الصدمة، أو استجابة للانفصال عن شخصيات التعلق، كما في اضطراب قلق الانفصال).</p>	F21
-----	--	---	-----

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

F22	<p>لا نعم</p> <p>○ ↓</p> <p>↓ ↓</p> <table border="1" data-bbox="529 638 737 728"> <tr> <td>حالي</td> <td>تاريخ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>سابق</td> </tr> </table> <p>↓ ↓</p>	حالي	تاريخ		سابق	<p>[خلال الشهر الماضي، أعقب نوبات الهلع المتكررة (غير المتوقعة أو المتوقعة) وواحدة على الأقل من الهجمات قلق مستمر أو قلق بشأن هجمات إضافية أو عواقبها أو تغيير كبير غير قادر على التكيف في السلوك المتعلق بالهجمات طوال الشهر].</p>	<p>خلال الشهر الماضي، منذ (شهر واحد)، كم عدد نوبات الهلع التي تعرضت لها؟ خلال الشهر الماضي، هل كنت قلقاً أو قلقاً من احتمال إصابتك بنوبة أخرى، أو قلقاً من شعورك وكأنك تعرضت لنوبة قلبية مرة أخرى، أو قلقاً من فقدان السيطرة أو الإصابة بالجنون؟ لا هل قمت بأي شيء بشكل مختلف بسبب النوبات (مثل تجنب أماكن معينة أو عدم الخروج</p>	F22
حالي	تاريخ							
	سابق							
<p>التشخيص: اضطراب الهلع. تابع مع F23 (دهاب الخلاء) أدناه.</p>								

			بمفردك؟	
		معايير رهاب الخلاء	رهاب الخلاء الحالي (الأشهر الستة الماضية)	
F23	+ 	<p>أ. خوف أو قلق ملحوظ بشأن اثنين (أو أكثر) من الحالات الخمس التالية:</p> <p>١. استخدام وسائل النقل العام (مثل السيارات والحافلات والقطارات والسفن والطائرات).</p> <p>٢. التواجد في الأماكن المفتوحة (مثل مواقف السيارات والأسواق والجسور).</p> <p>٣. التواجد في الأماكن المغلقة (مثل المحلات التجارية والمسارح ودور السينما).</p> <p>٤. الوقوف في الطابور أو التواجد وسط حشد من الناس.</p>	<p>في الأشهر الستة الماضية، منذ (٦ أشهر مضت - يناير ٢٠١٥)، هل كنت تشعر بالقلق الشديد أو الخوف من مواقف مثل الخروج من المنزل بمفردك، أو التواجد في حشود، أو الذهاب إلى المتاجر، أو الوقوف في الطوابير، أو السفر في الحافلات أو القطارات؟ لا أخبرني عن</p>	F23

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

		<p>٥. التواجد خارج المنزل بمفردك.</p>	<p>المواقف التي كنت خائفاً منها. إذا كنت غير معروف: هل كنت خائفاً أو قلقاً بشأن السفر في سيارات الأجرة أو الحافلات أو القطارات أو السفن أو الطائرات؟ إذا لم تكن معروفًا: ماذا عن التواجد في الأماكن المفتوحة، مثل مواقف السيارات أو الأسواق الخارجية أو الجسور؟ إذا كنت غير معروف: ماذا عن التواجد في أماكن مغلقة مثل المتاجر أو دور السينما</p>
--	--	---------------------------------------	---

			<p>أو مراكز التسوق؟ إذا كنت غير معروف: ماذا عن الوقوف في طابور أو التواجد وسط حشد من الناس؟ إذا كان غير معروف: ماذا عن التواجد خارج المنزل بمفردك؟</p>	
F24	<p>+ -</p> <p>↓ انتقل إلى F32 (اضطراب القلق الاجتماعي)، صفحة ٦٨.</p>	<p>ب. يخاف الفرد أو يتجنب هذه المواقف بسبب أفكار قد يكون الهروب منها صعباً أو قد لا تتوفر المساعدة في حالة ظهور أعراض تشبه الهلع أو غيرها من الأعراض المعوقة أو المحرجة (مثل الخوف من السقوط بين كبار السن، الخوف من سلس البول).</p>	<p>لماذا كنت تتجنب (المواقف التي تم تجنبها) أو ما الذي كنت تخشى حدوثه؟ (هل كنت خائفاً من أنه قد يكون من الصعب عليك الخروج من [المواقف التي تم تجنبها] إذا كنت في حاجة ماسة</p>	F24

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

			إلى ذلك... مثل إذا تعرضت فجأة لنوبة هلع؟ (أو تطویر شيء آخر قد يكون محرّجًا مثل فقدان السيطرة على المثانة أو الأعضاء أو القيء؟) (هل كنت خائفًا من التعرض للإعاقة بطريقة ما، مثل السقوط أو الإغماء؟) (ماذا عن القلق من عدم وجود أحد لمساعدتك في حالة حدوث مثل هذه الأشياء؟)	
F25	+ - ↓ انتقل إلى F32 (اضطراب القلق)	ج. تثير مواقف الخوف من الأماكن المكشوفة الخوف أو القلق دائمًا.	هل تشعر دائمًا بالخوف أو القلق عندما تكون في (المواقف التي تم تجنبها)؟	F25

	الاجتماعي)، صفحة ٦٨.		
--	-------------------------	--	--

F31	<p>لا ↓ نعم</p> <p>انتقل إلى F32 (اضطراب القلق الاجتماعي)، أدناه.</p> <p>التشخيص: رهاب الخلاء (الحالي) تابع مع F32 (اضطراب القلق الاجتماعي) أدناه.</p>	<p>ط. لا يمكن تفسير الخوف أو القلق أو التجنب بشكل أفضل من خلال أعراض اضطراب عقلي آخر - على سبيل المثال، لا تقتصر الأعراض على رهاب محدد، من النوع الظرفي؛ لا تنطوي على المواقف الاجتماعية فقط (كما هو الحال في اضطراب القلق الاجتماعي)؛ ولا ترتبط حصريًا بالمواجس (كما هو الحال في اضطراب الوسواس القهري)، أو العيوب أو العيوب الملحوظة في المظهر الجسدي (كما هو الحال في اضطراب تشوه الجسم)، أو التذكير بالأحداث</p>	F31
-----	--	--	-----

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

		الصادمة (كما هو الحال في اضطراب ما بعد الصدمة)، أو الخوف من الانفصال (كما في اضطراب قلق الانفصال). ملحوظة: ضع في اعتبارك اضطراب القلق الاجتماعي إذا كان الخوف يقتصر على المواقف الاجتماعية.		
		معايير اضطراب القلق الاجتماعي	اضطراب القلق الاجتماعي الحالي (الأشهر الستة الماضية)	
F32	+ ⊖ ↓ انتقل إلى F42 (اضطراب القلق العام)، صفحة ٧١.	أ. خوف أو قلق ملحوظ بشأن موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية التي يتعرض فيها الفرد للتدقيق المحتمل من قبل الآخرين. تشمل الأمثلة التفاعلات الاجتماعية (على	في الأشهر الستة الماضية، منذ (الأشهر الستة الماضية)، هل كنت متوترًا أو قلقًا بشكل خاص في المواقف الاجتماعية، مثل إجراء محادثة أو مقابلة أشخاص غير مألوفين؟ لا إذا كان الجواب لا:	F32

		<p>سبيل المثال، إجراء محادثة، أو مقابلة أشخاص غير مألوفين)، أو المراقبة (على سبيل المثال، الأكل أو الشرب)، أو الأداء أمام الآخرين (على سبيل المثال، إلقاء خطاب).</p>	<p>هل هناك أي شيء كنت تخشى القيام به أو شعرت بعدم الارتياح الشديد عند القيام به أمام الآخرين، مثل التحدث أو الأكل أو الكتابة أو استخدام الحمام العام؟ لا إذا كانت الإجابة بنعم على أي مما سبق: أخبرني عن ذلك. أعطني بعض الأمثلة على متى حدث هذا.</p>	
F33	<p>+</p> <p>↓ انتقل إلى F42 (اضطراب القلق العام)، صفحة ٧١.</p>	<p>ب. يخشى الفرد من أنه سيتصرف بطريقة أو تظهر عليه أعراض القلق التي سيتم تقييمها بشكل سلبي (أي ستكون مهينة أو محرجة، أو ستؤدي إلى الرفض أو الإساءة للآخرين).</p>	<p>F33 ما الذي كنت تخشى حدوثه عندما كنت في موقف اجتماعي أو موقف أداء يخشى منه؟ (هل كنت خائفًا من الإحراج بسبب ما قد تقوله أو من الطريقة التي قد تتصرف بها؟ هل كنت خائفًا من أن يؤدي ذلك إلى رفض الآخرين لك؟ ماذا عن جعل الآخرين غير مرتاحين أو الإساءة إليهم بسبب ما قلته أو كيف</p>	

			تتصرف؟)	
F34	+ - ↓ انتقل إلى F42 (اضطراب القلق العام)، صفحة ٧١.	ج. المواقف الاجتماعية تثير الخوف أو القلق دائمًا.	هل شعرت دائمًا بالخوف عندما تشعر بذلك؟ في (المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء المخيفة)؟	F34
		معايير اضطراب القلق العام	اضطراب القلق العام الحالي (الأشهر الستة الماضية)	
F42	+ - ⊖ ↓ انتقل إلى G1 (الوسواس القهري)، الصفحة ٧٣.	أ. القلق والقلق المفرط (التوقع المتخوف)، الذي يحدث لأيام أكثر من ستة أشهر على الأقل، بشأن عدد من الأحداث أو الأنشطة (مثل العمل أو الأداء المدرسي).	على مدار الـ ٦ أشهر الماضية، منذ (٦ أشهر مضت)، هل كنت تشعر بالقلق والقلق كثيرًا من الوقت؟ لا (أخبرني عن ذلك.) ما هي أنواع الأشياء التي تقلقك؟ (ماذا عن وظيفتك، أو صحتك، أو أفراد أسرتك، أو مواردك المالية، أو أشياء أخرى أصغر مثل التأخر عن المواعيد؟) ما مدى قلقك بشأن (الأحداث أو الأنشطة)؟ ما الذي يقلقك أيضًا؟ هل شعرت بالقلق من	F42


			<p>(الأحداث أو الأنشطة) حتى في حالة عدم وجود سبب؟ (هل شعرت بالقلق أكثر مما قد يشعر به معظم الناس في ظروفك؟ هل اعتقد أي شخص آخر أنك قلق أكثر من اللازم؟ هل شعرت بالقلق أكثر مما ينبغي في ضوء ظروفك الفعلية؟) خلال الأشهر الستة الماضية، هل يمكنك القول أنك كنت تشعر بالقلق أكثر من أي يوم آخر؟</p>	
F43	<p>+</p> <p>↓</p> <p>انتقل إلى G1 (الوسواس القهري)، الصفحة ٧٣.</p>	<p>ب. يجد الفرد صعوبة في السيطرة على القلق.</p>	<p>عندما تشعر بالقلق بهذه الطريقة، هل وجدت أنه من الصعب إيقاف نفسك أو التفكير في أي شيء آخر؟</p>	F43
F44	<p>+</p> <p>↓</p> <p>انتقل إلى G1 (الوسواس القهري)، الصفحة ٧٣.</p>	<p>ج. يرتبط القلق والقلق بثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الستة التالية (مع وجود بعض الأعراض على الأقل لعدة أيام أكثر من عدمها خلال الأشهر الستة</p>	<p>سأطرح عليك الآن بعض الأسئلة حول الأعراض التي غالبًا ما تصاحب الشعور بالتوتر أو القلق. بالتفكير في تلك الفترات في الأشهر الستة الماضية عندما كنت تشعر بالتوتر أو القلق...</p>	F44

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

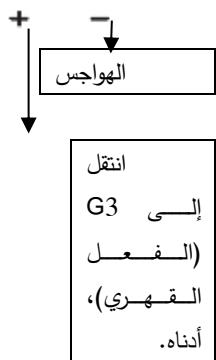

		الماضية):		
F45	+ -	١. الأرق أو الشعور بالقلق أو التوتر.	...هل شعرت في كثير من الأحيان بعدم الراحة الجسدية، وكأنك لا تستطيع الجلوس ساكنًا؟ ...هل شعرت في كثير من الأحيان بالتوتر أو القلق؟	F45
F46	+ -	٢. الشعور بالتعب بسهولة.	هل تتعب بسهولة في كثير من الأحيان؟	F46
F47	+ -	٣. صعوبة في التركيز أو تشتت الذهن.	...هل واجهت في كثير من الأحيان صعوبة في التركيز أو هل أصبح عقلك فارغًا في كثير من الأحيان؟	F47
F48	+ -	٤. التهيج.	...هل كنت في كثير من الأحيان سريع الانفعال؟	F48
F49	+ -	٥. توتر العضلات.	...هل كانت عضلاتك متوترة في كثير من الأحيان؟	F49
F50	+ -	٦. اضطراب في النوم (صعوبة في النوم أو الاستمرار فيه، أو نوم مضطرب غير مرضي).	...هل واجهت في كثير من الأحيان صعوبة في النوم أو البقاء نائمًا؟ ماذا عن الشعور بالتعب في كثير من الأحيان عندما تستيقظ لأنك لم تحصل على نوم جيد ليلاً؟	F50

ز. اضطراب الوسواس القهري واضطراب ما بعد الصدمة

اضطراب الوسواس القهري

		معايير اضطراب الوسواس القهري	اضطراب الوسواس القهري الحالي	
		أ. وجود الوسواس أو الأفعال القهرية أو كليهما: يتم تعريف الهواجس من خلال (١) و (٢):	في الشهر الماضي، منذ (منذ شهر واحد). يونيو ٢٠١٥	
G1	+ 	١. الأفكار أو الحوافز أو الصور المتكررة والمستمرة التي يتم تجربتها، في وقت ما أثناء الاضطراب، باعتبارها متطفلة وغير مرغوب فيها، والتي تسبب لدى معظم الأفراد قلقًا أو ضيقًا	...هل انزعجت من الأفكار التي ظلت تتكرر في ذهنك حتى عندما لم تكن ترغب في ذلك، مثل التعرض للجراثيم أو الأوساخ أو الحاجة إلى تنظيم كل شيء بطريقة معينة؟ (ماذا كانوا؟) لا ماذا عن الرغبة في القيام بشيء ما، والذي يستمر في العودة إليك على الرغم من أنك لا تريد ذلك، مثل الرغبة في إيذاء شخص عزيز عليك؟ (ماذا كانوا؟) لا ماذا عن ظهور	G1

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

		ملحوظًا.	صور في رأسك لم تكن تريدتها، مثل مشاهد عنيفة أو فظيعة أو أي شيء ذي طبيعة جنسية؟ (ماذا كانوا؟) لا إذا كانت الإجابة بنعم على أي مما سبق: هل جعلتك هذه (الأفكار/الرغبات/الصور) قلقًا أو منزعة للغاية؟	
G2		٢. يحاول الفرد تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الحوافز أو الصور، أو تحييدها بفكر أو فعل آخر (أي عن طريق أداء فعل قهري).	عندما كانت لديك هذه (الأفكار/الرغبات/الصور) هل حاولت جاهداً إخراجها من رأسك؟ (ماذا ستحاول أن تفعل؟)	G2
		يتم تعريف الفعل القهري بواسطة (١) و (٢):	في الشهر الماضي، منذ (منذ شهر واحد)...	
G3		١. السلوكيات المتكررة (مثل غسل اليدين أو الأمر أو التحقق) أو	...هل كان هناك أي شيء كان عليك القيام به مرارًا وتكرارًا وكان من الصعب مقاومة القيام به، مثل غسل يديك مرارًا	G3

		<p>الأفعال العقلية (مثل الصلاة أو العد أو تكرار الكلمات بصمت) التي يشعر الفرد بأنه مدفوع إلى القيام بها استجابة لهوس أو وقفا لقواعد يجب تطبيقها بشكل صارم.</p>	<p>وتكرارًا، وتكرار شيء ما مرارًا وتكرارًا حتى "تشعر أنه صحيح"، والعد حتى رقم معين، أو التحقق من شيء ما عدة مرات للتأكد من أنك قمت به بشكل صحيح؟ لا أخبرني عن ذلك. (ماذا عليك أن تفعل؟)</p>	
G4		<p>٣. تهدف السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل القلق أو الضيق، أو منع بعض الأحداث أو المواقف المخيفة؛ ومع ذلك، فإن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إما أنها غير مرتبطة بطريقة واقعية بما تهدف إلى تحييده أو منعه، أو أنها مفرطة بشكل واضح.</p>	<p>G4 إذا كان غير واضح: لماذا كان عليك القيام (الفعل القهري)؟ ماذا سيحدث لو لم تفعل ذلك؟ إذا كان غير واضح: كم مرة ستفعل (الفعل القهري)؟ هل تقوم (بالفعل القهري) أكثر مما هو منطقي حقًا؟</p>	G4

G6	<p>لا</p> <p>○</p> <p>نعم ↓</p> <p>انتقل إلى G9 (اضطراب ما بعد الصدمة)، الصفحة ٧٦.</p>	<p>وجود الوساوس (تصنيف G2 "+" أو الفعل القهري (تصنيف G4 "+")</p>	<p>تحقق من وجود الوسواس و/أو الفعل القهري</p>	G5
G6	<p>+</p> <p>-</p> <p>↓</p> <p>انتقل إلى G9 (اضطراب ما بعد الصدمة)، الصفحة ٧٦.</p>	<p>ب. تستغرق الوساوس أو الأفعال القهرية وقتاً طويلاً (على سبيل المثال، تستغرق أكثر من ساعة واحدة يومياً) أو تسبب ضائقة أو ضعفاً كبيراً سريرياً في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.</p>	<p>إذا كان غير واضح: كم من الوقت قضيته؟ (الوساوس أم الفعل القهري)؟ إذا كان غير واضح: ما هو تأثير هذه (الوساوس أو الفعل القهري) على حياتك؟ اطرح الأسئلة التالية فقط عند الحاجة: كيف أثرت (الوساوس أو الفعل القهري) على علاقاتك أو تفاعلاتك مع الآخرين؟ (هل تسببت لك [الهواجس أو الوسواس] في أي مشاكل في علاقاتك مع عائلتك أو شريكك الرومانسي أو زملائك في السكن أو الأصدقاء؟)</p>	G6

			<p>كيف أثرت (الوساوس أو الفعل القهري) على عملك/مدرستك؟ (ماذا عن حضورك في العمل/المدرسة؟ هل [الوساوس أو الفعل القهري] جعلت أداء عملك/واجباتك المدرسية أكثر صعوبة؟ هل أثرت [الوساوس أو الفعل القهري] على جودة عملك/واجباتك المدرسية؟)</p> <p>كيف أثرت (الوساوس أو الفعل القهري) على قدرتك على الاهتمام بالأشياء في المنزل؟ ماذا عن القيام بأشياء أخرى مهمة بالنسبة لك، مثل الأنشطة الدينية أو التمارين البدنية أو الهوايات؟</p> <p>هل أثرت (الوساوس أو الفعل القهري) على أي جزء مهم آخر من حياتك؟</p> <p>إذا لم تتدخل في الحياة: ما مدى انزعاجك من (الوساوس أو الفعل القهري)؟</p>	
--	--	--	---	--

G7	<p>لا ↓ أولي</p> <p>نعم ↓</p> <p><u>التشخيص:</u> الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة الناجمة عن حالة مرضية أخرى أو الوسواس القهري الناجم عن مادة ما والاضطرابات ذات الصلة. انتقل إلى G9 (اضطراب ما بعد الصدمة)، الصفحة ٧٦.</p> <p>↓</p> <p>تابع مع G8، الصفحة التالية.</p>	<p>ج. [اضطراب الوسواس القهري الأساسي] لا تُعزى أعراض الوسواس القهري إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة ما (على سبيل المثال، تعاطي عقار أو دواء) أو حالة طبية أخرى. تشمل الحالات المسببة للمرض رقص سيدنهام والحالات الطبية التي تؤدي إلى أضرار مميتة، مثل احتشاء دماغي. تشمل المواد والأدوية المسببة</p>	<p>إذا كان غير معروف: متى بدأت (الوسواس أو الفعل القهري)؟ قبل أن تبدأ في إصابتك (الوسواس أو الفعل القهري)، هل كنت تتناول أي أدوية أو أدوية؟ قبل بدء (الوسواس أو الفعل القهري)، هل كنت مريضاً جسدياً؟ إذا كانت الإجابة بنعم: ماذا قال الطبيب؟ راجع دليل المستخدم، القسم ٩، للحصول على إرشادات حول تحديد ما إذا كان هناك GMC مسبب للمرض أو مادة/دواء.</p>	G7

	للمرض التسمم بالكوكايين أو الأمفيتامينات أو المنشطات الأخرى، والتعرض للمعادن الثقيلة.	
--	---	--

اضطراب ما بعد الصدمة

G9	<p>تاريخ الصدمات مدى الحياة</p> <p>أود الآن أن أسأل عن بعض الأشياء التي ربما حدثت لك والتي ربما كانت مزعجة للغاية. غالبًا ما يجد الناس أن الحديث عن هذه التجارب يمكن أن يكون مفيدًا. سأبدأ بالسؤال عما إذا كانت هذه التجارب تنطبق عليك، وإذا كان الأمر كذلك، سأطلب منك أن تصف بإيجاز ما حدث وكيف شعرت في ذلك الوقت.</p> <p>شاشة لكل نوع من أنواع الصدمات (استنادًا إلى نص DSM-5 ومعيار اضطراب ما بعد الصدمة أ) باستخدام الأسئلة أدناه. هل سبق لك أن تعرضت لموقف يهدد حياتك مثل كارثة كبرى أو حريق أو قتال أو حادث سيارة خطير أو حادث متعلق بالعمل؟ لا ماذا عن التعرض للاعتداء أو الإساءة جسديًا أو جنسيًا، أو التهديد بالاعتداء الجسدي أو الجنسي؟</p> <p>ماذا عن رؤية شخص آخر يتعرض للاعتداء الجسدي أو الجنسي أو الإساءة إليه، أو التهديد بالاعتداء الجسدي أو الجنسي؟ لا هل سبق لك أن رأيت شخصًا آخر مقتولًا أو ميتًا، أو مصابًا بجروح بالغة؟ لا</p> <p>ماذا عن معرفة أن أحد هذه الأشياء قد حدث لشخص قريب منك؟ لا إذا كنت غير معروف: هل سبق لك أن كنت ضحية لجريمة خطيرة؟ لا إذا لم تتم الموافقة على الأحداث: ما هي التجربة الأكثر إرهابًا أو صدمة التي مررت بها طوال حياتك؟ سماع الأصوات إذا لم يتم الإقرار بأيّة أحداث، فتابع مع HI (اضطراب</p>	G9
----	--	----

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

	نقص الانتباه/فرط النشاط)، الصفحة ٨٦. في حالة الإقرار بأي أحداث: في G10-G12 أدناه، راجع واستفسر بالتفصيل عما يصل إلى ثلاثة أحداث سابقة (على سبيل المثال، حدد ثلاثة أسوأ الأحداث؛ حدد الصدمة ذات الأهمية بالإضافة إلى اثنين آخرين من أسوأ الأحداث).	
G10	وصف الحدث المؤلم: وضح نوع الحدث المؤلم (ضع علامة على كل ما ينطبق): الموت، واقعي () الموت، مهدد () إصابة خطيرة، فعلية () إصابة خطيرة، مهددة () العنف الجنسي، واقعي () التهديد بالعنف الجنسي () وضح طريقة التعرض للحدث الصادم: من ذوي الخبرة مباشرة () شهد حدوث الآخرين شخصياً () التعرف على الحدث لدى أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء المقربين التعرض المتكرر أو الشديد للتفاصيل المؤلمة المؤلمة () الأحداث (على سبيل المثال، تعرض ضباط الشرطة بشكل متكرر لتفاصيل إساءة معاملة الأطفال) () العمر وقت وقوع الحدث: () وضح حدث واحد مقابل التعرض المطول/المتكرر من خلال وضع دائرة حول الرقم المناسب:	G10 حدث العمر الماضي رقم ١: في حالة التعرض المباشر للصدمة: ماذا حدث؟ هل كنت خائفاً من الموت أو التعرض لأذى خطير؟ هل تعرضت لأذى خطير؟ إذا شهدت حدثاً صادمًا يحدث للآخرين: ماذا حدث؟ ماذا رأيت؟ ما مدى قربك من (الحدث المؤلم)؟ هل كنت قلقة بشأن سلامتك الخاصة؟ إذا تعلمت عن حدث صادم: ماذا حدث؟ من الذي تورط فيه؟ (إلى أي مدى كنت قريباً منهم [عاطفياً]؟ هل كان الأمر ينطوي على عنف، أو انتحار، أو حادث سيئ؟) إذا كنت غير معروف: كم كان عمرك في ذلك الوقت؟ إذا كان غير معروف: هل حدث هذا أكثر من مرة؟

	<p>١- حدث واحد</p> <p>٢- التعرض لفترات طويلة أو متكررة لنفس الصدمة (على سبيل المثال، مشاهدة نوبات متكررة من العنف المنزلي بين الوالدين على مدى سنوات)</p>		
--	---	--	--

ح. اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لدى البالغين

	معايير اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط	اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط الحالي (الأشهر الستة الماضية، البالغون)	
H1	<p>أ. نمط مستمر من عدم الانتباه و/أو فرط النشاط والانفراج الذي يتعارض مع الأداء أو التطور، كما يتميز بـ (١) و/أو (٢):</p>	<p>على مدى السنوات العديدة الماضية، هل تم تشييت انتباهك أو عدم تنظيمك بسهولة؟ لا</p> <p>إذا كان الجواب لا: على مدى السنوات العديدة الماضية، هل واجهت صعوبة كبيرة في الجلوس ساكنًا أو انتظار دورك؟ لا</p> <p>إذا لم يكن هناك دليل على أن الشخص كان مشتتًا أو غير منظم أو مندفعًا أو غير قادر على القيام بذلك اجلس ساكنًا خلال الأشهر الستة الماضية، تحقق هنا</p>	H1

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

			وانتقل إلى ١١ (الفحص)، الصفحة .٩١	
		١. عدم الانتباه: استمرار خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية لمدة ٦ أشهر على الأقل بدرجة لا تتوافق مع مستوى النمو وتؤثر سلبًا بشكل مباشر على الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية / المهنية: ملحوظة: الأعراض ليست مجرد مظهر من مظاهر السلوك المعارض أو التحدي أو العداء أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات.	بالتفكير في حالتك خلال الأشهر الستة الماضية، منذ (٦ أشهر مضت)...	
H2	+ -	أ. غالبًا ما يفشل في إيلاء اهتمام وثيق بالتفاصيل أو يرتكب أخطاء مهمة في العمل المدرسي أو في العمل أو أثناء الأنشطة الأخرى (على سبيل المثال، يتجاهل التفاصيل أو يغفلها، أو يكون	...هل غالبًا ما فاتتك تفاصيل مهمة أو ارتكبت أخطاء في العمل (أو المدرسة) أو أثناء الاعتناء بالأشياء في المنزل؟ من فضلك أعطني بعض الأمثلة. (هل ارتكبت في كثير من الأحيان أخطاء في	H2

		العمل غير دقيق).	موازنة دفتر الشيكات الخاص بك أو دفع الفواتير؟ هل اشتكى أشخاص آخرون من أنك لا تولي اهتماما كافيا للتفاصيل أو من أن عملك مهمل؟)	
H3	+ -	ب. غالبًا ما يواجه صعوبة في الحفاظ على انتباهه في المهام أو أنشطة اللعب (على سبيل المثال، يجد صعوبة في الحفاظ على تركيزه أثناء المحاضرات أو المحادثات أو القراءة المطولة).	...هل واجهت في كثير من الأحيان صعوبة في التركيز على أشياء مثل قراءة كتاب، أو متابعة محادثة، أو القيام بالأعمال المنزلية؟ أعطني بعض الأمثلة.	H3
H4	+ -	ج. في كثير من الأحيان لا يبدو أنه يستمع عند التحدث إليه مباشرة (على سبيل المثال، يبدو العقل في مكان آخر، حتى في غياب أي إلهاء واضح).	.. هل علق أحد أو اشتكى من أنك لا تبدو وكأنك تستمع أو أن عقلك كان في مكان آخر أثناء حديثهم؟ أخبرني عن ذلك. (كم مرة حدث هذا؟) (هل حدث هذا حتى عندما لا يحدث أي شيء آخر... عندما لا تكون هناك عوامل تشتيت واضحة؟)	H4

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

H5	+ -	د. في كثير من الأحيان لا يتبع التعليمات ويفشل في إنهاء الواجبات المدرسية أو الأعمال المنزلية أو الواجبات في مكان العمل (على سبيل المثال، يبدأ المهام ولكنه يفقد التركيز بسرعة ويتشتت بسهولة).	H5
			...هل بدأت في كثير من الأحيان الأشياء ثم تركتها دون الانتهاء منها لأنك فقدت تركيزك أو انحرقت عن مسارك؟ أعطني بعض الأمثلة.

ط. فحص الاضطرابات الحالية الأخرى

		سأطرح عليك الآن بعض الأسئلة الإضافية حول المشكلات الأخرى التي قد تواجهها.	
		إذا كانت الإجابة على أي من الأسئلة التالية هي "نعم"، تابع الأسئلة الإضافية، مثل "أخبرني المزيد عن ذلك"، "هل هذا يسبب لك مشكلة أو يتعارض مع حياتك؟" و "هل تحصل حاليًا على مساعدة لذلك؟"	
I1	لا نعم	اضطراب ما قبل الحيض المحتمل	I1
		إذا كان المريض ذكرًا بيولوجيًا، أو أنثى بعد انقطاع الطمث، أو أنثى حامل، أو أنثى تخضع لعملية استئصال الرحم بالإضافة إلى استئصال المبيض، فانقل إلى السؤال التالي (١٢). إذا نظرنا إلى دوراتك الشهرية خلال الـ ١٢ شهرًا الماضية، منذ (سنة واحدة)، هل عانيت من أعراض مزاجية مثل الغضب أو التهيج أو القلق أو الاكتئاب	

		<p>التي تطورت قبل الدورة الشهرية ثم اختفت خلال الأسبوع التالي للدورة؟ إذا كانت الإجابة بنعم: بعد بدء الدورة الشهرية، هل اختفت المشاكل لمدة أسبوع على الأقل؟ إذا كانت الإجابة بنعم على كليهما: ففكري في اضطراب ما قبل الحيض المزعج (DSM-5)، ص. ١٧١؛ دليل المستخدم، ص. ١١٦).</p>	
12	<p>نعم لا رهاب محدد محتمل</p>	<p>في الأشهر الستة الماضية، منذ (منذ ٦ أشهر)، هل كانت هناك أشياء جعلتك قلقًا أو خائفًا بشكل خاص، مثل الطيران، أو رؤية الدم، أو الحصول على حقنة، أو المرتفعات، أو الأماكن المغلقة، أو أنواع معينة من الحيوانات أو الحشرات؟ لا إذا كانت الإجابة بنعم: فكر في الرهاب النوعي (DSM-5)، ص ١٩٧؛ دليل المستخدم، ص ١١٧).</p>	12
13	<p>نعم لا اضطراب قلق الانفصال المحتمل</p>	<p>في الأشهر الستة الماضية، هل كنت قلقًا بشكل خاص بشأن الانفصال عن الأشخاص الذين ترتبط بهم (مثل والديك أو أطفالك أو شريكك)؟ لا إذا كانت الإجابة بنعم: فكر في اضطراب قلق الانفصال (DSM-5)، ص ١٩٠؛ دليل المستخدم، ص ١١٨).</p>	13
14	<p>نعم لا اضطراب اكتئاب محتمل</p>	<p>في الشهر الماضي، منذ (منذ شهر واحد)، هل وجدت صعوبة في التخلص من الأشياء أو بيعها أو التخلي عنها؟ إذا كانت الإجابة بنعم: فكر في</p>	14

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

		اضطراب الاكتئاب (DSM-5)، ص. ٢٤٧؛ دليل المستخدم، ص. ١١٩).	
15	<p>لا</p> <p>نعم</p> <p>اضطراب تشوه الجسم المحتمل</p>	<p>في الشهر الماضي، هل كنت قلقًا جدًا من وجود خطأ ما في مظهرك الجسدي أو في مظهر جزء أو أكثر من أجزاء جسمك؟ لا</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم: فكر في اضطراب تشوه الجسم (DSM-5)، ص. ٢٤٢؛ دليل المستخدم، ص. ١١٩).</p>	15
16	<p>لا</p> <p>نعم</p> <p>هوس نتف الشعر المحتمل</p>	<p>هل قمت خلال الشهر الماضي بنف الشعر بشكل متكرر من أي مكان في جسمك بخلاف الأسباب التجميلية؟ لا</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم: فكر في هوس نتف الشعر (اضطراب شد الشعر) (DSM-5)، ص. ٢٥١؛ دليل المستخدم، ص. ١٢٠).</p>	16
17	<p>لا</p> <p>نعم</p> <p>اضطراب السحج المحتمل</p>	<p>في الشهر الماضي، هل كنت تخدش بشرتك بشكل متكرر بأظفرك أو الملقط أو الدبابيس أو أي أشياء أخرى؟ لا</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم: ضع في اعتبارك اضطراب السحج (نزاع الجلد) (DSM-5)، ص. ٢٥٤؛ دليل المستخدم، ص. ١٢٠).</p>	17
18	<p>لا</p> <p>نعم</p> <p>اضطراب الأرق المحتمل</p>	<p>على مدار الأشهر الثلاثة الماضية، منذ (منذ ٣ أشهر)، هل كان مصدر قلقك الرئيسي هو أنك لا تحصل على قسط كافٍ من النوم الجيد أو عدم الشعور بالراحة؟ لا</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم: فكر في اضطراب الأرق (DSM-5)، ص. ٣٦٢؛ دليل المستخدم، ص. ١٢١).</p>	18

19	<p>⓪ لا</p> <p>نعم ↓</p> <p>اضطراب فرط النوم المحتمل</p>	<p>خلال الأشهر الثلاثة الماضية، هل مررت بأيام شعرت فيها بالنعاس على الرغم من أنك نمت لمدة ٧ ساعات على الأقل؟ لا</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم: فكر في اضطراب فرط النعاس (DSM-5)، ص ٣٦٨؛ دليل المستخدم، ص (١٢١).</p>	19
110	<p>⓪ لا</p> <p>نعم ↓</p> <p>فقدان الشهية العصبي المحتمل</p>	<p>خلال الأشهر الثلاثة الماضية، هل مررت بوقت كان فيه وزنك أقل بكثير مما اعتقد الآخرون أنه ينبغي عليك وزنه؟</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم: فكر في فقدان الشهية العصبي (DSM-5)، ص ٣٣٨؛ دليل المستخدم، ص (١٢٢).</p>	110
111	<p>⓪ لا</p> <p>نعم ↓</p> <p>احتمالية الإصابة بالشره المرضي العصبي أو اضطراب الشره عند تناول الطعام</p>	<p>خلال الأشهر الثلاثة الماضية، هل عانيت من نهم في تناول الطعام، أي الأوقات التي لم تتمكن فيها من مقاومة تناول الكثير من الطعام أو التوقف عن تناول الطعام بمجرد أن تبدأ؟ لا</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم: فكر في الشره المرضي العصبي (DSM-5)، ص. ٣٤٥؛ دليل المستخدم، ص. (١٢٢) أو اضطراب الشره عند تناول الطعام (DSM-5)، ص. ٣٥٠؛ دليل المستخدم، ص. (١٢٣).</p>	111
112	<p>⓪ لا</p> <p>نعم ↓</p> <p>احتمال تجنب / اضطراب تناول الطعام المقيد</p>	<p>في الشهر الماضي، منذ (الشهر الماضي)، هل كنت غير مهتم بالطعام بشكل عام أم أنك نسيت تناول الطعام باستمرار؟ لا</p> <p>إذا كان الجواب لا: في الشهر</p>	112

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

		<p>الماضي، هل تجنببت تناول الكثير من الأطعمة بسبب شكلها أو الطريقة التي تشعر بها في فمك؟ لا</p> <p>إذا كان الجواب لا: في الشهر الماضي، هل تجنببت تناول الكثير من الأطعمة المختلفة لأنك تخشى عدم القدرة على البلع أو أنك سوف تختنق أو تتقيأ أو تتقيأ؟ لا</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم على أي منها: فكر في اضطراب تجنب/تقييد تناول الطعام (DSM-5)، ص. ٣٣٤؛ دليل المستخدم، ص. ١٢٣).</p>	
113	<p>لا</p> <p>نعم</p> <p>اضطراب الأعراض الجسدية المحتملة</p>	<p>خلال الـ ٦ أشهر الماضية، منذ (٦ أشهر)، هل انزعجت من أي أعراض جسدية؟ لا</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم: فكر في اضطراب الأعراض الجسدية (DSM-5)، ص ٣١١؛ دليل المستخدم، ص ١٢٤).</p>	113
114	<p>لا</p> <p>نعم</p> <p>اضطراب القلق المرضي المحتمل</p>	<p>خلال الأشهر الستة الماضية، هل قضيت الكثير من الوقت في التفكير بأنك مصاب بمرض خطير أو ستصاب به؟ لا</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم: فكر في اضطراب القلق المرضي (DSM-5)، ص ٣١٥؛ دليل المستخدم، ص ١٢٤).</p>	114
115	<p>لا</p> <p>نعم</p> <p>اضطراب انفجاري متقطع محتمل</p>	<p>في الأشهر الـ ١٢ الماضية، منذ (منذ عام واحد)، هل مررت بفترات فقدت فيها السيطرة على أعصابك بشكل متكرر وانتهى بك الأمر بالصراخ أو الدخول في جدالات مع الآخرين؟ لا</p> <p>إذا كان الجواب لا: في العام الماضي، هل فقدت أعصابك بحيث قمت</p>	115

		بدفع أو ضرب أو ركل أو رمي شيء ما على شخص أو حيوان أو إتلاف ممتلكات شخص ما؟ إذا كانت الإجابة بنعم على أي منهما: فكر في الاضطراب الانفجاري المتقطع (DSM-5)، ص. ٤٦٦؛ دليل المستخدم، ص. (١٢٥).	
116	<p>Ⓝ</p> <p>↓ نعم</p> <p>اضطراب القمار المحتمل</p>	خلال الـ ١٢ شهرًا الماضية، هل كنت تقامر بانتظام أو تشتري تذاكر اليانصيب بانتظام؟ لا إذا كانت الإجابة بنعم: فكر في اضطراب المقامرة (DSM-5)، ص ٥٨٥؛ دليل المستخدم، ص (١٢٦).	116

انتقل إلى الـ ١، (اضطراب التكيف)، الصفحة التالية.

ي. اضطراب التكيف

معايير اضطراب التكيف	اضطراب التكيف الحالي (الأشهر الستة الماضية)
	<p>ضع في اعتبارك اضطراب التكيف فقط إذا (١) كان هناك عامل ضغط محدد و (٢) كانت هناك أعراض حدثت خلال الأشهر الستة الماضية والتي لا تستوفي معايير اضطراب DSM-5 آخر.</p> <p>إذا كانت الأعراض تستوفي معايير اضطراب DSM-5 غير المدرجة في SCID-5-CV، أو تستوفي المتطلبات المحددة لفئة أخرى أو غير محددة غير مدرجة في SCID-5-CV (على سبيل المثال، اضطراب القلق المحدد أو غير المحدد)، قم بتسجيل هذا الاضطراب والرمز التشخيصي ICD-10-CM في أسفل الصفحة ٤ من ورقة النتائج الموجزة التشخيصية. وإلا فقد تم الانتهاء من SCID-5-CV.</p>

الخصائص السيكومترية للمقابلة السريرية المنظمة للاضطرابات العقلية

J1	+	<p>⊖</p> <p>نهاية SCID-5- CV</p>	<p>أ. تطور الأعراض العاطفية أو السلوكية استجابةً لضغوطات محددة تحدث خلال ٣ أشهر من بداية الضغوطات.</p>	<p>المعلومات التي يتم الحصول عليها من نظرة عامة على المرض الحالي ستكون عادة كافية لتقييم هذا المعيار.</p> <p>إذا كانت غير معروفة: هل حدث لك أي شيء قبل بدء (الأعراض)؟ إذا كانت الإجابة بنعم: أخبرني عما حدث. هل تعتقد أن (عامل الضغط) له علاقة بتطور (الأعراض)؟ إذا كان هناك حدث واحد: ما هي المدة التي مرت بعد (عامل الضغط) التي قمت بتطوير (الأعراض) لأول مرة؟ (هل كان ذلك خلال ٣ أشهر؟) إذا كان الإجهاد مزمناً: ما هي المدة التي مرت بعد بدء (الإجهاد) حتى تطورت لديك (الأعراض) لأول مرة؟ (هل كان ذلك خلال ٣ أشهر؟)</p>	J1
----	---	--	--	--	----

J2	+	<p>ب. تعتبر هذه الأعراض أو السلوكيات ذات أهمية سريرية، كما يتضح من أحد الأمرين التاليين أو كليهما:</p> <p>١. ضائقة ملحوظة لا تتناسب مع شدة أو شدة عامل الضغط، مع الأخذ في الاعتبار السياق الخارجي والعوامل الثقافية التي قد تؤثر على شدة الأعراض وعرضها.</p> <p>٢. ضعف كبير في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.</p>	<p>إذا كانت غير معروفة: ما هو تأثير (الأعراض) على حياتك؟</p> <p>اطرح الأسئلة التالية حسب الحاجة:</p> <p>كيف أثرت (الأعراض) على علاقاتك أو تفاعلاتك مع الآخرين؟ (هل سببت لك [الأعراض] أي مشاكل في علاقاتك مع عائلتك أو شريكك الرومانسي أو أصدقائك؟)</p> <p>كيف أثر (الأعراض) على عملك/مدرستك؟ (ماذا عن حضورك في العمل/المدرسة؟ هل جعلت [الأعراض] من الصعب القيام بعملك/واجبك المدرسي؟ هل أثرت [الأعراض] على جودة عملك/واجبك المدرسي؟)</p> <p>كيف أثر (الأعراض) على قدرتك على العناية بالأشياء في المنزل؟ ماذا عن المشاركة في الأشياء التي تهتمك، مثل الأنشطة الدينية أو التمارين البدنية أو الهوايات؟</p> <p>هل أثرت (الأعراض) على أي جزء مهم آخر من حياتك؟</p> <p>إذا لم تتدخل في حياتك: ما مدى انزعاجك أو انزعاجك من وجود (الأعراض)؟</p>	J2
----	---	---	---	----

قائمة المراجع

- 1- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV) (ed. 5th). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 2- American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and statistical manual of mental disorder. (DSM- IVR) (Ed 4th). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 3- American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- 5th), New School library, Washington, DC, London, England.
- 4- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987
- 5- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- 6- Beck SM, Perry JC. The definition and function of interview structure in psychiatric and psychotherapeutic interviews. Psychiatry. 2008 Spring;71(1):1–12.
- 7- Amir Shabani, et al.(2021). Psychometric properties of Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinian Version (SCID-5-CV), National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information.
- 8- First MB, Spitzer RL, Benjamin LS, Williams JBW. User's Guide for the Structured Clinical Interview for Dsm-5 Personality Disorders (Scid-5-Pd). 2015. 102 p.
- 9- Nordgaard J, Sass LA, Parnas J. The psychiatric interview: validity, structure, and subjectivity. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2013 Jun;263(4):353–64.
- 10- Volkert J, Gablonski T-C, Rabung S. Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2018 Dec;213(6):709–15.
- 11- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013. 991 p.
- 12- Jaspers K. General Psychopathology. JHU Press; 1997. 922 p.

- 13- Jansson L, Nordgaard J. Validity and Reliability [Internet]. The Psychiatric Interview for Differential Diagnosis. 2016. p. 9–16. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-33249-9_2
- 14- Zandersen M, Parnas J. Exploring schizophrenia spectrum psychopathology in borderline personality disorder. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci [Internet]. 2019 Jul 9; Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00406-019-01039-4>
- 15- Spitzer RL. Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? [Internet]. Vol. 24, Comprehensive Psychiatry. 1983. p. 399–411. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/0010-440x\(83\)90032-9](http://dx.doi.org/10.1016/0010-440x(83)90032-9)
- 16- Parnas J, Møller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, et al. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. Psychopathology. 2005 Sep;38(5):236–58.
- 17- First MB. SCID-5-PD: Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders. 2016.
- 18- First MB, Williams JBW, Benjamin LS, Spitzer RL. SCID-5-SPQ: Structured Clinical Interview for DSM-5® Screening Personality Questionnaire. 2016.p.7.
- 19- Flaviol L. Osorio, et al. (2019). Clinical validity and intrarter and test- retest reliability of Structured Clinical Interview for DSM-5-Clinican Version (SCID-5-CV), Psychiatry and Clinical Neurosciences, Volume 73, Issue 12. P. 754-760
- 20- Mateo b.; Simon f., Lennart B.; Julie N. (2020). Challenges assessing personality disorders with SCID-5-PD in psychiatric patioents, Research Square.
- 21- Moore EA, Green MJ, Carr VJ. Comorbid personality traits in schizophrenia: Prevalence and clinical characteristics [Internet]. Vol. 46, Journal of Psychiatric Research. 2012. p. 353–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.11.012>
- 22- Loranger AW. International personality disorder examination (IPDE) [Internet]. Assessment and Diagnosis of Personality Disorders. 1997. p. 43–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/cbo9780511663215.005>
- 23- Jansson L, Nordgaard J. Detecting Disordered Personality Pattern [Internet]. The Psychiatric Interview for Differential Diagnosis. 2016. p. 231–46. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-33249-9_12

- 24- Simonsen E, Newton-Howes G. Personality Pathology and Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2018 Oct 17;44(6):1180–4.
- 25- Stewart A, Shankman, et al. (2017). Reliability and Validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID), *International Journal Of MAETHODS In Psychiatric Research*, 27 (1).
- 26- Zandersen M, Parnas J. Identity Disturbance, Feelings of Emptiness, and the Boundaries of the Schizophrenia Spectrum. *Schizophr Bull.* 2019 Jan 1;45(1):106–13.
- 27- Henriksen MG, Parnas J. Self-disorders and schizophrenia: a phenomenological reappraisal of poor insight and noncompliance. *Schizophr Bull.* 2014 May;40(3):542–7.
- 28- Marková IS, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry revisited [Internet]. Vol. 36, *Comprehensive Psychiatry*. 1995. p. 367–76. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0010-440x\(95\)90118-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0010-440x(95)90118-3)
- 29- World Health Organization, WHO Staff, WHO. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization; 1992. 362 p.
- 30- Nordgaard J, Revsbech R, Saebye D, Parnas J. Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample [Internet]. Vol. 11, *World Psychiatry*. 2012. p. 181–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/j.2051-5545.2012.tb00128.x>
- 31- Parnas J. Differential diagnosis and current polythetic classification [Internet]. Vol. 14, *World Psychiatry*. 2015. p. 284–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20239>
- 32- Jansson L, Nordgaard J. The Psychiatric Interview for Differential Diagnosis [Internet]. 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-33249-9>
- 33- Frederiksen JEN, Nordgaard Frederiksen JE, Henriksen MG. Phenomenological Psychopathology and Quantitative Research [Internet]. *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*. 2019. p. 940–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198803157.013.88>
- 34- Wittchen H-U. What is Comorbidity – Fact or Artefact? [Internet]. Vol. 168, *British Journal of Psychiatry*. 1996. p. 7–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1192/s0007125000298358>

- 35- Ventura J, Liberman RP, Green MF, Shaner A, Mintz J. Training and quality assurance with the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I/P). Psychiatry Res. 1998 Jun 15;79(2):163–73.

Psychometric Properties of the Structured Clinical Interview for Mental Disorders (SCID-5-CV) according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5 "DSM-5" - (Clinician Version)

Dr. Mohamed Ahmed Mahmoud Khattab
Professor at the department of psychology
Faculty of Arts – Ain Shams University

Summary:

The current study addresses the psychometric properties of Psychometric Properties of the Structured Clinical Interview for Mental Disorders (SCID-5-CV) according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5 "DSM-5" - (Clinician Version), and ensures the honesty of the interview through (face validity, the honesty of the arbitrators, which had a high degree of agreement of "0, 96", the honesty of attachment to the test through the correlation between the diagnosis. The psychiatrist treating the case, and the diagnosis resulting from the interview (its value was high at 0.88), and also confirmed the stability of the interview through (the test and retest), on a sample consisting of: (160) patients (80 females and 80 males from Hadoo Hospital for Mental Health and Addiction Treatment, Abbasiya Hospital, and AL-Khanka Hospital in Cairo) from the age group 18 years to 60 years, Show that the interview has a high degree of reliability at significance level 0, 001.