

## الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة (الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس)

أ.د/ محمد أحمد محمود خطاب

أستاذ علم النفس - بكلية الآداب - جامعة عين شمس

### المخلص:

تتناول الدراسة الحالية الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة، الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، والتأكد من صدق المقابلة من خلال (الصدق الظاهري، وصدق المحكمين والتي كانت درجته مرتفعة في نسبة الاتفاق "0,92"، صدق التعلق بالمحك من خلال الارتباط بين تشخيص الطبيب النفسي المعالج للحالة، والتشخيص الناتج من المقابلة وكانت قيمته مرتفعة عند 0,89)، والتأكد أيضاً من ثبات المقابلة من خلال ( طريقة اعادة التطبيق )، وذلك علي عينة مكونة من : (٨٥) من المرضى موزعين علي (١٧) اضطراب من المرحلة العمرية ١٨ سنة إلي ٣٥ سنة، وتبين من نتائج الدراسة إن المقابلة تمتع بدرجة عالية من الثبات عند مستوى دلالة (٠,٠١).

## الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة (الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس)

أ.د/ محمد أحمد محمود خطاب

أستاذ علم النفس - بكلية الآداب - جامعة عين شمس

### تمهيد:

تم تصميم دليل المقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المصغرة أو المختصرة (M.I.N.I) وتطويرها في كل من الولايات المتحدة الأمريكية، وفرنسا كمقابلة منظمة تشخيصية وجيزة ومختصرة للاضطرابات النفسية الرئيسية بالمحور الأول في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - النسخة الرابعة DSM-IV والصادر من الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وكذلك المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-10 الصادر من منظمة الصحة العالمية WHO وذلك لاستكشاف وتشخيص أكثر من (١٧) اضطراباً شيوعاً في الصحة العقلية وذلك وفقاً للمعايير التشخيصية السابقة، والتي منها علي سبيل المثال:

اضطرابات القلق، اضطرابات الأكل، والاضطرابات الوجدانية، والاعتماد علي العقاقير، والاضطرابات الذهانية، وخاصة انها تهتم بالاعراض الحالية للمريض، حيث تم اختيار الاضطرابات بناء علي معدلات الانتشار الحالية والبالغة %0,5، أو أعلي في عموم السكان في دراسات علم الأوبئة؛ ولهذا تُرجمت هذه المقابلة لأكثر من (٧٠) لغة حيث تستخدم في التقييم السيكولوجي، حيث تلي المقابلة كافة الاحتياجات الإكلينيكية التي يسعى إليها كل من الطبيب النفسي أو المعالج النفسي، كما تستخدم المقابلة ايضاً في اغراض البحث العلمي، وفي إجراء الدراسات الوبائية وتجارب علم الأدوية النفسية الإكلينيكية.

## هدف الدراسة:

الكشف عن الخصائص السيكومترية من ثبات وصدق المقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة، الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس.

## 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 بمقارنة الدليل الحالي للمقابلة (M.I.N.I)، بكل من المقابلة الكلينيكية المنظمة لاضطرابات الشخصية SCID-P والمقابلة التشخيصية الدولية المركبة CIDI. وتظهر نتائج هذه الدراسات أن المقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة (M.I.N.I) تمتع بدرجات عالية، وبشكل مقبول من الخصائص السيكومترية سواء في كل من الصدق والثبات، ولكن يمتاز بأنه يمكن تطبيقه في فترة زمنية أقصر بكثير (بمتوسط ١٨,٧ ± ١١,٦ دقيقة، بمتوسط ١٥ دقيقة)، وهو ما يجعلها وسيلة تشخيصية موفرة في الوقت والجهد سواء في التطبيق والتشخيص، وإعطاء انطباع تشخيصي إكلينيكي واضح ودقيق، ومن الأدوات المشار إليها أيضاً (CID-I - SCID-P) 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 الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة "الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس"؟

### 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
		SCID
SDDS		CIDI
PRIME-MD		M.I.N.I.-Plus الأحدث
M.I.N.I.-Screen	M.I.N.I	

## الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

\*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 حافزًا كبيرًا 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 دوليًا 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 وغالبًا ما تكون صعبة ومرهقة في الاستخدام وتتطلب تدريبًا 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)، ومؤخرًا، فحص المقابلة الدولية المصغرة للطب النفسي العصبي لتلبية

هذه الاحتياجات. هذه الأدوات كلها عبارة عن صفحة واحدة، ورقة وقلم، وأدوات فحص مصنفة للمرضى إلى حد كبير ويمكن استخدامها في غرفة انتظار عيادة الأسرة. ومع ذلك، 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 الدولية المصغرة للطب النفسي العصبي.

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
SAD S	أخصائيين مدربين في مجال الصحة العقلية	مفتوحة ومغلقة	المرضى والمرضى النفسيين. المجتمع	90- 120	الأسابيع السابقة	فئات RDC

## الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

تشخيص DSM-III- R	الدورة الحالية	45-60	المرضى والمرضى النفسيين . علم الأمراض	مفتوحة تتبعها مغلقة، استفسارات التقييم اختيارية	أخصائيين مدربين في مجال الصحة العقلية	SCID
ICD-10 و DSM-III- R	حالي ومدى الحياة	120- 180	المرضى والمرضى النفسيين . علم الأمراض	مغلقة، استفسارات التقييم اختيارية	أخصائيين مدربين في مجال الصحة العقلية	CIDI
DSM-IV ICD-10 و	حالي وأقل من مدى الحياة	15	الإعدادات السريرية والبحوث	مغلقة، استفسارات التقييم اختيارية	تدريب محدود	M.I.N .I
DSM-IV ICD-10 و	حالي ومدى الحياة	45-60	البحوث	مغلقة، استفسارات التقييم اختيارية	تدريب محدود	M.I.N .I.- Plus
فحص DSM-IV ICD-10 و	حالي	5	الرعاية الصحية الأولية	مغلقة	تقييم المريض	M.I.N .I.- Screen
تشخيص DSM-III- R	حالي	١٠-٣	المرضى؛ الرعاية الصحية الأولية	مغلقة	فحص تقييم المريض، مقابلة تقييم الطبيب	SDDS
تشخيص DSM-III- R	حالي	٨	المرضى؛ الرعاية الصحية الأولية	مغلقة	PQ: فحص تقييم المريض CEQ: مقابلة يديرها الطبيب	PRIME- MD

\*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.

أ.د/ محمد أحمد محمود خطاب

مجلة الإرشاد النفسي، المجلد ٧٨، العدد (٢)، إبريل ٢٠٢٤



## الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

أهداف تصميم المقابلة الدولية المصغرة للطب النفسي العصبي:

أهدافنا المركزية في تصميم المقابلة الدولية المصغرة للطب النفسي العصبي 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-10) بالإضافة إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الثالثة، المنقحة (DSM-III-R) وما بعده من الدليل التشخيصي والإحصائي الدليل الإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الرابعة (DSM-IV).
- قادرة على تحديد المتغيرات الفرعية الهامة.
- مفيدة في الطب النفسي السريري وكذلك في إعدادات البحث.

منذ البداية، واجهنا مشكلة تحقيق التوازن بين الإيجاز والبساطة من ناحية والدقة من جهة أخرى. أردنا أن يكون للأداة القدرة على اكتشاف نسبة كبيرة من المرضى دون وضع علامات غير صحيحة على عدد غير متناسب من المرضى الذين لا يعانون من اضطرابات. ونتيجة لذلك، واجهنا المفاضلة بين الحساسية المثلى والقيمة التنبؤية الإيجابية. يمكن أن تؤدي الحساسية غير الكاملة إلى أخطاء سلبية كاذبة، في حين أن القيمة التنبؤية الإيجابية غير الكاملة يمكن أن تؤدي إلى أخطاء إيجابية كاذبة. وبالتالي، كان السؤال الرئيسي الذي واجهناه في التصميم الأولي هو متى يجب التضحية بالدقة ومتى لا يجب ذلك. لقد افترضنا أن الاستشاريين المتخصصين يفضلون الاختبار الذي يحتوي على عدد قليل من النتائج الإيجابية الخاطئة على الاختبار الذي يحتوي على العديد من النتائج السلبية الكاذبة. ولذلك قررنا تصميم كل وحدة من وحدات الاضطراب بحيث تكون مفرطة في الشمول، أي أن تخطئ، إذا لزم الأمر، فيما يتعلق بقبول عدد قليل من الإيجابيات الخاطئة بدلاً من تجاهل الحالات الحقيقية.

لم يكن المقصود من المقابلة المصغرة أن تحل محل الأطباء النفسيين. وبدلاً من ذلك، مثل الاختبار العملي في الطب، تم تصميمها لتحديد المعلومات الروتينية والمنكررة، مما يزيد من كفاءة اللقاء الطبي ويترك الوقت المتخصص للمهام الحاسمة الأخرى. لقد شعرنا أن هذا يمكن إنجازه على أفضل وجه إذا سمح التصميم بإدارته من جانب القائمين على المقابلات المحترفين ("فنيي المعلومات الصحية") الذين سيعملون "كأطباء موسعين".

### إذا كنت ستقطع، أين ستقطع؟

يتم تقسيم جميع المقابلات التشخيصية المنظمة الموجودة في الطب النفسي تقريباً حسب الاضطراب. كقاعدة عامة، في المقابلات التشخيصية المنظمة، هناك سؤالان للفحص. إذا أجاب المريض على هذه الأسئلة بالنفي، فلن يتم طرح أي أسئلة أخرى في وحدة الاضطراب، وسيتم تحديد المريض على أنه لا يعاني من الاضطراب. إذا استجاب المريض بشكل إيجابي لأحد أسئلة الفحص أو كليهما، فسيتم طرح أسئلة أكثر تفصيلاً عن الأعراض.

إذا تم تأييد هذه الأعراض، فإن المزيد من منطق الشجرة المتفرعة يؤدي إلى أسئلة حول أي إعاقة مرتبطة بها، ويتم استخدام أسئلة إضافية لاستبعاد المرض والأدوية والفجوة الحادة كأسباب محتملة للاضطراب. إذا كانت هذه الأسئلة تشير إلى وجود حالة نموذجية، فإن المزيد من التفرع يؤدي إلى أسئلة حول التسلسل الزمني والإطار الزمني (الحالي، الماضي، أو مدى الحياة) للاضطراب.

أحد الأسئلة التي طرحناها أثناء تطوير المقابلة المصغرة هو ما إذا كانت جميع العناصر الموجودة في شجرة القرارات التشخيصية هذه قد ساهمت بشكل متساوٍ. أدرك باريتو، الذي طرح سؤالاً مشابهاً، أن ما يقرب من ٢٠% من العناصر تساهم بحوالي ٨٠% من الوزن الترجيحي.

وعند تصميم المقابلة المصغرة، افترضنا أن أسئلة الفحص والأعراض تميل إلى تشكيل الـ ٢٠% الأساسية التي تساهم بمعظم الوزن الترجيحي في اتخاذ القرارات التشخيصية. لذلك اخترنا الإبقاء على هذه الأسئلة ولكن مع إسقاط الأسئلة المتعلقة بالإعاقة والمرض واستبعاد العقاقير. قررنا أيضاً التركيز فقط على الأطر الزمنية ذات الصلة المباشرة بالحالات

## الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

السريية الحالية. ولذلك تركز جميع وحدات الاضطراب تقريبًا على الأعراض الحالية. الاستثناء هو الاضطراب ثنائي القطب، حيث قد يكون التاريخ السابق للهوس أو الهوس الخفيف وثيق الصلة بنوبة اكتئاب حالية واضحة. أتاحت لنا هذه القرارات تطوير أداة قصيرة تجمع معظم المعلومات الروتينية، مما يترك المتخصصين للتركيز على استبعاد الاضطرابات الأخرى أو استكشافها، وهو دور أكثر ملاءمة لمهاراتهم.

### ما هي المدة الطويلة جدًا؟

قادتنا المناقشة مع المستخدمين إلى استنتاج مفاده أن المقابلة المصغرة يجب ألا تتجاوز ١٥ دقيقة للإدارة وأن فحصها (لإعداد الرعاية الأولية) يجب ألا يتجاوز ٥ دقائق إذا أردنا اعتمادها على نطاق واسع. عند تصميم هذه الأدوات، حاولنا الالتزام بهذه المبادئ التوجيهية، وتشير نتائج دراسات التحقق من الصحة إلى أننا نجحنا في القيام بذلك.

### كم عدد الاضطرابات الكثيرة جدًا؟

عند معالجة عدد الاضطرابات التي يجب تضمينها، استرشدنا باعتبارين: (١) ما تضمنته المقابلات المنظمة الأخرى، و(٢) الأدلة التي تشير إلى الاضطرابات الأكثر شيوعًا في المجتمع. تسأل المقابلة السريية المنظمة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الثالثة المنقحة، والمقابلة التشخيصية الدولية المركبة (CIDI)، وجدول المقابلات التشخيصية (DIS)، واختبار الحالة الحالية عن حوالي ٢٠ اضطرابًا لكل منهما. حقق نظام التشخيص المبني على الأعراض للرعاية الأولية (SDDS-PC) وتقييم الرعاية الأولية للاضطرابات العقلية الإيجاز من خلال التركيز على الاضطرابات الستة الأكثر شيوعًا في الرعاية الأولية.

عند اختيار الاضطرابات الأكثر شيوعًا لإدراجها في المقابلة المصغرة، اعتمدنا على بيانات من الدراسات الوبائية، مثل دراسة منطقة مستجمعات الأوبئة والمسح الوطني للاعتلال المشترك. أعطينا الأولوية للاضطرابات التي بلغ معدل انتشارها ٠,٥% على مدار ١٢ شهرًا. لقد اخترنا أفضل ١٩ اضطرابًا (الجدول ٢)، بما في ذلك ١٧ اضطرابًا على المحور الأول، ووحدة الانتحار، واضطراب واحد على المحور الثاني (اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع).

لقد قمنا بإدراج الاضطراب الأخير لأنه يميل إلى أن يكون مستقرًا بمرور الوقت ومتسقًا عبر دراسات اضطرابات الشخصية، ولأنه له تأثير كبير على القرارات السريرية والتنبؤ.

**الجدول ٢. تشخيصات الاضطراب المتاحة للمقابلة الدولية المصغرة للطب النفسي العصبي\***

الإطار الزمني	الاضطراب
الأسبوعين الماضيين	اضطراب الاكتئاب الحاد
العامين الماضيين	اضطراب الاكتئاب الجزئي
حالي	الانتحار
مدى الحياة وحالي	الهوس
مدى الحياة وحالي	اضطراب الهلع
حالي	رهاب الخلاء
حالي	الرهاب الاجتماعي
حالي	رهاب محدد
حالي	اضطراب الوسواس القهري
حالي	اضطراب القلق العام
حالي	تعاطي الكحول
حالي	إدمان الكحول
حالي	إدمان المخدرات (غير الكحولية)
حالي	تعاطي المخدرات (غير الكحولية)
مدى الحياة وحالي	الاضطراب الذهاني
٣ أشهر الماضية	فقدان الشهية العصبي
٣ أشهر الماضية	الشه المرضي
حالي	اضطراب ما بعد الصدمة
مدى الحياة	اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع

\*يتم تعريف "الحالي" على أنه "في الشهر الماضي" لجميع التشخيصات باستثناء اضطراب القلق العام، الذي له إطار زمني مدته ٦ أشهر وتعاطي الكحول/الاعتماد عليه وتعاطي المخدرات/الاعتماد عليه الذي يُسمح له بإطار زمني مدته ١٢ شهرًا.

عائلة المقابلة الدولية المصغرة للطب النفسي العصبي (MINI):

المقابلة الدولية المصغرة للطب النفسي العصبي:

لقد بدأنا المقابلة الدولية المصغرة للطب النفسي العصبي، وقمنا بتطويرها بتتسيق مصنف من الأطباء والمريض. وبمرور الوقت، قدم الزملاء في جميع أنحاء العالم مدخلات قيمة واقترحوا تحسينات لا حصر لها في التصميم. لقد اعتمدنا العديد من اقتراحاتهم. وسرعان ما أدركنا أن ما بدأ كأداة مختصرة وبسيطة كان يتطور إلى مقابلة منظمة مفصلة للغاية وواسعة النطاق في نطاق الاضطرابات والأنواع الفرعية التي تم تقييمها. أدى هذا إلى إبطال الهدف الأصلي للمقابلة الدولية المصغرة المتمثل في إجراء مقابلة قصيرة يسهل إدارتها. ومع ذلك، فإن الأفكار والاقتراحات العديدة التي قدمها الزملاء الأكاديميون كانت جيدة جدًا بحيث لا يمكن تجاهلها. لذلك قمنا بتقسيم الأداة الواحدة إلى قسمين. عادت المقابلة الدولية المصغرة إلى هيكلها البسيط، على الرغم من احتفاظها بالعديد من الاقتراحات الجديدة، وظهرت أداة المقابلة الدولية المصغرة للطب النفسي العصبي الإضافية (MINI-Plus) الأكثر تفصيلاً.

أداة المقابلة الدولية المصغرة للطب النفسي العصبي الإضافية:

ظهرت أداة المقابلة الدولية المصغرة للطب النفسي العصبي الإضافية (MINI-Plus) كمقابلة منظمة للأكاديمي المهووس الذي يحتاج إلى كل الأجراس والصفارات، وجميع الأنواع الفرعية والأطر الزمنية، وجميع الاضطرابات التي يمكن تضمينها بشكل معقول في الدراسات البحثية السريرية. تتضمن المقابلة الدولية المصغرة الإضافية الآن ٢٣ اضطرابًا وتعرض أسئلة حول القواعد، والتصنيف الفرعي للاضطرابات، والتسلسل الزمني (على سبيل المثال، العمر عند بداية المرض) وتتضمن وحدات للاضطرابات الجسدية (على سبيل المثال، الوسواس المرضي، اضطراب تشوه الجسم، اضطراب الألم)، واضطراب السلوك، واضطرابات نقص الانتباه/فرط النشاط، واضطراب التكيف، والاضطراب المزعج السابق للحيض، واضطرابات القلق والاكتئاب المختلطة. تتميز المقابلة الدولية المصغرة الإضافية أيضًا بعدد من خوارزميات التصميم الجديدة للتعامل مع الاضطرابات الذهانية والاستبعادات الهرمية في حالة إصابة المريض بأكثر من اضطراب واحد في نفس الوقت. ومع ذلك، لا يزال شكلها أقل تعقيدًا من المقابلات الأطول الأخرى.

غالبًا ما تتطلب الدراسات البحثية السريرية التي تركز على اضطراب واحد (مثل الاضطراب ثنائي القطب أو الرهاب الاجتماعي) من الباحث استبعاد اضطرابات المحور الأول المحتملة الأخرى المربكة. يجوز استخدام وحدة واحدة من MINI-Plus مع الوحدات الأقصر من MINI لاستبعاد الاضطرابات المربكة (بتنسيق مزيج وتطابق).

#### فحص المقابلة الدولية المصغرة للطب النفسي العصبي (MINI-Screen):

الحاجة الملحة لأداة فحص للرعاية الأولية تستغل أكثر من الاضطرابات الستة التي تغطيها النظام التشخيصي للأعراض للرعاية الأولية وتقييم الرعاية الأولية للاضطرابات العقلية (SDDS وPRIME-MD) (بما في ذلك الحاجة إلى السؤال عن بعض الاضطرابات الأكثر شيوعًا في الرعاية الأولية من جميع تلك التي تم تقييمها بواسطة هذه الأدوات) ولكن الإبقاء على إيجاز هذه الأدوات أدى إلى تطوير فحص المقابلة الدولية المصغرة للطب النفسي العصبي (MINI-Screen).

#### المقابلة الدولية المصغرة للطب النفسي العصبي للأطفال (MINI-Kid):

لقد كانت الأدوات المنظمة للطب النفسي للأطفال والمراهقين طويلة ومرهقة في الماضي. أدى نمو مجال علم الأدوية النفسية للأطفال والمراهقين إلى ظهور دعوات لإجراء المزيد من الدراسات الشاملة في هذه الفئات العمرية. طلب زملائنا منا تطوير MINI-Kid لفحص الاضطرابات الشائعة لدى الأطفال والمراهقين. كانت أهدافنا الرئيسية في تصميم MINI-Kid هي تطوير أداة تكون أقصر وأسهل في الإدارة من الأدوات الأخرى المتوفرة حاليًا مع الحفاظ على الدقة الأساسية، بروح MINI-Kid الأصلية. تقوم MINI-Kid بصياغة الأسئلة بلغة سهلة لكي يفهمها الأطفال والمراهقين وخطط التحقق من صحتها مازالت جارية.

#### التطورات الأخيرة والاتجاهات المستقبلية :

#### الترقية إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الرابعة

استنادًا إلى نتائج دراسات التحقق من الصدق هذه، قمنا بتعزيز العديد من الأسئلة حول MINI وقمنا بإجراء تحسينات أخرى تعتمد على البيانات لتعزيز حساسيتها وخصوصيتها

## الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

والقيم التنبؤية الإيجابية. تم مؤخرًا الانتهاء من دراسات التطوير والتحقق من صدق وحدة الاضطرابات الذهانية مقابل التشخيصات التي أجرتها المقابلة التشخيصية الدولية المركبة للأمراض والخبراء.

كانت MINI أول مقابلة منظمة تمت ترقيتها لتتوافق مع الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الرابعة وأطره الزمنية، والتي حركت النظام التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية أقرب إلى والتصنيف الدولي للأمراض، المراجعة العاشرة (ICD-10) من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الثالثة المنقحة (DSM-III-R) وكانت المقابلة المصغرة متوافقة أيضًا مع نظام ICD-10.

### ترجمات اللغات الأجنبية:

تعد MINI و MINI-Plus و MINI-Screen حاليًا محور مشروع تعاوني دولي لاعتماد نسخة موحدة من جميع الاختبارات الثلاثة عبر (٣٠) ترجمة ولضمان الالتزام بالدقة الظاهرية للأسئلة عبر اللغات. سيتم الانتهاء من هذا المشروع بحلول ربيع عام ١٩٩٨.

### إصدارات محوسبة:

توجد نسخة محوسبة من MINI متاحة الآن. تم تضمين MINI أيضًا في مقابلة هاتفية تفاعلية للتعرف على الصوت/بمساعدة الكمبيوتر والتي تم دمجها مع مقابلة الفحص الطبي/الفرز لإجراء فحص هاتفي طبي ورعاية أولية لعينات كبيرة من المرضى. ويجري تطوير إصدار خادم عميل ديناميكي للإنترنت. الدراسات جارية لتقييم قيمة الإصدارات المحوسبة من MINI.

### التطبيقات المحتملة:

البحوث. على الرغم من أن MINI توفر تصنيفًا فرعيًا أقل للاضطرابات (على سبيل المثال، في قسم الاضطرابات الذهانية) من SCID-P، إلا أنها تغطي نطاقًا أوسع بكثير من التشخيصات مقارنة بالمقابلات القصيرة المنظمة الأخرى مثل SDDS و PRIME-MD وهي أقصر بكثير من المقابلات القصيرة المنظمة. SCID-P و CIDI. يمكن استخدام MINI، أو وحدات MINI، بواسطة الباحثين الأكاديميين وشركات الأدوية لإجراء فحص

سريع للعينات المتجانسة للتجارب السريرية والدراسات الوبائية. على سبيل المثال، تم استخدام وحدة الاكتئاب في مقابلة MINI مؤخرًا لفحص الاكتئاب في دراسة استقصائية أجريت على ٧٨,٤٦٣ شخصًا بالغًا في المجتمع الأوروبي. بالنسبة لهذه الدراسة حول انتشار المرض في عموم أوروبا، تم إجراء مقابلات من منزل إلى منزل بواسطة محاورين عابدين في ستة دول وهي بلجيكا، فرنسا، ألمانيا، هولندا، إسبانيا، والمملكة المتحدة.

#### الممارسة السريرية والرعاية الأولية:

لدى MINI تطبيقات محتملة كأداة فحص تشخيصية لحالات القبول في مستشفيات الأمراض النفسية وتقييمات العيادات الخارجية.

#### الرعاية المدارة:

يمكن استخدام MINI كخطوة أولى في برامج تتبع النتائج وتحسين الجودة المستمر (CQI). نتوقع أنه في أنظمة تقديم الرعاية الصحية الناشئة، ستكون هناك حاجة متزايدة لفنيي المعلومات الصحية الذين سيكون دورهم في الصحة العقلية في المقام الأول جمع المعلومات الصحية باستخدام التقييمات المنظمة وتتبع النتائج. لم يتم تصميم MINI للاستخدام من قبل الأطباء فحسب، بل أيضًا من قبل فنيي المعلومات الصحية أو "الأطباء المساعدين"، الذين ليسوا أطباء نفسيين أو علماء نفس على مستوى الدكتوراه.

في بيئة الرعاية الصحية التنافسية الناشئة، يمكن استخدام المقابلات التشخيصية المنظمة الموجزة مثل MINI بواسطة مقدمي الخدمة (المستشفيات وعيادات رعاية المرضى الخارجيين وشركات الرعاية المدارة) والوكالات الحكومية للتفاوض بشأن عقود الصحة العقلية. يمكن إنشاء قواعد البيانات من MINI المحوسبة لمساعدة الأطباء والمستشفيات والخبراء الاكتواريين في حساب التكاليف الرأسمالية الدقيقة والتفاوض بشأن المدفوعات. في الأنظمة الفردية، حيث يتقاسم المشترون ومقدمو الخدمات المخاطر، من المهم ربط التكاليف بالتشخيص والاعتلال المشترك. يمكن للأطباء النفسيين وغيرهم من مقدمي الخدمات الذين يتفاوضون على "عقود استثناء الصحة العقلية" أن يبيعوا خدماتهم بأقل من قيمتها إذا تجاهلوا المزيج التشخيصي أو مستوى الاعتلال المشترك في عينة معينة. إن استخدام المقابلات المنظمة



الموجزة، مثل MINI، لديه أيضًا القدرة على تقليل "الانحراف التشخيصي" (في اتجاه التشخيص الذي يوفر أفضل تعويض) وزيادة ثقة المشترين في البيانات التي يولدها مقدمو الخدمة (David, V., et.al, 1997).

## الدراسات السابقة:

### تمهيد:

يتناول هذا الفصل أهم الدراسات السابقة، والتي أكدت علي فاعلية الخصائص السيكومترية من ثبات وصدق الخاصة بالمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية، والتي تتناول (١٧) اضطراباً وفقاً لمعايير التشخيص الخاصة بالجمعية الأمريكية للطب النفسي -DSM IV ، والاصدار ICD-10 الخاص بمنظمة الصحة العالمية WHO، وذلك علي عينات وبيانات ثقافية مختلفة حيث أن المقابلة تُرجمت لأكثر من (٧٠) لغة، وستم عرض الدراسات من الأقدم للأحدث كما يلي:

دراسة ديفيد في. شيهان وآخرون (David, V., et.al, 1997):

وكانت بعنوان: "المقابلة الدولية المصغرة للطب النفسي العصبي: إعداد مقابلة تشخيصية نفسية هيكلية والتحقق من صحتها للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الرابعة والتصنيف الدولي للأمراض، المراجعة العاشرة".

وتم التحقق من الصدق والثبات من خلال:

المنفق مع المقابلة التشخيصية الدولية المركبة (CIDI) والمقابلة السريرية المنظمة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الثالثة المنقحة (SCID-P).

الطريقة والمنهج:

### المواقع والمفحوصين:

تم إجراء دراستين متوازيتين لاختبار صدق تشخيصات MINI في موقعين، جامعة جنوب فلوريدا في تامبا والمعهد الوطني للصحة العقلية (INSERM) في باريس. استخدمت هذه الدراسات نسخة من MINI تتضمن العديد من التشخيصات مدى الحياة والتي تقتصر الآن على MINI-Plus.

لتحقيق التمثيل المناسب للاضطرابات النفسية الرئيسية وعدد كاف للمجموعة الضابطة من غير المرضى، تم تحديد حصص التعيين الدنيا التالية لكل موقع: اضطراب اكتئابي حاد (ن = 60)، هوس (ن = 30)، اضطراب القلق (ن = 60)، اضطراب ذهاني (ن = 50) مع اضطراب إدمان الكحول أو المخدرات (ن = 50)، والمجموعة الضابطة من البالغين (ن = 50). تم استيفاء حصص التعيين باستخدام التشخيص الأولي مدى الحياة على SCID-P (على المفحوصين الأمريكيين) أو CIDI (على المفحوصين الفرنسيين). يجب أن يكون عمر جميع المفحوصين 18 عامًا أو أكبر. تم استبعاد الأشخاص المصابين بالخرف أو التخلف العقلي أو الأمراض الطبية الخطيرة.

### الإجراءات:

أكمل كل من المفحوصين الأمريكيين أولاً النسخة المصنفة للمريض من المقابلة المصغرة (MINI-PR) ثم تم إعطاؤهم المقابلة المصغرة التي يديرها الطبيب (MINI-CR)، متبوعة بـ SCID-P. تم إعطاء كل من المفحوصين الفرنسية المقابلة المصغرة التي يديرها الطبيب يليها المقابلة التشخيصية الدولية المركبة. كان هناك ثمانين مفحوص (40 في كل موقع) يخضعون لكل من SCID-P و CIDI. بالنسبة لهؤلاء المفحوصين، تم بدء SCID-P قبل CIDI لـ 20 مفحوص في كل موقع وبعده CIDI للمفحوصين العشرين المتبقين. لاختبار ثباتها، تم بدء المقابلة المصغرة لعدد 42 شخصًا في كل موقع بحضور اثنين من القائمين على المقابلات (كاختبار ثبات بين القائمين على المقابلات) وبعد ذلك بحضور مقيم ثالث لا يعلم بنتيجة الاثنين الآخرين بعد يوم إلى يومين من التقييم الأولي (كاختبار ثبات الاختبار وإعادة الاختبار).

### معايير التشخيص:

وكانت المعايير التشخيصية لهذه الدراسات هي SCID-P للمفحوصين الأمريكيين و CIDI للمفحوصين الفرنسيين.

### التحليلات الإحصائية:

لكل من اضطرابات المحور الأول الـ 17 الناتجة عن المقابلة المصغرة، تم تقييم التوافق التشخيصي مع الأداة القياسية (SCID-P أو CIDI) باستخدام معامل كوهين كابا،

## الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

والحساسية، والنوعية، والقيمة التنبؤية الإيجابية (PPV)، والقيمة التنبؤية السلبية (PPV) والكفاءة. تم إجراء تحليلات منفصلة للإصدارات التي يقيمها الطبيب والمريض من المقابلة المصغرة في مقارنة SCID-P. تم تقييم ثبات المقيم الداخلي وإعادة الاختبار باستخدام معامل كوهين كابا.

### النتائج:

#### خصائص المريض:

أكمل ما مجموعه 636 شخصًا (330 في الولايات المتحدة و306 في باريس) الدراستين. نظرًا لأن 40 شخصًا في كل موقع شاركوا في كلتا الدراستين، كان 370 شخصًا (308 مريضًا نفسيًا و62 من المجموعة الضابطة) متاحين لمقارنة SCID-P و346 (296 طبيبًا نفسيًا و50 من المجموعة الضابطة) متاحين لمقارنة CIDI. وصل كلا الموقعين أو تجاوزا الحد الأدنى لحصّة التعيين لتشخيصات محددة، باستثناء الهوس (الموقع الفرنسي).

تم توزيع العينتين بالتساوي حسب الجنس. كان متوسط الأعمار 44,8 سنة للموقع الأمريكي و42,2 سنة للموقع الفرنسي.

#### توافق MINI-CR مع تشخيصات SCID-P:

تم تلخيص نتائج المقارنة بين المقابلة المصغرة التي يقيمها طبيب و SCID-P في الجدول 3. بشكل عام، تميزت تشخيصات المقابلة المصغرة بقيم كابا جيدة أو جيدة جدًا، مع قيمة واحدة فقط (للاعتدال الحالي على المخدرات) أقل من 0,50. كانت خصائص تشغيل MINI جيدة جدًا. كانت الحساسية 0,70، أو أكثر لجميع القيم باستثناء ثلاث (الاكتئاب، اضطراب الوسواس القهري، والاعتماد الحالي على المخدرات). كانت الخصائص والقيم التنبؤية السلبية 0,85 أو أعلى في جميع التشخيصات. كانت القيم التنبؤية السلبية جيدة جدًا (أعلى من 0,75) للاكتئاب الشديد، والهوس مدى الحياة، واضطراب الهلع الحالي ومدى الحياة، ورهاب الخلاء مدى الحياة، واضطراب الذهان مدى الحياة، وفقدان الشهية، واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). وكانت جيدة (0,60-0,74) للهوس الحالي، واضطراب القلق العام (GAD)، ورهاب الخلاء الحالي، واضطراب الوسواس القهري (OCD)، وإدمان الكحول الحالي، وإدمان المخدرات مدى الحياة، والشره المرضي. كانت مقبولة، ولكن في نطاق أقل

(٠,٤٥-٠,٥٩) للاكتئاب، واضطراب الذهان الحالي، والرهاب البسيط مدى الحياة، والرهاب الاجتماعي الحالي ومدى الحياة، وإدمان المخدرات الحالي.

توافق MINI-PR مع تشخيصات SCID-P:

تم تلخيص نتائج مقارنة الإصدار الذي يقيمه المريض من MINI مع تشخيصات SCID-P في الجدول ٤. على الرغم من أن التشخيصات التي حددها المريض، باستخدام MINI-PR، تميزت بدرجات كابا أقل مقارنة بالتشخيصات التي حددها الطبيب، إلا أن الاتفاق كان مقبولاً (٠,٤٥-٠,٥٩) لاضطراب الاكتئاب الشديد، والهوس مدى الحياة، واضطراب الهلع الحالي ومدى الحياة، ورهاب الخلاء الحالي ومدى الحياة، واضطراب الذهان مدى الحياة، والوسواس القهري، واضطراب القلق العام، واضطراب ما بعد الصدمة. كان الاتفاق جيداً (٠,٦٠ - ٠,٧٤) بالنسبة لإدمان الكحول وإدمان المخدرات مدى الحياة وفقدان الشهية. ومع ذلك، كان الاتفاق ضعيفاً (أقل من ٠,٤٥) بالنسبة للتشخيصات ذات الاعتلالات المصاحبة العالية مثل الاكتئاب، والرهاب البسيط، والرهاب الاجتماعي، وإدمان المخدرات الحالي. كان الاتفاق ضعيفاً أيضاً بالنسبة للأمراض النفسية الأكثر خطورة (الهوس الحالي واضطراب الذهان الحالي). غالباً ما يبدو المرضى الذين يعانون من الذهان أو الهوس مشتمتين ويجدون صعوبة في التركيز على الأسئلة واستكمال النموذج الذي يقيمه للمريض. بناءً على هذه النتائج، قررنا تقييد الإصدار المخصص للمريض لأولئك المرضى الذين يبدو أن لديهم أمراض نفسية أقل خطورة.

توافق M.I.N.I.-CR مع تشخيصات CIDI:

تم الحصول على نتائج جيدة عندما تمت مقارنة تشخيصات M.I.N.I مع CIDI (الجدولان ٥ و ٦). كانت قيم كابا جيدة أو جيدة جداً بالنسبة لمعظم التشخيصات، مع انخفاض قيمتين فقط (للرهاب البسيط واضطراب القلق العام) إلى أقل من ٠,٥٠. كانت الحساسية ٠,٧٠ أو أكبر لجميع القيم باستثناء ٤ (الذعر، الخوف من الأماكن المكشوفة، الرهاب البسيط، والشره المرضي مدى الحياة). كانت الخصوصية ٠,٧٠ أو أكبر لجميع التشخيصات. وكانت القيم التنبؤية السلبية أيضاً جيدة جداً. كانت القيم التنبؤية الإيجابية مقبولة بالنسبة للشره المرضي مدى الحياة (٠,٥٢)، ونوبة الهوس الحالي (٠,٥٦)، والرهاب الاجتماعي (٠,٥٥)،

## الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

ولكنها ضعيفة بالنسبة لاضطراب القلق العام (٠,٣٤). بالنسبة لاضطرابات الذهان، كان التوافق بين الأدوات جيدًا جدًا سواء كانت المقارنة مع CIDI مبنية على نهج تشخيصي أو متلازمي أو عرضي. تم تحديد المرضى الذين ليس لديهم اضطرابات أو أعراض أو متلازمات بخصوصية عالية، مما أدى إلى قيم تنبؤية سلبية جيدة جدًا. وكانت قيم الحساسية جيدة جدًا، وكانت القيم التنبؤية الإيجابية جيدة أو جيدة جدًا. وعن التناقضات بين M.I.N.I. ووجود CIDI، يمكن أن يعزى ذلك إلى حد كبير إلى تعايش الأعراض العاطفية والذهانية. في ١٧% من الحالات، حددت CIDI أعراضًا ذهانية لكنه لم يمكن ربطها مباشرة بالتشخيص (على سبيل المثال، المعيار "أ" لمرض انفصام الشخصية كان موجودًا في اضطراب عاطفي غير شديد).

### مدة المقابلة:

لم يتم استكشاف بعض أقسام SCID-P7 (القسم السريري والديموغرافي التمهيدي والاضطرابات الجسدية ووحدات اضطرابات التكيف) وCIDI (القسم الديموغرافي والتبغ، والاضطرابات الجسدية، والاضطرابات العضوية، ووحدات العجز الجنسي) بواسطة M.I.N.I. الأساسية لتسهيل المقارنة بين وقت إدارة المقابلات، ولم تتم إدارة هذه الأقسام من SCID-P وCIDI في هذه الدراسات، مما أدى إلى تقصير مدة SCID-P وCIDI بشكل مصطنع.

### الجدول ٣. التوافق بين تشخيصات SCID-P و M.I.N.I.-CR \*

القيمة التنبؤية السلبية	القيمة التنبؤية الإيجابية	التحديد	الحساسية	كابا	SCID-P		M.I.N.I.-CR	الاضطراب (ن = ٣٧٠)
					+	-		
					FN	TN	-	
					TP	TP	+	
٠,٩٧	٠,٨٧	٠,٨٨	٠,٩٦	٠,٨٤	٦	١٧٧		اضطراب الاكتئاب الحاد
					١٦٣	٢٤		
٠,٩٩	٠,٤٥	٠,٩٩	٠,٦٧	٠,٥٢	٢	٣٥٩		اضطراب الاكتئاب الجزئي
					٤	٥		
٠,٩٨	٠,٦٣	٠,٩٥	٠,٨٢	٠,٦٧	٧	٣١٤		الهوس الحالي
					٣١	١٨		
٠,٩٥	٠,٧٦	٠,٩٤	٠,٨١	٠,٧٣	١٤	٢٧٧		هوس مدى الحياة
					٦٠	١٩		
٠,٩٥	٠,٨٠	٠,٩٣	٠,٨٤	٠,٧٦	١٤	٢٦٣		اضطراب الهلع الحالي
					٤٧	١٩		

أ.د/ محمد أحمد محمود خطاب

٠,٩٤	٠,٨٥	٠,٩٣	٠,٨٨	٠,٨٠	١٤	٢٣٣	اضطراب الهلع مدى الحياة
					١٠٥	١٨	
٠,٩٥	٠,٦٩	٠,٨٨	٠,٨٥	٠,٦٧	١٣	٢٤٩	رهاب الخلاء الحالي
					٧٤	٣٤	
٠,٩٢	٠,٨١	٠,٩٢	٠,٨٢	٠,٧٣	٢٠	٢٤٠	رهاب الخلاء مدى الحياة
					٨٩	٢١	
٠,٩٧	٠,٤٦	٠,٨٦	٠,٨١	٠,٥١	٩	٢٧٩	الرهاب الاجتماعي الحالي
					٣٨	٤٤	
٠,٩٧	٠,٥٧	٠,٩٠	٠,٨١	٠,٦٠	١٠	٢٨٤	الرهاب الاجتماعي مدى الحياة
					٤٣	٣٣	
٠,٩٨	٠,٤٣	٠,٩٠	٠,٧٨	٠,٥٠	٧	٣٠٥	الرهاب البسيط الحالي
					٢٥	٣٣	
٠,٩٧	٠,٥٢	٠,٩٣	٠,٧٠	٠,٥٥	١١	٣٠٩	الرهاب البسيط مدى الحياة
					٢٦	٢٤	
٠,٩٦	٠,٧١	٠,٨٦	٠,٩١	٠,٧٠	٩	٢٣٢	اضطراب القلق العام
					٩١	٣٨	
٠,٩٨	٠,٦٨	٠,٩٨	٠,٦٢	٠,٦٣	٨	٣٤٣	اضطراب الوسواس القهري
					١٣	٦	
٠,٩٨	٠,٤٦	٠,٨٩	٠,٨٤	٠,٥٣	٦	٢٩٦	اضطراب الذهان الحالي
					٣١	٣٧	
٠,٩٦	٠,٧٧	٠,٩٢	٠,٨٨	٠,٧٦	١٠	٢٦٦	اضطراب الذهان مدى الحياة
					٧٢	٢٢	
٠,٩٨	٠,٦٤	٠,٩٥	٠,٨٠	٠,٦٧	٨	٣١٢	الاعتماد على الكحول الحالي
					٣٢	١٨	
٠,٩٥	٠,٥٠	٠,٩٦	٠,٤٥	٠,٤٣	١٨	٣٢٢	الاعتماد على المخدرات الحالي
					١٥	١٥	
٠,٩٥	٠,٦٥	٠,٩٢	٠,٧٧	٠,٦٤	١٤	٢٨٢	الاعتماد على المخدرات مدى الحياة
					٤٨	٢٦	
١,٠٠	٠,٩٠	١,٠٠	٠,٩٠	٠,٩٠	١	٣٥٩	فقدان الشهية*
					٩	١	
١,٠٠	٠,٦٩	٠,٩٩	٠,٩٢	٠,٧٨	١	٣٥٣	الشه المرضي*
					١١	٥	
٠,٩٧	٠,٨٢	٠,٩٦	٠,٨٥	٠,٧٨	٩	٢٩٧	اضطراب ما بعد الصدمة
					٥٠	١٤	

\*الاختصارات: M.I.N.I.-CR = مقابلة دولية مصغرة للأمراض العصبية والنفسية، مصنفة من قبل الأطباء السريريين؛  
 SCID-P = مقابلة سريرية منظمة لـ DSM-III-R، نسخة المريض؛ TN = السلبيات الحقيقية؛ FN = السلبيات الكاذبة؛  
 FP = الإيجابيات الكاذبة؛ TP = الإيجابيات الحقيقية.  
 قد لا تكون نتائج كايا صحيحة نظراً لأن عدد الحالات التي تستوفي معايير SCID-P كانت أقل من ٥%.

الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

مجلة الإرشاد النفسي، المجلد ٧٨، العدد (٢)، إبريل ٢٠٢٤

(١٠٣)

الجدول ٤ . التوافق بين تشخيصات SCID-P و M.I.N.I.-PR \*

الكفاءة	القيمة التنبؤية السلبية	القيمة التنبؤية الإيجابية	التحديد	الخاصية	كأبا	SCID-P		-	M.I.N.I.-CR	الاضطراب (ن = ٣٣٠)
						+	-			
						FN	TN			
						TP	TP	+		
٠,٧٨	٠,٨١	٠,٧٥	٠,٧٩	٠,٧٧	٠,٥٥	٣٤	١٤٣			اضطراب الاكتئاب الحاد
						١١٤	٣٩			
٠,٩٦	٠,٩٨	٠,١١	٠,٩٨	٠,١٧	٠,١١	٥	٣١٦			اضطراب الاكتئاب الجزئي
						١	٨			
٠,٨٢	٠,٩٤	٠,٣٠	٠,٨٦	٠,٥٥	٠,٢٩	١٥	٢٥٤			الهوس الحالي
						١٨	٤٣			
٠,٨٣	٠,٩١	٠,٥٥	٠,٨٧	٠,٦٦	٠,٤٩	٢٢	٢٣٠			هوس مدى الحياة
						٤٣	٣٥			
٠,٨٤	٠,٩٠	٠,٦٩	٠,٨٩	٠,٧٠	٠,٥٩	٢٥	٢١٩			اضطراب الهلع الحالي
						٥٩	٢٧			
٠,٧٨	٠,٨٥	٠,٦٧	٠,٨١	٠,٧٢	٠,٥٢	٣٢	١٧٥			اضطراب الهلع مدى الحياة
						٨٢	٤١			
٠,٧٩	٠,٨٨	٠,٥٨	٠,٨٣	٠,٦٨	٠,٤٨	٢٧	٢٠٣			رهاب الخلاء الحالي
						٥٨	٤٢			
٠,٨١	٠,٨٤	٠,٧٣	٠,٨٩	٠,٦٣	٠,٥٥	٣٩	٢٠١			رهاب الخلاء مدى الحياة
						٦٦	٢٤			
٠,٧٥	٠,٩٦	٠,٣٠	٠,٧٥	٠,٧٦	٠,٣١	١٠	٢١٧			الرهاب الاجتماعي الحالي
						٣١	٧٢			
٠,٧٩	٠,٩٦	٠,٣٦	٠,٧٩	٠,٨٠	٠,٣٩	٩	٢٢٥			الرهاب الاجتماعي مدى الحياة
						٣٥	٦١			
٠,٧٨	٠,٩٦	٠,٢٣	٠,٧٩	٠,٦٦	٠,٢٥	١٠	٢٣٩			الرهاب البسيط الحالي
						١٩	٦٢			
٠,٨٤	٠,٩٤	٠,٣١	٠,٨٧	٠,٥٢	٠,٣٠	١٦	٢٥٩			الرهاب البسيط مدى الحياة
						١٧	٣٨			
٠,٧٥	٠,٩١	٠,٥١	٠,٧٣	٠,٨٠	٠,٤٥	١٧	١٧٩			اضطراب القلق العام
						٦٨	٦٦			
٠,٩٥	٠,٩٧	٠,٥٦	٠,٩٧	٠,٥٠	٠,٥٠	١٠	٣٠٢			اضطراب الوسواس القهري
						١٠	٨			
٠,٨٠	٠,٩٦	٠,٣٢	٠,٨٢	٠,٦٩	٠,٣٤	١١	٢٤٠			اضطراب الذهان الحالي
						٢٥	٥٤			
٠,٧٧	٠,٩٤	٠,٥٠	٠,٧٤	٠,٨٦	٠,٤٨	١١	١٨٧			اضطراب الذهان مدى الحياة
						٦٦	٦٦			
٠,٩٠	٠,٩٩	٠,٥٢	٠,٩٠	٠,٨٩	٠,٦٠	٤	٢٦٤			الاعتماد على الكحول الحالي
						٣٢	٣٠			
٠,٨٧	٠,٩٣	٠,٣٥	٠,٩٢	٠,٣٩	٠,٣٠	٢٠	٢٧٣			الاعتماد على العقاقير الحالي
						١٣	٢٤			
٠,٨٨	٠,٩٣	٠,٦٩	٠,٩٣	٠,٦٩	٠,٦٢	١٩	٢٥٠			الاعتماد على العقاقير مدى الحياة



## الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

						٤٢	١٩		
٠,٩٨	٠,٩٩	٠,٧٥	٠,٩٩	٠,٦٠	٠,٦٦	٤	٣١٨	فقدان الشهية*	
						٦	٢		
٠,٩٥	٠,٩٨	٠,٣٥	٠,٩٧	٠,٥٥	٠,٤٠	٥	٣٠٨	الشره المرضي*	
						٦	١١		
٠,٨٧	٠,٩٣	٠,٦٣	٠,٩١	٠,٦٨	٠,٥٧	١٩	٢٤٧	اضطراب ما بعد الصدمة	
						٤٠	٢٤		

\*الاختصارات: M.I.N.I.-PR = مقابلة دولية مصغرة للأمراض العصبية والنفسية، حسب تقييم المريض.

قد لا تكون نتائج كاتبا صحيحة نظرا لأن عدد الحالات التي تستوفي معايير SCID-P كانت قليلة جدًا.

الجدول ٦. التوافق بين تشخيصات M.I.N.I.-CR وCIDI: أعراض ذهانية DSM-III-R

القيمة التنبؤية السلبية	القيمة التنبؤية الإيجابية	التحديد	الحساسية	كافا	SCID-P		-	+	M.I.N.I.-CR	N	أعراض ذهانية أو متلازمة أو اضطراب
					FN	TN					
٠,٩٨	٠,٦٤	٠,٩٢	٠,٨٩	٠,٦٩	٥	٢٧٢	٤٢	٢٤	٣٤٣		اضطراب الذهان الحالي
					٤٢	٢٤					
٠,٩٨	٠,٦٢	٠,٩١	٠,٩٠	٠,٦٨	٤	٢٤١	٣٧	٢٣	٣٠٥		متلازمة الذهان الحالي
					٣٧	٢٣					
٠,٩٨	٠,٧٥	٠,٩٤	٠,٨٧	٠,٧٦	٧	٢٣٨	٤٥	١٥	٣٠٥		أعراض الذهان الحالي
					٤٥	١٥					
٠,٩٦	٠,٧٠	٠,٨٩	٠,٨٧	٠,٧٠	١٠	٢٣٧	٦٧	٢٩	٣٤٣		اضطراب الذهان مدى الحياة
					٦٧	٢٩					
٠,٩٨	٠,٧١	٠,٩٠	٠,٩٤	٠,٧٥	٤	٢١٨	٦٠	٢٤	٣٠٦		متلازمة الذهان مدى الحياة
					٦٠	٢٤					
٠,٩٥	٠,٨٧	٠,٩٥	٠,٨٧	٠,٨٢	١١	٢١١	٧٣	١١	٣٠٦		متلازمة الذهان مدى الحياة
					١١	٢١١					

أ. بيانات باريس فقط.

ومع ذلك، فإن متوسط المدة الزمنية لمقابلة M.I.N.I. كان حوالي نصف مثيله في SCID-P (١٨,٧ ± ١١,٦ دقيقة مقابل ٤٣ ± ٣٠,٦ دقيقة) وحوالي ربع مثيله في CIDI (٢١ ± ٧,٧ دقيقة مقابل ٩٢ ± ٢٩,٨ دقيقة). تم الحفاظ على هذه النتائج بالنسبة ل-SCID-P، عندما تم تضمين الضوابط العادية (١٥ مقابل ٣٥ دقيقة) وعندما تم استبعادها (١٨ مقابل ٤٠ دقيقة). كما هو مبين في الجدول ٧، فإن مقابلة M.I.N.I. قدمت انخفاضاً في متوسط وقت الإدارة على SCID-P لأكثر من ٥٠٪ للمرضى الذين يعانون من التشخيص الأولي للقلق والاكتئاب الشديد والهوس وأكثر من ٧٠٪ لأولئك الذين يعانون من التشخيص الأولي لاضطراب الذهان.

## الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

الجدول ٧. المدة الزمنية للمقابلات التي يقيمها الطبيب و SCID-P (ن = 368)

التخفيض (%)	SCID-P (دقيقة)	MINI. (دقيقة)	الوسيط حسب تشخيص SCID-P الأولي
51%	35	17	القلق
51%	35	17	الاكتئاب
51%	41	20	الهوس
72%	60	17	الذهان
55%	40	15	الكحول / المخدرات
59%	17	7	الضوابط العادية
57%	35	15	إجمالي المتوسط
	43.0 ± 30.6	15.7 ± 11.6	إجمالي المتوسط ± الانحراف المعياري

### الضوابط العادية:

لم يكن هناك أي دليل على وجود معدل متضخم من الإيجابيات الكاذبة في المجموعة الضابطة الطبيعية للمريض غير النفسي في أي من الموقعين في هذه الدراسات.

### المقيم الداخلي وثبات إعادة الاختبار:

يوفر الجدول ٨ قيم كابا لاختبارات ثبات المقيم الداخلي. كانت جميع قيم كابا أعلى من ٠,٧٥، وكانت الأغلبية (٧٠%) ٠,٩٠ أو أعلى، مما يشير إلى نسب ثبات ممتازة للمقيم الداخلي.

يعرض الجدول ٨ أيضًا قيم كابا لإجراء مقارنات بين تشخيصات MINI-CR الأولية وإعادة الاختبار. كانت أربعة عشر من القيم الـ ٢٣ (٦١%) أعلى من ٠,٧٥، وكانت قيمة واحدة فقط (للهموس الحالي) أقل من ٠,٤٥. تشير هذه النتائج إلى نسب ثبات إعادة الاختبار جيدة جدًا. نظرًا لاستخدام محاور ثانٍ لإعادة الاختبار (إدخال مصدر إضافي محتمل للخطأ)، فمن المتوقع أن ينتج التحليل تقديرًا متحفظًا للغاية لاستقرار تشخيصات MINI-CR.

الجدول ٨: ثبات MINI-CR (ن = 84) \*

قيم كايا للاختبار/ لإعادة الاختبار	قيم كايا للمقيم الداخلي	التشخيص
0.87	1.00	اضطراب اكتئاب حاد
0.35	0.79	الهوس الحالي
0.63	0.89	الهوس مدى الحياة
0.68	0.92	اضطراب الهلع الحالي
0.79	0.97	اضطراب الهلع مدى الحياة
0.73	0.97	رهاب الخلاء الحالي
0.81	0.92	رهاب الخلاء مدى الحياة
0.65	0.94	الرهاب الاجتماعي الحالي
0.68	0.88	الرهاب الاجتماعي مدى الحياة
0.63	0.88	الرهاب البسيط الحالي
0.52	0.88	الرهاب البسيط مدى الحياة
0.78	1.00	اضطراب القلق العام
0.85	0.98	اضطراب الوسواس القهري
0.77	0.81	اضطراب الذهان الحالي
0.83	0.90	اضطراب الذهان مدى الحياة
0.85	0.90	تعاطي الكحول الحالي
0.86	1.00	إدمان الكحول الحالي
0.89	0.88	تعاطي المخدرات الحالي
	0.91	
0.96	0.91	إدمان المخدرات الحالي
0.86	0.94	إدمان المخدرات مدى الحياة
0.78	1.00	فقدان الشهية
1.00	1.00	الشره المرضي
0.73	0.95	اضطراب ما بعد الصدمة

\* تم استبعاد الاكتئاب الجزئي من هذه التحليلات لأن عدد الحالات كان صغيراً.

#### ملخص دراسات التحقق من الصدق والثبات:

يمكن للقراء المهتمين بعرض أكثر تفصيلاً لبيانات الموثوقية والصلاحية والخصائص السيكومترية لـ MINI الرجوع إلى المرجعين (٩) و(١٠).

بشكل عام، كانت النتائج إيجابية للغاية. تشير البيانات إلى أن MINI تتجح في الصدق والثبات في استنباط معايير الأعراض المستخدمة في إجراء تشخيصات DSM-III-R و ICD-10 في أقل من نصف الوقت اللازم لـ SCID-P أو CIDI. هناك اختلافات صغيرة بين M.I.N.I الأقصر وكانت المقابلات الأطول دائماً في اتجاه M.I.N.I. كونها

## الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

أكثر شمولاً قليلاً. بالنسبة للتخفيض بنسبة تزيد عن ٥٠% في وقت الإدارة مقارنة بالمقابلات الأطول، كانت الحساسية والخصوصية جيدة جداً.

على الرغم من أن الإصدار المخصص للأطباء من المقابلة المصغرة (MINI-SCR) كان متوقفاً على الإصدار المخصص للمريض (MINI-PR)، إلا أن الإصدار المخصص للمريض له فائدة في بعض البيئات، خاصة للمرضى الخارجيين الذين يعانون من القلق واضطرابات المزاج، بدلاً من المرضى الذين يعانون من أمراض نفسية أكثر شدة (مثل الاضطرابات الذهانية).

### القيود:

كان لدراسات التحقق من الصدق العديد من القيود. أولاً، كان عدد المرضى الذين تم تشخيصهم بشكل إيجابي منخفضاً بالنسبة لبعض التشخيصات (مثل الاكتئاب، الوسواس القهري، فقدان الشهية، والشره المرضي). ربما كان من الممكن الحصول على قيم تنبؤية إيجابية أفضل لهذه التشخيصات إذا كان المعدل الأساسي للمرضى الذين يعانون من هذه الاضطرابات أعلى. ثانياً، كانت هناك اختلافات في الأدوات في المتطلبات الزمنية لبعض الاضطرابات. استخدمت CIDI وإصدار MINI المستخدم في الدراسات الموازية متطلبات زمنية مدتها ستة أشهر لإدمان الكحول والمخدرات الحالي، بينما استخدمت SCID-P متطلبات شهر واحد. ونتيجة لذلك، كان لدى MINI توافق أفضل مع CIDI مقارنة بـ SCID-P لهذه الاضطرابات. كما أثرت اختلافات الأدوات في القواعد الاستيعادية على بعض النتائج. على سبيل المثال، يتم استبعاد تشخيص الرهاب الاجتماعي والبسيط في SCID-P وCIDI، ولكن ليس في MINI، إذا كان المفحوص يستوفي معايير اضطراب الذهان أو إذا كان الخوف الرهابي مرتبطاً باضطراب آخر على المحور الأول. نظرًا لأن كلا هذين التشخيصين كانا مصابين بمرض مصاحب للغاية، فليس من المستغرب أن يكون التوافق منخفضاً بالنسبة لـ MINI مع كلا الأدوات الأخرتين.

وأخيراً، ربما كانت هناك اختلافات في الأدوات في التركيز مما أثر على بعض النتائج. كانت القيمة التنبؤية الإيجابية لاضطراب الذهان الحالي منخفضة في مقارنة MINI مقابل SCID-P. تم الحصول على قيمة تنبؤية إيجابية أفضل لاضطراب الذهان الحالي

عندما كان "المعيار الذهبي" هو CIDI. أكثر من نصف الأشخاص الذين خضعوا لكلا من SCID-P و CIDI وتم تصنيفهم على أنهم إجابيات كاذبة فيما يتعلق بـ SCID-P استوفوا معايير CIDI لاضطراب الذهان الحالي. وهذا يثير احتمال أن يغيب SCID-P عن بعض تشخيصات اضطراب الذهان.

**الاتفاق مع رأي الخبراء:**

**الطريقة والمنهج:**

**المواقع والمفحوصين:**

تم تصميم الدراسة لفحص ما إذا كانت تشخيصات MINI الصادرة عن الممارسين العاميين في أماكن الرعاية الأولية متوافقة مع تشخيصات الخبراء الصادرة عن الأطباء النفسيين. أجريت الدراسة في أربع دول: فرنسا وإيطاليا وإسبانيا والمملكة المتحدة.

وافق ما يقرب من ١٠ أطباء عاميين في كل دولة من الدول المشاركة على المشاركة وتقديم ما يقرب من ١٠ مرضى. يجب أن يكون عمر جميع المرضى ١٨ عامًا أو أكبر. تم استبعاد المرضى الذين يعانون من الخرف أو التخلف العقلي أو الأمراض الطبية الخطيرة.

**الإجراءات:**

لضمان التمثيل المناسب للاضطرابات النفسية في أماكن الرعاية الأولية، تم البحث عن عينة غنية من المرضى. ولتحقيق هذه الغاية، طُلب من جميع المرضى إكمال استبيان الصحة العامة (GHQ-12) قبل رؤية أطباءهم. تم استبعاد غالبية المرضى ذوي الدرجات المنخفضة من المقابلات الإضافية. تم إعطاء المرضى المتبقين وحدات MINI حول الاضطرابات الـ ١١ الأكثر شيوعًا وتم تقييمها لاحقًا (في غضون ٣ أيام) بواسطة طبيب نفسي.

ولأغراض هذه الدراسة، تمت ترجمة مقابلة MINI، التي تم إعدادها في الأصل باللغتين الإنجليزية والفرنسية، إلى الإسبانية والإيطالية.

**معييار التشخيص:**

كان المعيار التشخيصي لهذه الدراسة هو رأي الخبراء. وكان جميع الخبراء أطباء نفسيين معروفين لدى المجتمع العلمي في بلدانهم. وكان العديد منهم أساتذة الطب النفسي. قدم الخبراء تشخيص DSM-IV باستخدام أي مصدر للمعلومات يعتبرونه الأكثر ملاءمة واعتادوا على استخدام المقابلات مع المرضى، أو المقابلات مع المريض وعائلته، أو الأسئلة المفتوحة، أو أدوات التشخيص.

### النتائج.

#### خصائص المريض:

تم إعطاء MINI لإجمالي ٤٠٩ مريضًا، أي ما يقرب من ١٠٠ مريض في كل من البلدان الأربعة، وتم تقييمهم لاحقًا بواسطة أحد الخبراء. وكان اثنان وستون في المئة من المفحوصين من النساء. وبما أنه تم إثراء العينة (من خلال استبعاد المرضى الذين لديهم درجات منخفضة في استبيان الصحة العامة)، فقد استوفى ٦١% من الأشخاص معايير تشخيص واحد على الأقل من التشخيصات النفسية الـ ١١ التي تم استكشافها. وكانت الاضطرابات الأكثر شيوعًا التي تم تشخيصها هي اضطراب الاكتئاب الشديد (٣٩,٤%)، واضطراب القلق العام (٢٥,٧%)، والرهاب الاجتماعي (١٠,٥%). وشكلت الاضطرابات الأخرى (مثل الوسواس القهري و/أو تعاطي الكحول و/أو المخدرات أو الاعتماد عليها، واضطراب الهلع المصحوب برهاب الخلاء) أقل من ١٠% من التشخيصات.

#### التوافق مع رأي الخبراء:

هناك اتفاق بين تشخيصات MINI التي تم قدمها للممارسين العامين وتشخيصات الأطباء النفسيين الخبراء في ٨٥% من المرضى. تم تلخيص النتائج في الجدول ٩ للاضطرابات الخمسة الأكثر شيوعًا. وكان الاتفاق أعلى بالنسبة للاضطرابات الأكثر شيوعًا: اضطراب الاكتئاب الشديد (٠,٦٨)، اضطراب القلق العام (٠,٦٢)، والرهاب الاجتماعي (٠,٦٦).

الجدول 9. التوافق بين M.I.N.I.-CR وتشخيصات الخبراء ومرضى الرعاية الأولية

الاضطراب (ن = 409)	كأبا	الحساسية	الخصوصية	القيمة الإيجابية	القيمة السلبية
اضطراب اكتئاب حاد	0.68	0.36	0.84	0.75	0.92
اكتئاب جزئي	0.41	0.41	0.96	0.54	0.93
اضطراب القلق العام	0.62	0.67	0.92	0.79	0.97
اضطراب الهلع مع رهاب الخلاء	0.43	0.44	0.97	0.70	0.90
الرهاب الاجتماعي	0.66	0.83	0.95	0.58	0.99

اما دراسة (Y.Lecrubier,et.al,1997):

حيث هدفت هذه الدراسة إلي التأكد من صلاحية المقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المصغرة النسخة اليابانية من حيث الثبات والصدق وفقاً إلي CIDI التصنيف الاحصائي الدولي في ولاية فلوريدا بالولايات المتحدة الامريكية علي (٤٠) مريض، ومن باريس ايضا تم اختيار (٤٠) مريض، بالإضافة إلي (٣٠٨) من المرضى باضطراب نفسي واحد علي الأقل، وتبين أن المقابلة تمتع بنسبة ثبات عالية من خلال طريقة تطبيق الاختبار وإعادةه .Test and retest

بينما هدفت دراسة (Oson, A. et. al, 2003) إلي:

التأكد من موثوقية اختبار إعادة الاختبار لمدة (١٢) شهر للنسخة اليابانية من المقابلة السريرية المنظمة DSM-IV لاضطرابات الشخصية، بالإضافة إلي استبيان الشخصية، والمقابلات المنظمة SCID-II-PQ ، والتقرير الذاتي وكانت نسبة الثبات بعد (١٢) شهر من تطبيق المقابلة = 71.7% ، وهو الأمر الذي يؤكد دقة وصلاحية الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية المصغرة.

اما دراسة كل من (Van Vliet I.M, et. al, 2007) فقد سعت ايضا إلي:

فحص الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية المصغرة وفقاً لمعايير الخاصة بكل من: DSM-IV ، ICD-10 ، وتبين أن المقابلة تمتع بخصائص سيكومترية جيدة جعلها خياراً جيداً لاغراض كل من التشخيص والبحث العلمي وخاصة الدراسات الوبائية.



في حين تناولت دراسة (David, V. Sheehan, et. al, 2010):

(٢٢٦) طفلاً ومراهقاً (١٩٠ مريضاً خارجياً كمجموعة تجريبية، ٣٦ مريضاً كمجموعة ضابطة) تراوحت أعمارهم من ٦ إلى ١٧ عاماً، وكانت نتائج كابتا تتراوح من 0,81 إلى 0,94 ، وهو ما يعني أن المقابلة تمتع بخصائص سيكومترية جيدة تجعلها وسيلة تشخيصية جيدة لأكثر من (١٧) اضطراب.

بينما شملت دراسة (Y. Lecrubier, et, al, 2020):

(٥٠) مريض غير نفسي، و (٢٩٦) مريضاً نفسياً، كما تم إجراء مقابلات إكلينيكية مع (٤٢) مريض علي مدار يومان، وكان معدل كابتا والحساسية والنوعية جيداً (CIDI) باستثناء اضطراب القلق العام ورهاب الأماكن المغلقة، حيث كانت معاما الحساسية = 0,59 ، وكابتا = 0,36 ، والشرة المرضي كانت نسبة كابتا = 0,53، وكانت نسبة ثبات الاختبار بطريقة إعادة الاختبار عالية جدا ، وهو ما يشير إلي موثوقية الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المصغرة، وهو الأمر الذي يجعل من المقابلة اداة صالحة للتشخيص لأكثر من (١٧) اضطراب.

#### الإجراءات المنهجية والخصائص السيكومترية للمقابلة

إجراءات تقنين المقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة "الدليل التشخيص

والإحصائي الخامس":

- تم تطبيق المقابلة بشكل عمدي مكونة من (٨٥) من المرضي المترددين علي مستشفى هدوء للصحة النفسية وعلاج الإدمان بالقاهرة؛ بهدف التأكد من قبل اطباء نفسيين قائمين علي علاج المرضي 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 (٥) أطباء نفسيين للتأكد من صدق المحكمين والتي كانت درجته مرتفعة حيث بلغت نسبة الاتفاق بينهم "0,92" علي (١٧) اضطراب.

أ/٣ - صدق المحك:

صدق التعلق بالمحك من خلال الارتباط بين تشخيص الطبيب النفسي المعالج للحالة، والتشخيص الناتج من المقابلة وكانت قيمته مرتفعة عند 0,89.

ب - ثبات المقابلة:

تم التأكد من ثبات المقابلة من خلال التطبيق وإعادة التطبيق:

- ثبات المقابلة بطريقة إعادة التطبيق والتي كانت ( ٠,٠١ ) ، والتي تعني ان المقابلة يتمتع بدرجة ثبات عالية.

## 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 4<sup>th</sup>). 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- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, et al. DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): concordance and causes for the discordance with the CIDI. Eur Psychiatry 1998; 1(13). In press.
- 7- Broadhead WE, Leon AC, Weissman MM, et al. Development and validation of the SDDS-PC screen for multiple mental disorders in primary care. Arch Fam Med 1995;4:211–219
- 8- Burr JT. The tools of quality part IV: Pareto charts. Quality Prog 1990;23: 11–59
- 9- Cohen J. A coefficient of nominal agreement for nominal scales. Psychol Meas 1960;20:37–46.
- 10- David, V. Sheehan; et.al. (2010): Reliability and Validity of the MINI International NruroPsychiatric interview for children and adolescents (MINI-KID), Clin Psychiatry.

- 11- David, V.; et.al. (1997). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and icd-10, J. Clin Psychiatry 1998, 59 "suppl 20": 22-33.
- 12- Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1978;35:837-844
- 13- Feigner JP, Robins E, Guze S, et al. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry 1972;26:57-63
- 14- Fleiss JL. Statistical Methods for Rates and Proportions. 2nd ed. New York, NY: John Wiley & Sons; 1981.
- 15- Goldberg DP. The Manual of the General Health Questionnaire. Slough, England: National Foundation for Educational Research: 1978.
- 16- Kessler LG, McGonagle KM, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the U.S.: results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994;51:8-20.
- 17- Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): a short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. Eur Psychiatry 1997;12: 224-231
- 18- Lecrubier Y. Final Report: Validation of the M.I.N.I. in Four European Countries. INSERM 302 Hopital La Salpetriere, pavillon Clerambayult, 47 boulevard de l'Hopital 75651 Paris cedex.
- 19- Lecrubier, D.V.Sheehan, E.Weiller, P.Amorimm, I.Bonora, K.Harnett Sheehan, J.Janavs and G.C.Dunbar. (2020): The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short diagnostic structured interview: reliability and validity according to CIDI, Cambriadge University Press: 16 April.
- 20- Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, et al. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression

- Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12:19–20.
- 21- Osone, A., et.al. (2003): Twelve month test-retest reliability of a Japanese version of the structured clinical interview for DSM-IV personality disorders, *Psychiatry Clin Neurosci*, PMID: 12950709.
- 22- Regier DA, Myers JK, Kramer M, et al. The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program: historical context, major objectives and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:934–941
- 23- Robins LN, Helzer JE, Croughan J, et al. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:381–389
- 24- Robins LN, Helzer JE, Ratcliff K, et al. Validity of the Diagnostic Interview J Clin Psychiatry 1998;59 (suppl 20) 33 Development and Validation of the M.I.N.I. Schedule, Version II: DSM-III diagnoses. *Psychol Med* 1982;12:855–870
- 25- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, et al. The validity of the Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry* 1997;12:232–241
- 26- Shrout PE, Spitzer RL, Fleiss JL. Quantification of agreement in psychiatric diagnosis revisited. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:172–177
- 27- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, et al. *Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990
- 28- Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, et al. The PRIME-MD 1000 study: validation of a new system for diagnosing mental disorders in primary care. Presented at the 7th annual National Institute on Mental Health International Research Conference on Mental Health Problems in the General Health Section; September 21, 1993; McLean, Va

- 29- Tempei Otsubo, et.al. (2005): Reliability and Validity of Japanese version of the MINI-International Neuropsychiatric Interview, Psychiatry Clin NeuroPsychiatric, Oct, NIH.
- 30- Van Vliet I.M, et.al. (2007): The MINI-International NeuroPsychiatric Interview. A brief structured diagnostic Psychiatric disorders, Tijdschr Psychiatry, PMID: 17614093, Dutch.
- 31- Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms: An Instructional Manual for the PSE and CATEGO Program. London, England: Cambridge University Press; 1974
- 32- Wing JK. A standard form of psychiatric present state examination. In: Hare EH, Wing JK, eds. Psychiatric Epidemiology. London, England: Oxford University Press; 1970:93–131
- 33- World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Version 1.0. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1990
- 34- World Health Organization. International Classification of Diseases, Tenth Revision. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992
- 35- Y.Lecrubier, D.V.Sheehan, E.Weiller, P.Amorimm, I.Bonora, K.Harnett Sheehan, J.Janavs and G.C.Dunbar. (1997): The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short diagnostic structured interview: reliability and validity according to CIDI, Volum 12, Issue 5, pp.224- 231, European Psychiatry, [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83297-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83297-X).

الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

المقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس

Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I)

الإصدار 5.0.0

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I.  
Bonora, J.P. Lépine

Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E.  
Knapp, M. Sheehan

University of South Florida - Tampa - USA.

ترجمة وتقنين

أ.د/ محمد أحمد محمود خطاب

جامعة عين شمس - كلية الآداب - قسم علم النفس

مجلة الإرشاد النفسي، المجلد ٧٨، العدد (٢)، إبريل ٢٠٢٤

المقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة  
Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I)

الإصدار 5.0.0

الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع  
(DSM-5)

اسم المريض: \_\_\_\_\_ رقم البروتوكول: \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ وقت بدء المقابلة: \_\_\_\_\_  
اسم الطبيب: \_\_\_\_\_ وقت انتهاء المقابلة: \_\_\_\_\_  
تاريخ المقابلة: \_\_\_\_\_ الوقت الإجمالي: \_\_\_\_\_

	الإطار الزمني للاضطراب	الوحدات / فئات التشخيص	
	حالي - (الأسبوعين الماضيين) + مدى الحياة	نوبة الاكتئاب الأساسي MDE	A
اختياري	حالي - (الأسبوعين الماضيين)	نوبة الاكتئاب الأساسي MDE مع ملامح حزن شديد	A'
	حالي - (السنين الماضيتين)	عسر المزاج/ اكتئاب مزمن DYSTHYMIA	B
	حالي - (الشهر الماضي)	الانتحار SUICIDALITY .	C
	حالي - + مدى الحياة	نوبة الهوس الخفيف HYPO	D
	مدى الحياة + الحالي (الشهر الماضي)	اضطراب الهلع PANIC DISORDER	E
	حالي	رهاب الأماكن الفسيحة AGORAPHOBIA	F
	حالي - (الشهر الماضي)	الرهاب الاجتماعي SOCIAL PHOBIA	G
	حالي - (الشهر الماضي)	اضطراب الوسواس القهري OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER	H
اختياري	حالي - (الشهر الماضي)	اضطراب كرب ما بعد الصدمة POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER	I
	حالي - (آخر ١٢ شهرًا)	إدمان الكحول/ سوء الاستخدام ALCOHOL DEPENDENCE / ABUSE	J



الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

	حالي- (آخر ١٢ شهرًا)	الاعتماد على المواد نفسانية المفعول وسوء الاستخدام (غير الكحولية) DRUG DEPENDENCE / ABUSE (Non- alcohol)	K
	مدى الحياة + حالي	الاضطرابات الذهانية PSYCHOTIC DISORDERS	L
	حالي- (الأشهر الثلاثة الماضية)	فقدان الشهية العصبي ANOREXIA NERVOSA	M
	حالي- (الأشهر الثلاثة الماضية)	الشه المرضي العصبي BULIMIA NERVOSA	N
	حالي- (الأشهر الثلاثة الماضية)	اضطراب القلق العام GENERALIZED ANXIETY DISORDER	O
اختياري	مدى الحياة	اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER	P

### التعليمات والإرشادات العامة:

تم تصميم دليل المقابلة "ميني/ المختصرة" M.I.N.I.. كمقابلة منظمة مختصرة للاضطرابات النفسية الرئيسية بالمحور الأول في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - النسخة الرابعة DSM-IV والصادر من الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وكذلك المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-10 الصادر من منظمة الصحة العالمية. وقد أجريت عدة دراسات التحقق من الصدق والثبات بمقارنة الدليل الحالي M.I.N.I. بكل من المقابلة الكلينيكية المنظمة لاضطرابات الشخصية SCID-P والمقابلة التشخيصية الدولية المركبة CIDI. وتظهر نتائج هذه الدراسات أن الـ M.I.N.I. لديه درجات عالية بشكل مقبول من الخصائص السيكومترية في الصدق والثبات، ولكن يمتاز بأنه يمكن تطبيقه في فترة زمنية أقصر بكثير (بمتوسط  $18,7 \pm 11,6$  دقيقة، الوسيط 15 دقيقة) من الأدوات المشار إليها (CIDI - SCID-P) ويمكن للمختصين في المجال النفسي الإكلينيكي والأطباء النفسيين استخدامه بعد جلسة تدريبية قصيرة. ويحتاج القائمون على إجراء المقابلات المبتدئون أو غير المتخصصين إلى تدريب أكثر شمولاً وتركيزاً.

### المقابلة:

من أجل إبقاء المقابلة مختصرة قدر الإمكان، أخبر المريض أنك ستجري مقابلة كإكلينيكية أكثر تنظيماً من المعتاد، مع أسئلة دقيقة للغاية حول المشاكل النفسية التي تتطلب إجابة بنعم أو لا.

### النسق والشكل العام للمقابلة:

المقابلة "ميني" M.I.N.I.. مقسمة إلى وحدات محددة بأحرف، كل منها يتوافق مع فئة تشخيصية معينة.

في بداية كل وحدة تشخيصية (باستثناء وحدة الاضطرابات الذهانية)، يتم عرض سؤال (أسئلة) الفحص المطابق للمعايير الرئيسية للاضطراب في مربع رمادي.

في نهاية كل وحدة، يسمح مربع (مربعات) التشخيص للطبيب أو القائم بالمقابلة بالإشارة إلى ما إذا تم استيفاء معايير التشخيص أم لا.

المصطلحات والرموز المتفق عليها:

الجمل المكتوبة بـ "الخط العادي" يجب قراءتها بالضبط كما هي للمريض كي تكون المعايير التشخيصية موحدة.

الجمل المكتوبة بـ « **bold** » لا ينبغي أن تقرأ للمريض. فهي تعليمات للقائم بإجراء المقابلة للمساعدة في تسجيل المعادلات التشخيصية.

والجمل المكتوبة بالخط العريض "النقيل" « **bold** » تشير إلى الإطار الزمني الذي يتم التحقيق فيه. ويجب على القائم بإجراء المقابلة قراءتها كلما كان ذلك ضرورياً. وينبغي النظر فقط في الأعراض التي تحدث خلال الإطار الزمني المشار إليه عند تسجيل الردود.

الجمل (بين قوسين) هي أمثلة سريرية للأعراض. ويمكن قراءتها للمريض لتوضيح

السؤال.

تشير الإجابات التي بها سهم فوقها (←) إلى عدم استيفاء أحد المعايير اللازمة للتشخيص (التشخيصات). في هذه الحالة، يجب على القائم بإجراء المقابلة الانتقال إلى نهاية الوحدة، ووضع دائرة حول "لا" في جميع مربعات التشخيص والانتقال إلى الوحدة أو الفئة التشخيصية التالية.

عندما يتم فصل المصطلحات بشرطة مائلة (/)، يجب على القائم بإجراء المقابلة قراءة فقط تلك الأعراض المعروفة بوجودها لدى المريض (على سبيل المثال، السؤال A3). ويُمكن قراءتها للمريض لتوضيح الأسئلة.

تعليمات التقييم:

يجب تقييم جميع الأسئلة المقررة. يتم التقييم على شمال (جهة اليسار) كل سؤال من خلال وضع دائرة حول نعم أو لا.

يجب أن يتأكد الطبيب من أن المريض يأخذ في الاعتبار كل بُعد من أبعاد السؤال (أي: الإطار الزمني، والتكرار، والشدة، و"و/أو" البدائل).

الأعراض التي يُمكن تفسيرها بشكل أفضل من خلال سبب عضوي أو عن طريق تعاطي الكحول أو المخدرات لا ينبغي أن يتم ترميزها بشكل إيجابي (نعم) في M.I.N.I..  
خاصة وأن M.I.N.I ميني بها أسئلة تستفسر وتفحص في هذه الأعراض.

نوبة الاكتئاب الأساسي ذات سمات حزينة (اختياري) A.

MAJOR DEPRESSIVE EPISODE WITH MELANCHOLIC FEATURES

(←) تعني انتقل إلى المربع (المربعات) التشخيصية لهذه الوحدة، وضع دائرة حول "لا" فيها جميعاً وانتقل بعدها إلى الوحدة التالية

إذا كانت علامات المريض إيجابية لنوبة اكتئابية أساسي (A4 = نعم)، فاستكشف ما يلي:

12	نعم	لا	A6 a هل تم ترميز A2 باختيار نعم؟
13	نعم	لا	b خلال الفترة الأكثر حدة من نوبة الاكتئاب الحالية، هل فقدت قدرتك على الاستمتاع بالأشياء التي كانت تمنحك المتعة أو البهجة في المعتاد؟ إذا كان الجواب لا: عندما يحدث شيء جيد، هل يفشل في جعلك تشعر بالتحسن، حتى ولو بشكل مؤقت؟ هل تم ترميز A6a أو A6b بنعم؟
	نعم	← لا	A7 خلال الأسبوعين الماضيين: عندما شعرت بالاكتئاب و/أو عدم الاهتمام: a هل شعرت بالاكتئاب بطريقة تختلف عن الشعور الذي تشعر به عندما يموت شخص قريب منك؟ b هل كان تساقطك أسوأ بشكل منتظم في الصباح، كل يوم تقريباً؟ c هل استيقظت قبل ساعتين على الأقل من موعد الاستيقاظ المعتاد وواجهت صعوبة في العودة إلى النوم كل يوم تقريباً؟ d هل تم ترميز A3c بنعم؟ e هل تم ترميز A3a بنعم (فقدان الشهية أو فقدان الوزن فقط)؟ f هل شعرت بالذنب الزائد أو غير المتناسب مع حقيقة الموقف؟ هل هناك 3 إجابات أو أكثر من إجابات A7 تم ترميزها بنعم؟

نوبة اكتئاب أساسي مع سمات حزينة حالية

## عسر المزاج / الاكتئاب المزمن B.

### DYSTHYMIA

(←) تعني انتقل إلى المربع (المربعات) التشخيصية لهذه الوحدة، وضع دائرة حول "لا" فيها جميعًا وانتقل بعدها إلى الوحدة التالية

إذا كانت أعراض المريض تستوفي حاليًا معايير نوبة الاكتئاب الأساسي، فلا تستكشف هذه الوحدة

20	← نعم لا	B1 هل شعرت بالحزن أو الإحباط أو الاكتئاب معظم الوقت خلال العامين الماضيين؟
21	← نعم لا	B2 هل انقطعت هذه الفترة (العامين) بسبب شعورك بالارتياح لمدة شهرين أو أكثر؟
		B3 خلال هذه الفترة من الشعور بالاكتئاب معظم الوقت :
22	← نعم لا	a هل تغيرت شهيتك بشكل ملحوظ؟
23	← نعم لا	b هل كنت تعاني من مشاكل في النوم أو تنام بشكل مفرط؟
24	← نعم لا	c هل شعرت بالتعب أو فقدان الطاقة؟
25	← نعم لا	d هل فقدت ثقتك بنفسك؟
26	← نعم لا	e هل كان لديك صعوبة في التركيز أو اتخاذ القرارات؟
27	← نعم لا	f هل شعرت باليأس؟
	← نعم لا	هل هناك إجابتان أو أكثر من إجابات B3 تم ترميزها بـ نعم؟
28	← نعم لا	B4 هل سببت لك أعراض الاكتئاب كرب شديد (معاناة ملحوظة) أو سببت لك تعطيل ومشاكل في المنزل أو العمل أو المدرسة أو في علاقاتك الاجتماعية أو أي جانب مهم لك وتأثر أداؤك عن السابق؟
	← نعم لا	هل تم ترميز B4 بـ نعم؟
	عسر مزاج - حالي	

## الانتحار C.

### SUICIDALITY

(←) تعني انتقل إلى المربع (المربعات) التشخيصية لهذه الوحدة، وضع دائرة حول "لا" فيها جميعاً وانتقل بعدها إلى الوحدة التالية:

			C	في الشهر الماضي:
١			C1	هل فكرت أنه سيكون من الأفضل لك الموت أم تتمنى الموت؟
٢	لا	نعم	C2	هل تريد إيذاء نفسك؟
٣	لا	نعم	C3	هل تفكر في الانتحار؟
٤	لا	نعم	C4	هل لديك خطة للانتحار؟
٥	لا	نعم	C5	حاولت الانتحار؟
			C6	في حياتك
٦	لا	نعم		هل سبق لك أن قمت بأي محاولة انتحار؟
	لا	نعم		هل هناك على الأقل تم ترميز بند واحد مما ورد في C بنعم؟
				إذا كانت الإجابة بنعم، حدد مستوى خطر الانتحار على النحو التالي:
				خطر الانتحار الحالي
				منخفض
				معتدل
				مرتفع
				C1 أو C2 أو C6 = نعم: منخفض
				C3 أو (C2 + C6) = نعم: معتدل
				C4 أو C5 أو (C3 + C6) = نعم: مرتفع

## نوبات الهوس والهوس الخفيف D.

### (HYPO) MANIC EPISODE

(←) تعني انتقل إلى المربع (المربعات) التشخيصية لهذه الوحدة، وضع دائرة حول "لا" فيها جميعًا وانتقل بعدها إلى الوحدة التالية

١	لا	نعم	D1	a	هل سبق لك أن مررت بفترة من الوقت كنت تشعر فيها بأن لديك حالة من "النشوة" أو "الابتهاج" أو "النشاط الزائد والاهتياج" أو أنك نشيط جدًا وممتلئ بالطاقة أو لديك حيوية مفرطة لدرجة سببت لك مشكلةً ومليء نتيجة لذلك، أو أن الآخرين اعتقدوا أنك لست على ما يرام أو لست الشخص الذي اعتادوا عليه؟ (لا تضع في الاعتبار الأوقات التي كنت فيها تحت تأثير الكحول أو المواد المخدرة)
					إذا كان المريض في حيرة أو عدم وضوح فيما تقصده بكلمة "النشوة" أو "الابتهاج"، أوضح ماذا تعني بذلك كما يلي: أعني بذلك وجود مزاج مبتهج، وازدياد في الطاقة والنشاط، والحاجة إلى قدر قليل من النوم، وتسارع الأفكار؛ وزيادة في الإنتاجية، والدافعية، والإبداع، إضافة إلى السلوك المتهور والاندفاعي كالتحدث عبر الهاتف بشكل مفرط، أو العمل بشكل مفرط أو إنفاق المزيد من المال.
٢	لا	نعم	b	إذا كانت الإجابة عن السؤال السابق بـ نعم أسأل التالي:	هل تشعر في الوقت الحالي بالـ "بالابتهاج والنشوة" أو "الاستثارة" أو "النشاط الزائد والاهتياج" أو أنك مليء بالطاقة؟
٣	لا	نعم	D2	a	هل سبق لك أن كنت سريع الانفعال لعدة أيام، بحيث تتازعت أو تشاجرت لفظيًا أو جسديًا، أو صرخت في وجه أشخاص من خارج عائلتك؟ هل لاحظت أنت أو الآخرون أنك كنت أكثر عصبية أو مبالغة في رد الفعل، مقارنة بالأشخاص الآخرين، حتى في المواقف التي شعرت أنها مبررة؟
٤	لا	نعم	b	إذا كانت الإجابة عن السؤال السابق بـ نعم أسأل التالي:	هل تشعر في الوقت الحالي أنك متهيج أو منفعل بشكل دائم؟
	←				هل تم ترميز D1a أو D2a بـ نعم؟
	لا	نعم			

D3 إذا كان D1B أو D2B = نعم: استكشف النوبة الحالية فقط  
إذا كان D1B و D2B = لا: اكتشف النوبة السابقة الأكثر ظهورًا للأعراض.



## الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

- ٥ هل قمت بما يلي: خلال الوقت (الأوقات) التي شعرت فيها "بالنشوة" أو مليئة بالطاقة أو الانفعال، لا نعم
- ٦ هل تحتاج إلى قدر أقل من النوم (على سبيل المثال، تشعر بالراحة بعد بضع ساعات فقط من النوم)؟ لا نعم **a**
- ٧ التحدث كثيرًا دون توقف، أو بسرعة كبيرة بحيث يجد الناس صعوبة في الفهم؟ لا نعم **b**
- ٨ هل لاحظت أن أفكارك تتسارع مع بعض ها البعض أو تتسابق أو أنك تنتقل بسرعة كبيرة من موضوع إلى آخر؟ لا نعم **c**
- ٩ هل أصبحت تتشتت بسهولة لدرجة أن أي تشويش بسيط يمكن أن يُشتت انتباهك؟ لا نعم **d**
- ١٠ هل أصبحت نشيطًا جدًا أو متململ جسديًا لدرجة أن الآخرين كانوا قلقين عليك؟ لا نعم **e**
- ١١ هل كانت لديك رغبة ملحة للانخراط في أنشطة ممتعة لدرجة أنك تجاهلت المخاطر أو العواقب المترتبة على ها (على سبيل المثال: الإسراف في صرف النقود، أو القيادة بشكل متهور، أو التصرفات الجنسية الطائشة)؟ لا نعم **f**
- هل هناك ٣ إجابات أو أكثر من إجابات D3 تم ترميزها بنعم ←
- أو ٤ إجابات إذا كانت D1a = لا (في الوحدة السابقة) أو D1b = لا (الوحدة الحالية)؟ لا نعم
- D4** هل استمرت هذه الأعراض لمدة أسبوع على الأقل وتسببت في مشاكل كبيرة في المنزل أو العمل أو المدرسة، أو تم إدخالك إلى المستشفى بسبب هذه المشاكل؟ لا نعم
- إذا كانت الإجابة بنعم على أي منهما، فقم بترميز "نعم"
- هل D4 تم ترميزها بـ لا؟ لا نعم
- إذا كانت الإجابة بنعم، فحدد ما إذا كانت النوبة المستكشفة الحالية أم ماضية؟ نوبة
- هوس
- خفيف
- حالية
- سابقة
- لا
- هل تم ترميز D4 نعم؟ نعم
- إذا كانت الإجابة بنعم، فحدد ما إذا كانت النوبة المستكشفة الحالية أم ماضية نوبة
- هوس
- حالية
- سابقة

## اضطراب الهلع E. PANIC DISORDER

(←) تعني انتقل إلى المربع (المربعات) التشخيصية لهذه الوحدة، وضع دائرة حول "لا" فيها جميعاً وانتقل بعدها إلى الوحدة التالية

١	نعم	لا	E1 هل تعرضت في أكثر من مناسبة لنوبات أو نوبات عندما شعرت فجأة بالقلق أو الخوف أو عدم الراحة أو عدم الارتياح، حتى في المواقف التي لا يشعر فيها معظم الناس بهذه الطريقة؟ هل بلغت النوبات ذروتها خلال ١٠ دقائق من بدايتها؟ يتم التمييز بنعم فقط إذا بلغت النوبات ذروتها خلال ١٠ دقائق
			إذا كان E1 = لا، ضع دائرة حول رقم E5 وانتقل إلى F1
٢	نعم	لا	E2 في أي وقت سابق، هل حدثت أي من هذه النوبات؟ بشكل غير متوقع أو عفوي، أو يحدث بطريقة غير متوقعة أو غير مبررة بدون سبب يذكر؟
			إذا كان E2 = لا، ضع دائرة حول رقم E5 وانتقل إلى F1
٣	نعم	لا	E3 هل سبق لك أن تعرضت لنوبة هلع متبوعة بشهر أو أكثر الخوف والترقب المستمر من عودة نوبة مشابهة مرة أخرى، أو القلق بشأن عواقب ومرتبات حدوث هذه النوبة؟
			إذا كانت E3 = لا، ضع دائرة حول رقم E5 وانتقل إلى F1
	نعم	لا	E4 خلال أصعب وأشد نوبة هلع يمكنك تذكرها:
٤	نعم	لا	a هل شعرت بتسارع، أو غياب أو خفقان ضربات قلبك، أو عدم انتظامها؟ هل كان لديك إحساس بالاختناق أو وجود كتلة في حلقك؟
٥	نعم	لا	b هل كانت يديك متعرقه أو رطبة؟
٧	نعم	لا	c هل كنت ترتعش أو ترتجف؟
٧	نعم	لا	d هل عانيت من ضيق في التنفس أو صعوبة في التنفس؟
٨	نعم	لا	e هل كان لديك إحساس بالاختناق أو بغصة أو شيء مزعج في حلقك؟
٩	نعم	لا	f هل كان لديك آلام، ضغط، ضيق أو عدم راحة في الصدر؟
١٠			g هل عانيت من الغثيان أو مشاكل في المعدة أو الإسهال المفاجئ؟
١١			h هل شعرت بالدوار أو اختلال التوازن أو الدوار أو الإغماء؟
١٢			i هل شعرت أن الأشياء من حولك غريبة أو غير حقيقية أو مفككة أو غير مألوفة، أو هل شعرت أنك خارج أو منفصل عن جزء أو كل جسدك؟
١٣			j هل كنت تخشى الإصابة بالاختلال أو أن تفقد السيطرة أو أن تصاب بالجنون؟

## الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

- ١٤ هل كنت تخشى أن تموت أو أنك تحتضر؟ k
- ١٥ هل تعاني من وخز أو تنميل في أجزاء من جسمك؟ l
- ١٦ هل عانيت من الهبات الساخنة (شعور مفاجئ بالحرارة والسخونة) أو القشعريرة؟ m
- E5** هل تم ترميز ٤ أو أكثر من إجابات E4 بـ نعم؟  
إذا كان E5 = لا، فانتقل إلى E7
- ١٧ في الشهر الماضي، هل تعرضت لمثل هذه النوبات بشكل متكرر (٢ أو أكثر) متبوعة بالخوف المستمر من التعرض لنوبة أخرى؟  
إذا كانت E6 = نعم، فانتقل إلى F1
- ١٨ هل هناك استجابة أو اثنين أو ثلاثة من E4 تم ترميزها بـ نعم؟  
لا نعم  
نوبات ذات أعراض محدودة - مدى الحياة

## رهاب الأماكن الفسيحة F.

### AGORAPHOBIA

(←) تعني انتقل إلى المربع (المربعات) التشخيصية لهذه الوحدة، وضع دائرة حول "لا" فيها جميعاً وانتقل بعدها إلى الوحدة التالية:

١٩	نعم	لا	<b>F1</b> هل تشعر بالقلق أو عدم الارتياح بشكل خاص في الأماكن أو المواقف التي قد يكون الهروب منها صعباً، وحيث قد لا تكون المساعدة متاحة إذا أصبت بنوبة هلع أو أعراض شبيهة بالهلع، مثل التواجد في حشد من الناس، أو الوقوف في طابور (صف الانتظار)، عندما تكون بمفردك بعيداً عن المنزل أو بمفردك في مكان مفتوح، أو عند عبور الجسر (كوبري)، أو السفر في الباص أو القطار أو السيارة أو تستخدم وسائل النقل العام؟
			إذا كانت <b>F1 = لا</b> ، ضع ( لا ) حول رقم <b>F2</b>
	نعم	لا	<b>F2</b> هل تخاف من هذه المواقف لدرجة أنك تتجنبها أو تعاني منها أو تحتاج إلى رفيق لمواجهتها؟
			رهاب الأماكن الفسيحة - حالي
	نعم	لا	هل تم ترميز <b>F2</b> (رهاب الأماكن الفسيحة الحالي ) ب لا و
			اضطراب الهلع بدون
			هل تم ترميز <b>E6</b> (اضطراب الهلع الحالي) نعم؟
			رهاب الأماكن الفسيحة - حالي
	نعم	لا	هل تم ترميز <b>F2</b> (رهاب الأماكن الفسيحة الحالي ) ب نعم و
			اضطراب الهلع مع رهاب
			هل تم ترميز <b>E6</b> (اضطراب الهلع الحالي) نعم؟
			الأماكن الفسيحة - حالي
	نعم	لا	هل تم ترميز <b>F2</b> (رهاب الأماكن الفسيحة الحالي ) ب نعم و
			رهاب الأماكن الفسيحة
			هل تم ترميز <b>E5</b> (اضطراب الهلع المزمن مدى الحياة) ب لا؟
			دون تاريخ من اضطراب الهلع الحالي

## الرهاب الاجتماعي G.

### SOCIAL PHOBIA

(←) تعني انتقل إلى المربع (المربعات) التشخيصية لهذه الوحدة، وضع دائرة حول "لا" فيها جميعًا وانتقل بعدها إلى الوحدة التالية:

1	نعم لا	←	في الشهر الماضي، هل كان لديك خوف مستمر وقلق ملحوظ من أن تكون محط أنظار أو اهتمام من الآخرين، أو تخشى التعرض للإهانة أو الاحراج أو الرفض؟ يتضمن ذلك أشياء مثل التحدث في الأماكن العامة أو تناول الطعام في الأماكن العامة أو مع الآخرين أو الكتابة بوجود شخص يشاهدك أو الأداء أمام الآخرين أو التواجد في مواقف اجتماعية.	G1
2	نعم لا	←	هل هذا الخوف مبالغ فيه أم غير معقول؟	G2
3	نعم لا	←	هل تخاف من هذه المواقف لدرجة أنك تتجنبها أو تعاني منها؟	G3
4	نعم لا	←	هل يعطل هذا الخوف عملك الطبيعي (المنزل / العمل / المدرسة) أو أدائك الاجتماعي أو يسبب لك ضيقًا كبيرًا؟	G4
	نعم لا		هل تم ترميز G4 نعم؟	
	رهاب اجتماعي - حالي			

## اضطراب الوسواس القهري H.

### OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

(←) تعني انتقل إلى المربع (المربعات) التشخيصية لهذه الوحدة، وضع دائرة حول "لا" فيها جميعاً وانتقل بعدها إلى الوحدة التالية

1	نعم ← لا	<b>H1</b> في الشهر الماضي، هل انزعجت من أفكار أو دوافع أو صور متكررة غير مرغوب فيها أو مقبحة أو غير مناسبة أو تطفلية أو مزعجة؟ (على سبيل المثال، فكرة أنك قذر أو متسخ أو ملوث أو لديك جراثيم، أو الخوف من تلويث الآخرين، أو الخوف من إيذاء شخص ما حتى لو لم تكن ترغب في ذلك، أو الخوف من أفكار ملحة قد تجعلك تتصرف باندفاع دون سيطرة، أو الخوف أو من أنك ستكون مسؤولاً عن حدوث أشياء خاطئة، أو هواجس بأفكار أو صور أو دوافع جنسية، أو جمع أو اكتناز، أو وسواس دينية. لا تقم بتضمين المخاوف المفرطة بشأن مشاكل الحياة الحقيقية.. لا تدرج الوسواس المتعلقة مباشرة باضطرابات الأكل أو الانحرافات الجنسية أو المقامرة المرضية أو تعاطي الكحول أو المخدرات لأن المريض قد يستمد المتعة من هذا النشاط وقد يرغب في مقاومته فقط بسبب عواقبه السلبية.
		إذا كان H1 = لا، فانتقل إلى H4
2	نعم ← لا	<b>H2</b> هل ظلت هذه الأفكار تعود إلى ذهنك حتى عندما حاولت تجاهلها أو التخلص منها؟ إذا كان H2 = لا، فانتقل إلى H4
3	نعم ← لا	<b>H3</b> هل تعتقد أن هذه الوسواس هي نتاج عقلك وليست مفروضة من الخارج؟
4	نعم ← لا	<b>H4</b> في الشهر الماضي، هل فعلت شيئاً بشكل متكرر رداً على الوسواس والأفكار دون أن تتمكن من مقاومة القيام به، مثل الإفراط في الغسيل أو التنظيف، أو العد أو التحقق من الأشياء مراراً وتكراراً، أو التكرار، أو جمع الأشياء، أو ترتيبها، أو غيرها من الطقوس الغريبة؟ هل تم ترميز H3 أو H4 نعم؟

## الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

- H5 هل تعتقد أن هذه الأفكار الوسواسية و/أو هذه السلوكيات القهرية التي لا يمكنك مقاومة القيام بها، كانت مفرطة أو غير معقولة؟
- H6 هل تتداخل هذه الأفكار الوسواسية و/أو السلوكيات القهرية بشكل كبير مع روتينك الطبيعي أو أدايك المهني أو أنشطتك الاجتماعية المعتادة أو علاقاتك، أو أنها استغرقت أكثر من ساعة واحدة في اليوم؟
- هل تم ترميز H6 نعم؟
- لا نعم  
اضطراب  
وساوس قهري -  
حالي
- 5 نعم ← لا  
6 نعم لا

## اضطراب كرب ما بعد الصدمة. I.

### POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER (optional)

(←) تعني انتقل إلى المربع (المربعات) التشخيصية لهذه الوحدة، وضع دائرة حول "لا" فيها جميعاً وانتقل بعدها إلى الوحدة التالية

1	نعم ← لا	هل سبق لك أن تعرضت أو شهدت أو اضطررت للتعامل مع أحداث صدمية تتضمن الموت الفعلي أو التهديد بالموت أو الإصابة الجسدية الخطيرة لك أو لشخص آخر؟ مثال على الأحداث الصدمية: حادث خطير، اعتداء جنسي أو جسدي، هجوم إرهابي، الخطف أو الاحتجاز كرهينة، الحريق، اكتشاف جثة، وفاة غير متوقعة، حرب، كارثة طبيعية...	11
2	نعم ← لا	خلال الشهر الماضي، بعد الحدث الصدمي الذي تعرضت له هل شعرت أنك تعايش الحدث وكأنك فيه بطريقة مزعجة (أي الأحلام والكوابيس تخص الحدث أو استرجاع الذكريات الشديدة أو استرجاع صور من الحادث أو ردود الفعل الجسدية كأنه يحدث مجدداً)؟	12
3	نعم ← لا	هل تجنب التفكير في الحدث، أو تجنب الأشياء التي تذكرك بالحدث؟	13
4	نعم ← لا	هل واجهت صعوبة في تذكر واسترجاع جزء مهم مما حدث؟	a
5	نعم ← لا	هل أصبحت أقل اهتماماً بالهوايات أو الأنشطة الاجتماعية التي كنت معتاداً عليها؟	b
6	نعم ← لا	هل شعرت بالانفصال أو العزلة عن الآخرين؟	c
7	نعم ← لا	هل لاحظت أن مشاعرك مخدرة ولا تشعر بشيء؟	d
8	نعم ← لا	هل شعرت أن حياتك سوف تكون قصيرة بسبب هذه الصدمة؟	e
9	نعم ← لا	هل هناك 3 إجابات أو أكثر من إجابات 13 تم ترميزها ب نعم؟	f
9	نعم ← لا	هل واجهت صعوبة في النوم؟	14
10	نعم ← لا	هل كنت سريع الانفعال وتبدو عصيباً بشكل أكبر أم كانت لديك نوبات من الغضب؟	a
11	نعم ← لا	هل واجهت صعوبة في التركيز؟	b
12	نعم ← لا	هل كنت متوتراً أو دائماً على أهبة الاستعداد (على أعصابك)؟	c
13	نعم ← لا	هل صار من السهل ترويعك؟	d



الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

- هل هناك إجابتان أو أكثر من إجابات 14 تم ترميزها نعم؟
- ← نعم  
لا
- 15 خلال الشهر الماضي، هل أثرت هذه المشكلات بشكل كبير على عملك أو دراستك أو أنشطتك الاجتماعية وعلاقاتك، أو تسببت في كرب ومشقة ومعاناة كبيرة؟
- لا نعم  
اضطراب كرب  
ما بعد الصدمة  
- حالي
- هل تم ترميز 15 نعم؟

## الاعتماد على الكحول وسوء الاستخدام J.

### ALCOHOL ABUSE AND DEPENDENCE

(←) تعني انتقل إلى المربع (المربعات) التشخيصية لهذه الوحدة، وضع دائرة حول "لا" فيها جميعاً وانتقل بعدها إلى الوحدة التالية

- J1** خلال الـ ١٢ شهرًا الماضية، هل تناولت ٣ مشروبات كحولية أو أكثر خلال فترة ٣ ساعات وحدث ذلك في ٣ مناسبات أو أكثر؟
- ١ نعم ← لا
- J2** في الأشهر الـ ١٢ الماضية:
- a** هل كنت بحاجة إلى شرب المزيد (شرب كمية أكبر ) من أجل الحصول على نفس التأثير الذي كنت عليه عندما بدأت الشرب لأول مرة؟
- ٢ نعم لا
- b** عندما توقفت عن الشرب، هل ارتعشت يدك، أو تعرقت، أو شعرت بالانزعاج والاستثارة؟
- ٣ نعم لا
- أو هل شربت لتتجنب هذه الأعراض أو لتتجنب أعراض الانسحاب والإصابة بالحالة البدنية التي يسيطر فيها الصداع والغثيان والرعدة والتعرق والاستثارة؟ إذا كانت الإجابة بنعم على أي منهما، فاختر "نعم"
- c** خلال الأوقات التي كنت تشرب فيها الكحول، هل انتهى بك الأمر إلى تناول كمية أكبر مما كنت تنوي أو تخطط أن تشربه عندما بدأت؟
- ٤ نعم لا
- d** هل حاولت التقليل أو التوقف عن شرب الكحول ولكنك فشلت؟
- ٥ نعم لا
- E** في الأيام التي كنت تشرب فيها، هل قضيت وقتًا طويلاً في الحصول على الكحول أو شرب الكحول أو في التعافي من تأثير الكحول؟
- ٦ نعم لا
- f** هل قضيت وقتًا أقل في العمل أو الاستمتاع بالهوايات أو التواجد مع الآخرين بسبب الشرب المتكرر للكحول ؟
- ٧ نعم لا
- g** هل واصلت الشرب رغم علمك أن الشرب يسبب لك مشاكل جسدية أو نفسية؟
- ٨ نعم لا
- هل هناك ٣ إجابات أو أكثر من إجابات J2 تم ترميزها بـ نعم؟
- اضطراب الاعتماد
- على الكحول -
- حالي
- ← نعم لا
- هل يعتبر المريض مصاب بالاعتماد على الكحول ؟
- J3** خلال الـ ١٢ شهرًا الماضية:

### الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

- a هل كنت في حالة سكر أو منتشي أو عانيت من حالة الأعراض الانسحابية  
البيدنية أكثر من مرة عندما كانت لديك مسؤوليات أخرى في المدرسة أو العمل  
أو المنزل؟ هل سبب هذا أي مشاكل؟  
يتم الترميز بنعم إذا تسبب هذا في مشاكل
- b هل كنت في حالة سكر في أي موقف كنت ستتعرض فيه أنت أو غيرك لخطر  
جسدي، على سبيل المثال، قيادة السيارة، ركوب الدراجة النارية، استخدام الآلات،  
ركوب القوارب، وما إلى ذلك؟
- c هل واجهت أي مشاكل قانونية بسبب شرب الخمر، على سبيل المثال، السجن  
أو السلوك غير المنضبط؟
- d هل واصلت الشرب على الرغم من أن شريك للخمر سبب مشاكل مع عائلتك أو  
أشخاص آخرين؟  
هل هناك إجابة واحدة أو أكثر من إجابات J3. تم ترميزها بـ نعم؟  
لا نعم  
سوء استخدام  
الكحول - حالي

بطاقة مواد التعاطي وسوء الاستخدام

CARD OF SUBSTANCES

ضع دائرة حول كل عقار/ مخدر يتم تعاطيها:

المورفين MORPHINE	البنزين GASOLINE	الأمفيتامين AMPHETAMINE
الأفيون (الخشخاش) OPIUM	الغراء GLUE	القنب CANNABIS
بالفيوم PALFIUM	عشبة القنب GRASS	الكوكايين COCAINE
من العقاقير الانفصالية PCP	الحشيش HASHISH	الكودايين CODEINE
الريتالين RITALIN	الهيروين HEROIN	الكراك CRACK
تيمجيسيك TEMGESIC	من العقاقير المهلوسة LSD	ديكونال DICONAL
نبات القنب THC	الماريجوانا MARIJUANA	"الإكستاسي (حبة السعادة) ECSTASY
TOLUENE	MESCALINE	ETHER
ثلاثي كلور الإيثيلين TRICHLORETHYLENE	ميثادون METHADONE	فريبيس FREEBASE

اضطراب سوء استخدام المواد نفسانية المفعول (غير الكحولية) .K

NON-ALCOHOL PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE  
DISORDERS

(←) تعني انتقل إلى المربع (المربعات) التشخيصية لهذه الوحدة، وضع دائرة حول "لا" فيها  
جميعاً وانتقل بعدها إلى الوحدة التالية

1	نعم	← لا	<b>K1</b> الآن سوف أعرض عليك بطاقة (أظهر بطاقة المواد) // لأقرأ لك قائمة (اقرأ القائمة التالية) بمخدرات أو أدوية تباع في الشارع. خلال الـ ١٢ شهراً الماضية، هل تناولت أيًا من هذه الأدوية أو المواد المخدرة أكثر من مرة لتشعر بالنشوة والابتهاج أو لتشعر بالتحسن أو لتغيير حالتك المزاجية؟ ضع دائرة حول كل دواء تم تناوله:
2	نعم	لا	<b>المنشطات:</b> الأمفيتامينات، «سيد»، كريستال ميث، «راش»، ديكسيدرلين، ريتالين، حبوب الحمية. <b>الكوكايين:</b> الشخير، الوريد، القاعدة الحرة، الكراك، «كرة السرعة». <b>المخدرات:</b> الهيروين، المورفين، الديلوديد، الأفيون، الديميرول، الميتادون، الكوديين، البيركودان، الدارفون. <b>المهلوسات:</b> LSD («حمض»)، مسكالين، بيوت، PCP («غبار الملاك»، «حبة السلام»)، سيلوسيبين، STP، «فطر عش الغراب»، «حبة السعادة»، MDA، أو MDMA. <b>المستنشقات (المواد الطيارة):</b> «الغراء»، كلوريد الإيثيل، أكسيد النيتروز، («غاز الضحك»)، الأميل أو نترات البوتيل («بوبرس») <b>الماريجوانا:</b> حشيش («حشيش»)، رباعي هيدروكانابينول، «وعاء»، «عشب»، «سيجارة قنب»، «البانجو». <b>المدمنات، المنومات أو مضادات القلق:</b> كوالود، سيكونال، فالسيوم، زاناكس، ليبريوم، أتيفان، دالمان، هالسيون،

الباربيتوراتس، ميل تاون، الGHB، روفينول، "روفيس أو روهينول".

أدوية أخرى متنوعة: المنشطات، حبوب للنوم أو حبوب الحماية الغذائية غير الموصوفة من طبيب. هل يوجد أي أدوية أخرى؟

حدد الأدوية (الأدوية) الأكثر استخدامًا:

حدد ما سيتم استكشافه في المعايير أدناه:

- في حالة استخدام مادة متعددة بشكل متزامن أو متسلسل: يتم استخدام كل دواء (أو فئة الدواء) بشكل فردي من أكثر الأدوية استخدامًا (أو فئة الدواء) فقط
- في حالة استخدام دواء واحد (أو فئة دواء): دواء واحد (أو فئة دواء) فقط

K2 نظرا لتعاطيك (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر)، في الأشهر الـ ١٢ الماضية:

١	نعم	لا	a هل وجدت أنك بحاجة إلى استخدام المزيد من (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر) للحصول على نفس التأثير الذي كنت تحصل عليه عندما بدأت في تناوله لأول مرة؟
٢	نعم	لا	b عندما خفضت أو توقفت عن استخدام (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر)، هل عانيت من أعراض الانسحاب (أوجاع، أو رجفة، أو حمى، أو ضعف، أو إسهال، أو غثيان، أو تعرق، أو خفقان القلب، أو صعوبة في النوم، أو الشعور بالإثارة والتهيج، أو القلق، أو العصبية أو الاكتئاب ؟
٣	نعم	لا	c إذا كانت الإجابة بنعم على أي منهما، فقم بترميز "نعم" هل وجدت في كثير من الأحيان أنه عندما استخدمت (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر)، انتهى بك الأمر إلى تناول أكثر مما كنت تخطط وتتوي؟
٤	نعم	لا	d هل حاولت تقليل أو التوقف عن تناول (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر)، ولكنك فشلت؟
٥	نعم	لا	e في الأيام التي استخدمتها (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر)، هل أمضيت وقتًا طويلاً أكثر من (<

## الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

			ساعتين) في الحصول على المخدر أو العقار أو استخدامه أو التعافي من تأثيره، أو التفكير فيها؟	
f	هل قضيت وقتًا أقل في العمل أو الاستمتاع بالهوايات أو التواجد مع العائلة أو الأصدقاء بسبب تعاطيك للمخدرات؟	لا	نعم	٦
g	هل واصلت استخدام (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر)، على الرغم من أنه سبب لك مشاكل صحية جسدية أو نفسية؟	لا	نعم	٧
	هل هناك ٣ إجابات أو أكثر من إجابات K2 كانت بترميز "نعم"؟	لا	نعم	
	الاعتماد على المخدرات - حالي			
	هل نتيجة المريض كانت إيجابية وانطبق عليه الاعتماد على المخدرات - حالي؟	←	نعم	
	لا			
K3	خلال الـ ١٢ شهرًا الماضية:			
a	هل كنت في حالة سكر أو منتشي أو عانيت من حالة الأعراض الانسحابية البدنية بسبب (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر)، أكثر من مرة عندما كانت لديك مسؤوليات أخرى في المدرسة أو العمل أو المنزل؟ هل سبب هذا أي مشاكل؟	لا	نعم	٨
	يتم الترميز بنعم إذا تسبب هذا في مشاكل			
b	هل كنت في حالة سكر بسبب (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر)، في أي موقف كنت ستتعرض فيه أنت أو غيرك لخطر جسدي، على سبيل المثال، قيادة السيارة، ركوب الدراجة النارية، استخدام الآلات، ركوب القوارب، وما إلى ذلك؟	لا	نعم	٩
c	هل واجهت أي مشاكل قانونية بسبب استخدام (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر)، على سبيل المثال، السجن أو السلوك غير المنضبط؟	لا	نعم	١٠
d	هل واصلت استخدام (اسم الدواء أو المخدر/ صنف الدواء أو المخدر)، على الرغم من أنه سبب مشاكل مع عائلتك أو أشخاص آخرين؟	لا	نعم	١١
		لا	نعم	

**أ.د/ محمد أحمد محمود خطاب**

هل هناك إجابة واحدة أو أكثر من إجابات K3 تم ترميزها  
ب نعم؟  
سوء استخدام المواد  
نفسانية المفعول -  
حالي



## الاضطرابات الذهانية L.

### PSYCHOTIC DISORDERS

(←) تعني انتقل إلى المربع (المربعات) التشخيصية لهذه الوحدة، وضع دائرة حول "لا" فيها جميعاً وانتقل بعدها إلى الوحدة التالية  
اطلب مثلاً لكل سؤال تمت الإجابة عليه بشكل إيجابي.  
الكود نعم فقط إذا أظهرت الأمثلة بوضوح تشويهاً وتدهور واضطراب في التفكير أو الإدراك أو إذا لم تكن مناسبة ثقافياً (اجتماعياً).  
قبل الترميز، تحقق وتأكد مما إذا كانت الضلالات DELUSIONS تعتبر "غريبة أو شاذة".  
تكون الضلالات غريبة إذا: كانت غير قابلة للتصديق بشكل واضح، وسخيفة، وغير مفهومة، ولا يمكن استخلاصها من تجربة حياة عادية.  
يتم تصنيف الهلوسة على أنها غريبة إذا: كان هناك تعليق صوتي على أفكار الشخص أو سلوكه، أو عندما يتحدث صوتان أو أكثر مع بعضهم البعض.

غريب وشاذ	نعم	لا	والآن أسألك عن التجارب غير المعتادة التي قد يمر بها بعض الأشخاص.	
١	نعم	لا	هل سبق لك أن اعتقدت أن هناك أشخاصاً يتجسسون عليك، أو أن شخصاً ما كان يتآمر عليك ويدير لك مكائد، أو يحاول إيذاءك؟	L1 a
٢	نعم ← L6a	لا	إذا كانت الإجابة عن السؤال السابق بنعم: فهل تصدق هذه الأشياء حالياً؟	b
٣	نعم	لا	هل سبق لك أن اعتقدت أن شخصاً ما كان يقرأ أفكارك أو يمكنه سماع أفكارك أو أنه يمكنك بالفعل قراءة أو سماع ما يفكر فيه شخص آخر؟	L2 a
٤	نعم ← L6a	لا	إذا كانت الإجابة بنعم: هل تصدق هذه الأشياء حالياً؟	b
٥	نعم	لا	هل سبق لك أن اعتقدت أن شخصاً ما أو قوة خارجية وضعت أفكاراً في عقلك ليست من أفكارك، أو جعلتك تتصرف بطريقة مختلفة عن المعتاد؟ هل شعرت يوماً أنك ممسوس (مسكون من الجن)	L3 a
٦	نعم	لا	إذا كانت الإجابة بنعم: هل تصدق هذه الأشياء حالياً؟	b

	← L6a					
٧	نعم	نعم	لا	هل سبق لك أن اعتقدت أنه يتم إرسال رسائل خاصة إليك عبر التلفزيون أو الراديو أو الصحيفة، أو الانترنت أو أي وسيلة إعلام أو أن شخصاً لا تعرفه شخصياً كان مهتماً بك بشكل خاص؟	L4 a	
٨	نعم	نعم	لا	إذا كانت الإجابة بنعم: هل تصدق هذه الأشياء حالياً؟	b	
	← L6a					
٩	نعم	نعم	لا	هل اعتبر أقربك أو أصدقائك أيًا من معتقداتك غريبة أو خارجة عن الواقع؟	L5 a	
				أي أفكار ضلالية لم يتم استكشافها في الأسئلة من L1، إلى L4 على سبيل المثال، الضلالات الدينية أو الضلالات المتعلقة بالوفاة أو الضلالات المتعلقة بالمرض أو الضلالات الجسدية أو ضلالات العظمة أو الغيرة أو الذنب أو الفشل أو عدم الكفاءة أو الخراب أو الفقر أو الضلالات العدمية.		
١٠	نعم	نعم	لا	ذا كانت الإجابة بنعم: هل أقربك أو أصدقائك يعتبرون معتقداتك غريبة حالياً؟	b	
١١	نعم	نعم	لا	هل سبق لك أن سمعت أشياء لم يتمكن الآخرون من سماعها، مثل الأصوات؟	L6 a	
				يتم تصنيف الهلوسة على أنها "غريبة" فقط إذا أجاب المريض بنعم على ما يلي: هل سمعت صوتاً يعلق على أفكارك أو سلوكك، أو سمعت صوتين أو أكثر يتحدثون مع بعضهم البعض؟		
١٢	نعم	نعم	لا	إذا كانت الإجابة بنعم: هل سمعت هذه الأشياء في الشهر الماضي؟	b	
	← L8b					
١٣	نعم	نعم	لا	هل سبق لك أن رأيت رؤية عندما كنت مستيقظاً أو هل سبق لك أن رأيت أشياء لم يتمكن الآخرون من رؤيتها؟	L7 a	
				الترميز ب نعم فقط إذا كانت الرؤية والهلوسة البصرية غير مناسبة ثقافياً.		
١٤	نعم	نعم	لا	إذا كانت الإجابة بنعم: هل رأيت هذه الأشياء في الشهر الماضي؟	b	
		نعم	لا	التقييم بناء على رأي القائم بإجراء المقابلة:		

## الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

١٥	لا	نعم	هل يُظهر المريض حاليًا عدم الترابط والتسلسل أو الكلام غير المنظم أو فقدان ملحوظ للارتباطات في الحديث؟	Lb8
١٦	لا	نعم	هل يظهر المريض حاليًا سلوكًا غير منظم أو جامدًا أو تخشيبًا؟	Lb9
١٧	لا	نعم	هي يظهر المريض أعراض سلبية للفصام، على سبيل المثال. انخفاض كبير في التعبير العاطفي/ الانفعالي أو السطحية العاطفية/ الانفعالية، أو فقر في الكلام (ALOGIA) أو عدم القدرة على البدء أو الاستمرار في الأنشطة الموجهة نحو الهدف (AVOLITION)، بارزة أثناء المقابلة؟	Lb10
	لا	نعم	من L1 إلى L10 : • هل هناك ١ أو أكثر من الأسئلة «b» تم ترميزها بـ نعم شاذة أو غريبة؟ أو • هل هناك سؤالان أو أكثر «b» تم ترميزهما بنعم (بدلاً من نعم غريب)؟	L11
	لا	نعم	من L1 إلى L7 : • هل هناك سؤال واحد أو أكثر «a» تم ترميزه نعم غريب أو شاذ؟ أو • هناك سؤالان أو أكثر «a» تم ترميزهما بنعم (بدلاً من نعم غريب)؟ (تأكد من حدوث العرضين خلال الفترة الزمنية نفسها) أو • هل تم ترميز L11 نعم؟	L12
	لا	نعم	إذا تم ترميز L12 بنعم أو على الأقل ترميز واحد بنعم من L1 إلى L7 : هل تم تشخيص المريض في أي من : نوبة الاكتئاب الأساسي (الحالية أو الماضية) أو نوبة الهوس (الحالية أو الماضية)؟	L13
	لا	نعم	لقد خبرتني في وقت سابق، أنك مررت بفترة (فترات) شعرت فيها بالاكتئاب/ النشوة والابتهاج/ الانفعال بشكل مستمر. هل المعتقدات والتجارب التي ذكرت لها للتو (ترمز الأعراض نعم من L1 إلى L7) تقتصر على الفترات التي شعرت فيها بالاكتئاب/ النشوة والابتهاج/ الانفعال بشكل مستمر؟ هل تم ترميز L13b نعم؟	b
	لا	نعم	اضطراب المزاج مع ملامح ذهانية -حالي	

## فقدان الشهية العصبي M.

### ANOREXIA NERVOSA

(←) تعني انتقل إلى المربع (المربعات) التشخيصية لهذه الوحدة، وضع دائرة حول "لا" فيها جميعاً وانتقل بعدها إلى الوحدة التالية

M1	كم طولك؟	.....	سم
a			
b	ما هو أقل وزن لديك خلال الثلاثة أشهر الماضية؟	.....	كلغ
c	هل وزن المريض أقل من الحد المقابل لطوله؟ انظر الجدول	←	نعم
		لا	
خلال الأشهر الـ ٣ الماضية :			
M2	هل حاولت التحكم في وزنك أو منع زيادة وزنك أو تقليل كمية الطعام التي تتناولها، على الرغم نعم من وزنك المنخفض؟	←	نعم
		لا	
M3	هل كنت تخشى زيادة الوزن أو السمنة رغم أن وزنك أقل من المعدل الطبيعي؟	←	نعم
		لا	
M4	هل تعتبر نفسك سمياً أو كبير الحجم أو أن هناك جزء من جسمك كان سمياً جداً؟	لا	نعم
a	هل أثر وزن جسمك أو شكله بشكل كبير على شعورك تجاه نفسك؟	لا	نعم
b			
c	هل كنت تعتقد أن انخفاض وزن جسمك الحالي (المنخفض) كان طبيعياً أو زائداً؟	لا	نعم
M5	هل تم تسجيل إجابة "نعم" في واحد أو أكثر من أسئلة البند M4 ؟	←	نعم
		لا	
M6	للنساء فقط: خلال الأشهر الثلاثة الماضية، هل فاتتك الحيض (الدورة الشهرية) بأكملها التي كان من المتوقع حدوثها (عندما لم تكوني حاملاً)؟	←	نعم
		لا	
	للنساء: هل تم ترميز M5 و M6 نعم؟	لا	نعم
	للرجال: تم ترميز M5 نعم		
	فقدان الشهية العصبي		
	- حالي		

جدول الطول/الوزن متنسق مع الحد الأدنى لمقياس كتلة الجسم (الارتفاع بدون أحذية، الوزن بدون ملابس)

الطول سم	١٤٠	١٤٥	١٥٠	١٥٥	١٦٠	١٦٥	١٧٠	١٧٥	١٨٠	١٨٥	١٩٠
الوزن	٣٧	٣٨	٣٩	٤١	٤٣	٤٥	٤٧	٥٠	٥٢	٥٤	٥٧
كغم	٤١	٤٣	٤٥	٤٧	٤٩	٥١	٥٢	٥٤	٥٦	٥٨	٦١
إناث											
ذكور											

يتم حساب حدود الوزن المذكورة أعلاه على أنها أقل بنسبة ١٥% عن النطاق الطبيعي لطول المريض وجنسه كما هو مطلوب بواسطة الدليل التشخيصي الرابع

## الشه العصبي N.

### BULIMIA NERVOSA

(←) تعني انتقل إلى المربع (المربعات) التشخيصية لهذه الوحدة، وضع دائرة حول "لا" فيها جميعاً وانتقل بعدها إلى الوحدة التالية

8	نعم	←	في الأشهر الثلاثة الماضية، هل عانيت من الإفراط في تناول الطعام (نوبات شراهة) أو في الأوقات التي تناولت فيها كمية كبيرة جداً من الطعام خلال فترة ساعتين؟	N1
9	نعم	←	في الأشهر الثلاثة الماضية، هل كنت تعاني من الإفراط في تناول الطعام بمعدل مرتين في الأسبوع؟	N2
10			خلال هذه النوبات من الشراهة، هل شعرت أن تتناولك للطعام كان خارج نطاق السيطرة والتحكم؟	N3
11	نعم	←	هل فعلت أي شيء للتعويض أو لمنع زيادة الوزن بسبب هذه الشراهة، مثل القيء أو الصيام أو ممارسة الرياضة أو تناول المسهلات أو الحقن الشرجية أو مدرات البول (حبوب السوائل) أو أدوية أخرى؟	N4
12	نعم	←	هل يؤثر وزن جسمك أو شكله بشكل كبير على شعورك تجاه نفسك؟	N5
13	نعم	لا	هل تفي أعراض المريض بمعايير فقدان الشهية العصبي؟	N6
	نعم	لا	إذا كان N6 = لا، فانتقل إلى N7	
14	نعم	لا	هل حدثت نوبات الشراهة عندما كان وزنك أقل من (_____ رطل / كجم) فقط؟	N7
			* خذ الحد الأدنى لجدول الوزن/الطول لهذا المريض في وحدة فقدان الشهية العصبي	
	نعم	لا	هل تم ترميز N5 نعم و N7 تم ترميزه لا (أو تم تخطيه)؟	
	الشه العصبي - حالي			
	نعم	لا	هل تم ترميز N7 نعم؟	
	فقدان الشهية العصبي			
	(نمط الأكل بشراهة / نمط			
	التطهير (تناول مسهلات			
	أو التقيؤ)			

## اضطراب القلق المعمم. O.

### GENERALIZED ANXIETY DISORDER

(←) تعني انتقل إلى المربع (المربعات) التشخيصية لهذه الوحدة، وضع دائرة حول "لا" فيها جميعاً وانتقل بعدها إلى الوحدة التالية

1	نعم	←	هل كنت قلقاً بشكل مفرط أو كنت مهموما بشأن عدة أشياء في الحياة اليومية، في العمل، في المنزل، في دائرتك المقربة خلال الأشهر الستة الماضية؟	O 1 a
		لا	لا يتم الترميز بنعم إذا كان تركيز القلق يقتصر على اضطراب آخر تم استكشافه قبل هذه النقطة مثل الإصابة بنوبة هلع (اضطراب الهلع)، أو الشعور بالإحراج في الأماكن العامة (الرهاب الاجتماعي)، أو التعرض للتلوث (الوسواس القهري)، أو اكتساب الوزن (فقدان الشهية العصبي)...	
2	نعم	←	هل هذه المخاوف موجودة في معظم الأيام؟	b
		لا		
3	نعم	←	هل تجد صعوبة في السيطرة على القلق والمخاوف أو أنها تعيق قدرتك على التركيز فيما تفعله؟	O2
		لا		
	نعم	←	من O3a إلى O3f، قم بالترميز بـ "لا" على الأسئلة القادمة إذا كانت الأعراض تقتصر على سمات أي اضطراب تم استكشافه قبل هذه النقطة.	
		لا		
	نعم	←	عندما كنت تشعر بالقلق خلال الأشهر الستة الماضية، هل كنت في أغلب الأوقات تقريباً؟	O3
		لا		
4	نعم	لا	هل تشعر بالقلق والتلملل أو الانقباض أو العصبية؟	a
5	نعم	لا	تشعر بالتوتر؟	b
6	نعم	لا	تشعر بالتعب أو الضعف أو الإرهاق بسهولة؟	c
7	نعم	لا	هل لديك صعوبة في التركيز أو تجد عقلك فارغاً؟	d
8	نعم	لا	تشعر بأنك منفعل أو سريع الغضب؟	e
9	نعم	لا	هل تواجه صعوبة في النوم (صعوبة في النوم، الاستيقاظ في منتصف الليل، الاستيقاظ في الصباح الباكر أو النوم بشكل مفرط)؟	f
	نعم	لا	هل هناك 3 إجابات أو أكثر من إجابات O3 تم ترميزها بنعم؟	
			اضطراب القلق المعمم - حالي	

## اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع P.

### ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER (optional)

(←) تعني أنتقل إلى المربع (المربعات) التشخيصية لهذه الوحدة، وضع دائرة حول "لا" فيها جميعاً وانتقل بعدها إلى الوحدة التالية

P1 قبل أن تبلغ ١٥ عامًا، هل:

- |   |     |    |  |
|---|-----|----|--|
| ١ | نعم | لا | a كنت تهرب من المدرسة أو تهرب من البيت طوال الليل بصفة متكررة، أو كنت تتأخر ليلاً في العودة إلى المنزل بما يتنافى مع قواعد والديك في المنزل؟ |
| ٢ | نعم | لا | b كنت تكذب، تغش، تخدع الآخرين، أو تسرق بصفة متكررة؟  |
| ٣ | نعم | لا | c كنت تتبادر بافتعال المشاكل أو الخناق أو البلطجة، أو بتهديد، أو بتخويف الآخرين؟   |
| ٤ | نعم | لا | d قمت بتدمير الأشياء عمدًا أو إشعال الحرائق؟   |
| ٥ | نعم | لا | e تعمدت إيذاء بالأشخاص أو الحيوانات؟   |
| ٦ | نعم | لا | f أجبرت شخصاً ما على ممارسة الجنس معك؟   |
|   | نعم | ←  | هل هناك إجابتان أو أكثر من إجابات P1 تم ترميزها بـ نعم؟  |
|   | نعم | لا | لا ترمز بـ "نعم" السلوكيات أدناه إذا كانت ذات دوافعها مقتصرة على أساس سياسي أو ديني.   |

P2 منذ بلوغك سن الـ ١٥ سنة:

- |    |  |  |
|----|--|--|
| ٧  |  | a هل تصرفت بشكل متكرر بطريقة قد يعتبرها الآخرون غير مسؤولة، مثل الفشل في دفع ثمن الأشياء المستحقة عليك، أو التصرف بشكل متسرع واندفاعي عمدًا أو عدم العمل عمدًا للإيقاع على نفسك؟                 |
| ٨  |  | b هل قمت بأشياء غير قانونية يُمكن أن تكون سبباً في القبض عليك (على سبيل المثال، تدمير الممتلكات أو السرقة أو سرقة سلع من المتاجر أو بيع المخدرات /الأدوية أو ارتكاب مخالفات قانونية مثل جنائية)؟ |
| ٩  |  | c هل دخلت في عراك بالأيدي (جسدي) بشكل متكرر بما في ذلك العراك الجسدي مع زوجتك أو الأطفال)؟   |
| ١٠ |  | d هل سبق وكذبت أو "خدعت" أشخاص آخرين للحصول على المال أو المتعة، أو كذبت لمجرد التسلية فقط؟  |
| ١١ |  | e هل سبق وعرضت نفسك أو الآخرين للخطر دون مبالاة؟   |



الخصائص السيكومترية للمقابلة الطبية النفسية العصبية الدولية المختصرة

- ١٢ f لا تشعر بالذنب بعد القيام بإيذاء الآخرين، أو إساءة معاملتهم أو الكذب عليهم أو سرقتهم، أو بعد إتلاف الممتلكات؟  
هل هناك ٣ عناصر أو أكثر من P2 تم ترميزها بـ نعم؟
- لا نعم  
اضطراب الشخصية  
المضادة للمجتمع -  
مدى الحياة

**Psychometric Properties of the Brief  
Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I)  
(DSM-5)**

**Summary:**

**Psychometric Properties of the  
Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I)  
Dr. Mohamed Ahmed Mahmoud Khattab  
Professor at the department of psychology  
Faculty of Arts – Ain Shams University**

The current study addresses the psychometric properties of Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) (DSM-5), and ensures the honesty of the interview through (face validity, the honesty of the arbitrators, which had a high degree of agreement of "0,92", 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 0.89), and also confirmed the stability of the interview through (the test and retest), on a sample consisting of: (85) patients distributed among to (17) disorders of the stage is 18 years to 35 yrs. Show that the interview has a high degree of reliability at significance level 0, 01.