

**Mini-DIPS Open Access Arabisch**

**Omar Chehadi  
Karim Zagha  
Alisar Jdid  
Joud Alabid  
Silvia Schneider  
Jürgen Margraf**

# **Mini-DIPS Open Access Arabisch**

**Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen**

Übersetzung des Mini-DIPS Open Access (2. Auflage),  
Jürgen Margraf & Jan Christopher Cwik



Dieses Material steht unter der Creative-Commons-Lizenz Namensnennung – Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International. Um eine Kopie dieser Lizenz zu sehen, besuchen Sie <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

Professor Dr. Jürgen Margraf, Alexander von Humboldt Professor  
Ruhr-Universität Bochum  
Fakultät für Psychologie  
Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit  
Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Massenbergstraße 9-13  
44787 Bochum

Wir danken Chaimae El-Hammadi und Ajeeb Al-Mamari für ihre Unterstützung bei der  
Übersetzung und Formatierung.

## المقابلة التشخيصية الموجزة للاضطرابات النفسية

(Mini-DIPS Open Access)

التاريخ:

.....

القائم/القائمة بالمقابلة:

.....

اسم المريض:

.....

العنوان:

.....

.....

الهاتف المحمول:

..... الهاتف الأرضي: .....

البريد الإلكتروني:

.....

تاريخ الميلاد:

.....

الديانة:

.....

الجنس:

.....

الجنسية:

.....

الحالة الاجتماعية:

متزوج منذ .....

متزوج سابقاً

.....

أعزب

.....

بعلاقة غرامية

.....

منفصل

منذ .....

مطلق

منذ .....

أرمل

منذ .....

غيره

.....

الأطفال:

العمر

الجنس

مقيم في المنزل

تاريخ الانتقال لمنزل منفصل عن الأهل

.....

.....

.....

.....

التحصيل العلمي:

المريض: .....

الزوج/ة: .....

المهنة:

المريض: .....

الزوج/ة: .....

الحالة المهنية (إذا كان المريض في إجازة مرضية حالياً، اسأل عن الوضع بخلاف ذلك):

موظف ك: .....

عاطل عن العمل

متقاعد

في الجامعة/برنامج دراسة/التدريب المهني

ربة بيت

غيره

هل واجهت في الآونة الأخيرة (في نصف السنة الأخير) تغييرات أو صعوبات مع:

العائلة، الأصدقاء، المعارف: .....

.....

العمل/الدراسة: .....

.....

.....

الصحة: .....

.....

الجنس: .....

.....

.....

العنف: .....

.....

.....

المسائل المالية: .....

.....

.....

الشؤون القانونية/ الشرطة: .....

.....

هل تخضع حاليا لعلاج / تتناول ادوية؟

.....

هل خضعت في السابق للعلاج؟

.....

اذا طلبت منك تحديد المشكلة التي تعتبرها المشكلة الرئيسية لديك ، فماذا ستحدد؟

.....

.....

.....

## الفحص: طيف الخوف

سأقدم لك الآن بعض الأمثلة وأطلب منك أن تقرر ما إذا كانت المواقف أو الأشياء التالية تخيفك أو أنك تتجنبها بسبب الخوف:

**اضطراب الهلع:** هل هناك أوقات يكون لديك فيها فجأة اندفاع لخوف شديد أو يكون لديك شعور بمصيبة مهددة؟ هل حدث ذلك من قبل؟

نعم (ح/س) \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
ص 6

**رهاب الساحة:** هل هناك أي مواقف تشعر بها بالخوف، أو تتفادها خشية الشعور بالهلع أو المرض (مثل المتاجر، قيادة السيارة، حشود من الناس أو الأماكن الضيقة)؟ هل حدث ذلك من قبل؟

نعم (ح/س) \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
ص 8

**الرهاب الاجتماعي:** هل تشعر بالخوف في المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء لأنه تتم ملاحظتك أو الحكم عليك (مثل المحاضرات العامة، الامتحانات أو الحفلات)؟ هل حدث ذلك من قبل؟

نعم (ح/س) \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
ص 10

**الرهاب النوعي:** هل تخشى أو تتجنب أشياء أخرى مثل حيوانات معينة، السفر جواً، أو رؤية الدم والإصابات؟ هل حدث ذلك من قبل؟

نعم (ح/س) \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
ص 12

**اضطرابات القلق المعقدة:** هل تعاني في كثير من الأحيان من مخاوف غير معقولة وقوية مثل الأمور العائلية والمهنية والمالية؟ هل حدث ذلك من قبل؟

نعم (ح/س) \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
ص 14

في حال تم ذكر الإبلاغ عن مجالات الاضطراب للخوف أو التجنب، يجب توضيحها بشكل فردي إذا كانت الإجابة عن جميع المجالات بـ لا، فتابع إلى فحص: طيف المزاج (صفحة 16)

## الخوف

**الرهاب:** رهاب الساحة، اضطراب القلق الاجتماعي، والرهاب النوعي قد تتداخل فيما يتعلق بالأشياء أو المواقف المسببة للخوف. التشخيص التفريقي بين أنواع الرهاب المختلفة:

1. نمط المؤثرات: المسببة للرهاب (انظر الأمثلة المرادفة).
2. المخاوف الرئيسية: (رهاب الساحة: الخوف من نوبة القلق أو من عواقبها، اضطراب الخوف الاجتماعي: الخوف من التقييم السلبي، الرهاب النوعي: الخوف المباشر من الخطر الصادر من الأشياء).

### اضطراب الهلع (F41.0)

**السمة الرئيسية:** نوبات الخوف أو قلق دائم في هذا الصدد.  
**نوبات الخوف:** أعراض جسدية مفاجئة «عفوية»، شديدة، شعور بالخطر.  
**علامات نموذجية:** «الخوف من الخوف»، خوف من عواقب كارثية.  
**العفوية:** غير متوقعة، دون أسباب معروفة، غير ظرفية.  
**المخاوف الرئيسية:** بشكل خاص نوبات الخوف «الخوف من الخوف» أو من النتائج الكارثية (الرهاب النوعي: الخوف من الخطر المباشر الصادر عن الأشياء أو المواقف، الرهاب الاجتماعي: الإحراج/ التقييم السلبي).

لتشخيص اضطراب الهلع يجب أن تتحقق بشكل خاص المعايير الخاصة التالية:  
**العفوية:** على الأقل بعض النوبات غير متوقعة.  
**الأعراض:** على الأقل أربعة من الأعراض المذكورة جانباً  
**المسار الزمني:** الأعراض على الأقل في بعض الأحيان تكون متاحة في غضون دقائق قليلة.  
**غالباً:** نوبات متكررة غير متوقعة والتي تؤدي إلى تغيير مهم في السلوك أو مصحوبة لمدة شهر على الأقل بقلق مستمر بخصوص النوبات أو عواقبها.  
**التشخيص التفريقي:** بالشكل العام يمكن لنوبات الهلع أن تحدث في إطار أي اضطراب نفسي آخر.  
**أمثلة أخرى عن التشخيص التفريقي: الرهاب النوعي:** عندما تحدث نوبات الخوف فقط مع مسببات معينة (مثل رهاب الكلاب)، **الرهاب الاجتماعي:** فقط في المواقف الاجتماعية، **اضطراب قلق الانفصال:** الانفصال عن شخص مهم، **اضطراب ما بعد الصدمة:** مواجهة مؤثرات تشير إلى أو تتعلق بحدث صادم.

اضطراب الهلع	نعم	لا
نوبات هلع متكررة وغير متوقعة (خوف مفاجئ، غير مريح، ذروته بعد دقائق، 4 أعراض أو أكثر).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
على الأقل نوبة هلع واحدة يتبعها على الأقل لمدة شهر:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- قلق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- تغيير في السلوك	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## اضطراب الهلع

لقد ذكرت حدوث نوبات قلق أو خوف مفاجئ وشديد أو الشعور بمصيبة مهددة، في أي مواقف يحدث هذا القلق المفاجئ الشديد؟

الوصف:

هل يبلغ هذا الخوف نروته في غضون دقائق؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

(في حال لا، تابع لرهاب الساحة)

عادة تشعر خلال نوبة الخوف بـ.....

- (1) ... خفقان أو تسارع في نبضات القلب؟ \_\_\_\_\_
- (2) ... تعرق؟ \_\_\_\_\_
- (3) ... رجفان أو ارتجاج؟ \_\_\_\_\_
- (4) ... الشعور بضيق أو صعوبة في التنفس؟ \_\_\_\_\_
- (5) ... الشعور بالاختناق؟ \_\_\_\_\_
- (6) ... ألم أو ضيق في الصدر؟ \_\_\_\_\_
- (7) ... غثيان أو مشاكل في الجهاز الهضمي؟ \_\_\_\_\_
- (8) ... دوام، عدم الثبات عند الوقوف، دوخة أو الشعور بقرب الإغماء؟ \_\_\_\_\_
- (9) ... الشعور بعدم الواقعية أو الشعور بالانفصال؟ \_\_\_\_\_
- (10) ... الخوف من أن تصبح مجنون أو القيام بأشياء خارجة عن السيطرة؟ \_\_\_\_\_
- (11) ... الخوف من أن تموت؟ \_\_\_\_\_
- (12) ... الخدر أو الإحساس بالوخز (التمميل)؟ \_\_\_\_\_
- (13) ... هبات ساخنة أو قشعريرة برد؟ \_\_\_\_\_

(إذا كان هناك أقل من 4 أعراض، تابع لرهاب الساحة)

دقائق \_\_\_\_\_

كم من الوقت يستغرق عادة حتى تصبح نوبة القلق شديدة للغاية؟

(4 أعراض على الأقل)

العدد: \_\_\_\_\_

كم عدد نوبات الخوف التي تعرضت لها خلال الشهر الماضي؟

تلى واحدة من نوبات الخوف لمدة شهر على الأقل...

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

(1) ... قلق مستمر بشأن حدوث نوبات خوف أخرى؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

(2) ... قلق بشأن معنى النوبات أو عواقبها؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

(3) ... تغييرات سلوكية لتجنب المزيد من نوبات الخوف؟

## رهاب الساحة (F40.00)

السمة الرئيسية:	خوف/تجنب المواقف التي لها صلة بنوبة الخوف
أمثلة:	قيادة السيارة، المتاجر ومحلات التسوق الكبرى (سوبر ماركت)، المصاعد، حشود الناس، مغادرة المنزل بالمفرد، الوقوف في طابور، وسائل النقل العامة، الطائرات، دور السينما، المسارح
المدة:	6 أشهر على الأقل
المدى:	مخاوف وتجنب على الأقل اثنين من المجالات التالية: المواصلات، الأماكن العامة، الأماكن المغلقة، حشود الناس، البقاء في الخارج بالمفرد
من الممكن:	أن تزول نوبات الخوف تماماً، المواقف المخيفة يمكن تحملها فقط مع خوف شديد أو بصحبة الآخرين.
تداخل:	يتم تجنب المواقف الفردية المرتبطة برهاب الساحة أيضاً في إطار الرهاب النوعي أو الرهاب الاجتماعي، ولكن يتجنب المصابون برهاب الساحة مواقف أكثر.
المخاوف الرئيسية:	لا يمكن الحصول على مساعدة عند حدوث نوبة الهلع أو التعرض لأعراض مخجلة (مثل الإسهال) وعدم القدرة على ترك الموقف.

رهاب الساحة	
لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## رهاب الساحة

لقد ذكرت أنك تتجنب مواقف معينة أو أنها تخيفك. ما هي هذه المواقف وماذا تخشى أن يحدث لك في أسوأ الحالات حينها؟

الوصف: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

هل تشعر بهذا الخوف في كل مرة واجهت فيها الموقف المخيف أو كنت قد أن تكون فيه؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل هناك فرق إذا كنت بصحبة الآخرين؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

ماذا تعتقد أنه من الممكن أن يحصل لك، في حال كنت عالقاً في الموقف، الذي تتجنبه عادةً؟

الوصف: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## الرهاب الاجتماعي (F40.10)

السمة الرئيسية:	الخوف/ تجنب مواقف التقييم المحتملة في أوسع المعاني
أمثلة:	الفشل في الامتحانات ، والسخرية أثناء إلقاء خطاب، والإذلال من قبل الآخرين
المدة:	6 أشهر على الأقل
علامات نموذجية:	خوف ترقبي واضح
المخاوف الرئيسية:	تقييم سلبي محرج (رهاب الساحة: بشكل خاص نوبات الهلع وعدم إمكانية الهروب أو الهروب المحرج، الرهاب النوعي: الخطر الفوري الصادر بسبب شيء أو موقف)
حدد ما إذا كان:	يتعلق بالإلقاء (الخطاب أمام جمهور أو تقديم عرض في مكان عام)
فقط في حالات الادانية:	يستخدم في حال اضطراب الرهاب الاجتماعي و يقتصر على التحدث امام الآخرين و اظهار المقدرة امامهم حيث تكون مقيد امام الآخرين او في الأماكن العامة.
التشخيص التفريقي:	تايجين كيوفوشو: خوف يحدث بشكل خاص في المجتمعات الجماعية (مثل اليابان وكوريا)، من تصرف الشخص بطريقة تسبب الحرج للآخرين.

الرهاب الاجتماعي		نعم	لا
خوف/قلق في المواقف الاجتماعية			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
الخوف من إظهار سلوك مهين/سلوك محرج/إظهار أعراض الخوف			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
الخوف يحدث (تقريباً) دائماً في هذه المواقف			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
يتم تجنب المواقف أو تحملها			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
الخوف مبالغ فيه			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
المدة: على الأقل 6 أشهر			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
معاناة أو إعاقات			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## الرهاب الاجتماعي

ماذا تخشى أن يحدث لك في أسوأ الحالات في المواقف التي تلتقي بها بأشخاص آخرين؟

الوصف:

هل تشعر بهذا الخوف في كل مرة واجهت فيها الموقف المخيف أو كنت قد أن تكون فيه؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل يحدث الخوف على الفور، عندما تكون في (...) أو بمجرد أن تعرف، أنك ستكون في (...)?

على الفور \_\_\_\_\_ لاحق \_\_\_\_\_

هل تتجنب مثل هذه المواقف، أو تستطيع تحملها ولكن فقط مع خوف الشديد؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

## الرهاب النوعي (F40.2x)

السمة الرئيسية:	الخوف من/تجنب أشياء محددة
أمثلة:	الحيوانات (مثل العناكب، الثعابين، الكلاب، الجرذان)، المرتفعات، الأماكن الضيقة، الطائرات ورؤية الدم أو الإصابات أو الحقن.
الاستثناءات:	الخوف من نوبات الهلع (اضطراب الهلع)، المواقف الاجتماعية (الرهاب الاجتماعي)
المدة:	6 أشهر على الأقل
هام:	إعاقة/معاناة
من الممكن:	التحمل مع خوف شديد
المخاوف:	الخطر الصادر مباشرة عن الأشياء التي تسبب الرهاب، كمثال تحطم الطائرة، عضة الكلب (رهاب الساحة: خاصة نوبات الهلع وعدم إمكانية الهرب أو الهرب محرج، الرهاب الاجتماعي: التقييم السلبي)
ترميزات:	صنف الحيوان: F40.218؛ صنف البيئة F40.228؛ صنف الإصابات-الحقن-الدم، الخوف من الدم: صنف الإصابات-الحقن-الدم، الخوف من الحقن وعمليات نقل الدم F40.231؛ صنف الإصابات-الحقن-الدم، الخوف من المعالجة الطبية: F40.232؛ نوع الإصابات-الحقن-الدم، الخوف من الإصابات: F40.233؛ النوع الظرفي: F40.248؛ أنواع أخرى: F40.298

الرهاب النوعي	
لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## الرهاب النوعي

لقد ذكرت أنك تخاف أو تتجنب أشياء معينة، ما هي هذا الأشياء؟

الوصف:

---

---

هل تشعر بالخوف في كل مرة تواجهه أو من الممكن أن تواجه الموقف أو الشيء الذي يسبب لك الخوف؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل يحدث الخوف على الفور، عندما تواجهه (... ) أو بمجرد أن تعرف، أنك ستواجهه (... )؟

على الفور \_\_\_\_\_ لاحق \_\_\_\_\_

## اضطراب القلق المعمم (F41.1)

السمة الرئيسية:	قلق ومخاوف دائمة أو مفرطة والتي يبدو أنه من الصعب السيطرة عليها بشكل ذاتي.
المدة:	6 أشهر على الأقل
المدى:	يتعلق باثنين من مجالات الحياة على الأقل (مثل العمل، الشؤون المالية، الحياة الزوجية)، (أو مجال واحد، إذا كان هناك قلق شديد/متكرر بشكل عام)
الأعراض:	على الأقل 3 من الأعراض المذكورة جانباً، منها واحدة على الأقل مستمرة خلال الجزء الأكبر من 6 أشهر.
هام:	القلق ليس بسبب اضطرابات أخرى (خاصة الاكتئاب الشديد، اضطراب الهلع، الرهاب الاجتماعي، اضطراب الوسواس القهري)

اضطراب القلق المعمم		
لا	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الخوف والقلق المفرط حول أحداث/مجالات متعددة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صعوبات في السيطرة على المخاوف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يرتبط القلق/المخاوف بـ 3 أعراض على الأقل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المدة: على الأقل 6 أشهر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	معاناة أو إعاقات

## اضطراب القلق المعمم

كنت قد ذكرت أنك تشعر بقلق مفرط، عن ماذا تشعر بالقلق؟

الوصف:

في حال كانت المخاوف تتعلق بمجال واحد فقط:

هل أنت شخص يقلق في كثير من الأحيان أو يقلق أيضاً حول أشياء صغيرة؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل تواجه صعوبات في السيطرة على هذه المخاوف؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل تعاني في كثير من الأحيان من الأعراض التالية:

(1) التملل؟

\_\_\_\_\_

(2) التعب بسهولة؟

\_\_\_\_\_

(3) صعوبات في التركيز بسبب المخاوف/القلق؟

\_\_\_\_\_

(4) سرعة الغضب؟

\_\_\_\_\_

(5) توتر مستمر؟

\_\_\_\_\_

(6) اضطرابات في النوم؟

\_\_\_\_\_



## فحص: طيف المزاج

سأطرح عليك الآن بعض الأسئلة حول المزاج المتقلب أو المطول، هل كان هناك أوقات حيث....

نوبة هوسية: ... شعرت لمدة أسبوع على الأقل بحماس شديد جداً أو بسرعة الانفعال؟ هل يحدث هذا في الوقت الحالي؟  
نعم (ح/س) لا  
ص 18

نوبة تحت هوسية: ... شعرت لمدة أربعة أيام على الأقل بأنك متحمس أو سريع الانفعال بشكل أعلى من المستوى المعتاد؟ هل هذا يحدث في الوقت الحالي؟  
نعم (ح/س) لا  
ص 18

الاكتئاب الشديد: ... شعرت لمدة أسبوعين باكتئاب شديد، حزن، يأس، أو أنك لا تملك أي اهتمام بالأشياء الممتعة؟ هل هذا يحدث في الوقت الحالي؟  
نعم (ح/س) لا  
ص 20

اضطراب الاكتئاب المستمر: ... شعرت لمدة طويلة (سنتان على الأقل) أغلب الوقت بأنه مزاجك منخفض أو أنك حزين؟ هل هذا يحدث في الوقت الحالي؟  
نعم (ح/س) لا  
ص 22

في حال لا، تابع إلى فحص: طيف الوسواس القهري (صفحة 24)

### منحنى مسار المزاج:

ضع علامة بداية للأحداث الحياتية المهمة (مثل ولادة طفل، فقدان وظيفة، موت شخص مقرب، علاقة جديدة) على محور المسار مع تاريخ السنة والشهر. بعد ذلك إدخال مسار المزاج (الاكتئاب، الهوس الخفيف) كمنحنى. هنا المنطقة الرمادية مخصصة لتقلبات المزاج الطبيعية.





## نوبات هوسية/تحت هوسية

هل كنت شعرت أثناء الوقت، الذي كان فيه مزاجك مرتفع للغاية، أو كنت فيه سريع الانفعال بأشياء مثل...

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

... الشعور بأنك شخص لديه قدرات خاصة؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

... الشعور بأنه يكفيك نوم أقل من المعتاد؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

... الشعور بأنك تتحدث أكثر من المعتاد؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

... الشعور بأنك مليء بالأفكار الجديدة؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

... سهولة التشتت؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

... أنشطة غير اعتيادية أو فقدان للهدوء؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

... أنشطة جنسية غير اعتيادية بالنسبة لك، تسوق مفرط، أو أنشطة مفرطة أخرى؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل عرضت نفسك أو الآخرين في هذا الوقت لصعوبات جدية أو تم تحويلك للمستشفى؟

المدة \_\_\_\_\_

كم مدة استمرار هذه الأعراض (الأيام)؟

هل تعرضت في حياتك لأحداث خاصة مباشرة قبل شعورك بهذا النحو والتي من الممكن أن تفسر حالتك؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

الوصف:

## الاكتئاب الشديد (F32.xx; F33.xx)

**السمة الرئيسية:** مزاج اكتئابي أو فقدان هائل للاهتمام (لا يوجد مسببات خارجية أو رد فعل مفرط بشكل واضح)  
**هام:** استكشف الرغبة بالانتحار  
**المسار:** في الغالب نوبات، عادة قصيرة نوعاً ما، شديدة  
**المعيار الزمني:** الأعراض لا تقل عن أسبوعين، تقريباً كل يوم، لمعظم اليوم  
**التشخيص التفريقي:** في اضطراب الاكتئاب المستمر مرحلة المزاج الاكتئابي أطول ولكن أقل كثافة، فقدان الاهتمام والتنبط النفسي الحركي ليست أعراض متعلقة، ولكن اليأس وتقدير الذات المنخفض  
**ترميزات:** نوبة واحدة: F32.0 درجة متوسطة؛ F32.1 درجة شديدة؛ F32.2 مع سمات ذهانية؛ F32.3؛ هدأة جزئية؛ F32.4؛ هدأة كاملة؛ F32.5؛ F32.9: NNB

### اكتئاب مستمر:

درجة خفيفة: F33.0 درجة متوسطة؛ F33.1 درجة شديدة؛ F33.2 مع سمات ذهانية؛ F33.3؛ هدأة جزئية: F33.4؛ هدأة كاملة؛ F33.42؛ F33.9: NNB

الاكتئاب الشديد		
لا	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	على الأقل 5 أعراض، وإما (1) مزاج اكتئابي أو (2) فقدان الاهتمام/المتعة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المدة: على الأقل أسبوعين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	معاناة أو إعاقات

## الاكتئاب الشديد

إذا كان هناك مزاج اكتئابي أو فقدان الاهتمام:

أي من الشكاوى التالية انطبقت عليك خلال الوقت الذي كنت فيه تشعر بالحزن أو بفقدان الاهتمام؟

- ... هل تغير وزنك أو شهيتك بشكل كبير؟  
نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_
- ... هل تغير نومك؟  
نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_
- .. هل كنت غير قادر على الجلوس بهدوء أو شعرت ببطء شديد؟ (فقط اكتئاب شديد)  
نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_
- ... هل كنت دائماً متعباً أو بدون طاقة؟  
نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_
- ... هل فكرت بطريقة سيئة عن نفسك أو شعرت بالذنب؟  
نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_
- ... هل واجهت مشاكل في اتخاذ القرارات أو التركيز؟  
نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_
- ... هل شعرت باليأس وشعرت أن كل شيء صعب؟  
نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_
- ... هل فكرت بالموت أو في إيذاء نفسك؟  
نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

... ما هي المدة التي استمرت فيها هذه الأعراض؟ هل كان هناك انقطاع؟

الوصف:

هل كان هناك الكثير من هذه الفترات؟  
نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

إذا كان هناك بالإضافة إلى الاكتئاب نوبات هوسية/تحت الهوسية، يتم تشخيص اضطراب ثنائي القطب II/I

### اضطراب الاكتئاب المستمر (F34.1)

السمة الرئيسية: مزاج اكتئابي طويل (لا يوجد أسباب أو أسباب خارجية غير كافية)  
هام: استكشف الرغبة بالانتحار  
المسار: مراحل طويلة ولكن ليس بالضرورة شديدة  
معيار الوقت: الأعراض على الأقل لمدة سنتان في معظم الأيام، شهرين على الأكثر خاليين من الشكاوى  
التشخيص التفريقي: في اضطراب الاكتئاب الشديد مراحل قصيرة (لكن شديدة)، فقدان الاهتمام والتثبط النفسي الحركي  
أعراض خاصة، لكن ليس اليأس.

لا	نعم	اضطراب الاكتئاب المستمر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مزاج اكتئابي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عرضين على الأقل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدم الخلو من الأعراض لأكثر من شهرين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يمكن لمعايير الاكتئاب الشديد أن تتواجد باستمرار لمدة سنتين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المدة: على الأقل سنتان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	معاناة أو إعاقات

## اضطراب الاكتئاب المستمر

نعم — لا —

هل كان هناك مراحل لم تكن بها تشعر بالاكتئاب؟

كم استمرت الفترة الزمنية التي لم تكن تشعر بها بأنك مكتئب أو فاقد للاهتمام؟

الوصف:

---

---

في حال < شهرين، تحقق من وجود اكتئاب شديد متكرر



## فحص: طيف الوسواس القهري

سأطرح عليك الآن بعض الأسئلة حول الأفكار أو السلوكيات التي تحدث بشكل متكرر، هل كان هناك وقت عانيت فيه من ...

أفكار قهرية:	... تخيلات، اندفاعات أو أفكار غير مريحة، أو ربما غير منطقية، التي تحدث فجأة أو بشكل متكرر وتسبب الخوف أو ترهقك؟ هل يحدث هذا في الوقت الحالي؟
	نعم (ح/س) _____ لا _____ ص 26
سلوكيات قهرية:	... شعرت برغبة ملحة لإعادة سلوكيات أو عمليات التفكير، (مثل أداء الصلاة، العد، إعادة الكلمات)؟ هل يحدث هذا في الوقت الحالي؟
	نعم (ح/س) _____ لا _____ ص 26
اضطراب التشوه الجسدي:	... الانشغال بشكل متكرر بجزء واحد أو أكثر من جسمك لأنك نظرت إليها على أنها نقص في مظهرك الجسدي؟ هل يحدث هذا في الوقت الحالي؟
	نعم (ح/س) _____ لا _____ ص 28

في حال لا، تابع للفحص: طيف ما بعد الصدمة (صفحة 30)

## أفكار وسواسية (أفكار، اندفاعات) (F42)

السمة الرئيسية:	مستمرة/متكررة، متطفلة، مزعجة على الأقل في البداية، غير منطقية أو غريبة عن الشخصية. محاولات تجاهل، طقوس «مهدئة»
أمثلة:	أفكار عن إيذاء أو قتل شخص محبوب، ازدراء الدين، الأمراض
التشخيص التفريقي:	اجترار في الاكتئاب الشديد (تطابق بالمزاج، غير تداخلية)، المخاوف في اضطرابات القلق المعمم (قلق «الحياة اليومية»، مثل المسائل المالية، الصحة، الشراكة)
السلوكيات الوسواسية:	متكرر، متعمد، منظم، نمطي، غريبة عن الذات، غير ممتع، منع الكوارث (غير الواقعية)، عدم القيام
السمة الرئيسية:	بالفعل بسبب الانزعاج والقلق
المحتوى الأكثر تكراراً:	التنظيف، السيطرة، العدوان
أمثلة:	الإكثار من غسل اليدين خوفاً من العدوى، أفكار «إيجابية» ضد حادث سيارة للزوج، التحكم المتكرر في الموقد
المسار:	مراحل طويلة ولكن ليس بالضرورة شديدة
الوقت المستهلك:	عادة يستغرق وقتاً طويلاً في الأفكار والأعمال (مثلاً على الأقل ساعة في اليوم)
هام:	التفريق بينه وبين الذهان
حدد ما إذا كان:	متعلق باضطراب العرة ، مع بصيرة جيدة/معقولة، مع فقر البصيرة أو دون البصيرة/ المعتقدات الوهمية

اضطراب الوسواس القهري	
لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## اضطراب الوسواس القهري

ما هو المحتوى والهدف من هذه الأفكار أو السلوكيات؟

الوصف:

---

---

هل تسبب هذه الأفكار أو السلوكيات قلق واضح أو شعور كبير بعدم الارتياح؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

(في حال لا، تابع إلى فحص ما بعد الصدمة)

هل تحاول أن تفعل شيئاً حياًل هذه الأفكار/السلوكيات؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

في حال نعم، أوصفه:

الوصف:

---

---

### اضطراب التشوه الجسمي (F45.22)

سلوكيات أو أفكار متكررة أحياناً متعلقة بنقص جسدي مدرك/ملحوظ	السمة الرئيسية:
السلوكيات: إطالة النظر في المرأة، العناية المفرطة بالجسم، البحث عن الملاحظات، كشط الجلد أو خدشه)، الأفكار: المقارنة مع الآخرين	أمثلة:
إعاقة/معاناة، وأحياناً القيام بالإجراءات الجراحية أو التفكير بها.	هام:
تشوه البنية العضلية، مع بصيرة جيدة/معقولة، مع فقر البصيرة أو دون البصيرة / المعتقدات الوهمية	حدد ما إذا كان:

اضطراب التشوه الجسمي	
نعم	لا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## اضطراب التشوه الجسدي

ما هي أجزاء الجسم والعيوب في مظهرك؟

الوصف:

---

---

كيف تتشغل مع هذه العيوب في المظهر (مثل الإخفاء من الآخرين، البحث عن التأييد، النظر غالباً في المرأة)؟

الوصف:

---

---

هل تسبب هذه الأفكار أو السلوكيات قلق واضح أو شعور كبير بعدم الارتياح؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

في حال لا، تابع لفحص: طيف ما بعد الصدمة (صفحة 30)

هل تحاول أن تفعل شيئاً حياً هذه الأفكار/الإجراءات؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

في حال نعم، أوصفه:

الوصف:

---

---



## فحص: طيف ما بعد الصدمة

### الصدمة النفسية

**الصدمة:** مثل الاغتصاب، جرائم العنف الأخرى، الكوارث الطبيعية، الحوادث، موت شخص مقرب جداً، تفاصيل مروعة (أول المستجيبين في موقع حادث ما)

**المواجهة:** مواجهة مباشرة أو مراقبة تجربة أو تجربة عاشها شخص مقرب (التواجد شخصياً غير ضروري) أو مواجهة عبر وسائل الإعلام (فقط في إطار النشاط المهني)

هل سبق لك أن مررت بحدث مرهق نفسياً للغاية، مهدداً للحياة، أو صادم، أو وجب عليك مشاهدته، وبعد ذلك شعرت بالسوء الشديد؟  
مثل اغتصاب، حادث، جرائم عنف أخرى أو كوارث طبيعية؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل مر شخص مقرب منك بحدث مرهق للغاية، أو صادم، أو أنه كاد ان يموت أو مات بالفعل بطريقة قاسية؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل مررت بالعديد من هذه الأحداث المرهقة أو الصادمة؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل وقع هذا الحدث المُجهِد خلال الأربعة الأسابيع الماضية؟

الوصف: \_\_\_\_\_

إذا وقع حدث من هذه الأحداث خلال الشهر الماضي، تابع إلى اضطراب الكرب الحاد، وخلاف ذلك تابع إلى اضطراب ما بعد الصدمة

في حال عدم المرور بأي حدث صادم، تابع إلى تابع إلى فحص: طيف اضطرابات سلوكيات الأكل (صفحة 36)

## اضطراب الكرب الحاد (F43.0)

السمة الرئيسية:	نمط أعراض محدد كنتيجة لصدمة نفسية هائلة
نمط الأعراض:	خوف/تجنب للمؤشرات المرتبطة بالصدمة، شعور متطفل يمثل إعادة التجربة بشكل متكرر/شديد (كوابيس، أحلام اليقظة، رجوع الذكريات)، مشاعر سلبية وفي نفس الوقت يقظة مرتفعة على الأقل 9 من أصل 14 عرض تبدأ أو تزداد سوءاً بعد آخر حدث صادم
إعاقة:	يجب أن تسبب الأعراض معاناة/إعاقة ذات معنى اكلينيكيًا
المسار:	يتم التشخيص بعد 3 أيام على الأقل وشهر على الأكثر بعد الصدمة
هام:	يمكن للأعراض أن تحدث مباشرة بعد الحدث، ولكن يجب أن تبقى على الأقل حتى اليوم الثالث بعد الحدث.

اضطراب الكرب الحاد	نعم	لا
المرور بتجربة قريبة من الموت/مهدة للحياة/إصابة جديده /عنف جنسي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 أعراض على الأقل من 5 فئات:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التدخلات النفسية المتطفلة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مزاج سلبي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أعراض الانشقاق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أعراض التجنب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أعراض اليقظة المفرطة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
المدة: 3 أيام – شهر واحد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
معاناة أو إعاقات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## اضطراب الكرب الحاد

كيف تعرضت للحدث (حدث لك بشكل شخصي، كنت شاهداً، حدث لشخص مقرب منك، بشكل غير مباشر عبر وسائل الإعلام في إطار النشاط المهني)؟

بشكل شخصي \_\_\_\_\_ شاهد \_\_\_\_\_ شخص مقرب \_\_\_\_\_ غير مباشر \_\_\_\_\_

متى حدث هذا الحدث الصادم وماذا كان؟

الوصف:

---

---

أي من هذه الأشياء التالية تنطبق عليك؟

هل تشعر بعبء شديد عندما يتم تذكيرك بالحدث، أو تحلم به، أو يكون لديك شعور بأنك تمر بالحدث مرة أخرى؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل تشعر باستمرار أنك غير قادر على الشعور بمشاعر إيجابية؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل لديك فجوات في ذاكرتك حول الحدث أو تشعر أحياناً بتغيير في الإدراك لمحيطك أو لنفسك؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل تتجنب أن يتم تذكيرك بالحدث؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل تعاني منذ وقوع الحدث من مشاكل في النوم، غضب، صعوبات في التركيز، يقظة مفرطة، أو فرع؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

متى حدثت هذه الشكاوى (بعد الحدث)؟ \_\_\_\_\_ أيام

إذا لم يكن هناك المزيد من التجارب الصادمة، تابع لفحص: طيف اضطرابات سلوكيات الأكل (صفحة 36)



## اضطراب ما بعد الصدمة

كيف تعرضت للحدث (حدث لك بشكل شخصي، كنت شاهداً، حدث لشخص مقرب منك، بشكل غير مباشر عبر وسائل الإعلام في إطار النشاط المهني)؟

بشكل شخصي \_\_\_\_\_ شاهد \_\_\_\_\_ شخص مقرب \_\_\_\_\_ غير مباشر \_\_\_\_\_

متى حدث هذا الحدث الصادم وماذا كان؟

الوصف: \_\_\_\_\_

أي من هذه الأشياء التالية تنطبق عليك؟

هل تشعر بعبء شديد عندما يتم تذكيرك بالحدث، أو تحلم به، أو يكون لديك شعور بأنك تمر بالحدث مرة أخرى؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل تشعر باستمرار أنك غير قادر على الشعور بمشاعر إيجابية؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل تتجنب أن يتم تذكيرك بالحدث؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل تشعر في الغالب مشاعر أو أفكاراً سلبية عن نفسك نتيجة للحدث أو هل لديك فجوات في ذاكرتك حول الحدث؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل تعاني منذ وقوع الحدث من مشاكل في النوم، غضب، صعوبات في التركيز، بقطة مفرطة، أو فرح؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل استمرت هذه الشكاوى على الأقل شهر واحد؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_



## فحص: طيف اضطرابات سلوكيات الأكل

**نقص الوزن الواضح:** وزن الجسم أقل ب 15% من المتوقع وفقاً لمؤشر كتلة الجسم (BMI)  
**مؤشر كتلة الجسم (BMI):** وزن الجسم (كغ) مقسوماً على مربع الطول (م<sup>2</sup>) ، هذا يعني BMI=كغ/م<sup>2</sup>

قاعدة عامة لتفسير قيم مؤشر كتلة الجسم

17 >	بالتأكيد قهمي
17-18.49	نقص الوزن (ممكن أن يكون قهمي)
18.5-24.99	وزن طبيعي
25-29.99	وزن زائد
30-34.9	بدانة درجة I
35-39.9	بدانة درجة II
40 ≤	بدانة درجة III

الآن سأطرح عليك بعض الأسئلة عن وزنك

كم هو طولك وكم هو وزنك؟

(في حالة الاشتباه باضطراب الأكل، تحقق من الوزن بموضوعية)

ما هو أدنى وزن وأعلى وزن كان لديك في سن الرشد؟

**القهم العصبي:** هل فقدت مؤخراً الكثير من الوزن أو تعمدت أكل القليل لفقدان الوزن؟ هل حدث هذا في الماضي؟

نعم (ح/س) \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

ص 38

**القهم العصبي/النهام العصبي:** هل لديك خوف كبير من أن تكون أو أن تصبح سميناً، أو هل أنت قلق بشأن شكلك أو وزنك؟ هل حدث هذا في الماضي؟

نعم (ح/س) \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

ص 40/38

**القهم العصبي/النهام العصبي/نهم الطعام:** هل تمر بمراحل من الجوع الشديد أو الأكل بنهم، أي أنك تأكل كثيراً في وقت قصير جداً؟ هل حدث هذا في الماضي؟

نعم (ح/س) \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

ص 40/38

**في حال لا، تابع لفحص: اضطراب العرض الجسدي (ص 42)**

**التشخيص التفريقي للقهم العصبي/النهام العصبي:** عندما يتزامن الأكل بنهم مع القهم العصبي، عندها لا يتم إعطاء أي تشخيص إضافي للنهام العصبي. يمكن إعطاء كلا التشخيصين معاً في حال لم يتداخلوا زمنياً تماماً.

**التشخيص التفريقي للنهام العصبي/نهم الطعام:** في النهام العصبي يتم اتخاذ تدابير تعويضية بعد الأكل بنهم (ممكناً أحياناً في بعض الحميات)، نهم الطعام: يوجد معاناة أكثر.

**نهم الطعام:** الأكل بنهم مرتبط بتناول كمية من الطعام في فترة من الزمن والتي تكون أكبر من الكمية التي يتناولها معظم الناس خلال هذه الفترة. أثناء الأكل بنهم يكون هناك الشعور بفقدان السيطرة على سلوك الأكل هذا.

### القهم العصبي (F50.0x)

<p>انخفاض وزن الجسم بشكل ملحوظ أو زيادة الوزن مقيدة فيما يتعلق باحتياجات الجسد للطاقة مما يؤدي إلى انخفاض كبير في وزن الجسم</p> <p>الخوف المفرط من أن البدانة، انحراف شديد للمعتقدات حول شكل الجسد (البدانة مع أن نقص الوزن واضح)</p> <p>الرياضة المبالغ بها، تعاطي المسهلات أو مثبطات الشهية، غالباً دون بصيرة للمرض أو الميل إلى الإنكار</p> <p>أكثر شيوعاً بكثير بين النساء</p> <p><b>الصنف المقيد (F50.01):</b> خلال الثلاث أشهر الأخيرة من القهم العصبي لم يكن لدى الشخص أي نهم للطعام أو لم يظهر سلوك التعويض (هذا يعني التقبُّ الذاتي أو تعاطي المسهلات أو مدرات البول أو الحقن الشرجية)</p> <p><b>صنف النهم/التعويض (F50.02):</b> خلال الثلاثة أشهر الأخيرة من القهم العصبي كان لدى الشخص سلوك الأكل بنهم أو سلوك التعويض (هذا يعني التقبُّ الذاتي أو تعاطي المسهلات أو مدرات البول أو الحقن الشرجية)</p> <p><b>هدأة جزئية:</b> بعد استيفاء جميع معايير الاضطراب، تم استيفاء فقط الخوف من زيادة الوزن وانحراف المعتقدات حول شكل الجسد</p> <p><b>هدأة كاملة:</b> بعد استيفاء جميع معايير الاضطراب، لا يتم استيفاء أي معايير أخرى للاضطراب</p> <p><b>درجة الشدة:</b> خفيفة (BMI 17-18.49 كغ/م<sup>2</sup>)، متوسطة (BMI 16-16.99 كغ/م<sup>2</sup>)، شديدة (BMI 15-15.99 كغ/م<sup>2</sup>)، حد أقصى (BMI &gt;15 كغ/م<sup>2</sup>)</p>	<p><b>السمة الرئيسية:</b></p> <p><b>ضروري:</b></p> <p><b>غالباً:</b></p> <p><b>الصنف:</b></p> <p><b>حدد ما إذا كان:</b></p>
--	---

القهم العصبي		
نعم	لا	تناول السرعات الحرارية بشكل مقيد مع انخفاض وزن الجسم بشكل ملحوظ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الخوف الشديد من زيادة الوزن/منع زيادة الوزن



القهم العصبي

هل تفعل أي شيء للحد من زيادة الوزن؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

الوصف:

---

---

هل تشعر بأن جسدك سمين بشكل عام أو بأن أجزاء معينة منه سميكة؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل وزنك أو مظهرك مهم لقيمة ذاتك؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

## النهام العصبي (F50.2)

السمة الرئيسية:	نهم الطعام بتكرر مع فقدان السيطرة الذاتية. مخاوف مستمرة فيما يخص المظهر/الوزن
التدابير المضادة:	تقيؤ، صيام، مسهلات، مثبطات الشهية
معايير التكرار:	على الأقل لمدة 3 أشهر، على الأقل الأكل بنهم مرة بالأسبوع
نقص الوزن:	على عكس القهم العصبي غير ضروري
حدد ما إذا كان:	مزاج اكتئابي في كثير من الأحيان، الاخفاء بسبب الحرج، تصيب النساء بشكل خاص
	هدأة جزئية: بعد استيفاء جميع معايير الاضطراب، يتم استيفاء جزء واحد منها فقط
	هدأة كاملة: بعد استيفاء جميع معايير الاضطراب، لا يتم استيفاء أي معايير أخرى للاضطراب
	درجة الشدة: خفيفة (1-3 نوبات بالأسبوع)، متوسطة (4-7 نوبات بالأسبوع)، شديدة (8-13 نوبات بالأسبوع)، حد أقصى (14 نوبة أو أكثر بالأسبوع)

## اضطراب نهم الطعام

السمة الرئيسية:	نهم الطعم بتكرر مع فقدان السيطرة الذاتية
معايير التكرار:	على الأقل لمدة 3 أشهر، على الأقل الأكل بنهم مرة بالأسبوع
ضروري:	الأكل بسرعة، الشعور بالامتلاء، الأكل بعد الشبع، تناول الطعام على انفراد بسبب الشعور بالحرج، مشاعر سلبية بسبب الأكل بنهم
هام:	لا يوجد سلوكيات تعويضية
حدد ما إذا كان:	هدأة جزئية: بعد استيفاء جميع معايير الاضطراب، يتم استيفاء الآن أقل من مرة في الأسبوع من سلوك نهم الطعام
	هدأة كاملة: بعد استيفاء جميع معايير الاضطراب، لا يتم استيفاء أي معايير أخرى للاضطراب
	درجة الشدة: خفيفة (1-3 نوبات بالأسبوع)، متوسطة (4-7 نوبات بالأسبوع)، شديدة (8-13 نوبات بالأسبوع)، حد أقصى (14 نوبة أو أكثر بالأسبوع)

النهام العصبي	
لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

اضطراب نهم الطعام	
لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	معاناة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المدّة: على الأقلّ مرة في الأسبوع، على الأقلّ لـ3 أشهر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لا يوجد تدابير تعويضية

### النهام العصبي/اضطراب نهم الطعام

هل لديك الشعور خلال نهم الطعام بأنك لا تستطيع السيطرة على نفسك؟

\_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا

هل قمت لديك بنهم الطعام على الأقلّ مرة أسبوعياً لمدة 3 أشهر؟

\_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا

هل فعلت شيئاً لكي لا يزداد وزنك بسبب سلوك الأكل بنهم؟

\_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ لا

في حال نعم: النهام العصبي؛ في حال لا: اضطراب نهم للطعام



## فحص: العرض الجسدي

معلومات عامة عن العرض الجسدي والاضطرابات المرتبطة به

الرعاية السابقة: المرضى الذين لديهم اضطرابات في مجال هذا الاضطراب يكونوا في الغالب يتلقون رعاية طبية، لكن نادراً ما يكونوا يتلقون رعاية طبية نفسية أو علاج نفسي.  
توضيح العوامل المسببة للمرض: ليس من الضروري دائماً استبعاد أي تأثير للعوامل المسببة للمرض. ومن الممكن ان لا ترتبط الشكاوى بشكل مناسب وموضوعي مع العوامل المسببة للمرض.

هل لديك في الوقت الحالي شكاوى أو أمراض جسدية؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

الوصف: \_\_\_\_\_

أود الآن أن أطرح عليك بعض الأسئلة حول حالتك الجسدية:

اضطراب العرض الجسدي: هل لديك الكثير من المشاكل الجسدية؟ هل حدث هذا في الماضي؟  
نعم (ح/س) \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
ص 44

اضطراب القلق من المرض: هل تخاف في كثير من الأحيان من أن يكون لديك أو أن تصاب بمرض خطير؟ هل حدث هذا في الماضي؟

نعم (ح/س) \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
ص 46

في حال لا، تابع لفحص طيف الإدمان (صفحة 48)

في حال تواجد شكاوى جسدية وقلق من المرض ، يجب تشخيص اضطراب العرض الجسدي.

### اضطراب العرض الجسدي (F45.1)

وجود واحدة أو أكثر من الشكاوى الجسدية المرهقة نفسياً أو المعيقة في الحياة اليومية	السمة الرئيسية:
على الأقل عرض من الأعراض الثلاثة المذكورة في الأسفل	ضروري:
عادةً أكثر من 6 أشهر (الأعراض الجسدية من الممكن أن تتغير)	المدة:
تتواجد هذه الأعراض أيضاً دون أن تكون مرتبطة بمسببات الأمراض الطبية، عند سؤالهم مباشرة حول المعاناة منها، ينسب بعض المصابين ذلك إلى أسباب أخرى غير المشاكل الجسدية.	هام:
استخدام مرتفع للرعاية الطبية	غالباً:
اضطراب القلق من المرض: أعراض المرض الجسدية يجب أن تتواجد	التشخيص التفريقي:
مع ألم سطحي: أعراض المعاناة الجسدية تسبب الألم في المقام الأول	حدد ما إذا كان:
مزمن: أعراض شديدة مع إعاقة شديدة ومدة طويلة (أكثر من 6 أشهر)	
درجة الشدة: خفيفة (عرض واحد فقط)، متوسطة (عرضين أو أكثر)، شديدة (عرضين أو أكثر وعرض جسدي شديد أو شكاوى جسدية متعددة)	

اضطراب العرض الجسدي	
لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## اضطراب العرض الجسدي

هل غيرت أسلوب حياتك أو تناولت الأدوية بسبب المشاكل الجسدية؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل الأشياء التالية صحيحة فيما يتعلق بمشاكلك الجسدية؟

... هل غالبا ما تقلق بشأن معنى هذه المشاكل الجسدية؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

... هل أنت قلق حول صحتك بسبب هذه المشاكل؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

... هل تستهلك الكثير من الطاقة أو تقضي الكثير من الوقت في التعامل مع المشاكل الجسدية أو القلق حولها؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

في حال نعم، أوصف:

الوصف: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

هل استمرت هذه الشكاوى على الأقل 6 أشهر؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

## اضطراب القلق من المرض (F45.21)

السمة الرئيسية:	قناعات/مخاوف قوية، غير واقعية، بالإصابة بواحد (أو أكثر) من الأمراض الجسدية الشديدة
ضروري:	خوف قوي والشعور بعدم الاطمئنان حول الصحة، السلوكيات المفرطة المتعلقة بالصحة = (مثل سلوك الفحص) أو التجنب المعيق (مثل المستشفيات، الأطباء، أو الأشخاص المرضى)
التفسيرات:	تفسير الأحاسيس الجسدية أو الأعراض كعلامات للمرض أو إثباتات
القناعة:	أيضاً عن طريق الفحص الطبي الدقيق لا يمكن القضاء عليها بشكل دائم
بالمرض:	انشغال مزمن بالجسم
الانشغال:	في الغالب مزمن، نوع مخاوف المرض من الممكن أن تتغير
المسار:	اضطراب العرض الجسدي: باضطراب القلق من المرض لا يُسمح للأعراض الجسدية أن تتواجد أو فقط إلى حد قليل. الانشغال بمرض شديد يكون في مركز الاهتمام وليس بالأعراض؛ ليس مرض عام ولكن مرض كارثي واحد (مثل السرطان، الإيدز)
التشخيص التفريقي:	نمط الباحث: بالغالب سعي متكرر للتدابير الطبية أو الفحوصات
حدد ما إذا كان:	نمط المتجنب: يتم تجنب التدابير الطبية إلى أقصى حد ممكن

لا	نعم	اضطراب القلق المرض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الانشغال بمرض جسدي شديد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لا يوجد أعراض جسدية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قلق حول الصحة

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### اضطراب القلق من المرض

منذ متى تخاف أو تعتقد أنك تعاني من مرض جسدي شديد وما هو المرض؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

الوصف: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

هل تزور الأطباء كثيراً بسبب هذه المخاوف؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل تتجنب الأطباء أو المستشفيات أو المرضى، لأن التواصل معهم قد يزيد مخاوفك/قناعاتك سوءاً ، أو أنك تخاف من خطر ما؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل تكرر بشكل دائم القيام بسلوكيات معينة متعلقة بقلقك لكي تُهدئ من نفسك (مثل التفحص، طمأنة النفس ، تمعن النظر في المرأة، البحث على الانترنت)

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

إذا نعم، اوصفها:

الوصف: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### فحص: طيف الإدمان

اضطراب تعاطي المخدرات: هل تأخذ أي شيء للتأثير على مزاجك؟ أقصد أشياء مثل الكحول أو الأدوية أو أيضاً المخدرات غير القانونية مثل الكوكايين؟ هل حدث هذا في الماضي؟

نعم (ح/س) \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
ص 50

إدمان المقامرة: هل تلعب في كثير من الأحيان مقابل المال مثل البوكر، على آلات القمار، أو في المراهنات الرياضية؟ هل حدث هذا في الماضي؟

نعم (ح/س) \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
ص 52

إدمان ألعاب الانترنت: هل تلعب في كثير من الأحيان ولوقت طويل ألعاب الكمبيوتر على الانترنت؟ هل حدث هذا من قبل؟

نعم (ح/س) \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
ص 54

في حال لا، تابع لفحص طيف اضطرابات النوم (صفحة 56)

## اضطراب تعاطي المخدرات (F1x.xx)

السمة الرئيسية:	تعاطي المخدرات الإشكالي والذي يؤدي إلى إعاقات أو معاناة واضحة
ضروري:	على الأقل عرضين
المدة:	على الأقل 12 شهراً
هام:	بسبب الاختلافات الجسدية المتعلقة بالجنس ، فالنساء أكثر عرضة للعواقب الجسدية للتعاطي (خاصة مع الكحول).
غالباً:	الرجال لديهم معدلات أعلى من اضطرابات تعاطي الكحول، والنساء لديهم معدلاً أعلى من اضطرابات تعاطي الأدوية (المهدئات، المنومات، مضادات القلق)
ملاحظة:	يمكن العثور على أعراض الامتناع المحددة لكل مادة في DSM5 من الصفحة 661
حدد ما إذا كان:	في هدأة سابقة: بعد أن تُستوفى كل المعايير، لن تُستوفى لمدة 3 أشهر على الأقل، لكن ليس أكثر من 12 شهراً (باستثناء الشهوة أو الرغبة في التعاطي)
	في هدأة مستمرة: بعد أن تُستوفى كل المعايير، لن تُستوفى على مدى فترة 12 شهراً أو أكثر (باستثناء الشهوة أو الرغبة في التعاطي)
الترميزات:	في البيئة المسيطرة: المرء لا يتعاطى بسبب البيئة المحمية (الإقامة المحمية داخل المستشفى)
	المواد:
	الكحول: F10.xxx؛ المواد الأفيونية: F12.xxx؛ المهدئات، المنومات، مضاد القلق: F13.xxx؛ المنشطات: F14.xxx؛ الكافيين: F15.xxx؛ المهلوسات: F16.xxx؛ المستنشقات: F18.xxx؛ مواد أخرى: F19.xxx
	درجة الشدة:
	خفيفة: F1x.10؛ متوسطة: F1x.20؛ شديدة: F1x.30
	ترميزات أخرى:
	امتناع الكحول مع اضطرابات بالإدراك: F10.239؛ انسحاب الكحول دون اضطرابات بالإدراك: F10.232

اضطراب تعاطي المخدرات	نعم	لا
أعراض جسدية/سلوكية/ادراكية خاصة واستمرار التعاطي رغم المشاكل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### اضطراب تعاطي المخدرات

هل تشرب الكحول بشكل منتظم حالياً؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

في حال نعم، تحديد النوع والجرعة ومدة التعاطي

الوصف: \_\_\_\_\_

هل تتناول أي أدوية بشكل منتظم حالياً؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

في حال نعم: تحديد النوع والجرعة ومدة التعاطي

الوصف: \_\_\_\_\_

هل تتناول أيًا من المخدرات بشكل منتظم حالياً؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

في حال نعم: تحديد النوع والجرعة ومدة التعاطي

هل تنطبق الأشياء التالية على استهلاكك (الكحول/الأدوية/المخدرات)؟  
هل تأخذ المادة أكثر أو أطول من المقصود أو هل حاولت دون جدوى التوقف عن الاستخدام أو تقليله؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل تقضي الكثير من الوقت في تعاطي المخدرات، الحصول عليها أو التعافي من آثارها؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل تشعر بالرغبة/الشهوة للمادة؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل لديك صراعات (مهنية أو خاصة) بسبب التعاطي أو هل أهملت أنشطة أو أشخاص مهمين؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل سبق وكنّت في خطر بسبب تعاطي المواد؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل تستمر في استخدام المادة على الرغم من أنك تعرف أنها تسبب مشاكل جسدية أو نفسية؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل تحتاج إلى أن تستهلك أكثر من قبل لتكون (سكران / مننشي / خالي من الخوف...)?

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل تشعر بأي مشاكل جسدية عند محاولة التوقف عن التعاطي، أو هل تأخذ أي شيء آخر للحد من هذه المشاكل؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل تناولت المادة خلال فترة لا تقل عن 12 شهراً و هل شعرت بالأعراض الموضحة لك خلال هذا الوقت؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

في حال كان هناك مؤشرات لاضطراب تعاطي المخدرات، اذكر المادة:

## إدمان المقامرة (F63.0)

السمة الرئيسية:	سلوك المقامرة اشكالي متكرر ومستمر ومُجهَد نفسياً
ضروري:	على الأقل 4 من 9 أعراض
المدة:	على الأقل 12 شهراً
هام:	سلوك المقامرة الاشكالي يمكن أن يحدث أيضاً في إطار نوبات هوسية
غالباً:	مخاوف ومشكلات اجتماعية ومالية، تحدث للرجال أكثر، اختلافات بين الجنسين في نوع لعبة القمار (الرجال أكثر أوراق الشدة، الرياضة، سباق الخيل، النساء أكثر آلات لعب القمار و البنجو)
التشخيص التفريقي:	نوبات الهوس: عندما يوجد سلوك المقامرة الإشكالي حصراً أثناء تقلبات المزاج
حدد ما إذا كان:	عرضي: عند وجود جميع الأعراض لأكثر من نوبة واحدة، تنخفض الأعراض بين النوبات لبضعة أشهر على الأقل
	مستمر: يتم استيفاء معايير الاضطراب على مدى عدة سنوات
	في هدأة مبكرة: بعد أن تُستوفى كل المعايير، لن تُستوفى لمدة 3 أشهر على الأقل، لكن ليس أكثر من 12 شهراً
	في هدأة مستمرة: بعد أن تُستوفى كل المعايير، لن تُستوفى على مدى فترة 12 شهراً أو أكثر
	درجة الشدة: خفيفة (4-5 أعراض)، متوسطة (6-7 أعراض)، شديدة (8-9 أعراض)

إدمان المقامرة		لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

سلوك مقامرة اشكالي متكرر ومستمر ويؤدي إلى إعاقات أو معاناة نفسية، على الأقل 4 أعراض  
نمط مرضي من السلوكيات (على أقل 2)  
المدة: على الأقل 12 شهر

### إدمان المقامرة

هل تنطبق هذه الأشياء التالية على سلوكك بالمقامرة؟

... هل تفكر كثيراً في المقامرة؟

\_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ نعم

... هل تلعب دائماً بمبالغ أعلى للوصول إلى الربح المرغوب أو للتعويض عن الخسائر؟

\_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ نعم

... هل سبق لك أن حاولت تقليل / التحكم في سلوكك بالمقامرة أو كنت قلقاً / عصبياً عندما فكرت في التقليل؟

\_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ نعم

... هل تكذب على الآخرين بشأن قيامك بالمقامرة أو هل سبق لك بهذا السبب أن تجادلت مع الآخرين؟

\_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ نعم

\_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ نعم

... هل تلعب لكي تتعامل بشكل أفضل مع مشاعرك المسببة للتوتر؟

\_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ نعم

... هل تكذب على الآخرين بشأن سلوك المقامرة لديك؟

\_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ نعم

... هل تعتقد أن قيامك بالمقامرة يمكن أن يؤدي إلى صعوبات مالية؟

\_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ نعم

... هل كنت تقوم بالمقامرة وتمر بأعراضه الموضحة لمدة 12 شهراً على الأقل؟

## إدمان ألعاب الإنترنت

السمة الرئيسية:	الاستخدام الواضح والمتكرر والمستمر لألعاب الإنترنت
ضروري:	على الأقل 5 من 9 أعراض
المدة:	على الأقل 12 شهراً
حدد ما إذا كان:	درجة الشدة: خفيفة (استيفاء أعراض أقل وأخف، وإعاقة أقل)، متوسطة (أعراض واضحة، القيام بالعب لساعات، إعاقات واضحة في العلاقات الاجتماعية أو العمل أو المدرسة)، شديدة (أعراض واضحة أشد وأصعب ، القيام باللعب لساعات كثيرة، إعاقات شديدة في العلاقات الاجتماعية أو العمل أو المدرسة)

إدمان ألعاب الإنترنت	
لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

الاستخدام الدائم والمتكرر للإنترنت للعب ويؤدي إلى إعاقات أو معاناة ، على الأقل 5 أعراض

### إدمان ألعاب الإنترنت

هل تنطبق الأشياء التالية على سلوكك باللعب عبر الإنترنت؟

... هل تفكر كثيراً في ألعاب الإنترنت؟

\_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ نعم

... هل تشعر بالسوء عندما لا تستطيع اللعب أو هل تلعب لتتعامل بشكل أفضل مع المشاعر المسببة للتوتر؟

\_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ نعم

... هل تلعب دائماً لفترة أطول أو تواجه مشكلات في التقليل من / التحكم في قيامك باللعب؟

\_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ نعم

... هل لديك صراعات (مهنية أو خاصة) بسبب القيام باللعب أو هل أهملت أنشطة أو أشخاص مهمين؟

\_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ نعم

... هل تكذب على الآخرين حول قيامك باللعب؟

\_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ نعم

... هل كنت تقوم باللعب عبر الإنترنت وتمر بالأعراض الموضحة على مدى فترة من الزمن لا تقل عن 12 شهراً؟

\_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ نعم



### فحص: طيف اضطرابات النوم

أود أن أطرح عليك فقط بعض الأسئلة حول نومك:

أسئلة عامة حول النوم:

هل تذهب للنوم في نفس الوقت بشكل منتظم؟  
متى تذهب عادة إلى الفراش؟  
متى تستيقظ عادة؟  
كم من الوقت تنام عادة في الليلة؟  
وقت النوم الفعال في الليلة (ساعات):

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

الأرق: هل لديك شكاوى مستمرة من سوء النوم؟ هل حدث هذا في الماضي؟  
نعم (ح/س) \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
ص 58

فرط النوم: هل غالبًا ما تكون متعب أو تنام أكثر من المعتاد؟ هل حدث هذا في الماضي؟  
نعم (ح/س) \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_  
ص 60

في حال لا، تابع لفحص التحكم في الاندفاع (صفحة 62)

## **الأرق (F51.01)**

السمة الرئيسية:	عدم الرضا المستمر عن نوعية أو كمية النوم
ضروري:	واحد على الأقل من الأعراض الثلاثة التالية في 3 ليال على الأقل في الأسبوع
المدة:	على الأقل 3 أشهر
هام:	إعاقات أو شكاوى واضحة في المجالات الإدراكية أو الاجتماعية أو المهنية أو في المجالات العملية المهمة الأخرى بسبب مشاكل النوم
غالباً:	النساء أكثر من الرجال، خاصة فيما يتعلق بولادة طفل أو السن الكبير (ملاحظة: تشير الدراسات إلى أن النساء الأكبر سناً لديهن فعالية نوم أفضل)
التشخيص التفريقي:	يمكن أن تحدث مشاكل النوم كجزء من الضغوط اليومية المختلفة، مثل العمل بنظام الورديات متلازمة تلملم الساقين: تحريك الساقين بشكل مُلح وأحاسيس غير مريحة في الساقين اضطراب التنفس خلال النوم: الشخير بصوت عال، التوقف عن التنفس والنعاس الملحوظ خلال اليوم النوم القهري: النعاس الواضح خلال اليوم، الجمود، شلل النوم والهلوسات المرتبطة بالنوم خطل نموي: سلوكيات أو أحداث غير اعتيادية خلال النوم والتي تؤدي إلى انقطاع النوم مع اعتلال مشترك مع اضطراب نفسي آخر غير مرتبط بالنوم: يحدث الأرق مع اضطراب نفسي آخر مع اعتلال مشترك مع اضطراب طبي: يحدث الأرق مع مرض جسدي مع اضطراب نوم آخر: يحدث الأرق مع اضطراب نوم آخر عرضي: تستمر الأعراض لمدة شهر على الأقل ولكن أقل من 3 أشهر مستمر: تستمر الأعراض لمدة 3 أشهر على الأقل متكرر: على الأقل نوبتان خلال نفس العام
حدد ما إذا كان:	

الأرق	نعم	لا
عدم الرضا عن نوعية أو كمية النوم، على الأقل عرض واحد	[ ]	[ ]
معاناة أو إعاقات	[ ]	[ ]
المدة: على الأقل 3 ليالي في الأسبوع، على الأقل 3 أشهر	[ ]	[ ]
على الرغم من فرصة كافية للنوم	[ ]	[ ]

### الأرق

هل تنطبق عليك الأشياء التالية فيما يتعلق بمشاكلك في النوم؟

... هل تستصعب أن تغفو بشكل سهل؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

... هل لديك مشاكل في الاستمرار بالنوم؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

... هل تستيقظ في الصباح الباكر، دون أن تستطيع أن تغفو مرة أخرى؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

ليالي/الأسبوع: \_\_\_\_\_

كم مرة في الأسبوع تعاني من هذه المشاكل في النوم؟

أشهر: \_\_\_\_\_

منذ متى وأنت تعاني من هذه المشاكل في النوم؟

## فرط النوم (F51.11)

السمة الرئيسية:	نعاس واضح مُبلغ عنه ذاتياً، على الرغم من النوم بشكل مستمر مما لا يقل عن 7 ساعات
ضروري:	على الأقل عرض واحد من الأعراض الـ3 التالية في 3 ليالي على الأقل في الأسبوع
المدة:	على الأقل 3 أشهر
هام:	إعاقات أو شكاوى واضحة في المجالات الإدراكية أو الاجتماعية أو المهنية أو في المجالات العملية والمهمة الأخرى بسبب مشاكل النوم
التشخيص التفريقي:	يمكن أن تحدث مشاكل النوم كجزء من الضغوط اليومية المختلفة، مثل العمل بنظام الورديات اضطراب التنفس خلال النوم: الشخير بصوت عال، التوقف عن التنفس والنعاس الملحوظ خلال اليوم خلل نمومي: سلوكيات أو أحداث غير اعتيادية خلال النوم والتي تؤدي إلى انقطاع النوم
حدد ما إذا كان:	مع اعتلال مشترك مع اضطراب نفسي آخر غير مرتبط بالنوم: يحدث الأرق مع اضطراب نفسي آخر مع اعتلال مشترك مع اضطراب طبي: يحدث الأرق مع مرض جسدي مع اضطراب نوم آخر: يحدث الأرق مع اضطراب نوم آخر

حاد: أقل من شهر واحد  
تحت الحاد: المدة 1-3 أشهر  
مستمر: المدة أكثر من 3 أشهر

درجة الشدة: خفيفة (مشاكل النوم في 1-2 أيام/الأسبوع)،  
متوسطة (مشاكل النوم ب 2-3 أيام/الأسبوع)،  
شديدة (مشاكل النوم ب 5-7 أيام/الأسبوع)

فرط النوم	
لا	نعم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

النعاس المفرط، على الأقل عرض واحد  
 المدة: على الأقل 3 ليالي في الأسبوع، على الأقل 3 أشهر  
 معاناة أو إعاقات

### فرط النوم

هل تنطبق الأشياء التالية عليك فيما يتعلق بمشاكلك في النوم؟

- ... الغفیان عدة مرات في يوم واحد؟  
 نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_
- ... فترات نوم طويلة لأكثر من 9 ساعات في اليوم دون الشعور بالراحة؟  
 نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_
- ... صعوبات في البقاء مستيقظاً، بعد أن تم إيقاظك؟  
 نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_
- كم مرة في الأسبوع تعاني من مشاكل النوم هذه؟  
 ليالي/الأسبوع \_\_\_\_\_
- منذ متى وأنت تعاني من مشاكل النوم هذه؟  
 أشهر: \_\_\_\_\_



### فحص: التحكم في الاندفاع

هل تشعر بشكل متكرر بالحاجة الملحة أو الدافع أو الرغبة أو المحاولة بالقيام بتصرفات معينة قد تكون ضارة لك أو للآخرين (مثل إشعال النار أو السرقة أو الشراء باندفاع)؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

قبل القيام بهذه التصرفات ، هل تشعر بالتوتر أو الإثارة المتزايدة؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل تشعر بالمتعة أو الرضا أو الاسترخاء أثناء القيام بهذه التصرفات؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_



### فحص: اضطراب العجز الجنسي

هل لديك مشاكل أو صعوبات في حياتك الجنسية؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

#### في حال لا، تابع إلى فحص الذهان (ص 66)

- أي من الأشياء التالية تنطبق على صعوباتك الجنسية؟
- ... فقدان التخييلات الجنسية أو الرغبة الجنسية؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_
- ... نفور شديد من الاحتكاك الجنسي وتجنبه؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_
- ... عدم القدرة على الوصول إلى استئارة مُرضية أو المحافظة عليها؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_
- ... تأخر أو عدم الوصول إلى النشوة الجنسية بعد الاستئارة؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_
- ... ألم في الأعضاء التناسلية أثناء الجماع؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

#### للرجال:

... قذف مبكر غير مرغوب فيه؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

منذ متى تحدث هذه المشاكل الجنسية:

مدى الحياة \_\_\_\_\_

مُقتنى \_\_\_\_\_

إذا كان مُقتنى، صف:

الوصف: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

إذا كان مُقتنى:

هل حدثت هذه المشاكل بعد تجربة معينة؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

في حال نعم، صف التجربة:

الوصف: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## فحص الذهان

### معلومات عن تشخيص الذهان

من غير الممكن أن يتم التشخيص بشكل كافي للاضطرابات الذهانية من خلال أسئلة الفحص هذه. إذا كانت هناك مؤشرات بناءً على هذه الأسئلة أو سجل معالجة المريض ، فيجب إجراء الأقسام ذات الصلة من مقابلة معدة مناسبة لهذا الغرض (على سبيل المثال: (SKID, Wittchen et al., 1997)

هل كان هناك وقت من قبل حيث مررت بتجربة غريبة أو غير اعتيادية مثل:

... سماع أو رؤية الأشياء والتي لم يلاحظها الآخرون؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

... سماع أصوات أو محادثات في وقت لم يكن فيه أحد من حولك؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

... الشعور بأن هناك شيئاً غريباً يحدث معك مثل أن الناس كانوا يقومون بأشياء لاختبارك أو لإلحاق الأذى بك، لذلك شعرت أنه يتعين عليك أن تكون على أهبة الاستعداد باستمرار؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل واجه الناس صعوبة في فهمك لأن طريقة كلامك كانت مشوشة جداً، أو لأن الطريقة التي تحدثت بها لم تكن منطقية؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

إذا تم الإجابة بنعم على أي من الأسئلة أعلاه ، صِف:

الوصف: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## فحص الانتحار

الآن أود أن أطرح عليك بعض الأسئلة التي تتعلق بالأفكار أو الخطط أو محاولات الانتحار.

هل تفكر في الوقت الحالي بأنك تحبذ أن تكون ميتاً؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

هل فكرت في الانتحار مؤخراً؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

كم مرة تحدث هذه الأفكار (باليوم، بالأسبوع، بالشهر)؟

الوصف: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

هل لديك خطط حول كيفية الانتحار؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

الوصف: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

هل سبق لك أن جربت أشياء (مثل البحث عن مكان مناسب، وضع تحضير، جمع خليط من الأدوية)؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

الوصف: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

هل سبق لك أن أدبت نفسك دون أن تنوي الانتحار؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

الوصف: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

هل سبق لك أن حاولت الانتحار؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

الوصف: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

هل تشعر بأنك قادر على الانتحار (بغض النظر عما إذا كنت قد فكرت مرةً عن الانتحار)؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_



### أسئلة نهائية

هل سبق لك أن عولجت أو دخلت المستشفى بسبب شكاوى عاطفية أو نفسية أو تعاطي الكحول أو المخدرات أو مشاكل مماثلة؟

نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

إذا تم الإجابة بنعم، حدد الفترة الزمنية والتشخيص ونوع المنشأة الطبية والعلاج

الوصف:

---

---

هل هناك أي شيء آخر لم أسأله، لكن يستحق الذكر هنا؟

الوصف:

---

---

ما هي المشكلة الرئيسية التي تسعى للحصول على المساعدة من أجلها؟ ما هو التغيير الرئيسي الذي تريد القيام به؟

الوصف:

---

---

### ملاحظات أخرى / مميزات

---

---

---

---

---

---

**التقييمات والتشخيصات الاكلينيكية (Mini-DIPS Open Access)**

ثديدي	واضح	متوسط	خفيف					
8	7	6	5	4	3	2	1	0
مز عج/معيق بشكل شديد جداً	مز عج/معيق بشكل شديد	مز عج/معيق بشكل واضح						
المدى الاكلينيكي				المدى تحت الاكلينيكي				

**التشخيصات الحالية**

التشخيص الأولي

---

---

التشخيصات الإضافية

---

---

---

---

---

---

**التشخيصات السابقة**

التشخيص

الهدأة

البداية

<hr/>	<hr/>	<hr/>

**مزيد من المعلومات**

---

---

---

---

---

---

---

