

روایی نسخه فارسی مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI) برای تشخیص اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی

چکیده

همایون امینی*^۱

جواد علاقبندار^۱

ونداد شریفی^۱

رزیتا داوری آشتیانی^۲

حسن کاویانی^۳

زهرا شهریور^۱

امیر شعبانی^۳

فریبا عربگل^۲

الهام شیرازی^۴

میترا حکیم شوشتری^۴

۱. مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی

- دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- گروه روانپزشکی و علوم رفتاری -

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳- گروه روانپزشکی - دانشگاه علوم

پزشکی تهران

۴- گروه روانپزشکی - دانشگاه علوم

پزشکی ایران

*نشانی: تهران - خیابان کارگر جنوبی -

بیمارستان روزبه - مرکز تحقیقات روانپزشکی و

روانشناسی

تلفن: ۵۵۴۱۲۲۲۲ شماره: ۵۵۴۱۹۱۱۳

پست الکترونیک: aminihom@sina.tums.ac.ir

زمینه و هدف: مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI) یک مصاحبه کاملاً ساختار یافته و جامع برای ارزیابی اختلالات روانی است که توسط سازمان بهداشت جهانی ابداع گردیده است. مطالعه حاضر با هدف بررسی روایی نسخه فارسی (CIDI) [نسخه کامل و مدول سایکوز/مانیا (شامل بخشهای P و F, G)] در تشخیص اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی (مانیا) صورت گرفت.

روش بررسی: مطالعه در پنج مرکز روانپزشکی شهر تهران در سال ۱۳۸۲ انجام شد. در مجموع ۳۰۷ نفر وارد مطالعه شدند. برای ۲۰۳ نفر نسخه کامل CIDI و برای ۱۰۴ نفر مدول سایکوز/مانیا تکمیل شد. انتخاب نمونه‌ها به شکل نمونه‌گیری در دسترس بود. کلیه افراد پس از کسب رضایت نامه کتبی آگاهانه وارد مطالعه می‌شدند. پرسشگری CIDI توسط کارشناسان یا کارشناسان ارشد روانشناسی بالینی آموزش دیده انجام شد. چک لیست تشخیصی ICD-10 و DSM-IV توسط بالینگران به شکل توافقی تکمیل گردید. پرسش‌گران و بالین‌گران از تشخیص یکدیگر اطلاعی نداشتند. میزان توافق تشخیصی، حساسیت و ویژگی محاسبه شد.

یافته‌ها: حساسیت تشخیصی اسکیزوفرنیا طبق DSM-IV ۰/۱۲ و ویژگی ۰/۹۶ بود (طبق معیار ICD-10 به ترتیب ۰/۱۹ و ۰/۹۲). حساسیت تشخیصی اختلال دوقطبی طبق معیار DSM-IV، ۰/۲۱ و ویژگی ۰/۹۰ بود (طبق معیار ICD-10 به ترتیب ۰/۱۷ و ۰/۸۹) بود. در ضمن حساسیت و ویژگی در مورد مدل سایکوز/مانیا تفاوت بارزی با نسخه کامل نداشت.

نتیجه‌گیری: در مجموع CIDI برای تشخیص‌های اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی از حساسیت پایینی حداقل در محیط‌های بالینی برخوردار است. ولی قوت این ابزار و ویژگی بسیار بالای نسخه فارسی آن برای تشخیص اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی است

کلمات کلیدی: اختلال قطبی، مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی، مانیا، سایکوز، اسکیزوفرنیا، مصاحبه‌های ساختاریافته

مقدمه

محاسن اصلی CIDI قابلیت کاربرد آن توسط یک پرسشگر ساده (غیرمتخصص) و بدون تجربه بالینی است و قضاوت بالینی در مصاحبه ضرورت ندارد. بدلیل شکل کاملاً ساختار یافته آن عوامل مشکل ساز در پایایی مانند واریانس معیار، واریانس اطلاعات، واریانس تفسیر و واریانس مشاهده‌گر به حداقل کاهش می‌یابد.^{۹،۱۰} چند مطالعه پایایی خوب تا عالی CIDI را بین پرسشگران، فرهنگ‌های مختلف و زمان‌های متفاوت نشان داده‌اند^{۱۱-۱۲} ولی در مورد روایی CIDI مطالعات کمتری صورت گرفته است.^{۱۳،۱۴} در این میان روایی مدول سایکوز نیز کمتر مشخص شده است. مطالعاتی در مورد نسخ قبلی مدول سایکوز در Diagnostic Interview Schedule (DIS) نشان دادند که DIS در مقایسه با برخی از استانداردهای بالینی شیوع اسکیزوفرنیا را کمتر از میزان واقعی تخمین می‌زند.^{۱۴-۱۷} Rosenman و همکاران در سال ۱۹۹۷^{۱۸} نشان دادند که حساسیت تشخیص نسخه رایانه‌ای (CIDI-1.1, Auto) برای اسکیزوفرنیا پایین (حدود ۰/۴۶) است. این مطالعه اشکالات متعددی در روش پژوهش داشت از جمله استفاده از استاندارد نامناسب برای روایی (تشخیص غیر ساختار یافته یک بالینگر) و استفاده از نسخه Respondent-administered در کسانی که به شدت بیمار بودند. لذا در مورد این نتایج بایستی با احتیاط عمل کرد. مطالعه دیگر، پژوهش Cooper و همکاران در سال ۱۹۹۸^{۱۹} با استفاده از نسخه ۱۲ ماهه CIDI بود. براساس این مطالعه توافق بین CIDI و چک لیست بالینگران (استاندارد مطالعه) متغیر بود: حساسیت زیر معیارهای DSM-IV از ۰/۱۸ (برای علائم منفی) تا ۰/۹۳ (برای هذیانهای Bizarre) و ویژگی از ۰/۳۸ (برای کاتاتونیا) تا ۰/۹۵ (برای کلام آشفته) بود. الگوی مشابهی برای زیر معیارهای ICD-10 بدست آمد: حساسیت از ۰/۱۹ (نئولوژیسم) تا ۰/۹۰ (برای هذیانها) و ویژگی از ۰/۳۹ (برای کاتاتونیا) تا ۰/۹۵ (برای علائم منفی). بطور کلی توافق در مورد علائمی که نیاز به قضاوت بالینی بالینگر داشت

روایی (Validity) تشخیص‌های روانپزشکی همیشه موضوعی بحث برانگیز بوده است. استفاده از معیارهای عملیاتی مانند معیارهای تشخیصی «کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی» (DSM)^۱ و «طبقه بندی بین المللی بیماریها» (ICD)^۲ تا حدودی پایایی و روایی تشخیص‌های روانپزشکی را بهبود بخشیده است. استفاده از ابزارهایی مانند مصاحبه‌های تشخیصی ساختار یافته و نیمه ساختار یافته بر مبنای این معیارها، قدمی دیگر در جهت بهبود اعتبار تشخیصی در کار بالینی و مطالعات همه‌گیر شناسی محسوب می‌شود.^۳ مصاحبه تشخیصی جامع بین المللی Composite International Diagnostic Interview (CIDI) یک مصاحبه کاملاً ساختار یافته و جامع برای ارزیابی اختلالات روانی است که توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) با همکاری اداره پیشین الکل، سوء مصرف مواد و بهداشت روان آمریکا ابداع گردید.^۴ این ابزار برخلاف سلف خود، جدول مصاحبه تشخیصی موسسه ملی سلامت روان آمریکا (NIMH-DIS) مجموعه ای از تشخیص‌ها را بر مبنای تعاریف و معیارهای هر دو سیستم DSM-IV و ICD-10 مهیا می‌سازد.^۵ بازنگری CIDI توسط یک کمیته مشورتی بین‌المللی با هدف روزآمد کردن این ابزار بر اساس چاپ‌های جدید طبقه‌بندی‌های تشخیصی و همچنین بهبود پایایی و روایی آن صورت می‌گیرد. نسخه ۱-۲ بر اساس سازگاری با معیارهای تشخیصی DSM-IV و ICD-10 تنظیم و در سال ۱۹۹۸ منتشر گردیده است.^{۶،۷} CIDI در دو نسخه «طول عمر» و «دوازده ماهه» و به دوشکل قلم و کاغذی (The Paper- and -Pencil) و رایانه‌ای موجود است.^۸ این ابزار به شکل Interviewer-administered یا Respondent-administered نیز قابل استفاده می‌باشد.^۸ همچنین CIDI شامل چند مدول است که هر یک از این مدول‌ها را به تنهایی نیز می‌توان بکاربرد.^۸ براساس نظر سازندگان این ابزار یکی از

اصلی شهر تهران، طیف وسیعی از بیماران پوشش داده می‌شوند. علت انتخاب نمونه بالینی، شیوع نسبتاً کم اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی در جمعیت عمومی بود. در مطالعه اصلی تعداد ۵۱۰ نفر وارد مطالعه شدند. در مطالعه حاضر ۳۰۷ نفر وارد مطالعه گردیدند که برای ۲۰۳ نفر از بیماران نسخه کامل CIDI (۸۹ زن، ۱۱۴ مرد، با میانگین سنی = ۳۲/۷۳ سال و $SD=10/84$) و برای ۱۰۴ نفر از بیماران مدول سایکوز/مانیا (۴۵ زن و ۵۹ مرد و با میانگین سنی = ۳۵/۸۱ سال و $SD=12/05$) اجرا گردید. انتخاب نمونه‌ها به شکل نمونه گیری در دسترس بود. در مورد بیماران بستری، کلیه افراد واجد معیارهای ورود و فاقد معیار خروج که بطور متوالی از زمان شروع طرح در هر مرکز بستری می‌شدند وارد مطالعه گردیدند. در مورد مراجعین سرپایی، در هر روز فعال در مانگا، حداکثر سه نفر از اولین مراجعین سرپایی در هر مرکز که واجد شرایط بودند بصورت متوالی به مطالعه وارد شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از سن ۱۸ تا ۶۵ سال، فارسی زبان بودن، و کسب رضایت نامه کتبی آگاهانه. معیارخروج عبارت بود از اختلال شدید در رفتار، ارتباط و زبان به نحوی که فرد نتواند مصاحبه را انجام دهد (مانند عقب ماندگی ذهنی و دمانس شدید).

ابزارها:

مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI): در این مطالعه از نسخه ترجمه شده CIDI 2.1 به فارسی (نسخه ۱-۲، طول عمر) استفاده شد^{۲۲} که امکان تشخیص گذاری اختلالات روانپزشکی را در طول عمر بر اساس معیارهای DSM-IV و ICD-10 فراهم می‌کند. CIDI شامل ۱۴ بخش است که هر کدام با حرفی مشخص شده‌اند (از A تا X) و ۱۷ حوزه تشخیصی عمده را پوشش می‌دهد. مدول سایکوز/مانیا شامل بخشهای P,G,F می‌باشد که ویژه ارزیابی اختلالات سایکوتیک و دوقطبی است. در مواردی که مدول سایکوز/مانیا به تنهایی به کار برده شده برخی از معیارهای تشخیصی

کم و در مورد معیارهایی که براساس پرسش از خود بیمار بدست می‌آمد بالا بود. گرچه ادعا شده است CIDI برای تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک پایایی (Reliability) مناسبی دارد ولی هنوز در مورد روایی آن تردید وجود دارد.^{۱۰} در مطالعه Kessler و همکاران در جمعیت عمومی فقط ۲۸٪ کسانی که با CIDI/DSM-III-R تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک دریافت کرده بودند در مصاحبه نیمه ساختاریافته با SCID مجدد توسط بالین‌گران آموزش دیده این تشخیص تایید شد.^{۲۰} در یک مطالعه همه گیرشناسی اختلال دوقطبی سال ۲۰۰۴ نیز فقط ۲۲٪ کسانی که با CIDI/DSM-III-R تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک گرفته بودند در مصاحبه مجدد با SCID/DSM-IV این تشخیص تایید گردید.^{۲۱} هدف پژوهش حاضر ارزیابی روایی نسخه فارسی مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI) به دو شکل کامل (شامل همه بخش‌های چهارده‌گانه) و مدول سایکوز/مانیای CIDI (شامل بخش‌های G,F و P)، نسخه ۱-۲، طول عمر برای تشخیص اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی (یا مانیا) بود.

روش بررسی

این مطالعه مورد - شاهدی بخشی از یک مطالعه بزرگتر بود که در پنج مرکز روانپزشکی شهر تهران انجام شد. این مراکز عبارت بودند از: بیمارستان روزبه، بیمارستان امام حسین (ع)، بیمارستان روانپزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران، و بیمارستان روانپزشکی صدر. در چهار مرکز بیماران به صورت سرپایی و بستری و در یک مرکز فقط به شکل سرپایی، از سطح شهر تهران و سایر نقاط ایران پذیرفته می‌شوند و سیاست ویژه ای برای پذیرش بیماران به شکل بستری یا سرپایی وجود ندارد بجز اینکه هدف این مراکز پوشش مشکلات حاد بیماران است. باتوجه به محل قرارگیری این مراکز و وابستگی چهار مرکز به سه دانشگاه علوم پزشکی

آنها (agreement) اندازه گیری شد. میزان توافق تشخیصی بین پرسشگران ۹۳ درصد بود. تکمیل چک لیستهای DSM-IV و ICD-10 توسط دو نفر دستیار سال آخر روانپزشکی یا روانپزشک به صورت توافقی صورت گرفت. تمام آنها در یک دوره آموزشی نحوه تکمیل چک لیستها را فرا گرفتند. قبل از مرحله آزمایشی هر نفر چک لیست را حداقل روی دو بیمار اجرا کرد و به آنها بازخورد لازم داده شد.

شیوه اجرا: پیش از شروع قسمت اصلی پژوهش، مرحله آزمایشی اجرا گردید تا مشکلات و محدودیتهای موجود شناسایی و سپس رفع گردند. در این مرحله هر بالینگر حداقل یک چک لیست و هر پرسشگر حداقل یک مصاحبه کامل CIDI و یک مدول را تکمیل نمود. برای تکمیل چک لیستها با بیمار مصاحبه می شد، پرونده و مدارک بیمار بررسی می گردید، در صورت نیاز با یک یا چند نفر از بستگان مصاحبه صورت می گرفت و آنگاه براساس کلیه شواهد، تشخیصی توافقی در چک لیست مشخص می گردید و وجود یا عدم معیارهای مربوطه نیز تعیین می شد. در صورت عدم توافق بین دو روانپزشک از فرسوم درخواست می شد که با مصاحبه و بررسی شواهد دیگر کمک نماید تا به تشخیص توافقی برسند. کلیه مصاحبه های CIDI در اتاقهای جداگانه و به صورت خصوصی اجرا می شد. مصاحبه گر اطلاعی از پرونده بیمار نداشت و بالینگران تکمیل کننده چک لیستها نیز از نتیجه مصاحبه CIDI اطلاع نداشتند. در همان روز مصاحبه CIDI تا حداکثر ۴۸ ساعت پس از انجام آن چک لیست ها توسط دو دستیار روانپزشکی یا روانپزشک تکمیل می شد (یا برعکس). در نیمی از موارد ابتدا مصاحبه CIDI صورت گرفت و سپس چک لیستها تکمیل شد و در نیم دیگر برعکس ابتدا چک لیست ها تکمیل شد و سپس مصاحبه صورت گرفت. ویراستاری نتایج مصاحبه CIDI و چک لیست ها در محل اجرا انجام و حداکثر ظرف ۲۴ ساعت به ارزیابی کننده باز خورد لازم داده می شد. سپس داده های ویراستاری شده به

اسکیزوفرنیا مثل رد کردن سایر اختلالات روانی قابل ارزیابی نیست. بنابر دستورالعمل اجرای CIDI می توان نسخه کامل CIDI و یا یک مدول خاص را بکار برد.

چک لیست تشخیصی بالینی DSM-IV و ICD-10 به منظور افزایش دقت و پایایی تشخیص ها و امکان ارزیابی معیارهای تشخیصی، دو چک لیست براساس معیارهای تشخیصی ICD-10 و DSM-IV به کار برده شد. در این چک لیستها عین عبارت کلیه معیارهای تشخیصی اختلالات اصلی روانپزشکی که توسط CIDI بررسی می شوند وجود داشت.

پرسشنامه قابلیت اجرای مدل سایکوز/مانیا: بعد از هر مصاحبه، تمام بیمارانی که مدول سایکوز/مانیا در مورد آنها تکمیل شده بود پرسشنامه ای را تکمیل می کردند که توسط محققان این مطالعه طراحی شده بود (پرسشنامه قابلیت اجرا، ویژه مصاحبه شونده). این پرسشنامه شامل سؤالاتی در مورد طول مصاحبه، خسته کنندگی آن و قابل فهم بودن سؤالات و دشواری در پاسخ دادن بود. در انتهای مطالعه نیز تمام مصاحبه گران پرسشنامه ای را تکمیل می نمودند که شامل سؤالاتی در مورد طول مصاحبه، خسته کنندگی آن، قابل فهم بودن سؤالات برای بیمار، دشواری اجرا و پذیرش سؤالات توسط بیمار بود (پرسشنامه قابلیت اجرا، ویژه مصاحبه کننده). لازم به ذکر است بررسی قابلیت اجرای نسخه کامل CIDI در مطالعه اصلی صورت گرفت.^{۲۲}

آموزش پرسشگران: جهت اجرای CIDI از روانشناسان بالینی (کارشناس و کارشناس ارشد) بعد از طی یک دوره چهار روزه آموزش براساس یک مدول آموزشی WHO استفاده شد. آموزش شامل تدریس نحوه استفاده از ابزار برای مصاحبه و سیستم کد گذاری بود. هر یک از مصاحبه گران نسخه کامل CIDI و مدول سایکوز/مانیا را روی دو نفر آزمودنی اجرا کردند و بازخوردهای لازم به آنان داده شد. سپس دوره های تکمیلی آموزشی در دو جلسه اجرا گردید و در نهایت قبل از اجرای مرحله آزمایشی توافق تشخیصی بین

تکمیل آنها اطمینان حاصل شود. در نهایت فهرستی از خطاهای رخ داده در ویراستاری CIDI نیز تهیه گردید. شرح تفصیلی و کامل‌تر این قسمت از مطالعه در جای دیگری آورده شده است.^{۲۲}

تجزیه و تحلیل داده‌ها: پس از جمع‌آوری داده‌های پرسشنامه CIDI، داده‌ها وارد نرم‌افزار ورود داده‌های CIDI شد و بر آن اساس با الگوریتم‌های کامپیوتری، معیارها و تشخیص‌های روانپزشکی DSM-IV و ICD-10 برای هر آزمودنی مشخص گردید. اطلاعات به نرم‌افزار SPSS ویراست یازدهم منتقل شد. داده‌های چک‌لیست و پرسشنامه قابلیت اجرا نیز وارد SPSS گردید.

برای بررسی روایی، توافق بین مصاحبه CIDI و چک‌لیست با استفاده از شاخص‌های درصد توافق تشخیصی (diagnostic-agreement)، حساسیت و ویژگی محاسبه گردید. واحد سنجش تشخیص بیماری بر اساس DSM-IV و ICD-10 بوده است. منظور از حساسیت نسبت مواردی است که نتایج CIDI و چک‌لیست نشان از وجود یک تشخیص یکسان داشته‌اند و ویژگی به معنای نسبت مواردی است که نتایج CIDI و چک‌لیست بطور یکسان حاکی از عدم وجود یک تشخیص خاص بوده است. توافق تشخیصی هم به معنای نسبت افرادی است که تشخیص یکسانی دریافت کرده‌اند. استفاده از این شاخصها مناسب‌تر از کاپا است.^{۲۳} زیرا اولاً در محاسبه کاپا فرض بر این است که همان ابزار توسط ارزیاب‌ها در هر دو موقعیت استفاده می‌شود. یعنی اینکه کاپا ابزار استاندارد (چک‌لیست‌ها) را با ابزاری که در حال اعتبار‌یابی است (CIDI) یکسان فرض می‌کند. بنابراین کاپا بیشتر پایایی را می‌سنجد تا روایی^{۲۴-۲۶} ثانیاً کاپا به ویژگی‌های نمونه مانند میزان شیوع حساس است و بنابراین تعمیم‌پذیری نتایج مطالعه و همچنین مقایسه نتایج آن با مطالعات دیگر محدود می‌شود.^{۲۷}

ستاد مرکزی طرح جهت ورود داده‌ها ارسال می‌گردید. برای بررسی قابلیت اجرا، پس از انجام هر مصاحبه تمام بیمارانی که مدول سایکوز/مانیا در مورد آنها تکمیل شده بود پرسشنامه قابلیت اجرای ویژه مصاحبه شونده و در انتهای مطالعه تمام مصاحبه‌گران پرسشنامه قابلیت اجرای ویژه مصاحبه‌کننده را تکمیل نمودند. اجرای قسمت میدانی مطالعه یک ماه (مرداد ۸۲) به طول انجامید.

کنترل کیفیت: برنامه کنترل کیفیت در دو مرحله آموزش و اجرا صورت گرفت. در مرحله آموزش، ناظر اصلی ابزار CIDI را در مورد فردی که نقش بیمار را به عهده گرفت نمره داد و همزمان با وی پرسشگران و سایر ناظرین در پرسشنامه خود علامت زدند. سپس هر پرسشگر یک مصاحبه‌زنده با یک بیمار در حضور یکی از ناظرین انجام داد و پرسشنامه را نمره‌گذاری کرد (Active check). ناظر علاوه بر کنترل نمره‌گذاری، فهرست رفتار مصاحبه‌گر را نیز کنترل نمود و به پرسشگر بازخورد لازم را داد. در صورتی که پرسشگر طبق این فهرست نمره کلی خوب یا عالی گرفته بود پذیرفته شد. در مرحله اجرای هر ناظر از هر ده مصاحبه پرسشگر به صورت اتفاقی یک مصاحبه را انتخاب و حضور پیدا می‌کرد و نمره‌گذاری و رفتار مصاحبه‌کننده را نظارت می‌نمود. تمام پرسشنامه‌های CIDI توسط ناظرین هر مرکز ویراستاری می‌شد. در صورت وجود هر مشکل یا اشتباه به پرسشگر بازخورد لازم داده می‌شد تا رفع نقص گردد. در صورت لزوم مجدداً از بیمار دعوت می‌شد و علائم کنترل می‌گردید. در ویراستاری هر پرسشنامه فهرستی از خطاها ثبت می‌شد. در زمان اجرای مرحله آزمایشی یک چک‌لیست تکمیل شده توسط بالینگر توسط ناظر بررسی و بازخورد داده می‌شد. در زمان اجرای مرحله اصلی نیز از هر ده مصاحبه یک مورد به صورت اتفاقی توسط ناظر بررسی و ارزیابی می‌شد. تمام چک‌لیستها توسط ناظرین بررسی می‌گردید تا از صحت نحوه

یافته‌ها

روایی تشخیص اسکیزوفرنیا: در بین ۲۰۳ نفری که نسخه کامل CIDI برای آنها تکمیل شد ۲۳ نفر و در بین ۱۰۴ نفری که مدول سایکوز/مانیا تکمیل گردید ۱۸ نفر طبق چک لیست DSM-IV تشخیص اسکیزوفرنیا گرفتند (طبق چک لیست ICD-10 به ترتیب ۲۱ و ۱۸ نفر) در حالیکه تنها برای سه نفر با نسخه کامل CIDI و سه نفر با مدول سایکوز/مانیا طبق معیارهای DSM-IV تشخیص اسکیزوفرنیا داده شد (طبق معیارهای ICD-10 به ترتیب چهار و شش نفر). میزان حساسیت نسخه کامل CIDI و همچنین مدول سایکوز/مانیا برای تشخیص اسکیزوفرنیا طبق DSM-IV به ترتیب ۰/۱۲ و ۰/۱۷ و طبق ICD-10 به ترتیب ۰/۱۹ و ۰/۳۳ بود (جدول شماره ۱). میزان حساسیت در سطح زیر معیارهای DSM-IV (IV و G1 و G2 ICD-10) نسخه کامل CIDI در جداول شماره ۲ و ۳ نشان داده شده است. همانگونه که ملاحظه می‌شود میزان حساسیت در زیر معیارهای DSM-IV از خیلی خوب (یک برای علائم منفی) تا خیلی ضعیف (۰/۳۳) برای کلام آشفته) متفاوت است. میزان حساسیت در زیر معیارهای ICD-10 نیز از خیلی خوب (یک برای هدیانهای مداوم) تا خیلی ضعیف (۰/۲۷) برای توهمات مداوم) متغیر بود. ولی ویژگی تشخیص اسکیزوفرنیا طبق معیارهای DSM-IV و ICD-10 هم با نسخه کامل CIDI و هم با مدول سایکوز/مانیا بالا بود (جدول شماره ۱). ویژگی در سطح زیر معیارهای DSM-IV از حداقل ۰/۳۳ (برای کاتاتونیا) تا حداکثر یک (برای هدیانها) و در سطح زیر معیارهای ICD-10 از حداقل ۰/۳۲ (برای کاتاتونیا) تا حداکثر ۰/۹۳ (برای پژواک فکر) متغیر بود (جدول شماره ۲ و ۳).

روایی تشخیص اختلال دوقطبی: ۴۳ نفر از کسانی که برای آنها نسخه کامل CIDI پر شده بود و ۳۹ نفر از کسانی که برای آنها مدل سایکوز/مانیا تکمیل شده بود براساس چک

لیست DSM-IV تشخیص اختلال دوقطبی داشتند (بر اساس چک لیست ICD-10 به ترتیب ۵۳ و ۳۹ نفر). در حالیکه تنها ۹ نفر با نسخه کامل CIDI و هشت نفر با مدول سایکوز/مانیا تشخیص اختلال دوقطبی را طبق معیارهای DSM-IV دریافت کردند (طبق معیارهای ICD-10 به ترتیب ۹ نفر با نسخه کامل CIDI و ده نفر با مدول سایکوز/مانیا) یعنی میزان حساسیت نسخه کامل CIDI و مدول سایکوز/مانیا برای تشخیص اختلال دوقطبی پایین بود (جدول شماره ۴). ولی ویژگی تشخیص اختلال دوقطبی طبق معیارهای DSM-IV و ICD-10 هم با نسخه کامل CIDI و هم با مدول سایکوز/مانیا بالا بود (جدول شماره ۴). با توجه به اینکه در بخش F مدول مانیا دو سؤال اول Probe بوده و برای تعیین خلق بالا یا تحریک پذیر است و اگر پاسخ منفی دریافت نماید بقیه سؤالات مربوط به این بخش پرسیده نمی‌شود، حساسیت این سؤالات مهم هستند. براساس DSM-IV میزان حساسیت CIDI در تعیین خلق بالا یا تحریک‌پذیر ۰/۳۴ بود که رقم پایینی است ولی ویژگی این پرسشها ۰/۸۹ بود که مطلوب است. با توجه به اینکه بجز سؤالات Probe بقیه سؤالات مربوط به بخش از همه افراد پرسیده نشده است امکان بررسی حساسیت و ویژگی سایر سؤالات وجود ندارد.

قابلیت اجرای مدول سایکوز/مانیا: اکثر پرسشگران زمان اجرای مدول سایکوز/مانیا را طولانی نمی‌دانستند (تنها یک نفر از نه نفر آن را طولانی دانسته بود) و اکثر آنها (هشت نفر) دستورالعمل آن را ساده ارزیابی کرده بودند. تنها یک نفر آن را خسته‌کننده دانسته بود و ۷۷/۸ درصد در مجموع قابلیت اجرای آن را مطلوب ارزیابی کرده بودند. از دید تنها ۲۶/۹ درصد مصاحبه شوندگان مصاحبه مدول سایکوز/مانیا طولانی یا تاحدی طولانی گزارش شده بود. ۷۳/۱ درصد مصاحبه را خیلی خوب یا خوب ارزیابی کرده بودند و تنها ۲۴ درصد از مصاحبه اظهار خستگی کرده بودند. قابلیت اجرای نسخه کامل در جای دیگری گزارش شده است.^{۲۲}

جدول-۱: روایی نسخه کامل CIDI و مدول سایکوز / مانیا برای تشخیص اسکیزوفرنیا

ویژگی	حساسیت	توافق (درصد)	تشخیص و آزمون آماری
۰/۹۶	۰/۱۲	۸۵/۲۲	اسکیزوفرنیا طبق DSM – IV (CIDI کامل)
۰/۹۲	۰/۱۹	۸۴/۲۴	اسکیزوفرنیا طبق ICD-10 (CIDI کامل)
۰/۸۷	۰/۱۷	۷۴/۵۱	اسکیزوفرنیا طبق DSM – IV (مدول سایکوز / مانیا)
۰/۶۲	۰/۳۳	۵۶/۸۶	اسکیزوفرنیا طبق ICD-10 (مدول سایکوز / مانیا)

جدول-۲: درصد توافق، حساسیت و ویژگی CIDI و چک لیست بالینگران برای زیرمعیارهای A اسکیزوفرنیا براساس DSM-IV (n=۲۳).

ویژگی	حساسیت	توافق (درصد)	تشخیص و آزمون آماری
۱	۰/۶۸	۶۹/۶	A1 هذیان‌ها
۰/۶۷	۰/۶۰	۶۰/۹	A2 توهم‌ها
۰/۷۹	۰/۳۳	۷۲/۷	A3 کلام آشفته
۰/۳۳	۰/۷۵	۴۰/۹	A4 کاتاتونیا یا رفتار آشفته
۰/۵۷	۱	۷۲/۷	A5 علائم منفی

جدول-۳: درصد توافق، حساسیت و ویژگی CIDI و چک لیست بالینگران برای زیرمعیارهای G1 و G2 اسکیزوفرنیا براساس ICD - 10 (n=۲۳).

ویژگی	حساسیت	توافق (درصد)	تشخیص و آزمون آماری
۰/۹۳	۰/۴۰	۸۰/۰	G1(1)(a) پژواک فکر...
۰/۵۷	۰/۶۷	۶۰/۰	G1(1)(b) هذیان‌های کنترل...
۰/۹۰	۰/۵۰	۷۰/۰	G1(1)(c) صداهاى توهمی...
۰/۵۸	۱	۷۵/۰	G1(1)(d) هذیان‌های مداوم...
۰/۶۰	۰/۲۷	۳۵/۰	G1(2)(a) توهم‌های مداوم...
۰/۷۵	۰/۳۳	۶۸/۴	G1(2)(b) نئولوژیسم...
۰/۳۲	۰/۶۸	۵۰/۰	G1(2)(c) کاتاتونیا...
۰/۶۷	۰/۹۰	۷۸/۹	G1(2)(d) علائم منفی...

جدول-۴: روایی نسخه کامل CIDI و مدول سایکوز/مانیا برای تشخیص اختلال دوقطبی

ویژگی	حساسیت	توافق (درصد)	تشخیص و آزمون آماری
۰/۹۰	۰/۲۱	۷۵/۳۷	اختلال دوقطبی طبق DSM – IV (CIDI کامل)
۰/۸۹	۰/۱۷	۷۰/۳۰	اختلال دوقطبی طبق ICD-10 (CIDI کامل)
۰/۸۵	۰/۲۱	۶۰/۵۸	مانیا طبق DSM – IV (مدول سایکوز/مانیا)
۰/۸۵	۰/۱۸	۵۹/۶۲	مانیا طبق ICD – 10 (مدول سایکوز/مانیا)

بحث

نتایج مطالعه حاضر یعنی ۰/۱۷ و ۰/۸۷ است. بالاترین میزان حساسیت و ویژگی در مطالعات CIDI مربوط به مطالعه Rosenman و همکاران،^{۱۸} است که از CIDI-Auto, 1-1 استفاده کرده است و حساسیت و ویژگی برای تشخیص اسکیزوفرنیا و اختلالات مرتبط با آن به ترتیب ۰/۴۶ و ۰/۸۶ بوده است. نکته مهم آنجاست که در نسخه CIDI-Auto پرسشهای انتهایی CIDI که معمولاً توسط پرسشگران بدرستی اجرا نمی‌شود و منجر به پایین آمدن روایی می‌گردد وجود ندارد. در مجموع چند نکته قابل توجه است: نخست آنکه بین ویژگی‌های نمونه‌های مطالعات مختلف تفاوت وجود داشته است. دوم آنکه روش مطالعات مختلف از برخی جنبه‌های دیگر نیز با هم تفاوت‌هایی داشته‌اند به ویژه اینکه از نسخه‌های متفاوت DIS و سپس CIDI استفاده کرده‌اند و همچنین استاندارد روایی متفاوت بوده است. بنابراین مقایسه‌ها بایستی با احتیاط صورت گیرد. به هر حال نتایج غالب این مطالعات دال بر پایین بودن روایی این ابزار و مدول سایکوز/مانیا برای تشخیص اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی نوع یک است. این مطالعه نیز ضمن دارا بودن نقاط قوتی مثل استاندارد روایی مناسب یعنی تشخیص توافقی دو بالینگر با استفاده از چک لیست و استفاده از نسخه کامل CIDI و مدول سایکوز/مانیا در جمعیت بالینی همین نتیجه را تأیید نمود. همچنین مطالعه حاضر امکان تجزیه و تحلیل چگونگی اجرای CIDI را در سطح زیر معیار (Sub criterion) فراهم کرد. دامنه حساسیت زیر معیارهای DSM-IV برای اسکیزوفرنیا از ۰/۳۳ برای کلام آشفته (Disorganized speech) تا یک، برای علائم منفی و زیر معیارهای ICD-10 از ۰/۲۷ برای توهمات پایدار (Persistent hallucinations) تا یک برای هذیانهای پایدار (Persistent delusions) متغیر بود. گرچه در مطالعه حاضر نیز مانند مطالعه Cooper و همکاران^{۱۹} حساسیت برخی زیر معیارها مانند کلام آشفته و نواژه پردازی پایین بود ولی برخلاف آن مطالعه، حساسیت علائم

به طور کلی نتایج حاصل از این تحقیق نشان دهنده این است که CIDI چه به شکل نسخه کامل و چه به شکل مدول سایکوز/مانیا برای تشخیص اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی حساسیت پایین و ویژگی بالایی دارد. به عبارت دیگر گرچه هنگامی که CIDI تشخیص اسکیزوفرنیا یا اختلال دوقطبی را مطرح می‌کند از صحت بالایی برخوردار است ولی بسیاری از بیماران مبتلا به این اختلالات را شناسایی نمی‌کند. می‌توان این چنین نتیجه‌گیری کرد که این ابزار شیوع اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی را کمتر از حد واقعی برآورد می‌کند. در مطالعه حاضر برخلاف مطالعه Janca و همکاران^{۲۸} در سال ۱۹۹۲ همچنین Kovess و همکاران^{۲۹} در سال ۱۹۹۲ بالینگران به اطلاعات مصاحبه CIDI دسترسی داشتند، دو بالینگر نسبت به نتیجه مصاحبه IDI، بی‌خبر بودند. همچنین در این پژوهش همانند مطالعه Cooper و همکاران^{۱۹} در سال ۱۹۹۸ جهت پایایی بیشتر، بالینگران از چک لیست ساختار یافته استفاده نمودند ولی بر خلاف مطالعه Cooper و همکاران، دو بالینگر بصورت مجزا تشخیص‌گذاری نمی‌کردند بلکه تشخیص‌گذاری بصورت توافقی بود و یک چک لیست تکمیل می‌شد. این یافته‌ها با مطالعات گذشته در مورد پایین بودن حساسیت مدول سایکوز DIS و همچنین مدول سایکوز CIDI برای تشخیص اسکیزوفرنیا هم خوانی دارد. برخی از این مطالعات^{۱۷} نشان داده است که مدول سایکوز شیوع اسکیزوفرنیا را هم در جمعیت عمومی و هم در جمعیت بالینی، برخی^{۳۱ و ۳۰ و ۱۷} در بیماران در فاز فعال و فاز غیر فعال بیماری، و برخی از مطالعات^{۳۱} برای تشخیص فعلی و طول عمر کمتر از حد واقعی تخمین می‌زند. در شبیه‌ترین مطالعه به مطالعه حاضر یعنی مطالعه Cooper و همکاران،^{۱۹} حساسیت و ویژگی برای تشخیص اسکیزوفرنیا طبق DSM-IV به ترتیب ۰/۱۵ و ۰/۹۷ بود که بسیار نزدیک به

اجتماعی سعی در انکار یا تخفیف علائم بیماری خود می‌کند^{۳۴} و^{۱۴} و گاه در فاز فعال بیماری، بیمار قادر به دادن پاسخ‌های درست و مربوط نیست.^{۳۳-۳۵} به همین جهت تشخیص‌های CIDI در فاز فعال اسکیزوفرنیا کاهش می‌یابد.^{۳۱} در مطالعه حاضر نیز یکی از دلایل می‌تواند این باشد که جمعیت مطالعه از بین بیماران در فاز حاد بیماری انتخاب شده بودند. نکته دیگر اینکه بالین‌گران به جز بیمار به منابع اطلاعاتی دیگر از جمله خانواده و کادر پرستاری دسترسی داشته‌اند در حالی که پرسش‌گران صرفاً بایستی به گزارش خود بیمار اکتفا می‌نمودند. شاید یکی از راه‌های بالا بردن حساسیت CIDI یا مدول سایکوز/مانیای CIDI می‌تواند این باشد که در مورد این موارد حسب مورد اطلاعات از خانواده، کادر پرستاری یا دیگر اطلاع‌دهنده‌ها نیز کسب یا تکمیل شود. در مطالعه ما برخلاف مطالعه Kessler و همکاران^{۲۰} و مطالعه Regeer و همکاران،^{۲۱} اختلال دوقطبی نوع یک کمتر از حد واقعی تشخیص داده شد. شاید تفاوت اصلی در این باشد که در دو مطالعه فوق CIDI در جمعیت عمومی مورد استفاده قرار گرفته ولی در مطالعه حاضر در یک جمعیت بالینی و آن هم در فاز فعال بکار گرفته شده است. در مورد مدول مانیا نیز باتوجه به حساسیت پایین دو سؤال Probe در مورد خلق بالا یا تحریک پذیر (۰/۳۴) که باعث شد از حدود دو سوم بیماران بقیه سؤالات مربوط به معیارهای مانیا پرسیده نشود بنظر می‌رسد باتوجه به زبان فارسی و فرهنگ ایرانی نیاز به بررسی دقیقتری وجود دارد و تنها با این دو سؤال نمی‌توان در مورد فقدان خلق بالا یا تحریک پذیر مطمئن شد و به این دلیل بسیاری از بیماران نادیده گرفته (Missed) می‌شوند. در مورد حساسیت یا ویژگی بقیه موارد مربوط به مانیا نیز نمی‌توان اظهار نظر کرد. یکی از راه‌ها در مطالعات بعدی به زبان فارسی می‌تواند این باشد که از تمامی بیماران همه این موارد هم توسط بالین‌گران پرسیده و در چک لیست علامت زده شود و هم توسط پرسش‌گران پرسیده و در

منفی پایین نبود. یکی از دلایلی که برای پایین بودن حساسیت آیت‌های مدول سایکوز مطرح کرده‌اند این است که برخی از اینها نیاز به تجربه و قضاوت بالینی دارند (سؤالاتی که در بخش P پرسیده می‌شوند) در حالی که توسط پرسش‌گران عادی مورد قضاوت قرار می‌گیرند.^{۱۹} گرچه نتایج مطالعه حاضر حساسیت برخی زیر معیارها مثل کلام آشفته (Disorganized speech) و نواژه سازی (Neologism) مؤید این نکته‌اند ولی نتایج حساسیت برخی زیر معیارها مانند علائم منفی و کاتاتونی این مسئله را تأیید نمی‌کنند. همچنین در مورد برخی علائم مثل توهمات پابرجا (Persistent hallucinations) با اینکه توسط خود فرد گزارش می‌شوند باز هم حساسیت پایین بوده است. دلیل دیگری که مطرح شده زمان کوتاه اجرای مدول سایکوز CIDI برای مشاهده رفتار بیمار و سپس قضاوت کردن در مورد آن است که در مورد برخی علائم مثل نواژه سازی (Neologism) می‌تواند درست باشد. Cooper و همکاران^{۱۹} یک احتمال دیگر را نیز مطرح می‌کنند: «روایی ساختاری ضعیف» (Poor construct validity) مدول سایکوز، به عبارت دیگر پرسش‌گران به درستی به پرسشها پاسخ می‌دهند ولی پرسشهای CIDI به خوبی توصیف و مفهوم سازی نشده‌اند و پیشنهاد می‌کنند برای ارزیابی این احتمال بالین‌گران با تجربه این موارد را بکار برند و اگر حساسیت این موارد باز هم پایین بود این فرضیه تأیید و گرنه رد می‌شود. در مطالعه ما از روانشناسان بالینی ولی با تجربه کم استفاده گردید که در مجموع باز هم حساسیت پایین بود. در مرور متون مشاهده می‌شود که دلایل دیگری نیز برای پایین بودن تشخیص اختلالات سایکوتیک با مصاحبه‌های ساختار یافته نسبت به مصاحبه‌های بالینی برشمرده شده است.^{۱۷} و^{۳۳} و^{۳۲} ماهیت دوره ای اختلالات سایکوتیک، امکان تشخیص درست در طی یک مصاحبه ساختار یافته را کم می‌کند اگر بیمار در دوره بهبودی بیماری باشد گاه بدلیل ترس از انگ خوردن (Stigmatization)

مدل سایکوز ضروری است. دوم به آموزش پرسشگران در مورد قضاوت در مورد آیتم‌های بخش P پرسشنامه CIDI پیش از اجرای پرسشگری توجه شود. سوم بازنویسی بخش P به شکلی که هر نشانه به گونه‌ای کامل توصیف شود تا هر پرسشگر عادی بتواند آن را بفهمد و ارزیابی نماید.^{۳۶} چهارم آنکه در مورد سؤالات مدول سایکوز/مانیا علاوه بر خود فرد، از منابع اطلاعاتی دیگری مانند خانواده و کادر پرستاری نیز استفاده شود. پنجم در مورد سؤال Probe برای تعیین خلق بالا یا تحریک پذیر در زبان فارسی و فرهنگ ایرانی نیاز به بررسی دقیق‌تر و بیشتر وجود دارد تا معادل مناسب‌تری جایگزین شود.

سپاسگزاری: این پژوهش با حمایت کمیته گرامات سازمان ملل و پژوهشکده مطالعات علوم شناختی ایران صورت گرفته است که محققین لازم می‌دانند مراتب سپاس خود را از آنها اعلام نمایند.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association: 1994.
2. World Health Organization. International classification of mental and behavioural disorders, 10th Revision (ICD-10), Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines: 1992.
3. Meehl PE. Clinical versus statistical prediction: a theoretical analysis and a review of the evidence. University of Minnesota Press: 1954.
4. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen psychiatry* 1988; 45: 1069-77.
5. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 381-9.
6. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview: Division of Mental Health: 1990.
7. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI), core version 2.1: World Health Organization: 1998.
8. World Health Organization. CIDI-Auto (2.1) administrator's guide and reference: Fast Books: 1997.
9. Spitzer RL. Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry* 1983; 24: 399-411.
10. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatric Res* 1994; 28: 57-84.
11. Andrews G, Peters L, Guzman AM, Bird K A comparison of two structured diagnostic interviews: CIDI and SCAN. *Aust N Z J Psychiatry* 1995; 29: 124-32.
12. Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier D. Participants in the multicentre WHO/ADAMHA field trials. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *B J Psychiatry* 1991; 159: 645-53.
13. Peters L, Andrews G. Procedural validity of the computerized version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI-Auto) in the anxiety disorders. *Psychological Medicine* 1995; 25: 1269-80.
14. Erdman HP, Klein MH, Greist JH, Bass SM, Bires JK, Machtlinger PE. A comparison of the Diagnostic

- Interview Schedule and clinical diagnosis. *American J Psychiatry* 1985; 144: 1477-80.
15. Hendricks LE, Bayton JA, Collins JL, Mathura CB, McMillan SR, Montgomery TA. The NIMH Diagnostic Interview Schedule: a test of its validity in a population of black adults. *J National Medical Association* 1983; 75: 667-71.
 16. Pulver AE, Carpenter WT Jr. Lifetime psychotic symptoms assessed with the DIS. *Schizophrenia Bulletin* 1983; 9: 377-82.
 17. Wittchen HU, Semler G, Zerssen D. A comparison of two diagnostic methods. Clinical ICD diagnosis vs DSM-III and Research Diagnostic Criteria using the Diagnostic Interview Schedule (version II). *Archives Gen Psychiatry* 1985; 42: 677-84.
 18. Rosenman SJ, Korten AE, Levings CT. Computerised diagnosis in acute psychiatry: validity of CIDI-Auto against routine clinical diagnosis. *J psychiatric Research* 1997; 31: 581-92.
 19. Cooper L, Peters L, Andrews G. Validity of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) psychosis module in a psychiatric setting. *Journal of Psychiatric Research* 1998; 32: 361-8.
 20. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C, Abelson JM, Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychological Medicine* 1997; 27: 1079-89.
 21. Regeer EJ, ten Have M, Rosso ML, Hakkaart-van Roijen L, Vollebergh W, Nolen WA. Prevalence of bipolar disorder in the general population: a re-appraisal Study of the Netherlands mental health survey and incidence Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 110: 374-82.
 22. Alaghband-Rad J, Sharifi V, and CIDI Validation Research Group. Reliability, validity, and feasibility of a Farsi translation of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Final Report: UNCC Project No. 5000392.
 23. Maclure M, Willett WC. Misinterpretation and misuse of the kappa statistic. *American J Epid* 1987; 126: 161-9.
 24. Anthony JC, Folstein M, Romanoski AJ, Von Korff MR, Nestadt GR, Chahal R, et al. Comparison of the lay diagnostic interview schedule and a standardized psychiatric diagnosis. Experience in eastern Baltimore. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 667-75.
 25. Helzer JE, Robins LN, McEvoy LT, Spitznagel EL, Stoltzman RK, Farmer A, et al. A comparison of clinical and diagnostic interview schedule diagnoses: physician reexamination of lay-interviewed cases in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 657-66.
 26. Robins LN. Epidemiology: reflections on testing the validity of psychiatric interviews. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 918-24.
 27. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. John Wiley and Sons: 1981.
 28. Janca A, Robins LN, Cottler LB, Early TS. Clinical observation of assessment using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI): An analysis of the CIDI Field Trials-Wave II at the St Louis site. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 815-8.
 29. Kovess V, Sylla O, Fournier L, Flavigny V. Why discrepancies exist between structured diagnostic interviews and clinicians diagnoses. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1992; 27: 185-91.
 30. Semler G, Wittchen HU, Joschke K, Zaudig M, Van-Geiso T, Kaiser S, et al. Test-retest reliability of a standardized psychiatric interview (DIS/CIDI). *European Arch Psychiatry and Neu* 1987; 236: 214-22.
 31. Spengler PA, Wittchen HU. Procedural validity of standardized symptom questions for the assessment of psychotic symptoms: a comparison of the DIS with two clinical methods. *Comprehensive Psychiatry* 1988; 29: 309-22.
 32. Fennig S, Craig T, Lavelle J, Kovasznay B, Bromet EJ. Best-estimate versus structured interview-based diagnosis in first-admission psychosis. *Comprehensive Psychiatry* 1994; 35: 341-8.
 33. McGorry PD, Singh BS, Copolov DL, Kaplan I, Dosssetor CR, van Riel RJ. Royal Park Multidiagnostic Instrument for Psychosis: Part 2. Development, reliability, and validity. *Schizophrenia Bulletin* 1990; 16: 517-36.
 34. Pulver AE, Carpenter WT, Adler L, McGrath J. Accuracy of the diagnoses of affective disorders and schizophrenia in public hospitals. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 218-20.
 35. Farmer AE, Katz R, McGuffin P, Bebbington P. A comparison between the Present State Examination and the Composite International Diagnostic Interview. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 1064-9.
 36. Andrews G. Case ascertainment: the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Aus and New Zealand J Psychiatry* 2000; 34: S161-S163.

Validity of a Farsi translation of the composite International Diagnostic Interview (CIDI) to diagnose schizophrenia and bipolar disorder

H. Amini^{1*}
J. Alaghband-rad¹
V. Sharifi¹
R. Davari-Ashtiani²
H. Kaviani³
Z. Shahrivar¹
A. Shaabani³
F. Arabgol²
E. Shirazi⁴
M.Hakim-Shooshtari⁴

1.Psychology Research Center, Tehran University of medical Sciences.

2-Psychology Department SH. Beheshti University of Medical Sciences

3-Psychology Department, Tehran University of medical Sciences

4-Psychology Department, Iran University of Medical Sciences

*Roozbeh Hospital, South Karegar, Tehran
Tel: +98-21-55412222
Email:aminihom@sina.tums.ac.ir

Abstract

Background: The Composite International Diagnostic Interview (CIDI) is a comprehensive, standardized diagnostic interview for the assessment of psychiatric disorders. There have been few studies on the validity of the CIDI. The objective of present study was to assess the validity of a Farsi translation of the complete CIDI and its psychosis/mania module in five referral clinical psychiatric settings.

Methods: Two hundred and three as well as 104 consecutive admissions were interviewed using the complete and the psychosis/mania module, respectively. Within two days of the CIDI interview, two last year residents of psychiatry or psychiatrist who were blind to the CIDI diagnosis completed the Clinical diagnostic checklists (based on DSM-IV and ICD-10 criteria) simultaneously and reached the consensus diagnosis. Data analysis was performed using SPSS 11 to determine the validity of CIDI.

Results: The sensitivity and specificity for the diagnosis of schizophrenia was 0.12 and 0.96 using DSM-IV criteria. According to ICD-10 criteria, the results were the same with 0.19% sensitivity and 0.96% specificity. The sensitivity for the diagnosis of bipolar I disorder was low (0.21 using DSM-IV criteria and 0.17% using ICD-10) and specificity, high (0.90 compared to DSM-IV and 0.89 compared to ICD-10 criteria). The results were rather similar for the psychosis/mania module of CIDI.

Conclusion: This study suggests that the Farsi translation of both the complete CIDI and the psychosis/mania module of CIDI have good specificity, but poor sensitivity for the diagnosis of schizophrenia and of bipolar I disorder.

Keywords: Composite international diagnostic interview, mania, psychosis, schizophrenia, structured interviews.