

## تحديد درجة القطع لقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى الراشدين باستخدام طريقتي أنجوف ومنحنى ROC

أ.د/ بشرى إسماعيل أحمد أرنوط

أستاذ علم النفس- كلية التربية- قسم علم النفس- جامعة الملك خالد

أستاذ علم النفس- كلية الآداب- قسم علم النفس- جامعة الرقازيق

### مستخلص البحث باللغة العربية:

هدف هذا البحث إلى اختبار نوعية النموذج القياسي لاضطراب الشخصية الحدية، والتحقق من خصائصه السيكومترية، وتحديد درجة القطع لتشخيص اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من عامة السكان وتحديد نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية بينهم. ولتحقيق هذه الأهداف، أُستخدم المنهج الوصفي. وتكونت عينة البحث من (٢٩١) من الراشدين المقيمين بالمملكة العربية السعودية، ممن تراوحت أعمارهم بين (١٩ - ٥٧) عام، بمتوسط (٣٦,٢٩ ± ١١) عام، طُبّق عليهم مقياس اضطراب الشخصية الحدية (إعداد الباحثة). وتم تحليل البيانات التي جُمعت من عينة البحث، باستخدام برنامج JASP ٠,١٩,٢,٠، وبرنامج Smart PLS ٤، وبرنامج MedCalc ٢٣,٠,٩-bit. وقد أظهرت نتائج التحليل الرباعي التوكيدي أن النموذج القياسي المقترح لاضطراب الشخصية الحدية هو نموذج قياس انعكاسي، إذ كانت قيم "ت" للعوامل المكونة للنموذج القياسي: المجال الانفعالي، والبينشخصي، والسلوكي، والمعرفي؛ جاءت غير دالة إحصائياً، وكذلك فترات الثقة المُصححة تتضمن الصفر، وجميع قيم الحد الأدنى جاءت بالسالب بينما قيم الحد الأعلى جاءت جميعها بالموجب. كما أوضحت نتائج تحليل النمذجة البنائية بطريقة المربعات الجزئية الصغرى أن نموذج القياس الانعكاسي لاضطراب الشخصية الحدية يتمتع بموثوقية مؤشرات عوامله، وبالصدق التمييزي والتقاربي وموثوقية الثبات الداخلي. كما توصلت النتائج إلى أن درجة القطع على مقياس اضطراب الشخصية الحدية (أكبر من ٣١ درجة)، بدرجة حساسية ٧٣,٣٣%، بفاصل ثقة ٩٥% (٩٢,٢ - ٤٤,٩)، وبدرجة نوعية أو تحديد بلغت ٨٩,٤٩%، بفاصل ثقة ٩٥% (٨٥,٣ - ٩٢,٨)، وبمعامل دقة قرار = ٨٠,٤٣%،  $(p < ٠,٠٠٠١)$ . كما أشارت النتائج إلى أن نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية في عينة البحث من عامة السكان بلغت (٥,١٥%)

عند درجة قطع أكبر من ٣١ درجة على المقياس، وقيمة تنبؤية إيجابية  $PV^+$  بلغت (٢٧,٥%)،  
بفاصل ثقة  $95\% = 37,50 - 19,3$ ، وقيمة تنبؤية سلبية  $PV^-$  بلغت (٩٨,٤%)، بفاصل  
ثقة  $95\% = 96,40 - 99,30\%$ . وفي ضوء هذه النتائج أوصت الباحثة بتطبيق مقياس  
اضطراب الشخصية الحدية المعد في هذا البحث لما يتمتع به من خصائص سيكومترية جيدة،  
لأغراض التصنيف السريري عند درجة قطع أكبر من ٣١ درجة على المقياس، إلى جانب  
أدوات التشخيص الأخرى لهذا الاضطراب.  
الكلمات المفتاحية: اضطراب الشخصية الحدية، الراشدين، درجة القطع، طريقة أنجوف، تحليل  
ROC، التحليل الرباعي التوكيدي CTA.

## تحديد درجة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية

### تحديد درجة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى الراشدين باستخدام طريقتي أنجوف ومنحنى ROC

أ.د/ بشرى إسماعيل أحمد أرنوط

أستاذ علم النفس- كلية التربية- قسم علم النفس- جامعة الملك خالد

أستاذ علم النفس- كلية الآداب- قسم علم النفس- جامعة الرقازيق

#### مقدمة البحث:

يُعد اضطراب الشخصية الحدية (Borderline personality disorder (BPD) اضطراب نفسي خطير يتميز بالاندفاعية وعدم استقرار صورة الذات والعلاقات الشخصية والمزاج، وحوالي ٧٥٪ من مرضى اضطراب الشخصية الحدية من الإناث، وتشير بعض الدراسات إلى وجود فروق طفيفة بين الجنسين في مقاييس اضطراب الشخصية الحدية، وهذا الاضطراب أقل انتشارًا في الفئات العمرية الأكبر سنًا ويرتبط بمستويات التعليم المنخفضة وعدم الزواج والبطالة (Derks et al., ٢٠١٦; Bland and Rossen, ٢٠٠٥).

ويتسم اضطراب الشخصية الحدية بصعوبة تنظيم المشاعر، ونقص التحكم في الانفعالات، ومشاكل الهوية الذاتية، وأنماط العلاقات الفوضوية، إلى جانب الجهود المحمومة لتجنب الهجر. (American Psychiatric Association, ٢٠١٣) يكافح الأفراد المصابون باضطراب الشخصية الحدية للتعامل بفعالية مع أفكارهم وعواطفهم السلبية مثل الغضب والفراغ والخوف، مما يؤدي إلى سلوكيات مختلفة مختلة، بما في ذلك إيذاء الذات عمدًا وغيرها من الأفعال الاندفاعية، وبالتالي، حتى بين المتخصصين في مجال الصحة، يُعتبر اضطراب الشخصية الحدية مشكلة صحية نفسية خطيرة، وغالبًا ما تثير القلق ومشاعر التلاعب والتحدي (Bland & Rossen, ٢٠٠٥; Boucher et al., ٢٠١٧; Jeong et al., ٢٠٢٢).

وقد أجريت العديد من البحوث والدراسات في البيئة العربية لإعداد أدوات تقيس اضطرابات الشخصية عامة بما فيها اضطراب الشخصية الحدية. فقد هدفت دراسة محمود (٢٠٢٣) إلى تقنين الصورة البحثية من بطارية اضطرابات الشخصية وفقاً لـ DSM-٥ في الثقافة المصرية، وذلك على عينة غير اكلينيكية من الراشدين قوامها (٢٥١)، وبالإضافة إلى بطارية اضطرابات الشخصية تم تطبيق استبيان اضطرابات الشخصية (إعداد: عسكر، ٢٠٠٤)، وقد أوضحت النتائج تمتع المقياس بدرجة جيدة من صدق البناء العاملي، وكذلك بالصدق التلازمي. كما كشفت نتائج دراسة الصومالي وآخرون (٢٠٢٤) إلى تمتع مقياس اضطراب الشخصية الحدية ذي العوامل التسع على عينة من الراشدين بالمملكة العربية السعودية (ن=١٣٧) ممن تراوحت أعمارهم بين (١٧ إلى ٦٤) عام، بالاتساق الداخلي إذ تراوحت قيمته للأبعاد والمقياس ككل بين (٠,٤٧ إلى ٠,٨٨)، وكذلك بالثبات، إذ بلغت قيمة معامل ثبات ألفا للمقياس ككل (٠,٩٦)، والتجزئة النصفية بلغت (٠,٩٢).

والتقييم السريري للاختبارات التشخيصية أحد أهم التحديات، وهو ما يثير اهتمام الخبراء السريريين والباحثين الإحصائيين، إذ أن الأساليب القياسية الذهبية باهظة التكلفة وربما تكون غير موجودة في مجال التشخيص. لذلك، فإن تقييم الاختبارات التشخيصية الجديدة أمر بالغ الأهمية (Hassanzad and Hajian-Tilaki, ٢٠٢٤).

ويعد تحديد درجة القطع المثلى لتصنيف الاضطرابات والأمراض النفسية بما فيها اضطراب الشخصية الحدية في الدراسات التشخيصية أحد الأهداف المهمة، ويُوفر هذا البحث إطاراً لاختيار درجة قطع مثلى لمقياس اضطراب الشخصية الحدية المُعد في هذا البحث. وتوجد طريقتين لتحديد درجة القطع؛ أحدهما المرتكزة على الاختبار Test-centered، وتلك المرتكزة على العينة Sample-centered. ومن الطرق المرتكزة على الاختبار طريقة أنجوف Angoff method، فيها يستجيب كل محكم لبنود الاختبار أو المقياس من خلال النظر في مستويات الاستجابة التي تنتمي للبنود والتي يمكن أن تميز الأفراد عند مستوى العتبة ذات الصلة بالخاصية المُقاسة. كذلك الحال طريقة المجموعة الحدية Border group method، إذ يُطلب فيها من المحكمين تعريف الأشخاص منخفضي ومرتفعي السمة المُقاسة. بالإضافة إلى طريقة تحليل منحني (ROC)، كأداة تستخدم للكشف عن أداء الاختبارات والمقاييس التشخيصية المُطبقة في مواقف سريرية مختلفة، وتقييم دقتها (Cizek and Bunch, ٢٠٠٧).

## تحديد درجة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية

(Dirican, ٢٠٠١). إذ تسمح هذه الطريقة بتحديد القوة التمييزية للمقياس باستخدام قيم الحساسية Sensitivity والنوعية Specificity المحسوبة، بناء على قيم النسبة الإيجابية- السلبية، ومقارنة قوة المقياس التشخيصية بمقاييس مختلفة لنفس الخاصة أو السمة المقاسة (Dirican, ٢٠٠١).

وتتلخص طريقة تحليل منحنى ROC في تحديد درجة القطع، أنه عندما ننظر في نتائج اختبار أو مقياس معين في مجموعتين سكانيتين، مجموعة سكانية واحدة مصابة بالمرض، ومجموعة سكانية أخرى خالية من المرض، نادرًا ما يُلاحظ فصلًا مثاليًا بين هاتين المجموعتين. ففي الواقع، سوف يتداخل توزيع نتائج الاختبار لكل درجة قطع محتملة أو قيمة معيار تُختار للتمييز بين المجموعتين السكائيتين، ستوجد بعض الحالات التي تم تصنيف المرض فيها بشكل صحيح على أنها إيجابية (TP = جزء إيجابي حقيقي)، وبعض الحالات التي تم تصنيف المرض فيها على أنها سلبية (FN = جزء سلبي كاذب). ومن ناحية أخرى، سيتم تصنيف بعض الحالات التي لا تعاني من المرض بشكل صحيح على أنها سلبية (TN = جزء سلبي حقيقي)، ولكن سيتم تصنيف بعض الحالات التي لا تعاني من المرض على أنها إيجابية (FP = جزء إيجابي كاذب) (Cizek and Bunch, ٢٠٠٧; Zhou et al., ٢٠٠٢).

وتأسيسًا على ما سبق، يتضح أهمية تحديد درجة القطع التي يُمكن بالاعتماد عليها التعرف على ما إذا كان الشخص مصاب باضطراب أو مرض ما أو لا، واتخاذ القرار العلاجي المبني على ملامح التشخيص السليم، ونظرًا لحاجة العاملين في مجال تقديم خدمات الصحة النفسية سواء التشخيص أو العلاج، لأدوات تشخيصية دقيقة، لها درجة مناسبة من الحساسية والنوعية أو التحديد وبمستوى دقة قرار مرتفع، تُمكنهم من بناء الخطة العلاجية المناسبة تستند على أدلة علمية قوية، جاء هذا البحث لتحديد درجة القطع في مقياس اضطراب الشخصية الحدية المُعد بهذا البحث.

### مشكلة البحث:

أشار المسح الوطني السعودي للصحة النفسية (التقرير التقني) أن ٣٤% من السعوديين تتطبق عليهم معايير تشخيص اضطرابات الصحة النفسية في بعض الأوقات، و٨٣% من السعوديين الذين شخصوا باضطرابات حادة في الصحة النفسية لا يسعون لتلقي أي نوع من العلاج، وأن اضطرابات الصحة النفسية تؤثر على السعوديين الأكثر تعليمًا (المسح الوطني السعودي للصحة النفسية، ٢٠١٩). ومن بين هذه الاضطرابات النفسية اضطرابات الشخصية عامة بما فيها اضطراب الشخصية الحدية.

ويُقدر أن اضطراب الشخصية الحدية يحدث لدى ٠,٥-٥,٩% من عامة السكان (Grant et al., ٢٠١٦; Sauer et al., ٢٠٠٨) وهو اضطراب الشخصية الأكثر شيوعًا في البيئات السريرية، حيث يؤثر على ١٠% من جميع المرضى الخارجيين النفسيين و١٥-٢٠% من المرضى الداخليين (Derks et al., ٢٠١٦). ومن المُحتمل أن يتم تشخيصه في مرحلة البلوغ المبكرة (Derks et al., ٢٠١٦; Hicks, ٢٠١٧). وأظهرت نتائج البحوث والدراسات انخفاضًا في الاندفاع مع تقدم العمر (Derks et al., ٢٠١٦; Schulze et al., ٢٠١٦; Zanarini et al., ٢٠١٣).

ويُشكل اضطراب الشخصية الحدية (BPD) تحديًا كبيرًا للأطباء والمحققين من حيث التشخيص والعلاج، لأن الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية عادةً ما يعانون من اضطرابات مزاجية مقاومة للعلاج، مثل اضطراب الاكتئاب الشديد والاضطراب ثنائي القطب (Dixon-Gordon et al., ٢٠١٨). ويعد اضطراب الشخصية الحدية أيضًا من الاعتبارات المهمة عند وجود ميول انتحارية (Yu et al., ٢٠١٢; Zachar et al., ٢٠١٦). ويرتبط اضطراب الشخصية الحدية بالاندفاعية والأفكار الانتحارية وتشويه الذات، وله مصداقية تنبؤية للاكتئاب والاضطرابات السريرية، وقد وجد أن انتشار اضطراب الشخصية الحدية يختلف حسب مكان إجراء الدراسة، على سبيل المثال، ٦% في عموم السكان (Grant et al., ٢٠١٦; Schulze et al., ٢٠٠٨)، و١٥,٢% بين طلاب الجامعات (Shenoy and Praharaj, ٢٠١٩)، و٤٠% بين المرضى الذين يخضعون للعلاج النفسي (Neelapaijit et al., ٢٠١٧).

## تحديد درجة القطع لقياس اضطراب الشخصية الحدية

وتشير الأدبيات النظرية إلى أن تشخيص اضطراب الشخصية الحدية من القضايا المثيرة للجدل، وذلك لعدد من الأسباب، منها: النمط الظاهري phenotype غير متجانس، وهناك تداخل واسع في الأعراض مع تشخيصات نفسية أخرى مما يؤثر على مصداقية تشخيص اضطراب الشخصية الحدية. ومع ذلك، كبنية تشخيصية، مثل العديد من التشخيصات في الطب النفسي، فإنه يوفر مفهومًا عمليًا مهمًا للأطباء وإطارًا لتنظيم الخبرة السريرية وتخطيط العلاج (Jablensky, ٢٠١٦).

واضطراب الشخصية الحدية هو اضطراب الشخصية الأكثر بحثًا (Blashfield and Homan et al., ٢٠١٧; Intoccia, ٢٠٠٠)، والذي كان له أثرًا واضحًا في تطوير قاعدة أدلة علاج هذا الاضطراب. لذلك، فإن التشخيص له فائدة عملية في دعم تحديد أولئك الذين قد يستجيبون لتدخلات معينة، خاصة وأن اضطراب الشخصية الحدية مُمثل بشكل مفرط في بيئات الرعاية الصحية، والأفراد الذين تم تشخيصهم باضطراب الشخصية الحدية يبلغون عن صعوبة كبيرة في الوصول إلى رعاية فعالة ومتسقة والشعور بالفهم من قبل المتخصصين في مراكز الرعاية الصحية (Dixon-Gordon et al., ٢٠١٨; Lawn and McMahon ٢٠١٥).

وقد يشعر الأطباء بالقلق من أن الكشف عن تشخيص اضطراب الشخصية الحدية، إذ أن ذلك قد يولد تشاؤمًا لدى المريض وقد لا يرغبون في إسناد "علامة" تشخيصية قد يُنظر إليها على أنها مهينة (Hicks, ٢٠١٧; Sauer et al., ٢٠١٦; Lequesne and Hersh, ٢٠٠٤). ومع ذلك، فإن عدم مشاركة تشخيص اضطراب الشخصية الحدية يضر بالمرضى من خلال إنكار الراحة المحتملة التي قد يجلبها التشخيص الذي يوحد أعراضهم المختلفة ويُحد من الخيارات العلاجية المتاحة لهم إذا كان وجود التشخيص شرطًا للعلاج. ومن المهم شرح تشخيص اضطراب الشخصية الحدية بطريقة واضحة ومفهومة، مع الحفاظ على الشعور بالأمل في التغيير والتعافي. لذلك، فإن مشاركة تشخيص اضطراب الشخصية الحدية هي فرصة للتعريف النفسي حول كل من التشخيص وخيارات العلاج، والتي يمكن أن تساعد

المريض على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن رعايته ( National Institute for Health and Care Excellence ٢٠٠٩).

ونظرًا لأن الاختبارات التشخيصية هي أدوات سريرية مهمة. وإذا كان ذلك ممكنًا، فيتعين علينا استخدام اختبارات المعيار الذهبي Gold-standard tests لتشخيص الأمراض. ومع ذلك، فإن الاختبار المعياري الذهبي إما غير موجود أو من الصعب جدًا أو مكلف إجراؤه لبعض حالات الأمراض. لذلك، يتعين علينا استخدام اختبارات تشخيصية بديلة كبديل للاختبارات المعيارية الذهبية (Newman and Kohn, ٢٠٠٩).

ولهذا، أُجريت العديد من البحوث والدراسات لإعداد مقاييس لاضطراب الشخصية الحدية والتحقق من خصائصها السيكومترية على عينات مختلفة من المجتمع مثل دراسة (أبو زيد، ٢٠١٧؛ سناري وآخرون، ٢٠٢٠؛ الصاوي، ٢٠٢٣، الصومالي وآخرون، ٢٠٢٤). ولكن لم تكشف أي دراسة منها عن درجة القطع لتشخيص اضطراب الشخصية الحدية، واختبار درجة حساسيتها وتحديدها للاعتماد عليها في التصنيف والتخطيط للعلاج المبني على الأدلة العلمية. ولذلك جاء هذا البحث ليسد هذه الفجوة البحثية من جهة، وللحاجة الماسة إلى تحديد درجة قطع تتميز بالحساسية Sensitivity، والنوعية/ التحديد Specificity في عينات مجتمعية من عامة السكان، لتصنيف المصابين وغير المصابين باضطراب الشخصية الحدية.

### أسئلة البحث:

١. هل يتمتع مقياس اضطراب الشخصية الحدية المُعد في هذا البحث بخصائص قياسية جيدة في البيئة السعودية؟
٢. ما أفضل درجة قطع لتصنيف المصابين وغير المصابين باضطراب الشخصية الحدية باستخدام المقياس المُعد في هذا البحث؟
٣. ما نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية لدى أفراد عينة البحث؟

### أهداف البحث:

١. الكشف عن الخصائص القياسية في البيئة السعودية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية المُعد في هذا البحث، من حيث نوعية النموذج القياسي (تكويني أو

## تحديد درجة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية

انعكاسي)، وموثوقية المؤشرات والصدق التقاربي والتمييزي وموثوقية الاتساق الداخلي.

٢. تحديد درجة القطع وحساسيتها ونوعيتها/ تحديدها، لتصنيف المصابين وغير المصابين باضطراب الشخصية الحدية باستخدام المقياس المُعد في هذا البحث.
٣. التعرف على نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية لدى أفراد عينة البحث.

### أهمية البحث:

١. ندرة البحوث والدراسات حول تحديد درجة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية في عينة من عامة السكان في البيئة السعودية، إذ يُعد هذا البحث من باكورة البحوث لتحديد درجة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية في البيئة العربية.
٢. إثراء المكتبة العربية المتخصصة في القياس النفسي بمقياس لاضطراب الشخصية الحدية يتمتع بموثوقية للمؤشرات وبالصدق التمييزي والتقاربي وموثوقية الثبات الداخلي، له درجة قطع تتمتع بحساسية وتحديد جيدين لأعراض التصنيف والتشخيص المبني على الأدلة.
٣. سوف تفيد نتائج هذا البحث الأطباء والأخصائيين والمعالجين النفسيين في تشخيص الأفراد ممن يبدون علامات أولية لاضطراب الشخصية الحدية من خلال الاعتماد على مقارنة أداء الفرد على المقياس المُعد في هذا البحث بدرجة القطع المُحددة على المقياس.
٤. سوف تفيد نتائج هذا البحث صانعي السياسات ومنتخذي القرارات في قطاع الصحة (الصحة النفسية)، في إعداد البرامج الوقائية والعلاجية من اضطراب الشخصية الحدية في فئات مختلفة من أفراد المجتمع من الراشدين، بما يُسهم في الحفاظ على القوى البشرية وطاقاتها وإمكاناتها من الوقوع في براثن هذا الاضطراب.
٥. ستفيد نتائج هذا البحث في زيادة الوعي المجتمعي حول نسب انتشار اضطراب الشخصية الحدية في المجتمع، ومعرفة أسبابه وأعراضه.

## مصطلحات البحث:

### اضطراب الشخصية الحدية: Borderline Personality Disorder (BPD)

عرف (Biskin, 2015, 305) اضطراب الشخصية الحدية بأنه "اضطراب نفسي شائع يتميز بنمط شامل من عدم الاستقرار الانفعالي، والاندفاعية، وصعوبات التعامل الشخصي، واضطرابات الهوية، واضطراب الإدراك".

وفي البحث الحالي يُعرف اضطراب الشخصية الحدية إجرائيًا بأنه "اضطراب نفسي مستمر يتميز بنمط شامل من الخلل أو القصور الوظيفي في المجال الانفعالي العاطفي، والتفاعل البينشخصي، والسلوكيات الاندفاعية المتهورة، وسلوكيات إيذاء الذات، وفي المجال المعرفي الإدراكي من اضطراب في الهوية وأعراض ذهانية عابرة، وتجارب انفسامية وتشوهات معرفية، وتمثلها الدرجة التي يحصل عليها الشخص في مقياس اضطراب الشخصية الحدية".

### درجة القطع: Cut-off

عرف (Newman and Kohn, 2009, 28) درجة القطع بأنها "نقاط التقسيم على أداة القياس، إذ يتم تقسيم نتائج المقياس إلى فئات مختلفة؛ عادة ما تكون إيجابية (تشير إلى أن شخصًا ما لديه السمة المقاسة)، أو سلبية (تشير إلى أن شخصًا ما لا يمتلك السمة المقاسة)".

### طريقة أنجوف: Angoff method

طريقة أنجوف هي طريقة علمية لوضع المعايير التصنيفية للاختبار أو مقياس ما، وتتطلب لجنة من الخبراء في الموضوع لتحديد احتمالية إجابة الشخص الكفاء بشكل صحيح على بنود الاختبار أو المقياس، وتطلب من كل خبير تقدير احتمالية كل سؤال في الاختبار أو المقياس، وتصبح النتيجة النهائية لدرجة القطع هي متوسط مجموع الاحتمالات المختلفة من جميع الخبراء (Mubuuke et al., 2017, 172).

### منحنى Receiver Operating Characteristic Curve : ROC

هو رسم بياني لمعدل الإيجابيات الحقيقية (الحساسية) في وظيفة معدل الإيجابيات الكاذبة (1-100-خصوصية) لنقاط قطع مختلفة لمعلمة. تمثل كل نقطة على منحنى ROC زوج حساسية/خصوصية يتوافق مع عتبة قرار معينة. المساحة تحت منحنى ROC (AUC) هي مقياس لمدى قدرة المعلمة على التمييز بين مجموعتين تشخيصيتين (مريضة/طبيعية) (Zweig and Campbell, 1993, 562).

## تحديد درجة القطع لقياس اضطراب الشخصية الحدية

### الحساسية: Sensitivity

عرف (Zweig & Campbell, 1993, 563) الحساسية بأنها "احتمالية أن تكون نتيجة الاختبار إيجابية عند وجود المرض، أي معدل الإيجابية الحقيقي، معبراً عنه كنسبة مئوية".

### النوعية/التحديد (الخصوصية): Specificity

عرفها (Zweig & Campbell, 1993, 563) بأنها "احتمالية أن تكون نتيجة الاختبار سلبية عندما لا يكون المرض موجوداً، أي معدل سلبي حقيقي، معبراً عنه كنسبة مئوية".

### القيمة التنبؤية الإيجابية: Positive Predictive Value (PV+)

عرف (Zweig & Campbell, 1993, 563) القيمة التنبؤية الإيجابية بأنها "احتمال وجود المرض عندما تكون نتيجة الاختبار إيجابية (معبراً عنها كنسبة مئوية)".

### القيمة التنبؤية السالبة: Negative Predictive Value (PV-)

عرفها (Zweig & Campbell, 1993, 564) بأنها "احتمالية عدم وجود المرض عندما تكون نتيجة الاختبار سلبية (معبراً عنها كنسبة مئوية)".

### الأدبيات النظرية للبحث:

#### تصنيف اضطراب الشخصية الحدية:

لقد أثار تشخيص اضطراب الشخصية الحدية الجدل لفترة طويلة من حيث صلاحيته المفاهيمية والتشخيصية. وقد تم إنشاء التشخيص نفسه من قبل لجنة من الخبراء دون أساس تجريبي، ويظل البحث حول تصنيفه نادراً (Tyrer et al., 2019). وعلى الرغم من ذلك، يُقال إن التشخيص له فائدة سريرية وكان محركاً مهماً للبحث والتطورات العلاجية في مجال اضطراب الشخصية الحدية (Biskin, 2015; Sauer et al., 2016).

ويدور الكثير من الجدل وعدم الرضا حول أنظمة تصنيف اضطراب الشخصية، وخاصة مسألة المفاهيم التصنيفية categorical conceptualization مقابل المفاهيم البعدية dimensional conceptualization. يُقال إن تنظيم اضطراب الشخصية في أنواع فرعية منفصلة يولد تبايناً تشخيصياً عالياً وتبايناً داخل التشخيص وأن النموذج البعدي الذي يعتبر اضطراب الشخصية موجوداً باستمرار هو الأفضل. وهذا صحيح بالنسبة لاضطراب الشخصية

الحدية، حيث يخضع التشخيص من خلال نظام تصنيفي لتباين كبير بشكل خاص (Hallquist and Pilkonis, ٢٠١٢; Schulze et al., ٢٠١٦). يُقال إن النظام التصنيفي في الطب النفسي لا يحدد كيانات اضطرابية منفصلة يمكن تحديدها بشكل موثوق من اضطرابات أخرى (Hengartner and Lehmann, ٢٠١٧; Homan et al., ٢٠١٧). بهذا المعنى، "يحد" اضطراب الشخصية الحدية مجموعة واسعة من الحالات والمخاطر التي توفر تشخيصًا شاملاً لشرح عدد لا يحصى من الأعراض والسلوكيات المرضية.

وحدد DSM-٥ السمات الرئيسية لاضطراب الشخصية الحدية كنمط شامل من عدم الاستقرار في العلاقات الشخصية، وصورة الذات والعاطفة، بالإضافة إلى الاندفاع الواضح والسلوك المؤذي للذات (American Psychiatric Association ٢٠١٣). وعلى الرغم من عدم وجود فئة مستقلة لاضطراب الشخصية الحدية في التصنيف الدولي للأمراض العاشر ICD-١٠ (World Health Organization ١٩٩٢)، فإن "اضطراب الشخصية غير المستقرة عاطفياً"، الذي يتألف من الأنواع الفرعية الاندفاعية والحدية، متكافئ مع اضطراب الشخصية الحدية وعلى نطاق واسع.

ومن مجالات الأعراض الرئيسية لاضطراب الشخصية الحدية الواردة في DSM-٥ (American Psychiatric Association ٢٠١٣):

- الانفعالية/العاطفية: حساسية عاطفية متزايدة، وضعف التنظيم العاطفي، والعودة البطيئة إلى خط الأساس من حالة عاطفية متصاعدة، ومشاعر فراغ مزمنة، وصعوبة في السيطرة على مشاعر الغضب.
  - التفاعل البيئشخصي: مخاوف الهجر، عدم الاستقرار في العلاقات.
  - السلوكية: السلوكيات الاندفاعية (على سبيل المثال، الإنفاق المتهور، والإفراط في تناول الطعام، وإساءة استخدام المواد)، وإيذاء النفس، والسلوكيات الانتحارية.
  - الإدراكية/المعرفية: اضطراب الهوية، وأعراض ذهانية عابرة، وتجارب انفصامية.
- وكان من المتوقع أن يخضع تصنيف اضطرابات الشخصية لتغيير كبير أثناء عملية المراجعة المؤدية إلى DSM-٥ ليعكس العدد المتزايد من الدراسات التي تدعم النهج البعدي للتشخيص (Zachar et al., ٢٠١٦). ولتحقيق هذه الغاية، تم اقتراح نموذج هجين لتصنيف اضطراب الشخصية لـ DSM-٥ يحتوي على عناصر تصنيفية وأبعادية. ومع ذلك، ثبت أن الحصول

## تحديد درجة القطع لقياس اضطراب الشخصية الحدية

على اتفاق بالإجماع على نموذج لتصنيف اضطراب الشخصية الحدية أمر بعيد المنال وتم رفض النموذج المقترح من الهيئة الرئيسة لـ DSM-5. وتم الاحتفاظ بنموذج اضطراب الشخصية التصنيفي الممثل في DSM-IV في DSM-5 وتم طباعة النموذج الهجين البديل في القسم الثالث (التدابير والنماذج الناشئة). وفي النموذج البديل، فإن المعايير الأساسية التي تحدد أي اضطراب في الشخصية هي ضعف في أداء الشخصية ووجود سمات شخصية مرضية، إذ تحتفظ هذه المنهجية الهجينة بستة أنواع من اضطرابات الشخصية، هي: اضطراب الشخصية الحدية، واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، واضطراب الشخصية التجنبية، واضطراب الشخصية الفصامية، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، واضطراب الشخصية النرجسية.

وبالمقارنة، فإن تصنيف اضطرابات الشخصية في ICD-11 (World Health Organization 2018) هو تصنيف متعدد الأبعاد ويحل محل الوصف التصنيفي، وينصب التركيز على تقييم ضعف شامل في أداء الشخصية، مصنفاً وفقاً لدرجة شدته (صعوبة الشخصية، واضطراب الشخصية الخفيف، واضطراب الشخصية المعتدل، واضطراب الشخصية الشديد). وتشمل العوامل الرئيسة التي تحدد الشدة درجة الخلل الوظيفي بين الأشخاص، والتأثير على الأدوار الاجتماعية والمهنية، والتجارب المعرفية والعاطفية، ومخاطر الأذى للذات والآخرين. وبالإضافة إلى ذلك، قد يتم تأهيل التشخيص أيضاً بسمة أو أكثر من السمات البارزة في المجال (العاطفة السلبية، والانفصال، والانطواء، والتحرر من القيود، والانطواء). وتتوفر مؤهلات السمات لوصف النمط المحدد من السمات التي تُسهم في الخلل الوظيفي الشامل للشخصية (Sauer et al., 2018; Musser et al., 2017; Hicks, 2016).

وقد قوبل الاقتراح الأولي الذي قدمته مجموعة عمل اضطرابات الشخصية في التصنيف الدولي للأمراض-11 (Tyrer, et al., 2011) بمخاوف، وخاصة فيما يتعلق بالفشل في تضمين اضطراب الشخصية الحدية في التصنيف والآثار المترتبة على ذلك سواء على البحث أو العلاج والوصول إلى العلاج. وكان المقصود أن يتم العثور على الخصائص المرتبطة

باضطراب الشخصية الحدية عبر مجالات الانفعال السلبي، واختلال التشبيط، والانطواء الاجتماعي، مما يجعل الحاجة إلى تسمية الاضطراب الحدي عفا عليها الزمن. ومع ذلك، لم يتم قبول هذا الأساس المنطقي، واستجابة لهذه المخاوف، تم تقديم خيار تطبيق "وصف النمط الحدي" (على غرار وصف اضطراب الشخصية غير المستقرة عاطفياً في التصنيف الدولي للأمراض-10) ولكن فقط بعد تحديد مستويات الشدة (Tyrer et al., 2019). ويقترح أن تصنيف الشدة قد يفيد في التنبؤ وكثافة العلاج، وقد تدعم مؤهلات السمات التي تعكس السمات السريرية وديناميكيات أداء الشخصية اختيار وطبيعة العلاج (Bach and First, 2018). وقد يدعم تصنيف ICD-11 اتخاذ القرارات السريرية العقلانية للأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية حيث يتم تحديد شدة العلاج من خلال شدة المرض (Irwin and Malhi, 2019).

#### انتشار اضطراب الشخصية الحدية:

تشير الدراسات الوبائية في الولايات المتحدة الأمريكية إلى انتشار اضطراب الشخصية الحدية مدى الحياة بنسبة 6% تقريباً (Grant et al. 2008). وفي المملكة المتحدة، أظهرت عينة وطنية كبيرة انتشاراً مجتمعياً بنسبة 0,7% (Coid et al., 2006). وفي بيئات الرعاية الأولية، يتراوح انتشار اضطراب الشخصية الحدية من حوالي 4 إلى 6% (Moran et al., 2000; 2002). وعلى الرغم من ذلك، يبدو أن اضطراب الشخصية الحدية لا يحظى بالتقدير الكافي من جانب الأطباء العامين (Moran et al., 2001). وترتفع معدلات الانتشار إلى 9,3% في العيادات الخارجية المجتمعية وحوالي 20% في بيئات المرضى الداخليين (Zimmerman et al. 2005). ولم تجد الدراسات الوبائية أي اختلاف بين الجنسين في انتشار اضطراب الشخصية الحدية؛ ومع ذلك، فإن الذكور ممثلون تمثيلاً ناقصاً في أبحاث اضطراب الشخصية الحدية، بسبب انتشار النساء بشكل أكبر في العينات السريرية (Chapman et al., 2017; Skodol and Bender, 2003).

#### أسباب اضطراب الشخصية الحدية:

إن مسارات تطور اضطراب الشخصية الحدية معقدة وغير مؤكدة، ومن المحتمل أن تشمل المساهمات متعددة العوامل في علم الأسباب كلاً من الضعف الجيني والتعرض للتأثيرات التي تقوض تطور القدرات المعرفية الاجتماعية وتؤثر على التنظيم (Amad et al., 2014).

## تحديد درجة القطع لقياس اضطراب الشخصية الحدية

(Sauer et al., ٢٠١٦). وقد يكون للعمليات فوق الجينية دوراً في التسبب في اضطراب الشخصية الحدية كنتيجة للتعرض للتوتر في مرحلة الطفولة (Martin-Blanco et al., ٢٠٢٢; Jeong et al., ٢٠١٤a).

### ١. العوامل البيولوجية:

- **العوامل الوراثية:** لقد أوضحت نتائج البحوث والدراسات السابقة أن اضطراب الشخصية الحدية وراثي بشكل معتدل، حيث بلغت تقديرات الوراثة المبلغ عنها ٠,٦٩ (Kaufman) ٢٠٠٠, Torgersen et al., ٢٠١٧; et al. وقد سلطت الأدبيات المعاصرة الضوء على ظهور الأبحاث التي تدعم التفاعلات المعقدة بين البيئة والبيولوجيا والتي تؤدي إلى تطور اضطراب الشخصية الحدية بمرور الوقت (Kaiser et al., ٢٠١٧; Sharp). (and Kim, ٢٠١٥).
- **الآليات العصبية الحيوية:** يعد محور تحت المهاد - الغدة النخامية - الغدة الكظرية (محور HPA) أحد الأنظمة العصبية الصماء التي تنظم استجابة الجسم للضغوط. ومع ذلك، عند تنشيطه عن طريق التعرض للضغوط المزمنة، مثل صدمة الطفولة، فقد يتسبب في اختلال الأداء التوازني للنظام، مما يؤدي إلى زيادة خطر الإصابة بالاضطرابات النفسية المرتبطة بالضغوط. وتشير نتائج البحوث والدراسات السابقة إلى وجود ارتباط بين خلل وظيفة محور HPA والصدمات التي تحدث في مرحلة الطفولة ومشاركة هذا النظام في تطور اضطراب الشخصية الحدية (Cattane et al., ٢٠١٧; Kaiser et al., ٢٠١٧).
- **النواقل العصبية والأفيونيات الذاتية Endogenous Opioids:** لقد اقترح أن النواقل العصبية التي تشارك في تنظيم سلوكيات الانتماء والتعلق، مثل الأوكسيتوسين oxytocin والأفيونيات Opioids والفازوبريسين Vasopressin، تتغير في اضطراب الشخصية الحدية وقد تمثل ركائز عصبية حيوية لبعد الحساسية البيولوجية للاضطراب (Kaiser et al., ٢٠١٠; Stanley et al., ٢٠١٧; et al.). كما تشير الدراسات إلى أن اختلال وظيفة

السيروتونين قد يدعم الأعراض العدوانية الاندفاعية في اضطراب الشخصية الحدية (Johnston et al., ٢٠١٧; Silva et al., ٢٠٠٧).

■ **التغيرات البنيوية والوظيفية في الدماغ:** أوضحت دراسات التصوير العصبي وجود خلل بنيوي ووظيفي في مناطق الدماغ المعنية بتنظيم التأثير والتعرف على المشاعر والانتباه، بما في ذلك اللوزة الدماغية والمناطق المدارية الجبهية والحُصين. وأفادت دراسات التصوير بالرنين المغناطيسي البنيوي بانخفاض حجم اللوزة الدماغية لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية (Kaufman et al., ٢٠١٧; Weniger et al., ٢٠٠٩). وقد افترض البعض أن التعرض للضغوط النفسية أو تجارب الحياة المبكرة قد يؤدي إلى تغييرات في حجم الحُصين واللوزة الدماغية (Johnston et al., ٢٠١٧; Schmahl et al., ٢٠٠٣). كما تشير دراسات التصوير المقطعي إلى خلل في الفص الجبهي الطرفي لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية. وقد تُسهم مثل هذه التشوهات في مناطق الدماغ المعنية بالتحكم في الانفعال ومعالجتها في عدم الاستقرار الانفعالي لاضطراب الشخصية الحدية (Kaufman et al., ٢٠١٧; Koenigsberg et al., ٢٠٠٩).

## ٢. العوامل النفسية الاجتماعية:

■ **نظريات النمو:** افترض (Linehan ١٩٩٣) نظرية بيولوجية اجتماعية مفادها أن اضطراب الشخصية الحدية هو اضطراب في تنظيم المشاعر، وزيادة الحساسية الانفعالية، والعودة البطيئة إلى الخط الأساسي الانفعالي الذي ينتج عن التفاعلات بين الأفراد الذين يعانون من نقاط ضعف بيولوجية وبيئة غير صالحة انفعاليًا. ويواجه الأطفال المعرضون لمثل هذا السياق النمائي صعوبة في فهم وتمثيل وتنظيم التجارب الانفعالية. ويصف (Haigh ٢٠١٣) خمس تجارب أساسية ضرورية لنمو الانفعال من أجل تكوين شخصية صحية: التعلق، والاحتواء، والتواصل المفتوح، والإدماج، والقوة. إذ يمنح التعلق المبكر الآمن الطفل النامي تجربة متماسكة للوجود وهي التجربة التي يمكن من خلالها تحمل الخسارة والتغيير. كذلك يشكل الاحتواء الذي تقدمه الشخصيات الوالدية للطفل من خلال إنشاء وإنفاذ الحدود التي يمكن أن تحافظ على الضيق أو المحنة ضمن حدود آمنة متفق عليها أساسًا لعالم آمن يمكن فيه البقاء على قيد الحياة

## تحديد درجة القطع لقياس اضطراب الشخصية الحدية

من المشاعر والتجارب الصعبة. كذلك يتضمن مبدأ آخر من مبادئ تطور الشخصية الصحية التواصل المفتوح، حيث يمكن التعبير عن محنة الطفل بالكلمات والاعتراف بها وعكسها بشكل عرضي من قبل مقدمي الرعاية. وبالنسبة للإدماج يحدث عندما يتم وضع الأفراد في الاعتبار من قبل الآخرين الذين يتشاركون بيئتهم وحيث يمكن أن ينشأ الترابط والتماسك الاجتماعي. كذلك تدعم البيئة التي تعزز التمكين وممارسة القوة التقرد والكفاءة الذاتية، ويمكن أن يحدث اضطراب في هذه المتطلبات الأساسية للرفاهية الانفعالية وتطور الشخصية الصحية عندما يحدث الإساءة أو الإهمال أو الحرمان أو الفقد في البيئة المبكرة ( Derks et al., ٢٠١٦; Hicks, ٢٠١٧; Kaiser et al., ) .٢٠١٧

■ **نظرية التعلق:** يوجد ارتباط قوي بين أسلوب التعلق غير الآمن واضطراب الشخصية الحدية، وهو ما يتفق مع فهم أن عدم استقرار العلاقة هو سمة أساسية للاضطراب (Agrawal et al., ٢٠٠٤; Boucher et al., ٢٠١٧). كما افترض بولبي أن الرضع من البشر يظهرون أنماط سلوكية مثل البحث عن القرب والابتسام والتشبث، والتي تثير سلوك الرعاية المتبادلة لدى مقدمي الرعاية من البالغين مثل اللمس والإمساك والتهديئة. وتعزز هذه السلوكيات المتبادلة تطوير رابط عاطفي بين الرضيع ومقدم الرعاية يشكل التعلق. ومن خلال علاقة التعلق هذه يطور الرضيع تمثيلاً داخلياً للذات والآخر ((Bowby, ١٩٨٢; Dixon-Gordon et al., ٢٠١٨)). ويسمح التعلق الآمن للطفل باستكشاف بيئته بأمان مع العلم أن مقدم الرعاية متاح عند الحاجة، ويدعم التعلق الآمن تطوير صورة ذاتية مستقرة ومتسقة و متماسكة والشعور بأن المرء يستحق الحب، جنباً إلى جنب مع توقع أن تكون شخصيات التعلق متجاوبة ومتقبلة بشكل عام. ومن ثم، فإن التفاعلات المبكرة مع شخصيات التعلق تُشكل قالباً إدراكياً يؤثر على تجربة العلاقات بين البالغين في وقت لاحق من الحياة (Chapman et al., ٢٠١٧; ) (Madigan et al., ٢٠١٥). إن علاقة التعلق غير الآمنة تعرض القدرة على تطوير مثل هذه التمثيلات العقلية للحالات العقلية للذات والقدرة على التفكير وتفسير حالات

الآخرين بشكل صحيح للخطر، ويرتبط التعلق غير الآمن لدى البالغين بصفات حدودية، في حين أن التعلق الآمن له قيمة تنبؤية سلبية لاضطرابات الشخصية ( Hicks, ٢٠١٣, MacDonald et al., ٢٠١٧). وفي اضطراب الشخصية الحدية، يؤثر قلق التعلق سلبيًا على الإدراك الاجتماعي، بما في ذلك القدرة على التفكير والتمييز بين الذات والآخر (Derks et al., ٢٠١٦; Beeney et al., ٢٠١٥).

▪ **نظرية التفكير العقلي Mentalizing Theory:** يقترح (Fonagy ٢٠٠٨) أن العجز في القدرة على التفكير العقلي (التعقل) هو جانب أساسي من جوانب علم النفس المرضي لاضطراب الشخصية الحدية. والتفكير العقلي Mentalizing هو القدرة على فهم أنفسنا والآخرين من حيث الحالات النفسية. ويُفترض أن ضعف مشاركة الوالدين الانفعالية مع الأطفال تعوق اكتساب القدرات المعرفية الاجتماعية الطبيعية وتقوض تجربة الشخص لعقله، إذ يميل الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية إلى سوء فهم عقولهم وعقول الآخرين عندما يكونون في لقاءات شخصية مكثفة، وخاصة عندما يكونون مثارين انفعاليًا (Vanwoerden et al., ٢٠١٧).

▪ **الأحداث السلبية:** يرتبط اضطراب الشخصية الحدية بصدمات الطفولة أكثر من أي اضطراب آخر في الشخصية (Dixon-Gordon et al., ٢٠١٨)، والذي يرتبط بدوره بشدة أعراض اضطراب الشخصية الحدية (Homan et al., ٢٠١٧). وعلى الرغم من أن تاريخ الإساءة شائع لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية، فإن الإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة ليست ضرورية ولا كافية لتطور اضطراب الشخصية الحدية، وتمثل خبرات الطفولة الأخرى، وخاصة الإهمال من قبل مقدمي الرعاية، عوامل خطر كبيرة (Schulze et al., ٢٠١٦; Zanarini et al., ١٩٩٧). قد تكون استجابة الوالدين بعد تقارير الإساءة (تصديق التقرير وحماية الطفل وعدم التعبير عن مستويات عالية من الغضب) عامل وسيط أكثر أهمية من التأثيرات المرضية للإساءة نفسها على المدى الطويل (Sauer et al., ٢٠١٦; Horowitz et al., ٢٠٠١). وقد افترض أيضًا أن التفاعل بين صدمات الطفولة والسمات المزاجية، مثل العصاب الشديد، وخاصة القلق، يمكن أن يرتبط بشدة اضطراب الشخصية الحدية (Boucher et al., ٢٠١٧; Martin-Blanco et al., ٢٠١٤b).

## تحديد درجة القطع لقياس اضطراب الشخصية الحدية

### تشخيص اضطراب الشخصية الحدية:

يجب النظر إلى تشخيص اضطراب الشخصية الحدية بتقاول في ضوء الأدلة البحثية المعاصرة - حيث أظهرت العديد من البحوث والدراسات مستويات عالية من التحسن طويل المدى. على سبيل المثال، حقق ٨٨٪ من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية تحسناً على مدار دراسة متابعة استمرت ١٠ سنوات (Zanarini et al., ٢٠١٦; Schulze et al., ٢٠٠٦)، فقد حددت هذه الدراسة أيضاً عدداً من العوامل التي وجد أنها تتنبأ بوقت مبكر للتحسن، مثل السن الأصغر، وغياب الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة، وعدم وجود تاريخ عائلي لاضطراب تعاطي المواد، والخصائص المزاجية لانخفاض العصاب واللطف الشديد (Hicks, ٢٠١٧; Vanwoerden et al., ٢٠١٧).

وتوفر عملية التقييم فرصة للتشخيص ولبدء تطوير تحالف علاجي مع المريض، إذ يمكن للمعالج النفسي أن يحافظ على حدود واضحة في البداية من خلال شرح دوره والغرض والإطار الزمني للتقييم، ويُعد تبني موقف دافئ ومتقائل أمراً مهماً، خاصة إذا كان المريض قلقاً بشأن التقييم ونتائجه المحتملة، وقد يتطلب التقييم أكثر من جلسة ويجب أن يتضمن مراجعة دقيقة للسجلات الطبية المتاحة لتجنب الوصول المبكر إلى تشخيص غير دقيق. وقد يستغرق تقييم الشخصية وقتاً طويلاً، لذا فإن الفحص المختصر لتحديد الأشخاص الذين قد يستحقون تقييماً أكثر تفصيلاً لاضطراب الشخصية قد يكون مفيداً بشكل خاص للمعالج النفسي، إذ من المحتمل أن تبالغ أدوات التقرير الذاتي في تقدير معدلات انتشار اضطراب الشخصية (Chapman et al., ٢٠١٧; Martin-Blanco et al., ٢٠١٤b; Sauer et al., ٢٠١٦)

ويعد التقييم الموحد للشخصية - المقياس المختصر Standardized Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS) عبارة عن مقابلة مكونة من ثمانية بنود لفحص اضطراب الشخصية بشكل عام وليس لاضطرابات شخصية محددة. ويتكون من ثمانية أسئلة، تتوافق مع بيان وصفي عن الشخص، تتراوح الدرجات المحتملة من ٠ إلى ٨، وتُعد الدرجة ٣ أو أكثر (درجة القطع ٣ أو أكبر) حساسة ومحددة كمقياس لوجود اضطراب

في الشخصية وفقاً للمقابلة السريرية المنظمة لاضطرابات الشخصية على المحور الثاني من DSM-IV (SCID-II) (Moran et al., ٢٠٠٣; Hicks, ٢٠١٧).

وفي ذات السياق، يُعد مقياس McLean لاضطراب الشخصية الحدية (MSI-BPD) مقياس تقرير ذاتي يتكون من عشرة بنود، يجاب عنها بنعم أو لا، وتتراوح الدرجة على المقياس من ٠ إلى ١٠، ودرجة القطع على المقياس هو الحصول على درجة ٧ أو أكبر على البنود العشرة للمقياس إذ لها حساسية جيدة وخصوصية لتشخيص اضطراب الشخصية الحدية كما هو محدد في DSM-IV (Zanarini et al., ٢٠٠٣; Boucher et al., ٢٠١٧).

كذلك الأعراض المزمنة هي السمة الرئيسية في اضطراب الشخصية الحدية، ولذلك يبحث الاخصائي أو المعالج النفسي عن دليل على وجود اضطراب بدأ في مرحلة المراهقة أو الطفولة واستمر في الظهور بشكل ثابت بشكل معقول طوال مرحلة البلوغ. ومعايير DSM-٥ لتشخيص اضطراب الشخصية الحدية هي نفسها لدى الشباب (أقل من ١٨ عاماً) كما هو الحال لدى البالغين (American Psychiatric Association ٢٠١٣). على الرغم من أن المعهد الوطني للتميز في الرعاية الصحية National Institute for Health and Care Excellence يعترف بأن اضطراب الشخصية الحدية يمكن أن يحدث لدى الشباب، إلا أنه أشار إلى وجوب توخي الحذر عند إجراء تشخيص لاضطراب الشخصية الحدية في هذه الفئة العمرية نظراً لآثار الوصمة المحتملة للتشخيص والأدلة المحدودة على استقراره بمرور الوقت (National Institute for Health and Care Excellence ٢٠٠٩). وهناك وعي متزايد بأن مشكلات الشخصية قد تظهر في وقت لاحق من الحياة مقارنة بالمراهقة المتأخرة، وحتى في منتصف العمر أو الشيخوخة، عندما يتم المساس بالعوامل التي ربما كانت تعوض في السابق عن اضطراب الشخصية (على سبيل المثال فقدان علاقة داعمة أو وضع مهني) (Boucher et al., ٢٠١٧).

ويتم تشخيص اضطراب الشخصية الحدية بوجود خلل في المجالات الآتية:

#### ١. المجال الانفعالي: Emotional domain

يعتبر الخلل الانفعالي سمة أساسية لاضطراب الشخصية الحدية، ويتميز بحساسية انفعالية متزايدة، وضعف في تنظيم الاستجابات الانفعالية والعودة البطيئة إلى خط الأساس من الحالات الانفعالية المرتفعة، ويمكن توضيح هذه السمة من خلال سؤال المريض عما إذا كانت انفعالاته

## تحديد درجة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية

عرضة للتغير بسرعة على مدار ساعات أو أيام. قد تتغير الانفعالات بسرعة، وخاصة في الاستجابة للتفاعلات الشخصية، ولكن الشخص قد لا يكون قادرًا على تحديد أسباب التذبذب في الحالات الانفعالية بسهولة، ومن المفيد الاستفسار عن كيفية إدارة المريض لانفعالاته وما إذا كان يندم على أفعاله عندما تكون انفعالاته شديدة، ومن المُحتمل أن يتم تحديد سلوكه واستجاباته من خلال مزاجه وحالاته الانفعالية. وقد يوصف اضطراب الشخصية الحدية بأنه صعوبة في السيطرة على مشاعر الغضب، والتي تتميز بانخفاض القدرة على تحمل الإحباط ونمط من تبرغ مشاعر الغضب في العدوان اللفظي أو الجسدي. وعادة ما يكون الغضب شديدًا بشكل غير مناسب، مع تصاعد سريع في الشدة العاطفية وعودة بطيئة إلى الحالة الأساسية (Chapman et al., ٢٠١٧; Dixon-Gordon et al., ٢٠١٨; Hicks, ٢٠١٦; Sauer et al., ٢٠١٦; Schulze et al., ٢٠١٦).

### ٢. المجال البينشخصي: Interpersonal domain

إن عدم الاستقرار في العلاقات من السمات الأساسية لاضطراب الشخصية الحدية. وفي مقابلة التقييم، يمكن توضيح هذا الجانب من الاضطراب بشكل مباشر من خلال سؤال المريض عن جودة العلاقات الماضية والحالية مع أحبته أو والديه أو أفراد الأسرة المهمين بالنسبة له، ومن القواعد العامة المفيدة المحتملة أنه كلما كانت العلاقة أكثر حميمية، كلما زادت احتمالية ظهور الأعراض. ومع ذلك، فإن هذا الاضطراب مستمر وبالنسبة للمرضى الأكثر اضطرابًا، سيتجلى هذا في العلاقات مع انخفاض الحميمية، بما في ذلك العلاقات مع زملاء العمل أو حتى اللقاءات العرضية. وتعد الأسئلة المفتوحة مثل "كيف تكون في العلاقات؟" طريقة جيدة للبدء، وبعد تلقي المعلومات العامة، يمكن للأخصائي أو المعالج النفسي أن ينتقل بعد ذلك إلى أسئلة أكثر تحديدًا حول خبرات الذات والآخرين. وتشمل الأعراض النموذجية لاضطراب الشخصية الحدية التمثيلات العقلية غير المستقرة للذات والآخرين، والتي قد تتحول بسرعة بين الحب والكراهية. وقد يتم الكشف عن تاريخ يتضمن عددًا كبيرًا من العلاقات الحميمة على مر السنين، والتي تتميز بالوقوع في الحب بسهولة، والتطور السريع للحميمية، يليه خيبة الأمل والغربة. وبالمثل، قد تكون العلاقات مع الوالدين وأفراد الأسرة والأصدقاء متضاربة وتتأرجح بين المثالية

والتحقير. وقد يظهر الخوف من الهجر أو الرفض في العلاقات، وقد يؤدي القلق بشأن الانفصال الوشيك والخسارة إلى توليد تعبيرات أو أفعال انتحارية أو إيذاء النفس في محاولة لمنع الهجر. ومع ذلك، في نهاية المطاف، قد يكون لمثل هذا السلوك تأثير مدمر على العلاقة ذاتها التي يحاول الشخص حمايتها، أو قد ينهي الأفراد بشكل استباقي العلاقات التي يعتقدون أنها ستؤدي حتماً إلى الهجر، وبالتالي تجنب تجربة الرفض (Boucher et al., ٢٠١٧; Hicks, ٢٠١٧; Jeong et al., ٢٠٢٢).

### ٣. المجال السلوكي: Behavioral domain

قد تنشأ السلوكيات الاندفاعية للأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية في محاولة مفهومة لإدارة التجارب الانفعالية الصعبة، ويمكن فحص تاريخ الاندفاع من خلال الأسئلة "هل تميل إلى البحث عن تجارب جديدة أو محفوفة بالمخاطر؟" و "هل تضع خطراً مسبقاً وتفكر في العواقب المحتملة؟". وإذا تم تأكيد تاريخ الاندفاع، فيمكن للأخصائي أو المعالج النفسي الاستفسار عن السلوكيات التي تسبب مشكلات، مثل: "هل واجهت مشكلات في الأكل، والإسراف في الإنفاق، والإفراط في الشرب والانفجارات اللفظية؟"، وقد تشمل السلوكيات الاندفاعية الأخرى المقامرة والقيادة المتهورة والنشاط الجنسي الذي يندم عليه الشخص لاحقاً. وقد يتم أيضاً تأكيد مشاعر الفراغ أو الخواء المزمنة التي قد تتعلق بمجموعة متنوعة من العوامل، ويرتبط الشعور بالفراغ في اضطراب الشخصية الحدية ارتباطاً وثيقاً بالشعور باليأس والوحدة والعزلة، وقد يسهم تجنب المشاركة في الأنشطة والعلاقات التي تسببت سابقاً في الضيق وخيبة الأمل والانغلاق على المشاعر في الشعور بالفراغ والافتقار إلى الإنجاز (Chapman et al., ٢٠١٧; Dixon-Gordon et al., ٢٠١٨).

### ٤. المجال المعرفي: Cognitive domain

■ **الهوية:** من السمات الرئيسية الأخرى اضطراب الهوية، والذي يتميز بتجربة عدم اليقين أو عدم الاستقرار حول من هو الشخص، وقد يتجلى هذا في صعوبة الالتزام بالأهداف والارتباك حول ما يجب على المرء فعله أو معتقداته: العوامل التي تعوق تطوير شعور متماسك ومستقر بالهوية الذاتية (Boucher et al., ٢٠١٧; Dixon-Gordon et al., ٢٠١٨). وقد يؤدي الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية التأثر بسهولة بالأشخاص الآخرين وقد لا يكون لديهم تمييز واضح بين الذات والآخرين. قد تكون أسئلة

## تحديد درجة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية

مثل "هل لديك شعور بمن أنت وما الذي يجعلك "أنت"؟" مفيدة في فحص هذا الجانب من التشخيص. وتسلط مراجعة منهجية حديثة للقضايا المتعلقة بالجنس في اضطراب الشخصية الحدية الضوء على أن الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية لديهم معدلات أعلى من اضطراب الهوية الجنسية، والتي قد يُنظر إليها بشكل أكثر ملاءمة على أنها جزء من اضطراب الهوية العامة وليس مرضًا مشتركًا متميزًا (Frías et al., ٢٠١٧; Hicks, ٢٠١٦).

- **الأعراض الذهانية:** وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-٥)، قد يعاني الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية من أعراض ذهانية عابرة مرتبطة بالتوتر (American Psychiatric Association ٢٠١٣). وتُظهر البحوث والدراسات الحديثة أن الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية يشكون عادةً من أعراض ذهانية، وفي الفئات السريرية، تكون الهلوسة السمعية المزمنة والمستمرة والحرجة شائعة بشكل خاص وتتشابه ظاهريًا مع تلك الموجودة في مرض انفصام الشخصية (Pearse et al., ٢٠١٤; Boucher et al., ٢٠١٧)، وقد تفرق أعراض أخرى، مثل الأوهام والأعراض السلبية واضطراب الفكر الرسمي، بين المجموعتين (Derks et al., ٢٠١٦; Tschoeke, et al., ٢٠١٤). وتشير الأدلة الناشئة إلى أن التجارب الهلوسية في اضطراب الشخصية الحدية قد تكون مرتبطة بذكرات الصدمة ويمكن أن تشتت بسبب أحداث الحياة والتوتر (Merrett et al., ٢٠١٦).
- **الانفصال:** ترتبط الأعراض الانفصالية في اضطراب الشخصية الحدية بشكل إيجابي بالتجربة الذاتية للتوتر (Dixon-Gordon et al., ٢٠١٨; Stiglmayr et al., ٢٠٠٨). وقد تم تعريف الانفصال بأنه "اضطراب و/أو انقطاع في التكامل الطبيعي للوعي والذاكرة والهوية والعاطفة والإدراك وتمثيل الجسم والتحكم الحركي والسلوك" (American Psychiatric Association ٢٠١٣)، وقد يتجلى سريريًا في صورة إزالة الشخصية أو إزالة الواقع أو فقدان الذاكرة، فهو عملية توفر الاحتواء النفسي والانفصال عن التجارب الضاغطة، ويمكن إثارة هذه الميزة من خلال الاستفسار عما إذا كان

المريض قد شعر يوماً بالانفصال أو الانفصال عن جسده، أو ما إذا كان جسده أو العالم من حوله قد شعر بعدم الواقعية، أو ما إذا كان لا يتذكر فترات زمنية معينة لا يمكن تفسيرها بالنسيان العادي (Jeong et al., ٢٠٢٢).

وحول علاقة تشوهات المجال المعرفي وعلاقته بالإصابة باضطراب الشخصية الحدية، سعت دراسة القاعود والشقران (٢٠٢٢) إلى التعرف على مستوى التشوهات المعرفية، وعلاقتها بظهور أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وذلك على عينة قوامها (١٢٣٥) طالباً وطالبة بالجامعات الأردنية الحكومية، طُبقت عليهم مقياسي التشوهات المعرفية، واضطراب الشخصية الحدية. وأظهرت النتائج أن مستوى التشوهات المعرفية لدى طلبة الجامعات الأردنية جاء متوسطاً، وأن نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية لديهم بلغت (١٢,١٥%)، كما وجدت فروق دالة إحصائية في نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية وكانت الفروق لصالح الإناث، كما وجدت الدراسة علاقة بين التشوهات المعرفية واضطراب الشخصية الحدية لدى طلبة الجامعة.

٥. التاريخ العائلي: يرتبط التاريخ العائلي لاضطرابات المزاج والتحكم في الانفعالات بتطور اضطراب الشخصية الحدية (Homan et al., ٢٠١٧; White et al., ٢٠٠٣)، إذ يجب استكشاف طبيعة ونوعية العلاقات مع الشخصيات ذات التعلق الكبير، مع وضع أهمية التعلق الآمن في تسهيل تطوير الشعور بالذات المحبوبة والآخرين الداعمين والموثوق بهم في الاعتبار (Bowlby, ١٩٨٢).

٦. التاريخ التعليمي والمهني: يتضمن الأداء النفسي الاجتماعي كل من الأداء المهني والاجتماعي. فيما يتعلق بالأداء الاجتماعي، قم بتقييم وجود علاقة عاطفية واحدة على الأقل يكون فيها للمريض اتصال منتظم ووثيق دون عناصر إساءة أو إهمال. وعادة، سوف تتأثر الوظيفة التعليمية والمهنية. تتنبأ سمات اضطراب الشخصية الحدية، وخاصة الاندفاع وعدم الاستقرار العاطفي، بالتحصيل الأكاديمي السلبي (Bagge et al., ٢٠٠٤; Jeong et al., ٢٠٢٢). وفي الفئات السريرية، يعاني الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية من ضعف أكبر في العمل والعلاقات الاجتماعية والترفيه مقارنة بأولئك الذين يعانون من الاكتئاب، وتحديد التحصيل التعليمي والتاريخ المهني للمريض قد يسלט الضوء على

## تحديد درجة القطع لقياس اضطراب الشخصية الحدية

ضعف التحصيل الدراسي، أو عدم القدرة على الاستمرار في العمل أو السجل التأديبي الضعيف (Boucher et al., ٢٠١٧; Chapman et al., ٢٠١٧).

٧. التاريخ الجنائي: يرتبط تشخيص اضطراب الشخصية بزيادة خطر العنف مقارنة بالسكان بشكل عام، وفي اضطراب الشخصية الحدية، يمكن أن يؤدي العدوان الخارجي إلى عنف الشريك الحميم وأنواع مختلفة من السلوك الإجرامي العدواني (Sansone and Sansone, ٢٠١٢). إذ إن المجرمين الذين يعانون من اضطراب الشخصية لديهم احتمالات أعلى بمقدار ٢-٣ مرات لكونهم مجرمون متكررون مقارنة بالمجرمين الذين يعانون من اضطراب عقلي أو غير عقلي (Jeong et al., ٢٠٢٢; Hicks, ٢٠١٧; Yu et al., ٢٠١٢).

### عوامل الخطورة للإصابة باضطراب الشخصية الحدية:

- إيذاء النفس: يجب فحص طبيعة وتنوع وتكرار سلوكيات إيذاء النفس أثناء مقابلة تقييم الحالة، وتظهر البحوث والدراسات القائمة على المجتمع أن معدلات إيذاء النفس تبلغ ١٠% بين الشباب؛ والسلوك متكرر وأكثر شيوعاً بين الإناث منه بين الذكور (Dixon-Gordon et al., ٢٠١٨; Hawton et al., ٢٠١٢). ويأخذ إيذاء النفس أشكالاً متنوعة، بما في ذلك القطع والكدمات والحرق والعض وضرب الرأس. يبلغ الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية الذين يمارسون إيذاء النفس عن طرق أكثر تكراراً وشدة وتنوعاً لإيذاء النفس، ولديهم أمراض مصاحبة تشخيصية أكبر، ويبلغون عن أعراض اكتئابية أكثر حدة وأفكار انتحارية واضطراب عاطفي مقارنة بأولئك الذين لا يعانون من تشخيص اضطراب الشخصية الحدية والذين يمارسون إيذاء النفس، ويمكن تصور سلوكيات إيذاء النفس على أنها جهود مواجهة تعمل على تخفيف الضائقة الانفعالية (Hicks, ٢٠١٧; Jeong et al., ٢٠٢٢; Turner et al., ٢٠١٥).
- المخاطر الجنسية: يبلغ الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية وإدمان المواد المصاحب عن معدلات أعلى من السلوكيات الجنسية الخطرة والأمراض المنقولة جنسياً والعمل الجنسي التجاري (Jeong et al., ٢٠٢٢; Harned et al., ٢٠١١). والنساء

المصابات باضطراب الشخصية الحدية أكثر عرضة للحمل في سن المراهقة والحمل غير المرغوب فيه مقارنة بالنساء المصابات باضطرابات المحور الأول ( De Genna et al., ٢٠١٢). كذلك النساء المصابات باضطراب الشخصية الحدية أكثر عرضة للاغتصاب من قبل شخص غريب وإجبارهن على ممارسة الجنس مقارنة بالنساء اللاتي لا يعانين من اضطراب الشخصية الحدية ( Dixon-Gordon et al., ٢٠١٨; Sansone et al., ٢٠١١).

■ الانتحار: يجب على الأخصائي أو المعالج النفسي الاستفسار عن محاولة الانتحار السابقة، وذلك لأن محاولات الانتحار شائعة في اضطراب الشخصية الحدية، حيث يحاول ٦٠-٧٠% من المصابين بالانتحار في مرحلة ما ومعدلات الانتحار الكامل ١٠% (Boucher et al., ٢٠١٧; Homan et al., ٢٠١٧; Oldham, ٢٠٠٦). إذ إن وجود تاريخ من محاولة الانتحار هو عامل خطر للانتحار الكامل ( Jeong et al., ٢٠١١; Brent, ٢٠٢٢). وتعتبر محاولات الانتحار وإيذاء النفس غير الانتحاري من الأمور المميزة ظاهرياً، حيث يتم تمييزها إلى حد كبير من خلال العوامل التحفيزية، فعلى سبيل المثال، تكون محاولة الانتحار مدفوعة برغبة في الموت، ولكن قد يكون دافع إيذاء النفس هو محاولة تنظيم المشاعر أو التعبير عن الكرب، إذ ترتبط العديد من الخصائص بمحاولات الانتحار في هذه الفئة، بما في ذلك اضطراب الاكتئاب الشديد ( Derks et al., ٢٠٠٥; Soloff et al., ٢٠١٧; Homan et al., ٢٠١٦; al.,)، واضطرابات تعاطي المواد ( Black et al., ٢٠٠٤; Homan et al., ٢٠١٧; Dixon-Gordon et al., ٢٠١٨; al.,) وعدم الاستقرار العاطفي ( Jeong et al., ٢٠٢٢; Yen et al., ٢٠٠٥)، وترتبط مشاعر اليأس العميق بالسلوكيات الشديدة المرتبطة بالانتحار (Dixon-Gordon et al., ٢٠١٨; Stanley et al., ٢٠٠١).

■ الأطفال المعتمدون على الحالة: أثناء مقابلة التقييم، من المهم على الأخصائي أو المعالج النفسي تحديد احتياجات أي أطفال يكون معتمدون على الحالة، لأن مشكلات الصحة النفسية لدى الوالدين لها تأثير على الأبوة، وبالتالي، على نتائج الصحة النفسية للطفل (Vostanis et al., ٢٠٠٦). واستكشفت مراجعة منهجية حديثة طبيعة الأبوة لدى الأمهات المصابات باضطراب الشخصية الحدية وتأثير مثل هذه المشكلات على

## تحديد درجة القطع لقياس اضطراب الشخصية الحدية

صحة الطفل (Petfield et al., ٢٠١٥)، إذ توصلت النتائج إلى وجود ارتباط بين اضطراب الشخصية الحدية لدى الأمهات وانخفاض الحساسية وزيادة التدخل في تفاعلاتهن مع أطفالهن الرضع، كما وجدت الأمهات المصابات باضطراب الشخصية الحدية صعوبة أكبر في تنظيم أنشطة أطفالهن، وكانت بيئات أسرهن تحتوي على مستويات أعلى من الفوضى والعداء ومستويات أقل من التماسك، فقد أفادت الأمهات المصابات باضطراب الشخصية الحدية بأنهن يشعرن بأنهن أقل كفاءة ورضا في دور الأبوة، وفي المقابل، بدا أن الأطفال يجدون التفاعلات مع أمهاتهم أقل إرضاءً، وواجه أطفال الأمهات المصابات باضطراب الشخصية الحدية مجموعة من الصعوبات والمشكلات، بما في ذلك مشكلات في تصنيف المشاعر وفهمها، وصعوبات أكثر في تكوين الصداقات، وأسلوب الإسناد السلبي المتزايد والنقد الذاتي، كما ظهرت مستويات متزايدة من الاكتئاب والانتحار ومشكلات السلوك لدى أطفال الأمهات المصابات باضطراب الشخصية الحدية (Chapman et al., ٢٠١٧; Musser et al., ٢٠١٨; Vanwoerden et al., ٢٠١٧).

### الفروق بين الجنسين:

تعاني النساء المصابات باضطراب الشخصية الحدية من أعراض عامة أكبر من تلك التي يعاني منها الرجال (Silberschmidt et al., ٢٠١٥) ويبدو أنهن يظهرن صورة سريرية "داخلية" تتجلى في ارتفاع معدلات اضطراب الشخصية الهستيرية واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) واضطرابات القلق الأخرى والاضطرابات الجسدية والعاطفية واضطرابات الأكل (McCormick et al., ٢٠٠٧). ويميل الرجال إلى الظهور بصورة "خارجية"، مع ارتفاع معدلات اضطرابات تعاطي المواد واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع واضطراب الشخصية النرجسية واضطراب الشخصية الفصامية (Boucher et al., ٢٠١٧).

### الاضطرابات المصاحبة لاضطراب الشخصية الحدية:

اضطراب الشخصية الحدية هو حالة غير متجانسة تتداخل أعراضها مع الاضطرابات الاكتئابية والذهانية والاضطراب ثنائي القطب، ومن المهم التمييز بين اضطراب الشخصية الحدية

والاضطرابات ذات الأعراض المشتركة والتعرف على وجود الاضطرابات المصاحبة عندما تحدث (على الرغم من أنه من المستحيل في بعض الأحيان التمييز بينها).

#### ١. الاضطرابات الوجدانية:

■ **الاكتئاب:** يحدث الاكتئاب واضطراب الشخصية الحدية في كثير من الأحيان معًا، ومعدلات تكرار الاكتئاب مرتفعة في هذه الفئة (Grilo et al., ٢٠٠٥). فقد فحصت مراجعة حديثة (Yoshimatsu et al., ٢٠١٤) الأدبيات المتعلقة باضطراب الاكتئاب الشديد (MDD) لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية. ومن المفيد أن نضع في الاعتبار أن الاكتئاب في اضطراب الشخصية الحدية يُعد أكثر حدة من الناحية الذاتية، وهو أكثر ارتباطًا بالحساسية الشخصية، وأكثر استمرارًا من الاكتئاب بدون اضطراب الشخصية الحدية ويميل إلى عدم التحسن حتى يتحسن اضطراب الشخصية الحدية. كما كشفت دراسة استمرت ١٠ سنوات أن اضطراب الشخصية الحدية واضطراب الشخصية الحدية لهما تأثيرات سلبية متبادلة على وقت الشفاء ووقت الانتكاس لدى كل منهما (Boucher et al., ٢٠١٧; Gunderson et al., ٢٠١٤).

■ **الاضطراب الوجداني ثنائي القطب:** إن التشابهات الظاهرية بين اضطراب الشخصية الحدية والاضطراب الوجداني ثنائي القطب تفرض تحديًا سريريًا عند التمييز بين هذه الاضطرابات والتعرف على حدوثها معًا، وهذا مهم لعدة أسباب، بما في ذلك العلاج والتشخيص وخطر الانتحار. إذ إن الاضطراب الوجداني ثنائي القطب مع اضطراب الشخصية الحدية المصاحب له أعراض مرضية أكثر شدة من الاضطراب الوجداني ثنائي القطب وحده، كما أن اضطراب الشخصية الحدية ينبئ بدرجة كبيرة بتشخيص مستقبلية للاضطراب الوجداني ثنائي القطب. ويرتبط كل من الاضطراب الوجداني ثنائي القطب واضطراب الشخصية الحدية بزيادة معدلات محاولات الانتحار، ولكن حدوثهما معًا يفرض خطرًا إضافيًا (Zimmerman et al., ٢٠١٤). وتشير الدراسات السريرية إلى أن الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية قد يكونون أكثر عرضة لخطر التشخيص الخاطئ بالاضطراب ثنائي القطب (Zimmerman et al., ٢٠١٣; Musser et al., ٢٠١٨). ويعتمد التشخيص على تأييد أعراض مماثلة، مما قد يؤدي إلى خطأ في التشخيص، على سبيل المثال في التمييز بين عدم الاستقرار الانفعالي المتوافق مع اضطراب الشخصية الحدية

## تحديد درجة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية

والاضطراب الوجداني لاضطراب ثنائي القطب. ومع ذلك، يتميز نمط عدم الاستقرار الانفعالي في اضطراب الشخصية الحدية بالتغيرات المؤقتة في المزاج استجابةً للضغوط الشخصية، في حين يرتبط الاضطراب ثنائي القطب بتحويلات مزاجية أكثر استدامة (Musser et al., ٢٠١٨; Paris and Black, ٢٠١٥). وبالإضافة إلى ذلك، فإن تغير المزاج في اضطراب الشخصية الحدية يكون عادةً من الخمول إلى الغضب، وهو ما يتناقض مع التحول من الاكتئاب إلى النشوة التي نراها في الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (Koenigsberg, ٢٠١٠).

٢. **اضطرابات القلق:** يرتبط اضطراب الشخصية الحدية ارتباطاً وثيقاً باضطرابات القلق، مع ارتفاع معدلات اضطراب الهلع، ورهاب الخلاء، والرهاب الاجتماعي، والرهاب البسيط، واضطراب الوسواس القهري، واضطراب ما بعد الصدمة (Grant et al., ٢٠٠٨; Homan et al., ٢٠١٧). لذلك، يجب الانتباه إلى فحص وجود مثل هذه الاضطرابات المصاحبة أثناء التقييم.

٣. **اضطراب الشخصية الحدية مع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مقابل اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المعقد:** يزيد التعرض لصدمة في مرحلة الطفولة من خطر الإصابة بمجموعة من التشخيصات النفسية، بما في ذلك اضطرابات الشخصية، وكان هناك الكثير من الجدل حول ما إذا كان اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المعقد يمكن تمييزه عن اضطراب الشخصية الحدية واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المصاحب أو ما إذا كان مزيجاً من هذه الاضطرابات. وقد قدم التصنيف الدولي للأمراض الحادي عشر ICD-11 ائنية إضافية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المعقد تتألف من السمات الأساسية الثلاثة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (إعادة تجربة الحدث (الأحداث) المؤلمة في الحاضر، والتجنب الداخلي أو الخارجي للذكريات المؤلمة واليقظة المفرطة للشعور بالتهديد الحالي) والاضطرابات الإضافية في الخلل الوجداني ومفهوم الذات والعلاقات الشخصية (World Health Organization, ٢٠١٨). وقد تم افتراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المعقد كطريقة بديلة لتصوير أعراض البالغين المعرضين لصدمة شخصية طويلة

الأمد وشديدة. ومن ثم فإن التمييز بين اضطراب الشخصية الحدية واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المعقد - الاضطرابات التي تشترك في خصائص في مجالات التأثير والهوية والأداء العلائقي - قد يشكل تحديًا تشخيصيًا، خاصة وأنا نعلم أن اضطراب الشخصية الحدية هو اضطراب مرتبط بتجارب صادمة (Hicks, ٢٠١٧; Musser et al., ٢٠١٨). ومع ذلك، فإن الفروق السريرية يمكن التعرف عليها وستوضح الاختلافات في نهج العلاج (Hick, ٢٠١٧; Maercker et al., ٢٠١٣). وتشمل الأعراض التي تشير بشدة إلى اضطراب الشخصية الحدية وليس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المعقد الجهود لتجنب الهجر الحقيقي أو المُدرَك، والعلاقات الشخصية غير المستقرة والمكثفة التي تتميز بالتناوب بين التطرف في المثالية والتقليل من القيمة، وصورة الذات أو الشعور بالذات غير المستقرة بشكل ملحوظ ومستمر، والاندفاع ووجود سلوك انتحاري وإيذاء الذات (Cloitre et al., ٢٠١٨, Musser et al., ٢٠١٤).

وقد اقترح البعض أن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المعقدة يعكس التأثير النمائي للتعرض في مرحلة الطفولة لصدمة شخصية في صورة ضعف في معالجة المشاعر، وتجارب الانفصال وانعدام الأمن في التعلق (van Dijke, ٢٠١٨). وعلى الرغم من أن السمات المتداخلة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المعقدة واضطراب الشخصية الحدية قد تعكس أوجه تشابه مفاهيمية بين هذه الحالات، فقد قيل إن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المعقدة ليس تشخيصًا بديلًا لاضطراب الشخصية الحدية ولا نوعًا فرعيًا من اضطراب الشخصية الحدية نفسه. بل اقترح البعض أن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة المعقدة يلتقط التأثيرات التتموية للتعرض لصدمة معقدة وقد يصف بشكل أفضل مجموعة الأشخاص الذين لديهم تاريخ من الصدمات الشديدة والمطولة (مثل الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة أو التعذيب) الذين يصابون بأعراض قائمة على الخوف تتعلق بالمحفزات المؤلمة (أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الأساسية) والاضطرابات المرتبطة بالصدمة والتي تكون دائمة ومنتشرة (اضطراب تنظيم المشاعر جنبًا إلى جنب مع مخططات العلاقات والذات المتغيرة) والذين تم تشخيصهم سابقًا باضطراب الشخصية الحدية (Ford and Courtois, ٢٠١٤; Musser et al., ٢٠١٨).

## تحديد درجة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية

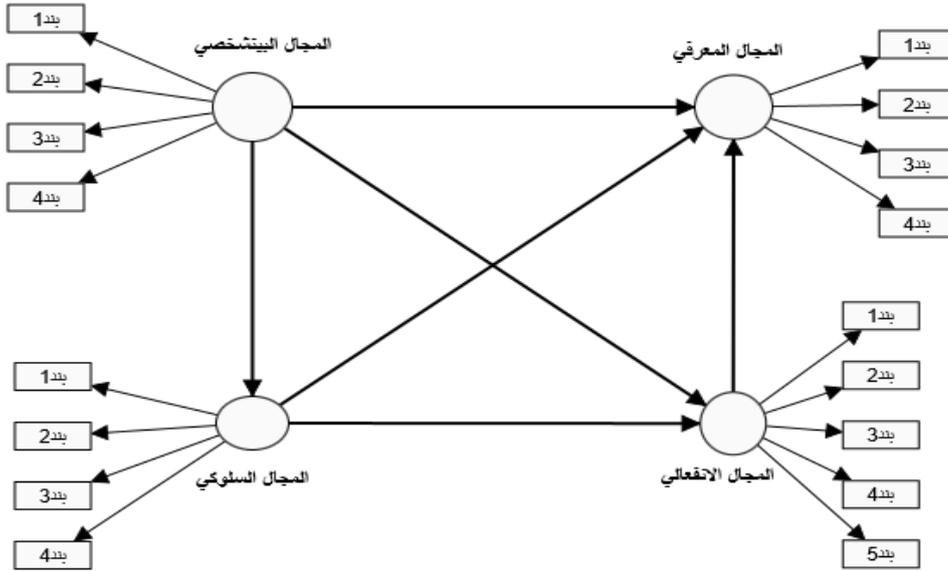
٤. **تعاطي المواد:** تبلغ نسبة انتشار اضطراب تعاطي المواد مدى الحياة لدى الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية ٧٨% (Tomko et al., ٢٠١٣). والأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية واضطراب تعاطي المواد هم أكثر اندفاعًا وأقل استقرارًا سريريًا من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية دون تعاطي المواد (Kienast et al., ٢٠١٤).
٥. **الفصام:** غالبًا ما يحدث اضطراب الشخصية الحدية والفصام معًا، ويكون لاضطراب الشخصية الحدية تأثير سلبي على المسار الطولي ونتيجة الأشخاص المصابين بالفصام (Bahorik and Eack, ٢٠١٠). ويبلغ الأشخاص المصابون بالفصام واضطراب الشخصية الحدية المصاحب عن صدمات في مرحلة الطفولة أكثر من الأشخاص المصابين بالفصام دون اضطراب الشخصية الحدية (Kingdon et al., ٢٠١٠). كما ذكرنا سابقًا، تحدث الأعراض الذهانية بشكل متكرر في اضطراب الشخصية الحدية، وقد يساعد الاستكشاف الدقيق للأعراض الأخرى، بما في ذلك المعتقدات الوهمية والأعراض السلبية واضطراب الفكر الرسمي، في التمييز بين اضطراب الشخصية الحدية والمرض الذهاني الأولي.
٦. **اضطرابات الأكل:** وجدت دراسة فحصت انتشار اضطرابات الأكل في عينة كبيرة من الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية معدلات ١٧% لدى النساء و ٣% لدى الرجال (Reas et al., ٢٠١٣). إذ تم تشخيص نسبة أعلى بكثير من النساء المصابات باضطراب الشخصية الحدية بالشهية العصبية أو اضطراب الأكل غير المحدد، في حين ارتفع معدل فقدان الشهية العصبي بشكل كبير لدى النساء المصابات باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، ويرتبط الشره العصبي بالاندفاع واضطراب العواطف، في حين يرتبط فقدان الشهية العصبي بالوسواس القهري والتصلب والكمال.
٧. **اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD):** في المجتمعات السريرية، يكون التداخل بين الاضطراب الوجداني ثنائي القطب واضطراب الشخصية الحدية واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط مرتفعًا (Eich et al., ٢٠١٤). ويشترك اضطراب الشخصية الحدية

واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في سمات الاندفاع وصعوبة التحكم في الغضب والعدوان، وعندما يتزامن اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط مع اضطراب الشخصية الحدية، فقد تزداد الاندفاعية بشكل أكبر. وقد يكون من المفيد أن نتذكر أن سمات الاندفاع في اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط تختلف عن تلك الموجودة في اضطراب الشخصية الحدية، ففي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، يبلغ الأفراد عن ميول أقوى للتصرف دون تفكير، ومزيد من المشاكل في التخطيط وصعوبات أكبر في الحفاظ على الانتباه في مهمة ما (Ende et al., ٢٠١٦).

٨. اضطرابات الانفصال: الأعراض والاضطرابات الانفصالية المزمنة والمعقدة شائعة في اضطراب الشخصية الحدية، وترتبط اضطرابات الشخصية من النوع ب على وجه الخصوص بالنوبات غير الصرعية (Beghi et al., ٢٠١٥). وفي ضوء ما جاء سرده من أدبيات نظرية ونتائج البحوث والدراسات السابقة حول اضطراب الشخصية الحدية، اقترحت الباحثة النموذج القياسي الآتي لاضطراب الشخصية الحدية، والذي سعى البحث للتحقق من خصائصه السيكومترية (شكل ١):

شكل (١)

النموذج القياسي المقترح لاضطراب الشخصية الحدية



## تحديد درجة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية

### منهج البحث وإجراءاته:

#### منهج البحث:

اعتمد البحث الحالي على المنهج الوصفي لمناسبته مع أهدافه المتمثلة في تطوير مقياس لاضطراب الشخصية الحدية وفق DSM-5، والتحقق من خصائصه السيكومترية، وكذلك تحديد درجة القطع للمقياس التي يكون لها حساسية ودرجة تحديد جيدة لتشخيص هذا الاضطراب في البيئة السعودية، ثم التعرف على نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية لدى أفراد عينة البحث.

#### مجتمع البحث:

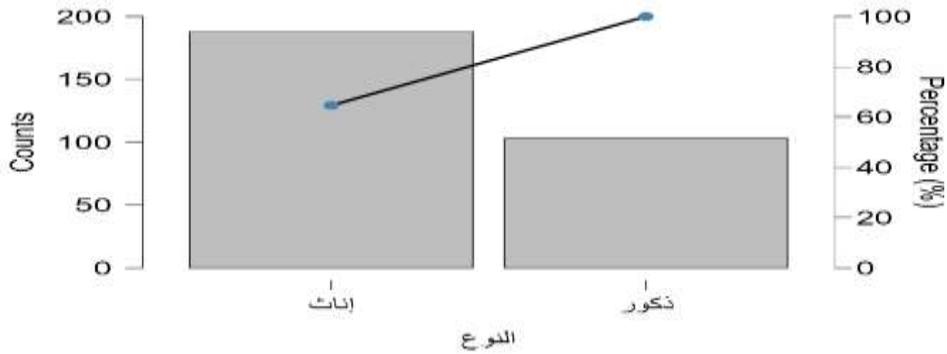
الراشدين (عينة غير اكلينيكية) من عامة السكان بالمملكة العربية السعودية.

#### عينة البحث:

تم اختيار عينة عشوائية من الراشدين (عينة غير اكلينيكية)، مكونة من (٢٩١) راشداً تراوحت أعمارهم الزمنية بين ١٩ عام إلى ٥٧ عام (٣٦,٢٩ ± ١١) عام. بلغ عدد الذكور (١٠٣) بمتوسط عمري قدره (٣٧,٤٧) عام وانحراف معياري (١٠,٧٩)، بينما بلغ عدد الإناث في العينة (١٨٨)، بمتوسط عمري قدره (٣٥,٦٤) عام وانحراف معياري قدره (١١,١٢) (شكل ٢، شكل ٣).

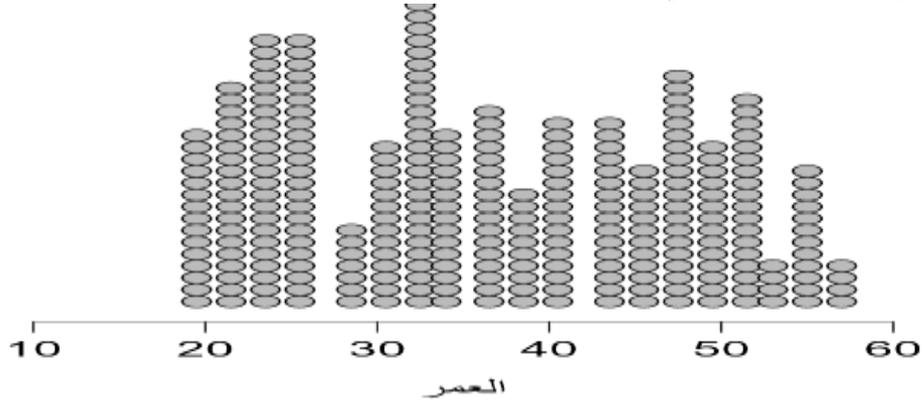
#### شكل (٢)

#### توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير النوع



شكل (٣)

توزيع أفراد عينة البحث في ضوء متغير العمر



أدوات البحث:

لاختيار أداة تقيس اضطراب الشخصية الحدية في المجتمع السعودي، أجرت الباحثة مراجعة للأدبيات البحثية المنشورة، ولكن في حدود علمها لم تجد مقياس لاضطراب الشخصية الحدية أعد للبيئة السعودية ذو خصائص سيكومترية جيدة له درجة قطع محددة ذو حساسية ونوعية/ تحديد جيدة، للحكم على إصابة الشخص بالاضطراب أو لا. ولهذا، طورت الباحثة المقياس الحالي، وذلك باتباع الخطوات الآتية:

١. مراجعة الأدبيات النظرية حول اضطراب الشخصية الحدية.
٢. مراجعة الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الإصدار الخامس DSM-٥.
٣. الاطلاع على المقاييس المُعدة سابقًا في البيئة العربية والأجنبية.
٤. تحديد الأبعاد المكونة للمقياس وفق المعايير التشخيصية لاضطراب الشخصية الحدية التي حددها DSM-٥.
٥. صياغة بنود المقياس وإعداد النسخة الأولية وتدقيقها لغويًا.
٦. إعداد نسخة تحكيم المقياس والمكونة من (٢٠) بند، عبر نماذج جوجل Google Form وإرسالها للمختصين في الصحة النفسية والقياس النفسي، والذين بلغ عددهم (١٠) محكمين.

## تحديد درجة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية

٧. فحص آراء المحكمين، وحساب نسبة الاتفاق وإجراء التعديلات المقترحة من السادة المحكمين في حال بلغت نسبة الموافقة بينهم (٨٠%)، إذ تم حذف عبارتين وفقاً لآراء المحكمين.
٨. إعداد نسخة مُنقحة من المقياس والمكونة من (١٨) بند، مزودة بالتعليمات جاهزة للتطبيق.
٩. إعداد رابط الكتروني بالمقياس باستخدام نماذج جوجل.
١٠. إرسال الرابط الالكتروني للمقياس لعينة البحث، مع أخذ موافقتهم المستنيرة بوضع علامة ✓ في مربع أوافق على المشاركة في الدراسة، وذلك بعد توضيح الهدف من البحث وأن إجاباتهم ستحاط بالسرية التامة ولن يطلع عليها أحد سوى الباحثة ولن تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي.

### الأساليب الإحصائية:

حُللت البيانات التي جُمعت من عينة البحث باستخدام برنامج جاسب ٠,١٨,٣,٠, JASP، فقد حُسبت معاملات ارتباط بيرسون بين بنود المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه أو مع الدرجة الكلية للمقياس ككل، وذلك للتحقق من الاتساق الداخلي لأدوات البحث، كما حُسب معامل ماكدونالد أوميجا ومعامل ألفا كرونباخ للتحقق من ثبات المقياس. كما حُللت البيانات باستخدام برنامج (Ringle et al., ٢٠٢٤) Smart PLS.٤,١,٠,٦ بتطبيق التحليل الرباعي التوكيدي (Confirmatory tetrad analysis (CTA) لاختبار نوعية النموذج القياسي (تكويني - انعكاسي)، وكذلك معادلة النمذجة الهيكلية باستخدام المربعات الجزئية الصغرى PLS-SEM للتحقق من الخصائص السيكومترية للنموذج القياسي لاضطراب الشخصية الحدية. كما استخدم برنامج MedCalc ٢٣,٠,٩-٦٤bit لحساب درجة القطع ونسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية بتطبيق تحليل ROC. وقد تم اعتماد معيار Henseler et al. (٢٠٠٩) لقبول تشبع مؤشرات أبنية المقياس وهو (٠,٧٠) فأكبر.

## نتائج البحث:

### نتائج السؤال الأول:

ينص السؤال الأول على: هل يتمتع مقياس اضطراب الشخصية الحدية المُعد في هذا البحث بخصائص قياسية جيدة في البيئة السعودية؟ للإجابة عن هذا السؤال، بدايةً أجرت الباحثة التحليل الرباعي التوكيدي (CTA) Confirmatory tetrad analysis للتحقق من نوعية النموذج القياسي لاضطراب الشخصية الحدية، ثم تقييم النموذج من حيث موثوقية المؤشرات وموثوقية الاتساق الداخلي وكذلك الصدق التقاربي والصدق التمييزي للنموذج. وسيتم سرد النتائج في الآتي:

### أولاً: التحقق من نوع نموذج القياس (تكويني - انعكاسي):

للتحقق من نوع نموذج القياس ما إذا كان انعكاسي reflective أم تكويني Formative، تم إجراء التحليل الرباعي التوكيدي (CTA) للنموذج القياسي لاضطراب الشخصية الحدية، والجدول الآتي يوضح النتائج:

### جدول (١)

#### نتائج التحليل الرباعي التوكيدي (CTA) للنموذج القياسي لاضطراب الشخصية الحدية

العوامل	متوسط العينة	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة الاحصائية	فاصل الثقة ٩٠%	
					الحد الأدنى	الحد الأعلى
المجال الانفعالي	بند ١، بند ٢، بند ٤، بند ٣	٠,٠٠٦	١,٦٠٦	٠,١٠٨	-٠,٠٢٢	٠,٠٠٤
	بند ١، بند ٢، بند ٤، بند ٣	٠,٠٠٦	٠,٩٩٣	٠,٣٢١	-٠,٠٢٠	٠,٠٠٨
	بند ١، بند ٢، بند ٤، بند ٥	٠,٠١٠	١,٧٢٠	٠,٠٨٥	-٠,٠٢٤	٠,٠٠٣
	بند ١، بند ٣، بند ٥، بند ٢	٠,٠٠٣	٠,٣٨٥	٠,٧٠٠	-٠,٠١٤	٠,٠١٩
المجال البيئشخصي	بند ١، بند ٣، بند ٤، بند ٥	٠,٠٠٦	١,١١٤	٠,٢٦٥	-٠,٠٠٧	٠,٠٢٠
	بند ١، بند ٢، بند ٣، بند ٤	٠,٠٠٨	١,٢٣٤	٠,٢١٧	-٠,٠٢١	٠,٠٠٥
	بند ١، بند ٢، بند ٤، بند ٣	٠,٠٠٨	١,٤٨٧	٠,١٣٧	-٠,٠٠٢	٠,٠١٨
المجال السلوكي	بند ١، بند ٢، بند ٣، بند ٤	٠,٠١٣	١,٧٦٧	٠,٠٧٧	-٠,٠٢٨	٠,٠٠١
	بند ١، بند ٢، بند ٤، بند ٣	٠,٠١١	١,٩٤١	٠,٠٥٢	٠,٠٠٠	٠,٠٢٣
المجال المعرفي	بند ١، بند ٢، بند ٣، بند ٤	٠,٠١٠	١,٤٣٤	٠,١٥٢	-٠,٠٢٣	٠,٠٠٣
	بند ١، بند ٢، بند ٤، بند ٣	٠,٠٠٠	٠,٠٢٢	٠,٩٨٣	-٠,٠٠٩	٠,٠١٠

تشير النتائج الموضحة في جدول (١) حول نتائج التحليل الرباعي التوكيدي أن النموذج القياسي للعوامل المكونة لمقياس اضطراب الشخصية الحدية من النوع الانعكاسي

## تحديد درجة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية

Reflective measurement model، إذ كانت قيم ت للعوامل المكونة للنموذج القياسي (الأبنية): المجال الانفعالي، والمجال البيئشخصي، والمجال السلوكي، والمجال المعرفي؛ جاءت غير دالة إحصائيًا، وكذلك فترات الثقة المُصححة تتضمن الصفر، وجميع قيم الحد الأدنى جاءت بالسالب بينما قيم الحد الأعلى جاءت جميعها بالموجب.

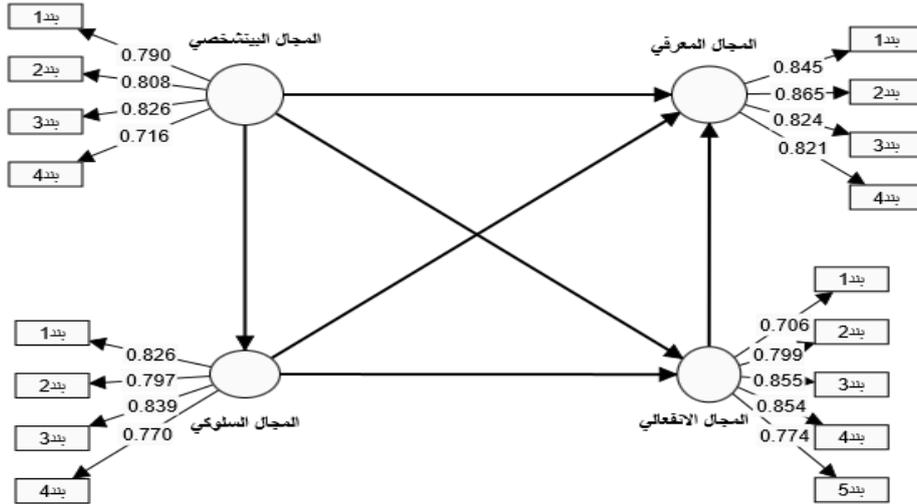
ثانيًا: تقييم نموذج القياس الانعكاسي لاضطراب الشخصية الحدية

### ١. موثوقية المؤشرات Indicators reliability

تم التحقق من موثوقية مؤشرات الأبنية المكونة للنموذج القياسي لاضطراب الشخصية الحدية، من خلال حساب تشبعات المؤشرات، والنتائج موضحة في الشكل الآتي:

شكل (٤)

قيم تشبعات مؤشرات النموذج الخارجي القياسي للعوامل المكونة لاضطراب الشخصية الحدية



تشير النتائج الموضحة في شكل (٤) أن جميع المؤشرات المكونة للأبنية أو العوامل المكونة للنموذج القياسي الانعكاسي لاضطراب الشخصية الحدية جاءت أكبر من (٠,٧٠) وفقاً لمعيار (Henseler et al. ٢٠٠٩)، فقد جاءت قيم تشبعات مؤشرات المجال الانفعالي بين (٠,٧٠٦ - ٠,٨٥٥)، وللمجال البيئشخصي تراوحت بين (٠,٧١٦ - ٠,٨٢٦)، وللمجال

السلوكي بين (٠,٧٧٠ - ٠,٨٣٩)، أما المجال المعرفي فقد تراوحت تشبعات مؤشراتته بين (٠,٨٢١-٠,٨٦٥)، وبهذا تحقق الشرط الأول لنموذج القياس الانعكاسي لاضطراب الشخصية الحدية.

## ٢. موثوقية الاتساق الداخلي: Internal consistency reliability

تم التحقق من موثوقية الاتساق الداخلي لنموذج القياس الانعكاسي لاضطراب الشخصية الحدية، بحساب ألفا كرونباخ والموثوقية المركبة (rho-c)، والموثوقية المركبة (rho-a)، وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول الآتي:

### جدول (٢)

قيم موثوقية الاتساق الداخلي لنموذج القياس الانعكاسي لاضطراب الشخصية الحدية

العوامل	ألفا كرونباخ	Rho-a	Rho-c
المجال الانفعالي	٠,٨٥٧	٠,٨٦٠	٠,٨٩٨
المجال البيئشخصي	٠,٧٩٣	٠,٧٩٦	٠,٨٦٦
المجال السلوكي	٠,٨٢٣	٠,٨٢٤	٠,٨٨٣
المجال المعرفي	٠,٨٦٠	٠,٨٦٢	٠,٩٠

تشير النتائج الموضحة في جدول (٢) أن قيم الموثوقية المركبة Composite reliability، جاء بمستويات مرتفعة من الموثوقية للأبنية أو العوامل المكونة لنموذج القياس الانعكاسي لاضطراب الشخصية الحدية، وجاءت في المستوى الجيد، وفقاً لمعيار (Hair et al., ٢٠٢٢)، إذ تعتبر قيم الموثوقية المركبة التي تتراوح بين (٠,٦٠ إلى أقل من ٠,٧٠) مقبولة، والقيم بين (٠,٧٠-٠,٩٠) تتراوح من "مرضية إلى جيدة"، بينما إذا بلغت قيمة الموثوقية المركبة من ٠,٩٥ وأعلى فهي تُمثل مشكلة قياسية، لأنها تشير إلى أن المؤشرات المكونة للبناء زائدة عن الحاجة، وبالتالي تُقلل من الصدق البنائي، فإذا بلغت قيمة ألفا كرونباخ (٠,٩٥) فأعلى، فإن هذا يشير إلى وجود أنماط استجابة غير مرغوبة، مما يؤدي إلى تضخم الارتباطات بين خطأ المؤشرات. فقد جاءت جميع قيم ألفا كرونباخ للعوامل الأربعة المكونة لنموذج القياس الانعكاسي لاضطراب الشخصية الحدية (٠,٨٥٧، ٠,٧٩٣، ٠,٨٢٣، ٠,٨٦٠) على التوالي، كما جاءت قيم rho-a للمجال الانفعالي، والمجال البيئشخصي، والمجال السلوكي، والمجال المعرفي (٠,٨٦٠، ٠,٧٩٦، ٠,٨٢٤، ٠,٨٦٢) على التوالي، أما قيم rho-c بلغت (٠,٨٩٨، ٠,٨٦٦، ٠,٨٨٣، ٠,٩٠) على الترتيب. وتشير هذه النتائج إلى

## تحديد درجة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية

تمتع الأبنية المكونة لنموذج القياس الانعكاسي لاضطراب الشخصية الحدية بالموثوقية المركبة الجيدة، إذ لم تصل أي قيمة منها إلى ٠,٩٥.

### ٣. التحقق من الصدق التقاربي Convergent Validity

تحققت الباحثة من الصدق التقاربي لنموذج القياس الانعكاسي لاضطراب الشخصية الحدية بحساب متوسط التباين المستخرج (AVE) Average Variance Extracted لكل بناء أو عامل من عوامل نموذج القياس الانعكاسي لاضطراب الشخصية الحدية، وذلك بتربيع تشبع كل مؤشر وحساب القيمة المتوسطة. والقيمة المقبولة لمتوسط التباين المستخرج هي (٠,٥٠) أو أعلى مما يشير إلى أن البناء يفسر ما لا يقل عن ٥٠ في المائة من التباين في بنوده (Hair et al., ٢٠٢٢).

والجدول الآتي يوضح قيم متوسط التباين المستخرج لعوامل نموذج القياس الانعكاسي لاضطراب الشخصية الحدية.

#### جدول (٣)

قيم متوسط التباين المستخرج AVE لمتغيرات الدراسة المكونة لنموذج القياس الانعكاسي لاضطراب الشخصية الحدية

العوامل	متوسط التباين المستخرج AVE
المجال الانفعالي	٠,٦٣٩
المجال البيئشخصي	٠,٦١٨
المجال السلوكي	٠,٦٥٣
المجال المعرفي	٠,٧٠٤

تشير النتائج المبينة في جدول (٣) إلى أن جميع قيم متوسط التباين المستخرج للعوامل الأربعة المكونة لنموذج القياس الانعكاسي لاضطراب الشخصية الحدية جاءت أعلى من (٠,٥٠)، إذ بلغت قيمة AVE للمجال الانفعالي (٠,٦٣٩)، وللمجال البيئشخصي (٠,٦١٨)، وللمجال السلوكي (٠,٦٥٣)، وكذلك للمجال المعرفي (٠,٧٠٧)، وبذلك هي قيم مقبولة، حققت شرط نموذج القياس الانعكاسي لاضطراب الشخصية الحدية.

#### ٤. تقييم الصدق التمييزي Discriminant Validity:

يُقصد بالصدق التمييزي المدى الذي يمكن أن يصل إليه اختلاف البناء تجريبيًا عن البنيات الأخرى في النموذج البنائي (Hair et al., ٢٠١٩). وقد اقترح فورنيل- لاركر (١٩٨١) المحك التقليدي لذلك، واقترح أن يكون متوسط التباين المستخرج لكل بناء ينبغي مقارنته بمربع الارتباطات (كمقياس للتباين المشترك) لنفس البنية وجميع المتغيرات الكامنة الأخرى المقاسة في النموذج البنائي، ويجب ألا يكون التباين المشترك لجميع المتغيرات الكامنة المكونة للنموذج البنائي المقترح أكبر من متوسط التباين المستخرج لكل منها. ومع ذلك، تشير الأبحاث الحديثة إلى أن هذا المقياس غير مناسب لتقييم الصدق التمييزي. فعلى سبيل المثال، أشار Henseler et al. (٢٠١٥) أن محك Fornell-Larcker لا يعمل بشكل جيد، خاصة عندما لا تختلف تشبعات المؤشرات أو البنود على المتغير الكامن الواحد اختلافًا كبيرًا (على سبيل المثال، تتراوح جميع تشبعات المؤشرات بين ٠,٦٥ و ٠,٨٥) على نفس المتغير الكامن. وكبديل لمحك Fornell-Larcker، فإن Henseler et al. (٢٠١٥) اقترحوا محك نسبة الأحادية وسمة التباين Heterotrait-Monotrait (HTMT) Ratio of the Correlations (Voorhees et al., ٢٠١٦). وتُعرف نسبة الأحادية وسمة التباين HTMT بأنه القيمة المتوسطة لارتباطات المؤشرات أو البنود المكونة للمتغيرات الكامنة بالنسبة إلى المتوسط (الهندسي) لمتوسط الارتباطات للبنود أو المؤشرات التي تقيس نفس المتغير الكامن. وعندما تكون قيم نسبة الأحادية وسمة التباين مرتفعة يُدل ذلك على وجود إشكاليات في الصدق التمييزي. وقد اقترح Henseler et al. (٢٠١٥) أن النماذج البنائية التي تتضمن متغيرات كامنة متشابهة جدًا من الناحية المفاهيمية مثل الرضا الوظيفي والرضا الاجتماعي وهكذا؛ فإن نسبة الأحادية وسمة التباين HTMT قد تصل إلى (٠,٩٠). في مثل هذه الحالة، قد تشير قيمة HTMT الأعلى من ٠,٩٠ إلى عدم وجود صدق تمييزي. ولكن عندما تكون البنيات أكثر تميزًا من الناحية المفاهيمية، يقترح أن تكون قيمة عتبة HTMT أقل وأكثر تحفظًا، مثل ٠,٨٥.

وتم التحقق من الصدق التمييزي Discriminant Validity لنموذج القياس الانعكاسي للأبنية أو العوامل المكونة لاضطراب الشخصية الحدية في ضوء محك فورنيل- لاركر Fornel-Larcker، والجدول (٤) يوضح النتائج:

## تحديد درجة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية

### جدول (٤)

قيم محك فورنيل-لايكر لعوامل نموذج القياس الانعكاسي لاضطراب الشخصية الحدية

العوامل	المجال الانفعالي	المجال البيئشخصي	المجال السلوكي	المجال المعرفي
المجال الانفعالي	٠,٨٠٠			
المجال البيئشخصي	٠,٨٠٣	٠,٧٨٦		
المجال السلوكي	٠,٧٥٨	٠,٨٠٨	٠,٨٠٨	
المجال المعرفي	٠,٧٢٦	٠,٧٥٩	٠,٨١٥	٠,٨٣٩

كما تم تقييم الصدق التمييزي من خلال التحقق من نسبة الأحادية وسمة التغيرات HTMT، والجدول الآتي يوضح النتائج:

### جدول (٥)

قيم نسبة الأحادية وسمة التغيرات HTMT لعوامل نموذج القياس الانعكاسي لاضطراب الشخصية الحدية

المتغيرات	المجال الانفعالي	المجال البيئشخصي	المجال السلوكي	المجال المعرفي
المجال الانفعالي	-			
المجال البيئشخصي	٠,٧١١	-		
المجال السلوكي	٠,٧٨٦	٠,٦٩٥	-	
المجال المعرفي	٠,٧٩١	٠,٧٠٤	٠,٧٢٩	-

تشير النتائج الموضحة في جدول (٥) أن قيم نسبة الأحادية وسمة التغيرات HTMT لعوامل نموذج القياس الانعكاسي لاضطراب الشخصية الحدية جاءت جميعها في المعيار المقبول وفق محك (٢٠١٥) Henseler et al. فقد تراوحت قيمها بين (٠,٦٩٥ - ٠,٧٩١) ولم تصل أيًا منها إلى قيمة (٠,٩٠). مما يشير إلى الصدق التمييزي بين عوامل نموذج القياس الانعكاسي وخلوها من التداخل، أو تنافر هذه العوامل الأربعة أو تباعدها، إذ لم تتعدى العلاقة بينها (٠,٧٩١).

وتشير هذه النتائج إلى تمتع نموذج القياس الانعكاسي لاضطراب الشخصية الحدية المكون من أربع عوامل هي المجال الانفعالي، والمجال البيئشخصي، والمجال السلوكي، والمجال المعرفي بالصدق التمييزي والتقاربي وموثوقية الثبات الداخلي.

كما تم حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ ومعامل ثبات أوميغا للمقياس ككل وللعوامل الأربع المكونة له، وكانت النتائج كما في الجدول الآتي:

جدول (٦)

معاملات ثبات ألفا كرونباخ وماكدونالد أوميغا لمقياس اضطراب الشخصية الحدية

العوامل	ثبات ألفا كرونباخ	ثبات أوميغا
المجال الانفعالي	٠,٨٥٧	٠,٨٦٣
المجال البيئشخصي	٠,٧٩٣	٠,٧٩٧
المجال السلوكي	٠,٨٢٣	٠,٨٢١
المجال المعرفي	٠,٨٦٠	٠,٨٥٩
المقياس ككل	٠,٩٤٦	٠,٩٤٧

يتضح من النتائج الموضحة في جدول (٦) تمتع مقياس اضطراب الشخصية الحدية بمؤشرات ثبات جيدة، إذ بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ للمقياس (٠,٩٤٦)، وجاءت قيمة معامل ثبات أوميغا مساوية لها تقريباً (٠,٩٤٧). أما قيمة ألفا كرونباخ للعوامل (٠,٨٥٧، ٠,٧٩٣، ٠,٨٢٣، ٠,٨٦٠) للمجال الانفعالي، والمجال البيئشخصي، والمجال السلوكي، والمجال المعرفي على الترتيب، وهي قيم تقترب جداً من قيم ثبات أوميغا لنفس العوامل (٠,٨٦٣، ٠,٧٩٧، ٠,٨٢١، ٠,٨٥٩).

كما حسبت معاملات ارتباط بيرسون بين البنود المكونة للمقياس وأبعادها وكذلك ارتباطها بالدرجة الكلية للمقياس، وكانت النتائج موضحة بالجدول الآتي:

## تحديد درجة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية

جدول (٧)

مصفوفة ارتباط بيرسون بين البنود المكونة للمقياس معًا والدرجة الكلية للمقياس

البند	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨
١	—																	
٢	٠,٤١٠	—																
٣	٠,٥٢٩	٠,٦٢٤	—															
٤	٠,٤٩٨	٠,٦١٧	٠,٦٨٩	—														
٥	٠,٤٢٠	٠,٥٢٠	٠,٥٥٦	٠,٥٩٣	—													
٦	٠,٥١٢	٠,٤٩٢	٠,٥٢٤	٠,٥٦٥	٠,٥١٣	—												
٧	٠,٤٥٤	٠,٥٦٧	٠,٥٢٧	٠,٤٩٥	٠,٥٠٩	٠,٥١٣	—											
٨	٠,٤٦٣	٠,٥٥٦	٠,٥٣٤	٠,٥٨٣	٠,٤٩١	٠,٥٧٠	٠,٥٥٣	—										
٩	٠,٤١٣	٠,٤٣١	٠,٤٦١	٠,٤٩٠	٠,٤٧٩	٠,٣٦٦	٠,٤٧٣	٠,٤٥٨	—									
١٠	٠,٤٩٨	٠,٤٩٥	٠,٥٣٥	٠,٥٢٢	٠,٥١٧	٠,٥٣٦	٠,٥٣٧	٠,٥٢٢	٠,٥٨١	—								
١١	٠,٤٩٨	٠,٤٩٥	٠,٥٣٥	٠,٥٢٢	٠,٥١٧	٠,٥٣٦	٠,٥٣٧	٠,٥٢٢	٠,٥٨١	٠,٥٥٠	—							
١٢	٠,٤٣١	٠,٤٣٢	٠,٥٠٩	٠,٤٦٦	٠,٤٤١	٠,٥٤٦	٠,٤٦٥	٠,٥١٣	٠,٣٦٩	٠,٦٤٦	٠,٥٥٠	—						
١٣	٠,٤٧٧	٠,٤٩٧	٠,٥٦٣	٠,٤٩٦	٠,٤٦٣	٠,٥٣٨	٠,٥٢٢	٠,٥٢٧	٠,٥٢٢	٠,٤٥١	٠,٦٤٦	٠,٥٣٦	—					
١٤	٠,٤٧٣	٠,٤٩٠	٠,٥١٣	٠,٥٢٩	٠,٥٤٠	٠,٥٦٠	٠,٥١٩	٠,٥٢٣	٠,٤٧٩	٠,٦١٠	٠,٦١٠	٠,٤٧٨	٠,٥٨٨	—				
١٥	٠,٤٣٦	٠,٥٦١	٠,٥٠٨	٠,٤٧٦	٠,٤٩٦	٠,٥٣٧	٠,٤٦٧	٠,٥٢٣	٠,٤٦٩	٠,٥٥٥	٠,٥٥٥	٠,٥٣٧	٠,٥٢٢	٠,٦٤٢	—			
١٦	٠,٣٥٩	٠,٤٩١	٠,٤٠٩	٠,٤٣٦	٠,٤٤١	٠,٤٦٢	٠,٤٤٢	٠,٤٥٩	٠,٤٧٤	٠,٥٤٧	٠,٥٤٧	٠,٤٩٣	٠,٥٢٣	٠,٦٢١	٠,٦٣٠	—		
١٧	٠,٤٨٥	٠,٤٩٧	٠,٥٦٥	٠,٤٨٦	٠,٥٠٨	٠,٥٥٢	٠,٥٢٦	٠,٥٢٥	٠,٤٦٤	٠,٥٦٣	٠,٥٦٣	٠,٥٧٢	٠,٥٤٤	٠,٥٥٩	٠,٦٣١	٠,٥٥٠	—	
١٨	٠,٦٥٧	٠,٧٣٧	٠,٧٥٧	٠,٧٤٦	٠,٧١٣	٠,٧٤٧	٠,٧٢٤	٠,٧٤٥	٠,٦٦٣	٠,٧٧٠	٠,٧٧٠	٠,٧٥٥	٠,٧٤٠	٠,٧٧٠	٠,٧٦٠	٠,٧٧٧	٠,٧٧٣	—

\* جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى (٠,٠٠١) حسب مخرجات برنامج JASP

تشير النتائج الموضحة في جدول (٧) إلى وجود ارتباطات موجبة دالة إحصائيًا بين البنود المكونة للمقياس مع بعضها البعض وكذلك مع الدرجة الكلية للمقياس، فقد تراوحت قيم معاملات ارتباط بيرسون بين البنود بعضها البعض بين (٠,٣٦٦ - ٠,٦٨٩)، بينما تراوحت قيم معاملات ارتباط بيرسون بين البنود والدرجة الكلية للمقياس بين (٠,٦٥٧ إلى ٠,٧٧٣)، وتشير هذه النتائج إلى الاتساق الداخلي لمقياس اضطراب الشخصية الحدية.

ووفقاً للنتائج السابقة حول مصداقية وموثوقية مقياس اضطراب الشخصية الحدية، فإن الصورة النهائية للمقياس تتكون من (١٧) بند، موزعة على أربع أبعاد كما في الجدول الآتي:

جدول (٨)

الصورة النهائية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية

الأبعاد	عدد البنود
المجال الانفعالي	٥
المجال البيئشخصي	٤
المجال السلوكي	٤
المجال المعرفي	٤

ثانياً: إجابة السؤال الثاني

نص السؤال الثاني على أن: ما أفضل درجة قطع لتصنيف المصابين وغير المصابين باضطراب الشخصية الحدية باستخدام المقياس المُعد في هذا البحث؟ وللإجابة عن هذا السؤال، تم اعتماد طريقتين لحساب درجة القطع على مقياس اضطراب الشخصية الحدية المُعد في هذا البحث. الطريقة الأولى وهي طريقة أنجوف Angoff method والطريقة الثانية هي طريقة تحليل منحني ROC.

أ.حساب درجة القطع باستخدام طريقة أنجوف

لحساب درجة القطع على مقياس اضطراب الشخصية الحدية بتطبيق طريقة أنجوف، أختير عدد من الخبراء في مجال اضطراب الشخصية الحدية ممن لديهم معرفة جيدة عن خصائص ذوي اضطراب الشخصية الحدية، ولديهم خبرة ٥ سنوات على الأقل في تقديم العلاج النفسي لهم، من أجل تحديد درجة القطع على مقياس اضطراب الشخصية الحدية. وفيما يتعلق بالعدد الأمثل للخبراء وفقاً لطريقة أنجوف، توجد وجهات نظر مختلفة تتضمنها الأدبيات النظرية، فقد ذكر Jeager (١٩٨٩) مزايًا وعيوب وجود عدد كبير من الخبراء المحكمين، وذكر أن مجموعة من (١٠-١٥) محكم تُعد كافية. بينما في دراسة (٢٠١٢) Gündeger أن موثوقية نتائج طريقة أنجوف لا تتغير بزيادة عدد الخبراء المحكمين. وفي ضوء هذه الآراء، اختارت الباحثة عدد (١٠) خبراء محكمين للحكم على درجة القطع في مقياس اضطراب الشخصية الحدية. والجدول الآتي يوضح النتائج:

## تحديد درجة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية

### جدول (٩)

بيانات الخبراء المحكمين لدرجة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية باستخدام طريقة أنجوف

الخبراء	الخبرة المهنية	عدد سنوات الخبرة	أنجوف
المحكم الأول	طبيب نفسي	٢١	٣٠
المحكم الثاني	معالج نفسي	٨	٣٤
المحكم الثالث	طبيب نفسي	٩	٢٩
المحكم الرابع	طبيب نفسي	٢٥	٣١
المحكم الخامس	طبيب نفسي	١١	٣٢
المحكم السادس	أخصائي نفسي	١٠	٣٣
المحكم السابع	أستاذ جامعي تخصص صحة نفسية	٢٢	٣٠
المحكم الثامن	معالج نفسي	١٤	٣٠
المحكم التاسع	أستاذ جامعي تخصص علم نفس اكلينيكي	١٥	٣٢
المحكم العاشر	معالج نفسي	٨	٣٤
درجة القطع			٣١,٥

يتضح من الجدول (٩) أن الدرجة الكلية لاضطراب الشخصية الحدية لتشخيص الفرد بها الاضطراب وفقاً لرأي الخبراء المحكمين تراوحت بين (٢٩ - ٣٤) درجة على المقياس، وقد بلغت درجة القطع بطريقة أنجوف (٣١,٥) درجة وهي متوسط حاصل مجموع الدرجة الكلية على المقياس المُحددة من الخبراء.

ب. حساب درجة القطع باستخدام طريقة تحليل منحنى ROC

تم إجراء تحليل منحنى ROC لحساب قيمة القطع لتشخيص اضطراب الشخصية الحدية لدى الراشدين. ويوضح الجدول ٩ والشكل ٥، نتائج ذلك.

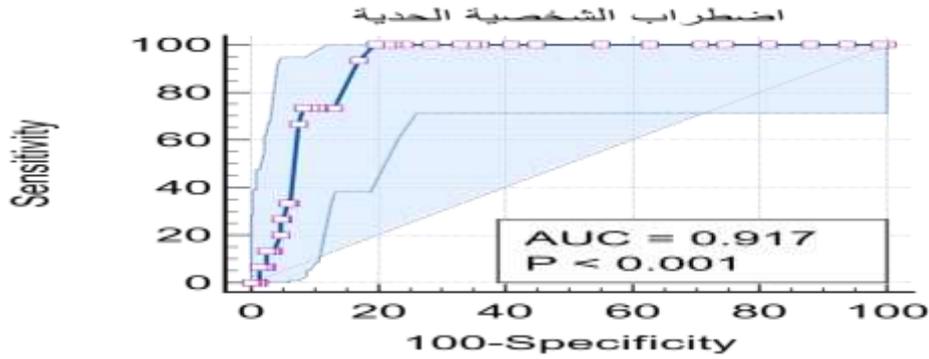
الجدول (١٠)

دقة التشخيص لقيمة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية لفئة عامة من الراشدين في المملكة العربية السعودية

المقياس	درجة القطع	الحساسية Sensitivity	النوعية/التحديد Specificity	معامل دقة القرار Accuracy	مساحة منحنى ROC (AUC)
اضطراب الشخصية الحدية	> ٣١	%٧٣,٢٣	%٨٩,٤٩	٨٦,٤٦%	٠,٩١٧

الشكل (٥)

منحنى ROC لمقياس اضطراب الشخصية الحدية باستخدام برنامج MedCalc



تشير النتائج الموضحة في الجدول (٩) إلى أن قيمة المساحة تحت منحنى ROC (AUC) كانت ممتازة (AUC = ٠,٩١٧)، بفاصل ثقة ٩٥% (٠,٨٧٩ - ٠,٩٤٦)، وبمعامل دقة القرار = ٨٠,٤٣%، بفاصل ثقة ٩٥% (٠,٨٧٩ - ٠,٩٦٤)، وبتكلفة مقدارها (٠,١١٣) (الشكل ٥).

نتائج السؤال الثالث:

نص السؤال الثالث على: ما نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية لدى أفراد عينة البحث؟ وللإجابة عن هذا السؤال، تم استخدام تحليل منحنى ROC لحساب نسبة الحالات الإيجابية (المصابة باضطراب الشخصية الحدية)، والحالات السلبية (غير المصابة باضطراب الشخصية الحدية). والجدول (١١) يوضح النتائج التي تم التوصل إليها:

## تحديد درجة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية

جدول (١١)

نتائج نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية في عينة من الراشدين من عامة السكان

المقياس	درجة القطع	عدد الحالات الايجابية	عدد الحالات السلبية	نسبة الانتشار	القيمة التنبؤية الإيجابية (PV+)	القيمة التنبؤية السلبية (PV-)
اضطراب الشخصية الحدية	أكثر من ٣١ درجة	١٥	٢٧٦	٥,١٥%	٢٧,٥%	٩٨,٤%

يتضح من الجدول (١١) أنه بالاعتماد على درجة القطع أكبر من (٣١) درجة على مقياس اضطراب الشخصية الحدية، تم حساب نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية في عينة من عامة السكان بالمملكة العربية السعودية من الراشدين، أظهرت نتائج تحليل منحني ROC الموضحة في الجدول (١٠) والشكل (٥) أن قيمة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى الراشدين من عامة السكان في البيئة السعودية كانت أكبر من ٣١ درجة، مع درجة حساسية (٧٣,٣٣%)، بفاصل ثقة ٩٥% (= ٩٠,٤٤ - ٩٢,٢)، ودرجة نوعية/ تحديد (٨٩,٤٩%)، بفاصل ثقة ٩٥% (= ٣٠,٨٥ - ٩٢,٨٠)، وقيمة تنبؤية إيجابية PV+ بلغت (٢٧,٥%)، بفاصل ثقة ٩٥% (= ٣,١٩ - ٣٧,٥٠)، وقيمة تنبؤية سلبية PV- بلغت (٩٨,٤%)، بفاصل ثقة ٩٥% (= ٩٦,٤٠ - ٩٩,٣٠%). علاوة على ذلك، كشف تحليل منحني ROC أن معدل انتشار اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من الراشدين من عامة السكان في المملكة العربية السعودية كان (٥,١٥%).

### تفسير نتائج البحث:

أوضحت نتائج البحث الحالي أن نموذج القياس لاضطراب الشخصية الحدية هو نموذج انعكاسي قياسي يتمتع بخصائص المصدقية والموثوقية لنموذج القياس الانعكاسي، إذ جاءت معايير موثوقية المؤشرات للعوامل المكونة له، وهي المجال الانفعالي، والبيئشخصي، والسلوكي، والمعرفي، بالصدق التمييزي والتقاربي وموثوقية الثبات الداخلي. وتتفق هذه النتائج مع الأدبيات النظرية حول اضطراب الشخصية الحدية ومحكات تشخيصها التي أوردتها الأدبيات التشخيصية والإحصائية الخامسة والخامس المعدل، وقياس الخلل الوظيفي من خلال مجموعة من الأعراض التي تعكس وجود الاضطراب لدى الشخص، في المجال الانفعالي،

Boucher et al., ٢٠١٦; Chapman et ) فقد ذكر (المعرفي، والسلوكي، والبيشخصي، و al., ٢٠١٧; Derks et al., ٢٠١٦; Dixon-Gordon et al., ٢٠١٨; Frias et al., ٢٠١٦; Hicks, ٢٠١٧; Jeong et al., ٢٠٢٢; Sauer et al., ٢٠١٦; Schulze et al., ٢٠١٦) أنه عند تشخيص اضطراب الشخصية الحدية من المهم أن يكون الاختصاصي أو المعالج النفسي قادرًا على التركيز على التاريخ المرضي للحالة من أجل التمييز بين اضطراب الشخصية الحدية والاضطرابات النفسية الأخرى ذات الأعراض المماثلة، إذ يجب أن تظهر الأعراض في المجالات الانفعالية (المزاج غير المستقر، الغضب)، والمعرفية/الفكرية (اضطراب الهوية، الانفصال، عدم استقرار الأهداف)، والشخصية (العلاقات غير المستقرة والصراعية، الخوف من الهجر) والسلوكية (إيذاء النفس، الاندفاع).

كما توصلت نتائج هذا البحث إلى أن درجة القطع على مقياس اضطراب الشخصية الحدية هي حصول الفرد على درجة أكبر من ٣١ درجة كلية على المقياس. وهذه النتائج تختلف عما توصلت إليه البحوث والدراسات الأجنبية السابقة، والتي وجدت أن درجة القطع لمقياس التقييم الموحد للشخصية- المقياس المختصر (SAPAS) هي حصول الفرد على درجة (٣) أو أكبر على المقياس (Hicks, ٢٠١٧). كذلك درجة القطع على مقياس McLean المعروف اختصارًا (MSI-BPD) هي درجة ٧ على المقياس فأكثر (Boucher et al., ٢٠١٧). وهذه الاختلافات في درجة القطع المحددة ترجع لاختلاف أداة القياس، وكذلك اختلاف البيئة التي أجريت فيها الدراسة. أما عن نتائج الدراسات العربية، لم تهدف أي دراسة أجريت حول اضطراب الشخصية الحدية إلى تحديد درجة القطع التي عندها يمكن تصنيف الأشخاص بإصابته باضطراب الشخصية الحدية أو عدم إصابته به.

كما أشارت النتائج أن نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية في عينة من عامة السكان من الراشدين بلغت (٥,١٥%). وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة Grant (٢٠٠٨) et al. أن نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية تراوحت بين (٥,٥٠ - ٥,٩٠%)، وكذلك مع نتائج دراسة Schulze et al. (٢٠١٦) إذ وجد أن نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية بلغت (٦%). بينما تختلف نتائج البحث الحالي فيما يتعلق بنسب انتشار اضطراب الشخصية الحدية مع ما توصلت إليه دراسة Shenoy and Praharaj (٢٠١٩) والتي وجدت أن اضطراب الشخصية الحدية ينتشر بنسبة ١٥,٢٠% بين طلبة الجامعة. وربما

## تحديد درجة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية

ترجع الفروق في نسب الانتشار، نتيجة اختلاف أدوات القياس المستخدمة في البحث، وكذلك الدولة التي أجريت فيها الدراسة، إذ أن انتشار الأمراض والاضطرابات النفسية وتشخيصها يتأثر بالثقافة التي يعيش فيها الفرد. وبمراجعة الأدبيات البحثية في البيئة العربية، لوحظ غياب الاهتمام البحثي للكشف عن معدلات انتشار اضطراب الشخصية الحدية في البيئة العربية عامة والمملكة العربية خاصة اعتمادًا على درجة قطع مُحددة لأداة القياس المستخدمة، تفيد متخذي القرار والعاملين في قطاع الصحة النفسية في تخطيط البرامج العلاجية لخفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية، في ضوء معدلات الانتشار.

### توصيات البحث:

١. استخدام مقياس اضطراب الشخصية الحدية المُعد في البحث الحالي لأغراض التصنيف السريري في البيئة السعودية، إلى جانب أدوات التشخيص السريري المناسبة.
٢. إعداد البرامج العلاجية لخفض أعراض الشخصية الحدية لدى الراشدين من مختلف أفراد المجتمع.

### الخلاصة:

هدف هذا البحث إلى اختبار نوعية النموذج القياسي لاضطراب الشخصية الحدية، والتحقق من الخصائص السيكومترية لهذا المقياس، وتحديد درجة القطع لتشخيص اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من عامة السكان وتحديد نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية بينهم. وقد أظهرت نتائج التحليل الرباعي التوكيدي أن النموذج القياسي المقترح لاضطراب الشخصية الحدية هو نموذج قياس انعكاسي للعوامل الأربعة: المجال الانفعالي، والمجال البينشخصي، والمجال السلوكي، والمجال المعرفي. كما أوضحت النتائج أن نموذج القياس الانعكاسي لاضطراب الشخصية الحدية يتمتع بموثوقية مؤشرات الأبنية، وبالصدق التمييزي والتقاربي وموثوقية الثبات الداخلي. كما توصلت النتائج إلى أن درجة القطع على مقياس اضطراب الشخصية الحدية بلغت درجة ( $< 31$  درجة)، وأن نسبة انتشار اضطراب الشخصية الحدية

في عينة البحث من عامة السكان بلغت (٥,١٥%) عند درجة القطع أكبر من ٣١ درجة على المقياس. وفي ضوء هذه النتائج أوصت الباحثة بتطبيق مقياس اضطراب الشخصية الحدية المُعد في هذا البحث بما يتمتع به من خصائص سيكومترية جيدة، لأغراض التصنيف السريري عند درجة قطع أكبر من ٣١ درجة على مقياس اضطراب الشخصية الحدية المُعد في هذا البحث، إلى جانب أدوات التشخيص الأخرى لهذا الاضطراب.

#### جوانب قصور البحث والتوجهات المستقبلية:

رغم أهمية ما توصل إليه البحث من نتائج حول موثوقية ومصادقية نموذج القياس الانعكاسي لاضطراب الشخصية الحدية المُقترح والمكون من أربعة أبنية أساسية هي: المجال الانفعالي، والبينشخصي، والسلوكي، والمعرفي، وما توصلت إليه من تحديد لدرجة القطع على المقياس لتشخيص الراشدين وهي حصول الفرد على درجة أكبر من (٣١) على المقياس، وكذلك نسبة انتشار هذا الاضطراب في عينة من عامة السكان بالمملكة العربية السعودية والتي بلغت (٥,١٥%)، إلا أن هذا البحث رغم أنه من باكورة البحوث والدراسات في موضوعه، فإنه كغيره من البحوث الإنسانية يعاني من أوجه قصور-لا تُقل من أهمية نتائجه- ومنها أنه اقتصر على عينة من الراشدين، ولذلك ننصح الباحثين المهتمين بذات الموضوع لإجراء دراسات مستقبلاً حول الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية المُعد في هذا البحث على عينات أخرى كالأطفال، وطلبة المدارس الابتدائية والمتوسطة (المراهقة المتوسطة)، وحساب درجة القطع لهذه الفئة على المقياس. كما أن هذا البحث استخدم مقياس التقرير الذاتي كأداة لقياس أعراض اضطراب الشخصية الحدية وتحديد درجة القطع لتصنيف الراشدين وفق الدرجة الكلية التي يحصلون عليها في المقياس، ومن ثم فإن الباحثين في البحوث مستقبلاً يمكنهم الاعتماد على منهجيات أخرى كمية ونوعية أو مختلطة وأدوات قياس مثل الملاحظة والمقابلة السريرية لتعزيز القيمة التشخيصية لدرجة القطع ودقتها. كما يمكن أن تتوجه الدراسات مستقبلاً لإجراء دراسات تدخلية علاجية حول فاعلية بعض الأساليب العلاجية مثل العلاج السلوكي الجدلي وغيره من الأساليب، في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى الراشدين.

## تحديد درجة القطع لمقياس اضطراب الشخصية الحدية

### قائمة المراجع:

#### أولاً: المراجع العربية

أبو زيد، أحمد محمد جاد الرب. (٢٠١٧). فاعلية التدريب على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي في خفض صعوبات التنظيم الانفعالي لدى الطالبات نوات اضطراب الشخصية الحدية وأثره على أعراض هذا الاضطراب. مجلة الإرشاد النفسي، ٥١(٥١)، ٦٨-١.

سناري، هالة خير؛ خلف، هدى أحمد؛ علي، هبة سليم. (٢٠٢٠). الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب الشخصية الحدية للمراهقين. مجلة شباب الباحثين في العلوم التربوية، ٤، ٤٥٣-٤٨٥.

الصاوي، مروان عبد المنعم. (٢٠٢٣). المتغيرات الاجتماعية المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية لدى الشباب الجامعي. مجلة بحوث في الخدمة الاجتماعية والتنمية، جامعة بني سويف، ٥(٢)، ١٩٣-٢٢٠.

الصومالي، خلود سليمان؛ المغربي، رندا سعد؛ حسنين، سحر إبراهيم؛ صالح، مريم. (٢٠٢٤). مقياس اضطراب الشخصية الحدية. مجلة البحوث التربوية والنوعية، ٢٨(١)، ١٤٧-١٨٤.

القاعد، تيماء جهاد؛ الشقران، حنان إبراهيم. (٢٠٢٢). التشوهات المعرفية وعلاقتها بظهور أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى طلبة الجامعات الأردنية. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، ٣٠(٢)، ١٩٥-٢٢١.

محمود، محمد فرج. (٢٠٢٣). الكفاءة السيكومترية لمقياس اضطرابات الشخصية: "الصورة البحثية" وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-٥. مجلة علم النفس، ٣٦(١٣٦)، ١٨٩-٢٢١.

#### ثانياً: المراجع الأجنبية

Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (٢٠٠٤). Attachment studies with borderline patients: a review. *Harvard review*

- of *psychiatry*, 12(٢), ٩٤-١٠٤.  
<https://doi.org/10.1080/10673220.490.447218>
- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R., & Gorwood, P. (٢٠١٤). Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 40, ٦-١٩. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.01.003>
- American Psychiatric Association (٢٠١٣) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed) (DSM-5)*. American Psychiatric Press.
- Bach, B., & First, M. B. (٢٠١٨). Application of the ICD-١١ classification of personality disorders. *BMC psychiatry*, 18(١), ٣٥١. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>
- Bagge, C., Nickell, A., Stepp, S., Durrett, C., Jackson, K., & Trull, T. J. (٢٠٠٤). Borderline personality disorder features predict negative outcomes ٢ years later. *Journal of abnormal psychology*, 113(٢), ٢٧٩-٢٨٨. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.2.279>
- Bahorik, A. L., & Eack, S. M. (٢٠١٠). Examining the course and outcome of individuals diagnosed with schizophrenia and comorbid borderline personality disorder. *Schizophrenia research*, 124(١-٣), ٢٩-٣٥. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.09.000>
- Beeney, J. E., Stepp, S. D., Hallquist, M. N., Scott, L. N., Wright, A. G., Ellison, W. D., Nolf, K. A., & Pilkonis, P. A. (٢٠١٥). Attachment and social cognition in borderline personality disorder: Specificity in relation to antisocial and avoidant personality disorders. *Personality disorders*, 6(٣), ٢٠٧-٢١٥. <https://doi.org/10.1037/per0000110>
- Beghi, M., Negrini, P. B., Perin, C., Peroni, F., Magaudda, A., Cerri, C., & Cornaggia, C. M. (٢٠١٥). Psychogenic non-epileptic seizures: so-called psychiatric comorbidity and underlying defense mechanisms. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, ٢٥١٩-٢٥٢٧. <https://doi.org/10.2147/NDT.S82079>
- Biskin R. S. (٢٠١٥). The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(٧), ٣٠٣-٣٠٨. <https://doi.org/10.1177/070674371506000702>
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (٢٠٠٤). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of personality disorders*, 18(٣), ٢٢٦-٢٣٩. <https://doi.org/10.1021/pedi.18.3.226.30440>

## تحديد درجة القطع لقياس اضطراب الشخصية الحدية

- Bland, A. R., & Rossen, E. K. (٢٠٠٥). Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder. *Issues in mental health nursing*, 26(٥), ٥٠٧-٥١٧. <https://doi.org/10.1080/016128405000931957>
- Blashfield, R. K., & Intoccia, V. (٢٠٠٠). Growth of the literature on the topic of personality disorders. *The American journal of psychiatry*, 157(٣), ٤٧٢-٤٧٣. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.3.472>
- Borderline personality disorder: recognition and management: Clinical guideline*. (٢٠٠٩). National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- Boucher, M. É., Pugliese, J., Allard-Chapais, C., Lecours, S., Ahoundova, L., Chouinard, R., & Gaham, S. (٢٠١٧). Parent-child relationship associated with the development of borderline personality disorder: A systematic review. *Personality and mental health*, 11(٤), ٢٢٩-٢٥٥. <https://doi.org/10.1002/pmh.1380>
- Bowlby, J (١٩٧٣) Attachment and Loss. Vol. ٢: Separation: Anxiety and Anger. Basic Books.
- Bowlby, J (١٩٨٢) Attachment and Loss. Vol ١: Attachment (rev edn). Basic Books.
- Brent D. (٢٠١١). Nonsuicidal self-injury as a predictor of suicidal behavior in depressed adolescents. *The American journal of psychiatry*, 168(٥), ٤٥٢-٤٥٤. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11020210>
- Cattane, N., Rossi, R., Lanfredi, M., & Cattaneo, A. (٢٠١٧). Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC psychiatry*, 17(١), ٢٢١. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1383-2>
- Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Dixon-Gordon, K. L., Turner, B. J., & Kuppens, P. (٢٠١٧). Borderline Personality Disorder and the Effects of Instructed Emotional Avoidance or Acceptance in Daily Life. *Journal of personality disorders*, 31(٤), ٤٨٣-٥٠٢. <https://doi.org/10.1021/peri.2016.30.264>
- Cizek, G. J., & Bunch, M. B. (٢٠٠٧). *Standard setting: A guide to establishing and evaluating performance standards on tests*. Sage Publications Ltd.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (٢٠٠٦). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British journal*

- of psychiatry : the journal of mental science*, 188, ٤٢٣-٤٣١.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.188.5.423>
- Derks, Y. P. M. J., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (٢٠١٧). A Meta-analysis on the Association Between Emotional Awareness and Borderline Personality Pathology. *Journal of personality disorders*, 31(٣), ٣٦٢-٣٨٤.  
<https://doi.org/10.1021/pedi.2016.30.257>
- Dirican, A. (٢٠٠١). Tanı testi performansının değerlendirilmesi ve kıyaslanması. [Evaluation of the diagnostic test's performance and their comparisons]. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, ٣٢(١), ٢٥-٣٠.
- Dixon-Gordon, K. L., Tull, M. T., Hackel, L. M., & Gratz, K. L. (٢٠١٨). The Influence of Emotional State on Learning From Reward and Punishment in Borderline Personality Disorder. *Journal of personality disorders*, 32(٤), ٤٣٣-٤٤٦.  
<https://doi.org/10.1021/pedi.2017.31.299>
- Ende, G., Cackowski, S., Van Eijk, J., Sack, M., Demirakca, T., Kleindienst, N., Bohus, M., Sobanski, E., Krause-Utz, A., & Schmahl, C. (٢٠١٦). Impulsivity and Aggression in Female BPD and ADHD Patients: Association with ACC Glutamate and GABA Concentrations. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 41(٢), ٤١٠-٤١٨.  
<https://doi.org/10.1038/npp.2015.152>
- Fonagy, P., & Bateman, A. (٢٠٠٨) The development of borderline personality disorder – a mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, ٢٢: ٤-٢١.
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (٢٠١٤). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 1, ٩. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-9>
- Frías, Á., Palma, C., Farriols, N., & González, L. (٢٠١٦). Sexuality-related issues in borderline personality disorder: A comprehensive review. *Personality and mental health*, 10(٣), ٢١٦-٢٣١.  
<https://doi.org/10.1002/pmh.1330>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (٢٠٠٨). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave ٢ National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related

## تحديد درجة القطع لقياس اضطراب الشخصية الحدية

- Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533-540. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>
- Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Shea, M. T., Skodol, A. E., Stout, R. L., Gunderson, J. G., Yen, S., Bender, D. S., Pagano, M. E., Zanarini, M. C., Morey, L. C., & McGlashan, T. H. (2005). Two-year prospective naturalistic study of remission from major depressive disorder as a function of personality disorder comorbidity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(1), 78-85. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.78>
- Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., Lantigua, R., & Weissman, M. M. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives of internal medicine*, 162(1), 53-60. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.1.53>
- Gündeğer, C. (2012). Angoff, Yes/No ve Ebel standart belirleme yöntemlerinin karşılaştırılması [A Comparison of Angoff, Yes/No and Ebel Standard Setting Methods]. (Master's thesis, Hacettepe University, Ankara, Turkey). Retrieved from <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., Shea, M. T., Grilo, C. M., Markowitz, J. C., Morey, L. C., Sanislow, C., Yen, S., Zanarini, M. C., Keuroghlian, A. S., McGlashan, T. H., & Skodol, A. E. (2014). Interactions of borderline personality disorder and mood disorders over 10 years. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(8), 829-834. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08972>
- Haigh, R. (2013). The quintessence of a therapeutic environment. *Therapeutic Communities*, 34, 6-10.
- Hair, J.F., Risher, J.J., Sarstedt, M. and Ringle, C.M. (2019) When to Use and How to Report the Results of PLS-SEM. *European Business Review*, 31, 2-24. <https://doi.org/10.1108/EBR-11-2018-0203>
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., and Sarstedt, M. (2022). *A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*, 3rd Ed., Sage: Thousand Oaks.
- Hallquist, M. N., & Pilkonis, P. A. (2012). Refining the phenotype of borderline personality disorder: Diagnostic criteria and beyond. *Personality disorders*, 3(3), 228-246. <https://doi.org/10.1037/a0027953>

- Harned, M. S., Pantalone, D. W., Ward-Ciesielski, E. F., Lynch, T. R., & Linehan, M. M. (٢٠١١). The prevalence and correlates of sexual risk behaviors and sexually transmitted infections in outpatients with borderline personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(١١), ٨٣٢-٨٣٨.  
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318234c02c>
- Hassanzad, M., & Hajian-Tilaki, K. (٢٠٢٤). Methods of determining optimal cut-point of diagnostic biomarkers with application of clinical data in ROC analysis: an update review. *BMC Med Res Methodol*, ٢٤, ٨٤ (٢٠٢٤). <https://doi.org/10.1186/s12874-024-02198-2>
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (٢٠١٢). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet (London, England)*, 379(٩٨٣٤), ٢٣٧٣-٢٣٨٢.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-0)
- Hengartner, M. P., & Lehmann, S. N. (٢٠١٧). Why Psychiatric Research Must Abandon Traditional Diagnostic Classification and Adopt a Fully Dimensional Scope: Two Solutions to a Persistent Problem. *Frontiers in psychiatry*, 8, ١٠١. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00101>
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sinkovics, R. R. (٢٠٠٩). The Use of Partial Least Squares Path Modeling in International Marketing, in *Advances in International Marketing*, R. R. Sinkovics and P. N. Ghauri (eds.), Emerald: Bingley, pp. ٢٧٧-٣٢٠.
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (٢٠١٥). A New Criterion for Assessing Discriminant Validity in Variance-Based Structural Equation Modeling. *Journal of the Academy of Marketing Science*, ٤٣, ١١٥-١٣٥.  
<https://doi.org/10.1007/s11747-014-0403-8>
- Hicks, B. M. (٢٠١٧). Genetic and environmental influences on the codevelopment among borderline personality disorder traits, major depression symptoms, and substance use disorder symptoms from adolescence to young adulthood. *Development and Psychopathology*, ٣٠, ٤٩-٦٥.
- Homan, K. J., Sim, L. A., Fargo, J. D., & Twohig, M.P. (٢٠١٧). Five-year prospective investigation of self-harm/ suicide-related behaviors in the development of borderline personality disorder. *Personality Disorders*, ٨, ١٨٣-١٨٨.
- Horwitz, A. V., Widom, C. S., McLaughlin, J., & White, H. R. (٢٠٠١). The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study. *Journal of health and social behavior*, 42(٢), ١٨٤-٢٠١.

## تحديد درجة القطع لقياس اضطراب الشخصية الحدية

- Irwin, L., & Malhi, G. S. (٢٠١٩). Borderline personality disorder and ICD-١١: A chance for change. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 53(٧), ٦٩٨-٧٠٠.  
<https://doi.org/10.1177/0004867419837360>
- Jablensky, A. (٢٠١٦) Psychiatric classifications: validity and utility. *World Psychiatry*, ١٥, ٢٦-٣١.
- Jaeger, R. M. (١٩٨٩). Certification of student competence. In R. L. Linn (Ed.), *Educational Measurement* (٣rd ed., pp. ٤٨٥-٥١٤). New York: American Council on Education and Macmillan.
- Jeong, H., Jin, M. J., & Hyun, M. H. (٢٠٢٢). Understanding a mutually destructive relationship between individuals with borderline personality disorder and their favorite person. *Psychiatry investigation*, ١٩(١٢), ١٠٦٩-١٠٧٧.
- Johnston, J. A. Y., Wang, F., Liu, J., Blond, B. N., & Wallace, A., Liu, J., ... Blumberg, H. P. (٢٠١٧). Multimodal neuroimaging of frontolimbic structure and function associated with suicide attempts in adolescents and young adults with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, ١٧٤, ٦٦٧-٦٧٥.
- Kaiser, D., Jacob, G. A., Domes, G., & Arntz, A. (٢٠١٧). Attentional bias for emotional stimuli in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Psychopathology*, ٤٩, ٣٨٣-٣٩٦.
- Kaufman, E., Puzia, M. F., Mead, H. K., Crowell, S. E., & Beauchaine, T. P. (٢٠١٧). Children's emotion regulation difficulties mediate the association between maternal borderline and antisocial symptoms and youth behavior problems over one year. *Journal of Personality Disorders*, ٣١, ١٧٠-١٩٢.
- Kienast, T., Stoffers, J., Birmphohl, F., & Lieb, K. (٢٠١٤). Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Deutsches Arzteblatt international*, 111(١٦), ٢٨٠-٢٨٦.  
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0280>
- Kingdon, D. G., Ashcroft, K., Bhandari, B., Gleeson, S., Warikoo, N., Symons, M., Taylor, L., Lucas, E., Mahendra, R., Ghosh, S., Mason, A., Badrakalimuthu, R., Hepworth, C., Read, J., & Mehta, R. (٢٠١٠). Schizophrenia and borderline personality disorder: similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and

- childhood trauma. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(٦), ٣٩٩-٤٠٣. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e08c27>
- Koenigsberg, H. (٢٠١٠) Affective instability: towards an integration of neuroscience and psychological perspectives. *Journal of Personality Disorders*, ٢٤, ٦٠-٨٢.
- Koenigsberg, H. W., Fan, J., Ochsner, K. N., Liu, X., Guise, K. G., Pizzarello, S., Dorantes, C., Guerreri, S., Tecuta, L., Goodman, M., New, A., & Siever, L. J. (٢٠٠٩). Neural correlates of the use of psychological distancing to regulate responses to negative social cues: a study of patients with borderline personality disorder. *Biological psychiatry*, 66(٩), ٨٥٤-٨٦٣. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.06.010>
- Lawn, S., & McMahon, J. (٢٠١٥). Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(٧), ٥١٠-٥٢١. <https://doi.org/10.1111/jpm.12226>
- Lequesne, E. R., & Hersh, R. G. (٢٠٠٤). Disclosure of a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of psychiatric practice*, 10(٣), ١٧٠-١٧٦. <https://doi.org/10.1097/001317466-200403000-00005>
- Linehan, M.M. (١٩٩٣). *Diagnosis and Treatment of Mental Disorders: Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- MacDonald, K., Berlow, R., & Thomas, M. L. (٢٠١٣). Attachment, affective temperament, and personality disorders: a study of their relationships in psychiatric outpatients. *Journal of affective disorders*, 151(٣), ٩٣٢-٩٤١. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.07.040>
- Madigan, S., Hawkins, E., Plamondon, A., Moran, G., & Benoit, D. (٢٠١٥) Maternal representations and infant attachment: an examination of the prototype hypothesis. *Infant Mental Health Journal*, ٣٦, ٤٥٩-٦٨.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Reed, G. M. (٢٠١٣). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-١١. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(٣), ١٩٨-٢٠٦. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>

## تحديد درجة القطع لقياس اضطراب الشخصية الحدية

- Martín-Blanco, A., Ferrer, M., Soler, J., Salazar, J., Vega, D., Andión, O., Sanchez-Mora, C., Arranz, M. J., Ribases, M., Feliu-Soler, A., Pérez, V., & Pascual, J. C. (٢٠١٤a). Association between methylation of the glucocorticoid receptor gene, childhood maltreatment, and clinical severity in borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 57, ٣٤-٤٠. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.06.011>
- Martín-Blanco, A., Soler, J., Villalta, L., Feliu-Soler, A., Elices, M., Pérez, V., Arranz, M. J., Ferraz, L., Alvarez, E., & Pascual, J. C. (٢٠١٤b). Exploring the interaction between childhood maltreatment and temperamental traits on the severity of borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 55(٢), ٣١١-٣١٨. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.08.026>
- McCormick, B., Blum, N., Hansel, R., Franklin, J. A., St John, D., Pfohl, B., Allen, J., & Black, D. W. (٢٠٠٧). Relationship of sex to symptom severity, psychiatric comorbidity, and health care utilization in ١٦٣ subjects with borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 48(٥), ٤٠٦-٤١٢. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.005>
- Merrett, Z., Rossell, S. L., & Castle, D. J. (٢٠١٦). Comparing the experience of voices in borderline personality disorder with the experience of voices in a psychotic disorder: A systematic review. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 50(٧), ٦٤٠-٦٤٨. <https://doi.org/10.1177/004887٤١٦٦٦٣٢٥٩٥>
- Moran, P., Jenkins, R., Tylee, A., Blizard, R., & Mann, A. (٢٠٠٠). The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 102(١), ٥٢-٥٧. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0٤٤٧.2000.102.01.052.x>
- Moran, P., Leese, M., Lee, T., Walters, P., Thornicroft, G., & Mann, A. (٢٠٠٣). Standardized Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 183, ٢٢٨-٢٣٢. <https://doi.org/10.119٢/bjp.1٨٣,٣,٢٢٨>
- Moran, P., Rendu, A., Jenkins, R., Tylee, A., & Mann, A. (٢٠٠١). The impact of personality disorder in UK primary care: a ١-year follow-up of

- attenders. *Psychological medicine*, 31(٨), ١٤٤٧-١٤٥٤.  
<https://doi.org/10.1017/s.00332917.0.05450z>
- Musser, N., Zalewski, M., Stepp, S., & Lewis, J. (٢٠١٨). A systematic review of negative parenting practices predicting borderline personality disorder: Are we measuring biosocial theory's 'invalidating environment'?. *Clinical psychology review*, 65, ١-١٦.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.003>
- Mubuuke, A. G., Mwesigwa, C., & Kiguli, S. (٢٠١٧). Implementing the Angoff method of standard setting using postgraduate students: Practical and affordable in resource-limited settings. *African journal of health professions education*, 9(٤), ١٧١-١٧٥.  
<https://doi.org/10.7196/AJHPE.2017.v9i4.631>
- Neelapajit, A., Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Thongpibul, K. (٢٠١٧). Pathogenic beliefs among patients with depressive disorders. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, ١٠٤٧-١٠٥٥.  
<https://doi.org/10.2147/NDT.S136212>
- Newman, T.B.; Kohn, M.A. (٢٠٠٩). Evidence-Based Diagnosis. New York: Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511709012>.
- Oldham, J.M. (٢٠٠٦). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, ١٦٣, ٢٠-٦.
- Paris, J., & Black, D. W. (٢٠١٥). Borderline personality disorder and bipolar disorder: what is the difference and why does it matter?. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(١), ٣-٧.  
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000220>
- Pearse, L. J., Dibben, C., Ziauddeen, H., Denman, C., & McKenna, P. J. (٢٠١٤). A study of psychotic symptoms in borderline personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(٥), ٣٦٨-٣٧١.  
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000132>
- Petfield, L., Startup, H., Droscher, H., & Cartwright-Hatton, S. (٢٠١٥). Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evidence-based mental health*, 18(٣), ٦٧-٧٥.  
<https://doi.org/10.1136/eb-2015-102163>
- Reas, D. L., Rø, Ø., Karterud, S., Hummelen, B., & Pedersen, G. (٢٠١٣). Eating disorders in a large clinical sample of men and women with personality disorders. *The International journal of eating disorders*, 46(٨), ٨٠١-٨٠٩. <https://doi.org/10.1002/eat.22176>

## تحديد درجة القطع لقياس اضطراب الشخصية الحدية

- Ringle, C. M., Wende, S., and Becker, J.-M. ٢٠٢٢. "SmartPLS ٤." Oststeinbek: SmartPLS GmbH, <http://www.smartpls.com>.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (٢٠١٢). Borderline personality and externalized aggression. *Innovations in clinical neuroscience*, 9(٣), ٢٣-٢٦.
- Sauer, C., Sheppes, G., Lackner, H. K., Arens, E. A., Tarrasch, R., & Barnow, S. (٢٠١٦). Emotion regulation choice in female patients with borderline personality disorder: Findings from self-reports and experimental measures. *Psychiatry research*, 242, ٣٧٥-٣٨٤. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.113>
- Schmahl, C. G., Vermetten, E., Elzinga, B. M., & Douglas Bremner, J. (٢٠٠٣). Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry research*, 122(٣), ١٩٣-١٩٨. [https://doi.org/10.1016/s.0920-4927\(03\)0023-4](https://doi.org/10.1016/s.0920-4927(03)0023-4)
- Schulze, L., Schmahl, C., & Niedtfeld, I. (٢٠١٦). Neural Correlates of Disturbed Emotion Processing in Borderline Personality Disorder: A Multimodal Meta-Analysis. *Biological psychiatry*, 79(٢), ٩٧-١٠٦. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.03.027>
- Sharp, C., & Kim, S. (٢٠١٥). Recent advances in the developmental aspects of borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 17(٤), ٥٥٦. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0556-2>
- Shenoy, S. K., & Praharaj, S. K. (٢٠١٩). Borderline personality disorder and its association with bipolar spectrum and binge eating disorder in college students from South India. *Asian journal of psychiatry*, 44, ٢٠-٢٤. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.07.017>
- Silberschmidt, A., Lee, S., Zanarini, M., & Schulz, S. C. (٢٠١٥). Gender Differences in Borderline Personality Disorder: Results From a Multinational, Clinical Trial Sample. *Journal of personality disorders*, 29(٦), ٨٢٨-٨٣٨. <https://doi.org/10.1021/pedi.2014.28.170>
- Silva, H., Iturra, P., Solari, A., Villarroel, J., Jerez, S., Vielma, W., Montes, C., Pumarino, L., & Roa, N. (٢٠٠٧). Serotonin transporter polymorphism and fluoxetine effect on impulsiveness and aggression in borderline personality disorder. *Actas espanolas de psiquiatria*, 35(٦), ٣٨٧-٣٩٢.

- Skodol, A. E., & Bender, D. S. (٢٠٠٣). Why are women diagnosed borderline more than men?. *The Psychiatric quarterly*, 74(٤), ٣٤٩-٣٦٠.  
<https://doi.org/10.1023/a:1026087410516>
- Soloff, P. H., Fabio, A., Kelly, T. M., Malone, K. M., & Mann, J. J. (٢٠٠٥). High-lethality status in patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 19(٤), ٣٨٦-٣٩٩.  
<https://doi.org/10.1021/pedi.2005.19.4.386>
- Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., & Mann, J. J. (٢٠٠١). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population?. *The American journal of psychiatry*, 158(٣), ٤٢٧-٤٣٢.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.108.3.427>
- Stanley, B., Siever, L.J. (٢٠١٠). The interpersonal dimension of borderline personality disorder: toward a neuropeptide model. *American Journal of Psychiatry*, ١٦٧: ٢٤-٣٩.
- Stiglmayr, C. E., Ebner-Priemer, U. W., Bretz, J., Behm, R., Mohse, M., Lammers, C. H., Angheliescu, I. G., Schmahl, C., Schlotz, W., Kleindienst, N., & Bohus, M. (٢٠٠٨). Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 117(٢), ١٣٩-١٤٧.  
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01126.x>
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (٢٠١٤). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of personality disorders*, 28(٥), ٧٣٤-٧٥٠.  
<https://doi.org/10.1021/pedi.2012.26.093>
- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K., & Kringlen, E. (٢٠٠٠). A twin study of personality disorders. *Comprehensive psychiatry*, 41(٦), ٤١٦-٤٢٥.  
<https://doi.org/10.1053/comp.2000.16060>
- Tschoeke, S., Steinert, T., Flammer, E., & Uhlmann, C. (٢٠١٤). Similarities and differences in borderline personality disorder and schizophrenia with voice hearing. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(٧), ٥٤٤-٥٤٩. <https://doi.org/10.1097/NMD.000000000000109>
- Turner, B. J., Dixon-Gordon, K. L., Austin, S. B., Rodriguez, M. A., Zachary Rosenthal, M., & Chapman, A. L. (٢٠١٥). Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry research*, 230(١), ٢٨-٣٥.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.058>

## تحديد درجة القطع لقياس اضطراب الشخصية الحدية

- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., et al. (٢٠١١) The rationale for the reclassification of personality disorder in the ١١th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-١١). *Personality and Mental Health*, ٥, ٢٤٦-٥٩.
- van Dijke, A., Hopman, J. A. B., & Ford, J. D. (٢٠١٨). Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder independent of the symptoms of borderline personality disorder. *European journal of psychotraumatology*, 9(١), ١٤٠٠٨٧٨. <https://doi.org/10.1080/20088198.2017.1400878>
- Vanwoerden, S.; Kalpakci, A., & Sharp, C. (٢٠١٧). The relations between inadequate parent-child boundaries and borderline personality disorder in adolescence. *Psychiatry Research*, ٢٥٧, ٤٦٢-٤٧١.
- Voorhees, C.M., Brady, M.K., Calantone, R. et al. Discriminant validity testing in marketing: an analysis, causes for concern, and proposed remedies. *J. of the Acad. Mark. Sci.* ٤٤, ١١٩-١٣٤ (٢٠١٦). <https://doi.org/10.1007/s11747-015-0455-4>
- Vostanis, P., Graves, A., Meltzer, H., Goodman, R., Jenkins, R., & Brugha, T. (٢٠٠٦). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health--findings from the GB national study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(٧), ٥٠٩-٥١٤. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0611-3>
- Weniger, G., Lange, C., Sachsse, U., & Irle, E. (٢٠٠٩). Reduced amygdala and hippocampus size in trauma-exposed women with borderline personality disorder and without posttraumatic stress disorder. *Journal of psychiatry & neuroscience : JPN*, 34(٥), ٣٨٣-٣٨٨.
- White, C. N., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., & Hudson, J. I. (٢٠٠٣). Family studies of borderline personality disorder: a review. *Harvard review of psychiatry*, 11(١), ٨-١٩. <https://doi.org/10.1080/10773220309937>
- World Health Organization (١٩٩٢) The ICD-١٠ Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.
- World Health Organization (٢٠١٨) ICD-١١ for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-١١ MMS) ٢٠١٨ Version. WHO (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>). Accessed ١٠ November ٢٠٢٤.

- Yen, S., Pagano, M. E., Shea, M. T., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., McGlashan, T. H., Sanislow, C. A., Bender, D. S., & Zanarini, M. C. (٢٠٠٥). Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(١), ٩٩-١٠٥. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.99>
- Yoshimatsu, K., & Palmer, B. (٢٠١٤). Depression in patients with borderline personality disorder. *Harvard review of psychiatry*, 22(٥), ٢٦٦-٢٧٣. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000045>
- Yu, R., Geddes, J. R., & Fazel, S. (٢٠١٢). Personality disorders, violence, and antisocial behavior: a systematic review and meta-regression analysis. *Journal of personality disorders*, 26(٥), ٧٧٥-٧٩٢. <https://doi.org/10.1021/pedi.2012.26.5.775>
- Zachar, P., Krueger, R. F., & Kendler, K. S. (٢٠١٦). Personality disorder in DSM-٥: an oral history. *Psychological medicine*, 46(١), ١-١٠. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001543>
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (٢٠٠٣). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of personality disorders*, 17(٣), ٢٣٣-٢٤٢. <https://doi.org/10.1021/pedi.17.3.233.22147>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., & Fitzmaurice, G. (٢٠١٣). Defense mechanisms reported by patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects over ١٦ years of prospective follow-up: description and prediction of recovery. *The American journal of psychiatry*, 170(١), ١١١-١٢٠. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12.20.173>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (٢٠٠٦). Prediction of the ١٠-year course of borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 163(٥), ٨٢٧-٨٣٢. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.827>
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L., & Frankenburg, F. R. (١٩٩٧). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American journal*

## تحديد درجة القطع لقياس اضطراب الشخصية الحدية

- of *psychiatry*, 154(٨), ١١٠١-١١٠٦.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.154.8.1101>
- Zhou, X.H., Obuchowski, N.A., & McClish, D.K. (٢٠٠٢). *Statistical methods in diagnostic medicine*. Wiley-Interscience.
- Zimmerman, M., Martinez, J., Young, D., Chelminski, I., Morgan, T. A., & Dalrymple, K. (٢٠١٤). Comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder and history of suicide attempts. *Journal of personality disorders*, 28(٣), ٣٥٨-٣٦٤.  
[https://doi.org/10.1021/pedi\\_2013\\_27\\_122](https://doi.org/10.1021/pedi_2013_27_122)
- Zimmerman, M., & Morgan, T. A. (٢٠١٣). Problematic boundaries in the diagnosis of bipolar disorder: the interface with borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 15(١٢), ٤٢٢.  
<https://doi.org/10.1007/s11920-013-0422-z>
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (٢٠٠٥). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *The American journal of psychiatry*, 162(١٠), ١٩١١-١٩١٨.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1911>
- Zweig, M. H., & Campbell, G. (١٩٩٣). Receiver-operating characteristic (ROC) plots: a fundamental evaluation tool in clinical medicine. *Clinical chemistry*, 39(٤), ٥٦١-٥٧٧.

## Determining the cutoff score for the Borderline Personality Disorder Scale in adults using the Angoff method and the ROC curve

Boshra A. Arnout <sup>\*1, 2</sup>

Department of Psychology, College of Education, King Khalid University, Abha  
Department of Psychology, Arts Faculty, Zagazig University, Egypt

### Abstract:

This study aimed to test the quality of the standard model for borderline personality disorder (BPD), verify the psychometric properties of this scale, determine the cutoff score for screening BPD in a sample of the general population, and reveal the prevalence of BPD among them. A descriptive methodology was employed to achieve these objectives. The study sample consisted of 291 adults residing in the Kingdom of Saudi Arabia, aged between 19 and 57 years, with a mean age of (36.29 ± 11) years. The BPD scale (developed by the researcher) was administered to them. The data collected from the participants were analyzed using JASP 0.19.2.0, Smart PLS<sup>4</sup>, and MedCalc 23.0.9-6bit software. The results of the Confirmatory tetrad analysis (CTA) indicated that the proposed measurement model for BPD is reflective, as the "t" values for the factors constituting the measurement model—emotional, interpersonal, behavioral, and cognitive domain—were not statistically significant, and the corrected confidence intervals included zero; also, all minimum values were negative, while all maximum values were positive. The structural equation modeling results using partial least squares showed that the reflective measurement model BPD has reliable indicators for its factors, discriminant and convergent validity, and internal consistency reliability. The findings also revealed that the cutoff score on the BPD scale was greater than 31, with a sensitivity of 73.32%, a confidence interval of 95% (44.9-92.2), and a specificity of 89.49%, with a confidence interval of 95% (85.3-92.8), and a decision accuracy coefficient of 80.43% ( $p < 0.0001$ ). The findings indicated that the prevalence of BPD in the research sample from the general population was 5.15% at a cutoff score greater than 31 on the scale, with a positive predictive value (PV+) of 27.5% (95% confidence interval = 19.3-37.50), and a negative predictive value (PV-) of 98.4% (95% confidence interval = 96.40-99.30%). In light of these results, the researcher recommended the application of the BPD scale developed in this study, given its good psychometric properties, for clinical screening purposes at a cutoff score greater than 31, alongside other diagnostic tools for this disorder.

**Keywords:** Borderline personality disorder, adults, cutoff score, Angoff method, ROC analysis, confirmatory factor analysis (CFA).