

الميسوفونيا كعرض تنبؤي لنوبات الغضب لدى عينة من  
مرضى الوسواس القهري (دراسة سيكومترية كلينيكية)

Misophonia as a predictive symptom of  
anger attacks in a sample of obsessive-compulsive  
disorder patients (clinical psychometric study)

إعداد

أ.م.د/ محمد حسين محمد سعد الدين الحسيني      د/ طارق أحمد عبد السلام محمود المتولي  
أستاذ مساعد بقسم علم النفس      حاصل على الدكتوراه قسم علم النفس  
كلية الآداب - جامعة المنصورة      كلية الآداب - جامعة المنصورة

المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة المنصورة

المجلد التاسع - العدد الثالث

يناير ٢٠٢٣

**الميسوفونيا كعرض تنبؤي لنوبات الغضب لدى عينة من مرضى  
الوسواس القهري (دراسة سيكومترية كإكلينيكية)**

**Misophonia as a predictive symptom of anger attacks in a  
sample of obsessive-compulsive disorder patients (clinical  
psychometric study)**

\* أم د/ محمد حسين محمد سعد الدين الحسيني

د/ طارق أحمد عبد السلام محمود المتولي\*\*



**الملخص:**

هدفت الدراسة إلى البحث عن التنبؤ بنوبات الغضب من خلال الميسوفونيا لدى عينة من مرضى الوسواس القهري، والكشف عن أهم ديناميات البناء النفسي كما تتبدى في دراسة الحالة لمرضى الوسواس القهري. وتكونت عينة الدراسة من (٤٠) من مرضى الوسواس القهري. وتكونت أدوات الدراسة من مقياس الميسوفونيا إعداد الباحثان، ومقياس نوبات الغضب إعداد الباحثان، واستمارة المقابلة الإكلينيكية ذات رؤوس الموضوعات الهادية إعداد الباحثان. وأسفرت نتائج الدراسة عن إمكانية التنبؤ بنوبات الغضب من خلال الميسوفونيا لدى عينة من مرضى الوسواس القهري. وتم الكشف عن أهم ديناميات البناء النفسي لمرضى الوسواس القهري الذي سجل أعلى الدرجات على مقياس الميسوفونيا، ومقياس نوبات الغضب.

\* أستاذ مساعد بقسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة المنصورة  
\*\* حاصل على الدكتوراه قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة المنصورة

**Abstracte:**

The study aimed to search for the prediction of anger attacks through misophonia in a sample of obsessive-compulsive patients, and to reveal the most important dynamics of psychological construction as reflected in a case study of an obsessive-compulsive patient. The study sample consisted of (40) obsessive-compulsive patients. The study tools consisted of the misophonia scale, prepared by the two researchers, the scale of anger attacks, prepared by the two researchers, and the clinical interview form with topics headings prepared by the two researchers. The results of the study resulted in the possibility of predicting outbursts of anger through misophonia in a sample of obsessive-compulsive patients. The most important psychological structure dynamics were revealed for the obsessive-compulsive patient, who scored the highest scores on the misophonia scale and the anger attacks scale.

## الميسوفونيا كعرض تنبؤي لنوبات الغضب لدى عينة من مرضى الوسواس القهري (دراسة سيكومترية كإكلينيكية)

Misophonia as a predictive symptom of anger attacks in a sample of obsessive-compulsive disorder patients (clinical psychometric study)

\* أم د/ محمد حسين محمد سعد الدين الحسيني

د/ طارق أحمد عبد السلام محمود المتولي\*\*

مقدمة:

وصفت الميسوفونيا Misophonia لأول مرة من قبل Marsha Johnson أخصائية السمع السريري عام (١٩٩٧) على أنها متلازمة حساسية الصوت الانتقائية. وتم صياغة مصطلح الميسوفونيا في عام (٢٠٠١) كردود فعل عاطفية غير مفصلة لمجموعة واسعة من الأصوات مع إثارة الجهاز العصبي (Bernstein, E., et al., 2013: 215).

الميسوفونيا هي حالة موصوفة حديثاً تتميز بالتفاعل الحسي والعاطفي كالقلق والغضب والاشمئزاز للأصوات المتكررة القائمة على الأنماط كتظيف الحلق والمضغ والتلثم. ويعاني الأفراد المصابون بالميسوفونيا من ضعف وظيفي كبير وضيق شخصي. وتشير الأبحاث إلى أن الانفعال العاطفي والصعوبات في تنظيم المشاعر أمران أساسيان للعرض السريري وشدة الميسوفونيا (Guetta, E., et al., 2022: 125).

\* أستاذ مساعد بقسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة المنصورة  
\*\* حاصل على الدكتوراه قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة المنصورة

يتفاعل بعض المرضى بشدة مع بعض المحفزات البصرية بجانب السمعية من حيث الحركات المتكررة كالمضغ وارتداد الساق أو اهتزاز القدم، والذي يُعرّف بـ (الكراهية الانتقائية للحركة) (Jaswal, M., et al., 2021: 111).

وتشير الأدلة إلى وجود ارتباط بين العاطفة السلبية والعجز في تنظيم العاطفة في الميسوفونيا. ومع ذلك لا يُعرف سوى القليل عن العلاقات بين مكونات محددة للأداء العاطفي كتنظيم العاطفة، والقدرة العاطفية مع الميسوفونيا، وعن أي مكون من مكونات الميسوفونيا كتردد الضوضاء، والاستجابات العاطفية والسلوكية، والضعف يرتبط بالأداء العاطفي (Schneider, L., Arch, J., 2017: 221).

والميسوفونيا ذات أهمية سريرية مدهشة ويمكن أن يكون لها آثار مدمرة على أولئك الذين يعانون منها. وقد لاقى الميسوفونيا اهتمامًا تجريبيًا متزايدًا في العقد الماضي، لكنها لا تزال غير مفهومة جيدًا (Jones, G., et al., 2018: 728).

ويعكس الفهم الحالي للميسوفونيا كلاً من الصياغة الحديثة للمصطلح والاهتمام المتزايد بين الأطباء والباحثين والمرضى. والميسوفونيا أيضاً في الآونة الأخيرة جذبت الانتباه في وسائل الإعلام. ففي عام (٢٠١١) قام Kohen بنشر مقال في صحيفة نيويورك تايمز بعنوان "الميسوفونيا لأول مرة في تاريخ الصحيفة" على ما يبدو إطلاق سلسلة من التغطية الإعلامية والوعي العام بالاضطراب غير المعروف (Kim, N., 2014: 189).

كما تحدثت Kelly Ripa على ABC في عام (٢٠١٢) عن اضطراب

نادر حول عدم تحملها لأصوات المضغ والبلع، ومن هنا استمرت الميسوفونيا في النمو من خلال التغطية في صحيفة واشنطن بوست ( Cartwright, M., 2015: 324).

إن الميسوفونيا لها أوجه تتسم بالقهرية والإنذاعية والتي تتشابه مع الوسواس القهري وأنه يجب أخذها في الاعتبار في إطار اضطراب الوسواس القهري (OCD)، مع الأخذ في الاعتبار الخصائص العامة للمرضى، وظهور المرض ومساره. وبالمثل يُظهر مرضى الوسواس القهري ردود فعل اندفاعية لأصوات الأكل، والتي عادة ما تعبر عنها نوبات الغضب Jones, G., et al., (2018: 732).

والدراسة الحالية هي محاولة للتنبؤ بنوبات الغضب من خلال الكشف عن الميسوفونيا لدى عينة من مرضى الوسواس القهري، بالإضافة الى دراسة حالة إكلينيكية بالاعتماد على أحد أفراد عينة الدراسة الأساسية من مرضى الوسواس القهري والذي سجل على مقياس الميسوفونيا، ومقياس نوبات الغضب أعلى الدرجات كدراسة حالة متعمقة.

#### مشكلة الدراسة:

دعا بعض الباحثين الإكلينيكين إلى أن الميسوفونيا يمكن تصنيفها بشكل أكثر ملاءمة ضمن الاضطرابات المصاحبة لمرضى الوسواس القهري (Schröder, E., et al., 2020: 289).

ويصدر الأفراد المصابون بالميسوفونيا نوبات من الغضب بمجرد التعرض للأصوات العادية اليومية كقص الأظافر وتنظيف الأسنان والتنفس والشم والعطس والتحدث والمشي والضحك والشخير والصفير وصوت

Rouw, R., Erfanian, M., ) التلفزيون أو السعال وهذا ما أكدته دراسة (Cavanna, E., Seri, S., 2015). (2018)، ودراسة (2015).

وقد يؤدي هذا إلى سلوكيات القلق والتجنب ونوبات الغضب مما يؤثر سلبًا على وظائف الفرد وهذا ما أكدت عليه دراسة كل من (Guetta, E., et al., 2022)، ودراسة (Kilic, C., et al., 2021)، ودراسة (Dozier, H., 2015).

كما كشفت بعض الدراسات السابقة عن علاقة ارتباطية بين الميسوفونيا والوسواس القهري، حيث تحققوا من كون الميسوفونيا مصاحبة لمرضى الوسواس القهري وهذا ما تم التحقق منه في دراسة (Webber, A., Storch, A., 2015)، ودراسة (Storch, A., Zhou, X., 2017)، ودراسة (Szykowny, N., 2020).

فعادة ما يركز الميسوفونيون بشكل مفرط على الاستماع إلى المحفز بميل الوسواس والغضب والعدوانية (Schröder, E., et al., 2019: 62).

وبناء على ما سبق تبلورت مشكلة الدراسة في إطارها العام من خلال ملاحظة مرضى الميسوفونيا Misophonia وما يصاحبهم من استجابات غير متناسبة للمحفزات السمعية التي تواجههم كالتنفس بصوت عالٍ، والتثاؤب، والمضغ، والبلع، والنقر على القدم، والطحن، وصفع الشفاه، واللمس، والنقر بالأصابع، وتكسير المفاصل والتي تُعد بمثابة محفزات رئيسية للميسوفونيا، فتتحدد مشكلة الدراسة الحالية في الكشف عن مدى إسهام الميسوفونيا في التنبؤ بنوبات الغضب لدى عينة من مرضى الوسواس القهري، والكشف عن أهم ديناميات البناء النفسي لدى أحد أفراد عينة الدراسة الأساسية في الدراسة الحالية

من مرضى الوسواس القهري.

ويمكن صياغة المشكلة في التساؤلات التالية:

١- هل يمكن التنبؤ بنوبات الغضب من خلال الميسوفونيا لدى عينة من

مرضى الوسواس القهري؟

٢- هل يمكن الكشف عن أهم ديناميات البناء النفسي كما تتبدى في دراسة

الحالة والمقاييس السيكومترية والاختبارات الإسقاطية لمريض الوسواس

القهري؟

### أهمية الدراسة:

تحدد أهمية الدراسة في النقاط التالية:

### أولاً: الأهمية النظرية:

١- ندرة الدراسات العربية والأجنبية في حدود علم الباحثان التي تناولت

الميسوفونيا مع اضطراب الوسواس القهري كأحد الاضطرابات النفسية

المهمة والأكثر انتشاراً.

٢- إثراء المكتبة العربية بأطر نظرية ومصطلحات عن متغيرات الدراسة

الحالية وعلى رأسها الميسوفونيا بوصفها واحدة من المتغيرات المستقبلية

المتشعبة في مجال الاضطرابات النفسية والعصبية لزملة الأمراض

النفسية والعقلية.

٣- إثراء التراث النظري والمكتبة العلمية بمقاييس للمتغيرات محل الدراسة،

تم تصميمها على أطر نظرية، ومصطلحات تفصيلية للمتغيرات في

وصفها النظري والتطبيقي.



٤- احتواء الدراسة على مجموعة ثرية من المراجع والكتب العلمية التي تسهم في توضيح متغيرات الدراسة الحالية نظرياً وإبرازها، ومساعدة الباحثين في الوقوف على أهم الإحداثيات للمتغيرات محل الدراسة.

### ثانياً الأهمية التطبيقية:

- ١- تزويد المشتغلين في مجالات علم النفس بعامة والإكلينيكي والعصبي بصفة خاصة بمقياس حديث عن الميسوفونيا.
- ٢- مساعدة المشتغلين في المراكز النفسية (الإرشادية، والعلاجية) بأدوات ودراسات للحالة محل الدراسة الحالية في فهم وتفسير طبيعة الأعراض المصاحبة لفئة مهمة في مجال الأمراض النفسية (الوسواسية (obsessive) وما يترتب عليها من تطور للأعراض.
- ٣- السعي كجهود بحثية في وضع مفاهيم ذات تأصيل نظري لزملة الأعراض المستحدثة الخاصة بطبيعة الأعراض الوسواسية وإضطراب الميسوفونيا كأحد الأعراض الحديثة وتدعيمه بنتائج بحثية موثقة.

### اهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- ١- فهم وتفسير اضطراب الميسوفونيا في ضوء التعرف على المفاهيم والأعراض الخاصة بطبيعة الاضطراب.
- ٢- فهم وتفسير نوبات الغضب في ضوء وجود اضطراب الميسوفونيا اعتماداً على الأطر النظرية والقياس السيكومتری.
- ٣- التنبؤ بارتفاع أو انخفاض نوبات الغضب من خلال الميسوفونيا لدى

مرضى الوسواس القهري.

٤- التحكم المستقبلي في الميسوفونيا من خلال عمليات الضبط لنوبات الغضب لدى مرضى الوسواس القهري.

### المفاهيم والأطر النظرية:

### الميسوفونيا Misophonia:

تم الإشارة إلى الميسوفونيا على أنها: حالة تتميز بفرط الحساسية والتفاعل العاطفي القوي لمحفزات سمعية معينة، تعكس بعض الاضطرابات العصبية النمائية والعصبية النفسية المتداخلة ( Norris, E., et al., 2022: 145).

وعرفها Kilic, C., et al. بأنها: ضائقة كبيرة يصاحبها الغضب أو الضيق أو الاشمئزاز عند التعرض لأصوات معينة لا تؤثر على معظم الناس كصفع الشفاه أو مضغ العلكة (Kilic, C., et al., 2021: 212).

كما عرفها كل من Siepsiak M, Dragan, W. بأنها: استجابة عاطفية غير متناسبة للأصوات اليومية التي تواجه الفرد كالتنفس بصوت عالٍ، والتثاؤب، والمضغ، والبلع، والنقر على القدم، والطحن، وصفع الشفاه، واللمس، والنقر بالأصابع، وتكسير المفاصل فهي بمثابة محفزات رئيسية للميسوفونيا، وأحياناً لأصوات الحيوانات والأصوات المتكررة المحددة مثل الكتابة أو النقر بالقلم (Siepsiak, M., Dragan, W., 2019: 447).

كما يعرفها "الباحثان" بأنها: حالة تتسم بردود فعل حادة من الكراهية أو الاشمئزاز والغضب تجاه صوت معين يحدث بشكل شائع. فيمكن النظر إليها على أنها شكل من أشكال السلوك المشروط الذي يتطور كرد فعل جسدي.

فتعتبر الميسوفونيا عموماً رد فعل من خطوة واحدة تثير فيها المحفزات السمعية حالة من نوبات الغضب والاشمئزاز، بالإضافة إلى الاستجابات اللاإرادية النموذجية المرتبطة بهذه المشاعر.

#### العرض الإكلينيكي للميسوفونيا:

أكدت غالبية الدراسات المنشورة أن الميسوفونيا تبدأ في الظهور من مرحلة الطفولة والمراهقة، وتبدأ مظاهرها الأولية الصريحة عادةً في سن (١٣) عاماً (Hadjipavlou, G., et al., 2008: 739). ومع ذلك فقد دعا بعض الباحثين الإكلينيكين إلى أن الميسوفونيا عادة ما تؤثر على البالغين أو تستمر مدى الحياة (Bernstein, E., et al., 2013: 221).

ويصف مرضى اضطراب الميسوفونيا التجارب السلبية عندما يتعرضون لأصوات معينة وما يصاحبها من مشاعر سائدة تتمثل في نوبات الغضب والاشمئزاز والتهيج والقلق (Kumar, S., et al., 2017: 527).

ويعاني مرضى اضطراب الميسوفونيا عادةً من أعراض جسدية كصعوبة التنفس والألم والتدفق الساخن وزيادة معدل ضربات القلب والضغط البدني على الصدر أو الرأس (Dozier, H., 2015: 114). بالإضافة إلى أنهم يظهرون نوبات من الغضب، والعدوان والعنف اللفظي أو الجسدي (Schneider, L., Arch, J., 2017: 227).

ونظراً لأن وقت إطلاق الأصوات غامض فقد يشعر مرضى اضطراب الميسوفونيا بالقلق واليقظة باستمرار نظراً للتركيز المفرط على الاستماع إلى الأصوات المحفزة والمنبهة، فإنهم عادةً ما يظهرون سلوكيات التجنب، وقد

يعانون من عدم الراحة الجسدية والعقلية مع ضعف نوعية الحياة.

(Rouw, R., Erfanian, M., 2018: 456)

وفي دراسة قام فيها Wu, S., et al. بتقييم حدوث الميسوفونيا بين المراهقين كشفت الدراسة عن (٢٢.٨٪) من المراهقين حساسين لأصوات الأكل كالمضغ والبلع والتلثم، ونسبة (٢٢.٨٪) لأصوات النقر كالنقر بالقلم على الطاولة أو النقر بالقدم على الأرض، ونسبة (٢١.٧٪) لأصوات الأنف كالاستنشاق، ونسبة (١٩.٥٪) لأصوات الحلق كتتنظيف الحلق أو السعال، ونسبة (١٤.٧٪) للأصوات البيئية كدقات الساعة أو تشغيل الثلاجة. وفيما يتعلق بأعراض الميسوفونيا المهمة سريريًا كان أداء العمل والدراسة ضعيفًا بشكل كبير في (٥٢.١٪)، وضعف الأداء الاجتماعي في (٢٢.٩٪)، وخلل الأداء داخل نطاق الأسرة والمنزل بنسبة (١٨.٨٪) (Wu, S., et al., 2014: 998).

#### المعايير التشخيصية للميسوفونيا:

اكتسبت الميسوفونيا Misophonia وضوحًا في السنوات الأخيرة ولكنها لا تزال غير مدروسة فكان التصنيف أحد العوائق المهمة أمام البحث والمناقشة حول كيفية تعريف وتصنيف الميسوفونيا بشكل صحيح مما يثير التكهانات حول الصلاحية التشخيصية للميسوفونيا كحالة مستقلة: Brout, J., et al., 2018: (255).

ومن خلال مراجعة المعايير التشخيصية الموصى بها من قبل chröder, A., et al. والتأكيد على أنه يجب تلبية جميع المعايير لتشخيص الميسوفونيا، فكانت المعايير المنقحة على النحو التالي: الإنشغال بأصوات محفزة سمعية خارجية محددة، محفزات تثير شعورًا شديدًا بالتهيج والغضب أو

الاشمئزاز، الشعور العميق بفقدان ضبط النفس أو الخوف أو الانفعالات العاطفية الهائلة، تجنب حدوث الإثارة، بالإضافة إلى الأعراض التي تؤدي إلى ضعف الأداء الوظيفي في الحياة اليومية (chröder, A., et al., 2020: 291).

وأشار Kilic, C., et al. إلى محكات تشخيص للميسوفونيا يمكن الرجوع لها كوجود تجربة حسية معينة كالصوت أو البصر أو أي محفز آخر كأصوات الأكل وأصوات التنفس وأصوات الآلات وحركة الساق والاهتزاز يؤدي إلى استجابة جسدية وعاطفية اندفاعية مكرهة تبدأ عادةً بالتهيج أو الاشمئزاز وتتحول بسرعة إلى غضب (Kilic, C., et al., 2021: 217).

يثير المنبه استجابة انعكاسية جسدية فورية كحركة العضلات الهيكلية أو الداخلية، أو الاستجابة الجنسية، أو الدفء، أو الألم، أو أي إحساس جسدي آخر. ولا يمكن دائماً تحديد الاستجابة الجسدية، ومع ذلك يمكن استخدام وجود استجابة جسدية فورية لتحديد الحالة بشكل أوضح على أنها ميسوفونيا (Rouw, ) (R., Erfanian, M., 2018: 459).

تؤدي المدة المعتدلة من التحفيز على سبيل المثال: (١٥) ثانية إلى إثارة فسيولوجية عامة كالتعرق وزيادة معدل ضربات القلب وتوتر العضلات. وعدم تنظيم الأفكار والعواطف مع نوبات نادرة ولكن يحتمل أن تكون عدوانية. وقد تكون نوبات الغضب العدوانية متكررة عند المراهقين. ويتم التعرف على التجربة العاطفية السلبية لاحقاً على أنها مفرطة أو غير معقولة أو غير متناسبة مع الظروف أو الضغوطات المثيرة (Szykowny, N., 2020: 185).

ويميل الفرد إلى تجنب الحالة الميسوفونية، وإذا لم يتجنبها، فإنه يتحمل حالة التحفيز الميسوفوني بعدم الراحة أو الضيق. وتجربة الفرد العاطفية

والجسدية، والتجنب، والجهود المبذولة لتجنب التسبب في ضائقة كبيرة أو تدخل كبير في حياة الشخص. مثلما يصعب على الفرد أداء المهام في العمل أو حضور الفصول الدراسية أو المشاركة في الأنشطة الروتينية أو التفاعل مع أفراد محددين (Dozier, H., 2015: 121).

وأشار Edelman, M., et al. إلى أن الأفراد المصابين بالميوسوفونيا يعبرون باستجابة عاطفية وفسولوجية والتي من أهمها نوبات الغضب والتهيج والاشمئزاز وهذا بمجرد التعرض للأصوات المثيرة كالمضغ، والتنفس والنقر بالقلم أو النقر بالأيدي على مسطحات، والطن، وشفاه، وصوت حركة عقارب الساعة (Edelman, M., et al., 2013: 132).

#### نسب الانتشار:

كانت تحديد نسب انتشار الميوسوفونيا تتسم بالصعوبة بسبب نقص معايير التشخيص؛ ومع ذلك، فهناك تقديرات في أدبيات السمعيات تشير إلى أن معدل انتشار الميوسوفونيا في عموم السكان يبلغ حوالي (٣.٥٪) (Norris, E., et al., 2022: 151).

وأفاد كل من Jastreboff, J., Jastreboff, M. أن (٩٢٪) من الأفراد الذين يعانون من انخفاض تحمل الصوت قد يعانون من الميوسوفونيا بمعدل إجمالي يبلغ (٣٪) في عموم السكان، ويمكن أن يرتفع هذا الرقم بنسبة تصل إلى (١٥٪)، عندما يتم النظر في الظروف الأخرى التي تظهر مع انخفاض تحمل الصوت معاً (Jastreboff, J., Jastreboff, M., 2014: 105).

ومن ناحية أخرى هناك عدد نادر من الدراسات التي تبحث في انتشار الميوسوفونيا في السكان غير السريريين. ففي دراسة شملت (٤٨٣) طالبًا جامعيًا،

وذكر Wu, S., et al. أن (٢٣.٤٪) من الطلاب كانوا أحياناً حساسين لأصوات معينة، بينما كان (١٩.٩٪) من الطلاب يعانون من أعراض الميسوفونيا المهمة سريريًا (Wu, S., et al., 2014: 999).

وفي دراسة Storch, A., Zhou, X. والتي شملت (٤١٥) طالبًا جامعيًا، كان (٢٠٪) من المشاركين حساسين للصوت، بينما كان (٦٪) منهم يعانون من أعراض الميسوفونيا (Storch, A., Zhou, X., 2017: 7).

### نوبات الغضب temper tantrums:

يعد الغضب من أكثر الانفعالات انتشاراً بين المراهقين، وغالباً ما يكون بسبب مواجهة المواقف المحبطة والمؤلمة، فالغضب يعبر عن محاولة الفرد للتغلب على المواقف المحبطة التي عادة ما يتعرض لها مرضى الميسوفونيا. وإزاء هذه الحالة فإن التعبير عن الغضب قد يكون في ممارسة السلوك العدواني بجميع أشكاله، أو بالانسحاب وظهور الأعراض الاكتئابية وفي القليل جداً من الحالات يمكن ظهور محاولات انتحارية: Alekri, J., Al Saif, F., 2019: (59).

وعرفتها سماح فتحي علي بأنها: حالة عاطفية تتراوح بين الإحباط المعتدل والغضب الشديد (سماح فتحي علي، ٢٠٢٠: ٨٣).

ويعرفها كل من كارليس شيفر، وهاورد ميلمان بأنها: حالة تهيج عام تتمثل في فقدان السيطرة التام والصراخ والتكسير والسب وتشنجات عامة في الجسد (كارليس شيفر، وهاورد ميلمان، ٢٠١٧: ٦٨).

وعرفتها مريم إبراهيم القطان بأنها: حالة وجدانية انفعالية تتسم بالإستثارة العصبية، تظهر نتيجة بعض الإحباطات، تجاه بعض الموضوعات أو

الأفكار أو الأشخاص، بحيث تجعل الفرد يشعر بحالة من التوتر، وقد يصاحبها التفكير في استخدام القوة، كاستجابة داخلية لوجود حاجات وأهداف غير مشبعة (مريم إبراهيم القطان، ٢٠١٦: ٣٢٦).

وقد أكد Mac-Caffary, S. على أن الغضب هو ذلك الانفعال الذي يتصاعد بسهولة مالم يتم التدريب على كيفية التعرف عليه والتعامل معه بطرق ملائمة (Mac-Caffary, S., 2011: 4).

وقدم Davidson, D. تعريفاً لنوبات الغضب على أنها: عاطفة إنسانية أساسية تظهر في وقت مبكر من الطفولة وتستمر طول فترة الحياة، وتعد نوبات الغضب رد فعل طبيعي للإحباط والخوف والتوتر، وقد تشمل نوبات الغضب صراخ وشتائم وكسر الأشياء والتدحرج على الأرض، والبكاء، والصراخ والجري في الغرفة وضرب الرأس، أو الإختفاء (Davidson, D., 2003: 68).

ومن خلال العرض السابق لتعريفات نوبات الغضب يعرف "الباحثان" نوبات الغضب لدى مرضى الميسوفونيا بأنها: حالة انفعالية غير إرادية تظهر على الفرد نتيجة التعرض لمثيرات ومحفزات محبطة ومؤلمة لا يستطع التوافق معها فتظهر عليه تلك النوبات كرد فعل للمثيرات والمحفزات السمعية التي يتعرض لها مريض اضطراب الميسوفونيا.

ويذكر حسيب محمد حسيب أن المراهقة بوصفها الميلاد الوجودي للفرد، فإنها تفرض على الكيان البشري أن يعيش بشكل عصبي وصدامي، فيعجز الانتباه عن الاستمرار في التركيز وتظهر القابلية للتهيج الانفعالي، وقد يختل اتزان المراهق بسبب التغيرات الطارئة على طبيعة المرحلة النمائية، فتتفجر نوبات الغضب وتكثر الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية (حسيب محمد حسيب، ٢٠٠٦: ١٣٠).



وقد اتفقت الكثير من نتائج الدراسات في المجال الإكلينيكي كدراسة (Schröder, E., et al., 2020)، ودراسة (Paunovic, K., Milenkovic, S., 2022)، ودراسة (Guetta, E., et al., 2022) على أن مرضى الميسوفونيا يغلب عليهم نوبات الغضب عند التعرض للمحفزات السمعية والتي تشكل سلوكيات الغضب والتي تتنوع ما بين التشنجات الجسدية أو اللفظية أو التعبير عنها بنوبات من العنف سواء الموجه للذات أو للآخرين أو تتشكل في سلوك تكسير الأشياء المحيطة.

وهناك دراسات أيضاً أشارت نتائجها إلى أن المراهقين من مرضى الميسوفونيا كفئة عمرية يصعب التحكم في غضبهم، فحينما يقع هؤلاء الأفراد في نوبات الغضب تتمثل الاستجابة الجسدية لديهم في زيادة تدفق هرمون الأدرينالين، وسرعة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وإطباق الأيدي بإحكام، علاوة على أن استئناس الغضب قد يكون تجنباً للتهديد الذي تتعرض له الذات، وهذا ما أشارت له دراسة (Wu, S., et al., 2014)، ودراسة (Guetta, E., et al., 2022)، ودراسة (Jaswal, M., et al., 2021)، ودراسة (Potgieter, I., et al., 2019).

وذهب كل من Fava, M., Rosenbaum, F. إلى أن نوبات الغضب تحدث في المواقف الضاغطة إذ لا يتمكن الفرد من التعبير الانفعالي المناسب، فتتولد انفجارات الغضب غير الملائمة للموقف (Fava, M., Rosenbaum, F., 2009: 21).

وأوضح Cotterell أن الغضب يتأثر بالأفكار، والتخيلات، والانفعالات، والإحساسات الجسدية التي تنتاب الفرد، والتي عادة ما تصاحب

مرضى الوسواس القهري، كما أنه لا يتضمن العنف دائماً، فالفرد قد يصاب بنوبات غضب دون أن يكون لها تعبيرات تتسم بالعنف (Cotterell, N., 2013: 9).

وجاءت دراسة Harrison, R., ببعض الدعم الإضافي لتأكيد نتائج دراسة Schröder, E., et al., 2019 بأن الغضب هو أحد المكونات الأساسية للميسوفونيا. وأن الغضب يكون بين السكان الأصغر سناً، ولكنه بالضرورة رد الفعل العاطفي السائد عند البالغين. وأظهرت أيضاً أن الغضب يرتبط بالمشاعر والسلوكيات وشدة الأعراض المتعلقة بالميسوفونيا. وهذا يشير إلى أن الغضب لدى الأفراد المصابين بالميسوفونيا يرتبط بزيادة عاطفية وردود فعل سلوكية، بالإضافة إلى الشدة الكلية لأعراض الميسوفونيا. منتهياً إلى أن تقييم الغضب هو جانب مهم في تصنيف الميسوفونيا وعلاجها (Harrison, R., 2021: 277).

وعلى الرغم من أن الدراسات الحديثة تشير إلى أن الميسوفونيا اضطراب فريد نوعاً ما، إلا أنها ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمجموعة متنوعة من الأعراض النفسية، وأشارت بعض النتائج إلى أن نوبات الغضب أكثر السلوكيات انتشاراً بين الأفراد المصابين بالميسوفونيا (McKay, D., et al., 2018: 286).

### اضطراب الوسواس القهري **Obsessive-compulsive disorder**:

يعد الوسواس القهري اضطراباً معروفاً منذ زمن بعيد، إلا أن الوصف الدقيق لهذا الاضطراب تحدد عام (١٨٣٨) على يد "Esqurol"، وإن الطبيب الألماني "Emile Kraepelin" (١٩٢٦ - ١٨٥٦) أشار إلى هذا الاضطراب بمصطلح Zwangsneurose باللغة الألمانية (عبد الرحيم الريفى، ٢٠١٨: ١٢).

وتعرفه "الجمعية الأمريكية للطب النفسي" في الدليل التشخيصي والأخصائي الخامس بأنه: "أفكار أو اندفاعات أو صور متكررة وثابتة، تختبر في وقت ما أثناء الاضطراب، باعتبارها مقتحمة متطفلة وغير مرغوبة، وتسبب عند معظم الأفراد، قلقا ويحاول الشخص تجاهلها أو قمعها. أو تحييدها بفكرة أو فعل أو طقس قهري" (أنور الحمادي، ٢٠١٥: ١٨٣).

ويُعرف في المعجم الموسوعي في علم النفس على انه: "فكرة أو عاطفة تفرض نفسها تلقائياً على الشعور، لا يفلح المرء في أن يتخلص منها. والوساوس هي أفكار مقتحمة وغير مرغوب فيها، وكذلك هي صور ذهنية ودفعات أو مزيج منها، وهي عموماً مقاومة وتتصف أيضاً بكونها داخلية المنشأ، بينما الأفعال القهرية تتسم بالتكرار وتبدو في صورة سلوك عرضي وهي تمارس أو تصاحب بإحساس ذاتي بالقهر يقاومها الشخص عموماً، وهي تمارس وفق قواعد معينة أو بطريقة نمطية" (هوفمان إس جي، ٢٠١٢: ١١٢).

ومن العرض السابق يُعرف "الباحثان" الوسواس القهري على أنه: أفكار أو أصوات أو أفعال ملحة يشعر فيها المريض بأن الفكرة تفرض نفسها على تفكيره رغماً عنه، ولكنها تنشأ من داخله، أو أنه مرغم على فعل معين بلا جدوى وفيه مبالغة، ويوقن المريض بتفاهة هذه الفكرة ولا معقوليتها وعدم صحتها. واستمرار المريض في مقاومة الفكرة أو منع نفسه من تكرار الفعل، لكنه يفشل بسبب ما يعترضه من قلق وتوتر نتيجة للأفكار التسلطية، وكلما قاوم المريض الفكرة كلما زادت إلحاحاً عليه. وتكون الاستجابة للأفعال القهرية بنوعها الحركي أو العقلي من المريض من أجل منع أو تقليل المعاناة المصاحبة للامتناع عنها، أو من أجل منع حدوث مكروه.

ويعتبر الوسواس القهري منذ زمن بعيد أحد الأمراض النادرة، لكن الدراسات الحديثة بينت أنه يصيب ما بين (٢.٥ - ٢.٩%) من الأفراد، ويرجع السبب في انخفاض معدلات الانتشار، إلى تكتم المرضى لأعراضهم خشية الوصمة وغبابة الأفكار التي تراودهم، فحسب دراسة Mayerovitch, Et al. فإن (٣٧%) فقط من المرضى يطلبون العلاج (Van der Linden, M., , (Ceschi, G., 2008: 108).

لكن على الرغم من تقدير انتشار الوسواس القهري على مدى الحياة بـ (٢.٥%)، إلا أنه شائع نسبياً، حيث يصعب ملاحظته، لأن المريض يحاول إخفاء أعراضه، مما يؤدي إلى تأخير التشخيص الصحيح له بسبب عدم الملاحظة والوصمة الاجتماعية، وتظهر الدراسات الدولية أن نسب حدوثه وانتشاره متشابهة على المستوى العالمي (صباح مصطفى السقا، ٢٠١٤: ٣٦).

وعادة يظهر الوسواس القهري لأول مرة في مرحلة المراهقة أو بداية البلوغ، كما يوجد احتمال ان تبدأ أعراضه في مرحلة الطفولة المتأخرة، وقد تراوحت نسبة انتشاره في الأطفال والمراهقين بين (١ : ٢.٣%) وتتنسبه نسب الانتشار في الثقافات المختلفة حول العالم، وأيضاً وجد أن معدلات انتشاره في التوائم المتماثلة أعلى من التوائم غير المتماثلة. وقد تظهر أعراضه عند البنين مبكراً عنها لدى البنات، وقد تكون تدريجية أحياناً، كما يظهر لدى الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين (٦ - ٢٠) سنة، أما الإناث فبين (٢١ - ٢٩) سنة (تهاني عبد الهادي، ٢٠١٢: ١٢).

وحدد لافلن قائمة لخصائص وسمات مرضى الوسواس القهري كالتناقض الوجداني، وهواية التجميع، والشك، والاعتماد على الغير، وضعف

الثقة بالنفس، والشعور بعدم الكفاءة، والأحكام القاسية على الذات، والمثالية، والتصنع، والكبت الانفعالي، والذكاء المرتفع أو فوق المتوسط، والتسامح، والمبالغة في النظافة، والاهتمام بالتفاصيل، والجدية الزائدة، وحيوية الضمير الزائد، والضببط الصارم، والمبالغة في الاتجاهات الأخلاقية، وشدة الارتياح، وشدة التزمت، والبخل، والإصرار، والتشاؤم، والإحكام والإتقان، والمماطلة، والصلابة وعدم المرونة، والحساسية الشديدة، والإغفال الذاتي (إهمال جوانب شخصية والاهتمام بهموم الآخرين)، والخجل، والإحساس القوي بالواجبات الاجتماعية، والعناد، والعناية بالهندام، والقلق تجاه المسؤولية، وعدم القدرة على اتخاذ القرار، وتقييد حرية الفكر، والإتباع الدقيق للقواعد، وقوة الأحكام والتطرف فيها، والبطء في السلوك ورد الفعل، واستعادة الاطمئنان من الغير والعمل على نيل تأييدهم، والخوف من التغيير وتجنب مواجهة المواقف الجديدة وغير المألوفة (محمد حسن غانم، ٢٠٠٤: ٢٤).

ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري متمثلاً في: وجود وساوس أو أفعال قهرية أو كلاهما، ووجود الأفكار أو الاندفاعات التي تسبب قلقاً وإحباطاً ملحوظاً. ويحاول المصاب تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الانفعالات أو الصور أو تحييدها بأفكار أو أفعال أخرى: Van der Linden, M., Ceschi, G., 2008: (112).

تحدد الأفعال القهرية ضمن سلوكيات متكررة كغسل اليدين، الترتيب، التحقق. أو أفعال وطقوس قهرية كالصلاة، والعد، وتكرار الكلمات بصمت، والتي يشعر المريض أنه مساق لأدائها وفقاً لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة،

وتهدف السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل الإحباط أو الملل أو منع حادث أو موقف فظيع، فهذه السلوكيات أو الأفعال العقلية، قد لا تكون مرتبطة بطريقة واقعية (عبد الرحيم الريفي، ٢٠١٨: ١٥)

تكون الوسواس والأفعال القهرية مستهلكة للوقت تستغرق أكثر من ساعة يومياً أو تسبب إحباطاً سريراً مهماً، أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية. وأعراض الوسواس القهري لا تعزي للتأثيرات الفيزيولوجية كإساءة استخدام عقار أو لحالة طبيه (أنور الحمادي، ٢٠١٥: ١٨٥).

وقد أشار Potgieter, I., et al. إلى أن تصنيف اضطراب الوسواس القهري في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية- الإصدار الخامس (DSM-5) يُظهر تداخلاً محتملاً مع الميسوفونيا من حيث طبيعة الأعراض، وهنا كانت بداية دعوة بعض الباحثين إلى أن الميسوفونيا يمكن تصنيفها بشكل أكثر ملاءمة ضمن فئة الوسواس القهري (Potgieter, I., et al., 2019: 1203).

وقد يشعر الأفراد الذين يعانون من الميسوفونيا بعدم الراحة والكرهية للأصوات العادية اليومية كقص الأظافر وتنظيف الأسنان والتنفس والشم والعتس والتحدث والمشى والضحك والشخير والصفير وصوت التلفزيون أو السعال وهذه الأصوات عادة ما تكون محفزات لدى مرضى الوسواس القهري (Jager, I., et al., 2020: 125)؛ وقد يؤدي هذا إلى سلوكيات تتسم بنوبات الغضب لدى أصحابها، مما يؤثر سلباً على وظائف الفرد (Edelstein, M., et al., 2013: 137).

وتم إجراء مقارنة خاصة بين الانشغال بأصوات المحفزات السمعية للميسوفونيا التي لوحظت في الميسوفونيا وغير المرغوب فيها والمتكررة والهواجس التي غالبًا ما تميز اضطراب الوسواس القهري Kluckow, H., et al., 2021: 560).

وأكدت دراسة Wu, S., et al. أن هناك تشابهات بين اضطراب الوسواس القهري والميسوفونيا، وعند محاولة اقتراح معايير تشخيصية للميسوفونيا قام Wu, S., et al. بتطوير استبيان للميسوفونيا (MQ) Misophonia والذي يتكون من ثلاثة أجزاء: الجزء الأول: تناول أعراض ميسوفونيا من حيث وجود محفزات صوتية محددة تنتجها أصوات بشرية وبيئية كأصوات الأكل أو النقر أو الحلق؛ والجزء الثانيك اهتم برصد أشكال العواطف والسلوكيات كردود فعل مرتبطة بالمحفزات الصوتية للميسوفونيا؛ أما الجزء الثالث فقد تم تكييفه من مقياس الوسواس القهري العالمي للمعهد الوطني للصحة العقلية ( Wu, S., et al., 2014: 1002).

كما أكد Dozier, H. على أن اضطراب الوسواس القهري من حيث الأعراض السريرية تتشابه مع الميسوفونيا إلى حد كبير ( Dozier, H., 2015: 127).

وعلى نطاق واسع لوحظ أن الميسوفونيا تشترك في أوجه التشابه على وجه التحديد مع الوسواس القهري وفقاً للمعايير التالية: استجابة عاطفية أو فسيولوجية سلبية كالقلق والضيق والإثارة الفسيولوجية لمحفزات صوتية تؤدي إلى الإبطال أو الانسحاب الذي قد يوفر الراحة مؤقتاً ( Wu, S., et al., 2014: 1003).

وجاءت دراسة (Schröder, E., et al., 2020) والتي طبقت على (٤٢) فرداً مصاباً بالميسوفونيا تشير إلى أنه يجب اعتبار الميسوفونيا اضطراباً خاصاً مرتبطاً بالوسواس القهري.

وعلى وجه الخصوص وجد الباحثون أن (٥٢.٤%) من المشاركين قد استوفوا الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) معايير الوسواس القهري (OCD) (Guetta, E., et al., 2022: 129).

ووجد Wu, S., et al. دليلاً على الاعتلال النفسي المشترك في دراسة أجريت على (٤٨٣) من المراهقين في فترة الجامعة، وكشف عما يقرب من (٢٠%) من الأفراد الذين أبلغوا عن وجود قدر كبير من الميسوفونيا أبلغت الأعراض أيضاً عن ارتباطات معتدلة مع الوسواس القهري. ومع ذلك لاحظ المؤلفون ذلك حيث كانت الارتباطات بين هذه التركيبات متشابهة جداً، وقد يكون هذا هو الحال في الميسوفونيا إذ تتعلق بجميع الأعراض النفسية الملحوظة. كما ركز هذا العمل أيضاً على العلاقات بين الميسوفونيا والغضب، وتم اقتراح الغضب كعنصر عاطفي منتشر في الميسوفونيا. وأظهرت أن أعراض الميسوفونيا الشديدة بدورها تجعل الأفراد المصابين بالميسوفونيا أكثر عرضة لنوبات الغضب (Wu, S., et al., 2014: 1007)

كما تناولت تقارير الحالة اقتراحات الاعتلال المشترك في الميسوفونيا مثلما تم تناوله في دراسة (Kluckow, H., et al., 2021) من وصف ثلاث حالات أظهرت الثلاثة جميعاً بعض سمات مرضى الوسواس القهري وجاء هذا وفقاً للقياس الدولي لفحص اضطرابات الشخصية. وعلى الرغم من أن هؤلاء الأفراد لم يتلقوا بشكل كافٍ معايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري لكن توافقت تقارير الحالة



مع النتائج السابقة التي تشير إلى حدوث مشترك للميسوفونيا واضطراب الوسواس القهري كدراسة (Schröder, E., et al., 2020)، ودراسة Kluckow, H., et al., (2021).

ووجدت الملاحظات السريرية السابقة أدلة تشير إلى وجود ارتباط بين الميسوفونيا والعديد من الاضطرابات النفسية ومن أبرزها الوسواس القهري، ويأتي جزء من هذا الدعم من التداخل الكبير في أعراض الحالة، بما في ذلك حقيقة أن كليهما يظهر ردود أفعال سلبية على منبهات محددة، وكليهما ينتج استجابات متشابهة كالترتيب وتجنب الضرر، وكانت أعلى بين الأشخاص الذين يعانون من الميسوفونيا، وهناك أعراض أخرى كالهواجس والتحييد والغسيل والغضب والتوتر والقلق والهروب، وكلاهما يؤثر الإكراه ( Brout, J., et al., 2018: 258).

ويلاحظ أيضاً أن التعزيز السلبي الذي يراه سلوك تجنب الميسوفونيا مشابه لسلوكيات غير القادرة على التكيف الموضحة في الوسواس القهري، كما يتم توفير مزيد من الدعم من خلال العديد من الدراسات التي وجدت روابط بين الاضطرابين بما في ذلك الميل إلى تزايد أعراض الوسواس القهري مع أعراض ميسوفونيا (McKay, D., et al., 2018: 291).

ويرى الباحثان من العرض السابق للأطر النظرية ومراجعة الأدبيات العلمية أنه يمكن إحداث الميسوفونيا نتيجة الأصوات القهرية الداخلية المصاحبة لمرضى الوسواس القهري في أي شخص. ومن خلال أيضاً إنشاء ارتباط بين بعض أنماط الصوت المعينة والتعزيز السلبي كصوت خطوات زوجة الأب التي كانت تتابع عن قصد مريضاً في سن المراهقة لجعل حياته بائسة؛ أو صوت

التقبيل الذي يصدره أحد الأخوة لإثارة غضب المريض مصحوبًا بتعليقات سلبية؛ أو صوت النقر الذي يصدره مخلب قطة تمشي على الأسطح الصلبة حيث يكره هذا المريض بالذات القطن التي تقفز على الطاولة.

ويرى الباحثان أن دراسات الحالات التي تم عرضها تشير نتائجها إلى أن من يعانون من الميسوفونيا والحالات السريرية المقدمة تدعم بشكل كامل النموذج المقترح بناءً على مشاركة ردود الفعل الشرطية اللاواعية لأنها تصف أمثلة على تكيف بافلوفيان الكلاسيكي مع بعض الأصوات، والتي تعمل كمحفز مشروط في حالة عاطفية سلبية. وقد يؤثر الملف النفسي للمريض وكذلك الاضطرابات النفسية كالوسواس القهري على احتمال ظهور الميسوفونيا.

كما يرى الباحثان أن الميسوفونيا يجب تصنيفها على أنها اضطراب نفسي منفصل يمكن أن تساعد معايير التشخيص في التعرف رسميًا على الاضطرابات وتحسين التعرف عليه وتشجيع البحث العلمي.

### فروض الدراسة:

١- يمكن التنبؤ بنوبات الغضب من خلال الميسوفونيا لدى عينة من مرضى الوسواس القهري.

٢- باستخدام المقابلة الإكلينيكية والمقاييس السيكومترية والاختبارات الإسقاطية يمكن الكشف عن أهم ديناميات البناء النفسي كما تتبدى في دراسة حالة مريض الوسواس القهري.

## منهج الدراسة:

اعتمد "الباحثان" المنهج الوصفي الإكلينيكي بوصفهما واعتبارهما الأنسب للدراسة الحالية. فالمنهج الوصفي للإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من فروضها، والتي يتضمن فحواها التنبؤ بنوبات الغضب من خلال معرفة مستويات الميسوفونيا لدى عينة من مرضى الوسواس القهري. فالمنهج الوصفي هو الذي يصف الظاهرة كما هي، ويجيب عن السؤال "ما طبيعة الظاهرة موضوع البحث؟" وذلك من خلال تحليل بياناتها والكشف عن العلاقات بين مكوناتها، والعمليات التي تتضمنها، والآثار التي تحدثها، والمجتمعات التي تنزع إليها، والنتائج التي تؤول إليها الدراسة (فؤاد أبو حطب، وآمال صادق، ١٩٩٤: ١٣٢).

والمنهج الإكلينيكي للتعرف على أهم ديناميات البناء النفسي بالاعتماد على أحد أفراد العينة الأساسية في الدراسة الحالية والذي سجل على مقياس الميسوفونيا، ومقياس نوبات الغضب أعلى الدرجات لظهور الأعراض الخاصة بهما.

والمنهج الإكلينيكي حسب Lagache هو تناول السيرة من منظورها الخاص، وكذلك التعرف على المواقف وتصرفات الفرد تجاه وضعيات معينة، محاولاً بذلك إعطاء معني للتعريف على بنيتها وتكوينها، كما يكشف عن الصراعات التي تحركها محاولات الفرد لحلها. وهذا المنهج يقوم على دراسة الفرد كوحدة متكاملة وفردية تختلف عن غيرها، والهدف هو فهم شخصية فرد معين. ويعتمد على البحث المتعمق في السيرورات النفسية التي تكشف دلالات مهمة تساعد في تشخيص حالات السواء أو المرض (فريدة لوشاحي، ٢٠١١: ٣٣).

## عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٧٠) من مرضى الوسواس القهري من الذكور، وتراوح أعمارهم بين (١٩ - ٢١) سنة، بمتوسط حسابي (٢٠.٦٤)، وانحراف معياري (٠.٨٨). واعتمد "الباحثان" التشخيص الطبي للحالات داخل القطاع الطبي بالرجوع للملفات الخاصة بالحالات داخل (العيادات الخارجية بمستشفى الصحة النفسية بالدقهلية "دميرة")، (العيادات الخارجية بمستشفى المنصورة الجامعي). والمعتمدين في تشخيصهم على الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) للمعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري، بالإضافة إلى اعتماد المقاييس السيكمترية لاضطراب الوسواس القهري (مقياس الوسواس القهري لـ "بيل براون") داخل ملفاتهم.

وتم تقسيمهم إلى مجموعتين، المجموعة الأولى تكونت من (٣٠) من مرضى الوسواس القهري اعتمد الباحثان عليهم كعينة تقنين للمقاييس التشخيصية التي قام بإعدادها الباحثان (مقياس الميسوفونيا، ومقياس نوبات الغضب) وهذا للتحقق من صدق تلك المقاييس المعدة وثباتها. والمجموعة الثانية (عينة الدراسة الأساسية) تكونت من (٤٠) من مرضى الوسواس القهري. وهذا للتحقق من الفرض التنبؤي للدراسة الحالية.

وتم الاعتماد على أحد أفراد عينة الدراسة الأساسية في الدراسة الحالية والذي سجل على مقياس الميسوفونيا ومقياس نوبات الغضب أعلى الدرجات وهذا للتحقق من صحة الفرض الإكلينيكي.

التحقق من تجانس أفراد عينة الدراسة الأساسية من حيث المتغيرات

التالية:

- من حيث متغير العمر الزمني: تراوحت أعمارهم بين (١٩ - ٢١) سنة، بمتوسط حسابي (٢٠.٦٤)، وانحراف معياري (٠.٨٨).
- من حيث الجنس: روعي في اختيار العينة تثبيت الجنس لأفرادها، وذلك لضمان تجانس العينة، فاعتمد "الباحثان" أن تكون عينة الدراسة الأساسية من الذكور.
- من حيث درجة الوسواس القهري: روعي في اختيار العينة اختيار مرضى الوسواس القهري من الدرجة الشديدة، والذي تم تشخيصهم ضمن ملفاتهم الطبية داخل مستشفى الصحة النفسية بالدقهلية "دميرة"، ومستشفى المنصورة الجامعي وحصلوا على درجة مرتفعة على مقياس الوسواس القهري لـ (بيل براون) داخل ملفاتهم.
- من حيث المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة: روعي في اختيار العينة تثبيت المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي لأفرادها، وذلك لضمان تجانس العينة. وتحقق ذلك من خلال تراوح درجات أفراد عينة الدراسة الأساسية (٤٠ - ٤٨) على مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة (إعداد: عبد العزيز السيد الشخص، ٢٠١٣)، وبهذا وقعت أفراد عينة الدراسة الأساسية في الفئة المتوسطة على المقياس.

## أدوات الدراسة:

## ١- مقياس الميسوفونيا: (إعداد/ الباحثان)

## وصف المقياس:

أُعد هذا المقياس من قبل "الباحثان" على البيئة المصرية، لتشخيص اضطراب الميسوفونيا Misophonia، وفق الأسس النظرية والاطلاع على الأدب النظري الخاص بالميسوفونيا، كما تم الاعتماد على المحاكات والمعايير التي ذُكرت في الأدوات الأكثر شيوعاً الخاصة بقياس وتشخيص الميسوفونيا والتي ذُكرت ضمن الإطار النظري للدراسة. ويتكون المقياس من (٣٠) عبارة.

## تطبيق المقياس:

يطبق مقياس الميسوفونيا Misophonia بصورة فردية أو جماعية حيث يعطى المفحوص ورقة التعليمات الخاصة بالمقياس ويطلب منه قراءته ليجيب على عبارات هذا المقياس، ضمن ثلاث استجابات (نعم- أحياناً- لا).

## تقنين المقياس بحساب الصدق والثبات:

## أولاً: صدق المقياس:

تم اللجوء إلى طرق متنوعة لحساب صدق المقياس والتي منها ما يلي:

## أ) صدق المحتوى: Content Validity

تم التحقق من صدق المحتوى للمقياس بعرضه على (٩) من المحكمين المتخصصين في علم النفس، وأساتذة القياس النفسي بالجامعات المصرية، للتحقق من مدى ملاءمة عبارات المقياس للفئة الدراسية من مرضى اضطراب

الوسواس القهري، ومدى ملاءمة عبارات المقياس للعمر الزمني لفئة الدراسة من مرضى اضطراب الوسواس القهري من المراهقين، ومدى وضوح تعليمات المقياس، ومدى وضوح العبارات ودقتها، ومدى كفاءة عبارات المقياس لقياس ما أتت لقياسه؛ بالإضافة إلى تقديم التوصيات والاقتراحات المناسبة.

وأشاد الأساتذة المحكمون بمناخ عبارات المقياس للفئة الدراسية من مرضى اضطراب الوسواس القهري، ومدى ملاءمة عبارات المقياس للعمر الزمني لفئة الدراسة من مرضى اضطراب الوسواس القهري من المراهقين، ومدى وضوح تعليمات المقياس، ومدى وضوح العبارات ودقتها، ومدى كفاءة عبارات المقياس لقياس ما أتت لقياسه؛ بنسب تراوحت بين (٨٨.٨% - ١٠٠%).

#### ب) الصدق التمييزي للمقياس: Discriminant/divergent validity

ولحساب الصدق التمييزي للمقياس تم ترتيب أفراد عينة التقنين (ن= ٣٠) من مرضى اضطراب الوسواس القهري والمتردددين على العيادات الخارجية بمستشفى الصحة النفسية بالدقهلية "دميرة"، (العيادات الخارجية بمستشفى المنصورة الجامعي) تنازلياً وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تمثلت الأولى في نسبة ال (٥٠%) الأعلى، في حين تمثلت الثانية في نسبة ال (٥٠%) الأدنى وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

## الجدول رقم (١)

قيم (Z, W, U) ودالاتها للفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين ال (٥٠%) الأعلى، وال (٥٠%) الأدنى للتحقق من الصدق التمييزي لـ "مقياس الميسوفونيا"

المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة
ال (٥٠%) الأعلى	١٥	١٥.٥٠	٢٣٢.٥٠	صفر	٥٥.٠٠	٣.٧٩	٠.٠١
ال (٥٠%) الأدنى	١٥	٥.٥٠	٨٢.٥٠				

وتشير نتائج جدول (١) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين متوسطي رتب درجات المجموعتين ال (٥٠%) الأعلى، وال (٥٠%) الأدنى، الأمر الذي يشير إلى أن مقياس الميسوفونيا يتمتع بمعدلات صدق مرتفعة.

ثانياً: ثبات المقياس:

والذي تم حسابه عن طرق (التجزئة النصفية- وإعادة تطبيق الاختبار).

#### أ- حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية: Split Half

وهنا قام "الباحثان" بحساب الثبات على عينه قوامها (٣٠) من مرضى اضطراب الوسواس القهري والمتردددين على العيادات الخارجية بمستشفى الصحة النفسية بالدقهلية "دميرة"، (العيادات الخارجية بمستشفى المنصورة الجامعي). بطريقة التجزئة النصفية، هذا بالاعتماد على كشف معاملات الارتباط بين درجات أفراد العينة المُختارة على العبارات الفردية للمقياس، والعبارات



الزوجية للمقياس باللجوء الي معادلات (سبيرمان/ براون، جتمان، وألفا كرونباخ).

### الجدول رقم (٢)

معاملات الارتباط للتحقق من ثبات "مقياس الميسوفونيا" بطريقة التجزئة النصفية

التجزئة التصفية		المقياس
جتمان	سبيرمان/ براون	
٠,٨٤	٠,٨٦	مقياس الميسوفونيا

ومن ثم قام "الباحثان" بحساب الثبات عن طريق معادلة الثبات:

$$. (r \times 2) \div (r + 1)$$

### الجدول رقم (٣)

معامل ثبات "مقياس الميسوفونيا" بطريقة التجزئة النصفية

ألفا كرونباخ	التجزئة التصفية		المقياس
	جتمان	سبيرمان/ براون	
٠,٩١	٠,٩١	٠,٩٢	مقياس الميسوفونيا

وتشير النتائج في جدول (٣) الي معاملات ثبات مرتفعة لمقياس "الميسوفونيا" بطريقة التجزئة النصفية بالاعتماد على معادلات (سبيرمان/ براون، جتمان، وألفا كرونباخ).

## ب - حساب معامل الثبات بطريقة إعادة تطبيق الاختبار: Re- test

قام "الباحثان" بإعادة تطبيق الاختبار بعد فترة زمنية قدرها أسبوعان على العينة نفسها (ن = ٣٠) التي تم الإشارة إليها في حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية، وتم الكشف عن معاملات الارتباط بين درجات أفراد العينة المُختارة على المقياس ما بين التطبيق الأول، والثاني باللجوء الي معادلات (سبيرمان/ براون، جتمان، وألفا كرونباخ).

## الجدول رقم (٤) معاملات الارتباط للتحقق من ثبات "مقياس

الميسوفونيا" بطريقة إعادة تطبيق الاختبار

التجزئة التصفية		المقياس
سبيرمان/ براون	جتمان	
٠.٨٢	٠.٨٤	مقياس الميسوفونيا

ومن ثم قام "الباحثان" بحساب الثبات عن طريق معادلة الثبات:

$$(R \times 2) \div (R + 1)$$

## الجدول رقم (٥)

معامل ثبات "مقياس الميسوفونيا" بطريقة إعادة تطبيق الاختبار

ألفا كرونباخ	التجزئة التصفية		المقياس
	جتمان	سبيرمان/ براون	
٠.٨٩	٠.٩١	٠.٩٠	مقياس الميسوفونيا

وتشير النتائج في جدول (٥) الي معاملات ثبات مرتفعة لمقياس "الميسوفونيا" بطريقة إعادة تطبيق الاختبار بالاعتماد على معادلات (سيبرمان/ براون، جتمان، وألفا كرونباخ).

#### تصحيح المقياس:

يُصحح المقياس وفقاً لثلاث مستويات للإجابة، وهي (نعم = ٣، أحياناً = ٢، لا = ١)، والدرجة المرتفعة على المقياس تشير إلى ارتفاع معدلات الميسوفونيا، والعكس صحيح. والدرجة من (٣٠ - ٤٥) تشير إلى إن الحالة تعاني من اضطراب الميسوفونيا ذات التصنيف البسيط Mild من حيث شدة الاضطراب. أما الدرجة من (٤٦ - ٧٠) تشير إلى أن الحالة تعاني من اضطراب الميسوفونيا ذات التصنيف المتوسط Moderate من حيث شدة الاضطراب. أما الدرجة من (٧١ - ٩٠) تشير إلى أن الحالة تعاني من اضطراب الميسوفونيا ذات التصنيف الشديد Severe من حيث شدة الاضطراب.

#### ٢- مقياس نوبات الغضب temper tantrums: (إعداد/ الباحثان)

##### وصف المقياس:

أعد هذا المقياس من قبل "الباحثان" على البيئة المصرية، لتشخيص نوبات الغضب temper tantrums، وفق الأسس النظرية المتمثلة، والاطلاع على الأدب النظري الخاص بنوبات الغضب، كما تم الاعتماد على المحاكات والمعايير التي ذُكرت في الأدوات الأكثر شيوعاً الخاصة بقياس وتشخيص نوبات الغضب والتي ذُكرت ضمن الإطار النظري للدراسة. ويتكون المقياس من (٣٠) عبارة.

## تطبيق المقياس:

يطبق مقياس نوبات الغضب temper tantrums بصورة فردية أو جماعية حيث يعطى المفحوص ورقة التعليمات الخاصة بالمقياس ويطلب منه قراءته ليحجب على عبارات هذا المقياس، ضمن ثلاث استجابات (نعم- أحيانا- لا).  
تقنين المقياس بحساب الصدق والثبات:

## أولاً: صدق المقياس:

تم اللجوء إلى طرق متنوعة لحساب صدق المقياس والتي منها ما يلي:

## أ) صدق المحتوى: Content Validity

تم التحقق من صدق المحتوى للمقياس بعرضه على (٩) من المحكمين المتخصصين في علم النفس، وأساتذة القياس النفسي بالجامعات المصرية، للتحقق من مدى ملاءمة عبارات المقياس للفئة الدراسية من مرضى اضطراب الوسواس القهري، ومدى ملاءمة عبارات المقياس للعمر الزمني لفئة الدراسة من مرضى اضطراب الوسواس القهري من المراهقين، ومدى وضوح تعليمات المقياس، ومدى وضوح العبارات ودقتها، ومدى كفاءة عبارات المقياس لقياس ما أتت لقياسه؛ بالإضافة إلى تقديم التوصيات والاقتراحات المناسبة.  
وأشاد الأساتذة المحكمين بملاءمة عبارات المقياس للفئة الدراسية من مرضى اضطراب الوسواس القهري، ومدى ملاءمة عبارات المقياس للعمر الزمني لفئة الدراسة من مرضى اضطراب الوسواس القهري من المراهقين، ومدى وضوح تعليمات المقياس، ومدى وضوح العبارات ودقتها، ومدى كفاءة عبارات المقياس لقياس ما أتت لقياسه؛ بنسب تراوحت بين (٨٨.٨% - ١٠٠%).

## الصدق التلازمي (صدق المحك التجريبي): Concurrent Validity

تم التحقق من الصدق التلازمي بدلالة المحك التجريبي من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجات تطبيق الاختبار المُعد من قبل "الباحثان" (مقياس نوبات الغضب)، على عينه قوامها (٣٠) من مرضى اضطراب الوسواس القهري والمترددین على العيادات الخارجية بمستشفى الصحة النفسية بالدقهلية "دميرة"، (العيادات الخارجية بمستشفى المنصورة الجامعي). ودرجاتهم على مقياس المحك التجريبي المتمثل في "مقياس الغضب" (زينب محمود شقير، ٢٠٢٢)، والمكونة من (٦٦) عبارة سيكومترية تُغطي محورين متمثلين في: المحور الأول الذي يحتوي (١٥) عبارة، ويتناول مثيرات الغضب ومسبباته. والمحور الثاني يحتوي على (٥١) عبارة ويتناول مثيرات الغضب ومظاهره. وقد تم تقنيه على عينة من أعضاء هيئة التدريس وطلاب الجامعات.. وهذا باللجوء الي معادلات (سبيرمان/ براون، جتمان).

## الجدول رقم (٦)

معاملات الارتباط للتحقق من الصدق التلازمي (صدق المحك التجريبي)

لـ "مقياس نوبات الغضب"

معاملات الارتباط		المقياس
جتمان	سبيرمان/ براون	
٠.٩٢	٠.٨٨	مقياس نوبات الغضب

ومن استقراء جدول (٦) تراوحت قيم معامل الارتباط بين بطارية تشخيص الغضب (زينب محمود شقير، ٢٠٢٢)، ومقياس نوبات الغضب المُعد

من قبل الباحثان بين (٠.٨٨ - ٠.٩٢)، وكانت جميعها ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) وهذا يشير إلى معدلات صدق مرتفعة على المقياس المُعد من قبل الباحثان (مقياس نوبات الغضب).

### ب) الصدق التمييزي للمقياس: Discriminant/divergent validity

ولحساب الصدق التمييزي للمقياس تم ترتيب أفراد عينة التقنين (ن= ٣٠) من مرضى اضطراب الوسواس القهري والمتردددين على العيادات الخارجية بمستشفى الصحة النفسية بالدقهلية "دميرة"، (العيادات الخارجية بمستشفى المنصورة الجامعي) تنازلياً وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تمثلت الأولى في نسبة ال (٥٠%) الأعلى، في حين تمثلت الثانية في نسبة ال (٥٠%) الأدنى وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

#### الجدول رقم (٧)

قيم (Z, W, U) ودلالاتها للفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين ال (٥٠%) الأعلى، وال (٥٠%) الأدنى للتحقق من الصدق التمييزي لـ "مقياس نوبات الغضب"

مستوى الدلالة	Z	W	U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	المجموعة
٠.٠١	٣.٦٤	٥٦.٠٠	صد	٢٣٧.٥٠	١٦.٥٠	١٥	ال (٥٠%) الأعلى
			فر	٨٤.٥٠	٦.٥٠	١٥	ال (٥٠%) الأدنى

وتشير نتائج جدول (٧) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين متوسطي رتب درجات المجموعتين ال (٥٠%)

الأعلى، وال (٥٠%) الأدنى، الأمر الذي يشير إلى أن مقياس نوبات الغضب يتمتع بمعدلات صدق مرتفعة.

ثانياً: ثبات المقياس:

والذي تم حسابه عن طرق (التجزئة النصفية- وإعادة تطبيق الاختبار).

#### ب- حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية: Split Half

وهنا قام "الباحثان" بحساب الثبات على عينه التقنين (ن = ٣٠) من مرضى اضطراب الوسواس القهري والمتريدين على العيادات الخارجية بمستشفى الصحة النفسية بالدقهلية "دميرة"، (العيادات الخارجية بمستشفى المنصورة الجامعي). بطريقة التجزئة النصفية، هذا بالاعتماد على كشف معاملات الارتباط بين درجات أفراد العينة المُختارة على العبارات الفردية للمقياس، والعبارات الزوجية للمقياس باللجوء الي معادلات (سبيرمان/ براون، جتمان، وألفا كرونباخ).

#### الجدول رقم (٨)

معاملات الارتباط للتحقق من ثبات "مقياس نوبات الغضب" بطريقة التجزئة النصفية

التجزئة النصفية		المقياس
جتمان	سبيرمان/ براون	
٠,٨٦	٠,٨٥	مقياس نوبات الغضب

ومن ثم قام "الباحثان" بحساب الثبات عن طريق معادلة الثبات:

$$. (ر + ١) \div (ر \times ٢)$$

## الجدول رقم (٩)

معامل ثبات "مقياس الميسوفونيا" بطريقة التجزئة النصفية

ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية		المقياس
	جتمان	سبيرمان/ براون	
٠.٩٣	٠.٩٢	٠.٩١	مقياس الميسوفونيا

وتشير النتائج في جدول (٩) الي معاملات ثبات مرتفعة لمقياس "نوبات الغضب" بطريقة التجزئة النصفية بالاعتماد على معادلات (سبيرمان/ براون، جتمان، وألفا كرونباخ).

## ب - حساب معامل الثبات بطريقة إعادة تطبيق الاختبار: Re- test

قام "الباحثان" بإعادة تطبيق الاختبار بعد فترة زمنية قدرها أسبوعان على عينة التقنين نفسها (ن = ٣٠) التي تم الاشارة إليها في حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية، وتم الكشف عن معاملات الارتباط بين درجات أفراد العينة المُختارة على المقياس ما بين التطبيق الأول، والثاني باللجوء إلي معادلات (سبيرمان/ براون، وألفا كرونباخ).

## الجدول رقم (١٠)

معاملات الارتباط للتحقق من ثبات "مقياس نوبات الغضب" بطريقة إعادة تطبيق الاختبار

التجزئة النصفية		المقياس
جتمان	سبيرمان/ براون	
٠.٨٣	٠.٨١	مقياس نوبات الغضب



ومن ثم قام "الباحثان" بحساب الثبات عن طريق معادلة الثبات:

$$. (ر \times 2) \div (ر + 1).$$

الجدول رقم ( ١١ )

معامل ثبات "مقياس الميسوفونيا" بطريقة إعادة تطبيق الاختبار

ألفا كرونباخ	التجزئة التصفية		المقياس
	جتمان	سبيرمان/ براون	
٠.٩١	٠.٩٠	٠.٨٩	مقياس الميسوفونيا

وتشير النتائج في جدول (١١) الي معاملات ثبات مرتفعة لمقياس "نوبات الغضب" بطريقة إعادة تطبيق الاختبار بالاعتماد على معادلات (سبيرمان/ براون، جتمان، وألفا كرونباخ).

تصحيح المقياس:

يُصحح المقياس وفقاً لثلاث مستويات للإجابة، وهي (نعم = ٣، أحياناً = ٢، لا = ١)، والدرجة المرتفعة على المقياس تشير إلى ارتفاع معدلات نوبات الغضب، والعكس صحيح. والدرجة من (٣٠ - ٤٥) تشير إلى أن الحالة تعاني من اضطراب نوبات الغضب ذات التصنيف البسيط Mild من حيث شدة الاضطراب. أما الدرجة من (٤٦ - ٧٠) تشير إلى أن الحالة تعاني من اضطراب نوبات الغضب ذات التصنيف المتوسط Moderate من حيث شدة الاضطراب. أما الدرجة من (٧١ - ٩٠) تشير إلى أن الحالة تعاني من اضطراب نوبات الغضب ذات التصنيف الشديد Severe من حيث شدة الاضطراب.

## ٣- مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة:

(إعداد: عبد العزيز السيد الشخص، ٢٠١٣)

يهدف إلى تحديد وضع الأسرة بالنسبة للمستوى العام للأسر المصرية؛ وقد قام معد المقياس بتصنيف مستويات الأبعاد المستخدمة في تحديد المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية إلى ثلاثة أبعاد كالآتي:

- بعد الوظيفة أو المهنة (للجنسين) ويتكون من تسعة مستويات.
- بعد مستوى التعليم (للجنسين) ويتكون من ثمانية مستويات.
- بعد متوسط دخل الفرد في الشهر، ويتكون من سبع فئات.

ويطبق المقياس ويصحح ضمن تطبيق استمارة جمع البيانات على أحد الوالدين لأفراد العينة موضع الدراسة، وتحويل البيانات الواردة في الاستمارة إلى درجات تعبر عن موقع الأسرة حسب مستويات كل بعد من الأبعاد الخمسة للمقياس، واستخدام المعادلة التنبؤية للتنبؤ بالمستوى الاجتماعي الاقتصادي لكل حالة علي حدة، ومن ثم تصنيف المستوى الاجتماعي الاقتصادية للأسرة على المقياس ضمن المستويات التالية (منخفض جداً- منخفض- دون المتوسط- متوسط- فوق المتوسط- مرتفع- مرتفع جداً).

## ٤- استمارة المقابلة الإكلينيكية ذات رؤوس الموضوعات الهادية:

(إعداد/ الباحثان)

المقابلة الإكلينيكية Clinical Interview هي علاقة دينامية تتم وجهاً لوجه بين الطرفين الفاحص والمفحوص في مكان ما ولفترة زمنية محدودة، بهدف جمع المعلومات والتحقق من صحتها تمهيداً لتشخيص مشكلة المفحوص

والتعرف على جوانب القوة والضعف لديه ثم تقديم خدمات علاجية لحل طبيعة الاضطراب (محمد أحمد إبراهيم، ٢٠٠٥: ٨٣).

ومن مبررات استخدام المقابلة الإكلينيكية في هذه الدراسة ما هو مسلم به من أن فهم ديناميات الشخصية ودوافعها وبنائها النفسي لا يمكن أن يتم إلا بمعرفة العوامل البيئية المؤثرة في ماضي الفرد وحاضره، وهذه المعرفة لا يمكن أن يغطيها أى اختبار آخر، بينما تمدنا المقابلة بمادة مهمة تتعلق بوظيفة الشخصية ونظامها الدفاعي والتكامل في الحياة اليومية. كما أنها تهيئ الفرصة أمام الإكلينيكي للقيام بدراسة متكاملة للحالة بشكل دقيق ووافٍ، مما تُساعدنا على تحليل الفرد وبيان خصائصه الشخصية (فرج عبد القادر طه، ٢٠٠٥: ١٧).

وعليه فإن المقابلة الإكلينيكية ينبغي أن تتم في إطار يتسم بالعلاقة الودية مما يسمية التحليل النفسي بالطرح الموجب، ولذا فقد لجأ الباحثان لأسلوب المقابلة الذى يسمى بتداعى الذكريات Associative anamnesis وهى طريقة مقابلة مبنية على مفهوم التداعيات الطليقة كما تستخدم فى التحليل النفسى؛ ولهذا فإن هذه المقابلة تهدف أساساً: لترك الحرية للمفحوص فى أن يتحدث دون أن يوجه القائم بالمقابلة مجرى حديثه إلا عندما تشتد الحاجة إلى ذلك مما يجعلها من النوع الأقرب لغير الموجه، وعلى هذا فمقابلتنا تقع بين النوع غير الموجه والنوع المنظم مما يفيد فى معرفة خصائص الفرد البعيدة الأعماق وذات التأثير الكبير فى توجيه سلوكه حتى دون أن يدري، كما تسمح بالحصول على البيانات المطلوبة فى توجيه أكبر قدر ممكن من التلقائية مما يحقق الفهم الأكمل والأعمق لديناميات المفحوص (محمد أحمد خطاب، ٢٠١٨ : ١١٩).

وأجريت المقابلة لكل من المفحوص والأم والأب والإخوه، كل على حدة للحصول على لوحة إكلينيكية كاملة للمفحوص، وحتى تحقق المقابلة الفائدة المرجوة منها، فقد لجأ الباحثان إلى وضع عدة نقاط للبحث مقدماً لكي يتم تغطيتها في المقابلة، والتي يطلق عليها رؤوس الموضوعات الهادية، والتي تسمح بتوفير مرونة كافية للباحث في توجيه الأسئلة حسب ظروف المقابلة ونوعية المفحوص.

وكان الهدف من إجراء هذه المقابلة الإكلينيكية دراسة النقاط الآتية:

الشكوى الحالية وتاريخها، وأسباب الإحالة للمستشفى والعرض على الطبيب النفسي، وأهم الأحداث الصعبة التي مرت الحالة بها بسبب ظهور الاضطراب، وطبيعة الأسرة من الأب والأم والإخوه وانطباعتهم عن الحالة، وانطباع الحالة عن الأسرة. والتعليم الخاص بالحالة، وطبيعة مرحلة الطفولة والنمو الأولي للحالة، والحقل الجنسي للحالة، أسلوب التنشئة الاجتماعية للحالة، وتاريخ المرض العضوي السابق، وتاريخ المرض النفسي السابق للحالة، وللاقارب إن وجد، والتشخيصات السابقة للحالة، وشخصية الحالة قبل ظهور الاضطراب، والعادات والهوايات والاهتمامات للحالة، والعلاقات الاجتماعية للحالة، والنظرة المستقبلية للحالة عن نفسها.

##### ٥- اختبار تفهم الموضوع للراشدين (T.A.T) Murray, Morgan., 1935

يعد اختبار تفهم الموضوع للراشدين (T.A.T) من أقدم الاختبارات الإسقاطية والأكثر استخداماً حتى الآن، وقد استخدمه الباحثان في هذه الدراسة لأنه يقدم ديناميات الحالة بشكل واضح وصريح، كما يساعد في تحديد جوانب معينة من الشخصية مثل المخاوف من الفشل، والعدوانية، والعلاقات بين

الأشخاص، كما يوضح أيضاً العلاقة بالموضوع وقدرة المفحوصين على التمييز بين وجهة نظرهم حول موقف معين، ووجهات نظر الآخرين وقدرتهم على السيطرة على دفعاتهم العدوانية مما يساعد في الكشف عن دوافع الشخصية ودينامياتها (بيللاك ليوبولد، ٢٠١٢: ٨).

ويستند هذا الاختبار إلى نظرية التحليل النفسي، كما يعتمد على أهم مفاهيم هذه النظرية مثل: اللاشعور، والكبت، والإسقاط، والتوحد، والإزاحة، والطرح مقابل الطرح المضاد، والتخييل، والواقع المادي، والواقع النفسي. لذا فإن فائدة وأهمية هذا الاختبار ترجع إلى أنها ذات نفع في أى دراسة شاملة للشخصية وفي تفسير اضطرابات السلوك والأمراض النفسية أو الذهانية (بيللاك ليوبولد، ٢٠١٢: ٢٩).

أما عن إجراء الاختبار فقد تم تقديم عشر بطاقات خاصة بالعينة البحثية وفقاً لجنسهم وعمرهم الزمني، والبطاقات العشر تتمثل في: (3BM- 5- 6BM- 7BM- 8BM- 9BM- 11- 12M- 17BM- 18BM)، وبالنسبة لأسلوب تفسير استجابات التات (T.A.T) فسوف يعتمد الباحثان الطريقة الكلية في تأويل وتفسير بطاقات التات.

وفيما يخص صلاحية اختبار التات (T.A.T) فقد تم التأكد من ثباته بعدة طرق ومن أهمها: الاتفاق بين المفسرين، والثبات بإعادة التطبيق، كما يتمتع هذا الاختبار أيضاً بدرجة عالية من الصدق وخاصة صدق التفسير والمفسر (صفوت فرج، ٢٠١٧: ٧٧٨).

### الأساليب الإحصائية:

استخدم "الباحثان" الأساليب الإحصائية في هذه الدراسة للتحقق من

صحة الفروض، وذلك باستخدام ما يلي:

١. الإحصاء الوصفي المتمثل في المتوسط الحسابي arithmetic mean، والانحراف المعياري Standard deviation.

٢. معامل ارتباط سبيرمان/براون

Spearman- Brown correlation coefficient.

٣. معامل ارتباط جتمان Getman correlation coefficient.

٤. معامل ارتباط ألفا كرونباخ

Alpha Cronbach correlation coefficient.

٥. معامل الثبات Reliability coefficient.

٦. مان وتني لعينتي مستقلتين Mann-Whitney-U Test وتم استخدامه في التحقق من الصدق التمييزي للمقاييس التي أعدها "الباحثان".

٧. معادلة الانحدار الخطي البسيط Simple Linear Regression

### نتائج الدراسة:

الفرض الأول ينص على: "يمكن التنبؤ بنوبات الغضب من خلال

الميسوفونيا لدى عينة من مرضى الوسواس القهري".

وللتحقق من صحة الفرض إحصائياً تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار

البسيط عن طريق معادلة الانحدار الخطي البسيط، حيث يفترض أن المتغير

المستقل (الميسوفونيا) منبئ بالمتغير التابع (نوبات الغضب) وذلك حسب الدلالة

الإحصائية لمعامل الارتباط، وحساب النسبة الفائية (ف) للإسهام ودلالاتها، وقيمة

المقدار الثابت اللازم لتكوين معامل المعادلة التنبؤية (الانحدارية)، ويوضح الجدول (١٣) نتائج تحليل الانحدار البسيط:

الجدول رقم (١٣)

نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط للتنبؤ (بنوبات الغضب) من خلال الميسوفونيا لدى عينة من مرضى الوسواس القهري

م. مستقل	م. تابع	الثابت	ف	R	R2	بيتا	ت	مستوى الدلالة	نسبة الإسهام
الميسوفونيا	نوبات الغضب	١٦.٨٣٢	**٢٨.٤٩٣	٠.٨٢٦	٠.٦٨٢	٠.٣٢٥	١٨.٦٥	٠.٠١	٦٨.٢%

(\*\*) دالة عند مستوى ٠.٠١ (\*) دالة عند مستوى ٠.٠٥

تحدد المعادلة التنبؤية لنوبات الغضب كما يلي:

المتغير التابع = قيمة الثابت + معامل الانحدار × المتغير المستقل.

نوبات الغضب = ١٦.٨٣٢ + ٠.٣٢٥ × درجة الميسوفونيا.

يتضح من الجدول السابق جدول (١٣) أن قيمة معامل الارتباط البسيط R قد بلغت (٠.٨٢٦) وبلغت قيمة معامل التحديد المتعدد والمصحح R2 (٠.٦٨٢) مما يعني بأن الميسوفونيا استطاعت أن تفسر بنسبة إسهام (٦٨.٢%) من التغيرات الحاصلة في نوبات الغضب لدى عينة الدراسة.

## مناقشة نتائج الفرض الأول وتفسيرها:

من خلال استقراء الجدول السابق جدول (١٣) نلاحظ قيم تحليل التباين والذي يمكننا من معرفة القوة التفسيرية للنموذج ككل عن طريق إحصائية (ف) فيلاحظ من الجدول السابق جدول (١٣) المعنوية العالية لاختبار (ف) فقد كانت دالة عند مستوى (٠.٠١) وهذا ما يؤكد القوة التفسيرية المرتفعة لنموذج الانحدار الخطي البسيط من الناحية الإحصائية. كما تبين أن قيمة بيتا لمتغير الميسوفونيا كانت دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) في التنبؤ بنوبات الغضب. وهنا تحقق صحة الفرض.

وتتفق نتائج هذا الفرض مع ما توصلت إليه نتائج الدراسات في المجال الإكلينيكي كدراسة (Paunovic, K., Milenkovic, S. 2022)، ودراسة (Guetta, E., et al., 2022)، ودراسة (Kilic, C., et al., 2021)، ودراسة (Rouw, R., Erfanian, M., 2018) (Schröder, E., et al., 2020)، ودراسة (Kumar, S., et al., 2017) على أن مرضى الميسوفونيا يغلب عليهم نوبات الغضب عند التعرض للمحفزات السمعية والتي تشكل سلوكيات الغضب والتي تتنوع ما بين التشنجات الجسدية أو اللفظية أو التعبير عنها بنوبات من العنف سواء الموجه للذات أو للآخرين أو تتشكل في سلوك تكسير الأشياء المحيطة.

كما تتفق مع ما أشار إليه McKay, D., et al., 2018 من أن الميسوفونيا اضطراب فريد نوعاً ما، ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمجموعة متنوعة من الأعراض والسلوكيات والتي من أهمها وأكثرها انتشاراً نوبات الغضب بين الأفراد المصابين بالميسوفونيا.



كما تتفق أيضاً مع ما أشار إليه Edelstein, M., et al. 2013 من أن المصابين بالميسوفونيا يعبرون باستجابة انفعالية وفسولوجية وعاطفية والتي من أهمها نوبات الغضب والتهيج والأشمزاز وهذا بمجرد التعرض للمحفزات الصوتية كالمضغ، والتنفس والنقر بالقلم أو النقر بالأيدي على المسطحات، والطنن، وصفع الشفاه، وصوت حركة عقارب الساعة.

الفرض الثاني ينص على: "باستخدام المقابلة الإكلينيكية والمقاييس السيكومترية والاختبارات الإسقاطية يمكن الكشف عن أهم ديناميات البناء النفسي كما تتبدى في دراسة حالة مريض الوسواس القهري".

وللتحقق من صحة الفرض الثاني تم الاعتماد على حالة من عينة الدراسة الأساسية في الدراسة الحالية والذي سجل أعلى الدرجات على مقياس الميسوفونيا (٨٢) درجة، ومقياس نوبات الغضب (٨٤) درجة وهذا للتحقق من صحة الفرض الإكلينيكي، ومن ثم تطبيق استمارة المقابلة الإكلينيكية المعدة من قبل الباحثان، ومن ثم تطبيق اختبار تفهم الموضوع للراشدين.

#### نتائج مقياس الميسوفونيا:

حصل المفحوص على (٨٢) درجة على مقياس الميسوفونيا، وتشير هذه الدرجة إلى معدلات مرتفعة على الميسوفونيا حيث تقع في الفئة ما بين (٧١-٩٠) الفئة التي توحى بالمعدلات المرتفعة والتصنيف الشديد Severe لطبيعة اضطراب الميسوفونيا، وهو ما يعكس اضطراب الميسوفونيا لدى الحالة.

#### نتائج مقياس نوبات الغضب:

حصل المفحوص على (٨٤) درجة على مقياس نوبات الغضب، وتشير

هذه الدرجة إلى معدلات مرتفعة على نوبات الغضب حيث تقع في الفئة ما بين (٧١ - ٩٠) الفئة التي توجي بالمعدلات المرتفعة والتصنيف الشديد Severe لطبيعة نوبات الغضب وهي من أهم الأعراض المصاحبة للمعدلات المرتفعة من الميسوفونيا.

نتائج المقابلة الإكلينيكية "الصورة الإكلينيكية المجمعة لنتائج المقابلة الإكلينيكية للحالة":

أسفرت بنود المقابلة الإكلينيكية التي أجريت على الحالة ملحق (٥) عن مجموعة من الملاحظات والتي تضمنت دلالات إكلينيكية وتشخيصية مرادفة لطبيعة العينة وتصنيفها المرضي على محكات التشخيص (5- DSM) والتي جاءت على النحو التالي:

- التناقض والتمييز في المعاملة الوالدية.
- الرفض الوالدي.
- التعرض للعقاب البدني والنفسي والمعنوي من قبل الأب.
- التعرض للنقد واللوم والمقارنة والتوبيخ بشكل مستمر وخاصة من الأب.
- المعاناة من القمع والتسلط خاصة من الأب.
- التناقضات المستمرة في الأسلوب التربوي ما بين الأب والأم.
- تركيز الأب على المظهر أمام الناس خوفاً منهم.
- انفصال المفحوص عن الأب منذ الصغر.
- قلق حاد وغير مبرر للأب ومراقبته ليوسف بشكل دائم ومستمر.

- قلق حاد وغير مبرر للأم لدرجة زيارة شيوخ لطرد العفاريت من جسد يوسف اعتقاداً أنه مسحور له.
- معاناة يوسف من أعراض واضطرابات سيكوسوماتك مثل: القولون العصبي، وتساقط الشعر.
- اضطراب العلاقة الأسرية والخلافات المستمرة بين الأب والأم.
- معاناة يوسف من الوساس القهري تمثلت في الأفكار الوسواسية كسماع صوت داخلي يحرضه دائماً على فعل طقوس غريبة مثل إغلاق الأذن بيده للهروب من سماع الأصوات الخارجية المتكررة والمثيرة، بالإضافة إلى السلوكيات القهرية المتمثلة في حك الأذن بأنامل اليد، إغلاق فتحة الأذن بأصابع يده، ووضع كف يده على رأسه للتقليل من شدة التأثير بالمثيرات الصوتية المتكررة والمزعجة المحيطة بالحالة.
- معاناة يوسف من الميسوفونيا تمثلت في حساسية الصوت الانتقائي المستمر للأصوات المحفزة للميسوفونيا كصوت مضغ الطعام، وصوت مضغ العلكة، وصوت إهتزاز الأقدام، وصوت التنفس، وصوت كتابة القلم على الأوراق، وصوت تكتكة زراير التليفون، وصوت النقر باليد على المسطحات، وصوت محاولات طرد البلغم. وما يصاحب هذه الأصوات من سلوك ومشاعر كنوبات الغضب والاشمئزاز والإنفعال وفقدان السيطرة وردود الفعل العنيفة تجاه الذات والآخرين والتوتر والقلق والرغبة في الانسحاب من مكان مصادر الصوت.
- المعاناة من الإكتئاب المصحوب بأفكار انتحارية.

- الميل للانطواء والانسحاب والعزلة.
- استعداد لتقديم أى تنازلات لمن يرتبط به أو يشعره بالاهتمام والحب كجانب تعويضي لما يفتقده تجاه العطف والحب والتقدير والاهتمام تجاه الأب.
- مشاعر وأفكار اضطهادية، فهو يرى أن والده دائماً المراقب له.
- وسواس وتخيلات على مستوى الأفكار والطقوس القهرية.
- المعاناة من فقدان للشهية وهو فى سن ١٥ سنة.
- المعاناة من القلق والتوتر الحاد والمزمن.
- التقلب وعدم الثبات الإنفعالى والتذبذب بين الرغبة فى الاستقلال بعيداً عن الأسرة وبين الخوف من فقدانهم.
- ضعف النضج الإنفعالى.

#### الصورة الإكلينيكية المجمعّة لنتائج اختبار التات (T.A.T) للحالة:

بعد العرض السابق لقصص بطاقات التات وعاوين القصص والتفسيرات للقصص ملحق (٦) تبين معاناة المفحوص من بعض الأعراض الإكلينيكية والحاجات والرغبات الملحة التي ظهرت في استجاباته على القصص الواردة على لسانه على النحو التالي:

- الرغبة فى الإنطواء، والعزله.
- الميول العدوانية الموجهة لإيذاء النفس والآخرين.
- نوبات الغضب المتكررة المصاحب لها سلوك عدواني.

- كم الإسقاطات للحالة في البطاقات والتي تكشف عن مدى الضيق والغضب والاشمئزاز والعنف والعدوان المكبوت لدى المفحوص.
- مشاعر إكتئابية حادة مصحوبة بأفكار انتحارية.
- الشعور بخيبة الأمل في الحياة.
- الحاجة الملحة للحماية، وللأمن وللأمان، وللحب والاهتمام والعطف.
- الغضب والانفعال والعنف والاشمئزاز وعدم القدرة على السيطرة والتحكم في الانفعال والعواطف.
- مشاعر وأفكار اضطهادية وضعف في العلاقات الاجتماعية.
- الرغبة في اللجوء إلى القمع والكبت والإنكار والمقاومة.
- لوم الذات وتأنيب الضمير.
- الحاجة للحب والاهتمام والحماية والصداقة والحب والتقبل.
- الحاجة الملحة لتوكيد الذات.
- الحاجة للاهتمام وللتقدير وللأمان وللحماية والاستقرار.
- الشعور باليأس والإحباط وقلة الحيلة والعجز.
- إحساسه بالظلم في الحياة.
- الضيق المعمم وشعور مزمن من الألم نتاج الصراعات ما بين الشئ وعكسه أي ما بين الرغبة الملحة في العزلة والانطواء وبين الرغبة في الاندماج مع المجتمع والحاجة للاهتمام والصداقة والحب والعطف.

- الرغبة الملحة في التعافي والتخلص من الألم الجسيم والضرر الملحق به.
- الرغبة الملحة في تحقيق السعادة والراحة والتخلص من القلق والتوتر والخوف والعنف ونوبات الغضب المعاش.
- نوبات الغضب المتكررة من الأصوات الداخلية والتي تعبر عن الإصابة بالوسواس القهري، والأصوات الخارجية المحفزة للميسوفونيا وما يصاحبها من نوبات غضب، والضيق، والاشمئزاز، والتهيج.

### مناقشة نتائج الفرض الثاني وتفسيرها:

تبين من نتائج مقياس الميسوفونيا (٨٢ درجة)، ومقياس نوبات الغضب (٨٤ درجة)، ونتائج المقابلة الإكلينيكية، واختبار التات أن الحالة تعاني الوسواس القهري بالإضافة إلى اضطراب الميسوفونيا المصاحب لها نوبات الغضب في معظم الأوقات والمواقف التي تمر بها الحالة، وهو ما تم تبينه في عدد غير قليل من استجابات المفحوص في قصص التات، والذي كان فيه المحتوى خليطاً يمزج بين الرغبة في الانطواء والعزلة والانسحاب من المواقف الاجتماعية خشية من التعرض للمحفزات الصوتية المسببة للميسوفونيا وبين الرغبة في الاندماج المجتمعي والتحرر من الضغوط المرضية فالتنائية الوجدانية والتذبذب وعدم الاتساق هي السمة المميزة لهؤلاء المضطربين في قصصهم، هذا بالإضافة إلى التشكك المسلكي الظاهر في عرض القصص للمفحوص.

وكشفت الصورة الإكلينيكية المجمعة لنتائج المقابلة الإكلينيكية للحالة، والصورة الإكلينيكية المجمعة لنتائج اختبار التات (T.A.T) للحالة في دراسة الحالة المتعمقة عن العديد من الأعراض والملاحظات الإكلينيكية والإسقاطات

التي تؤكد وجود اضطراب الوسواس القهري واضطراب الميسوفونيا، وارتفاع معدلات نوبات الغضب المصاحبة للميسوفونيا.

كما ظهر في استجابات التات ونظرة المفحوص للعالم الخارجي والواقعي بطريقة ذاتية وشخصية بعيدة تماماً عن الواقع وهو ما ظهر في الاستجابات المتكررة، والخاصة بالتمركز حول الذات، وهذا بدوره راجع إلى الإفكاء الوسواسية المسيطرة على الحالة وذلك وفقاً لمبدأ العمليات الأولية ومبدأ الواقع والبعد عنه نتيجة ضعف الارتباط به لكونه واقعاً مؤلماً ومحبطاً ومهدداً وغير آمن ومقيداً لرغبات الذات فكانت النتيجة بالانسحاب والانطواء والعزلة. بالإضافة أيضاً إلى نوبات الغضب المتكررة لدى المفحوص وتنازل الذات عن دورها في إدراك الواقع.

بالإضافة لما سبق فقد تبين أيضاً أن عدم الرضا عن الواقع يفسح الطريق للأنا للتعبير عن رغباتها، وضعف القدرة على الانتباه نتيجة ما تعاني منه الأنا من صراعات داخلية تستنفد قدرات مضطرب الميسوفونيا من مرضى الوسواس القهري سواء القدرات النفسية أو العقلية ومن ثم عدم قيام الأنا بوظائفها على نحو سوى وسليم.

كما كشفت دراسة الحالة المتعمقة عن دور الاحباط في إندلاع الغضب الذي يؤدي إلى محاولات عدائية وعنيفة لاكتسابه الإشباع المرغوب، وعندما يكون للأنا أسباب داخلية تجعله غير قادر على تحقيق هدفه يتحول العنف أو العدوان إلى صورة الذات مما يؤدي إلى فقدان تقدير الذات بوصفها نتيجة للفجوة بين صورة الذات المثالية (المرغوبة)، والصورة الفارغة المنكمشة والفاشلة. وبقدر معدلات الاحباط تكون النزعة العدوانية حيث يصعب العنف أو

العدوان صورة الذات وصورة الموضوع.

ومن ثم يؤدي العنف أو العدوان إلى مشاعر الحصر وفقدان الثقة بالآخر والتشكك ومشاعر الدونية والضآلة والضياع والحيرة والحزن ومشاعر الرفض والشعور بعدم الأمن والنقص ومشاعر الدونية وتقدير الذات المنخفض.

ويرى الباحثان أن استعمال ميكانيزم الإسقاط ورؤية العالم من خلال الذات في البطاقات التي كانت بعيدة عن الاستجابات الشائعة كانت تشير إلى توحيد المفحوص بأبطال البطاقات مما يؤدي لتحريف هذا الواقع وإعطاء صورة وصفية مع البعد عن إدراك مفردات كاملة للواقع.

كما يرى الباحثان أن هذا جاء متفقاً مع تفسير موراي للقصص والروايات في أن ارتفاع معدلات الميسوفونيا ونوبات الغضب والوسواس القهري من أهم الأعراض التصنيفية للعدوان المصحوب بنوبات الغضب ومستويات العدوان الثلاث (المعنوي، واللفظي، والمادي) عند موراي.

### التوصيات والبحوث المقترحة:

١. يوصى الباحثان بضرورة إجراء مسح شامل ودقيق حول معدل ونسب انتشار اضطراب الميسوفونيا حتى يمكن مواجهتها على النحو الأمثل.
٢. عقد محاضرات لتوعية الاخصائيين النفسيين المشتغلين بالمجال الإكلينيكي بمجموعة المعايير التشخيصية لاضطراب الميسوفونيا، والكشف المبكر لها وتشخيصها بشكل سليم ودقيق ومن ثم التعامل معها على النحو الأمثل حتى لا تتفاقم مما يصعب علاجها فيما بعد.
٣. كما يوصى الباحثان بزيادة الجهد الأكبر للبحوث والدراسات التي تتناول



- اضطراب الميسوفونيا خاصة لدى المراهقين والراشدين من الناحية التحليلية والتفسيرية والدينامية لفهم نوازعهم واحتياجاتهم.
٤. وضع برامج إرشادية وعلاجية قائمة على أساس علمي سليم لمواجهة المعدلات المرتفعة للميسوفونيا.
٥. يوصى الباحثان أيضاً بضرورة الاستفادة من نتائج هذه الدراسة في التعامل مع مرضى الوسواس القهري المصاحب لهم معدلات مرتفعة من الميسوفونيا وما يصاحبها من نوبات غضب بوضع فنيات علاجية لمواجهة نوبات الغضب المصاحبة للميسوفونيا.
٦. التعاون العلاجي مع عيادات السمعيات للتشخيص الصحيح للميسوفونيا ومواجهة الاضطراب لخفض معدلاته بالاعتماد على البرامج العلاجية والإرشادية.

### البحوث المقترحة:

١. فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض معدلات الميسوفونيا المصاحبة لمرضى الوسواس القهري.
٢. فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض نوبات الغضب المصاحبة لمرضى الميسوفونيا.
٣. الميسوفونيا وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من المراهقين.
٤. فعالية برنامج إرشادي لخفض معدلات الميسوفونيا لدى المراهقين.

## قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- أنور الحمادي (٢٠١٥): خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM-5، ط (١)، الدار العربية للعلوم، بيروت.
- بيلاك ليوبولد (٢٠١٢): اختبار تفهم الموضوع للراشدين "التات"، ترجمة وتقديم: محمد أحمد محمود خطاب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- تهاني عبد الهادي (٢٠١٢): اضطراب الوسواس القهري وعلاجه المعرفي السلوكي، ط (١)، مؤسسة العلياء للنشر والتوزيع، القاهرة.
- حسيب محمد حسيب (٢٠٠٦): فاعلية التدريب على إدارة الغضب في تحسين جودة الحياة لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية، مجلة كلية التربية، جامعة بني سويف، العدد الخامس، ١٣٠ - ١٩١.
- زينب محمود أبو العينين شقير (٢٠٢٢): بطارية تشخيص الغضب واستراتيجيات مواجهته في البيئة العربية (المصرية - السعودية)، مجلة رابطة التربويين العرب ع٢١، ص ١٠١ - ١٠٧.
- سماح فتحي محمد علي (٢٠٢٠): إدارة الغضب وعلاقتها بالسعي وراء المساندة الاجتماعية لدى طالبات المرحلة الإعدادية، المجلة العربية للآداب والدراسات الإنسانية بكلية التربية بالزقازيق، ٤ (١٤)، ٨٣ - ١٠٦.
- صباح مصطفى السقا (٢٠١٤): فاعلية العلاج الاستعرافي - السلوكي للوسواس القهري، مجلة جامعة دمشق، العدد (١)، مجلد (٣٠)، دمشق، ص

- صفوت فرج (٢٠١٧): القياس النفسى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- عبد الرحيم الريفي (٢٠١٨): الوسواس القهري تحرير المصطلح، المجلة العربية للعلوم النفسية، العدد (١٨)، مجلد (٢)، ص ١٠ - ٢٢.
- عبد العزيز السيد الشخص (٢٠١٣): مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة "دليل المقياس"، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- فرج عبد القادر طه (٢٠٠٥): علم النفس وقضايا العصر، ط ٨، مكتبة بدارى للطبع والنشر والتوزيع، القاهرة.
- فريدة لوشاحي (٢٠١١): دراسة أحلام الأطفال في ظل الحرمان الوالدي، رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة المنتوري، قسنطينة.
- فؤاد أبو حطب، وآمال صادق (١٩٩٤): علم النفس التربوي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- كارليس شيفر، وهاورد ميلمان (٢٠١٧): مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها، ترجمة نزية حمدي، ونسيمة داوود، دار الفكر، عمان.
- محمد أحمد إبراهيم (٢٠٠٥): الإرشاد النفسي للأطفال، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
- محمد أحمد محمود خطاب (٢٠١٨): الأساليب التعبيرية الإسقاطية والعلاج بالفن "التحليل النفسى لرسوم الأطفال"، المكتب العربى للمعارف، القاهرة.

محمد حسن غانم (٢٠٠٤): الأمراض النفسية للشخصية- دراسات إكلينيكية  
لحالات عربية، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع،  
الإسكندرية.

مريم إبراهيم عيسى القطان (٢٠١٦): الفرق في إنفعال الغضب بين مرتفعي  
ومنخفضي الذكاء الوجداني لدى عينة من طلاب المرحلة المتوسطة  
بدولة الكويت، مجلة كلية التربية في العلوم النفسية، (٤٠)، ٣١٩-  
٣٦٣.

هوفمان إس جي (٢٠١٢): العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، ترجمة مراد  
علي عيسى، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة.

#### ثانياً: المراجع الأجنبية:

Alekri, J., Al Saif, F. (2019): Suicidal misophonia: a case  
report, *Aves Yayincilik Ltd. STI.*, Turkey, Istanbul, Vol.  
29(2), 59-78.

Bernstein, E., Angell, L., Dehle, M. (2013): A brief course of  
cognitive behavioural therapy for the treatment of  
misophonia: a case example. *Cogn Behav Ther*, 42:  
e10, 215-233.

Brout, J., Edelstein, M., Erfanian, M., Mannino, M., Miller, J.,  
Rouw, R., Rosenthal, Z. (2018): Investigating  
Misophonia: A Review of the Empirical Literature,  
Clinical Implications, and a Research Agenda.  
*Frontiers in Neuroscience*, 12(36), 255-284.

Cartwright, M. (2015): Do chewing sounds make you crazy?  
Slate. *Retrieved*, 324-355.

- Cavanna, E., Seri, S. (2015): Misophonia: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*, (11), 2117-2123.
- Cotterell, N. (2013): *Anger Versus Aggression*: Copyright .8(2), 9-22.
- Davidson, D. (2003): *Temper tantrums in Young children, Cooperative Extension service*. College of Tropical Agriculture and Human Resources, University of Hawaii at Mania, 68-112.
- Dozier, H. (2015): *Etiology, Composition, Development and Maintenance of Misophonia: A Conditioned Aversive Reflex Disorder*, South-West University "Neofit Rilski", Department of Psychology, Blagoevgrad, Bulgaria, Blagoevgrad., 8(1), 114-129.
- Edelstein, M., Brang, D., Rouw, R, Ramachandran, S. (2013): Misophonia: physiological investigations and case descriptions. *Frontiers in Human Neuroscience*, (7), 132-168.
- Fava, M., Rosenbaum, F. (2009): Anger a Hacks in Patients With Depression, *Journal Clinical Psychiatry*, 15(1), 21-24.
- Guetta, E., Cassiello, C., Trumbull, J., Anand, D., Rosenthal, Z. (2022): *Examining emotional functioning in misophonia: The role of affective instability and difficulties with emotion regulation*: Public Library of Science, San Francisco, United States, San Francisco, 17(2), 125-147.
- Hadjipavlou, G., Baer, S., Lau, A., Howard, A. (2008): Selective sound intolerance and emotional distress: what every clinician should hear. *Psychosom Med*, (70), 739-740.

- Harrison, R. (2021): *The Sound and the Fury: Characterizing Misophonia*, Fordham University, Ann Arbor, United States, 277-291.
- Jager, I., Koning P., Bost, T., Denys, D., Vulink, N. (2020): Misophonia: Phenomenology, comorbidity and demographics in a large sample. *PLoS One.*, (15), 125-164.
- Jastreboff, J., Jastreboff, M. (2014): Treatments for decreased sound tolerance (hyperacusis and misophonia). *Seminars in Hearing*, 35(2), 105-138.
- Jaswal, M., Blesser, D., Handy, C. (2021): A common human problem has a name: misokinesia. *Research Square*, 111-132.
- Jones, G., Keuthen, N., Greenberg, E. (2018): Assessment and treatment of trichotillomania (hair pulling disorder) and excoriation (skin picking) disorder. *Clinics in Dermatology*, 36(6), 728-736.
- Kilic, C., Gökhan, z., Kezban, B., Aksoy, S., Psych, J. (2021): The prevalence and characteristics of misophonia in Ankara, Turkey: *population-based study*, Cambridge University Press, United Kingdom, London, 7 (5), 212-244.
- Kim, N. (2014): Misophonia is a newly identified condition for people with hypersensitive to sound. *The Washington Post*. Retrieved, 189-211.
- Kluckow, H., Telfer, J., Abraham, S. (2021): Should we screen for misophonia in patients with eating disorders? A report of three cases. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 558-561. Kumar, S., Tansley, O.,

- Sedley, W., Winston, S., Callaghan, F., Allen, M. (2017): The brain basis for misophonia. *Curr Biol*, (27), 527-533.
- Mac-Caffary, S. (2011). *It Can't Happen Here: Teens and Anger, the Masks of Aggression*, New York: Chanters Publishing Company, 1-18.
- McKay, D., Kim, K., Mancusi, L., Storch, A., Spankovich, C. (2018): Profile Analysis of Psychological Symptoms Associated with Misophonia: A Community Sample. *Behavior Therapy*, 49(2), 286-294.
- Norris, E., Kimball, H., Nemri, C., Ethridge, E. (2022): *Toward a Multidimensional Understanding of Misophonia Using Cluster-Based Phenotyping*, Lausanne, Switzerland, Lausanne, 145-167.
- Paunovic, K., Milenkovic, S. (2022): The proposed criteria for high perceived misophonia in young healthy adults and the association between Misophonia symptoms and noise sensitivity, *Medknow Publications & Media Pvt. Ltd.*, Mumbai., 40-48.
- Potgieter, I., MacDonald, C., Partridge, L., Cima, R., Sheldrake, J., Hoare, J. (2019): *Misophonia: A scoping review of research*. *J Clin Psychol*, (75), 1203-1218.
- Rouw, R., Erfanian, M. (2018). A large-scale study of misophonia. *J Clin Psychol*, (74), 453-479.
- Schneider, L., Arch, J. (2017): Case study: A novel application of mindfulness- and acceptance-based components to treat misophonia. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6 (2), 221-238.

- Schröder, E., Vulink, C., van Loon, J., Denys, D. (2020): Cognitive behavioral therapy is effective in misophonia: An open trial. *Journal of Affective Disorders*, (217), 289-294.
- Schröder, E., Vulink, N., Denys, D. (2019): Misophonia: diagnostic criteria for a new psychiatric disorder. *PLoS One*, 62- 88.
- Siepsiak, M., Dragan, W. (2019): Misophonia-a review of research results and theoretical concepts. *Psychiatr Pol*, (53), 447- 458.
- Storch, A., Zhou, X. (2017): Misophonia symptoms among Chinese university students: Incidence, associated impairment, and clinical correlates. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, (14), 7-12.
- Szykowny, N. (2020): The Relationship Between Misophonia and Perfectionism, DAI-B 82/9(E), Dissertation Abstracts International, Palo Alto University, Ann Arbor, United States, 185- 199.
- Van der Linden, M., Ceschi, G. (2008): *Trait de psychopathologies cognitive: Tome II- Teats psychopathologies Grouped de Beck*, (2), 108-124.
- Webber, A., Storch, A. (2015): Toward a theoretical model of misophonia. *General Hospital Psychiatry*, 37(4), 369-370.
- Wu, S., Lewin, B., Murphy, K., Storch, A. (2014): Misophonia: incidence, phenomenology, and clinical correlates in an undergraduate student sample. *J Clin Psychol*, (70), 994-1007.