

الهلاوس اللفظية السمعية لدى البالغات الصحيحات

شيماء محمد جادالله

مدرس علم النفس بكلية الآداب بالوادي الجديد - جامعة أسيوط.

ملخص:

هدفت الدراسة الراهنة إلى الكشف عن خصائص الهلاوس اللفظية السمعية بمرحلة البلوغ. وأجريت الدراسة على عينة قوامها ٢٠ سيدة (عينة غير إكلينيكية) مقيمة بمحافظة الوادي الجديد، بمتوسط عمري قدره ٣٠.٤ (انحراف معياري = ٩.٣؛ وتراوحت أعمارهن بين ١٨-٤٣ سنة). وكانت جميع المشاركات بالدراسة من الصحيحات المتعلمات. وقد طبق على العينة البحثية المقابلة المبدئية بجانب الاختبارات النفسية التي تخص متغيرات الدراسة (مقياس الهلاوس المعدل، ومقياس طوبوغرافيا الأصوات). وكشفت النتائج عن وجود تباين في خصائص الهلوسة اللفظية السمعية بين مرتفعي ومنخفضي تكرار الهلوسة.

الكلمات المفتاحية: الهلاوس اللفظية السمعية - الإناث الصحيحات.

Auditory verbal hallucinations in healthy adult women

Shimaa M. Gad-Allah

Dep. Of Psychology- Assiut University

Abstract:

The present study aimed to detect the characteristics of auditory verbal hallucinations in adulthood. The study was conducted on a sample of 20 women (nonclinical sample) in the New Valley governorate, with a mean age of 30.4 (standard deviation = 9.3; ages 18-43 years). All of the participants in the study were from educated healthy women. The initial research sample applied to a set of psychological tests that were relevant to the study variables (Revised Hallucination Scale, and voice topography Scale). The results revealed a difference in the characteristics of verbal auditory hallucinations between high and low hallucinations recurrence.

Key word: Auditory verbal hallucinations- Healthy women

مقدمة:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على خصائص الهلوس اللفظية السمعية (المحتوى، ومعدل التكرار) لدى عينة من السيدات البالغات (عينة غير إكلينيكية). ويمكن تعريف الهلوسة بأنها نوع من الخبرة الإدراكية التي تحدث دون التحفيز الكافي من الجهاز الحسي ذي الصلة، ولكنها تعطي شعورا مقنعا بواقعيته (Slade & Bentall, 1988). وينص تعريف التصنيف الأمريكي الرابع المراجع (DSM-IV TR) للهلوسة على أنها: "إدراك حسي كاذب يحدث في حالة عدم وجود أي تحفيز خارجي للجهاز الحسي ذي الصلة بالطريقة الحسية المعنية" والهلوسة الحقيقية هي خبرة حسية واقعية يسقطها صاحبها على الواقع الخارجي وترتبط بخلل في إدراك الواقع^١ ولذلك تترك كأنها حقيقية، وهذه هي الهلوس الذهانية^٢. وأما الهلوس غير الذهانية^٣ أو الهلوس الكاذبة -وهو الاسم الشائع- فلا ترتبط بخلل في إدراك الواقع ولذلك يشك صاحبها في واقعيته، وهناك صنفان منها أحدهما هو الهلوس الكاذبة المتصورة^٤ وهي خبرات حسية عقلية لا جسدية لا إرادية يدرك صاحبها أنها من داخل عقله ولا يسقطها على الواقع الخارجي ولعل كونها لا إرادية هو أهم ما يفرقها عن عملية التخيل الإرادية الواعية، والأخرى هي الهلوس الكاذبة المدركة^٥ وهي خبرات حسية جسدية يدركها صاحبها على أنها في الواقع الخارجي لكنه يحتفظ بإدراك صحيح للواقع فيعرف أنها غير واقعية (Taylor, 1981).

ومن هنا سعت العديد من الدراسات منها Sommer et al., 2010; Beavan, Read وFaccio, Romaioli, Dagani & Cipolletta, 2012; Cartwright, 2011 لفهم الجوانب المختلفة من ظاهرة سماع الأصوات -دون تحفيز بمنبه صوتي- أو ما يسمى بالهلوسة السمعية التي وصفت ودرست في الأدبيات العلمية أولاً بمرضى الفصام، ولكنها لا تزال غير واضحة في غير المرضى. إلا أن نبيه "أندريسن" و"فلوم" (Andreasen & Flaum, 1991) أنه ليس من الضروري وجود تلف تركيبى أو ضعف بالنظام السمعي لخوض خبرة الهلوسة اللفظية السمعية، وأشار بأنها تصيب الأفراد الأصحاء بنسبة تصل ١٠-١٥٪ وتحدث بشكل منتظم (Tien, 1991; Johns & van Os, 2001) ونظرا لامتلاكهم خبرة أكبر في التعامل معها والتحكم في تلك الأصوات، وينظرون إلى محتوى الأصوات على أنه إيجابي مما يؤدي لخفض شدتها وخفض معدل تكرارها (Honig, et al., 1998).

وقد بدأ دراستها ومقارنة عينة المرضى بالأصحاء في دراسة "سومر" (Sommer, et al., 2010) والتي قارن فيها بين مجموعة سريرية ممن يعانون من الهلوس مع مجموعة الأصحاء. وتبعتها ثلاث دراسات Leudar, Thomas, McNally & Glinski,

1997; Honig, Romme, Ensink, Escher, Pennings & Devries, 1998; Daalman, et al., 2011 والتي قارنت الهلاوس بين مرضى الذهان والأصحاء، والتي نتج عنها (١) تأكيداً على وجود الهلاوس -انتشار السمعية- لدى البالغين الأصحاء في شكل يشابه مرضى الذهان من حيث تكرارها ومعالمها، (٢) وإن انتشار الهلوسة السمعية لدى البالغين الأصحاء يتراوح بين ١٠-١٥٪، (٣) لا تحدث الهلاوس السمعية إلا نادراً، وغالباً ما تكون في ظل ظروف محددة فقط (على سبيل المثال، بعد الحرمان من النوم، أثناء الإجهاد). ونظر إليها "سومر" على أنها طيف من الشدة (Sommer, et al., 2010).

وجاء ذلك موافقاً لبعض الدراسات الوبائية منها Tien, 1991; Johns, et al., 2004; Scott, Chant, Andrews & McGrath, 2006; van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul & Krabbendam, 2009 بأن: (١) معدل انتشار الهلاوس اللفظية السمعية يتراوح بين ٥-٢٨٪ لدى البالغين الأصحاء، وتستمر هذه الهلوسة في المتوسط كل ٣ أيام، لمدة ٢-٣ دقائق، ويمكن ضبطها والتحكم فيها لنحو ٦٠٪ من الوقت ولكنها تسبب القليل من الضيق أو اضطراب الحياة اليومية (Daalman, et al., 2011)، (٢) وتستمر بالأفراد الذين يعانون من الهلاوس اللفظية السمعية خلال فترة المراهقة والبلوغ المبكر إلى مراحلهم الارتقائية التالية (de Leede-Smith & Barkus, 2013)، (٣) ويربط هؤلاء الأشخاص الهلوسة السمعية بأصوات مميزة ومهمة لديهم بهدف الحفاظ على علاقات اجتماعية متماسكة، ويحاولون أن يتوافقوا معها حتى لا تعيق أنشطة حياتهم اليومية (Benjamin, 1989).

مشكلة الدراسة:

تعرف الظواهر الحسية بأنها أحاسيس أو مشاعر غير مريحة أو إدراكات جسدية أو عقلية، وبورية (Shavitt et al, 2006)، ويظهر اضطراب الإدراك في شكل هلاوس متنوعة أكثرها شيوعاً هي الهلاوس السمعية، وتكون الأصوات في هذه الهلاوس مألوفة لدى المريض، وغالباً ما تكون ألفاظها مهينة له، وقد يكون الصوت لشخص واحد أو لعدة أشخاص (عواد، ٢٠١١: ١٥٢).

وقد قارنت دراسات Leudar, et al., 1997; Honig, et al., 1998; Daalman, et al. (2011) الهلاوس اللفظية السمعية في البالغين الأصحاء مع مرضى الذهان. ووجدت دراسة ليودار وآخرين (Leudar, et al., 1997) عدم وجود فروق دالة في شكل ووظيفة الهلاوس اللفظية السمعية بين المجموعتين. لكن لوحظ أن مرضى الفصام كانوا أكثر عرضة لتحديد الأصوات المسموعة من الأصحاء وأكثر عرضة للتحريض على العنف. في حين

كانت أصوات مجموعة الأصحاء البالغين تشابه أصوات أفراد الأسرة وتهدف لتقييم الآخرين. أما بدراسة "هونج" وزملائه (Honig, et al., 1998) على عينة قوامها ١٥ مشارك (أصحاء بالغين، وبدون تاريخ نفسي) ومقارنتهم مع مجموعتين سريريتين (الفصام واضطرابات انفصالية)، وجميعهم كانوا يسمعون أصواتا، فإن المجموعة غير المرضية كانت تشعر بأنها تتحكم في الأصوات على النقيض من مجموعات المرضى. وأظهرت المجموعات الثلاث وجود أصوات إيجابية، ولكن كان هناك اختلاف في وجود الأصوات السلبية (١٠٠٪ في الفصام، ٩٣٪ في المجموعة الانفصامية، و٥٣٪ في غير المرضى) مما يشير إلى أن الأصوات السلبية يمكن أن تميز بين تلك المجموعات. وكانت مجموعتا المرضى خائفة من تلك الأصوات لأنها تعيق حياتهم اليومية بشكل كبير، فقد كانت أصواتا أمره له ومزعجة. وتُظهر نتائج دراسة "جونز" Johns وزملاءه (٢٠٠٢) أن نسبة تأكيد خوض هلوسة لفظية سمعية بالبالغين المشخصين بالاضطراب الذهاني تصل إلى ٢٥٪، ولكن هذا يترك ٧٥٪ منهم يعانون من الهلوس اللفظية السمعية والذين يعتبرون بصحة جيدة (Johns, Nazroo, Bebbington & Kuipers, 2002). ولم تختلف دراسة "دالمان" Daalman وزملائه (٢٠١١) كثيرا عن تلك الدراسات من حيث نتائجها، والتي حاولت توضيح خصائص هلوس سماع الأصوات التي يواجهها الأفراد الأصحاء، مقارنة بنظرائهم من مرضى الذهان. وقد وجد أن الأصحاء ممن ترتفع درجاتهم على البنود التي تقيس الهلوس السمعية اللفظية على مقياس تقييم أعراض الذهان^٦ يرتفع المحتوى السلبي للهلوسة ويرتفع تكرارها لتؤدي لإعاقة أنشطة الحياة اليومية، وتكون مدتها الزمنية أطول ويكون أقل تحكما فيها.

وبمقارنة نتائج المرضى والأصحاء وجد أن: (١) يسمع المرضى في كثير من الأحيان محادثة بين ثلاث أفراد فأكثر بنسبة ٥٠٪ ويقل ذلك ليصل لنسبة ٢٥٪ بالأصحاء. (٢) ووجد اختلاف بالمعتقدات حول أصل الهلوسة، فغالبا ما ينسب الأصحاء الأصوات إلى المصادر الروحية (أرواح المتوفين، الملائكة، الوجود)، في حين أن المرضى غالبا ما ينسبون سماع الأصوات إلى أشخاص حقيقيين (مثل الشرطة السرية، الناس، التخابر، عصابات المخدرات، أو الجيران الخبيثة). وكثيرا ما يكون سبب الهلوسة عند المرضى هو الإصابة الدماغية. (٣) ولم تظهر الدراسة اختلافا دالا في بعض الخصائص الظاهرية الأخرى، مثل موقع الأصوات المتصورة (سمعت داخل أو خارج الرأس)، ومستوى الجهر بين المجموعتين. ويمكن الوقوف على بعض الآثار المحتملة لوجود الهلوسة السمعية بعينة الأصحاء من تلك الدراسات:

١- أظهر النتائج أن الهلوسة اللفظية السمعية عرض يظهر في الأصحاء البالغين، ولا يرتبط بأي نوع من الاستعداد للإضطراب الذهاني (إلا إذا كانت ذات محتوى سلبي دائماً) (Daalman, et al., 2011).

٢- قد تشكل الهلاوس اللفظية السمعية ذات المحتوى السلبي جزءاً من الاستعداد الوراثي للإصابة بالذهان. ويمكن أن تحدث جنباً إلى جنب مع أعراض ذهانية أخرى بما في ذلك الفكر البارانويدي، والسلوك المضطرب، والهذات والمعالجة المعرفية غير الفعالة (Krabendam, et al., 2005). ويفترض "جونز" و"فان-أوس" أن الهلاوس اللفظية السمعية تتراوح بين الخبرات السوية إلى الذهان المرضي (Johns & van Os, 2001).

٣- وتذكر تلك النتائج ناقوس خطر، حيث أثبتت: (١) أن الأصحاء الذين يعانون من تكرار المحتوى السلبي للهلاوس اللفظية السمعية بنسبة ٨٨٪ يوجد لديهم اضطراب ذهاني (Daalman, et al., 2011).

وبناء على ذلك تتبلور مشكلة الدراسة الراهنة في التساؤل التالي:

١- هل تختلف خصائص الهلوسة اللفظية السمعية بين الصحيحات البالغات مرتفعات ومنخفضات الهلوسة؟

فروض الدراسة:

١- يوجد تباين دال في خصائص الهلوسة اللفظية السمعية (معدل التكرار، والمحتوى) بين البالغات الصحيحات مرتفعي ومنخفضي الهلوسة.

المفاهيم والأطر النظرية لمتغيرات الدراسة:

أولاً: الهلاوس اللفظية السمعية:

يرجع أصل كلمة هلوسة في اللغة العربية إلى أهلس، التي جاءت بالمعجم الوسيط، ٢٠٠٤ بأنها: أهلس: ضحك في فتور. وأهلس الشيء: أخفاه. ويقال: أهلس الحديث، وأهلس فيه. وأهلس إليه: أسرَّ إليه حديثاً. وأهلس الظلام: ضَعَفَ (انيس وآخرون، ١٩٩٨، ٢١١). وتأتي الهلوسة (بالإنجليزية: Hallucination) بمفهومها العام أنها الإحساس بمحسوس غير موجود، وبمعنى أدق، الإحساس في حالة اليقظة، والوعي بمنبه غير موجود يتميز بخواص المحسوسات الموجودة كالحياة والمادية والتحقق في الخارج. وتتنوع أشكال الهلوسة ما بين بصرية وسمعية وشمية وذوقية ولمسية. ومن أشكالها سماع أصوات منخفضة (Sacks, 2012). وتعرف الهلوسة السمعية اصطلاحاً بكلمة يونانية Parousia، وهي عبارة عن المفاهيم السمعية اللفظية (مثل كلمة أو عبارة) لخبرة ما في غياب التحفيز بمنبهات سمعية خارجية (Shergill, Murray & McGuire, 1998). ويمكن

أن تختلف اختلافا كبيرا وفقا للتردد، والمدة، والجهر، والموقع، والتعقيد (نتراوح من كلمة واحدة فقط إلى عبارات كاملة)، وهوية الصوت الذي يتحدث إليه (McCarthy-Jones, 2012).

وقام "كندن" و"توكنتن" (٢٠٠٢) بتحديد مظهرين أساسيين للهلاوس، أحدهما هو أن الهلاوس لها نفس القوة والتأثير مثل المدركات الحقيقية، ومن ثم قد يكون الفرد غير قادر على التمييز بين الهلاوس والخبرات الحقيقية أو أنه يتعرف عليها على أنها ناتجة عن تفكيره هو. ويتعلق المظهر الثاني بأنها تتواجد بشكل غير قصدي ويكون من الصعب جداً التحكم فيها، إلا أن ذلك لا يكون مستحيلاً. ويرى الباحثان أن هذا المظهر يميز الهلاوس عن الذاكرة أو التخيل (Kingdon & Turkington, 1994). وقد أكد "دالمان" وزملاؤه (Daalman, et al., 2011) في دراسته على أن المحتوى الانفعالي السلبي للهلوسة اللفظية السمعية يعد مؤشراً لغياب أو وجود اضطراب ذهاني، إلا أنه حتى الآن لا يعترف بقيمتها التنبؤية بالتشخيص (Copolov, Trauer & Mackinnon, 2004).

- بعض النماذج المفسرة لحدوث الهلوسة اللفظية السمعية:

١. ضعف المراقبة الذاتية والكلام الداخلي للمريض:

ويقترح هذا النموذج أن الهلوسة اللفظية السمعية ناتجة عن سوء تفسير للكلام الداخلي (Blom, 2010) الذي يستخدم للدلالة على الكلام المنطوق نفسه دون النطق (بشار إليها أيضا بالفكر اللفظي أو "التفكير في الكلمات"). وهناك بديل لهذا الرأي يقترح أن سوء التفسير للكلام الداخلي ينتج عن عجز في مراقبة الذات، وبالتالي فالأفراد المهلوسون سمعياً قد تواجههم صعوبات في التعرف على الكلام الداخلي الذي يعد نتاجاً ذاتياً (McGuire, et al., 1995; Jones & Fernyhough, 2007).

وقد قام "جونز" وآخرون (Johns, et al., 2001) باختبار فرضية أن الأفراد الذين يعانون من الهلاوس اللفظية السمعية يكون لديهم نقص في المراقبة الذاتية اللفظية للمنبهات غير الواضحة، وقد وجد أن الأفراد الذين يعانون من الهلاوس السمعية يقومون بعزو تلك الأصوات المشوهة أو غير مفهومة إلى أصوات لأفراد آخرين، وذلك على نحو أكثر تكراراً مقارنة بالأفراد غير المهلوسين. ووجد أن ضعف المراقبة الذاتية أيضاً يظهر في مرضى الهذات (Allen, Aleman & McGuire, 2007).

٢. عدم تمييز الفرق بين الأحداث الحقيقية والتمثيلية

خلصت دراسة "واترز" وآخرون إلى أن ضعف الإدراك الذاتي بمرضى الفصام الذين يعانون من الهلوسة اللفظية السمعية (Waters, Woodward, Allen, Aleman & Sommer,)

2012) ونتيجة لهذا الضعف يؤدي إلى إصابة المريض بعدم القدرة على تمييز الفرق بين الأحداث الحقيقية والمتخيلة، وميله نحو إسناد أفكاره إلى مصدر خارجي (Bentall, 1990). وربط "موريسون" Morrison الهلوسة بالمصادر الخارجية وأفكار تطفلية تتداخل مع عوامل محفزة أخرى (Morrison & Baker, 2000). واتفق معه "إفانس" وأخرون (Evans, McGuire & David, 2000) بدراسة مفهوم الهلاوس السمعية بأنها نتيجة للكلام الداخلي (وهو حديث ذاتي بشكل أساسي أو حوار داخلي)، والذي يصعب على الفرد التعرف على ما إذا كان الكلام داخليا أم خارجيا، ويتم تنشيط ذلك بشكل طبيعي عندما يواجه منبهات سمعية غير واضحة، ويجب عليه أن يقوم بتحديد مصدرها. وأكمل بقوله "إن الأفراد الذين يعانون من الهلاوس السمعية ينشط لديهم الكلام الداخلي والتعبير عنه خارجيا ليشمل صياغة كلمات من حروف معينة وتحديد كلمات يتم تكوينها عند تكرار معين على نحو سريع" (p. 371). وأشار "لوبان" Lobban إلى أن العزو الخاطئ للكلام الداخلي للفرد لمصدر خارجي يحدث بسبب المعتقدات الخاصة بالفرد. وهم بشكل محدد، قاموا بافتراض أن الأفراد الذين يعانون من الهلاوس السمعية تتفق أفكارهم وأحاسيسهم الداخلية بشكل عام مع بعضها البعض، وأن تلك الأفكار أو الأحاسيس التي لا تتفق مع بعضها البعض سيتم التعبير عنها على أنها تأتي من مصدر خارجي وتكون ذات محتوى سلبي (Lobban, Haddock, Kinderman, & Wells, 2002).

٣. الهلوسة اللفظية السمعية تأخذ شكل الأوامر:

يرى "هاميرسلي" وآخرون أنه توجد أدلة على أن الهلوسة اللفظية السمعية التي تأخذ شكل الأوامر؛ تضر المريض وتسبب له الشعور بالضيق، وترتبط مع خبرات سابقة من الاعتداء البدني والجنسي (Hammersley, et al., 2003). وأشار "بيك" و"ريكتور" (Beck & Rector, 2000) إلى أن المريض يسمع اصواتا ولا يمكنه التحكم فيها، وتكون على هيئة محتوى ونغمة أمره له. وغالبا ما يشعر المريض تجاهها بالعجز واليأس؛ وبالتالي يكون أكثر عرضه للهلوسة.

ويتفق في ذلك هذا "شادوك" و"بيرشود" (Chadwick & Birchwood, 1994) من وجود ثلاث خصائص مهمة بشأن سماع الأفراد للأصوات وهذه الخصائص هي القوة، والكينونة، والمعنى. فتشير القوة إلى المدى الذي يعتقد به الأفراد أنهم يمكنهم أن يتحكموا في الهلاوس السمعية التي لديهم والنتائج التي سوف تترتب على عدم اطاعة الأصوات والاذعان إليها. بينما الكينونة تشير إلى تحديد الأفراد الذين تسمع أصواتهم. كما يعتقد الأفراد ذوي الهلاوس السمعية. ويشير المعنى إلى السبب الذي يجعل الأفراد ذوي الهلاوس السمعية يعتقدون أنهم يسمعون هذه الأصوات.

٤. تفعيل غير مقصود للذكريات:

ويفترض أن الهلوسة اللفظية السمعية هي نتيجة "تفعيل غير مقصود للذكريات" أو "فشل في منع ذكريات لأحداث سابقة" (Badcock, Waters, Maybery & Michie, 2005; Waters, Badcock, Michie & Maybery, 2006).

المنهج وإجراءات الدراسة:

١. المنهج والتصميم البحثي:

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي عن طريق التصميم الاستعادي الذي يعتمد على المعلومات عن الأحداث الماضية والتي يمكن الحصول عليها بسؤال الأفراد عن حالتهم أو اتجاهاتهم قبل حدوث المتغير. ويعد أحد صوره التصميم الاستعادي للمجموعة الضابطة والحالة^١ ويستخدم أساساً لاستخلاص استدلالات عن ظروف سابقة تكون قد ارتبطت بالنتائج أو كانت مقدمات لها (عوامل مندرجة). ويبدأ بتحديد الحالات التي تظهر نتائجاً أو أعراضاً معينة، ويتم اختيار مجموعة ضابطة من الذين لا يعانون من تلك الأعراض، ثم تجمع معلومات من أفراد المجموعتين عن الأحداث والظروف التي يحتمل أن تكون مرتبطة بالأعراض أو سبباً لها (القرشي، ٢٠١١: ٢٢٣).

٢. عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من ٣٢ سيدة مقيمة بمدينة الخارجة بمحافظة الوادي الجديد، وقد كان متوسط ٣٠.٤ (انحراف معياري = ٩.٣؛ وتراوحت أعمارهن بين ١٨-٤٣ سنة). وكانت جميع المشاركات بالدراسة من الصحيحات من المتعلمات يأمن اليد (تم تطبيق مقياس هاريس للسيادة الجانبية للجسم). ويتراوح المستوى التعليمي لأفراد العينة ما بين الصف الثالث الإعدادي إلى السنة النهائية في الجامعة ومنهن أيضاً من أنهى تعليمه الجامعي. كما هو موضح بجدول (١) عن خصائص العينة.

جدول (١) يوضح بعض الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة

العمر (السنة)	التكرار	المستوى التعليمي	التكرار	الحالة الاجتماعية	التكرار	الإقامة	التكرار
١٨-٢٥	٢	إعدادي	٢	عزباء	٧	بمفردها	-
٢٥-٣٥	١٠	دبلوم	٣	متزوجة	١١	مع أسرتها	١١
٣٥-٤٣ عام	٨	جامعية	١٥	مطابقة	٢	مع والديها	٧
						مع الأقارب	٢

وقد راعت الباحثة في اختيار العينة ألا تتضمن الحالات التالية: (١) الإصابة العضوية في الدماغ خاصة إصابات الفص الصدغي والدماغ الأوسط (Slotema, et al.,

(2011)، فتم استبعاد اثنتين من المشاركات اللتان أفادتتا في المقابلة المبدئية أنهما قد سبق أن حدثت لهما حادثة مرورية وأصيبتا في الرأس. (٢) وألا يكون لها تاريخ سابق في الإدمان والتعاطي. (٣) وألا تكون من اللآتي تعانين من اضطرابات الشخصية خاصة الشخصية الحدية (Palmer, Pankratz & Bostwick, 2005; Pompili, et al., 2007; Slotema, et al., 2011) ولذلك تم تطبيق اختبار تشخيص الشخصية لعبد الله عسكر، وتم استبعاد سيدتين تم تشخيصهما باضطراب الشخصية الحدية. (٤) وألا تكون ممن تعانين من أعراض الذهان (Andresen, Flaum & Arndt, 1992) وقد تم تطبيق مقياس SASS لنانسي اندرسن. (٥) وتم تطبيق اختبار المفردات وهو أحد المقاييس اللفظية لبطارية وكسلر لذكاء الراشدين تأليف وكسلر واقتباس واعداد لويس كامل مليكة (١٩٨٦) لتحديد نسبة الذكاء العام (لكون هذا الاختبار الأكثر ثباتا وارتباطا بالدرجة الكلية. وذلك لضبط متغير الذكاء كمتغير دخيل (Sommer, et al., 2010). (٦) وتم استبعاد سيدتين عانتا من مشاكل بحاسة السمع والابصار (أوضحت السيدة المصابة بضعف الابصار أن ذلك نتيجة مرضها بداء السكري منذ ١٢ سنة) (Sommer, van der Spek, 2016; Waters, Blom, Jardri, Hugdahl & Sommer, 2017)، (٧) استبعاد ثلاث سيدات جاءت درجتهم مرتفعة الدرجة على مقياس بيك للاكتئاب (Ranieri, et al., 1987; Paulik, Badcock & Maybery, 2006)، وتم استبعاد ثلاث مشاركات لعدم اكمال إجراءات التطبيق.

من هنا، أصبح قوام عينة الدراسة الراهنة ٢٠ سيدة فقط، وقد قسمت إلى مجموعتين باستخدام مقياس الهلاوس السمعية المعدل إلى: (١) مجموعة مرتفعي الهلاوس السمعية (ن= ١١)، (٢) ومجموعة منخفضة الهلاوس السمعية (ن= ٩). وقد وقعت جميع المشاركات استمارة بالموافقة على المشاركة بالبحث بعد التعرف على هدفه شفها. وأجريت الدراسة في الفترة بين فبراير ٢٠١٧ حتى مايو ٢٠١٧، وكان مكان التطبيق مركز الاستشارات النفسية بالمجلس القومي للسكان بمدينة الخارجة بمحافظة الوادي الجديد، وبمعمل علم النفس بكلية الآداب بالوادي الجديد.

جدول (٢) يوضح بيانات عينة مرتفعو الهلاوس السمعية اللفظية

المشاركين	السن	سن بداية الهلوسة	الظروف المرتبط ببداية الهلوسة	المدة الزمنية الاجمالية لسماع الاصوات	أول شخص بلغ بالهلوسة
١	٢٤	١٣	فترة كنت مكتئبة فيها	٨	أمي
٢	٤١	١٦	كنت قلقانه	٣	صديقتي
٣	٢٣	١٠	مفيش	٩	أمي
٤	٤٠	١٤	راكبه قطار لمصر	٢٦	أمي

٥	٣٩	١٤	كنت مكتتبه	١٨	صديقتي
٦	٢٦	١٣	قبل امتحان الكلية	٣	صديقتي
٧	٢٤	١٢	مفيش	٢	صديقتي
٨	٣٠	منذ الصغر	مكتتبه	٢٠	أمي
٩	٤٣	١٠	مفيش	٥	أمي
١٠	٣٠	١٧-١٦	مفيش	٤-٣	أمي
١١	٢٦	منذ الصغر	مش فاكرة	٢٢	أمي

أدوات الدراسة:

انقسمت مراحل القياس إلى مرحلتين لتطبيق الاختبارات النفسية يتم عرضها بترتيبها

كما يلي:

أولاً: اختبارات تحديد عينة الدراسة:

١. اختبار بيك للاكتئاب BDI:

أعدده بيك Beck ويتكون من ٢١ مجموعة من العبارات، وتتكون كل منها من أربع عبارات تم ترتيبها بحيث تعكس شدة الاكتئاب من صفر - ٣. وقد تم التوصل إلى بنود المقياس من الملاحظات الإكلينيكية للأعراض، والاتجاهات التي تظهر على المكتئبين من ظهورها على غير المكتئبين. وتتكون الصورة المختصرة التي اقتبسها غريب عبد الفتاح غريب (١٩٩٩) من ١٣ مجموعة من العبارات فقط وهي: ١- الحزن، ٢- التشاؤم، ٣- الشعور بالفشل، ٤- عدم الرضا، ٥- الشعور بالذنب، ٦- عدم حب الذات، ٧- إيذاء الذات، ٨- الانسحاب الاجتماعي، ٩- التردد، ١٠- تغيير تصور الذات، ١١- صعوبة النوم، ١٢- التعب و١٣- فقدان الشهية. وقد قام معد المقياس باستخدام طريقتين لحساب الثبات القسمة النصفية والتي بلغ معامل الارتباط فيها إلى ٠.٨٧. وطريقة إعادة التطبيق وبلغ معامل الارتباط ٠.٧٧. وقد استخدم المعد الصندق التلازمي بين المقياس ومقياس الشخصية المتعدد الأوجه وكن معامل الارتباط ٠.٦.

وقامت الباحثة بحساب ثبات المقياس على عينة بلغت ٣٣ طالبة جامعية من طالبات كليات الوادي الجديد (كلية الآداب، وكلية التربية الرياضية)، فقد تم حساب ثبات إعادة التطبيق، بفواصل زمني أسبوعين، وكان معامل الارتباط ٠.٧٨.

٢. اختبار تشخيص الشخصية:

استخبار لقياس اضطراب الشخصية وفقاً للدليل التشخيصي الرابع والذي وضعه ستيفن هيلر S. Hyler وأعدده وأقتبسه عبد الله عسكر (٢٠٠٤). ويتكون الاستخبار من ٩٩ عبارته تغطي اثني عشر اضطراباً في الشخصية، بالإضافة إلى مقياس الكذب وآخر للجديفة في الاستجابة. وتتراوح الدرجة على كل عبارة ما بين صفر = لا تنطبق، ١ = تنطبق، وحدد معدل اضطراب كل

مقياس. وتحسب الدرجة الكلية من خلال مجموعة الإجابات التي توضح وجود المظهر الدال على الاضطراب.

وعن ثبات المقياس، قامت الباحثة بحساب ثبات على عينة بلغت ١٠٠ طالب جامعي من طلاب كليات الوادي الجديد (كلية الآداب، وكلية التربية)، فقد تم حساب ثبات إعادة التطبيق، بفواصل زمني يتراوح بين أسبوعين، وكان معامل الارتباط ٠.٧٨.

ج-مقياس SASS لأعراض الفصام:

استخدمت الباحثة مقياس ساس SASS التي ألفته نانسي أندرسن Nancy Andersean واقتبسته وأعدته سحر عبد العزيز الكفافي، وذلك لقياس الأعراض السلبية، ومقياس SAPS لقياس الأعراض الإيجابية، وقد قامت الكفافي بتعديل المقياسين ودمجهما، ليصبح في شكله النهائي مكونا من ٥٦ بند. ويجاب على هذه البنود من خلال مقياس رباعي متدرج من عدم وجود العرض (صفر) إلى وجود العرض بدرجة مرتفعة (٤). ويطبق المقياس من خلال الأخصائي النفسي المسئول عن متابعة المريض. وقد تم حساب الصدق من خلال التحليل العاملي لقياس ٧ أبعاد هي: اضطراب العاطفة، حُسه الكلام، اللامبالاة، فقدان الثقة وتجنب الاختلاط بالآخرين، الانتباه، الهلاوس، الهذات، السلوك الشاذ، اضطراب التفكير الأساسي الإيجابي، اضطراب محتوى التفكير وأخيرا السلوك الحركي.

ثانيا: اختبارات الهلاوس السمعية اللفظية:

١. مقابلة شبه مقننة:

أسئلة مفتوحة ومغلقة تتعلق بخصائص الهلوسة (على سبيل المثال، التكرار والعدد والشكل والمحتوى والجنس والعمر) وتاريخ الأصوات والظروف المتعلقة ببداية الأصوات السمعية، المحفزات الحالية، التفسير الشخصي للأصوات، استراتيجيات التكيف، وتاريخ الحياة بما في ذلك التجارب الصادمة وقد تم تجميع ذلك في جدول رقم (٣).

٢. اختبار الهلاوس المعدل^٩

أعد هذا المقياس كل من لوناى وسليد^١ (Launay & Slade, 1981) لتحديد وجود الهلوسة، وهو استبيان مكون من ١٦ بند. وقد تم تطوير العديد من النسخ المعدلة والمنقحة لهذا المقياس منها: مقياس بنتال وسلويد الذي أدخل نظام الإجابة الخماسي لليكرت (بدلا من صحيح، وخطأ)، ومقياس موريسون & موريسون (Bentall & Slade, 1985; Morrison, Wells & Nothard, 2000). وقام "موريسون" وزميليه ويلز ونوتارد بمراجعة هذا المقياس بإزالة الثلاثة بنود الأصلية وإضافة أربعة بنود أخرى جديدة تتعلق بالهلوسة البصرية (عندما أنظر إلى الأشياء، تبدو غريبة بالنسبة لي، 'أرى الظلال والأشكال عندما لا يكون هناك شيء،

'عندما أنظر إلى نفسي في المرآة، أبدو مختلفاً')، ليصبح ١٣ بند يجاب عليهم بقياس تكرر من ١-٤ رجة (١= ابداء، ٢= أحياناً، ٣= عادة، ٤= كثير جداً). ولقد استخدم على عينات مرضية وأصحاء (مثل دراسة Langer, Cangasb & Serper, 2011). وبذلك تكون الدرجة القصوى = ٥٢ درجة، والدرجة الصغرى ١٣ درجة.

وقد استخدمت الباحثة نسخة "موريسون" وزميليه المعدلة للمقياس، وقد تم التحقق من صدق وثبات هذا المقياس في العديد من الدراسات وترجم لعديد من اللغات، إلا أنه لم يتم التأكد منه عربياً - في حدود علم الباحثة- مما دفعني إلى التحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس باستخدام مجموعة مكونة من ٣٤ طالبة جامعية (بكلية الآداب والتربية الرياضية بالوادي الجديد)، وتتراوح أعمارهن ما بين ٢٥-٣٩ سنة (بمتوسط عمر ٣١.١٧، وانحراف معياري $٥.٣٦ \pm$ سنة) ممن ذكرن أنهن مررن بتجربة الهلوسة سابقاً.

تتبع الباحثة الصدق التلازمي بطريقة المجموعات المتضادة، وتقوم هذه الطريقة على المقارنة بين مجموعتين متعارضتين، وتمثل المجموعة الأولى أقل من ٢٥٪ (الربيع الأدنى) من الأفراد على المقياس، في حين تمثل المجموعة الثانية أعلى من ٢٥٪ (الربيع الأعلى)، بهدف اختبار قدرة المقياس على التمييز بين المنخفضين والمرتفعين في متغير الدراسة إذ حسبت دلالة الفروق بين متوسطات المرتفعين والمنخفضين على الهلوسة السمعية باستخدام اختبار "ت" وكان قيمة ت = -٤١.٢١ وكان مستوى الدلالة ٠.٠٠١ ليوضح أن للمقياس يتمتع بقدرة تمييزية بين أداء المجموعتين المتضادتين. وقد تم حساب ثبات إعادة التطبيق بفواصل زمني ١٥ يوماً، وكان معامل الارتباط ٠.٧١.

٣. مقياس طوبوغرافيا الأصوات:

أعد هذا المقياس كل من "هارى هيوستنج" و"جوليان هافنر" (Hustig & Hafner, 1995) وقامت ماجدة ناصف بترجمته إلى العربية في أطروحتها للدكتوراه، ويعتبر من مقياس التقدير الذاتي لخصائص الهلوس السمعية. ويتكون المقياس من خمسة أسئلة موضوعية يجاب عنها على مقياس متدرج من ١-٥ درجة، وبنى المقياس ليظهر خصائص الهلوس السمعية عند مرضى الفصام وفقاً لخمسة أبعاد هي: المعدل اليومي لتكرار الصوت، ودرجة ارتفاع الصوت، ودرجة وضوح الصوت، ودرجة التأثير الانفعالي للصوت، ودرجة التحكم (من حيث الإكراه على الطاعة ومستوى انشغال المرضى بالصوت). وقد قام المُعدان للمقياس بحساب درجة ثبات المقياس بحساب ارتباطات تقديرات المرضى عند ساعة معينة من النهار بنظيرتها في نفس الزمن خلال الأيام التالية. وقد وصل متوسط الارتباطات وفقاً لهذه الطريقة ٠.٧٤ مما اعتبره الباحثان درجة معقولة من الثبات. وقد قامت "ماجدة ناصف"

(٢٠١٠) بحساب صدق للمقياس من خلال صدق المحك الخارجي (لمقياس المعتقدات حول الأصوات) مع مقياس الشخصية المتعدد الأوجه كمحك خارجي، وحصل على معامل ارتباط ٠.٧٩ وهي معامل دال عند مستوى ٠.٠٠١. وحساب ثبات المقياس من خلال ألفا كرونباخ وخلصت إلى معامل ارتباط قدره ٠.٧٩ وهو معامل دال عند مستوى ٠.٠٠١. وأيضا بثبات إعادة التطبيق بفواصل زمني ٢١ يوما بمعادلة ألفا كرونباخ، وخلصت إلى معامل ارتباط قدره ٠.٧٧ وهو معامل دال عند مستوى ٠.٠٠١.

وقامت الباحثة بالدراسة الراهنة بحساب درجة ثبات المقياس بطريقة ثبات إعادة التطبيق بفواصل زمني ١٥ يوم على ٦٣ طالبة جامعية، وخلصت إلى معامل ارتباط ٠.٦١ وهو معامل دال عند مستوى ٠.٠٠١.

جدول (٣) يوضح خصائص الهلاوس السمعية اللفظية بمقابلة عينة الدراسة

نقاء ووضوح الصوت		أ) كلام خارجي (واضح). ب) كلام داخلي (عميق).		دائما يكون الصوت خارجي (صوت من الخارج، وليس من النفس) وتسمع أغلبهن بوضوح (٩١٪).	
جنس المتحدث		أ) صوت رجل.		في ٤٠٪ من العينة	
		ب) صوت سيدة.		في ٢٠٪ من العينة	
		ج) صوت ذكور واثاث.		في ٤٠٪ من العينة	
		ج) صوت آلة.		لا يوجد	
الجهر بالصوت (درجه ارتفاع الصوت المتحدث)		أ) نعم (مرتفع)		في ٩١٪ من العينة	
		ب) لا (منخفض)		في ٩٪ من العينة	
		صوت بدرجة طبيعية		في ٨٠٪ من العينة.	
		صوت غليظ وجهور		في حالتين فقط من العينة.	
هل يتنوع ارتفاع الصوت في كل مره؟		منخفض		في ١١٪ من العينة.	
هل يتنوع ارتفاع الصوت في كل مره؟		منخفض		في ٨٪ من العينة.	
مكان الصوت		أ) داخلي		في ٩٦٪ من العينة	
		داخل الرأس: بأجزاء أخرى من الجسم مثل		اغلب المشاركات (٨٠٪) يتحدث الصوت في رأسها أكثر من أي عضو آخر. حوالي ٢٠٪ من العينة.	

		الاذنين:			
اغلب العينة	داخل مساحة السمع	المسافة	في ٤٪ من العينة	(ب) خارج الجسم	
حالة واحدة	غير مسموع				
	اغلب العينة.	نعم	ارتباطها بمجال السمع		
	حالة واحدة.	لا			
حالة واحده فقط.			(أ) مره واحدة	عدد سماع الهلوسة	
اغلب العينة.			(ب) أكثر من مرة		
٩٠٪ من العينة.			(أ) الأصوات تتحدث إلى المريض	الاتجاه	
٨٪ من العينة.			(ب) الأصوات تتحدث إلى بعضها البعض.		
٤٤٪ من العينة.	شخص واحد		(أ) بناء الجملة	اللغة	
لا يوجد	اثنين				
٥٦٪ من العينة.	ثلاث أشخاص أو أكثر				
٦٪ من العينة.	سماع كلمات.				
٢٣٪ من العينة	سماع جمل.				
٧١٪ من العينة.	سماع محادثة.				
كل العينة			(أ) نعم	الارتباط بلحظة أو موقف معين لحظة سماع الهلوسة).	
لا يوجد			(ب) لا		
ثلاث حالات.	تكرارية (يكرر الكلام كل مرة)		(أ) النطاق	المحتوى	
باقي العينة.	ممنهجة (أو ذات طريقة وخطوات).				
٨٠٪ من العينة.	التركيز على الذات.				
٢٠٪ من العينة.	خارج الذات.				
٧٠٪ من العينة.	لا يوجد		(أ) الأمر الأول (سماع).	الأوامر	
			(ب) الأمر الثاني (التحدث مع الأصوات).		
٣٠٪ من العينة.			(ج) الأمر الثالث (عمل محادثة مع الأصوات).		
خمس حالات من العينة.			(أ) سمعته سابقا	إعادة الهلوسة	

الهلاوس اللفظية السمعية لدى البالغات الصحيات

	(ب) حديث متكرر	ثلاث حالات من العينة.
	(ج) أفكار	حالتين فقط من العينة.
اتجاه الهلوسة	(أ) يتحدث مع النفس	حالتين من كامل العينة.
	(ب) الآخرين (إذا كان نعم):	شخص مألوف
		كيان روحي (الله، الملائكة).
		شخص مجهول
		شخص متوفى
مدة الهلوسة	(أ) البعد الزمني	ثابت.
	(ب) التأثير	عرضي أو متغير.
		منبه للتدهور.
		منبه للتحسن.
طريقة حدوث الهلوسة	(أ) تلقائية	لا يوجد
	(ب) متمدة	من النفس
		لأهداف أخرى
التأزم (ما الذي يصاحب سماع الصوت)	(أ) سماع الكلام فقط	حالة واحدة من العينة.
	(ج) سماع أصوات غير متحدثة	ثلاث حالات من العينة.
	(د) أنشطة أو حركة تتطلب الانتباه.	حالة واحدة.
استراتيجيات الضبط أو التحكم في الصوت	(أ) الكلام	حالة واحدة تحدث وتتفاعل مع الصوت لإسكاته.
	(ب) سماع الكلام	الخضوع للصوت وسماعه حدث في ٩١٪ من العينة.
	(ج) أنشطة أو حركة تتطلب الانتباه.	تشبّيت الانتباه بحركة أو نشاط يحدث من ثلاث حالات من منخفضي تكرار الهلوسة السمعية.
	(هـ) استراتيجيات تحكم أخرى.	(١) خمس حالات من منخفضي الهلوسة السمعية عند سماع الأصوات تقرأ ما تيسر من القران الكريم أو الإستعاذة من الشيطان الرجيم.
		(٢) توجد حالة من منخفضي الهلوسة السمعية عند سماع الأصوات تقوم بتشغيل موسيقى هادئة لإسكات الصوت.
		(٣) وحالة من مرتفعي الهلوسة السمعية بالصراخ عاليا لإسكاته.
الأمان أو السلامة للمريض (إيذاء الذات).	(أ) تؤثر على سلامة المريض.	حالتين فقط بالعينة من ذوي الصدمة بالطفولة.
	(ب) لا تؤثر على سلامة المريض وأمنه.	باقي العينة.
التأثير (درجة قرابة الصوت)	(أ) مريح.	٨٥٪ من منخفضي الهلاوس السمعية.
	(ب) مزعج.	٩٠٪ من مرتفعي الهلاوس السمعية.

عمه العاهة Nosognosia (ضعف إدراك الذات، أو نقص وعي المشاركات مثل العمى أو شلل الاطراف): لا يوجد.		
تتزامن الهلوسة مع:	(أ) اضطراب نفسي آخر:	صدمة بالطفولة في حالتين من مرتفعي الهلوس السمعية.
	(ب) معتقدات أو هذات:	استنادا إلى المقابلة السريرية شبه المقننة، لم يكن لديهن هذات ترتبط بالهلوسة سريريا، أو أعراض سلبية أو كاتاتونية.
ثبات تلك الخصائص عبر الوقت:	(١) أكدت جميع المشاركات ثبات تلك الخصائص الصوتية مع الوقت. (٢) لوحظ ثبات تلك الخصائص طول فترة التطبيق (ثلاث شهور).	

إجراءات التطبيق:

وقد تم تطبيق الاختبارات بشكل فردي، وقد استغرق تطبيق المقياس جلسة واحدة لكل حالة، وقد راعت الباحثة القدرة على الاستمرار (استغرقت في بعض الحالات أكثر من جلسة لشعورها بالتعب أو فقد التواصل، وحينها تم إنهاء التطبيق والاستمرار في جلسة أخرى). وجمع البيانات الديموجرافية التالية: العمر والمستوى الدراسي، وعدد السنوات التي ظلت فيها الحالة تنتابها الهلوسة السمعية، والعمر عند أول هلوسة لمعرفة الفترة التي شهدت فيها الأصوات للمرة الأولى (على سبيل المثال، سن الطفولة أم البلوغ)، والتطابق بين جنس المتحدث وصوته (هل يصدر المتحدث الذكر بالهلوسة صوت انثى؟)، ووجود أنواع أخرى من الهلوسة إلى جانب الأصوات، وقدرة السامعة على التحكم في الأصوات، وقدرتها على التحدث مع الأصوات، وهل تضايقها أو تستاء عند سماع تلك الأصوات. وتم تقسيم المشاركات بدرجاتهن على مقياس لموريسون وويلز-نوئارد للهلوسة إلى مرتفعي ومنخفضي الهلوسة. وبعد الانتهاء منه وعند الاستجابة له بشكل إيجابي، يتم تشجيعهن على تقديم المزيد من الوصف التفصيلي؛ أي التعليق أو ذكر أمثلة من تجاربهم الخاصة. وقامت الباحثة بتسجيل هذه الاستجابات ثم تطبيق اختبار طوبوغرافيا الأصوات.

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

استخدمت الباحثة كل من المتوسطات والانحراف المعياري. ومعامل مان-وتني Mann-Whitney test؛ وهو اختبار لابارامتري مكافئ لاختبار (ت) ويستخدم مع العينات صغيرة العدد.

عرض النتائج ومناقشتها:

ينص الفرض الرئيس في صيغته الإحصائية على أنه "يوجد تباين دال في خصائص الهلوسة اللفظية السمعية بين البالغات الصحيحيات مرتفعي ومنخفضي الهلوسة". وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بتطبيق مقياس طوبوغرافيا الأصوات على عينة الدراسة الآتية تم تقسيمهن إلى مجموعتين مرتفعي ومنخفضي الهلوسة (اللاتي تم تصنيفهن

بدرجاتهن على اختبار الهلاوس المعدل). ويوضح الجدول التالي ملخصاً لنتائج اختبار "مان ويتني" للعينات غير المتساوية غير المرتبطة بين متوسطي رتب درجات البالغات الصحيحات مرتفعي ومنخفضي الهلوسة كما يوضحه جدول (٤).

جدول (٤) دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات البالغات الصحيحات مرتفعي ومنخفضي الهلوسة على خصائص الهلوسة اللفظية السمعية.

المتغير	المجموعة	متوسط	انحراف معياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل مان ويتني U	قيمة Z	مستوى الدلالة
معدل التكرار	مرتفعي	٣.١٢	١.٠٩٢٤	١٥.٠٠	١٦٥.٠٠	.	٨١١	٠.٠١
	منخفضي	١.٨	٠.٧٦٣٨	٥.٠٠	٤٥.٠٠			
درجة الارتفاع	مرتفعي	٣.١٦	١.٠٦٧٧	١٥.٠٠	١٦٥.٠٠	.	٣.١٥٩	٠.٠١
	منخفضي	١.٦	٠.٥٧٧٤	٥.٠٠	٤٥.٠٠			
درجة الوضوح	مرتفعي	٢.٤٨	٠.٨٧١٨	١٥.٠٠	١٦٥.٠٠	.	٣.٧٤١	٠.٠١
	منخفضي	١.٧٢	٠.٨٤٢٦	٥.٠٠	٤٥.٠٠			
التأثير الانفعالي	مرتفعي	٣.١٦	١.١٧٩	١٥.٠٠	١٦٥.٠٠	.	٣.٧٨٢	٠.٠١
	منخفضي	٢.٧٦	١.٥٦٢	٥.٠٠	٤٥.٠٠			
درجة التحكم	مرتفعي	٢.٨٨	١.٢٦٨٩	١٥.٠٠	١٦٥.٠٠	.	٣.٧١٢	٠.٠١
	منخفضي	٤.٢٤	٠.٧٧٨٩	٥.٠٠	٤٥.٠٠			

ينصح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات البالغات الصحيحات مرتفعي ومنخفضي الهلوسة عن خصائص الهلوسة اللفظية السمعية لصالح مرتفعي الهلوسة في الاتجاه الأفضل لبلوغ قيم "Z" حد الدلالة المقبولة إحصائياً عند مستوي ٠.٠١ لصالح المجموعة التجريبية.

جاءت نتائج هذا الفرض من الدراسة متفقة مع دراسات كل من Sommer et al., 2010; Daalman et al., 2011; Temmingh, Stein, Seedat & Williams, 2011; Larøi, et al., 2012; Stanghellini, Langer, Ambrosini & Cangas, 2012 التي أكدت على تعرض البالغات الصحيحات (ممن لا يعانون من الإضطراب الذهاني) للهلاوس اللفظية السمعية. وحددت دراسات كل من Leudar, et al., 1997; Honig, et al., 1999; Perälä, et al. 2010; Daalman, et al., 2011 اهتمام بدراسة الهلوسة السمعية اللفظية لدى الأصحاء) بعض خصائص الهلوسة اللفظية السمعية الظاهرية التالية: (١) جودة الصوت، و(٢) التكرار (تأتى مرة على الأقل في الشهر أو أكثر). ويوضح جدول ٣ خصائص الهلاوس اللفظية السمعية.

جدول (٥) يوضح بعض خصائص عينة الهلاس اللفظية السمعية لدى عينة مرتفعي الهلوسة على المقياس.

المشاركون	عدد الاصوات	جنس الصوت	التكرار	مكانهم	وضوح الصوت
المفحوص ١	٣-٤ فرد	ذكور/اناث	مره في الشهر	الأذنين	نعم
المفحوص ٢	أكثر من واحد	اغلبهم ذكور	تقريبا كل يوم	الرأس	نعم
المفحوص ٣	صوت واحد	ذكر	تقريبا مرتين في الشهر	الرأس	نعم
المفحوص ٤	أكثر من واحد	اغلبهم ذكور	تقريبا مره في الشهر	الرأس	نعم
المفحوص ٥	مش بميز العدد	ذكور/اناث	كل يوم	الرأس	نعم
المفحوص ٦	صوت واحد	انثى	كل ما يحدث أمر سيء	الرأس	نعم
المفحوص ٧	صوت واحد	انثى	نادرا	الأذنين	لا
المفحوص ٨	أكثر من خمسه	ذكور	كل يوم	الرأس	نعم
المفحوص ٩	كثير	ذكور/اناث	كل يوم	الأذنين	لا
المفحوص ١٠	عادة ٣ أفراد	انثى	مره في الشهر	الأذنين	لا
المفحوص ١١	صوت واحد	ذكر	كل يوم	الرأس	نعم

وقد استرشدت الباحثة بتلك الخصائص بالرغم من اختلاف العينة من حيث العدد و جنس المشاركين؛ وأظهر تحليل استجابات المشاركات على أسئلة المقابلة واختبار الهلوسة اللفظية السمعية (الهلاوس المعدل، وطوبوغرافيا الأصوات) والتي نتج عنها خصائص ظاهرية للهلوسة السمعية بالمشاركات كما في الجدول (٣) أن: متوسط عدد السنوات التي تعاني منها المشاركات من الهلوسة كان ٨ أعوام، وكان متوسط العمر في أول تجربة الأصوات ١٤ عاما، وشملت أنواع الأصوات منها: أصوات تعقب على الكلام الداخلي للمشاركة (١٨٪)، وأصوات تتحدث مع بعضها البعض (١١٪)، وصوت واحد يتحدث مباشرة للمشاركة (٦١٪)، وكانت أغلب المشاركات من منخفضي تكرار الهلوسة لا تعاني من المحتوى السلبي للهلوسة (حوالي ٧١٪) على عكس مجموعة مرتفعي الهلوسة التي عانت منها (حوالي ٨٠٪). وحوالي ٢٥٪ من ذوي الهلوسة من كامل العينة (مرتفعي ومنخفضي الهلوسة السمعية) كان محتوى الهلوسة على حد سواء إيجابيا وسلبا. وتفسر محادثة الصوت الواحد لها بشكل إيجابي (حوالي ٦٠٪) بأنه ملك يرشدها ويخبرها ماذا تفعل. ووجدت الباحثة عددا كبيرا من المشاركات من مرتفعي الهلوسة السمعية (٩١٪) ذات المحتوى السلبي كان لديهن اضطراب أنشطة الحياة اليومية بسبب تلك الهلوسة المزعجة. وقد ذكرت أغلب المشاركات (٥٨٪) أن مصدر الهلوسة يرجع إلى مصدر خارجي،

ومعظمهم من الأرواح الخيرة. واتضح وجود صدمة في الطفولة في حالتين من مجموعته مرتفعي الهلوسة السمعية اللفظية إذ تتنابها هلوسة ذات محتوى سلبي دائماً. وبلغت نسبة ١٥٪ من المشاركات اللآتى ظهرت لديهن الهلوسة السمعية في سن مبكرة (١٤ سنة من العمر).

ووجد أيضاً أن الهلوسة تظهر وتتطور خلال فترة المراهقة والبلوغ المبكر وتستمر للمرحلة الارتقائية التالية (de Leede-Smith & Barkus, 2013). وقد اتضح بالمجموعتين أن الهلاوس اللفظية السمعية تظهر مرة واحدة على الأقل في الشهر، وكانت مدة المحادثة مع الصوت بمتوسط خمس دقائق في كل مره. وذكرت أغلب المشاركات أنهن يستنطن عموماً التحكم في تلك الأصوات عن طريق التجاهل (٢٦٪) أو ذكر الله (٢٪) أو الصراخ (١٪) أو إسكاتها بالأمر (٥٪). ويمكن ضبطها والتحكم فيها لنحو ٦٠٪ من الوقت (متفقة مع نتائج دراسة Daalman et al., 2011).

وقد اختلفت نتائج الدراسة الراهنة مع نتائج دراسة "ليودار" وزملائه (Leudar, et al., 1997) التي قارنت الهلوسة السمعية بين البالغين الأصحاء ومرضى الفصام، والتي استبعد فيها أن تعرض الهلوسة على العنف بالبالغين الأصحاء. في حين اتضح من نتائج الدراسة الحالية أن المحتوى السلبي للهلوسة بحالات الصدمة النفسية بالطفولة والتي تكون بصيغة الأمر تسبب الانزعاج والضيق النفسي وتعرض على العنف والانتقام. وأن ارتفاع المحتوى السلبي للهلوسة السمعية يؤدي لاضطراب الحياة اليومية نتيجة لارتفاع معدل تكرارها، وطول مدتها الزمنية، مما يقلل من تحكم الفرد بها. بينما اتفقت تلك النتائج مع دراستي Honig et al., 1998; Daalman et al., 2011 اللتان أوضحتا أن غالباً ما ينسب الأصحاء الأصوات إلى المصادر الروحية (أرواح المتوفين، الملائكة).

ومن خلال تلك النتائج يتضح الآتي:

- ١- المحتوى السلبي للهلوسة اللفظية السمعية يؤدي لارتفاع تكرارها واضطراب أنشطة الحياة اليومية.
- ٢- استطاعت أغلب المشاركات التحكم في سماع الأصوات (بتشتيت انتباهها بالعمل، أو الانصات للصوت، إلا أن بعض الحالات ينتابها نوبات من الصراخ). وترجعه أغلب المشاركات إلى كيانات غيبية مثل الملائكة والشياطين. وتستخدم أساليباً للتحكم في تلك الأصوات بسماع القرآن أو الإستعاذة من الشيطان الرجيم.
- ٣- عندما ترجع الهلوسة السمعية لصدمة في الطفولة؛ تكون أكثر حدة وتكراراً وذات محتوى سلبي يرتبط بشكل مباشر بالصدمة (مثل حالة (٨) في قولها: لازم تضربيه زي

ما ضربك وشوهك، ساكته ليه، تحركي؛ وحالة (١١): انت بتشوفيه كل يوم، لازم تقنليه، هو اللي بهدلك وطردك من المدرسة، يلا هاتى سكينه واقتليه) وتكون بصيغة الأمر، وعادة ما تفضل المشاركة في اسكات الصوت أو الانصياع لأوامره. وتظهر النتائج أيضا، ارتباط الهلوسة السمعية اللفظية ذات المحتوى السلبي بالإساءة بالطفولة:

ففي أغلب الأفراد الأصحاء، لا تحدث الهلوسة اللفظية السمعية كعرض إلا نادرا، وغالبا ما تكون في ظروف محددة فقط ذكرها "سومر" بدراسته بأنها تكون نتيجة الحرمان من النوم، أو الإجهاد (Sommer, et al., 2010). إلا أنها ظهرت في الدراسة الحالية معبرة عن الشدة النفسية التي يمكن أن تمر بها السيدة البالغة، وتمتد على بعد أو متصل من الخبرات السوية إلى المرضية.

وقد اتضح ذلك في المشاركات اللآتى ذكرن سماعهن لصوت مرة واحدة على الأقل في حياتهم (أكدته دراسة Beavan, et al., 2011). وأيضا المشاركات اللآتى أكن على سماع الأصوات بشكل منتظم (مثل الحالة ٨، و١١ من مرتفعي الهلوسة السمعية بالدراسة الحالية) ممن تعرضوا للصدمات النفسية بمرحلة الطفولة، والتي يرتبط لديها محتوى الأصوات بشكل مباشر بالصدمة (مثل، أنها تسمع صوت المعتدي عليها بالطفولة). (للاطلاع على التراث النظري الذى اثبت ذلك، انظر Sansonnet- Hayden, Haley, Marriage & Fine, 1987; Famularo, Kinscherff & Fenton 1992; Ross, Anderson & Clark, 1994; Read, Stern, Wolfe & Ouimette, 1997 بالدراسة من مرتفعي الهلوسة السمعية اللفظية التي ذكرت: "بسمع كل يوم صوته وانا صاحية، وبفكر أنه جي يضربني زي زمان"، و"بسمع صوته بخاف، وافكر عمل فيه ايه"، واكلت بقولها "لما بسمع صوته أوقات بصرخ من كمي الألم اللي بحسها"، ولم تختلف عنها الحالة ١١، مما يجعل تلك الخبرة الصوتية تبدو أنها تتشابه مع ما يمر به مرضى الذهان.

وعلى الرغم من أنه لا يمكن تصنيف تلك الخبرة اللفظية السمعية بدقة على أنها هلوسة، فإنها قد تكون مؤشرا للإصابة بالاضطرابات النفسية (Verdoux & van Os, 2008; Paulik, Badcock & Maybery, 2006; Bell, et al., 2002). وقد اتفقت نتائج كل من Honig, et al. 1998; Daalman, et al. 2011 بأن العديد من خصائص الهلوسة اللفظية السمعية (مثل المكان وارتفاع الصوت ووضوحه) بغير المرضى تتشابه مع مرضى الذهان. ومع ذلك، وجدوا اختلافات في درجة الاتزان الانفعالي لمحتوى الهلوسة، والتي يمكن أن تعكس فرق بين هاتين المجموعتين (مرضى الذهان، وغير المرضى).

- تسبب الهلوسة اللفظية السمعية اضطرابا بالضبط التثبيطي.

وباتباع افتراض روثنبات" وآخرون (Rothbath, Ahadi & Evans, 2000; Rothbarth, Rueda & posner, 2003) بأن هناك ثلاثة أنظمة مزاجية: الإقدام، الإحجام، والضبط المجهد. فإن الضبط المجهد^{١١} يفوق الإقدام والإحجام (Ahadi & Rothbart, 1994)، ويهتم بالإدارة الإنتباهية والضبط التثبيطي^{١٢} (القدرة على وقف سلوك الإقدام عندما يكون غير مناسباً موقفياً). ويعمل الضبط المجهد دوراً أساسياً في التنظيم الذاتي للانفعال والعمليات ذات الصلة. على سبيل المثال، عندما يعاني الناس (أو من المحتمل أن يعانون) من الانفعالات السلبية، فإنهم قد يستخدمون غالباً عمليات انتباهية مثل أن يصرفوا انتباههم عن طريق تحويل الانتباه إلى شيء آخر، أو فصل المدخل عن المنبهات المولدة للخوف. وقد يستخدمون أيضاً الضبط التثبيطي، لإخفاء التعبير عن الانفعال السلبي أو كبح الدوافع العدوانية عند الغضب. بالإضافة إلى أن قدرات التخطيط المرتبطة بالضبط المجهد (أو الانتباه التنفيذي) تسهم في محاولات التعامل بفعالية مع مواقف الإجهاد (Compas, Connor-Smith, & Saltzman, 2001). فعندما يعاني الناس من الانفعال السلبي، فإنهم قد يحتاجون أيضاً لإرغام أنفسهم على اتخاذ الإجراءات التي من شأنها تحسين الموقف بما يعنى أنهم قد يستخدمون الضبط التثبيطي.

وقد يفسر ذلك نتائج الدراسة الحالية حول محتوى الهلوسة اللفظية السمعية، أي باعتبارها عرضاً بحد ذاته، بأنها تنتج عن ضعف بالكف المعرفي المتعمد (القمع الفعال الواعي للعمليات العقلية أو الأفكار الذهنية) (Waters et al., 2003)؛ ويؤدي العجز المتعمد في الكف المعرفي إلى تدرج في شدة الهلوسة بالعينات غير المرضية التي تظهر ضعف درجة متوسطة من الهلوسة السريرية (في أقصى الحدود) (Waters et al., 2006; Paulik et al., 2003). حيث يكمن الاختلاف بين المجموعات السريرية مقابل غير السريرية في التنظيم الانفعالي وكيفية التحكم بتلك الهلوسة. وقد تم اثبات أن المستويات المرتفعة من التأثير السلبي، والقلق في المقام الأول، والاكنتاب والإجهاد، سواء قبل أو في بداية الهلوسة لسماع الصوت السريري [للمراجعة انظر Freeman & Garety, 2003] وفي هذه الحالات الإنفعالية المصاحبة للهلوسة. كما افترض "ديليسيبول" وآخرون تشارك كعوامل تؤدي لتطور الهلوسة (بدلاً من أن تكون نتيجة لها)، حيث تكون تلك المستويات منخفضة من التأثير السلبي (بدلاً من أن تكون مرتفعة) في نهاية الهلوسة، وتزيد مباشرة قبلها (Delespaul et al., 2002). وبذلك يتضح أن عدم التنظيم الانفعالي يعمل على خلق اختلافات في تقييم الهلوسة السمعية بين العينات السريرية وغير السريرية. فقد وجد أن

ارتفاع القلق يعمل على تفاقم ضعف الضبط المعرفي التثبيطي من خلال زيادة كثافة فوق العتبة الحرجة (Bentall & Slade, 1985) التي تعمل على خلق أفكار تطفالية مؤلمة (Paulik, et al., 2006). وبموجب هذا الافتراض، فإن الأفراد الذين لا يسيطرون على الأحداث المعرفية المتداخلة يتعرضون لخطر أكثر بسبب حالة الاستثارة التي تضعف قدرة هذا الشخص على العمل بطريقة عقلانية واضحة. ويفترض أيضا أنه في ظل هذه الحالة المتزايدة من الإثارة، فإن تحكم الفرد فيما يخص بالمعتقدات ما وراء المعرفة ينذر بالهלוسة؛ فالمرضى الذين يعانون من الهلوس السمعية يكونون على درجة مرتفعة من المعتقدات ما وراء المعرفة التي ترتبط بعدم التحكم والقلق (Baker & Morrison, 1998). وعندما تحدث هذه المعتقدات ما وراء المعرفة في سياق الهلوس السمعية، فإنها قد تعمل على تفاقم الحالات الانفعالية السلبية التي تكون موجودة بالفعل نتيجة لبدء الهلوس. والتفاعل بين هذه المعتقدات والحالة المزاجية المتصاعدة بالفعل قد يؤدي للهجة انفعالية سلبية للفرد، وكذلك التركيز على طرق التفكير المرتبطة بالبارانويا والقلق والكدر النفسي. وتعتمد فعالية الضبط التثبيطي على محدودية مصادر ضبط الذات (Baumeister, 2008; Goldin, McRae, Ramel & Gross, 2007; Vohs & Tice, 2007). فقد أشارت البحوث المهمة بالأساليب التكميلية لسماع الصوت بالأصحاء أن زيادة استخدام أساليب التنظيم الانفعالي التكيفي يسمح للفرد الذي تتنابه الهلوسة السمعية بالتعامل بشكل كاف مع الطبيعة المؤلمة لتجاربهم (Larøi, 2012). وعلى النقيض من ذلك، وجد أن المرضى النفسيين الذين يعانون من الهلوسة يستخدمون عددا أكبر من أساليب التنظيم الانفعالي غير الملائم (مثل القمع) (van der Meer, van't Wout & Aleman, 2009; Badcock, 2011; Paulik & Mayberry, 2011). ويستخدم القمع للتعامل مع التعبير الانفعالي غير المرغوب فيه، فلضبط المشاعر غير المرغوب فيها يعمل على استنفاد الوظائف التنفيذية، وهو نفس الضبط التثبيطي. كما في مرضى الفصام (Gyurak, Goodkind, Madan, 2009; Kramer, Miller & Levenson, 2009). ونتيجة لذلك، يحدث تفاقم في التثبيط المعرفي، والذي يعمل على زيادة شدة ومدة الهلوسة السمعية (Waters, et al., 2003). مما يترك هؤلاء المرضى في وضع لا يستطيعون فيه التعامل مع خبرات الهلوسة بشكل مناسب، مما يؤدي إلى ارتفاع مستويات الشدة والتقدير الانفعالي السلبي للهلوسة اللفظية السمعية. فالاعتماد على القمع الانفعالي للحد من المشاعر غير المرغوب فيها في المرضى السريريين قد يؤدي إلى الحد من الموارد التنفيذية المخصصة للكف التثبيطي ليؤدي إلى زيادة المدة، والتكرار، والاضطراب العام السريري (Badcock, et al., 2011).

قائمة المراجع العربية والأجنبية

أولاً: المراجع العربية

- انيس، إبراهيم وآخرون (١٩٩٨): المعجم الوسيط. القاهرة: مطابع المعارف، المجلد الثاني، ط٢.
- القرشي، عبد الفتاح (٢٠١١). تصميم البحوث في العلوم السلوكية (الجزء الأول). الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع، ط٢.
- الكفافي، سحر عبد العزيز (٢٠٠٤). انعكاس تباين المكونات العاملة لأعراض الفصام في الذات أداءات الفصامين على اختبارات نيوروسيكولوجية (كمحك تشخيصي فارقي). أطروحة دكتوراه (غير منشورة). جامعه طنطا، كلية الآداب، قسم علم النفس.
- عسكر، عبد الله (٢٠٠٥). استبيان تشخيص الشخصية. القاهرة: الانجلو المصرية.
- عواد، محمود (٢٠١١). معجم الطب النفسي والعقلي: أول معجم شامل بكل مصطلحات الطب النفسي والعقلي المتداولة في العالم وتعريفاتها. الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- غريب، عبد الفتاح غريب (١٩٩٩). مقياس الاكتئاب (د) BDI. القاهرة: الانجلو المصرية، ط٣.
- مليكة، لويس كامل (١٩٨٦). اختبار وكسلر بلفيو الذكاء الراشدين والمراهقين. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ناصف، ماجدة (٢٠١٠). فعالية برنامج معرفي سلوكي في تخفيف حدة المعتقدات السلبية غير العقلانية لدى عينة من مرضى الفصام. أطروحة دكتوراه (غير منشورة). جامعه كفر الشيخ، كلية التربية، قسم الصحة النفسية.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Ahadi, SA, & Rothbart, MK. (1994). Temperament, development, and the Big Five. In C. F. Halverson, G. A. Kohnstamm, & R. P. Martin (Eds.), The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood (pp. 189-207). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allen P, Aleman A, & McGuire PK. (2007). Inner speech models of auditory verbal hallucinations: evidence from behavioural and neuroimaging studies. *Int Rev Psychiatry*; 19 (4): 407-15.
- Andreasen NC & Flaum M. (1991). Schizophrenia: The characteristic symptoms. *Schizophrenia Bulletin*; 17(1): 27e49.
- Andreasen NC, Flaum M & Arndt S. (1992). The Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH). An instrument for assessing diagnosis and psychopathology. *Archives of General Psychiatry*; 49(8): 615e623.
- Badcock JC, Paulik G & Mayberry M. (2011). The role of emotion regulation in auditory hallucinations. *Psychiatry Res.*; 185: 303-308.

- Badcock JC, Waters FA, Maybery MT, & Michie PT. (2005). Auditory hallucinations: failure to inhibit irrelevant memories. *Cogn Neuropsychiatry*.; 10 (2): 125-36.
- Baumeister RF, Vohs KD & Tice DM. (2007). The strength model of self-control. *Curr Dir Psychol Sci.*; 16: 351-355
- Beavan V, Read J & Cartwright C. (2011). The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review. *J Ment Health.*; 20 (3): 281-92.
- Beck AT, & Rector NA. (2000). Cognitive therapy of schizophrenia: a new therapy for the new millennium. *Am J Psychother.*; 54 (3):291-300.
- Bell CC, Bhana A, Petersen I, McKay MM, Gibbons R, Bannon W, & Amatya A. (2008). Building protective factors to offset sexually risky behaviors among black South African youth: a randomized control trial. *J Nat Med Assoc.*; 100 (8): 936-44.
- Benjamin LS. (1989). Is chronicity a function of the relationship between the person and the auditory hallucination? *Schizophr Bull.*; 15 (2): 291-310.
- Bentall RP. (1990). The illusion of reality: a review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychol Bull.*; 107 (1): 82-95.
- Blom JD. (2010). [Positive visual perceptual disorders. Nomenclature and classification]. *Tijdschr Psychiatr.*; 52 (3): 155-67.
- Chadwick P, & Birchwood M. (1994). The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *Br J Psychiatry.*; 164 (2): 190-201.
- Cheung P, Schweitzer I, Crowley K & Tuckwell V. (1997). Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions. *Schizophr Res.*; 26 (2-3): 181-90.
- Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychol Bull.*; 127 (1): 87-127.
- Copolov D, Trauer T & Mackinnon A. (2004). On the non-significance of internal versus external auditory hallucinations. *Schizophr Res.*; 69 (1): 1-6.
- Currie S, Heathfield KW, Henson RA & Scott DF. (1971). Clinical course and prognosis of temporal lobe epilepsy. A survey of 666 patients. *Brain.*; 94 (1):173-90.
- Daalman K, Boks MP, Diederik KM, de Weijer AD, Blom JD, Kahn RS, & Sommer IE. (2011). The same or different? A phenomenological comparison of auditory verbal hallucinations in healthy and psychotic individuals. *J Clin Psychiatry.*; 72 (3): 320-5.
- de Leede-Smith S & Barkus E. (2013). A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Front Hum Neurosci.*; 7: 367.
- Delespaul P, deVries M & van Os J. (2002). Determinants of occurrence and recovery from hallucinations in daily life. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*; 37: 97-104.
- Evans CL, McGuire PK & David AS. (2000). Is auditory imagery defective in patients with auditory hallucinations? *Psychol Med.*; 30 (1): 137-48.
- Faccio E, Romaioli D, Dagani J & Cipolletta S. (2012). Auditory hallucinations as a personal experience: analysis of non-psychiatric voice hearers' narrations. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* [Epub ahead of print]. 10.1111/jpm.12008
- Famularo R, Kinscherff R & Fenton T. (1992). Psychiatric diagnoses of maltreated children: preliminary findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*; 31 (5): 863-7.
- Freeman D & Garety PA. (2003). Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behav Res Ther.*; 41 (8): 923-47.
- Goldin PR, McRae K, Ramel W & Gross JJ. (2008). The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biol Psychiatry.*; 63: 577-586.

Gyurak A, Goodkind MS, Madan A, Kramer JK, Miller BL & Levenson RW. (2009). Do tests of executive functioning predict ability to down regulate emotions spontaneously and when instructed to suppress. *Cogn Affect Behav Neurosci.*; 9: 144–152.

Hammersley P, Dias A, Todd G, Bowen-Jones K, Reilly B, Bentall RP (2003). Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. *Br J Psychiatry.*; 182: 543-7.

Henry JD, Green MJ, De Lucia A, Restuccia C, McDonald S & O'Donnell M. (2007). Emotion dysregulation in schizophrenia: reduced amplification of emotional expression is associated with emotional blunting. *Schizophr Res.*; 95: 197–204.

Henry JD, Rendell PG, Green MJ, McDonald S & O'Donnell M. (2008). Emotion regulation in schizophrenia: affective, social and clinical correlates of suppression and reappraisal. *J. Abnorm. Psychol.*; 117: 473–478.

Honig A, Romme MA, Ensink BJ, Escher SD, Pennings MH & deVries MW. (1998). Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients. *J Nerv Ment Dis.*; 186 (10):646-51.

Hustig, H & Hafner, R. (1995). Persistent auditory hallucinations and their relations to delusions and mood. *J Nervous and mental disease.*; 178: 264-267.

Johns LC & van Os J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clin. Psychol. Rev.*; 21: 1125–1141.

Johns LC, Cannon M, Singleton N, Murray RM, Farrell M, Brugha T, Bebbington P, Jenkins R & Meltzer H. (2004). Prevalence and correlates of self-reported psychotic symptoms in the British population. *Br. J. Psychiatry.*; 185: 298–305.

Johns LC, Nazroo JY, Bebbington P & Kuipers E. (2002). Occurrence of hallucinatory experiences in a community sample and ethnic variations. *Br. J. Psychiatry.*; 180: 174–178.

Johns LC, Rossell S, Frith C, Ahmad F, Hemsley D, Kuipers E, McGuire PK. (2001). Verbal self-monitoring and auditory verbal hallucinations in patients with schizophrenia. *Psychol Med.*; 31 (4): 705-15.

Jones SR, & Fernyhough C. (2007). Thought as action: inner speech, self-monitoring, and auditory verbal hallucinations. *Conscious Cogn.*; 16 (2): 391-9.

Kingdon DG & Turkington D. (1994). Cognitive behavioral therapy of schizophrenia. The Guilford Press, New York.

Kjelby E, Sinkeviciute I, Gjestad R, Kroken RA, Løberg EM, Jørgensen HA, Hugdahl K & Johnsen E. (2015). Suicidality in schizophrenia spectrum disorders: the relationship to hallucinations and persecutory delusions. *Eur Psychiatry.*; 30 (7): 830-6.

Krabbendam L, Myin-Germeys I, Hanssen M, Bijl RV, de Graaf R, Vollebergh W, Bak M & van Os J. (2004). Hallucinatory experiences and onset of psychotic disorder: evidence that the risk is mediated by delusion formation. *Acta Psychiatr. Scand.*; 110: 264–272.

Langer AI, Cangas AJ & Serper M. (2011). Analysis of the multidimensionality of hallucination-like experiences in clinical and nonclinical

Spanish samples and their relation to clinical symptoms: implications for the model of continuity. *Int J Psychol.*; 46 (1): 46-54.

Larøi F, Sommer IE, Blom JD, Fernyhough C, Ffytche DH, Hugdahl K, Johns LC, McCarthy-Jones S, Preti A, Raballo A, Slotema CW, Stephane M & Waters F. (2012). The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and nonclinical groups: state-of-the-art overview and future directions. *Schizophr Bull.*; 38 (4): 724-33.

Larøi F. (2012). How do auditory verbal hallucinations in patients differ from those in non-patients? *Front. Hum. Neurosci.*; 6: 25.

Launay, G & Slade, PD. (1981). The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Personality and Individual Differences*; 2: 221-234.

Leudar I, Thomas P, McNally D & Glinski A. (1997). What voices can do with words: pragmatics of verbal hallucinations. *Psychol Med.*; 27(4):885-98.

Lobban, F., Haddock, G., Kinderman, P., & Wells, A. (2002). The role of metacognitive beliefs in auditory hallucinations. *Personality and Individual Differences*; 32 (8):1351–1363.

McCarthy-Jones S. (2012). Taking back the brain: could neurofeedback training be effective for relieving distressing auditory verbal hallucinations in patients with schizophrenia? *Schizophr Bull.*; 38 (4): 678-82.

McGuire PK, Silbersweig DA, Wright I, Murray RM, David AS, Frackowiak RS, Frith CD. (1995). Abnormal monitoring of inner speech: a physiological basis for auditory hallucinations. *Lancet.*; 346 (8975): 596-600.

Moritz S & Larøi F. (2008). Differences and similarities in the sensory and cognitive signatures of voice-hearing, intrusions and thoughts. *Schizophr. Res.*; 102: 96–107.

Morrison AP & Baker CA. (2000). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a comparative study of intrusions in psychosis. *Behav Res Ther.*; 38 (11): 1097-106.

Morrison AP, Wells A & Nothard S. (2000). Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *Br J Clin Psychol.*; 39 (Pt 1):67-78.

Nayani TH & David AS. (1996). The auditory hallucination: a phenomenological survey. *Psychol Med.*; 26 (1): 177-89.

Palmer BA, Pankratz VS & Bostwick JM. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry.*; 62(3):247-53.

Paulik G, Badcock JC & Maybery MT. (2006). The multifactorial structure of the predisposition to hallucinate and associations with anxiety, depression and stress. *Pers. Individ. Dif.*; 41: 1067–1076.

Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K, Krausz M, Lester D, Meltzer HY, Modestin J, Montross LP, Mortensen PB, Munk-Jørgensen P, Nielsen J, Nordentoft M, Saarinen PI, Zisook S, Wilson ST, Tatarelli R. (2007). Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry*; 6: 10.

- Pompili M, Girardi P, Ruberto A & Tatarelli R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nord J Psychiatry.*; 59 (5): 319-24.
- Read JP, Stern AL, Wolfe J & Ouimette PC. (1997). Use of a screening instrument in women's health care: detecting relationships among victimization history, psychological distress, and medical complaints. *Women Health.*; 25 (3): 1-17.
- Ross CA, Anderson G & Clark P. (1994). Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry.*; 45 (5): 489-91.
- Rothbart MK, Ahadi SA & Evans DE. (2000). Temperament and personality: origins and outcomes. *J Pers Soc Psychol.*; 78 (1): 122-35.
- Rothbart MK, Ellis LK, Rueda MR & Posner MI. (2003). Developing mechanisms of temperamental effortful control. *J Pers. Dec.*; 71 (6): 1113-43.
- Sacks O. (2012). *Hallucinations*. New York: Alfred A. Knopf.
- Sansonnet-Hayden H, Haley G, Marriage K & Fine S. (1987). Sexual abuse and psychopathology in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*; 26 (5): 753-7.
- Scott J, Chant D, Andrews G & McGrath J. (2006). Psychotic-like experiences in the general community: the correlates of CIDI psychosis screen items in an Australian sample. *Psychol. Med.*; 36: 231-238.
- Shavitt RG, Belotto C, Curi M, Hounie AG, Rosario-Campos MC, Diniz JB, Ferrao YA, Pato MT, Miguel EC. (2006): Clinical features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*; 47(4):276-81.
- Shergill SS, Murray RM & McGuire PK. (1998). Auditory hallucinations: a review of psychological treatments. *Schizophr Res.*; 32 (3): 137-50.
- Slade, PD & Bentall, RP. (1988). *Sensory deception; a scientific analysis of hallucination*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Slotema CW, Blom JD, de Weijer AD, Diederer KM, Goekoop R, Looijestijn J, Daalman K, Rijkaart AM, Kahn RS, Hoek HW, Sommer IE. (2011). Can low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation really relieve medication-resistant auditory verbal hallucinations? Negative results from a large randomized controlled trial. *Biol Psychiatry.*; 69 (5): 450-6.
- Sommer IE, Daalman K, Rietkerk T, Diederer KMJ, Bakker S, Wijkstra J & Boks MPM. (2010). Healthy individuals with auditory verbal hallucinations; who are they? *Psychiatric assessments of a selected sample of 103 subjects*. *Schizophr Bull.*; 36: 633-641.
- Sommer IE, van der Spek DW. (2016). [Hearing voices does not always constitute a psychosis]. *Ned Tijdschr Geneesk.*; 160 (0):D492.
- Stanghellini G, Langer AI, Ambrosini A & Cangas AJ. (2012). Quality of hallucinatory experiences: differences between a clinical and a non-clinical sample. *World Psychiatry*; 11 (2): 110-3.
- Taylor, F. (1981). On pseudo-hallucinations. *Psychological Medicine*, 11(2), 265-271.

- Temmingh H, Stein DJ, Seedat S & Williams DR. (2011). The prevalence and correlates of hallucinations in a general population sample: findings from the South African Stress and Health Study. *Afr J Psychiatry.*; 14, 211–217.
- Tien AY. (1991). Distributions of hallucination in the population. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*; 26; 287–292.
- van der Meer L, van't Wout M & Aleman A. (2009). Emotion regulation strategies in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.*; 170: 108–113.
- van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P & Krabbendam L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol. Med.*; 39: 179–195.
- Verdoux H & van Os J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophr Res.*; 54 (1-2): 59-65.
- Waters F, Blom JD, Jardri R, Hugdahl K & Sommer IEC. (2017). Auditory hallucinations, not necessarily a hallmark of psychotic disorder. *Psychol Med*:1-8.
- Waters F, Woodward T, Allen P, Aleman A, Sommer I. (2012). Self-recognition deficits in schizophrenia patients with auditory hallucinations: a meta-analysis of the literature. *Schizophr Bull.*; 38(4):741-50.
- Waters FA, Badcock JC, Michie PT, & Maybery MT. (2006). Auditory hallucinations in schizophrenia: intrusive thoughts and forgotten memories. *Cogn Neuropsychiatry.*; 11 (1): 65-83.
- Waters FAV, Badcock JC, Maybery MT & Michie PT (2003). Inhibition in schizophrenia: association with auditory hallucinations. *Schizophr. Res.*; 62: 275–280.

¹ Impaired Reality Testing

² Psychotic Hallucinations

³ Non-Psychotic Hallucinations

⁴ Imaged Pseudo-hallucination

⁵ Perceived Pseudo-hallucination

⁶ Focal

⁷ Psychotic Symptom Rating Scales, PSYRATS

⁸ Retrospective case control design

⁹ Revised Hallucination Scale

¹⁰ Launay-Slade Hallucination Scale (LSHS) : وهو مقياس مكون من ١٢ بند لمقياس تقدير ذاتي.

¹¹ Effortful control : والوصف بالمجهد حيث أنه ينقل الإحساس بأن ذلك يعتبر نشاطا تنفيذيا ومخططا له (Nigg, 2000; Kochanska & Knaack, 2003.)

¹² Inhibitory control

