فاعلية برنامج يستند على العلاج المعرفي السلوكي في خفض الأعراض المصاحبة لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) لدى طلبة الجامعة (دراسة تجريبية - إكلينيكية).

د. يحيى مبارك سليمان خطاطبة

أستاذ الإرشاد النفسي المشارك – كلية العلوم الاجتماعية

جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.

الملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى قياس فاعلية برنامج يستند على العلاج المعرفي السلوكي في خفض الأعراض المصاحبة لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) لدى طلبة الجامعة (تجريبياً، وإكلينيكيا)، تكونت عينة الدراسة من (ن =٢٢) طالباً في الدراسة التجريبية، ممن حصلوا على أعلى الدرجات في مقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) والأعراض المصاحبة وتشمل: (أعراض القلق، الشعور بالضيق النفسي، الغضب والاشمئزاز)، بينما بلغ عدد أفراد الدراسة الإكلينيكية (ن = ١) طالباً. استخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي بتصميم المجموعات المتكافئة عشوائياً بقياسات قبلية وبعدية وتتبعيه للمجموعة التجريبية فقط، والمنهج الإكلينيكي للعينة الإكلينيكية.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام عدد من الأدوات في كلا الدراستين (التجريبي، الإكلينيكي)، وهي: مقياس الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) (Siepsiak,etal,2020)، ومقياس أعراض القلق (Beck, etal& Steer,1988). ومقياس الشعور بالضيق النفسي (Kessler, 1996) ومقياس الغضب والاشمئزاز (Novaco, 2003) وقائمة الأعراض الاكتئابية (Beck,etal, 1996) واستمارة دراسة الحالة، واختبار تفهم الموضوع (للعينة الإكلينيكية).تألف من (١٤) جلسة، موزعة على ثمانية أسابيع بواقع جلستين أسبوعياً، إضافة إلى الجلستين الأولية والختامية التي طُبق فيها القياس القبلي والبعدي.

أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التدريبية ومتوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة

على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) والأعراض المصاحبة، ويشمل: (أعراض القلق، الشعور بالضيق النفسي، الغضب والاشمئزاز) في القياس البعدي ولصالح أفراد المجموعة التجريبية، ما يشير إلى كفاءة البرنامج المُستخدم في الدراسة الحالية، وبينت نتائج المقارنات البعدية للمجموعة التجريبية والاختبار التتبعي بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية المشاركين في البرنامج ما بين القياسين البعدي والتتبعي على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) والأعراض المصاحبة، (أعراض القلق، الشعور بالضيق النفسي، الغضب والاشمئزاز). مما يؤكد استمرار أثر البرنامج وفعاليته لدى أفراد المجموعة التجريبية. كما اتضح وجود تشابه في الديناميات النفسية لدى الطلبة باستخدام بعض الاختبارات الاسقاطية، وتم تفسير النتائج في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسات السابقة.

كلمات مفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي، اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا).

فاعلية برنامج يستند على العلاج المعرفي السلوكي في خفض الأعراض المصاحبة لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) لدى طلبة الجامعة (دراسة تجريبية - إكلينيكية).

د. يحيى مبارك سليمان خطاطبة
أستاذ الإرشاد النفسي المشارك – كلية العلوم الاجتماعية
جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.

مقدمة ومشكلة الدراسة

يُصاحب إصابة الفرد باضطراب نفسي عدد من المؤشرات والأعراض الإكلينيكية الأخرى، حيث يتضح وجود علاقة بين اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) Misophonia بالتشخيصات النفسية، والحالة الانفعالية للفرد، بما في ذلك القلق واضطرابات المزاج واضطرابات الأكل، واضطرابات الشخصية، ويرتبط ارتفاع درجة اضطراب الحساسية للأصوات (الميزوفونيا) بمستوياتٍ أعلى من الأعراض الإكتئابية والقلق، والغضب والاشمئزاز. وتتقاطع أعراض اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) إلى حدٍ ما مع العديد من الاضطرابات النفسية الأخرى المعترف بها، مثل: الرُهاب المحدد، واضطراب الوسواس القهري (OCD)، واضطراب المعالجة الحسية (SPD)، واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، ولم يتم تسجيل أعراض اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) بشكلٍ كافٍ من خلال أي تشخيص في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5)؛ Wiese, (Wojcik, & Storch, 2021). والميزوفونيا هي حالة تتميز بالاستجابة العاطفية للنظام التحفيزي الدفاعي للأصوات المتكررة وذات الصلة بالشخصية، مثل: (الأكل والشم)، وتترافق مع مجموعة من الاضطرابات النفسية، بما في ذلك اضطرابات الشخصية، وتكون ردة فعل المريض العاطفية سلبية، مثل: (القلق، والإثارة، والانزعاج) لأصوات معينة، مثل: (النقر بقلم الحبر (بشكلٍ متكرر)، والكتابة، والمضغ، والتنفس، والبلع، والتنصت على الأقدام (Jastreboff & Jastreboff, 2002)، في حين أنّ الخوف والقلق والغضب والاشمئزاز هي العواطف السائدة في هذا الاضطراب، فضلاً عن (التهيج، والتوتر، والقلق، والتفاقم،

والشعور السلبي) (Rouw, Erfanian 2018). وقد يتفاعل المصاب بالميزوفونيا بالخوف أو الانزعاج أو الغضب؛ مما قد يعتبره فرقعة مزعجة للعلكة أو المضغ بصوت عالٍ، وقد يحاول الابتعاد عن مصدر الأصوات المزعجة والانخراط فيها، مثل: الصراخ في وجه هذا الشخص أو ضربه، ويتمثل أحد الجوانب الرئيسية لهذا الاضطراب في أنه بمجرد تعرض المريض لما يعتبره محفزًا هجوميًا، يبدأ رد الفعل عادةً بالتهيج أو الاشمئزاز ثم يتصاعد بسرعة إلى مستوى متطرف لا يتناسب بشكلٍ واضح مع المحفز من حيث الغضب والكراهية أو الاشمئزاز، ويعتقد مريض اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) عادة أن استجابته لا يُمكن السيطرة عليها (Natalini, etal. 2020)

وعند الحديث عن الأعراض النفسية المصاحبة لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات يتضح ارتباطها بعدد من الاضطرابات النفسية الأخرى حيث أشار رو وارفانين (Rouw, Erfanian 2018) بوجود علاقة إيجابية بين الاكتئاب (Depression) وشدة أعراض الميزوفونيا الذي تم تشخيصه بنسبة (٢٢%) على عينة مكونة من (٥٠) شخصاً يعانون من الميزوفونيا، ويزداد الاكتئاب والقلق مع زيادة درجة الانزعاج العام بنسبة (٩٥%)، ويرى كافانا وسيري (Cavanna & Seri, 2015) أن الميزوفونيا والقلق (Anxiety) نوعان من الاضطرابات المنفصلة، يتفاعل كلاً منهما بنفس الأنظمة العصبية الفسيولوجية، أي عندما يشعر المرء بالقلق، يتم تنشيط جزء الدماغ، فعندما يشعر الفرد بالقلق أو يتفاعل بشكلٍ كبير مع محفزات الميزوفونيا، يشعر بتأثيرات الجهاز العصبي، مثل، زيادة نبضات القلب، وتعرق راحة اليد، وتتشكل أفكارًا في نفس الوقت حول ما يحدث، وفي الغالب، تبدأ الميزوفونيا بحافز خارجي، مثل: (عادة صوت، وأحيانًا إشارة بصرية)، إذا لم يكن الصوت موجودًا، فلن يتفاعل المرء معه، أمّا القلق فقد يؤدي التحفيز الداخلي إلى تنشيط الجهاز العصبي.

ويصاحب هذا الاضطراب الشعور بالضيق النفسي (Psychological distress)؛ مما يتسبب في التوتر والقلق والاكتئاب، ويُعرّف بأنه " مجموعة من الأعراض والتجارب المتعلقة بحياة الشخص الداخلية؛ ومشاعر الاضطراب أو الارتباك أو الخروج عن المألوف". بينما يُعاني كل شخص من نقصٍ في الطاقة أو التركيز من حينٍ لآخر، أو الشعور بالاضطراب، وغالبًا ما يكون للضيق النفسي تأثير أكثر عمقًا على الفرد، ويوصف الضيق

النفسي بالمشاعر أو العواطف غير السارة التي يشعر بها الفرد، وتعيق حياته اليومية، وتؤثر على كيفية تفاعله مع الأشخاص من حوله، ويؤثر على مشاعر الشخص بطريقة سلبية، وتحدث حالات الضيق النفسي البسيط بسبب الإرهاق والتعب و بعض المشاكل اليومية، مثل: نسيان مفاتيح السيارة أو التأخر عن حدث ما، أو ردة الفعل السلبية نحو حساسية الأصوات، ينتج عنها صعوبة في إدارة الغضب، والسلوك القهري، وتغيير كبير في السلوك الاجتماعي، وتقلبات المزاج .(Chalkley, 2015)، وفيما يتعلق بالغضب يُعرف بأنه "شعور بالانزعاج أو الاستياء أو العداء، وتختلف الطريقة التي يُعبر بها عن هذه المشاعر من فرد لآخر، حيث أن الغضب المرتبط باضطراب حساسية الأصوات (الميزوفونيا)، ويُعرف بأنه حالة يشعر فيها الأفراد بالغضب الشديد والاشمئزاز عندما يواجهون أصواتًا صادرة عن أشخاص آخرين، وعادة ما يظهر نفسه في الرغبة في مقاومة السبب المفترض لهذا الشعور (Tafrate, & Kassinove, 2019)، والغضب عاطفة حتمية يشعرُ بها البشر من وقتٍ لآخر، ويمكن السيطرة عليه من خلال فهم الغضب، والتأكد من المشاعر كي لا تتفاقم، ويحدث الغضب عندما يقترن الألم ببعض الأفكار التي تثيره، مثل: التقييمات الشخصية أو الافتراضات أو التقييمات أو التفسيرات للمواقف التي تجعل الأفراد يعتقدون أن شخصًا آخر يحاول إيذائهم (بوعي أو بغير وعي)، وقد يكون الغضب عاطفة بديلة، بمعنى أنه في بعض الأحيان يغضب الناس أنفسهم حتى لا يشعروا بالألم، ويغيروا شعورهم بالألم إلى غضب لأن الشعور بالغضب أفضل من الشعور بالألم (Potter-Efron, 2007).

ويمكن القول أن اضطراب حساسية الأصوات المزعجة يتسبب بعددٍ من الأمراض والاضطرابات النفسية الأخرى (المصاحبة) وأكد شيكلمان وآخرون (Schecklmann, etal, 2014) أن أكثر من (٥٠%) من المرضى الذين يعانون من احتداد السمع يعانون أيضًا من بعض أشكال الاضطرابات النفسية الأخرى، فقد أجريت دراسة حديثة في المملكة المتحدة على (١٣٩) شخصاً يعانون من الاضطراب وبعض الأفكار الانتحارية، وفي ضوء تعدد النظريات والمناهج العلاجية لعلاج الاضطراب والأعراض المصاحبة فإن العلاج السلوكي المعرفي فعّالاً في خفض حدة الاضطراب والأعراض المصاحبة وتحسين نوعية الحياة وفقا لما أشارت له نتائج الدراسات (Lewin, etal, 2021; Ferrer-Torres, & Giménez-Llort, 2021; Daniels, Rodriguez, & Zabelina, 2020; Vanaja, & Abigail,

2020) بكونه يركز على الاستجابات العاطفية الأولية، مثل: (الغضب والتهيج) والأحاسيس الجسدية، مثل: (شد المعدة، الإحساس بالوخز الشبيه بالثبات) وعادة تتبع المشاعر الأولية بردود الفعل مفرغة تنطوي عليها أفكار سلبية تؤدي إلى المزيد من المشاعر السلبية والأحاسيس الجسدية؛ مما يؤدي إلى تفاقم المشاعر حول هذه الأصوات، كما أن المهارات التدريبية التي يكتسبها المشاركون في البرنامج تساعد على الضبط الذاتي، والتنظيم الخاص بالانفعالات، والقدرة على التعامل مع الغضب، والمواقف التي تبعث على الاشمئزاز. بالإضافة إلى ملاحظة بعض الحركات التي قد تؤدي إلى ردود فعل مرتبطة بمشاعر الضيق والاشمئزاز والتهيج والغضب، مما يؤدي إلى زيادة التركيز على مصدر الصوت، ويهدف التدخل في العلاج المعرفي السلوكي في حالات الضيق المرتبطة بالميزوفونيا إلى كسر الحلقة المفرغة من خلال مساعدة الفرد على استكشاف عمليات التفكير السلبي وتعديلها (Murza, etal, 2014).

وبيّن لانجوث (Langguth,2011) أن نسبة انتشار الاضطراب تتراوح بين (٥-١٥%) بين السكان، حيث ينعكس بنسبة (١٠%) على نوعية حياتهم والأعراض المصاحبة كاضطراب النوم والقلق والاكتئاب والتهيج وصعوبة التركيز . وعليه فإن مشكلة الدراسة الحالية تتركز في الإجابة على السؤال الرئيس وهو فاعلية برنامج يستند على العلاج المعرفي السلوكي في خفض الأعراض المصاحبة لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) لدى طلبة الجامعة (دراسة تجريبية -إكلينيكية).

مشكلة الدراسة:

يُعاني الأشخاص المصابون بالحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) أثناء تعرضهم لبعض المحفزات السمعية من مشاعر قوية وفورية وغير مرغوب فيها، وردود فعل فسيولوجية، مثل: زيادة معدل ضربات القلب، والتعرق وتوتر العضلات، ومن المشاعر المهيمنة المتعلقة بالميزوفونيا الغضب والاشمئزاز والتهيج الشديد والقلق، ولا يرتبط اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) بتجربة الخوف من الصوت أثناء حدوثه Siepsiak, Śliwerski, & Łukasz Dragan, 2020). ويشعر المرضى بالألم، وعدم الارتياح ويرتبط باضطرابات نفسية أخرى، كما يشعرون بالرعب الشديد والاشمئزاز تجاه الأشخاص أو الأشياء التي تنتج أصواتًا معينة، وتختلف الأعراض المصاحبة للحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) بين الأفراد

لانخفاض تحمل الصوت لكونه استجابة لأصوات معينة بوجود استجابة عاطفية شديدة بشكل غير طبيعي، وقد ترتبط في بعض الحالات بإصابة الدماغ، حيث يُعاني المرضى من انخفاض تحمل الصوت بعد الإصابة، وعلى العكس من ذلك فقد يشعر بعض الناس بالمتعة والرفاهية كاستجابة لأصوات معينة (Naylor, eatl, 2021)، وقد لوحظ في الآونة الأخيرة زيادة حدة انتشار الاضطراب والأمراض النفسية لدى الأفراد، كاضطرابات القلق، والوساوس القهرية، والمزاج السيء، وبلغت نسبة انتشار الميزوفونيا وفقا لدراسة أمريكية أجريت على طلبة الجامعة أن (١٦,٩%) منهم يعاني من هذا النوع من الاضطرابات (Wu, etal,214) ، وفي الصين بلغت نسبة انتشارها كاضطراب لدى طلبة الجامعية بنسبة (٢٠%) (Zhou, Wu, & Storch,2017)، وأكد معهد الدراسات الخاصة بالميزوفونيا شيوع هذا الاضطراب، وتأثيره على (١٥٪)، وهو أكثر شيوعًا لدى النساء منه عند الرجال (Misophonia Institute, 2021).

وتمثلت المبررات التي انطلقت منها مشكلة الدراسة الحالية بقلة الدراسات العربية التي أجريت على هذا النوع من الاضطرابات _في حدود الاطلاع _ والأعراض المصاحبة في المجال النفسي بالرغم من حدة الآثار النفسية الناتجة عنه، وزيادة انتشارها، وكثرة الدراسات التي تناولتها في مجالات السمع، والتخاطب، وطب الأنف، والأذن والحنجرة والطب النفسي، وبسبب الحاجة إلى تحديد معايير تشخيصية موحدة لزيادة التعرف على الأعراض المصاحبة لهذا الاضطراب، وتطوير الدراسات التجريبية، والإكلينيكية، ولعدم وجود معايير رسمية لتشخيص الميزوفونيا في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) ؛ فقد قد اقترح لوين وزملاؤه " (Lewin, etal,2015) تصنيفها بشكل مناسب تحت عنوان "الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة".

وعليه وفي ضوء نتائج الدراسات السابقة (Lewin, etal, 2021; Ferrer-Torres, & Giménez-Llort, 2021; Daniels, Rodriguez, & Zabelina, 2020; Vanaja, & Abigail, 2020; Siepsiak, etal, 2020; Aazh, etal, 2019; Quek, etal, 2018; Schröder, etal, 2017; McGuire, Wu, & Storch,2015 التي أكدت على وجود هذا الاضطراب وأعراضه من جانب نفسي، وعلاقته بعدد من الاضطرابات والأمراض النفسية التي جاءت كأعراضٍ مصاحبه، مثل: (الأعراض الاكتئابية، والقلق، والغضب،

والاشمئزاز، والوسواس القهري، والأفكار اللاعقلانية، والسلوكيات المتعلقة بسرعة الاستثارة، وعدم القدرة على الضبط الذاتي وإدارة القلق بطريقة بناءه، وارتباطها باستجابات جسدية، وعاطفية، بالإضافة إلى الاستجابات الفسيولوجية المصاحبة، ووجود بعض الدارسات الإكلينيكية والتدخلات العلاجية في المجال النفسي، مثل: العلاج السلوكي المعرفي الذي تبين فعاليته بشكلٍ كبير؛ فضلاً عما لاحظه الباحث من بعض الاستشارات النفسية المتعلقة بهذا النوع من الاضطرابات والأعراض المصاحبة له. وعليه فقد تجسدت مشكلة الدراسة الحالية في قياس فاعلية برنامج يستند على العلاج المعرفي السلوكي في خفض الأعراض المصاحبة لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) لدى طلبة الجامعة (دراسة تجريبية – إكلينيكية).

أسئلة الدراسة:

تسعى الدراسة إلى الإجابة على التساؤلات التالية:

١. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة على الأعراض المصاحبة للحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) ويشمل: (أعراض القلق، الشعور بالضيق النفسي، الغضب والاشمئزاز) لدى طلبة الجامعة في القياس البعدي في اتجاه المجموعة التجريبية.
٢. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على الأعراض المصاحبة للحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) ويشمل: (أعراض القلق، الشعور بالضيق النفسي، الغضب والاشمئزاز) لدى طلبة الجامعة في القياسين البعدي والتتبعي.
٣. هل يوجد تشابه في الدينامية النفسية لدى طلبة الجامعة باستخدام الأعراض المصاحبة للحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) ويشمل: (أعراض القلق، الشعور بالضيق النفسي، الغضب والاشمئزاز، الأعراض الاكتئابية) واختبار تفهم الموضوع

أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة إلى ما يلي

١. بناء برنامج يستند على العلاج المعرفي السلوكي في خفض الأعراض المصاحبة لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) لدى طلبة الجامعة.
٢. قياس فعالية برنامج إرشاد جمعي في خفض الأعراض المصاحبة لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) لدى طلبة الجامعة.
٣. التعرف على الفروق في الأعراض خفض الأعراض المصاحبة لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) لدى طلبة الجامعة بين المجموعتين الضابطة والتجريبية.
٤. التعرف على الخصائص الدينامية النفسية المشتركة بين طلبة الجامعة الذين يعانون من مستوى مرتفع من الأعراض النفسية المصاحبة لاضطراب (الميزوفونيا).

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدارسة في كونها من أوائل الدراسات العربية _في حدود الاطلاع_ التي تناولت فاعلية برنامج إرشادي مستند على العلاج المعرفي السلوكي في خفض الأعراض المصاحبة لاضطراب (الميزوفونيا)، وتتحدد الأهمية في جانبين، هما: **الجانب النظري** وتأتي الأهمية النظرية بكونها الدراسة الأولى التي تتناول هذا النوع من الاضطرابات، فضلاً عن أهدافها التي تسعى إلى تحقيقها، والمتغيرات التي تتناولها، بكونها تُسهم بإثراء المكتبة العربية بنوعٍ مستجد من الاضطرابات النفسية الحديثة والأعراض المصاحبة لها، وقدرة الاختبارات النفسية والإسقاطيه في تحديد الدينامية النفسية للطلبة الذين يعانوا من درجة مرتفعة من الأعراض المصاحبة للاضطراب.

وفي الجانب التطبيقي تبرز الأهمية التطبيقية في كونها توفر برنامجاً ارشادياً مستنداً على العلاج المعرفي السلوكي في خفض الأعراض المصاحبة لاضطراب الميزوفونيا، وإمكانية تطبيق البرنامج الإرشادي من قبل المرشدين والأخصائيين النفسيين على فئات أخرى مشابهة، وبيئات مختلفة، وقد تكون نتائجها مصدرا للجهات الرسمية ذات العلاقة في مجال الصحة النفسية، وتقديم الخدمات النفسية لغايات التخطيط لعلاج هذا النوع من الاضطرابات والأعراض المصاحبة، وتوفير عدد من المقاييس المترجمة والمقننة على البيئة المحلية، وتشمل (أعراض

القلق، والغضب، والاشمئزاز، (الميزوفونيا)، وبعض المقاييس الإكلينيكية، مثل: اختبار تفهم الموضوع لحالة تعاني من شدة الاضطراب والأعراض المصاحبة، ومساعدة المختصين في تقديم التخطيط والعلاج الفردي والجمعي لهذا النوع من الاضطرابات.

مصطلحات الدراسة:

- **البرنامج المستند على العلاج المعرفي السلوكي** (Cognitive behavioral therapy) يُعرف بأنه" شكل من أشكال الإرشاد يضم فيه عدد من المسترشدين الذين يتشابهون في مشكلاتهم، واضطراباتهم النفسية كجماعات صغيرة، ولديهم هدفاً واضحاً وهو مواجهة العقبات التي تعترضهم، وتحقيق صحتهم النفسية، وفهم احتياجاتهم، ويتم تدريبهم على بعض المهارات الأساسية (لامسون، وجاكوبس وهارفل وسيجميل، ٢٠١٣). ويُعرف إجرائياً في الدراسة الحالية بأنه برنامج يتكون من (١٤) جلسة إرشاد جمعي في مدة زمنية تتراوح (٦٠-٧٥) دقيقة، ويستند هذا النمط من العلاج على نموذج التشغيل المعرفي للمعلومات (العمليات العقلية) الذي يرى أنه خلال فترات التوتر النفسي يصبح تفكير الفرد أكثر جمودا وتشويها، ويمثل العلاج المعرفي السلوكي في هذا الإطار شكلاً من أشكال العلاج يتسم بالفاعلية والتنظيم، كما يتحدد بوقتٍ معين. بهدف خفض الأعراض المصاحبة لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) باستخدام بعض الفنيات السلوكية كالنمذجة، ولعب الأدوار، والتغذية الراجعة، والسيكودرما، وبعض الفنيات المعرفية كالتخيل، وإعادة البناء المعرفي، والتدريب على التخلص من الأفكار السلبية، واستبدالها بأفكار إيجابية، والكشف عن الذات، والحوار والمناقشة، والاسترخاء، وتمارين اليوقا (Gillihan, 2020).

- **الأعراض المصاحبة لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا)** (Accompanying Symptoms Misophonia) تبنى الباحث تعريف الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) وفقا لتعريف معدوا الأداة سيبسيكا وسليويرسكا وتيكساز درقان (Siepsiak, Śliwerski, & Łukasz Dragan,2020)إجرائياً بأنها " فرط الحساسية لوجود (أو توقع) صوت معين قد يكون مصحوبًا بإثارة مفرطة أو تهيج أو غضب، أو مخاوف، وهي حالة مرتبطة بتجربة الأحاسيس النفسية عند التعرض لمحفزات صوتية معينة، ويعاني المصابون أثناء تعرضهم لبعض المحفزات السمعية من مشاعر قوية وفورية وغير مرغوب

فيها وردود فعل فسيولوجية، مثل: زيادة معدل ضربات القلب، والتعرق وتوتر العضلات. وتستوفي الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) العديد من المعايير العامة للاضطراب النفسي ولديها بعض الأدلة الإكلينيكية كتركيب تشخيصي. وتُقاس بالدرجة الكلية التي يسجلها المفحوص من أفراد عينة الدراسة بأسلوب التقدير الذاتي لمستويات الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) على الأداة المستخدمة في الدراسة الحالية. وتشمل الأعراض المصاحبة لهذا الاضطراب، ما يلي:

- **أعراض القلق** (Anxiety Inventory (AI تبنى الباحث تعريف أعراض القلق وفقاً لتعريف معدوا الأداة بيك، ابيستسن، وبراون، وسيتر (Beck, Epstein, Brown, & Steer,1988). إجرائياً بأنها "مجموعة من أعراض القلق وتشتمل على عدد من الأعراض التي يُعاني منها الشخص نتيجة تعرضه للقلق، مثل الأعراض الجسدية، وتشمل: الخدر، الإحساس بالحرارة، والإغماء، وارتعاش الأطراف، والأعراض النفسية، وتشمل: الخوف، والاكتئاب". وتُقاس بالدرجة الكلية التي يسجلها المفحوص من أفراد عينة الدراسة بأسلوب التقدير الذاتي لمستويات الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) على الأداة المستخدمة في الدراسة الحالية.

- **الشعور بالضيق النفسي:** psychological distress تبنى الباحث تعريف أعراض القلق وفقا لتعريف معد الأداة كيسلر (Kessler, 1996) إجرائياً بأنه " مجموعة من الأعراض النفسية والجسدية المؤلمة التي ترتبط بالتقلبات الطبيعية للمزاج، وفي بعض الحالات، قد يشير الضيق النفسي إلى بداية اضطراب اكتئابي أو اضطراب القلق أو انفصام الشخصية أو اضطراب الجسدنة أو مجموعة متنوعة من الحالات السريرية الأخرى، وهو تجربة غير سارة ذات طبيعة عاطفية أو نفسية أو اجتماعية أو روحية تتعارض مع القدرة على التأقلم، يمتد على طول سلسلة متصلة من المشاعر العادية الشائعة للضعف والحزن والمخاوف إلى المشاكل التي تؤدي إلى الإعاقة، مثل: الاكتئاب الحقيقي، والقلق، والذعر، والشعور بالعزلة، أو في أزمة روحية. وتُقاس بالدرجة الكلية التي يسجلها المفحوص من أفراد عينة الدراسة بأسلوب التقدير الذاتي لمستويات الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) على الأداة المستخدمة في الدراسة الحالية

- **الغضب وقائمة الاشمئزاز** Anger –Provocation Inventory تبنى الباحث تعريف أعراض القلق وفقاً لتعريف معد الأداة نوفاكو (Novaco, 2003) إجرائياً بأنه "عاطفة سلبية تحدث بشكل متكرر، وأشكالها تتراوح بين المعتدلة إلى الشديدة يمكن أن يتعرض لها أي فرد عدة مرات في اليوم، يتم اختبارها بشكلٍ ذاتي كحالة شديدة الإثارة والاضطراب والعداء، ويمثل مصطلح المشاعر الجماعية مختلفًا لأنماط رد الفعل على المنبهات المثيرة للذكريات الشخصية، العاطفية، المعرفية، الفسيولوجية، وغالبًا ما ينطوي هذا الغضب على مجموعة متنوعة من المشاعر التي توصف بأنها تهيج، ومضايقة، واشمئزاز، واستياء، وغضب، وكراهية. وتُقاس بالدرجة الكلية التي يسجلها المفحوص من أفراد عينة الدراسة بأسلوب التقدير الذاتي لمستويات الحساسية تجاه الغضب والاشمئزاز على الأداة المستخدمة في الدراسة الحالية.

- **الأعراض الاكتئابية** (Beck Depression Inventory) تبنى الباحث تعريف أعراض القلق وفقا لتعريف معدوا الأداة بيك وستير وبرون (Beck, Steer, &Brown, 1996) إجرائياً بأنها اضطرابات مزاجية تسبب الشعور الدائم بالحزن وفقدان الاهتمام، ويؤثر على الشعور والتفكير والسلوك، ويؤدي إلى مجموعة متنوعة من المشاكل العاطفية والجسدية، مثل: مشاعر الحزن، أو البكاء ، أو اليأس أو نوبات غضب أو التهيج أو الإحباط حتى من الأمور البسيطة، وفقدان الاهتمام أو المتعة في معظم الأنشطة العادية أو جميعها، مثل: الهوايات أو الرياضة، واضطرابات النوم، بما في ذلك الأرق أو النوم أكثر من اللازم، والإرهاق والافتقار إلى الطاقة، وفقدان الشهية وفقدان الوزن، أو الرغبة الشديدة في تناول الطعام وزيادة الوزن، والقلق أو الإثارة أو التململ، والشعور بانعدام القيمة أو الذنب، مع التركيز على إخفاقات الماضي أو لوم الذات. وتُقاس بالدرجة الكلية التي يسجلها المفحوص من أفراد عينة الدراسة (الإكلينيكية) بأسلوب التقدير الذاتي لمستويات الأعراض الإكتئابية على الأداة المستخدمة في الدراسة الحالية.

- **طلبة الجامعة** (University Students) يُعرف طلبة الجامعة بأنهم جميع الطلبة الملتحقين في برنامج الشهادة الجامعية الأولى لدرجة البكالوريوس في جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، وتحديداً في كلية العلوم الاجتماعية في قسم علم النفس، ممن أبلغوا درجات

مرتفعة على الأعراض المصاحبة لاضطراب (الميزوفونيا)، ووافقوا على المشاركة في الدراسة، وتراوحت أعمارهم بين (١٩– ٢٢) سنة، من المستوى الأول إلى المستوى الثامن.

حدود الدراسة: يتحدد البحث الراهن بعدد المشاركين في البرنامج الارشادي المكون من (ن= ٢٢) طالباً، وبالمقاييس المستخدمة في الدراسة لخفض الأعراض المصاحبة لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) وتشمل: (أعراض القلق، الشعور بالضيق النفسي، الغضب والاشمئزاز) للدراسة التجريبية، ومقياس الأعراض الاكتئابية، واختبار تفهم الموضوع للدراسة الإكلينيكية (ن=١) لدى طلبة جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية في مدينة الرياض، خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الجامعي ٢٠١٩–٢٠٢٠م وامتدت فترة التطبيق للبرنامج الارشادي الجمعي لمدة شهرين (ثمانية أسابيع) بواقع جلستين أسبوعياً لمدة (١٤) جلسة، إضافة إلى الجلستين الأولى والختامية التي طُبق فيها القياسين القبلي والبعدي وقياس المتابعة.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

فيما يلي عرضاً مبسطاً للإطار النظري الذي تناول متغيرات الدراسة:

اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا)

أُشتق مصطلح (الميزوفونيا) من الجذر اليوناني للكلمات (ميزو – وفون)، التي تُرجمت إلى الصخب من الصوت، تمت صياغة المصطلح لأول مرة في عام (٢٠٠١) للتمييز بين الميزوفونيا واضطرابات تحمل الصوت المنخفضة الأخرى التي رأوها سريريًا، أو الحالة التي يُشار إليها باسم متلازمة حساسية الصوت الانتقائية (Pellicori, 2020). وبشكل عام (الميزوفونيا) هو حالة عصبية وسلوكية تتميز باستجابة جسدية وعاطفية معاكسة فورية لأصوات محددة قائمة على النمط المتكرر بغض النظر عن جهارة الصوت، مما ينتج سلوكيات غير قابلة للتكيف وإثارة للجهاز العصبي. ويُدعى الميزوفونيا (Misophonia) بمتلازمة حساسية الصوت الانتقائية (Selective Sound Sensitivity Syndrome) كاضطراب عصبي، يتميز بردة فعل انفعالية سلبية تجاه سماع بعض الأصوات المهموسة، خصوصاً حس الأصوات في الفم؛ كالمضغ، والنفس، والسعُال، وغيرها من الأصوات الخفية؛ كصوت الكتابة على لوحة المفاتيح، وصرير القلم (Cavanna, 2014). وهي حالة تتميز بالاستجابة العاطفية للنظام التحفيزي الدفاعي للأصوات المتكررة وذات الصلة بالشخصية، مثل: (الأكل

والشم)، وقد تترافق معه مجموعة من الاضطرابات النفسية، بما في ذلك اضطرابات الشخصية (Cassiello-Robbins, etal, 2021).

ونشر كل رو وعرفانيان (Rouw, & Erfanian, 2018) بدارستهم التي أجريت على عينه مكونة من (٣٠٠) مشارك لجنسيات متنوعة (٣٦) جنسية لتحديد مدى انتشار الأحاسيس الجسدية والاستجابات الفسيولوجية بين المصابين بالميزوفونيا. بينت النتائج أن ردود الفعل الجسدية الثلاثة الأكثر شيوعًا هي العضلات المشدودة، وزيادة درجة حرارة الجسم، وارتفاع ضغط الدم، وزيادة معدل ضربات القلب، وإدراك زيادة الضغط داخل الجسم، وبعض التغيرات الفسيولوجية، مثل: تعرق راحة اليد، وصعوبة التنفس، أفاد (٨٨%) من المشاركين بتجنبهم للآخرين، (٨٧ ٪) أشاروا لصعوبة الانتباه، و (٧٤٪) علقوا أنهم شعروا بالتركيز الشديد على الضوضاء التي كان يجب التخلص منها، وأشار (٧٧ ٪) إلى أن أعراضهم أصبحت أسوأ بشكلٍ تدريجي منذ وقت ظهورها. وتضمنت الحالات الأكثر شيوعًا التي تم الإبلاغ عنها الاضطرابات المرتبطة بالقلق بنسبة (١٣ ٪)، بالإضافة إلى طنين الأذن، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بنسبة (١٢ ٪). وبوجه عام يميل المتصلون بشكلٍ مباشر بأفراد مثل العائلة والأصدقاء إلى تجنب إصدار أصوات مزعجة أثناء تناول الطعام (الالتهام والمضغ). وقد أشارت نتائج دراسة سابقة شملت (٤٢) مريضًا إلى نتائج وسلوكيات سلبية من المرضى المصابين بهذا الاضطراب كإساءة لفظية بنسبة (٢٨,٦٪)، ورمي الأشياء (١٦,٧٪)، والعدوان الجسدي (١١,٩٪). Roushani & (Honarmand, 2021).

ولم يُصنف الدليل الاحصائي والتشخيصي الخامس (DSM-5) (American Psychiatric Association 2013)معاير ومحكات التشخيص لهذا الاضطراب؛ لذا اقترح شرودر وزملاؤه (Schroder, et al,2013) معايير تشخيصية لاضطراب نفسي جديد للميزوفونيا، وهي: ١. وجود أو توقع تجربة حسية معينة، مثل: الصوت أو البصر أو أي منبهاتٍ أخرى، مثل: (أصوات الأكل، وأصوات التنفس، وأصوات الآلة وحركة الساق والاهتزاز)، مما يثير استجابة جسدية وعاطفية متهورة ومكروهة ينتج عنها التهيج أو الاشمئزاز الذي يتحول بسرعة إلى نوبات غضب ٢. التحفيز وهو منبه مشروط، باستثناء الاستجابات

التي يكون فيها المنبه غير مشروط؛ مما يؤدي إلى استجابة فسيولوجية غير مشروطة (أي استبعاد فرط الاستجابة الحسية أو اضطراب المعالجة الحسية)، ويتسبب حدوث واحد أو عدد قليل من حالات التحفيز في الاستجابة الافتراضية. ٣. يؤدي الحد الأدنى من شدة التحفيز إلى الاستجابة الافتراضية، مثل: (بكاء الطفل بصوت منخفض، أو التنفس الهادئ).٤. يثير المنبه استجابة انعكاسية جسدية فورية (عمل عضلي، دفء، ألم، أو إحساس جسدي آخر). لاحظ أن الاستجابة الجسدية لا يمكن تحديدها دائمًا، ولكن يمكن استخدام وجود استجابة جسدية فورية لتحديد الحالة بشكل أكثر وضوحًا على أنها ميزوفونيا.٥. تكون المدة المعتدلة للمحفز (١٥ ثانية) تثير الاستثارة الفسيولوجية العامة، مثل: (التعرق، وزيادة معدل ضربات القلب وتوتر العضلات).٦. عدم تنظيم الأفكار والعواطف مع نوبات عدوانية نادرة، وقد تكون هذه النوبات متكررة عند الأطفال.٧. يتم التعرف على التجربة العاطفية السلبية لاحقًا على أنها مُفرطة أو غير معقولة أو غير متناسبة مع الظروف أو الضغوطات المحرضة. ٨. يميل الفرد إلى تجنب حالة سوء الصوت. ويمكن وصف وتحديد معايير التشخيص كما يوضحها شرودر، فولينك، ودينيس (Schröder, Vulink & Denys, 2013) بما يلي: (أ) مشاعر النفور والغضب التي تثيرها أصوات معينة.(ب) نوبات نادرة قد تكون عدوانية.(ج) الاعتراف من قبل الشخص الذي يُعاني من سوء التغذية بأن سلوكه / سلوكها مفرط.(د) سلوك التجنب.(هـ) الضيق والتدخل في الحياة اليومية. (و) عدم وجود حالة أخرى لمراعاة جميع الأعراض.

الأعراض المصاحبة لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا)

تعدد الاضطرابات النفسية المصاحبة لهذا النوع من الاضطرابات، منها:

أولاً: القلق

يرتبط هذا النوع من الاضطرابات النفسية (الميزوفونيا) بعدد من الاضطرابات المصاحبة، مثل: القلق، وهو "حالة نفسية وفسيولوجية تتركب من تظافر عناصر إدراكية وجسدية وسلوكية لخلق شعور غير سار يرتبط بعدم الارتياح والخوف أو التردد. وغالباً ما يكون القلق مصحوباً بسلوكيات تعكس حالة من التوتر وعدم الارتياح، مثل: الحركة بخطوات ثابتة ذهاباً وإياباً، أو أعراض جسدية، أو الاجترار. القلق هو الشعور غير السار المصحوب بالخوف والجزع من أحداث متوقعة، مثل: الخوف من الموت، حيث يشعر الشخص بالخوف

والهلع عندما يفكر في موته (Seligman, Walker &Rosenhan,1989) ، والقلق حالة مزاجية عامة تحدث دون التعرف على آثار تحفيزها، ويختلف القلق عن الخوف، الذي يحدث في وجود تهديد ملحوظ، ويتصل الخوف بسلوكيات محددة من الهروب والتجنب، في حين أن القلق هو نتيجة لتهديدات لا يمكن السيطرة عليها أو لا يمكن تجنبها، ويكون الشعور بالخوف والقلق وعدم الارتياح مُعمماً، وتظهر حالة القلق على شكل مبالغة في رد الفعل اتجاه موقف يراه الشخص مُهدداً بشكل غير موضوعي، وقد يصحب القلق تشنجاً عضلياً، ويرافقه كذلك الأرق، والتعب والإرهاق ومشاكل في التركيز (Tsakanikos, etal, 2007) . ويُعتبر القلق كرد فعل طبيعي للضغط، وقد يساعد للتعامل مع الأوضاع الصعبة، مثل: ضغوط العمل أو المدرسة، ويدفع الشخص لمواجهة هذا الأمر، وعندما يُصبح القلق مُفرطاً، فإنه قد يندرج ضمن تصنيفات اضطرابات القلق، ويتجنب الأشخاص الذين يعانون من القلق جميع المواقف التي أثارت حالة من القلق في الماضي (Barker, 2003).

ثانياً: الشعور بالضيق النفسي

ينتشر الضيق النفسي في جميع أنحاء العالم، بما يزيد عن أكثر من (٥٤٢) مليون شخصاً يعانون من أعراض الاكتئاب أو القلق التي تمثل زيادة بأكثر من (١٨٪) من عام (٢٠٠٥-٢٠١٥)، ومن المتوقع أن يكون واحداً من كل أربعة أفراد على مستوى العالم يتأثرون بأعراض الاكتئاب في مرحلة ما من حياتهم، والشعور بالضيق النفسي ينتج عنه قلة الحماس، والشعور باليأس من المستقبل وأعراض القلق، ويختلف انتشار الضائقة النفسية والعوامل المرتبطة بها في جميع أنحاء العالم (Islam, 2019). فالضيق النفسي مصطلح عام يستخدم لوصف المشاعر أو العواطف غير السارة التي تؤثر على مستوى آداء الفرد. بمعنى آخر، إن عدم الراحة النفسية هو ما يتعارض مع أنشطة حياته اليومية، وقد يؤدي الضيق النفسي إلى وجهات نظر سلبية عن البيئة والآخرين والنفس، وينتج عنه الحزن والقلق كمظاهر للضيق النفسي (Ohayashi, 2012). وتحدث حالات الضيق النفسي البسيط بسبب الضغوط النفسية اليومية، والتعرض لتجارب مؤلمة يمر بها الفرد، مثل: المواقف والتجارب التي تهدد الحياة، والإصابة بالاضطرابات النفسية، وفقدان عزيز، والتعرض للصدمات النفسية، وأساليب التنشئة الاجتماعية القاسية، وكثرة الصراعات والمشكلات النفسية، والتعرض الدائم للعنف والعدوان

وغيرها من الاضطرابات النفسية والسلوكية تعتبر سبباً بارزًا للشعور بالضيق النفسي (Chalkley, 2015)

ويشمل الضيق النفسي أشكالًا خفيفة وحادة من حالات المزاج القلق والاكتئاب، ويُعرَّف الشعور بالضيق النفسي بأنه "تجربة عاطفية متعددة العوامل وغير سارة ذات طبيعة نفسية (معرفية وسلوكية وعاطفية) واجتماعية، أو روحية قد تتداخل مع القدرة على التعامل بشكل فعال مع السرطان وأعراضه الجسدية وعلاجه. يمتد الضيق على طول سلسلة متصلة تتراوح من المشاعر العادية الشائعة للضعف والحزن والمخاوف، إلى المشاكل التي يمكن أن تصبح معيقة، مثل: الاكتئاب، والقلق، والذعر، والعزلة الاجتماعية، والأزمة الوجودية والروحية (Mitchell, etal, 2011). ومن الأعراض التي تُلازم الشخص الذي يعاني من درجة مرتفعة من الضيق النفسي الشعور بالإرهاق أو العجز أو اليأس، والشعور بالذنب دون سبب واضح، وقضاء الكثير من الوقت في القلق، وصعوبة في التفكير أو التذكر، والنوم كثيرًا أو قليلًا جدًا، ووجود تغيرات في الشهية، والاعتماد بشكل أكبر على المواد التي تغير المزاج، مثل: الكحول، والعزلة عن الناس أو الأنشطة، والغضب أو التهيج غير عادي، والتعب، وصعوبة في مواكبة المهام اليومية، ألم جديد غير مبرر (Cuijpers, etal,2009)

ثالثاً: الغضب والاشمئزاز

يُعرّف الغضب بأنه "عاطفة تتميز بالعداء تجاه شخص ما أو شيء، وقد يكون شيئًا جيدًا للتعبير عن المشاعر السلبية، فقد يحفز لحل المشاكل وعلاجها، بينما يتسبب الغضب المفرط بارتفاع ضغط الدم والتغيرات الجسدية الأخرى المرتبطة بالغضب إلى صعوبة التفكير بشكل صحيح وإلحاق الضرر، وهو حالة عاطفية شديدة تتضمن استجابة قوية غير مريحة وغير متعاونة لاستفزاز أو جرح أو تهديد محسوس، وقد يصبح الغضب هو الشعور السائد من الناحية السلوكية والمعرفية والفسيولوجية عندما يتخذ الشخص قرارًا واعيًا لاتخاذ إجراء لوقف السلوك المهدد لقوة خارجية أخرى على الفور، ويمكن أن يكون للغضب العديد من العواقب الجسدية والعقلية (Videbeck, 2006). ومن طرق التعبير عن الغضب التعبير الخارجي من خلال تعبيرات الوجه، ولغة الجسد، والاستجابات الفسيولوجية، والسلوكيات العدوانية، وينظر علماء النفس إلى الغضب على أنه عاطفة طبيعية وناضجة يشعر بها جميع البشر تقريبًا، كشيءٍ له قيمة وظيفية للبقاء على قيد الحياة، ويؤثر الغضب غير المُسيطر

عليه سلبًا على الرفاهية الشخصية أو الاجتماعية (Kazdin, 2000) ويرى أرسطو أن الغضب "رغبة مصحوبة بألم متخيل القصاص بسبب إهانة متخيلة يتسبب فيها الناس الذين ليس لديهم سبب مشروع للاستخفاف بالنفس أو بالذات"، وتتمثل عناصر الغضب بالتقليل أو التدني من الذات أو الأشخاص المقربين من الذات، ويتم القيام به بشكل خاطئ أو غير لائق، ويكون مصحوباً بالألم، والرغبة في الانتقام (Nussbaum, 2016). ومن أنواع الغضب التي يُصاب بها الأفراد وفقا لما أشار له كارلسون (Carlson, 2013) ١. الغضب المُبرر وهو الشعور بالغضب الأخلاقي من الظلم في العالم –سواء كان ذلك تدمير البيئة، أو قمع حقوق الإنسان، أو القسوة، أو العنف في المجتمع، أو علاقة مسيئة في المنزل. وقد يكون للغضب المبرر فوائد على المدى القصير، حيث يمكن توجيه شدته إلى العاطفة والعمل من أجل التغيير. ٢. الانزعاج والغضب وهو أكثر أنواع الغضب شيوعًا ينشأ من العديد من الإحباطات في الحياة اليومية. ٣. الغضب العدواني في المواقف التي يحاول فيها فرد ممارسة الهيمنة أو التخويف أو التلاعب أو السيطرة على الآخر، وعندما يتم التعبير عن الغضب العدواني بشكلٍ متكرر في العلاقات ٤. تهدئة نوبات الغضب يمكن وصف نوبات الغضب (التي تتشابك أحيانًا مع الغضب العدواني) بأنها نوبات غضب غير متناسبة عندما لا يتم تلبية رغبات واحتياجات الفرد الأنانية، بغض النظر عن مدى كونها غير معقولة وغير مناسبة، وغالبًا ما يتم توجيه نوبات الغضب تجاه أولئك الذين لا تستحق كلماتهم وأفعالهم مثل هذا الغضب العاطفي.

ويعني الاشمئزاز إثارة السخط والاستياء، مما يثير أو يحفز سلوك طرف آخر للتعامل مع هذا الموقف، ويُعرَّف سلوك الاشمئزاز بأنه السلوك الذي لديه احتمالية عالية لإثارة مشاعر سلبية، بما في ذلك مشاعر الغضب والقلق والغيرة والرفض والهجران. (Moore,Eisler&Franchina,2000) . ويُعّرف بأنه "فعل استفزاز شخص ما – فعل شيء لمجرد الحصول على رد فعل، وقد ينتج عنه نتائج عكسية والشخص الذي يقوم بالاستفزاز، يبدو وكأنه متنمر، يفقد الأصوات، ويتمثل التأثير المباشر للاستفزاز على العدوانية، يتم التعبير عنه من خلال إعداد الدماغ للاستجابة العدوانية، أثناء الاستجابة العدوانية نفسها ,Mortiboys (2013). وتتضمن التدخلات العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي، مثل: تغيير طريقة

التفكير والتصرف، وتتسند لفكرة ارتباط السلوك والمعتقدات والمشاعر مع بعضها البعض، وقد تُغذي هذه الأفكار المشاعر أو تقللها (Watt-Smith, 2015)

رابعا: الأعراض الاكتئابية

يؤثر الاكتئاب على واحد من كل (١٥) بالغًا بنسبة (٦,٧٪) في السنة، ويُصاب واحد من كل ستة أشخاص (١٦,٦٪) بالاكتئاب في وقت ما من حياته، ويمكن أن يحدث الاكتئاب في أي وقت، ولكن في المتوسط، يظهر لأول مرة خلال فترة المراهقة المتأخرة حتى منتصف العشرينات. والنساء أكثر عرضة من الرجال للإصابة بالاكتئاب، وتُظهر بعض الدراسات أن ثلث النساء يعانين من نوبة اكتئاب شديدة في حياتهن، وهناك درجة عالية من التوريث بنسبة (٤٠٪)، عندما يعاني الأقارب من الدرجة الأولى (الآباء / الأطفال / الأشقاء) من الاكتئاب، وتختلف أعراض الاكتئاب من خفيفة إلى شديدة، تشمل عدداً من الأعراض، منها: الشعور بالحزن، فقدان الاهتمام أو الاستمتاع بالأنشطة، مثل: تغيرات في الشهية – فقدان الوزن أو اكتسابه لا علاقة له باتباع نظام غذائي، وصعوبة النوم أو النوم لفترات طويلة، وفقدان الطاقة أو زيادة التعب، وزيادة في النشاط البدني غير المقصود، مثل: (عدم القدرة على الجلوس بلا حراك ، أو السرعة، أو شد اليد) أو تباطؤ الحركات أو الكلام (يجب أن تكون هذه الأفعال شديدة بما يكفي بحيث يمكن ملاحظتها من قبل الآخرين)، والشعور بعدم القيمة أو الشعور بالذنب، وصعوبة في التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرارات، وخواطر الموت أو الانتحار التي تستمر لمدة أسبوعين على الأقل، ويجب أن تُمثل تغييرًا في مستوى الأداء السابق لتشخيص الاكتئاب (DePaulo Jr, & Horvitz, 2002)

ويعرف الدليل الاحصائي والتشخيصي الخامس (DSM-5) الاكتئاب (الاضطراب الاكتئابي) بأنه "مرض طبي شائع وخطير يؤثر سلبًا على شعورك وطريقة تفكيرك وكيفية تصرفك. لحسن الحظ، يمكن علاجها أيضًا، ويتسبب الاكتئاب في الشعور بالحزن و / أو فقدان الاهتمام بالأنشطة التي كنت تستمتع بها من قبل. يمكن أن يؤدي إلى مجموعة متنوعة من المشاكل العاطفية والجسدية ويمكن أن يقلل من قدرة الفرد على العمل American (Psychiatric Association, 2013)

وينتج الاكتئاب عن تفاعل مُعقد بين عوامل اجتماعية ونفسية وبيولوجية، فالأشخاص الذين مروا بأحداث معاكسة في الحياة (البطالة، الفجيعة، الصدمات النفسية) هم أكثر عرضة

للإصابة بالاكتئاب، ويمكن أن يؤدي الاكتئاب بدوره إلى مزيد من التوتر والخلل الوظيفي، ويزيد من حالة حياة الشخص المصاب سوءًا والاكتئاب نفسه، وهناك علاقات متبادلة بين الاكتئاب والصحة الجسدية، وثبت أن برامج الوقاية تقلل الاكتئاب، وتشمل المناهج المجتمعية الفعالة للوقاية من الاكتئاب برامج مدرسية لتعزيز نمط التفكير الإيجابي لدى الأطفال والمراهقين، وتشمل أشكال العلاج النفسي المختلفة التي يجب مراعاتها العلاجات النفسية الفردية أو الجماعية التي يتم تقديمها وجهًا لوجه من قبل المتخصصين والمعالجين العاديين الخاضعين للإشراف العيادي (Cândea,etal,2018)

فالاكتئاب حالة مزاجية منخفضة ونفور من النشاط، وتؤثر تجربة الاكتئاب على أفكار الشخص، والسلوك، والتحفيز، والمشاعر، و الشعور والرفاه، ويُقال إن الأعراض الأساسية للاكتئاب هي انعدام التلذذ، وتشير إلى فقدان الاهتمام أو فقدان الشعور بالمتعة في بعض الأنشطة التي عادة ما تجلب الفرح، والمزاج المكتئب هو أحد أعراض بعض اضطرابات المزاج، مثل: اضطراب الاكتئاب الشديد أو عسر المزاج، إنه رد فعل مؤقت طبيعي لأحداث الحياة، مثل: فقدان شخص عزيز؛ كما أنه من أعراض بعض الأمراض الجسدية، وقد يظهر الحزن، وصعوبة التفكير والتركيز وزيادة أو نقصان ملحوظين في الشهية والوقت الذي يقضيه في النوم، وقد يشعر الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب بمشاعر الاكتئاب واليأس وأحيانًا أفكار انتحارية، ويمكن أن تكون إما قصيرة الأجل أو طويلة الأجل (Gilbert,2007).

الدراسات السابقة:

أجرى كل من ماكوقيور، وي، وستورج (McGuire, Wu & Storch,2015) حالتين تعانيان من اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا)، الحالة الأولى (آربيل) التي تبلغ من العمر (١٧) عام وليس لديها أي تاريخ مرضي، تمثلت أعراض اضطراب الميزوفونيا بالتهيج والقلق، والتجنب، وصعوبة التنفس، والمضغ، والتنصت، حبث عانت من الغضب والضيق النفسي عندما كانت تُصدر عائلتها أو أحد من صديقاتها محفزات صوتية غريبة؛ مما أدى بالنهاية إلى انسحابها من المدرسة. أما الحالة الثانية (لي) وهي فتاة تبلغ من العمر (١١) عام تُعاني من أعراض الميزوفونيا، ولا يوجد لديها تاريخ مرضي سابق، اقتصرت أعراض الاضطراب لديها فيما يتعلق بالأصوات الصادرة عند الأكل، مثل: (الالتهام، التصاق الشفاه،

المضغ)، والتنفس (التنفس الثقيل، الشم)، والتنصت، والمحادثات ذات الأصوات المزعجة، بدأت تتحدث عن معاناتها والشعور بالضيق والتهيج، وأظهرت نوبات من الغضب، واستطاعت السيطرة على غضبها داخل المدرسة ومع معلميها وأصدقائها. أشارت نتائج الدراسة لكلا الحالتين فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض الحالات السابقة، وتحسين قدرتهما على التوافق وخفض حدة الأعراض المصاحبة.

وبحث ريد وآخرون (Reid, etal, 2016) الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) استجابة الحالة للغضب والقلق عند النقر في القلم، صوت الحلق (البلعوم)، والصخب من الضوضاء. أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) بنسبة (١٨%)، وبينت نتائج المتابعة بعد ثلاثة أشهر استمرارية فاعلية العلاج المعرفي السلوكي.

وفي الدراسة التي قام بها شولدر وآخرون (Schröder, etal, 2017) شارك فيها (٩٠) شخصاً مصنفاً بأنه يُعاني من الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) وتم عقد (٨) جلسات علاج جمعي قائمة على العلاج المعرفي السلوكي بشكلٍ دوري. أشارت نتائج الدارسة إلى أن (ن = ٤٢) من المرضى أظهروا نسبة تحسن بلغت (٤٨%)، وانخفضت مؤشرات وأعراض الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) (الغضب، الاشمئزاز)؛ مما يدلل على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاضطراب والأعراض المصاحبة.

وبينت نتائج الدراسة التي قام بها كويك وزملاؤه (Quek, etal, 2018) إلى وجود علاقة لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) وكل من القلق، والتوتر، والاكتئاب، والضغط النفسي بشكلٍ إيجابي، بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (ن =٩٢) مريضاً نفسياً في سنغافورة، كما دلت النتائج على عدم وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرات الديموغرافية (العمر، والجنس) مع الميزوفونيا، في حين وجدت علاقة بين شدة القلق مع شدة الميزوفونيا.

وفي الجانب الإكلينيكي أثبتت النتائج فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في الدراسة التي قام بها ميلر وزملاؤه (Muller, etal, 2018) على حالة تعاني من اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) والبالغة من العمر (١٤) عاماً، حيث تم استخدام جلسات التعزيز بشكلٍ متفرق، والتعريض حيث تم تعريض الحالة لمظاهر الضوضاء أثناء الجلسات وبينها، واستخدم

أسلوب الغمر، ولوحظ تحسناً تدريجياً واضحاً على الحالة في التعامل مع الأصوات المزعجة والقدرة على الضبط الذاتي.

وهدفت الدارسة التي قام بها آزاه وزملاؤه (Aazh, etal, 2019) إلى استعراض فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في خفض الضيق الناجم من طنين الأذن، وفرط السمع، والميزوفوني.، أشارت النتائج بعد عرض الدراسات التي تناولت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض طنين الأذن والحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) لدى فئات مختلفة سواء كان علاجاً جميعا أو فردياً، وأكدت النتائج على كون العلاج المعرفي لا يُقلل من طنين الأذن لكنه يحسن من نوعية الحياة، ويخفف الضيق الناجم عن فرط السمع والميزوفونيا.

وأظهرت نتائج الدراسة التي أجراها جاقير وزملاؤه (Jager, etal,. 2020) على عينة مكونة من (٣٨) امرأة يعانين من الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) انخفاض أعراض الحساسية تجاه الأصوات لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، واتضح تحسناً إكلينيكياً بنسبة (٥٦%) على قياس المتابعة (بعد ثلاثة أشهر) وانخفض الخلل الوظيفي والنفسي والجسدي العام، وانعكس ذلك على الأداء الأسري والاجتماعي، واستمر التحسن حتى بعد (١٢) شهراً من نهاية البرنامج العلاجي بنسبة (٧٤%)؛ مما يشير إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة الاضطراب والأعراض المصاحبة.

وارتبطت شدة أعراض الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) في الدراسة التي أجراها كل من دانيلز ، رودريغيز ، وزابلينا ، (Daniels, Rodriguez & Zabelina, 2020).بالقدرة على التحكم والتنظيم المعرفي للأصوات المزعجة، تكونت عينة الدراسة من (ن =٧٩) من الأشخاص المصنفين بأنهم يعانون من الميزوفونيا. ارتبطت ردود الفعل السلوكية العاطفية للمحفزات بشكل كبير وبينت النتائج اختلاف القدرة على التعامل مع هذه الأصوات تبعاً لمتغير نمط الشخصية (الشخصية العصابية)، وارتبط القلق الذاتي لدى الأشخاص ذوي الشخصية المنفتحة عند آدائهم لمهمة معينة، ودلت النتائج أن الأشخاص الذين لديهم مشاعر أقوى وردود فعل سلوكية نحو الأصوات المزعجة قد يكون لديهم قلق أعلى من الآخرين.

وأجرى فاناجا وأبيجيل (Vanaja& Abigail, 2020) دراسة إكلينيكية لحالة تعاني من الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) تبلغ من العمر (٢٦) عاماً تُعاني من عدم القدرة

على التعامل مع بعض الأصوات مما أثر على جوانب متعددة في حياتها وانعكس على نوعية وجود الحياة لديها، وتم تدريبها على خفض التحسس للأصوات، والتدريب الوقائي والتعود، وأشارت النتائج إلى تحسن الحالة بعد العلاج.

وأشارت نتائج الدراسة التي قام بها سيباسكا وآخرون (Siepsiak, etal, 2020) إلى وجود ارتباط إيجابي بين شدة القلق وشدة الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) لدى المرضى النفسيين الداخلين في المستشفى (ن =٩٤) مريضاً حيث أُجريت عليهم المقابلات التحفيزية وقاموا بملىء الاستبانات ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة، وبينت النتائج أيضاً أن نسبة المرضى الذين يعانون من الاكتئاب (١٢,٧٦%)، وأن نسبة (٦٦,٦٧%) يعانون من الميزوفونيا، وارتبط اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) بالاكتئاب وبدرجة إيجابية معتمدا على الشدة، والاندفاع المتعمد، والأعراض المُصاحبة للاضطراب كالاندفاع غير التخطيطي، والتجنب والاندفاع الحركي.

وتناولت دراسة لوين وآخرين (Lewin, etal,. 2021) أربع أسر لحالات يُعاني أطفالهم من اضطراب الميزوفونيا، تراوحت أعمارهم (٨- ١٦) سنة من خلال استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي، بينت نتائج الدراسة التي أجريت عن بعد تحسناً ملحوظاً لدى الحالات بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

ولغايات خفض درجة الغضب لدى الطالبات المصابات بالحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) أجريت دراسة قام بها روشاني وهونارماند Roushani & Honarmand, (2021) حول فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لخفض درجة الغضب لدى طالبة تعاني من الميزوفونيا. تكونت عينة الدراسة من (ن=٣) تم اختيارهن من بين (ن= ٣٢٠) طالبة ممن استجبن على أدوات الدراسة، وبلغ عدد الطالبات اللواتي حصلت على درجة مرتفعة تستدعي التدخل العلاجي (ن= ٦٥) ولم توافق على إجراء المقابلات الإكلينيكية وحضور جلسات الارشاد إلا (ن= ٣) طالبات، حيث تراوحت أعمارهنّ (٢٠-٢٢) سنة، أُجريت الدراسة بثلاثة مراحل هي: القواعد الأساسية، التدخل العلاجي، جلسات المتابعة. أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الشعور بالغضب بنسبة (٤٣,٨٢؛ ٤٢,٢٨؛ ٩,٠٩) للحالات على التوالي.

ويحث كل من فيرير وتوريس وجيمينز ولورت (Ferrer-Torres & Giménez-Llort, 2021) بدراستهم حول الضيق وفقدان التماسك في أوقات الصمت (الهدوء) لدى الأشخاص المصابين بالحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) بسبب الأصوات المثيرة أو الأصوات المتخيلة لديهم أثناء جائحة كوفيد (١٩)، تكونت عينة الدراسة من (ن= ٢٤) فرداً من كلا الجنسين، من المترددين على مركز علم النفس العصبي في برشلونه. أشارت النتائج إلى ارتفاع مستوى التوتر والضغط والقلق لدى أفراد الدراسة، وبعد إجراء المقابلات العلاجية مع الفئة المستهدفة والذين أشاروا إلى تأثير الجائحة عليهم سلبا بالإفراط العام في الحساسية وتغير روتينهم اليومي، والخوف من الإصابة بالمرض والوفاة، وانخفض لديهم مستوى القلق ومستوى الشعور بالضيق.

يتضح من عرض نتائج الدراسات السابقة أنها تتفق مع الدارسة الحالية من حيث الهدف العلاجي، ونوع الاضطراب والمنهج المستخدم مثل دراسة Quek, etal, 2018; (Schröder, etal, 2017) التي استخدمت المنهجين الإكلينيكي والمنهج شبه التجريبي، وكذلك مع الدراسة الحالية من حيث الأدوات والبرنامج العلاجي المستخدم Roushani & (Honarmand, 2021; Reid, etal, 2016)، واختلفت عن بعض الدراسات السابقة من حيث المنهج، والطرق المستخدمة، والأدوات، وبيئة الدراسة، والفئة المستهدفة، ومما يميز الدراسة الحالية عن بعض الدراسات السابقة أنها تناولت منهجين، وقد أفاد منها الباحث في تفسير نتائج الدراسة الحالية، وصياغة مشكلتها، وأهدافها، وفروضها، وفي الاطلاع على الأدب النظري والدراسات السابقة التي تعنى بتقييم وتشخيص هذا النوع من الاضطرابات.

فروض الدراسة:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة على مقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) ويشمل: (أعراض القلق، الشعور بالضيق النفسي، الغضب والاشمئزاز) لدى طلبة الجامعة في القياس البعدي في اتجاه المجموعة التجريبية.

٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على لمقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) ويشمل: (أعراض القلق،

الشعور بالضيق النفسي، الغضب والاشمئزاز) لدى طلبة الجامعة في القياسين البعدي والتتبعي".

٣. يوجد تشابه في الدينامية النفسية لدى طلبة الجامعة باستخدام الأعراض المصاحبة (للميزوفونيا)، ويشمل: (أعراض القلق، مقياس الشعور بالضيق النفسي، الغضب، والاشمئزاز، الأعراض الاكتئابية) وبعض الاختبارات الإسقاطية (بعض بطاقات اختبار تفهم الموضوع)".

الإجراءات المنهجية:

منهج الدراسة:

لتحقيق أهداف الدارسة تم استخدام استخدم المنهجين، هما:

١. المنهج شبه التجريبي ذا المجموعتين المتكافئتين (مجموعة ضابطة، مجموعة تجريبية) لتحديد فاعلية برنامج مستند على العلاج المعرفي السلوكي في خفض الأعراض المصاحبة لاضطراب الميزوفونيا.

٢. المنهج الإكلينيكي ليتناسب وأهداف الدارسة وفرضياتها.

مجتمع وعينة الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع الطلبة المقيدين في مرحلة البكالوريوس في كلية العلوم الاجتماعية في قسم علم النفس بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بمدينة الرياض. وبلغ عدد أفراد عينة الدراسة (ن= ٨٢) طالباً ممن طبقت عليهم أدوات الدارسة بصورتها النهائية، ولغايات تحقيق أهداف الدراسة تم اختيار الطلبة بشكلٍ قصدي ممن حصلوا على أعلى الدرجات في مقياس الأعراض المصاحبة لاضطراب الميزوفونيا، وأعراض القلق، والغضب، والشعور بالضيق النفسي، وانطبقت عليهم شروط المشاركة في جلسات البرنامج وعددهم (ن= ٢٣) طالباً أخذو كعينتين، هما: عينة شبه تجريبية بلغ عددها (ن= ٢٢) طالباً موزعين بالتساوي وبشكلٍ عشوائي إلى مجموعتين، هما: المجموعة الضابطة وعدد أفرادها (ن =١١)، والمجموعة التجريبية (طُبق عليها البرنامج المستند إلى العلاج المعرفي السلوكي) وعدد أفرادها (ن = ١١) طالباً، والعينة الثانية تمثلت بالعينة الإكلينيكية وعدد أفرادها (ن =١)، في حين تم استبعاد بقية الطلبة وعددهم (ن =٥٩) لحصولهم على درجات منخفضة في الأدوات المطبقة. وتمثلت شروط المشاركة في البرنامج، بما يلي: ١. الحصول على درجة مرتفعة في الأدوات وعددها

(أربع أدوات) للعينة التجريبية و(اختبار تفهم الموضوع للعينة الإكلينيكية) بالإضافة لاستمارة دراسة الحالة التي استخدمت كأعراض مصاحبة للاضطراب. ٢. الموافقة على المشاركة في البرنامج والإجابة على أدواته وحضور جلساته. ٣. أن يكون الطالب مقيداً في الجامعة خلال فترة إجراء الدراسة التي أجريت خلال الفصل الدراسي الثاني من العام (٢٠١٩-٢٠٢٠) وامتدت جلساتها ومهاراتها قرابة الشهرين من تاريخ البدء بجلسة الاختبار القبلي.٤. خلو المشاركين في الدراسة من أية أمراض عضوية تتعلق بالجانب السمعي وأمراض النطق والتخاطب.

وفيما يلي توضيحاً لخصائص أفراد الدراسة الديموغرافية، حيث بلغ المتوسط الحسابي والانحراف المعياري تبعاً لمتغير المستوى الدراسي الرابع، السابع (م = ١,٣٦؛ ع = .٤٩٢) وقد بلغ عدد المشاركين من المستوى الرابع (١٤) مشاركاً، بنسبة (٦٣,٦%) ونسبة المشاركين من المستوى السابع (٣٦,٤%) وعددهم (٩) مشاركين، وفيما يتعلق بمتغير طبيعة السكن (يسكن مع الأسرة، يسكن في الإسكان الجامعي) فقد بلغ المتوسط الحسابي والانحراف المعياري (م = ١,٤٠؛ ع = .٥٠٣)، حيث بلغ عدد الذين يسكنون مع أسرهم (١٣) مشاركاً بنسبة بلغت (٥٩,١%) و(٩) من المشاركين يسكنون في سكن الجامعة بنسبة بلغت (٤٠,٩%). وقد تم تطبيق القياس القبلي، البعدي، المتابعة على العينة التجريبية (ن = ١١) بينما لم يطبق على المجموعة الضابطة (ن = ١١) سوى قياسين قبلي وبعدي.

جدول (١)

قيمة (z) لدلالة الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي على مقياس لمقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) ويشمل: (مقياس أعراض القلق، مقياس الشعور بالضيق النفسي، مقياس الغضب والاشمئزاز) لدى طلبة الجامعة المجموعة الضابطة (ن = ١١) والمجموعة التجريبية (ن = ١١)

الأبعاد	المجموعة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا)	ضابطة	9.68	106.50	1.316	.188
	تجريبية	13.32	146.50		
الدرجة الكلية لأعراض القلق	ضابطة	10.18	112.00	-.956-	.339
	تجريبية	12.82	141.00		
الدرجة الكلية الشعور بالضيق النفسي	ضابطة	9.73	107.00	-1.290-	.197
	تجريبية	13.27	146.00		
الدرجة الكلية لمقياس الغضب	ضابطة	11.59	127.50	.066	.948
	تجريبية	11.41	125.50		
الدرجة الكلية للاشمئزاز	ضابطة	11.59	127.50	.066	.947
	تجريبية	11.41	125.50		

يتضح في الجدول (١) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي على مقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا)، ويشمل: (أعراض القلق، الشعور بالضيق النفسي، الغضب والاشمئزاز)، مما يدلل على تكافؤ أفراد المجموعتين (التجريبية، والضابطة) قبل تطبيق البرنامج الجمعي المستند إلى العلاج المعرفي السلوكي.

كفاءة أدوات الدراسة السيكومترية:

لتحقيق أهداف الدارسة تم استخدام الأدوات التالية: استبانة المعلومات الديموغرافية التي شملت على متغيرات (المستوى التعليمي، طبيعة السكن) ومقياس الأعراض المصاحبة لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا)، ومقياس أعراض القلق، ومقياس الشعور بالضيق النفسي، ومقياس الغضب والاشمئزاز، ومقياس الأعراض الاكتئابية، استمارة دراسة الحالة، واختبار تفهم الموضوع، وفيما يلي توضيحاً لهذه الأدوات:

١. **مقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا)** Miso Quest Misophoniaبعد الاطلاع على النسخة الأولى لمقياس الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) المُعدة من قبل شرودر، فولينك، دينيس (Schröder, Vulink & Denys, 2013) والمكونة من (٦٠) فقرة، والنسخة الثانية المُعدلة والمُعدة من قِبل وو ، لوين ، مورفي ، وستورش. (Wu, Lewin, Murphy, & Storch, 2014) والمكونة من (٢١) فقرة، تم استخدم مقياس الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) المعُد من قبل سيبسيكا وسليويرسكا وتيكساز درقان (Siepsiak, Śliwerski & Łukasz Dragan,2020)بعد التحقق من خصائص النسخة البولندية أصبح المقياس يتكون من (١٤) فقرة. وتم التحقق من صدق الأداة بصورتها الأصلية حيث بلغ معامل صدق الاتساق الداخلي (٧٨.- ٨٩.)، وبلغت قيمة معامل ألفا (٠,٩٥). علماً بأن درجات الاستجابة على المقياس يتم التعامل معها كتقرير ذاتي من المستجيب، وفق الخيارات (غير موافق بشدة وتعطى درجة واحدة إلى موافق بشدة وتُعطى خمس درجات)، وبهذا تراوحت درجات المقياس من (١ -٧٠) درجة.

٢. **مقياس قائمة أعراض القلق** (BAI) Beck Anxiety Inventory تم استخدم مقياس أعراض القلق المعُد من قبل معدوا الأداة بيك، ابيستسن، وبراون، وسيتر (Beck, Epstein, Brown, & Steer,1988). المكون من (٢١) فقرة، تستخدم أسلوب التقرير الذاتي، يصف كل بند منها عرضاً من أعراض القلق، ويُجاب عليه عبر متصل مكون من (٤ نقاط) تتراوح من صفر = أبداً (لم يحصل على الإطلاق)، ١= بشكل خفيف (لا يضايقني كثيراً)، ٢= بشكلٍ معتدل (يُضايقني ولكنني أحتمله)، ٣= بشكل حاد (يُضايقني وكلنني لا استطيع احتماله)، والدرجة الكلية تمتد من (صفر إلى ٦٣)، وتصنف النتائج من (صفر إلى ٧) بالحد الأدنى من القلق، ومن (٨-١٥) تصنف بأنها معتدلة، والدرجات من (١٦-٢٥) تصنف على أنها متوسطة، و(٢٥-٦٣) تصنف على أنها شديدة، وقد اتبع مؤلفو القائمة (BAI) استراتيجية متعددة المراجل في بنائها. وتحقق معدوا الأداة من مؤشرات الصدق والثبات حيث بلغ معامل ألف كرونباخ (٠,٩٢)، وثبات الإعادة (٠,٦٧).

٣. **مقياس الشعور بالضيق النفسي** Kessler psychological distress scale (K10)تم استخدم مقياس الشعور بالضيق النفسي المعُّد من قبل كيسلر ,Kessler (1996) المكون من (K10) فقرات، تتراوح درجات الاستجابة على المقياس بين (لم أشعر بشي وتعطى درجة واحدة إلى شعرت كل الوقت وتعطى خمس درجات)، وبهذا تراوحت درجات المقياس من (١ –٥٠) درجة، وتشير الدرجة المرتفعة إلى زيادة حدة الشعور بالضيق النفسي، بينما دل الدرجة المنخفضة (١٠) إلى عدم وجود ضيق نفسي لدى المستجيب، حيث تدل الدرجة من (١٠–١٥) درجة منخفضة، و(١٦–٢١) درجة معتدلة، و(٢٢–٢٩) درجة مرتفعة، و(٣٠–٥٠) درجة مرتفعة.

٤. **مقياس الغضب وقائمة الاشمئزاز** Novaco Anger Scale and Provocation Inventory (NAS–PI)تم استخدم مقياس الغضب والاستفزاز المُعد من قبل نوفاكو (Novaco, 2003)ويتكون من جزأين، هما: مقياس الغضب (NAS) ويشتمل على (٦٠) قفرة تحدد التصرف أثناء الغضب موزعة على أربعة أبعاد، هي: البعد المعرفي (١٦) فقرة، ويشمل الجانب الإدراكي ومعالجة المعلومات، والمعاني والتبرير، والمواقف العدائية المتذكرة، وبعد الإثارة (١٦) فقرة، ويشمل ما يتسم باستثارة الجهاز العصبي والجانب الفسيولوجي، والبعد السلوكي (١٦) فقرة، ويشمل السلوكيات التي يتصرفها الفرد كالعدوان اللفظي أو الجسدي والتعبير المباشر وغير المباشر عن الغضب، وبعد تنظيم الغضب (١٢) فقرة، ويشمل القدرة على الضبط الذاتي حيال المواقف الباعثة للغضب، وتتراوح درجات الاستجابة على المقياس وفق تدرج ثلاثي لليكرت (١= غير صحيح على الإطلاق، ٢= صحيح أحياناً، ٣= صحيح دائماً)، **وقائمة الاستفزاز** وتشمل (٢٥) فقرة، تتناول السلوكيات المتعلقة بالحالات والمواقف التي يتعرض فيها الفرد للغضب وردود الأفعال نحوها، ويقيم شدة الغضب وتعميم المواقف الاستفزازية، بينما تكون الإجابة على الجزء المتعلق بالسلوك الاستفزازي وفق أربعة خيارات، هي: (١= ليس غاضباً على الإطلاق، ٢= غاضب قليلاً، ٣= غاضب لحدٍ ما، ٤= غاضب جداً).

٥. **مقياس الأعراض الإكتئابية** Beck Depression Inventory تم استخدم مقياس الأعراض الاكتئابية المُعد من قبل بيك وزملاؤه (Beck, et al, 1996) المكون

من (٢١) عنصرًا لأعراض الاكتئاب التي عانى منها الأسبوع الماضي. تتكون فقرات الاختبار من مجموعات من نطاق الخطورة لعَرَض معين، ويحدد المشاركون الخيار الذي ينطبق عليهم بشكلٍ أفضل خلال الأسبوعين الماضيين. وتتم الإجابة على كل عبارة بأربعة خيارات (٠-٣) ويتم حساب المجموع الذي يحصل عليه المستجيب، وتشير الدرجات الإجمالية الأعلى إلى شدة أعراض الاكتئاب. كان لهذا المقياس اتساق داخلي بلغ (α = 0.82)، ويتراوح إجمالي النقاط من (٠ -٦٣).

٦. **استمارة دراسة الحالة (للعينة الإكلينيكية)** هدف تصميم استمارة المقابلة الاكلينيكية إلى تحديد وتشخيص حدة الأعراض والاضطرابات المصاحبة لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) لأحد الطلبة الذي يعاني بدرجة مرتفعة من الأعراض المصاحبة لاضطراب الميزوفونيا، بعد الاطلاع على عدد من استمارات المقابلة ودراسة الحالة مثل (Lobbestael, Leurgans, & Arntz, 2010;First,2005; First,1997; Spitzer & Williams, 1988)، وتضمنت عناصر المقابلة المعلومات الأساسية: واشتملت على الإسم، العمر، السكن، الحالة الاقتصادية، الحالة التعلمية، عدد أفراد الأسرة، عدد الذكور، عدد الإناث، طبيعة السكن، طبيعة العلاقة مع أفراد الأسرة، بيانات عامة حول الحالة، والحالة الاجتماعية، ومعلومات ديموغرافية، والحالة الصحية هل يوجد أمراض تتعلق بالحواس تحديداً السمع، والنطق، وهل يعاني من أية أمراض أخرى، والتاريخ المرضي، وتحديد الشكوى الرئيسية الحالية، والتاريخ العلاجي (إن وجد)، والتشخيص السابق (إن وجد)، وتركزت كذلك على الفحص النفسي للحالة من خلال فهم الطريقة التي يُفكر فيها، والمشاعر التي تنتابه، ومحتويات الإدراك العقلي والتفكير من خلال اتباع أساليب مباشرة وغير مباشرة كالملاحظة، والاختبارات النفسية، وطبيعة نظرة الحالة للواقع، ومشاعرة الشخصية، وأصدقائه وعلاقاته الاجتماعية، ونظرته لنفسه لتحديد مفهوم الذات، واتجاهات نحو أصدقائه، وأسرته، وبعض التصرفات التي يُظهرها، وطرح بعض الأسئلة المغلقة والمفتوحة على الحالة مثل" صف لي موقفا شعرت بالانزعاج منه من بعض الأصوات يمارسها والدك وكيف كان تصرفك" وبعض الأسئلة المغلقة مثل " هل ترى نفسك بعيداً عن ممارسة بعضاً

من هذه الأصوات أو التصرفات"، وتمثلت الأسئلة المركزة أثناء تشخيص الحالة وتحليلها بالتركيز على عملية الاستجابة العاطفية عند سماع الأصوات المزعجة، والاشمئزاز العاطفي والسلوكيات التجنبية، وردة الفعل تجاه هذه الأصوات، والأعراض المصاحبة لهذه الاضطرابات مثل : القلق، والغضب، الأفكار المصاحبة، والسلوكيات العدوانية، والتصرفات الناتجة عن الاستجابة العاطفية، والشعور بالضيق النفسي وغيرها من الأعراض المصاحبة.

٧. **اختبار تفهم الموضوع** (للعينة الإكلينيكية) Thematic Apperception test: (T.A.T) تم استخدام (T.A.T) لهنري موراي بهدف الكشف عن خصائص الشخصية الأساسية للمفحوص، حيث أن الشخص عندما يحاول تفسير موقف اجتماعي معقد (البطاقات) فإنه يميل لأن يكشف عن دوافعه وحاجاته ومخاوفه، بالقدر الذي يتحدث به عن الظاهرة التي يركز انتباهه فيها (البطاقات)، ويكون بعيداً عن مراقبته لذاته، طالما يعتقد أنه يقوم بمجرد شرح وقائع موضوعية لا ترتبط به، ويعد من أكثر الاختبارات الإسقاطية استخداما في الجانب الإكلينيكي (بني يونس، ٢٠٠٤).

يتكون الاختبار (T.A.T) من (٣١) بطاقة تشتمل كل واحدة على منظر به شخص أو جملة أشخاص في مواقف غير محدده المعالم، تسمح بإدراكها على أنحاء مختلفة طلب منه أن يكون أو يبتدع قصة حول كل صورة تعرض عليه، ويفترض أن المفحوص حين يسرد القصص أن يغوص في أعماق حياته، خبراته الخاصة وذكرياته، وما تتضمن من رغبات ونزاعات وصراعات، ويضيفها على الوقائع التي ينسبها إلى أبطال قصصه. فالقصص التي يبتدعها الفرد تعبر في كثير من الأحوال عن ذاتية الشخصية، وتكشف عن الكثير من انفعالاته ورغباته ومخاوفه وصراعاته دون أن يشعر بها، إذ يفترض آن أحد شخصيات القصة (البطل) هو الشخص نفسه، وبالتالي ما يحدث في القصة، يحدث للشخص نفسه، وبناء عليه، يمكن القول أن المفحوص يتماهى مع بطل القصة أو أنه أسقط نفسه على القصة، وتكمن أهمية الاختبار في كونه يكشف عن رغبات الفرد ومشاعره ونزعاته المكبوتة وقد أسقطت للخارج، كما يكشف عن الانفعالات والرغبات والأزمات المسيطرة على الشخصية، يتقمص المفحوص أبطالاً من جنسه وسنه وأحياناً يتقمص المفحوص أبطالاً من الجنس الآخر. ويهتم المُفسر بخصائص البطل (القيادة، العزلة، التسلط، الإجرام)، وحاجاته الأساسية من خلال التعرف

على دوافعه، ومشاعره، وأفكاره، وحاجاته، كالحاجة للسيطرة، أو الحاجة للإنجاز، أو الحاجة لتلقي العون، كما يدرس الاختبار المواقف التي يوجد فيها البطل والضغوط البيئية ويتضح فيما يقوم به البطل من أفعال ضد الآخرين والتي تكشف عن الميول العدوانية، أو تتمثل في حالات الشك والحيرة أو الارتباك إزاء سلوكيات معينه والتي تعبر في الغالب عن الصراعات، أو الإحساس العميق بالذنب نتيجة ارتكاب الأخطاء والميل إلى اللوم اللاذع للذات ونقدها واستصغارها وهنا تكشف عن قوة الأنا العليا (الأنصاري،٢٠٠٠). والفكرة الأساسية لهذا الاختبار هي أن القصص التي يرويها المفحوص تمثل استجابة لهذه الصور تكشف عن مكونات مهمة في شخصيته على أساس افتراضين، هما: هو ميل الناس لتفسير المواقف الإنسانية الغامضة بما يتفق مع خبراتهم الماضية ورغباتهم الحاضرة وآمالهم المستقبلية، ونزعة المفحوصين إلى أن يعترفوا بطريقة شعورية أو لاشعورية عن تجاربهم وخبراتهم الشخصية (عبد الخالق، ٢٠٠٢). ويكشف الاختبار عن الحاجات الإنسانية والاندفاعات المسيطرة والصراعات الشخصية، بما يساعد على تفسير السلوك والاضطرابات النفسية للأفراد كما يكشف عن النزعات المكبوتة والإيحاءات، والنزعات المكفوفة التي يرغب الفرد في تحقيقها، ولغايات أهداف هذه الدارسة استخدم الباحث البطاقات التي تحمل أرقاما لكونها تطبق على الجميع بغض النظر عن العمر والجنس وعددها (١١) بطاقة ويسقط المفحوص حاجاته وميوله ورغباته وردود أفعاله التي تميز واقعه واللاشعور، والصراعات النفسية لديه، وهي البطاقات من الرقم (١-١٠) والبطاقة البيضاء.

البرنامج الارشادي المستند على العلاج المعرفي السلوكي:

استند البرنامج التدريبي الجمعي الذي تم إعداده والمستخدم في الدارسة الحالية إلى العلاج السلوكي المعرفي" باستخدام أسلوب التدريب الجمعي، وطُبق على أفراد المجموعة التجريبية (ن = ١١) طالباً. وقد أُجريت جميع جلسات البرنامج داخل مقر الجامعة، وتم بناء البرنامج المستند للعلاج المعرفي السلوكي تبعاً للخطوات التالية:

١. الاطلاع على الأدب النظري المتعلق بموضوع الدراسة، والاستفادة من الدراسات السابقة منها Roushani, & Honarmand, 2021; Daniels, Rodriguez, &

Zabelina, 2020; Aazh, etal, 2019; Muller, etal, 2018; Schröder, (Reid, etal, 2016; etal, 2017; Cusack,2017; Dozier, 2017)،

٢. تطوير البرنامج بالتركيز على إجراءات، وتمارين تساعد على استخدام استراتيجيات تكيف فعّالة في مواجهة الأعراض المصاحبة لاضطراب الميزوفونيا، وتعزيز المهارات الموجودة لدى أفراد العينة سابقاً، والتعرف على الأعراض المصاحبة، وتم التركيز خلال البرنامج على المهارات والعوامل المسببة لهذا الاضطراب والتدريب على سلوكيات مواجهة الاضطراب وخفضه بدرجة تمكن من السيطرة الذاتية عليه.

٣. تحديد موضوعات الجلسات، وعددها، ومدة كل جلسة منها، وأهدافها العامة والخاصة، إضافة إلى أساليب التدريب والأنشطة، والإجراءات، والواجبات المنزلية، والنشرات والمرفقات والعروض الخاصة بكل جلسة، والتي تساعد المعالج أثناء جلسات العلاج الجمعي، وتم تحديد (١٤) جلسة للبرنامج مدة كل جلسة منها ساعة وربع تقريباً (٦٠-٧٥) دقيقة، بواقع لقاءان أسبوعياً، استمر التدريب لمدة ثمانية أسابيع إضافة إلى الجلستين الأولى (التمهيدية) التي طُبق فيها القياس القبلي، والجلسة الختامية التي طُبق فيها القياس البعدي، وجلسة قياس المتابعة. تم التدريب من خلال استخدام أساليب ومهارات متعددة تمثلت في: الحوار والمناقشة، التخيل، طرح الأمثلة، الاستبصار الذاتي، طرح الأسئلة، المحاضرة، العمل في مجموعات، النمذجة، الغمر، التعزيز الإيجابي، لعب الأدوار، الكرسي الخالي، السيكودراما، النشرات والشفافيات، التدريب على الضبط الذاتي، مهارات الاسترخاء، التأمل، التدريب على التنفس العميق، تحويل التركيز، تحدي الأفكار، تحسين التركيز، الاكتشاف الموجه، استبدال الأفكار السلبية، وقف الأفكار السلبية، السجل اليومي، مهارات النقد الذاتي، وحل المشكلات، الوعي، الحضور الذهني.

أهداف البرنامج:

يتمثل الهدف العام للبرنامج في مساعدة الطلبة على خفض الأعراض المصاحبة لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) لديهم من خلال اتباع بعض المهارات والطرق التدريبية على بعض الخبرات والتمارين المستندة للعلاج المعرفي السلوكي. وينبثق من الهدف العام بعض الأهداف الإجرائية المتمثلة في:

- توعية أفراد المجموعة التجريبية (المشاركين) في البرنامج بالحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) والأعراض المصاحبة (أعراض القلق، والغضب والاستفزاز، والشعور بالضيق).

- مساعدة المشاركين في البرنامج على تحديد الأصوات التي تُسبب لهم الإزعاج والقلق والتهيج، وتُشعرهم بالضيق النفسي وينبثق عنها بعض المشكلات النفسية والسلوكية والمعرفية (الغضب، والاستفزاز).

- تزويد المشاركين في البرنامج بالمهارات التدريبية، والاستراتيجيات والتقنيات العلاجية التي يمكنهم من خلالها زيادة الفاعلية والتحكم بمشاعرهم وسلوكياتهم، والقدرة على خفض الآثار الناتجة عن هذا الاضطراب وأعراضه المصاحبة.

- مساعدة المشاركين على تعميم ما تعلموه في البرنامج من مهارات وأنشطة واستراتيجيات علاجية في جميع أنشطة حياتهم، وخارج الجلسات الإرشادية بحيث تصبح مهارات ذاتية يومية.

مكونات البرنامج:

طُبق البرنامج في الدراسة الحالية على أفراد المجموعة التجريبية المؤلفة من (ن= ١١) طالباً، نُفذت جلسات البرنامج خلال الفترة من خلال الفترة الواقعة بين (٢٠١٩-٢٠٢٠). وفيما يلي توضيحا لمضمون جلسات البرنامج، وعددها (١٤) جلسة إرشادية وفيما يلي وصفاً مختصراً للجلسات التي اشتمل عليها البرنامج؛ إضافة إلى الجلسات التي طُبق فيها القياسين القبلي والبعدي، وقياس المتابعة.

الجلسة الأولى (التعارف والتثقيف بالبرنامج) تم إزالة الحواجز، وكسر الجمود بين المشاركين في البرنامج من خلال تعريف الباحث بنفسه، والتعارف على المشاركين مع بعضهم البعض، واستطلاع ما يتوقعه المشاركون من البرنامج، ومناقشة الهدف العام للبرنامج، وتوضيح آليات العمل به، وشرح قواعد واخلاقيات العمل في المجموعة الإرشادية، مثل (زمن التدريب، الواجبات المنزلية، أهمية التدريب، الحضور، المشاركة والتفاعل أثناء الجلسات).

الجلسة الثانية والثالثة: (التثقيف النفسي بالميزوفونيا) هدفت الجلستان إلى التعرف على اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) من حيث، التطور التاريخي، الأعراض، معايير التشخيص، الأسباب، الآثار الناجمة، الأعراض المصاحبة، القلق، الشعور بالضيق

النفسي، الغضب والسلوك الاستفزازي، التعرف على طرق العلاج ومهاراته المستندة إلى العلاج المعرفي السلوكي.

الجلسة الرابعة (التجربة السلوكية لاضطراب الميزوفونيا) تساعد التجربة السلوكية في اختبار صحة توقعاتهم / أفكارهم السلبية حول حساسية الأصوات المزعجة ومدى فائدة استجاباتهم لهذه الأفكار، توفر هذه الوحدة فرصة لاستكشاف وتحدي الأفكار السلبية المتعلقة بهذه الأصوات من خلال اختبار السلوكيات المختلفة، والتأثير على أي قلق مماثل ومشاعر سلبية قد يواجهونها.

الجلسة الخامسة (التدريب على المراقبة الذاتية) يتم من خلال التدريب على بعض الأساليب المتعبة لمواجهة المواقف والأصوات المزعجة، التي تسبب الاضطراب وينجم عنها مشاعر القلق والضيق والغضب والاشمئزاز من خلال تكليف المشاركين بمراقبة سلوكياتهم، وتسجيل جميع المواقف والحالات التي يتعرضون لها إلى أن يتم لقاءهم في الجلسة القادمة.

الجلسة السادسة (التعريض التدريجي للأصوات المزعجة) يتم من خلال التدريب على تقبل الأصوات المزعجة من خلال استخدام التقينه (التطبيقات الذكية)، وبعض البرامج (الأصوات المزعجة) وجعلها ممتعة، ومراقبة أعراض القلق، والغضب والشعور بالضيق والسلوكيات الاستفزازية.

الجلسة السابعة: (الاسترخاء) ويشمل تحديد مفهومها وأنواعها، ومهاراتها منها (تدريب المشاركين على مهارات الاسترخاء الذهني، والاسترخاء الجسدي، والتنفس العميق، والتدريب على المهارات الجسدية التي تُساعد على التعامل والتكيف مع هذه الأصوات وخفض شدة الاستثارة والغضب نحوها).

الجلسة الثامنة:(إعادة البناء المعرفي) وتشمل هذه الخطة بمساعدة المتدربين على تحديد أفكارهم المعرفية السلبية واستبدالها بأفكار إيجابية، وتحديد قدرتهم على دمج الأفكار الإيجابية وتطويرها، ووقف الأفكار السلبية، ومنع تطورها، وكذلك التدريب على تحديث الأفكار السلبية والآلية التي يمكن من خلالها أن يؤدي إدراك الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) إلى الضيق بناءً على مستويات الإدراك (أي الأفكار التلقائية وقواعد الحياة والمعتقدات الأساسية). ومعرفة الأشكال الشائعة من التشوهات المعرفية وتطوير المهارات لتحديد أخطاء الحكم في تصوراتهم المتعلقة حول هذه الأصوات.

الجلسة التاسعة (يوميات الأفكار والمشاعر، وصندوق المشاعر) وتشمل طريقة منظمة لتسجيل المشكلات المتعلقة باضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) والأفكار والعواطف المرتبطة بها، يمكن أن يكون هذا أداة مفيدة لتجميع التقنيات المختلفة التي تعلموها لتحديد وتحدي الأفكار التلقائية السلبية ومواجهتها ببيانات مضادة. ويتم توضيح المشاعر المرتبطة بهذا الاضطراب والأعراض المصاحبة له، وهي القلق، والغضب والسلوك الاشمئزازي، والشعور بالضيق والتركيز على دور المشاعر في بناء وتطوير الأفكار والمواقف وتأثيرها على السلوك الفردي والتصرفات اليومية.

الجلسة العاشرة (التدريب على تصغير وعدم التهويل، والتمييز وعدم التعميم) من خلال تدريب المشاركين على مهارات الدقة في تمييز الأصوات بإيجابية وعدم الغضب والاشمئزاز من خلال الإجراءات السابقة، وتطوير القبول تجاهها، واستخدام فنيات علم النفس الإيجابي في توليد التفاؤل، وفميا يتعلق بالتصغير يتم التدريب على تبسيط الأصوات واستبدالها بأصوات محببه لدى الشخص، مثل: أصوات الموسيقى الهادئة وغيرها.

الجلسة الحادية عشر والثانية عشر (التقنيات السلوكية البديلة) تم تدريب المشاركين على ممارسة بعض الاستراتيجيات البديلة مثل تحسين أوقات النوم وممارسة التمارين الرياضية، والاستمرار بالضبط الذاتي ومراقبة الأفكار، والتدريب على وقف الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار إيجابية، والتحدي الذاتي والمساعدة الذاتية من خلال التدريب على الحوار الذاتي الإيجابي " ما أقوله لنفسي" بالعمل على تجنب الأفكار السلبية والإثارة العاطفية والسلوك الاستفزازي.

الجلسة الثالثة عشر والرابعة (تعزيز المكاسب) يتم من خلال التدريب على الكشف الذاتي، والمواجهة، والتدريب على مهارات الحديث الإيجابي والتواصل مع الآخرين،

صدق وثبات أدوات الدراسة

١. **الصدق المنطقي** (Validity Logical) تم استخراج الصدق الظاهري لأدوات الدراسة المشار لها أعلاه بعد أن تمت ترجمتها جميعا للغة العربية من قبل الباحث، ثم أعيد ترجمتها من قبل بعض المحكمين المختصين باللغة الأجنبية في كلية اللغات والترجمة للتأكد من مناسبة الترجمة لبيئة الدراسة، وبعد التحقق من ترجمة أدوات الدراسة، وهي: مقياس

اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) والأعراض المصاحبة: (مقياس أعراض القلق، مقياس الشعور بالضيق النفسي، مقياس الغضب والاشمئزاز)، بالإضافة إلى الأدوات التي طُبقت للعينة الإكلينيكية (استمارة دراسة الحالة، واختبار تفهم الموضوع، قائمة الأعراض الاكتئابية) وجلسات البرنامج المستند على العلاج المعرفي السلوكي التي طبقت على العنتين (التجريبية، الإكلينيكية). وبعد صياغة العبارات بشكلها الأولي عرضت على عدد من المحكمين المختصين في علم النفس والإرشاد والقياس النفسي والتربوي من أساتذة الجامعات الذين يحملون درجة الدكتوراه، بلغ عددهم (ن= ٩)، طُلب منهم إبداء رأيهم في هذه الفقرات من حيث ملائمتها لمفهوم كل مقياس، ولطبيعة المفحوصين وغايات الدراسة، وأجراء أي تعديل يرونه على بعض الفقرات ليتوافق وعنوان الدراسة، وإضافة بعض الفقرات أو رفضها، وقد تم اعتماد معيار اتفاق (٨٠%) محكمين لبيان صلاحية الفقرة وملاءمتها لتبقى ضمن المقياس، أو اتفاقهم على عدم وضوحها وتعديلها أو إعادة صياغتها، وبالتالي عُدلت الصياغة لبعض الفقرات ولم تحذف أي من فقراته. وفيما يتعلق بالبرنامج فقد طلب منهم الاطلاع على جلساته وعددها (١٧) جلسة وإبداء ملحوظاتهم حول مناسبة محتويات وإجراءات البرنامج، وعدد جلساته، وتدريباته، ومهاراته وأنشطته للفئة المستهدفة، وفي ضوء ملحوظات المحكمين فقد تم حذف (٣) جلسات واعتبار الجلسة الأولى والجلسة الختامية خارج أعداد الجلسات بكونها جلسات تشخيصية وتعريفية، والإبقاء على محتوى الجلسات وعددها (١٤) جلسة.

٢. **صدق البناء الداخلي** (Validity Construct) ولقياس صدق الاتساق الداخلي (Internal Consistency) لأدوات الدراسة، ولتقرير المدى الذي ترتبط فيه الفقرات ببعضها البعض، تم تطبيق المقياس بصورته النهائية على عينة استطلاعية مكونة من (ن =٢٩) طالباً كعينة مماثلة لعينة الدراسة طبقت عليهم أدوات الدراسة بصورتها الأولية، وتم استخراج معاملات ارتباط فقرات المقياس مع درجة البعد والدرجة الكلية للأداة ككل، ويوضح الجدول (٢).

جدول (٢)

يوضح معاملات ارتباط الفقرات مع مقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا)، ومقياس أعراض القلق، ومقياس الشعور بالضيق النفسي، ومقياس الغضب والاشمئزاز)، (ن = ٢٩)

مقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا)		أعراض القلق		الشعور بالضيق النفسي	
.1	.554**	.1	.666**	.1	.309*
.2	.611**	.2	.812**	.2	.724**
.3	.598**	.3	.601**	.3	.733**
.4	.631**	.4	.622**	.4	.742**
.5	.741**	.5	.628**	.5	.715**
.6	.704**	.6	.789**	.6	.701**
.7	.625**	.7	.724**	.7	.726**
.8	.709**	.8	.678**	.8	.824**
.9	.305*	.9	.824**	.9	.835**
.10	.631**	.10	.741**	.10	.665**
.11	.689**	.11	.786**		
.12	.721**	.12	.789**		
.13	.615**	.13	.746**		
.14	.473**	.14	.479**		
		.15	.808**		
		.16	.642**		
		.17	.778**		
		.18	.730**		
		.19	.629**		
		.20	.656**		
		.21	.542**		
** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (٠,٠١)، ** (٠,٠٥).					

يتضح في الجدول (٢) أن معاملات ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية لمقياس الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) قد تراوحت ما بين (ر = **305. - **741.)، وتراوحت

قيم معاملات الارتباط للفقرة مع الدرجة الكلية لمقياس أعراض القلق (ر = **542. – **824.)، في حين تراوحت قيم معاملات الارتباط للفقرة مع الدرجة الكلية للأداة لمقياس الشعور بالضيق النفسي (ر = **903. – **835.)، وهي قيم دالة إحصائيا عند مستوى (٠٥.) فأقل.

جدول (٣)

يوضح معاملات ارتباط الفقرات بالبعد والدرجة الكلية للأدوات (مقياس الغضب، والاشمئزاز) (ن = ٢٩)

مقياس الغضب						مقياس الاشمئزاز	
م	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية	م	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية		
.1	.494**	.193	.٣١	.410*	.315*	.1	.369*
.2	.207*	.317	.٣٢	.481**	.534**	.2	.411*
.3	.235	.348	.٣٣	.289	.371*	.3	.452*
.4	.631**	.454*	.٣٤	.318*	.295*	.4	.420*
.5	.437*	.706**	.٣٥	.537**	.489**	.5	.430*
.6	.335	.369	.٣٦	.322	.416*	.6	.220
.7	.569**	.555**	.٣٧	.263	.349	.7	.499**
.8	.556**	.286*	.٣٨	.679**	.618**	.8	.268*
.9	.574**	.357*	.٣٩	.561**	.598**	.9	.308*
.10	.736**	.335*	.٤٠	.633**	.339	.10	.475**
.11	.637**	.225*	.٤١	.617**	.402*	.11	.339*
.12	.589**	.328*	.٤٢	.588**	.348**	.12	.331*
.١٣	.445*	.509**	.٤٣	.436**	.463**	.١٣	.496**
.١٤	.284	.269	.٤٤	.509**	.484**	.١٤	.437*
.١٥	.393*	.296	.٤٥	.338*	.363*	.١٥	.368*
.١٦	.573**	.551**	.٤٦	.572**	.448*	.١٦	.563**
.١٧	.543**	.556**	.٤٧	.537**	.401*	.١٧	.614**
.١٨	.728**	.701**	.٤٨	.638**	.585**	.١٨	.824**
.١٩	.444*	.387*	.٤٩	.560**	.413*	.١٩	.650**
.٢٠	.294	.284	.٥٠	.577**	.366	.٢٠	.573**
.٢١	.550**	.409*	.٥١	.726**	.696**	.٢١	.652**

تابع الجدول مقياس الغضب							مقياس الاشمئزاز	
م	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية	م	الارتباط مع البعد	الارتباط مع الدرجة الكلية			
٢٢.	.377*	.326*	٥٢.	.194	.266	٢٢.	.662**	
٢٣.	.671**	.692**	٥٣.	.393*	.559**	٢٣.	.518**	
٢٤.	.419*	.377*	٥٤.	.580**	.567**	٢٤.	.471**	
٢٥.	.598**	.508**	٥٥.	.565**	.514**	٢٥.	.605**	
٢٦.	.688**	.546**	٥٦.	.681**	.547**			
٢٧.	.506**	.520**	٥٧.	.668**	.631**			
٢٨.	.326*	.473**	٥٨.	.836**	.663**			
٢٩.	.694**	.594**	٥٩.	.605**	.600**			
٣٠.	.256*	.311*	٦٠.	.449*	.266*			

يتضح من الجدول (٣) أن معاملات ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية لمقياس الغضب قد تراوحت ما بين (ر = *207. – **836.)، باستثناء العبارة رقم (٥٢) التي رأى الباحث الإبقاء عليها. وتراوحت قيم معاملات الارتباط للفقرة مع الدرجة الكلية لقائمة الاشمئزاز (ر = *268. – **824.)، وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى (٠٥.) فأقل.

ثبات أدوات الدارسة تم استخراج ثبات الأدوات من خلال حساب معامل **الاتساق الداخلي** بين فقرات المقياس من خلال حساب قيمة معامل الصدق (ألفا كرونباخ)،، فبلغت قيمة ألفا كرونباخ لمقياس الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) (٧٦.)، (٠,٧٢)، ولمقياس أعراض القلق (٧٥.)، (٠,٧٠)، ولمقياس الشعور بالضيق النفسي (٧٧.)، (٠,٧٣) ولمقياس الغضب ككل (٧٣.)، (٠,٧٥) ولمقياس الاشمئزاز (٧١.)، (٠,٧٢)، وجاءت قيمة معامل الثبات أعلى من (٧٠%)؛ مما يشير إلى مناسبة الخصائص السيكومترية للأداة، جميع قيم الثبات جاءت موجبة ودالة عند مستوى (0.01).

إجراءات الدراسة:

تم تحديد متغيرات الدراسة الأساسية والمتمثلة في (الميزوفينيا، أعراض القلق، الشعور بالضيق، الغضب والاشمئزاز، واستمارة دراسة الحالة، واختبار تفهم الموضوع، وقائمة

الأعراض الاكتئابية)، والتحقق من كفاءتها السيكومترية، وبناء البرنامج المستند على العلاج المعرفي السلوكي، بعد الاطلاع على الأدب النظري والدراسات السابقة، وتحديد محتوى جلسات البرنامج، الحصول على الموافقات الرسمية لإجراء الدراسة، وتطبيق أدوات الدارسة على العينة المستهدفة، واختيار أفراد الدراسة (ن =٢٢) ممن حصلوا على دجات مرتفعة على أدوات الدراسة كأعراض مصاحبة لاضطراب المنيزوفونيا، وتوزيعهم لمجموعتين (ضابطة، تجريبية)، والعينة الإكلينيكية (ن =١)، وبعد التحقق من انطباق شروط المشاركة في البرنامج، تم عقد جلسات البرنامج ومتابعة الخطة المحددة له، وبعد الانتهاء من البرنامج تم إجراء التطبيق البعدي لأدوات الدراسة لمجموعتي الدراسة، والتطبيق التتبعي للمجموعة التجريبية فقط بعد مرور شهر من التطبيق البعدي، وفرز الإجابات وإدخال البيانات على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss). وفيما يتعلق بإجراءات العينة الإكلينيكية فقد تم اختيار (ن =١) طالباً بناءً على الدرجة التي حصل عليها في أدوات الدراسة، طبقت المقابلة الشخصية، ودراسة الحالة بواقع (٣) جلسات فردية استغرقت كل جلسة (٦٠) دقيقة تم خلالها تطبيق اختبار تفهم الموضوع، واختبار قائمة الأعراض الاكتئابية كاضطراب مصاحب لاضطراب الميزوفونيا والأعراض المصاحبة(أعراض القلق، الشعور بالضيق النفسي، الغضب والاشمئزاز)، وبعد تصحيح استجابات المفحوص على الأدوات تم تفريغها لاستخراج الدرجة الكلية لكل أداة، وأخيراً فُسرت نتائج اختبار تفهم الموضوع في ضوء مبادئ ونظريات التحليل النفسي.

الأساليب الإحصائية:

لاختبار فرضيات الدراسة؛ تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية للعينة الإكلينيكية واستجابات أفراد الدارسة على القياسين (القبلي والبعدي) وقياس المتابعة لمقياسي الدراسة، اختبار"مان ويتني" Mann Whiteny، واختبار اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) لاختبار الفرضية الثانية للمقارنات البعدية والتتبعية لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي الدراسة، وفي الجانب الإكلينيكي فقد تم استخدام بعض المعالجات الإحصائية للكشف عن النسب.

نتائج الدراسة:

فيما يلي عرضاً مفصلًا لنتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرهاً وفقاً لفرضيات الدراسة.

أولاً: نتائج الدراسة التجريبية:

النتائج المتعلقة بالفرض الأول الذي نصّ على" توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة على مقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) ويشمل: (أعراض القلق، الشعور بالضيق النفسي، الغضب والاشمئزاز) لدى طلبة الجامعة في القياس البعدي في اتجاه المجموعة التجريبية."، تم استخرج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد المجموعتين (التجريبية، الضابطة) للأداء على مقياس لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) والأعراض المصاحبة. كما في الجدول (٤).

جدول (٤)

الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية للقياسين القبلي والبعدي لمقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) ويشمل: (مقياس أعراض القلق، مقياس الشعور بالضيق النفسي، مقياس الغضب والاشمئزاز) وفقا لمتغير المجموعة (تجريبية، ضابطة) (ن = ٢٢).

المقياس	المجموعة	العدد	القبلي		البعدي	
			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا)	تجريبية	11	25.3636	8.81218	22.0909	9.00505
	ضابطة	11	28.5455	3.53167	28.7273	7.22621
الدرجة الكلية لأعراض القلق	تجريبية	11	30.3636	5.60844	26.7273	9.09145
	ضابطة	11	33.3636	6.16884	33.1818	6.92952
الدرجة الكلية الشعور بالضيق النفسي	تجريبية	11	20.4545	8.54826	18.6364	7.35465
	ضابطة	11	17.7273	3.72461	17.8182	8.43585
الدرجة الكلية لمقياس الغضب	تجريبية	11	110.0909	18.66791	102.0000	20.84226
	ضابطة	11	110.4545	14.23696	110.1818	12.04839
الدرجة الكلية للاشمئزاز	تجريبية	11	38.0909	16.83125	36.0909	3.78033
	ضابطة	11	34.9091	8.72301	34.5455	11.26378

يتبين من الجدول (٤) وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وفقا لأداء أفراد عينة الدراسة للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لجميع أدوات الدراسة، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) (م = ٢٢,٠٩)، و(م = ٢٨,٥٤) للمجموعة الضابطة، وبلغ المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية على مقياس أعراض القلق (م = ٢٨,٧٢)، و(٣٣,٣٦) للمجموعة الضابطة، وبلغ المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية لمقياس الشعور بالضيق النفسي (م = ١٨,٦٣)، و(م = ١٧,٧٢) للمجموعة الضابطة، وبلغ المتوسط للمجموعة التجريبية على مقياس الغضب (م= ١١٠,٠٩ ،و (م= ١١٠,٤٥) للمجموعة الضابطة، وأخيراً بلغ المتوسط الحسابي لمقياس الاشمئزاز (م= ٣٨,٠٩)، و(م =٣٤,٩٠) للمجموعة الضابطة؛ مما يشير إلى وجود أثر للبرنامج الإرشادي في الأداء على المقياسين. تم استخدام اختبار"مان ويتني" Mann Whiteny لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لمقياس أساليب المواجهة الإيجابية للضغوط النفسية، والجدول (٥) يوضح ذلك.

جدول (٥)

(قيم (Z) لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) ويشمل الأعراض المصاحبة: (أعراض القلق، الشعور بالضيق النفسي، الغضب، والاشمئزاز).

المقياس	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	الدلالة الإحصائية
الدرجة الكلية لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا)	تجريبية	11	6.95	76.50	3.453	.001
	ضابطة	11	16.05	176.50		
الدرجة الكلية لأعراض القلق	تجريبية	11	8.18	90.00	2.478	.013
	ضابطة	11	14.82	163.00		
الدرجة الكلية الشعور بالضيق النفسي	تجريبية	11	8.64	95.00	3.322	.001
	ضابطة	11	14.36	158.00		
الدرجة الكلية للغضب	تجريبية	11	6.73	74.00	2.403	.016
	ضابطة	11	16.27	179.00		
الدرجة الكلية للاشمئزاز	تجريبية	11	8.09	89.00	2.080	.038
	ضابطة	11	14.91	164.00		

يتبين من الجدول (٥) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التدريبية ومتوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا)، ويشمل الأعراض المصاحبة (أعراض القلق، الشعور بالضيق النفسي، الغضب والاشمئزاز) في القياس البعدي ولصالح أفراد المجموعة التجريبية.

ويمكن عزو هذه النتيجة الإيجابية إلى كون البرنامج الجمعي المستند على العلاج المعرفي السلوكي كان فعالاً في خفض اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) والأعراض المصاحبة (أعراض القلق، الشعور بالضيق النفسي، الغضب والاشمئزاز)، لدى أفراد المجموعة التجريبية الذين خضعوا للبرنامج التدريبي على مدار أربعة عشرة جلسة، اشتملت على تعليم مهارات حياتيه، واستراتيجيات معرفية، ومهارات ذاتية للتعامل مع الاضطرابات، وإعادة البناء المعرفي وتغير طريقة التفكير. وتتفق هذه النتيجة مع عدد من نتائج الدراسات السابقة (Lewin, etal, 2021; Roushani, & Honarmand, 2021; Jager, etal, 2020; Aazh, etal, 2019; Quek, etal, 2018; Schröder, etal, 2017). ويمكن تفسير هذه النتيجة كذلك بعدد من الأمور تمثلت في المشاركة الفاعلية من الطلبة، وأهمية المجموعة التجريبية في توفير بيئة مناسبة للمشاركين اكتسبوا خلالها التعلم والتدريب، وبعض المهارات الذاتية، وتوفير بعض المهارات والفنيات التي ساعدتهم على نقل أثر التعلم خارج إطار الجلسات من خلال التمارين وجلسات المتابعة، وتزويدهم بالتغذية الراجعة، والواجبات المنزلية؛ فضلاً على أن خبرة الانضمام لمجموعة متجانسة من حيث الهدف والخصائص والسمات أسهم في تحقيق القوة الذاتية والرغبة في الكشف الذاتي والسعي للعلاج، كما أن مضمون محتويات جلسات البرنامج الإرشادي والفنيات المطبقة والتمارين والأنشطة والإجراءات الرامية إلى تدريبهم على أسس ومهارات تمكنهم من خفض حدة الاضطراب والتكيف الاجتماعي والسيطرة على الغضب وتكوين مهارات الإدارة الذاتية، إضافة إلى التدريب على بعض المهارات السلوكية مثل الاسترخاء، والسلوك التوكيدي، والضبط الذاتي، وخفض حدة الاستثارة، والتشجيع والدعم والتعزيز على تطبيق الخبرات المكتسبة خارج الجلسات الارشادية في الحياة اليومية ساهم في تحقيق الهدف العام من البرنامج.

إضافة لما سبق يمكن القول إن الانخراط والتفاعل الإيجابي الهادف بين أعضاء المجموعة من خلال مهارات المحاضرة والحوار، وطرح الأسئلة والنقاش، والمهارات التطبيقية، والتدريب على فنيات لعب الأدوار والسيكودراما، وأوراق العمل، والواجبات المنزلية والتخيل، وبعض النشرات الارشادية، والعروض التوضيحية، والغمر، وغيرها من الأساليب الارشادية والفنيات التطبيقية ساهمت في زيادة دافعية المشاركين على التعلم ونقل الخبرة وهذا ما يمكن تفسيره باستمرارية فاعلية البرنامج بعد فترة زمنية من انتهاء الجلسات التدريبية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً بالشروط الأساسية لبناء العلاقة الإرشادية التي تمثلت في التقبل غير المشروط للمسترشدين، والتعاطف الإيجابي وبناء العلاقة على السرية والثقة بينهم، والعمليات العلاجية أثناء الجلسات كعمليات الكشف الذاتي، والاهتمام والقبول وقد بُني البرنامج على ثلاثة عناصر أساسية، هي: الاستكشاف والاستطلاع: من خلال التعرُّف على مصادر قلق المسترشد وتوتره، وتحديد الجوانب السلبية والإيجابية في شخصيته؛ كي يفهم شخصيته ويستغل الجوانب الإيجابية منها لتحقيق أهدافه. وتوضيح وتحقيق القيم: بما يساعد في زيادة فهمه وإدراكه لقيمه الحقيقية؛ والتعرف على التناقض فيما بينها، الكشف عن أسباب التوتر الناجم من اختلاف قيمه عن الواقع، وتوضيح الفرق بين القيم والآمال، والقيم الحقيقية، القيم الزائفة. والمكافأةُ وتعزيزُ الاسْتجَاباتِ: من خلال تحديد مَدى التقدُّم أو التغيُّر الإيجابيّ ويقوّيه لَدى المسترشِدِ، كخطوةٍ أوَّليَّةٍ للتغلُّبِ على مُشكلاتِهِ الانفعاليَّةِ (Luepker,2012)

النتائج المتعلقة بالفرض الثاني الذي نصّ على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على لمقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) ويشمل الأعراض المصاحبة (أعراض القلق، الشعور بالضيق النفسي، الغضب والاشمئزاز) لدى طلبة الجامعة في القياسين البعدي والتتبعي". تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتم استخدام اختبار "ويلكوكسون (Wilcoxon) لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، والجدول (٦) يوضح ذلك.

جدول (٦)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار "ت" للفروق بين درجتي القياسين البعدي والتتبعي لمقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) ويشمل الأعراض المصاحبة (أعراض القلق، الشعور بالضيق النفسي، الغضب والاشمئزاز) لأفراد المجموعة التجريبية.

المقياس	اتجاه فروق الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	الدلالة الإحصائية
الدرجة الكلية لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا)	الرتب السلبية	4	5.13	20.50	1.112	.266
	الرتب الإيجابية	7	6.50	45.50		
الدرجة الكلية لأعراض القلق	الرتب السلبية	3	5.17	15.50	.830	.407
	الرتب الإيجابية	6	4.92	29.50		
الدرجة الكلية الشعور بالضيق النفسي	الرتب السلبية	6	5.08	30.50	-.306	.759
	الرتب الإيجابية	4	6.13	24.50		
الدرجة الكلية لمقياس الغضب	الرتب السلبية	6	4.25	25.50	.204	.838
	الرتب الإيجابية	4	7.38	29.50		
الدرجة الكلية للاشمئزاز	الرتب السلبية	5	5.20	26.00	-.153-	.878
	الرتب الإيجابية	5	5.80	29.00		

يتضح من الجدول (٨) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية المشاركين في البرنامج التدريبي ما بين القياسين البعدي والتتبعي على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) ويشمل: (مقياس أعراض القلق، مقياس الشعور بالضيق النفسي، مقياس الغضب والاشمئزاز). مما يؤكد استمرارية البرنامج وفعاليته لدى أفراد المجموعة التجريبية، واحتفاظ أفراد المجموعة التجريبية بالمكاسب والمهارات التدريبية التي أنجزوها بشكل إيجابية وأصبحت جزاء من مهاراتهم المهنية والتطبيقية. ويمكن تفسير هذه النتيجة بدور البرنامج وجلساته في صقل وتشكيل جزء مهم من شخصية الطلبة، وتشكيل بعض المهارات والأساليب لديهم، من خلال التركيز على المشاعر ومنح المشاركين حرية التعبير، وتوضيح العلاقة البناءة بين الأفكار والسلوك والمشاعر ودور كل منها في سلوك الفرد، والتدريب على مهارات الإدارة الذاتية للمشاعر، والتدريب على مهارات تتعلق بالجانب الانفعالي، مثل: الضبط الذاتي،

والتفاعل الإيجابي مع المعلومات والأفكار الإيجابية، واستبدال الأفكار السلبية بأخرى إيجابية، والتخلص من نمطية التفكير، ووقف الأفكار المزعجة، والتدريب على التعامل مع حساسية الأصوات من خلال تعريض المسترشد إلى أصوات "سارة" ومشدداً على أن القيام بذلك سوف يخُفض مشاعر القلق أو الغضب للشخص، و تغيير أنماط التفكير السلبي المرتبطة بالأصوات المحفزة، كما يعلمّهم تفهم ردود أفعالهم تجاه هذه الأصوات، وتطوير استراتيجيات جديدة تساعدهم على التأقلم مع ردود أفعالهم المبالغ فيها تجاه منبهات الصوت المختلفة.

والاعتماد على بعض المهارات السلوكية، مثل: الأجهزة التي تصدر أصواتاً ثابتة، مثل: أصوات النهر أو الشلال أو أصوات تساقط المطر وهدير أمواج البحر وغيرها من الأصوات الهادئة الثابتة، التي يمكن سماعها باستخدام سمّاعات الإذن، والتدريب على ممارسة التأمل وتقنيات الاسترخاء لتقليل التوتر المرتبط بالأفكار من خلال استبدال "مهارات التأقلم والإدراك والعواطف والسلوكيات غير القادرة على التكيف بمهارات أكثر تكيفًا"، من خلال تحدي طريقة تفكير الفرد وطريقة تفاعله مع عادات أو سلوكيات معينة، ولكن لا يزال هناك جدل حول الدرجة التي تفسر بها هذه العناصر المعرفية التقليدية التأثيرات التي تظهر مع العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى العناصر السلوكية السابقة مثل التعرض والتدريب على المهارات (Longmore, & Worrell, 2007)

وبوجه عام تتسق هذه النتيجة مع نتائج دراسات (Lewin, etal, 2021; Roushani, & Honarmand, 2021; Jager, etal, 2020; Ferrer-Torres, & Giménez-Llort, 2021; Daniels, Rodriguez, & Zabelina, 2020; Vanaja, & Abigail, 2020; Siepsiak, etal, 2020; Aazh, etal, 2019; Quek, etal, 2018; Schröder, etal, 2017; McGuire, Wu, & Storch,2015)، التي أشارت إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة الاضطرابات (الميزوفونيا) والأعراض المصاحبة كالقلق، والأعراض الاكتئابية، والشعور بالضيق النفسي، والغضب لدى فئات متعددة، وبطرق متباينة أثبت العلاج المعرفي السلوكي فاعليته للعديد من الاضطرابات النفسية وأصبحت المهارات التدريبية جزاء بارزاً في شخصية الفرد؛ لكون الأنشطة والمهارات التي يتم التدريب عليها تتم من إطار معرفي مقترن بالاطار العاطفي والسلوكي معاً مما يعزز أهميتها واستخدامها وتطبيقها لدى المشاركين.

ثانياً: نتائج الدراسة الإكلينيكية

النتائج المتعلقة بالفرض الثالث الذي نصَّ على " يوجد تشابه في الدينامية النفسية لدى طلبة الجامعة باستخدام الأعراض المصاحبة للميزوفونيا ويشمل الأعراض المصاحبة (أعراض القلق، الشعور بالضيق النفسي، الغضب، والاشمئزاز، الأعراض الاكتئابية) وبعض الاختبارات الإسقاطية (بعض بطاقات اختبار تفهم الموضوع)". **للإجابة على هذا الفرض، تم عمل ما يلي:**

نتائج المقاييس السيكومترية:

جدول (٧)

درجات الحالة على أدوات الدارسة (مقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا)، مقياس أعراض القلق، مقياس الشعور بالضيق النفسي، مقياس الغضب، والاشمئزاز، مقياس الأعراض الاكتئابية)

المقياس	الدرجة الكلية	النسبة
مقياس اضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا)	67	% 95.7
الدرجة الكلية لأعراض القلق	57	%81.0
الدرجة الكلية الشعور بالضيق النفسي	46	%92.1
الدرجة الكلية لمقياس الغضب	168	%93.3
الدرجة الكلية للاشمئزاز	87	%86.0
الدرجة الكلية لمقياس الأعراض الاكتئابية	78	%92.8

نتائج المقابلة الشخصية:

يبلغ الطالب (ع. م) (٢١) سنة من العمر، يُعاني من اضطراب الميزوفونيا (حساسية الأصوات)، ويشعر بالقلق والغضب والاشمئزاز من أصوات ابتلاع الطعام، ومضغه، ويعتقدها مصدر ازعاج له، ولا يقتصر هذا الإزعاج بالنسبة له على الأقارب أو الأصدقاء فقط، بل أصبح يعاني من الانعزال وعدم التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، كما أنه يستجيب لهذه

الضوضاء بالانزعاج والتشتت والغضب الشديد، حيث يشعر برغبة جامحة في الاعتداء على هؤلاء الأفراد، سواء كان بالاعتداء الصوتي أو التعبير عن الغضب السلوك العدواني والتوبيخ، وكان يمارس التنهد الشديد والشعور بالضيق أمامهم؛ بكونه يعتبر هذه المشاعر غير متسقه معه بشكلٍ شديد، وهذا برأيه يشكل اعتداء على حقوق الآخرين، ولا يوجد لدى الحالة أي تاريخ مرضي سابق في الاضطرابات النفسية، عبّر عن غضبه الشديد لأخته الصغرى، ولم يتلق منها تحسنًا أو تغيراً في العادات السلوكية، اتخذ قراراً بمحاولة الابتعاد عن بعض أفراد أسرته أثناء تناول الطعام والنوم تحديداً، كما أنه بدأ يغفل عن المشاركة في المناسبات الاجتماعية، وتجنب التفاعل الاجتماعي وحضور المناسبات، وانبثق من هذه المشكلة بعضاً من المشكلات المتعلقة بعلاقاته الاجتماعية مع الآخرين وعلاقاته مع أفراد أسرته وأصدقائه المقربين، وقد أفاد بأن هذه الأعراض أدت إلى تراجع مستوى التحصيل لديه، ومعاناته من التكيف الاجتماعي، وسيطرة الأوهام والأفكار السلبية على تفكيره؛ فضلاً عن كثرة الشجار بينه وبين أخته التي كان يُلاحظ عليها صوتاً غريباً يُسبب له الاشمئزاز والنفور أثناء ابتلاع الطعام، وأثناء النوم، وقد أفاد بأنه كان يعامل أخته بقسوة شديدة ويضربها عدداً من المرات، ثم يشعر بالندم، حيث بين أن والدته تُلقي اللوم عليه، وتشعره بالذنب كما أن والده أصبح يعامله بجفوة وقسوة مقارنة بإخوانه، بدأ يعاني مؤخراً من الشعور بالضيق والتوتر والندم على السلوكيات التي يمارسها؛ كما أنه يُعاني من رغبته في التخلص من نفسه، ويُعاني من النفور الاجتماعي من أفراد أسرته، وتراوده بعض الأفكار اللامنطقية لكونه يهول الأمور مثلا أشار " **أرغب في الرحيل والاختفاء وترك البيت لهم**" وعند سؤاله عن الندم قال " **أشعر بالندم عندما أضرب أختي**" وأشار بأنه يرى أخته تقوم بممارسة هذه السلوكيات بطريقة متعمدة، وأشار إلى شعوره بالرفض من الآخرين، وبيّن أن مشكلته نضجت حتى بدأ يلاحظ بعض السلوكيات على أصدقائه والأخرين، لكنه كان يحاول ضبط نفسه والتعبير عن غضبه بالاعتذار عن المشاركة واللقاءات الاجتماعية؛ بكونه يخشى النبذ الاجتماعي، وأصبح من الشخصيات التي تُعاني من السلوك الانهزامي، والتمركز حول الذات، وبدأت عليه ملامح عدم الاتزان الانفعالي والسيطرة على المشاعر، وعبر عن ذلك بقوله " **إنهم يكرهونني ويكرهون تصرفاتي، ولا يثنون أي عمل أقوم به**"، شعر بخوفه منهم مؤخراً بسبب سؤء المعاملة من والده، والتمييز بينه وبين إخوانه في المعاملة وحتى في المصروفات اليومية، أفاد برغبته في ترك المنزل، وعبر عن شعوره

بالرفض لسلوكياتهم وكراهيتهم له، أشار إلى وجود بعض الأفكار المتعلقة برغبته في الانتقام أحياناً كردة فعل بعض التصرفات والسلوكيات التي تصدر منهم، يعاني من عدد من المشكلات النفسية والاجتماعية التي تتمحور حول مفهومه لذاته وثقته بنفسه، وانسحابه الاجتماعي، والشعور بالوحدة.

وتمثلت إجراءات التقييم والمتابعة للحالة بأنه يعاني من بعض معايير تشخيص الاكتئاب وأعراضه كالحزن، والتفكير الزائد، والأفكار والمعتقدات السلبية، وبعض الأفكار اللاعقلانية، وارتفاع في مستوى الشعور بالضيق والحزن الشديد، إضافة إلى معاناة الحالة من اضطرابات الأكل المتمثلة في الامتناع عن الطعام والتعبير عن الغضب، والشعور بالوحدة النفسية، والشعور باليأس والحساسية الزائدة للأصوات، مثل: الأصوات المتعلقة بالطعام أو النوم، أو أصوات أزرار الجوال وغيرها، أصبح يعاني من الغضب والاشمئزاز المرتفع والرغبة في ممارسة السلوكيات العدوانية على مُصدري هذه السلوكيات. والرغبة في ترك المنزل أو إيذاء الذات، والشعور بالرفض والنبذ الاجتماعي، وتكوين بعض التصورات والمفاهيم عن أصدقائه، وشعوره بالحزن، والندم الشديد، وتوتر علاقته بأفراد أسرته، وبعضا من أصدقائه.

يتضح من نتائج المقابلة الشخصية وصفاً تفصيلياً لما يعانيه المفحوص من الشعور بالضيق النفسي والغضب والاشمئزاز وبعض الأعراض الاكتئابية وأعراض القلق العام، التي نتجت لديه بسبب اضطراب حساسية الأصوات المزعجة (الميزوفونيا) وغيرها من الأسباب المتمثلة في كونه يعاني من بعض الاضطرابات والصعوبات النفسية، مثل: (الشعور بالعزلة، والقلق الاجتماعي، والرغبة في الانسحاب الاجتماعي، وعدم المشاركة الاجتماعية، والشعور بالندم، والأفكار التسلطية، والشعور بالنبذ الاجتماعي، والشعور بالدونية، والرغبة في التخلص من الذات)، ولوحظ عليه بعض المعتقدات المعرفية السلبية التي تشير غالباً إلى تصرفات عدوانية ودوافع الغضب والاشمئزاز؛ فضلاً عن الضيق النفسي الذي يعاني منه، وبعض السلوكيات الانسحابية والاتجاه نحو الأفكار العدوانية أحياناً.

نتائج الاستجابات على اختبار تفهم الموضوع

بعد توضيح تعليمات الاختبار وأهدافه، وأهميته طُلب من المفحوص الاطلاع على البطاقات بهدف الكشف عن الدوافع والانفعالات والصراعات الداخلية لديه (الحالة)، بهدف الوصول إلى الدلالات الإكلينيكية لشخصيته، من خلال تفسير استجاباته.

– **البطاقة رقم (١):** طفل أو شاب صغير يجلس بصورة حزينة، وينظر إلى آلة الموسيقى لديه (آلة العزف)، ويجلس فوق الطاولة التي موضوع عليها الآلة، ويضع الطفل يديه على خديه، وعند التركيز أفاد بأن جزء من الآلة مكسور، ومستغرق في التفكير لكيفية إصلاحها وإعادة تأهيليها، ويبدو عليه الشعور بخيبة الأمل والتوتر، وعندما طُلب منه التركيز على عيني الصورة أشار باختلاف فتح العينين (اليمنى، اليسرى)، وكذلك الحاجبين، وكذلك عند التركيز على الصورة بدقه بتوجيه من المرشد أفاد بأن الطفل غير مرتب فيما يتعلق باللباس وتسريحة الشعر.

تفسير البطاقة رقم (١) ودلالاتها الإكلينيكية

تعكس البطاقة الحزن والقلق والتوتر والشعور باليأس الذي أشار له الفحوص؛ نتيجة توتر علاقاته مع أفراد أسرته بسبب سوء معاملته مع أخته وفقا لما وصفته والدته به، كما يصف علاقاته مع والدية الذي يُفسر الصراعات الوالدية، وتسلطها له، وهذا يشعره بخيبة الأمل والتوتر، حيث أفاد تعطل الآلة لديه بانقطاع علاقته بأصدقائه وشعوره بالندم تجاه بعض السلوكيات العدوانية.

– **البطاقة رقم (٢):** أفاد الفحوص أن البطاقة تصف بنت تحمل كتباً بيديها وتنظر بحسرة وندامة وضيق نحو البيئة التي تعيش فيها، وعدم وجود شخصاً في الواقع يفهمها ويدرك احتياجاتها، ويصفها بأنها مظلومة من أسرتها من نظرة عينيها، والنساء الأخريات حولها التي في الصورة، وأنها رحلت عنهم وقررت تركهم والذهاب لوحدها حاملة كتبها بيديها. كما وصف الصورة التي تظهر خلفها بالأسرة المشغولة وغير مهتمة بحاجات أبناءها، وقال نصا" **كل واحد بحالة**" كل واحد مشغول بأعماله، وقصصه، وعندما طُلب منه التركيز على المنزل والحصان قال "قلت لك الأب مشغول بحالة، والأمل مشغولة بحالها، أو معاه" على حد تعبيره، والبنت متضايقة وترغب في تركهم والرحيل عنهم، وأفاد بأنهم غير قادرين على تلمس احتياجاته وفهمه

بالصورة الحقيقية وغير قادرين على دعمه أو الاهتمام به، وقال أغلب الأسر اليوم بهذه الطريقة.

تفسير البطاقة رقم (٢) ودلالاتها الإكلينيكية

تصور الصورة رؤية الفحوص واستجاباته حولها للصراعات النفسية التي يُعاني منها، وعدم قدرته على المواءمة بين مطالب الواقع ومطالب الذات، كما وصف عجزه وشعوره باليأس والندم، والبيئة غير الداعمة له، والشعور بالوحدة الاجتماعية، وإلقاء اللوم على الأسرة وعدم قدرتها على فهمه وتقديم الدعم الاجتماعي، وأفاد بأنه يفكر في كسر القواعد الاجتماعية وتركهم والانتقال لمكان أخر يراه مناسباً للحياة بدونهم، وبيّن حجم الصراع الداخلي لديه في ترك والديه وهجر المنزل أو التحمل والبقاء معهم، مع أن بقاءه معهم لن يكون له جدوى. وبين مدى حاجته للحب والاهتمام الأسري والاجتماعي وتفهم حاجاته وعواطفه، ومستوى افتقاره للمشاعر والعلاقات الاجتماعية والدعم الاجتماعي.

- **البطاقة رقم (٣)** (3BM).

تعكس البطاقة حالة يُعاني فيها الشاب من حاجته إلى النوم، وهناك مصدر ازعاج له، وتوتر وعدم قدرته على انتظام ساعات النوم، وحاجته الماسة للنوم، والاسترخاء، وعندما طُلب منه التركيز أشار إلى وجود آلة حادة بجانبه يستخدما للتهديد في الدفاع عن نفسه، وبيّن أنه غير سوي، كما أفاد بأنه يبكي في الوقت الحالي ولا يرغب في أحد يطلع عليه.

تفسير البطاقة رقم (٣) ودلالاتها الإكلينيكية

تُبين البطاقة مما أشار له المفحوص مستوى الألم والضيق الذي يعاني منه، خاصة عندما أفاد بأنه شخصا يبكي ولا يرغب في أحد يطلع عليه أو يعرف ذلك عنه، وهذا يبرهن حجم المشكلة والصراع والإحباط النفسي الذي يعاني منه، بكونه يرى ويشعر نفسه وحيداً، ويمكن القول بأنه يصف مستوى صراع الإقدام – إحجام لديه وأنه يرغب في الانتماء للآخرين وتشكيل علاقة إيجابية معهم، ونسيان الماضي ويسعى إلى حب الآخرين (والديه وأسرته) على وجه التحديد والتخلص من المشكلات والصراعات التي حدثت خلال الآونة الأخيرة.

- البطاقة رقم (٤)

تعكس البطاقة وصفاً لرجل وامرأة بجانب بعضهم البعض وبطريقة تُظهر أنهم كانوا سعيدين يرتدون أجمل الملابس ولكن رغبة الوالد في عقاب ابنه، ومحاولة الأم منعه، ولاحظ مدى الغضب في عيون والديه، ومن عيون الوالدة لطلب الرحمة منه وترك ابنه، وعندما طُلب منه التركيز على الصورة التي أمامه بين من تسريحة الشعر أنهم كانوا في مناسبة وعندما عادوا معا إلى البيت وجدو مشكلة بداخل البيت والأب يسعى لإسقاط العقاب المناسب، وتعكس البطاقة مستوى النزاعات والتوترات داخل الأسرة، ومستوى الصراعات التي تحدث بينهم.

تفسير البطاقة رقم (٤) ودلالاتها الإكلينيكية.

تعكس استجابات المفحوص مستوى القلق لديه، ومستوى مخاوفه من والده، والذكريات والصراعات المؤلمة التي يُعاني منها، وبعد الأبوين عنه، وتعكس الاحباطات والمشاعر السلبية التي يُلقيها المفحوص على نفسه، والندم الذي يُعاني منه لكونه سبباً في الصراعات الإسرية ومستوى الكدر الأسري الذي أوجده داخل المنزل لعدد من المرات، والتوتر الأسري الذي أحدثه بين والديه (الأم–الأب) بسببه وإلقاء اللوم على نفسه.

- البطاقة رقم (٥)

تعكس البطاقة الخامسة من وجهة نظر المفحوص سيدة تضع يديها على مقبض الباب، وتدخل فجأة إلى غرفة أحد أبناءها، وتوبخه على سلوكياته التي قام بها.

تفسير البطاقة رقم (٥) ودلالاتها الإكلينيكية.

تعكس استجابات المفحوص على البطاقة الخامسة لشعوره بالخوف والندم والصراع من السلوكيات التي مارسها نحو أخته، والعدوان الذي أوقعه عليها، والإحساس بالذنب والشعور بتدني مفهوم الذات بكونه مصدراً للإزعاج والتوتر داخل الأسرة، والرغبة في الدفاع والعلاقات المتبادلة لكنها متوترة.

- البطاقة رقم (٦)

تعكس البطاقة السادسة صورة لسيدة كبيرة في العمر وصفها بأنها (الجدة)، وشاب وسيم واقف أمامها، يشعر بالذنب والتوتر، وعندما طُلب منه التركيز والتفسير للشخص بين أنه يعاني من المخاوف الشعور بالذنب من نظرات عينية.

تفسير البطاقة رقم (٦) ودلالاتها الإكلينيكية.

تُمثل البطاقة العلاقة بين الحب والحنان والتعاون بين المرأة المسنة، ونظرتها الخارجية وكأنها تُشعره بنوع من التهذيب والتعديل السلوكي، والحوار المتوتر بينهم وكأنه المذنب وهي المُعاقب له على سلوكه، كما تبين اختلاف الدور الوظيفي من أعمار الشخصين (الشاب، والمرأة المسنة)، ويتضح المحتوى المضطرب والتقارب المزدحم بالمشاعر غير السارة، بكونه لا يوجد اتصالاً بصرياً واضحاً بينهم.

- البطاقة رقم (٧) (7BM)

تعكس البطاقة السابعة صورة شاب يتضح عليه علامات العصبية والغضب الشديد، وصورة والده بجانبه رجل أنيق في مكتمل العمر، رجل له باع من الخبرة والمعرفة، ويبدو انشغال الأب بتوجيه ابنه نحو السلوكيات التي يمارسها ويقوم بها، وما وصل للأب من معلومات حول رغبة ابنه في ترك المنزل وانسحابه الاجتماعي وتسلطه على أخته الصغرى لموضوع يراه الأب تافها.

تفسير البطاقة رقم (٧) ودلالاتها الإكلينيكية.

تُمثل البطاقة السلطة الأبوية والعلاقة بين الأب والابن ووفقا لما يراه، وتوضح علاقة المفحوص بالأشخاص الأكبر منه ومطالب المجتمع الخارجي، والأب هو من يمارس سلطة المنع في المجتمع، والتركيز على الامتثال الاجتماعي واكتشاف المعتقدات التي يُفكر فيها المفحوص.

- البطاقة الثامنة (8BM)

تعكس البطاقة حالة (شاب، مراهق) وأشخاص خلفه عددهم اثنين وصورة لشخص أشبه ما يكون "نائم" ومريض يعملون على مساعدته، مثل طبيب يعمل عملية جراحية، بينما يظهر الشاب في مقدمة الصورة وبجانبه بندقية، والأشخاص خلفه يظهرون أقويا ويمارسون مهمة معينة، والشخص النائم يعاني من مرض، وأشار إلى خوفه من الاعتداء عليه من والده وخاصة عندما أشار إلى تسلط والده عليه.

تفسير البطاقة الثامنة (8BM) ودلالاتها الإكلينيكية.

تمثل البطاقة السلوك العدواني (العقابي) الذي قد يتعرض له من والده، وبعض الأشخاص الذين قد يساعدوا والده في الاعتداء الجسدي عليه لكفه عن السلوكيات والأفكار التي ينادي بها، وأشار إلى تعرضه لعدد من المرات من العقاب الوالدي القاسي عليه عندما كان يمارس سلوكاً سلبيا أو يعتدي على جيرانه، ويرى أن والده يمكن أن يقوم بممارسة مثل هذه السلوكيات، وأسلوب المفحوص العدواني، ويلحظ من كلامه الاضطراب المعرفي والصراع بين الحب والكراهية.

- البطاقة التاسعة (9BM)

تعكس البطاقة عدد أربع أشخاص ينامون مع بعضهم البعض، بطريقة توحي بأنهم يعانوا من التعب والإرهاق الجسدي، ولديهم رغبة في النوم والاسترخاء، ولوحظ الاقتراب الجسدي لديهم بشكلٍ واضح.

تفسير البطاقة التاسعة (9BM) ودلالاتها الإكلينيكية.

تمثل البطاقة شدة الاتصال والتقارب الجسدي بين الأصدقاء، وأفاد بأن علاقتهم قوية ولديهم روح العمل مع الفريق وتبادل العلاقات الاجتماعية، وأفاد بأنه يفتقد لهذه العلاقة، وتعكس كذلك الضغوط النفسية والخلافات بين أفراد الأسرة والضغوط الاجتماعية التي يعاني منها من الأسرة وأصدقائه بسبب تصرفاته وأفكاره والقلق الذي يعاني منه في الآونة الأخيرة.

- البطاقة رقم (١٠)

تعكس البطاقة صورة للعلاقة والتوافق بين الجنسين (الذكور، الإناث)، وبين عدم الوضوح الكافي للصورة، وأفاد بأنها ربما تعكس العلاقة بين الأم وابنتها (احتضان الأم لأبنتها) نتيجة مرور البنت في موقف تشعر فيه بالقهر أو التعرض للعدوان.

تفسير البطاقة رقم (١٠) ودلالاتها الإكلينيكية.

تمثل البطاقة قوة العلاقة بين الزوجين وتوافقهم الجنسي، وحجم الخلافات والصراعات بينهم، وكذلك التوتر بين أفراد أسرته ومحاولة الأم لتهدئة البنت، ومساعدتها على تخطي العقبات التي تواجهها.

- **البطاقة الحادية عشر (١١)**

تعكس البطاقة القلق العام الذي يعاني منه، وهي موقف غامض حيث أشار إلى صورة بداخلها جبل فيه انهيار للحجارة، وبالتالي فيها ضباب وعدم وضوح للرؤية.

تفسير البطاقة الحادية عشر (١١) ودلالاتها الإكلينيكية.

توضح البطاقة حالة القلق والغموض التي يعاني منها المفحوص، وعدم قدرته على توضيح نوع القلق الداخلي أو مصدر القلق وطبيعته، وعجزه عن توضيح الطريقة التي تساعده على التخلص من القلق الخارجي او الداخلي الذي يعاني منه.

البطاقة الثانية عشر (البطاقة البيضاء)

تعكس هذه البطاقة صورة بيضاء لا يوجد فيها أي مشهد، وتركز على الأفكار والمعتقدات التي تستحوذ على تفكيره، وتعكس اتجاهاته، ويوضح كيفية رؤية الأخرين له.

تفسير البطاقة الثانية عشر ودلالاتها الإكلينيكية.

اتضح من عرض المفحوص لأفكاره وتخيلاته أثناء عرض هذه الصورة بوصف للعلاقة المتخيلة مع أسرته وأصدقائه وأخته، ووصفه لكراهيتهم له، وصور نفسه بشخص يعاني من الجرح العاطفي ويجلس في زاوية الغرفة ويرغب في مصالحتهم والتبرير لهم لكنهم غير قادرين على فهمه وتصور مستوى احتياجاته التي يعاني منها.

مما سبق مع عرضه من البطاقات السابقة في اختبار تفهم الموضوع للمفحوص لوحظ أنه يستخدم بعض مكانيزميات الدفاع منها **الإزاحة** لكونه ركز على ذكريات الماضي والصراعات السابقة التي يعاني منها، كما لوحظ اهتمامه ببعض الصراعات المجهولة، والمواقف الغامضة التي عبر فيها عن غضب والده، واتجاه والده نحوه، وبين أنه يعاني من جملة من الاضطرابات والمشاعر السلبية والأفكار والمعتقدات غير الواقعية، كما أنه استخدم **التكوين الضدي** من خلال الإشارة إلى المتضادات والمتناقضات في كلامه، والاهتمام ببعض المواقف وإشعار المرشد بقدرته على التعامل والتكيف معها، وإظهار للجانب الديني والتهويل أحياناً في سرد بعض القصص والأفكار، واستخدام بعض الصفات المطلقة للأشخاص الذين وصفهم والأشياء التي عبر عنها، ولوحظ عليه المبالغة في الانفعالات مثل (انصدمت، وأشعر برغتبي في الانتحار، وأنا حزين جد وغيرها من الاسقاطات والكلمات التي تدلل على شدة معاناته

ووصفه لهذه الانفعالات)، ولديه تضخيم مرتفع للذات بكونه يضخم المشاعر والأفكار التي تمر عليه ويظهر نفسه بانه الشخص البطل والعبقري، ولديه أفكار ومعلومات لا يعرفها الآخرون وينظر إلى الآخرين بنظرة دونية وأنهم أقل منه قدرة على التعامل مع الأحداث والمواقف المزعجة، وكذلك تبين شدة استخدامه للإسقاط حيث أسقط قدراً كبيراً من الضغوط النفسية على الآخرين من أصدقائه، وأفراد اسرته، وحياته، وعلاقاته مع الآخرين وتراكم المشاعر السلبية لديه. **والنكوص** وهو عُصاب قهري ظهر على المفحوص عندما عبر عن حاجته للاهتمام والرعاية المطلقة والعناية من والدية بشكل عام ووالدته بشكلٍ خاص إسوة بأخية الصغير. **والمحو** حيث استخدم بعض الرموز الحركية التي برهن فيها بعض الأوصاف من معاناته التي مر بها كخبرات سابقة، واستخدم **التبرير** بصورة مطلقة ومعممه وغير واضحة حيث بين أنه يتجه بالطريق الصحيح ووالدته وأسرته لا يساعدوه على تخطي المشكلات والصعوبات التي يواجهها.

ومن حيث **المحتوى الظاهر** يُلاحظ الدقة والمبالغة في تفسير وعرض البطاقات وتحليلها وتفسيرها، والتركيز الدقيق لبعض الأحداث أثناء عملية السرد والاستفسار للصور المشار لها في البطاقات، والإسهاب والاهتمام لحد ما بالتفاصيل الجزئية، والتركيز على الجانب الاستعراضي القصصي والخبراتي في وصف بعض الاتجاهات والمواقف التي مر بها، كخبرة انفعالية سابقة، والميل المبالغ فيه إلى تفاصيل الأحداث وربطها بالبطاقات عندما طُلب منه التعبير عن المشاهد التي يراها كقصص لهذه البطاقات، كما لوحظ عليه الاهتمام بالجوانب المالية المتعلقة بالمصاريف والنقود والأرقام وخاصة عندما ذكر بعض الخلافات الأسرية الناتجة عنها، والمواقف المتسببة فيها، كما لوحظ **العقلانية والمنطقية** في سرد الحالة للقصص والاستجابات المشار لها من الصور الظاهرة، وخاصة عندما تعلق بالجانب المبني على الخيال. **الإفراط والمبالغة في التهويل والمقارنة** مع الآخرين من أصدقائه وأفراد أسرته ولوحظ عليه الأسلوب الإقناعي بأنه شخص مظلوم والآخرين يعادونه ويكرهونه ولا يرغبون في تطوير وبناء العلاقات الاجتماعية معه، والتركيز على التواريخ والمواقف العامة والأماكن التي تحدث فيها الصراعات واتجاهات الآخرين نحوها.

وفيما يتعلق بالعلاقات الاجتماعية فقد وصف العلاقة بالأب والأم بأنها علاقة ظاهرية سطحية، علاقة يسودها التمييز وعدم العدالة، علاقة تسلطية تقوم على فرض الأوامر

والتوجيهات، بعيدة عن الجانب العاطفي، يغلب عليها العقاب (اللفظي، الجسدي) في بعض الأحيان، علاقة تفتقر إلى الديموقراطية والتعاون الاجتماعي بين أفراد الأسر ، ولوحظ التناقض الوجداني في تركيب العلاقة، ولوحظ الكراهية المقترنة بالحاجات والرغبات الفكرية والعاطفية، فيما يتعلق **بالعلاقات الاجتماعية** مع المقربين من أفراد الأسرة (الجدة) أفاد باضطراب العلاقة وعدم الاحتواء الأسري ووصف حجم الاضطرابات الأسرية لديهم بما يسمى باضطراب الجو الأسري وعدم وجود المساحة الشخصية والعائلية بين أفراد الأسرة، ووجود التدخلات من المقربين في التنشئة الأسرية وتحديداً من الأجداد كمساهمين في التربية والتوجيه، وإصدار التعليمات الأسرية ووصفها بأنها حالة من الخنوع الاجتماعي والطاعة للكبار، وعدم تقبلهم للحوار والمناقشة وابداء الرأي والتعبير عنه بصورة واضحة. **أما علاقته بأصدقائه** فوصفها بأنها علاقة مبتورة تفتقر إلى التناصح والتوافق والتعاضد، تقوم على المصلحة، والكسب، والاستغلال، وليس لها مقومات أساسية في البناء الاجتماعي، وتفتقر إلى الاستجابة والدعم الاجتماعي وتتركز على تنافس الأقران، وحب الظهور والسيطرة على المجموعة ويقصد هنا مجموعة الرفاق، **وحول العلاقة بالجنس الأخر** أفاد بأنه يطمح إلى أيجاد فتاة منفتحة تستطيع فهم مشاعره، وتتقبله، وتدرج مستوى الحرمان والصراعات النفسية التي يعاني منها، وتتمكن من بناء شخصيته، ومساعدته على إدراك الواقع حوله، في حين أنه أكد على عدم وجود هذه المواصفات من الفتيات الآن (الوقت الحاضر) وأنهن يركزن على الجانب المادي واهمال المشاعر والواجبات الأسرية بحد قوله، ولوحظ أنه يفتقر إلى الطاقة والمشاعر الإيجابية وبتطلع إلى الاستغلال منهن، وليس بناء علاقة عاطفية يسودها المحبة والوفاء الأسري، مركزا على قصص الفشل الزواجي والجانب السلبي من العلاقات الزوجية التي سمعها أو وقف عليها في حياته.

خطة العلاج الفردي:

اقتصرت الإجراءات العلاجية على (٣) جلسات فردية بعد الانتهاء من تطبيق الأدوات، استُخدم فيها تمارين العلاج المعرفي السلوكي، حيث تم تحديد المشكلة بشكلٍ دقيق، واستكشاف نقاط القوة في شخصية الحالة، ونقاط الضعف من خلال بعض الأنشطة والاستراتيجيات، مثل: استراتيجيات تشتت الانتباه، وخلط الأوراق، وإعادة التركيز على الشخص بدلاً من

الأصوات المثيرة، وإعادة التركيز على المحفزات السمعية، مثل: الاستماع للموسيقى الخفيفة، والتمارين المتعلقة بالتخلص من الأفكار السلبية، والمعتقدات المعرفية الخاطئة، وبعض السلوكيات اليومية، مثل: الاستفزاز والسلوكيات الغاضبة، والتفاعل الإيجابي مع الآخرين، والضبط الذاتي، والتدريب على المهارات الاجتماعية، والتنفس الانفعالي ومهارات الاسترخاء والعلاج المعرفي، والإدارة الذاتية للمواقف الدافعة للغضب، والتدريب على مهارات التعامل مع الأصوات الحساسة، والمواجهة التنظيمية، واستخدام السلم الرباعي الذي يشتمل على الأفكار والسلوكيات والعواطف والجانب الفسيولوجي، ومراقبة الانفعالات، والتدريب على مهارات الاتصال الفعّال، وتناول الوجبات مع الآخرين، والتخلص من الإثارة الذاتية للأصوات، والتدريب على الرقابة الذاتية، إضافة إلى حثه على ممارسة التمارين البدنية، وتسجيل الأفكار الواردة في حينها، والتدريب على مهارات الدعابة والمرح، والمواجه والتفاعل، وبعد التحسن الملحوظ الذي أبداه الطالب (ع، س)، والاستمرار في تعزيز المكاسب العلاجية التي حققها، وتتبع عدد المرات التي شعر فيها بالقلق والتردد والشعور بالضيق، وبعض الأعراض الاكتئابية وممارسة بعض المهارات والتمارين، التي تساعده على التخلص منها بشكل تدريجي، وفي ختام العلاج لوحظ تعاون الحالة وتقدمها وتحسنها بشكلٍ ملحوظ وكان التدخل العلاجي المعرفي السلوكي (العلاج الفردي)، والمهارات التي تم تطبيقها على الحال ذا أثرٍ فعّال في خفض حدة الاضطرابات والمشكلات النفسية التي يعاني منها، حيث تمكن من التخلص من بعض الأفكار السلبية، وممارسة بعض السلوكيات الإيجابية، والضبط الذاتي وخفض الغضب والسلوكيات الاندفاعية، وكذلك انخفضت درجة الشعور بالقلق لديه، والضيق التي يعاني منها، من خلال المهارات والأنشطة وتطبيق التقنيات العلاجية التي اسُتخدمت خلال الجلسات، ولوحظ اكتسابه لبعض العادات الروتينية بشكلٍ يومي، مثل: تغير العادات الغذائية، والتفاعل الاجتماعي، والاستماع للموسيقى، والتخلص من السلوك الاندفاعي، والتعامل الإيجابي مع الأصوات الصاخبة، والمحادثات الصريحة، والشعور الذاتي بالقدرة على التخلص من المشاعر السلبية والأعراض الاكتئابية السلبية التي كانت لديه.

توصيات الدراسة:

في ضوء نتائج الدراسة الحالية، يمكن تقديم التوصيات الآتية:

١. دراسة معايير تشخيص وتحديد الأعراض المصاحبة لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) وتقينين مقياس يتناول مختلف الشرائح في البيئة المحلية.
٢. تشجيع الطلبة الذين يعانون من هذا النوع من الاضطرابات على تكوين جماعات الدعم والمساندة الاجتماعية لتبادل الخبرات وتفريغ الانفعالات والتعبير الإيجابي عن المشكلات والأعراض التي يعانون منها.
٣. عقد برامج تدريبية وورش عمل مختلفة في لقاءات متعددة حول هذا النوع من الاضطرابات وأعراضه وأسبابه وآثاره على الفرد والمجتمع.
٤. التدريب على إعادة البناء المعرفي عند الطلبة بما يسهم في خفض الأفكار السلبية لديهم، ويساعدهم على مواجهة المشكلات النفسية والتحديات.

مقترحات الدراسة:

في ضوء نتائج الدراسة الحالية، يمكن تقديم التوصيات الآتية:

١. تصميم برامج إرشادية لخفض الأعراض المصاحبة لاضطراب الحساسية تجاه الأصوات (الميزوفونيا) على بيئات مختلفة وفئات متنوعة من أفراد المجتمع.
٢. إجراء مزيد من الدراسات الارتباطية والنوعية والتجريبية والإكلينيكية لدراسة هذا النوع من الاضطرابات والأعراض المصاحبة.

المراجع:

الأنصاري، بدر. (٢٠٠٠). *قياس الشخصية*. القاهرة: دار الكتاب الحديث.

بني يونس، محمد. (٢٠٠٤). *مبادئ علم النفس*، ط١. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

عبد الخالق، أحمد (٢٠٠٢) .*أسس علم النفس*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

لامسون، روبرت وجاكوبس، ايد وهارفل، ريلي، وسيجميل، كريستين. (٢٠١٣). *الارشاد الجمعي: التدخل والفنيات*. (ترجمة سهام أبو عيطة، ومراد علي سعد). عمان: دار الفكر.

Aazh, H., Landgrebe, M., Danesh, A., & Moore, C. (2019). Cognitive behavioral therapy for alleviating the distress caused by tinnitus, hyperacusis and misophonia: Current perspectives. *Psychology research and behavior management*, 12, 991-1002

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Pub

Barker, P. (2003). *Psychiatric and Mental Health Nursing: The Craft of Caring*. London: Edward Arnold.

Beck, T., Epstein, N., Brown, G., & Steer,A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Beck, T., Steer, A., & Brown, K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: TX Psychol. Corp.

Cândea, D., Stefan, S., Matu, S., Mogoase, C., Iftene, F., David, D., & Szentagotai, A. (2018). REBT in the Treatment of Subclinical and Clinical Depression. Springer International Publishing.

Carlson, D. (2013). Overcoming Hurts & Anger. Harvest House Publishers.

Cassiello-Robbins, C., Anand, D., McMahon, K., Brout, J., Kelley, L., & Rosenthal, M. Z. (2021). A preliminary investigation of the association between misophonia and symptoms of psychopathology and personality disorders. Frontiers in Psychology, 11, 3842.

Cassiello-Robbins, C., Anand, D., McMahon, K., Brout, J., Kelley, L., & Rosenthal, M. Z. (2021). A preliminary investigation of the association between misophonia and symptoms of psychopathology and personality disorders. Frontiers in Psychology, 11, 3842.

Cavanna, A. (2014). "What is misophonia and how can we treat it?".*Expert Review of Neurotherapeutics*. 14 (4), 357–359.

Cavanna, A. E., & Seri, S. (2015). Misophonia: current perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 2117.

Cavanna,E. & Neal, M. (2013). Selective Sound Sensitivity Syndrome (Misophonia) in a Patient with Tourette Syndrome. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 25 (1). doi:10.1176/appi.neuropsych.11100235.

Chalkley, J. (2015). *The Content of Psychological Distress: Addressing Complex Personal Experience*. Macmillan International Higher Education.

Cuijpers, P., Smits, N., Donker, T., Ten Have, M., & de Graaf, R. (2009). Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory. *Psychiatry research*, 168(3), 250-255.

Cusack, S. (2017). *Misophonia: An Investigation of the Lesser-Known Decreased Sound Tolerance Condition.*

Daniels, C., Rodriguez, A., & Zabelina, L. (2020). Severity of misophonia symptoms is associated with worse cognitive control when exposed to misophonia trigger sounds. *PloS one*, 15(1), e0227118.

DePaulo Jr, R., & Horvitz, A. (2002). *Understanding depression: What we know and what you can do about it.* John Wiley & Sons.

Dozier, H. (2017). *Understanding and overcoming misophonia: a conditioned aversive reflex disorder*. Misophonia Treatment Institute.

Ferrer-Torres, A., & Giménez-Llort, L. (2021). Sounds of Silence in Times of COVID-19: Distress and Loss of Cardiac Coherence in People With Misophonia Caused by Real, Imagined or Evoked Triggering Sounds. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-12.

First, B. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders*. Biometrics Research Department.

First, B. (2005). *Structured clinical interview for DSM-IV-TR Axis I disorders: patient edition. Biometrics Research Department*, Columbia University.

Gilbert P (2007). *Psychotherapy and counselling for depression* (3rd ed.). Los Angeles: Sage.

Gillihan, J. (2020). *Cognitive Behavioural Therapy Made Simple: 10 Strategies for Managing Anxiety, Depression, Anger, Panic and Worry*. Hachette UK.

honia Institute.(2021). *Prevalence of Misophonia*. RESERVED FROM: https://misophoniainstitute.org/prevalence-of-misophonia/#_edn4

Islam, A. (2019). Psychological distress and its association with socio-demographic factors in a rural district in Bangladesh: a cross-sectional study. *PloS one*, 14(3), 1-18.

Jager, J., Vulink, N. C., Bergfeld, O., van Loon, J., & Denys, A. (2020). Cognitive behavioral therapy for misophonia: A randomized clinical trial. *Depression and Anxiety*, 15(4), 1-16.

Jastreboff, M. M., & Jastreboff, P. J. (2002). Decreased sound tolerance and tinnitus retraining therapy (TRT). *Australian and New Zealand Journal of Audiology*, 24(2), 74-84.

Kazdin, A. E. (2000). Encyclopedia of psychology (Vol. 8, p. 4128). *American Psychological Association*. (Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Kessler, C. (1996). *Kessler's 10 psychological distress scale*. Boston, MA: Harvard Medical School.

Langguth, B. (2011). A review of tinnitus symptoms beyond 'ringing in the ears': a call to action. *Current medical research and opinion*, 27(8), 1635-1643.

Lewin, A. B., Wu, M. S., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2015). Sensory Over-Responsivity in Pediatric Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37, 134-143.

Lewin, B., Dickinson, S., Kudryk, K., Karlovich, R., Harmon, L., Phillips, A., & Ehrenreich-May, J. (2021). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy for misophonia in youth: Methods for a clinical trial and four pilot cases. *Journal of Affective Disorders*, 291(1), 400-408.

Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2010). Inter-rater reliability of the structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID I) and axis II disorders (SCID II). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(1), 75–79.

Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy?. Clinical psychology review, 27(2), 173-187.

Luepker, E. T. (2012). *Record keeping in psychotherapy and Counseling protecting confidentiality and the professional relationship*. UK: Routledge

McGuire, F., Wu, M. & Storch, A. (2015). Cognitive-behavioral therapy for 2 youths with misophonia. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(5), 0-0.

Mitchell, J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C. & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The lancet oncology*, 12(2), 160-174.

Moore , T. , Eisler , R. and Franchina , J. (2000), Causal Attributions and Affective Responses to Provocative Female Partner Behavior by Abusive and Nonabusive Males, *Journal of Family Violence*, 15, (1) 69-80.

Mortiboys, A. (2013). *Teaching with emotional intelligence: A step-by-step guide for higher and further education professionals.* UK: Routledge.

Muller, D., Khemlani-Patel, S., & Neziroglu, F. (2018). Cognitive-behavioral therapy for an adolescent female presenting with misophonia: A case example. *Clinical Case Studies*, 17(4), 249-258.

Murza, A., Nye, C., Schwartz, B., Ehren, J., & Hahs-Vaughn, L. (2014). A randomized controlled trial of an inference generation strategy intervention for adults with high-functioning autism spectrum disorder. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 23(3), 461-473.

Natalini, E., Dimaggio, G., Varakliotis, T., Fioretti, A., & Eibenstein, A. (2020). Misophonia, maladaptive schemas and personality disorders: a report of three cases. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(1), 29-35.

Naylor, J., Caimino, C., Scutt, P., Hoare, J., & Baguley, M. (2021). The prevalence and severity of Misophonia in a UK undergraduate medical student population and validation of the Amsterdam Misophonia Scale. *Psychiatric Quarterly*, 92(2), 609-619.

NCCN. (2015). *National Comprehensive Cancer Network. Definition of distress in cancer*. Washington: National Comprehensive Cancer Network.

Nelson III, W. M., Finch Jr, A. J., & Ghee, A. (2012). *Anger management with children and adolescents*.

Novaco, R. W. (2003). T*he Novaco anger scale and provocation inventory: NAS-PI. Los Angeles, CA*: Western Psychological Services.

Nussbaum, M. C. (2016). *Anger and forgiveness: Resentment, generosity, justice*. Oxford University Press.

Ohayashi, H. (2012). *Psychological distress: symptoms, causes, and coping*. Nova Science Publishers.

Pellicori, J. (2020). Clinician's guide to misophonia. *AudiologyOnline*,. Retrieved from: http://www.audiologyonline.com.

Potter-Efron, R. (2007). *Rage: A step-by-step guide to overcoming explosive anger*. New Harbinger Publications.

Quek, C., Ho, S., Choo, C., Nguyen, H., Tran, X., & Ho, C. (2018). Misophonia in Singaporean psychiatric patients: A cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1410.

Reid, M., Guzick, G., Gernand, A., & Olsen, B. (2016). Intensive cognitive-behavioral therapy for comorbid misophonic and obsessive-compulsive symptoms: A systematic case study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 10, 1-9.

Roushani, K., & Honarmand, M. M. (2021). The Effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy on Anger in Female Students with Misophonia: A Single-Case Study. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 46(1), 61.

Rouw, R., & Erfanian, M. (2018). A large-scale study of misophonia. *Journal of clinical psychology*, 74(3), 453-479.

Schecklmann, M., Landgrebe, M., Langguth, B. & TRI Database Study Group. (2014). Phenotypic characteristics of hyperacusis in tinnitus. *PloS one*, 9(1), 86944.

Schroder, A., Vulink, N., & Denys, D. (2013). Misophonia: diagnostic criteria for a new psychiatric disorder. *PLoS One*, 8(1), e54706.

Schroder, E., Vulink, C., van Loon, J., & Denys, A. (2017). Cognitive behavioral therapy is effective in misophonia: An open trial. *Journal of Affective Disorders*, 217, 289-294.

Seligman, M.E.P.; Walker, E.F.; Rosenhan, D.L. (1989). *Abnormal psychology* (4eth). New York: W.W. Norton & Company.

Siepsiak, M., Śliwerski, A., & Łukasz Dragan, W. (2020). Development and psychometric properties of misoquest—A new self-report questionnaire for misophonia. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1797.

Siepsiak, M., Sobczak, M., Bohaterewicz, B., Cichocki, Ł., & Dragan, Ł. (2020). Prevalence of misophonia and correlates of its symptoms among inpatients with depression. *International journal of environmental research and public health*, 17(15), 5464.

Spitzer, L., & Williams, B. (1988). Revised diagnostic criteria and a new structured interview for diagnosing anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 22, 55-85.

Tafrate, C., & Kassinove, H. (2019). *Anger management for everyone: Ten proven strategies to help you control anger and live a happier life*. New Harbinger Publications.

The Misop Tsakanikos, E., Costello, H., Holt, G., Sturmey, P., & Bouras, N. (2007). Behaviour management problems as predictors of psychotropic medication and use of psychiatric services in adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(6), 1080-1085.

Tsakanikos, E., Costello, H., Holt, G., Sturmey, P., & Bouras, N. (2007). Behaviour management problems as predictors of psychotropic medication and use of psychiatric services in adults with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 37(6), 1080-1085.

Vanaja, S. & Abigail, S. (2020). Misophonia: An Evidence-Based Case Report. *American Journal of Audiology*, 29(4), 685-690.

Videbeck, L. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing* (3rd ed.). Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 9780781760331.

Watt-Smith, T. (2015). *The book of human emotions: An encyclopediaGH GHFFFDDSSA*

Wiese, A. D., Wojcik, K. D., & Storch, E. A. (2021). Assessment and Intervention for Individuals With Misophonia. *Journal of Health Service Psychology*, 47(1), 51-60.

Zhou, X., Wu, M. S., & Storch, E. A. (2017). Misophonia symptoms among Chinese university students: Incidence, associated impairment, and clinical correlates. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 14, 7-12.

The efficacy of a program based on cognitive-behavioral therapy in reducing symptoms associated with sound sensitivity disorder (misophonia) among university students (clinical-pilot study).

Dr.. Yahya Mubarak Suleiman katatbh
Associate Professor of Psychological Counseling –
College of Social Sciences - Imam Muhammad bin Saud Islamic University.

Abstract

The present study has aimed to measure the effectiveness of a program based on cognitive-behavioral therapy in reducing symptoms associated with sound sensitivity disorder (misophonia) among university students (experimental and clinically). The study sample consisted of (n = 22) students in the pilot study those who got the highest scores in the scale of sensitivity disorder to sounds (misophonia) and the associated symptoms, including: (symptoms of anxiety, psychological distress, anger and disgust), While the number of clinical study members was (n = 1) students. Comparison of experimental groups only,The clinical approach to the clinical sample.

To achieve the objectives of the study, a number of tools were used in both studies (expermental- and clinical), namely: the sensitivity scale to (misophonia) (Siepsiak, etal, 2020), and the anxiety symptoms scale (Beck, etal & Steer, 1988). The Matrimonial Scale (Kessler, 1996), Anger and Disgust Scale (Novaco, 2003) and List of Depressive Symptoms (Beck, etal, 1996) Case Study and Thematic Apperception test T.A.T(for clinical and ischemic sample). Two sessions per week, in addition to the initial and final sessions in which the pre- and post-test and Follow-up test

The results of the study indicated that there were statistically significant differences at the level of significance ($\alpha \leq 0.05$) between the average ranks of the members of the training group and the average ranks of the members of the control group on the total degree of the scale of sensitivity to sounds (misophonia) and associated symptoms, and it includes: It includes: (anxiety symptoms, psychological distress, anger and disgust) in the dimensional measurement for the benefit of the experimental group, which indicates the efficiency of the program used in the current study, The results of the post-comparisons of the experimental group and the follow-up test one month after the end of

the program showed that there were no statistically significant differences at the level of significance ($\alpha \leq 0.05$) between the mean scores of the experimental group participating in the program between the post and follow-up test on the total degree of the sensitivity scale towards (misophonia) and accompanying symptoms (Anxiety symptoms, emotional distress, anger and disgust).

This confirms the continued impact and effectiveness of the program among the experimental group members. It was also clear that there is a similarity in the psychological dynamics of students using some projective tests, and the results were interpreted in the light of the results of previous studies.

Key words: cognitive-behavioral therapy, sensitivity disorder to sounds (misophonia