

خدمات أكاديمية

كفاءات وطنية

معايير عالمية

دراسة
للإستشارات والدراسات والترجمة

UNIVERSITY

drasah 1 | 00966555026526

00966560972772

www.drasah.com | info@drasah.com

خدماتنا



توفير المراجع العربية والأجنبية



التحليل الاحصائي وتفسير النتائج

الاستشارات الأكاديمية



جمع المادة العلمية

الترجمة المعتمدة



 drasah1

 Info@drasah.com

 00966555026526

 00966560972772

 drasah.com



دراسة

للاستشارات والدراسات والترجمة



تواصل معنا



00966555026526

00966560972772



متواجدون على مدار الساعة



جامعة اليرموك

كلية التربية

قسم علم النفس الإرشادي والتربوي

رسالة ماجستير بعنوان:

فاعلية العلاج القصصي في خفض اضطراب الشره العصبي والاندفاعية

لدى عينة من المراهقات

**The Effectiveness of Therapeutic Storytelling in
reducing Binge Eating Disorder and Impulsivity
among a Sample of Female Adolescents**

إعداد

نور أحمد بحر العيدة

إشراف الدكتور

أحمد عبدالله محمد الشريفين

حقل التخصص: الإرشاد النفسي

الفصل الدراسي الصيفي

2019

المخلص باللغة العربية

العيدة، نور أحمد. فاعلية العلاج القصصي في خفض اضطراب الشره العصبي والاندفاعية لدى عينة من المراهقات. رسالة ماجستير، جامعة اليرموك، 2019م. (المشرف: د. أحمد عبدالله الشرفين).

هدفت الدراسة إلى فحص مدى فاعلية العلاج القصصي في خفض اضطراب الشره العصبي والاندفاعية لدى عينة من المراهقات المسجلات في المدارس الحكومية للبنات في مديرية التربية والتعليم في لواء الكورة، إربد، الأردن. تكونت عينة الدراسة من (30) طالبة من الصفوف السادس، والسابع، والثامن، وتم تعيينهن بشكل عشوائي لمجموعتين متساويتين: المجموعة التجريبية (ن=15) وشاركت في برنامج العلاج القصصي، والمجموعة الضابطة (ن=15) التي لم تشارك في أي برنامج تدخل. لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياسي الشره العصبي (Binge Eating Disorder)، والاندفاعية؛ لجمع بيانات الدراسة في الاختبارات القبلية والبعديّة لمجموعتي الدراسة، وفي الاختبار التتبعي مع أفراد المجموعة التجريبية فقط، بالإضافة إلى برنامج إرشادي جماعي قائم على العلاج القصصي. وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائيًا بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متوسطات الدرجات على مقياس الشره العصبي في الاختبار البعدي لصالح المجموعة التجريبية، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الاختبار البعدي لكل من بعد "عدم وجود تخطيط مسبق"، و"عدم المثابرة"، ووجود فروق دالة إحصائيًا بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الاختبار البعدي لكل من بعد "الإلحاح السلبي"، و"البحث عن المغامرة"، و"الإلحاح الإيجابي" في مقياس الاندفاعية لصالح المجموعة التجريبية، مما يشير إلى فاعلية العلاج القصصي. أيضًا، أشارت نتائج المقارنات البعدية والتتبعية لدى أفراد المجموعة التجريبية إلى وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات القياسين البعدي والتتبعي، في مقياس الشره العصبي، وأبعاد مقياس الاندفاعية (الإلحاح السلبي، البحث عن المغامرة، الإلحاح الإيجابي)، مما يعكس استمرار أثر البرنامج.

الكلمات المفتاحية: العلاج القصصي، الشره العصبي، الاندفاعية، المراهقات، اضطرابات الأكل.

Abstract

Aleyadeh, Noor Ahmed. (2019). The Effectiveness of Therapeutic Storytelling in reducing Binge Eating Disorder and Impulsivity among a Sample of Female Adolescents. Master Thesis, Yarmouk University. (Supervisor: Dr. Ahmad Abdullah Alshraiyeen).

The study aimed at examining the effectiveness of the therapeutic storytelling in decreasing Binge Eating Disorder and the Impulsivity among a sample of adolescents enrolled in the public schools for girls in the Directorate of Education of Al-Koura District, Irbid, Jordan. The study sample consisted of (30) female students in grades from 6 to 8. They were randomly assigned to two equal groups: An experimental group (n=15) that received the therapeutic storytelling program and a control group (n=15) that did not participate in any intervention program. To achieve the objectives of the study, measures of Binge Eating Disorder (BED) and the Impulsivity were used to gather study's data from the two study groups in the pre-post tests, and from experimental group only in follow-up test, in addition to a Therapeutic Storytelling based-group counseling program. The results of the study showed statistically significant differences between the experimental group and the control group in the averages of the degrees at Binge Eating Disorder in favor of the experimental group, also the results showed no statistically significant differences between the experimental and the control group at the subscales of: "Lack of Premeditation" and "Lack of Perseverance", but it showed statistically significant differences between the experimental and the control group in the subscales of: "Negative Urgency", "Seeking Sensation" and "Positive Urgency" dimensions in the Impulsivity Scale in favor of the experimental group, and that points to the effectiveness of the Therapeutic Storytelling. Also the results of the dimensional and tracking comparisons at the experimental group's individuals pointed to existence of statistically significant differences between the average of subscales and the average of the tracking scale at Binge Eating Disorder and the Impulsivity Scale Dimensions (Negative Urgency, Seeking Sensation, Positive Urgency), So that reflects the continuity of the program effect.

keywords: Therapeutic Storytelling, Binge Eating Disorder, Impulsivity, Adolescents, Eating disorders.

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	قرار لجنة المناقشة
ج	الإهداء
د	شكر وتقدير
هـ	فهرس المحتويات
ز	قائمة الجداول
ح	قائمة الملاحق
ط	المخلص باللغة العربية
1	الفصل الأول: خلفية الدراسة وأهميتها
1	المقدمة
2	الاندفاعية (Impulsivity)
10	اضطراب الشره العصبي (Binge Eating Disorder)
15	العلاج القصصي (Therapeutic Storytelling)
30	مشكلة الدراسة وفرضياتها
32	أهمية الدراسة
33	التعريفات الاصطلاحية والإجرائية
35	محددات الدراسة
37	الفصل الثاني: الدراسات السابقة
37	الدراسات التي تناولت العلاج القصصي
41	الدراسات التي تناولت الشره العصبي
48	الدراسات التي تناولت الاندفاعية
53	التعقيب على الدراسات السابقة
57	الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات
57	أفراد الدراسة
58	أدوات الدراسة
58	أولاً: مقياس الشره العصبي
59	دلالات صدق وثبات المقياس
59	دلالات الصدق الظاهري
59	مؤشرات صدق البناء
62	دلالات ثبات المقياس
62	الثبات بإعادة الاختبار
62	الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا)

63	تصحيح المقياس
64	ثانياً: مقياس الاندفاعية
65	دلالات صدق وثبات المقياس
65	دلالات الصدق الظاهري
66	مؤشرات صدق البناء
69	دلالات ثبات المقياس
69	الثبات بإعادة الاختبار
70	الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا)
70	تصحيح المقياس
71	ثالثاً: برنامج العلاج القصصي
72	إجراءات صدق البرنامج
80	إجراءات الدراسة
82	متغيرات الدراسة
82	تصميم الدراسة
82	المعالجات الإحصائية
83	الفصل الرابع: النتائج
83	التكافؤ بين المجموعات على مقياسي الدراسة
86	أولاً: النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى
88	ثانياً: النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية
92	ثالثاً: النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة
94	الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات
94	مناقشة نتائج الدراسة
104	التوصيات والمقترحات
105	قائمة المراجع العربية
107	قائمة المراجع الأجنبية
118	الملاحق
261	الملخص باللغة الإنجليزية

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

المقدمة

ينتاب العديد من الآباء القلق حيال انتقال أبنائهم إلى مرحلة المراهقة؛ لما شهده أو سمعوا عنه من خبرات محيطية تعكس الصورة النمطية لمرحلة المراهقة، والتي تتمثل بكونها أزمة حقيقية على المراهق وأسرته، وتعد المراهقة مرحلة مهمة في حياة الفرد؛ لما تسببه له من صراع نتيجة التغيرات التي تطرأ على الحاضر والغموض في النظرة للمستقبل.

تشهد مرحلة المراهقة العديد من التغيرات المختلفة، والتي يمكن النظر إليها وفق منحنيين؛ الأول: ما يرتبط منها بمظاهر النمو، ويشمل جميع التغيرات البيولوجية في هذه الفترة، والثاني: ما يرتبط منها بالجوانب الاجتماعية، ويشمل التغيرات في طبيعة علاقة المراهق بالبالغين والزملاء، ومدى الاستجابة لمعايير المجتمع، وطبيعة الاستجابة لتوقعات الوالدين والمحيطين، والتغيرات في طبيعة الدور الاجتماعي (Lindsay, 2018). ونتيجة لتلك التغيرات المختلفة يبحث المراهق عن طرق عديدة لتحقيق التكيف والاستقرار (Gosling, 2016).

تعد التغيرات في المظهر الخارجي أولى التحديات التي يتعرض لها المراهق وأبرزها، فمع بداية مرحلة المراهقة تحدث العديد من التغيرات الجسمية؛ كازدياد الوزن، وتغير تناسق الجسد، وظهور حب الشباب، وتغيرات الصوت، وفي أغلب الأحيان يُنظر لهذه التغيرات باعتبارها غير مرغوب بها، مما يؤدي إلى عدم رضا المراهق عن شكله، وصورة جسده، وسعيه إلى التغيير، وفقدان الوزن (Hebebrand & Herpertz-Dahlmann, 2019).

يقف انشغال المراهق بقضايا الأكل وشكل الجسم عائقاً أمام اكتسابه للخبرات الحياتية المختلفة، خاصة في مجال العلاقات الشخصية والسلوكيات الاجتماعية والتكيفية. مما يؤدي لعدم قدرته على التكيف، وبالتالي حدوث العديد من المشكلات الاجتماعية، والأكاديمية، والأسرية، والانفعالية، والسلوكية (بكار، 2011؛ Stein, 2006).

الاندفاعية (Impulsivity)

أولى العديد من الباحثين الاهتمام بالاندفاعية؛ لكونها تكمن خلف عدد كبير من الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية، فقاموا بمحاولات عديدة منذ القدم لتعريفها والتعرف على ماهيتها؛ لقياسها، والعمل على توفير البدائل العلاجية المناسبة لها. لقد فسّر بوس وبلومين (Buss & Plomin, 1975) الاندفاعية جنباً إلى جنب مع كل من العاطفة، والنشاط، والتواصل الاجتماعي، وفق أربعة أبعاد مكونة لها، وهي: انخفاض القدرة على التحكم/ تأخير السلوك (اعتبر جانباً أساسياً من تعريف الاندفاعية)، عدم الميل للتفكير بالبدائل والعواقب قبل اتخاذ القرار، القدرة على الاستمرار في مهمة رغم وجود مؤثرات أخرى، البحث عن محفزات جديدة بعد الشعور السريع بالملل. وعرف أيسنك وأيسنك (Eysenck & Eysenck, 1977) الاندفاعية بأنها: سلوكيات سريعة محفوفة بالمخاطر غير مخطط لها، وقد وضحاها بالتفصيل وفق (نظرية العوامل الثلاثة) للسمات الشخصية؛ الانبساطية (Extraversion)، والعصبية (Neuroticism)، والذهانية (Psychoticism)، حيث اعتبرت ضمن عامل الانبساطية، وسميت (الاندفاع الواسع)، وتضمنت أربعة أبعاد: الاندفاع الضيق، المخاطرة، عدم التخطيط، والحيوية. واقترح تيليجن (Tellegen, 1982) أن للاندفاعية نظاماً شخصياً يشتمل على ثلاثة أجزاء: العاطفة الإيجابية، العاطفة السلبية (كجزئين مرتبطتين بالمزاج)، التحكم/ الحذر/ ضبط النفس/ قبول تقاليد المجتمع وقيود السلوك (كجزء يدل على عكس مفهوم الاندفاعية).

كما وقدم ديكمان (Dickman, 1990) تفسيراً للاندفاعية ثنائي الاتجاه وفق الاختلاف في معالجة المعلومات؛ وذلك بناءً على تصوره أن الاندفاعية قد يكون لها عواقب إيجابية وعواقب سلبية، حيث فسّر الاندفاعية على منحيين: الاندفاع الوظيفي؛ والذي يشير إلى الميل للتصرف باستخدام القليل نسبياً من التفكير؛ أي معالجة سريعة للمعلومات بأقل قدر من الخطأ (توازن بين السرعة والدقة)، ويرتبط ذلك بالحماس والمغامرة والنشاط، ويعتبر المنحى الأيمن، والاندفاع المختل وظيفياً؛ الذي يشير إلى الميل للتصرف بعد تفكير أقل من المتوقع من معظم الناس، ويتضمن الميل لتجاهل الحقائق الصعبة عند اتخاذ القرارات والعمل دون تفكير؛ ويعتبر أسرع من المطلوب من حيث معالجة البيانات بشكل يقود للوقوع في الخطأ، وأضيف لاحقاً إلى ما سمي بالثبيط؛ أي عدم إظهار اهتمام كافٍ، واعتبر ذلك سبباً في الاندفاعية.

أما زكرمان، وكولمان، وثورنكويست، وكيرس (Zuckerman, Kuhlman, Thornquist & Kiers, 1991) فقد فسروا الاندفاعية بما يتعلق بالنموذج العام للشخصية، ووصفوه بشكل مبدئي بأنه: دافع السعي للإحساس. ففي عام (1993) قام زكرمان، وكولمان، وجويرمان، وتيتا، وكرافت (Zuckerman, Kuhlman, Joireman, Teta & Kraft, 1993) بتحديد عناصر تتضمنها الاندفاعية، اشتملت على: نقص في التخطيط، الميل للتصرف دون تفكير، تحمل المخاطر، والبحث عن الإثارة والتجارب الجديدة. واتفق مع ذلك ديبو وكولين (Depue & Collin, 1999) من حيث نظرتهما للاندفاعية بأنها: مجموعة غير متجانسة من السمات؛ تشتمل على الاستثارة الحسية، والميل للمخاطرة، والتهور، والبحث عما هو جديد، والجرأة، وحب المغامرة، والقابلية للملل، وانعدام الثقة، وانعدام النظام.

يرى كلونجر وسفراك وبرزبيك (Cloninger, Svrakic & Przybeck, 1993) أن الاندفاعية باعتبارها جانباً من الشخصية يبحث عما هو جديد (الجدّة)، أنها تتضمن: الاستجابة للأحداث الجديدة، والمبالغة في الاستجابة للمكافآت وفقدان الأعصاب بسهولة، واعتبروا تعريفهم توجهاً لتفسير الاندفاعية وفق الاستجابة للمثيرات الجديدة لما قبل الوعي.

أما باتون وستانفورد وبارت (Patton, Stanford & Barratt, 1995) فقد طوروا نهجاً أكثر شمولية لتفسير الاندفاعية؛ حيث تضمن النهج معلومات من أربعة نماذج (النموذج الطبي، النموذج النفسي، النموذج السلوكي، والنموذج الاجتماعي)، حيث اختبر النهج من خلال دراستهم التي حددت بنتائجها الأولية ثلاثة عوامل تتضمنها الاندفاعية: الاندفاعية الانتباهية، والاندفاعية الحركية، واندفاعية عدم التخطيط. ويتكون كل عامل من عوامل فرعية؛ فالاندفاعية الانتباهية والتي تعرف بقصور الانتباه في أداء المهام المستمرة، تتكون من عاملين: الانتباه (القدرة على التركيز على المهام في متناول اليد)، وعدم الاستقرار المعرفي (اتخاذ القرار المعرفي بشكل سريع)، أما الاندفاعية الحركية والتي تعرف بأنها الأداء بدون منع للاستجابات الحالية أو المرجحة، فتتكون من عاملين فرعيين: العمل وفق تحفيز اللحظة (التنفيذ)، والمثابرة (الاستمرار)، في حين أن اندفاعية عدم التخطيط وتعرف بأنها تركيز الفرد على الجوانب الحالية أكثر من تركيزه على الجوانب المستقبلية، وتتكون من عاملين فرعيين: ضبط النفس (التحكم الذاتي)، والتعقيد المعرفي (القيام بالمهام الذهنية الصعبة) للتوجه المعرفي نحو المستقبل، ووفقاً لهذه العوامل تم تطوير مقياس لقياس الاندفاعية سمي "مقياس بارت للاندفاعية" (Barratt Impulsiveness Scale-11\ BIS-11) والذي تكون من (30) فقرة تعكس جميع العوامل. وتم استخدام هذا المقياس لتعزيز فهم تركيب الاندفاعية للعديد من السنوات (Stanford et al., 2009).

أشار بيتشارا، وداماسيو، وداماسيو، وأندرسون (Bechara, Damasio, Damasio & Anderson, 1994) إلى أن الاندفاعية أمر معرفي مرتبط بعدم القدرة على مقارنة النتائج المباشرة بالنتائج بعيدة المدى، ويبرز ذلك في مهام اتخاذ القرار، وأضاف بيتشارا (Bechara, 2002) في وقت لاحق (الاندفاعية السلوكية)؛ وميز بينها وبين الاندفاعية المعرفية، بأن وصف السلوكية بأنها تظهر من خلال مشكلات كالعدوان والإدمان والقلق. واتفق مع ذلك هو والزهراني، والرويتي، وبردشاو، سيزابادي (Ho, Zahrani, Ruwaitea, Bradshaw & Szabadi, 1998) فقد أشاروا إلى أن الشخص المندفع يفضل المكاسب الأصغر على المدى القريب على المكاسب الأكبر على المدى البعيد؛ أي أنه يختار المكافأة الحالية على تأجيل الإشباع، ويفضل العقاب الأكبر البعيد عن العقاب الأصغر القريب.

يسلك الناس أحياناً بشكل مغاير لاهتماماتهم، حتى لو كان لديهم المعرفة الكاملة بنتيجة أفعالهم، من تلك الملاحظة افترض لوينستن (Loewenstein, 1996) أن المشكلة في الاندفاعية تكمن في عدم القدرة على ترجمة المعارف للأفعال، لذلك يقوم الفرد بسلوكيات قد تعود عليه بالضرر، وافترض كذلك أن الدوافع القوية تعتبر متغيرات تربط المعارف بالأفعال التي ينتج عنها سلوكيات تُقِيم بأنها أكثر أو أقل اندفاعية.

أما إفندن فقد عرف (Evenden, 1999) الاندفاعية من منظور ضبط الذات والسيطرة على النفس؛ بأنها مجموعة من الأفعال التي تتسم بضعف القدرة على التصور، والتعبيرات السريعة، والسلوكيات غير الملائمة التي تؤدي لعواقب سلبية، وهي نقيض الضبط الذاتي. واتفق مع ذلك المنظور ديك وآخرون (Dick et al., 2010) حيث رأوا أن الاندفاعية بناء واسع، غالباً ما يستخدم على نحو متبادل مع ضبط الذات. أما جودزاما (Chudasama, 2011) فقد عرف بدوره الاندفاعية

بأنها: عدم القدرة على ضبط السلوكيات والأفكار، وتعتبر السيطرة عليهم عنصراً هاماً في الوظائف التنفيذية، وتلعب دوراً هاماً في الأداء الاجتماعي والشخصي.

يعتقد مولر، وبارت، ودورتي، وستشميتش وسوان (Moeller, Barratt, Dougherty,) (Schmitz & Swann, 2001) أن التعريف الشامل للاندفاعية يجب أن يشمل على: انخفاض الحساسية تجاه النتائج السلبية للسلوك، رد فعل سريع للمثيرات قبل معالجة المعلومات بشكل كامل، عدم الاعتبار للعواقب طويلة الأجل للسلوك، كما أن الأشخاص المندفعين يتخذون قرارات فورية غير مخطط لها كاستجابة للمحفزات الداخلية والخارجية دون اعتبار لآثارها السلبية على أنفسهم والآخرين.

قام ويتسايد وليم (Whiteside & Lynam, 2001) ببناء مقياس للاندفاعية من خلال إجراء تحليلات عاملية (Factor Analysis)؛ كشفت نتائجه عن وجود أربعة عوامل مشتركة في الاندفاعية تضمنتها النسخة الأصلية من المقياس؛ وهي: الإلحاح السلبي (Negative Urgency)؛ ويقصد به الميل للتصرف بتهور استجابةً للمشاعر السلبية الشديدة، وعدم وجود تخطيط مسبق (Lack of Premeditation)؛ الذي يقصد به الميل للتصرف دون تفكير، وعدم المثابرة (Lack of Perseverance)؛ الذي يقصد به عدم القدرة على الاستمرار في التركيز على مهمة، وأخيراً البحث عن المغامرة (Seeking Sensation)؛ والذي يقصد به الميل للبحث عن تجارب جديدة ومثيرة. وأطلقا على المقياس اسم (UPPS) اختصاراً لكل من تلك الأبعاد (Negative Urgency, Lack of Premeditation, Lack of Perseverance & Seeking Sensation)

أشار دي كرمون وفان دير (d'Acromont & Van der, 2005) أن مقياس الاندفاعية (UPPS) هو أداة تعطي منظوراً متكاملاً للاندفاعية، وأنها أداة واحدة لدراسة الاندفاعية في مرحلة المراهقة.

لاحظ سايدر وزملاؤه (Cyder et al., 2007) أن مقياس الاندفاعية (UPPS) يغطي الاندفاعية في ظل المشاعر السلبية الشديدة (الإلحاح السلبي)، لكن لم يغطها في ظل المشاعر الإيجابية الشديدة؛ لذلك أضافوا للمقياس عاملاً خامساً أطلق عليه (الإلحاح الإيجابي Positive Urgency) ليصبح اسم المقياس (UPPS-P). ويرى بيليو وآخرون (Billieux et al., 2008) أن العناصر المختلفة للاندفاعية والتي تقاس بمقياس (UPPS-P) تعكس ميكانيزمين نفسيين متميزين؛ هما: الاستثارة الحسية، ويعكسه عامل البحث عن المغامرة، وضبط الذات، وتعكسه بقية العوامل الأربعة.

يفترض لاي وآخرون (Lai et al., 2011) أنه ينبغي النظر للاندفاعية على أنها تتكون من بنائين فرعيين، هما: الاندفاعية كحالة، والاندفاعية كسمة. وتشير الاندفاعية كحالة إلى كونها أمر عابر في وقت محدد في الاستجابة لحدث معين، بينما تشير الاندفاعية كسمة إلى السمات الشخصية الثابتة نسبياً، والتي تتصف أو تحدد سلوك الفرد عبر مجموعة من المواقف، إلا أن هناك إجماعاً كبيراً بين العلماء على أن الاندفاعية سمة شخصية غير أحادية التكوين، وتكمن وراء وصف العديد من السلوكيات المتهورة والأفعال المندفعة (زيادة، 2018).

إن تعدد تعريفات الاندفاعية أدى إلى حدوث إرباك في وضع حدود ثابتة له، إلا أنه وفي ضوء ما تقدم يمكن النظر للاندفاعية في هذه الدراسة على أنها: سمة مكونة من عدة أبعاد، تشتمل على الاندفاع دون تخطيط مسبق، وبدافع البحث عن المغامرة والجدة، وعدم الاستمرار في المهمة، بالإضافة للتأثر بالحالة الإنفعالية السلبية والإيجابية، الأمر الذي ينسجم مع ما قدمه ويتسايد ولينام (Whiteside & Lynam, 2001) بعد إضافة سايدر وزملائه (Cyder et al., 2007).

سعت العديد من الدراسات إلى معرفة أثر بعض العوامل في التأثير بالاندفاعية، كالمرحلة العمرية، والنوع الإنساني؛ حيث لاحظ لونجو وكريلو واوتيرو وروميرو (Luengo, Carrillo de) أن الاندفاعية لا تختلف طبيعتها باختلاف المرحلة العمرية، وتلعب دوراً مهماً في نشوء العديد من المشكلات في جميع المراحل العمرية عموماً، وفي مرحلة المراهقة على وجه الخصوص، وخاصة الاندفاعية المرتبطة بتأجيل العقاب الأكبر التي تعتبر الأكثر استخداماً من قبل المراهقين. ويمكن القول إن ضبط مستوى الاندفاعية، وتحقيق التوازن في التفكير بين السعي للمكافأة وتقييم النتائج يساعد في الحد من مشكلات عديدة لدى المراهقين (Grant & Potenza, 2012). وفي تطبيق المقاييس كانت درجة تفاعل عوامل الاندفاعية في مقياس بارات (BIS-11) لدى المراهقين أكبر منها لدى الراشدين (Fossati, Barratt, Acquarini & Di Ceglie, 2002). وعلى الرغم من ذلك، فإن طبيعة الاندفاعية في تلك المرحلة لا تختلف عن غيرها من المراحل العمرية؛ فقد بينت الدراسات أن المراهقين كالبالغين من حيث طبيعة الاندفاعية (Reynolds, Penfold & Patak, 2008; Reynolds, Patak & Shroff, 2007;) (Steinberg et al., 2009). أما من حيث النوع الإنساني والفروق بين الجنسين، فكان تكرار تطبيق مقياس الاندفاعية (UPPS) على المراهقين يشير إلى أن مستوى الإلحاح السلبي كانت نسبته الأعلى انتشاراً عند الإناث من الذكور، بينما كان مستوى البحث عن المغامرة الأعلى نسبةً عند الذكور من الإناث (d'Acremont & Van der, 2005)، كما وجد ديساي وبوتينزا (Desai & Potenza, 2008) في دراستهما أن اضطراب هوس السرقة يصيب النساء أكثر من الرجال بنسبة (1: 2-3)، إلا أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إلى الآن حول طبيعة الاندفاعية بين الجنسين (Grant & Potenza, 2012).

أكد مولر، وبارت، ودورتي، وستشميتز، وسوان (Moeller, Barratt, Dougherty,)
Schmitz & Swann, 2001) على ضرورة تخصيص إجراءات علاجية للدفاعية، وإدراجها
في خطط علاج العديد من الاضطرابات. حيث يُنظر للدفاعية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي
للاضطرابات العقلية الطبعة الخامسة (Diagnostic and Statistical Manual of Mental
Disorders, 5th Edition) و التصنيف الدولي للأمراض المراجعة الحادية عشر (International
Classification of Diseases 11th Revision) على أنها معياراً تشخيصياً للعديد من
الاضطرابات، كاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (Attention-Deficit/Hyperactivity
Disorder)، واضطرابات القلق (Anxiety disorders)، واضطرابات الشخصية (وتحديداً
الشخصية الحدية والشخصية المعادية للمجتمع)، والهوس (Mania)، والخرف (Dementia)،
واضطراب تعاطي المخدرات (Substance Use) في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات
العقلية الطبعة الخامسة (DSM-V) (American Psychological Association, 2013).
واضطراب هوس السرقة (Kleptomania)، والسلوك الجنسي القهري (Compulsive Sexual
Behaviour Disorder)، والخلل الانفعالي المتقطع (Intermittent Explosive Disorder)،
وغيرها من الاضطرابات الواردة في التصنيف الدولي للأمراض المراجعة الحادية عشر (ICD-11)،
وصنف (ICD-11) هذه الاضطرابات تحت ما يسمى باضطرابات التحكم في الدوافع، والتي تشترك
بالفشل المتكرر في مقاومة الدافع، أو الرغبة في القيام بعمل له مكافأة على المدى القصير دون
النظر للأضرار التي قد تحدث على المدى الطويل أو على الآخرين (World Health
Organization, 2018). كما تظهر الدفاعية بشكل غير مباشر في محكات بعض الاضطرابات؛
كاضطراب المقامرة (Gambling Disorder)، والاضطراب التوهمي (Delusional Disorder)،
واضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث (Premenstrual Dysphoric Disorder)، واضطراب

الوسواس القهري (Obsessive-Compulsive Disorder)، واضطراب النهم العصبي (Bulimia Nervosa)، واضطراب الشره العصبي (Binge Eating Disorder) (APA, 2013).

اضطراب الشره العصبي (Binge Eating Disorder)

تعد اضطرابات الأكل من أكثر الاضطرابات شيوعاً بين الناس، وتمثل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد، ورغبته في الطعام أو العزوف عنه، وبصاحبها ضعف كبير في الأداء البدني والنفسي ونوعية الحياة (Cooper & Grave, 2017). تشمل اضطرابات الأكل عدداً من الاضطرابات المحددة وغير المحددة، كما بينها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الخامسة (DSM-V) (APA, 2013)؛ وتتضمن الاضطرابات المحددة كل من: شهوة الطين (Pica)، اضطراب الاجترار (Rumination Disorder)، اضطراب تناول الطعام التجنبي/ المقيد (Avoidant/ Restrictive Food Intake Disorder)، فقدان الشهية العصبي (Anorexia Nervosa)، النهم العصبي (Bulimia Nervosa)، اضطراب الشره العصبي (Binge Eating Disorder).

يعتبر اضطراب الشره العصبي أكثر أنواع اضطرابات الأكل شيوعاً (Kessler, et al., 2017; McCuen-Wurst, Ruggieri & Allison, 2013). لم يكن اضطراباً محدداً وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة (DSM-IV)، وكانت بداية تصنيفه كاضطراب محدد في الطبعة الرابعة المعدلة (DSM-IV-TR)، وفي الطبعة الخامسة المعتمدة حالياً (DSM-V) تم اعتماد نفس محكات الطبعة الرابعة المعدلة، باستثناء شرط حدوث الأعراض بمعدل

مرتين أسبوعياً لمدة لا تقل عن ستة شهور، ليصبح شرط معدل الحدوث مرة أسبوعياً لمدة لا تقل عن ثلاثة شهور (APA, 2000; APA, 2013).

اشتملت المحكات المعتمدة حالياً وفق الطبعة الخامسة للدليل التشخيصي (APA, 2013)

كلاً من التالي:

أولاً: نوبات متكررة من الشراهة عند تناول الأكل تتصف بأكل مقدار من الطعام أكبر بشكلٍ مؤكد عما يأكله معظم الناس؛ أثناء نفس الفترة من الوقت، وتحت نفس الظروف، وذلك في فترة منفصلة من الوقت.

ثانياً: إحساس بانعدام السيطرة على الأكل أثناء النوبة (الإحساس بأن المرء لا يستطيع التوقف عن الأكل أو السيطرة على ماهيته أو مقداره).

ثالثاً: ترافق نوبات الأكل بشراهة ثلاثاً أو أكثر مما يلي: الأكل بسرعة أكثر بكثير من المعتاد، تناول الطعام حتى الشعور غير المريح بالامتلاء، تناول كميات كبيرة من الطعام عند عدم الشعور بالجوع، تناول الطعام على انفراد بسبب الشعور بالحرَج من كمية الطعام المتناولة، الشعور بالاشمئزاز من الذات، والاكتئاب، أو بالذنب الشديد بعد نوبة الشراهة.

رابعاً: تواجد إحباط ملحوظ تجاه الأكل بشراهة.

خامساً: حدوث نوبات الشراهة بمعدل مرة أسبوعياً على الأقل لمدة ثلاثة أشهر.

سادساً: لا يرافقه سلوكيات تعويضية مثل اضطراب النهم العصبي (التقيؤ المتعمد، الرياضة

العنيفة، أخذ مليّنات للأمعاء، وغيرها).

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية (WHO, 2018) اضطراب الشره العصبي في دليلها (ICD-11)، بأنه: اضطراب يتميز بنوبات متكررة من الأكل بشره (على سبيل المثال، مرة واحدة في الأسبوع أو أكثر على مدى عدة أشهر)، وتعد حلقة الشراهة عند تناول الطعام فترة مميزة من الزمن يمر خلالها الفرد بفقدان التحكم في الأكل، وتناول الطعام بشكل ملحوظ أكثر أو مختلف عن المعتاد، ويشعر بعدم القدرة على التوقف عن الأكل أو الحد من نوع أو كمية الطعام الذي يتم تناوله، ويُعتبر ذلك أمرًا مزعجًا للغاية بالنسبة للشخص، وغالبًا ما يصاحبه مشاعر سلبية مثل الشعور بالذنب أو الاشمئزاز بعد حلقة الشراهة، إلا أن تلك النوبات لا تتبعها بانتظام سلوكيات تعويضية غير ملائمة تهدف إلى منع زيادة الوزن.

يرتبط اضطراب الشره العصبي بشكل وثيق بالسمنة، حيث أن معظم المصابين بالشره يعانون من زيادة الوزن والسمنة (McCuen-Wurst, Ruggieri & Allison, 2017; Mustelin, 2018; Kaprio & Keski-Rahkonen, 2018). إن ترافق السمنة مع اضطراب الشره يزيد من خطورته ما يصاحب السمنة من مشاكل صحية ونفسية واجتماعية؛ كأمراض القلب، والأوعية الدموية، وأمراض الغدد الصماء، ومشكلات ارتفاع ضغط الدم، والسكري، وارتفاع الكوليسترول، وغيرها من مشكلات صحية، وانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية، والشعور بالذنب، والاكتئاب، والقلق، واضطرابات المزاج، والوسواس القهري، والشخصية التجنبية، وغيرها من مشكلات نفسية، بالإضافة إلى ما يلحق الفرد من ضرر على الصعيد الاقتصادي لازدياد تكاليف توفير الطعام، وكذلك على صعيد الوقت المستهلك في تناوله (Agras, Stewart, & Roben, 2008; Kessler et al, 2013; Kendall, 2006).

يلجأ مرضى اضطرابات الأكل عموماً ومرضى الشره العصبي على وجه الخصوص إلى تقييم مبالغ به للشكل والوزن، والحكم على قيمة الذات بالاستناد لنتائج هذا التقييم، وعادةً ما تكون

تلك النتائج سلبية لما يلقاه مريض الشره العصبي ذو الوزن دون المثالي من آراء وانتقادات سلبية من الآخرين لشكل جسده مقارنةً بغيره، وكثرة التعليمات والتنبيهات الوالدية ذات الطابع السلبي حول ممارسات الطعام (Cooper & Grave, 2017). إن تدني مفهوم الذات وما يصحبه من مشاعر الخجل والرفض وعدم الكفاءة، يدفع الفرد لأن يصبح مدمناً على بعض السلوكات والأشياء التي تجنبه هذا الشعور كالاستغراق بالأكل (Hall & cohn, 1999).

يرى أولتمانز، وجريف، وهيبيراند، وهيربيرتز-دهلمان (Oltmanns & Emery, 2004) وHebebrand & Herpertz-Dahlmann, 2019) أن تلك المشكلة تبرز لدى الإناث بشكل أكبر من الذكور؛ تبعاً لتأثرهن بشكل أكبر بالعوامل الاجتماعية والثقافية، التي تربط الرشاقة كمحدد للجمال؛ فترى المراهقة المشاهير والممثلات والعديد ممن يروج له إعلانياً ضمن وزن مثالي وأحياناً أقل من الطبيعي، وترى أيضاً أن ذلك يؤثر بمدى قبول شريك الحياة لها، كل ذلك يسهم في وضع معايير أكثر صرامة للشكل المثالي.

إن الضغوطات الثقافية والاجتماعية، والوعي بمخاطر الأمراض المصاحبة للسمنة تولّد لدى الفرد مخاوف مبالغاً فيها، تتعلق بالوزن، وصورة الجسد، تدفع به نحو ضرورة إيجاد حل سريع وفوري للتحكم بالوزن، والسيطرة على شكل جسده (Spangler, Baldwin & Agras, 2004). فيقوم بعمل حميات غذائية صارمة وشديدة غالباً ما يفشل في الالتزام بها، وتشير الدراسات إلى أن ما نسبته (35-55)% من الأشخاص المصابين باضطراب الشره العصبي كانت بداية اضطرابهم محاولات للقيام بحمية غذائية قاسية، حيث بدأ الاضطراب لديهم عندما كانوا في عمر (11-13) عام، وكان مصحوباً بالمزاج السلبي، والشعور بفقدان السيطرة على الذات أثناء تناول الطعام

McCuen–Wurst, Ruggieri & Allison, 2017; Munsch & beglinger, 2005;)
(Zunker et al., 2011).

تشير الدراسات إلى أن اضطراب الشره العصبي يبدأ في مرحلة المراهقة، والمراهقة المبكرة على وجه الخصوص، وفسروا تلك النتائج بالخصائص التي يتمتع بها المراهقون وتأثر ذواتهم بتقييماتهم وتقييمات الآخرين لهم بشكل أكثر من غيرهم، إذ اعتبروها مرحلة النمو الأصعب التي تبدأ فيها العديد من المشكلات بما فيها اضطرابات الأكل، وقدموا توصيات بضرورة توجيه التدخل العلاجي لتلك المرحلة كنوع من التدخل المبكر (Capobianco, Pizzuto & Devescovi, 2017;)
Cimino et al., 2018; Cooper & Grave, 2017; Mustelin, Kaprio & Keski–
(Rahkonen, 2018).

تشير الدراسات إلى وجود فروق في نسبة انتشار اضطراب الشره العصبي وفقاً للنوع الإنساني، حيث تشير إلى انتشاره لدى الإناث بشكل أكبر منه لدى الذكور؛ وأن كل ذكر مصاب يقابله ثلاث إناث مصابات بالاضطراب (McCuen–Wurst, Ruggieri & Allison, 2017;)
Lee–) (Qian, 2013; Treasure, Claudino & Zucker, 2010)، وتوصل لي ون وآخرون (Winn et al., 2016) في دراستهم التي قارنت بين الذكور والإناث المصابين بالشره إلى أن نسبة وجود محك انعدام السيطرة عند الإناث المصابات أعلى منه عند الذكور المصابين، ونسبة وجود محك تناول كميات كبيرة من الطعام أعلى عند الذكور المصابين منه عند الإناث المصابات. أما باري وجريلو وموشيب (Barry, Grilo & Masheb, 2002) فقد أشاروا في دراستهم إلى أن الإناث أظهرن نوبات الشره استجابةً للشعور بالإحباط وتدني تقدير الذات، بينما كانت النوبات لدى الذكور استجابةً للشعور بالغضب.

أكد كوبر وجريف (Cooper & Grave, 2017) على مدى ضرورة التدخل المبكر وبشكل متخصص للتعامل مع مرضى الشره العصبي. تحديداً بعد النتائج التي أشار إليها فروسلاند وواتسون (Fursland & Watson, 2014) بأن الأفراد المصابين بالشره العصبي يأتون للعلاج في العيادات النفسية بسبب اضطرابات أخرى: كالقلق، والاكتئاب المصاحب للشره الذي لم يتم الكشف عنه في ذلك الحين. بالإضافة لما أشار إليه ماثيسن وآخرون (Mathisen et al., 2017) بأن مرضى الشره العصبي يقللون من خطر مرضهم، بالتالي يؤجلون طلب المساعدة المتخصصة لسنوات، وأن واحداً من كل خمسة مرضى يسعون فعلياً للعلاج.

سعى العديد من المختصين لتحقيق التدخل المبكر، وإيجاد أساليب علاجية فعالة لعلاج اضطراب الشره العصبي، فتنوع استخدامهم للأساليب بين استخدام العلاج الاستراتيجي الموجز، والعلاج المعرفي السلوكي المعزز (Cognitive Behaviour Therapy– Enhanced)، والعلاج المرتكز على الانفعالات، والعلاج بين الأشخاص (Interpersonal Therapy)، والعلاج المخطط (Schema Therapy)، وغيرها...، إلا أن العديد من المرضى لم يستجيبوا لأي نوع من العلاج، ولا زالت أفضل خيارات علاج اضطراب الشره العصبي غير واضحة حتى الآن (Brawnley, 2016; Hebebrand & Herpertz–Dahlmann, 2019).

العلاج القصصي (Therapeutic Storytelling)

رواية القصص واحدة من السمات البشرية القليلة التي تعد عالمية، تشترك بين جميع الثقافات والأزمنة (Hsu, 2008)، وهي شكل من أشكال الفن يتخطى العمر والعرق، والثقافة والوقت، وينتقل لصلب التجربة الإنسانية، وهي كأسلوب تم استخدامه لتناقل العبر والتأثير في النفوس، وحفظ تجارب الماضي (Gladding & Drake, 2010)، وكان ذلك في الروايات والأساطير والخرافات، والكتب

السماوية أيضاً، قال تعالى: ﴿وَكَلَّا نَقُصُّ عَلَيْكَ مِنْ أَنْبَاءِ الرُّسُلِ مَا نُثَبِّتُ بِهِ فُؤَادَكَ وَجَاءَكَ فِي هَذِهِ الْحَقُّ وَمَوْعِظَةٌ وَذِكْرَى لِلْمُؤْمِنِينَ﴾ هود (120).

كان للعديد من الأفراد محاولات منذ القدم لاستخدام أسلوب رواية القصص في مختلف المجالات، وعلى وجه الخصوص كان مركز اهتمام العاملين في ميادين الصحة النفسية؛ حيث استخدم هوسكنز (Hoskins, 1985) أسلوب رواية القصص تحت مسمى "القصص الخيالية العلاجية"؛ فكان يطلب من مسترشديه أن يقوموا بتحديد قصة أو مشهد-لا يرتبط بالحاضر-ويتضمن مشكلة ثم روايتها، وتحديد المشكلة، والعمل على تقديم حل إيجابي لها. كذلك لستر (Lester, 1995) الذي كان يدفع مسترشديه لكتابة قصص مستقبلية شخصية؛ لتصوره أن هذه القصص تخلق الأمل لديهم، وتحفزهم للتغيير الإيجابي، وتوسع تصورهم عن مستقبلهم.

في حين قام كوتلر (Kottler, 1996) بجمع قصص المرشدين النفسيين في مراحل مختلفة من حياتهم المهنية ووضعهم في كتابين هما: "العثور على طريقك كمرشد"، و"مرشدون يبحثون عن طريقهم"؛ يصف فيهم حياة المرشدين المهنية وخبراتهم الإيجابية والسلبية، وبعض الحالات التي تعاملوا معها سواء أتحسنت أم لا؛ لمساعدة المرشدين الجدد على تقبل أنفسهم وأخطائهم. ولنفس الهدف اختار نيوكروي (Neukruy, 2007) أن يجمع قصص المرشدين النفسيين المشهورين-على وجه الخصوص-بإيجابياتها وسلبياتها، مثل: ألبرت أليس (Albert Ellis)، وفيكتور فرانكل (Victor Frankle)، وبيلتون إريكسون (Belton Ericsson)، ووليام جلاسر (William Glaser)، وكارل روجرز (Carl Rogers)، وغيرهم الكثير، وكان يروبوها للمرشدين الجدد.

اعتقد فرويد (Freud, 1995) أن المسترشدين إذا ما رروا قصصهم فإن ذلك يتيح لهم أن يسترجعوا مشكلاتهم ويحلوها، ويحققوا فهماً أعمق لها، وأنه بمجرد رواية القصة يصبح الأمر كوزن

تقيل وتم إزاحته من حياتهم. وبالنسبة لجلادينغ (Gladding, 1997) فقد اعتقد أن رواية القصص تساعد المسترشدين في فهم هوياتهم. أما كراوفورد وبراون وكراوفورد (Crawford, Brown & Crawford, 2004) فقد أشاروا إلى أن هوية الشخص يمكن أن يتم إنشاؤها بدلاً من الكشف عنها من خلال رواية القصص.

أما بينباكر (Pennebaker, 1997) فقد وجد أن رواية القصص تزيد من الصحة النفسية والبدنية للأشخاص؛ لذلك قام بتجربة كلف بها المسترشدين برواية القصص عن أنفسهم، أو كتابتها لمدة (20) دقيقة يومياً ولأربعة أيام في الأسبوع، وخرج بنتيجة أن الكتابة أو الحديث عن قصص الحياة والأجهد النفسي فيها يزيد تركيز الفرد، ويخفف من توتره، ويرفع من مستوى الرفاه النفسي لديه، وخرج كذلك بنتيجة تحسن مستوى الصحة البدنية لديهم. وبالنسبة لجلادينغ ودراك (Gladding & Drake, 2010) فقد اعتقدا أن رواية القصص من قبل المسترشدين ترتبط بشكل مباشر بحياتهم وبالصعوبات التي يواجهونها، وتساعدهم في تحديد موضوعات حياتهم المهمة، وإضافة الاتساق بين الأحداث السابقة والحالية، واعتقدا كذلك أنها تكسب المرشد إحساساً أكبر بمشكلات مسترشديه، وتساعد في تمكين العلاقة الإرشادية بينهم، ودمج المرشد بشكل أكبر في العملية الإرشادية. أما ياجر (Yager, 2010) فقد كتب بأسلوب مختلف ثلاثين قصة نفسية، شخصياتها عبارة عن طلاب مدرسة، ووضعها بين أيدي المرشدين المدرسيين لاستخدامها عملياً مع طلبتهم.

كانت تلك المحاولات ذات فائدة نسبية؛ لكنها لم تكن منهجية بالشكل الكافي، وعلى خلاف ذلك ما قدمه ريتشارد جاردنر (Gardner, 1986) الذي طوّر في مطلع الستينيات أسلوباً علاجياً منهجياً مستنداً في الأساس لعملية رواية القصص، لا يدّعي جاردنر من خلاله أن سرد القصص

شيء حديث، بل تطويره بأسلوب علاجي هو ما يتصف بالحدثة، إذ إن هناك الكثير من التقنيات النفسية العلاجية يمكن للمعالج الحصول عليها من القصص.

سعى جاردر (Gardner, 1971) إلى البحث عن أسلوب علاجي يواجه به الصعوبات التي تعرض لها أثناء عمله في التحليل النفسي، فقد كان من الصعب معالجة العديد من الحالات باستخدام النهج التحليلي، وكانت الصعوبات تزداد كلما كان عمر المريض أصغر، إذ وجد أنه من الصعب استخدام الأساليب اللفظية والأريكة معهم (إلى جانب قناعته بأن أسلوب الجلوس على كراسي مواجهة لبعضهم البعض أكثر إنسانية)، ولاحظ أن قلة قليلة من الأطفال يهتمون بمعرفة عملياتهم اللاواعية؛ ليتمكنوا من استخدام هذه المعرفة في التخفيف من أعراضهم وتحسين وضع حياتهم، ويعتقد أن سبب ذلك يعود إلى أنه حتى الأطفال من ذوي الذكاء الطبيعي غير قادرين على إدراك الموقف التحليلي والانخراط به لفهمه قبل سن الحادية عشرة؛ وذلك ينسجم مع المراحل التي حددها بياجيه للنمو المعرفي (Piaget, 1958)، أن هذا العمر يستطيع به الطفل التمييز بين الرمز والشيء الذي يرمز له، ولم يكن يستخدم التحليل مباشرة معهم إلا في حالات محددة فقط ويتوفر شرطين؛ بأن يكون الطفل نبيهاً وشديد الملاحظة، وأن يكون من أسرة لأبوين أسلوبهما تأملي وتحليلي للمواقف، أما بالنسبة للمراهقين والراشدين فقد واجهته مشكلات معهم ترتبط بكونهم أكثر مقاومة لاطلاع الأشخاص على شؤونهم، إلى جانب ارتفاع مستوى القلق لديهم، وذلك يجعل من الجلسة غير فعالة. لذلك سعى جاردر لاستخدام النهج التحليلي بصورة غير مباشرة.

كانت رواية القصص جذابة بالنسبة لجاردر (Gardner, 1986)؛ لما تتمتع به من قبول كبير بين الناس على مر العصور، بالإضافة لكونها لم تلق الانتقادات، ولدورها في إرسال رسائل وقيم تنتقل من خلالها بشكل فوري، إلا أن هذا الأسلوب بات قديماً؛ لذلك ابتكر أسلوباً أطلق عليه

(العلاج القصصي Therapeutic Storytelling)، افترض فيه أن الرموز والاستعارات من الممكن أن تتجنب الوعي، وتصل مباشرة إلى اللاوعي؛ لتحقيق العلاج بدلاً من المبدأ التحليلي بضرورة جعل اللاوعي في حيز الوعي لتحقيق العلاج، وافترض أيضاً أن الفرد فعّال في مجال حياته الخاصة، ويستطيع إدراك وجهات النظر الأخرى والاحتمالات العديدة للمواقف، كما وافترض أن الأشخاص لا يستمعون فقط في الاستماع للقصص بل وروايتها.

وصف أسلوب العلاج القصصي واستخدامه

يستخدم العلاج القصصي كأداة تشخيص وأسلوب علاج، ففي مراحله الأولى يتمكن المرشد -بعد تحليل الإسقاطات التي يقدمها المسترشد من خلال القصة- من تشخيص المشكلة، وفي بقية المراحل وبعد أن يتم تبادل القصص الشخصية بين المسترشد وشخصيات القصة العلاجية يتحقق العلاج.

يُصَف هذا الأسلوب بالمرونة، إذ يمكن استخدامه بالتزامن مع أساليب علاجية أخرى؛ من خلال تخصيص جزء من جلسات العملية الإرشادية له؛ فقد أشار جاردنر إلى أن العلاج القصصي ليس علاجاً وحيداً بل سلاحاً من أسلحة المعالج (Gardner, 1986). كما ويمكن استخدام العلاج القصصي في الإرشاد الجمعي وأساليبه (Erford, 2014؛ Slivinske & Slivinske, 2014).

يعتبر هذا الأسلوب -وفقاً لجاردنر (Gardner, 1986)- أكثر فائدة مع الاطفال ما بين (5-11) عاماً؛ مبرراً أن الأطفال دون ذلك لا يستطيعون سرد القصص، وبعض الأطفال الأكبر من ذلك يرفضون الانضمام للأسلوب باعتباره أسلوباً طفولياً. بينما أشار ستايلز وكوتمان (Stiles & Kottman, 1990) إلى أن أفضل الأعمار لاستخدام الأسلوب معهم ما بين (9-14) عاماً؛ مبرراً ذلك في أنهم يملكون مهارات لغوية أفضل، وإمكانية أكبر لفهم المفاهيم والعبر، ونظرة أكثر

واقعية، وخبرات حياتية أكثر. أما إفورد، وستايلز، وكوتمان (Erford, 2014; Stiles &) فقد جدوا أن هذا الأسلوب يصلح مع المراهقين أيضاً الذين يبدون مقاومة للعلاج بالحديث. وأضاف سليفنسيك وسليفنسيك (Slivinske & Slivinske, 2014) أن الأسلوب العلاجي يصلح للاستخدام مع المراهقين والشباب البالغين أيضاً، فيستطيعون حل مشكلاتهم استناداً لشخصيات القصة.

يسعى المرشدون لبناء علاقة إرشادية قوية قائمة على الثقة مع المسترشد؛ لتحقيق الأهداف المرجوة، وإن انخفاض الثقة يؤدي لضعف تلك العلاقة مما يحول دون تحقيق الأهداف، ومما يميز العلاج القصصي احتياج العلاقة الإرشادية فيه لأقل مستوى من الثقة؛ فالمشكلة تقدم بطريقة رمزية لا يطالب المسترشد فيها بالكشف الصريح عن الذات، الأمر الذي يتطلب درجات مرتفعة من الثقة، ويتم تحليل القصص بطريقة رمزية كذلك، وهذا يقلل من القلق وبالتالي المقاومة بدرجة كبيرة جداً مقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى، إلا أنه يجب على المرشد قدر المستطاع فهم طبيعة الخلفية الثقافية والأسرية للمسترشد لاستخدامها بفاعلية عند رواية القصص العلاجية (Hammed, 2019).

يتعين على المرشد قبل البدء باستخدام العلاج القصصي التحقق فيما إذا كان الأسلوب العلاجي ملائماً للمسترشد، حيث يكون لدى المسترشد قابلية ورغبة في الاستماع للقصص، ويجب أن لا يكون لديه صوبات لغوية تعيقه عن التعبير أو من ذوي الخيال الوهمي أو ذهانياً (Erford, 1986; Gardner, 2014).

يستخدم العلاج القصصي ثلاثة أنواع من القصص؛ القصة الشخصية: وهي القصة التي يرويها المسترشد، وتتضمن شكلين: القصة التقديمية: هي أول قصة شخصية يرويها المسترشد في الجلسات الأولى، وتمثل الصورة التي يحملها عن نفسه. والقصة البديلة: هي القصة الشخصية التي

يرويه المسترشد بعد رواية القصة العلاجية من قبل المرشد والتي تتضمن التغيرات التي أدت إليها القصة العلاجية. والقصة العلاجية: هي القصة التي يرويها المرشد استناداً لمحاورة القصة الشخصية التقديمية وشخصياتها وظروفها، لكنها تكون باتجاه مختلف؛ أي بدون استخدام النمط المرصّي (السلوكات والأفكار والمشاعر المرصّية). ويهدف المرشد من العملية العلاجية بشكل رئيسي لأن يتبادل المسترشد قصته الشخصية مع شخصيات القصة العلاجية (Gardner, 1986).

يمكن للمرشد توجيه المسترشد خلال رواية القصص الشخصية لغايات العلاج، بحيث يقوم بتوجيهه لجوانب معينة في حياته، فيقوم المسترشد برواية القصص عنها؛ مما قد يحقق وعي المسترشد بتلك الجوانب أهداف العلاج، وقد يكون التوجيه لمشكلة معينة لا يعيرها المسترشد اهتماماً أو يتجاهلها، بينما هي الأساس في مشكلات أخرى ولها أولوية العلاج (Slivinske & Slivinske, 2014). وذلك التوجيه يكون من خلال طرح الأسئلة عن القصة، أو من خلال "الوصلات التحفيزية" وهي عبارة عن جمل يقولها المرشد أثناء رواية المسترشد للقصة تدعوه لأن يكمل على ما قاله المرشد مثل: أما بالنسبة لوالدة الفتاة فهي تعتبر ذلك...، وعند الغداء شعر ب...، عندما جلس وحيداً كان يفكر ب...، وغيرها (Gardner, 1986).

يعتبر العلاج القصصي أسلوباً إبداعياً، يمكن من خلاله استخدام الألعاب، كالرسم، والكتابة، والغناء والشعر، وغيرها في التعبير عن القصص، ولا يهم إتقان ما يتم استخدامه من وسائل فنية وإبداعية، لكن المهم أن يساعد المسترشد على التعبير بأكثر درجة ممكنة من الفاعلية (Gardner, 1986; Gladding & Drake, 2010; Morgan, 2000; Perrow, 2003; Burns, 2005).

يعتبر التسجيل المرئي، أحد الأساليب المساندة الرئيسة للعلاج القصصي، حيث يطلب من المسترشد الاستماع بشكل متكرر للتسجيلات المرئية كواجب بيتي؛ لتحقيق الوعي بجوانب القصة التقدمية، وتمكين محاور القصة العلاجية، وملاحظة التسحن بعد الاستماع للقصة البديلة، وكانت في البداية تستخدم التسجيلات الصوتية فقط، لكن لوحظ أن لتسجيل الفيديو (المرئي) العديد من المزايا، إذ كان أكثر تشويقاً وجاذبية لدى المسترشدين خاصة مع إمكانية حصولهم عليه بعد انتهاء الجلسات واستماعهم له مجدداً في المنزل كواجب بيتي، لذا يقوم المرشد في العلاج القصصي بتخصيص جلسات قبل ختامية للاستماع مع المسترشد للتسجيلات، وعمل مقارنة تتعكس على المسترشدين إيجاباً بتمكين الرسائل العلاجية المتضمنة بالقصص (Gardner, 1986).

خطوات الاستخدام

أشار جاردر (Gardner, 1986) لمنهجية محددة يجب على المعالج القصصي اتباعها عند تطبيق الأسلوب، حيث تضمنت مجموعة من الخطوات هي:

الخطوة الأولى:

يعمل المرشد على الحصول على القصة الشخصية التقدمية من المسترشد، والتي يجب أن تكون من خياله تماماً، لا من أمورٍ حدثت معه أو مع أشخاصٍ يعرفهم، أو قرأ أو سمع عنهم، كما يجب أن يكون لقصته بدايةً ووسط ونهايةً، ودرس أو عبرة يستخلصها بعد الانتهاء من رواية القصة. تتم رواية القصص في سيناريو على شكل لقاء تلفزيوني؛ لتكون فكرة تصوير الفيديو أكثر قبولاً لدى المسترشدين، وتكون رواية القصة أكثر جاذبية. وقبل أن يبدأ المسترشد برواية القصة يطرح المرشد عليه مجموعة من الأسئلة التي يمكن أن يجاب عليها بجملة فقط، تتضمن معلومات شخصية

عنه، وهنا يتاح المجال للمرشد للحصول على معلومات مهمة عن حياة المسترشد والأشخاص المهمين فيها، والسياق الثقافي الذي يعيش فيه.

عند البدء في رواية القصة يواجه المرشد عدداً من الحالات: ففي الحالة الأولى، قد يطلب بها بعض المسترشدين مهلة من الوقت ليفكر في القصة، ويعطى له ذلك. وفي الحالة الثانية، قد يأخذ بعض المسترشدين المهلة من الوقت لكن لا يزال لا يستطيع رواية القصة، مع وجود رغبة في المحاولة، فيكون دور المرشد كقول جاردنر (Gardner, 1986) التالي:

كثيراً ما يحدث ذلك، لا عليك، فالكثير من الأشخاص لا يستطيعون التفكير أمام

الكاميرات للمرة الأولى [اصمت بضع لحظات ثم أكمل] لدي طريقة لمساعدة هؤلاء

الأشخاص على التفكير في قصة، معظم الناس لا يدركون أن في رأسهم ملايين القصص،

هل تعلم أن في رأسك ملايين من القصص؟ [عادة ما يكون الرد سلبياً] هنا بين قمة رأسك

وذقنك [المس الرأس والذقن ثم الأذن اليمنى فاليسرى بإصبع واحد] هنا داخل دماغك الذي

يقع في منتصف رأسك، يوجد فيه ملايين القصص دعنا نستخرج أحداها. [يعد برهة يتابع

المرشد بأسلوب حماسي] سنقوم برواية القصة معاً، بهذه الطريقة، سأبدأ أنا وعندما أشير

بإصبعي إليك تقوم بإكمال الأحداث وفق أول شيء يخطر في بالك في ذلك الوقت، وهكذا

ستبدأ القصة بالخروج من رأسك، وعندما ينتهي ما خطر في بالك أعود أنا لأكمل، وبعدها

أنت، وهكذا حتى نهاية القصة. (PP.408-410)

ويمكن لتحقيق هذه الخطوة ودعوة المسترشد ضمناً للاستمرار الاستعانة بالوصلات التحفيزية التالية: في الزمن البعيد، البعيد جداً، كان هنالك... (ويكمل المسترشد)، وفي يوم من الأيام جاء... (ويكمل المسترشد)، يتكلم المسترشد بعبارة قصيرة غير مترابطة فيقول المرشد: ثم/ وبعد ذلك/ (إعادة آخر كلمة قالها المسترشد)... (ويكمل المسترشد). يوصي جاردنر بأن لا يُسأل المسترشد عن رغبته في الاستمرار أثناء مشاركته رواية القصة، وأن تترك الأمور تسير على مهلها دون تعزيز فكرة التوقف.

أما في الحالة الثالثة: وعلى الرغم من تقديم المرشد المساعدة للمسترشد، فقد يتعسر على المسترشد رواية القصة، لذا فإن لم تتجح رواية القصة يمكن القول: حسناً، يبدو أن ضيفنا متعب قليلاً اليوم، دعنا نترك لتراتح ونبدأ من جديد معك في المرة القادمة، شكراً لك على المشاركة اليوم. يتوجب على المرشد أثناء رواية القصة الشخصية التقدمية تسجيل الملاحظات كتابياً، فإن فقدان أي جزء من المعلومات قد يترتب عليه فشل في بناء القصة العلاجية. يتم تسجيل الملاحظات كتابياً حول: الشخصيات، وطبيعة علاقة كل شخصية بالمسترشد، الحالة النفسية للمسترشد عند رواية كل حدث، الحالة النفسية العامة للقصة، ومدى استخدام الواقع أو الخيال، وأي ملاحظات تبرز على اللغة اللفظية وغير اللفظية.

بعد ذلك يتم طرح الأسئلة من قبل المرشد حول عناصر محددة في القصة؛ لغرض تحقيق الفهم الدقيق للأحداث وللشخصيات ودورها، بالإضافة لطرحها حول المغزى/ العبرة من القصة، وغالباً ما تكون الأسئلة النموذجية كما حددها جاردنر تتمحور حول جنس الشخصيات، تصور المسترشد وتفسيراته لسلوك الآخرين في القصة، فهم المسترشد لطبيعة الحالة الانفعالية للشخصيات، تصور المسترشد لوجهة نظر الشخصيات في المواقف، العبرة من القصة. قد يرفض المسترشد ذكر العبرة

من القصة أو قد يجيب ب: لا شيء، هنا يتم إخباره أن كل شيء وله مغزى مع إظهار الاستغراب من عدم وجود مغزى، ثم دفعه لاستنتاج المغزى من قصته، وإذا لم يستطع استخراج المغزى رغم ذلك، يتم مشاركته في استنتاجه. يشير جاردنر إلى أن صعوبة استخراج المغزى من القصة تزداد كلما كان عمر المسترشد أصغر.

الخطوة الثانية:

يؤكد جاردنر (Gardner, 1986) على أهمية هذه الخطوة في نجاح أو فشل العملية الإرشادية ككل، حيث يتم في هذه الخطوة تحليل القصة الشخصية التقديمية من قبل المرشد خارج الجلسات، وبناء القصص العلاجية، وإذا لم تتم هذه الخطوة بالشكل المناسب لن تتحقق الأهداف المرجوة، وتتضمن هذه الخطوة مجموعة من الخطوات الفرعية التالية:

أولاً: تحليل القصص التقديمية، ويتضمن تحليل شخصيات القصة وربطها مع المسترشد نفسه، والأفراد المهمين في حياته، وتحديد إذا ما كان هناك شخصيتان في القصة ترمزان لشخص واحد؛ قد يدل ذلك على الصراعات التي تحددها سمات الشخصية، أو حشد من الشخصيات؛ والذي قد يعبر عن عناصر قوة لدى الشخصية التي ترمز إليها، أو شخصية صامتة؛ قد تعبر عن الغضب المكبوت، أو العداة لشخصية معينة.

كما يتضمن فهم المظهر النفسي العام للقصة؛ هل أجواء القصة سعيدة، حزينة، مرعبة، محايدة،...؟. قد تتعلق القصة بعدة تفسيرات نفسية مختلفة، كما وأن ردود فعل المسترشد العاطفية أثناء سرد القصة ذات أهمية كبيرة للتحليل.

وكذلك يتضمن تحليل مغزى القصة الذي قدمه المسترشد؛ والذي يعبر بشكل كبير عن أفكاره، ويشير للمواضيع الأكثر أهمية بالنسبة له.

ويتضمن أيضاً تحليل مدى استخدام المسترشد للواقع أو الخيال في قصته؛ للتنبؤ بمدى الواقع والخيال الذي سيناسبه في بناء القصص العلاجية.

ثانياً: يسأل المرشد نفسه: ما هو الشكل المُرضي الأساسي للقصة؟ أو ما هو الحل الأساسي للصرعات المعروضة؟ وبعد الإجابة عليه ينتقل للخطوة اللاحقة.

ثالثاً: يسأل المرشد نفسه: ما الأسلوب/النمط الذي يُعتبر أكثر صحة للتكيف من الأسلوب الذي يستخدمه المسترشد؟

رابعاً: يبدأ المرشد بتشكيل القصص العلاجية، من خلال تخصيص القصة، حيث يعتبر من الضروري تخصيص القصة للمسترشد من خلال تضمين نفس الشخصيات والظروف المحيطة، والأشخاص المهمين، والثقافة، والوضع، العام للقصة، وغيرها، في القصة العلاجية. اتفق مع ذلك سليفنسيك وسليفنسيك (Slivinske & Slivinske, 2014)، ولكون جاردرنر كان يخص بالذكر الأطفال اقترح سليفنسيك وسليفنسيك محكات لتخصيص القصة ترتبط بالمرهقين على وجه الخصوص، اشتملت على عدّة جوانب هي: تضمين اسم المراهق على قصص وأنشطة شخصية، وتضمين أسماء الأصدقاء/الأهل/الحيوانات الأليفة حتى إذا اقتضت الحاجة، وكذلك جنس الشخصية النصية، بالإضافة إلى الثقافة/السياق الثقافي للشخصيات في القصة، وأيضاً إضافة تفاصيل حول المراهق (لون العيون، الطول، لون البشرة، وأي سمات شخصية)، وتضمين الأنشطة والهوايات التي يستمتع بها المراهق، إضافة تفاصيل حول الأماكن والأحداث التي كانت مركزية في حياة المسترشد، دمج نقاط القوة والتحديات الخاصة بالشخصيات في حبكة القصة بحيث تعكس ظروف حياة الفرد، إدراج قصاصات فنية/ صور لشخصيات مشهورة تشكل اهتمام المرهقين.

ثم يقوم المرشد بتطوير القصص باتجاه مغاير للنمط المَرَضِي المتسبب في المشكلة لدى المسترشد. بالإضافة لاستخدام الوضع النفسي العام للقصص التقدمية في صياغة بداية القصة العلاجية قبل أن تنحو المنحى الإيجابي. كما يقوم بإبراز السلوكات، الأفكار، المشاعر الإيجابية البديلة في القصة؛ لمساعدة المسترشد على الوعي بخياراته السلبية في المشكلة. ويقوم المرشد أيضاً بتضمين القصة العلاجية لبدائل عديدة وليس بديلاً واحداً، ليسمح للمسترشد باختيار البديل الذي يعتقد أنه الأنسب. كما يحدد المغزى من القصة العلاجية؛ لتحقيق الأهداف، ولجعل المغزى هدفاً فرعياً للعلاج، واعتباره مَحَكاً للحكم على سلامة فهم المسترشد للقصة العلاجية.

وكذلك يقوم المرشد بصياغة عدّة قصص علاجية تغطي المحاور السلبية في مشكلة المسترشد؛ لمناقشة كل منها في جلسة علاجية أو أكثر، ويشير جاردنر إلى أنه من غير المنطقي أن تؤدي قصة واحدة إلى تغيير دائم لدى المسترشد، بل يحتاج الأمر للعديد من القصص والجلسات والتي تغطي جميع نواحي المشكلة. ويشير جاردنر أيضاً إلى ضرورة تجزئة القصص أكثر كلما كان المسترشد أصغر سناً.

الخطوة الثالثة:

في هذه الخطوة يقوم المرشد برواية القصص العلاجية للمسترشد؛ التي يمكن أن يصل تأثيرها لأن تثير مشاعر المسترشد بدرجة كبيرة، وبعد رواية كل قصة علاجية يطلب المرشد من المسترشد استخلاص العبرة منها؛ بحيث يتحقق المرشد من أن الرسالة المضمنة في القصة قد وصلت، وإذا لم يتمكن من استخلاصها يقوم المرشد بمساعدته على ذلك، وفي حال كان المسترشد يعي المغزى ولكن يتعذر عليه التعبير عنه، يقوم المرشد بمحاولة لاستخلاصه دون التشديد على ضرورة تعبير المسترشد عنه فالمهم هو أن يعيها.

لم يفصل جاردنر (Gardner, 1986) أكثر في هذه الخطوة، وترك الحرية للمرشدين في كيفية مناقشة القصة، ولكن كان لسليفنسيك و سليفنسيك (Slivinske & Slivinske, 2014) رأي آخر إذ طوروا هذه الخطوة بالاستناد لما قدمه مايكل وايت وديفيد إبستون (White & Epston, 1990) في علم نفس السرد (Narrative Psychology)، وجعلوا لهذه المرحلة عدة مراحل منظمة، قائمة على استخدام الأسئلة العلاجية؛ لتمكين المسترشد من فهم وتحديد القضايا المهمة، ومن ثم إعادة صياغة الاتجاهات والنتائج الأكثر إيجابية، وتكوين القصة الشخصية البديلة، وتضمنت أربع مراحل؛ المرحلة الأولى: يتم طرح أسئلة مباشرة حول شخصيات القصة ومشاكلهم؛ مما يسمح بتوجيه تفكير المسترشد بعيداً عن مشكلاته الخاصة. المرحلة الثانية: تُطرح أسئلة تتعلق بشخص ما يعرفه ويكون لديه مشكلة مشابهة؛ مما يسمح بالقرب من تلك المشكلة بذاتها، والبعد عن ارتباط ذاته بالمشكلة، وأطلق على هذه المرحلة (مرحلة الترميم). المرحلة الثالثة: يتم مناقشة القضايا ذات الصلة بحياة المسترشد؛ حيث يتم تقديم سؤال محدد حول التشابه بين حال المسترشد وحال شخصيات القصة، (وهذا يتطلب درجة معينة من كشف ذات المسترشد)، ثم يتم تقديم عدة أسئلة تعكس محاور ينبغي أن يركز عليها المسترشد. المرحلة الرابعة: تحتوى على أعلى درجات كشف الذات والحياة الخاصة بالمسترشد، ويتم الطلب منه أن يقوم برواية قصته (القصة البديلة) ووضع نهاية لها من خلال الكتابة أو الحديث أو الرسم أو غير ذلك.

الخطوة الرابعة:

في هذه الخطوة وبعد انتهاء جميع القصص العلاجية ومناقشتها، يقوم المرشد بتكليف المسترشد برواية/ كتابة/ رسم قصة شخصية أخرى (القصة الشخصية البديلة)، ومن هذه القصة يتضح للمرشد التغييرات التي حدثت على المسترشد من خلال درجة التقارب بين القصة البديلة

والقصص العلاجية، فالعلاج القصصي يهدف بشكل رئيسي لأن يتبادل المسترشد قصته الشخصية مع شخصيات القصة العلاجية.

فائدة وتقويم أسلوب العلاج القصصي

كان العلاج القصصي أسهل في تحليل قصصه من تحليل الأحلام والتداعيات الحرة، وقدم للمسترشد تفسيرات ميسرة ثلاث عمره، وتزيد من فهمه وتبصره بمشكلاته، ولوحظ أن القصص الشخصية التي يرويها المسترشدون فيه تؤثر على مفهوم الذات لديهم وعلى تصورهم عن أنفسهم؛ إيجاباً أو سلباً حسب مضمون القصة، وأشار جاردنر إلى أنه باستخدامه لأسلوب العلاج القصصي يتفق مع روجرز في ضرورة تجنب إثارة قلق المسترشد ومواجهته (Gardner, 1986). ويعتبر العلاج القصصي نهجاً أخلاقياً خالياً من اللوم والمواجهة (Morgan, 2000; Perrow, 2003).

يتميز هذا الأسلوب بأنه يقلل من قلق المسترشد وينحى من مقاومتهم بدرجة كبيرة؛ لكونه يحلل القصص التي تتناول المشكلة بطريقة رمزية فيكون أقل تهديداً للذات (Gardner, 1986).

كما يعمل على جعل المشكلة هي المشكلة وليس الفرد هو المشكلة؛ بالتالي إضفاء طابع الخارجية للمشكلة وتسهيل تعامل الفرد مع مشكلته، ويمكن للأفراد من خلال هذا الأسلوب تطوير مفاهيم ذات إيجابية خلال عملية رواية القصص (Slivinske & Slivinske, 2014). وتعطي رواية القصص الفرد نظرة مستقبلية لعواقب قراراته، مثل الإدمان الذي يعقب تناول المخدرات، وغيرها، كما يتميز الأسلوب بإمكانية استخدامه في توضيح القيم والمعتقدات، ويصلح مع الأشخاص الذين يواجهون صعوبات في الحديث عن أنفسهم، والذين يصعب عليهم التعبير عن المشاعر (Erford, 2014).

هناك بعض الاعتبارات التي يجب أن تؤخذ بالحسبان عند تطبيق العلاج القصصي، إذ يفترض جاردنر (Gardner, 1971) أن القصص الشخصية التي يرويها الفرد ليست دقيقة دائماً؛

فالقصاص تتأثر في الفترة الزاهنة لروايتها من حيث الاختلاف في مدى إدراك الفرد للأحداث، والتفاوت في مستويات النمو بين الأفراد، والآراء الذاتية في تلك الفترة، وقد تتأثر بسمات الشخصية التي تم استخدامها في رواية القصة؛ لذلك على المرشد دوماً النظر للقصة ضمن الإطار الثقافي للمسترشد، والموقف السياقي للقصة، وعدم معالجة القصة بمعزل عن المعلومات التي يقدمها المسترشد عن نفسه. ويجب على المرشدين أن يحرصوا على تقديم درجة أعلى من الاهتمام لمسترشديهم في هذا الأسلوب، فهم يشعرون بدرجة اهتمام أقل بهذا الأسلوب عن غيره من الأساليب؛ لكونه يتم بصورة غير مباشرة وبعيدة عن ذات المسترشد.

مشكلة الدراسة وفرضياتها

تُبرز خصائص المرحلة العمرية التي يمر بها المراهقون الحاجة الملحة للتدخل من قبل المختصين؛ حيث يتجنب المراهقون مشاركة مشكلاتهم مع الآخرين؛ لاعتقادهم بأن الإفصاح عن مشكلاتهم يهدد صورة ذاتهم أمام الآخرين (Noller & Atkin, 2014). الأمر الذي يزيد من صعوبة الوصول لمشكلاتهم للعمل على حلها، وفي اضطراب الشره العصبي (BED) تصبح الحاجة للتدخل ملحة أكثر فأكثر، فالأفراد الذين يعانون من الشره العصبي يقللون من خطر مرضهم وبالتالي يؤجلون طلب المساعدة المتخصصة لسنوات (Mathisen et al., 2017; Mustelin, Kaprio & Keski-Rahkonen, 2018). في حين أن من يأتي منهم للعيادات النفسية طلباً للعلاج يكون بسبب اضطرابات أخرى كالقلق، والاكتئاب المصاحب للشره الذي لم يتم الكشف عنه حتى ذلك الحين (Fursland & Watson, 2014). ويرتبط اضطراب الشره العصبي بالاندفاعية لدى المراهقين (Meule & Platte, 2015; Palavras, Hay, Filho & Claudino, 2017)، وبشكل وجود

إجراءات علاجية خاصة بالاندفاعية أهميةً كبيراً لإمكانية علاج اضطراب الشره العصبي (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz & Swann, 2001).

جاء دافع الدراسة من أهمية الكشف والتدخل المبكر لعلاج اضطراب الشره العصبي لدى المراهقين، الذين تعتبر مرحلتهم العمرية خط البدء لظهور الاضطراب (Mustelin, Kaprio & Keski-Rahkonen, 2018). والبحث عن طرق أكثر فاعلية، وسبل أكثر تلاؤماً للتعامل مع تلك المشكلات لدى المراهقين، خاصة وأن أفضل خيارات العلاج ليست واضحة حتى الآن (Brawnley, Hebebrand & Herpertz-Dahlmann, 2019). وبعد دراسة العديد من الأساليب الإرشادية والرجوع لمختصين في مجال الإرشاد النفسي والصحة النفسية، تم اعتماد أسلوب العلاج القصصي، الذي يمكن توقع فاعليته من خلال خصائصه في القدرة على الوصول للمراهقين والتعامل مع مشكلاتهم على وجه الخصوص. ومما زاد الاهتمام بهذا الأسلوب ندرة الدراسات الأجنبية وعدم توفر أي دراسة عربية - ضمن حدود علم الباحثة- تتناول فاعلية هذا الأسلوب. كما سنتناول الدراسة المراهقات تحديداً لكون تلك المشكلات أكثر انتشاراً بينهن عنها بين الذكور (Kilani, Paing & Yangon, 2017).

وبشكلٍ أكثر تحديداً تحاول الدراسة اختبار الفرضيات التالية:

الفرضية الأولى: توجد فروق ذات دلالة احصائية ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط درجات المراهقات في المجموعة التجريبية، اللاتي طبق عليهن برنامج العلاج القصصي، ومتوسط درجات المراهقات في المجموعة الضابطة الاتي لم يطبق عليهن أي برنامج إرشادي، في الاختبار البعدي على مقياس اضطراب الشره العصبي.

الفرضية الثانية: توجد فروق ذات دلالة احصائية ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط درجات المراهقات في المجموعة التجريبية، اللاتي طبق عليهن برنامج العلاج القصصي، ومتوسط درجات المراهقات في المجموعة الضابطة التي لم يطبق عليهن أي برنامج إرشادي، في الاختبار البعدي على أبعاد مقياس الاندفاعية.

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات أداء المجموعة التجريبية على مقياسي الدراسة: مقياس الشره العصبي وأبعاد مقياس الاندفاعية في الاختبار البعدي، وبين متوسط درجاتهم على نفس المقياسين في الاختبار التتبعي بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج.

أهمية الدراسة:

أولاً: الأهمية العلمية النظرية

سعت هذه الدراسة للإسهام في إضافة فائدة جديدة للدراسات العربية بتناول العلاج القصصي، إذ تحاول هذه الدراسة اختبار فاعلية العلاج القصصي في خفض مستوى اضطراب الشره العصبي والاندفاعية لدى عينة من المراهقات؛ حيث أن الدراسة والأسلوب العلاجي الذي تناولته - في حدود إطلاع الباحثة- هي الأولى على الصعيد العربي، وبذلك يمكن الاستناد إليها كإطار مرجعي ومقدمة لأبحاث ودراسات قادمة تتناول مشكلات أخرى تهم المختصين، وعلى مراحل عمرية وفئات مختلفة أيضاً. وتعتبر الدراسة إضافة علمية للدراسات التي أجريت على مرحلة مهمة من حياة الإنسان وهي " مرحلة المراهقة".

ثانياً: الأهمية العملية التطبيقية

تبرز الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة في كونها تقدم من خلال نتائجها للمرشدين والأخصائيين النفسيين العاملين في المؤسسات التربوية، وخاصة المدارس برنامجاً إرشادياً يمكنهم الاستفادة منه في التعامل مع مشكلتي الشره العصبي والاندفاعية لدى المراهقات، كما وتعتبر تدخلاً مبكراً لعلاج تلك المشكلات التي تعتبر مقدمة لمشكلات أخرى.

تعتبر الدراسة مهمة في ما تحتويه من الأدب النظري الذي يمكن من خلاله العمل على توعية الأهل والمربين باضطراب الشره العصبي والاندفاعية، وأهمية التدخل المبكر والمتخصص؛ لمساعدة الأفراد بالطريقة الصحيحة المتخصصة بدلاً من مراجعة مراكز التغذية، أو الأندية الرياضية فقط، أو حتى اللجوء للإهمال، أو العقاب كما في كثير من الأحيان.

التعريفات الاصطلاحية والإجرائية

الاندفاعية (Impulsivity)

تعرف الاندفاعية بأنها: الميل للتصرف بتهور؛ استجابةً للمشاعر السلبية الشديدة، ودون تفكير مسبق، مع عدم القدرة على الاستمرار في التركيز على مهمة، إلى جانب البحث عن تجارب جديدة ومثيرة (Whiteside & Lynam, 2001)، والتصرف بتهور استجابةً للمشاعر الإيجابية الشديدة أيضاً (Cyders et al, 2007).

وتعرف الاندفاعية إجرائياً: في ضوء الدرجة التي حصلت عليها المراهقة على مقياس

الاندفاعية المستخدم في الدراسة الحالية.

اضطراب الشره العصبي (Binge Eating Disorder)

هو انعدام السيطرة على تناول الأكل أثناء النوبة من حيث النوع والكم، وأكل مقدار من الطعام أكبر بشكل مؤكد مما يأكله معظم الناس أثناء نفس الفترة من الوقت، وتحت نفس الظروف، وحدوثه يكون بمعدل وسطي مرة أسبوعياً لمدة ثلاثة شهور، مع عدم وجود سلوكيات تعويضية (التقيؤ المتعمد، الرياضة العنيفة، أخذ مليئات للأمعاء،...)، ويترافق معه ثلاثة أو أكثر من التالي: تناول الطعام بسرعة أعلى من المعتاد، الاستمرار في تناول الطعام حتى الشعور غير المريح (الامتلاء)، تناول كميات طعام كبيرة عند عدم الشعور بالجوع، تناول الطعام على انفراد بسبب الشعور بالحرج من كمية الطعام المتأولة، الشعور بالاشمئزاز من الذات والاكنتاب والشعور بالذنب الشديد (APA, 2013).

ويعرف الشره العصبي إجرائياً: في ضوء الدرجة التي حصلت عليها المراهقة على مقياس

الشره العصبي المستخدم في الدراسة الحالية.

العلاج القصصي (Therapeutic Storytelling)

هو عبارة عن استخدام رواية القصص كأداة تشخيص وأسلوب علاجي؛ من خلال عدة مراحل تبدأ برواية المسترشد لقصة شخصية من خياله، ثم قيام المرشد بتحليل تلك القصة وتحليل اسقاطات المسترشد فيها، ثم تطوير قصص علاجية من قبله تمثل النموذج الصحي للقصة الشخصية، ثم يقوم المرشد برواية هذه القصص عبر جلسات للمسترشد، وفي آخر الجلسات يقوم المسترشد بإعادة رواية القصة الشخصية لكن مع التعديلات التي أضافتها القصة العلاجية معبراً عن تبادلته لقصته الشخصية مع شخصيات القصة العلاجية وبذلك يتحقق العلاج، ويعتبر العلاج القصصي

أسلوباً إبداعياً يمكن من خلاله استخدام الألعاب، الرسم، الكتابة، الغناء والشعر، وغيرها في التعبير عن القصص، وتسجيلات الفيديو في تمكين الأثر العلاجي (Gardner, 1986).

ويعرف برنامج العلاج القصصي في الدراسة الحالية بأنه: عبارة عن برنامج إرشاد جمعي

مستند إلى أسلوب العلاج القصصي والذي أعدته الباحثة.

مرحلة المراهقة: تعرف مرحلة المراهقة بأنها حلقة الوصل بين الطفولة والرشد، وتشمل

الأعمار ما بين (11- 21) عاماً، وتضمن هذه المرحلة عدد من المراحل الفرعية مرتبة وفق الترتيب

الزمني؛ وهي: مرحلة المراهقة المبكرة والتي تكون بين (11- 13) عاماً، والمراهقة المتوسطة والتي

تكون بين (14- 17) عاماً، والمراهقة المتأخرة والتي تكون بين (18- 21) عاماً (Hagan,)

(Shaw & Duncan, 2015).

محددات الدراسة

تحدد نتائج الدراسة بما يلي:

1- أفراد الدراسة، حيث استخدم العلاج القصصي على عينة من طالبات الصف السادس،

والسابع، والثامن من مدرسة جفين الثانوية للبنات التابعة لمديرية لواء الكورة، خلال الفصل

الدراسي الثاني للعام الدراسي 2018/ 2019م، وقد تم اختيار المدرسة بالطريقة المتيسرة،

أما العينة فقد تم اختيارها بالطريقة العشوائية، وهذا يحدّ من إمكانية تعميم النتائج إلا على

عينات ومجتمعات مماثلة ومشابهة في الخصائص.

2- مقياسا الدراسة اللذان تم استخدامهما، فإن تعميم النتائج يتحدد بكل من صدق وثبات

المقياسين، علماً بأنه تم التحقق من الخصائص السيكمترية لهما بما يتناسب والدراسة

الحالية.

3- تتحدد نتائج الدراسة بالبرنامج المستخدم فيها، وهو برنامج مستند الى العلاج القصصي والذي أعدته الباحثة بالاستناد إلى الإطار النظري القائم على ما وضعه ريتشارد جاردنر (Gardner, 1986) في العلاج القصصي، وما أضافاه سليفنسيك وسليفنسيك (Slivinske & Slivinske, 2014) أيضاً لهذا الأسلوب.

4- تتحدد الدراسة في ضوء المفاهيم المستخدمة بها وما تتضمنه من أبعاد مختلفة.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

يتضمن هذا الفصل أبرز الدراسات والأبحاث التي تناولت متغيرات الدراسة (العلاج القصصي، الشره العصبي، الاندفاعية)، والتي حصلت عليها الباحثة من قواعد البيانات المتاحة. حيث تم عرضها في ثلاثة محاور، يتضمن المحور الأول الدراسات الخاصة بالعلاج القصصي، والثاني الدراسات الخاصة بالشره العصبي، والثالث الدراسات المتعلقة بالاندفاعية.

أولاً: الدراسات التي تناولت العلاج القصصي

قام جاردنر (Gardner, 1968) بإجراء دراسة هدفت إلى اختبار فاعلية العلاج القصصي في التخفيف من مشاكل عقدة أوديب (Oedipus complex) في الطفولة على حالة الطفل "لاري" من ولاية الاسكا، والذي بلغ من العمر 5 أعوام. استخدم جاردنر برنامج العلاج القصصي فقط دون أي أساليب مساندة، وأشارت النتائج إلى أن أسلوب العلاج القصصي مفيد في خفض حدة مشاكل أوديب لدى الطفل، إضافة إلى ذلك أشارت النتائج إلى أن العلاج القصصي يتيح للمعالج التواصل مع الطفل على مستواه، وعلى إيصال رسائل مهمة له بشكل غير مباشر وبدون مقاومة.

وفي دراسة أخرى أجراها جاردنر (Gardner, 1970) بهدف اختبار فاعلية العلاج القصصي في تخفيف شدة أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. تكونت عينة الدراسة من (5) أطفال من نيويورك، ممن تراوحت أعمارهم بين (5-9) أعوام. استخدم أسلوب العلاج القصصي مع الرسم للتشخيص والعلاج، وقدم للأطفال القصص العلاجية مجزأة بحيث تتناسب مع مرحلتهم العمرية. أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية الأسلوب العلاجي في التخفيف من شدة أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال.

وفي دراسة أجراها بانتر وكوك وسيلفرمان (Painter, Cook & Silverman. 1999)، هدفت إلى اختبار فاعلية العلاج القصصي وتدريبات الوالدين (Parent Training) في خفض المشكلات السلوكية لدى الأطفال، تكونت عينة الدراسة من (4) أطفال ذكور من القوقاز، ممن تراوحت أعمارهم بين (5-7) أعوام، استخدمت الدراسة بطاقة العينات الزمنية اللحظية (مقياس تقرير الوالدين اليومي المسجل على بطاقات)؛ طبقه الوالدين بعد تعريف المشكلات السلوكية إجرائياً لقياسها لدى الأطفال. تم تطبيق البرنامجين وفق تصميم كروس أوفر (crossover design) التجريبي. أشارت نتائج الدراسة إلى فعالية البرامج العلاجية في حل المشاكل السلوكية لدى جميع عينة الدراسة، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق بين البرنامجين من حيث الفاعلية؛ حيث انخفضت نسبة حدوث المشكلات السلوكية في المجموعة الأولى (العلاج القصصي أولاً ثم تدريبات الوالدين) بنسبة (57.6%)، بينما انخفضت النسبة في المجموعة الثانية (تدريبات الوالدين أولاً ثم العلاج القصصي) إلى (49.8%).

وفي دراسة أجراها باركر ووامبلر (Parker & Wampler, 2006) هدفت للمقارنة بين فاعلية أسلوب العلاج القصصي وأسلوب تعليمي (تقديم معلومات نفسية مباشرة) في خفض المشاعر السلبية تجاه العلاقات، وزيادة المشاعر الإيجابية تجاهها. تكونت عينة الدراسة من (42) طالبة ممن تراوحت أعمارهن بين (18-42) عام بمتوسط عمري (30) عام، تم اختيارهن بالطريقة العشوائية من طلبة جامعة "جنوب غرب تكساس"، من قسم العلوم والصحة الإنسانية. استخدمت الدراسة مقياس (Positive and Negative Affect Schedule)؛ لقياس مستوى المشاعر الإيجابية والسلبية، بالإضافة لمقياس (المشاعر نحو العلاقات Emotions Towards Relationships)، والذي حدد (5) مجموعات من المشاعر (الحب، والفرح، والغضب، والحزن، والخوف)، ويشير متوسط مجموع كل من الحب والفرح للمشاعر الإيجابية، بينما يشير متوسط مجموع الغضب والخوف والحزن للمشاعر

السلبية. قدم العلاج أربعة معالجين مختصين من ذوي خبرة (2-5) سنوات في مجال الصحة النفسية، وتم إعطاؤهم دورة تدريبية في أساليب العلاج المستخدمة في الدراسة. تم تطبيق العلاج القصصي على المجموعة التجريبية والأسلوب التعليمي على مجموعة المقارنة دون وجود مجموعة ضابطة. كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعتين؛ وهذا يشير لفاعلية كل من الأسلوبين في خفض المشاعر السلبية، وزيادة المشاعر الإيجابية، وكشفت النتائج كذلك عن أن أسلوب العلاج القصصي كان أكثر فاعلية من الأسلوب التعليمي.

ويهدف إيجاد طرق للتواصل مع الأشخاص المصابين بالتوحد للتعامل مع مشكلاتهم النفسية، قامت بوروس (Burrows, 2010) بإجراء دراسة حالة على مراهق أسترالي مصاب بالتوحد يبلغ من العمر (11) عاماً، مصاباً بصدمة نفسية. طبق عليه العلاج القصصي بعد معرفة جوانب القوة لديه، واهتماماته من والدته (تم تفعيل ميوله نحو الرسم في رواية القصص). أشارت نتائج الدراسة إلى أنه يمكن التواصل مع الأفراد المصابين بالتوحد من الأجزاء السليمة في طرق التواصل لديهم وبالاستفادة من جوانب القوة، حيث استطاع أسلوب العلاج القصصي الاستفادة من تلك الجوانب وإحداث تحسن في الحالة.

أما جيوليني ومارشيتي وبرينود وكوره (Giuliani, Marchetti, Perrenoud, Korh,) فقد أجروا دراسة حول إمكانية العمل على المهارات الاجتماعية لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد وإعاقة عقلية شديدة، تكونت عينة الدراسة من (10) أطفال تراوحت أعمارهم بين (8-12) عام، ممن تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية الشديدة. استخدمت الدراسة أداة تقييم فسيولوجية (تتبع العين)، وتم تطبيق (62) جلسة علاج قصصي موزعة على مدار سنتين، تخللها (20) جلسة تقييم. كشفت نتائج الدراسة عن إمكانية تعلم الأطفال

المصابين باضطراب طيف التوحد، والإعاقة العقلية الشديد المهارات الاجتماعية المتضمنة في القصص العلاجية بشكل كبير، وكشفت النتائج كذلك عن انخفاض في المشاكل السلوكية لدى عينة الدراسة.

كما قام شافيان وسليمانى وسموعى وأفشر (Shafieyan, Soleymani, Samouei, Afshar, 2017)، بإجراء دراسة هدفت إلى اختبار فاعلية برنامج علاجي قصصي في تحسين مستوى التفاؤل لدى الطلبة. تكونت عينة الدراسة من (34) طالباً اختيروا بالطريقة العشوائية من مدارس أصفهان، إيران، ممن تراوحت أعمارهم بين (8-11) عام. استخدمت الدراسة مقياس كازدين للأمل (Standard Kazdin Hopefulness)، وتم تطبيق البرنامج العلاجي على (8) جلسات، بالإضافة لجلستي متابعة. كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي، وبين المجموعتين التجريبية والضابطة، وهذا يشير لفاعلية البرنامج العلاجي في تحسين مستوى التفاؤل، وأشارت النتائج أيضاً لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والتبعي، وهذا يشير لاستقرار أثر البرنامج.

في حين قام مانيل وأحمد وأحمد (Mannell, Ahmad & Ahmad, 2018) بإجراء دراسة هدفت إلى اختبار فاعلية برنامج مستند إلى العلاج القصصي في تخفيف الشعور بالمعاناة ودعم الصحة النفسية لدى النساء المعرضات للعنف من الجنس الآخر، تكونت عينة الدراسة من (20) امرأة أفغانية، استخدمت الدراسة أدوات تم إعدادها لتحقيق أهدافها، وبرنامج العلاج القصصي على العينة. كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي، وبين المجموعتين التجريبية والضابطة، وهذا يشير لفاعلية البرنامج العلاجي المستخدم، وكشفت النتائج

كذلك عن مساعدة البرنامج في صياغة هويات اجتماعية إيجابية لدى أفراد العينة، والكشف عن التجارب التي تعرضت لها النساء من الصدمة ووصمة العار.

ثانياً: الدراسات التي تناولت الشره العصبي

تنوعت الدراسات التي تناولت الشره العصبي، ففي دراسة أجراها كاستيلنوفو ومانزوني وفيليا وكيسا وموليناري (Castelnuovo, Manzoni, Villa, Cesa & Molinari, 2011) للمقارنة بين فاعلية العلاج الاستراتيجي الموجز نموذج (Brief Strategic Therapy\ Arezzo) والعلاج السلوكي المعرفي (Cognitive Behavioral Therapy)، في علاج مرضى اضطراب الشره العصبي (BED) الذين يبحثون عن علاج، تكونت عينة الدراسة من (60) مريضاً تم اختيارهم بالطريقة العشوائية من بين (100) مريض يرتادون مستشفى سانت جوزيف في إيطاليا (Saint Joseph) لعلاج السمنة، وتم تشخيصهم باضطراب الشره العصبي (BED) وفق (DSM-IV-TR)، حيث تراوحت أعمار العينة بين (36-56) عام، استخدمت الدراسة المقابلة الشخصية المنظمة (Structured Clinical Interview for DSM-5) كأداة فحص للاضطرابات النفسية، وتم استخدامها من قبل عالم نفسي سريري مختص. تم تطبيق أسلوب علاجي على كل مجموعة بواقع (8) جلسات علاجية، و(8) جلسات عبر الهاتف، وجلستي متابعة لكل مجموعة. كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي، ويشير ذلك لفاعلية كل من العلاجين، كما وكشفت عن فروق بين القياس البعدي والتتبعي للمجموعتين، ويشير ذلك لفاعلية أكبر للعلاج الاستراتيجي الموجز؛ فقد انخفضت نوبات الشراهة في المجموعة التي عولجت باستخدام العلاج الاستراتيجي الموجز (BST) لتصبح نسبة حدوثها لدى أفراد المجموعة 20%، بينما انخفضت

في المجموعة التي عولجت باستخدام العلاج المعرفي السلوكي (CBT) لتصبح نسبة حدوثها لدى أفراد المجموعة 63.3%.

وقامت فاخوري (2012) بإجراء دراسة هدفت إلى اختبار أثر برنامج مرتكز على الانفعالات في خفض اضطراب الشره العصبي وتحسين الذكاء الانفعالي، تكونت عينة الدراسة من (24) سيدة ممن يعانون من اضطراب الشره العصبي، واللاتي يرتدن العيادات ومراكز التغذية في مدينة عمان، وتم تشخيصهن وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة المعدلة (DSM-IV-TR). استخدمت الدراسة مقياس مؤشر كتلة الجسد (Body Mass Index)، ومقياس اضطراب الشره العصبي الذي تم تطويره من قبل الباحثة، وأشارت النتائج إلى وجود أثر ذي دلالة إحصائية للبرنامج، فقد انخفض عدد نوبات الشره لدى أفراد العينة إلى جانب حدوث تحسن في مستوى الذكاء الانفعالي لديهم.

وفي دراسة بلوم وآخرون (Blom et al., 2014) قاموا باختبار فاعلية تقديم دواء وهمي في خفض اضطراب الشره العصبي (BED)، تكونت عينة الدراسة من (234) فرداً من ولاية أوهايو، ممن تم تشخيصهم باضطراب الشره العصبي، حيث استخدمت الدراسة مقياس (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale)، ومقياس هاملتون للاكتئاب (Hamilton Depression Rating)، ومقياس مؤشر كتلة الجسد (BMI)، واستبيان تناول الطعام الثلاثي. تعتبر الدراسة تجميع لعشر دراسات تم بها تقديم الدواء كعلاج وحيد دون تدخلات نفسية مساندة، وكانت مدة كل دراسة فرعية (6-16) أسبوعاً، وقدم المرضى موافقة خطية طوعية للانضمام للدراسة، وقد كشفت نتائج القياس البعدي في الدراسة عن انخفاض في نوبات الشره بنسبة (75%) لدى العينة؛ (38%) حدث

لديهم انخفاض كبير في نوبات الشره، و(26%) توقفت نوبات الشره لديهم تماماً، وكشفت أيضاً عن استقرار الأثر العلاجي بسبب عدم وجود فروق ذات دلالة بين القياس البعدي والتتبعي.

أما بلافراس وآخرون (Palavras et al, 2015) فقد قاموا بإجراء دراسة هدفت إلى المساعدة في إدارة الوزن لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشره العصبي (BED) باستخدام أسلوب (Healthy Approach to Weight Management and Food in Eating Disorders\ HAPIFED)؛ القائم على الدمج بين العلاجات النفسية الرائدة، القائمة على الأدلة والعلاج المعرفي السلوكي المعزز (CBT-E)، وعلاج فقدان الوزن السلوكي (Behavioral Weight Loss Treatment) لاضطرابات الأكل والسمنة. تكونت عينة الدراسة من (100) مشارك برازيلي في عمر (18) عام ممن تم تشخيصهم بمرض الشره العصبي (BED) وفق (DSM-V)، كما تم قياس مؤشر كتلة الجسد (BMI) لهم. تم استخدام أسلوبين علاجيين أحدهم (RCT)، وهو نموذج من (HAPIFED) في مقابل (CBT-E)، وتم توزيع الأفراد عشوائياً على (10) مجموعات في كل مجموعة (10) مشاركين، في المجموعات الخمس الأولى تم تطبيق أسلوب (RCT)، وفي المجموعات الخمس الأخرى تم تطبيق أسلوب (CBT-E). وتم تنفيذ جلسة مبدئية و(29) جلسة جماعية، وثلاث جلسات متابعة يفصل بين كل منها ستة شهور. أشارت النتائج إلى فاعلية العلاج المستحدث (Randomized Controlled Trial\ RCT) مقارنة بالعلاج (CBT-E) في الحد من أعراض اضطراب الشره العصبي (BED)، وكشفت النتائج الثانوية عن تحسين التحكم والسيطرة على الأكل، وزيادة مستوى التكيف لدى المرضى، وتحسن نوعية الحياة المرتبطة بالصحة البدنية والعقلية، وانخفاض مستويات الاكتئاب والقلق لدى البعض.

وفي دراسة أجراها هيبيرت وهيلديبراندت وارقاس ويلفلي وويلسون (Hilbert, Hildebrandt, Agras, Wilfley & Wilson, 2015) هدفت إلى اختبار فاعلية العلاج النفسي بين الأشخاص (IPT) والعلاج الذاتي المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Guided Self Help) (CBTgsh)، وعلاج فقدان الوزن السلوكي (BWL) في خفض اضطراب الشره العصبي (BED). تكونت عينة الدراسة من (205) من طلاب جامعتي روتجرز وواشنطن، من الذين تم تشخيصهم باضطراب الشره العصبي (BED) بعد قدومهم طلباً للعلاج. استخدمت الدراسة مقياس (Eating Disorder Examination Questionnaire\ EDE-Q) لتحديد شدة الاضطراب. تم إجراء مقابلات فردية مع المرضى، طبق على المرضى (16) جلسة فردية أسبوعية لمدة (50) دقيقة، وثلاث جلسات متابعة. كشفت نتائج القياس البعدي عن انخفاض في عدد نوبات الشراهة بدرجة أكبر في (CBTgsh) عنه في (IPT) و (BWL)، بينما كانت سرعة الاستجابة للعلاج أعلى في (IPT) و (CBTgsh)، وكشفت بعد القياس التتبعي عن استمرارية أثر العلاج (CBTgsh) على خلاف (IPT) و (BWL).

قام مكلنتوش وآخرون (McIntosh et al, 2016) بإجراء دراسة هدفت إلى اختبار فاعلية العلاج المخطط (Schema Therapy)، الذي يركز على الشهية (الرغبة في الطعام)، إلى جانب العلاج السلوكي المعرفي التقليدي (CBT)، الذي يركز على تجارب الحياة في التعرف على مدى الرغبة في الطعام والاستجابة بشراهة لها، في خفض اضطراب الشره العصبي (BED). تكونت عينة الدراسة من (112) امرأة من نيوزلاندا ممن تراوحت أعمارهن بين (16-65) بشكل عشوائي من النساء المصابات باضطراب الشره العصبي، واللاتي تم تشخيصهن وفق (DSM-V). استخدمت الدراسة (SCID) كأداة فحص للاضطرابات النفسية، وزعت المشاركات عشوائياً على مجموعتين، وتم تطبيق جلسة أسبوعياً لمدة ستة أشهر، تلتها جلسة شهرياً لمدة ستة أشهر. كشفت نتائج القياس

البعدي انخفاض نوبات الشراهة عند تناول الطعام لدى أفراد العينة، وكشفت كذلك نتائج تقييمي المتابعة عن حدوث تحسن في الجوانب السلوكية والنفسية الأخرى لاضطرابات الأكل لديهم.

وفي دراسة أجراها بريوس وبينو وستشكر ووليجنبور (Preuss, Pinnow, Schnicker & Legenbauer, 2017) هدفت إلى اختبار فاعلية علاج قائم على خفض الاندفاعية (Impulse Control Disorders and Treatment Options)، وتنظيم العاطفة والسلوك المعرفي في خفض اضطراب الشره العصبي (BED) والسمنة. تكونت عينة الدراسة من (22) بالغاً ممن هم في قائمة الانتظار في العيادات النفسية الخاصة في ألمانيا، والذين تم تشخيصهم باضطراب الشره العصبي (BED) والسمنة. استخدمت الدراسة استبيان فحص اضطرابات الأكل (EDE-Q)، والمقابلات السريرية الهيكلية (SCID)، ومؤشر كتلة الجسد (BMI). تم توزيع العينة عشوائياً على مجموعتين (تجريبية وضابطة)، وتم إخضاع المجموعة التجريبية للبرنامج العلاجي المكون من (11) جلسة، وجلستي متابعة. أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة؛ وذلك يشير لفاعلية العلاج في خفض أعراض اضطراب الشره العصبي، بالإضافة لانخفاض ملحوظ في الوزن، كما وكشفت نتائج قياس المتابعة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فيها، ويشير ذلك لاستقرار أثر المعالجة.

وفي دراسة أجراها ماثيزن وآخرون (Mathisen et al, 2017) لاختبار فاعلية العلاج (Physical Exercise and Dietary Therapy\ PED-t)؛ وهو علاج مقتبس من ممارسة الرياضة البدنية والعلاج الغذائي، في خفض اضطراب الشره العصبي (BED)، تكونت عينة الدراسة من (21) امرأة نرويجية ممن تراوحت أعمارهن بين (18 - 40) عام، وبمؤشر كتلة جسد بين (17.5 - 35.0) والمصابات باضطراب الشره العصبي (BED) وفق تشخيص (DSM-V). تم

توزيع العينة عشوائياً على 3 مجموعات، طبق العلاج (PED-t) على المجموعة الأولى، والعلاج (CBT) على المجموعة الثانية، والمجموعة الثالثة لم يطبق عليها أي علاج (مجموعة ضابطة). اشتملت الدراسة على (20) جلسة علاجية على مدار (16) أسبوعاً، وتم إجراء خمس قياسات (قبلي، بعدي، بعد 6 و 12 و 24 شهراً للمتابعة). كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعات، وبين القياس البعدي للمجموعتين التجريبيتين والضابطة، وهذا يشير لفاعلية كل من الأساليب العلاجية، بينت النتائج كذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي للمجموعة التي تلقت العلاج (PED-t) والتي تلقت العلاج (CBT)، وهذا يشير لتقارب الأسلوبين في الفاعلية، وكشفت النتائج أيضاً عن تفوق العلاج (PED-t) على العلاج (CBT) من حيث الحد من الأعراض الجسدية، والمضاعفات إلى جانب تحسين مستوى اللياقة البدنية وبالتالي نوعية الحياة.

أما جاكسون وبيترابيسا وروسي ومانزوني وجاستيلوفو (Jackson, Pietrabissa, Rossi,) (Manzoni, & Castelnovo, 2018) فقد أجروا دراسة هدفت إلى المقارنة بين فاعلية العلاج الاستراتيجي الموجز (BST)، والعلاج السلوكي المعرفي (CBT) على النساء المصابات باضطراب الشره العصبي (BED) والسمنة. تكونت عينة الدراسة من (60) امرأة إيطالية ممن تم تشخيصهن باضطراب الشره العصبي (BED) وفق (DSM-V)، والمتواجدين في عيادة للمرضى في شمال إيطاليا، متخصصة في علاج اضطرابات الأكل. أشارت نتائج الدراسة لانخفاض نوبات الأكل بشراسة، وتعزيز خسارة الوزن في العلاج الاستراتيجي الموجز، بينما لم يحصل هذا التغيير في العلاج السلوكي المعرفي، وبذلك فإن العلاج الاستراتيجي الموجز أكثر فاعلية من العلاج السلوكي المعرفي في خفض اضطراب الشره العصبي.

وفي دراسة أجراها منستش وآخرون (Munsch et al., 2019) هدفت إلى تقييم فاعلية العلاج القائم على الانترنت؛ المستمد من العلاج السلوكي المعرفي القائم على الأدلة (CBT)، في علاج اضطراب الشره العصبي (BED). تكونت عينة الدراسة من (60) رجلاً وامرأةً سويسرياً، تراوحت أعمارهم بين (18- 70) عام بمتوسط عمري (45) عام، ممن تم تشخيصهم باضطراب الشره العصبي (BED) وفق (DSM-V). تم توزيع المشاركين عشوائياً على مجموعتين (تجريبية وضابطة)، وطبق المعالجون (من علماء النفس في الدراسات العليا، أو معالجين في مركز العلاج النفسي في جامعة فيربورغ)، البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية، والذي كان عبارة عن (11) جلسة؛ ثلاثة منها كانت جلسات متابعة يفرق بين كل اثنتين منها شهرين. استخدمت الدراسة للتقييم سجلات تفاعل. وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي وبين المجموعة التجريبية والضابطة، ويشير ذلك لفاعلية الأسلوب العلاجي المستخدم، حيث انخفضت عدد مرات نوبات الشراهة لدى جميع أفراد العينة، وكشفت النتائج أيضاً عن مزايا الأسلوب العلاجي، حيث كان هناك إمكانية ضم عدد أكبر من المرضى مقارنة بالطرق العلاجية الأخرى، بالإضافة لكون مدة العلاج أقصر من غيرها.

وفي دراسة أجراها كاردي وليبانن وليسلي وإسبوسيتو وتريشور (Cardi, Leppanen,) (Leslie, Esposito & Treasure, 2019) لاختبار فاعلية تقليل الحالة المزاجية السلبية في الحد من نوبات الشراهة عند النساء المصابات بالشره المرضي العصبي (BED). تضمنت عينة الدراسة من (30) امرأة مصابة باضطراب الشره العصبي (BED)، تم اختيارهن بشكل عشوائي من بين عينة استطلاعية بلغت (109) امرأة من لندن. استخدمت الدراسة المقابلات السريرية المنظمة (SCID) وفق (DSM-V)؛ لتأكيد التشخيص، وتم قياس مؤشر كتلة الجسم (BMI) للمشاركات، بالإضافة لاستخدام التقرير الذاتي (EDE-Q) لتقييم اضطراب الأكل. طبق البرنامج العلاجي مختصون من

حملة الماجستير والدكتوراه، وقدم البرنامج مجموعة من الفيديوهات الإيجابية أثناء تناول النساء للطعام. كشفت النتائج في القياس البعدي عن انخفاض ملحوظ في نوبات الشراهة لدى العينة إلى جانب انخفاض عدد السعرات الحرارية المتناولة؛ الأمر الذي يشير لفاعلية رفع الحالة المزاجية الإيجابية في تقليل نوبات الشراهة.

ثالثاً: الدراسات التي تناولت الاندفاعية

قامت عجوة (2005) بإجراء دراسة لاختبار فاعلية برنامج تدريبي مقترح في المهارات الوالدية على نوعية الوالدية لدى الأمهات المطلقات الحاضنات، وعلى الاندفاعية، والسلوك العدوانية، والاكنتاب لدى أطفالهن من كلا الجنسين. تكونت عينة الدراسة من (47) عائلة مطلقة من مناطق عمان الشرقية ومأدبا؛ حيث استهدف الأمهات وأحد أطفالهن ممن تراوحت أعمارهم بين (9-12) عام من الذكور والإناث، قسمت العائلات المشاركة إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة). حيث استخدمت الدراسة مقياس الوالدية بصورتيه (تقرير الأم وتقرير الطفل)، ومقياس لكل متغير من متغيرات الدراسة. أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية، الأمر الذي يشير لفاعلية البرنامج في جميع متغيرات الدراسة، وأشارت النتائج أيضاً لوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والتتبعي؛ وذلك يشير لاستمرار أثر البرنامج المستخدم في الدراسة.

وفي دراسة أجراها أبو قيزان (2007)، هدفت إلى اختبار فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى إجراءات الضبط الذاتي في خفض النشاط الزائد، والاندفاعية، وضعف الانتباه الصفي. تكونت عينة الدراسة من (30) طالب ممن تراوحت أعمارهم بين (11-13) عام، تم اختيارهم بالطريقة العشوائية من بين الطلبة الذين يعانون من النشاط الزائد، والاندفاعية، وضعف الانتباه

الصفى في مدرسة حوارة الأساسية للبنين، الأردن. استخدمت الدراسة القائمة التشخيصية وقائمة ملاحظة السلوك. تم توزيع الأفراد على مجموعتين (تجريبية وضابطة)، وتم تطبيق البرنامج القائم على إجراءات الضبط الذاتي على المجموعة التجريبية، وكان البرنامج عبارة عن (12) جلسة وجلساتي متابعة، حيث كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية، ويشير ذلك لفاعلية البرنامج في خفض أعراض اضطراب النشاط الزائد، والاندفاعية، وضعف الانتباه، وأشارت النتائج أيضاً لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والتتبعي؛ وذلك يشير لاستقرار أثر المعالجة.

في حين أجرت منيسي (2012) دراسة هدفت إلى اختبار فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الضبط الذاتي وأثره على خفض السلوك الاندفاعي. تكونت عينة الدراسة من (30) طالبة من إحدى مدارس الجيزة-مصر، ممن تراوحت أعمارهم بين (13- 15) عاماً. استخدمت الدراسة مقياس الاندفاعية ومقياس الضبط الذاتي، حيث تم توزيع العينة على مجموعتين (تجريبية وضابطة)، وتم تطبيق البرنامج العلاجي القائم على الأسس العلمية والتطبيقية للإرشاد النفسي، وإرشاد الأطفال، إلى جانب استخدام أسلوب التعزيز، وتنمية المهارات الاجتماعية. كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي للمجموعتين لصالح المجموعة التجريبية؛ ويشير ذلك لفاعلية البرنامج التدريبي في تنمية الضبط الذاتي وخفض الاندفاعية لدى أفراد العينة.

وفي دراسة أجراها فاجونديو وآخرون (Fagundo et al, 2013) هدفت إلى اختبار فاعلية استخدام لعبة فيديو (Video Game) في علاج التنظيم العاطفي والاندفاعية لدى مرضى النهم العصبي (BN)، تكونت عينة الدراسة من (9) مشاركات إسبانيات، ممن هم في سن الثلاثين، وممن تم تشخيصهم باضطراب النهم العصبي وفق (DSM-IV-TR). استخدمت الدراسة استبانة لتشخيص

ألعاب الفيديو وإدمان الانترنت مصممة وفق (DSM-IV-TR)، ومقياس مؤشر القلق (State-Trait Anxiety Index)، وقائمة فحص الأعراض-النسخة المنقحة (Symptom Check List)، ومقياس لتشخيص اضطرابات الأكل (Eating Disorder Inventory 2). تم تطبيق جلسة علاج أسبوعياً، في الفترة بين مارس/2011 إلى يونيو/2012. تضمنت الجلسات العلاجية تطبيق المقاييس لمدة (20) دقيقة في بداية الجلسة، ثم الاستماع لمدة (3) دقائق لموسيقى من أجل الاسترخاء، ثم يتم تقديم لعبة الفيديو لمدة (35) دقيقة، ويليهما الاستماع مجدداً لمدة (3) دقائق لموسيقى الاسترخاء. كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي في كل من التنظيم الذاتي والاندفاعية، ويشير ذلك لفاعلية استخدام لعبة الفيديو المستخدمة في تحسين مستوى التنظيم الذاتي وخفض الاندفاعية.

وفي دراسة أجراها الشريف ومصطفى وعبد العال (2015) هدفت إلى اختبار أثر استخدام برنامج للأنشطة المتكاملة لتنمية عادات التحكم في الاندفاعية، وتطبيق المعرفة السابقة على مواقف جديدة كعادة عقلية منتجة لدى الأطفال. تكونت عينة الدراسة من (66) طفل وطفلة في مرحلة الروضة من مدينة القاهرة، حيث استخدمت الدراسة اختبار رسم الرجل (جودايناف-هاريس)، واختبار مصور لقياس مدى امتلاك أطفال ما قبل المدرسة لبعض عادات العقل (التحكم في الاندفاعية، تطبيق المعرفة السابقة على مواقف جديدة)، وبطاقات لملاحظة أداء الأطفال. تم تقديم البرنامج العلاجي المعد لأغراض الدراسة على المجموعة التجريبية المكونة من (33) طفلاً وطفلة. كشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعتين في القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة؛ ويشير ذلك لفاعلية البرنامج المستخدم في تنمية التحكم في الاندفاعية، وتطبيق المعرفة السابقة على مواقف جديدة.

وقام أبو غزالة والدبلجي (2015) بدراسة هدفت إلى اختبار أثر برنامج إرشادي في خفض حدة السلوك الاندفاعي لدى أطفال المدارس المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، حيث تكونت عينة الدراسة من (20) طفلاً من الذكور المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، ممن تراوحت أعمارهم بين (9-14) عام ونسبة ذكائهم بين (50-70) في إحدى مدارس مدينة الرياض. تم توزيع العينة بشكل عشوائي على مجموعتين (تجريبية وضابطة)، واستخدمت الدراسة مقياس تقدير السلوك الاندفاعي المقنن للأطفال المعاقين عقلياً، كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في حدة السلوك الاندفاعي بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية؛ الأمر الذي يشير لفاعلية البرنامج الإرشادي في خفض حدة السلوك الاندفاعي لدى العينة، وكشفت النتائج كذلك عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والقياس التتبعي؛ وهذا يشير لاستقرار أثر المعالجة.

وفي دراسة أجراها تاريجا (Tárrega et al, 2015) هدفت لاختيار فاعلية لعبة فيديو (Playmancer)، كأداة علاج إضافية إلى جانب العلاج السلوكي المعرفي (CBT)؛ لزيادة التنظيم العاطفي، وخفض الاندفاعية لدى المصابين باضطراب المقامرة (GD). استخدمت الدراسة مقياس اضطراب المقامرة (South Oaks Gambling Screen)، ومقياس الاندفاعية (UPPS)، ومقياس التعبير عن الغضب (BIS-11)، وقائمة مراجعة الأعراض (Symptom Checklist 90)، حيث تكونت عينة الدراسة من مجموعة واحدة مكونة من (16) فرداً إسبانياً، ممن تم تشخيصهم باضطراب المقامرة (GD)، ويبحثون عن علاج، وكان التدخل العلاجي عبارة عن (16) جلسة علاجية باستخدام العلاج السلوكي المعرفي (CBT)، تخللها (10) جلسات تعريض للعبة الفيديو. أشارت النتائج لوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي، واتضح ذلك في حدوث تغييرات مهمة في مقياس الدراسة وتحديداً الاندفاعية والتعبير عن الغضب والأعراض الأخرى.

وفي دراسة أجرتها الشمايلة (2017) هدفت إلى اختبار فاعلية الإرشاد الجمعي المستند إلى العلاج الجدلي السلوكي في خفض الاندفاعية والسلوك التخريبي، تكونت عينة الدراسة من (29) طالبة من طالبات الصف العاشر في مدرستي الأميرة رحمة الثانوية للبنات، ومدرسة سكيمة بنت الحارث الثانوية للبنات، ممن حصلن على درجات مرتفعة على أدوات الدراسة (مقياس السلوك الاندفاعي، ومقياس السلوك التخريبي)، تم توزيع العينة قصدياً على مجموعتين (تجريبية تكونت من 14 طالبة، وضابطة تكونت من 15 طالبة)، وتم تطبيق البرنامج المكون من (15) جلسة إرشاد جمعي بواقع جلستين أسبوعياً، حيث تراوحت مدة الجلسة الواحدة من (45-60) دقيقة. كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي للمجموعتين لصالح المجموعة التجريبية؛ وذلك يشير لفاعلية البرنامج في خفض مستوى السلوك الاندفاعي والسلوك التخريبي لدى جميع أفراد العينة.

أما يعقوب (2017) فقام بدراسة لاختبار فاعلية برنامج تدريبي مبني على السيكدراما في تحسين الانتباه، وتقليل اضطراب النشاط الزائد والاندفاعية لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم، حيث تكونت عينة الدراسة من (30) طفلاً من ذوي صعوبات التعلم ممن تراوحت أعمارهم بين (9-11) عام، والملتحقين بغرف مصادر التعلم في مدينة إربد. استخدمت الدراسة مقياس (جريسات 2007)، وتم توزيع العينة بشكل عشوائي على مجموعتين (تجريبية وضابطة). كشفت نتائج الدراسة بعد إجراء القياس البعدي عن فاعلية البرنامج التدريبي في تحسين الانتباه، وخفض اضطراب النشاط الزائد، والاندفاعية لدى أفراد عينة الدراسة.

كذلك قام ياو وآخرون (Yao et al, 2017) بدراسة هدفت إلى تقييم فاعلية التدخل السلوكي الجمعي، الذي يجمع بين العلاج الواقعي والتأمل الذهني في الحد من الاندفاعية، وشدة

اضطراب إدمان الإنترنت (Internet Gaming Disorder). تكونت عينة الدراسة من (21) طالباً من جامعة بكين، ممن تراوحت أعمارهم بين (18- 26) عاماً. استخدمت الدراسة مقياس الإدمان على الإنترنت (Chen Internet Addiction Scale) لقياس شدة اضطراب إدمان الإنترنت (IGD)؛ والذي يستند للمعايير الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الخامسة (DSM-V)، ومقياس (Delay Discounting Task) لقياس الاندفاعية، حيث تم تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية المكونة من (10) مشاركين على مدى (6) أسابيع (جلسة أسبوعية لمدة ساعتين). كشفت نتائج الدراسة في القياس البعدي عن عدم حدوث انخفاض ملحوظ في اضطراب إدمان الإنترنت (IGD) على خلاف الاندفاعية التي أظهرت النتائج فاعلية البرنامج العلاجي في خفض مستوياتها.

تعقيب على الدراسات السابقة

من خلال عرض الدراسات السابقة؛ يلحظ أن أغلبها أجريت في البيئات الغربية، وتناولت متغيرات الدراسة الحالية، وهي الاندفاعية واضطراب الشره العصبي، التي يتضح من خلالها أن معظم الدراسات قامت بدراسات ارتباطية أو تنبؤية، وأن هناك عدداً قليلاً تناول فاعلية العلاج القصصي، حيث أكدت العديد من الدراسات على ضرورة استخدام العلاج القصصي في التعامل مع بعض المشكلات والاضطرابات. وفي حدود اطلاع الباحثة لا توجد دراسة تناولت جميع متغيرات الدراسة على الصعيدين العربي والأجنبي، كما لم تتناول معظم الدراسات متغيري الدراسة الشره العصبي والاندفاعية معاً ضمن الدراسات التجريبية، بل تناولتها ضمن سياق منهجيات أخرى، وفي السياق التجريبي تناولت الدراسات المتغيرات بشكل مستقل. بالإضافة لندرة الدراسات التي جمعت بعضاً من متغيراتها؛ كدراسة زهو وآخرون (Zhu et al, 2015)، التي أثبتت صراحة العلاقة الطردية بين

الاندفاعية والشرة العصبية، ودراسة بريوس وبينو وستشكر ووليجنبور (Preuss, Pinnow, Schnicker & Legenbauer, 2017) التي سعت لاستخدام أسلوب علاجي قائم على الاندفاعية في معالجة الشرة العصبية، وتناولت بعض الدراسات متغيري الشرة العصبية والاندفاعية بصورة غير مباشرة؛ كدراسة كاردي وليبانن وليسلي وإسبوسيتو وتريشور (Cardi, Leppanen, Leslie, Esposito, Treasure, 2019) التي تناولت أثر المشاعر السلبية في الشرة العصبية، حيث تعتبر الاستجابة للمشاعر السلبية من أحد مجالات الاندفاعية والتي سميت (الإلحاح السلبي) (Whiteside & Lynam, 2001).

على الرغم مما أشارت إليه الدراسات من انتشار اضطراب الشرة العصبية بشكل أكبر لدى المراهقين كدراسة موستلين وكابريو وكيسكي ودراسة براونلي (Brawnley, 2016; Mustelin, Kaprio & Keski-Rahkonen, 2018)، وتوصياتهم بضرورة توجيه التدخل العلاجي لتلك المرحلة كنوع من التدخل المبكر، إلا أن الدراسات التي حاولت خفض الاضطراب لدى تلك المرحلة تتصف بالندرة، وركزت على الراشدين المصابين بالاضطراب؛ كدراسة هيبيرت وهيلديبراندت وارقاس ويلفلي وويلسون (Hilbert, Hildebrandt, Agras, Wilfley & Wilson, 2015)، ودراسة مكلنتوش وآخرون (McIntosh et al, 2016)، ودراسة ماثيزن وآخرون (Mathisen et al, 2017)، ودراسة بريوس وبينو وستشكر ووليجنبور (Preuss, Pinnow, Schnicker & Legenbauer, 2017)، ودراسة جاكسون وبيترابسا وروسي ومانزوني وجاستيلوفو (Jackson, Pietrabissa, Rossi, Manzoni, & Castelnovo, 2018)، ودراسة كاردي وليبانن وليسلي وإسبوسيتو وتريشور (Cardi, Leppanen, Leslie, Esposito, Treasure, 2019) وغيرها. بينت تلك الدراسات توجهات الباحثين العديدة والمتنوعة لإيجاد أساليب علاجية لاضطراب الشرة العصبية، وذلك التنوع يتفق مع ما أشار إليه براونلي وهيبيراند وهيربيرز-دهلمان (Brawnley,

الشه العصبي ليست واضحة، إلى جانب ما تعكسه الدراسات صراحةً وضمناً من قصور في فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في الحد من أعراض اضطراب الشه العصبي؛ فقد تبين ذلك صراحةً في دراسة مكلنتوش وآخرون (McIntosh et al, 2016) الذين أشاروا إلى أن الكثير من مرضى الشه العصبي لا يتعافون باستخدام العلاج السلوكي المعرفي، ودراسة جاكسون وبيترابيسا وروسى ومانزوني وجاستيلوفو (Jackson, Pietrabissa, Rossi, Manzoni, & Castelnuovo, 2018). وتبين ذلك ضمناً من خلال سعي دراسات أخرى لتطوير العلاج السلوكي المعرفي لأساليب مستحدثة، كدراسة بلافراس وآخرون (Palavras et al, 2015)، ودراسة منستش وآخرون (Munsch et al., 2019).

أما فيما يتعلق بالدراسات التي تناولت العلاج القصصي، فلم تتناول أي من الدراسات التي استخدمتها كأسلوب لعلاج اضطراب الشه العصبي والاندفاعية، بالإضافة إلى أن الدراسات البحثية التجريبية التي تناولت فاعليته غير كافية، بل وتشكل مصدر قلق؛ لكونها فشلت في توفير بيانات كافية حول حجم الأثر الناتج عن التطبيق، فالعديد منها لم يستخدم مجموعة تجريبية مثل دراسة (Giuliani, Marchetti, Perrenoud, Korh, 2016; Painter, Cook & Silverman, 2006; Parker & Wampler, 1999)، وجميعها لم يوفر وصفاً واضحاً للإجراءات العلاجية أثناء التطبيق من حيث طبيعة الإجراء، ومدة الجلسات، وعددها. كما ركزت الدراسات التي تناولت أسلوب العلاج القصصي على مرحلة الطفولة، والقليل منها على النساء الراشديات، في حين لم تكن هناك أي دراسة في حدود اطلاع الباحثة-على مرحلة المراهقة، على الرغم من الاستنتاج الذي توصل إليه سليفنسيك وسليفنسيك (Erford, 2014؛ Slivinske & Slivinske, 2014) من إمكانية تكيف الأسلوب العلاجي واستخدامه مع مرحلة المراهقة.

أما فيما يتعلق بالاندفاعية، فقد كان لأساليب متنوعة درجات من الفاعلية في خفض الاندفاعية، ويتيح هذا التنوع في الأساليب العلاجية إلى جانب ارتباط الاندفاعية بالعديد من المتغيرات؛ كتوكيد الذات، والمهارات القيادية، والقلق، وسلوك المخاطرة، والجوع، واتخاذ القرارات الخطرة وغيرها (إبراهيم وهلال، 2013؛ عبد الهادي وأبو جدي، 2014؛ موسى وحسين، 2016؛ Padilla, Serrano, & Paso, 2018; Fox, 2012) تناول المتغير مع الأسلوب العلاجي المقترح واضطراب الشره، بالإضافة لارتباطهم بشكل مباشر وغير مباشر مع الاندفاعية (Manasse et al., 2016).

كما استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة من خلال الاطلاع على المعلومات النظرية، وأدوات ومقاييس الدراسة، وطرق تصميم الدراسة ومنهجيتها، ومكونات البرامج المستخدمة فيها. وامتازت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في تناولها لأثر برنامج إرشادي قائم على أسلوب العلاج القصصي في خفض الاندفاعية، واضطراب الشره العصبي لدى عينة من الطالبات المراهقات المسجلات في إحدى المدارس الحكومية في منطقة لواء الكورة في الأردن، حيث يتوفر للمعنيين والمهتمين بمجال المشكلات والاضطرابات النفسية والبرامج الإرشادية برنامجاً قد يساعد في مواجهة تلك المشكلات والاضطرابات والتخفيف منها.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل الطريقة والإجراءات التي تمت في الدراسة ممثلة في اختيار مجتمع وأفراد الدراسة، وأدوات الدراسة بما فيها البرنامج الإرشادي، وإجراءات التحقق من صدقها وثباتها، وإجراءات الدراسة والخطوات التي اتبعت لتحقيق أهداف الدراسة، وتصميم الدراسة ومتغيراتها، والمعالجة الإحصائية بناءً على التصميم الإحصائي للدراسة.

أفراد الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة تم اختيار جميع طلبة الصفوف السادس، والسابع، والثامن الأساسي، من مدرسة جفين الثانوية للبنات التابعة لمديرية التربية والتعليم للواء الكورة والبالغ عددهن (184) طالبة، بالطريقة المتيسرة (Convenience Sampling)؛ وذلك نظراً لتعاون إدارة المدرسة مع الباحثة، وتوفر الإمكانيات التي تسمح بتطبيق البرنامج، وتم تطبيق أدوات الدراسة على الطالبات، والخروج بـ(33) طالبة تم تشخيصهن باضطراب الشره العصبي وفقاً لمقياس الشره العصبي المعد وفق محكات (DSM-V)، وحصلن على درجة (2.5) فأكثر على مقياس الاندفاعية، وتكونت عينة الدراسة بالشكل النهائي من (30) طالبة ممن تتوفر لديهن الرغبة في الاشتراك بالبرنامج الإرشادي، وممن تم الحصول على موافقة أولياء أمورهن للاشتراك (ملحق أ)، وموافقتهن الشخصية (ملحق ب). تم تقسيم العينة عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية مكونة من (15) طالبة (مجموعة البرنامج الإرشادي)، ومجموعة ضابطة مكونة من (15) طالبة (بدون أي تدخل إرشادي)، وقد خضعت المجموعتان لإجراءات الدراسة في القياسات القبلية، والبعديّة، والتتبعية (فقط للتجريبية (ن=15)) بعد مرور شهر على القياس البعدي بعد انتهاء تطبيق البرنامج. الجدول (1) يوضح ذلك.

الجدول (1)

توزيع عدد أفراد العينة حسب نوع المجموعة ووقت القياس في الاختبارات القبليّة والبعدية والتتبعية.

نوع المجموعة	وقت القياس		
	الاختبار القبلي	الاختبار البعدي	الاختبار التتبعي
المجموعة التجريبية	15	15	15
المجموعة الضابطة	15	15	-
المجموع	30	30	15

أدوات الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة الأدوات التالية:

أولاً: مقياس الشره العصبي (Binge Eating Disorder Scale)

بهدف الكشف عن الطالبات المراهقات المصابات بالشره العصبي، قامت الباحثة بتطوير مقياس الشره العصبي بالاستناد لمحكات اضطراب الشره العصبي الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الخامسة (DSM-V)، وعدد من الدراسات والمقاييس ذات الصلة، كدراسات منستش وآخرون، وكاردي ولييانن وليسلي وإسبوسيتو وتريشور (Cardi, 2019; Leppanen, Leslie, Esposito & Treasure, 2019; Munsch et al., 2019). تكون المقياس بصورته الأولى من (23) فقرة، موزعة وفق أربعة محكات تشخيصية، وعدد من الأسئلة الديموغرافية التي تمثل المحك الخامس، حيث يستجيب المفحوص على المقياس وفق تدرج ثنائي (نعم/ لا)، بحيث يعكس انطباق المحك على المفحوص أم لا.

دلالات الصدق والثبات لمقياس الشره العصبي

دلالات الصدق الظاهري

تم التحقق من الصدق الظاهري لمقياس الشره العصبي ومحكاته؛ بعرضه بصورته الأولية (23) فقرة (ملحق ج) على مجموعة من المحكمين تكونت من (12) أستاذاً من المختصين في الإرشاد النفسي، وعلم النفس التربوي من أقسام علم النفس في الجامعات الأردنية (ملحق د)؛ لبيان مدى وضوح الفقرات وسلامتها اللغوية، ومناسبتها للفئة المستهدفة في الدراسة الحالية، ومناسبتها للمحك، وقياس ما وضعت لأجله، ولقياس مدى الاتفاق على الفقرات.

في ضوء ملاحظات وآراء المحكمين التي تم استعراضها بعد إجراء اجتماع مع عدد منهم، أجريت التعديلات المقترحة على مقياس الشره العصبي (ملحق هـ)، والتي تتعلق بإعادة صياغة بعض الفقرات لتصبح أكثر وضوحاً، كما حذفت الفقرة (6) من المحك (2)، والفقرات (8)، 9، 15، 16) من المحك (3)، والفقرة (19) من المحك (4)، كما لم تتم إضافة أي من الفقرات، وكان المعيار الذي تم اعتماده في قبول أو استبعاد الفقرات هو حصول الفقرات على إجماع المحكمين، وتجدر الإشارة إلى أن نسبة اتفاق المحكمين على صلاحية المقياس ووضوح ومناسبة فقراته بلغت (80%)؛ وهي نسبة اتفاق مرتفعة، وبذلك أصبح عدد فقرات المقياس بعد التحكيم (17) فقرة موزعة إلى أربعة محكات.

مؤشرات صدق البناء

بهدف التحقق من مؤشرات صدق البناء لمقياس الشره العصبي، تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (50) طالبة من مدرسة الناصرة الأساسية للبنات، وهن من مجتمع الدراسة (من خارج أفراد عينة الدراسة)، وتم حساب مؤشرات صدق البناء باستخدام معامل ارتباط بيرسون

(Pearson)؛ لإيجاد قيم ارتباط الفقرة بالمحك، وقيم معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية لمقياس الشره العصبي، وذلك ما يوضحه الجدول (2).

الجدول (2)

قيم معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الشره العصبي من جهة، وبين الدرجة الكلية للمقياس والمحكات التي تتبع له من جهة أخرى.

المحك	رقم الفقرة	مضمون السلوك	الارتباط مع:	
			المحك	المقياس
محك 1 محك 2	1	أتناول مقداراً كبيراً من الطعام أكثر مما يأكله الآخرون في الوجبة الواحدة.	0.65*	0.56*
	2	أتناول عدة وجبات من الطعام خلال فترة قصيرة من الوقت أكثر مما يتناوله الآخرون.	0.54*	0.48*
	3	أتناول الطعام بشراهة في الظروف والأوقات العادية.	0.63*	0.53*
	4	أثناء تناولي للطعام أشعر بأنني لا أستطيع التوقف عن الأكل.	0.54*	0.48*
	5	أستطيع الاستغناء عن الطعام الذي أرغب به وأتناول طعاماً أكثر صحية.	0.49*	0.45*
	6	أشعر بأنني آكل بشكل أسرع من المعتاد.	0.72*	0.62*
	7	أستمر في تناول الطعام حتى أشعر بعدم الراحة من الامتلاء والتخمة (صعوبة الحركة أو القيام من مكاني).	0.69*	0.58*
	8	أتناول الطعام على الرغم من عدم شعوري بالجوع.	0.66*	0.61*
	9	أتناول الطعام خفية حتى لا أشعر بالحرج من كمية الطعام التي أتناولها.	0.57*	0.53*
	10	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أكره نفسي وألومها.	0.52*	0.49*
	11	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أشعر بالندم.	0.64*	0.57*
	12	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أشعر بالحزن والتعاسة.	0.67*	0.56*
	13	أشعر بالضيق بسبب شراحتي في تناول الطعام.	0.71*	0.63*
	14	أجبر نفسي على التقيؤ بعد تناول الطعام لأتخلص منه.	0.69*	0.55*
	15	أقوم بتمارين قاسية جداً لخفض وزني أو المحافظة عليه.	0.63*	0.53*
	16	أتناول أدوية أو عقاقير مسهلة للتخلص من الطعام بعد تناوله.	0.58*	0.47*
	17	ألجأ للصوم (أوعدم تناول الطعام لوجبتين متتاليتين) كعقاب على تناول كمية كبيرة من الطعام.	0.63*	0.56*

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

يلاحظ من الجدول (2) أن قيم معاملات ارتباط فقرات المحك الأول تراوحت بين (-0.49-

0.65) مع محكها، وبين (-0.45- 0.56) مع الدرجة الكلية للمقياس، وأن ارتباط فقرات المحك

الثاني تراوحت بين (-0.52- 0.72) مع محكها، وبين (-0.49- 0.62) مع الدرجة الكلية للمقياس،

وأن ارتباط فقرات المحك الثالث بلغت (0.71) مع محكها، و(0.63) مع الدرجة الكلية للمقياس،

وأن ارتباط فقرات المحك الرابع تراوحت بين (0.58 - 0.69) مع محكها، وبين (0.47 - 0.56) مع الدرجة الكلية للمقياس.

يلاحظ من مؤشرات صدق البناء السابقة أن جميع الفقرات كان معامل ارتباطها مع الدرجة الكلية للمقياس، والدرجة للمحك أعلى من (0.30)، وكانت جميع القيم ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)، وقد اعتمد معيار بأن لا يقل معامل ارتباطها عن (0.30) لقبول الفقرة، وفق ما أشار إليه هتي (Hattie, 1985)، وبذلك فقد قبلت جميع فقرات المقياس.

كما يتضح مما تقدم مدى جودة بناء فقرات مقياس الشره العصبي، وبهذا أصبح المقياس بصورته النهائية (ملحق و) يتكون من (17) فقرة، موزعة إلى أربعة محكات، كما حسبت قيم معاملات الارتباط البينية (Inter-correlation) لمحكات مقياس الشره العصبي، وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون، ويتضح ذلك بالجدول (3).

جدول (3)

قيم معاملات محكات مقياس الشره العصبي مع المقياس ككل، ومعاملات الارتباط البينية لمحكات المقياس

العلاقة بين:	الإحصائي	المحك الأول	المحك الثاني	المحك الثالث	المحك الرابع
المحك الثاني	معامل الارتباط	0.55*			
	الدلالة الإحصائية	0.00			
المحك الثالث	معامل الارتباط	0.45*	0.53*		
	الدلالة الإحصائية	0.00	0.00		
المحك الرابع	معامل الارتباط	0.48*	0.53*	0.57*	
	الدلالة الإحصائية	0.00	0.00	0.00	
المقياس ككل	معامل الارتباط	0.64*	0.68*	0.63*	0.71*
	الدلالة الإحصائية	0.00	0.00	0.00	0.00

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

يلاحظ من الجدول (3) أن قيم معاملات الارتباط البينية بين محكات مقياس الشره العصبي تراوحت بين (0.45 - 0.57)، كما أن قيم معاملات الارتباط بين المحكات والمقياس ككل تراوحت بين (0.63 - 0.71)، وجميعها ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)، وهذا يعد مؤشراً على صدق البناء لمقياس الشره العصبي.

دلالات ثبات مقياس الشره العصبي

الثبات بإعادة الاختبار (Test – Retest Reliability)

تم تطبيق مقياس الشره العصبي على عينة الدراسة الاستطلاعية (Pilot Sample)، والمكونة من (50) طالبة من مدرسة الناصرة الأساسية للبنات، وهن من مجتمع الدراسة (من غير أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة)، كما تم تطبيق المقياس على العينة المذكورة نفسها مرة أخرى بعد مرور أسبوعين على التطبيق الأول، وباستخدام معادلة بيرسون، حيث تم حساب معامل الاستقرار (ثبات الاختبار - إعادة الاختبار [Test-Retest]) بين درجات المفحوصات في مرتي التطبيق، ووجد أن قيمة الثبات الكلي للمقياس، باستخدام معادلة بيرسون بلغت ($r = 0.86$)، وتعد قيم معاملات الارتباط التي تم استخراجها لمقياس الشره العصبي مرتفعة، فقيمة معامل الارتباط التي تقع ضمن المدى (صفر - أقل من 0.40) تعد ضعيفة، والقيم التي تقع ضمن المدى (0.40 - أقل أو يساوي 0.70) تعد متوسطة، والقيم التي تزيد على (0.70) تعد مرتفعة وقوية. وتعد هذه القيمة لثبات المقياس قوية ومقبولة لغايات تحقيق أهداف الدراسة.

الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا)

لتقدير ثبات الاتساق الداخلي لمقياس الشره العصبي ومحكاته، تم حسابه باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha)، على بيانات التطبيق الأول للعينة الاستطلاعية، المكونة من

(50) طالبة من مدرسة الناصرة الأساسية للبنات، وهن من مجتمع الدراسة (من غير أفراد المجموعتين

التجريبية والضابطة). وقد بلغت قيمة معامل ثبات الاتساق الداخلي كرونباخ ألفا ($\alpha = 0.89$).

وبذلك يكون مقياس الشره العصبي صادقاً وثابتاً وقابلاً للتطبيق لغايات الدراسة الحالية.

الجدول (4) يوضح قيم معاملات ثبات الإعادة والاتساق الداخلي لمقياس الشره العصبي ككل

ومحكاته.

جدول (4)

قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي، وثبات الإعادة لمقياس الشره العصبي ومحكاته

المقياس والمحكات	ثبات الاتساق الداخلي	ثبات الإعادة
المحك الاول	0.78	0.84
المحك الثاني	0.82	0.87
المحك الثالث	0.70	0.76
المحك الرابع	0.82	0.89
الكلي للمقياس	0.89	0.86

يتضح من الجدول (4) أن ثبات الاتساق الداخلي للمقياس ككل بلغ (0.89)، ومحكاته

تراوحت بين ($0.70 - 0.82$)، وكان ثبات الإعادة للمقياس ككل (0.86)، ومحكاته بين ($0.76 -$

0.89).

تصحيح مقياس الشره العصبي

اشتمل مقياس الشره العصبي بصورته النهائية على (17) فقرة، يستجيب المفحوص عليها

بـ(نعم/ لا) تعكس المحكات الأربعة، وعلى معلومات ديموغرافية تلي فقرات المقياس تعكس المحك

الخامس. لتصحيح المقياس لا يمكن حساب الدرجة الكلية، بل يتطلب توفر كل من (1.1) و(1.1).

(2) من المحك الأول، وتوفر ثلاثة على الأقل من (1.2)، (2.2)، (3.2)، (4.2)، (5.2)

من المحك الثاني، بالإضافة لتوفر المحك الثالث، أما المحك الرابع فيجب عدم توفر أي من فقراته، كما يجب أن تكون الاستجابة على المعلومات الديموغرافية التي تلي فقرات المقياس؛ حتى يتم تشخيص المستجيب باضطراب الشره العصبي كما يلي: (ثلاثة أشهر فأكثر، كل أسبوع، أي خيار يقبل فهو يعكس الشدة). يستجيب المفحوص على فقرات المقياس وفق تدرج ثنائي (نعم/لا) بحيث تعطى "نعم" عند تصحيح المقياس (1)، و"لا" (0) في جميع الفقرات باستثناء الفقرة (5) يعكس فيها التدرج؛ كونها ذات اتجاه سالب.

ثانياً: مقياس الاندفاعية (Impulsivity Scale)

تم استخدام مقياس سايدرز ولينفيلد وكوفي وكيني (Cyders, Littlefield, Coffey & Karyadi, 2014) للاندفاعية النسخة القصيرة (UPPS-P) بهدف الكشف عن الاندفاعية، الذي تم اختصاره من مقياس (UPPS-P)، الذي وضعه ويتسايد ولينام (Whiteside & Lynam, 2001)، وقد تكون من أربعة أبعاد (UPPS)؛ الإلحاح السلبي (negative Urgency)، عدم وجود تخطيط مسبق (Lack of Premeditation)، عدم المثابرة (Lack of Perseverance)، البحث عن المغامرة (Seeking Sensation)، والذي أضاف إليه لاحقاً سايدر وزملاؤه (Cyder et al., 2007) بعداً خامساً (الإلحاح الإيجابي Positive Urgency) ليصبح (UPPS-P).

ويتكون المقياس المختصر (UPPS-P) بصورته الأصلية من (20) فقرة موزعة على خمسة أبعاد، وهي: الإلحاح السلبي (negative Urgency)، عدم وجود تخطيط مسبق (Lack of Premeditation)، عدم المثابرة (Lack of Perseverance)، البحث عن المغامرة (Seeking Sensation)، الإلحاح الإيجابي (Positive Urgency). ويستجيب المفحوص على

المقياس وفق تدرج خماسي، وبذلك كلما ارتفعت الدرجة كان ذلك مؤشراً على ارتفاع مستوى الاندفاعية.

تمتع المقياس بخصائص سيكومترية مقبولة للاستخدام في دراسات مماثلة، حيث قام سايدرز وليتفيلد وكوفي وكيني (Cyders, Littlefield, Coffey & Karyadi, 2014) بتطبيق المقياس على عينة تكونت من (251) طالباً وطالبة من القوقاز، من السنة الجامعية الأولى (141 ذكور، 110 إناث)، واستخراج العديد من المؤشرات السيكومترية، مثل ثبات الاتساق الداخلي، حيث بلغ معامل الاتساق الداخلي (0.74 - 0.88).

وللتأكد من معاملات صدق المقياس قامت الباحثة بترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، ثم إعادة ترجمته من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية على يد مترجم آخر، ثم إجراء المطابقة بين الترجمتين باللغة الإنجليزية للتأكد من سلامة الترجمة، ثم تم عرض المقياس على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس من ذوي الاختصاص للتأكد من صحة الترجمة؛ حيث طلب منهم التأكد من صحة ومطابقة الترجمة، وبعد ذلك تم الأخذ بملاحظاتهم حول الترجمة وسلامتها.

دلالات الصدق والثبات لمقياس الاندفاعية بصورته الحالية

دلالات الصدق الظاهري

تم التحقق من الصدق الظاهري لمقياس الاندفاعية وأبعاده؛ بعرضه بصورته الأولية (20) فقرة (ملحق ز) على مجموعة من المحكمين تكونت من (12) أستاذاً من المختصين بالإرشاد النفسي، وعلم النفس التربوي من أقسام علم النفس في الجامعات الأردنية (ملحق د)؛ لبيان مدى وضوح الفقرات وسلامتها اللغوية، ومناسبتها للفئة المستهدفة في الدراسة الحالية، وقياس ما وضعت لأجله، ولقياس مدى الاتفاق على العبارات.

في ضوء ملاحظات وآراء المحكمين التي تم استعراضها، أجريت التعديلات المقترحة على مقياس الاندفاعية (ملحق ح)، والتي تتعلق بإعادة صياغة بعض الفقرات لتصبح أكثر وضوحاً، كما حذفت الفقرات (8، 11، 16، 20) من المقياس الأصلي؛ بسبب التكرار، أو عدم ملاءمتها لمجتمع الدراسة، كما تم إضافة الفقرات (5، 6، 10، 11، 15، 16، 20، 21، 22، 26، 27) للمقياس بعد التحكيم، وفي ضوء مراجعة الأدب النفسي، كان المعيار الذي تم اعتماده في قبول أو استبعاد الفقرات هو حصول الفقرات على إجماع المحكمين، وتجدر الإشارة إلى أن نسبة اتفاق المحكمين على صلاحية المقياس ووضوح ومناسبة فقراته بلغت (80%)؛ وهي نسبة اتفاق مرتفعة، وبذلك أصبح عدد الفقرات بعد التحكيم (27) فقرة، موزعة على خمسة مجالات في صورته النهائية وهي: الإلحاح السلبي (negative Urgency)، عدم وجود تخطيط مسبق (Lack of Premeditation)، عدم المثابرة (Lack of Perseverance)، البحث عن المغامرة (Seeking Sensation)، الإلحاح الإيجابي (Positive Urgency) (ملحق و).

مؤشرات صدق البناء

تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (50) طالبة من مدرسة الناصرة الأساسية للبنات، وهن من خارج عينة الدراسة، بهدف التحقق من مؤشرات صدق البناء لمقياس الاندفاعية، وتم حساب مؤشرات صدق البناء باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson)؛ لإيجاد قيم ارتباط الفقرة بالبعد، وقيم معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية لمقياس الاندفاعية، وذلك ما يوضحه الجدول (5).

جدول (5)

قيم معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاندفاعية وبين الدرجة الكلية للبعد الذي تتبع له.

الارتباط مع البعد	مضمون فقرات مقياس الاندفاعية	الرقم	البعد
0.54*	أفكر بعواقب الأمور قبل القيام بها.	1	عدم وجود تخطيط مسبق
0.57*	أحرص على الإلمام بجميع جوانب المهمة قبل القيام بها.	2	
0.49*	أستطيع تحديد الهدف/الغاية من المهمة التي أقوم بها.	3	
0.56*	أنجز المهمات بالوقت المحدد.	4	
0.63*	أنا شخص حذر.	5	
0.67*	أقاطع الآخرين.	6	
0.71*	شعوري بالضيق يدفعني لعمل أشياء تريحني الآن وأندم عليها لاحقاً.	7	الإلحاح السلبي
0.76*	أستمر بالقيام بالأعمال التي تشعرني بالضيق.	8	
0.79*	عندما أغضب أتصرف دون تفكير.	9	
0.73*	شعوري بالضيق يزيد من حجم الخلاف.	10	
0.74*	أأخذ قرارات خاطئة عندما أشعر بالضيق.	11	
0.56*	أستمتع بالقيام بالأعمال الخطرة.	12	البحث عن المغامرة
0.67*	أميل للبحث عن تجارب جديدة وممتعة.	13	
0.55*	أميل للبحث عن الأفكار الغريبة وغير المألوفة.	14	
0.52*	أستمتع بالألعاب الخطرة والسريعة.	15	
0.68*	أشاهد أفلام الرعب.	16	عدم المثابرة
0.77*	أنزعج من المهام غير المنتهية.	17	
0.78*	أكره التوقف عن عمل قد بدأت به.	18	
0.56*	أستمر في إطلاق الأحكام.	19	
0.73*	أفضل المهمات التي تنتهي بسرعة.	20	
0.72*	عندما أشارك في الأنشطة سرعان ما أريد بالتراجع عنها.	21	
0.74*	أقوم بتأدية المهمات بشكل دقيق.	22	الإلحاح الإيجابي
0.76*	عندما أكون سعيداً أتصرف دون تفكير.	23	
0.73*	عندما أتحمس بشكل كبير يشعر الآخرون بالقلق والارتعاج.	24	
0.72*	أفقد السيطرة على انفعالاتي عندما أكون سعيداً.	25	
0.65*	أستغرب من الأشياء التي أفعالها عندما أكون في مزاج جيد وأعتبرها حماقات.	26	
0.64*	أشعر بأن التجاوزات مقبولة عندما أكون سعيداً.	27	

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

يلاحظ من الجدول (5) أن قيم معاملات ارتباط فقرات بعد "عدم وجود تخطيط مسبق"، قد

تراوحت بين (0.49 - 0.67) مع بعدها، وأن قيم معاملات ارتباط فقرات بعد "الإلحاح السلبي" قد

تراوحت بين (0.71 - 0.79) مع بعدها، وأن قيم معاملات ارتباط فقرات بعد "البحث عن المغامرة"

قد تراوحت بين (0.52 - 0.68) مع بعدها، وأن قيم معاملات ارتباط فقرات بعد "عدم المثابرة" قد تراوحت بين (0.56 - 0.78) مع بعدها، وأن قيم معاملات ارتباط فقرات بعد "الإلحاح الإيجابي" قد تراوحت بين (0.64 - 0.76) مع بعدها.

يلاحظ من مؤشرات صدق البناء السابقة أن جميع الفقرات كان معامل ارتباطها مع الدرجة للبعد أعلى من (0.30)، وكانت جميع القيم ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)؛ وقد اعتمد معيار لقبول الفقرة بأن لا يقل معامل ارتباطها عن (0.30)، وفق ما أشار إليه هتي (Hattie, 1985)، وبذلك فقد قبلت جميع فقرات المقياس.

يتضح مما تقدم، مدى جودة بناء فقرات مقياس الاندفاعية، وبهذا أصبح المقياس بصورته النهائية (الملحق و) والذي يتكون من (27) فقرة، موزعة على خمسة أبعاد وهي: الإلحاح السلبي (negative Urgency)، عدم وجود تخطيط مسبق (Lack of Premeditation)، عدم المثابرة (Lack of Perseverance)، البحث عن المغامرة (Seeking Sensation)، الإلحاح الإيجابي (Positive Urgency). كما حسبت قيم معاملات الارتباط البينية (Inter-correlation) لأبعاد مقياس الاندفاعية، وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون، ويتضح ذلك بالجدول (6).

جدول (6)

قيم معاملات محكات مقياس الاندفاعية مع المقياس ككل، ومعاملات الارتباط البينية لأبعاد المقياس

العلاقة بين:	الإحصائي	عدم وجود تخطيط مسبق	الإلحاح السلبي	البحث عن المغامرة	عدم المثابرة	الإلحاح الإيجابي
الإلحاح السلبي	معامل الارتباط	0.44*				
	الدلالة الإحصائية	0.00				

العلاقة بين:	الإحصائي	عدم وجود تخطيط مسبق	الإلحاح السلبي	البحث عن المغامرة	عدم المثابرة	الإلحاح الإيجابي
البحث عن المغامرة	معامل الارتباط	0.58*	0.52*			
	الدلالة الإحصائية	0.00	0.00			
عدم المثابرة	معامل الارتباط	0.62*	0.49*	0.47*		
	الدلالة الإحصائية	0.00	0.00	0.00		
الإلحاح الإيجابي	معامل الارتباط	-0.53*	-0.64*	-0.59*	-0.49*	
	الدلالة الإحصائية	0.00	0.00	0.00	0.00	

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

يلاحظ من الجدول (6) أن قيم معاملات الارتباط البينية بين أبعاد مقياس الاندفاعية تراوحت بين (-0.64 - 0.62)، وجميعها ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)، وهذا يعد مؤشراً على صدق البناء لمقياس الاندفاعية.

دلالات ثبات مقياس الاندفاعية

الثبات بإعادة الاختبار (Test-Retest Reliability)

تم تطبيق مقياس الاندفاعية بصورته النهائية على عينة الدراسة الاستطلاعية (Pilot Sample)، والمكونة من (50) طالبة من مدرسة الناصرة الأساسية للبنات، وهن من مجتمع الدراسة (من غير أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة)، كما تم تطبيق المقياس على العينة المذكورة نفسها مرة أخرى بعد مرور أسبوعين على التطبيق الأول، وباستخدام معادلة بيرسون، تم حساب معامل الاستقرار (ثبات الاختبار - إعادة الاختبار [Test-Retest]) بين درجات المفحوصات في مرتي التطبيق، ووجد أن قيمة الثبات للأبعاد، باستخدام معادلة بيرسون كانت كما في الجدول (7)، وتعد قيم معاملات الارتباط التي تم استخراجها لأبعاد مقياس الاندفاعية مرتفعة، فقيمة معامل الارتباط التي تقع ضمن المدى (صفر - أقل من 0.40) تعد ضعيفة، والقيم التي تقع ضمن المدى (-0.40 -

أقل أو يساوي (0.70) تعد متوسطة، والقيم التي تزيد على (0.70) تعد مرتفعة وقوية، وتعد هذه القيمة لثبات المقياس قوية ومقبولة لغايات تحقيق أهداف الدراسة.

الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا)

لتقدير ثبات الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الاندفاعية، تم حسابه باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) على بيانات التطبيق الأول للعينة الاستطلاعية، المكونة من (50) طالبة من مدرسة الناصرة الأساسية للبنات، وهن من مجتمع الدراسة (من غير أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة)، وقد بلغت قيمة معامل ثبات الاتساق الداخلي كرونباخ ألفا للأبعاد كما هو في الجدول (7). وبذلك يكون مقياس الاندفاعية صادقاً وثابتاً وقابلاً للتطبيق لغايات الدراسة الحالية.

الجدول (7)

قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي وثبات الإعادة لأبعاد مقياس الاندفاعية

المقياس	ثبات الاتساق الداخلي	ثبات الإعادة	عدد الفقرات
عدم وجود تخطيط مسبق	0.85	0.87	6
الإلحاح السلبي	0.83	0.83	5
البحث عن المغامرة	0.85	0.89	5
عدم المثابرة	0.81	0.88	6
الإلحاح الإيجابي	0.83	0.86	5

تصحيح مقياس الاندفاعية

اشتمل مقياس الاندفاعية بصورته النهائية على (27) فقرة، موزعة على خمسة أبعاد، يجاب عليها بتدرج خماسي يشتمل البدائل التالية: دائماً؛ وتعطى عند تصحيح المقياس (5)، غالباً؛ وتعطى عند تصحيح المقياس (4)، أحياناً؛ وتعطى عند تصحيح المقياس (3)، نادراً؛ وتعطى عند تصحيح المقياس (2)، أبداً؛ وتعطى عند تصحيح المقياس (1). وهذه الدرجات تنطبق على فقرات المقياس

بصورته النهائية (6، 7، 9، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 19، 20، 21، 23، 24، 25، 26، 27) كونها مصوغة باتجاه موجب، ويُعكس التدرج للفقرات (1، 2، 3، 4، 5، 8، 17، 18، 22) كونها مصوغة باتجاه سالب، وقد صنفت الباحثة استجابات أفراد الدراسة على كل بعد من الأبعاد إلى ثلاثة فئات على النحو التالي: فئة المستوى المنخفض، وتتمثل في الحاصلين على درجة (2.33) فأقل، فئة المستوى المتوسط، وتتمثل في الحاصلين على درجة تتراوح بين (2.34 - 3.66) درجة، وفئة المستوى المرتفع، وتتمثل في الحاصلين على درجة (3.67) فأكثر.

ثالثاً: برنامج العلاج القصصي (Therapeutic Storytelling program)

تم تصميم البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية بالاستناد إلى أسلوب العلاج القصصي (Therapeutic Storytelling)، الذي قدمه جاردنر (Gardner, 1986) باعتباره أسلوباً أخلاقياً يراعي كيان المسترشد، ويجنبه المواجهة والقلق الناتج عن العملية الإرشادية بأكثر قدر ممكن، بالإضافة لما قدمه سليفنسيك وسليفنسيك (Slivinske & Slivinske, 2014) من أساليب لتخصيص العلاج القصصي للمراهقين، كما تم الاستعانة بما أدخله من استخدام الأسئلة العلاجية المنظمة، وفقاً لما قدمه مايكل وايت وديفيد إيبستون (White & Epston, 1990) في (علم النفس السردى (Narrative Psychology)؛ لتمكين المسترشد من فهم وتحديد القضايا المهمة، ومن ثم إعادة صياغة الاتجاهات والنتائج الأكثر إيجابية، وتكوين القصة الشخصية البديلة بطرق علمية منظمة.

كما تم الاستفادة من مبادئ وتطبيقات الإرشاد الجماعي وبرامجه المختلفة كما قدمها (ستشيميل، جاكوبز، هارفيل وماسون، 2015؛ كوري، 2017؛ الليل، 2001)، إذ قامت الباحثة بدمجها مع مبادئ وافتراضات أسلوب العلاج القصصي، وتم الاستعانة بما قدمه الدليل المرجعي

للأنشطة الترفيهية للدعم النفسي والاجتماعي الصادر عن الأونروا (2017)، وتضمن أنشطته في البرنامج بما يتفق مع مبادئ البرنامج وأهدافه.

تألف البرنامج من (26) جلسة إرشادية، جلستان أسبوعياً، بمدة (60) دقيقة لكل جلسة، وطبق البرنامج على عينة مكونة من (15) طالبة مراهقة ممن تراوحت أعمارهن بين (11-13) عام؛ أي في صفوف السادس، والسابع، والثامن الأساسي، والدارسات في مدرسة جفين الثانوية للبنات، امتدت فترة التطبيق من 2019/2/20م إلى 2019/5/30م، في الفصل الدراسي الثاني لعام 2019/2018م.

إجراءات صدق البرنامج

صدق البرنامج

تم التحقق من الصدق المنطقي للبرنامج الإرشادي المستند للعلاج القصصي المستخدم في الدراسة الحالية، فتم عرضه على مجموعة من المحكمين المختصين (ملحق ط)، تكونت من (6) أساتذة مختصين في الإرشاد النفسي من حملة درجة الدكتوراه في الجامعات الأردنية؛ لتحديد مدى مناسبتها للأهداف التي أعد لأجلها، وقد ارتأى المحكمون أن البرنامج مناسب مع إجراء بعض التعديلات، في ضوءها تم تطبيق البرنامج بصورته النهائية (ملحق ي)، بعد إجراء التعديلات المطلوبة.

المفاهيم الأساسية في البرنامج

القصة الشخصية: وهي القصة التي ترويها المسترشدة، وتتضمن شكلين:

القصة التقديمية: هي أول قصة شخصية ترويها المسترشدة في الجلسات الأولى، وتمثل الصورة

التي تحملها عن نفسها.

القصة البديلة: هي القصة الشخصية التي ترويها المسترشدة بعد رواية القصة العلاجية من قبل المرشدة في المرحلة الرابعة من طرح الأسئلة العلاجية، والتي تتضمن التغيرات التي أدت إليها القصة العلاجية.

القصة العلاجية: هي القصة التي ترويها المرشدة استناداً لمحاور القصص الشخصية التقديمية للمسترشدات وشخصياتها وظروفها، لكنها تكون باتجاه مختلف؛ أي بدون استخدام النمط المرصي (السلوكات والأفكار والمشاعر المرصية).

الافتراضات الأساسية في البرنامج

- رواية القصص يمكن أن تمارس علاجياً، لعلاج المسترشدات اللاتي يعانين من مشاكل نفسية مختلفة.
- المسترشدات لا يستمتعن فقط في الاستماع للقصص، بل وإعادة روايتها.
- الرسائل المتضمنة في القصص يتلقاها العقل اللاواعي، ومن الممكن أن يتلقاها العقل الواعي.
- المسترشدة فعالة في مجال حياتها الخاصة، وتستطيع إدراك وجهات النظر الأخرى، والاحتمالات العديدة للمواقف.
- القصص الشخصية تعكس مفهوم الذات لدى المسترشدات.
- بناء القصص الشخصية أمر رئيسي في العلاج القصصي، ويساهم في فهم المسترشدات لذواتهم والبيئة المحيطة بهم.
- تؤثر القصص الشخصية على حياة كل مسترشدة وفهمها لذاتها، وتفاعلاتها مع الآخرين؛ إيجاباً أو سلباً، وفقاً لمحتوى تلك القصة.

- القصص الشخصية التي ترويها المسترشدات ليست دقيقة دائماً؛ فالقصص تتأثر في الفترة الراهنة لروايتها؛ من حيث: الاختلاف في مدى إدراك المسترشدة للأحداث، والتفاوت في مستويات النمو بين المسترشدات، والآراء الذاتية لهن في تلك الفترة.
- تواجه بعض المسترشدات صعوبات في التعرف على مشكلاتهن وحلها، والتعبير عن مشاعرهن بشكل مباشر، لكن يصبحن قادرات على ذلك بالاستناد إلى الشخصيات في القصة العلاجية.
- المسترشدات يصلن لنقاط قوتهن؛ من خلال رواية القصص الشخصية الخاصة بهن.
- اختيار القصص العلاجية التي ترتبط بحاجات كل مسترشدة، يلعب دوراً رئيساً في نجاح العملية العلاجية.
- في المرحلة العمرية للمسترشدات (المراهقة)، تبدأ قدرة الأفراد على كتابة سيرهم الذاتية.
- المجموعة الإرشادية للمراهقات، تشكل بيئة آمنة نسبياً بالنسبة لهن.

أهداف البرنامج

الأهداف العامة

- تبادل القصص الشخصية للمسترشدات مع شخصيات القصة العلاجية، وبذلك خفض اضطراب الشره العصبي، وخفض الاندفاعية لدى المسترشدات.
- تطوير مفهوم ذات إيجابي لدى المسترشدات، وتشكيل هوية شخصية أكثر فاعلية وكفاءة.
- تحسين مستوى الصحة النفسية لدى المسترشدات.
- مساعدة المسترشدات في السيطرة على السلوكات والانفعالات غير المرضية.
- إعادة بناء تصورات المسترشدات عن الحياة في ضوء مختلف.

الأهداف الخاصة

- إيجاد جو من الألفة والمودة قائم على أساس الرعاية والمشاركة والتشجيع.
- تأسيس علاقة قائمة على الثقة، مبنية على أساس الفهم العميق.
- تنمية القدرة على التواصل والتفاعل بين المرشدة و المسترشدات، وبين المسترشدات أنفسهن.
- مساعدة المسترشدات في التعبير عن أفكارهن ومشاعرهن بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.
- تحقيق الفهم العميق لسلوكيات وأفكار ومشاعر المسترشدات؛ من خلال التفسيرات الميسرة التي يمكن تقديمها، والتي تعتبر مرنة تناسب مرحلتهم العمرية، ومن خلال وسائل التعبير عن الذات المستخدمة في العلاج القصصي (القص، الرسم، الكتابة...).
- اكتشاف السياق الثقافي الخاص بكل مسترشدة وبمشكلتها، ودور ذلك في خلق المشكلة.
- مساعدة المسترشدات على إدراك وجود خيارات عديدة، يمكن إحلالها مكان الخيارات التي تم اختيارها وتسببت في المشكلة.
- إعطاء كل مسترشدة نظرة مستقبلية لعواقب قراراتها.
- رفع مفهوم الذات لدى المسترشدات.
- تقييم البرنامج وجلساته.

الاعتبارات العملية للبرنامج

الفئة المستهدفة: الطالبات المراهقات من صفوف (السادس والسابع والثامن) والدارسات في مدرسة

جفين الثانوية للبنات.

حجم المجموعة: عدد المشاركات في كل مجموعة هو (15) مشاركة.

نظام العضوية: نظام العضوية في المجموعة اختياري وهو من النوع المغلق.

قيادة المجموعة: قائدة المجموعة باحثة في مجال الإرشاد النفسي، تحمل درجة البكالوريوس في الإرشاد النفسي، وحاصلة على العديد من الدورات والشهادات في مجال الإرشاد النفسي ومجال التنمية البشرية.

مكان انعقاد الجلسات: تحدد مكان انعقاد الجلسات في مكتبة مدرسة جفين الثانوية بشكل رئيسي، والمزودة بكراسي مريحة، ونظام إضاءة وتدفئة وتهوية مناسبة، ويمكن التحكم بها، بالإضافة لعقد عدد من الجلسات في غرفة الفيديو التابعة للمدرسة والمزودة بلوح ذكي؛ لعرض تسجيلات الفيديو، والذي يخدم احتياجات البرنامج.

مدة البرنامج: (26) جلسة، جلستان في الأسبوع، مدة كل جلسة (60) دقيقة.

الأساليب والاستراتيجيات المتبعة

أولاً: استخدام الأسئلة العلاجية؛ لتمكين المسترشدين من فهم وتحديد القضايا المهمة، ومن ثم إعادة صياغة الاتجاهات والنتائج الأكثر إيجابية، ويتم ذلك على أربعة مراحل، وهي:

المرحلة الأولى: يتم طرح أسئلة مباشرة حول الشخصيات في القصة ومشاكلهم؛ مما يسمح بتوجيه تفكير المسترشدين بعيداً عن مشكلاتهم الخاصة، ويمكن للمسترشدين المشاركة في طرح الأسئلة وتبادل الإجابات.

المرحلة الثانية: تُطرح أسئلة تتعلق بشخص ما يعرفه ويكون لديه مشكلة مشابهة؛ مما يسمح بالقرب من تلك المشكلة بذاتها، والبعد عن ارتباط ذواتهم بالمشكلة، وأطلق على هذه المرحلة (مرحلة الترميم).

المرحلة الثالثة: يتم مناقشة القضايا ذات الصلة بحياة المسترشدات، حيث يتم تقديم سؤال محدد حول التشابه بين حال كل مسترشدة، وحال شخصيات القصة (وهذا يتطلب درجة معينة من كشف ذات المسترشدات)، ثم يتم تقديم عدة أسئلة تعكس محاور ينبغي أن تركز عليها المسترشدة.

المرحلة الرابعة: تحتوى على أعلى درجات كشف الذات والحياة الخاصة بالمسترشدة، يتم الطلب منها أن تقوم برواية قصتها (القصة البديلة)، ووضع نهاية لها من خلال الكتابة، أو الحديث، أو الرسم، أو غير ذلك.

ثانياً: تخصيص القصة؛ لجعلها ملائمة للمسترشدات، من خلال:

- تضمين اسم المسترشدة على قصص وأنشطة شخصية.
- تضمين أسماء الأصدقاء/ الأهل/ الحيوانات الأليفة وفق الحاجة.
- جنس الشخصية النصية.
- مناسبة السياق الثقافي للشخصيات في القصة مع السياق الثقافي للمسترشدات.
- إضافة تفاصيل حول المسترشدة: لون العيون، الطول، لون البشرة، وأي سمات شخصية.
- تضمين الأنشطة والهوايات التي تستمتع بها المسترشدة.
- إضافة تفاصيل حول الأماكن والأحداث التي كانت مركزية في حياة المسترشدات.
- دمج نقاط القوة والتحديات الخاصة بالشخصيات في حبكة القصة، بحيث تعكس ظروف حياة المسترشدات.
- إدراج قصاصات فنية/ صور لشخصيات مشهورة تشكل اهتمام المسترشدات.

ثالثاً: التسجيل المرئي: استخدام تسجيل الفيديو للتركيز على النقاط العلاجية في القصة من خلال تكرار عرض القصة (يمكن تكرار عرض القصص خلال الجلسة أو كواجبات بيتية).
رابعاً: استخدام الطرق القائمة على الفنون التعبيرية (الرسم، الدراما، كتابة الخواطر أو الأغاني، وغيرها).

جدول (8)

ملخص جلسات برنامج العلاج القصصي

رقم الجلسة	اسم الجلسة	مدة الجلسة	أهداف الجلسة
-	المقابلات المبدئية	60 دقيقة	الهدف الرئيسي: التأكد من أن الطالبات اللاتي تم تطبيق الأدوات عليهن ووجدت مؤشرات اضطراب الشره العصبي ومؤشرات الاندفاعية لديهن يصلحن للانضمام لبرنامج العلاج القصصي. 1. التأكد من رغبة الطالبة وقبولها للاستماع للقصص بشكل عام. 2. التأكد بأن الطالبة ليست من ذوي الخيال الواسع جداً (الخيال الوهمي). 3. تعريف الطالبة بالبحث الذي تقوم به المرشدة (الباحثة) وبالبرنامج العلاجي. 4. تعريف الطالبة بحقوقها في الانضمام والمشاركة في البحث، والبرنامج على وجه الخصوص. 5. أخذ الموافقة الطوعية من الطالبة وولي الأمر على الانضمام للبرنامج العلاجي. 6. التأكد من قدرة الطالبة على مشاركة الآخرين الحديث والتفاعل معهم.
1	التعارف وبناء الثقة	60 دقيقة	1. التعارف وبناء الألفة بين المرشدة والمسترشديات وبين المسترشديات أنفسهن. 2. التعرف على توقعات المسترشديات من البرنامج العلاجي. 3. التعرف على الأهداف وتوضيحها. 4. تحديد مسؤوليات كل من المرشدة والمسترشديات، وتوضيح دورهم في نجاح العملية العلاجية. 5. وضع قواعد العمل في المجموعة. 6. توضيح ماهية الأسلوب العلاجي دون الإشارة للمشكلة. 7. توضيح ماهية استراتيجية التسجيل المرئي وأهميتها وأخذ موافقة خطية عليها.
2	استمرار بناء الثقة، ورواية القصص	60 دقيقة	1. مواجهة الخوف والقلق الذي يبرز لدى المسترشديات في هذه المرحلة. 2. التعامل مع انخفاض ثقة المسترشديات في هذه المرحلة. 3. التعرف على المسترشديات بدرجة أعمق. 4. التعرف على الأفراد المهمين في حياة المسترشدة.

التقديمية			
(1)	5. التعرف على الإطار الثقافي الخاص بكل مسترشدة وبمشكلتها.		
	6. بدء الاستماع للقصص التقديمية.		
	7. تحليل القصص وتحديد محاورها لتطوير القصص العلاجية.		
3-4-7	1. التعرف على المسترشدات بدرجة أعمق.	60	ورواية
5-6-7	2. التعرف على الأفراد المهمين في حياة المسترشدة.	دقيقة	القصص
	3. التعرف على الإطار الثقافي الخاص بكل مسترشدة وبمشكلتها.	لكل	التقديمية
	4. الاستماع للقصص التقديمية لباقي المسترشدات.	جلسة	(2)
	5. الاستعداد لتحليل القصص وتحديد محاورها لتطوير القصص العلاجية.		
8-9-10	1. استماع المسترشدات بشكل فعال للقصة العلاجية.	60	القصة
10-11	2. تحقيق الوعي لدى المسترشدات بخيارات حياتهن السلبية (سلوكات،	دقيقة	العلاجية
12-13	مشاعر، أفكار...) في المشكلة.	لكل	1-2-3
14-15	3. توفير أكبر قدر ممكن من البدائل والحلول الإيجابية للمسترشدات.	جلسة	4-5-6
16-17	4. التأكد من فهم المسترشدات للقصص العلاجية وعلاقتها بالقصص التقديمية.		7
18-19	5. رواية القصة البديلة المبدئية.		
20-21			
22-23	1. تمكين محاور القصص العلاجية.	60	الاستماع
	2. تطوير مفهوم ذات إيجابي لدى المسترشدات.	دقيقة	للتسجيلات
	3. الحصول على القصة البديلة النهائية.	لكل	المرئية
	4. الكشف عن التحسن لدى المسترشدات أو عدمه.	جلسة	وبناء
	5. التمهيد لختام البرنامج العلاجي.		القصة
			البديلة
			النهائية.
24	1. التمهيد لختام البرنامج العلاجي.	60	الجلسة ما
	2. التعامل مع مشاعر المسترشدات وخاصة قلق الانفصال.	دقيقة	قبل
	3. تعزيز مفهوم الذات الإيجابي لدى المسترشدات.		النهائية
	4. تقييم البرنامج الإرشادي.		
	5. التأكيد على المتابعة.		
25	1. تطبيق القياس البعدي.	60	الجلسة
	2. الاتفاق مع المسترشدات على موعد تطبيق قياس المتابعة.	دقيقة	النهائية.
	3. تكريم المسترشدات لانضمامهن للبرنامج وعلى كافة جهودهن.		
-	1. مناقشة الخبرات الجديدة التي تعرضت لها المسترشدات.	60	متابعة
	2. معرفة نتائج العملية العلاجية ومدى فعاليتها.	دقيقة	
	3. التعرف على ممارسات المسترشدات بعد انتهاء البرنامج.		
	4. التعرف على الصعوبات التي واجهت المسترشدات بعد انتهاء البرنامج.		
	5. الاستماع لمواقف النجاح والتقدم.		

إجراءات الدراسة

تم تنفيذ الدراسة بإعداد المادة النظرية والتجريبية، واختيار عينة الدراسة، وتنفيذ البرنامج الإرشادي وأدوات الدراسة والصورة النهائية للدراسة وفقاً للخطوات التالية:

1. الحصول على الموافقة الرسمية من الجهات الرسمية في جامعة اليرموك، ووزارة التربية والتعليم؛ للقيام بإجراءات الدراسة الميدانية. (ملحق ك)
2. تحديد المدارس (مدرسة جفين الثانوية الشاملة للبنات، ومدرسة الناصرة الأساسية للبنات) من المدارس التابعة لمديرية التربية والتعليم للواء الكورة، التي طبقت فيها الدراسة المسحية تمهيداً للوصول لعينة الدراسة.
3. إعداد أدوات الدراسة وفق الخطوات العلمية المتبعة في الدراسات التجريبية، والتأكد من صدقها وثباتها وصلاحيتها للتطبيق.
4. عقد لقاءات مع بعض المعلمات والمرشدة التربوية في المدارس المستهدفة؛ لضمان التعاون والدقة في إجراء الدراسة.
5. تطوير واستخراج مؤشرات الصدق والثبات، وتطبيق أدوات الدراسة على مجموعة الطالبات في الصفوف (السادس والسابع والثامن) في المدارس المعنية؛ تمهيداً للوصول إلى عينة الدراسة (ن = 30) من الطالبات اللاتي سجلن درجات مرتفعة (أعلى من 2.5) على مقياس الاندفاعية، وتم تشخيصهن وفق مقياس الشره العصبي بإصابتهم بالاضطراب.
6. تم مراعاة الجدية في تطبيق أدوات الدراسة من خلال جعل الاستجابة عليها اختيارية من قبل الطالبات، وبعد تطبيق أدوات الدراسة تم استبعاد جميع الاستبانات الناقصة، والمجاب على أسئلتها بأكثر من إجابة، وذات الإجابة النمطية (بدل على الاستجابة العشوائية؛ كون هنالك

فقرات ذات اتجاه سالب وأخرى ذات اتجاه موجب ولا تقبل النمطية)، كما تم استبعاد الاستبانات التي انتهت الطالبات من الاستجابة عليها بأقل من (8) دقائق؛ وذلك بتقدير أن كل فقرة تحتاج كحد أدنى (10) ثواني للاستجابة عليها، بالتالي الإنهاء بأقل من ذلك يعكس الاستجابة العشوائية على الاستبانة.

7. استكمال إجراءات تحديد عينة الدراسة من خلال جمع البيانات الديموغرافية (ملحق ل) الأولية عن العينة، وموافقة أولياء الأمور، والاستعانة بتوجيهات المعلمات بشأن الطالبات المستهدفات.

8. التوزيع العشوائي بشكل متساوٍ لثلاثين طالبة (ن = 30)، ممن سجلن درجات مرتفعة (أعلى من 2.5) على مقياس الاندفاعية، وتم تشخيصهم وفق مقياس الشره العصبي بإصابتهم بالاضطراب، إلى المجموعتين: التجريبية والضابطة؛ تمهيداً لتطبيق برنامج الإرشاد القائم على العلاج القصصي على أفراد المجموعة التجريبية.

9. تطبيق القياس البعدي باستخدام مقياسي الدراسة، ومن ثم جمع البيانات وتحليلها من أجل مقارنة أداء المجموعة التجريبية بالمجموعة الضابطة؛ للتعرف إلى الأثر الذي تركه برنامج الإرشاد الجمعي.

10. تطبيق القياس التتبعي بعد شهر من انتهاء البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية فقط، ومن ثم تحليل وعرض النتائج التي أسفرت عنها الدراسة الميدانية، ومن ثم مناقشتها والخروج بالتوصيات التي تتناسب والنتائج التي تم الوصول إليها، وإعداد الرسالة بصورتها النهائية.

11. سيتم تطبيق البرنامج على أفراد المجموعة الضابطة مع بدء العام الدراسي الجديد.

متغيرات الدراسة

المتغير المستقل: أسلوب المعالجة المستخدم (مجموعتا الدراسة): وله مستويان: المجموعة التجريبية التي طبق عليها برنامج العلاج القصصي، ومجموعة ضابطة بقيت على قائمة الانتظار، وبقي التعامل معها خلال فترة التجريب باستخدام الطرق الاعتيادية.

المتغيرات التابعة: الاندفاعية، واضطراب الشره العصبي.

تصميم الدراسة:

تعد هذه الدراسة من الدراسات شبه التجريبية، التي استخدم فيها تصميم عاملي (2*2) قبلي بعدي لمجموعتين متكافئتين، حيث طبق البرنامج الإرشادي القائم على العلاج القصصي على المجموعة التجريبية، أما المجموعة الضابطة فبقيت على قائمة الانتظار، ويعبر عن ذلك بالرموز:

R G1: O1_{ab} X O2_{ab} O3_{ab}

R G2: O1_{ab} - O2_{ab}

حيث: (G1) المجموعة التجريبية، (G2) المجموعة الضابطة، (R) التوزيع العشوائي، (O1) القياس القبلي بمقياسي الدراسة، (O2) القياس البعدي بمقياسي الدراسة، (O3) القياس التبعي بمقياسي الدراسة، (ab) الشره العصبي والاندفاعية، (X) المعالجة، (-) بدون معالجة.

المعالجة الإحصائية

لاختبار فرضيات الدراسة تم حساب الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على القياس القبلي والبعدي والمتابعة، إضافة إلى استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفرضية الأولى، وأسلوب تحليل التباين المتعدد (MANOVA) لاختبار الفرضية الثانية، واستخدام اختبار (ت) (T-test) لعينتين مستقلتين لاختبار الفرضية الثالثة.

الفصل الرابع

النتائج

يتناول هذا الفصل عرض النتائج التي توصلت إليها الدراسة في ضوء الأسئلة التي تم طرحها، والتي هدفت إلى الكشف عن فاعلية العلاج القصصي في خفض اضطراب الشره العصبي، والاندفاعية لدى عينة من المراهقات، وفيما يلي عرض لنتائج الدراسة وفق أسئلتها:

في البداية تم التحقق من افتراضات تحليل التباين، وهي: اختيار العينة من المجتمع بشكل عشوائي ومستقل، والتوزيع الطبيعي للعينة، واستقلالية المجموعات موضع المقارنة، وتجانس التباين بين المجموعات.

التكافؤ بين المجموعات على مقياسي الدراسة

تم حساب الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس الشره العصبي لدى الطالبات المراهقات على الاختبار القبلي وفقاً لمتغير المجموعة، والجدول (9) يوضح هذه القيم.

الجدول (9)

الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة على مقياس الشره العصبي وفقاً للمجموعة على الاختبار القبلي.

العدد	الانحرافات	الوسط	المجموعة	المتغير
15	.06469	.4863	التجريبية	الشره العصبي
15	.08279	.4784	الضابطة	
30	.07311	.4824	الكلية	

يلاحظ من خلال الجدول (9) وجود فروق ظاهرية بين الأوساط الحسابية لاستجابات المراهقات على مقياس الشره العصبي، وفقاً لاختلاف مستويات متغير المجموعة. وللكشف عن الدلالة الإحصائية لهذه الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي، والجدول (10) يبين نتائج التحليل.

الجدول (10)

نتائج تحليل التباين الأحادي لمقياس الشره العصبي وفقاً للبرنامج

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	الدلالة الإحصائية	حجم
المجموعة	.001	1	.001	.084	.775	.003
الخطأ	.155	28	.006			
الكلية	.155	29				

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

يتبين من الجدول (10) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الشره العصبي تعزى لمتغير المجموعة؛ مما يدل على تكافؤ مجموعتي الدراسة في الأداء القبلي على الدرجة الكلية للمقياس الشره العصبي لدى الطالبات المراهقات.

كما تم حساب الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لكل بعد من أبعاد الاندفاعية لدى الطالبات المراهقات على الاختبار القبلي وفقاً لمتغير المجموعة، والجدول (11) يوضح هذه القيم.

الجدول (11)

الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة على أبعاد مقياس الاندفاعية وفقاً للمجموعة على الاختبار القبلي.

المتغير	المجموعة	الوسط	الانحرافات	العدد
عدم وجود تخطيط مسبق	التجريبية	3.2111	.54360	15
	الضابطة	3.1111	.52955	15
	الكلية	3.1611	.52974	30
الإلحاح السلبي	التجريبية	2.9200	.36878	15
	الضابطة	2.7467	.40332	15
	الكلية	2.8333	.38981	30

15	.40332	3.4133	التجريبية	البحث عن المغامرة
15	.43293	3.2800	الضابطة	
30	.41666	3.3467	الكلي	
15	.30516	3.1778	التجريبية	عدم المثابرة
15	.44305	3.1222	الضابطة	
30	.37486	3.1500	الكلي	
15	.36410	2.4400	التجريبية	الإلحاح الإيجابي
15	.48912	2.4933	الضابطة	
30	.42453	2.4667	الكلي	

يلاحظ من خلال الجدول (11) وجود فروق ظاهرية بين الأوساط الحسابية لاستجابات المراهقات على أبعاد مقياس الاندفاعية، وفقاً لاختلاف مستويات متغير المجموعة. وللكشف عن الدلالة الإحصائية لهذه الفروق تم استخدام تحليل التباين المتعدد، والجدول (12) يبين نتائج التحليل.

الجدول (12)

نتائج تحليل التباين المتعدد لأبعاد مقياس الاندفاعية مجتمعة وفقاً للبرنامج

الأثر	نوع الاختبار	قيمة الاختبار	ف	درجة حرية	درجة حرية	احتمالية	حجم
الأثر	المتعدد	المتعدد	الكلية	الفرضية	الخطأ	الخطأ	الأثر
البرنامج	Hotelling's Trace	.116	.555	5.000	24.000	.773	.104

يتبين من الجدول (12) عدم وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($0.05=\alpha$) على

القياس القبلي لأبعاد مقياس الاندفاعية مجتمعة، كما تم إجراء تحليل التباين المتعدد (MANOVA)

للقياس القبلي لمقياس الاندفاعية لدى المراهقات وفقاً للبرنامج، وذلك كما هو مبين في الجدول (13).

الجدول (13)

نتائج تحليل التباين المتعدد لاستجابات المراهقات على أبعاد مقياس الاندفاعية وفقاً لمتغير المجموعة

مصدر	المتغير	مجموع	درجات	متوسط	قيمة F	الدلالة	حجم
المجموعة	عدم وجود تخطيط	.075	1	.075	.260	.614	.009
	الإلحاح السلبي	.225	1	.225	1.509	.230	.051
	البحث عن	.133	1	.133	.762	.390	.026
	عدم المثابرة	.023	1	.023	.160	.692	.006
	الإلحاح الإيجابي	.021	1	.021	.115	.737	.004
الخطأ	عدم وجود تخطيط	8.063	28	.288			
	الإلحاح السلبي	4.181	28	.149			
	البحث عن	4.901	28	.175			
	عدم المثابرة	4.052	28	.145			
	الإلحاح الإيجابي	5.205	28	.186			
الكلية	عدم وجود تخطيط	8.138	29				
	الإلحاح السلبي	4.407	29				
	البحث عن	5.035	29				
	عدم المثابرة	4.075	29				
	الإلحاح الإيجابي	5.227	29				

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

يتبين من الجدول (13) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على أبعاد مقياس الاندفاعية تعزى لمتغير المجموعة؛ مما يدل على تكافؤ مجموعتي الدراسة في الأداء القبلي على أبعاد مقياس الاندفاعية لدى الطالبات المراهقات.

النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى للدراسة: للتحقق من صحة الفرضية الأولى للدراسة، والتي

تنص على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط درجات المراهقات في

المجموعة التجريبية، اللاتي طبق عليهن برنامج العلاج القصصي، ومتوسط درجات المراهقات في

المجموعة الضابطة التي لم يطبق عليهن أي برنامج إرشادي، في الاختبار البعدي على مقياس

اضطراب الشره العصبي"، تم حساب الأوساط الحسابية، والانحرافات المعيارية لمقياس الشره العصبي لدى الطالبات المراهقات على الاختبار البعدي وفقاً لمتغير الدراسة المجموعة، والجدول (14) يوضح هذه القيم.

الجدول (14)

الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة على مقياس الشره العصبي وفقاً للمجموعة على الاختبار البعدي.

المتغير	المجموعة	الوسط الحسابي	الانحرافات المعيارية	العدد
التجريبية		.3490	.09554	15
الشره العصبي	الضابطة	.5137	.08159	15
	الكلي	.4314	.12098	30

يلاحظ من خلال الجدول (14) وجود فروق ظاهرية بين الأوساط الحسابية لاستجابات المراهقات على القياس البعدي لمقياس الشره العصبي وفقاً لاختلاف مستويات متغير المجموعة. وللكشف عن الدلالة الإحصائية لهذه الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، والجدول (15) يبين نتائج التحليل.

الجدول (15)

نتائج تحليل التباين الأحادي على القياس البعدي لمقياس الشره العصبي وفقاً للبرنامج

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	الدلالة الإحصائية	حجم
المجموعة	.203	1	.203	25.779	.000	.479
الخطأ	.221	28	.008			
الكلي	.424	29				

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

يتبين من الجدول (15) وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) على القياس البعدي لمقياس الشرح العصبي، ولصالح المجموعة التجريبية، حيث بلغت قيمة "ف" لمتغير الشرح العصبي (25.779) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha=0.05$)؛ ما يؤدي إلى قبول الفرضية الاحصائية، ولقد كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ أي أنه يوجد تأثير دال للبرنامج على مقياس الشرح العصبي، ويدل على إسهام البرنامج في خفض مستوى أعراض الشرح العصبي لدى المراهقات المجموعة التجريبية.

ولتحديد نسبة مساهمة البرنامج في تباين الأداء على مقياس الشرح العصبي، تم استخراج قيمة مربع إيتا (2η) لقياس حجم التأثير (Effect Size)، للتعرف إلى قيمة الدلالة العملية للفروق. ويبين الجدول (15) أن قيمة مربع إيتا (2η) للبرنامج على الشرح العصبي بلغت (47.9%) وهي قيمة مقبولة، ما يشير إلى وجود أثر ذي دلالة للعلاج القصصي على الشرح العصبي، ويعني أن برنامج الذي استخدمته الباحثة قد أحدث تحسناً لدى الطالبات اللاتي شاركن في البرنامج.

النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية للدراسة: للتحقق من صحة الفرضية الثانية للدراسة، والتي

تنص على "توجد فروق ذات دلالة احصائية ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط درجات المراهقات في المجموعة التجريبية، اللاتي طبق عليهن برنامج العلاج القصصي، ومتوسط درجات المراهقات في المجموعة الضابطة التي لم يطبق عليهن أي برنامج إرشادي، في الاختبار البعدي على أبعاد مقياس الاندفاعية". تم حساب الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لكل بعد من أبعاد الاندفاعية لدى الطالبات المراهقات على الاختبار البعدي وفقاً لمتغير المجموعة، والجدول (16) يوضح هذه القيم.

الجدول (16)

الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة على أبعاد مقياس الاندفاعية في القياس البعدي وفقاً للمجموعة على الاختبار القبلي.

المتغير	المجموعة	الوسط	الانحرافات	العدد
عدم وجود تخطيط مسبق	التجريبية	2.9222	.39272	15
	الضابطة	3.1333	.50474	15
	الكلي	3.0278	.45713	30
الإلحاح السلبي	التجريبية	1.8000	.29277	15
	الضابطة	2.7600	.38693	15
	الكلي	2.2800	.59330	30
البحث عن المغامرة	التجريبية	2.1333	.31773	15
	الضابطة	3.1867	.49838	15
	الكلي	2.6600	.67497	30
عدم المثابرة	التجريبية	3.1000	.44454	15
	الضابطة	3.1556	.44305	15
	الكلي	3.1278	.43699	30
الإلحاح الإيجابي	التجريبية	3.0400	.54616	15
	الضابطة	2.5200	.41952	15
	الكلي	2.7800	.54671	30

يلاحظ من خلال الجدول (16) وجود فروق ظاهرية بين الأوساط الحسابية لاستجابات المراهقات على القياس البعدي لأبعاد مقياس الاندفاعية، وفقاً لاختلاف مستويات متغير المجموعة. وللكشف عن الدلالة الإحصائية لهذه الفروق تم استخدام تحليل التباين المتعدد (MANOVA)، والجدول (17) يبين نتائج التحليل.

الجدول (17)

نتائج تحليل التباين المتعدد للقياس البعدي لأبعاد مقياس الاندفاعية مجتمعة وفقاً للبرنامج

الأثر	نوع الاختبار المتعدد	قيمة الاختبار المتعدد	ف الكلية	درجة حرية الفرضية	درجة حرية الخطأ	احتمالية الخطأ	حجم الأثر
البرنامج	Hotelling's Trace	5.410	25.969	5.000	24.000	.000	.844

يتبين من الجدول (17) وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) على القياس

البعدي لأبعاد مقياس الاندفاعية مجتمعة، ولتحديد على أي الأبعاد كانت الفروق تم إجراء تحليل

التباين المتعدد (MANOVA) للقياس البعدي لمقياس الاندفاعية لدى المراهقات وفقاً للبرنامج، وذلك

كما هو مبين في الجدول (18).

الجدول (18)

نتائج تحليل التباين المتعدد لاستجابات المراهقات على القياس البعدي لأبعاد مقياس الاندفاعية وفقاً لمتغير

المجموعة

مصدر	المتغير	مجموع	درجات	متوسط	قيمة F	الدلالة	حجم
المجموعة	عدم وجود تخطيط	.334	1	.334	1.635	.212	.055
	الإلحاح السلبي	6.912	1	6.912	58.718	.000	.677
	البحث عن المغامرة	8.321	1	8.321	47.641	.000	.630
	عدم المثابرة	.023	1	.023	.118	.734	.004
	الإلحاح الإيجابي	2.028	1	2.028	8.552	.007	.234
الخطأ	عدم وجود تخطيط	5.726	28	.204			
	الإلحاح السلبي	3.296	28	.118			
	البحث عن المغامرة	4.891	28	.175			
	عدم المثابرة	5.515	28	.197			
	الإلحاح الإيجابي	6.640	28	.237			
الكلية	عدم وجود تخطيط	6.060	29				
	الإلحاح السلبي	10.208	29				
	البحث عن المغامرة	13.212	29				
	عدم المثابرة	5.538	29				
	الإلحاح الإيجابي	8.668	29				

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

يتبين من الجدول (18) عدم وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) على القياس البعدي لكل من بعد عدم وجود تخطيط مسبق، وعدم المثابرة، وقد وجد أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) على القياس البعدي لكل من بعد الإلحاح السلبي، البحث عن المغامرة، والإلحاح الإيجابي في مقياس الاندفاعية، ولصالح المجموعة التجريبية، حيث بلغت قيمة "ف" لبعث الإلحاح السلبي (58.718) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha=0.05$)، وبلغت قيمة "ف" لبعث البحث عن المغامرة (47.641) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha=0.05$)، وبلغت قيمة "ف" لبعث الإلحاح الإيجابي (8.552) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha=0.05$)؛ ما يؤدي إلى قبول الفرضية الاحصائية جزئياً، ولقد كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ أي أنه يوجد تأثير دال للبرنامج على كل بعد من الأبعاد الآتية لمقياس الاندفاعية: الإلحاح السلبي، البحث عن المغامرة، والإلحاح الإيجابي، وبدل على إسهام البرنامج في خفض مستوى الاندفاعية لدى مرافقات المجموعة التجريبية.

ولتحديد نسبة مساهمة البرنامج في تباين الأداء على كل بعد من أبعاد مقياس الاندفاعية ذات الدلالة الاحصائية، تم استخراج قيمة مربع إيتا (2η) لقياس حجم التأثير (Effect Size)، للتعرف إلى قيمة الدلالة العملية للفروق. ويبين الجدول (18) أن قيمة مربع إيتا (2η) للبرنامج على بعد الإلحاح السلبي بلغت (67.7%) وهي قيمة مقبولة، وبلغت قيمة مربع إيتا (2η) للبرنامج على بعد الإلحاح البحث عن المغامرة (63%) وهي قيمة مقبولة، وبلغت قيمة مربع إيتا (2η) للبرنامج على بعد الإلحاح الإيجابي (23.4%) وهي قيمة مقبولة، ما يشير إلى وجود أثر دال للعلاج القصصي على أبعاد الاندفاعية (الإلحاح السلبي، البحث عن المغامرة، والإلحاح الإيجابي)، ويعني أن برنامج الذي استخدمته الباحثة قد أحدث تحسناً لدى الطالبات اللاتي شاركن في البرنامج.

النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة للدراسة: للتحقق من صحة الفرضية الثالثة للدراسة التي

تتص على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات أداء المجموعة التجريبية على مقياسي الدراسة: مقياس الشره العصبي وأبعاد مقياس الاندفاعية في الاختبار البعدي، وبين متوسط درجاتهم على نفس المقياسين في الاختبار التتبعي بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج"، تم حساب الأوساط الحسابية، والانحرافات المعيارية، وتطبيق اختبار (Paired Samples T-test) للكشف عن الفروق بين القياسين البعدي، والمتابعة لمقياس الشره العصبي، وأبعاد مقياس الاندفاعية، والجدول (19) يوضح ذلك.

الجدول (19)

نتائج اختبار (Paired Samples T-test) للكشف عن الفروق في القياسين البعدي والمتابعة لمقياس الشره العصبي وأبعاد مقياس الاندفاعية.

المتغير	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية	قيمة (t)	الدلالة الإحصائية
الشره العصبي	البعدي	.3490	.09554	.924	.003	3.568	.000
	المتابعة	.3098	.10997				
عدم وجود تخطيط مسبق	البعدي	2.9222	.39272	.905	.458	0.764	.000
	المتابعة	2.8889	.38145				
الإلحاح السلبي	البعدي	1.8000	.29277	.869	.050	2.103	.000
	المتابعة	1.8800	.28082				
البحث عن المغامرة	البعدي	2.1333	.31773	.877	.000	11.767	.000
	المتابعة	1.6267	.21202				
عدم المثابرة	البعدي	3.1000	.44454	.930	1.000	.000	.000
	المتابعة	3.1000	.44454				
الإلحاح الإيجابي	البعدي	3.0400	.54616	.943	.019	2.646	.000
	المتابعة	3.1733	.58489				

يظهر من الجدول (19) وجود فروق ذات دلالة إحصائية لاختبار (ت) للعينات المترابطة لمقياس الشره العصبي وأبعاد مقياس الاندفاعية، الآتية: الإلحاح السلبي، البحث عن المغامرة، الإلحاح الإيجابي، مما يشير إلى أن هناك أثر البرنامج بشكل عام مع مرور الوقت بحيث انخفض مستوى الشره العصبي، والإلحاح السلبي والبحث عن المغامرة، والإلحاح الإيجابي. وهذا يشير إلى رفض الفرضية الصفريّة، وقبول الفرضية البديلة.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

سعت الدراسة الحالية إلى تقصي واستكشاف أثر برنامج علاج قصصي (Therapeutic Storytelling program) في خفض اضطراب الشره العصبي والاندفاعية لدى عينة من المراهقات من صفوف (السادس، والسابع، والثامن) في إحدى المدارس التابعة لمديرية تربية وتعليم لواء الكورة، جنوب غرب مدينة إربد، وذلك من خلال اختبار فرضيتين، وسيتم فيما يلي مناقشة نتائج التحليل الإحصائي لتلك الفرضيات تباعاً.

توصلت الدراسة فيما يتعلق بفرضيتها الأولى، إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متوسطات الدرجات على مقياس الشره العصبي في الاختبار البعدي لصالح المجموعة التجريبية؛ فقد تبين أن المراهقات في المجموعة التجريبية مقارنة بالمراهقات في المجموعة الضابطة اللاتي لم يشاركن في أي برنامج، قد حصلن على مستويات أفضل وأقل على مقياس الشره العصبي بحسب تقديراتهن الذاتية؛ حيث بلغ مقدار تأثير استخدام البرنامج الإرشادي على اضطراب الشره العصبي للمجموعة التجريبية (47.9%)، وهي نسبة مرتفعة تشير للتأثير الدال والفعال للبرنامج على متغير الشره العصبي.

وتوصلت الدراسة فيما يتعلق بفرضيتها الثانية، إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الاختبار البعدي لكل من بعد "عدم وجود تخطيط مسبق"، و"عدم المثابرة"، ووجود فروق دالة إحصائياً لكل من بعد "الإلحاح السلبي"، "البحث عن المغامرة"، و"الإلحاح الإيجابي" في مقياس الاندفاعية لصالح المجموعة التجريبية؛ فقد تبين أن المراهقات في المجموعة التجريبية مقارنة بالمراهقات في المجموعة الضابطة اللاتي لم يشاركن في أي برنامج، حصلن على

مستويات أفضل وأقل على بعض أبعاد مقياس الاندفاعية بحسب تقديراتهن الذاتية؛ حيث بلغ مقدار تأثير استخدام البرنامج الإرشادي على بعد "الإلحاح السلبي" للمجموعة التجريبية (67.7%)، وعلى بعد "البحث عن مغامرة" (63%)، وعلى بعد الإلحاح الإيجابي (23.4%)، وهي نسب مرتفعة تشير للتأثير الدال والفعال للبرنامج على أبعاد متغير الاندفاعية (الإلحاح السلبي، البحث عن المغامرة، والإلحاح الإيجابي).

وتشير هذه النتائج إلى أن البرنامج الإرشادي الجمعي المصمم من قبل الباحثة لغايات الدراسة الحالية والمستند لأسلوب العلاج القصصي، أثبت تأثيره وفاعليته في خفض أعراض اضطراب الشره العصبي والاندفاعية لدى المراهقات في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

تتفق هذه النتيجة الإيجابية التي توصلت لها الدراسة الحالية من وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على متغير الشره العصبي مع ما توصلت إليه بعض الدراسات العربية والغربية، التي استخدمت أسلوب الإرشاد الجمعي في خفض اضطراب الشره العصبي لدى عينات متنوعة (مثل: Blom et al., 2014; Cardi, Leppanen, Leslie, Esposito & Treasure, 2019; Castelnovo, Manzoni, Villa, Cesa & Molinari, 2011; Hilbert, Hildebrandt, Agras, Wilfley & Wilson, 2015; Jackson, Pietrabissa, Rossi, Manzoni, & Castelnovo, 2018; Mathisen et al, 2017; McIntosh et al, 2016; Munsch et al., 2019; Palavras et al, 2015; Preuss, Pinnow, Schnicker & Legenbauer, 2017; فاخوري، 2012).

كما اتفقت النتيجة الإيجابية التي توصلت لها الدراسة الحالية من وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على أبعاد متغير الاندفاعية (الإلحاح السلبي،

البحث عن المغامرة، والإلحاح الايجابي)، مع ما توصلت له بعض الدراسات التي استخدمت أسلوب الإرشاد الجمعي في خفض الاندفاعية لدى عينات متنوعة (مثل: Fagundo et al, 2013 ; Tárrega et al, 2015; Yao et al, 2017، أبو قيزان، 2007، أبو غزالة والدبلجي ، 2015 الشريف ومصطفى وعبد العال، 2015، الشماليه، 2017، عجوة، 2005، منيسي، 2012، يعقوب، 2017).

ويمكن تفسير النتيجة الإيجابية للبرنامج الإرشادي المستند إلى العلاج القصصي على المراهقات في المجموعة التجريبية، وتأثيره في الشرح العصبي والاندفاعية في ضوء ما أشار إليه العديد من الباحثين؛ حيث يعد أسلوب العلاج القصصي، كما أشار إليه جاردر (Gardner, 1971) استراتيجية فاعلة في مساعدة الأفراد على الحديث عن مشكلاتهم ومناقشتها مع الآخرين دون تهديد ذات المسترشد وكشفها، كما في الأساليب الأخرى التي يؤدي استخدامها إلى ظهور القلق والمقاومة، وبالتالي إخفاء المشكلة أو تزييفها؛ حيث يتناول العلاج القصصي المشكلات -على اختلاف حساسيتها- ويحلها بطريقة رمزية. واتضح ذلك أثناء تطبيق البرنامج، من خلال ما قامت به بعض المسترشدات من عزو أحداث القصة التقدمية والبديلة للشخصيات في القصة، مثل رغبتهن في خسارة الوزن، أو عدم رضاهن عن سلوكياتهن، أو بعض خلافاتهن الأسرية، وغيرها، وكان ذلك عندما حدثت مواجهة بينهن وزميلاتهن، مشيرات لأن ما تم تداوله يرتبط بالشخصية القصصية فقط ولا شأن لهن به، واتضح ذلك أيضاً بالتغير في طبيعة الأسئلة الموجهة من قبل المسترشدات، بين ما وجهته للمسترشدة نفسها أثناء التعارف، وما وجهته للشخصية في القصة. فقد قلل ذلك من حاجة العلاج القصصي لبناء الثقة في العلاقة الإرشادية، بين المرشدة والمسترشدات وبين المسترشدات أنفسهن، فمدى الحفاظ على السرية لم يعد يشكل مصدراً لقلق المسترشدات كما أشار حامد (Hammed, 2019).

ويمكن تفسير النتيجة الإيجابية في ضوء ما تميز به أسلوب العلاج القصصي من مرونة، حيث أمكن فيه توظيف الأساليب المتنوعة، والأنشطة المختلفة (خاصة ما ينسجم منها مع أهداف القصة العلاجية، وما يزيد من فاعلية روايتها؛ من خلال تهيئة المسترشدين لمهارات معينة، وتقديم المحاور العلاجية بطرق عديدة) مما ساهم في تحقيق الأهداف، وتحقيق المتعة، وكسر الجمود، وهذا يتفق مع ما أشار إليه جاردر (Gardner, 1986) من إمكانية استخدام أسلوب العلاج القصصي بالتزامن مع أساليب وأنشطة أخرى. كما أمكن من خلال هذا الأسلوب استثمار وقت الجلسة بشكل كامل، حيث يمكن توجيه رواية القصص وإنهائها وفق ما يتطلبه وقت الجلسة، ويمكن أيضاً من خلال توجيه رواية القصص إيقاف المسترشدين اللاتي يستفِضْنَ بتفاصيل غير مهمة، وتوجيه حديثهن للمحاور المهمة، واستثمار الوقت بشكل فاعل، كما يمكن استثمار الوقت المتبقي من الجلسة في حال حدوث طارئ دون الحاجة لإضاعته، وتوضح مرونة هذا الأسلوب كذلك في استجابته لثقافات المسترشدين المتنوعة، لكونها تركز على رواية القصص التي تتجاوز الثقافة وتنتقل لصلب التجربة الإنسانية كما أشار جلادينغ ودراك (Gladding & Drake, 2010).

ونظراً لكون هذا الأسلوب موجه للمراهقات في هذه الدراسة، فيمكن النظر للنتائج الإيجابية من خلال ما يقدمه أسلوب العلاج القصصي للمراهقين من إمكانية اتخاذ المراهق للقرار الذي يراه مناسباً من بين مجموعة البدائل؛ وقد انسجم ذلك مع مطالب المسترشدين المراهقات في مرحلتهم العمرية، حيث يسعى المراهقون للاستقلال واتخاذ القرارات الفردية (Noller & Atkin, 2014). كما وفر العلاج القصصي الجمعي لكل مسترشدة جماعة الأقران من المسترشدين، والشخصيات القصصية، ممن يشتركون معها بجوانب من مشكلتها، مما أتاح للمسترشدة النظر لمشكلتها من منظور مختلف، من خلال حديثهن عن مشكلاتهن؛ بما يقلل من تهويلها لمشكلتها وإعطائها الحجم المناسب، وأنها ليست الوحيدة التي لديها تلك المشكلات. وبهذا تكون الدراسة اتفقت مع ما ذهب إليه ستايلز

وكوتمان وسليفنسيك وسليفنسيك (Stiles & Kottman, 1990; Slivinske & Slivinske,)
(2014) بأن العلاج القصصي أسلوب يصلح مع المراهقين.

وقد يكون ما أسهم في تحقيق أهداف البرنامج الإرشادي والوصول لنتائج إيجابية، ما افترضته الباحثة من فاعلية التطبيق؛ فيما يتعلق بفاعلية مرحلة رواية القصص الشخصية التقدمية؛ أشرن الطالبات -من خلال ما قدمنه من تغذية راجعة- إلى أن رواية القصص -على حد تعبيرهن- ساعدتهن في التعبير عن أنفسهن من خلال الشخصيات، وأن الاطلاع على قصص الآخرين مكنهن من التعرف على أنفسهن واستكشافها. كما اتضحت فاعلية هذه المرحلة من زلات لسان الطالبات أثناء سرد القصص التقدمية، واستخدام صيغة المتكلم وضمان الملكية، بالإضافة للأسئلة الفعالة التي وجهتها المسترشدات للمسترشدة التي تروي القصة، والتي حققت الاستيضاح المطلوب، ما يشير إلى تحقيق الفهم السليم لطبيعة الأسلوب المتبع. ومن الجدير بالذكر أنه مع المضي في رواية القصص التقدمية كان دور المرشدة في توجيه رواية القصص، واستخدام الوصلات التحفيزية، وتقديم المساعدة للمسترشدات ينخفض شيئاً فشيئاً، ذلك يعكس تمكن الطالبات من الأسلوب بشكل كبير، كما اتضح ذلك أكثر عندما لم تستطع المسترشدة (ر. ز) من رواية قصتها فقامت المسترشدات بمساعدتها بشكل فاعل دون حاجة لتدخل المرشدة. يبرر تلك الفاعلية افتراض جاردنر (Gardner, 1986) بأن رواية القصص أمر جذاب بالنسبة للأفراد، وأن الأفراد لا يستمتعون فقط في الاستماع للقصص بل وروايتها. وما أشار إليه إفورد (Erford, 2014) بأن الأسلوب يناسب من لديهم صعوبات في الحديث عن أنفسهم ويصعب عليهم التعبير عن مشاعرهم.

جاء افتراض الباحثة بفاعلية مرحلة القصص العلاجية وأسئلتها؛ من فاعليتها في تسجيل البيانات وتحليلها وإيجاد المحاور العلاجية المشتركة بين مشكلات المسترشدات، والتي تم بناء

القصص العلاجية بما يخدمها. واتضح تلك الفاعلية أثناء رواية القصص العلاجية من إيماءات الطالبات، ولغة الجسد؛ التي تعكس انسجامهن مع أحداث القصة دون تملل أو شرود في الذهن، إلى جانب التغير الملحوظ في الحالة الانفعالية أثناء رواية القصة، بالإضافة للأسئلة الفعالة التي طرحنها المسترشدات على الشخصية والأحداث في القصة. أما فاعلية الأسئلة العلاجية فتمثلت من خلال التزام الباحثة بتقديم مستويات الأسئلة بالتدرج، وبما تغطي جوانب المشكلة؛ بهدف زيادة وعي المسترشدة بها، بحيث توفر للمسترشدات أكبر قدر ممكن من الخيارات والبدائل العلاجية للمشكلة، وتخلق الأمل في التحسن، وتجعل-في نهايتها-المشكلة التي تعاني منها المسترشدة هي المشكلة وليست هي بذاتها المشكلة، وهذا ما أكد عليه سليفنسيك وسليفنسيك (Slivinske & Slivinske, 2014).

تعتقد الباحثة أن ما أسهم أيضاً في تحقيق نتائج إيجابية، أهمية الاستماع للتسجيلات المرئية التي تحدث عنها جاردنر (Gardner, 1986)، حيث التزمت الطالبات بالواجبات البيتية، التي ركزت بشكل أساسي على استماع المسترشدات بشكل متكرر لتسجيلات الفيديو للقصص التقديمية والعلاجية والبدلية، مما زاد من وعي المسترشدات بأبعاد مشكلتهن، ومكّن محاور القصص العلاجية، وعمل على ملاحظة التحسن من خلال مقارنة المسترشدات لتسجيلات القصة التقديمية بالقصة البديلة الخاصة بهن. كما أسهمت العبر التي تم تداولها بعد كل قصة تقديمية وعلاجية وبديلة في تحقيق النتائج الإيجابية؛ فقد أشارت المسترشدات من خلال التغذية الراجعة إلى استفادتهن من تلك العبر وتعلمهن من مضامينها.

وقد يكون ما أسهم في تحقيق أهداف البرنامج والوصول لنتائج إيجابية دور المرشدة في إجراءات التطبيق، وسماتها الشخصية، وقدرتها على قيادة المجموعة؛ فمن حيث إجراءات التطبيق

التزمت الباحثة بالإجراءات التي حددها العلماء لأسلوب العلاج القصصي والمتضمنة في البرنامج العلاجي، كما قامت ببناء الثقة مع المسترشدات بشكل فاعل؛ من خلال إتاحة الفرصة للمسترشدات لامتلاك أعمالهن الفنية والأدبية والتسجيلات المرئية، ما شجع الطالبات على استخدام الأسلوب وزاد من فاعلية التطبيق. كما برز دور المرشدة في طرح الأسئلة العلاجية، الفاعلة التي لعبت دوراً مهماً في الانتقال للمرحلة اللاحقة، ومراعاة السياق الثقافي للمسترشدات، وتضمينه في القصص العلاجية لتحقيق أهداف البرنامج. ومن حيث السمات الشخصية تمتعت الباحثة بالمرونة، والتقبل، والاحترام، والتعاطف، والتقبل غير المشروط، والأصالة بشكل عام، وبشكل خاص تمتعت بالقدرة على رواية القصص العلاجية بشكل جذاب، وتفعيل الأنشطة المستخدمة بعيداً عن الجمود، ساهم في ذلك حجم التدريب الذي تلقته الباحثة، والدورات التدريبية التي سهلت عملية قيادة المجموعة، مما وفر بيئة إرشادية آمنة في المجموعة، وساهمت في التزام الطالبات بالقواعد التي تم الاتفاق عليها في المجموعة منذ بدء البرنامج، وشجعت على تنفيذ جميع المسترشدات للأنشطة، مما عمل على تعزيز الثقة فيما بينهم وتحقيق الأهداف والتوقعات.

أشارت النتائج المتعلقة بفرضية الدراسة الثالثة، إلى وجود فروق دالة إحصائية بين درجات المراهقات في المجموعة التجريبية بين الاختبار البعدي والاختبار التتبعي بعد مرور شهر على الانتهاء من تطبيق البرنامج، على مقياسي الدراسة: الشره العصبي والاندفاعية، وهذا يدل على استمرار أثر البرنامج لدى المراهقات في المجموعة التجريبية، واحتفاظهن بالمكاسب العلاجية، ويدل أيضاً على أثر البرنامج الإرشادي في خفض الشره العصبي والاندفاعية حتى بعد مضي شهر على الانتهاء من تطبيق البرنامج.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في استمرارية إسهام البرنامج في خفض الشرح العصبي والاندفاعية، أن البرنامج بمكوناته الإرشادية والتطبيقية، أسهم في امتلاك المراهقات في المجموعة التجريبية للعديد من المهارات أثناء تنفيذ الجلسات الإرشادية، حيث عزز أسلوب العلاج القصصي قدرة المسترشدات على التفكير بعواقب قراراتهن، من خلال رواية القصص البديلة التي تعكس صورة مستقبلية للقرارات الحالية، مما يساعد على زيادة الوعي فيها وتمهيد المسترشدات انفعالياً للتغيير، ذلك ما قد يكون له تأثير مستمر في كل من الاندفاعية والشرح، فمن المتوقع أن تتأثر الاندفاعية بذلك بشكل مباشر وخاصة فيما يتعلق منها "بالبحث عن المغامرة" "والإلحاح الإيجابي"، وفي الشرح بشكل غير مباشر؛ بحيث يزيد الوعي بأبعاد السلوكيات التي يتضمنها، بالتالي زيادة اهتمام المسترشدات بمشكلاتهن وسعيهن لحلها. ذلك يتفق مع توجه ماثيزن وآخرون وموستلين وكابريو وكيسكي ودراسة براونلي (Mathisen et al., 2017; Mustelin, Kaprio & Keski-Rahkonen, 2018) للتعامل

مع المصابين بالشرح العصبي والذين يقللون خطر شدة مرضهم ويؤجلون طلب المساعدة.

كما ساهم الأسلوب في تعزيز مهارات التفكير الواقعي من خلال إكسابهن مهارة رواية القصص التي تُحدث اتساق لدى المسترشدات بين الأحداث الماضية والحالية، ولذلك كان من الملحوظ ميل المسترشدات المراهقات للقصص التي تتصل بالواقع، ذلك يدعم ما أشار إليه إفوردي (Erford, 2014) بأن المراهقين أكثر ميلاً للتفكير الواقعي. تلك المهارات التي تتسجم مع احتياجات المراهقات تُكسب أثرها خاصة الاستمرار، فتؤثر على مستوى الاندفاعية بما يرتبط بالبحث عن المغامرة، وعلى مستوى الشرح العصبي بما يرتبط ببعض الأفكار الخاطئة كالحرمان ورفض التدخل الأبوي.

ويمكن تفسير حالة استمرار الأثر لدى الطالبات المراهقات في ضوء ما أشار إليه سليفنسيك وسليفنسيك (Slivinske & Slivinske, 2014)، بأن العلاج القصصي يعمل على تحسين مفهوم الذات، وتصور المسترشدين عن أنفسهم، ويساعد في فهمهم لهوياتهم؛ من خلال تركيز الفرد على المشكلة بكونها المشكلة والتي تحتاج لحل، وليس هو المشكلة. ذلك قد يكون قد ساهم في خلق أمل في التحسن لدى المسترشيدات.

هذا بالإضافة للدور الذي لعبه التحسن في مستوى الصحة النفسية لدى المسترشيدات في استمرار أثر البرنامج، من خلال رواية القصص، حيث تبين ذلك من خلال ما أشارت إليه المسترشيدات في التغذية الراجعة بأن رواية القصص تعمل على تفرغ المشاعر وتخفيف الأعباء، وتبين ذلك أيضاً بتغير الحالة الانفعالية للمسترشيدات بين بداية البرنامج الإرشادي ونهايته. ذلك يتفق مع ما أشار إليه فرويد (Freud, 1995) أنه بمجرد رواية القصة يصبح الأمر كوزن ثقيل وتم إزاحته من حياته، وما أضافه بينباكر (Pennebaker, 1997) بأن رواية القصص بحد ذاتها تحسن من الصحة النفسية والجسمية أيضاً. كما من المتوقع أن تلعب الجرأة والثقة بالنفس التي اكتسبتها المسترشيدات- كما أشرن بالتغذية الراجعة-، دوراً في الحفاظ على المكاسب العلاجية واستمراريتها.

كما للواجبات البيتية المتمثلة بالاستماع المتكرر للتسجيلات المرئية للقصص الشخصية التقدمية، والبديلة، والعلاجية، دور في استمرار الأثر العلاجي، فقد أشار جاردنر (Gardner, 1986) أن ذلك يعمل على تمكين محاور القصص العلاجية واستمرارية الحصول على المكاسب العلاجية.

بالإضافة لأن استخدام العلاج القصصي يوفر للمسترشيدات أكبر قدر ممكن من البدائل العلاجية، التي يفيد إتاحة الخيار للمسترشيدات باتخاذ القرار المناسب من بينها تعزيز التفكير بالعواقب،

كما يفيد في توفير حلول واقعية غير مؤقتة لمشكلة الشره العصبي، و"الإلحاح السلبي". كما يتناول العلاج القصصي مشكلات المسترشدات بدقة ويعالجها بالاستناد لمحاورها وتحليلها، ذلك يجعل من الاحتفاظ بالأثر أمراً متوقعاً. كما يساهم وعي المسترشدات بمشكلاتهن في إدراك جوانب القوة التي يمتلكنها، بالتالي إمكانية توظيف تلك الجوانب والحفاظ على المكاسب العلاجية.

التوصيات المقترحة

بناءً على ما توصلت إليه الدراسة من نتائج، يمكن الإشارة إلى التوصيات والمقترحات التالية:

1. إجراء دراسات تجريبية تختبر فاعلية أسلوب العلاج القصصي على عينات أخرى،

كالمجموعات الأسرية في العلاج الأسري، والمراهقين الذكور.

2. إجراء دراسات وصفية لاحقة في مجال الشره العصبي والاندفاعية، لدى المراهقين ذكوراً

وإناثاً، وعلاقة ذلك بمتغيرات أخرى كالإدمان السلوكي والرفض المدرسي.

3. تطوير الأسلوب العلاجي في ضوء نظريات الإرشاد النفسي، واختبار فاعليته.

4. تدريب المرشدين التربويين على البرنامج المستخدم في هذه الدراسة والمستند إلى العلاج

القصصي.

5. اعتماد البرنامج المستخدم في هذه الدراسة ضمن الإرشاد الجمعي في المدارس لفاعليته

في خفض مستوى الاندفاعية والشره العصبي لدى الطلبة المراهقين.

6. تضمين برنامج العلاج القصصي في خطة طلبة البكالوريوس في تخصص الإرشاد

والصحة النفسية في الجامعات الأردنية، والعمل على تدريبهم عليه.

قائمة المراجع

المراجع العربية

- إبراهيم، إبراهيم وهلال، أحمد. (2013). سلوك المخاطرة والاندفاعية لدى عينة من المراهقين في بيئات تعليمية مختلفة. *مجلة كلية التربية-جامعة طنطا، 1 (49)*، 59-631.
- أبو غزالة، سميرة والدبلجي، خالد. (2015). أثر برنامج إرشادي في خفض حدة السلوك الاندفاعي لدى أطفال المدارس المعاقين عقليا القابلين للتعليم في المملكة العربية السعودية. *مجلة علوم الإنسان والمجتمع، 13*، 201-231.
- أبو قيزان، عمر. (2007). فعالية برنامج الإرشادي جمعي يستند إلى إجراءات الضبط الذاتي في خفض اضطراب النشاط الزائد والاندفاعية وضعف الانتباه الصفي لدى عينة مختارة من طلبة الصف السابع. أطروحة دكتوراة، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.
- إرفورد، براولي، إيفز، سوزان، برينت، إملي وتنج، كاترين. (2012). *35 أسلوباً على كل مرشد معرفتها* (هالة المسعود، مترجم). عمان: دار الريبة للنشر والتوزيع (تاريخ النشر الأصلي 2009).
- الأونروا. (2017). *الدليل المرجعي للأنشطة الترفيهية للدعم النفسي والاجتماعي*. استرجع بتاريخ 20 تشرين الأول 2018، متوفر على: <https://www.unrwa.org/ar/resources/about-unrwa/>
- بكار، عبد الكريم. (2011). *المراهق كيف نفهمه وكيف نوجهه؟*. الرياض: الإسلام اليوم.
- زيادة، خالد. (2018). أبعاد الاندفاعية والغضب كمنبئات بإدمان الإنترنت عند طلبة الجامعة من الجنسين. *الهيئة المصرية العامة للكتب، 31 (116)*، 153-204.
- ستشيميل، جاكوبز، هارفيل وماسون. (2015). *الإرشاد الجمعي التدخل والفنيات* (سهام أبو عيطة ومراد سعد، مترجم). عمان: دار الفكر (تاريخ النشر الأصلي 2010).
- شريف، نادية، مصطفى، أماني وعبد العال، سميرة. (2015). أثر استخدام برنامج للأنشطة المتكاملة لتنمية عادات التحكم في الاندفاعية وتطبيق المعرفة السابقة على مواقف جديدة كعادة عقلية منتجة لدى أطفال الروضة. *مجلة العلوم التربوية-جامعة القاهرة، 2 (2)*، 335-362.

الشمالية، الا.ء. (2017). فاعلية الإرشاد الجمعي المستند إلى العلاج الجدلي السلوكي في خفض الاندفاعية والسلوك التخريبي لدى طالبات الصف العاشر. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن.

عبد الهادي، سامر وأبو جدي، أمجد. (2014). الاندفاعية لدى عينة من طلبة الجامعة العربية المفتوحة وعلاقتها بتوكيد الذات في ضوء متغيرات النوع والتخصص والمستوى الدراسي. مجلة العلوم التربوية، 15 (5)، 207-239.

عجوة، عائشة. (2005). أثر برنامج تدريبي مقترح في المهارات الوالدية على نوعية الوالدية لدى الأمهات المطلقات الحاضنات وعلى الاندفاعية والسلوك العدواني والاكنتاب لدى أطفالهن من كلا الجنسين. أطروحة دكتوراة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

فاخوري، ربي. (2012). برنامج مرتكز على الانفعالات وقياس فاعليته في معالجة اضطراب الشراهة لدى عينة أردنية. أطروحة دكتوراة غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

كوري، جبرولد. (2017). النظرية والتطبيق في الإرشاد الجمعي (سهام أبو عيطة ومراد سعد، مترجم). عمان: دار الفكر (تاريخ النشر الأصلي 2017).

الليل، محمد. (2001). مقدمة في الإرشاد النفسي الجماعي. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية. منيسي، داليا. (2012). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الضبط الذاتي وأثره على خفض السلوك الاندفاعي لتلاميذ المرحلة الإعدادية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة، القاهرة، مصر.

موسى، ميادة وحسين، محمد. (2016). لعلاقة بين السلوك الاندفاعي والقلق لدى أطفال الرياض. مجلة آداب المستنصرية، 1 (73)، 1-40.

يعقوب، ناجح. (2017). فاعلية برنامج تدريبي مبني على السيودراما في تحسين الانتباه وتقليل اضطراب النشاط الزائد والاندفاعية لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم. أطروحة دكتوراة، جامعة العلوم الإسلامية، عمان، الأردن.

- Agras, W., Stewart, A., & Robin, F. (2008). *Overcoming your eating disorder: Acognitive-behavioral*. New York: Oxford university press.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: Author.
- Babore, A., Trumello, C., Candelori, C., Paciello, M., & Cerniglia, L. (2016) Depressive symptoms, self-esteem and perceived parent-child relationship in early adolescence. *Front. Psychol*, 7, 982-989. doi:10.3389/fpsyg.2016.00982.
- Barratt, S. (1965). Factor analysis of some psychometric measures of impulsiveness and anxiety. *Psychological Reports*, 16, 541-554.
- Barratte, S. (1985). *Impulsiveness subtraits: Arousal and information processing*. North-Holland: Elsevier Science.
- Barry D., Grilo, C., & Masheb, R. (2002). Gender differences in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 31 (1), 63–70. doi:10.1002/eat.1112.
- Bechara, A., Damasio, A., Damasio, H., & Anderson, S. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50 (1), 7–15.
- Billieux, J., Rochat, L., Rebetez, L. & Van der, M. (2008). Are all facets of impulsivity related to self-reported buying behavior?. *Personality and individual Differences*, 44 (6), 1432-1442. doi:10.1016/j.paid.
- Blakemore, S. (2012). Imaging brain development: The adolescent brain. *Neuroimage*, 61, 397–406. doi:10.1016/j.neuroimage.
- Blom, T., Mingione, C., Guerdjikova, A., Keck, P., Welge, J., & McElroy, S. (2014). Placebo response in binge eating disorder: A pooled analysis of 10 clinical trials from one research group. *European Eating Disorders Review*, 22 (2), 140–146. doi:10.1002/erv.2277.

- Brownley, K., Berkman, N., Peat, C., Lohr, K., Cullen, K., Bann, C., & Bulik, C. (2016). Binge-eating disorder in adults. *Annals of Internal Medicine*, *165* (6), 409-420. doi:10.7326/m15-2455.
- Burns, G. (2005). *101 Healing stories for children and teens*. New York: Wiley now you know.
- Burrows, L. (2010, September). *Restoring the pathways to relational wellbeing and learning for a young person with autism and relational trauma*. Paper presented at the MHS Conference Proceedings for the Mental Wellbeing, Sydney, AU. Abstract retrieved from https://www.academia.edu/21706753/Restoring_the_pathways_to_relational_wellbeing_and_learning_for_a_young_person_with_autism_and_relational_trauma.
- Buss, A., & Plomin, R. (1975). *A temperament theory of personality development*. New York: John Wiley & Sons.
- Capobianco, M., Pizzuto, E., & Devescovi, A. (2017). Gesture–speech combinations and early verbal abilities. *Interact*, *18*, 55–76.
- Cardi V., Leppanen J., Leslie M., Esposito M. & Treasure J. (2019). The use of a positive mood induction video-clip to target eating behaviour in people with bulimia nervosa or binge eating disorder: An experimental study. *Appetite*, *1* (133), 400-404. doi.org/10.1016/j.appet.2018.12.001.
- Castelnuovo G., Manzoni G., Villa V. Cesa G. & Molinari E. (2011). Brief strategic therapy vs cognitive behavioral therapy for the inpatient and telephone-based outpatient treatment of binge eating disorder: The stratob randomized controlled clinical trial. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, *7*, 29-37.
- Chudasama Y. (2011). Animal models of prefrontal-executive function. *Behavioral Neuroscience*, *125* (3), 327–43.
- Cimino, S., Simonelli, A., Parolin, M., Ballarotto, G., Carbone, P. & Cerniglia, L. (2018). A theoretical and empirical linkage between road accidents and binge eating behaviors in adolescence . *International Journal of environmental research and public health*, *15* (2), 355-367. doi:10.3390/ijerph15020355.

- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 975-990.
- Cooper, Z., & Grave, R. (2017). Eating disorders. *The Science of Cognitive Behavioral Therapy*, *14*, 337–357. doi:10.1016/b978-0-12-803457-6.00014-3.
- Crawford, R., Brown, B., & Crawford, P. (2004). *Storytelling in therapy*. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.
- Cyders, M., Littlefield, A., Coffey, S., & Karyadi, K. (2014). Examination of a short english version of the upps-p impulsive behavior scale. *Addictive Behaviors*, *39* (9), 1372-1376. doi:10.1016/j.addbeh.
- Cyders, M., Smith, G., Spillane, N., Fischer, S., Annus, A., & Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: Development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological Assessment*, *19* (1), 107–118. doi:10.1037/1040-3590.19.1.107.
- d’Acremont, M., & Van der Linden, M. (2005). Adolescent impulsivity: Findings from a community sample. *Journal of Youth and Adolescence*, *34*, 427 – 435.
- Desai, R., & Potenza, M. (2008). Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43* (3), 173 – 183.
- Dick, D., Smith, G., Olausson, P., Mitchell, S., Iman, R., O'Malley, S. & Sher, K. (2010). Understanding the construct of impulsivity and its relationship to alcohol use disorders. *Addiction Biology*, *15*, 217-226. doi:10.1111/j1369.
- Dickman, S. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*, 95-102.
- Divinyi, J. (1995). Storytelling: An enjoyable and effective therapeutic tool. *Contemporary Family Therapy*, *17* (1), 27–37. doi:10.1007/bf02249302.

- Dooley-Hash, S., Banker, J., Walton, M., Ginsburg, Y., & Cunningham, R. (2012). The prevalence and correlates of eating disorders among emergency department patients aged 14–20 years. *International Journal of Eating Disorders*, *45*, 883–890. doi:10.1002/eat.22026.
- Erford, B. (2014). *40 Techniques every counselor should know* (2nd ed). New York: Pearson.
- Evenden, J. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, *146*, 348-361.
- Eysenck, S., & Eysenck, H. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, *16*, 57-68.
- Fagundo, A., Santamaría, J., Forcano, L., Giner-Bartolomé, C., Jiménez-Murcia, S., Sánchez, I., ... & Fernández-Aranda, F. (2013). Video game therapy for emotional regulation and impulsivity control in a series of treated cases with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *21* (6), 493–499. doi:10.1002/erv.2259.
- Fallon, A. (1990). Culture in the mirror: Socio-cultural determinants of body image. In T. Cash and T. Pruzinstky (Eds.), *Body images: Development deviance and change* (pp. 80-109). New York: Guilford Press.
- Fossati, A., Barratt, E., Acquarini, E., & Di Ceglie, A. (2002). Psychometric properties of an adolescent version of the barratt impulsiveness scale-11 in a sample of italian high school students. *Perceptual and Motor Skills*, *95*, 621 – 635.
- Fox, R. (2012). Examining attention, impulsiveness, and cognitive failures in driving behaviors. *Electronic Theses and Dissertations*. Advance online publication. <http://dc.etsu.edu/etd/1465>.
- Freud, S. (1995). *The sigmund freud reader*. New York: W W Norton.
- Fursland, A., & Watson, H. (2014). Eating disorders: A hidden phenomenon in outpatient mental health? *International Journal of Eating Disorders*, *47* (4), 422-425. doi:10.1002/eat.22205

- Gardner, R. (1968). The mutual storytelling technique: Use in alleviating childhood oedipal problems. *Contemporary Psychoanalysis*, 4 (2), 161-177. doi: 10.1080/00107530.1968.10745136.
- Gardner, R. (1970). The mutual storytelling technique: Use in the treatment of a child with post-trauma ticneurosis. *American journal of psychotherapy*, 24, 419-439.
- Gardner, R. (1971). *Therapeutic communication with children: The mutual storytelling technique*. New York: Science House.
- Gardner, R. (1986). *The psychotherapeutic techniques of Richard A. Gardner*. New Jersey: Creative Therapeutics.
- Garfunkel, L., Kaczorowski, J., & Christy, C. (2007). *Pediatric clinical advisor: instant diagnosis and treatment (2nd ed.)*. Philadelphia: Mosby.
- Giuliani, F., Marchetti, B., Perrenoud, V., & ElKorh, P. (2016). Is storytelling therapy useful for children with autism spectrum disorders and severe mental retardation? *Advanced Techniques in Biology and Medicine*, 4, 166-167. doi: 10.4172/2379-1764.1000166.
- Gladding, S. (1997). Stories and the art of counseling. *Journal of Humanistic Education and Development*, 36, 68–73.
- Gladding, S., & Drake, M. (2010). The potency and power of counseling stories. *Journal of Creativity in Mental Health*, 5 (1), 15–24. doi:10.1080/15401381003640569
- Gosling, R. (2016). *Adolescent and breakdown*. London: Routledge.
- Grant, J., & Potenza, M. (2012). *Impulse control disorder*. New York: Oxford University Press.
- Grilo, C. (2006). *Eating and weight disorder*. Washington: Psychology Press.
- Hagan, J., Shaw, J. & Duncan, P. (2015). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents (4th ed.)*. American Academy of Pediatrics. Retrieved from <https://brightfutures.app.org/bright%20future%20documents/18-adolescent.PDF>

- Hall, L., & Cohn, L. (1999). *Bulimia: A guide to recovery*. Washington: Library of Congress.
- Hammel, S. (2019). *Handbook of therapeutic storytelling*. New York: ROUHEDGE.
- Hattie, J. (1985). Methodolgy review: assessing unidimensionality of tests and items. *Applied Psychological Measurement*, 9, pp. 139-164.
- Hebebrand, J. & Herpertz-Dahlmann, B. (2019). *Eating disorders and obesity in children and adolescents*. Amsterdam: Elsevier.
- Hilbert, A., Hildebrandt, T., Agras, W., Wilfley, D., & Wilson, G. (2015). Rapid response in psychological treatments for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83 (3), 649–654. doi:10.1037/ccp0000018
- Ho, M., Al-Zahrani, S., Al-Ruwaitea, A., Bradshaw, C., & Szabadi, E. (1998). 5-Hydroxytryptamine and impulse control: Prospects for a behavioural analysis. *Journal of Psychopharmacology*. 12 (1), 68–78.
- Hoskins, M. (1985, April). *Therapeutic fairy tales*. Paper presented at the annual meeting of the National Association for Poetry Therapy, Chicago, IL.
- Hsu, J. (2008). The secrets of storytelling: Why we love a good yarn. *Scientific American Mind*, 19 (4), 46–51.
- Jackson, J., Pietrabissa, G., Rossi, A., Manzoni, G., & Castelnovo, G. (2018). Brief strategic therapy and cognitive behavioral therapy for women with binge eating disorder and comorbid obesity: A randomized clinical trial one-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86 (8), 688-701. doi.org/10.1037/ccp0000313.
- Josselson, R., Lieblich, A., & McAdams, D.P. (2007). *The meaning of others: Narrative studies of relationships*. Washington DC: American Psychological Association.
- Kendall, P. (2006). *Child and adolescent therapy* (3rd ed). New York: The Guilford Press.
- Kessler, R., Berglund, P., Chiu, W., Deitz, A., Hudson, J., Shahly, V., ... & Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating

- disorder in the world health organization world mental health surveys. *Biological Psychiatry*, 73 (9), 904-914. doi:10.1016/j.biopsych.2012.11.020.
- Kilani, B. (2017). Prevalence of eating disorders among students at the university of Jordan. *The Arab Journal of Psychiatry*, 28 (1), 76-82. doi:10.12816/0036884.
- Kottler, J. (1996). *Finding your way as a counselor*. Alexandria VA: American Counseling Association.
- Kottman, T. & Stiles, K. (1990). The mutual storytelling technique: An adlerian application in child therapy. *Individual Psychology*, 46, 148-156.
- Lai, F., IP, A. & Lee, T. (2011). Impulsivity and pathological gambling among Chinese: Are it a state or a trait problem? *BMC Research Notes*, 4 (1), 492-499. doi:10.1186/1756-0500-4-492.
- Lee-Winn, A., Reinblatt, S., Mojtabai, R., Mendelson, T., Gender, A., & Racial, E. (2016). Differences in binge eating symptoms in a nationally representative sample of adolescents in the united states. *Eating Behavior*, 22, 27–33.
- Lester, A. (1995). *Hope in pastoral care and counseling*. Louisville Kentucky: Westminster John Knox Press.
- Lindsay, G. (2018). *Problems of adolescence in the secondary school*. England: Routledge.
- Loewenstein, G. (1996). Out of control: Visceral influences on behavior. *Organization Behavior and Human Decision Processes*, 65, 272-292.
- Luengo, M., Carrillo, M., Otero, J., & Romero, E. (1994). Impulsiveness and risk-taking behavior: Comparison of high-school and college students using the barratt impulsiveness scale. *Personality and Individual Differences*, 21, 1073 – 1075.
- Manasse, S., Espel, H., Schumacher, L., Kerrigan, S., Zhang, F. & Forman, E. (2016). Does impulsivity predict outcome in treatment for binge eating disorder? A multimodal investigation. *Appetite*, 105, 172–179. doi.org/10.1016/j.appet.2016.05.026.

- Mannell, J., Ahmad, L., & Ahmad, A. (2018). Narrative storytelling as mental health support for women experiencing gender-based violence in Afghanistan. *Social Science & Medicine*, *214*, 91-98. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.08.011.
- Mathisen, T., Rosenvinge, J., Pettersen, G., Friborg, O., Vrabel, K., Bratland-Sanda, S., ... & Sundgot-Borgen, J. (2017). The ped-t trial protocol: The effect of physical exercise –and dietary therapy compared with cognitive behavior therapy in treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *BMC Psychiatry*, *17* (1). 108-119. doi:10.1186/s12888-017-1312-4.
- McCuen-Wurst, C., Ruggieri, M., & Allison, K. (2017). Disordered eating and obesity: Associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1411* (1), 96–105. doi:10.1111/nyas.13467
- McIntosh, V., Jordan, J., Carter, J., Frampton, C., McKenzie, J., Latner, J., & Joyce, P. (2016). Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy appetite-focused cognitive-behavioural therapy and schema therapy. *Psychiatry Research*, *240*, 412–420. doi:10.1016/j.psychres.2016.04.080.
- Meule, A. & Platte, P. (2015). Facts of impulsivity interactively predict body fat and binge eating in young women. *Appetite*, *87*, 352-357.
- Moeller, F., Barratt, E., Dougherty, D., Schmitz, J., & Swann, A. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, *158* (11), 1783–1793. doi:10.1176/appi.ajp.158.11.1783.
- Mole, T., Irvine, M., Worbe, Y., Collins, P., Mitchell, S., Bolton, S., ... & Voon, V. (2014). Impulsivity in disorders of food and drug misuse. *Psychological Medicine*, *45* (4), 771–782. doi:10.1017/s0033291714001834.
- Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy? An easy to read in production*. Adelaide: Dulwich Centre.
- Munsch, S. & Beglinger, C. (2005). *Obesity and binge eating disorder*. Switzerland: Karger.

- Munsch, S., Wyssen, A., Vanhulst, P., Lalanne, D., Steinemann, S., & Tuch, A. (2019). Binge-eating disorder treatment goes online – feasibility, usability, and treatment outcome of an Internet-based treatment for binge-eating disorder: Study protocol for a three-arm randomized controlled trial including an immediate treatment, a waitlist, and a placebo control group. *Trials*, *20* (1). 128-139. doi:10.1186/s13063-019-3192-z
- Mustelin, L., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2018). Beyond the tip of the iceberg: Adolescent weight development of women and men with features of binge eating disorder. *Eating Behaviors*, *30*, 83–87. doi:10.1016/j.eatbeh.
- Noller, p. & Atkin, s. (2014). *Family life in adolescence*. Berlin DE: gruyter open.
- Oltmanns, T. & Emery, R. (2004). *Abnormal psychology*. New Jersey: Prentice-Hall Press.
- Padilla, M., Serrano, M., & Paso, G. (2018). Risky decision-making after exposure to a food-choice task in excess weight adolescents: Relationships with reward-related impulsivity and hunger. *Hunger PLoS ONE* *13* (8), 1-15. doi.org/10.1371/journal.pone.0202994.
- Paing, M., & Yangon, H. (2017). *The relationship between perceived stress level and binge eating level*. (Master's thesis, University of Myanmar International). Retrieved from: https://www.academia.edu/35908476/The_relationship_between_perceived_stress_and_binge_eating_disorder.docx
- Painter, L., Cook, J., & Silverman, P. (1999). The effects of therapeutic storytelling and behavioral parent training on noncompliant behavior in young boys. *Child & Family Behavior Therapy*, *21* (2), 47–66. doi:10.1300/j019v21n02_03.
- Palavras, M., Hay, P., Filho, C., & Claudino, A. (2017). The efficacy of psychological therapies in reducing weight and binge eating in people with bulimia nervosa and binge eating disorder who are overweight or obese—a critical synthesis and meta analysis. *Nutrients*, *9*, 299-317.
- Palavras, M., Hay, P., Touyz, S., Sainsbury, A., da Luz, F., Swinbourne, J., ... & Claudino, A. (2015). Comparing cognitive behavioural therapy for eating disorders integrated with behavioural weight loss therapy to cognitive behavioural therapy-enhanced alone in overweight or obese

- people with bulimia nervosa or binge eating disorder: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 16 (1), 578-588. doi:10.1186/s13063-015-1079-1.
- Parker, T., & Wampler, K. (2006). Changing emotion: The use of therapeutic storytelling. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32 (2), 155–166. doi:10.1111/j.1752-0606.2006.tb01597.x
- Patton, J., Stanford, M., & Barratt, E. (1995). Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
- Pennebaker, J. (1997). *Opening: The healing power of expressing emotions*. New York: The Guilford Press.
- Perrow, S. (2003, July). *Therapeutic storytelling, supporting the capacity of children through the imagination*. Paper presented at IREG conference presentation, Vancouver. Abstract retrieved from www.ierg.net/confs/2003/proceeds/Perrow.pdf
- Piaget, J. (1958). *The growth of logical thinking from childhood to adolescence*. New York: Basic Books.
- Poppe I, Simons A, Glazemakers I, & Van-West D. (2015). Early onset eating disorders: A review of the literature. *Tijdschr Psychiatr*, 57 (11), 805–814.
- Preuss, H., Pinnow, M., Schnicker, K., & Legenbauer, T. (2017). Improving Inhibitory Control Abilities (ImpulseE)-A Promising Approach to Treat Impulsive Eating? *European Eating Disorders*, 25 (6), 533–543. doi:10.1002/erv.2544
- Qian, J., Hu, Q., Wan, Y., Li, T., Wu, M., Ren, Z., & Yu, D. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25 (4), 212-223. doi:10.3969/j.issn.1002-0829.2013.04.003
- Reynolds, B., Patak, M., & Shroff, P. (2007). Adolescent smokers' rate delayed rewards as less certain than adolescent nonsmokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 90, 301 – 303.
- Reynolds, B., Penfold, R., & Patak, M. (2008). Dimensions of impulsive behavior in adolescents: Laboratory behavioral assessments. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 16, 124 – 131.

- Robin M., Masheb, R., White, M., & Grilo, C. (2016). Sex differences and correlates of pain in patients with comorbid obesity and binge eating disorder. *European Eating Disorders*, 24 (3), 247–250. doi:10.1002/erv.2432.
- Shafieyan, S., Soleymani, M., Samouei, R., & Afshar, M. (2017). Effect of storytelling on hopefulness in girl students. *Journal of Education and Health Promotion*, 6, 101-109. doi:10.4103/jehp.jehp_59_16.
- Singleton, C., Kenny, T., & Carter, J. (2019). Depression partially mediates the association between binge eating disorder and health-related quality of life. *Front Psychol*, 10, 209-236. doi:10.3389/fpsyg.2019.00209.
- Slivinske, J. & Slivinske, L. (2014). *Therapeutic storytelling for adolescents and young adults*. New York: Oxford university press.
- Spangler, D., Baldwin, S., & Agras, W. (2004). An examination of the mechanisms of action in cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa. *Behavior Therapy*, 35 (3), 537-560. doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80031-5.
- Stanford, M., Mathias, C., Dougherty, D., Lake, S., Anderson, N., & Patton, J. (2009). Fifty years of the barratt impulsiveness scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*, 47 (5), 385-395.
- Stein, A. (2006). *Child hood feeding problems and adolescent eating disorders*. New York: Routhledge.
- Steinberg, L. (2009). Risk taking in adolescence: What changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 51 – 58.
- Tárrega, S., Castro-Carreras, L., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Giner-Bartolomé, C., Aymamí, N., ... & Jiménez-Murcia, S. (2015). A serious videogame as an additional therapy tool for training emotional regulation and impulsivity control in severe gambling disorder. *Frontiers in Psychology*, 6, 1721-1733. doi:10.3389/fpsyg.2015.01721.
- Tellegen, A. (1982). *Multidimensional personality questionnaire manual*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Treasure, J., Claudino, A., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet*, 375 (9714), 583–593. doi:10.1016/S0140-6736(09)61748-7.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W W Norton.
- Whiteside, S., & Lynam, D. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30 (4), 669–689. doi:10.1016/s0191-8869(00)00064-7.
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases - mortality and morbidity statistics ICD-11*. Geneva, DC: WHO.
- Yager, G.(2010). *Conversations with jeremiah on the magic of counseling*. Akron OH: Invincible.
- Yao, Y., Chen, P., Li, C., Hare, T., Li, S., Zhang, J., ... & Fang, X. (2017). Combined reality therapy and mindfulness meditation decrease intertemporal decisional impulsivity in young adults with Internet gaming disorder. *Computers in Human Behavior*, 68, 210–216. doi:10.1016/j.chb.2016.11.038.
- Zhu, H., Luo, X., Cai, T., He, J., Lu, Y., & Wu, S. (2015). Life event stress and binge eating among adolescents: The roles of early maladaptive schemas and impulsivity. *Stress and Health*, 32 (4), 395–401. doi:10.1002/smi.2634
- Zuckerman, M., Kuhlman, D., Joireman, J., Teta, P., & Kraft, M. (1993). A comparison of three structural models of personality: The big three, the big vet, and the alternative vet. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 757-768.
- Zuckerman, M., Kuhlman, D., Thornquist, M., & Kiers, H. (1991). Five (or three) robust questionnaire scale factors of personality without culture. *Personality and Individual Differences*, 12, 929-941.
- Zunker, C., Peterson, C., Crosby, R., Cao, L., Engel, S., Mitchell, J., & Wonderlich, S. (2011). Ecological momentary assessment of bulimia nervosa: Does dietary restriction predict binge eating? *Behaviour Research and Therapy*, 49 (10), 714_717. doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.006.

الملاحق

ملحق (أ)

نموذج موافقة ولي أمر الطالبة

السيد ولي أمر الطالبة.....،

تقوم الباحثة نور أحمد بحر العيدة، وهي طالبة دراسات عليا في مستوى الماجستير - تخصص الإرشاد النفسي، بإجراء دراسة علمية على مجموعة من الطالبات المراهقات في مدرسة جفين الثانوية للبنات، في الفصل الدراسي الثاني لعام 2018/2019م، حيث تم اختيار الطالبة للمشاركة في إجراءات الدراسة، والتي تتضمن:

هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى تنمية المهارات الشخصية لدى المراهقات؛ كالقدرة على التواصل مع الآخرين، تنظيم المهمات الشخصية، الاعتماد على الذات، وغيرها...؛ والتي يحتاجها جميع الأفراد عموماً والمراهقين على وجه الخصوص لعيش حياة أفضل.

الفئة المستهدفة: تستهدف الدراسة الطالبات المراهقات في صفوف (السادس والسابع والثامن الأساسي) والدارسات في مدرسة جفين الثانوية للبنات التابعة لمديرية لواء الكورة، الأردن.

مدة الدراسة: سيتم تطبيق إجراءات الدراسة بجلستين أسبوعياً لمدة (13) أسبوعاً.

عدد المشاركات: تضم الدراسة (30) طالبة مراهقة ممن قبلن المشاركة في الدراسة بشكل طوعي.

حقوق المشاركين:

- الحق في الرفض أو الانسحاب: للطالبات وأولياء أمورهن الحق في رفض الانضمام للبرنامج أو الانسحاب في الوقت الذي يرونه مناسباً دون أي إجراءات أو تبعات.
- الحق في الحفاظ على سرية المعلومات: تتعهد الباحثة بالحفاظ على البيانات الشخصية التي تشير لهوية الطالبة أثناء وبعد تطبيق الدراسة، وفي حال تم نشر الدراسة كذلك.
- الحق الأكاديمي: تتعهد الباحثة بتطبيق إجراءات الدراسة دون المساس بسير العملية الدراسية للطالبة والحاق أي ضرر على الصعيد الدراسي.

o تمتلك الباحثة الحق في استبعاد أي مشاركة تنتهك السرية أو خصوصية المشاركات الأخريات.

إذا كان لدى ولي أمر الطالبة و/أو الطالبة أي استفسارات أو مخاوف حول الدراسة والإجراءات المتبعة يمكنكم التواصل مع الباحثة نور أحمد بحر العيدة على الرقم 0000000000، أو مع إدارة المدرسة الممثلة بالمديرة نائلة زقيلي على الرقم 0772392849.

أوافق بصفتي ولي أمر الطالبة..... على مشاركتها في الدراسة
الموضحة أعلاه بشكل طوعي ودون أي ضغوط أو إجراج أو إكراه من أي جهة، وأقر بالتزام الباحثة بتزويدي بنسخة عن نموذج الموافقة الموقع من قبلي.

اسم ولي أمر الطالبة المشاركة.....
التوقيع.....
التاريخ.....

الباحثة نور أحمد بحر العيدة
التوقيع.....
التاريخ.....

ملحق (ب)

نموذج موافقة الطالبة على الانضمام

عزيزتي الطالبة، أرجو قراءة الموضح أدناه بتمعن بما يخص الدراسة التي تقوم الباحثة نور

أحمد بحر بإجرائها قبل الموافقة على الانضمام لها.

هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى تنمية المهارات الشخصية لديك؛ كالقدرة على التواصل

مع الآخرين، تنظيم المهمات الشخصية، الاعتماد على الذات، وغيرها...؛ والتي يحتاجها جميع

الأفراد عموماً وتحتاجونها في مرحلتك العمرية على وجه الخصوص لعيش حياة أفضل.

إجراءات الدراسة: تتضمن الإجراءات استخدام مقياسين لقياس بعض المهارات الشخصية

لديك يطبقان ثلاث مرات؛ قبل بدء البرنامج وبعد انتهاء البرنامج مباشرة وبعد شهر من انتهاء

البرنامج، وتتضمن تنفيذ جلسات فردية وبرنامج إرشادي جمعي مكون من (26) جلسة، جستان

أسبوعياً لمدة (13) أسبوعاً.

حقوق الطالبة المشاركة:

- الحق في الرفض أو الانسحاب: لكِ الحق في رفض الانضمام للبرنامج أو الانسحاب في

الوقت الذي ترينه مناسباً دون أي إجراءات أو تبعات.

- الحق في مدى الكشف عن المعلومات الخاصة: بحيث تملكين الحق بعدم الكشف عن

المعلومات التي ترين من غير المناسب الكشف عنها.

- الحق في الحفاظ على سرية المعلومات: بحيث تتعهد الباحثة لكِ بالحفاظ على بياناتك الشخصية التي تشير لهويتك أثناء وبعد تطبيق الدراسة، وفي حال تم نشر الدراسة كذلك؛ بحيث لن يتم تضمين ما يشير لهويتك.

- الحق الأكاديمي: تتعهد الباحثة بتطبيق إجراءات الدراسة دون المساس بسير العملية الدراسية وإلحاق أي ضرر بكِ على الصعيد الدراسي.

حقوق الباحثة:

o للباحثة الحق في استخدام جميع المعلومات التي ستقدمها المشاركات باستثناء المعلومات التي تشير لهوية المشاركة.

o تمتلك الباحثة الحق في استبعاد أي مشاركة تنتهك السرية وتفتشي معلومات المشاركات الأخريات.

أوافق أنا الطالبة..... على المشاركة في الدراسة الموضحة أعلاه بشكل طوعي ودون أي ضغوط أو إخراج أو إكراه من أي جهة.

اسم الطالبة المشاركة.....

التوقيع.....

التاريخ.....

الباحثة نور أحمد بحر العيدة

التوقيع.....

التاريخ.....

ملحق (ج)



جامعة اليرموك

كلية التربية

قسم علم النفس الإرشادي والتربوي

مقياس الشره العصبي بصورته الأولية

الأستاذ/ الدكتور..... الفاضل

الأستاذ/ الدكتورة..... الفاضلة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان: " فاعلية العلاج القصصي في خفض اضطراب الشره

العصبي والاندفاعية لدى عينة من المراهقات "؛ لذلك فقد تم تصميم هذه الاستبانة، ونظراً لما

تتمتعون به من خبرة ودراية في هذا المجال، تأمل الباحثة منكم تحكيم هذه الأداة من خلال إبداء

ملاحظاتكم ومقترحاتكم من حيث:

- الصياغة اللغوية لل فقرات.

- مدى ملاءمة الفقرات للمحكات الواردة في الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية

.DSM5

- أيّ تعديلات أو مقترحات ترونها مناسبة.

شاكراً لكم حسن تعاونكم

الباحثة

نور أحمد بحر العيدة

مدى الملاءمة للمحك		مدى السلامة اللغوية		الفقرة	المحك (كما ورد في DSM5)
غير ملائمة	ملائمة	بحاجة إلى تعديل	سليمة		
خلال الشهور الثلاثة الماضية...					
				1. أشعر بأنني قد تناولت مقداراً كبيراً من الطعام أكثر مما يأكله الآخرون في الوجبة الواحدة.	1.1 1. أشعر بأنني قد تناولت مقداراً كبيراً من الطعام أكبر بشكل مؤكد مما يأكله معظم الناس أثناء نفس الفترة من الوقت وتحت نفس الظروف. (وذلك في فترة منفصلة من الوقت، مثال: خلال أي فترة ساعتين).
				2. أتناول عدة وجبات من الطعام خلال فترة قصيرة من الوقت (خلال ساعتين).	2.1 2. إحساس بانعدام السيطرة على الأكل أثناء النوبة (مثال الإحساس بأن المرء لا يستطيع التوقف عن الأكل أو السيطرة على ما هيته أو مقدار ما يأكل).
				3. أتناول الطعام بشراهة في ظروف عادية.	
				4. أثناء تناولي للطعام أشعر بأنني لا أستطيع التوقف عن الأكل.	
				5. أستطيع الاستغناء عن الطعام الذي أرغب به وأتناول طعاماً أكثر صحية.	
				6. أشعر بأنني أفقد السيطرة على الطعام أثناء تناوله.	
				7. أشعر بأنني أكل بشكل أسرع من المعتاد.	2. ترافق نوبات الشره ثلاثة أو أكثر من:
				8. أبتلع الطعام دون مضغه جيداً.	2.1 1. الأكل بسرعة أكثر بكثير من المعتاد.
				9. أثناء تناول الطعام لا أشعر بطعمه.	2.2 2. تناول الطعام حتى الشعور غير المريح بالامتلاء.
				10. أستمر في تناول الطعام حتى أشعر بالامتلاء والتخمة.	

				11. أقبل على تناول الطعام على الرغم من عدم شعوري بالجوع.	2. 3 تناول كميات كبيرة من الطعام عند عدم الشعور بالجوع.	
				12. أتناول الطعام خفية حتى لا أشعر بالحرج من كمية الطعام التي أتناولها.	2. 4 تناول الطعام على انفراد بسبب الشعور بالحرج من كمية الطعام المتأولة.	
بعد تناول كمية كبيرة من الطعام:						
				13. أكره نفسي وألومها.	2. 5	
				14. أشعر بالندم.	الشعور بالاشمئزاز من الذات والاكنتاب، أو الذنب الشديد بعد ذلك.	
				15. أفقد المتعة في أي شيء لفترة من الزمن.		
				16. أشعر بالخيبة وضياح الأمل في التحسن.		
				17. أشعر بالحزن والتعاسة.		
				18. أشعر بالضيق بسبب شراحتي في تناول الطعام.	3. تواجد إبطاء ملحوظ تجاه الأكل بشراهة.	
				19. أكره تناولي للأكل بشراهة.		
				20. أجبر نفسي على التقبوء بعد تناول الطعام لأتخلص منه.	4. لا يتوافق سلوكيات تعويضية غير مناسبة مثل: افتعال الإقياء أو سوء استخدام المسهلات أوالمدرات أدوية أخرى، أو الصيام أو التمارين المفرطة.	
				21. أقوم بتمارين قاسية جداً لخفض وزني أو المحافظة عليه.		
				22. أتناول أدوية أو عقاقير مسهلة للتخلص من الطعام بعد تناوله.		
				23. ألجأ للصوم (أوعدم تناول الطعام لوجبتين متتاليتين) كعقاب على تناول كمية كبيرة من الطعام.		

.5

- بدأت الشراهة عندي في تناول الطعام منذ ؟
 - شهر
 - شهرين
 - ثلاثة أشهر أو أكثر
 - لا شيء مما ذكر
-
-

- تحدث الشراهة عندي في تناول الطعام:
 - مرة أو أكثر كل أسبوع
 - مرة أو أكثر كل أسبوعين
 - مرة أو أكثر كل ثلاثة أسابيع
 - لا شيء مما ذكر
-
-

- كم عدد المرات التي تحدث بها نوبة الشراهة في الأسبوع ؟
 - ولا مرة
 - 1-3
 - 4-7
 - 8-13
 - 14 فأكثر

ملحق (د)

أسماء محكمي الأدوات

اسم المحكم	الرتبة العلمية- التخصص	مكان العمل
1 الأستاذ الدكتور نضال الشريفين	أستاذ- قياس وتقييم	جامعة اليرموك
2 الأستاذ الدكتور عمار فريحات	أستاذ- علم نفس تربوي	البلقاء التطبيقية
3 الدكتور قاسم سمور	أستاذ مشارك- إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
4 الدكتور فواز المومني	أستاذ مشارك- إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
5 الدكتورة منار بني مصطفى	أستاذ مشارك- إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
6 الدكتورة أسماء الإبراهيم	أستاذ مشارك- إرشاد نفسي	جامعة آل البيت
7 الدكتورة حنان الشقران	أستاذ مشارك- إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
8 الدكتور فراس قريطع	أستاذ مساعد- إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
9 الدكتورة عائشة السوالمه	أستاذ مساعد- إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
10 الدكتور علي جروان	مدرس- إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
11 الدكتور مؤيد مقدادي	مدرس- إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
12 الدكتور علاء الدين عبيدات	مدرس- علم نفس تربوي	جامعة اليرموك

ملحق (هـ)

نتائج تحكيم مقياس الشره العصبي

النتيجة	بعد التحكيم		قبل التحكيم		المحكات
	مضمون الفقرة	الرقم	مضمون الفقرة	الرقم	
-	أتناول مقداراً كبيراً من الطعام أكثر مما يأكله الآخرون في الوجبة الواحدة.	1	أتناول مقداراً كبيراً من الطعام أكثر مما يأكله الآخرون في الوجبة الواحدة.	1	1.1 المحك 1
	أتناول عدة وجبات من الطعام خلال فترة قصيرة صياغة من الوقت أكثر مما يتناوله الآخرون.	2	أتناول عدة وجبات من الطعام خلال فترة قصيرة من الوقت (خلال ساعتين).	2	
	أتناول الطعام بشراهة في الظروف والأوقات العادية.	3	أتناول الطعام بشراهة في ظروف عادية.	3	
-	أثناء تناولي للطعام أشعر بأنني لا أستطيع التوقف عن الأكل.	4	أثناء تناولي للطعام أشعر بأنني لا أستطيع التوقف عن الأكل.	4	2.1
	أستطيع الاستغناء عن الطعام الذي أرغب به وأتناول طعاماً أكثر صحية.	5	أستطيع الاستغناء عن الطعام الذي أرغب به وأتناول طعاماً أكثر صحية.	5	
	أشعر بأنني أفقد السيطرة على الطعام أثناء تناوله.	6	أشعر بأنني أفقد السيطرة على الطعام أثناء تناوله.	6	
حذف	أشعر بأنني أكل بشكل أسرع من المعتاد.	6	أشعر بأنني أكل بشكل أسرع من المعتاد.	7	1.2 المحك 2
	أبتلع الطعام دون مضغه جيداً.	8	أبتلع الطعام دون مضغه جيداً.	8	
	أثناء تناول الطعام لا أشعر بطعمه.	9	أثناء تناول الطعام لا أشعر بطعمه.	9	
صياغة	أستمر في تناول الطعام حتى أشعر بعدم الراحة من الامتلاء والتخمة (صعوبة الحركة أو القيام من مكاني).	7	أستمر في تناول الطعام حتى أشعر بالامتلاء والتخمة.	10	2.2
	أتناول الطعام على الرغم من عدم شعوري بالجوع.	8	أقبل على تناول الطعام على الرغم من عدم شعوري بالجوع.	11	3.2
-	أتناول الطعام خفية حتى لا أشعر بالحرج من كمية الطعام التي أتناولها.	9	أتناول الطعام خفية حتى لا أشعر بالحرج من كمية الطعام التي أتناولها.	12	4.2
	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أكره نفسي وألومها.	10	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أكره نفسي وألومها.	13	5.2
حذف	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أشعر بالندم.	11	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أشعر بالندم.	14	14
	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أفقد المتعة في أي شيء لفترة من الزمن.	15	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أفقد المتعة في أي شيء لفترة من الزمن.	15	
حذف	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أشعر بالخيبة وضياح الأمل في التحسن.	16	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أشعر بالخيبة وضياح الأمل في التحسن.	16	16
	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أشعر بالحزن والتعاسة.	12	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أشعر بالحزن والتعاسة.	17	
حذف	أشعر بالضيق بسبب شراحتي في تناول الطعام.	13	أشعر بالضيق بسبب شراحتي في تناول الطعام.	18	3 المحك
	أشعر بالضيق بسبب شراحتي في تناول الطعام.	13	أشعر بالضيق بسبب شراحتي في تناول الطعام.	18	
-	أجبر نفسي على التقيؤ بعد تناول الطعام لأتخلص منه.	14	أجبر نفسي على التقيؤ بعد تناول الطعام لأتخلص منه.	20	4 المحك
	أقوم بتمارين قاسية جداً لخفض وزني أو المحافظة عليه.	15	أقوم بتمارين قاسية جداً لخفض وزني أو المحافظة عليه.	21	
-	أتناول أدوية أو عقاقير مسهلة للتخلص من الطعام بعد تناوله.	16	أتناول أدوية أو عقاقير مسهلة للتخلص من الطعام بعد تناوله.	22	22
	أجأ للصوم (أوعدم تناول الطعام لوجبتين متتاليتين) كعقاب على تناول كمية كبيرة من الطعام.	17	أجأ للصوم (أوعدم تناول الطعام لوجبتين متتاليتين) كعقاب على تناول كمية كبيرة من الطعام.	23	

ملحق (و)

أختي الطالبة...

تهدف هذه المقاييس للتعرف على بعض الجوانب المهمة في شخصيتك؛ لذا يرجى منك قراءة الفقرات التالية بتمعن وفهمها وإبداء رأيك فيها؛ وذلك بوضع علامة (/) في الخانة التي تمثل رأيك، كما يرجى عدم وضع أكثر من إشارة واحدة للفقرة، ويرجى العلم بأن إجابتك ستحاط بالسرية التامة ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

شاكراً لك حسن تعاونك

الباحثة: نور أحمد بحر العبيدة

الصف الدراسي: السادس السابع الثامن

مستوى التحصيل الدراسي الحالي: مقبول جيد جيد جداً ممتاز

عدد أفراد الأسرة: ()

مستوى دخل الأسرة: منخفض متوسط مرتفع

الترتيب بين أفراد الأسرة: الأول الأوسط الأخير

المستوى التعليمي للأب: أساسية فأقل ثانوية عامة دبلوم جامعي

المستوى التعليمي للأم: أساسية فأقل ثانوية عامة دبلوم جامعي

حالة عمل الأب: يعمل لا يعمل

حالة عمل الأم: تعمل لا تعمل

الرقم	الفقرة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
1.	أفكر بعواقب الأمور قبل القيام بها.					
2.	أحرص على الإمام بجميع جوانب المهمة قبل القيام بها.					
3.	أستطيع تحديد الهدف/الغاية من المهمة التي أقوم بها.					
4.	أنجز المهمات بالوقت المحدد.					
5.	أنا شخص حذر.					
6.	أقاطع الآخرين.					
7.	شعوري بالضيق يدفعني لعمل أشياء تريحني الآن وأندم عليها لاحقاً.					
8.	أستمر بالقيام بالأعمال التي تشعرني بالضيق.					
9.	عندما أغضب أتصرف دون تفكير.					
10.	شعوري بالضيق يزيد من حجم الخلاف.					
11.	أأخذ قرارات خاطئة عندما أشعر بالضيق.					
12.	أستمتع بالقيام بالأعمال الخطرة.					
13.	أميل للبحث عن تجارب جديدة وممتعة.					
14.	أميل للبحث عن الأفكار الغريبة وغير المألوفة.					
15.	أستمتع بالألعاب الخطرة والسريعة.					
16.	أشاهد أفلام الرعب.					
17.	أنزعج من المهام غير المنتهية.					
18.	أكره التوقف عن عمل قد بدأت به.					
19.	أتسرع في إطلاق الأحكام.					
20.	أفضل المهمات التي تنتهي بسرعة.					
21.	عندما أشارك في الأنشطة سرعان ما أربح بالتراجع عنها.					
22.	أقوم بتأدية المهمات بشكل دقيق.					
23.	عندما أكون سعيداً أتصرف دون تفكير.					
24.	عندما أتحمس بشكل كبير يشعر الآخرون بالقلق والانزعاج.					
25.	أفقد السيطرة على انفعالاتي عندما أكون سعيداً.					
26.	أستغرب من الأشياء التي أفعلها عندما أكون في مزاج جيد وأعتبرها حماقات.					
27.	أشعر بأن التجاوزات مقبولة عندما أكون سعيداً.					

الرقم	الفقرة	نعم	لا
خلال الأشهر الثلاثة الماضية...			
1.	أتناول مقداراً كبيراً من الطعام أكثر مما يأكله الآخرون في الوجبة الواحدة.		
2.	أتناول عدة وجبات من الطعام خلال فترة قصيرة من الوقت أكثر مما يتناوله الآخرون.		
3.	أتناول الطعام بشراهة في الظروف والأوقات العادية.		
4.	أثناء تناول الطعام أشعر بأنني لا أستطيع التوقف عن الأكل.		
5.	أستطيع الاستغناء عن الطعام الذي أرغب به وأتناول طعاماً أكثر صحية.		
6.	أشعر بأنني أكل بشكل أسرع من المعتاد.		
7.	أستمر في تناول الطعام حتى أشعر بعدم الراحة من الامتلاء والتخمة (صعوبة الحركة أو القيام من مكاني).		
8.	أتناول الطعام على الرغم من عدم شعوري بالجوع.		
9.	أتناول الطعام خفية حتى لا أشعر بالحرج من كمية الطعام التي أتناولها.		
10.	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أكره نفسي وألومها.		
11.	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أشعر بالندم.		
12.	بعد تناول كمية كبيرة من الطعام أشعر بالحزن والتعاسة.		
13.	أشعر بالضيق بسبب شراحتي في تناول الطعام.		
14.	أجبر نفسي على التقيؤ بعد تناول الطعام لأتخلص منه.		
15.	أقوم بتمارين قاسية جداً لخفض وزني أو المحافظة عليه.		
16.	أتناول أدوية أو عقاقير مسهلة للتخلص من الطعام بعد تناوله.		
17.	ألجأ للصوم (أو عدم تناول الطعام لوجبتين متتاليتين) كعقاب على تناول كمية كبيرة من الطعام.		

• بدأت الشراهة عندي في تناول الطعام منذ:

○ شهر ○ شهرين ○ ثلاثة أشهر أو أكثر ○ لا شيء مما ذكر

• تحدثت الشراهة عندي في تناول الطعام مرة أو أكثر:

○ كل أسبوع ○ كل أسبوعين ○ كل ثلاثة أسابيع ○ لا شيء مما ذكر

• عدد المرات التي تحدثت بها نوبة الشراهة في الأسبوع:

○ 3-1 ○ 4-7 ○ 8-13 ○ 14 فأكثر ○ لا شيء مما ذكر

ملحق (ز)



جامعة اليرموك

كلية التربية

قسم علم النفس الإرشادي والتربوي

مقياس الاندفاعية بصورته الأولى

الأستاذ/ الدكتور..... الفاضل

الأستاذ/ الدكتورة..... الفاضلة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان: " فاعلية العلاج القصصي في خفض اضطراب الشره

العصبي والاندفاعية لدى عينة من المراهقات "؛ لذلك فقد تم تصميم هذه الاستبانة، ونظراً لما

تتمتعون به من خبرة ودراية في هذا المجال، تأمل الباحثة منكم تحكيم هذه الأداة من خلال إبداء

ملاحظاتكم ومقترحاتكم من حيث:

- الصياغة اللغوية لل فقرات.

- مدى ملاءمة الفقرات لمجالات الدراسة.

- أيّ تعديلات أو مقترحات ترونها مناسبة.

شاكراً لكم حسن تعاونكم

الباحثة

نور أحمد بحر العيدة

الجزء الأول: عدم وجود تخطيط مسبق

(الميل للتصرف دون تفكير)

الرقم	الفقرة	مدى السلامة اللغوية		مدى الانتماء للمجال	
		سليمة	بحاجة إلى تعديل	منتمة	غير منتمة
1	أفكر بعواقب الأمور قبل القيام بها.				
2	أفضل التوقف والتفكير ملياً بالمهمة قبل القيام بها.				
3	أستطيع تحديد الهدف/ الغاية من المهمة التي أقوم بها.				
4	أفكر بحذر قبل القيام بأي شيء.				

مقترحات:

.....

.....

.....

الجزء الثاني: الإلحاح السلبي

(الميل للتصرف بتهور استجابةً للمشاعر السلبية الشديدة)

الرقم	الفقرة	مدى السلامة اللغوية		مدى الانتماء للمجال	
		سليمة	بحاجة إلى تعديل	منتمة	غير منتمة
*5	عندما أشعر بالسوء، أقوم بعمل أشياء أندم عليها لاحقاً من أجل أن أشعر بتحسن الآن.				
*6	عندما أشعر بالسوء لا أستطيع أن أوقف ما أفعله حتى لو جعلني ذلك أشعر بالسوء أكثر.				
*7	عندما أغضب أتصرف دون تفكير.				
*8	عندما أشعر بالرفض أقول أشياء أندم عليها لاحقاً.				

مقترحات:

.....

.....

.....

الجزء الثالث: البحث عن المغامرة

(الميل للبحث عن تجارب جديدة ومثيرة)

الرقم	الفقرة	مدى السلامة اللغوية		مدى الانتماء للمجال	
		سليمة	بحاجة إلى تعديل	منتمية	غير منتمية
*9	أستمتع بالقيام بالأعمال الخطرة.				
*10	أرحب بالتجارب والأحاسيس الجديدة والمثيرة وإن كانت مخيفة قليلا وغير تقليدية.				
*11	أحب أن أتعلم قيادة الطائرة.				
*12	أستمتع بالألعاب الخطرة والسريعة.				

مقترحات:

.....

.....

.....

الجزء الرابع: عدم المثابرة

(عدم القدرة على الاستمرار في التركيز على مهمة)

الرقم	الفقرة	مدى السلامة اللغوية		مدى الانتماء للمجال	
		سليمة	بحاجة إلى تعديل	منتمية	غير منتمية
13	أنزعج من المهام غير المنتهية.				
14	عندما أبدأ بعمل ما، أكره التوقف عنه.				
15	أحب متابعة النشاط حتى يتم الانتهاء منه.				

				أنهي ما أبدأ به.	16
--	--	--	--	------------------	----

مقترحات:

.....

.....

.....

الجزء الخامس: الإلحاح الإيجابي

(الميل للتصرف بتهور استجابةً للمشاعر الإيجابية الشديدة)

الرقم	الفقرة	مدى السلامة اللغوية		مدى الانتماء للمجال	
		سليمة	بحاجة إلى تعديل	منتمية	غير منتمية
*17	عندما أكون سعيداً أتصرف دون تفكير.				
*18	يشعر الآخرون بالقلق والانعراج من الأشياء التي أفعلها عندما أتحمس بشكل كبير.				
*19	أفقد السيطرة على نفسي عندما أكون في مزاج جيد.				
*20	عندما أكون في مزاج ممتاز أميل لوضع نفسي في مواقف من الممكن أن تسبب لي مشاكل.				

مقترحات:

.....

.....

.....

ملحق (ح)

نتائج تحكيم مقياس الاندفاعية

النتيجة	بعد التحكيم		قبل التحكيم		البعد
	مضمون الفقرة	الرقم	مضمون الفقرة	الرقم	
-	أفكر بعواقب الأمور قبل القيام بها.	1	أفكر بعواقب الأمور قبل القيام بها.	1	علم وجود تخطيط مسبق
صياغة	أحرص على الإلمام بجميع جوانب المهمة قبل القيام بها.	2	أفضل التوقف والتفكير ملياً بالمهمة قبل القيام بها.	2	
-	أستطيع تحديد الهدف/الغاية من المهمة التي أقوم بها.	3	أستطيع تحديد الهدف/الغاية من المهمة التي أقوم بها.	3	
صياغة	أنا شخص حذر.	4	أفكر بحذر قبل القيام بأي شيء.	4	
إضافة	أنجز المهمات بالوقت المحدد.	5			
إضافة	أقاطع الآخرين.	6			
صياغة	شعوري بالضيق يدفعني لعمل أشياء تريحني الآن وأندم عليها لاحقاً.	7	عندما أشعر بالسوء، أقوم بعمل أشياء أندم عليها لاحقاً من أجل أن أشعر بتحسن الآن.	5	الإحاح السلبي
صياغة	أستمر بالقيام بالأعمال التي تشعرنني بالضيق.	8	عندما أشعر بالسوء لا أستطيع أن أوقف ما أفعله حتى لو جعلني ذلك أشعر بالسوء أكثر.	6	
-	عندما أ غضب أتصرف دون تفكير.	9	عندما أ غضب أتصرف دون تفكير.	7	
حذف			عندما أشعر بالرفض أقول أشياء أندم عليها لاحقاً.	8	
إضافة	شعوري بالضيق يزيد من حجم الخلاف.	10			
إضافة	أخذ قرارات خاطئة عندما أشعر بالضيق.	11			
-	أستمتع بالقيام بالأعمال الخطرة.	12	أستمتع بالقيام بالأعمال الخطرة.	9	البحث عن المغامرة
صياغة	أميل للبحث عن تجارب جديدة وممتعة.	13	أرحب بالتجارب والأحاسيس الجديدة والمثيرة وإن كانت مخيفة قليلاً وغير تقليدية.	10	
حذف			أحب أن أتعلم قيادة الطائرة.	11	
-	أستمتع بالألعاب الخطرة والسريعة.	14	أستمتع بالألعاب الخطرة والسريعة.	12	
إضافة	أميل للبحث عن الأفكار الغريبة وغير المألوفة.	15			
إضافة	أشاهد أفلام الرعب.	16			
-	أنزعج من المهام غير المنتهية.	17	أنزعج من المهام غير المنتهية.	13	علم المثابرة
صياغة	أكره التوقف عن عمل قد بدأت به.	18	عندما أبدأ بعمل ما، أكره التوقف عنه.	14	
صياغة	عندما أشارك في الأنشطة سرعان ما أربح بالتراجع عنها.	19	أحب متابعة الأنشطة حتى يتم الانتهاء منها.	15	
حذف			أنهي ما أبدأ به.	16	
إضافة	أفضل المهمات التي تنتهي بسرعة.	20			
إضافة	أقوم بتأدية المهمات بشكل دقيق.	21			
إضافة	أستمر في إطلاق الأحكام.	22			
-	عندما أكون سعيداً أتصرف دون تفكير.	23	عندما أكون سعيداً أتصرف دون تفكير.	17	الإحاح الإيجابي
صياغة	عندما أتحمس بشكل كبير يشعر الآخرون بالقلق والانتعاج.	24	يشعر الآخرون بالقلق والانتعاج من الأشياء التي أفعلها عندما أتحمس بشكل كبير.	18	
صياغة	أفقد السيطرة على انفعالاتي عندما أكون سعيداً.	25	أفقد السيطرة على نفسي عندما أكون في مزاج جيد.	19	
حذف			عندما أكون في مزاج ممتاز أميل لوضع نفسي في مواقف من الممكن أن تسبب لي مشاكل.	20	
إضافة	أستغرب من الأشياء التي أفعلها عندما أكون في مزاج جيد وأعتبرها حماقات.	26			
إضافة	أشعر بأن التجاوزات مقبولة عندما أكون سعيداً.	27			

ملحق (ط)

أسماء محكمي البرنامج

اسم المحكم	الرتبة العلمية- التخصص	مكان العمل
1 الدكتور قاسم سمور	أستاذ مشارك- إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
2 الدكتورة أسماء الإبراهيم	أستاذ مشارك- إرشاد نفسي	جامعة آل البيت
3 الدكتورة حنان الشقران	أستاذ مشارك- إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
4 الدكتور فراس قريطع	أستاذ مساعد- إرشاد نفسي	جامعة اليرموك
5 الدكتور حمزة ربابعة	أستاذ مساعد- علم نفس تربوي	جامعة اليرموك
6 الدكتور علي جروان	مدرس- إرشاد نفسي	جامعة اليرموك

ملحق (ي)

البرنامج الإرشادي بصورته النهائية



جامعة اليرموك

كلية التربية

قسم علم النفس الإرشادي والتربوي

برنامج العلاج القصصي

Therapeutic Storytelling Program

إعداد الطالبة

نور أحمد بحر العيدة

إشراف الدكتور

أحمد عبدالله محمد الشريفين

استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية، تخصص الإرشاد النفسي

الفصل الدراسي الصيفي

2019

الأساس المرجعي للبرنامج

تم تطوير البرنامج بالاستناد إلى أسلوب العلاج القصصي (Therapeutic Storytelling) الذي قدمه جاردنر (Gardner, 1986)، باعتباره أسلوباً أخلاقياً يراعي كيان المسترشد ويجنبه المواجهة، والقلق الناتج عن العملية الإرشادية بأكبر قدر ممكن، بالإضافة لما قدمه سليفنسيك وسليفنسيك (Slivinske & Slivinske, 2014) من أساليب لتخصيص العلاج القصصي للمراهقين، كما تم الاستعانة بما أدخله من استخدام الأسئلة العلاجية المنظمة في العلاج القصصي وفقاً لما قدمه مايكل وايت، وديفيد إبستون (White & Epston, 1990) في علم النفس السردي (Narrative Psychology)؛ لتمكين المسترشد من فهم وتحديد القضايا المهمة، ومن ثم إعادة صياغة الاتجاهات والنتائج الأكثر إيجابية، وتكوين القصة الشخصية البديلة بطرق علمية منظمة.

كما تم الاستفادة من مبادئ وتطبيقات الإرشاد الجماعي وبرامجه المختلفة كما قدمها (ستشيميل، جاكوبز، هارفيل وماسون، 2015؛ كوري، 2017؛ الليل، 2001)، إذ قامت الباحثة بدمجها مع مبادئ وافتراضات أسلوب العلاج القصصي. كما تم الاستعانة بما قدمه الدليل المرجعي للأنشطة الترفيهية للدعم النفسي والاجتماعي الصادر عن الأونروا (2017) وتضمين أنشطته في البرنامج بما يتفق مع مبادئ البرنامج وأهدافه.

المفاهيم الرئيسية في البرنامج

يتضمّن البرنامج عدداً من المفاهيم الرئيسية التي حددها جاردنر (Gardner, 1986)،

وهي:

القصة الشخصية: وهي القصة التي ترويها المسترشدة، وتتضمن شكلين:

القصة التقديمية: هي أول قصة شخصية ترويها المسترشدة في الجلسات الأولى، وتمثل الصورة التي تحملها عن نفسها.

القصة البديلة: هي القصة الشخصية التي ترويها المسترشدة بعد رواية القصة العلاجية من قبل المرشدة في المرحلة الرابعة من طرح الأسئلة العلاجية، والتي تتضمن التغيرات التي أدت إليها القصة العلاجية.

القصة العلاجية: هي القصة التي ترويها المرشدة استناداً لمحاور القصص الشخصية التقديمية للمسترشدات وشخصياتها وظروفها، لكنها تكون باتجاه مختلف؛ أي بدون استخدام النمط المرصّي (السلوكات والأفكار والمشاعر المرصّية).

الافتراضات الأساسية للبرنامج

- رواية القصص يمكن أن تمارس علاجياً لعلاج المسترشدات اللواتي يعانين من مشاكل نفسية مختلفة.

- المسترشدات لا يستمتعن فقط في الاستماع للقصص بل وإعادة روايتها.

- الرسائل المتضمنة في القصص يتلقاها العقل اللاواعي ومن الممكن أن يتلقاها العقل الواعي.

- المسترشدة فعّالة في مجال حياتها الخاصة، وتستطيع إدراك وجهات النظر الأخرى والاحتمالات العديدة للمواقف.
- القصص الشخصية تعكس مفهوم الذات لدى المسترشدات.
- بناء القصص الشخصية أمر رئيسي في العلاج القصصي، ويساهم في فهم المسترشدات لذواتهن والبيئة.
- تؤثر القصص الشخصية على حياة كل مسترشدة وفهمها لذاتها وتفاعلاتها مع الآخرين؛ إيجاباً أو سلباً وفقاً لمحتوى تلك القصة.
- القصص الشخصية التي ترويها المسترشدات ليست دقيقة دائماً؛ فالقصص تتأثر في الفترة الراهنة لروايتها من حيث: الاختلاف في مدى إدراك المسترشدة للأحداث، والتفاوت في مستويات النمو بين المسترشدات، والآراء الذاتية لهن في تلك الفترة.
- تواجه بعض المسترشدات صعوبات في التعرف على مشكلاتهن، وحلها، والتعبير عن مشاعرهن بشكل مباشر، لكن يصبحن قادرات على ذلك بالاستناد إلى الشخصيات في القصة العلاجية.
- المسترشدات يصلن لنقاط قوتهن من خلال رواية القصص الشخصية الخاصة بهن.
- اختيار القصص العلاجية التي ترتبط بحاجات كل مسترشدة يلعب دوراً رئيسياً في نجاح العملية العلاجية.
- تبدأ القدرة على كتابة السيرة الذاتية للفرد في مرحلة المراهقة.
- المجموعة الإرشادية للمراهقات، تشكل بيئة آمنة نسبياً بالنسبة لهن.

الأهداف العامة للبرنامج

- تبادل القصص الشخصية للمسترشدات مع شخصيات القصة العلاجية، وبذلك خفض اضطراب الشره العصبي وخفض الاندفاعية لدى المسترشدات.
- تطوير مفهوم ذات إيجابي لدى المسترشدات، وتشكيل هوية شخصية أكثر فاعلية وكفاءة.
- تحسين مستوى الصحة النفسية لدى المسترشدات.
- مساعدة المسترشدات في السيطرة على السلوكات والانفعالات غير المرضية.
- إعادة بناء تصورات المسترشدات عن الحياة وجعلها واقعية وأكثر إيجابية.

الأهداف الخاصة للبرنامج

- إيجاد جو من الألفة والمودة قائم على أساس الرعاية والمشاركة والتشجيع.
- تأسيس علاقة قائمة على الثقة مبنية على أساس الفهم العميق.
- تنمية القدرة على التواصل والتفاعل بين المرشدة والمسترشدات وبين المسترشدات أنفسهن.
- مساعدة المسترشدات في التعبير عن أفكارهن ومشاعرهن بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.
- تحقيق الفهم العميق لسلوكيات وأفكار ومشاعر المسترشدات، من خلال التفسيرات الميسرة التي يمكن تقديمها، والتي تعتبر مرنة تناسب مرحلتهم العمرية، ومن خلال وسائل التعبير عن الذات المستخدمة في العلاج القصصي (القص، الرسم، الكتابة...).
- اكتشاف السياق الثقافي الخاص بكل مسترشدة وبمشكلتها، ودور ذلك في خلق المشكلة.
- مساعدة المسترشدات على إدراك وجود خيارات عديدة يمكن إحلالها مكان الخيارات التي تم اختيارها وتسببت في المشكلة.

- إعطاء كل مسترشدة نظرة مستقبلية لعواقب قراراتها.

- رفع مفهوم الذات لدى المسترشدات.

- تقييم البرنامج وجلساته.

الاعتبارات العملية للبرنامج

الفئة المستهدفة: الطالبات المراهقات من صفوف السادس، والسابع، والثامن، والدارسات في مدرسة جفين الثانوية للبنات.

حجم المجموعة: عدد المشاركات في كل مجموعة هو (15) مشاركة.

نظام العضوية: نظام العضوية في المجموعة اختياري وهو من النوع المغلق.

قيادة المجموعة: قائدة المجموعة باحثة في مجال الإرشاد النفسي، تحمل درجة البكالوريوس في الإرشاد النفسي، وحاصلة على العديد من الدورات والشهادات في مجال الإرشاد النفسي ومجال التنمية البشرية.

مكان انعقاد الجلسات: تحدد مكان انعقاد الجلسات في مكتبة مدرسة جفين الثانوية بشكل رئيسي والمزودة بكراسي مريحة، ونظام إضاءة، وتدفئة، وتهوية مناسبة، ويمكن التحكم بها، بالإضافة لعقد عدد من الجلسات في غرفة الفيديو التابعة للمدرسة والمزودة بلوح ذكي لعرض تسجيلات الفيديو يخدم احتياجات البرنامج (ملحق 1).

مدة البرنامج: (26) جلسة، جلستان في الأسبوع، مدة كل جلسة (60) دقيقة.

الأساليب المتبعة

1- استخدام الأسئلة العلاجية ؛ لتمكين المسترشدات من فهم، وتحديد القضايا المهمة، ومن ثم إعادة

صياغة الاتجاهات والنتائج الأكثر إيجابية، ويتم ذلك على أربعة مراحل، وهي:

المرحلة الأولى: يتم طرح أسئلة مباشرة حول الشخصيات في القصة ومشاكلهم، مما يسمح بتوجيه

تفكير المسترشدات بعيداً عن مشكلاتهم الخاصة، ويمكن للمسترشدات المشاركة في طرح الأسئلة

وتبادل الإجابات.

المرحلة الثانية: تُطرح أسئلة تتعلق بشخص ما يعرفه ويكون لديه مشكلة مشابهة، مما يسمح

بالقرب من تلك المشكلة بذاتها والبعد عن ارتباط ذواتهم بالمشكلة، وأطلق على هذه المرحلة "مرحلة

الترميم".

المرحلة الثالثة: يتم مناقشة القضايا ذات الصلة بحياة المسترشدات، حيث يتم تقديم سؤال محدد

حول التشابه بين حال كل مسترشدة وحال شخصيات القصة (وهذا يتطلب درجة معينة من كشف

ذات المسترشدات)، ثم يتم تقديم عدة أسئلة تعكس محاور ينبغي أن تركز عليها المسترشدة.

المرحلة الرابعة: تحتوي على أعلى درجات كشف الذات والحياة الخاصة بالمسترشدة، يتم الطلب

منها أن تقوم برواية قصتها (القصة البديلة) ووضع نهاية لها من خلال الكتابة أو الحديث أو

الرسم أو غير ذلك.

2- تخصيص القصة؛ لجعلها ملائمة للمسترشدات، من خلال:

- تضمين اسم المسترشدة على قصص وأنشطة شخصية.

- تضمين أسماء الأصدقاء/ الأهل/ الحيوانات الأليفة وفق الحاجة.

- جنس الشخصية النصية.

- مناسبة السياق الثقافي للشخصيات في القصة مع السياق الثقافي للمسترشدات.
- إضافة تفاصيل حول المسترشدة: لون العيون، الطول، لون البشرة، وأي سمات شخصية.
- تضمين الأنشطة والهوايات التي تستمتع بها المسترشدة.
- إضافة تفاصيل حول الأماكن والأحداث التي كانت مركزية في حياة المسترشدات.
- دمج نقاط القوة والتحديات الخاصة بالشخصيات في حبكة القصة بحيث تعكس ظروف حياة المسترشدات.

- إدراج قصاصات فنية/صور لشخصيات مشهورة تشكل اهتمام المسترشدات.
- 3- التسجيل المرئي:** استخدام تسجيل الفيديو (المرئي)؛ حيث يطلب من المسترشدات الاستماع بشكل متكرر للتسجيلات المرئية (الفيديو) كواجب بيتي؛ لتحقيق الوعي بجوانب القصة التقدمية، وتمكين محاور القصة العلاجية، وملاحظة التحسن بعد الاستماع للقصة البديلة (يمكن تخصيص جلسات للاستماع للتسجيلات، حسب الحاجة).
- 4- استخدام الطرق القائمة على الفنون التعبيرية** (الرسم، الدراما، كتابة الخواطر أو الأغاني، وغيرها).

دور المرشدة

- عمل مقابلات مبدئية والتأكد من قدرة المسترشدات على الانضمام للبرنامج القصصي، من خلال التأكد من قابليتهن لسماع القصص، وأنهن لسن من ذوي الخيال الواسع، ولسن ذهانيات، وبقية الشروط الخاصة بالانضمام لأي برنامج إرشادي جمعي.
- إجراء تقييم نفسي للمسترشدات واستكشاف دافعيتهن ونحو التغيير.

- تشجيع المسترشديات على رواية قصصهن الشخصية (التقدمية)، ومن الممكن أن تبدأ المرشدة في رواية/ كتابة القصة لذلك الغرض (موضح بالتفصيل في سير الجلسات).
- توجيه رواية القصص العلاجية للجوانب المستهدفة في البرنامج إن دعت الحاجة لذلك.
- التعرف على الأشخاص المهمين في حياة المسترشدة؛ للتمكن من تحليل القصة بأعلى درجة من الدقة.
- مساعدة المسترشديات على رواية قصصهن الشخصية (التقدمية) بطريقة جيدة من خلال مساعدتهن على تحديد آمالهن ورغباتهن ومبولهن ونقاط القوة لديهن لخلق اتجاهات أكثر إيجابية.
- بعد استماع المرشدة للقصص التقدمية، تقوم بتحليل القصص وتفكيكها؛ لإضفاء طابع الخارجية لها وتجسيدها (جعل المشكلة هي المشكلة وليست المسترشدة هي المشكلة)، ومن ثم تحديد المحاور المهمة في القصص والتي تتضمن السلوكيات والأفكار والمشاعر غير الصحيحة والتي تتسبب في المشكلة.
- اكتشاف السياق الثقافي للمسترشديات ولمشكلاتهن، ودوره في خلق المشكلة.
- تقييم العوامل المؤثرة في الفترة الحالية لرواية القصة الشخصية التقدمية (من مدى إدراك الفرد للأحداث، والتفاوت في مستويات النمو، والآراء الذاتية في تلك الفترة) وأخذها بعين الاعتبار عند تحليل القصص.
- تحديد مدى استخدام الواقع أو الخيال في بناء القصص العلاجية بناءً على تقييم رغبة المسترشديات في ذلك.
- تطوير القصص العلاجية بالاستناد إلى المحاور التي تم تحديدها من القصص التقدمية؛ لتقديمها في الجلسات العلاجية.

- تخصيص القصة العلاجية بما يتلاءم مع حاجات كل مسترشدة.
- على المرشدة الدور الرئيسي في طرح الأسئلة العلاجية وفق مراحلها على المسترشديات أثناء الجلسات، وبها يسلط الضوء على النقاط المهمة في القصص ويزيد وعي المسترشديات بها.
- قد تكون المرشدة هي الشخصية التي عانت من المشكلة " خبرة سابقة لشخص ما" (في المرحلة الثانية من طرح الأسئلة)، وهذا يعتبر إيجابياً للمسترشديات المراهقات على وجه الخصوص ويزيد من ثقتهن في المرشدة.
- تقديم تفسيرات للمسترشديات لتحقيق الفهم العميق لسلوكياتهن وأفكارهن ومشاعرهن، وللمشكلة.
- تسجيل الجلسات الإرشادية مرئياً واستخدامها في البرنامج.

ملخص البرنامج

استند هذا البرنامج لأسلوب العلاج القصصي، وتألف من (26) جلسة، جلستان أسبوعياً، وكانت مدة كل جلسة (60) دقيقة، وطبق البرنامج على عينة مكونة من (15) طالبة مراهقة ممن تراوحت أعمارهن بين (11- 13) عاماً؛ أي في صفوف السادس والسابع والثامن الأساسي، والدارسات في مدرسة جفين الثانوية للبنات، امتدت فترة التطبيق بين 2019/2/20م و 2019/5/30م، في الفصل الدراسي الثاني لعام 2018/2019م.

ملخص جلسات البرنامج

رقم الجلسة	اسم الجلسة	مدة الجلسة	أهداف الجلسة
-	المقابلات المبدئية	60 دقيقة	<p>الهدف الرئيسي: التأكد من أن الطالبات اللواتي تم تطبيق الأدوات عليهن ووجدت مؤشرات اضطراب الشره العصبي ومؤشرات الاندفاعية لديهن يصلحن للانضمام لبرنامج العلاج القصصي.</p> <p>7. التأكد من رغبة الطالبة وقبولها للاستماع للقصص بشكل عام.</p> <p>8. التأكد بأن الطالبة ليست من ذوي الخيال الواسع جداً (الخيال الوهمي).</p> <p>9. تعريف الطالبة بالبحث الذي تقوم به المرشدة (الباحثة) وبالبرنامج العلاجي.</p> <p>10. تعريف الطالبة بحقوقها في الانضمام والمشاركة في البحث، والبرنامج على وجه الخصوص.</p> <p>11. أخذ الموافقة الطوعية من الطالبة وولي الأمر على الانضمام للبرنامج العلاجي.</p> <p>12. التأكد من قدرة الطالبة على مشاركة الآخرين الحديث والتفاعل معهم.</p>
1	التعارف وبناء الثقة	60 دقيقة	<p>8. التعارف وبناء الألفة بين المرشدة والمسترشديات وبين المسترشديات أنفسهن.</p> <p>9. التعرف على توقعات المسترشديات من البرنامج العلاجي.</p> <p>10. التعرف على الأهداف وتوضيحها.</p> <p>11. تحديد مسؤوليات كل من المرشدة والمسترشديات، وتوضيح دورهم في نجاح العملية العلاجية.</p> <p>12. وضع قواعد العمل في المجموعة.</p> <p>13. توضيح ماهية الأسلوب العلاجي دون الإشارة للمشكلة.</p> <p>14. توضيح ماهية استراتيجية التسجيل المرئي وأهميتها وأخذ موافقة خطية عليها.</p>
2	استمرار بناء الثقة، ورواية القصص التقديمية (1)	60 دقيقة	<p>8. مواجهة الخوف والقلق الذي يبرز لدى المسترشديات في هذه المرحلة.</p> <p>9. التعامل مع انخفاض ثقة المسترشديات في هذه المرحلة.</p> <p>10. التعرف على المسترشديات بدرجة أعمق.</p> <p>11. التعرف على الأفراد المهمين في حياة المسترشدة.</p> <p>12. التعرف على الإطار الثقافي الخاص بكل مسترشدة وبمشكلتها.</p> <p>13. بدء الاستماع للقصص التقديمية.</p> <p>14. تحليل القصص وتحديد محاورها لتطوير القصص العلاجية.</p>
3-4-7-6-5	ورواية القصص	60 دقيقة	<p>6. التعرف على المسترشديات بدرجة أعمق.</p> <p>7. التعرف على الأفراد المهمين في حياة المسترشدة.</p> <p>8. التعرف على الإطار الثقافي الخاص بكل مسترشدة وبمشكلتها.</p>

9. الاستماع للقصص التقديمية لباقي المسترشدات. 10. الاستعداد لتحليل القصص وتحديد محاورها لتطوير القصص العلاجية.	لكل جلسة	التقديمية (2)	
6. استماع المسترشدات بشكل فعال للقصة العلاجية. 7. تحقيق الوعي لدى المسترشدات بخيارات حياتهن السلبية (سلوكات، مشاعر، أفكار...) في المشكلة. 8. توفير أكبر قدر ممكن من البدائل والحلول الإيجابية للمسترشدات. 9. التأكد من فهم المسترشدات للقصص العلاجية وعلاقتها بالقصص التقديمية. 10. رواية القصة البديلة المبدئية.	60 دقيقة لكل جلسة	القصة العلاجية 1-2-3- 4-5-6-7	8و9- 10و11- 12و13- 14و15- 16و17- 18و19- 20و21
6. تمكين محاور القصص العلاجية. 7. تطوير مفهوم ذات إيجابي لدى المسترشدات. 8. الحصول على القصة البديلة النهائية. 9. الكشف عن التحسن لدى المسترشدات أو عدمه. 10. التمهيد لختام البرنامج العلاجي.	60 دقيقة لكل جلسة	الاستماع للتسجيلات المرئية وبناء القصة البديلة النهائية.	22-23
6. التمهيد لختام البرنامج العلاجي. 7. التعامل مع مشاعر المسترشدات وخاصة قلق الانفصال. 8. تعزيز مفهوم الذات الإيجابي لدى المسترشدات. 9. تقييم البرنامج الإرشادي. 10. التأكيد على المتابعة.	60 دقيقة	الجلسة ما قبل النهائية	24
4. تطبيق القياس البعدي. 5. الاتفاق مع المسترشدات على موعد تطبيق قياس المتابعة. 6. تكريم المسترشدات لانضمامهن للبرنامج وعلى كافة جهودهن.	60 دقيقة	الجلسة النهائية.	25
6. مناقشة الخبرات الجديدة التي تعرضت لها المسترشدات. 7. معرفة نتائج العملية العلاجية ومدى فعاليتها. 8. التعرف على ممارسات المسترشدات بعد انتهاء البرنامج. 9. التعرف على الصعوبات التي واجهت المسترشدات بعد انتهاء البرنامج. 10. الاستماع لمواقف النجاح والتقدم.	60 دقيقة	متابعة	-

إعداد أعضاء المجموعة (المقابلات المبدئية)

تم عمل مقابلة مبدئية لكل طالبة من الطالبات اللاتي تم تطبيق مقياس الشره العصبي، ومقياس الاندفاعية عليهن، وحصلن على مؤشرات مرتفعة على كلا المقياسين، وذلك لعدة أهداف:
الهدف الرئيسي: التأكد من أن الطالبات اللاتي تم تطبيق الأدوات عليهن ووجدت مؤشرات اضطراب الشره العصبي، ومؤشرات الاندفاعية لديهن يصلحن للانضمام لبرنامج العلاج القصصي.

الأهداف الفرعية:

- 1- التأكد من رغبة الطالبة وقبولها للاستماع للقصص بشكل عام.
- 2- التأكد بأن الطالبة ليست من ذوي الخيال الواسع جداً (الخيال الوهمي).
- 3- تعريف الطالبة بالبحث الذي تقوم به المرشدة (الباحثة) وبالبرنامج العلاجي.
- 4- تعريف الطالبة بحقوقها في الانضمام والمشاركة في البحث، والبرنامج على وجه الخصوص.
- 5- أخذ الموافقة الطوعية من الطالبة وولي الأمر على الانضمام للبرنامج العلاجي.
- 6- التأكد من قدرة الطالبة على مشاركة الآخرين الحديث والتفاعل معهم.
- 7- التأكد من رغبة الطالبة في مساعدة الآخرين والتعاون معهم.
- 8- الإجابة عن استفسارات الطالبة.

الأساليب المستخدمة:

الحوار والمناقشة، طرح الأسئلة، رواية مشهد قصصي لتحديد نوع الخيال، استخدام الأنشطة
(نشاط قصص توضيحية (Illustrative stories)).

المواد والأدوات اللازمة:

ورق أبيض، أقلام وألوان، نماذج الموافقة على الانضمام للمجموعة.

إجراءات الجلسة:

1) استقبال الطالبة والتعرف عليها بعد تطبيق الأدوات ووجود مؤشرات اضطراب الشره العصبي

ومؤشرات الاندفاعية لديها.

أ- تم استقبال الطالبة عند دخولها من الباب (فقط في هذه الجلسة)، والترحيب بها

ومصافحتها وإبراز الاحترام لها.

ب- ثم تم التعرف عليها والتعريف عن النفس بشكل عام، وتعزيز تلبيتها في المجيء

للجلسة.

2) التأكد من قابلية الطالبة للاستماع للقصص ورغبتها في ذلك، والعمل على زيادة قابليتها

للتعبير من خلال القصص باستخدام نشاط "قصص توضيحية (Illustrative stories)".

أ- تم استثمار الفترة التي يتم الحديث بها عن مواضيع عامة لزيادة الألفة بين المرشدة

والطالبة واستخدام موضوع القصص -في عمومه- للتأكد من قابلية الطالبة للاستماع

للقصص وأفكارها نحوها؛ وذلك بسؤالها:

- هل استمعت/ قرأت/ رويت القصص من قبل؟

- ما رأيك في القصص عموماً؟

- ما الذي تحببته/ تكرهينه في سماع القصص/ روايتها؟

(يجب التوقف عند هذه المرحلة في حال كانت الطالبة لا ترغب في الاستماع للقصص، وفي حال

كانت ترفض ذلك لبعض الأفكار الخاطئة من الممكن محاورتها حول الأسباب ومحاولة إزالة تلك

الأفكار. لكن لم تتواجد أي من الحالتين في البرنامج وكان لدى جميع الطالبات قابلية للاستماع للقصص).

ب- تم استخدام نشاط "قصص توضيحية (Illustrative stories)"؛ لزيادة ثقة الطالبة بنفسها في التعبير باستخدام قصة (قصة معروفة)، وتم تطبيق النشاط بالخطوات التالية:

■ قامت المرشدة برواية قصة من القصص المعروفة (كاملة/مختصرة) والتي تعرفها الطالبة (مثل: سباق الأرنب والسحفاة، نوادر جحا، قصص من السيرة النبوية، سندريلا، الأميرة النائمة، أليس في بلاد العجائب). [نوعت المرشدة بالقصص التي روتها للطالبات].

■ بعد رواية القصة، تم إعطاء الطالبة الأوراق والأقلام والألوان لتقوم باستخدامها إذا رغبت.

■ ثم طُلب من الطالبة أن تتحدث عن الأجزاء التي أعجبتها من القصة وأن تقوم بوصفها، مع إمكانية رسم أو كتابة تلك الأجزاء. (قامت كل الطالبات بتنفيذ هذه الخطوة، وقامت طالبة واحدة فقط من الصف السادس باستخدام الرسم وأتبعته ذلك بقول: "أحلى فرحة لما بتعمل اشي الناس ما بتتوقعه منك" (ملحق 2)).

■ ثم تم سؤال الطالبة حول شعورها نحو إمكانية التعبير عن النفس بهذه الطريقة (عبرت بعض الطالبات بأن ذلك شيء ممتع).

3) التأكد من أن الطالبة ليست من ذوي الخيال الواسع جداً (الخيال الوهمي):

أ- طُلب من الطالبة أن تُولف قصة قصيرة لشخصية تريد الذهاب في رحلة لمكان ما.

ب- تم تحليل الأحداث، والشخصيات، والظروف المكانية، والزمانية في القصة من حيث

مدى اتصالها مع الواقع (هل هي مستمدة من الواقع أم لا).

ج- تم تحديد أربعة أبعاد للقصة (الأحداث، والشخصيات، والظروف المكانية، والظروف الزمانية)، واعتماد وجود بُعدين غير متصلين مع الواقع على الأقل مَحَكًا لاستبعاد الطالبة من البرنامج. [لم توجد أي طالبة ممن يمتلكن خيالاً وهمياً، لذا لم يتم استبعاد أي طالبة]

4) اطلاع الطالبة على هدف الباحثة من إجراء البرنامج الإرشادي، وتعريفها به، وبكيفية حماية المعلومات الخاصة بالمشاركين فيه.

أ- تم إخبار الطالبة بأن الباحثة تريد القيام ببحث تختبر فيه فاعلية أسلوب إرشادي في تنمية بعض المهارات الشخصية لدى الطالبة في مرحلتها العمرية، وذلك يتطلب منها الالتقاء بعدد معين من الطالبات وعمل بعض الأنشطة معهن، وأنه لن تقوم بأخذ أي بيانات شخصية تدل على هوية الطالبة، وأنها فقط تريد استخدام استجاباتهن على الأنشطة وبعض المعلومات لأغراض البحث العلمي.

ب- تم تعريفها بأن البرنامج الإرشادي هو لتنمية بعض المهارات الشخصية للأفراد (مثل: القدرة على التواصل مع الآخرين، تنظيم المهمات الشخصية، الاعتماد على الذات، وغيرها...)، والتي يحتاجها جميع الأفراد من أجل عيش حياة أفضل، ومن أجل أن يشعر بأنه شخص جيد وقادر على أداء العديد من المهمات، فينظر لنفسه وينظر إليه الآخرون بنظرة إيجابية.

ت- تم التأكيد على أن المعلومات التي ستقدمها أي مشاركة والتي سيتم تضمينها في البحث ستحاط بأكبر درجة ممكنة من السرية، بحيث لن يطلع عليها أحد سوا الباحثة خلال فترة البحث، وما سيتم ذكره في البحث لن يرفق به أي معلومات شخصية تشير إلى هوية الطالبة المشاركة في البرنامج، وللتأكد من ذلك من الممكن لمن ترغب أن تحصل على نسخة من معلومات البحث التي تم استخدامها والتأكد من أي شكوك تراودها.

5) تعريف الطالبة على حقوقها في الانضمام والمشاركة في البحث، والبرنامج على وجه الخصوص.

تم تعريف الطالبة بحقوقها في الانضمام، والتي تتضمن:

- أن تكون ملمةً في محتوى البحث (وقد تم إخبارها به).
- أنها حرة الإرادة في الموافقة أو رفض الانضمام للبرنامج، ولا أحد يجبرها على ذلك.
- إمكانية انسحابها وقت ما تشاء، إذا رأت أنها لا ترغب بالاستمرار.
- أنها هي التي تتحكم في مدى الإفصاح عن معلوماتها الخاصة.
- أن لا يؤثر انضمامها على سير دراستها وأن لا يكون على حساب حصصها الأكاديمية.

6) أخذ الموافقة الطوعية من الطالبة وولي الأمر على الانضمام للبرنامج العلاجي.

أ- تم تخيير الطالبة في قبولها الانضمام للمجموعة بعد ذلك؛ ثم أخذ الموافقة بشكل خطي (ملحق 3). (رفضت ثلاث طالبات الانضمام للبرنامج، معبرات عن عدم رغبتهن في المشاركة، وبعد السؤال عن الأسباب أشرن إلى كونها عدم رغبة منهن فقط ولا ترتبط بالباحثة أو طبيعة البرنامج، وتم احترام رغبتهن في ذلك وشكرهن على صراحتهن).

ب- تم إعطاء الطالبة نموذج موافقة ولي الأمر (ملحق 4) بعد أخذ الموافقة الخطية منها.

7) التأكد من قدرة الطالبة على مشاركة الآخرين الحديث، والتفاعل معهم، ومن رغبتها في مساعدتهم إن دعت الحاجة.

تعتبر القدرة على مشاركة الآخرين الحديث، والرغبة في مساعدتهم، من الأمور التي يفضل تواجدها في البرنامج بشكل عام، لكنها ليست شرطاً تستبعد الطالبة لأجله، لذلك تم سؤال

الطالبة عن إذا ما كانت ترغب في مشاركة الآخرين الحديث وعن رغبتها في مساعدتهم إن احتاج أحدهم للمساعدة بشكل صريح وتم تعزيز ذلك عندما كان ردها إيجاباً.

(8) الإجابة عن أي استفسارات والإنهاء.

أ- تم سؤال الطالبة عن أي استفسارات للإجابة عنها (البعض استفسر عن مدى البرنامج وتم تزويده بذلك، والبعض استفسر عن الأعضاء الآخرين، والبعض الآخر استفسر عن موعد بدء البرنامج)

ب- تم تلخيص الجلسة والتأكيد على النقاط التي ذكرت بشكل مختصر والتمهيد للإنهاء بذلك، وإعلامها بموعد ومكان الجلسة القادمة (الجلسة الأولى)، والترحيب بها بكونها عضواً في البرنامج العلاجي، وتوديعها.

جلسات البرنامج

الجلسة الأولى: التعارف وبناء الثقة

أهداف الجلسة:

- 1- التعارف وبناء الألفة بين المرشدة والمسترشديات وبين المسترشديات أنفسهن.
- 2- التعرف على توقعات المسترشديات من البرنامج العلاجي.
- 3- التعرف على الأهداف وتوضيحها.
- 4- تحديد مسؤوليات كل من المرشدة والمسترشديات، وتوضيح دورهم في نجاح العملية العلاجية.
- 5- وضع قواعد العمل في المجموعة.
- 6- توضيح ماهية الأسلوب العلاجي دون الإشارة للمشكلة.
- 7- توضيح ماهية استراتيجية التسجيل المرئي وأهميتها وأخذ موافقة خطية عليها.

الأساليب المستخدمة:

الحوار والمناقشة، طرح الأسئلة، استخدام الأنشطة (نشاط الورقة المتقلصة (Shrink paper)،
نشاط لوضع القواعد)

المواد والأدوات اللازمة:

3 قطع قماش مستطيلة الشكل (1*2م)، أوراق بيضاء وأقلام، سبورة، لوح كرتون مقوى، نماذج موافقة خطية للتسجيل المرئي.

إجراءات الجلسة:

1) التمهيد والتعارف وافتتاح البرنامج

أ- تم استقبال المسترشديات عند دخولهن بابتسامة دافئة والترحيب بهن.

ب- ثم تم التعريف بالنفس من قبل المرشدة وتوضيح دورها كمختصة في مجال الإرشاد النفسي وافتتاح البرنامج.

ج- ولتحقيق التعارف بين المسترشديات؛ طلب منهن أن تجلس كل اثنتين متقابلات ممن لا يعرفن بعضهن بعضاً، ثم يتعرفن على بعضهن خلال دقيقتين، ثم تبدأ كل واحدة بالتعريف بالأخرى.

2) بناء جو من الألفة بين المرشدة والمسترشديات من جهة وبين المسترشديات أنفسهن من جهة أخرى، جو يسوده الاحترام والتقبل والاهتمام والدفع (كسر الجمود).

أ- تم البدء بتطبيق نشاط "الورقة المتقلصة (Shrink paper)" لكسر الجمود وزيادة

تفاعل المسترشديات بالتالي زيادة الألفة والتقبل، حيث تم تطبيق النشاط بالخطوات التالية:

■ تم عمل ثلاث مجموعات صغيرة داخل المجموعة؛ بحيث تم فصل المسترشديات من ذوات المعرفة المسبقة عن بعضهن بعضاً.

■ ثم وضع قطعة القماش على الأرض والطلب من الطالبات الوقوف عليها. (لا يجب توفر مساحة كبيرة للمسترشديات للتحرك فيها عندما يقفن على قطعة القماش معاً).

■ ثم تم التوضيح: أن الأرض المحيطة بقطعة القماش تعتبر سامة ولا يسمح لهن بالنزول عن قطعة القماش ولمس الأرض، والمطلوب من النشاط هو قلب قطعة القماش على الجانب الآخر، دون أن تخطو أي مسترشدة خارجاً إلى الأرض السامة بأسرع وقت ممكن، والفريق الفائز هو الأسرع في ذلك.

■ أثناء تطبيق النشاط تم تشجيعهن على التعاون وإخبارهن أن سر النجاح بالقدره على التعاون.

■ عند انتهاء النشاط تم القول: "يصبح كل شيء ممكناً عندما نكون سوية".
■ ثم تم تعزيز أداء الطالبات ودعوتهن للعودة لأماكنهن.

ب- إتاحة الفرصة للأعضاء للحديث عما يجول في خاطرهم من أفكار ومشاعر بعد أداء النشاط.

3) التعرف على توقعات المسترشدات من البرنامج العلاجي، والتعريف بالأهداف ومساعدة الأعضاء على فهمها حتى يتحقق الفهم المشترك.

أ- للتعرف على توقعات المسترشدات، تم توزيع أوراق فارغة عليهم، والطلب منهم كتابة توقعاتهن من البرنامج، ثم تم نقل جميع التوقعات على السبورة ومناقشتها وتحديد التوقعات التي تتلاءم مع البرنامج من غيرها.

(تمحورت التوقعات حول الرغبة في اكتساب أساليب للتعامل مع الآخرين وكسب محبتهم)

ب- بعد مناقشة التوقعات توجب عرض أهداف البرنامج مباشرة، بدءاً بالهدف الرئيسي وانتقالاً للأهداف العامة، ثم تم مساعدة المسترشدات على تحديد الأهداف الخاصة بهن؛ وذلك من خلال الحوار التالي:

- المرشدة: ما هو الشيء الذي تريدن تعلمه من البرنامج ؟
- المسترشدة: أريد أن أضبط تصرفاتي.
- المرشدة: ما هي التصرفات التي تريدن أن تضبطيها (سلوكات، أفكار، مشاعر)؟

وهكذا حتى تم تحديد الأهداف بوضوح ودقة، ويجدر الإشارة إلى أنه تم مراعاة الأهداف التي تحتاجها كل مسترشدة، إلا أنه لا تُلزم المرشدة بجميع الأهداف الخاصة بالمسترشدة نفسها، فتم تلخيص الأهداف الخاصة بشكل سريع بعد مناقشة جميع المسترشدات.

4) تحديد مسؤوليات كل من المرشدة والمسترشدات، وتوضيح دورهم في نجاح العملية

العلاجية، ثم المشاركة في وضع قواعد العمل في المجموعة؛ لتحقيق الالتزام والمسؤولية.

أ- في الحقيقة على المرشدة الدور الأكبر في العملية العلاجية، وذلك لما يترتب عليها من

تيسير عملية رواية القصص الشخصية والاستماع الفعال إليها وتحليلها وبناء القصص

العلاجية وروايتها ومناقشتها إلى جانب دورها في توجيه سير العملية العلاجية وإدارتها

وتقديم الأنشطة والتقييم وتقديم التفسيرات. بينما يترتب على كل مسترشدة أن تكون فعالة

في رواية قصتها الشخصية (القصة التقدمية) وتبادل الأسئلة والإجابات حول القصص

مع المسترشدات ثم إعادة رواية قصتها الشخصية مرة أخرى (القصة البديلة)، إلا أن

الحديث حول دور المرشدة بالتفصيل غير مناسب، خاصة بما يتعلق بتحليل قصص

المسترشدات التي تعكس مشكلاتهن، وحل تلك المشكلات من خلال القصة العلاجية

بشكل رمزي، لذلك تم إخبارهن بدور المرشدة في توجيه سير العملية العلاجية وإدارتها

وتقديم الأنشطة والتقييم والمشاركة في تقديم التفسيرات والتحليلات للشخصيات كما لها

دور في رواية بعض القصص (يمكن إخبار المسترشدات أن دور المرشدة سيتضح تماماً

بعد شرح الأسلوب العلاجي المستخدم)، ويترتب على المسترشدات مهام السعي لبناء

الثقة، والتعبير عن مشاعرهن بصدق ووضوح، واستخدام العبارات الواضحة لا المبهمة،

وأن تكون كل مسترشدة فعالة لا مستمعة فقط تتبادل رواية القصص والأسئلة مع

المسترشدات الأخريات، وأن تكون منصتة جيدة، وتم التنويه لتوقع وجود بعض المشكلات

جراء انضمامهم للبرنامج بسبب زيادة الوعي بالتالي إدراك المشكلات الخاصة أثناء العمل على البرنامج.

ب- انطلاقاً من أن لضرورة نجاح أي عمل وجود قواعد تنظمه، تم تطبيق نشاط على المسترشدات ليشاركن بشكل رئيسي في وضع القواعد التي تنظم المجموعة؛ وتكليفهن بذلك يفيد في تشجيع الالتزام وتحمل المسؤولية بدرجة أكبر بين المسترشدات عامة والمراهقات على وجه الخصوص، وذلك لأن مشاركتهن في وضعها يساعدهن في إدراك أهمية القواعد بصورة أكبر وإدراك أبعادها بشكل أفضل ويحفز بذلك الشعور بالمسؤولية.

ج- البدء بنشاط وضع القواعد، تم من خلال التالي:

- قيام المرشدة بتقديم سؤال افتتاحي للنشاط: "ما هي القواعد التي تتوقعن من الواجب توافرها في المجموعة وتساعد على تنظيم سيرها واستمراريتها نحو تحقيق الأهداف؟".
- تم ترك الخيار للمسترشدات في وضع القوانين التي يرينها مناسبة، وقامت المرشدة بتوجيه تفكير المسترشدات لقواعد مهمة لنجاح البرنامج مثل: احترام الخصوصية، الالتزام بالسرية، احترام المتحدث والاستماع إليه، عدم الإساءة، وغيرها....
- تم وضع جميع القواعد على السبورة، ومناقشتها مع المسترشدات.
- بعد الانتهاء من ذلك تم وضع القواعد التي تم الاتفاق عليها على لوحة تعلق طوال فترة البرنامج؛ لاستحضار القوانين وتذكرها بين حين وآخر.

اتفقت المسترشدات على القواعد التالية:

- كل شخص يتحدث عن نفسه ولا أحد يأخذ دور الآخر.
- الحديث بصراحة ووضوح والابتعاد عن الكلام المبطن.
- الحوار باحترام وعدم أخذ حق الآخرين في الحديث.

- احترام الآراء المختلفة مهما تبدو غريبة.
- عدم مقاطعة الغير.
- عدم الإساءة لأحد بالقول أو الإشارة أو رفع مستوى الصوت.
- الإنصات للآخر عند حديثه.
- عدم تناقل ما يدور في الجلسة خارجها.

5) شرح أسلوب العلاج القصصي ضمن الحدود المناسبة، بالإضافة لاستراتيجية التسجيل

المرئي وأخذ الإذن الخطي باستخدامها.

أ- تم توضيح أسلوب العلاج القصصي؛ بأنه سيتم عرض نماذج قصصية لشخصيات وهمية تمتلك بعض الخصائص والمشكلات الشخصية، وأنهن سيساهمن في تأليف هذه القصص، بحيث تروي كل مسترشدة قصة واحدة من تأليفها (تم التعامل مع قلق المسترشدات من هذه النقطة من خلال إخبارهن أن الأمور ستكون واضحة تماماً من خلال تعليمات مباشرة تقدمها المرشدة في كل خطوة من خطوات التنفيذ)، وتم إخبارهن أيضاً أنه بعد ذلك سيتم مناقشة القصص وتبادل الأسئلة عليها، وبعد انتهاء الجميع يحين دور المرشدة في عرض قصصها ومناقشتها أيضاً.

ب- تم توضيح استراتيجية التسجيل المرئي وكيف أن لها الدور في تمكين محاور القصص من خلال تكرار التركيز على النقاط المهمة، وتم التعامل مع مخاوف المسترشدات المرتبطة بهذه النقطة من خلال إخبارهن عن إمكانية كل مسترشدة بالاحتفاظ بالفيديو الخاص بها والاستماع إليه وقت ما تشاء.

ج- تم أخذ موافقات خطية منهن على السماح بالتسجيل المرئي (ملحق 5)، وتم إلى جانب ذلك التأكيد على السرية.

6) إنهاء الجلسة الإرشادية

- أ- تم إنهاء الجلسة بشكل تدريجي من خلال التلميحات بالنظر للساعة أو الإشارات الكلامية: "قبل أن يتداركنا الوقت...".
- ب- تم عمل تلخيص لما دار في الجلسة وأهم ما تم الحديث عنه، والتأكد من أن الجميع أفصح عما يريد ولم يتم إهمال أي جانب.
- ج- تم الحديث عن مدى مشاركة المسترشدين في المجموعة وتفاعلهم.
- د- تم الطلب من جميع المسترشدين الحديث عن انطباعاتهم، وآرائهم، ومشاعرهم حول ما قمن به في الجلسة (أشرن للمتعة التي يشعرن بها من عمل شيء غير مألوف، كما أنهن يتطلعن للجلسات القادمة)، ثم تم تعزيز النقاط الإيجابية التي تم ملاحظتها في الجلسة (تفاعل، احترام،...).
- هـ- الاتفاق على مواعيد الجلسات، ومكان عقدها (في المكتبة)، وتوديعهن.

الجلسة الثانية: استمرار بناء الثقة، ورواية القصص التقديمية (1)

أهداف الجلسة:

- 1- مواجهة الخوف والقلق الذي يبرز لدى المسترشدين في هذه المرحلة.
- 2- التعامل مع انخفاض ثقة المسترشدين في هذه المرحلة.
- 3- التعرف على المسترشدين بدرجة أعمق.
- 4- التعرف على الأفراد المهمين في حياة المسترشدة.
- 5- التعرف على الإطار الثقافي الخاص بكل مسترشدة وبمشكلاتها.

6- بدء الاستماع للقصص التقديمية.

7- تحليل القصص وتحديد محاورها لتطوير القصص العلاجية.

الأساليب المستخدمة:

التسجيل المرئي، الأساليب الفنية (لتقديم القصص التقديمية)، الأسلوب التخيلي، طرح الأسئلة، الحوار والمناقشة، استخدام نشاط "مشي الثقة (Walk by confidence)"

المواد والأدوات اللازمة:

كاميرا فيديو، بطاقات للتسجيل الكتابي (كالتالي يستخدمها مقدموا البرامج التلفزيونية)، أوراق بيضاء، شريط لاصق ملون، عصبة عيين، أفلام، ألوان، ميكروفون (غير حقيقي)، لافتة باسم البرنامج التلفزيوني الافتراضي.

إجراءات الجلسة:

1) افتتاح الجلسة وربطها بالجلسة السابقة

أ- تم الترحيب بالمسترشدات وتعزيز التزامهن في موعد الجلسة، وتشجيع استمرار ذلك بذكر منافع الالتزام بشكل عام، وما يعود عليه من تحقيق أهدافهن بشكل خاص.

ب- تم التذكير بما دار في الجلسات الماضية من خلال عمل تلخيص؛ للتأكد من صحة المعلومات لدى المسترشدات، وللربط بين الجلسات ومتابعة العمل، وتم التحقق من إذا ما أرادت إحداهن إضافة شيء ما.

2) التعرف على مخاوف المسترشدات وأسباب شعورهن بالقلق، وعلى مظاهر انخفاض الثقة

لديهن والتعامل معها

أ- من الطبيعي في هذه المرحلة أن تشعر المسترشدات بالقلق وانخفاض الثقة، إلا أنه لا بد من التعامل مع ذلك لإمكانية الاستمرار في العمل الإرشادي وتحقيق فاعليته؛ لذلك تم سؤال المسترشدات صراحة عن مخاوفهن، ودعوة من ظهر لديها علامات القلق وتدني الثقة للحديث والتعبير عما يجول في خاطرها (ظهر ذلك على مسترشدتين).

ب- للتعامل مع القلق لا بد من تحديد أسبابه؛ فهو تجاه المرشدة وقدرتها (وهذا يتطلب من المرشدة التركيز على مهارات السلوك الحضورى ومظاهر ثقته بنفسها)، وقد يكون سبب القلق هو الأسلوب العلاجي (وهذا يتطلب التأكيد على منفعه وعرض أبعاد عدم الاستفادة منه، بالإضافة لتوضيحه مرة أخرى لتجنب القلق الذي يكون مصدره عدم وضوح الفكرة) والتأكيد مرة أخرى على أن التسجيل المرئي المتضمن في الاستراتيجية يمكنهن امتلاكه وقت ما يشأن؛ لتجنب المخاوف المرتبطة به. (تمحورت مخاوف المسترشدتين حول عدم فهمهن للأسلوب العلاجي بالإضافة للتحوف من التسجيل المرئي؛ فتم إعادة توضيح الأسلوب ثم التأكيد على منفعه وعرض أبعاد عدم الاستفادة منه، بالإضافة للتأكيد على أن التسجيل المرئي المتضمن في الاستراتيجية مكون من عدة أجزاء كل جزء لمسترشدة واحدة وليس للجميع في آن واحد، ويمكن للمسترشدة أخذ التسجيل الخاص بها وامتلاكه).

ج- من منطلق أخلاقي تم تجنب قطع وعود واهية للمسترشدات بمنافع قد لا يحصلن عليها وإن كان ذلك يحد من مشاعر القلق لديهن.

د- عندما كانت تظهر بعض ملامح انخفاض الثقة، مثل: صمت إحدى المسترشدات أو بعضهن، ظهور معالم الشك على وجههن، النفور، عدم التحدث إلا بعد أن تُقدم

أخرى على ذلك، تم التعامل مع ذلك من خلال التركيز على مهارات السلوك

الحضوري، ومهارات الاصغاء والتقبل الجيد والتعاطف وعكس المشاعر تحديداً.

هـ- تم تنفيذ نشاط "مشي الثقة (Walk by confidence)"؛ لتعزيز ثقة المسترشدات

ببعضهن بعضاً وزيادة التفاعل، وكان ذلك من خلال الخطوات التالية:

- تم تقسيم المجموعة لمجموعتين.
- تم توضيح النشاط: بأنه يجب أن تنتقل المسترشدة من مكان لمكان آخر وهي معصوبة العينين، مع تقادي الحواجز بأقصر وقت ممكن من خلال توجيه زميلاتها في المجموعة الفرعية.
- تم إتاحة الخيار لهن ليخترن أحدهن لتنفيذ النشاط.
- وتم تحديد نقطة البدء ونقطة الانتهاء والعقبات التي يجب تجاوزها أثناء السير بين النقطتين.
- ثم تم عصب أعين المسترشدتين، ووضع المؤقت الزمني.
- بعد انتهاء اللعبة تم تعزيز تفاعلهن معاً، والإشارة لدور تعاون المجموعة في نجاح الفرد، ودور ثقة الفرد في المجموعة بفوزها.

3) البدء بالأسلوب العلاجي (مرحلة سرد القصة التقديمية) واستثمار خطواته الأولى في

التعرف على المسترشدات بشكل أعمق، والتعرف على الأفراد المهمين في حياتهن،

بالإضافة للتعرف على الإطار الثقافي الخاص بكل مسترشدة ومشكلتها على حده.

أ- تم تعريف المسترشدات بالاستراتيجية من خلال إخبارهن أننا سنقوم بتمثيل برنامج

تلفزيوني يضم عدداً من ضيوف الشرف، والذين ستمثلهم المسترشدات، سيخبرن فيه عن

شخصيات وأحداث عديدة، لكن من خيالهن.

ب- القيام بتثبيت اللوحة باسم البرنامج (ملحق 6)، وكاميرا الفيديو كذلك، والإمساك بالميكروفون وتخيل أننا في الاستوديو.

ج- تم إخبارهن أنهن سيقمن بإخبار المشاهدين -المفتعلين- قصة لشخص ما (تتضمن حياته وأحداث منها، مشاعره، أفكاره، وأفراد محيطين، وأي شيء يرغبن به)، لكن هذه القصة يجب أن تكون بشكل كامل من خيالهن، إذ لا تكون من الأمور التي حدثت معهن ولا مع أشخاص يعرفنهم حقاً، وليست أيضاً لقصة قرأنها أو شاهدتها أو سمعن عنها، وتم لفت الانتباه لضرورة ذكر أحداث ومواقف ومغامرات حتى يزداد التشويق، كما لا بد أن يكون للقصة بداية ووسط ونهاية، وبعد النهاية ستقوم بإخبارنا عن الحكمة أو الدرس المستفاد من القصة.

د- ثم تم إخبار المسترشدات أنه بإمكانهن طلب المساعدة من المرشدة أثناء رواية القصة، كما يمكن التعبير عن القصة بالكلام، الرسم، الكتابة، أو أي طريقة يرينها مناسبة (ويتم الإشارة للألوان والأوراق والأقلام إن رغبت إحداهن في استخدامها لذلك)، وتم الإشارة إلى أن جودة صياغة القصة/الرسم وصحة اللغة ليست بالشيء المهم وإنما المهم هو الأفكار والأحداث.

هـ- بعد تشغيل كاميرا التصوير والإمساك بالميكروفون والأوراق (كما في البرامج التلفزيونية)، تم البدء من قبل المرشدة بالسيناريو التالي:

" أهلا وسهلا بكن في البرنامج التلفزيوني "تبادل الأفعنة"، أدعى نور وأنا معكم اليوم لنعيش تجربة الآخرين ونرتدي أقنعتهم، سنصنع القصص لشخصيات متنوعة وتبادل الأفكار، معنا اليوم نخبة من الأشخاص، هم ضيفاتنا لهذه الحلقة وسيقمن برواية القصص لنا، لكن قبل أن نبدأ اسمحولي أن أرحب بهن جميعاً (وذكرت أسماء الجميع) ولنتعرف عليهن أكثر قبل

أن نستمع لقصصهن، ولنبدأ مع... (وتم البدء مع إحدى المسترشدات من الصف الثامن)،
وهنا تم الإشارة نحو أحد المسترشدات للبدء في التعريف عن نفسها (إذا رفضت إحداهن
الحديث لا يتم إرغامها بل الانتقال لغيرها).

تعريفهن عن أنفسهن تم بتوجيه من المرشدة؛ من خلال طرح أسئلة عديدة تكون

إجابتها قصيرة نسبياً، مثل:

- ما اسمك الكامل؟

- أنت في الصف....

- ترتيبك في العائلة الأخت الكبرى/الوسطى/الأخيرة/الوحيدة؟

- هواياتك؟

- طموحاتك في المستقبل؟

- من الأشخاص في حياتك ترغبين بأن تصبحي مثله/مثلها في المستقبل؟

- إذا أردت أن تتحدثي عن أمر خاص مع من تتحدثين؟

- هل أنت راضية عن المجتمع الذي تعيشين فيه؟ ولماذا؟

وبعد انتهاء المسترشدة نكمل: "والآن بعدما سمعنا بعض الأشياء عنك نحن مهتمون

بسماع قصتك التي ستقدمينها لنا، وهي عن فتاة تدعى...". (هنا طلب منهن أن يطلق

اسماً على الشخصية التي ستروي القصة عنها، بشرط أن لا يكون الاسم لشخص تعرفه

حتى لا تختلط سمات الشخصية وتؤثر على القصة التقديمية)

** تم السماح للمسترشدات بالبدء برواية القصة من معلوماتهن الشخصية حتى نضمن

اختلاف القصص، لكن في الحقيقة كان ذلك مفيداً جداً في تسريع تفاعل المسترشدة مع

القصة التي ترويها والوصول للقصص الشخصية التقديمية الخاصة بالمسترشدة نفسها بدرجة أعلى من الدقة).

حالات حدثت في بداية رواية القصص التقديمية:

• حالة 1:

عندما طلبت المسترشدة مهلة من الوقت لتفكر، أعطي لها ذلك.

• حالة 2:

بعض المسترشدات تأخذ المهلة ولا تستطيع رواية القصة مع وجود رغبتها في المحاولة، فكان دور المرشدة بالقول التالي: "كثيراً ما يحدث ذلك، لا عليك، فالكثير الكثير لا يستطيع التفكير أمام الكاميرات للمرة الأولى [اصمت بضع لحظات ثم أكمل] لدي طريقة لمساعدة هؤلاء الأشخاص على التفكير في قصة، معظم الناس لا يدركون أن في رأسهم ملايين القصص، هل تعلمين أن في رأسك ملايين من القصص؟ [عادة ما يكون الرد سلبياً] هنا بين قمة رأسك وذقنك [المس الرأس والذقن ثم الأذن اليمنى فاليسرى باصبع واحد] هنا داخل دماغك الذي يقع في منتصف رأسك، يوجد فيه ملايين القصص دعينا نستخرج أحدها... وأتابع: "سنقوم برواية القصة معاً، بهذه الطريقة سأبدأ أنا وعندما أشير باصبعي إليك تقومين بإكمال الأحداث وفق أول شيء يخطر في بالك في ذلك الوقت، وهكذا ستبدأ القصة بالخروج من رأسك، وعندما ينتهي ما خطر في بالك أعود أنا لأكمل، وبعدها أنت، وهكذا حتى نهاية القصة".

** لتنفيذ هذه الخطوة والإشارة ضمناً للاستمرار تم الاستعانة بما يسمى "الوصلات

التحفيزية" التالية:

- في الزمن البعيد، البعيد جداً، كان هنالك... (وتكلم المسترشدة)
- وفي يوم من الايام جاء... (وتكلم المسترشدة)
- تتكلم المسترشدة بعبارة قصيرة غير مترابطة فأقول: ثم/وبعد ذلك/(إعادة آخر كلمة قالتها المسترشدة)... (وتكلم المسترشدة)
- **لم يتم سؤال المسترشدة عن رغبتها في الاستمرار أثناء مشاركتها رواية القصة، بل تم ترك الأمور تسير على مهلها دون تعزيز فكرة التوقف.
- ** كان من الفعال استخدام محاور "تخصيص القصة" في الجزء الذي روته المرشدة في تسيير عملية رواية القصة التقديمية، كأن تقول المرشدة "وكان لون عيون البنت أخضر وكانت تحب بحالها...".

• حالة 3:

عندما لم تتجح رواية القصة رغم مساعدات المرشدة تم القول: "حسناً، يبدو أن ضيفتنا متعبة قليلاً، دعينا نتركك لترتاحي ونبدأ من جديد معك في المرة القادمة، شكراً لك على المشاركة اليوم".

4) التمهيد للتحليل؛ من خلال جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات بتدوين الملاحظات، والمناقشة، وطرح الأسئلة حول عناصر مهمة في القصة (لفهم تفاصيل من المتوقع أن تكون مهمة في التحليل)، واستخلاص العبرة من القصة. (عملية التحليل هي من أهم الخطوات التي يترتب عليها نجاح الخطوات العلاجية اللاحقة أو فشلها)

أ- تم التسجيل الكتابي منذ بدء المسترشدة برواية القصة؛ لأن فقدان أي جزء من المعلومات قد يترتب عليه فشل في بناء القصة العلاجية. وتم تسجيل الملاحظات حول: الشخصيات، وطبيعة علاقة الشخصية الرئيسية بالمسترشدة، الحالة النفسية للمسترشدة عند رواية كل حدث، الحالة النفسية العامة للقصة، ومدى استخدام الواقع أو الخيال، وأي ملاحظات تبرز على اللغة اللفظية وغير اللفظية.

ب- وتم طرح الأسئلة حول عناصر محددة في القصة؛ لغرض تحقيق الفهم الدقيق للأحداث وللشخصيات ودورها، بالإضافة ل طرحها حول المغزى/ العبرة من القصة، وتمحورت الأسئلة حول:

- تصور المسترشدة وتفسيراتها لسلوك الآخرين في القصة.
- فهم المسترشدة لطبيعة الحالة الانفعالية للشخصيات.
- تصور المسترشدة لوجهة نظر الشخصيات في المواقف.
- العبرة من القصة.

** عندما رفضت إحدى المسترشدات ذكر العبرة من القصة أو قالت: "لا شيء"، هنا تم إخبارها أن كل شيء وله مغزى مع إظهار الاستغراب من عدم وجود مغزى، ثم تشجيعها لاستنتاج المغزى ومساعدتها في ذلك.

** عندما لم تستطع مسترشدة استخراج المغزى رغم ذلك، تمت مشاركتها في ذلك من قبل المرشدة وباقي المسترشدات.

ج- ثم تم السماح للمسترشدات بطرح الأسئلة وتبادل النقاش وطلب المزيد من المعلومات من المسترشدة التي تروي القصة.

د- وعندما تطلب وقت الجلسة الإنهاء تم القول: "ولأن الوقت لن يسعفنا سنكتفي في هذه الحلقة بضيفتنا وسنكمل مع البقية في الحلقات القادمة إن شاء الله".

5) التلخيص والإنهاء

أ- تم عمل ملخص لما دار في الجلسة [بعد تغيير المرشدة لنبرة الصوت والهيئة التي كانت تمثل "مقدم البرنامج التلفزيوني"، مع تغيير هيئة الجلوس والعودة لمخاطبة المسترشدات بشكل طبيعي].

ب- تعزيز تفاعل المسترشدات (خاصة مع القصة التقديمية)، وتشجيع استمرار ذلك، وتعزيز مظاهر الاحترام التي أبدونها بينهن ومع المرشدة.

ج- التأكيد على موعد الجلسة القادمة، وتوديعهن على أمل اللقاء.

الاسم : د.ز

العمر: 13 عام (الصف الثامن)

الترتيب بين أفراد الأسرة: الأخيرة مع أختها توأم (الأسرة مكونة من 8 أفراد، 3 بنات و 3 أولاد)

هوايات واهتمامات: "بحب أتابع أشخاص مشهورين على اليوتيوب مثل "عائلة مشيع"، وألعب ألعاب

على التليفون، وبحب ألعب بالهواء الطلق كمان "

طموحات: "لسا ما حددت"

عمل الوالدين: الأب: محامي ، الأم: ربة منزل

أكثر شخص قريب منها: والدتها

مدى رضاها عن حياتها : "راضية بحياتي الحمد لله"

أسئلة الطالبات، كيف علاقتك بالمدرسة؟ "كثير كويسة وإلي صاحبات كتار"

راضية عن أفكار الناس يلي حواليك؟ "لا بحسهم ما بيتفهموا جيلنا وأفكاره ودائماً

بعتبرونا طايشين وساذجين"

المرشدة: الآن يا (د.ز)، بعد ما عرفنا بعض الأمور عنك متشوقين لنسمع قصتك، تفضلي المايك

معك والكاميرا قدامك (وأعطيه لها)، القصة لبننت اسمها... (وأشير إليها).

المسترشدة: دلال... كان فيه بنت اسمها دلال، بتصحى بكير على الساعة 7 إن كان دوام أو عطلة، بتكون كلها نشاط وطاقه، بس تروح على المدرسة بتلاقي صاحباتها أول إشي وبتتبسط معهم لحد ما يبلى الطابور وتبلىش معه صعوبات الحياة المدرسية.

المرشدة: هاي الصعوبات عبارة عن...

المسترشدة: مشاكلها مع معلماتها... كثير بعصبوا عليها وعلى الطالبات وهيه من النوع يلي بسرعة بتترفز وعصبيتها بتكبر المشكلة وبتخليها تتصرف بدون ما تفكر لدرجة إنها مرة ضربت إيد معلمة كانت رافعيها عليها وهيه تصرخ (بحرج وذنوب)، بعرف إنها غلطانه لأنه لو شو ما كانت تصرفات المعلمة هيه بتظل أكبر ومعلمتي ولازم أحترمها، بس مش بإيدي، لهيك حبيت كثير أغير من تصرفاتي... [تقاطعها المسترشدات بقولهن: تصرفاتها، هيه، حابه...]، تكمل: آه هيه...

المرشدة: وحابه كمان...

المسترشدة: وحابه كمان تغير من سلوكها الطفولي لأنه أهلها بظلوا يحكولها إنه سلوكها مش مناسب وإنها كبرت، بس أنا ما بشوفه كثير غلط زي ما بحكوا... بس لازم تغير لأنه أكيد همه صح.. همه أكبر وأعرف. (بإحباط)

المرشدة: ومن صعوبات الحياة كمان...

المسترشدة: كمان عندها خوف من إنها تفشل أكاديمياً، هيه شاطرة بس برضه بتخاف لهيك بتشد حالها كثير كثير بدراستها، وكمان على مستوى البيت عندها مشاكل كثيرة مع أختها التوأم من ورا أهلها، دائماً بقارنوا بينهن، ودائماً المدح لأختها هذيك (بغضب)، لأنه دلال بتحب تعيش يومها وحياتها وما بتحب يفرضوا عليها حياة معينة حسب قوانينهم عشان ينبسطوا.

المرشدة: همه بفرضوا عليها حياة معينة بشروط معينة عشان سعادتهم وعشان...

المسترشدة: وعشانها هيه كمان (بحرج)، بس السبب الأكبر عشان حالهم (بغضب)، لأنه مثلاً هيه حلوة ومش مآثر عليها وزنها وهمه بدقروا عليها عشانه، يعني مش ضروري أنحف عشان أصير زي أختي، هيه مش معيار للجمال أصلاً، وغير هيك ربنا خلقتي أكبر منها هيك وأنصح منها. (بغضب وعبرة)

المرشدة: همه بضغطوا عليها، ولحتى تتخلص من الضغط عملت...

المسترشدة: عملت ريجيم، هوه بصراحة مش عشان ضغطهم عملته هيه ما بدها تكون ناصحة، والبنات أحلى منها، لازمها تتحف، لهيك عملت ريجيم نزلت فيه 4 كغ بس بعد أسبوعين بطلت وتركته، وبس تركته رجعتن وأكثر (باحباط)... يعني مش زابط أعيش بدون أكل (بانهاك وحرزن)، لا ومش هيك بس، صاروا أهلها يضغطوها أكثر ومن ورا زنهم صرت أكل قبل كل وجبة عشان ما أنفجع عند الأكل ويقصيروا يعلقوا علي، وأنا بدبر حالي بوزني بعدين (بضيق وحرج). [بعد قليل من الصمت] أنا مش محظوظة... حاسة حالي بلشت أيأس... (بانهاك واحباط) يا ريتني باكل وما بنصح مثل أختي... (بغيرة واحباط) القعدات الحلوة كلها أكل (تضحك وتضحك المسترشدات).

المرشدة: وبالنسبة لتصرفاتها غير الراضية عنها؟

المسترشدة: حاولت تمنع حالها من إنها تعصب عشان ما تتصرف غلط، بس ما عرفت كيف وظلت تعصب وتتنرفز زي أول وممكن أكثر لما بتحاول تضبط أعصابها وما يزيط معها (باحباط) وحاولت كمان تتصرف زي الكبار لأنه اخوانها كثير منزعجين من تصرفاتها بحكولها إكيري..

فحاولت.. بس لما بتتصرف مثل الكبار والعاقلين -قال يعني- بتظل متضايقه ومخنوقه..

هيه مش هيه وهيه عاقلة هههههه. (تضحك وتضحك المسترشديات)

المرشدة: العبرة من قصتك...

المسترشدة: القناعة كنز لا يفنى، كون قنوع بحالك وما تستمع لكلام الناس.

المرشدة: (د.ز) مبدعة صح؟ وروائية ناجحة كمان، انسجنا بأحداث قصتك. تفضلوا اسألوها

(مخاطبةً المسترشديات).

أسئلة المسترشديات:

- ليش هيه خايفة تفشل أكاديمياً مع إنها شاطرة؟

لأنها أكثر شغلة ناجحة فيها، وبحبوها عليها، وخايفه تخسرها فتخسر محبة الكل

حولها.

- شو بتحبي بحالك؟

مممم لون عيوني بس.

- يعني هيه مش راضية عن حياتها؟

مممم حياتها ككل راضية عنها، بس لو تتغير بعض الشغلات فيها.

الجلسة الثالثة والرابعة والخامسة والسادسة والسابعة: رواية القصص التقديمية (2)

أهداف الجلسة:

- 1- التعرف على المسترشديات بدرجة أعمق.
- 2- التعرف على الأفراد المهمين في حياة المسترشدة.
- 3- التعرف على الإطار الثقافي الخاص بكل مسترشدة وبمشكلتها.
- 4- الاستماع للقصص التقديمية لباقي المسترشديات.
- 5- الاستعداد لتحليل القصص وتحديد محاورها لتطوير القصص العلاجية.

الأساليب المستخدمة:

التسجيل المرئي، الأساليب الفنية (لتقديم القصص التقديمية)، الأسلوب التخيلي، طرح الأسئلة، الحوار والمناقشة، الواجبات البيتية (الاستماع المتكرر لتسجيلات الفيديو بعد تزويد المسترشديات بها)

المواد والأدوات اللازمة:

كاميرا فيديو، بطاقات للتسجيل الكتابي (كالتالي يستخدمها مقدموا البرامج التلفزيونية)، أوراق بيضاء، أقلام، ألوان، ميكروفون (غير حقيقي).

إجراءات الجلسة:

1) افتتاح الجلسة وربطها بالجلسة السابقة.

أ- تم الترحيب بالمسترشديات وتعزيز التزامهن في موعد الجلسة، وتشجيع استمرار ذلك بذكر منافع الالتزام بشكل عام، وما يعود عليه من تحقيق أهدافهن بشكل خاص.

ب- تم التذكير بما دار في الجلسات الماضية من خلال عمل تلخيص؛ للتأكد من صحة المعلومات لدى المسترشديات، وللربط بين الجلسات ومتابعة العمل، تم التحقق ما إذا أرادت إحداهن إضافة شيء ما.

(2) استكمال رواية القصص التقديمية للمسترشديات، لذلك يتم إبقاء الأدوات في الجلسة الثانية، واستخدام نفس الأساليب، واستخدام بعض خطوات الجلسة الثانية بالضبط، والمتمثلة ب:
"3) البدء بالأسلوب العلاجي (مرحلة سرد القصة التقديمية) واستثمار خطواته الأولى في التعرف على المسترشديات بشكل أعمق، والتعرف على الأفراد المهمين في حياتهن، بالإضافة للتعرف على الإطار الثقافي الخاص بكل مسترشدة ومشكلتها على حده." [مع تعديل السيناريو من سيناريو افتتاح برنامج لسيناريو استكمال الحلقات والاستماع لباقي ضيفات الشرف].

"4) التمهيد للتحليل؛ من خلال جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات بتدوين الملاحظات، والمناقشة، وطرح الأسئلة حول عناصر مهمة في القصة (لفهم تفاصيل من المتوقع أن تكون مهمة في التحليل)، واستخلاص العبرة من القصة." [دون تعديل].

(3) اختتام البرنامج التلفزيوني في نهاية الجلسة السادسة

في نهاية الجلسة السادسة كانت جميع المسترشديات قد روين القصص التقديمية، وبذلك تم عمل تلخيص سريع -بنبرة مقدم البرنامج- للقصص بشكل عام؛ للتذكير بها وإبداء الاهتمام بالمسترشديات ولتجنب شعورهن بالملل، وختام البرنامج التلفزيوني وشكر ضيوفه.

(4) التلخيص وإنهاء الجلسة.

- أ- تم عمل ملخص لما دار في الجلسة وفي الجلسات السابقة وأن جميع المسترشدات قد قدمن قصصهن. [بعد تغيير المرشدة لنبرة الصوت والهيئة التي كانت تمثل "مقدم البرنامج التلفزيوني"، مع تغيير هيئة الجلوس والعودة لمخاطبة المسترشدات بشكل طبيعي].
- ب- التعرف على انطباعات المسترشدات ومشاعرهن (تغذية راجعة) عن البرنامج التلفزيوني وأسلوب رواية القصص؛ للتأكد من فاعلية الاستمرار، وللتقييمات البحثية. (قدمت المسترشدات تغذية راجعة مكتوبة عن الأسلوب، (ملحق 7))
- ج- تم إخبار المسترشدات أن الاستراتيجية ستحو منحاً آخر، وسيتعرفن عليه في الجلسة القادمة.
- د- تم تعزيز تفاعل المسترشدات (مع القصص التقديمية خاصة)، وتشجيع استمرار التفاعل عموماً، وتعزيز مظاهر الاحترام التي أبدینها بينهن ومع المرشدة.
- هـ- تم تكليف المسترشدات بواجب بيتي، وهو عبارة عن أخذ الفيديوهات المخصصة لكل منهن والاستماع إليه مرة على الأقل في المنزل، مع إمكانية عرضه أمام من ترغب من أفراد أسرتها.
- و- وفي الختام تم التأكيد على موعد الجلسة القادمة، وتوديعهن على أمل اللقاء.

تحليل القصص التقديمية والإعداد لبناء القصص العلاجية

خارج جلسات البرنامج وبعد انتهاء جميع المسترشديات من رواية قصصهن التقديمية، قامت المرشدة باتباع عدة خطوات لتحليل كل قصة تقديمية على حدة، والإعداد لبناء القصص العلاجية، وكان ذلك من خلال:

1- تحليل القصة التقديمية:

أ- تقوم المرشدة بتحليل كل قصة من حيث:

- تحليل شخصيات القصة وربطهم مع المسترشدة نفسها، والأفراد المهمين في حياتها، وتحديد إذا ما كان هناك:
- شخصيتان في القصة ترمزان لشخص واحد؛ قد يدل ذلك على الصراعات والتي تحدد سمات الشخصية.
- حشد من الشخصيات؛ قد يعبر عن عناصر قوة لدى الشخصية التي ترمز إليها.
- شخصية صامتة؛ والتي قد تعبر عن الغضب المكبوت أو العداة لشخصية معينة.
- فهم المظهر النفسي العام للقصة؛ هل أجواء القصة سعيدة، حزينة، مرعبة، محايدة،...؟.
- قد تتعلق القصة بعدة تفسيرات نفسية مختلفة.
- ردود فعل المسترشدة العاطفية أثناء سرد القصة ذات أهمية كبيرة للتحليل.
- تحليل مغزى القصة الذي قدمته المسترشدة، والذي يعبر بشكل كبير عن أفكارها، ويشير للمواضيع الأكثر أهمية بالنسبة لها.

- تحليل مدى استخدام المسترشدة للواقع/الخيال في قصتها؛ للتعرف بمدى الواقع/الخيال

الذي سيناسبها في القصص العلاجية.

ب- تسأل المرشدة نفسها: "ما هو الشكل المرضي الأساسي للقصة؟" أو "ما هو الحل

الأساسي للصراعات المعروضة؟"

بعد الإجابة عليه...

ج- تسأل المرشدة نفسها: "ما الأسلوب/النمط الذي يعتبر أكثر صحة للتكيف من الأسلوب

الذي تستخدمه المسترشدة".

2- تشكيل القصص العلاجية، من خلال:

- إيجاد القواسم المشتركة (مشاعر، أفكار، سلوكيات،...) بين قصص المسترشديات والتي تتعلق باضطراب الشره العصبي والاندفاعية.
- تضمين: أسلوب "تخصيص القصة" من خلال تضمين محكاته بصورة مشتركة بين الأعضاء (مثل: الجنس، المدرسة، الوزن، شخصيات مشتركة، وغيرها...).
- تطوير القصص باتجاه مغاير للنمط المرضي المتسبب في اضطراب الشره العصبي والاندفاعية.
- استخدام الوضع النفسي العام للقصص التقديمية في صياغة بداية القصة العلاجية قبل أن تتحو المنحى الإيجابي.
- إبراز السلوكيات، الأفكار، المشاعر الإيجابية البديلة في القصة؛ لمساعدة المسترشديات على الوعي بخياراتهن السلبية في المشكلة.
- تضمين القصة العلاجية لبدائل عديدة وليس بديلاً واحداً، لتسمح للمسترشديات باختيار البديل الذي تعتقد كل واحد منهن أنه الأنسب.

- تحديد المغزى من القصة العلاجية (لتحقيق الأهداف، وجعله هدفاً فرعياً للعلاج، واعتباره محكاً للحكم على سلامة فهم المسترشدة للقصة).
- صياغة عدة قصص علاجية تغطي المجالات السلبية في مشكلة المسترشدة، لمناقشة كل منهن في جلسة علاجية.

نموذج تحليل قصة

الحالة الانفعالية العامة للقصة: الغيرة والإحباط

شخوص القصة: الشخصية الرئيسية "دلال" وتمثل المسترشدة.

أختها التوأم شخصية محورية في القصة.

عائلتها التي تقارن بينها وبين أختها على الدوام، والتي تأنبها كثيراً.

معلماتها اللواتي على خلاف معها.

ارتباط القصة بحياة المسترشدة الشخصية:

ترتبط القصة التقديمية بحياة المسترشدة؛ تبين ذلك من خلال زلات لسان المسترشدة والحديث

بصيغة المتكلم، ودرجة التشابه بين المعلومات الشخصية للمسترشدة ومعلومات الشخصية في القصة،

ودقة التفاصيل التي تقدمها المسترشدة، والمشاركة الوجدانية مع أحداث القصة.

تحليل المحتوى:

يعكس استخدام المسترشدة لاسم "دلال" نمط التنشئة الذي تلقته الطالبة لكونها الأصغر سناً

وتأكد ذلك من خلال سير أحداث القصة.

يعكس قول المسترشدة بأن غضبها يزيد من حجم المشكلة، جانباً من جوانب الاندفاعية والمتمثل بالاستجابة للمشاعر السلبية باندفاعية (الإحاح السلبي).

كما يعكس قولها "بنتصرف بدون ما تفكر" والأمثلة كذلك جانب القصور في التخطيط المسبق للأمور.

لدى المسترشدة فكرة خاطئة بأن أفعالها ليست تحت سيطرتها، وتمثل هذه الفكرة تبرير للفعل لتجنب الضغط النفسي المصاحب.

حرص المسترشدة وتركيزها على الجانب الأكاديمي بشدة رغم تفوقها فيه من الأصل شكل من أشكال التعويض؛ بحيث تحرص على التفوق به لتخفي الجوانب السلبية لديها.

ترتكز مشكلات المسترشدة في المقارنة بينها وبين أختها التوأم، ورضا العائلة عن أختها.

المرحلة العمرية للمسترشدة إلى جانب استجابتها لرغباتها، تفسر تصرفات المسترشدة بإعطاء الأولوية لنفسها وإسعادها، وليس لرغبة الآخرين وقوانينهم كما وصفتها، متجاهلة هدف تلك القوانين وقيمتها في تقويم حياتها.

تشير الأحداث التي روتها المسترشدة لوجود ضغوط نفسية عديدة يسببها دور الأسرة.

توجد فكرة خاطئة لدى المسترشدة مرتبطة بالأكل متمثلة بمحاولة حرمان نفسها من الطعام أدت لحمية غذائية متطرفة وغير واقعية.

الفتش في الحمية الغذائية سبب للمسترشدة عدة أعراض لاضطراب الشه العصبي والمتمثل في الأكل خفية بعيداً عن الأنظار لتجنب الضغوط المرتبطة بكمية الاكل التي تتناولها، إلى جانب وجود مظاهر كالسرعة والبلع دون المضغ والعديد من الجوانب التي وصفتها " بالفج".

تطلق المسترشدة أحكاماً سلبية على نفسها بأنها شخص غير محظوظ مما سبب لها المزيد من الإحباط.

ترتبط المسترشدة بين الطعام والحالة المزاجية الجيدة، وأن لذة المناسبات بالطعام، وذلك يشكل فكرة خاطئة تعقبها ممارسات غذائية سلبية.

تعتبر محاولة المسترشدة لتجنب الغضب أسلوب غير مناسب لحل المشكلة، إذ يتمثل الحل بإيجاد طرق مناسبة للتحكم بالغضب والمشاعر السلبية عموماً.

تعاني المسترشدة من صراع بين رغبتها بالتصرف بصورة عفوية "طريقة طفولية" وبين مطالبات الأسرة بالتصرف بطريقة مغايرة تتسم بالهدوء والاتزان "مثل الكبار العاقلين" -على حد تعبيرها-.

تحليل المغزى:

يؤكد المغزى على شعور المسترشدة بالضغط النفسي نتيجة تأنيب عائلتها لها، وشعورها بالذنب لتصرفاتها، وبذلك تحاول أن تضع تبرير يخفف من ذلك الضغط بتبني مبدأ أن رأي الناس غير مهم.

ما هو النمط المرضي؟

يتمثل النمط المرضي على أن تسلك المسترشدة بطريقة تشعرها بالرضا عن نفسها ورضا المحيطين بها عن تصرفاتها، وخفض مستوى الخوف من الفشل الأكاديمي، وزيادة شعورها بالسيطرة على حياتها بإعطاء تدخلات الآخرين الحجم المناسب، بالإضافة لخفض الوزن والشعور بالقدرة على التحكم بالطعام، والشعور بالتحكم والسيطرة على التصرفات والأفعال.

ما هو النمط البديل؟

يشتمل النمط البديل؛ لتحقيق رضا المسترشدة ورضا المحيطين بها عن أفعالها، وتصرفاتها، على تعلمها التصرف بطريقة أكثر مسؤولية وبشكل يحقق التوازن يحل الصراع بين الأسلوب الطفولي والأسلوب الراشد بحيث يكون لكل موقف سلوك يناسبه، بالإضافة لتحقيق السيطرة على المشاعر السلبية للحد من تأثيرها على الأفعال من خلال توفير عدة بدائل لأساليب التعامل مع المشاعر وتوجيهها غير الأسلوب الخاطيء بمنع النفس من الغضب، وزيادة وعي المسترشدة بأنماط محبة واهتمام عائلتها بها لتحقيق الرضا لديها وخفض الضغوط النفسية، تحقيق التخطيط المسبق الذي بدوره يساعد في الحد من المشكلات السلوكية من خلال التوقف ثم التفكير قبل الفعل، تغيير الأفكار الخاطئة التي توجه سلوك المسترشدة؛ ففكرة انعدام السيطرة على الأفعال والسلوكيات تؤدي إلى إحباط المحاولات وإيجاد فكرة اليأس، وفكرة أن الحماية الغذائية تقوم على حرمان النفس من الطعام تؤدي إلى جعل الحماية غير واقعية بالتالي يسبب في فشلها، إلى جانب تغيير فكرة أن الطعام مرتبط بالمناسبات الجميلة وقائم عليه، ويؤدي بذلك لممارسات غذائية خاطئة، وبحل تلك الأمور يمكن أن تنجح الحماية الغذائية للمسترشدة، بالتالي السيطرة على تناول الطعام وخفض الضغوط المصاحبة، وحل تلك الجوانب وإنجاحها يحد من المخاوف من الفشل الأكاديمي ويجعلها أكثر واقعية بزيادة وعي المسترشدة بمزاياها وقدراتها، ومن ذلك يمكن تغيير الأحكام السلبية على النفس من قبل المسترشدة.

مدى الخيال في القصة:

تتصل أحداث القصة التقديمية بواقع المسترشدة من جميع النواحي، وبذلك لا تتطلب أي مستوى من الخيال في القصص العلاجية.

إعداد القصص العلاجية:

الخطوة الأولى: إيجاد القواسم المشتركة بين قصص المسترشدات:

بعد تحليل قصص المسترشدات تبين أن القواسم المشتركة بين القصص هي:

- 1- التصرف دون تفكير مسبق والذي يليه شعور بالندم (م6، م12، م1، م5، م8، م3، م7، م10، م2، م9، م11، م15، م13).
- 2- عدم التروي والتفكير بعواقب الأمور (م1، م2، م5، م10، م11).
- 3- عدم فهم ومعرفة جميع متطلبات المهمة (م1، م13، م8، م2، م14، م7، م3).
- 4- عدم إتمام المهام، أو إتمامها بطريقة غير دقيقة أو صحيحة (م6، م7، م8، م3، م10، م1، م5، م15).
- 5- الاستجابة بشكل غير مناسب للمشاعر الإيجابية و/أو السلبية (م1، م2، م3، م4، م13، م7، م12، م9، م10، م8، م5، م6، م14).
- 6- الشعور بالضيق من تدخلات الآخرين والرغبة في الاستقلالية (م1-15).
- 7- وجود فكرة أن الطعام يحسن من الحالة المزاجية وأنه متطلب للمناسبات والأنشطة السعيدة (م4، م6، م13، م1، م9، م3، م11، م14، م15).
- 8- إطلاق أحكام سلبية على الذات (م1، م6، م7، م8، م4).

9- وجود أفكار خاطئة وسلبية مرتبطة بتناول الطعام؛ كأن الحرمان من الطعام اللذيذ ضرورة لخفض الوزن ولنمط الحياة الصحي، وأن عدم الإلتزام الحرفي بالأنظمة الغذائية يعتبر فشل فإما الإلتزام بكل النظام أو عدم تطبيق النظام إطلاقاً (م1-15).

10- كُزّه الذات بسبب الشراهة والسمنة (م1، م2، م3، م5، م9، م13، م15).
11- مظاهر اضطراب الشره (كمية طعام أكبر من المعتاد، انعدام سيطرة على كمية الطعام ونوعه، تناول الطعام خفية، الأكل أسرع من المعتاد، وغيرها) (م1-15).

الخطوة الثانية: استخدام أسلوب "تخصيص القصة" وتحديد العوامل المشتركة:

بعد تحليل القصص التقدمية للمسترشدات تبين أنه من الممكن اعتبار التالي محكات مشتركة يمكن تضمينها بالقصص العلاجية لتخصيصها:

- العمر (12 عام أكبر أو أصغر قليلاً) (ويفضل بالأرقام لتحقيق أكبر صورة ممكنة من التخصيص).
- تفاصيل حول الأماكن المركزية في حياتهن (المدرسة، نظام المنازل الريفية، مكان سهرة نهاية الأسبوع).
- المدرسة والمعلمات والإدارة وجميع تفاصيل الحياة المدرسية المشتركة.
- الشخصية المقربة (صديقة).
- تفاصيل شكلية وسلوكية مرتبطة بالأشخاص البدناء (أما عن المسترشدات من ذوات الوزن الطبيعي؛ فصورة الشخص البدين تمثل صورة شخصية لهن في مخيلتهن والتي يخشين الوصول إليها).
- أنشطة مدرسية محببة لهن (نشاط المواهب والذي يتضمن الحرف اليدوية الكتابة وغيرها).
- أمور مرتبطة بالسياق الثقافي (عادات وتقاليد وأعراف ومناسبات وغيرها...).

- ذكر نقاط القوة لديهن (كقوة الشخصية، الدفاع عن الحق وغيرها).

الخطوة الثالثة: تطوير القصص باتجاه مغاير للنمط المَرَضِي المتسبب في اضطراب الشره العصبي والاندفاعية بعد الانطلاق من الوضع النفسي العام للقصص التقدمية (البدء بشعور الإحباط).

الخطوة الرابعة: إبراز السلوكات، الأفكار، المشاعر الإيجابية البديلة في القصة؛ من خلال مراحل الأسئلة الأربع؛ لزيادة وعي المسترشدات بخياراتهن الخاطئة.

الخطوة الخامسة: تضمين القصة العلاجية لبدائل عديدة وليس بديلاً واحداً، لسماح للمسترشدات باختيار البديل الذي تعتقد كل واحد منهن أنه الأنسب.

الخطوة السادسة: تحديد المغزى من القصة العلاجية (لتحقيق الأهداف، وجعله هدفاً فرعياً للعلاج، واعتباره محكاً للحكم على سلامة فهم المسترشدات للقصة).

الجلسة الثامنة والتاسعة: القصة العلاجية 1 (سأجد طريقي)

أهداف الجلسة:

- 1- استماع المسترشدات بشكل فعال للقصة العلاجية.
- 2- تحقيق الوعي لدى المسترشدات بخيارات حياتهن السلبية (سلوكات، مشاعر، أفكار...) في المشكلة.
- 3- توفير أكبر قدر ممكن من البدائل والحلول الإيجابية للمسترشدات.
- 4- التأكد من فهم المسترشدات للقصص العلاجية وعلاقتها بالقصص التقديمية.
- 5- رواية القصة البديلة المبدئية.

الأساليب المستخدمة:

التسجيل المرئي، الأسئلة العلاجية ضمن مراحلها، الأساليب الفنية (لتقديم القصص البديلة)، الحوار والمناقشة، الأنشطة (نشاط ما اسم هذا الشعور؟ "What is the name of this feeling?") الواجبات البيتية (الاستماع للتسجيلات المرئية التقديمية والعلاجية).

المواد والأدوات اللازمة:

كاميرا فيديو، أوراق بيضاء، أقلام وألوان، سبورة، صور تحمل تعبيرات الوجه.

إجراءات كل جلسة:

1) افتتاح الجلسة وربطها بالجلسة السابقة.

أ- تم الترحيب بالمسترشدات وتعزيز التزامهن في موعد الجلسة، وتشجيع استمرار ذلك بذكر منافع الالتزام بشكل عام، وما يعود عليه من تحقيق أهدافهن بشكل خاص.

ب- تم التذكير بما دار في الجلسات الماضية من خلال عمل تلخيص؛ للتمهيد والانتقال للمرحلة التالية من العمل "رواية القصص العلاجية"، والتأكد من قيام المسترشدات بأداء الواجب البيتي، وتشجيع روح المنافسة على الالتزام بذلك، من خلال تعزيز من قمن بتأديته.

ج- تم إخبار الطالبات عن أنه قد وردني عدد من القصص لفتيات بمثل عمرهن، أي بسن الثانية عشرة أو أكثر أو أقل قليلاً، وأني سأروي لهن بعضاً منها، وأمل أن يبدن تفاعلهم جيداً مع كل قصة ليستطعن الإجابة عن الأسئلة التي تليها.

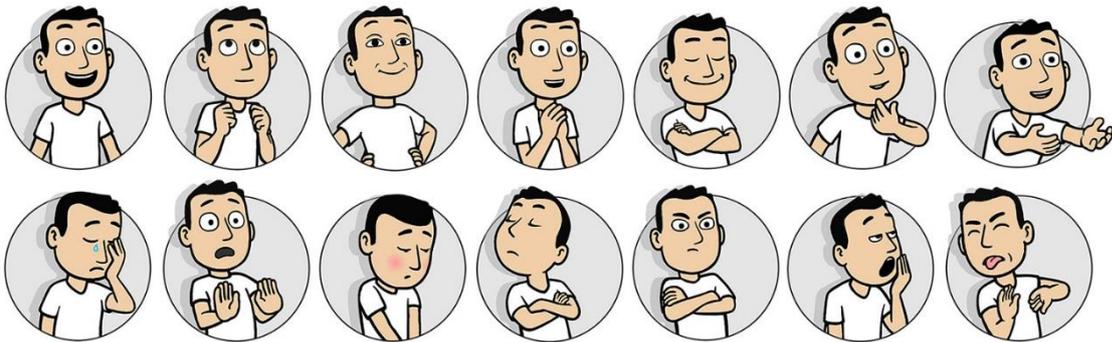
(2) تطبيق نشاط ما اسم هذا الشعور؟ "What is the name of this feeling؟"؛ بهدف

فهم المشاعر وربطها بالأفعال لتحقيق إمكانية التعبير عنها، وإدراك وجود مشاعر وأفكار للآخرين تختلف عما لدينا.

تم تطبيق النشاط من خلال الخطوات التالية:

▪ توزيع المسترشدات على مجموعتين.

▪ تقديم التعليمات؛ بأنه ستعرض لهن الصور التالية:



▪ والمطلوب من كل مجموعة وصف مشاعر كل صورة وإذا كانت صحيحة تحصل

المجموعة على نقطة وإذا كانت خاطئة يتم تحويل السؤال للمجموعة الثانية وفي

حال تم الإجابة عليه ستحصل على النقطة ومن يجمع أكبر نقاط بانتهااء الصور سيكون الفائز.

▪ بعد انتهاء النشاط تم تعزيز أداء الطالبات، وطلب العودة لأماكنهن.

(3) رواية القصة العلاجية "سأجد طريقي".

تم رواية القصة العلاجية بأسلوب تفاعلي مع إبراز مشاعر وتعبيرات الشخصية في القصة والتوقف عند المواطن التي تحتاج لتفكير، والتالي عرض للقصة:

سأجد طريقي

لأجل تلك اللحظات التي أراني بها كومة هلامية ترتج كلما نوت الحراك، لأجل ذلك الشعور بالثقل وضيق المكان، لأجل نفسي الضيق، حركاتي البطيئة، ولهائي المرتفع، لأجل محاولاتي المجهدة بإدخال ملابسي، لأجل غضبي متي بعدما أتناول كل ذلك الطعام، كمن لن ير الطعام في حياته مجدداً، لأجل كرهني لنفسي، بعد ما أقف صامتة أمام بقايا الطعام الذي خبأته هنا وهناك، لأجل كل مرة كذبت بها على الغداء بقولي: أنني جائعة ولم أتناول شيء [بصوت منخفض جداً: لأنها وجبتي الثانية على التوالي في الحقيقة، لكن لا تخبروا أحداً] ولأجل كل مرة استلقيت بها على ظهري بعد الطعام، التصقت بالأرض، تنفست بعمق، ثم شتمت نفسي...

لأجل ذلك سأحاول مجدداً؛ فلقد أشبعت ألماً، أعلم أعلم، لقد فشلت مسبقاً، لا داعي لتذكيري شكراً، لم أنسى بعد آخر مرة فشلتُ بها بالالتزام بورقة صغيرة وبضع سطور، لكن علي المحاولة مجدداً، علي أن لا أسمح بأن يصيبني السكري، الضغط، الكوليسترول، الروماتيزم، أخاف أن تبتتر أطرافي، أخافها كما أخاف سماع كلام من حولي، انتقاداتهم، سخريتهم، ذلك يؤذيني كثيراً...

لكن يا إلهي! ماذا أفعل! فأنا بمجرد سماع قرع الملاعق في الصحون، أو خشخشة الأكياس في المنزل، أنسى كل شيء، لا بد من أن هناك شيء خاطئ علي حلّه، وستصبح الأمور أفضل،

فقد قيل أنّ ما نتعلمه من صفحات "الفيسبوك" و"العم جوجل" ليست صحيحة دائماً، يبدو أنني لا أسلك الطريق الصحيح، وطلما بقيت في الطريق غير الصحيح لن أصل إلى ما أريد.

الكثيرون قد حققوا أهدافهم، لذا لن أياس، ولن أبقى ضعيفاً تسيطر عليّ بضع مأكولات، ولن أهتم لتناول الطعام مثل فيلة صغيرة الدماغ، ولن أضطر لسماع ما يسوءني. سأصبح أفضل، وسأكون جميلة دوماً وأتمايل أمام المرآة بثقة، في الواقع أنا جميلة [يتباهي]، وجهي، عيوني، بسمتي، روحي المرحّة والكثير، لكن أريد أن أكون أجمل من ذلك، قليل من القوة لأملك نفسي وبضع كيلو غرامات، وسيكون الأمر كما أريد...

هدفي بات واضحاً، سأجد طريقي...

4) مناقشة المغزى من القصة العلاجية؛ للتأكد من سلامة فهم محتوى القصة، ولتمكين الفائدة بالتركيز على المحاور العلاجية.

المغزى من القصة: الأمل ليس حُلماً، بل طريقة لجعل الحلم حقيقة، تذكر لا يأس مع الحياة ولا حياة مع اليأس.

5) استخدام الأسئلة العلاجية ضمن مراحلها الأربع؛ لتوفير أكبر قدر ممكن من البدائل والحلول الإيجابية للمسترشدات وللتأكد من فهم المسترشدات للقصص العلاجية. [الإجابات للطالبة

د.ز]

أ- أسئلة المرحلة الأولى:

1- كيف تشعر الفتاة في القصة؟

بالبداية كانت تشعر بأنها مخنوقة ومتضايقة بعدين صار عندها أمل لتتغير.

2- ما الذي يدفع الفتاة للقيام بتلك الأفعال على هذا النحو؟

حبها للأكل ونصاحتها.

3- هل أفعال الفتاة في القصة مناسبة؟

لا هاي الأمور مخربة حياتها على الآخر وتعملها مشاكل.

4- ما الذي تخاف منه الفتاة في القصة؟

إنها تظل ناصحة وتمرض، ويظنوا الناس بعلقوا عليها ويتدخلوا فيها.

5- ما هي الطرق الممكنة التي يمكن أن تساعد في الفتاة؟

إنها تسال الناس يلي تحسنوا يلي حكمت عنهم بدلوا للطرق الناجحة ويمكن يساعدها

لتتجج.

6- ما هي النقاط الإيجابية لدى الفتاة؟

إنها ما بتيأس، وهيك بتحسها قوية وقد حالها ومش معتمده على حدا.

7- ما هي النهاية السعيدة لقصة الفتاة؟

إنها تحقق يلي بدها إياه، وتبطل تاكل بالطريقة المحرجة، وتسيطر على حالها

وتخفف أكل.

ب- أسئلة المرحلة الثانية:

1- هل تعرفين أي شخص يشبه الفتاة في القصة ويرغب في أن يغير من نفسه؟

آه، زوجة عمي.

2- ماذا فعل ليغير من نفسه؟ هل نجح؟

هيه ناصحة شوي زيادة، وكانت ما تقدر تعمل دايت فصارت ما تحكي لعمي إنه ما

عندهم أغراض بالبيت عشان ما تطبخ وتجبر حالها هيك ما تاكل. وما نجحت لأنها

بتحب الحلو وما بتقدر ما تاكله فبعدها زي ما هيه إذا ما زادت.

3- هل كانت طريقته صحيحة برأيك؟

ما أعتقد لانه مشاكلها زادت وحياتها خربت أكثر، خاصة مع عمي، وفوق هذا كله
ما تغيرت وولا نحفت.

4- ماذا يمكنك أن تخبريه به/ تقترحي عليه ليغير من نفسه؟

إنها تلاقي طرق غير، يمكتلعب رياضة أكثر كونها ما بتقدر تمنع حالها من إنها
تاكل، أو ممكن ما تطبخ الأكل يلي هيه بتحبه هيك ممكن ما تاكل كثير منه.

5- ما هي النقاط الإيجابية لدى هذا الشخص؟

إصرارها وانها ما بتأسرغم كل اللي صار.

6- كيف يمكن أن تنهي قصته بطريقه جميلة؟

إنها تتحف وتصير أحلي تبطل تاكل كثير وما يجرها حد بتعليقاته عليها كل ما
أكلت إشي ، لأنهم كل ما يجتمعوا معها بتخونوا عليها.

ج- أسئلة المرحلة الثالثة:

1- هل تعتقد أنك تشبهين الفتاة في القصة؟

اه ببعض الأمور

2- هل حاولتي أن تغيري أي من الأمور تلك؟

حاولت أنحف وحاولت أحسن من تصرفاتي، لأنه الوضع صار كثير يضايقتني.

3- ما هي الطرق التي قمت بها لتحقيق ذلك؟

لحتي أنحف عملت دايت، ولحتي أتصرف أحسن حاولت أمنع حالي من إنني أعصب.

4- هل تعتقد أن تلك الطرق سليمة؟

آه الكل يعمل الأشياء يلي عملتها، [صمت قليلاً]، معقول ما تكون الطريقة صح لهيك

ما زبط، بس لا لا هاي فيه ناس بزبط معها.

5- ما هي النقاط الإيجابية لديك؟

ما بيأس، وإذا بدى إشي بصر عليه ولحاول لحتي أحققه.

6- كيف تكون النهاية السعيدة لك؟

أحقق يلي نفسي فيه، وأكون محبوبه.

د- أسئلة المرحلة الرابعة:

أعيدي رواية/ كتابة/ رسم/... القصة التي قدمتها سابقاً، يمكنك إضافة تعديلاتك عليها.

6) الاستماع لجميع القصص البديلة التي تمت روايتها/ كتابتها/... في المرحلة الرابعة من

كتابة الأسئلة، ومناقشتها. (ذلك يكون في الجلسة التاسعة)

نموذج قصة بديلة 1: للحالة (دز)

المسترشدة: دلال بنت بالصف الثامن وهيه حلوة كثير، عيونها حلوة، وضحكتها، وروحها كمان حلوة، وكمان شاطرة ومتفوقة بالمدرسة ومحبوبة بين الطالبات، بس مش كثير من المعلمات.

المرشدة: لكن...

المسترشدة: لكن ما بتحب بحالها كثير شغلات، بتتكد عليها وبتخرب عليها حياتها، زي إنها بتتصرف بطريقة مش منيحة مرات، وإنها مش عارفة تتحف لتصير أحلى، وبتنظل تاكل وتاكل وتاكل، وإنه أهلها منزعجين منها، ومش راضيين عنها. نفسها ترضيهم، ويصيروا يحبوها مثل ما بحبو أختها. بس هالإشي لازم يتغير، ومش رح يظل مخرب حياتها، ورح تغير كل شي بتكرهه بحالها، لأنه عن جد فيه كثير ناس تغيرت، ما حدا أحسن من حدا باشي، ومثل ما تغيروا ممكن أتغير، وما رح أخلي الأكل مسيطر علي، ويخليني مش حلوة، ومش رح أسمح لتصرفاتي إنها تخليني بصورة بنت مش مؤدبة.

7) التلخيص والإنهاء.

أ- تم عمل ملخص لما دار في الجلسة، وتكليف الطالبات بواجب بيتي؛ والمتمثل بالاستماع

المتكرر للفيديوهات التقديمية والعلاجية.

ب- تعزيز تفاعل المسترشدات مع القصة العلاجية، والاستجابة على الأسئلة، ورواية

القصص البديلة، وتشجيع استمرار ذلك، وتعزيز مظاهر الاحترام التي أبدتها بينهن ومع

المرشدة.

ج- التأكيد على موعد الجلسة القادمة، وتوديعهن على أمل اللقاء.

الجلسة العاشرة والحادية عشرة: القصة العلاجية 2 (حريّة)

أهداف الجلسة:

- 1- استماع المسترشدات بشكل فعال للقصة العلاجية.
- 2- تحقيق الوعي لدى المسترشدات بخيارات حياتهن السلبية (سلوكات، مشاعر، أفكار...)
- 3- توفير أكبر قدر ممكن من البدائل والحلول الإيجابية للمسترشدات.
- 4- التأكد من فهم المسترشدات للقصص العلاجية وعلاقتها بالقصص التقديمية.
- 5- رواية القصة البديلة المبدئية.

الأساليب المستخدمة:

التسجيل المرئي، الأسئلة العلاجية ضمن مراحلها، الأساليب الفنية (لتقديم القصص البديلة)، الحوار والمناقشة، الواجبات البيتية (الاستماع للتسجيلات المرئية التقديمية والعلاجية).

المواد والأدوات اللازمة:

كاميرا فيديو، أوراق بيضاء، أقلام وألوان، سبورة.

إجراءات كل جلسة:

(1) افتتاح الجلسة وربطها بالجلسة السابقة.

- أ- تم الترحيب بالمسترشدات وتعزيز التزامهن في موعد الجلسة، وتشجيع استمرار ذلك.
- ب- تم التذكير بما دار في الجلسات الماضية من خلال عمل تلخيص، والتأكيد على الاستمرار على هذا النحو.

- ج- التأكد من قيام المسترشدات بأداء الواجب البيتي، وتشجيع روح المنافسة على الالتزام بذلك، من خلال تعزيز من قمن بتأديته.

(2) رواية القصة العلاجية (حريّة).

تم رواية القصة العلاجية بأسلوب تفاعلي مع إبراز مشاعر وتعبيرات الشخصية في القصة والتوقف عند المواطن التي تحتاج لتفكير، والتالي عرض للقصة:

حريّة

عندما تكون أنتَ السجين والسجّان... وتوصدُ الأبواب على نفسك مرغماً... عندها يكون ثاني أمرين أحلاهما مرّاً...

وددتُ يوماً أن أكونَ فتاةً مستقلةً، أتخذُ قراراتي بنفسي دونَ تدخلٍ من أحد، وأصنع حياتي وأجعلها كما أريد، وأعدل وأصلح من نفسي بنفسي، أجل، أحتاج لبعض التعديلات، الكثير منها في الحقيقة. أريد أن أخسر وزني الزائد، وأصبح أجمل، وأسلك أفضل، وبحجم إرادتي لذلك أريد أن أكون وحدي مصدر التغيير، وبالطريقة التي أراها مناسبة، لذلك قررت البدء بالتغيير، فتصفح كل ما أمكنني من صفحات هاتفي الذكي، وقرأت الكثير من الطرق تحت كلمة بحث "أقصر طرق لخسارة

الوزن"، كان ذلك مشابهاً لما تتناقله زميلاتي في الصف، لذا عزمتم أن أختار أحدها وأطبّقه، كتبت البرنامج الغذائي الذي اخترت على ورقة أخذتها من دفتر المادة التي أحبها -علّ حبي لها ينتقل للبرنامج وأحسن تطبيقه- ثم خبأتها تحت وسادتي...

اليوم الأول من تطبيق البرنامج الغذائي كنت متحمسةً جداً له، لكن بدأت أشعر بشيء غريب عندما رأيت الطعام أمامي، بدأ حماسي يفتر وهناك شيء توقف عند عنقي وبدأ يخنقني، فحدثت نفسي "أنا ممنوعة من الأكل يلي بيوكلوه، ولا لقمه يعني ولا لقمه" وبعد مناداة والدتي لي بأن أقبل على الطعام لمرة متتاليتين، ذهبت إلى المطبخ وأحضرت حبة خيار ومررت من أمامهم متجاهلة منظر الطعام، ثم أخبرتهم أنني أكلت شيء مسبقاً ولا أشعر بالجوع الآن سأكل لاحقاً... ثم أسرعت لغرفتي وأغلقت الباب وجلست أمام كرتي لأحل واجباتي فنظرت للكتب التي أمامي ثم أرحتها جانباً فأنا لم أعد أرغب بالدراسة واستلقيت على ظهري وتنهدت...

لم يكن الأمر سهلاً على هذا الحال... فبعد يومين أصبح شديد الصعوبة.. وبدأ شعوري بالجوع يجلب إلي خيالاتٍ لطعام محظور "كالشاورما" مثلاً، حاولت أن أشغل نفسي بأمورٍ أخرى لكن شعوري كان أقوى، ذهبت للمطبخ لأشرب كأس ماء فقط، وقعت عيني على صحن كبير مملوء "بالبيتفور" وبدأ صراع أفكارٍ و رغباتي، أن أكل قطعة واحدة فقط أم لا، أنا أريد ولا أريد، ماذا أفعل!.. أخذت قطعة وقلت قطعة واحدة فقط، وعندما انتهيت منها انهيت على الطبق كله!

أنا شخص فاشل ولا أصلح لأي شيء لن أستمر بعمل الحمية، لقد تعبت سأخرج من سجن الممنوعات وأكل ما طاب لي، ولن أمارس تلك الرياضة المقيته أيضاً فما الجدوى من تعب وإجهاد وحرمان لأيام مقابل خسارة كيلو أو اثنتين فقط... هذا ما حدثت به نفسي قبل أن أجتو على ركبتي وأتساءل: ماذا أفعل! أبقى هكذا بدينة! أسمح لهم بالتدخل بي بحجة عدم قدرتي على تغيير نفسي! افعلي ذلك، ولا تفعلي ذلك،...، أترك نفسي عرضة لسخرية الآخرين! أتجرع الألم بكل مرة أخرج

بها لأشتري الملابس، بكل مرة أخرج وأرى الناس بها! لذلك فكرت بأنه لا بد من أن أعيد نفسي لذلك السجن اليومي وألغي الطعام من حياتي ولا بأس بمرار ذلك فكلنا الأمرين أحلاهما مرٌ.

بعد أيام أقيم في مدرستنا نشاط "اليوم الصحي" ضمن أنشطة لجنة الصحة المدرسية، كان يوماً حافلاً والأجمل أننا لم نتلقَ أيّاً من الدروس، لكن ما قدموه بذلك النشاط أعطاني أهم درس في حياتي شيء أعاد ترتيبها. كانت أول مرة أعرفُ فيها كيفَ يعملُ جسمُ الإنسان، كيف يزيد وزنه وينقص، أهم ما علق بذاكرتي من كلام المحاضرين:

إن جسم الإنسان يحتاج إلى الطاقة ليعمل -كاحتياج السيارة للوقود- والتي يعبر عنها بالسعرات الحرارية "Calories"، هذه السعرات مصدرها الطعام وكل صنف غذائي يحتوي قدرًا من السعرات، وتُصرف هذه السعرات باتجاهين هما العمليات الحيوية الجسمية، والجهد المبذول بالرياضة، وإن جسم كل إنسان يحتاج مقداراً معيناً من السعرات الحرارية يومياً، إذا تناول الشخص في يومه أكثر من تلك القيمة يزداد وزنه وإذا تناول أقل منها نقص وإذا حافظ عليها ثبت وزنه (Centers for Disease Control, 2018).

قد يستغرب أحدهم بأن ذلك هو ما غير حياتي، نعم تغيرت حياتي بذلك؛ فأنا وفق ما قيل لستُ مجبراً على تناول البيض المسلوق الذي أكره، ولستُ محرومةً من تناول الحلويات والشوكولاته وأي شيء قيل عنه ممنوعاً، بإمكانني أن أتناول ما أريد لكن علي أن لا أجعل من المجموع اليومي للسعرات الحرارية "Calories" يزداد عن احتياجي اليومي وبذلك لن أسمن وسأكل ما أريد.

ومن هنا بدأت رحلتي في التعرف على كل صنف غذائي وما يحتويه من سعرات حرارية، وعلى كل رياضة وكَم من السعرات تستهلك، بدأت بتسجيل ذلك على دفترٍ صغيرٍ لأحسب كم من السعرات أستهلك يومياً، كما أنني بحثت عن كيفية حساب احتياجي اليومي وكان احتياجي "1200 cal"، وبذلك وجدت هدفي واضحاً، إذا اشتبهت حبة شوكولاته بإمكانني تناولها عوضاً عن تفاحتين

مثلاً، وإذا خرجتُ في زيارةٍ لن أُجبرَ على إعلام الجميع بأنني أقوم بحمية سائل أمامهم حلويات أو أي شيء، لكن كل ما علي هو أن أعرف كم من السعرات تحتوي ولا أصل بمجموع الطاقة لأكثر من ألف ومنتني سعة حرارية.

بعد أسبوع من تطبيق ذلك، بدأت أشعر وأفكر بطريقة مختلفة، حتى أنكم ستشعرون بالغرابة عندما أخبركم أنني لم أعد أختار بعض الأطعمة التي كنتُ أشعر بالضيق لحرمانني منها؛ فعندما أتخيّر بين تناول كأسٍ من الببسي أو قطعة دجاج مع كوبٍ من الأرز، وأنا جائعة، لم يكن اختياري الببسي بالتأكيد، لا تفهموا قصدي بشكلٍ خاطيء لازلت أحب الشوكولاته والبطاطا المقلية والببسي وغيرها، لكن بدأت أشعر بأنها غير صحية كفاية لأضعها بقائمتي في كثير من الأيام وأخسر مقداراً كبيراً من مجموعي اليومي، كنت أضعها فقط حينما أشتيها، كما بدأت بعدها بممارسة الرياضة اخترت رياضةً أخرى أحبها أكثر من الجري، ووجدت أنه يعمل ما تحب ستستطيع الاستمرار ولن تشعر بالضيق، وفكرت حديثاً بأن أمارس الرياضة مع صديقاتي، أعتقد سيكون الأمر ممتعاً أكثر. واليوم تأكدت أن الخطب لم يكن بي بل بالطرق الخاطئة والمؤذية التي نتبعها، فبعد أن مر بعض الوقت على محاولتي الجديدة وبدأت ألحظ فقدان وزني، أشعر بأنني خرجت من السجن وحُكِم لي بالحرية.

3) مناقشة المغزى من القصة العلاجية؛ للتأكد من سلامة فهم محتوى القصة، ولتمكين الفائدة

بالتركيز على المحاور العلاجية.

المغزى من القصة: قد يكون طريقك الخاطيء هو ما لا يوصلك لهدفك، وليس عدم وجود

طريق!

4) استخدام الأسئلة العلاجية ضمن مراحلها الأربع؛ لتوفير أكبر قدر ممكن من البدائل

والحلول الإيجابية للمسترشدات وللتأكد من فهم المسترشدات للقصص العلاجية.

أ- أسئلة المرحلة الأولى:

1- تتبع تغير شعور الفتاة في القصة؟

في البداية كانت محبطة وحزينة ومقيدة وخنوقة، لكن لما اكتشفت إنه طريقته خطأ وإنها بتقدر تحقق هدفها من خلال اشي بتحبه صارت معنوياتها مرتفعة وتحمست لتحقيق هدفها.

2- ما هو الخطأ في الحمية الغذائية التي قامت بها الفتاة سابقاً؟

كانت مفكرة إنها إذا بدها تتحف لازم تحرم حالها من كثير أشياء بحياتها، بس المسألة طلعت بإنها قيمة معينة مش لازم يتعدها الشخص وكل شو ما بدك، يعني انت مش محروم ومش مجبور على اشي ما بتحبه.

3- ما رأيك بالنظام الغذائي الجديد الذي استنتجته الفتاة؟

حسينه مرن، بقبل الأشياء يلي بحبها.

4- ما الذي جعل نظرة الفتاة لممارسة الرياضة تتغير؟

قيامها بالرياضة بتحبها، لأنك لما بتعمل اشي بتحبه بتقدر تستمر فيه.

5- هل هنالك طرق أخرى يمكن أن تساعد الفتاة فيها على تحسين حياتها الجسمية؟

ممكن تنتبه لكمية الماء يلي بتشربها.

6- ما هي النقاط الإيجابية لدى الفتاة؟

بتستخدم عقلها.

7- ما هي النهاية السعيدة للقصة؟

إنها نحفت وحققت هدفها وهي مبسوطه، وبدون ما تكون متضايقه إنها خسرت إشي عشان تحقق هدفها.

ب- أسئلة المرحلة الثانية:

1- هل تعرفين أي شخص يشبه الفتاة في القصة؟

اه بنت جيرانا أكبر مني بسنتين.

2- ماذا فعل هذا الشخص ليحقق ما يريد؟ وهل نجح؟

بالأول نجحت، قاطعت أي اشي فيه سكر، ونحفت (11) كغ بشهر ونص، بس بعدين

ما قدرت تكمل وما تاكل السكر أبداً، خربت كل شي ورجعت نصحت وزادت أكثر من

(11) كغ.

3- هل كانت طريقته صحيحة وأمنة؟

لا طريقته ظالمة، وقاسية، ما حدا بقدر يعيش بدون ما ياكل بحياته اشي فيه سكر.

4- ما هي المشاعر التي كانت تظهر عليه خلال تلك الفترة؟

كنت أحسها بتعاني، خاصة لما يضيفها حد اشي وترفض لانها عاملة دايت وما بصير

تاكل سكر، بعاملوها تقول مريضة سكري مسكينة.

5- ما هي الآثار السلبية لما فعله هذا الشخص؟

تعبت نفسيته على الفاضي، وما استفادت كثير.

6- كيف يمكن أن تغيري قصته إن أمكن؟

بعلمها مبدأ قليل دائم خير من كثير منقطع، يعني انزلي شوي شوي ويكونوا بصورة

صح وثابتات أحسن من كثير ويرجعن بعد فترة، لحتى تقدر تكون حلوة وتتحف وتكون

مبسوطة بحالها.

ج- أسئلة المرحلة الثالثة:

1- هل سبق وقتي بشيء مشابه لطرق الفتاة القديمة؟

اه، عملت حمية بس ما كنت اقدر التزم أكثر من يومين، وعملت كمان رياضة، كنت
أمشي بحوش البيت، وبرضه ما طولت كم يوم ويبطل أعمل اشي.

2- هل تعتقد أن هذه الطرق صحيحة؟

لا، ما استفدت اشي عليها، غير عن إنها صعبة كثير ومملة.

3- ما المشاعر التي كانت تتناوبك عندما تقومين بتلك الطرق؟

كنت أحس حالي مش طايفة حدا، وبس بدى كلمة لأعمل مشكلة، كنت متضايقة كثير.

4- هل أوحى لك القصة بطرق بديلة يمكن أن تتبعها في حياتك الجسمية؟

اه، خططت لشو الرياضة يلي رح أصير أعبها، وبدى أتعلم كيف أحسب السرعات
الحرارية.

5- هل تأيدي رأي الفتاة في القصة بما يتعلق بالرياضة بأنها مقيته ومتعبة؟

بالأول كنت اه، بعد القصة لا، لأنى عرفت انى ممكن أعمل الرياضة يلي بحبها مش
مجبورة ع انى اركض بس.

6- هل لديك اقتراحات لجعل الرياضة محببة أكثر؟

ممكن نمارسها مع بعض، ونعمل مسابقات ومنافسات عليها، ونخليها شيء نحبه كلنا.

د- أسئلة المرحلة الرابعة:

أعدي رواية/كتابة/رسم... القصة التي قدمتها سابقاً، يمكنك إضافة تعديلاتك عليها.

(5) الاستماع للقصص البديلة التي تمت روايتها/كتابتها... في المرحلة الرابعة من كتابة

الأسئلة، ومناقشتها. (ذلك يكون في الجلسة الحادية عشرة)

المسترشدة: دلال، مثل ما حكى من قبل، عندها مشكلات مع حالها وعيلتها، بدها تصوير أحلى وتنحف، وبدها تتصرف أحسن، هيه مثل البنات بالقصة بتحس حالها مخنوقة ومقيدة وحزينة، نفسها تتحرر وتحس حالها مثل العصفور يلي طلع من القفص، وهيه شايفه هالشيء قريب والباب انفتح، هيه عرفت وين خطأها، بإنها كانت ما تعمل الطريقة الصحيحة عشان تنحف وتتغير، الطرق القديمة كانت ظالمة كثير، لأنه مش منطوق الإنسان يبطل ياكل، كيف بده يعيش، بعدين الأكل مهم عند كل الناس الفكرة، الفكرة بكم ونوع الأكل، عشان هيك الناس يلي نجح بالأول معهم الريحيم رد فشل.

المرشدة: دلال بدها...

المسترشدة: دلال بدها حل دائم مش اشي مؤقت، عشان تقدر تكون مبسوطه، لأنه بعد ما تتعب يخرب كل شي!!!

المرشدة: لهيك...

المسترشدة: لهيك قررت تبدأ باشي صحي وسليم، وتعمل رياضة كمان، بتفكر تعمل الرياضة مع بنات جيرانهم، وبدل المشي أو الركض، ممكن نلعب ريشه أو قفز الحبل.

(6) التلخيص والإنهاء.

أ- تم عمل ملخص لما دار في الجلسة، وتكليف الطالبات بواجب بيتي؛ والمتمثل بالاستماع المتكرر للفيديوهات التقديمية والعلاجية.

ب- تعزيز تفاعل المسترشدات مع القصة العلاجية، والاستجابة على الأسئلة، ورواية القصص البديلة، وتشجيع استمرار ذلك، وتعزيز مظاهر الاحترام التي أبديتها بينهن ومع المرشدة.

ج- التأكيد على موعد الجلسة القادمة، وتوديعهن على أمل اللقاء.

الجلسة الثانية عشرة والثالثة عشر: القصة العلاجية 3 (لا تغلق أذنيك)

أهداف الجلسة:

- 1- استماع المسترشدات بشكل فعال للقصة العلاجية.
- 2- تحقيق الوعي لدى المسترشدات بخيارات حياتهن السلبية (سلوكات، مشاعر، أفكار...) في المشكلة.
- 3- توفير أكبر قدر ممكن من البدائل والحلول الإيجابية للمسترشدات.
- 4- التأكد من فهم المسترشدات للقصص العلاجية وعلاقتها بالقصص التقديمية.
- 5- رواية القصة البديلة المبدئية.

الأساليب المستخدمة:

التسجيل المرئي، الأسئلة العلاجية ضمن مراحلها، الأساليب الفنية (لتقديم القصص البديلة)، الحوار والمناقشة، الواجبات البيتية (الاستماع للتسجيلات المرئية التقديمية والعلاجية)، استخدام الأنشطة (نشاط "الدائرة المجزأة Segmented circuit").

المواد والأدوات اللازمة:

كاميرا فيديو، أوراق بيضاء، أقلام وألوان، سبورة، لوحة جدارية (ملحق 8)، ملصقات بلونين.

إجراءات كل جلسة:

1) افتتاح الجلسة وربطها بالجلسة السابقة.

أ- تم الترحيب بالمسترشدات وتعزيز التزامهن في موعد الجلسة، وتشجيع استمرار ذلك.

ب- ثم تم التذكير بما دار في الجلسات الماضية من خلال عمل تلخيص، والتأكيد على الاستمرار على هذا النحو.

ج- والتأكد من قيام المسترشدات بأداء الواجب البيتي، وتشجيع روح المنافسة على الالتزام بذلك، من خلال تعزيز من قمن بتأديته.

2) رواية القصة العلاجية (لا تغلق أذنيك).

تم رواية القصة العلاجية بأسلوب تفاعلي مع إبراز مشاعر وتعبيرات الشخصية في القصة والتوقف عند المواطن التي تحتاج لتفكير. التالي عرض للقصة:

لا تغلق أذنيك

اعتدتُ دوماً أن أغلق أذني عمّا لا أرغب بسماعه، عن كل ما أعتبره تدخلاً في شؤوني الخاصة، وعلما أراه قد قيل لسوء نواياهم... فأن لا تسمع... ولا ترى... أفضل من أن تحاول الرد على ما يقولون، تلك كانت طريقتي وأسلوبتي للتعامل مع تدخلات الآخرين قبل أن أعني أنني كنتُ مخطئةً وأن ذلك ليس إلا ضرباً من العناد.

ما الذي تغير حتى بدأت التفكير هكذا؟ علّه أنني لم أعد طفلة أتلقي التعليمات دون تفكير، وعلّه الإحساس بعدم الراحة من تجنب الآخرين عوضاً عن مواجهتهم ووضع حدٍ لما يقولون، بالمجمل لا أهتم لماذا تغير تفكيري بقدر ما أهتم إلى ماذا تغير... وبماذا أجبتُ على تساؤلي بهل لتدخلات الآخرين ورأيهم أي أهمية؟

عندما أجبت مسرعةً بـ"لا" استحضرنني كم مرّة عانددت رأيهم وكانوا على صواب، وكم من تحذيرٍ لقيت عواقب تجاهله الوخيمة، وكم من مرة صارحت بها نفسي حينما سخروا بعدما أمعنت النظر لأقول: "إنهم يقولون الحقيقة"، واستحضرنني أيضاً حرقه والدتي عندما تقدم لي النصحية وبريق خوفها علي في عينيها وأنا غير آبهة.

أيعني ذلك أن تدخلاتهم مهمة ولا يجب أن أتجاهلها؟ بالطبع لا كيف يكون ذلك مهماً حينما يكون مقصدهم إخراجي وإهانتني، كيف يكون وهم ينسحبون عندما تلقَ سوءاً من اقتراحاتهم التي استمعت إليها قائلين "كان قرارك لم نرغمك على ذلك"، كيف وهم يخبروك بحمية غذائية جديدة علها تفلح معك بصوت مرتفع وسط حشدٍ من الناس! كيف وطريقتهم في النصح والتدخل أشبه بالسم من المساعدة!

بتلك الأفكار أصبحت كمن يخلط الزيت بالماء، فكان لا بد من حل وقد وجدته أخيراً، وجته بتلك الرسمة على جدارية الصف (ملحق 8) المعنونة بعبارة "في كل جيد سيء وفي كل سيء جيد"؛ أي أن تدخلاتهم وآرائهم مهمة وليست مهمة في نفس الوقت، والفيصل هو تفكيري وحكمي على ذلك؛ مهمة بدفعي لأفكر بما سأفعل مرة أخرى قبل قيامي به، مهمة كاقترح أو فكرة عابرة قد تخطر لي قد أقبلها أو أرفضها.. أنا.. بنفسي.. وقراري.. حتى وإن قدمها بسوء النوايا فإن كانت ملائمة فأنا المنتفع الوحيد وبتجاهلها أنا الخاسر الوحيد أيضاً. وليست مهمة بنفس الوقت، إذا لم تكن ملائمة لما سأفعل، وإن كان بالاهتمام لها هدمي لا بنائي، ليست مهمة تلك المحاولات البائسة لإخراجي وجرحي.. سأكون ذكية كفاية حتى أحول كل تلك التدخلات التي أرميها أرضاً إلى أكوامٍ ترفعني لأعلى.

ورغم ذلك بقيت لمدة ليست بالبعيدة أشعر بشيء من الضيق، فكثيرٌ من كلامهم ليس من النصح وليس خطأ، أحياناً تكون الحقيقة، حينما يخبروني مثلاً أنني أصبحت أسمن، أنني ارتكبت الكثير من الأخطاء دون أن أفكر، أنني متهورة، عديمة الاهتمام، والكثير مما لا يروقني سماعة لكنه صحيح... حتى أن قالت لي والدتي: "نحن البشر لا نكتمل ولن نكتمل، سنستمر بالأخطاء مرة تلو أخرى والصالح منا فقط هو من يحاول عدم تكرار الخطأ والإصلاح من نفسه، كلنا بشر ولا كامل غير الله" وأمسكت بيدي ورسمت دائرة وأخبرتني أن أجزئها لأركان حياتي: "ديني، أسرتي، علاقاتي، دراستي، أخلاقي، شكلي،..." وطلبت أن أضع نقاطاً سوداء في كل ركن بقدر ما أرى نفسي غير

راضية عنه، وما أن انتهيت حتى بدأت تنتقل بينهم قائلة: "أنظري، مثلما خلت أجزاءً من السواد لديك امتلأت أخرى بها، وجميعنا كذلك وإن خلت بعض أجزائنا اسودت أخرى، الجميع لديه ما يجب أن يحسنه، فلا تقارني نفسك بهم إلا لتتعلمي كيف تكونين أفضل، أهدافك تبدو واضحة عليك بها" وذهبت مبتسمة.

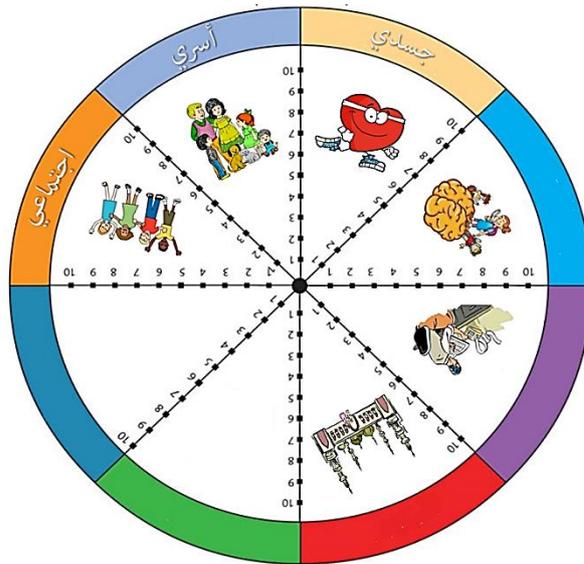
3) أثناء رواية القصة يطبق نشاط "الدائرة المجزأة Segmented circuit"؛ بهدف تحقيق

الرضا عن النفس وإعطاء المشكلات التي تعاني منها الحجم المناسب، بالإضافة للوعي بجوانب القوة والجوانب التي تحتاج لتحسين.

يتم تطبيق النشاط من خلال التالي:

- أبدأ برسم دائرة على السبورة ودعوة كل طالبة لرسم دائرة كذلك.
- ثم أعطي التعليمات من خلال رواية القصة.
- يتم تجزئة الدائرة على شكل مثلثات، وإعطاء اسم لكل مثلث وفقاً للجوانب التي تشكل حياة كل شخص منا. [يمكن توجيه المسترشدات لجوانب الحياة في حال غفلت عنها

كالجانب الاجتماعي، الديني، الصحي،...]



- ثم يتم كتابة تفاصيل دقيقة للجوانب التي تم تقسيمها.
- ثم يتم وضع ملصقات؛ سوداء للنقاط التي تحتاج لتحسين، وملونة للتي تحوي نقاط قوة.
- وبعدها يتم استكمال القصة، وتحجيم المشكلة لتسهيل التعامل معها.

4) مناقشة المغزى من القصة العلاجية؛ للتأكد من سلامة فهم محتوى القصة، ولتمكين الفائدة بالتركيز على المحاور العلاجية.

المغزى من القصة: ابحث بما يؤذيك عمّا يغنيك، وابن بما يغنيك ما يصد الأذى.

5) استخدام الأسئلة العلاجية ضمن مراحلها الأربع؛ لتوفير أكبر قدر ممكن من البدائل والحلول الإيجابية للمسترشدات وللتأكد من فهم المسترشدات للقصص العلاجية.

أ- أسئلة المرحلة الأولى:

1- لماذا ترى الفتاة في القصة أن طريقتها السابقة كانت خاطئة؟

لأنها ما وجدت فيها حل، وكان كلامهم مرات بمكانه.

2- ما الاستنتاج الذي خرجت به الفتاة بما يتعلق بأهمية رأي الناس؟

أنه مهم ومش مهم، مهم إذا فيه شيء ممكن أستفيد منه، ومش مهم إذا ما فيه فايده

وبس بئذيني.

3- هل تعتقدين أن الطريقة الجديدة مناسبة؟

هيه بتغلب شوي، بس أحسن حل.

4- هل تقترحين طرق أخرى للتعامل مع تدخلات الآخرين؟

ممكن نحكي معهم إذا تدخلوا بأسلوب مش مناسب عشان ما يعيدوها.

5- كيف من الممكن أن تكون الفتاة قد شعرت في القصة تجاه كلام والدتها؟

بتكون فرحت، عرفت إنه أمها والكل بحبها، وانه لو حسنت من حالها رح يحبوها
أكثر.

6- كيف يمكن أن تنهي قصة الفتاة؟

إنها توصل لمرحلة تكون استخدمت كل الأشياء يلي كانت تنذيتها لتكون أقوى
وأفضل.

ب- أسئلة المرحلة الثانية:

1- هل تعرفين شخصاً يتدخل به الآخرون؟

اه صاحبتني (ش.ز)، مثلي يتدخلوا فيها، وهيه بتكره هالاشي.

2- لماذا يتدخل الآخرون به؟

حسب، البعض عشان عيب عليها، خاصة بنات بالمدرسة، وأهلها يتدخلوا عشانها
بس برضه اشي بضايق.

3- كيف يتعامل هذا الشخص مع تدخلاتهم؟

ما بتقبل يتدخلوا، وبتتمشك معهم، بس لو إنها تخفف هالاشي مع أهلها لأنهم
بحكوا عشانها.

4- ما رأيك بطريقته؟

بتزبط مع كثير ناس سيئين، بس ما بتستفيد من الأشياء يلي بحكوها زي البنات
بالقصة.

5- ماذا يمكنك أن تقترحي لتغيري من طريقته؟

برسلها الدائرة وبخليها تستخدمها زي البنات بالقصة.

6- كيف يمكنك أن تنهي قصة هذا الشخص؟

إنه تقدر تتعامل مع تدخلات الغير بدون ما تظل متضايقه، وتكون أحسن.

ج- أسئلة المرحلة الثالثة:

1- هل سبق وتدخل بكِ الآخرون؟

كثيييييييير خاصة اخواني

2- كيف شعرتِ عندما تدخلوا بكِ؟

عصبت كثير، لأنه كانوا قاسيين بحكيهم.

3- كيف تعاملتِ مع تدخلاتهم؟

جكر فيهم بعمل عكس اللي بطلبوه.

4- هل تعتقدين أنه الأسلوب الأمثل للتعامل مع تدخلاتهم؟

لا لأنني بتعاقب بكل مرة بتصرف هيك، وماما بتزعل مني.

5- هل أوحث لكِ القصة بطرق أفضل للتعامل معهم؟ ما هي؟

إني أكون هادية، وافكر بكلامهم، إذا صح بعمله مش صح ما بعمله، بس كمان

لازم أحكي معهم إذا أسلوبهم سيء عشان يحسنوه.

د- أسئلة المرحلة الرابعة:

أعيدي رواية/كتابة/رسم/... القصة التي قدمتها سابقاً، يمكنك إضافة تعديلاتك عليها.

(6) الاستماع للقصص البديلة التي تمت روايتها/كتابتها/... في المرحلة الرابعة من كتابة

الأسئلة، ومناقشتها. (ذلك يكون في الجلسة الثالثة عشر)

نموذج قصة بديلة 3: للحالة (د.ز)

المسترشدة: دلال مشكلتها معهم وخلافاتهم على تصرفاتها بإنها مثل الأطفال، بتزعل

وبتعاند، هيه فعلاً بتعاند لأنها ما بتحب حدا يتدخل فيها ويفرض عليها، بس هالشيء طلع

قلة تفكير، يعني هيه بس بتعاند وما بتسمع وبتطنش، بدون ما تنتبه إذا رح تتضرر هيك أو لا، مرات بكون معها حق تعمل هيك، لأنه فيه ناس بتستاها وهدفها تحرجك بس، بس مرات هالاشي بزيد وبتكتشف انك انت كنت الغلط، كلامهم بكون بمكانه، غير عن نيتهم يلي كانت تتجاهلها، أكيد لما أمها بتعطيها تنبيهات هيه بس هدفها تصير أحسن، ماشي هالاشي بضايق لما بكون هيه لحالها بتعمل غلط وأختها لا، بس هالاشي ما بغير بنيتها.

المرشدة: لهيك قررت...

المسترشدة: قررت تعمل زي هالرسمه (وتشير للجدارية)، إنها تفكر بكل شي بحكوه، إذا بتقدر تستفيد منه تستفيد، يعني تدور ع الجانب المشرق من الموضوع، وإذا ما بتلاقي تنساه، وإنه عادي إذا غلطت، شو يعني الكل عنده أخطاء وبحتاج يصحح، والشخص الناجح هو اللي بغير أخطاءه. عدم الاعتراف بالخطأ بزيد من المشكلة لا أكثر، وبهيك أظن لما بتعلم بصير أتصرف أحسن عيلتي رح تحبني أكثر من قبل، ورح يكونوا ألطف معي، ومش مثل ما حكا واحد من اخواني، هاي ما فيه منها فايده ما بتتغير، رح أتغير.

(7) التلخيص والإنهاء.

أ- تم عمل ملخص لما دار في الجلسة، وتكليف الطالبات بواجب بيتي؛ والمتمثل بالاستماع المتكرر للفيديوهات التقديمية والعلاجية.

ب- تعزيز تفاعل المسترشدات مع القصة العلاجية، والاستجابة على الأسئلة، ورواية القصص البديلة، وتشجيع استمرار ذلك، وتعزيز مظاهر الاحترام التي أبدينها بينهن ومع المرشدة.

ج- التأكيد على موعد الجلسة القادمة، وتوديعهن على أمل اللقاء.

الجلسة الرابعة عشر والخامسة عشر: القصة العلاجية 4 (بدون مكابح)

أهداف الجلسة:

- 1- استماع المسترشدات بشكل فعال للقصة العلاجية.
- 2- تحقيق الوعي لدى المسترشدات بخيارات حياتهن السلبية (سلوكات، مشاعر، أفكار...) في المشكلة.
- 3- توفير أكبر قدر ممكن من البدائل والحلول الإيجابية للمسترشدات.
- 4- التأكد من فهم المسترشدات للقصص العلاجية وعلاقتها بالقصص التقديمية.
- 5- رواية القصة البديلة المبدئية.

الأساليب المستخدمة:

التسجيل المرئي، الأسئلة العلاجية ضمن مراحلها، الأساليب الفنية (لتقديم القصص البديلة)، الحوار والمناقشة، الواجبات البيتية (الاستماع للتسجيلات المرئية التقديمية والعلاجية).

المواد والأدوات اللازمة:

كاميرا فيديو، أوراق بيضاء، أقلام وألوان، سيورة، مغلف بريد.

إجراءات كل جلسة:

1) افتتاح الجلسة وربطها بالجلسة السابقة.

- أ- تم الترحيب بالمسترشدات وتعزيز التزامهن في موعد الجلسة، وتشجيع استمرار ذلك.
- ب- ثم تم التذكير بما دار في الجلسات الماضية من خلال عمل تلخيص، والتأكيد على الاستمرار على هذا النحو.

ج- التأكد من قيام المسترشدات بأداء الواجب البيتي، وتشجيع روح المنافسة على الالتزام

بذلك، من خلال تعزيز من قمن بتأديته.

(2) رواية القصة العلاجية (بدون مكابح).

تم رواية القصة العلاجية بأسلوب تفاعلي وكأنها وصلت من البريد من خلال استخدام

مغلف البريد ووضع القصة مكتوبة فيه، مع إبراز مشاعر وتعبيرات الشخصية في القصة أثناء

روايتها والتوقف عند المواطن التي تحتاج لتفكير. التالي عرض للقصة:

بدون مكابح

سألتني متعجبةً يوماً: "لماذا تفعلين ذلك؟"، سأجيبك الآن يا صديقتي... بأنني لم أستطع، لم

أستطع في تلك اللحظات أن أتمالك نفسي، هي لحظات كثيرة لا يمكنني تجاهلها أو تجاهل عواقبها

وإن قلت، لذلك أكتب لك الآن.

تتنوع اللحظات التي يأتيني بها ذلك الشعور بالعجز الخانق فيمنعني من أن أتمالك نفسي،

فأنفوه بالحماقات أو أرتكب الأخطاء، ليس لأنني أجهل خطأها بل لشعوري بأنني سيارة بدون مكابح؛

ما إن انطلقت لا يمكنها التوقف، وكلما ازدادت قوة الانطلاقة تصبح محاولات التوقف أكثر ضعفاً،

ويزداد شعوري بالعجز.

يا صديقتي أعلم أنه لا يحق لي أن أصرخ، أشتم، أكسر الأشياء حينما أغضب، ذلك ليس

صحيحاً، وأعلم أنني عندما أسعد ليس من ذنب أحد تحمل حماقتي وقراراتي التي لا ترعي أحداً،

وأعلم أنه ما كان يجدر بس أن أستسلم سريعاً لأمر ما لصعوبة مناله، كما أعلم أنني بذلك أحطم

صورتني التي تحبين بأن أكون فتاة جيدة...

لأحافظ على صورتى التي تحبين، سعيت جاهدة فقلت بكف فكي عن السوء وفكه للطعام؛ حتى أبتلع حماقاتي وكلماتي وهفواتي بكل لقمة، كان أمراً مجدياً، لكني بذلك شوهت صورتى التي تعرفينها دون أن أقصد، فما عاد إطار الصورة يتسع لي وخذودي!

صدقتك القول حينما قلت أنني أعرف خطئي، لذلك لا تتعبي نفسك بإقناعي، بل أريد منك أن تضعي يدك بيدي لتساعديني في حيرتي وتدليني للطريق، فأنا لا أعلم هل امتناعي عن أخطائي أمر أملكه مع ذلك الشعور المستمر؟ خاصة وأن الآخرين يستطيعون السيطرة على أفعالهم وأقوالهم، كما أن سيطرتي على نفسي تتفاوت بين موقف وآخر، وما لا أستطيع تجاهله أننا محاسبون على أفعالنا وأن الله ليس بظالمٍ للعبيد يحاسبنا على ما لا نملك، ذلك يعني أنني أستطيع السيطرة على نفسي صحيح؟ دليني لما يخرجني من متهاتي.. وإلى ذلك الحين سأكون أمة.. أجل لا تضحكي، أمة التي لطالما تدمرت منها، سأكونها عندما تتبهنى قبل أن أتكلم أمام الناس لأعي ما أقول، وعندما تلقني التعليمات التي لا أنتبه لها قبل أن أقوم بشيء، وسأكونها لنفكر سويّاً عندما أتخذ قراراتي، سأكونها بكل حالاتها التي كنت أكرهها فهي التي لن تنوي ضربي.

(3) مناقشة المغزى من القصة العلاجية؛ للتأكد من سلامة فهم محتوى القصة، ولتمكين

الفائدة بالتركيز على المحاور العلاجية.

المغزى من القصة: أنت ملكك، اسعَ فما نيل المطالب بالتمني.

(4) استخدام الأسئلة العلاجية ضمن مراحلها الأربع؛ لتوفير أكبر قدر ممكن من البدائل والحلول

الإيجابية للمسترشدات وللتأكد من فهم المسترشدات للقصص العلاجية.

أ- أسئلة المرحلة الأولى: [يمكن الإجابة على بعض الأسئلة بأسلوب إعادة إرسال البريد]

1- ما هو شعور الفتاة في القصة.

العجز.

2- ما الذي كان يجعل الفتاة في حيرة؟

أنها بتملك السيطرة على نفسها أو لا، ويبدو أنها ملكها.

3- ما الطرق التي استخدمتها الفتاة لتحذ من سلوكياتها وأقوالها غير المناسبة؟

انها تشغل نفسها بالأكل بدل ما تحكي اشي بتندم عليه، وانها تعطي لحالها تعليمات

مثل ما بتعمل امها عشان تفكر بالموضوع قبل ما تحكي

4- هل كانت طريقتها مناسبة؟

الفكرة بأنك تشغل حالك حلوة، بس طريقتها يلي عملتها ضربتها وزادت وزنها، وهيك

رح يصيروا يعلقوا عليها اكثر ورح ترجع تعصب أكثر. أما إنها تعطي تعليمات لحالها

ما يعرف اذا بتتفع بس بتستدعي التجربة.

5- اقترحي طرقاً بديلة من الممكن أن تساعد الفتاة؟

إنها تشغل نفسها بممارسة أنشطة ثانية غير الأكل، وانها تحاول تناقش الشيء يلي

بضايقتها مع الشخص لحتى تلاقي حل وما تضطر تعصب وتتفعل.

6- اكتبي نهاية سعيدة لقصة الفتاة.

تشعر أنها بتسيطر على نفسها، وتكون راضية عن تصرفاتها.

ب- أسئلة المرحلة الثانية:

1- هل تعرفين أحداً لا يتحكم بأقواله وأفعاله؟

اه، عمي، بس يعصب ببلش يكسر ويسب.

2- ما رأيك بذلك؟

مش كويس، وبخلي يلي حواليه يكرهوه.

3- كيف يحاول هذا الشخص السيطرة على نفسه؟

صار بس يعصب يترك البيت ويطلع، وبس يهدا برجع.

4- هل طريقته مناسبة ومجدية؟

اه، لأنه بس برجع بكون قادر يحكي مش مثل لما يناقش أول ما يعصب.

5- إذا أمكن لك التغيير في طريقته ماذا ستفعلين؟

رح أخليه يحاول يسيطر ع غضبه ما يوصل لهالحد اللي بخليه يتصرف كثير

تصرفات بدون ما يفكر.

ج- أسئلة المرحلة الثالثة:

1- هل سبق أن شعرتي بأنك لا تسيطرين على نفسك؟

اه، كثير

2- ماذا فعلتي حيال ذلك؟

حاولت ما أعصب لحتي ما أتصرف هيك.

3- هل كان ذلك مجدياً؟

لا، ما عرفت كيف أمنع حالي من إني أعصب.

4- ما الطريقة التي من الممكن أن تتبعيها لو تكرر معك ذلك؟

ممكن أحاول آخذ أكبر وقت أفكر فيه قبل ما أحكي أو أتصرف، لحتي ما أتسرع.

5- ما أفضل نتيجة ترغبين بالحصول عليها؟

أضبط تصرفاتي وأتحكم فيها، لأنها مش مناسبة وبتعكس صورة سيئة عني.

د- أسئلة المرحلة الرابعة:

أعدي رواية/كتابة/رسم/... القصة التي قدمتها سابقاً، يمكنك إضافة تعديلاتك عليها.

5) الاستماع للقصص البديلة التي تمت روايتها/كتابتها/... في المرحلة الرابعة من كتابة

الأسئلة، ومناقشتها. (ذلك يكون في الجلسة الخامسة عشر)

نموذج قصة بديلة 4: للحالة (د.ز)

المسترشدة: إذا البننت بالقصة مثل السيارة بدون بريك، فدلال من نفس نوع هالسيارة، وبدون بريك كمان، هيه كثير بتتصرف بدون ما تفكر، وبتعصب كثير كثير، وبتبلس تخرب وتكسر بالأشياء، نوت تتغير كثير، بس ما كانت تعرف كيف، كانت تحاول ما تعصب من أساسه بس ما زبط معها، لا تفهموني خطأ، هيه هسا مقتنعة تماماً إنه فيه أمل وبتقدر تسيطر على حالها، لأنه هيه نفسها بتتحكم بحالها شوي مرات، وإن كانوا مرات قليلة لكن بدل على أنه اشي ممكن، كمان فيه كثير ناس بتمسك حالها وتصرفاتها، لهيك ممكن تتغير، رح تعمل مثل البننت بالقصة وتعطي حالها أوامر قبل أي اشي عشان توقف وتفكر فيه قبل ما تعمله، ورح تدور ع طرق ثانية ممكنة لها لاشي، لازم تتجاوز هالنقطة، لأنها وإن كانت صغيرة بس مشاكها كبيرة.

6) التلخيص والإنهاء.

أ- تم عمل ملخص لما دار في الجلسة، وتكليف الطالبات بواجب بيتي؛ والمتمثل

بالاستماع المتكرر للفيديوهات التقديمية والعلاجية.

ب- تعزيز تفاعل المسترشدات مع القصة العلاجية، والاستجابة على الأسئلة، ورواية

القصص البديلة، وتشجيع استمرار ذلك، وتعزيز مظاهر الاحترام التي أبديتها

بينهن ومع المرشدة.

ج- التأكيد على موعد الجلسة القادمة، وتوديعهن على أمل اللقاء.

الجلسة السادسة عشر والسابعة عشر: القصة العلاجية 5 (قنبلة موقوتة)

أهداف الجلسة:

- 1- استماع المسترشدات بشكل فعال للقصة العلاجية.
- 2- تحقيق الوعي لدى المسترشدات بخيارات حياتهن السلبية (سلوكات، مشاعر، أفكار...) في المشكلة.
- 3- توفير أكبر قدر ممكن من البدائل والحلول الإيجابية للمسترشدات.
- 4- التأكد من فهم المسترشدات للقصص العلاجية وعلاقتها بالقصص التقديمية.
- 5- رواية القصة البديلة المبدئية.

الأساليب المستخدمة:

التسجيل المرئي، الأسئلة العلاجية ضمن مراحلها، الأساليب الفنية (لتقديم القصص البديلة)، الحوار والمناقشة، الواجبات البيتية (الاستماع للتسجيلات المرئية التقديمية والعلاجية)، الأنشطة (نشاط البالون Balloon).

المواد والأدوات اللازمة:

كاميرا فيديو، أوراق بيضاء، أقلام وألوان، سبورة، بالونات.

إجراءات كل جلسة:

1) افتتاح الجلسة وربطها بالجلسة السابقة.

أ- تم الترحيب بالمسترشدات وتعزيز التزامهن في موعد الجلسة، وتشجيع استمرار ذلك.

ب- تم التذكير بما دار في الجلسات الماضية من خلال عمل تلخيص، والتأكيد على الاستمرار على هذا النحو.

ج- التأكد من قيام المسترشدات بأداء الواجب البيتي، وتشجيع روح المنافسة على الالتزام بذلك، من خلال تعزيز من قمن بتأديته.

2) تنفيذ نشاط البالون Balloon، بهدف التأكيد على الفكرة التي تضمنتها القصة العلاجية، ولتسهيل إيصال الفكرة للمسترشدات، وللتأكد من فهمهن لها.

تم تنفيذ النشاط من خلال الخطوات التالية:

- يتم إحضار البالون ومحاورة الطالبات بأن بداخل كل منا بالون كهذا.
- يتم النفخ قليلاً بالبالون وامسك فوهته دون ربطه، واستمرار الحديث حول أننا عندما نتعرض لضغوط ونشعر بالضيق يمتلئ داخلنا كالهواء بالبالون.
- ثم أشير إلى أننا نحكم الإمساك بفوهة البالون ولا نجعل من الهواء يخرج، ونختزنه بداخله.
- ثم أقوم بنفخ البالون بدرجة أكبر، وأشير إلى أن الضغوط تزداد بداخلنا كما يزداد الهواء داخل البالون.
- ويتم الاستمرار في نفخ البالون وتكرار الفكرة بأننا لم ندع الهواء يخرج، حتى ينفجر؛ وهنا يتم إخبارهم بأن تصرفاتنا العنيفة والقوية تحدث بنفس الطريقة التي انفجر بها البالون، ولو أننا استطعنا تصريف الهواء من داخل البالون أولاً بأول لن نصل إلى مرحلة ينفجر بها البالون.

3) رواية القصة العلاجية (قنبلة موقوتة).

تم رواية القصة العلاجية بأسلوب تفاعلي مع إبراز مشاعر وتعبيرات الشخصية في القصة

أثناء روايتها والتوقف عند المواطن التي تحتاج لتفكير. التالي عرض للقصة:

قنبلة موقوتة

كان يوماً عظيماً... شعرت به وكأنني ولدت من جديد، وشعرت أن أضلعي لا تقوى على

احتمال نبضات الفرح، أنا ولأول مرة أقوى على أن أكون كما أردت دوماً.

عادة ما كنتُ أسوء التصرف كلما غلبتني مشاعري بالموقف، لم أكن أستطع امتلاك نفسي

عن الإساءة لمن يضايقني بأي أمر كان... ولم أكن أقوى على امتلاكها أيضاً كلما شعرت بالسعادة

الغامرة لأتصرف كالخرقاء. بين قطبين من المشاعر اعتدت أن أتصرف بما لا يرضيني رغم أنهم

يستحقون شتى أنواع الإساءة لمضايقتي إلا أنني لا أربح بأن أكون كذلك.

لكن اليوم استطعتُ أن أفعلها وأواجه قطبي مشاعري، لذلك أنا أقف أمام المرآة لأحييني على

جهدي الذي لقي ثماره، فاليوم أغضبتني والدتي واستطعت أن أتصرف بالطريقة المثلى، تلك الطريقة

التي تتمثل بفوهة البالون (وأطبق نشاط البالون أثناء هذا الجزء من القصة)؛ فعندما يتعاضم شعوري

من فرح أو حزن، كنت أجمعه بداخلي كالهواء بالبالون وأغلق الفوهة، وكلما ازداد الشعور ازداد الهواء

بالبالون إلى أن يصل لمرحلة يكون بها كالقنبلة الموقوتة التي تنفجر لأهون الأسباب.

ومن هنا وجدت الطريق، علي أن لا أدع شعوري يكبر ويفقدني السيطرة، علي أن لا أجعل

من مشاعري بالكره لفلان الذي يستهزيء بي تخترن بداخلي، علي أن أجد مصرفاً لشعوري.

اليوم طلبت مني أمي أن أرتب المنزل بعد عودتي من المدرسة، كان يومي حافلاً والجو

حار، "وأخذنا سابعة"، ولدي من الواجبات ما لا يطاق، وأرتب المنزل أيضاً!، شعرت بأن غيظي بدأ

يكبر فهذه ليست أول مرة تفعل بها أمي ذلك تحملي أعباء المنزل المقيمة، تذكرت أنني في كل مرة

كنت أصرخ وأسيء التصرف وتبدأ والدتي بالصراخ علي وقد تتبعها بدعواتٍ يرتجف قلبي لها، فتوقفت (بتضخيم الصوت وبحزم)، وقررت أنني لن أعيد المشهد القديم، ففكرت بما يمكنني فعله لأستطيع أداء ما طلبت مني دون أن أغضب، ابتلعت ريقِي وأخذت نفساً عميقاً وسألتها بلطف: "ما بنفع أأجل ترتيب البيت لبعده العصر؟ أنا تعبانة من المدرسة" فأجابتنِي بالرفض لأن عمتي ستزورنا اليوم عصراً وكانت تنظر إلي بلطف ويعين متأسفة لقولها ذلك، وقبل أن يزداد غضبي تأملت نظرتها التي جعلتني أسكن للحظات، وأجبتها "حاضر"، وتوجهت لغرفتي بعدها لأن مشاعري لا زالت تباغتني صرخت قليلاً بصوتٍ غير مسموع، وتذمرت، وأعدت النظر بالمرآة وأخبرت نفسي: "الشغل علي علي، أشغل وأنا زعلانة ولا وأنا مبسوطة؟" فاخترت أن أقوم به بصدر رحب ولكن قبل ذلك سأقوم بعمل شيء أحبه لأشعر بالراحة ثم سأبدأ بتنظيف المنزل، فبدأت بالرسم.

بينما أوشكت على الانتهاء من تنظيف المنزل وضعت والدتي يدها على ظهري، وأخبرتني أنها سعيدة لأن الله رزقها فتاة مثلي، وبدأت تدعوا لي فاحتضنتها. أنا حقاً سعيدة بذلك، أنا حقاً أستطيع أن أكون كما أريد لكن علي المحاولة، وبالتأكيد سأصل لما أريد.

4) مناقشة المغزى من القصة العلاجية؛ للتأكد من سلامة فهم محتوى القصة، ولتمكين

الفائدة بالتركيز على المحاور العلاجية.

المغزى من القصة: حافظ على توازنك واستقرارك الداخلي، ستضح لك الرؤية.

5) استخدام الأسئلة العلاجية ضمن مراحلها الأربع؛ لتوفير أكبر قدر ممكن من البدائل والحلول

الإيجابية للمسترشدات وللتأكد من فهم المسترشدات للقصص العلاجية.

أ- أسئلة المرحلة الأولى:

1- كيف كان شعور الفتاة في القصة؟

كانت تحكى عن ماضي محزن إليها، بس هيه بالقصة سعيدة كثير، خلتي أتفاعل.

2- كيف استطاعت الفتاة أن تتمالك نفسها وتسيطر على شعورها؟

ما خلت المشاعر اللي مضايقتها تتراكم جواتها زي الهواء بالبالون، وفرغتها شوي

شوي من خلال اشي بتحبه، مثلاً هيه بتحب الرسم، أنا بحب أتابع أشخاص علي

اليوتيوب، وهالاشي ممكن يبسطني فيخفف الضغط يلي جواتي.

3- هل طريقتها بأن توجه غضبها لشيء آخر ثم تفعل شيء تحبه ناجحة؟

مبين بالقصة أنه اه، والنتائج كانت ملحوظة

4- اقترحي أنشطة أخرى يمكن للفتاة القيام بها عندما تشعر بالغضب؟

ما خطرلي شيء محدد، لأنه هالنقاط كل واحد يحدددهم حسب شو بحب.

5- ما النهاية السعيدة لقصة الفتاة؟

إنها قدرت تتحكم بتصرفاتها، وتصرفت صح مع أمها، ويكون تفكيرها حاضر قبل

ما تعصب.

ب- أسئلة المرحلة الثانية:

1- هل تعرفين أحداً يستجيب لفرحه أو ضيقه بشكل سيء؟

آه، أبوي

2- كيف يشعر الآخريين حيال تصرفه؟

الكل بتضايق، يعتبره بنفثش فينا، بس بظل أبوي ولازم نتحمل.

3- ما التصرف الأكثر ملاءمة لذلك؟

أنه يحكي حكي، ما يظل يصرخ لحتى يهدأ.

4- اقترحي طرقاً يمكن للشخص اتباعها عندما يشعر بالفرح أو الضيق للسيطرة عليها؟

من معرفتي فيه، ممكن لما يعصب يطلع يقعد ع البلكون شوي، ويشرب فنجان قهوة،

بعدها يقعد يحكي عن اللي مضايقه وبتناقش بدون صراخ.

5- ما النهاية المرضية لقصة هذا الشخص؟

يعبر عن مشاعره بالطريقة صح بدون صراخ، ويحافظ على علاقته بعائلته يلي

بحبوه، بس تصرفه بخرب عليهم.

ج- أسئلة المرحلة الثالثة:

1- هل تصرفتي يوماً بسوء استجابة لشعورك؟

كثير كثير

2- هل كنت راضية عن ذلك؟

لا مطلقاً، لأنه كثير من هالتصرفات بتكون موجهة لأمي، وبتزعلها مني، وهالشي

طبعاً بزعل رينا. وكمان هالشي بخرب علاقتي مع معلماتي إني ما بعرف أمسك

أعصابي بس يصرخوا علينا.

3- ما التصرف الأكثر ملاءمة من تصرفك في الموقف؟

أني أرد بهدوء، وأناقش الأشياء يلي ما بترضيني بدون صراخ أو كلام مش بمكانه.

4- هل لديك أية أفكار جديدة ترغبين باتباعها إذا ما تعرضت لنفس الموقف؟

بخطط إذا صار وبلشت أعصب، إني أتجنب الموقف اللي بزيد العصبية عندي،

وأروح علي غرفتي أحضر شوي علي اليوتيوب لحتي أروق، بعدها بناقش إذا

الموضوع بحتمل نقاش بدون ما أكون منفعة.

5- هل تعتقدين أن تكون الطريقة ناجحة أكثر من السابقة؟ لماذا؟

أتوقع اه، لأنها منطقية وواضحة أكثر.

د- أسئلة المرحلة الرابعة:

أعيدي رواية/كتابة/رسم/... القصة التي قدمتها سابقاً، يمكنك إضافة تعديلاتك عليها.

6) الاستماع للقصص البديلة التي تمت روايتها/كتابتها/... في المرحلة الرابعة من كتابة

الأسئلة، ومناقشتها. (ذلك يكون في الجلسة السابعة عشر)

نموذج قصة بديلة 5: للحالة (د.ز)

المسترشدة: دلال يمكن أكثر شيء مخرب علاقتها مع أهلها هيه تصرفاتها، باعتبارها عصبية وطفولية وطايشة، مش مثل أختها، هيه صحيح هيك بس مش بنية سيئة والله، بتعمل هيك لأنها حابة تكون على راحتها وتعيش مبسوطه، وهيه كمان بتميز الصح والخطأ، ويتعرف إنه مرات تصرفها ما بزيط للمكان بس مرات بتغفل عن هيك، ويتعرف كمان إنه ما بصير تعصب على أمها وأبوها وإخوانها ومعلماتها، لأنه هاي تصرفات بنات ما تربوا كويس. نفسها توصل زي البنات بالقصة، وتقدر تتحكم بحالها هيك، هيه رح تحاول، الشيء واضح صار، ببالها عدة حلول مش حل واحد، وإذا فشلت معلش أساساً الكل عنده أخطاء والشاطر اللي يحاول يصححها، لهيك نوت دلال إنها تكتب قائمة بالأنشطة يلي بتحبها، وقائمة بأكثر الموافق يلي بتتكرر وتعملها مشاكل، وتوزع السلوكات اللي بتريحها ع القائمة الثانية لحتى ما تصير بالون وتنفجر.

7) التلخيص والإنهاء.

أ- تم عمل ملخص لما دار في الجلسة، وتكليف الطالبات بواجب بيتي؛ والمتمثل بالاستماع

المتكرر للفيديوهات التقديمية والعلاجية.

ب- تعزيز تفاعل المسترشدات مع القصة العلاجية، والاستجابة على الأسئلة، ورواية القصص

البديلة، وتشجيع استمرار ذلك، وتعزيز مظاهر الاحترام التي أبدينها بينهن ومع المرشدة.

ج- التأكيد على موعد الجلسة القادمة، وتوديعهن على أمل اللقاء.

الجلسة الثامنة عشر والتاسعة عشر: القصة العلاجية 6 (نصف طريق)

أهداف الجلسة:

- 1- استماع المسترشدات بشكل فعال للقصة العلاجية.
- 2- تحقيق الوعي لدى المسترشدات بخيارات حياتهن السلبية (سلوكات، مشاعر، أفكار...) في المشكلة.
- 3- توفير أكبر قدر ممكن من البدائل والحلول الإيجابية للمسترشدات.
- 4- التأكد من فهم المسترشدات للقصص العلاجية وعلاقتها بالقصص التقديمية.
- 5- رواية القصة البديلة المبدئية.

الأساليب المستخدمة:

التسجيل المرئي، الأسئلة العلاجية ضمن مراحلها، الأساليب الفنية (لتقديم القصص البديلة)، الحوار والمناقشة، الواجبات البيتية (الاستماع للتسجيلات المرئية التقديمية والعلاجية).

المواد والأدوات اللازمة:

كاميرا فيديو، أوراق بيضاء، أقلام وألوان، سيورة.

إجراءات كل جلسة:

1) افتتاح الجلسة وربطها بالجلسة السابقة.

- أ- تم الترحيب بالمسترشدات وتعزيز التزامهن في موعد الجلسة، وتشجيع استمرار ذلك.
- ب- ثم تم التذكير بما دار في الجلسات الماضية من خلال عمل تلخيص، والتأكيد على الاستمرار على هذا النحو.

ج- والتأكد من قيام المسترشدات بأداء الواجب البيتي، وتشجيع روح المنافسة على الالتزام

بذلك، من خلال تعزيز من قمن بتأديته.

(2) رواية القصة العلاجية (نصف طريق).

تم رواية القصة العلاجية بأسلوب تفاعلي مع إبراز مشاعر وتعبيرات الشخصية في

القصة أثناء روايتها والتوقف عند المواطن التي تحتاج لتفكير. التالي عرض للقصة:

نصف طريق

صديقي جبران خليل جبران، صدقتَ القول "بأن نصف طريق لن توصلك إلى أي مكان"،

أنا التي تقف احتراماً لمقولتك هذه بكل ما عنتها الكلمة من معناً؛ لما شهدته من صدق كلامك.

أرى ذلك دوماً في عيون وعقاب وكلام من حولي، أقوم بالشيء وعندما أمضي فيه أشعر

بأنني لا أقوى على إكماله، أرغب جداً حينها بالتوقف عنه، وأتمنى لو أنني لم أبدأ به أبداً، وطبعاً

الحل مع ذلك إما التوقف في منتصف الطريق، أو إتمامه بأي شكلٍ وطريقةٍ كانت، وفي كلا الخيارين

تتحقق مقولتك ولا أصل لأي مكان، حتى أنني ألقِ العقاب أيضاً.

في آخر مرة توقفتُ فيها عن الحمية الغذائية التي حدّتها لي أخصائية التغذية، لقيتُ عقاباً

شديداً من والدتي، فقد اعتبرت أنها أنفقت المال علي بدون جدوى، هو حقاً كذلك، فلم أحصل على

شيء مما فعلت، لكنني فعلاً كنت أشعر بالسوء أثناء فعلي لذلك، فلم أتمالك نفسي لألتزم ببنك الورقة

الصغيرة بحذافيرها وخرقتها لمرات فتوقفت عن اتباعها، تقول أُمي بأنني أبالغ وما من بأسٍ إذا خرقت

النظام لمرة أو اثنتين وأن ذلك لا يستدعي التوقف فالحياة ليست بلونين، لكنني لم أقتنع تماماً، أيعقلُ

كلامها؟

دائماً أنا من ألام ودائماً ما يقال لي أنني سريعة الاستسلام، لكن أعتقد أن هدفي لم يكن

واضحاً كفاية لي يجعلني أحب الوصول إليه، وأعتقد أنني أبدأ العمل لشعوري بالرخاء لا لقناعتي، فلو

كانت قناعتي قوية وهدفي واضح لكنك سعيت لأن أحققه، أعتقد أن هذا هو خط البداية وعلي بذلك أن أبدأ بما أرغب بتحقيقه، وإن كنت بدأت فعلي أن أبحث عن أهدافي في الذي أقوم به، حتى أنجز وأقف أمام مرآتي باحترامٍ لنفسي على إنجازاتها.

(3) مناقشة المغزى من القصة العلاجية؛ للتأكد من سلامة فهم محتوى القصة، ولتمكين

الفائدة بالتركيز على المحاور العلاجية.

المغزى من القصة: إذا كنت في بداية الطريق فضع أهدافاً لتصل إليها، وإن كنت في المنتصف ابحث عن أهدافك فيما تفعل أو اصنعها لتصل لشيء، لا تقف في المنتصف فهو اللامكان.

(4) استخدام الأسئلة العلاجية ضمن مراحلها الأربع؛ لتوفير أكبر قدر ممكن من البدائل والحلول

الإيجابية للمسترشدات وللتأكد من فهم المسترشدات للقصص العلاجية.

أ- أسئلة المرحلة الأولى:

1- ما المشكلة التي تعاني منها الفتاة في القصة؟

أنها ما بتكمل الأشياء/ الأعمال.

2- لماذا لا تحب أنصاف الأشياء؟

لأنها بدون معنى وما بتحقق نتيجة، ويس بتضيع وقت، وجهد، ومال.

3- ما الفكرة التي حاولت والدة الفتاة إقناعها بها؟

أنه عدم الالتزام الحرفي ما بيعني الفشل، وانه لازم تظل تحاول حتى لو ما كان

أدائك 100%، لأنه اذا بتراجع عن كل شي في كل مرة أنت اللي خسران.

4- صف شعورها تجاه ما تفعل.

تأنيب ضمير، وإحساس بالفشل

5- ما الحل الذي استنتجته الفتاة؟

تكرز على هدفها، لأنه رح يشجعها توصلله.

6- كيف النهاية الجميلة لقصة الفتاة ؟

إنها تحقق أهدافها، وتقدر تتجز بدون ما توقف بالوسط.

ب- أسئلة المرحلة الثانية:

1- هل تعرف أحداً لا ينهي مهامه؟ وإن أنهاها لا يكون بشكل جيد؟

لم تجد المسترشدة (د.ز) شخص تعرفه بهذه المواصفات، فكانت إجاباتها على هذه

الأسئلة عبارة عن مشاركة مع المسترشيدات الأخريات].

2- لماذا تعتقد أنه يفعل ذلك؟

اقترحت أنه يشعر بالملل، ليس لديه هدف، وافق من دون أن يفكر قبل الموافقة.

3- هل يعي ذلك الشخص أنه بذلك لن يحقق شيء؟

المسترشدة لا تعتقد ذلك.

4- كيف يمكنك مساعدة ذلك الشخص بأن يصبح أفضل؟

كان اقتراحها زيادة وعي هذا الشخص بالعواقب.

5- ما هي الصورة الأفضل التي يمكن أن يصل إليها هذا الشخص؟

أشارت إلي أن ينجز مهامه، ويحقق المكاسب.

ج- أسئلة المرحلة الثالثة:

1- هل سبق لك أن لم تنته مهمة قد بدأت بها؟ أو أنهيتها بشكل غير مقبول؟

كثير كثير

2- ماذا كان شعورك تجاه ذلك؟

كنت محبطة جداً، وكرهت حالي، خاصة بعد ما تعاقبت.

3- هل حاولت أن تتفادي حدوث ذلك؟ كيف؟

ما حاولت بهيك شي من قبل، ما كنت فاهمة غير إني بتعاقب علي مهمة ما

عملتها.

4- ما الذي يمكنك الآن فعله لو تكرر حدوث ذلك؟

رح أحاول أحدد هدفي، وإذا ما عرفت رح أصنع هدف من الإشي يلي يقوم فيه

عشان أتشجع وأعمله.

5- ما هي أفضل صورة ترغيبين بأن تصلي إليها؟

إني استخدم هاي الأشياء، وأكون البنت اللي أبوها وأمها مبسوطين منها وراضيين

عليها.

د- أسئلة المرحلة الرابعة:

أعيدي رواية/كتابة/رسم.../... القصة التي قدمتها سابقاً، يمكنك إضافة تعديلاتك عليها.

(5) الاستماع للقصص البديلة التي تمت روايتها/كتابتها.../... في المرحلة الرابعة من كتابة

الأسئلة، ومناقشتها. (ذلك يكون في الجلسة التاسعة عشر)

نموذج قصة بديلة 6: للحالة (دز)

المسترشدة: بتعرفوا انه دلال ما كانت تعمل هيك، وهيه مش منتبهة على حالها...

المرشدة: كانت تعمل...

المسترشدة: إنها ما بتكمل الأشياء وبتستلم بسرعة، وبتتراجع كمان، يعني إذا حسست الحمية

صعبة بتبطل تكمل، وإذا ملت من الرياضة بتتركها، وكل اللي ممكن تكون تعبته ودفعتته ع الفاضي

بروح، فبتتعاقب، ويتحس إنه الكل زعلان منها ومتضايقين منها، وكانت تفكر انهم مش مقدرين محاولتها.

المرشدة: وطلعت القصة إنه...

المسترشدة: إنها ما بتننذ المهمة للآخر، والمطلوب منها إله هدف ولازم تحققه، بس هيه ما كانت تركز على إنها لازم تحقق إشي، لهيك كانت دائماً ما تنجز، او تنجز أي كلام، وتتعاقب فوقها.

المرشدة: لهيك...

المسترشدة: لهيك هيه هسا ناوية تحط أهداف إلها بكل شي بتعمله لحتى تنجز ويكافؤوها بدل العقوبات يلي بتوخذاها كل يوم، وعدم رضاهم عنها كمان.

(6) التلخيص والإنهاء.

أ- تم عمل ملخص لما دار في الجلسة، وتكليف الطالبات بواجب بيتي؛ والمتمثل بالاستماع المتكرر للفيديوهات التقديمية والعلاجية.

ب- تعزيز تفاعل المسترشدات مع القصة العلاجية، والاستجابة على الأسئلة، ورواية القصص البديلة، وتشجيع استمرار ذلك، وتعزيز مظاهر الاحترام التي أبدينها بينهن ومع المرشدة.

ج- التأكيد على موعد الجلسة القادمة وأن القصة التي تتضمنها ستكون آخر قصة، وتوديعهن على أمل اللقاء.

الجلسة العشرون والواحد والعشرون: القصة العلاجية 7 (زيت ونار)

أهداف الجلسة:

- 1- استماع المسترشدات بشكل فعال للقصة العلاجية.
- 2- تحقيق الوعي لدى المسترشدات بخيارات حياتهن السلبية (سلوكات، مشاعر، أفكار...) في المشكلة.
- 3- توفير أكبر قدر ممكن من البدائل والحلول الإيجابية للمسترشدات.
- 4- التأكد من فهم المسترشدات للقصص العلاجية وعلاقتها بالقصص التقديمية.
- 5- رواية القصة البديلة المبدئية.

الأساليب المستخدمة:

التسجيل المرئي، الأسئلة العلاجية ضمن مراحلها، الأساليب الفنية (لتقديم القصص البديلة)، الحوار والمناقشة، الواجبات البيتية (الاستماع للتسجيلات المرئية التقديمية والعلاجية).

المواد والأدوات اللازمة:

كاميرا فيديو، أوراق بيضاء، أقلام وألوان، سيورة.

إجراءات كل جلسة:

1) افتتاح الجلسة وربطها بالجلسة السابقة.

- أ- تم الترحيب بالمسترشدات وتعزيز التزامهن في موعد الجلسة، وتشجيع استمرار ذلك.
- ب- ثم تم التذكير بما دار في الجلسات الماضية من خلال عمل تلخيص، والإشارة إلى أن قصة اليوم ستكون آخر قصة.

ج- التأكد من قيام المسترشدات بأداء الواجب البيتي، وتشجيع روح المنافسة على الالتزام

بذلك، من خلال تعزيز من قمن بتأديته.

(2) رواية القصة العلاجية (زيت ونار).

تم رواية القصة العلاجية بأسلوب تفاعلي مع إبراز مشاعر وتعبيرات الشخصية في

القصة أثناء روايتها والتوقف عند المواطن التي تحتاج لتفكير، التالي عرض للقصة:

زيت ونار

من منّا لا يحب الرفاق، لا يحب أن يكون له صديق يشاركه اللحظات الجميلة والتعيسة، أن

يكون لك صديق هذا يعني الكثير من اللحظات الجميلة وكتفٌ يحمل عنك نصف الألم والضيق.

كان لي من الأصدقاء من أشاركه حزني قبل فرحي، هو خيارى الأول إذا ما أردت أن أعبر

عن مشاعري، وأعرض أفكاري الغبية، كان صديقاً جيداً يهون علي مصابي، كان أنيس مناسباتي

ولحظاتي، صديقي الجميل اللذيذ يدعى "الطعام".

عندما يضيق صدري أذهب وأختار منه ما يروق لي، وأستمر بالأكل إلى حين أن يشعروني

بالراحة، وعندما أخطط لمشاهدة فيلمٍ معين أو جلسة مع صديقاتي يكون صديقي هو راسم البهجة

واللذة، هو فعلاً عمود من أعمدة حياتي التي لم أعتقد يوماً أنني سأتحلى عنه.

عند زيارة أخصائية التغذية وبينما كنا في غرفة الانتظار، وللتخلص من ذلك الوقت

الطوييييل جلست أقرأ بالملصقات الجدارية، من بينها كتبت عبارة: "الطعام وسيلة وليس غاية"،

فنظرت لانعكاسي على زجاج النافذة ورأيت عيني الغائرتين في خدودي، وبلحظتها أدركت أنني

أجعل من الطعام صديقي وهدفي وما هو في الحقيقة إلا وسيلة تحركني لتحقيق أهدافي الحقيقية،

واكتشفت أن صداقتي له كصداقة الزيت والنار كلاهما مهم وبالتقاءهما تقع المصائب... كخدودي

تماماً، فمضيت أردد:"، الطعام طاقة تحركني لأهدافي، الطعام ليس وسيلتي للراحة ولا هو للتعبير عن السعادة، الطعام ليس صديقي علي أن أجد صديقي الحقيقي".

(3) مناقشة المغزى من القصة العلاجية؛ للتأكد من سلامة فهم محتوى القصة، ولتمكين

الفائدة بالتركيز على المحاور العلاجية.

المغزى من القصة: الطعام وسيلة تحرك لأهدافك لا غاية تصل إليها، الطعام ليس تعبيراً

عن السعادة أو صانعاً لها.

(4) استخدام الأسئلة العلاجية ضمن مراحلها الأربع؛ لتوفير أكبر قدر ممكن من البدائل والحلول

الإيجابية للمسترشدات وللتأكد من فهم المسترشدات للقصص العلاجية.

أ- أسئلة المرحلة الأولى:

1- ما الذي جعل الفتاة بالقصة تتيقن أن الطعام ليس وسيلة للسعادة؟

زيادة وزنها بسبب الطعام

2- ما عواقب العلاقة القوية بين الفتاة والطعام؟

زيادة الوزن، وخسارة الجمال

3- ما هدف الفتاة من صداقتها للطعام؟

تهون ع حالها ضيقها.

4- هل يمكن لها تحقيق أهدافها بطرق أخرى؟ كيف؟

إنها تلاقى أهدافها الحقيقية، وتستخدم الأكل فقط ليعطيها طاقة وتحقق أهدافها.

5- ما الشيء الجيد بالفتاة في القصة؟

لديها عزيمة وإرادة

6- كيف يمكنك الانتهاء من القصة؟

بإنها تترك الطعام يلي بزيد وزنها، كونه مش صديق وما بخفف حزن وألم، وتلاقي

حل ثاني، فببتحف.

ب- أسئلة المرحلة الثانية:

1- هل تعرفين شخصاً أول ما يفكر به هو الطعام؟

نعم

2- ما هدفه من ذلك؟

بفرغ غضبه فيه

3- ما نتائج ذلك عليه؟

نصح كثير آخر فترة

4- ما الأمور البديلة التي يمكن أن تحل مكان الطعام لدى هذا الشخص؟

بممارسة أنشطة ثانية بحبها، أو يدورله علي صديق مناسب.

5- هل من الممكن أن يتوقف عن ذلك كالفتاة في القصة؟

أكيد إذا كان عنده إرادة وقناعة مثلها.

6- كيف يمكنك أن تنهي قصة هذا الشخص؟

إنه يحسن من حاله وينحف، ويبطل متعلق بالأكل.

ج- أسئلة المرحلة الثالثة:

1- هل سبق ولاحظتي بأنك تفكرين بالطعام عندما تشعرين بالحزن أو السعادة؟

أها بعملها لما بدي أفرح

2- ما كان هدفك من ذلك؟

أدور على اشي يحلى القعدة لما بدنا ننسب.

3- هل كان له نتائج إيجابية أو سلبية عليك؟

اه كثير زاد وزني بسببها، خاصة بالعطلة

4- ما الأمور التي من الممكن أن تحل مكان الطعام لديك؟

إني أقعد مع صاحباتي

5- ما المقصود من العبارة التي قرأتها الفتاة؟

أنه الطعام مهم عشان نحقق أهدافنا أما هو مش هدف، هو وسيلة.

د- أسئلة المرحلة الرابعة:

أعيد رواية/كتابة/رسم... القصة التي قدمتها سابقاً، يمكنك إضافة تعديلاتك عليها.

5) الاستماع للقصص البديلة التي تمت روايتها/كتابتها... في المرحلة الرابعة من كتابة

الأسئلة، ومناقشتها. (ذلك يكون في الجلسة الواحد والعشرون)

نموذج قصة بديلة 7: للحالة (د.ز)

المسترشدة: دلال كانت تعتبر الأكل كمان صاحبة من صاحباتها وتبسط كثير معه، بس

هالشي ضرها كثير ويبدو هو سبب بزيادة وزنها، دلال قررت تترك صحبته، وتدور على صاحبة

ثانية تفيدها، صاحبة ما بتزيد الوزن، بس ما رح تقطع علاقتها بالأكل نهائي، رح تستخدمه ليعطيها

طاقة وتعمل أشياء كثير بحياتها.

6) التلخيص والإنهاء.

أ- تم عمل ملخص لما دار في الجلسة، وتكليف الطالبات بواجب بيتي؛ والمتمثل بالاستماع

المتكرر للفيديوهات التقديمية والعلاجية. [يجدر التأكيد على أهمية أداء الواجب البيتي

في هذه المرحلة]

ب- تعزيز تفاعل المسترشدات مع القصة العلاجية، والاستجابة على الأسئلة، ورواية

القصص البديلة، وتعزيز مظاهر الاحترام التي أبدونها بينهن ومع المرشدة.

ت- التأكيد على موعد الجلسة القادمة والإشارة لأننا سنقوم بشيء مختلف، وتوديعهن على

أمل اللقاء.

الجلسة الثانية والعشرون والثالثة والعشرون: الاستماع للتسجيلات المرئية وبناء القصة البديلة النهائية.

أهداف الجلسة:

- 1- تمكين محاور القصص العلاجية.
- 2- تطوير مفهوم ذات إيجابي لدى المسترشديات.
- 3- الحصول على القصة البديلة النهائية.
- 4- الكشف عن التحسن لدى المسترشديات أو عدمه.
- 5- التمهيد لختام البرنامج العلاجي.

الأساليب المستخدمة

الحوار والمناقشة، التشجيع، عرض التسجيلات المرئية، المقارنة والتحليل.

المواد والأدوات:

ألوان وأقلام، أوراق بيضاء، جهاز عرض الفيديو.

إجراءات الجلسة:

1) افتتاح الجلسة وتلخيص الجلسات السابقة

- أ- تم الترحيب بالمسترشديات والاطمئنان على أحوالهن.
- ب- التذكير بما دار في الجلسات الماضية من خلال عمل تلخيص؛ للتأكد من صحة المعلومات لدى المسترشديات، وللربط بين الجلسات ومتابعة العمل.
- ج- التحقق من إذا ما أرادت إحدى المسترشديات إضافة شيء ما.

2) استخدام الواجبات البيتية (الاستماع المتكرر للتسجيلات المرئية التقديمية والبديلة المبدئية) في تمكين محاور القصص العلاجية، وملاحظة التغيرات الإيجابية لتطوير مفهوم ذات إيجابي لدى المسترشدات.

أ- تم تذكير المسترشدات بالواجب البيتي الذي تم تكليفهن به في الجلسات السابقة، والتمهيد لاستخدامه الآن.

ب- توضيح ما هو مطلوب منهن؛ ويتمثل بتحليل الفيديوهات واستنتاج التغيرات التي جرت على القصص التقديمية. (أتيح الخيار لهن بالتعبير عن ذلك بأي وسيلة يرغبنها كتابة، رسم، غناء،...)

ج- الاستماع لجميع المسترشدات، والتأكيد على مواطن القوة والتغير الإيجابي في قصصهن.

3) رواية القصة البديلة النهائية لكل مسترشدة؛ وعمل تحليل مقارن لها مع القصة التقديمية؛ للكشف عن التحسن أو عدمه لدى المسترشدات.

أ- قامت المسترشدات برواية قصة أخرى عن الشخصية التي روتها سابقاً (قصة بديلة نهائية)، وتم مساعدة من تحتاج من خلال "الوصلات التحفيزية" كما تم بالقصة التقديمية بالضبط، بالإضافة لأخذ العبرة من القصة.

ب- التحليل المقارن الذي يعكس التحسن يتم بشكل مباشر أثناء رواية القصة البديلة.

نموذج قصة بديلة كلية:

دلal بنت حلوة ومرحة بالصف الثامن، مرحة كثير بس بالوقت والمكان المناسب، هيه محبوبة من عيلتها ومن الناس كلها، عندها مبدأ بالحياة إنه: مع الإرادة كل شي بصير، هيه قوية ويتقدر تعمل يلي نفسها فيه، مرات بتغلط، لأنها بشر ومش مثالية، ولخير الخطائين

التوابون}، لهيك هيه ما عندها مشكلة بأنه حد يعلق عليها أو يستهزيء فيها، أساساً بتشوف حالها أذكى منهم بأنها تستفيد من انتقاداتهم وتوخذ يلي بعجبها ويلي ما بعجبها ترميه بالبحر... .

من أسبوع توزنت وكانت نازلة 3كغ، كانت مبسوطه، بس اللي كان مفرحها أكثر إنها كانت قادرة تتحكم بأكلها، ما بتحس إنه كل ممنوع مرغوب، بلش إحساسها بانه الأكل اشي ثمين وبده يهرب منها يروح، حست إنها قادرة تتحكم بحالها، وهالإشي خلاها رابقة أكثر... .

وعلى سيرة الروقان، أمها بتحكيها: الجنية يلي راكيبتك شكلها تاركيتك، مبطله عملي عرس كل ما حدا بحكي معك، حكيتهلها انتم كويسين وبدكم أصير أحسن لهيك عادي احكوا يلي بدكم اياه، وحضنتها، حكتلي أنا على قد ما بحبك بحب تكوني أحسن وحدة بالعالم كله. اكتشفناكم دلال اكتشاف إنه على قد إحساسك بالضغط بتكون مش مسيطر على حالك، يعني لما كنا نحكي عن البالون، كان الإشي جد صحيح، أول كم مره ما زبط كثير، زبط شوي بس على رأي أم البننت بالقصة، النجاح مش إنك عملي الاشي 100% هوه إنك تعمل اللي عليك.

أما عن عيلتها بلشت تكتشف شلات غير عنهم، بتعرفوا إنه اخوانها طلوعوا بحبوها مثل اختها ويمكن أكثر، بس بطلت أعاندهم وأرد جواب بلشت أحسهم يحبوا يحكوا، وأخوي هذيك المرة حكالي أنا بحبك وانت مبسوطه بس كوني هيك قراننا مش كل مكان بنفع تكوني فيه هيك، أفنعني الصراحة...، حسيتهم منسجمين معي أكثر من أختي. أم البننت بالقصة بتفهم، كل واحد عنده المنيح واللي مش منيح، لسا عندي أشياء مش منيحة وأشياء مش

زابطة، مثل إنه أهلي لسا ما بيوتقوا إنه عقلي كبير وممكن يستشيروني، معهم معهم بتغيروا
وبتغير أهم شي هدفي يكون واضح.

4) التمهيد لختام البرنامج، والتلخيص والإنهاء.

أ- تم عمل ملخص لما دار في الجلسة، وإعلام المسترشدات أن الجلسة القادمة ستكون
ما قبل النهائية.

ب- التأكيد على موعد الجلسة القادمة، وتوديعهن على أمل اللقاء.

الجلسة الرابعة والعشرون: الجلسة ما قبل النهائية.

أهداف الجلسة:

- 1- التمهيد لختام البرنامج العلاجي.
- 2- التعامل مع مشاعر المسترشدات وخاصة قلق الانفصال.
- 3- تعزيز مفهوم الذات الإيجابي لدى المسترشدات.
- 4- تقييم البرنامج الإرشادي.
- 5- التأكيد على المتابعة.

الأساليب المستخدمة

الحوار والمناقشة، التشجيع.

المواد والأدوات:

ألوان وأقلام، أوراق بيضاء.

إجراءات الجلسة:

1) افتتاح الجلسة وتلخيص الجلسات السابقة.

- أ- تم الترحيب بالمسترشدات والاطمئنان على أحوالهن.
- ب-التذكير بما دار في الجلسات الماضية من خلال عمل تلخيص؛ للتأكد من صحة المعلومات لدى المسترشدات، وللربط بين الجلسات.
- ج- التحقق من إذا ما أرادت إحدى المسترشدات إضافة شيء ما.

2) الحصول على تقييم المسترشدات بشكل لفظي للبرنامج العلاجي، إيجابياته ونقاطه التي

تحتاج لتحسين، والاستماع لمقترحاتهن لزيادة فاعلية الأسلوب المستخدم.

أشارت المسترشدات بعبارات مختلفة إلى أن البرنامج كان ممتعاً، وأنه على الرغم من رواية الكثير من القصص إلا أن لكل مرحلة شيء مختلف.

كما اشارت إحدى الطالبات عن شعورها بالمتعة عندما أخذت دور المرشدة وقامت بمساعدة زميلتها على رواية القصة، وأشارت أخرى إلى أن ذلك من الممكن أن يستخدم عند استماعك لأي شخص آخر يحدثك عن مشكلته بدلاً من وقوفك عاجزاً عن الحديث ومحاورته. اقترحت إحدى الطالبات أنه من الممكن أن تتشارك عدد من الطالبات في رواية القصص لأن بعض محاور قصصهن متشابهة.

أشارت إحدى الطالبات إلى أنها كانت تشعر بالسوء أحياناً عندما تغفل أثناء رواية القصة وتبدأ بالحديث عن نفسها، فأجابتها إحدى الطالبات بأننا كنا نخلق القصص وإذا ما استخدمتي معلوماتك الشخصية فهو خيارك ولا تعبر عنك القصة.

(3) التمهيد لختام البرنامج العلاجي؛ من خلال الحديث عن ذلك صراحة بأن هذه الجلسة هي الجلسة قبل النهائية، والتأكيد على بعض النقاط الهامة.

أ- تم إخبار المسترشدات بأن الجلسة الحالية هي من الجلسة ما قبل النهائية للبرنامج.
ب- الحديث عن أن هذا البرنامج الإرشادي وغيره من البرامج مؤقتة، وما هي إلا لتحقيق هدف وغاية للأفراد الذين ينضمون له.

ج- تم الإشارة إلى أن التغيير المأمول في حياة كل مسترشدة وسلوكياتها يحدث ببطء، ولا تعني ممارسة السلوكات الجديدة تغييراً سريعاً أوتوماتيكياً، إذ يحتاج الأمر للوقت، وقد تتعرض أي واحدة لبعض الانتكاسات بعد التحسن، ذلك متوقع جداً، ولا تعبر عن فشلها لأن التغيير لا يتم بشكل كلي مرة واحدة.

د- التعامل مع الأفراد الذين يتوقعون أن المجموعة هي مركز التغيير، والتأكيد على أنه هو مركز التغيير، وبذلك انتهاء المجموعة لا يعني توقف التغيير لديه.

(4) التعامل مع مشاعر المسترشدات، وخاصة قلق الانفصال.

أ- بدأت تظهر بعض ملامح قلق الانفصال والتي تتمثل بتجنب الحديث عن الموضوع، أو إظهار الفشل وإنكار التحسن، وبذلك كان على المرشدة أن تناقش المسترشدات حول انتهاء العمل وطبيعته والمشاعر المصاحبه له، مع التأكيد على أن الميزات التي حصلوا عليها داخل المجموعة من الممكن أن تنتقل خارجها ولا تنتهي فيها بإرادتهم.

ب- إتاحة المجال للمسترشدات بالتعبير عن مشاعرهن، ومن الجدير بالذكر أنه كان على المرشدة التعامل مع المشاعر التي تشعر بها هي أيضاً عند الإنهاء.

(5) التأكيد على أهمية المتابعة

تم تشجيع المسترشدات على الاستمرار في تطبيق ما تعلمنه من القصص، وأن انتهاء البرنامج لا يعني انتهاء الممارسات الإيجابية معه، بل إن الهدف من البرنامج أن تنتقل هذه الممارسات لخارج المجموعة.

(6) إنهاء الجلسة.

أ- تم عمل تلخيص لما دار في الجلسة وسؤال المسترشدات إذا مازال هناك ما يردن قوله والاستماع إليه، ثم التأكيد على أن الجلسة القادمة ستكون آخر جلسة، ثم توديعهم.

الجلسة الخامسة والعشرون: الجلسة النهائية.

أهداف الجلسة:

- 1- تطبيق القياس البعدي.
- 2- الاتفاق مع المسترشدات على موعد تطبيق قياس المتابعة.
- 3- تكريم المسترشدات لانضمامهن للبرنامج وعلى كافة جهودهن.

المواد والأدوات:

شهادات تقدير، (مقياس الشره العصبي ومقياس الاندفاعية) نسخة لكل طالبة.

إجراءات الجلسة:

1) افتتاح الجلسة النهائية.

أ- تم الترحيب بالمسترشدات والاطمئنان عن أحوالهن، والتنكير بأن هذه الجلسة هي الجلسة الختامية.

ب- تلخيص عام للبرنامج ولأداء المسترشدات وتعزيز الدور الذي قامت به المسترشدات وربطه بالقدرة الذاتية لديهن على إحداث التغيير.

2) تطبيق القياسات البعدية على المسترشدات.

للتأكد وقياس التأثير الذي حققه البرنامج العلاجي لا بد من إعادة تطبيق الأدوات التي تم استخدامها في القياس القبلي وإجراء القياس البعدي؛ لذلك تم تطبيق مقياس الشره العصبي والاندفاعية على جميع الطالبات.

3) تكريم الطالبات على انضمامهن للمجموعة وعلى تفاعلهن و كافة جهودهن في خدمة البحث العلمي ، وعلى حسن التزامهن الأخلاقي الذي يعكس جوهرهن؛ من خلال توزيع شهادات تقدير على الطالبات (ملحق 9).

4) تحديد موعد جلسة المتابعة والإنهاء.

قبل الإنهاء وتوديع الطالبات، تم الاتفاق معهن على موعد لجلسة المتابعة، والتي

أقرت بتاريخ 2019/5/30م؛ وذلك لعدة أهداف:

- 1- مناقشة الخبرات الجديدة التي تعرضن لها.
- 2- معرفة نتائج العملية العلاجية ومدى فعاليتها وأن الأثر لحظي أم مستمر أم مستقر.
- 3- التعرف على ممارسات المسترشدات خلال الفترة.
- 4- التعرف على الصعوبات التي واجهتهن
- 5- الاستماع لمواقف النجاح والتقدم.

ملاحق البرنامج

ملحق (1)

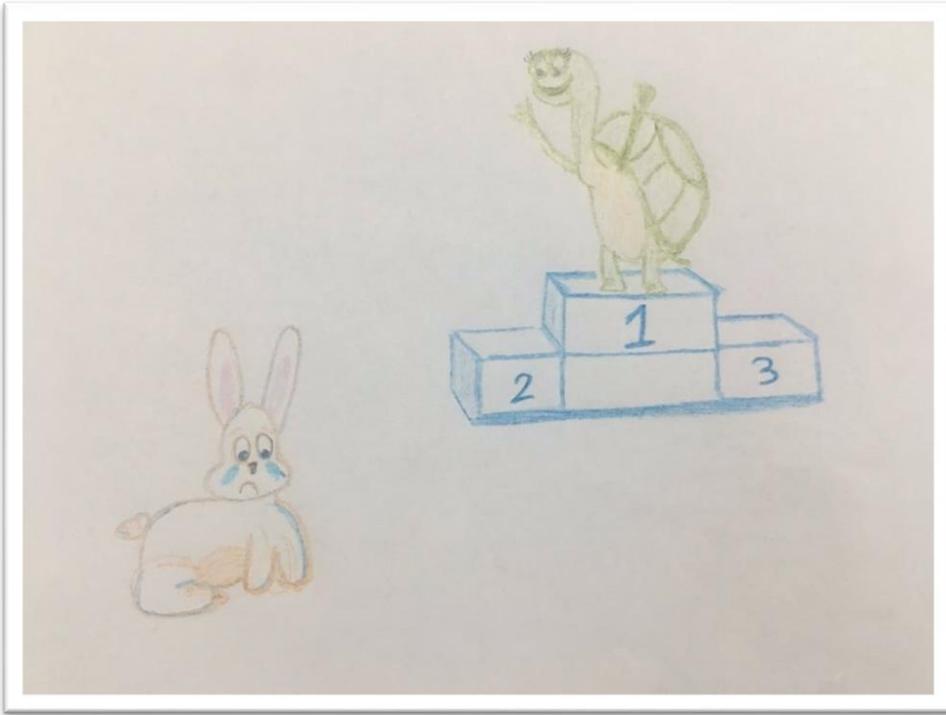


مكتبة المدرسة



غرفة الفيديو

ملحق (2)



ملحق (3)

نموذج موافقة الطالبة على الانضمام

عزيزتي الطالبة، أرجو قراءة الموضح أدناه بتمعن بما يخص الدراسة التي تقوم الباحثة نور

أحمد بحر بإجرائها قبل الموافقة على الانضمام لها.

هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى تنمية المهارات الشخصية لديك؛ كالقدرة على التواصل

مع الآخرين، تنظيم المهمات الشخصية، الاعتماد على الذات، وغيرها...؛ والتي يحتاجها جميع

الأفراد عموماً وتحتاجونها في مرحلتك العمرية على وجه الخصوص لعيش حياة أفضل.

إجراءات الدراسة: تتضمن الإجراءات استخدام مقياسين لقياس بعض المهارات الشخصية

لديكِ يطبقان ثلاث مرات؛ قبل بدء البرنامج وبعد انتهاء البرنامج مباشرة وبعد شهر من انتهاء

البرنامج، وتتضمن تنفيذ جلسات فردية وبرنامج إرشادي جمعي مكون من (26) جلسة، جلستان

أسبوعياً لمدة (13) أسبوعاً.

حقوق الطالبة المشاركة:

- الحق في الرفض أو الانسحاب: لكِ الحق في رفض الانضمام للبرنامج أو الانسحاب في

الوقت الذي ترينه مناسباً دون أي إجراءات أو تبعات.

- الحق في مدى الكشف عن المعلومات الخاصة: بحيث تملكين الحق بعدم الكشف عن

المعلومات التي ترين من غير المناسب الكشف عنها.

- الحق في الحفاظ على سرية المعلومات: بحيث تتعهد الباحثة لكِ بالحفاظ على بياناتك

الشخصية التي تشير لهويتك أثناء وبعد تطبيق الدراسة، وفي حال تم نشر الدراسة كذلك؛

بحيث لن يتم تضمين ما يشير لهويتك.

- الحق الأكاديمي: تتعهد الباحثة بتطبيق إجراءات الدراسة دون المساس بسير العملية الدراسية
والحاق أي ضرر بك على الصعيد الدراسي.

حقوق الباحثة:

- للباحثة الحق في استخدام جميع المعلومات التي ستقدمها المشاركات باستثناء المعلومات التي تشير لهوية المشاركة.
- تمتلك الباحثة الحق في استبعاد أي مشاركة تنتهك السرية وتفتي معلومات المشاركات الأخريات.

أوافق أنا الطالبة على المشاركة في الدراسة الموضحة أعلاه بشكلٍ
طوعيٍّ ودون أي ضغوط أو إخراج أو إكراه من أي جهة.

اسم الطالبة المشاركة
التوقيع
التاريخ

الباحثة نور أحمد بحر العيدة
التوقيع
التاريخ

ملحق (4)

نموذج موافقة ولي أمر الطالبة

السيد ولي أمر الطالبة،

تقوم الباحثة نور أحمد بحر العيدة، وهي طالبة دراسات عليا في مستوى الماجستير-تخصص الإرشاد النفسي، بإجراء دراسة علمية على مجموعة من الطالبات المراهقات في مدرسة جفين الثانوية للبنات، في الفصل الدراسي الثاني لعام 2019/2018م، حيث تم اختيار الطالبة للمشاركة في إجراءات الدراسة، والتي تتضمن:

هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى تنمية المهارات الشخصية لدى المراهقات؛ كالقدرة على التواصل مع الآخرين، تنظيم المهمات الشخصية، الاعتماد على الذات، وغيرها...؛ والتي يحتاجها جميع الأفراد عموماً والمراهقين على وجه الخصوص لعيش حياة أفضل.

الفئة المستهدفة: تستهدف الدراسة الطالبات المراهقات في صفوف (السادس والسابع والثامن الأساسي) والدارسات في مدرسة جفين الثانوية للبنات التابعة لمديرية لواء الكورة، الأردن.

مدة الدراسة: سيتم تطبيق إجراءات الدراسة بجلستين أسبوعياً لمدة (13) أسبوعاً.

عدد المشاركات: تضم الدراسة (30) طالبة مراهقة ممن قبلن المشاركة في الدراسة بشكل طوعي.

حقوق المشاركين:

- الحق في الرفض أو الانسحاب: للطالبات وأولياء أمورهن الحق في رفض الانضمام للبرنامج أو الانسحاب في الوقت الذي يرونه مناسباً دون أي إجراءات أو تبعات.
- الحق في الحفاظ على سرية المعلومات: تتعهد الباحثة بالحفاظ على البيانات الشخصية التي تشير لهوية الطالبة أثناء وبعد تطبيق الدراسة، وفي حال تم نشر الدراسة كذلك.
- الحق الأكاديمي: تتعهد الباحثة بتطبيق إجراءات الدراسة دون المساس بسير العملية الدراسية للطالبة والحاق أي ضرر على الصعيد الدراسي.

o تمتلك الباحثة الحق في استبعاد أي مشاركة تنتهك السرية أو خصوصية المشاركات الأخريات.

إذا كان لدى ولي أمر الطالبة و/أو الطالبة أي استفسارات أو مخاوف حول الدراسة والإجراءات المتبعة يمكنكم التواصل مع الباحثة نور أحمد بحر العيدة على الرقم 0000000000، أو مع إدارة المدرسة الممثلة بالمديرة نائلة زقيلي على الرقم 0772392849.

أوافق بصفتي ولي أمر الطالبة على مشاركتها في الدراسة الموضحة أعلاه بشكل طوعي ودون أي ضغوط أو إخراج أو إكراه من أي جهة ، وأقر بالتزام الباحثة بتزويدي بنسخة عن نموذج الموافقة الموقع من قبلي.

اسم ولي أمر الطالبة المشاركة

التوقيع

التاريخ

الباحثة نور أحمد بحر العيدة

التوقيع

التاريخ

ملحق (5)

نموذج موافقة الطالبة على التسجيل المرئي

عزيزتي الطالبة، يتطلب البرنامج العلاجي لغايات تحقيق أكبر نفع واستفادة ممكنة لكِ

وللمشاركات تسجيل فيديو للجلسة، بحيث:

- سيتم تصوير كل مشاركة على حدة.
- بإمكان كل مشاركة الاحتفاظ بالتسجيلات الخاصة بها.
- لن يعطى تسجيل المشاركة لأي من المشاركات الأخريات أو أي شخص آخر.
- سيُطلب منك الاستماع المتكرر للتسجيلات كواجبات منزلية، يرجى منك السعي لذلك لتحقيق الأهداف المرجوة من البرنامج الإرشادي.

أوافق أنا الطالبة على قيام الباحثة بالتسجيل المرئي (تسجيل الفيديو)

كما هو موضح أعلاه بشكلٍ طوعيٍّ ودون أي ضغوط أو إخراج أو إكراه من أي جهة، وأقر بالتزام

الباحثة بتزويدي بالتسجيل الخاص بي بعد انتهاء إجراءات الدراسة.

اسم الطالبة المشاركة

التوقيع

التاريخ

الباحثة نور أحمد بحر العيدة

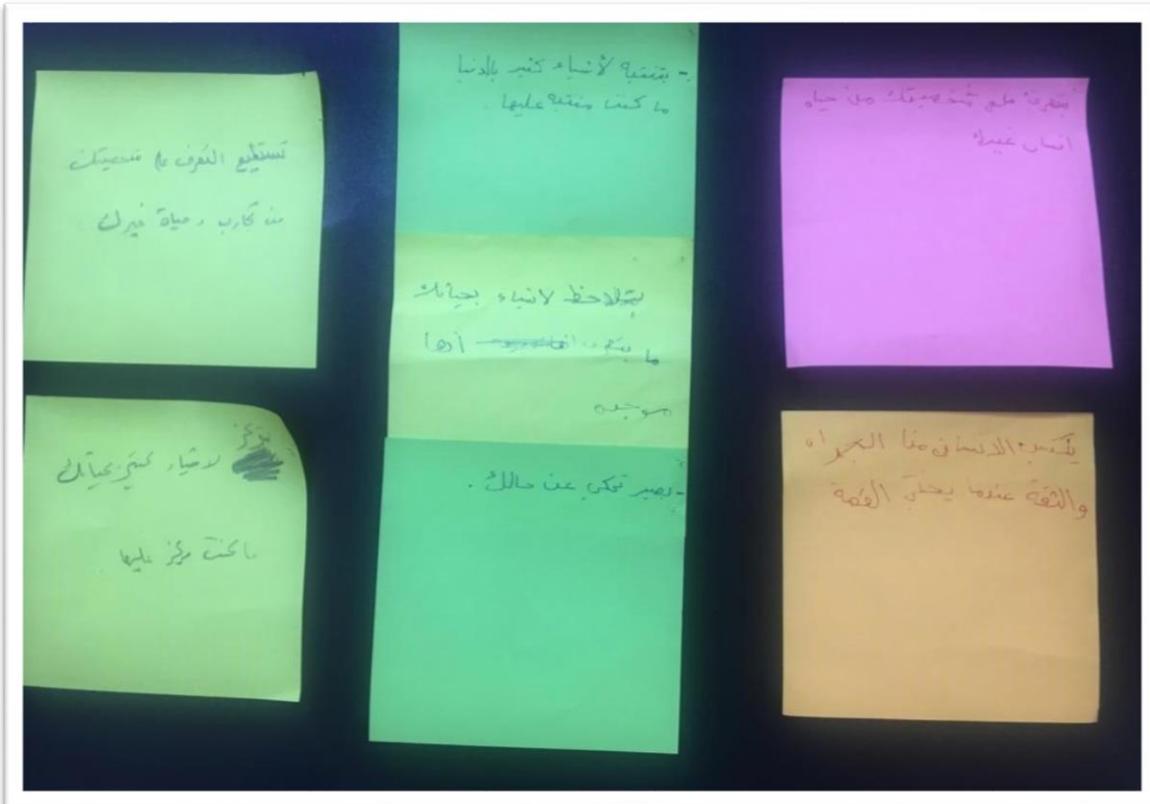
التوقيع

التاريخ

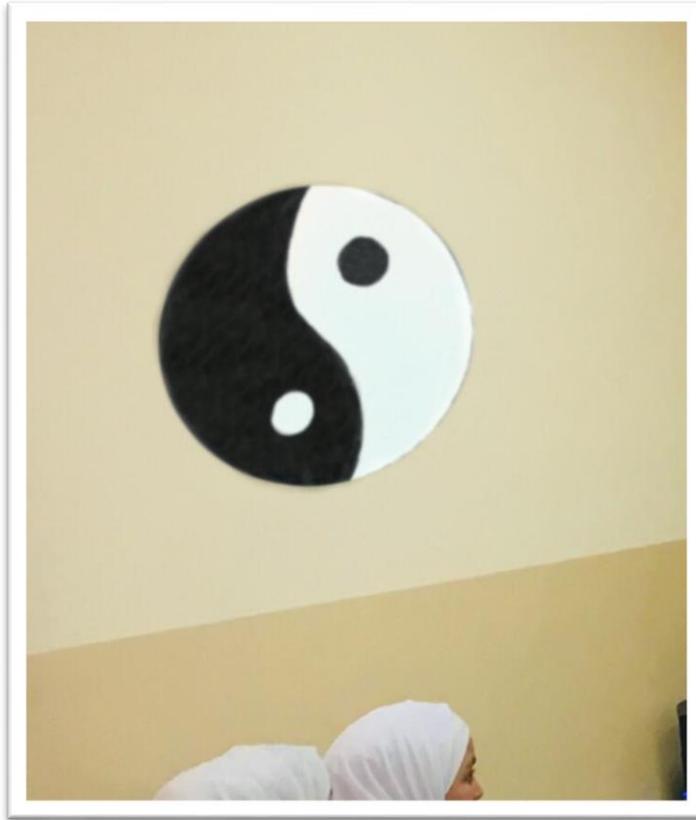
ملحق (6)



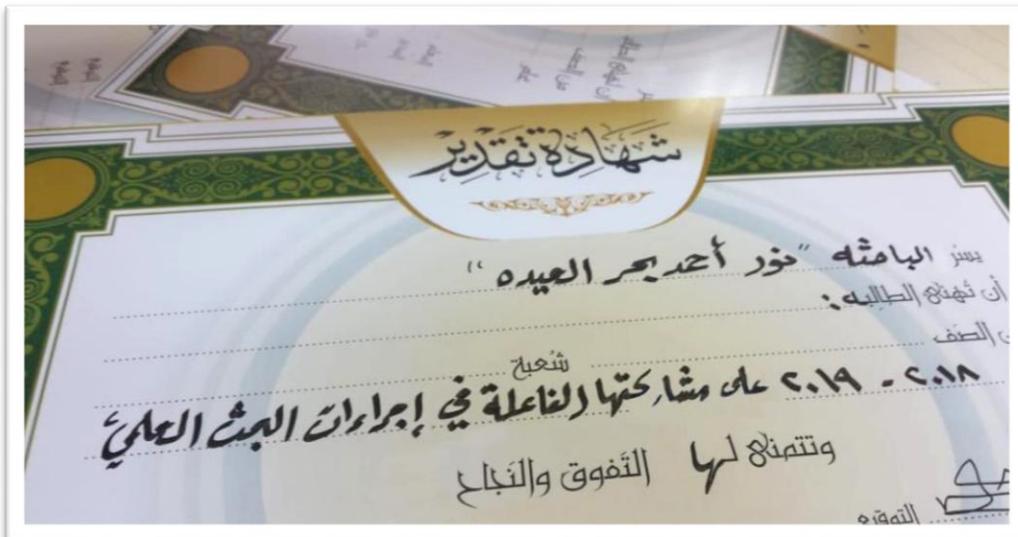
ملحق (7)



ملحق (8)



ملحق (9)



ملحق (ك)

موافقات الجهات الرسمية



جامعة اليرموك
YARMOUK UNIVERSITY

كلية التربية
مكتب العميد

الرقم : ك.ت/١٠٧/١٨
التاريخ :
الموافق :

عطوفة الأستاذ رئيس الجامعة

تحية طيبة وبعد،،،

تقوم الطالبة نور أحمد بحر العيدة، ورقمها الجامعي (٢٠١٧٤٠٢١١٢) بدراسة بعنوان "فاعلية العلاج القصصي في خفض اضطراب الشره العصبي والاندفاعية لدى عينة من المراهقات"؛ وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في كلية التربية، تخصص ارشاد نفسي. ويستدعي ذلك تطبيق أداة الدراسة المرفقة على عينة من الطالبات المراهقات في مديرية التربية والتعليم للواء الكورة .

أرجو التكرم بمخاطبة معالي وزير التربية والتعليم، لتسهيل مهمة الطالبة المذكورة أعلاه.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام

عميد كلية التربية
أ.د. نواف موسى شطناوي

أربد - الأردن
Tel: +962-2-721111

فاكس : ٧٢١١١٣٦-٢-٩٦٢ +
Fax : +962-2-7211136

Irbid - Jordan

تلفون : ٧٢١١١١١-٢-٩٦٢ +
E-mail: fac_edu@yu.edu.jo http://www.edu.jo

الجمهورية العربية السورية



وزارة التربية والتعليم

مديرية التربية والتعليم للواء الكورة

١١٠٥

١/١٢٧/٥٥٥

الرقم:

التاريخ:

الموافق:

٢٠١٩/٤/٤

مديرة مدرسة جفين الثانوية للبنات

الموضوع: تسهيل مهمه

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

إشارة لكتاب معالي وزير التربية والتعليم رقم 9274/10/3 تاريخ 2/18/2019م، تقوم الطالبة نور احمد بحر العيده تخصص الارشاد النفسي بدراسة بعنوان (فاعلية العلاج القصصي في خفض اضطراب الشره العصبي والانذفاعية لدى عينه من المراهقات)، ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الارشاد النفسي وهي بحاجة لتطبيق اداة الدراسة في مدرستكم على عينة من الطالبات، راجياً تسهيل مهمة الطالبة، على ان تتم مطابقة الاداة المرفقة مع الاداة المطبقة، شريطة الا تستخدم البيانات والمعلومات المتحصلة الا لأغراض البحث العلمي.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام

مدير التربية والتعليم

مدير التربية والتعليم للواء الكورة
الدكتور
متعب حسين الشمساني

نسخة/ مدير الشؤون التعليمية والفنية.

نسخة/ ر. ق. الإرشاد التربوي. اعين عمارون

الرجاء
إرسال
الوثائق
إلى
المدير
التربوي

الأردنية



وزارة التربية والتعليم

الرقم ٩٢٧٤١٠/٣

التاريخ ١٣ جمادى الثاني ١٤٤٠

الموافق ٢٠١٩/٠٢/١٨



السيد مدير التربية والتعليم للواء الكورة

الموضوع: البحث التربوي

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، وبعد؛

فأرجو العلم بأن الطالبة نور أحمد بحر العيدة تقوم بإجراء دراسة عنونها "فاعلية العلاج القصصي في خفض اضطراب الشره العصبي والانذفاعية لدى عينة من المراهقات"، استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في تخصص "إرشاد نفس" من جامعة اليرموك، ويحتاج ذلك إلى تطبيق أداة الدراسة على عينة من الطالبات في المدارس التابعة لمديرتكم. راجياً تسهيل مهمة الطالبة المذكورة وتقديم المساعدة الممكنة لها، على أن تتم مطابقة الأداة المرفقة مع الأداة المطبقة، شريطة ألا تستخدم البيانات والمعلومات المتحصلة إلا لأغراض البحث العلمي.

واقبلوا الاحترام

وزير التربية والتعليم

عليه المحسبي
مدير إدارة البحث التربوي
بالوكالة



نسخة/ مدير إدارة التخطيط والبحث التربوي

نسخة/ مدير البحث والتطوير التربوي

نسخة/ رئيس قسم البحث التربوي

نسخة/ الملف ١٠/٣

المرفقات: (٣) صفحات

المملكة الأردنية الهاشمية

هاتف: ٥٦٠٧١٨١ +٩٦٢ ٦ ٥٦٦٦٠١٩ فاكس: ٥٦٦٢ ٦ ٥٦٦٦٠١٩ ص.ب ١٦٤٦ عمان ١١١١٨ الأردن. الموقع الإلكتروني: www.moe.gov.jo

ملحق (ل)

استبانة المعلومات الأساسية الديموغرافية

عزيزتي الطالبة، أرجو منك ملء البيانات التالية مع جزيل الشكر

الاسم:.....

الصف الدراسي:

○ السادس ○ السابع ○ الثامن

مستوى التحصيل الدراسي الحالي:

○ مقبول ○ جيد ○ جيد جداً ○ ممتاز

عدد أفراد الأسرة: ()

مستوى دخل الأسرة:

○ منخفض ○ متوسط ○ مرتفع

الترتيب بين أفراد الأسرة:

○ الأول ○ الأوسط ○ الأخير

المستوى التعليمي للأب:

○ أساسية فأقل ○ ثانوية عامة ○ دبلوم ○ جامعي

المستوى التعليمي للأم:

○ أساسية فأقل ○ ثانوية عامة ○ دبلوم ○ جامعي

حالة عمل الأب:

○ يعمل ○ لا يعمل

حالة عمل الأم:

○ تعمل ○ لا تعمل