

فاعلية العلاج القصصي في خفض اضطراب الشره العصبي والاندفاعية لدى عينة من المراهقات

أحمد الشريفيين و نور بحر *

Doi: //10.47015/16.4.2

تاريخ قبوله 2020/2/6

تاريخ تسلم البحث 2019/9/12

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

Ahmad Al-Shrifin & Noor Bahr, Yarmouk University, Jordan.

Abstract: The study aimed at examining the effectiveness of therapeutic storytelling in decreasing binge eating disorder and impulsivity among a sample of adolescents enrolled in the public schools for girls. 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 that received the therapeutic storytelling program and a control group that did not participate in any intervention program. To achieve the aims of the study, Binge Eating Disorder Scale and Impulsivity Scale were used to gather study's data from the two study groups in the pre-post tests and from the experimental group only in the follow-up test, in addition to a Therapeutic Storytelling group-based counseling program. The results of the study showed statistically significant differences between the experimental group and the control group in the mean degrees at Binge Eating Disorder in the post-test, in favor of the experimental group. However, the results showed no statistically significant differences between the experimental group and the control group in the post-test at the subscales of: "Negative Urgency", "Seeking Sensation" and "Positive Urgency" dimensions in the Impulsivity Scale. Also, the results of the post -and follow-up comparisons pointed out that the differences were not significant on the scales at Binge Eating Disorder and the Impulsivity Scale Dimensions. which reflects the stability of the program effect.

(Keywords: Therapeutic Storytelling, Binge Eating Disorder, Impulsivity, Adolescents)

وسعى جاردنر (Gardner, 1971) للبحث عن أسلوب علاجي يواجه به الصعوبات التي تعرض لها في أثناء عمله في التحليل النفسي؛ فقد تعذر معالجة العديد من الحالات لأسباب مختلفة، منها أنه وجد من الصعب استخدام الأساليب اللفظية والأريكة مع الأطفال (مع قناعته بأن الجلوس على كراسي متقابلة أكثر إنسانية)، كما لاحظ أن قلة قليلة من الأطفال يهتمون بمعرفة عملياتهم اللاواعية؛ ليستخدموها في تحسين حياتهم. لذلك ابتكر أسلوباً أطلق عليه اسم العلاج القصصي (Therapeutic Storytelling)، افترض فيه أن الرموز والاستعارات من الممكن أن تتجنب الوعي، وتصل مباشرة إلى اللاوعي لتحقيق العلاج بدلاً من المبدأ التحليلي الذي يستند إلى ضرورة جعل اللاوعي في حيز الوعي.

ملخص: هدفت الدراسة إلى فحص فاعلية العلاج القصصي في خفض اضطراب الشره العصبي والاندفاعية لدى عينة من المراهقات المسجلات في المدارس الحكومية للبنات. تكونت عينة الدراسة من (30) طالبة من الصفوف السادس، والسابع، والثامن، وتم تعيينهن بشكل عشوائي في مجموعتين متساويتين: المجموعة التجريبية التي شاركت في برنامج العلاج القصصي، والمجموعة الضابطة التي لم تشارك في أي برنامج تدخل. ولتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام مقياس الشره العصبي، ومقياس الاندفاعية. وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متوسطات الدرجات على مقياس الشره العصبي في الاختبار البعدي، لصالح المجموعة التجريبية. فيما أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الاختبار البعدي على أبعاد: "الإلحاح السلبي"، و"البحث عن المغامرة"، و"الإلحاح الإيجابي" في مقياس الاندفاعية. كما أشارت نتائج المقارنات البعدية والتتبعية لدى أفراد المجموعة التجريبية إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات القياسين البعدي والتبعية، لمقياس الشره العصبي، وأبعاد مقياس الاندفاعية، مما يعكس ثبات تأثير البرنامج.

(الكلمات المفتاحية: العلاج القصصي، الشره العصبي، الاندفاعية، المراهقات)

مقدمة: تسهم الخصائص العمرية لمرحلة المراهقة في خلق تحديات تواجه المرشدين، تحول دون تحقيق الأهداف الإرشادية؛ فالمراهقون أكثر مقاومة لأطلاع الآخرين على شؤونهم ومشكلاتهم، لاعتقادهم أن ذلك يهدد صورتهم أمام الآخرين. ومن الملاحظ ارتفاع مستوى القلق لدى المراهقين في أثناء العلاج النفسي بالطرق التقليدية المتعارف عليها (Gardner, 1986). لذلك سعى المتخصصون لإيجاد وسائل أكثر تلاؤماً مع خصائص المراهقين، تمكنهم من تقديم المساعدة الإرشادية لهم بشكل غير مباشر وتجنب مقاومة المسترشد (Slivinske & Slivinske, 2014).

ويعد العلاج القصصي (Therapeutic Storytelling) إحدى المساهمات في هذا الصدد؛ إذ يعتبر أسلوباً أخلاقياً خالياً من اللوم والمواجهة (Morgan, 2000; Perrow, 2003). يقلل من قلق المسترشدين ويحد من مقاومتهم؛ لكونه يتناول المشكلة بطريقة رمزية من خلال تحليل القصص، ويعمل على جعل المشكلة هي المشكلة وليس الفرد، وذلك يعد أقل تهديداً للذات (Gardner, 1986). كما يمكن الأفراد من خلاله من تطوير مفهوم ذات إيجابي خلال عملية رواية القصص (Slivinske & Slivinske, 2014).

* جامعة اليرموك، الأردن.

© حقوق الطبع محفوظة لجامعة اليرموك، اربد، الأردن.

العلاجية. والنوع الثاني هو القصة العلاجية، وهي التي يرويها المرشد استناداً لمحاوَر القصة الشخصية التقدمية وشخصياتها وظروفها، لكنها تكون باتجاه مختلف؛ أي دون استخدام النمط المرصّي (السلوكيات والأفكار والمشاعر المرصّية). ويهدف المرشد من العملية العلاجية بشكل رئيسي لأن يتبادل المرشد قصته الشخصية مع شخصيات القصة العلاجية (Gardner, 1986).

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

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

ويعد التسجيل المرئي أحد الأساليب المساندة الرئيسة للعلاج القصصي؛ إذ يطلب إلى المرشد الاستماع بشكل منكر للتسجيلات المرئية كواجب بيتي؛ لتحقيق الوعي بجوانب القصة التقدمية، وتمكين محاور القصة العلاجية، وملاحظة التحسن بعد الاستماع للقصة البديلة. وفي البداية، كانت تستخدم التسجيلات الصوتية فقط، لكن لوحظ أن تسجيل الفيديو (المرئي) له العديد من المزايا؛ إذ إنه أكثر تشويقاً وجاذبية للمسترشدين، خاصة مع إمكانية حصولهم عليه بعد انتهاء الجلسات ومشاهدته له مجدداً في المنزل كواجب بيتي. لذا يقوم المرشد في العلاج القصصي بتخصيص جلسات قبل ختامية للاستماع مع المرشد للتسجيلات الصوتية ومشاهدة التسجيلات المرئية وعمل مقارنة تنعكس على المرشدين إيجابياً بتمكين الرسائل العلاجية المتضمنة في القصص (Erford, 2014).

ويشير جاردنر (Gardner, 1986) لمنهجية محددة يجب على المعالج القصصي اتباعها عند تطبيق الأسلوب، تتضمن مجموعة من الخطوات. ففي الخطوة الأولى، يعمل المرشد على الحصول على القصة الشخصية التقدمية من المرشد، التي يجب أن تكون من خياله تماماً، لا من أمور حدثت معه أو مع أشخاص يعرفهم، أو قرأ أو سمع عنهم، كما يجب أن تكون لقصته عبرة يستخلصها بعد الانتهاء من رواية القصة. ويقترح جاردنر رواية القصص في سيناريو لقاء تلفزيوني؛ لتكون فكرة تصوير الفيديو أكثر قبولا لدى المرشدين، وتكون رواية القصة أكثر جاذبية. وقبل أن يبدأ المرشد برواية القصة، يطرح المرشد عليه مجموعة من الأسئلة تتضمن

وافترض أيضاً أن الفرد فعال في مجال حياته الخاصة، ويستطيع إدراك وجهات النظر الأخرى والاحتمالات العديدة للمواقف، كما افترض أن الأشخاص لا يستمتعون فقط بالاستماع للقصص، بل وروايتها أيضاً.

ويستخدم العلاج القصصي كأداة تشخيص وأسلوب علاج. ففي مراحل الأولى، يتمكن المرشد - بعد تحليل الإسقاطات التي يقدمها المرشد من خلال القصة - من تشخيص المشكلة، وفي بقية المراحل. وبعد أن يتم تبادل القصص الشخصية بين المرشد وشخصيات القصة العلاجية، يتحقق العلاج. كما يمكن استخدام العلاج القصصي بالتزامن مع أساليب علاجية أخرى؛ من خلال تخصيص جزء من جلسات العملية الإرشادية له؛ إذ إن العلاج القصصي ليس علاجاً وحيداً، بل هو سلاح من أسلحة المعالج (Gardner, 1986). ويمكن أيضاً استخدام هذا الأسلوب في الإرشاد الجمعي وأساليبه (Erford, 2014; Slivinske & Slivinske, 2014).

ويعد هذا الأسلوب وفقاً لستايلز وكوتمان (Stiles & Kottman, 1990) - ملائماً للاستخدام مع من هم في سن (9- 14) عاماً؛ كونهم يملكون بشكل جيد مهارات لغوية، ونظرة واقعية، وقدرة على فهم العبر، مع توفر خبرات حياتية عديدة. أما إرفورد، وستايلز وكوتمان (Erford, 2014; Stiles & Kottman, 1990) فقد أشاروا إلى أن هذا الأسلوب يصلح مع المراهقين عموماً، وعلى وجه الخصوص مع الذين يبدون مقاومة للعلاج بالحديث. وأكد ذلك سليفنسك وسليفنسك (Slivinske & Slivinske, 2014) بالإشارة إلى أن المراهقين يستطيعون من خلال هذا الأسلوب حل مشكلاتهم استناداً لشخصيات القصة.

ويسعى المرشدون لبناء علاقة إرشادية قوية قائمة على الثقة مع المرشد؛ لتحقيق الأهداف المرجوة. ومما يميز العلاج القصصي احتياج العلاقة الإرشادية فيه لأقل مستوى من الثقة؛ فالمشكلة تقدم بطريقة رمزية لا يطلب المرشد فيها بالكشف الصريح عن الذات الذي يتطلب درجات مرتفعة من الثقة. ويتم تحليل القصص بطريقة رمزية كذلك، وهذا يقلل من القلق وبالتالي من المقاومة بدرجة كبيرة جداً مقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى، إلا أنه يجب على المرشد قدر المستطاع فهم طبيعة الخلفية الثقافية والأسرية للمرشد لاستخدامها بفاعلية عند رواية القصص العلاجية (Hammel, 2019).

ويتعين على المرشد قبل البدء باستخدام العلاج القصصي التحقق مما إذا كان الأسلوب العلاجي ملائماً للمرشد بالطريقة التي يراها مناسبة، بحيث تكون لدى المرشد قابلية ورغبة في الاستماع للقصص. ويجب ألا تكون لديه صوبات لغوية تعوقه عن التعبير أو تكون من نوي الخيال الوهمي أو زهانياً (Erford, 2014).

ويستخدم العلاج القصصي نوعين من القصص: القصة الشخصية، والقصة العلاجية. تتضمن القصة الشخصية شكلين هما: القصة التقدمية، وهي أول قصة يرويها المرشد في الجلسات الأولى، وتمثل الصورة التي يحملها عن نفسه، والقصة البديلة، وهي القصة التي يرويها المرشد بعد رواية القصة العلاجية من المرشد، وتتضمن التغيرات التي أدت إليها القصة

لشخصية معينة. كما تتضمن هذه الخطوة فهم المظهر النفسي العام للقصة؛ هل أجواء القصة سعيدة، حزينة، مرعبة، محايدة...؟ وقد تتعلق القصة بعدة تفسيرات نفسية مختلفة. كما أن ردود فعل المسترشد العاطفية في أثناء سرد القصة ذات أهمية كبيرة للتحليل. كذلك تتضمن هذه الخطوة تحليل مغزى القصة التي قدمها المسترشد؛ الذي يعبر بشكل كبير عن أفكاره، ويشير للمواضيع الأكثر أهمية بالنسبة له. وتتضمن أيضاً تحليل مدى استخدام المسترشد للخيال في قصته؛ للتنبؤ بمستوى الخيال الذي سيناسبه في بناء القصص العلاجية. ثانياً: يسأل المرشد نفسه: ما الشكل المرصّي للقصة؟ أو ما الحل الأساسي للصرعات المعروضة؟ وبعد الإجابة، ينتقل إلى الخطوة اللاحقة. ثالثاً: يسأل المرشد نفسه: ما الأسلوب الذي يعد أكثر صحة للتكيف مع أسلوب المسترشد الحالي؟ رابعاً: يبدأ المرشد بتشكيل القصص العلاجية من خلال تخصيص القصة للمسترشد القصة العلاجية نفس الشخصيات، والظروف المحيطة، والأشخاص المهمين، والثقافة، والوضع العام للقصة، وغيرها.

ويقترح سليفينسك وسليفينسك (Slivinske & Slivinske, 2014)، - لكون جاردنر كان يخصص بالذكر الأطفال - محكات لتخصيص القصة للمراهقين، وهي: تضمين اسم المراهق، وأسماء الأصدقاء والأهل إذا اقتضت الحاجة، وجنس الشخصية، بالإضافة إلى مظاهر السياق الثقافي للشخصيات في القصة، وإضافة سمات شخصية حول المراهق (لون البشرة والعيون، الطول...)، وتضمين القصة أنشطة المراهق وهواياته. كما يمكن إضافة تفاصيل حول الأماكن والأحداث التي كانت مركزية في حياة المراهق، ودمج نقاط القوة والتحديات الخاصة بالشخصيات في حبكة القصة، بحيث تعكس ظروف حياة الفرد.

ثم يقوم المرشد بتطوير القصص باتجاه مغاير للنمط المرصّي المتسبب في المشكلة لدى المسترشد. بالإضافة إلى استخدام الوضع النفسي العام للقصص التقديمية في صياغة بداية القصة العلاجية قبل أن تتحو المنحى الإيجابي. كما يقوم بإبراز السلوكات، والأفكار، والمشاعر الإيجابية البديلة في القصة؛ لمساعدة المسترشد على الوعي بخياراته السلبية في المشكلة. ويقوم المرشد أيضاً بتضمين القصة العلاجية بدائل عديدة وليس بديلاً واحداً، ليسمح للمسترشد باختيار البديل الذي يراه الأنسب. كما يحدد المغزى من القصة العلاجية؛ لتحقيق الأهداف، ولجعل المغزى هدفاً فرعياً للعلاج.

وتصاغ عدة قصص علاجية تغطي المحاور السلبية في مشكلة المسترشد وليس قصة واحدة، وتناقش كل منها في جلسة علاجية أو أكثر. ويشير جاردنر إلى أنه من غير المنطقي أن تؤدي قصة واحدة إلى تغير دائم لدى المسترشد، بل يحتاج الأمر للعديد من القصص والجلسات التي تغطي جميع نواحي المشكلة. كما يشير جاردنر إلى ضرورة تجزئة القصص أكثر كلما كان المسترشدون أصغر سناً.

وفي الخطوة الثالثة يقوم المرشد برواية القصص العلاجية للمسترشد؛ التي يمكن أن تثير مشاعر المسترشد بدرجة كبيرة. وبعد رواية كل قصة علاجية، يُطلب إلى المسترشد استخلاص العبرة، بحيث يتحقق المرشد من أن الرسالة المضمنة في القصة قد وصلت، وإذا لم يتمكن المسترشد من استخلاصها، يقوم المرشد بمساعدته على ذلك. وفي حال كان المسترشد يعي المغزى ولكن يتعذر عليه التعبير عنه، يقوم المرشد بمحاولة لاستخلاصه

الإجابة عنها معلومات شخصية عنه، تفيد المرشد في التعرف على حياة المسترشد والسياس الثقافي.

وعند البدء في رواية القصة، يواجه المرشد عدداً من الحالات: الحالة الأولى، قد يطلب فيها المسترشد مهلة من الوقت ليفكر في القصة، ويعطى ذلك. وفي الحالة الثانية، قد يأخذ المسترشد المهلة من الوقت، لكن لا يستطيع رواية القصة، مع وجود رغبة لديه في المحاولة، فيكون على المرشد أن يقول مثلاً: لا عليك، فالعديد من الأشخاص لا يستطيعون التفكير أمام الكاميرات للمرة الأولى [اصمت للحظات، ثم أكمل]. لدي طريقة للمساعدة في التفكير بقصة [اصمت للحظات، ثم أكمل بأسلوب حماسي]. سنقوم برواية القصة معاً، سأبدأ أنا، وعندما أتوقف وأشير بإصبعي إليك تقول أول شيء يخطر في بالك لتكمل الأحداث، وهكذا ستتمكن من رواية القصة، وعندما ينتهي ما خطر في بالك، أعود أنا لأكمل، ويعدها أنت، وهكذا حتى نهاية القصة.

ويمكن لتحقيق هذه الخطوة، الاستعانة بالوصلات التحفيزية الآتية: في الزمن البعيد، البعيد جداً، كان هناك... (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). ويجب ألا يسأل المسترشد عن رغبته أو عدمه في الاستمرار في أثناء مشاركته رواية القصة، حتى لا تتعزز لديه فكرة التوقف.

أما في الحالة الثالثة، وعلى الرغم من تقديم المرشد المساعدة، فقد يصعب على المسترشد رواية القصة. لذا فإن لم تتجح رواية القصة، يمكن القول: حسناً، يبدو أن ضيفنا متعب قليلاً اليوم. لترتج، ونبدأ من جديد في المرة القادمة.

وعلى المرشد في أثناء رواية القصة الشخصية التقديمية تسجيل الملاحظات كتابياً حول: الشخصيات، والحالة النفسية العامة للمسترشد عند روايته للأحداث، ومدى استخدامه للخيال، وأي ملاحظات أخرى؛ فإن فقدان أي جزء من المعلومات قد يترتب عليه فشل في بناء القصة العلاجية. وعلى المرشد أيضاً طرح أسئلة حول القصة والعبرة؛ لتحقيق الفهم الدقيق لها. وغالباً تتمحور الأسئلة حول جنس الشخصيات، وتصور المسترشد وتفسيراته لسلوك الآخرين في القصة، وفهم المسترشد للحالة الانفعالية للشخصيات، وتصور المسترشد لوجهة نظر الشخصيات في المواقف، وغيرها.

في الخطوة الثانية يتم تحليل القصة الشخصية التقديمية من المرشد خارج الجلسات، وبناء القصص العلاجية. وإذا لم تتم هذه الخطوة بالشكل المناسب، فلن تتحقق الأهداف المرجوة. وتتضمن هذه الخطوة مجموعة من الخطوات الفرعية؛ أولاً: تحليل القصص التقديمية، ويتضمن تحليل شخصيات القصة وربطها بالمسترشد، والأفراد المهمين في حياته، وتحديد ما إذا كان هناك شخصيتان في القصة ترمزان لشخص واحد؛ فقد يدل ذلك على الصراعات التي تحددها سمات الشخصية، أو ما إذا كان هناك عدد كبير من الشخصيات؛ مما قد يعبر عن عناصر قوة لدى الشخصية التي ترمز إليها، أو وجود شخصية صامتة؛ مما قد يعبر عن الغضب المكبوت، أو العداء

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 2018) اضطراب الشره العصبي في دليلها (International Classification of Diseases, 11th Revision). بأنه: اضطراب يتميز بنوبات متكررة من الأكل بشرهه. علماً بأن حلقة الشرهه عند تناول الطعام فترة يمر خلالها الفرد بفقدان التحكم في الأكل، وتناول الطعام أكثر من المعتاد بشكل ملحوظ، والشعور بعدم القدرة على التوقف عن الأكل أو الحد من نوع أو كمية الطعام الذي يتم تناوله. ويُعد ذلك أمراً مزعجاً للغاية بالنسبة للشخص، وغالباً ما تصاحبه مشاعر سلبية مثل الشعور بالذنب أو الإشمئزاز بعد حلقة الشرهه، إلا أن تلك النوبات لا تتبعها سلوكيات تعويضية غير ملائمة تهدف إلى منع زيادة الوزن.

ويُلبأ مرضى اضطرابات الأكل عموماً، ومرضى الشره العصبي على وجه الخصوص، إلى تقييم مبالغ به للشكل والوزن، والحكم على قيمة الذات بالاستناد إلى نتائج هذا التقييم، وعادة ما تكون تلك النتائج سلبية لما يلقاه مريض الشره العصبي ذو الوزن غير المثالي من آراء وانتقادات من الآخرين لشكل جسده مقارنةً بغيره، وكثرة التعليمات والتنبيهات الوالدية ذات الطابع السليبي حول ممارسات الطعام (Cooper & Grave, 2017). ولعل تندي مفهوم الذات وما يصاحبه من مشاعر الخجل والرفض وعدم الكفاءة، تدفع الفرد لأن يصبح مدمناً على بعض السلوكيات التي تجنّبها هذا الشعور، كاستغراق في الأكل (Hall & cohn, 1999).

ويرى هيربراند وهيربيرتز-المان وأولتمانز وإيمري (Hebebrand & Herpertz-Dahlmann, 2019; Oltmans & Emery, 2004) أن هذه المشكلة تبرز لدى الإناث بشكل أكبر من الذكور؛ نظراً لتأثرهن بشكل أكبر بالعوامل الاجتماعية والثقافية، وتولد الضغوطات الثقافية والاجتماعية، والوعي بمخاطر الأمراض المصاحبة للسمنة، مخاوف مبالغاً فيها، تتعلق بالوزن، وصورة الجسد، تدفع بالفرد نحو إيجاد حل سريع وفوري للتحكم بالوزن، والسيطرة على شكل جسده؛ فيقوم بعمل حميات غذائية صارمة غالباً ما يفشل في الالتزام بها (Spangler, Baldwin & Agras, 2004). وتشير الدراسات إلى أن ما نسبته (35-55) من الأشخاص المصابين باضطراب الشره العصبي كانت بداية اضطرابهم محاولات للقيام بحمية غذائية قاسية؛ إذ بدأ الاضطراب لديهم عندما كانوا في عمر (11 - 13) عاماً، وكان مصحوباً بالمزاج السليبي، والشعور بفقدان السيطرة على الذات في أثناء تناول الطعام (McCuen-Wurst, Ruggieri & Allison, 2017; Munsch & Beglinger, 2005; Zunker et al., 2011). وتشير الدراسات إلى أن اضطراب الشره العصبي يبدأ في مرحلة المراهقة، والمراهقة المبكرة على وجه الخصوص، وفقاً للخصائص التي يتمتع بها المراهقون، وتأثر نواتهم بتقييماتهم وتقييمات الآخرين لهم بشكل أكثر من غيرهم. وتم تقديم توصيات بضرورة التدخل العلاجي في تلك المرحلة كنوع من التدخل المبكر (Capobianco, Pizzuto & Devescovi, 2017; Cimino et al., 2018; Cooper & Grave, 2017; Mustelin, Kaprio & Keski-Rahkonen, 2018).

دون التشديد على ضرورة تعبير المسترشد عنه، فالهدف هو أن يعيه. وقد طور سليفينسك وسليفينسك (Slivinske & Slivinske, 2014) هذه الخطوة بالاستناد لما قدمه ايت وإستون (White & Epston, 1990) في علم النفس السردي (Narrative Psychology). وجعلها 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 فيها طرح أسئلة مباشرة حول شخصيات القصة ومشاكلهم؛ مما يسمح بتوجيه تفكير المسترشد بعيداً عن مشكلاته الخاصة. المرحلة الثانية: تطرح فيها أسئلة تتعلق بشخص ما يعرفه وتكون لديه مشكلة مشابهة؛ مما يسمح بالقرب من تلك المشكلة بذاتها، والبعد عن ارتباط ذات المسترشد بالمشكلة، وأطلق على هذه المرحلة (مرحلة الترميم). المرحلة الثالثة: تتم فيها مناقشة القضايا ذات الصلة بحياة المسترشد؛ إذ يتم تقديم سؤال محدد حول التشابه بين حال المسترشد وحال شخصيات القصة، ثم يتم تقديم عدة أسئلة تعكس محاور ينبغي أن يركز عليها. المرحلة الرابعة: يتم فيها الطلب من المسترشد أن يقوم برواية قصته (القصة البديلة) ووضع نهاية لها من خلال الكتابة أو الحديث أو الرسم أو غير ذلك.

أما في الخطوة الرابعة، فيقوم المرشد بعد انتهاء جميع القصص العلاجية ومناقشتها، بتكليف المسترشد برواية/كتابة/ رسم القصة الشخصية البديلة، ومن هذه القصة، تتضح للمرشد التغييرات التي حدثت للمسترشد من خلال التقارب بين القصة البديلة والقصة العلاجية، والاختلاف بين القصة البديلة والقصة التقدمية. فالعلاج القصصي يهدف بشكل رئيسي لأن يتبادل المسترشد قصته الشخصية مع شخصيات القصة العلاجية.

وتعد اضطرابات الأكل من أكثر الاضطرابات شيوعاً، وتمثل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد ورغبته في الطعام أو العزوف عنه، ويصاحبها ضعف كبير في الأداء البدني والنفسي ونوعية الحياة (Cooper & Grave, 2017). واضطراب الشر لا العصبي أكثر أنواع اضطرابات الأكل شيوعاً (McCuen-Wurst, Ruggieri & Allison, 2017). وتشمل محكاته المعتمدة حالياً، وفق الطبعة الخامسة للدليل التشخيصي (APA, 2013)؛ أولاً: نوبات متكررة من الشرهه عند تناول الأكل تتصف بأكل مقدار من الطعام أكبر بشكل مؤكد مما يأكله معظم الناس في نفس الفترة من الوقت وتحت نفس الظروف، وذلك في فترة منفصلة من الوقت. ثانياً: إحساس بانعدام السيطرة على الأكل في أثناء النوبة (الإحساس بأن المرء لا يستطيع التوقف عن الأكل أو السيطرة على ماهيته أو مقداره). ثالثاً: ترافق نوبات الأكل بشرهه ثلاثة أمور أو أكثر مما يلي: الأكل بسرعة أكثر بكثير من المعتاد، وتناول الطعام حتى الشعور غير المريح بالامتلاء، وتناول كميات كبيرة من الطعام رغم عدم الشعور بالجوع، وتناول الطعام على انفراد بسبب الشعور بالحرج من كمية الطعام المتناولة، والشعور بالاشمئزاز من الذات، والاكنتاب أو بالذنب الشديد بعد نوبة الشرهه. رابعاً: إحباط ملحوظ تجاه الأكل بشرهه. خامساً: حدوث نوبات الشرهه بمعدل مرة أسبوعياً على الأقل لمدة ثلاثة أشهر. سادساً: لا ترافقه سلوكيات تعويضية مثل اضطراب النهم العصبي (التقيؤ المتعمد، الرياضة العنيفة، أخذ ملينات للأععاء، وغيرها).

وأشار 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. أما باتون وستانفورد وبارات (Patton, Stanford & Barratt, 1995) فقد حددوا ثلاثة عوامل تتضمنها الاندفاعية، هي: 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 هما: الانتباه (القدرة على التركيز على المهام في متناول اليد)، وعدم الاستقرار المعرفي (اتخاذ القرار المعرفي بشكل سريع). أما الاندفاعية الحركية التي تعرف بأنها الأداء دون منع للاستجابات الحالية أو المرجحة، فتتكون من: العمل وفق تحفيز اللحظة (التنفيذ)، والمثابرة (الاستمرار). وتعرف اندفاعية عدم التخطيط بأنها تركيز الفرد على الجوانب الحالية أكثر من تركيزه على الجوانب المستقبلية، وتتكون من: ضبط النفس (التحكم الذاتي)، والتعقيد المعرفي (القيام بالمهام الذهنية الصعبة) للتوجه المعرفي نحو المستقبل. ووفقاً لهذه العوامل، تم تطوير مقياس للانندفاعية سمي "مقياس بارات للانندفاعية" (Barratt Impulsiveness Scale-11/BIS-11)، وتكون من (30) فقرة تعكس جميع العوامل. وتم استخدام هذا المقياس لتعزيز فهم تركيب الاندفاعية للعديد من السنوات (Stanford et al., 2009).

أما إفندن (Evsenden, 1999) فيعرف الاندفاعية من منظور ضبط الذات والسيطرة على النفس - بأنها مجموعة من الأفعال تتسم بضعف القدرة على التصور، والتعيريات السريعة غير الملائمة التي تؤدي إلى عواقب سلبية، وهي نقبض الضبط الذاتي. واتفق مع ذلك المنظور ديك وآخرون (Dick et al., 2010) الذين رأوا أن الاندفاعية بناء واسع، غالباً ما يستخدم على نحو متبادل مع ضبط الذات، ويدوره عرف جودازاما (Chudasama, 2011) الاندفاعية بأنها عدم القدرة على ضبط السلوكيات والأفكار، مما يسبب خللاً في الوظائف التنفيذية والأداء الاجتماعي والشخصي.

وعرف ويتسايد ولبنام (Whiteside & Lynam, 2001) الاندفاعية بأنها الميل للتصرف بتهور؛ استجابةً للمشاعر السلبية الشديدة، ودون تفكير مسبق، مع عدم القدرة على الاستمرار في التركيز على مهمة أو البحث عن تجارب جديدة ومثيرة، وقد قاما ببناء مقياس للانندفاعية أطلقا عليه اسم (UPPS) اختصاراً للأبعاد التي تضمنها تعريفهما (Negative Urgency, Lack of Premeditation, Lack of Perseverance & Cyders et al., 2007). ولاحظ سايدر وزملاؤه (Seeking Sensation) أن مقياس الاندفاعية (UPPS) لم يغط الاندفاعية في ظل المشاعر الإيجابية الشديدة؛ لذلك أضافوا عاملاً خامساً أطلق عليه (الإلحاح الإيجابي Positive Urgency) ليصبح اسم المقياس (UPPS-P).

ولا تختلف طبيعة الاندفاعية باختلاف المرحلة العمرية، كما تلعب دوراً مهماً في نشوء العديد من المشكلات في جميع المراحل عموماً، وفي مرحلة المراهقة على وجه الخصوص (Grant & Potenza, 2012; Reynolds, Penfold & Patak, 2008). أما من حيث النوع الإنساني، فإنه لم توجد فروق ذات دلالة حول الاندفاعية بين الذكور والإناث (Grant & Potenza, 2012).

ومن الأهمية بمكان تحقيق التدخل المبكر وبشكل متخصص للتعامل مع مرضى الشره العصبي (Cooper & Grave, 2017)، خاصة وأن الأفراد المصابين بالشره العصبي يأتون للعلاج في العيادات النفسية بسبب اضطرابات أخرى كالقلق والاكتئاب المصاحب للشره الذي لم يتم الكشف عنه في ذلك الحين (Fursland & Watson, 2014). هذا بالإضافة إلى أنهم يقللون من خطر مرضهم، ويؤجلون بالتالي طلب المساعدة المتخصصة لسنوات (Mathisen et al., 2017). وقد سعى المتخصصون لتحقيق التدخل المبكر، وإيجاد أساليب علاجية فعالة لعلاج اضطراب الشره العصبي، إلا أن العديد من المرضى لم يستجيبوا لأي نوع من العلاج، وما زالت أفضل خيارات علاج اضطراب الشره العصبي غير واضحة حتى الآن (Brownley, 2016; Hebebrand & Herpertz-Dahlmann, 2019).

وأولى العديد من الباحثين الاندفاعية الكثير من الاهتمام؛ لكونها تكمن خلف عدد كبير من الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية. وينظر لها وفقاً للدلائل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس (DSM-V) والتصنيف الدولي للأمراض الحادي عشر (ICD-11) باعتبارها معياراً تشخيصياً للعديد من الاضطرابات، كاضطراب فرط الحركة/نقص الانتباه (Attention-Deficit/Hyperactivity)، واضطرابات القلق (Anxiety Disorders) وغيرها من الاضطرابات الواردة في الدلائل (DSM-V) (APA, 2013)، وهوس السرقة (Kleptomania)، والسلوك الجنسي القهري (Compulsive Sexual Behaviour)، وغيرها من الاضطرابات الواردة في النسخة المراجعة من التصنيف الدولي للأمراض الحادي عشر (ICD-11)، الذي صنف هذه الاضطرابات تحت ما يسمى بـ "اضطرابات التحكم في الدوافع"، التي تشترك في الفشل 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 (WHO, 2018). كما تظهر الاندفاعية بشكل غير مباشر في محكات بعض الاضطرابات؛ كاضطراب المقامرة (Gambling Disorder)، والاضطراب التوهمي (Delusional Disorder)، واضطراب الوسواس القهري (Obsessive-Compulsive Disorder)، واضطراب النهيم العصبي (Bulimia Nervosa)، واضطراب الشره العصبي (Binge Eating Disorder) (APA, 2013).

وقام العديد من الباحثين بمحاولات لتعريف الاندفاعية والتعرف على ماهيتها؛ لقياسها، والعمل على توفير البدائل العلاجية المناسبة لها. فقد عرفها أيسنك وأيسنك (Eysenck & Eysenck, 1977) بأنها سلوكيات سريعة محفوفة بالمخاطر غير مخطط لها، تتضمن أربعة أبعاد، هي: الاندفاع الضيق، والمخاطرة، وعدم التخطيط، والحيوية. كما قدم ديكمان (Dickman, 1990) تفسيراً للانندفاعية على منحيين وفق الاختلاف في معالجة المعلومات، هما: الاندفاع الوظيفي، الذي يشير إلى الميل للتصرف باستخدام القليل نسبياً من التفكير؛ أي معالجة سريعة للمعلومات بأقل قدر من الخطأ (توازن بين السرعة والدقة)، والاندفاع المختل وظيفياً، الذي يشير إلى الميل لتجاهل الحقائق الصعبة عند اتخاذ القرارات والعمل دون تفكير. ويعتبر هذا المنحى أسرع من المطلوب من حيث معالجة البيانات بشكل يقود للوقوع في الخطأ، مع عدم إظهار اهتمام كافٍ (التثبيط).

الزائد، والاندفاعية، وضعف الانتباه الصفي. 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 متتابعة. وكشفت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية، ويشير ذلك إلى فاعلية البرنامج في خفض أعراض اضطراب النشاط الزائد، والاندفاعية، وضعف الانتباه الصفي. وأشارت النتائج أيضاً إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والقياس التبعي؛ وهذا يشير إلى استقرار أثر المعالجة.

أما يعقوب (2017, Yaequb)، فقام بدراسة لاختبار فاعلية برنامج تدريبي مبني على السيودراما في تحسين الانتباه، وتقليل اضطراب النشاط الزائد والاندفاعية لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم. تكونت عينة الدراسة من (30) طفلاً من ذوي صعوبات التعلم ممن تراوحت أعمارهم بين (9-11) عاماً، من الملتحقين بغرف مصادر التعلم في مدينة إربد. 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 يابو وآخرون (2017, Yao et al.) بدراسة هدفت إلى تقييم فاعلية التدخل السلوكي الجمعي، الذي يجمع بين العلاج الواقعي والتأمل الذهني، في الحد من الاندفاعية، وشدة اضطراب إدمان الإنترنت. تكونت عينة الدراسة من (21) طالباً من جامعة بكين، ممن تراوحت أعمارهم بين (18-26) عاماً. استخدمت الدراسة مقياس تشن للإدمان على الإنترنت (Chen Internet Addiction Scale) لقياس شدة اضطراب إدمان الإنترنت؛ الذي يستند للمعايير الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الخامسة (DSM-V)، ومقياس (Delay Discounting Task) لقياس الاندفاعية. وتم تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية المكونة من (10) مشاركين على مدى (6) أسابيع (جلسة أسبوعية لمدة ساعتين). وكشفت نتائج الدراسة في القياس البعدي عدم حدوث انخفاض ملحوظ في اضطراب إدمان الإنترنت (IGD)، على خلاف الاندفاعية التي أظهرت النتائج فاعلية البرنامج العلاجي في خفض مستوياتها.

يلاحظ من عرض الدراسات السابقة أن الدراسات التي تناولت فاعلية العلاج القصصي لم تتناول أي منها - في حدود اطلاع الباحثين - علاج اضطراب الشره العصبي والاندفاعية. وهذا يدعو إلى إجراء الدراسة الحالية، التي يؤمل أن توفر للمتخصصين برنامجاً قد يساعد في مواجهة تلك المشكلات والاضطرابات والتخفيف منها.

مشكلة الدراسة وفرضياتها

تبرز خصائص المرحلة العمرية التي يمر بها المراهقون الحاجة الملحة للتدخل من قبل المتخصصين؛ إذ يتجنب المراهقون مشاركة مشكلاتهم مع الآخرين؛ لانعقادهم أن الإفصاح عنها يهدد صورة ذاتهم أمام الآخرين (Noller & Atkin, 2014). الأمر الذي يزيد من صعوبة الوصول

أجريت العديد من الدراسات التي تناولت فاعلية العلاج القصصي في مؤشرات الصحة النفسية لدى عينات مختلفة. فقد أجرى باركر ووامبلر (2006, Parker & Wampler) دراسة هدفت إلى المقارنة بين فاعلية أسلوب العلاج القصصي وأسلوب تعليمي (تقديم معلومات نفسية مباشرة) في خفض المشاعر السلبية وزيادة المشاعر الإيجابية تجاه العلاقات الاجتماعية. تكونت عينة الدراسة من (42) طالبة تراوحت أعمارهن بين (18-42) عاماً، 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. قدم العلاج أربعة معالجين مختصين من ذوي الخبرة 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. وكشفت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعتين؛ وهذا يشير لفاعلية الأسلوبين كليهما في خفض المشاعر السلبية، وزيادة المشاعر الإيجابية. وكشفت النتائج كذلك أن أسلوب العلاج القصصي كان أكثر فاعلية من الأسلوب التعليمي.

وقام مانيل وأحمد وأحمد (Mannell, Ahmad & Ahmad, 2018) بإجراء دراسة هدفت لاختبار فاعلية برنامج مستند للعلاج القصصي في تخفيف الشعور بالمعاناة ودعم الصحة النفسية لدى النساء المعرضات للعنف من الجنس الآخر. تكونت عينة الدراسة من (20) امرأة أفغانية، واستخدمت الدراسة برنامج العلاج القصصي على العينة. وكشفت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي، وبين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية، وهذا ما يشير لفاعلية البرنامج العلاجي المستخدم.

وقام مكنتوش وآخرون (2016, Mcintosh et al) بإجراء دراسة هدفت إلى اختبار فاعلية العلاج المخطط (Schema Therapy)، الذي يركز على الرغبة في الطعام، إلى جانب العلاج السلوكي المعرفي التقليدي، الذي يركز على تجارب الحياة في التعرف على مدى الرغبة في الطعام والاستجابة بشراسة لها، في خفض اضطراب الشره العصبي. تكونت عينة الدراسة من (112) امرأة من نيوزيلندا ممن تراوحت أعمارهن بين (16-65) عاماً بشكل عشوائي من النساء المصابات باضطراب الشره العصبي، اللاتي تم تشخيصهن وفق (DSM-V). وزعت المشاركات عشوائياً على مجموعتين، وتم تطبيق جلسة أسبوعياً لمدة ستة أشهر، تلتها جلسة شهرياً لمدة ستة أشهر. وكشفت نتائج القياس البعدي انخفاض نوبات الشره عند تناول الطعام لدى أفراد العينة، وكشفت نتائج تقييمي المتابعة حدوث تحسن في الجوانب السلوكية والنفسية الأخرى لاضطرابات الأكل لدى النساء اللواتي خصصن للدراسة.

وفيما يتعلق بالاندفاعية، أجرى أبو قيزان (2007, Abu Qizan) دراسة هدفت إلى تقصي فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى إجراءات الضبط الذاتي في خفض النشاط الزائد، والاندفاعية، وضعف الانتباه الصفي. تكونت عينة الدراسة من (30) طالباً ممن تراوحت أعمارهم بين (11-13) عاماً، تم اختيارهم بالطريقة العشوائية من بين الطلبة الذين يعانون من النشاط

أهمية الدراسة

تبرز أهمية الدراسة في أنها تسلط الضوء على أحد المجالات الهامة في علم النفس الإرشادي، يرتبط بدراسة فاعلية برنامج إرشادي لخفض اضطراب الشره العصبي والاندفاعية لدى المراهقات، ويستند إلى توظيف أسلوب العلاج القصصي.

ويتوقع أن تقدم الدراسة الحالية إضافة جديدة للدراسات العربية في تناولها أسلوب العلاج القصصي، إذ تحاول فحص فاعليته في خفض مستوى اضطراب الشره العصبي والاندفاعية لدى عينة من المراهقات. وبذلك يمكن الاستناد إليها كإطار مرجعي ومقدمة لأبحاث ودراسات قادمة تتناول مشكلات أخرى تهم الباحثين، وعلى مراحل عمرية وفئات مختلفة.

وتبرز الأهمية التطبيقية للدراسة من كونها تقدم من خلال نتائجها للمرشدين والأخصائيين النفسيين العاملين في المؤسسات التربوية، برنامجاً إرشادياً يمكنهم الاستفادة منه في التعامل مع مشكلتي الشره العصبي والاندفاعية لدى المراهقات. كما تعد محاولات للتدخل المبكر لعلاج تلك المشكلات التي تعتبر مقدمة لمشكلات أخرى. وتعد الدراسة مهمة أيضاً؛ لما 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 عوضاً عن مراجعة مراكز التغذية، أو الأندية الرياضية فقط، أو حتى اللجوء للإهمال، أو العقاب كما في كثير من الأحيان.

محددات الدراسة

تحدد إمكانية تعميم نتائج الدراسة الحالية تبعاً لعدة شروط هي: الخصائص الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة من طالبات الصفوف السادس، والسابع والثامن ممن تراوحت أعمارهن بين (11- 13) عاماً، في مدرسة جفين الثانوية للبنات التابعة لمديرية التربية والتعليم في لواء الكورة، إربد، الأردن، في الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي 2018/ 2019م، ممن تبين أنهم يعانون من اضطراب الشره العصبي ولديهم درجة مرتفعة من الاندفاعية. وتتحدد إمكانية تعميم نتائج الدراسة الحالية أيضاً تبعاً لتصميم الدراسة شبه التجريبي بمجموعتين تجريبية وضابطة، وتوزيع عشوائي بقياسات قبلية وبعديّة وتتبعية، وتبعاً للخصائص السيكومترية للأدوات المستخدمة في الدراسة، التي استندت إلى نتائج المشاركين على مقياسي الشره العصبي، والاندفاعية. بالإضافة إلى مكونات البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية، وطبيعة الظروف الزمانية لتطبيق الدراسة التي امتدت خلال الفترة (2019/2/20 م - 2019/5/30 م).

التعريفات الإجرائية

• **الاندفاعية (Impulsivity):** 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، والتصرف بتهور استجابةً للمشاعر الإيجابية الشديدة أيضاً. وتعرف إجرائياً في ضوء الدرجة التي تحصل عليها المراقبة على مقياس الاندفاعية المستخدم في الدراسة الحالية.

لمشكلاتهم للعمل على حلها. وفي حالة اضطراب الشره العصبي، تصبح الحاجة للتدخل ملحة أكثر فالكثير؛ 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 ذلك 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)، ويشكل وجود إجراءات علاجية خاصة بالاندفاعية أهمية كبيرة لإمكانية علاج اضطراب الشره العصبي (Moeller, Barratt, 2001; Dougherty, Schmitz & Swann, 2001).

وقد برز اهتمام الباحثين لإجراء الدراسة الحالية من أهمية الكشف والتدخل المبكر لعلاج اضطراب الشره العصبي لدى المراهقات، اللواتي تعتبر مرحلتهم العمرية (المراهقة) خط البدء لظهور الاضطراب (Mustelin, Kaprio & Keski-Rahkonen, 2018). والبحث عن طرق أكثر فاعلية وسبل أكثر تلاؤماً للتعامل مع تلك المشكلات، خاصة وأن أفضل خيارات العلاج ليست واضحة حتى الآن (Brawnley, 2016; Hebebrand & Herpertz-Dahlmann, 2019). وبعد دراسة العديد من الأساليب الإرشادية والرجوع إلى آراء المتخصصين 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 تتناول ذلك (Kilani, 2017; Paing & Yangon, 2017).

وبشكل أكثر تحديداً، تحاول الدراسة اختبار الفرضيات الآتية:

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

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

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

كدراسات كاردي وليبانن وليسلي وإسبوسيتو وتريشور، وموشن وآخرون (Cardi, Leppanen, Leslie, Esposito & Treasure, 2019;) (Munsch et al., 2019). تكون المقياس بصورته الأولية من (23) فقرة، يستجيب عليها المفحوص وفق تدرج ثنائي (نعم/ لا) يعكس انطباق المحك على المفحوص أم لا، وموزعة وفق أربعة محكات تشخيصية، وعدد من الأسئلة الديموغرافية التي تمثل المحك الخامس.

دلالات صدق المقياس

الصدق الظاهري: تم عرض المقياس بصورته الأولية المكونة من (23) فقرة على (12) من المحكمين من الجامعات الأردنية. وفي ضوء ملاحظاتهم، أجريت التعديلات المقترحة على المقياس. وتجدر الإشارة إلى أن التعديلات المقترحة أجريت بعد وجود اتفاق 80% فأكثر بين المحكمين، وبذلك أصبح عدد فقرات المقياس بعد التحكيم (17) فقرة موزعة إلى أربعة محكات.

صدق البناء: تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (50) طالبة من خارج عينة الدراسة المستهدفة، وحساب مؤشرات صدق البناء باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson)؛ لإيجاد ارتباط الفقرة بالمحك، والمقياس ككل. وقد لوحظ أن قيم معاملات ارتباط فقرات كل محك تراوحت بين (0.47- 0.72) مع محكها، وبين (0.45- 0.63) مع الدرجة الكلية للمقياس. وقد اعتمد الباحثان معامل ارتباط لا يقل عن (0.30) معياراً لقبول الفقرة، وفق ما أشار إليه هتي (Hattie, 1985). وبذلك فقد قبلت جميع فقرات المقياس. كما حسبت قيم معاملات الارتباط البينية (Inter-correlation) لمحكات مقياس الشره العصبي، باستخدام معامل ارتباط بيرسون، ولوحظ 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، وهذا يعد مؤشراً على صدق البناء لمقياس الشره العصبي.

دلالات ثبات المقياس

تم تقدير ثبات الاتساق الداخلي لمقياس الشره العصبي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha)، على بيانات التطبيق الأول للعينة الاستطلاعية (Pilot Sample)، المكونة من (50) طالبة، وبلغت قيمته للمقياس ككل (0.89)، وتراوحت لمحكاته بين (0.70- 0.82). ولأغراض التحقق من ثبات إعادة لمقياس الشره العصبي، تمت إعادة التطبيق على العينة الاستطلاعية سالف الذكر بطريقة الاختبار وإعادة (Test-Retest) بفاصل زمني مقداره أسبوعان بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني، وتم حساب معامل ارتباط بيرسون (Pearson) بين التطبيقين على العينة الاستطلاعية، وبلغت قيمة المعامل للمقياس (0.86) ككل، ولمحكاته بين (0.76- 0.89). وتعد هذه القيم لثبات المقياس مقبولة لغايات تحقيق أهداف الدراسة.

تصحيح مقياس الشره العصبي

اشتمل مقياس الشره العصبي بصورته النهائية على (17) فقرة، يجاب عنها بـ (نعم/ لا) بحيث تعكس المحكات الأربعة، إضافة إلى ثلاثة أسئلة تلي

• اضطراب الشره العصبي (Binge Eating Disorder): انعدام السيطرة على تناول الأكل في أثناء النوبة من حيث النوع والكم، وأكل مقدار من الطعام أكبر مما يأكله الآخرون في أثناء الفترة نفسها من الوقت، وتحت الظروف نفسها، بشرط حدوثه مرة أسبوعياً لمدة ثلاثة شهور على الأقل، مع عدم وجود سلوكيات تعويضية (التقيؤ المتعمد، أخذ مليئات للأمعاء...)، وتترافق معه ثلاثة أمور أو أكثر من التالي: تناول الطعام أسرع من المعتاد، تناول الطعام حتى الشعور بعدم الراحة، وتناول كميات طعام كبيرة رغم عدم الشعور بالجوع، وتناول الطعام على انفراد بسبب الشعور بالحرج من كمية الطعام المتناولة، والشعور بالاشمئزاز من الذات والاكئاب، والشعور بالذنب الشديد. ويعرف إجرائياً في ضوء الدرجة التي تحصل عليها المراهقة على مقياس الشره العصبي المستخدم في الدراسة الحالية.

• العلاج القصصي (Therapeutic Storytelling): استخدام رواية القصص كأداة تشخيص وأسلوب علاجي؛ من خلال عدة مراحل تبدأ برواية المسترشد لقصة شخصية من خياله، بحيث يمكنه الاستعانة بالألعاب، والرسم، والكتابة، والغناء والشعر، وغيرها للتعبير عن القصة، ثم يقوم المرشد بتحليل تلك القصة وإسقاطات المسترشد فيها، ثم يطور قصصاً علاجية تمثل النموذج الصحي للقصة الشخصية التي رواها المسترشد، ويرويها له عبر جلسات. وفي آخر الجلسات، يقوم المسترشد بإعادة رواية القصة الشخصية مع بعض التعديلات التي تعبر عن تبادلته لقصته الشخصية مع شخصيات القصة العلاجية. وبذلك يتحقق العلاج (Gardner, 1986). ويعرف برنامج العلاج القصصي أيضاً بأنه: برنامج إرشاد جمعي مستند إلى أسلوب العلاج القصصي أعداه الباحثان.

أفراد الدراسة

تم اختيار إحدى مدارس البنات التابعة لمديرية التربية والتعليم في لواء الكورة، بالطريقة المتيسرة؛ نظراً لتعاون إدارة المدرسة مع الباحثين، وتوفير الإمكانيات التي تسمح بتطبيق البرنامج. تم تطبيق مقياس الشره العصبي والاندفاعية على جميع طالبات الصفوف: السادس والسابع والثامن الأساسي، البالغ عددهن (184) طالبة، وفي ضوء الدرجات التي حصلت عليها الطالبات على المحكات التشخيصية في مقياس الشره العصبي المعد وفقاً لمحكات (DSM-V)، والدرجات على مقياس الاندفاعية، تم حصر (33) طالبة ممن تم تشخيصهن باضطراب الشره العصبي وفقاً لمحكات التشخيص، وممن حصلن على درجة (2.5) فأكثر على مقياس الاندفاعية. وبعد الاجتماع بالطالبات وتوضيح الغرض من الدراسة، تكونت عينة الدراسة بالشكل النهائي من (30) طالبة ممن تتوفر لديهن الرغبة في الاشتراك في البرنامج الإرشادي، وممن تم الحصول على موافقة أولياء أمورهن على الاشتراك فيه.

أداتا الدراسة

أولاً: مقياس الشره العصبي

يهدف الكشف عن الطالبات المراهقات المصابات بالشره العصبي، قام الباحثان 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.

الترجمة ومطابقتها، ويعد ذلك تم الأخذ بملاحظاتهم حول الترجمة وسلامتها.

دلالات صدق المقياس

الصدق الظاهري: تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين تكونت من (12) أستاذًا من المتخصصين في الجامعات الأردنية. وفي ضوء ملاحظاتهم، أجريت التعديلات المقترحة على المقياس. وتجدر الإشارة إلى أن نسبة اتفاق 80% فأكثر من المحكمين كانت المعيار لقبول الفقرات. وبذلك أصبح عدد فقرات المقياس بصورته النهائية بعد التحكيم (27) فقرة، موزعة على خمسة مجالات.

صدق البناء: تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (50) طالبة من خارج عينة الدراسة. وتم حساب مؤشرات صدق البناء بحسب معامل ارتباط بيرسون؛ لإيجاد قيم ارتباط الفقرة مع البعد الذي تنتمي إليه. وقد لوحظ أن قيم معاملات ارتباط فقرات بعد "عدم وجود تخطيط مسبق" قد تراوحت بين (0.67-0.49) مع بعدها، وتراوحت قيم معاملات ارتباط فقرات بعد "الإلحاح السلبي" بين (0.79-0.71) مع بعدها. وتراوحت قيم معاملات ارتباط فقرات بعد "البحث عن المغامرة" بين (0.52-0.68) مع بعدها؛ بينما تراوحت قيم معاملات ارتباط فقرات بعد "عدم المثابرة" بين (0.78-0.56) مع بعدها؛ وقيم معاملات ارتباط فقرات بعد "الإلحاح الإيجابي" تراوحت بين (0.76-0.64) مع بعدها. وقد اعتمد الباحثان معامل ارتباط لا يقل عن (0.30) معياراً لقبول الفقرة. وبذلك قبلت جميع فقرات المقياس. كما حسبت قيم معاملات الارتباط البينية (Inter-correlation) لأبعاد مقياس الاندفاعية، وذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson). وقد لوحظ أن قيم معاملات الارتباط البينية بين أبعاد مقياس الاندفاعية تراوحت بين (0.64-0.44)، وجميعها ذات دلالة إحصائية، وهذا يعد مؤشراً على صدق البناء لمقياس الاندفاعية.

دلالات ثبات المقياس

تم تقدير ثبات الاتساق الداخلي لمقياس الاندفاعية باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) على بيانات التطبيق الأول للعينة الاستطلاعية، المكونة من (50) طالبة، وبلغت قيم معامل الارتباط لأبعاد المقياس كالاتي: عدم وجود تخطيط مسبق (0.85)، والإلحاح السلبي (0.87)، والبحث عن المغامرة (0.83)، وعدم المثابرة (0.90)، والإلحاح الإيجابي (0.82).

الثبات بإعادة الاختبار: لأغراض التحقق من ثبات إعادة الأبعاد مقياس الاندفاعية بصورته النهائية، تمت إعادة التطبيق على العينة الاستطلاعية سائلة الذكر بطريقة الاختبار وإعادته (Test-Retest) بفواصل زمني مقداره أسبوعان بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني، وتم حساب قيم معامل ارتباط بيرسون (Pearson) بين التطبيقين على العينة الاستطلاعية، وبلغت قيمه لأبعاد المقياس (0.87) و(0.90) و(0.86) و(0.92) و(0.85) على التوالي. وتعد هذه القيم لثبات المقياس قوية ومقبولة لتحقيق أهداف الدراسة.

فقرات المقياس تعكس المحك الخامس. ولتصحيح المقياس، تعطى الاجابة "نعم" درجة (1)، والاجابة "لا" درجة (0) في جميع الفقرات، باستثناء الفقرة (5) التي يُعكس فيها التدرج؛ كونها ذات اتجاه سالب. ومن ثم يتم حساب الوسط الحسابي لكل محك من المحكات الأربعة، ويفترض أن تكون درجة المفحوص في كل من المحكات الثلاثة الأولى (0.50) فأكثر، أما المحك الرابع فيفترض أن تقل فيه درجة المفحوص عن (0.50). أما المحك الخامس فقد تم تحديده في ضوء الاجابة عن عدد من الأسئلة وهي:

- بدأت الشراهة عندي في تناول الطعام منذ:
 - شهر فأقل ○ شهرين ○ ثلاثة أشهر أو أكثر (حتى يصنف على أنه اضطراب، يفترض أن تكون الاجابة ثلاثة أشهر أو أكثر).
- تحدث الشراهة عندي في تناول الطعام مرة أو أكثر:
 - كل أسبوع ○ كل أسبوعين ○ كل ثلاثة أسابيع ○ لا شيء
- عدد المرات التي تحدث فيها نوبة الشراهة في الأسبوع:
 - 3-1 ○ 7-4 ○ 8-13 ○ 14 فأكثر ○ لا شيء مما ذكر (أي خيار يقبل، فهو يعكس الشدة).

وحتى يصنف الفرد على أن لديه اضطراب الشره العصبي، يفترض أن تتوفر المحكات الخمس السابقة.

ثانياً: مقياس الاندفاعية

تم استخدام مقياس سايدرز وليتفيلد وكوفي وكاريادي (Cyders, Littlefield, Coffey & Karyadi, 2014) للاندفاعية - النسخة القصيرة (UPPS-P)، وتتكون من أربعة أبعاد (UPPS) هي: الإلحاح السلبي (Negative Urgency)، وعدم وجود تخطيط مسبق (Lack of Premeditation)، وعدم المثابرة (Lack of Perseverance)، والبحث عن المغامرة (Seeking Sensation)، وقد أضاف إليه لاحقاً سايدرز وزملاؤه (Cyders et al., 2007) بعداً خامساً (الإلحاح الإيجابي Positive Urgency) ليصبح (UPPS-P). تكون المقياس المختصر (UPPS-P) بصورته الأصلية من (20) فقرة موزعة على خمسة أبعاد. ويستجيب المفحوص على المقياس وفق تدرج خماسي، وبذلك فإنه كلما ارتفعت الدرجة، كان ذلك مؤشراً على ارتفاع مستوى الاندفاعية. وقد تمتع المقياس بخصائص سيكومترية مقبولة للاستخدام في دراسات مشابهة.

الخصائص السيكومترية للمقياس بصورته الحالية

للتأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس بصورته الحالية، قام الباحثان 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. بعدها تم عرض المقياس على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس من ذوي الاختصاص؛ للتأكد من صحة الترجمة؛ وقد طلب إليهم التأكد من صحة

تصحيح مقياس الاندفاعية

اشتمل مقياس الاندفاعية بصورته النهائية على (27) فقرة، موزعة على خمسة أبعاد، يجاب عنها بتدريج خماسي يشتمل على البدائل التالية: دائماً؛ وتعطى عند تصحيح المقياس (4)، غالباً؛ وتعطى (3)، أحياناً؛ وتعطى (2)، نادراً؛ وتعطى (1)، أبداً؛ وتعطى (0). وهذه الدرجات تنطبق على الفقرات (6، 7، 9، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 19، 20، 21، 23، 24، 25، 26، 27)؛ كونها مصوغة باتجاه موجب، ويعكس التدرج للفقرات (1، 2، 3، 4، 5، 8، 17، 18، 22)؛ كونها مصوغة باتجاه سالب، علماً بأن المقياس بصورته الأصلية لا توجد له درجة كلية، وأن ارتفاع الدرجة على كل بعد من الأبعاد يعكس مؤشراً من مؤشرات ارتفاع الاندفاعية.

برنامج العلاج القصصي

صُمم البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية بالاستناد إلى أسلوب العلاج القصصي (Therapeutic Storytelling) الذي قدمه جاردرن (Gardner, 1986) باعتباره أسلوباً أخلاقياً يراعي كيان المسترشد، ويجنبه المواجهة والقلق الناتج عن العملية الإرشادية بأكبر قدر ممكن، بالإضافة لما قدمه سليفنسك وسليفنسك (Slivinske & Slivinske, 2014) من أساليب لتخصيص العلاج القصصي للمراهقين. كما تمت الاستعانة بما أدخله من استخدام الأسئلة العلاجية المنظمة، وفقاً لما قدمه وايت وإبستون (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 تمت الاستفادة من مبادئ وتطبيقات الإرشاد الجماعي وبرامجه المختلفة؛ إذ قام الباحثان بدمجها مع مبادئ وافتراضات أسلوب العلاج القصصي، وتمت الاستعانة بما قدمه الدليل المرجعي للأنشطة الترفيهية للدعم النفسي والاجتماعي الصادر عن الأونروا وتضمين أنشطته في البرنامج بما يتفق مع مبادئه وأهدافه. تألف البرنامج من (26) جلسة إرشادية بواقع جلستين أسبوعياً، بمدة (60) دقيقة لكل جلسة. وفيما يلي توضيح لمضمون هذه الجلسات:

الجلسة المبدئية: هدفت إلى التأكد من أن الطالبات اللاتي تم تشخيصهن باضطراب الشره العصبي وحققتن مستوى مرتفعاً من الاندفاعية بحيث يصلحن للانضمام لبرنامج العلاج القصصي، والتأكد من وجود القابلية والرغبة في ذلك.

الجلسة الأولى: هدفت إلى التعارف وبناء الثقة بين المرشدة والمسترشدات وبين المسترشدات أنفسهن، والتعرف على توقعاتهن، وتحديد الأهداف والمسؤوليات والقواعد داخل المجموعة، والتعرف على الأسلوب العلاجي.

الجلسة الثانية: هدفت إلى التعامل مع مخاوف المسترشدات وانخفاض الثقة، والتعرف على المسترشدات بدرجة أعمق، والإطار الثقافي الخاص بهن، والأشخاص المهمين في حياتهن، وبدء الاستماع للقصص الشخصية وتحليلها.

الجلسات الثالثة وحتى السابعة: هدفت إلى استمرار التعرف على المسترشدات بدرجة أعمق، والإطار الثقافي الخاص بهن، والأشخاص المهمين في حياتهن، والاستماع لجميع قصص المسترشدات الشخصية وتحليلها.

الجلسات الثامنة وحتى الحادية والعشرون: هدفت إلى استماع المسترشدات بشكل فعال للقصص العلاجية، وتحقيق الوعي بخياراتهن، وتوفير أكبر قدر ممكن من البدائل لهن، وإعادة رواية القصص الشخصية بشكل مبدئي.

الجلستان الثانية والعشرون والثالثة والعشرون: هدفت إلى تمكين محاور القصص العلاجية من خلال الاستماع للتسجيلات المرئية، وإعادة رواية القصص الشخصية بشكل نهائي، وملاحظة التغير بين القصص قبل رواية القصص العلاجية وبعدها لملاحظة التحسن من عدمه.

الجلسة الرابعة والعشرون: هدفت إلى التمهيد لختام البرنامج الإرشادي، والتعامل مع مشاعر المسترشدات، خاصة قلق الانفصال، وتقييم البرنامج الإرشادي.

الجلسة الخامسة والعشرون: هدفت إلى تطبيق القياس البعدي، والاتفاق مع المسترشدات على موعد القياس التتبعي ومكانه، وتكريم المشاركات في البرنامج.

الجلسة السادسة والعشرون: هدفت إلى إجراء القياس التتبعي، لمعرفة نتائج العملية الإرشادية ومدى فاعليتها، ومناقشة الخبرات الجديدة للمسترشدات، والتعرف على الصعوبات التي واجهتهن بعد انتهاء البرنامج ومناقشتها. وفي الجدول التالي ملخص الجلسات وأهدافها:

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 من أن الطالبة ليست من ذوي الخيال الواسع جداً (الخيال الوهمي). 3. تعريف الطالبة بالبحث 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 دورهن 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، رواية القصص التقديمية (1)	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. 5. التعرف على الإطار الثقافي الخاص بكل مسترشدة وبمشكلتها. 6. بدء الاستماع للقصص التقديمية. 7. تحليل القصص وتحديد محاورها لتطوير القصص العلاجية.
3-4-5-6-7	رواية القصص التقديمية (2)	60 دقيقة لكل جلسة	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.
8-9			1. استماع المسترشديات بشكل فعال للقصص العلاجية.
10-11	القصص		2. تحقيق الوعي لدى المسترشديات بخيارات حياتهن السلبية (سلوكات، مشاعر، أفكار...)
12-13	العلاجية	60 دقيقة	في المشكلة.
14-15	1-2-3-4	لكل جلسة	3. توفير أكبر قدر ممكن من البدائل والحلول الإيجابية للمسترشديات.
16-17	5-6-7		4. التأكد من فهم المسترشديات للقصص العلاجية وعلاقتها بالقصص التقديمية.
18-19			5. رواية القصص البديلة المبدئية.
20-21			

رقم الجلسة	اسم الجلسة	مدة الجلسة	أهداف الجلسة
23-22	الاستماع للتسجيلات المرئية وبناء القصص البديلة النهائية	60 دقيقة لكل جلسة	1. تمكين محاور للقصص العلاجية. 2. تطوير مفهوم ذات إيجابي لدى المسترشذات. 3. الحصول على القصص البديلة النهائية. 4. الكشف عن التحسن لدى المسترشذات أو عدمه. 5. التمهيد لختام البرنامج العلاجي.
24	الجلسة ما قبل النهائية	60 دقيقة	1. التمهيد لختام البرنامج العلاجي. 2. التعامل مع مشاعر المسترشذات، وخاصة قلق الانفصال. 3. تعزيز مفهوم الذات الإيجابي لدى المسترشذات. 4. تقييم البرنامج الإرشادي. 5. التأكيد على المتابعة.
25	الجلسة النهائية	60 دقيقة	1. تطبيق القياس البعدي. 2. الاتفاق مع المسترشذات على موعد تطبيق قياس المتابعة ومكانه. 3. تكريم المسترشذات لانضمامهن للبرنامج وعلى جهودهن كافة.
-	متابعة	60 دقيقة	1. مناقشة الخبرات الجديدة التي تعرضت لها المسترشذات. 2. معرفة نتائج العملية العلاجية ومدى فعاليتها. 3. التعرف على ممارسات المسترشذات بعد انتهاء البرنامج. 4. التعرف على الصعوبات التي واجهت المسترشذات بعد انتهاء البرنامج. 5. الاستماع لمواقف النجاح والتقدم.

متغيرات الدراسة

المتغير المستقل: أسلوب المعالجة المستخدم (برنامج العلاج القصصي)، والمتغيرات التابعة: اضطراب الشره العصبي، والاندفاعية.

إجراءات الدراسة

تم تنفيذ الدراسة وفقاً للخطوات الآتية: (1) التوزيع العشوائي لعينة الدراسة (ن=30) إلى المجموعتين: التجريبية والضابطة. (2) تطبيق برنامج الإرشاد القائم على العلاج القصصي على أفراد المجموعة التجريبية. (3) تطبيق القياس البعدي باستخدام مقياسي الدراسة، ومن ثم جمع البيانات وتحليلها من أجل مقارنة أداء المجموعة التجريبية بأداء المجموعة الضابطة؛ للتعرف إلى الأثر الذي تركه برنامج الإرشاد الجمعي. (4) تطبيق القياس التتبعي بعد شهر من انتهاء البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية فقط.

المعالجة الإحصائية

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

وقد تم التحقق من الصدق المنطقي للبرنامج من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين المتخصصين، تكونت من (6) أساتذة من المختصين في الإرشاد النفسي من الجامعات الأردنية، لتحديد مدى مناسبة الأهداف التي أعد من أجلها. وقد رأى المحكمون أن البرنامج مناسب بعد إجراء بعض التعديلات. وفي ضوء المقترحات، أجريت التعديلات، وتم تطبيق البرنامج بعد ذلك.

تصميم الدراسة

تعد هذه الدراسة من الدراسات شبه التجريبية، التي استخدم فيها تصميم عاملي (2*2) قبلي - بعدي لمجموعتين متكافئتين. فقد طبق البرنامج الإرشادي القائم على العلاج القصصي على المجموعة التجريبية، أما المجموعة الضابطة فبقيت على قائمة الانتظار حتى انتهاء تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية، 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 التتبعي بمقياسي الدراسة، (ab) الشره العصبي والاندفاعية، (X) المعالجة، (-) دون معالجة.

النتائج

التكافؤ بين المجموعتين على مقياسي الدراسة

تم حساب الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس الشره العصبي لدى الطالبات المراهقات على الاختبار القبلي وفقاً لمتغير المجموعة، والجدول (1) يوضح هذه القيم.

جدول (1): الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية على مقياس الشره العصبي تبعاً للمجموعة

المتغير	المجموعة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الشره العصبي	التجريبية	0.4863	0.06469
	الضابطة	0.4784	0.08279
	الكلية	0.4824	0.07311

يلاحظ من الجدول (1) وجود فروق ظاهرية بين الأوساط الحسابية لاستجابات المراهقات على مقياس الشره العصبي، وفقاً لاختلاف مستويات متغير المجموعة. وللكشف عن الدلالة الإحصائية لهذه الفروق، تم إجراء تحليل التباين الأحادي، والجدول (2) يبين نتائج التحليل.

جدول (2): نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار دلالة الفروق بين الأوساط الحسابية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	الدلالة الإحصائية	حجم الأثر
المجموعة	0.001	1	0.001	0.084	0.775	0.003
الخطأ	0.155	28	0.006			
الكلية	0.155	29				

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

يتبين من الجدول (2) 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 لمقياس 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 (3) يوضح هذه القيم.

جدول (3): الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية على أبعاد مقياس الاندفاعية تبعاً للمجموعة

بعد مقياس الاندفاعية	المجموعة	الوسط الحسابي	الانحرافات المعيارية
عدم وجود تخطيط مسبق	التجريبية	3.2111	0.54360
	الضابطة	3.1111	0.52955
	الكلية	3.1611	0.52974
الإلحاح السلبي	التجريبية	2.9200	0.36878
	الضابطة	2.7467	0.40332
	الكلية	2.8333	0.38981
البحث عن المغامرة	التجريبية	3.4133	0.40332
	الضابطة	3.2800	0.43293
	الكلية	3.3467	0.41666
عدم المثابرة	التجريبية	3.1778	0.30516
	الضابطة	3.1222	0.44305
	الكلية	3.1500	0.37486
الإلحاح الإيجابي	التجريبية	2.8400	0.36410
	الضابطة	2.8933	0.43991
	الكلية	2.8667	0.39769

يلاحظ من الجدول (3) وجود فروق ظاهرية بين الأوساط الحسابية لاستجابات المراهقات على أبعاد مقياس الاندفاعية، وفقاً لاختلاف مستويات متغير المجموعة. وللكشف عن الدلالة الإحصائية لهذه الفروق، تم إجراء تحليل التباين المتعدد، والجدول (4) يبين نتائج التحليل.

جدول (4): نتائج اختبار هوتيلينج لإختبار دلالة الفروق بين الأوساط الحسابية تبعاً للمجموعة

الأثر	نوع الاختبار المتعدد	قيمة الاختبار المتعدد	ف الكلية	درجة الحرية الفرضية	درجة حرية الخطأ	احتمالية الخطأ	حجم الأثر
المجموعة	Hoteling's Trace	0.116	0.555	5.000	24.000	0.773	0.104

يتبين من الجدول (4) عدم وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) على القياس القبلي لأبعاد مقياس الاندفاعية مجتمعة، كما تم إجراء تحليل التباين المتعدد (MANOVA) للقياس القبلي لمقياس الاندفاعية لدى المراهقات وفقاً للمجموعة، وذلك كما هو مبين في الجدول (5).

جدول (5): نتائج تحليل التباين الأحادي بين الأوساط الحسابية على أبعاد مقياس الاندفاعية تبعاً للمجموعة

مصدر التباين	المتغير	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	الدلالة الإحصائية	حجم الأثر
المجموعة	عدم وجود تخطيط مسبق	0.075	1	0.075	0.260	0.614	0.009
	الإلحاح السلبي	0.225	1	0.225	1.509	0.230	0.051
	البحث عن المغامرة	0.133	1	0.133	0.762	0.390	0.026
	عدم المثابرة	0.023	1	0.023	0.160	0.692	0.006
	الإلحاح الإيجابي	0.021	1	0.021	0.131	0.720	0.005
الخطأ	عدم وجود تخطيط مسبق	8.063	28	0.288			
	الإلحاح السلبي	4.181	28	0.149			
	البحث عن المغامرة	4.901	28	0.175			
	عدم المثابرة	4.052	28	0.145			
	الإلحاح الإيجابي	4.565	28	0.163			
الكلية	عدم وجود تخطيط مسبق	8.138	29				
	الإلحاح السلبي	4.407	29				
	البحث عن المغامرة	5.035	29				
	عدم المثابرة	4.075	29				
	الإلحاح الإيجابي	4.587	29				

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

في المجموعة التجريبية، اللاتي طبق عليهن برنامج العلاج القصصي، ومتوسط درجات المراهقات في المجموعة الضابطة اللاتي 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 (6) يوضح هذه القيم.

يتبين من الجدول (5) 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.

أولاً: النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى

للتحقق من صحة الفرضية الأولى للدراسة (توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط درجات المراهقات

جدول (6): الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية على مقياس الشره العصبي تبعاً للمجموعة

الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	المجموعة	المتغير
0.09554	0.3490	التجريبية	الشره العصبي
0.08159	0.5137	الضابطة	
0.12098	0.4314	الكلية	

يلاحظ من الجدول (6) 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 (7) يبين نتائج التحليل.

جدول (7): نتائج تحليل التباين الأحادي لاختبار دلالة الفروق بين الأوساط الحسابية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	الدلالة الإحصائية	حجم الأثر
المجموعة	0.203	1	0.203	25.779	0.000	0.479
الخطأ	0.221	28	0.008			
الكلية	0.424	29				

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

ويتبين من الجدول (7) وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) على القياس البعدي لمقياس الشره العصبي، لصالح المجموعة التجريبية؛ حيث بلغت قيمة "ف" لمتغير الشره العصبي (25.779) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)؛ ما يؤدي إلى قبول الفرضية الإحصائية. ولقد كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ بمعنى أنه يوجد تأثير دال للبرنامج على مقياس الشره العصبي، ويدل ذلك على إسهام البرنامج في خفض مستوى أعراض الشره العصبي لدى مراهقات المجموعة التجريبية. ولتحديد نسبة مساهمة البرنامج في تباين الأداء على مقياس الشره العصبي، تم استخراج قيمة مربع إيتا (η^2) لقياس حجم الأثر (Effect Size)، للتعرف إلى قيمة الدلالة العملية للفروق. وقد تبين أن قيمة مربع إيتا (η^2) للبرنامج على الشره العصبي بلغت (47.9%)، وهي قيمة مقبولة.

ويتبين من الجدول (7) وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) على القياس البعدي لمقياس الشره العصبي، لصالح المجموعة التجريبية؛ حيث بلغت قيمة "ف" لمتغير الشره العصبي (25.779) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)؛ ما يؤدي إلى قبول الفرضية الإحصائية. ولقد كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ بمعنى أنه يوجد تأثير دال للبرنامج على مقياس الشره العصبي، ويدل ذلك على إسهام البرنامج في خفض مستوى أعراض الشره العصبي لدى مراهقات المجموعة التجريبية. ولتحديد نسبة مساهمة البرنامج في تباين الأداء على مقياس الشره العصبي، تم استخراج قيمة مربع إيتا (η^2) لقياس حجم الأثر (Effect Size)، للتعرف إلى قيمة الدلالة العملية للفروق. وقد تبين أن قيمة مربع إيتا (η^2) للبرنامج على الشره العصبي بلغت (47.9%)، وهي قيمة مقبولة.

ثانياً: النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية

للتحقق من صحة الفرضية الثانية للدراسة (توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط درجات المراهقات في المجموعة التجريبية، اللاتي طبق عليهن برنامج العلاج القصصي، ومتوسط درجات المراهقات في المجموعة الضابطة اللاتي 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 (8) يوضح هذه القيم.

جدول (8): الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية على أبعاد مقياس الاندفاعية تبعاً للمجموعة

المتغير	المجموعة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
عدم وجود تخطيط مسبق	التجريبية	2.9222	0.39272
	الضابطة	3.1333	0.50474
	الكلية	3.0278	0.45713
الإلحاح السلبي	التجريبية	1.8000	0.29277
	الضابطة	2.7600	0.38693
	الكلية	2.2800	0.59330
البحث عن المغامرة	التجريبية	2.1333	0.31773
	الضابطة	3.1867	0.49838
	الكلية	2.6600	0.67497
عدم المثابرة	التجريبية	3.1000	0.44454
	الضابطة	3.1556	0.44305
	الكلية	3.1278	0.43699
الإلحاح الإيجابي	التجريبية	2.2267	0.53381
	الضابطة	3.0933	0.39182
	الكلية	2.6600	0.63713

يلاحظ من الجدول (8) 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 إجراء تحليل التباين المتعدد (MANOVA). والجدول (9) يبين نتائج التحليل.

يلاحظ من الجدول (8) 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 إجراء تحليل التباين المتعدد (MANOVA). والجدول (9) يبين نتائج التحليل.

جدول (9): نتائج اختبار هوتيلينج لإختبار دلالة الفروق بين الأوساط الحسابية على أبعاد مقياس الاندفاعية تبعاً للمجموعة

الأثر	نوع الاختبار المتعدد	قيمة الاختبار المتعدد	ف الكلية	درجة حرية الفرضية	درجة حرية الخطأ	احتمالية الخطأ	حجم الأثر
المجموعة	Hoteling's Trace	7.099	34.076	5.000	24.000	.000	.877

يتبين من الجدول (9) وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) على القياس البعدي لأبعاد مقياس الاندفاعية مجتمعة، ولتحديد على أي الأبعاد كانت الفروق، تم إجراء تحليل التباين للقياس

جدول (10): نتائج تحليل التباين الأحادي بين الأوساط الحسابية على أبعاد مقياس الاندفاعية تبعاً للمجموعة

مصدر التباين	المتغير	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	الدلالة الإحصائية	حجم الأثر
عدم وجود تخطيط مسبق	الإلحاح السلبي	0.334	1	0.334	1.635	0.212	0.055
	البحر عن المغامرة	6.912	1	6.912	58.718	0.000	0.677
	عدم المثابرة	8.321	1	8.321	47.641	0.000	0.630
	الإلحاح الإيجابي	0.023	1	0.023	0.118	0.734	0.004
	الإلحاح الإيجابي	5.633	1	5.633	25.695	0.000	0.479
الخطأ	عدم وجود تخطيط مسبق	5.726	28	0.204			
	الإلحاح السلبي	3.296	28	0.118			
	البحر عن المغامرة	4.891	28	0.175			
	عدم المثابرة	5.515	28	0.197			
	الإلحاح الإيجابي	6.139	28	0.219			
الكلية	عدم وجود تخطيط مسبق	6.060	29				
	الإلحاح السلبي	10.208	29				
	البحر عن المغامرة	13.212	29				
	عدم المثابرة	5.538	29				
	الإلحاح الإيجابي	11.772	29				

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

الإلحاح السلبي بلغت (67.7%)، وهي قيمة مقبولة، وبلغت قيمة مربع إيتا (η^2) للبرنامج على بعد البحث عن المغامرة (63%)، وهي قيمة مقبولة، وبلغت قيمة مربع إيتا (η^2) للبرنامج على بعد الإلحاح الإيجابي (47.9%)، وهي قيمة مقبولة. وهذا يشير إلى وجود أثر دال للعلاج القصصي على أبعاد الاندفاعية (الإلحاح السلبي، والبحث عن المغامرة، والإلحاح الإيجابي). ويعني أن البرنامج الذي استخدمه الباحثان أحدث تحسناً في هذه الأبعاد لدى الطالبات اللاتي شاركن في البرنامج.

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة

للتحقق من صحة الفرضية الثالثة للدراسة (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات أداء المراهقات في المجموعة التجريبية على مقياسي الدراسة: مقياس الشره العصبي وأبعاد مقياس الاندفاعية في الاختبار البعدي، وبين متوسط درجتهن على المقياسين في الاختبار التتبعي بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج). تم حساب الأوساط الحسابية، والانحرافات المعيارية، وتطبيق اختبار ت للعينات المترابطة (Paired Samples T-test) للكشف عن الفروق بين القياس البعدي وقياس المتابعة لمقياس الشره العصبي، وأبعاد مقياس الاندفاعية، والجدول (11) يوضح ذلك.

يتبين من الجدول (10) عدم وجود أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) على القياس البعدي لكل من بعد عدم وجود تخطيط مسبق، وعدم المثابرة، فيما وجد أثر دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) على القياس البعدي لكل من بعد الإلحاح السلبي، والبحث عن المغامرة، والإلحاح الإيجابي في مقياس الاندفاعية، لصالح المجموعة التجريبية. فقد بلغت قيمة "ف" لبعد الإلحاح السلبي (58.718)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$). وبلغت قيمة "ف" لبعد البحث عن المغامرة (47.641)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$). وبلغت قيمة "ف" لبعد الإلحاح الإيجابي (25.695)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)؛ ما يؤدي إلى قبول الفرضية الاحصائية جزئياً، ولقد كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية؛ بمعنى أنه يوجد تأثير دال للبرنامج على كل بعد من الأبعاد الآتية لمقياس الاندفاعية: الإلحاح السلبي، والبحث عن المغامرة، والإلحاح الإيجابي. وبدل ذلك على إسهام البرنامج في خفض مستوى مؤشرات الاندفاعية لدى مراهقات المجموعة التجريبية.

ولتحديد نسبة مساهمة البرنامج في تباين الأداء على كل بعد من أبعاد مقياس الاندفاعية ذات الدلالة الإحصائية، تم حساب قيمة مربع إيتا (η^2) لقياس حجم الأثر. وقد تبين أن قيمة مربع إيتا (η^2) للبرنامج على بعد

جدول (11): نتائج اختبار ت للعينات المترابطة للكشف عن دلالة الفرق بين الوسطين في القياس البعدي وقياس المتابعة على مقياس الشره العصبي وأبعاد مقياس الاندفاعية

المتغير	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية	قيمة (t)	الدلالة الإحصائية
الشره العصبي	البعدي	0.3490	0.09554	0.587	0.021	0.307	0.764
	المتابعة	0.3412	0.11807				
عدم وجود تخطيط مسبق	البعدي	2.9222	0.39272	0.905	0.000	0.764	0.458
	المتابعة	2.8889	0.38145				
الإلحاح السلبي	البعدي	1.8000	0.29277	0.869	0.000	2.103	0.054
	المتابعة	1.8800	0.28082				
البحث عن المغامرة	البعدي	2.1333	0.31773	0.785	0.001	11.767	0.107
	المتابعة	2.0222	0.21202				
عدم المثابرة	البعدي	3.1000	0.44454	0.923	0.000	1.234	0.238
	المتابعة	3.1556	0.37515				
الإلحاح الإيجابي	البعدي	2.2267	0.53381	0.751	0.001	0.292	0.774
	المتابعة	2.2533	0.41034				

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، والبحث عن المغامرة، والإلحاح الإيجابي) مع ما توصلت له بعض الدراسات التي استخدمت أسلوب الإرشاد الجمعي في خفض الاندفاعية لدى عينات متنوعة (Fagundo et al., 2013; Yao et al., 2017; Tárrega et al., 2015).

ويمكن تفسير النتيجة الإيجابية للبرنامج الإرشادي المستند إلى العلاج القصصي على المراهقات في المجموعة التجريبية، وتأثيره في الشره العصبي والاندفاعية، في ضوء ما أشار إليه العديد من الباحثين؛ إذ يعد أسلوب العلاج القصصي 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. ويتناول العلاج القصصي المشكلات على اختلاف حساسيتها- ويحلها بطريقة رمزية (Gardner, 1971). واتضح ذلك في 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 وبين زميلاتهن، مشيرات إلى أن 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 في 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 (Hammel, 2019).

ويمكن تفسير النتيجة الإيجابية في ضوء ما تميز به أسلوب العلاج القصصي من مرونة، فقد أمكن فيه توظيف الأساليب المتنوعة، والأنشطة المختلفة (خاصة ما ينسجم منها مع أهداف القصة العلاجية، وما يزيد من

يظهر من الجدول (11) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لاختبار (ت) للعينات المترابطة لمقياس الشره العصبي وأبعاد مقياس الاندفاعية الأتية: الإلحاح السلبي، والبحث عن المغامرة، والإلحاح الإيجابي، مما يشير إلى أن هناك استمرارية لأثر البرنامج بشكل عام مع مرور الوقت. وهذا يشير إلى قبول الفرضية الصفرية.

مناقشة النتائج

سعت الدراسة الحالية لفحص فاعلية برنامج للإرشاد الجمعي مستند للعلاج القصصي في خفض اضطراب الشره العصبي والاندفاعية لدى عينة من الطالبات المراهقات، في الصفوف السادس والسابع والثامن في المدارس التابعة لمديرية التربية والتعليم في لواء الكورة، إربد، الأردن، وذلك من خلال فحص ثلاث فرضيات إحصائية. وقد أشارت نتائج فحص الفرضيتين الأولى والثانية إلى قبولهما؛ إذ وجدت فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، لصالح المجموعة التجريبية؛ فقد انخفض مستوى اضطراب الشره العصبي وكل من أبعاد الاندفاعية التالية: "الإلحاح السلبي"، و"البحث عن المغامرة"، و"الإلحاح الإيجابي"، في المجموعة التجريبية مقارنة في المجموعة الضابطة.

وتتفق 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 (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).

الأفراد لا يستمتعون فقط بالاستماع للقصص، بل وروايتها أيضاً. وما أشار إليه إرفورد (Erford, 2014) من أن هذا الأسلوب يناسب من لديهم صعوبات في الحديث عن أنفسهم ويصعب عليهم التعبير عن مشاعرهم.

وجاء افتراض الباحثين لفاعلية مرحلة القصص العلاجية وأسئلتها من فاعليتها في تسجيل البيانات وتحليلها وإيجاد المحاور العلاجية المشتركة بين مشكلات المسترشدين، التي تم بناء القصص العلاجية بما يخدمها. واتضح تلك الفاعلية في أثناء رواية القصص العلاجية من إيماءات الطالبات، ولغة الجسد، التي تعكس انسجامهن مع أحداث القصة دون تملل أو شرود في الذهن، إلى جانب التغيير الملحوظ في الحالة الانفعالية في أثناء رواية القصة، بالإضافة إلى الأسئلة الفعالة التي طرحتها المسترشدين على الشخصية والأحداث في القصة. أما فاعلية الأسئلة العلاجية، فتمثلت في التزام الباحثين بتقديم مستويات الأسئلة بالتدرج، وبما يغطي جوانب المشكلة، بهدف زيادة وعي المسترشدة بها، بحيث توفر للمسترشدين 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 سليفنيسك وسليفنيسك (Slivinske & Slivinske, 2014).

ويعتقد الباحثان أن ما أسهم أيضاً في تحقيق نتائج إيجابية، أهمية مشاهدة التسجيلات المرئية التي تحدث عنها جاردر (Gardner, 1986). فقد التزمت الطالبات بالواجبات البيتية، التي ركزت بشكل أساسي على مشاهدة المسترشدين بشكل متكرر لتسجيلات الفيديو للقصص التقدمية والعلاجية والبدلية، مما زاد من وعي المسترشدين بأبعاد مشكلتهن، ومكن محاور القصص العلاجية، وعمل على ملاحظة التحسن من خلال مقارنة المسترشدين لتسجيلات القصة التقدمية بالقصة البديلة الخاصة بهن. كما أسهمت العبر التي تم تداولها بعد كل قصة تقدمية وعلاجية وبدلية في تحقيق النتائج الإيجابية، فقد أشارت المسترشدين من خلال التغذية الراجعة إلى استفادتهن من تلك العبر وتعلمهن من مضامينها.

وقد يكون مما أسهم في تحقيق أهداف البرنامج والوصول إلى نتائج إيجابية دور المرشدة في إجراءات التطبيق، وسماتها الشخصية، وقدرتها على قيادة المجموعة؛ فمن حيث إجراءات التطبيق، التزم الباحثان بالإجراءات التي حددها العلماء لأسلوب العلاج القصصي المتضمنة في البرنامج العلاجي، كما تم بناء الثقة مع المسترشدين بشكل فاعل؛ من خلال إتاحة الفرصة للمسترشدين لامتلاك أعمالهن الفنية والأدبية والتسجيلات المرئية، وهو 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 للمسترشدين، وتضمينه في القصص العلاجية لتحقيق أهداف البرنامج، ومن حيث السمات الشخصية، تمتع الباحثان بالمرونة، والتقبل، والاحترام، والتعاطف غير المشروط، والأصالة بشكل عام. وبشكل خاص، تمتعوا بالقدرة على رواية القصص العلاجية بشكل جذاب، وتفعيل الأنشطة المستخدمة بعيداً عن الجمود، وساهم في ذلك حجم التدريب الذي تلقاه الباحثان، 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،

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؛ إذ تم توجيه رواية القصص وإنهاؤها وفق ما يتطلبه وقت الجلسة، ويمكن أيضاً من خلال توجيه رواية القصص إيقاف المسترشدين اللاتي يستفضن في تفاصيل غير مهمة، وتوجيه حديثهن للمحاور المهمة، واستثمار الوقت بشكل فاعل. كما يمكن استثمار الوقت المتبقي من الجلسة في حال حدوث طارئ دون الحاجة لإضاعته، وتنتج مرونة هذا الأسلوب كذلك في استجابته لثقافات المسترشدين المتنوعة؛ فهو يركز على رواية القصص التي تتجاوز الثقافة وتنتقل لصلب التجربة الإنسانية كما أشار جلابينغ ودریک (Gladding & Drake, 2010).

ونظراً لكون هذا الأسلوب موجه للمراهقات في الدراسة الحالية، 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، إذ 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 في جوانب من مشكلتها، مما أتاح للمسترشدة النظر لمشكلتها من منظور مختلف من خلال حديثهن عن مشكلتهن؛ بما يقلل من تهويلها لمشكلتها ويعطيها الحجم المناسب، ويوضح للمسترشدة أنها ليست الوحيدة التي لديها تلك المشكلات. وبهذا تكون الدراسة اتفقت مع ما ذهب إليه ستايلز وكوتمان، وسليفنيسك وسليفنيسك (Stiles & Kottman, 1990; Slivinske & Slivinske, 2014) من أن العلاج القصصي أسلوب يصلح مع المراهقين.

وقد يكون ما أسهم في تحقيق أهداف البرنامج الإرشادي والوصول لنتائج إيجابية، ما افترضه الباحثان من فاعلية التطبيق؛ ف فيما يتعلق بفاعلية مرحلة رواية القصص الشخصية التقدمية، أشارت الطالبات من خلال ما قدمته من تغذية راجعة- إلى أن رواية القصص- على حد تعبيرهن- ساعدتهن في التعبير عن أنفسهن من خلال الشخصيات، وأن الاطلاع على قصص الآخرين مكتهن من التعرف على أنفسهن واستكشافها. كما اتضح فاعلية هذه المرحلة من زلات لسان الطالبات في أثناء سرد القصص التقدمية، واستخدام صيغة المتكلم وضمائر الملكية، بالإضافة إلى الأسئلة الفعالة التي وجهتها المسترشدين للمسترشدة التي تروي القصة، والتي حققت الاستيضاح المطلوب، وهو ما يشير إلى تحقق 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 للمسترشدين، ينخفض شيئاً فشيئاً، وذلك يعكس تمكن الطالبات من الأسلوب بشكل كبير. كما اتضح ذلك أكثر عندما لم تستطع المسترشدة (ر.ز.) من رواية قصتها، فقامت المسترشدين بمساعدتها بشكل فاعل دون حاجة لتدخل المرشدة. ويبرر تلك الفاعلية افتراض جاردر (Gardner, 1986) أن رواية القصص أمر جذاب بالنسبة للأفراد، وأن

هذا بالإضافة للدور الذي لعبه التحسن في مستوى الصحة النفسية لدى المسترشدين في استقرار أثر البرنامج، من خلال رواية القصص. فقد تبين ذلك من خلال ما أشارت إليه المسترشدين في التغذية الراجعة من أن رواية القصص تعمل على تفريغ المشاعر وتخفيف الأعباء، وتبين ذلك أيضاً بتغيير الحالة الانفعالية للمسترشدين بين بداية البرنامج الإرشادي ونهايته. وهذا يتفق مع ما أشار إليه فرويد (Freud, 1995) من أنه بمجرد رواية القصة، يصبح الأمر كوزن ثقيل تمت إزاحته من حياتهم، وما أضافه بينباكر (Pennebaker, 1997) من أن رواية القصص بحد ذاتها تحسن من الصحة النفسية والجسمية أيضاً. كما أن من المتوقع أن تلعب الجرأة والثقة بالنفس التي اكتسبتها المسترشدين كما أشرن في التغذية الراجعة، دوراً في الحفاظ على المكاسب العلاجية.

هذا بالإضافة إلى أن استخدام العلاج القصصي يوفر للمسترشدين أكبر قدر ممكن من البدائل العلاجية، الأمر الذي يفيد في إتاحة الخيار للمسترشدين لاتخاذ القرار المناسب، ويعزز التفكير في العواقب، كما يفيد في توفير حلول واقعية غير مؤقتة لمشكلة الشره العصبي. كذلك يتناول العلاج القصصي مشكلات المسترشدين بدقة ويعالجها بالاستناد إلى محاورها وتحليلها، ما يجعل من الاحتفاظ بالأثر أمراً متوقعاً. كما يساهم وعي المسترشدين بمشكلاتهن في إدراك جوانب القوة التي يمتلكنها، وبالتالي إمكانية توظيف تلك الجوانب في الحفاظ على المكاسب العلاجية.

التوصيات

بناءً على ما توصلت إليه الدراسة من نتائج، يمكن تقديم التوصيات الآتية:

- اعتماد البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية ضمن الإرشاد الجمعي في المدارس لفاعليته في خفض مستوى الاندفاعية والشره العصبي لدى الطلبة المراهقين.
- تدريب المرشدين التربويين على البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية المستند إلى العلاج القصصي.
- تضمين برنامج العلاج القصصي في خطة طلبة البكالوريوس في تخصص الإرشاد والصحة النفسية في الجامعات الأردنية، والعمل على تدريبهم عليه.
- إجراء دراسات تجريبية تنقص فاعلية أسلوب العلاج القصصي على عينات أخرى، كالمجموعات الأسرية في العلاج الأسري، والمراهقين الذكور.
- إجراء دراسات وصفية لاحقة في مجال الشره العصبي والاندفاعية، على المراهقين ذكوراً وإناثاً، وعلاقة ذلك بمتغيرات أخرى؛ كالإدمان السلوكي، والرفض المدرسي.

وشجعت على تنفيذ جميع المسترشدين للأنشطة، مما عمل على تعزيز الثقة فيما بينهم وتحقيق الأهداف والتوقعات.

وأشارت النتائج المتعلقة بفرضية الدراسة الثالثة إلى عدم 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 استقرار 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 عزو استقرار إسهام البرنامج في خفض الشره العصبي والاندفاعية إلى أن البرنامج بمكوناته الإرشادية والتطبيقية أسهم في امتلاك المراهقات في المجموعة التجريبية العديد من المهارات في أثناء تنفيذ الجلسات الإرشادية. فقد عزز أسلوب العلاج القصصي قدرة المسترشدين على التفكير في عواقب قراراتهن، من خلال رواية القصص البديلة التي تعكس صورة مستقبلية للقرارات الحالية، مما ساعد في زيادة الوعي وتمهيد المسترشدين انفعالياً للتغيير، وهو ما قد يكون له تأثير ثابت في كل من الاندفاعية والشره. فمن المتوقع أن تتأثر الاندفاعية بذلك بشكل مباشر، وخاصة فيما يتعلق بقصور التخطيط المسبق، وفي الشره بشكل غير مباشر، بحيث يزيد الوعي بأبعاد السلوكيات التي يتضمنها، وبالتالي يزيد اهتمام المسترشدين بمشكلاتهن وسعيهن لحلها. وهذا يتفق مع توجه ماثيزن وآخرين، وموستلين وكابريو وكيسكي-راكون (Mathisen et al., 2017; Mustelin, Kaprio & Keski-Rahkonen, 2018) للتعامل مع المصابين بالشره العصبي الذين يقللون من خطر شدة مرضهم ويؤجلون طلب المساعدة.

كما ساهم العلاج القصصي في تعزيز مهارات التفكير الواقعي لدى المسترشدين من خلال إكسابهن مهارة رواية القصص التي تحدثت اساقاً لدى المسترشدين بين الأحداث الماضية والحالية، ولذلك كان من الملحوظ ميل المسترشدين المراهقات للقصص التي تتصل بالواقع. وهذا يدعم ما أشار إليه إرفورد (Erford, 2014) من أن المراهقين أكثر ميلاً للتفكير الواقعي. فتلك المهارات التي تتسجم مع احتياجات المراهقات تكسب أثرها خاصة الاستقرار، فتؤثر على مستوى الاندفاعية بما يرتبط بالميل للمغامرة، وعلى مستوى الشره العصبي بما يرتبط ببعض الأفكار الخاطئة كالحرمان ورفض التدخل الأبوي.

ويمكن تفسير حالة الاستقرار لدى الطالبات المراهقات في ضوء ما أشار إليه سليفينسك وسليفينسك (Slivinske & Slivinske, 2014)، من أن العلاج القصصي يعمل على تحسين مفهوم الذات، وتصور المسترشدين عن أنفسهم، ويساعد في فهمهم لهوياتهم؛ من خلال تركيز الفرد على المشكلة بصفتها المشكلة التي تحتاج لحل، وأن الفرد نفسه ليس هو المشكلة. وذلك قد يكون ساهم في خلق أمل في التحسن لدى المسترشدين.

References

- Abu Qizan, O. (2007). *The effectiveness of a group counseling program based on self-control measures in reducing excessive and impulsive activity disorder and poor classroom attention in a selected sample of seventh grade students*. PhD Dissertation, Yarmouk University, Irbid, Jordan.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edn.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edn.)*. Arlington, VA: Author.
- Bechara, A., Damasio, A., Damasio, H. & Anderson, S. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50(1), 7–15.
- 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.
- Burrows, L. (2010). 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*. Retrieved from https://www.academia.edu/21706753/Restoring_the_pathways_to_relational_wellbeing_and_learning_for_a_young_person_with_autism_and_relational_trauma.
- 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(1), 29–37.
- Chudasama, Y. (2011). Animal models of prefrontal-executive function. *Behavioral Neuroscience*, 125(3), 327–343.
- 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), 355–36; doi:10.3390/ijerph15020355.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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. & Drake, M. (2010). The potency and power of counseling stories. *Journal of Creativity in Mental Health*, 5(1), 15-24; doi:10.1080/15401381003640569.
- Grant, J. & Potenza, M. (2012). *Impulse control disorder*. New York: Oxford University 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](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: Routledge.
- Hattie, J. (1985). Methodolgy review: Assessing unidimensionality of tests and items. *Applied Psychological Measurement*, 9, 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.
- 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.
- 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.

- 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*, 141 (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.
- Mnessi, Dalia. (2012). *The effectiveness of a training program for the development of self-control and its effect on reducing impulsive behavior for middle-school pupils*. Unpublished Master Thesis, Cairo University, Cairo, Egypt.
- 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.
- 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.
- Paing, M. & Yangon, H. (2017). *The relationship between perceived stress level and binge eating level*. Master 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 oversight 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 randomized 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 imagination. Paper presented at IREERG Conference, Vancouver*. Retrieved from: www.ierg.net/confs/2003/proceeds/Perrow.pdf.
- Preuss, H., Pinnow, M., Schnicker, K. & Legenbauer, T. (2017). Improving inhibitory control abilities (ImpulsE): A promising approach to treat impulsive eating? *European Eating Disorders*, 25 (6), 533–543. Doi: 10.1002/erv.2544.
- Reynolds, B., Penfold, R. & Patak, M. (2008). Dimensions of impulsive behavior in adolescents: Laboratory behavioral assessments. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 16, 124–131.
- 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.
- 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.
- Stiles, K. & Kottman, T. (1990). The mutual storytelling technique: An Adlerian application in child therapy. *Individual Psychology*, 46, 148-156.
- 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.
- 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.
- Yaqub, N. (2017). *The effectiveness of a psychodrama-based training program in improving attention and reducing hyperactivity and impulsivity in students with learning disabilities*. PhD Dissertation, University of Islamic Sciences, Amman, Jordan.
- 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.
- 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.