

كلية العلوم الإجتماعية
قسم: علم النفس و علوم التربية و الأرتوفونيا.

أطروحة لنيل شهادة الماجستير
في علم النفس الإكلينيكي و الباثولوجي

شعبة: وسائل التقصي و تقنيات العلاج في علم النفس الإكلينيكي
و الباثولوجي.

فعالية العلاج السلوكي في التخلص من التبول الوظيفي لدى
الطفل من (6-12) سنة

تحت اشراف الأستاذ:
الدكتور مكي محمد

من إعداد الطالبة:
بلحاجي أسماء مريم

أعضاء اللجنة المناقشة:

رئيسا
مشرفا/مقررا
مناقشة
مناقشة

أستاذ محاضر قسم أ
أستاذ محاضر قسم أ
أستاذة محاضر قسم أ
أستاذة محاضر قسم أ

د/- فسيان حسين
د/- مكي محمد
د/- كبداني خديجة
د/- زروالي لطيفة

السنة الجامعية:

2014-2013

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الجانب النظري

الفصل الأول
الإطار العام
للدراسة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- تحديد الإشكالية
- فرضيات الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- أساسيات ودواعي اختيار موضوع البحث
- التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة
- الدراسات السابقة

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1- إشكالية البحث :

يثير سلوك الطفل إهتماما بالغا لدى علماء الطب النفسي وعلماء التربية، كما يثير هذا السلوك إهتماما لدى عامة الناس.

ومما لاشك فيه أن مراحل الحياة الأولى لها أهمية كبيرة على مستقبل حياة الأفراد ففيها تتشكل المعالم الرئيسية لشخصية الفرد التي ستستمر معه إلى المستقبل، وتبعاً لذلك لابد لنا من الاهتمام بالطفولة حتى نصل بالطفل إلى توافق سليم وإلى بناء متين لشخصيته وقدراته عندما يصبح راشداً، وبما أن أغلبية المشاكل السلوكية كالسرقة، العناد، الإفراط الحركي، التبول الوظيفي تظهر في هذه الفترة، على الآباء مراقبة سلوك أبنائهم من أجل توجيه سلوكهم التوجيه الصحيح.

ف نجد أن الكثير من الأطفال في كل مجتمعات العالم يعانون من مشكلة التبول الوظيفي، وهي مشكلة غير مقلقة للأهل والمربين في حد ذاتها إذ انه غالباً ما يتغلب عليها الطفل تلقائياً ببلوغه المراهقة بل حتى الرشد في حالات نادرة، لكن ما يثير القلق حقا هو ما يصاحبها من مضاعفات، واضطرابات تصيب شخصية الطفل وسلوكه مما ينعكس سلباً على حياته النفسية والاجتماعية، وتحصيله الدراسي، وقد دفعت هذه الانعكاسات الخطيرة لإضطراب التبول على الصحة النفسية للطفل الباحثين في ميدان علم النفس إلى إجراء العديد من الدراسات الهادفة لمعرفة مسببات هذه المشكلة، وتحديد طبيعة هذه المخاطر ودرجة تأثيرها على حاضر الطفل ومستقبله، وإقتراح علاجات سواء كانت طبية، تربوية، إرشادية، توجيهية أو سلوكية.

وكان هذا النوع الأخير من أولويات إهتمامنا، حيث أنها قليلة هي تلك الدراسات التي ساهمت في إقتراح علاج سلوكي فعال إزاء هذا الإضطراب مع النظر الكلي لشخصية الطفل ونذكر منها دراسة محمد الصالح فالح (سنة1998) التي تناولت مجموعة من كلا الجنسين (99 ذكور و 98 إناث) تتراوح أعمارهم ما بين (5-15سنة) طبق عليهم برنامج علاجي سلوكي وباء بالنجاح وأثبتت فعاليته وكانت نسبة التحسن تقدر ب 88 %¹.

دراسة سليمان الريحاني (سنة1981) التي إهتمت بدراسة إمكانية معالجة التبول اللاإرادي عند عينة تكونت من 6 أطفال من طلبة مدارس الابتدائية والإعدادية باستخدام أسلوب الاشراف المعتمد على إيقاظ الطفل قبل موعد تبوله المعتاد بحوالي نصف ساعة تقريبا وإخضاع الطفل إلى نظام مكتف، كما شملت الدراسة أيضا عمليات الإرشاد النفسي التي تولاهها مرشدون نفسانيون وأظهرت الدراسة أن خمس حالات من ستة استطاعت أن تصل الى النظافة الكاملة.

ودراسات أخرى إعتمدت على الإشراف السلوكي كدراسة " سلوب" و"كندي" اللذان أظهرتا فعالية جهاز "مورر" في علاج إضطراب التبول الوظيفي، وقد وجدا نسبة (52%) من الأطفال اللذين خضعوا للمعالجة قد وصلوا إلى مرحلة النظافة الكاملة خلال 14يوما.

هذه الدراسات كانت لنا بمثابة محرك ودافع قوي لأداء محاولة في إقتراح علاج سلوكي يساهم في مساعدة أطفالنا على الحد من إضطراب التبول الوظيفي لديهم بغية إعادة التوافق النفسي لهم.

ومنه فإن إشكالية بحثنا الرئيسية كالتالي :

- هل يعتبر العلاج السلوكي علاجا فعالا للتخلص من التبول الوظيفي لدى الطفل من

(6-12سنة)؟

¹الخطيب أحمد حامد ، و الطراونة حسين مدا الله: التبول اللاارادي ، أسبابه وطرق علاجه ، ط1، دار وائل للنشر و التوزيع عمان،

ومن هذه الإشكالية العامة تتفرع الأسئلة التالية:

- 1 - هل يمكن التخلص من التبول الوظيفي بمعالجة المشاكل النفسية الكامنة وراءه؟
- 2- هل تعتبر تمارين تدريب المثانة للطفل المتبول وظيفيا فعالة للتخلص من هذه المشكلة؟
- 3- هل تعتبر الطرق العلاجية المستمدة من مبادئ الإشراف الإجرائي كأسلوب التعزيز الإيجابي والسلبي، والحث، والتشكيل، أساليب محرك لإرادة الطفل المتبول وظيفيا ومشجعة له؟
- 4- هل تعتبر تقنية المراقبة الذاتية محفزة للطفل المتبول وظيفيا أثناء برنامج العلاج؟
- 5- هل يعتبر النموذج الإرشادي الوالدي، وتدريب الأم كوكالة علاجية، خطوة أساسية لنجاح البرنامج العلاجي السلوكي للأطفال المتبولين وظيفيا؟

2- فرضيات البحث:

- الفرضية الأساسية:
يعتبر العلاج السلوكي علاجا فعالا للتخلص من التبول الوظيفي لدى الطفل من (6-12 سنة).

الفرضيات الجزئية:

- 1- يمكن التخلص من التبول الوظيفي بمعالجة المشاكل النفسية الكامنة وراءه.
- 2- تعتبر تمارين تدريب المثانة للطفل المتبول وظيفيا فعالة للتخلص من هذه المشكلة.
- 3- الأساليب العلاجية المستمدة من مبادئ الإشراف الإجرائي كالتعزيز الإيجابي والسلبي، الحث، والتشكيل محرك لإرادة الطفل ومشجعة له.
- 4- تعتبر تقنية المراقبة الذاتية محفزة للطفل المتبول وظيفيا أثناء برنامج العلاج.

5 - يعد البرنامج الإرشادي الوالدي، وتدريب الأم كوكالة علاجية خطوة أساسية لنجاح البرنامج العلاجي السلوكي للطفل المتبول وظيفياً.

3- أهداف البحث

- إقتراح برنامج علاجي سلوكي يساهم في مساعدة الأطفال (6-12 سنة) على التخلص من التبول الوظيفي لديهم بغية إعادة التوافق النفسي لهم .
- مساعدة الأطفال على تعلم واكتساب عادات ومهارات وظيفية وسلوكيات علاجية تساعدهم على التحكم في عملية التبول.

4- أهمية البحث:

- نقص المواضيع المتعلقة بهذا الموضوع، وهذه الدراسة عبارة عن بوابة لتسليط الضوء على هاته الشريحة وإثراء للمعرفة النظرية لمجموعة البحوث حول المشكلات السلوكية.
- في حالة فعالية البرنامج المقترح يمكن تعميمه والاستفادة منه من قبل المرشدين والأولياء.
- تلقي هذه الدراسة نظرة على واقع الأطفال من خلال التعرف على هذه الفئة وما تتعرض له من مشاكل في هذه المرحلة وبالتالي اتخاذ إجراءات مناسبة واقتراح حلول للتغلب على هاته المشاكل.
- قد تتيح هذه الدراسة المجال لاستحداث برامج ذات فعالية.

5- دواعي اختيار الموضوع:

- عامل الرغبة والإهتمام بالإضطرابات التي تظهر في مرحلة الطفولة من (6-12 سنة).
- مدى تفشي هذا الإضطراب في بيئتنا.

- الرغبة في الإسهام العلمي والوصول إلى اقتراح برنامج علاجي سلوكي فعال للتخلص من التبول الوظيفي لدى الطفل من (6-12 سنة) ووضعها في متناول الأسرة الجزائرية.

6- المصطلحات الإجرائية :

1-العلاج السلوكي: يعرف على أنه أسلوب لعلاج المشكلات السلوكية والانفعالية إستنادا إلى مبادئ نظرية التعلم أو الإشراف، حيث ينصب الهدف الأساسي على تعديل ما يعاني منه الفرد من مشكلات سلوكية تستلزم العلاج، وتعتمد هذه النظرية على مبدأ أساسي مؤاده أن السلوكيات غير المرغوبة تعتبر عادات سيئة وإذا تمّ تغييرها فإنه يمكن التخلص من المشكلات السلوكية التي يعاني منها الفرد لأنه يكون قد تعلم الكف عن ممارسة هذه السلوكيات أو يكون قد تعلم سلوكيات أخرى مرغوبة بدلا منها.

- إجرائيا: العلاج السلوكي هو استخدام فنيات مختلفة سواء كانت مستمدة من مبادئ الإشراف الكلاسيكي أو من مبادئ الإشراف الإجرائي كالتعزيز الإيجابي والسلبي والتشكيل والتلقين أو فنيات مستمدة من التعلم بالملاحظة كالنمذجة بهدف مساعدة الطفل للتخلص من التبول الوظيفي واكتسابه سلوكيات صحية.

2-التبول الوظيفي: التبول الوظيفي عبارة عن حالة خروج البول لاإراديا ليلا أو نهارا أو ليلا ونهارا معا لدى طفل تجاوز عمره (3-4سنوات) دون أن يكون هناك سبب عضوي وراء ذلك.

- إجرائيا: التبول الوظيفي عبارة عن اضطراب في قدرة الطفل الذي تجاوز سن الخمس سنوات على التحكم بوظيفة التبول لديه دون أن يكون هناك سبب عضوي وراء ذلك.

3-الطفل المتبول وظيفيا: هو ذلك الطفل من (6-12سنة) الذي يقوم بإفراغ البول لا إراديا على ملابسه أو سريره بعد العمر الذي من المفترض أن يكون فيه قادرا على التحكم في تدفق البول (4-5سنوات) وهذا مرتين أسبوعيا على الأقل ولمدة ثلاثة أشهر.

4-الطفل من 6-12 سنة: تسمى هذه المرحلة بمرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة ويطلق عليها البعض مصطلح قبيل المراهقة حيث يصبح السلوك بصورة عامة أكثر جدية في هذه المرحلة والتي تعتبر مرحلة الإعداد للمراهقة وتتميز هذه المرحلة في الغالب ببطئ في معدل النمو بالنسبة لسرعته في المرحلة السابقة واللاحقة.

- زيادة التمايز بين الجنسين بشكل واضح .

- تعلم المهارات اللازمة لشؤون الحياة وتعلم المعايير الخلقية والقيم وتكوين الاتجاهات والإستعداد لتحمل المسؤولية وضبط الانفعالات ولذا تعتبر هذه المرحلة أنسب المراحل لعملية التطبيع الاجتماعي والسلوكي.

6- الدراسات السابقة :

أ/-الدراسات العربية :

1- دراسة محمد صالح فالح و آخرين (1977) :

-عنوان الدراسة : فعالية برنامج علاج سلوكي في معالجة التبول اللاإرادي.

- هدف الدراسة: تأتي أهمية الدراسة من حيث التعرف على فاعلية البرنامج السلوكي المستخدم في علاج مشكلة التبول ومقارنة نتائجها بالدراسات السابقة، إضافة الى التعرف على الفروق الدالة إحصائياً بين الجنسين من الأطفال في معدلات التحسن ومعالجة مشكلة التبول لدى الأطفال في وقت مبكر لتخفيف حدة المشكلات النفسية السابقة أو اللاحقة لهذه المشكلة .

- عينة الدراسة: شملت هذه الدراسة عينة (196) حالة من الأطفال الذكور والإناث (99 ذكور، 97 إناث) حيث تمت متابعة 88 حالة (44 ذكور، 44 إناث) حيث تراوحت أعمارهم من 5 الى 15 سنة، وقام الباحثون بمقابلة الأطفال بشكل فردي بحضور الوالدين على مدار سنة كاملة في العيادة النفسية وعيادة المعالجة السلوكية في مستشفى الأمير هاشم بن الحسين التابع للخدمات الطبية الملكية الأردنية وهذا بعد التأكد من عدم وجود أسباب عضوية لمشكلة التبول اللاإرادي.

- أدوات الدراسة:

- برنامج سلوكي مكثف لتدريب المثانة على حفظ كميات أكبر من البول ، بالإضافة إلى أسلوب التعزيز المادي والمعنوي .
- الإرشاد النفسي للوالدين والطفل .

- نتائج الدراسة :

- من خلال عرض الباحثين لنتائج الدراسة لاحظوا أن البرنامج السلوكي المكثف لمعالجة مشكلة التبول اللاإرادي قد أثبت فاعليته وقد كانت نسبة التحسن عند الأطفال موضوع الدراسة 77% وهذه النتيجة مشابهة لما توصلت له كثير من الدراسات السابقة ، وقد حقق بعض الأطفال في هذه الدراسة شفاء تاما وكان عددهم 27 طفلا (15 ذكور، 12 إناث) وهذا العدد يشكل 30.2% من مجموع الحالات الكلي، كما لم تحدث انتكاسات إلا عند حالتين، ولكن مع زيادة التعزيز تمكن هؤلاء من إظهار نتائج أفضل.

- كما بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين من الأطفال في مستوى التحسن، كما لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية حول علاقة التحصيل الدراسي بمستوى التحسن.

2- دراسة سليمان الريحاني سنة 1981:

- عنوان الدراسة: معالجة التبول سلوكيا (دراسة تجريبية علاجية) و (نشرت هذه الدراسة في مجلة العلوم الاجتماعية السنة التاسعة العدد 3 الكويت).

- هدف الدراسة : تأتي أهمية الدراسة من حيث أنها سعت الى الكشف عن فعالية أسلوب مبسط في معالجة مشكلة التبول يمكن أن يكون في متناول الأسرة إذا رغبت في التعاون من جهة، ومن جهة ثانية فإن معالجة التبول عند الطفل إنما ينعكس ايجابيا على شخصية الطفل الذي يعاني من المشكلة وخاصة فيما يتعلق بسلوكه العاطفي واتجاهه نحو ذاته.

- عينة الدراسة: تكونت العينة من 6 حالات (4 ذكور، 2 إناث) تراوحت أعمارهم ما بين 6-15 سنة.

- أدوات الدراسة: استخدم الباحث الأدوات التالية :

- ساعة منبهة للمساعدة في إيقاظ الطفل في أوقات محددة.

- إستبانة كشف حالات التبول.

- إستبانة المعلومات الشخصية و العائلية .

- نموذج تعليمات للأهل لضمان تعاون الوالدين.

- جدول التقويم اليومي للتأكد من مرات التبول وأوقاتها كما قام الباحث بتقسيم إجراءات المعالجة الى 3 مراحل :

- مرحلة جمع المعلومات الأولية وتدريب الأسرة (مدتها أسبوع).

- مرحلة العلاج الفعلي (مدتها 4 أسابيع).

- مرحلة تقويم العلاج (مدتها أسبوعين بعد العلاج).

- نتائج الدراسة: أظهرت الدراسة أن 5 حالات من 6 التي خضعت للمعالجة باستخدام أسلوب الاشراف مع تطبيق نظام التدريب المكثف استطاعت أن تصل الى النظافة الكاملة في الأسبوع الرابع من العلاج .

- إن هذه الدراسة تؤكد ما أكدته معظم الدراسات السابقة من حيث إمكانية معالجة التبول باستخدام العلاج السلوكي في فترة قصيرة وبمستوى عال من التحسن.

3- دراسة (الزراد، للاف، 1984):

- عنوان الدراسة: أثر العوامل الأسرية و النفسية و التربوية في عملية التبول.
- الهدف من الدراسة
- الكشف عن العوامل الأسرية و النفسية و التربوية التي ساهمت في ظهور مشكلة التبول اللاإرادي.

- عينة البحث: 6 حالات منها 3 ذكور و 3 إناث تراوحت أعمارهم بين 7 و 12 سنة.

- أدوات الدراسة:

أ/- منهج دراسة الحالة .

ب/- مقابلة نصف مواجهة .

ج/- إختبار رسم العائلة.

د/- إستمارة لدراسة الحالة.

- نتائج الدراسة:

إن عوامل التربية الأسرية السيئة و الحرمان العاطفي و الإكتئاب و التفكك الأسري و ضعف الذات و الشعور بالخوف و القلق لدى الطفل تساهم جميعها في حدوث التبول لديه.

العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و الصحية السيئة أكثر انتشارا عند فئة الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي.¹

4- دراسة (الزراد، 1989):

هدفت الدراسة إلى معرفة العوامل النفسية الكامنة وراء حالات التبول اللاإرادي، و إلى توفير الوعي بأهمية و قاية الأطفال من التعرض لحالة التبول، و قد أجريت هذه الدراسة لبعض حالات التبول اللاإرادي في الجزائر و أيضا لتقديم إرشادات و أهمية التعاون في

¹ الخطيب أحمد حامد و آخر: التبول اللاإرادي، أسبابه و طرق علاجه، مرجع سبق ذكره ، 2003، ص74-86.

علاج هذه الحالات وتكمن أهمية هذه الدراسة في أنها تتناول مشكلة هامة وخطره متعلقة بالأطفال والأهل والمعلمين والأطفال أنفسهم، واشتملت عينة البحث على ست حالات لأطفال يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي منذ فترات طويلة، وفشلت المحاولات الطبية في علاج هذه الحالات وقد تمّ اختيار هذه الحالات من قسم أمراض الأطفال والعيادة الخارجية، وقد تراوحت أعمارهم من (7-12 سنة)، وقد استخدم الباحث في إجراء هذه الدراسة المنهج الإكلينيكي، دراسة تاريخ الحالة والمقابلة النصف الموجهة للطفل صاحب المشكلة و في حدود مقابلة أسبوعيا و لمدة 45 دقيقة واختبار رسم الأسرة .

و أظهرت نتائج الدراسة: أنه تبين من هذه الحالات، بأن الظروف البيئية السيئة وبالذات التفكك الأسري وعلاقة الطفل بوالديه تساهم في حدوث التبول اللاإرادي لدى الطفل، وكما أظهرت أيضا أن العلاقة السيئة بين الأبوين والمشاحنات أو المشاجرات تنعكس على حالة الطفل وقد يؤدي إلى اضطراب سلوكه ومن بينها التبول اللاإرادي، وأن العوامل الاجتماعية، الاقتصادية، الصحية والثقافية تهيئ إصابة الطفل بالتبول اللاإرادي، ومن أبرز السمات الشخصية السائدة لدى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي والتي وردت في هذه الحالات (الغيرة، الانطواء، الخجل، فقدان شهية للطعام، كثرة الحركة، والعدوان، الأحلام المزعجة والكوابيس الليلية، البكاء، الخوف، الإتكالية) .

5- دراسة (غريب، 1989):

بعنوان "الاتجاهات الوالدية لدى الأمهات نحو أطفالهم الذين يعانون من التبول اللاإرادي"

هدفت الدراسة إلى معرفة فيما إذا كانت الاتجاهات الوالدية في التنشئة الأسرية لدى أمهات الأطفال الذين يتبولون لا إراديا تختلف عن الاتجاهات الوالدية في التنشئة الأسرية لأمهات الأطفال في نفس العمر والجنس والذكاء، وقد حدد الباحث الاتجاهات الوالدية للأُم بالإبعاد

التالية التسلط، الحماية الزائدة والإهمال، التذليل القسوة، أثرها الألم النفسي، تذبذب في المعاملة و التفرقة في المعاملة، الأسلوب السوي أو الديمقراطي .

قد طبق الباحث مقياس الاتجاهات الوالدية على عينة بلغت (84)، وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها أن الفروق بين اتجاهات الأمهات في تنشئتهن الأسرية لأطفالهن الذين يبولون لا إراديا وبين اتجاهات أمهات الأطفال العاديين من حيث استخدام أسلوب التسلط هي فروق غير دالة إحصائيا، وأن الفروق بين اتجاهات أمهات الأطفال العاديين من حيث أسلوب الحماية الزائدة في التربية غير دالة إحصائيا، وأن الفروق من حيث استخدام القسوة في التنشئة الأسرية غير دالة إحصائيا، وأن الفروق من حيث استخدام أسلوب التفرقة في المعاملة في التنشئة الأسرية غير دالة إحصائيا، وأن هذه الدراسة غير كافية في الواقع لاتخاذ أول قرار بشأن أثر الاتجاهات الوالدية في التبول اللاإرادي ولا بد من البحث عن عوامل أكثر ارتباطا بمشكلة التبول كما لا بد من اختيار دقيق للعينات، وتثبيت المتغيرات التي قد تؤثر في عملية التبول اللاإرادي واستخدام وسائل قياس مناسبة والتمييز بين الحالات العضوية والحالات الوظيفية، كما أنه لا يمكن إلغاء دور الأم في التربية الأسرية للطفل ودورها في تدريب الطفل على النظافة، كذلك لا نستطيع إلغاء دور العوامل الأخرى مثل العوامل التربوية والنفسية والاجتماعية التي أكدت عليها الدراسات التي أجريت حول هذه المشكلة.¹

¹ سهير كامل احمد: أساليب تربية الطفل بين النظرية و التطبيق، مركز الإسكندرية للكتاب، 1999، ص235.

دراسة عائدة على قاسم الرفاعي 1990:

عنوان الدراسة: مدى فاعلية برنامج إرشادي في تعديل الاتجاهات الوالدية نحو أطفال سلسي البول في مرحلة الطفولة من سن 6 الى 12 سنة .

- الهدف من الدراسة: الكشف عن بعض المتغيرات ذات العلاقة بظاهرة التبول اللاإرادي وخاصة الاتجاهات الوالدية وكذا كيفية تغيير تلك الاتجاهات التي تنعكس بدورها على حدوث التبول اللاإرادي

- عينة الدراسة: 40 طفلا، 20 ذكور و 20 إناث، أما أمهات الأطفال فمتوسط أعمارهن 38 خضع نصفهن للبرنامج الإرشادي.

أدوات الدراسة:

أدوات التجانس للعينتين وهي اختبار الذكاء الابتدائي، واختبار المستوى الاجتماعي والثقافي، الاستمارة الطبية، مقياس الاتجاهات الوالدية نحو الأطفال اللذين يعانون من هذا الاضطراب من إعداد الباحثة، البرنامج الإرشادي من إعداد الباحثة.

- للأطفال اختبار cat و للأمهات اختبار tat.

- أهم النتائج:

تعديل اتجاهات أمهات الأطفال سلسي البول لدى أفراد المجموعة التجريبية. تبع هذا التعديل وتحسين التقدم في خفض عدد مرات التبول اللاإرادي إلى ما بعد ثلاثة شهور من انتهاء البرنامج دون انطفاء . لم يحدث أي تغيير في أفراد المجموعة الضابطة .

6- دراسة (خير، 1999):

بعنوان "المشكلات السلوكية لبول الفراش بين طلاب المدارس الابتدائية"

هدفت الدراسة تقديم المشكلات المرافقة لبول الفراش وقد طبق الباحث مقياس من نوع دراسة الحالات وأيضاً تمّ استخدام لهذا الغرض الاستبيان المعبأ ذاتياً من قبل الأهل (قائمة المشكلات السلوكية)، وقد طبقت هذه الدراسة على عينة بلغت (3487) تلميذ وتلميذة من

ثلاث مدارس ابتدائية رسمية تراوحت أعمارهم بين 6-14 سنة. وقد توصلت الدراسة إلى نتائج أهمها أن الأطفال الذين يعانون من بول الفراش مقارنة بالمجموعة الضابطة أكثر عرضة، وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كثرة حدوث المشكلات السلوكية عند الذكور مقارنة مع الإناث بمجموعة بول الفراش فرط النشاط والحركة، والطفل الكتوم والعصبية الزائدة وجدية الطبع، وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بكثرة حدوث المشكلات السلوكية التالية عند الإناث مقارنة مع الذكور وهي الخجل، التفاخر والتباهي على الآخرين، وتبين أن الذكور يعانون من بول الفراش أكثر عرضة بثلاث مرات أو أكثر من الذكور الأصحاء (مجموعة ضابطة) لحدوث المشكلات السلوكية التالية: التأتأة، مص الأصابع، قضم الأظافر، والكذب، و العدوانية.

7- دراسة للدكتور كلثم جبر محمد الكواري:

-عنوان الدراسة: فعالية العلاج السلوكي والعلاج الأسري في خدمة الفرد في علاج مشكلة التبول اللاإرادي لدى الأطفال.

أهداف الدراسة :

1-الوقوف على فعالية العلاج الأسري والعلاج السلوكي في علاج مشكلة التبول اللاإرادي في ضوء استخدام كل واحد على حدة .

2- مقارنة نتائج المدخلين إحصائيا والتحقق من أيهما أكثر فاعلية من الأخرى في علاج المشكلة.

- عينة الدراسة : 30 حالة تم إختيارهم بشكل عشوائي من العيادة النفسية وفقا لشروط اختيار العينة وتم تقسيمها إلى 3 مجموعات قوام كل منها 10 حالات.

- أدوات الدراسة:

- إستمارة ملاحظة سلوك الطفل وتقدير عدد مرات تبوله.

- إستبيان أساليب المعاملة الوالدية .

- نموذج تعليم للأم وذلك لمساعدة الطفل على ضبط عملية التبول .

-المقابلات المهنية.

-الجلسات الأسرية.

-الوثائق و السجلات.

-الجلسات الأسرية

-جدول عدد مرات التبول اللاإرادي الأسبوعي.

- نتائج الدراسة : حقق العلاج السلوكي بتكنيكي (التدعيم الإيجابي و التدعيم السلبي) فعالية

عالية في علاج التبول اللاإرادي وتخفيض عدد مرات حدوث التبول لدرجة الضبط الكامل

لدى المجموعة التجريبية (أ) وبالمقارب للعلاج الأسري فقد حقق لدى المجموعة التجريبية

(ب) انخفاضا ملحوظا في معدل تكرار التبول اللاإرادي غير أن هذه المجموعة لم تصل

الى درجة الضبط الكامل .

- وفيما يتعلق بالمقارنة بين العلاجين في تعديل أو تقليل معدلات التبول فقد أثبتت نتائج الدراسة وجود فروق دالة معنوية بين ممارسة العلاج الأسري والعلاج السلوكي لصالح العلاج السلوكي في انخفاض مستوى وعدد مرات التبول اللاإرادي إلى درجة الضبط الكامل.

ب-الدراسات الأجنبية:

1- دراسة (هانز أيزنك، 1957):

هدفت الدراسة لمقارنة نتائج علاج ثلاث مجموعات من الأطفال الذين يعانون من التبول، وقد عولجوا بطرق مختلفة وذلك لمعرفة مدى فعالية بعض العقاقير والأدوية التي تعطي للمصابين بحالات التبول ومقارنة ذلك بمدى فعالية العلاج النفسي، ولتحقيق ذلك تم اختيار هذه المجموعات المتجانسة من حيث العمر والجنس والبيئة الأسرية والإعراض الخارجية وتم توزيع طرق العلاج على شكل مجموعات الأولى عولجت بالعقاقير والأدوية تحت إشراف طبيب مختص، والمجموعة الثانية عولجت بالطرق النفسية وباستخدام طريقة مورر، والمجموعة الثالثة عولجت بالعقاقير الطبية وبالطرق النفسية معا وأستمر العلاج لمدة 06 شهور ولقد توصلت الدراسة إلى أنه كانت نسبة الشفاء في المجموعة الأولى 25%، وكانت نسبة المجموعة الثانية 77%، وكانت نسبة المجموعة الثالثة 92%، ولم تحدث أي حالة انتكاس بعد مضي هذه المدة كما أن قدرة المريض على التكيف داخل أسرته ومدرسته كانت أفضل في المجموعة الثالثة، كما تؤكد هذه الدراسة على أهمية التكامل بين العلاج الطبي والنفسي والتربوي معا.

2- دراسة (إير، 1960):

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر عملية التبول والتبرز اللاإرادي واشتملت الدراسة على عينة (30) طفل اختيروا من قسم طب الأطفال في مستشفى برمنجهام ويعانون من التبرز اللاإرادي فوجد أن نسبة (82%) من هؤلاء الأطفال يعانون من التبول اللاإرادي، وأن نسبة (30%) تعاني من تبول لإرادي ليلي ونسبة (8%) تعاني من تبول لا إرادي ليلي

ونهارى معا وهذا ما له مدلوله الطبي، حيث إن معظم حالات التبرز اللاإرادي ترجع إلى عوامل عضوية أكثر منها نفسية وكذلك حالات التبول اللاإرادي النهاري التي تصاحب عملية التبرز اللاإرادي.

3- دراسة (آن ديوش سنة 1968):

أجراها على 991 طفل يعانون من التبول اللاإرادي كانوا يترددون على العيادات الطبية للأطفال باستمرار وكانت أعمارهم بين (4-11 سنة)، هدفت الدراسة الى معرفة سلوك الأمهات اتجاه تدريب أطفالهن على عملية النظافة.

استخدم الباحث المقابلات الاكلينكية النصف الموجهة مع الأطفال من جهة ومع الأمهات من جهة أخرى و أظهرت النتائج التالية :

- أن اتجاه الأمهات نحو أساليب التنشئة الأسرية لأطفالهن يلعب دورا مهما في عملية تحكم أطفالهن في عملية الإخراج فقد وجد أن معظم أمهات الأطفال اللذين يعانون من التبول يتبعن أسلوب القسوة والضرب والحرمان لتدريب أطفالهن على عملية الإخراج.

- معظم أمهات الأطفال اللذين يعانون من التبول يقمن بتدريب أطفالهن على عملية الإخراج بشكل مبكر نسبة لمرحلة النضج والنمو المناسب .

- إعطاء قيمة كبيرة لعملية التبول وجعلها أمرا غير طبيعي والإفراط في الثناء والتشجيع.

- المبالغة في التسامح والتساهل تجاه تدريب الطفل على النظافة .

- عدم فهم الأم لاحتياجات الطفل مراحل نموه و بصحة وملائمة ذلك مع عملية التدريب¹.

¹ الخطيب أحمد حامد وآخر: التبول اللاإرادي، أسبابه وطرق علاجه، مرجع سبق ذكره ،2003، ص38-39.

4- دراسة (ماسون و ريمبو، 1996):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى معاناة الأطفال من صراعات، وقد أجريت هذه الدراسة على عينة من عشرة الأطفال يعانون من التبول اللاإرادي، وتبين من خلال الدراسة التحليلية النفسية أن هؤلاء الأطفال يعانون من صراعات شديدة مع الوالدين، وصراعات شديدة بين الوالدين، وغالبا ما تكون الأم من النوع المستبد القاسي، أو من النوع الذي يبالغ في حماية طفله، هذه الحماية المفرطة التي تجعل الطفل لا يدخر الوظائف العصرية (أي عدم قدرة العضلات العاصرة لجهاز التبول من القيام بوظيفتها)

كما أن عدم وضع هذه الوظائف الإخراجية تحت رقابة الأنا، والأنا الأعلى يجعل الطفل مستمرا في اعتقاده بأن مثل هذه الوظائف مرتبطة بالأم فقط، كما انتهت الدراسة إلى تحديد نمطين من أنماط شخصية الأطفال المتبولين لاإراديا :

- النمط الأول: العصبي، الهائج المتوتر الذي يميل إلى النزاعات العدوانية والمشاكسة والمتمردة.

- النمط الثاني : النمط الليمفاوي الخامل، بطيء الاستجابة و الحركة، كسول يميل إلى النوم والاسترخاء.

- تعقيب على الدراسات التي تناولت موضوع التبول اللاإرادي:

من خلال إطلاع الباحثة الواسع على الدراسات التي تناولت موضوع التبول اللاإرادي، وجدت أن هناك نشاط كبير في حركة البحوث الميدانية الخاصة بالتبول اللاإرادي .

أولاً: من حيث الموضوع:

لقد تناولت معظم الدراسات العربية والأجنبية موضوع التبول اللاإرادي من خلال بعض الدراسات التي اهتمت بمعرفة العوامل النفسية الكامنة وراء هذه الحالات كدراسة (فيصل الزراد، 1989) ودراسة (الزراد، للاف، 1984)، بينما تناولت بعض الدراسات مثل دراسة (الريحاني، 1981) ودراسة (فالح و آخرون، 1977) موضوع التبول اللاإرادي كمشكلة تحتاج إلى تدخل وأعدت برامج إرشادية للتخفيف منها، كما تناولت بعض الدراسات موضوع التبول اللاإرادي وعلاقته ببعض المتغيرات كالاتجاهات الوالدية في التنشئة الأسرية كما في دراسة (غريب، 1989).

ثانياً: من حيث الأهداف:

لقد تباينت الدراسات السابقة العربية والأجنبية في أهدافها، ففي حين كانت تهدف معظم الدراسات السابقة إلى التعرف على العوامل الكامنة وراء حالات التبول اللاإرادي ومدى انتشارها مثل دراسة (ماسون وريمبو، 1996) ودراسة (خير، 1999)، وكانت بعض الدراسات تهدف إلى التعرف على علاقة التبول اللاإرادي ببعض المتغيرات مثل دراسة (غريب، 1989)، وكذلك كانت تهدف بعض الدراسات إلى إيجاد حلول و مقترحات لمشكلة التبول مثل دراسة (فالح و آخرون، 1977) ودراسة (الريحاني، 1981).

ثالثا : من حيث العينات:

لقد أجريت الدراسات السابقة في بيئات معينة، فقد أجريت معظم الدراسات السابقة في البيئات العربية (المصرية، الأردنية، الجزائرية، الفلسطينية)، في حين آخر أجريت بعض الدراسات في بيئات أجنبية (الولايات المتحدة وغيرها من الدول الغربية)، ولقد اختلفت الدراسات في تناول عينة الدراسة، في حين اختلفت معظم العينات الأطفال وفي المرحلة الابتدائية لإجراء الدراسات عليها كدراسة (غريب، 1989)، دراسة (خير، 1999)، دراسة (الزباد، 1980)، ودراسة (الريحاني، 1981) و (فالح و آخرون، 1977).

رابعا : من حيث الأساليب الإحصائية :

اتفقت الكثير من الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في استخدام أساليب إحصائية متنوعة مثل: المتوسطات الحسابية، والنسب المئوية، والانحرافات المعيارية، ومعاملات الارتباط، واختبارات التات (ت)، و تحليل التباين الأحادي والثنائي والتحليل التعملي.

خامسا: من حيث النتائج:

اتفقت الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين التبول اللاإرادي وعلاقته ببعض المتغيرات على وجود فوارق جوهرية بين الجنسين في مستوى الخوف لصالح الإناث كما في دراسة (الزباد، للاف، 1984) ودراسة (آن ديوش، 1968)، بينما أظهرت الدراسات التي أعدت برامج إرشادية لتخفيف حدة التبول اللاإرادي فعالية كبيرة وحقق نجاحا ملحوظا في هذا المجال كدراسة (فالح و آخرون، 1977) ودراسة (الريحاني، 1981).

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

من خلال الدراسات التي اعتمدت عليها الباحثة في دراستها الحالية، فقد استفادت الباحثة كثيرا من هذه الدراسات في إعداد المقدمة والإطار النظري لدراسته، حيث تم تقسيم الإطار

النظري إلى ثلاث مباحث، ومن خلال التعليق السابق على الدراسات التي إستخدمتها الباحثة.

فقد استفادت الباحثة في اختيار منهج الدراسة، وتحديد العينة المستخدمة في الدراسة، كما تمت الاستفادة من المعلومات الواردة في الدراسات في وضع الفروض للدراسة، بجانب الاستفادة الكبيرة منها في عرض وتفسير النتائج التي توصلت إليها دراسة الباحثة، وكذلك الاستفادة منها في وضع مقترحات وتوصيات .

إهداء

إلى روعي التي لم أأخذل أمليها ووفيت بعهدي لها.
إلى من غمرتني بحنانها وأنارت قلبي بفيض دعائها.
إليك "أمي"

إلى من شقى من أجل أن يفتح لي درب الحياة.
إلى من انتظر وأمل في هذا النجاح بفارغ الصبر.
إليك "أبي"

إلى كل إخواني وأخواتي ، وكل زميلاتي وزملائي .
إلى كل من علمني وساندني ودفعني دفعا للجهاد طوال مشواري الدراسي.

كلمة شكر و تقدير

بقدر العالي الجليل الذي أتم نعمته علينا و كان في عوننا حتى وصلنا مبلغنا هذا العمل المتواضع الذي نأمل أن يحوز مبلغ الرضا .

ومصادقا لقول سيد القول أجمعين عليه أزكى الصلوات و التسليم :

" لازل الله في عون العبد ما دام العبد في عون أخيه "

نتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى كل من كان له فضل علينا ولو بمقدار الذرة، من قريب أو بعيد، موجهها أو مرشدا، مؤيدا أو مؤنبا.

و نخص بالذكر الأستاذ المشرف " مكى محمد " دون أن ننسى السيد مدير المؤسسة الإستشفائية للصحة الجوارية لمسرغين، والسيد مدير متوسطة مفدي زكرياء .

إلى اللجنة الموقرة التي ستتقدم بكل تقدير لمناقشة عملنا هذا، إلى كل من أحاطنا بالرعاية والإرشاد، وإلى كل أساتذة معهد علم النفس، ونستسمح كل ممن لم يرد إسمه حبرا ولكن خلد في الذكرى.

ملخص الدراسة

على الرغم من أن مشكلة التبول الوظيفي من أكثر المشكلات النفسية شيوعاً بين الأطفال إلا أنها أكثر هذه الإضطرابات إنكاراً إجتماعياً وخاصة من قبل الوالدين ، إذ أنه قليلاً ما يطرح كواحد من مشكلات الأطفال التي يتبادل فيها الآباء الخبرات مع غيرهم ممن واجهوا أو يواجهون نفس المشكلة مع أبنائهم، وهو أيضاً ليس مشكلاً مطروحاً على المستوى الدراسي ومن النادر جداً أن يفكر الآباء في الإستعانة بالأخصائي النفسي لمعالجة أطفالهم .

ولذا كان الهدف من هذه الدراسة تسليط الضوء على هذه الشريحة المتمثلة في الأطفال المتبولين وظيفياً، والتعريف بهذه المشكلة وإنعكاساتها السلبية التي تؤثر على توافقهم النفسي، واقتراح علاج لها مبني على تقنيات من العلاج السلوكي متمثلة في التعزيز الإيجابي والسلبي، الحث والتشكيل، تمارين لتدريب المثانة وتدريب الأم كوكالة علاجية وإعطائها الإرشادات اللازمة لمساعدة طفلها في إنجاز الخطوات العلاجية المطالب بها ومعرفة مدى فعالية هذا النوع من العلاج وإسهامه في مساعدة الأطفال على التخلص من مشكلة التبول لديهم.

أثبتت نتائج الدراسة الحالية أن التخلص من هذه المشكلة يتطلب مجهودات من قبل الطفل فيما يخص تنظيم تناوله للسوائل والإلتزام بحمية غذائية خاصة، والقيام بالتسجيلات الخاصة بالمراقبة الذاتية لكن كل هذه المجهودات ليس لها فعالية دون دعم الأولياء له، وتعزيز نتائجه، وثقته بنفسه.

كما تحققت الفرضية المطروحة في هذه الدراسة التي تنص على أن العلاج السلوكي فعال في مساعدة الأطفال على التخلص من التبول الوظيفي لديهم حيث أن خمسا من الحالات الست التي خضعت للمعالجة، أي نسبة 83.3% إستطاعت أن تحقق النظافة الكاملة في الأسبوع السابع من العلاج.

Résumé de l'étude :

En dépit de la fréquence de l'énurésie dans notre société, cette pathologie reste jusqu'à ce jour non dévoilée et ceci est dû à divers facteurs :

- La faible déclaration par les établissements scolaires.
- La sous-estimation de l'énurésie par les parents et la hantise d'évoquer ce Sujet et le partager avec d'autres parents qui ont fait face ou font face au même problème.

Pour cela notre étude s'est acharnée à mettre l'accent sur l'énurésie elle-même, ses répercussions négatives sur l'enfant et son entourage et surtout mettre au point une stratégie thérapeutique adaptée à cette pathologie et ceci en se basant sur plusieurs techniques issues de la thérapie comportementale on citera parmi elles : le renforcement positif et négatif , induction et modulation et en impliquant la mère dans ce programme tout en lui expliquant sa part de responsabilité dans la réussite de cette thérapie.

La dernière étape consiste à évaluer le rôle de notre prise en charge qui consiste en compréhension simplifiée de l'énurésie par les parents et l'enfant ; des règles hygiéno-diététiques et l'éducation sur l'auto-évaluation .

En fin de cette étude l'hypothèse posée est confirmée par les résultats recueillis d'enfants qui ont été sujets de cette recherche après avoir appliqué les différentes techniques comportementales utilisées dans notre prise en charge.

فعالية العلاج السلوكي في التخلص من التبول
الوظيفي لدى الطفل من (6-12) سنة

فهرست المحتويات:

الصفحة	المحتويات
أب	الإهداء شكر وتقدير ملخص باللغة العربية ملخص باللغة الفرنسية عنوان الرسالة فهرس المحتويات فهرس الأشكال فهرس الجداول المقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
2	تحديد الإشكالية
5	فرضيات الدراسة
6	أهداف الدراسة
6	أهمية الدراسة
6	أساسيات ودواعي اختيار موضوع البحث
6	التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة
8	الدراسات السابقة
الفصل الثاني: مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة (6-12 سنة) وخصائصها	
19	تمهيد
19	1. تعريف الطفل
19	2. تعريف الطفولة
20	3. تعريف النمو
21	4. مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة:
21	أ. الطفولة المتوسطة
21	أ.1. مظاهر النمو في الطفولة المتوسطة
27	ب. الطفولة المتأخرة
27	ب.1. مظاهر النمو في الطفولة المتأخرة
31	5. النظريات المفسرة لنمو الطفل في المرحلة الوسطى والمتأخرة (6-12 سنة)
32	6. مطالب وحاجات النمو في المرحلة المتوسطة والمتأخرة للطفولة
7. مشكلات النمو في مرحلة الطفولة من (6-12 سنة)	

الفصل الثالث: التبول اللاإرادي: ماهيته، أسبابه، تشخيصه وعلاجه

36	تمهيد
36	أولاً- فيزيولوجية التبول
40	ثانياً- تعريف التبول اللاإرادي
40	أ. تعاريف للتبول اللاإرادي
42	ب. حدوث المشكلة وانتشارها
42	ج. المظاهر الناتجة عن التبول
43	د. أشكال التبول اللاإرادي
46	ثالثاً- النماذج النظرية المفسرة للتبول اللاإرادي
52	رابعاً- أسباب التبول اللاإرادي
57	خامساً- شخصية الطفل المتبول لاإرادياً
59	سادساً- تأثير التبول اللاإرادي على الأسرة وعلى نمو الطفل
61	سابعاً- التشخيص والعلاج
61	أولاً: التشخيص
62	1- تشخيص مشكلة التبول اللاإرادي
63	2- التشخيص الفارقي لمشكلة التبول اللاإرادي
64	3- مسار المشكلة ومآلها
64	4- المضاعفات
65	ثانياً: العلاج
65	1- العلاج الطبي
66	2- العلاج النفسي – التربوي
66	3- التحليل النفسي كطريقة في علاج التبول اللاإرادي لدى الأطفال
67	4- علاج التبول اللاإرادي بواسطة الدراما النفسية
67	5- العلاج السلوكي
68	خلاصة الفصل.

الفصل الرابع: العلاج السلوكي والتقنيات المستوحاة منه في علاج التبول اللاإرادي

69	مقدمة
70	أولاً- تعريف العلاج السلوكي
71	ثانياً- علم النفس السلوكي والمحاولات الأولى للعلاج
75	ثالثاً- أنماط الفكر السلوكي كمؤشر على التطور النظري للمدرسة السلوكية
78	رابعاً- إجراءات العلاج السلوكي
80	خامساً- خصائص العلاج النفسي السلوكي
81	سادساً- العلاج النفسي السلوكي عند الطفل
82	سابعاً- تقنيات العلاج النفسي السلوكي المستخدمة في علاج مشكلة التبول اللاإرادي
91	ثامناً أهم مزايا وعيوب العلاج النفسي السلوكي

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية

93	تمهيد
94	أولا- منهج الدراسة
94	ثانيا- متغيرات البحث
95	ثالثا- الدراسة الاستطلاعية ومجرياتها
97	رابعا- الدراسة الأساسية
97	1. حدود الدراسة
97	2. العينة الأساسية
98	3. مجموعة البحث وخصائصها
98	4. تقديم أدوات الدراسة ووسائلها
98	أ. المقابلة العيادية نصف موجهة
99	ب. الملاحظة العيادية
99	ج. البرنامج العلاجي السلوكي
102	5. تنظيم الجلسات العيادية
104	الخلاصة

الفصل السادس: عرض الحالات ومناقشة النتائج

106	تمهيد
107	أ. عرض الحالات
107	الحالة رقم 1
107	أولا- تقرير المقابلة نصف الموجهة
112	ثانيا- تحليل محتوى الجلسة
112	ثالثا- استنتاج عام عن الحالة
113	الحالة رقم 2
113	أولا- تقرير المقابلة نصف الموجهة
119	ثانيا- تحليل محتوى الجلسة
119	ثالثا- استنتاج عام عن الحالة
120	الحالة رقم 3
120	أولا- تقرير المقابلة نصف الموجهة
125	ثانيا- تحليل محتوى الجلسة
125	ثالثا- استنتاج عام عن الحالة
126	الحالة رقم 4
126	أولا- تقرير المقابلة نصف الموجهة

126	ثانيا- تحليل محتوى الجلسة
131	ثالثا- استنتاج عام عن الحالة
132	الحالة رقم 5
132	أولا- تقرير المقابلة نصف الموجهة
132	ثانيا- تحليل محتوى الجلسة
138	ثالثا- استنتاج عام عن الحالة
139	
140	الحالة رقم 6
140	أولا- تقرير المقابلة نصف الموجهة
146	ثانيا- تحليل محتوى الجلسة
147	ثالثا- استنتاج عام عن الحالة
149	ب. تحليل ومناقشة النتائج
154	عرض النتائج الختامية
155	الاقتراحات والتوصيات ذات صلة بالموضوع
	خلاصة
	قائمة المراجع
	قائمة الملاحق

فهرس الأشكال:

الصفحة	العنوان	رقم الشكل
22	رسم بياني يمثل اختلاف سرعة نمو الجهاز اللمفاوي والعصبي عن النمو العام في مرحلة الطفولة من (6-12 سنة)	01
32	مطالب وحاجات النمو في مرحلة الطفولة من (6-12 سنة)	02
36	صورة بيانية لتشريح الكلية	03
37	بنية الجهاز البولي	04
71	مخطط لأهم رواد النظرية السلوكية	05
77	مخطط يبين تطور المدرسة السلوكية	06
150-149	رسم بياني يمثل عدد مرات التبول الأسبوعي للحالات الست	07

فهرس الجداول:

الصفحة	العنوان	رقم الجدول
22	مقارنة بين سير النمو في مرحلة الطفولة من (6-12 سنة) والطفولة السابقة	01
38	معايير سن النظافة حسب العالم « Duche »	02

96	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	03
98	مجموعة البحث وخصائصها	04

5

الملاحق:

ملحق رقم 01: دليل المقابلة نصف الموجهة المستوحى من استمارة معلومات لحالة تبول لفصيل الزراد.

ملحق رقم 02: تقرير لنتائج المراقبة الذاتية لكل حالة.

ملحق رقم 03: دفتر المراقبة الذاتية.

المقدمة

حظي اضطراب التبول الوظيفي باهتمام عدد كبير من العياديين من مختلف التوجهات النظرية نظرا لما يسببه من قلق للأباء والأمهات من جهة ولما يمكن أن يقود إليه من مشكلات توافقية عديدة للطفل من جهة أخرى، بالإضافة إلى آثاره السلبية على العلاقة بين الطفل والوالدين. لذلك يؤكد الباحثون (Rosenhan&Seligman1984 weiner1982) أن مشكلة التبول اللاإرادي تزداد تعقيدا بنتائجها الإجتماعية التي تعمل على خلق أرضية خصبة لمشكلات نفسية أكثر تعقيدا وأشد خطورة كالقلق، والتقدير المنخفض للذات، والعدوان، والخوف، والإنسحاب الإجتماعي .

وهكذا يتضح أن هناك إنعكاسات نفسية لإضطراب التبول اللاإرادي لا بد الإهتمام بها أثناء الكفالة النفسية، حيث قد تقود هذه الإنعكاسات إلى تثبيت التبول وإستمراره من ناحية، وقد تقود إلى معاودة الإضطراب بعد فترة معينة من العلاج من ناحية أخرى.

وإنطلاقا من هذا الأساس تركز الهدف الأساسي للبحث الحالي في التقصي حول هذه المشكلة للوصول إلى إختيار البرنامج العلاجي المناسب الذي يتعامل مع التبول اللاإرادي وإنعكاساته النفسية.

ولتحقيق هذا الهدف كان من الضروري الإطلاع على التراث السيكولوجي في هذا المجال للوصول إلى أكثر البرامج فعالية، وقد إتضح أن هناك عدد كبير من الأخصائيين و الباحثين اللذين قدموا برامج علاجية متنوعة إستندت إلى وجهات النظر التي ينتمون إليها، حيث قدم العضويون برامج صيدلانية تقوم على أدوية محددة ولعل أشهرها البرنامج الذي إقترحه "أتنبورو وجماعته 1984"، وقدم التحليليون برامج علاجية تتعامل مع العوامل الداخلية اللاشعورية والرغبات المكبوتة، وآليات الدفاع ، ويعتبر برنامج "لويمان 1986" الأكثر شيوعا بين المحللين، أما السلوكيون الكلاسيكيون فقد قدموا برامج علاجية متنوعة بدأت بتقنية "مورر" التي إستندت إلى التعلم الشرطي الكلاسيكي وعرفت بتقنية "الجرس والوسادة" التي أثبتت فعالية كبيرة في علاج تناظر التبول اللاإرادي، ولهذا سريعا ما أدخل السلوكيون بعض التعديلات على هذه التقنية، حيث أدخل "ليفوبند" تعديلا ملحوظا على جهاز "مورر" إستنادا إلى منطلقاته النظرية عن مغزى هذا الجهاز وظل المعالجون السلوكيون يبذلون جهودا متواصلة لإيجاد طرق علاجية أخرى فظهرت طريقة التدريب على إستبقاء البول التي اقترحتها "كيمل".

كما ظهرت طريقة التدريب على السرير الجاف التي تستند إلى مبادئ التعلم الإجرائي والتي أثبتت فعاليتها من خلال دراسة "أزرين و فوكس" 1973، ودراسة "فانسون 1990" وبما أن جميع التقنيات السلوكية السابقة الذكر أثبتت فعاليتها في علاج مشكلة التبول اللاإرادي، وبحثنا الحالي يهدف إلى التقصي حول هذه المشكلة وعلاجها ولهذا رأينا أنه من الضروري تبني هذا النوع من العلاج واستخدام فنياته لتصميم برنامج علاجي سلوكي يساعد الطفل من (6-12 سنة) في التخلص من مشكلة التبول اللاإرادي لديه. وسوف تتضمن الدراسة الحالية جانبين: الأول نظري والثاني تطبيقي.

الجانب النظري: سوف يتكون من أربعة فصول، حيث سنتناول في **الفصل الأول** الإطار العام للدراسة الذي سيتضمن الإحاطة بموضوع البحث، الإشكالية، الفرضيات، أهمية الموضوع و الهدف منه، تحديد المفاهيم وسنختم الفصل بالدراسات السابقة والتعقيب عنها. ثم سنتطرق في **الفصل الثاني** إلى مفهوم الطفولة المتوسطة و المتأخرة، خصائصها، مظاهر النمو فيها وحاجات الطفل ومطالبه في هذه المرحلة، أما بالنسبة **للفصل الثالث** فسوف نتناول فيه كل ما يتعلق بمشكلة التبول اللاإرادي بداية من تعريفها والتعرف على الأسباب التي تكمن وراءها إلى النظريات المفسرة لها، تشخيصها، مآلها وعلاجها. في حين **الفصل الرابع** سيتمحور حول العلاج السلوكي، تعريفه والتعريف برواده والفنيات العلاجية المستوحاة منه في علاج مشكلة التبول اللاإرادي، وأخيرا سنتطرق لعيوبه ومزاياه.

الجانب الميداني: سيتكون من فصلين: **الفصل الخامس** سيتمثل في الإجراءات المنهجية والذي سيتضمن الدراسة الإستطلاعية، منهج البحث، مكان إجراء البحث، أدوات جمع البيانات والدراسة الأساسية. كما سنتطرق في نهاية هذا الفصل إلى تقديم خطة سير الجلسات العلاجية. أما **الفصل السادس** سيتناول عرض النتائج ومناقشتها وتحليلها، ثم سنتعرض إلى تفسيرها. وفي الأخير سننهى بحثنا المتواضع بخلاصة عامة ثم الإقتراحات، التوصيات، المراجع، وأخيرا الملاحق.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية

تمهيد

أولاً- منهج الدراسة

ثانياً- متغيرات البحث

ثالثاً- الدراسة الاستطلاعية ومجرياتها

رابعاً- الدراسة الأساسية

1. حدود الدراسة

2. العينة الأساسية

3. مجموعة البحث وخصائصها

4. تقديم أدوات الدراسة ووسائلها

أ. المقابلة العيادية نصف موجهة

ب. الملاحظة العيادية

ج. البرنامج العلاجي السلوكي

5. تنظيم الجلسات العيادية

الخلاصة

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية

تمهيد:

يرتبط تقدم أي علم من العلوم بدرجة الدقة التي يصل إليها في تحديد مفاهيمه وفي دقة الأدوات المستخدمة لقياسه، حيث يقوم الباحث منذ تفكيره في مشكلة البحث بوضع تصميم منهجي دقيق لكافة الخطوات التي يشتمل عليها البحث، ويتطلب هذا التصميم بلورة المشكلة وصياغتها وتحديد نوع الدراسة، ومناهج البحث، والأدوات اللازمة لجمع البيانات، والطريقة التي تعالج البيانات من حيث التحليل والتفسير.

في هذا الفصل سنقوم بتوضيح الإجراءات المنهجية التي تتبعناها في الدراسة والوسائل المستعملة فيها، حيث يضم هذا الفصل المنهج المتبع في هذه الدراسة ومكان إجراءها، وتطرقنا أيضا إلى تقديم العينة والأدوات المستعملة لجلب البيانات، وفي ما يلي عرض مفصل لما جاء في هذا الفصل.

1- منهج الدراسة:

يحدد منهج الدراسة نظراً لعدّة اعتبارات منها طبيعة المشكل وفرضيات الدراسة إضافة إلى نوعية البيانات، ويمثل المنهج الطريق أو المسلك المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة التي تهيمن على تسيير العمل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة.¹

وتختلف المناهج باختلاف المواضيع المقترحة، فلكل منهج وظيفته وخصائصه التي يستخدمها كل باحث في ميدان اختصاصه، كما تساهم طبيعة صياغة الإشكالية في تحديد المنهج المناسب للدراسة وتجدر الإشارة هنا إلى فكرة جوهرية وهي أن تحديد منهج الدراسة لا يتم في منتصف البحث بل في بدايته.²

ومن خلال تفحصنا لطبيعة المناهج وجدنا أن دراسة مشكلة نمائية للأطفال على قدر من الخصوصية والتعقيد تقابل بثقافة الصمت كالتبول اللاإرادي يصعب جداً أن يستخدم فيها الباحث المنهج التجريبي أو الوضعي، وعليه تم اختيار المنهج العيادي الذي يعتمد على دراسة الحالة وهذا يتناسب تماماً مع الهدف من الدراسة ويجب على فرضياتها، حيث أن منهج دراسة الحالة يمكن الباحث من جمع البيانات الخاصة بالفرد ومشكلته، مهما كان نوع المصادر التي اعتمد عليها، يمكنه أن يعطي صورة للفرد تفسر نموه وتطوره والعوامل التي تؤثر فيه كما يوضح المشكلة الحالية والقوى المؤثرة في تصوره لها واتجاهاته نحوه.³

2- متغيرات البحث:

أ- المتغير المستقل: هو البرنامج العلاجي السلوكي، يهدف إلى مساعدة الأطفال المتبولون وظيفياً على اكتساب عادات ومهارات ووظيفة وسلوكات علاجية تساعدهم على التحكم في عملية التبول، والتخلص من هذا المشكل بغية إعادة التوافق النفسي لهم، ويتضمن البرنامج فنيات مختلفة من العلاج السلوكي كالتعزيز الإيجابي والسلبى، الحث والتشكيل الذي اعتمد على التدوين في سجل التقييم اليومي، النمذجة الرمزية، أسلوب المراقبة الذاتية.

¹ عبيدات محمد، أبو نصارو آخرون: منهجية البحث العلمى، دار وائل للطباعة و النشر، الأردن، ط2، 1999، ص47

² جعفري ربيعة نسيم: الدليل المنهجي للطالب، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2006، ص 89 و 90.

³ القطامي نايفة: طرق دراسة الطفل، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، 1989، ص184، بط

وتقاس فاعلية البرنامج من خلال التغيرات التي تحدث بعد تطبيق البرنامج والتي يمكن ملاحظتها عن طريق سجل التقييم اليومي الذي يقيس تواتر التبول عند الطفل.

ب- المتغير التابع: وهي التغيرات الحاصلة في تواتر التبول المسجل لأفراد المجموعة المدروسة من خلال إجراء مقارنة بين تواتر التبول قبل تطبيق العلاج، وبعده مباشرة، وبعد شهر من التطبيق (تتبع)، وهذا لمعرفة التحسن الذي يحدث على المتغير التابع (متغير التبول الوظيفي لدى الأطفال).

3- الدراسة الاستطلاعية ومجرياتها:

أ- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة أساسية في أي بحث علمي وهذا من أجل ضبط المتغيرات والعلاقة الموجودة بينهما.

فالدراسة الاستطلاعية تعمل على مساعدة الباحث لاختيار الأدوات المناسبة لجمع البيانات وكذا العينة المناسبة للدراسة كما تساعده على معرفة كيفية التعامل مع أدوات البحث.

ولهذا يمكن أن نقول أن الدراسة الاستطلاعية هي مرحلة أولية أو دراسة قبلية تسبق الدراسة الأساسية فهي تهدف إلى جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات على موضوع الدراسة كما تهدف أيضا إلى التجريب والتدريب.¹

كما تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى التعرف إلى أهم الفروض التي يمكن وضعها وإخضاعها للبحث العلمي، وكذا التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة² وتتجلى أهمية وأهداف الدراسة الاستطلاعية في النقاط التالية:

- التعرف على الميدان التطبيقي وعراقيله لتفاديها أثناء الدراسة الأساسية.
- تحديد إشكالية وفرضيات البحث.
- ضبط المتغيرات وتحديد لها.
- تحديد شروط العينة.
- بناء ومحاولة تشبع أسئلة المقابلة العيادية.
- التأكد من وضوح تعليمات الأدوات ومدن تجاوب الأفراد منها.

ب- إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

وفي دراستنا هذه بدأت الدراسة الاستطلاعية انطلاقا من احترام وتتبع الخطوات الإدارية بين الجامعة والمؤسسات المعنية والتي يتبع لها ميدان الدراسة.

¹ عشوي مصطفى: مدخل إلى علم النفس المعاصرة, ديوان المطبوعات الجامعية, الجزائر, 2003, ص 110.

² مروان, عبد المجيد إبراهيم: أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية, الوراق للنشر, عمان, ط1, 2000, ص 38.

فبعد أخذ الإذن من قسم علم النفس بالجامعة انتقلنا إلى مديريات المؤسسات العمومية للصحة الجوارية بكل من: بلدية مسرغين وبلدية بوتليليس التابعة لولاية وهران، كما انتقلنا أيضا إلى قسم الأطفال بالمستشفى الجامعي الكائن بحي بلاطو، والمستشفى المتخصص في طب الأطفال بحي كانستال .

وقد تعددت المؤسسات الصحية بهدف التوسع في الموضوع المتمثل في مشكلة التبول اللاإرادي عند الأطفال وإزالة الغموض عنه، وكانت الأسئلة عن الموضوع بشكل عام وبدون تحديد نوع التبول، وهذا لاستيعاب الموضوع بصورته المجمل وبجميع خصائصه بهدف معرفة كل العوامل التي تكمن وراء هذه المشكلة، واستبعاد العضوية منها أثناء التشخيص واختيار العينة.

كما تم الاستفادة من الدراسة الاستطلاعية في تحديد العمر الزمني للعينة، فأغلبية الحالات التي تتقدم إلى الاستشارة سواءً الطبية أو النفسية تتراوح أعمارهم ما بين 6 إلى 12 سنة، كما تم تحديد مكان الدراسة، حيث معظم الأطفال الذين يُقدّمون على العلاج تم توجيههم من قبل فريق وحدة الصحة المدرسية.

وتنبهنا أيضا أنه سيكون من الصعب إيجاد العينة المراد دراستها في البحث الحالي، ألا وهي الأطفال الذين يعانون من التبول الوظيفي، حيث أن نسبة انتشار التبول الأولي تفوق بكثير نسبة التبول الوظيفي.

ج- عينة الدراسة الاستطلاعية:

• وصف العينة الاستطلاعية وخصائصها:

شملت عينة الدراسة الاستطلاعية ما يقارب (60) حالة من الأطفال المتمدرسين لكلا الجنسين، تراوحت أعمارهم من 6 إلى 12 سنة، يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي، تم استدعاءهم من قبل الأطباء والأخصائيين التابعين لوحدة الصحة المدرسية:

• خصائصها:

النسبة	العدد	الجنس
38,33%	23	ذكور
61,66%	37	إناث
100%	60	المجموع

جدول (03) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

د-أداة القياس:

بعد التحاق الأطفال الذين تمّ استدعاءهم إلى مكتب الاستشارة النفسية والصحة المدرسية المتواجد بمتوسطة مفدى زكرياء (بلدية مسرغين)، واستقبالهم من طرف الأخصائية النفسية، يتم إحالتهم إلى الباحثة للكشف عن نوع التبول لدى الحالات وهذا بهدف انتقاء العينة المستهدفة في البحث الحالي.

واعتمدت الباحثة في تشخيصها للحالات على الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، ومجموعة من الأسئلة المختلفة المستمدة من استمارة بحث إكلينيكية لحالة تبول لاإرادي من إعداد الدكتور فيصل محمد خير الزراد، كما طلبت الباحثة من الحالات إجراء بعض الفحوصات الطبية التي تم تدوينها من طرف طبية خدمة الصحة الجوارية.

و- المجال الزمني والمكاني للدراسة الاستطلاعية:

تمّ إجراء الدراسة الاستطلاعية في مكتب وحدة الصحة المدرسية التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بدائرة مسرغين المتواجد بمتوسطة مفدى زكرياء وكان هذا في الفترة الممتدة من 18 سبتمبر 2013 إلى 28 أكتوبر 2013، وفيما يلي نلخص نتائج الدراسة الاستطلاعية:

- 1) التعرف على الميدان الذي سيتم فيه إجراء الدراسة وعلى الصعوبات والعراقيل التي قد تواجهنا في هذا البحث.
- 2) الإلمام بمشكلة التبول اللاإرادي عند الطفل من جميع أبعادها.
- 3) تحديد سن العينة الأساسية المتمثلة في الأطفال من 6 إلى 12 سنة.
- 4) تحديد شروط العينة الأساسية، أي الأطفال الذين يعانون من التبول الوظيفي الليلي.
- 5) تعديل بعض أسئلة المقابلة العيادية من حيث صياغة أسلوبها لتكون أكثر وضوحاً بالنسبة لسن الأطفال.

4- الدراسة الأساسية:

أ- حدود الدراسة الأساسية:

إن دراسة مشكلة نمائية لدى الأطفال على قدر من الخصوصية والتعقيد يستدعي استخدام المنهج العيادي الذي يعتمد على دراسة الحالة، كما يستدعي ضبط الظروف

المكانية التي تجري فيه الدراسة للوصول إلى الأهداف المنشودة، ولذلك تمّ إجراء الدراسة الأساسية في نفس المتوسطة التي يتواجد فيها مكتب وحدة الصحة المدرسية، ولكن لضيق هذا المكتب وعدم توفر مكان مخصص للباحثة وحالاتها، طلبنا من المدير تخصيص قاعة خاصة لمقابلة الحالات فيها، وتلقينا جميع التسهيلات لتوفير مكان المقابلات وتعديله.

وتمّ تطبيق الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة من 03 نوفمبر 2013 إلى 20 أبريل 2014.

ب- العينة الأساسية:

(1) وصف العينة:

اعتمدنا في اختيارنا للعينة على العينة القصدية أو العمدية، حيث تستخدم هذه الطريقة في حالة معرفة الباحث لمعالم الإحصائية للمجتمع وخصائصه، لأن العينة القصدية تتكون من مفردات تمثل المجتمع الأصلي تمثيلاً جيداً.

(2) شروط اختيار مجموعة الدراسة الأساسية:

- راعينا في اختيارنا للعينة شروطاً معينة تتمثل في الآتي:
- أن تتكون مجموعة الدراسة من أطفال لكلى الجنسين.
 - أن يتراوح عمر الطفل ما بين 6 و 12 سنة.
 - أن يكون الطفل سليماً من أي إعاقة سواءاً حركية أو عقلية.
 - أن تكون التحاليل الطبية التي قام بها سلبية، أي لا يشكو من عوامل عضوية، فالأطفال المقصودين من الدراسة أطفال يعانون من التبول الوظيفي.
 - أن يكون لهؤلاء الأطفال أمهات، لأن وجودهم ضروري في البرنامج العلاجي، حيث سيتم تدريب الأمّ في هذا البحث كوكالة علاجية تساعد الطفل في تقييمه الذاتي، كما استحسننا أن يكون مستواهن التعليمي "متوسط" على الأقل .

3) مجموعة البحث وخصائصها:

مجموعة الدراسة	الجنس	العمر	المستوى الدراسي	نوع التبول (ليلي، نهاري)
ب.أ	ذكر	10 سنوات	أولى متوسط (مفدى زكرياء)	ليلي
د.ف	أنثى	8 سنوات	رابعة ابتدائي (ملياني جيلالي)	ليلي
ب.ج	أنثى	9 سنوات	خامسة ابتدائي (يغمراسن)	ليلي
م.ر	أنثى	9 سنوات	خامسة ابتدائي (البشير الإبراهيمي)	ليلي
ق.م	ذكر	8 سنوات	رابعة ابتدائي (البشير الإبراهيمي)	ليلي
ت.إ	أنثى	10 سنوات	خامسة ابتدائي (أحمد زبانة)	ليلي

4) تقديم أدوات الدراسة ووسائلها:

تعتبر أدوات الدراسة وسائل يجمع بها الباحث المعلومات اللازمة للإجابة على أسئلة دراسته واختبار فروضها. وبما أن لكل دراسة علمية أدوات يعتمد عليها الباحث، فإن أدوات الدراسة الحالية كالتالي:

- المقابلة العيادية نصف موجهة.
- الملاحظة العيادية.
- البرنامج العلاجي السلوكي.

أ- المقابلة العيادية النصف موجهة:

اعتمدنا في دراستنا على المقابلة العيادية نصف الموجهة لأنها ملائمة لدراستنا. وتعرف بأنها علاقة بين المختص والمفحوص، حيث يقوم المختص بطرح سؤال ثم يترك للمفحوص فرصة التحدث بحرية، غير أن الفاحص هو الذي يسيّر الحوار، فنجد أن هناك أسئلة موجهة وأخرى نصف موجهة.

يحتوي هذا النوع من المقابلة على دليل يحتوي على مختلف المواضيع المراد التطرق إليها من قبل الفاحص خلال المقابلة، واستناداً إلى هذا اعتمدنا على استمارة بحث لحالة تبول لاإرادي للدكتور فيصل الزراد لأنها تحتوي على مختلف المحاور التي ترتبط بمشكلة التبول اللاإرادي لدى الطفل، حيث تتضمن

هذه الاستمارة 8 محاور وهي:

بيانات عامة عن الحالة، بيانات على الأسرة، بيانات عن الطفل المريض، بيانات عن نمو الطفل، بيانات عن القدرة العامة للذكاء عند الطفل، بيانات حول عملية التبول، بيانات حول الأعراض المصاحبة لعملية التبول، بيانات حول علاج الحالة. وتساعد هذه الأداة على جمع أكبر قدرة ممكن من البيانات التي تخص مشكلة الطفل، وأهمّ العوامل والآثار المرتبطة بها، كما تجمع بيانات تخص مدى الاستجابة للعلاجات المجربة من قبل.

● الهدف الخاص من إجراء المقابلة نصف موجهة:

يتمثل هدفنا من إجراء المقابلة العيادية نصف موجهة في التعرف على المفحوص، والحصول على المعلومات الأولية عنه وعن عائلته، كما يساعدنا في تحليل معطيات الحالة.

ب- الملاحظة المباشرة:

تعرف الملاحظة المباشرة في علم النفس على أنها مصطلح عام يرمي إلى إدراك وتسجيل دقيق ومصمم لعمليات تخص موضوعات أو حوادث أو أفراد في وضعيات معينة.

حيث أنّ المهارة في الملاحظة الإكلينيكية ليست أساسية في عملية التشخيص فحسب، بل في ترشيد العلاج أكان فرداً أو جماعياً أو عن طريق اللعب.

ولقد قمنا في هذه الدراسة بتصميم جدول ملاحظة منظمة يدرس جوانب مختلفة وهي كالآتي: المظهر الخارجي، السلوك الظاهر، الإشارات والحركات التي يستخدمها الطفل،

الطلاقة اللفظية، التفاعل مع الآخرين، طريقة الاستجابة للمقاييس وهذا موضح في الملاحق.

ج- البرنامج العلاجي السلوكي:

لقد أخذنا سياق العلاج بالإجراءات التالية:

بدأت الباحثة بتقدير المشكل لدى الحالات واتبعت المراحل التالية:

- (1) إقامة تحليل وظيفي حيث يؤكد « Kanfer & Saclore » أنه قبل وضع إستراتيجية علاج خاصة يجب المرور بالتحليل الوظيفي الجيد للسلوك المشكل.
- (2) التقييم المنظم للنتائج التي يتم الحصول عليها في دفتر المراقبة الذاتية.
- (3) إعادة تقييم الطرق العلاجية (تقييم تنبعي بعد فترة العلاج مدته أسبوعان) للتأكد من صلاحية وفعالية التقنيات المستخدمة.

ولقد شمل التحليل الوظيفي النقاط التالية:

- (1) التعرف الدقيق على التبول اللاإرادي والذي تعاني منه الحالات وفقاً لما يلي:
 - المستوى الحسي – الحركي: تواتره، شدته، نوعيته.
 - المستوى المعرفي: كيفية تعايش الطفل مع مشكلة التبول الوظيفي وتأثيرها على مستواه المعرفي.
 - المستوى الانفعالي: كيفية معايشة الطفل للتبول على المستوى الانفعالي.
- (2) السوابق: أي الرجوع إلى التاريخ الشخصي للحالات على المستوى الفيزيولوجي، والتنشئة الاجتماعية وضغوط التعلم، النمو والأفكار والانعكاسات النفسية، أي كل ما يسيّر السلوك المشكل.
- (3) نتائج السلوك المشكل: أي كل ما يخص المتغيرات التي تلي التبول سواء كانت خارجية (ضرب الأم له أو الأب، شتم أو استهزاء، نبت...الخ) والمتغيرات الداخلية (كالخجل، القلق، التقدير السيئ للذات، الخوف...الخ) أي معرفة كل الوقائع التي تنتج عن السلوك المشكل والتي تعمل على تثبيته وليس للحد منه كما هو معتقد من طرف المحيط.
- (4) تحليل الحوافز: معرفة كل ما يحبه الطفل لاستخدامه كمحفز ايجابي أو سلبي واستخدامه في العلاج.
- (5) تحليل التحكم الذاتي: التعرف على الوسائل التي يتوفر عليها الفرد على مستوى التحكم الذاتي في الحياة اليومية.
- (6) الأدوية والعلاجات المستخدمة: أي التعرف عن العلاجات التي استخدمتها الحالات في علاج مشكلة التبول الوظيفي لديها، وعلى الأدوية التي تناولتها إن وجدت.

7) توقعات العميل: أي ما هي توقعاته فيما يخص العلاج وماهي تنبؤاته بنتائجه وهذا لمعرفة ما مدى إرادته ورغبته في العلاج.

وهكذا احتوى البرنامج العلاجي على ما يلي:

قبل التطرق إلى العلاج بصورة مباشرة مع الطفل كان من الضروري إجراء مقابلة منفردة مع أمهات الأطفال وهذا بهدف تدريب كل أم كوكالة علاجية لمساعدة طفلها على الحدّ من مشكلة التبول الوظيفي لديه، بدأت الحصة بإعطاء مفهوم مبسط لهذه المشكلة وتعريفهن على العوامل التي قد تؤدي إلى ظهورها عند الطفل، كما قامت الباحثة بطمأنتهن وقدمت بعض الإرشادات التي تخص طريقة التعامل مع الطفل عند تبوله وحذف كل المعاملات التي قد تعمل على تثبيت هذه المشكلة عند الطفل.

وجعلت الباحثة الأمهات على دراية بأهمية التدخل السلوكي، وضرورة الانتظام لمواعيد الاستشارة النفسية، وعلى أهمية دورهن في نجاح أو فشل العلاج. كما شرحت الباحثة بشكل دقيق ومفصل كل ما هو موجود ومدون بدفتر المراقبة الذاتية الذي سيرافق أطفالهن طوال فترة العلاج وذلك من أجل مراقبة تحسنهم بأنفسهم، وتقييم مجهوداتهم الخاصة، كما يعتبر أداة تقييم الباحثة للطرق العلاجية المستخدمة مع الحالات والتأكد من فعاليتها.

أما فيما يخص الخطوات العلاجية المستخدمة فقد تمثلت فيما يلي:

أ- تقنيات سلوكية مستمدة من التعلم الإجرائي والكلاسيكي وتمثلت في:

1) الحث: استعملت الباحثة ما يلي:

- الحث الكلامي: الذي تمثل في الشرح التفصيلي والتذكير بالسلوكيات المطلوب من الطفل تعلمها، والمغزى منها تذكير الطفل بالسلوك المراد تحقيقه والهدية التي تنتظره (التعزيز الايجابي) ومساوئ السلوك الغير الملائم (التبول الوظيفي) وانعكاساته على توافقه النفسي.

- الحث الحركي: المتمثل في لعب دور لما يجب أن يقوم به الطفل والأم في حالة التبول في الفراش.

2) التشكيل: استعملت الباحثة تقنية التشكيل، وذلك لتشكيل سلوكيات ملائمة تعمل على

إبقاء السرير جاف، وهي كالاتي:

- الانتباه للدلائل الداخلية (امتلاء المثانة).

- الإفراغ الإرادي في المكان المناسب (دورة المياه).

3) التعزيز الايجابي والسلبى:

- التعزيز الايجابي: وتمثل في التعزيز المادي المتفق عليه من قبل كل من الأم وطفلها، والتعزيز الاجتماعي، وكان بعد الاطلاع على دفتر التقييم الذاتي الشخصي لكل حالة.

- التعزيز السلبي: تمثل في تقنية التصحيح المفرط، وكانت على النحو التالي:

- أ- مرحلة الإصلاح: تغيير ملابس النوم و أغطية الفراش.
ب- مرحلة الممارسة: غسل أغطية الفراش والملابس التي تم التبول فيها من قبل الطفل.

ملاحظة: يكون غسل أغطية الفراش والملابس بطريقة بسيطة تحت إشراف الأم، وهذا بهدف تحسيس الطفل وجعله مسؤول عن تصرفاته أكثر، والذي كان أيضا بعد التطلع إلى دفتر التقييم الذاتي للحالة.

(4) تقنيات علاجية مستمدة من مبادئ التعلم بالملاحظة:

أ- النمذجة الرمزية: حيث عرضت الباحثة على الأطفال نماذج رمزية للمراقبة الذاتية لأطفال متبولين استطاعوا بعد التدريب الوصول إلى نتائج ايجابية وهذا بهدف طمأننتهم وتحفيزهم أكثر.

ب- تقنيات سلوكية – معرفية: قامت الباحثة بتصميم دفتر للتقييم اليومي لكل حالة سمته دفتر التقييم اليومي الشخصي، والهدف منه الرجوع للمراقبة الذاتية. ولقد احتوى هذا الدفتر على مايلي:

- الحماية الغذائية المنصوح بها، لتفادي التبول.
- أشرنا كذلك إلى أهمية الماء ومدى حاجة الجسم إليه، كما جعلنا كل طفل يتعلم طبيعة حساب حجم السوائل التي عليه أن يتناولها في اليوم وفقاً لوزنه، ووضعنا أنه ليس الهدف من العلاج الحدّ من السوائل والامتناع عنها أو التقليل من الشرب، بل هو تنظيم أوقات أخذ السوائل في اليوم حسب الجدول الصمم لذلك.
- جدول التقييم اليومي للأيام الجافة (التي لم يحدث فيها التبول)، والأيام المبللة (التي حدث فيها التبول)، والذي يعتمد على أسلوب التعزيز الإيجابي والسلبي.
- تخصيص مساحة للملاحظة التي قد تدونها الأمهات عن سوابق السلوك المشكل (أي الأحداث التي يمكن أن تكون وراء تبول الطفل في أحد الليالي، أو مزاجه في ذلك اليوم...الخ).

كما استخدمت الباحثة "المنبه" حيث طلبت من الأم إيقاظ الطفل على الساعة 1:00 والساعة 5:00 بعد منتصف الليل.

وفي الأخير نذكر تنظيم الجلسات، ولقد قمنا بتنظيمها حسب المنهجية التالية:

1. الجلسة الأولى: مدتها 45 دقيقة-60 دقيقة.

- كانت عبارة عن مقابلة نصف موجهة تم تخصيصها لتحقيق الأهداف الآتية:
 - تقدم الباحثة نفسها للأم والطفل، تشرح دورها كأخصائية بشكل مبسط، الذي يهدف إلى مساعدة العميل على التخلص من مشكلاته، كما تقدم الباحثة بعض المعلومات حول صلاحيات وحدود مهنتها.
 - العمل على كسب ثقة العميل وإشعاره بالارتياح والطمأنينة.
 - فسح المجال للأم لتقديم مشكلة ابنها، وتشجيعها على الحديث عن كل ما يدور حول المشكل كسوابقه ولواحقه، وسبب رجوع الطفل إلى التبول بعد اكتساب النظافة في رأيها.
 - جعل الأم والطفل على دراية بطبيعة المشكل وانعكاساته بشكل مبسط وطمأننتهم حول الموضوع، وجعلهم على دراية بأهمية التدخل السلوكي والالتزام بمواعيد الاستشارات النفسية.
 - الحصول على بعض المعلومات عن العميل: الاسم، اللقب، السن، المستوى الدراسي وطبيعة تحصيله الدراسي، مهنة كل من الأب والأم، عدد الإخوة ومرتبة العميل، نوعية التبول ليلي نهاري أو نهاري ليلي.
 - كيفية تعايش الطفل مع مشكلة التبول الوظيفي في حياته اليومية على المستوى المعرفي والانفعالي.
 - نتائج السلوك المشكل أي ما يليه من عقاب أو ضرب أو شتم من قبل المحيط، الأدوية والعلاجات التي استخدمتها الأم.
 - إعطاء الطفل جدول لتسجيل الأيام الجافة والمبللة ونطلب منه إحضاره في الأسبوع الموالي.

2. الجلسة الثانية:

- يتم فيها تدعيم الأهداف السابقة التي تمّ تحقيقها في الجلسة الأولى المتمثلة في كسب ثقة العميل وبناء علاقة علاجية مبنية على التقبل والثقة والسرية .
- الحصول على السجلات التي تمثل التقييم الأولي لتواتر التبول لدى العميل.
- تبصير العميل بمشكلاته، باستعمال مفاهيم بسيطة نبين من خلالها مفهوم التبول الوظيفي، وكيفية حدوثه باستعمال مخطط يصف عمل المثانة وامتلاءها.
- كما قامت الباحثة بتذكير العميل بأنه نجح باكتساب النظافة سابقاً، وفي سن أصغر من ما هو عليه، وحاولت معرفة أسباب رجوع العميل إلى التبول، كما أننا نطلب من العميل مواصلة تدوين أيامه الجافة والمبللة.

3. الجلسة الثالثة:

استهدفت ما يلي:

تقوم الباحثة بإعطاء العميل الدفتر الخاص بالمراقبة، ونشرح كل ما هو مدوّن به ابتداء من طبيعة الغذاء الذي عليه تجنبه والتذكير بأهمية الماء لجسمه وكيفية حساب حجم السوائل التي عليه تناولها يوميا وتنظيم شربها استناداً إلى الجدول المصمم لذلك، كما شرحت الباحثة أيضاً طريقة تدوين الأيام الجافة

والمبللة في الجدول الخاص بها، كما قامت الباحثة بتحليل الحوافز مع الأم والطفل لمعرفة كل ما يحبه الطفل وذلك لاستخدامه كمعزز ايجابي في العلاج، وكما تذكر الباحثة أنه في حالة التبول هناك تعزيز سلبي تمثل في تغيير ملابسه وأغطية السرير وغسلها بمفرده.

- الشرح للطفل لأهمية المراقبة الذاتية وآلية مراجعتها، والإيحاء بالتحسن لتدعيم التوقعات الفعّالة باستخدام الإيحاء الكلامي.
- تذكير الأم بضرورة مشاركتها في البرنامج، وأنّ فعاليته تعتمد عليها بشكل كبير، والتأكد من استيعابها البرنامج هي وطفلها وإتاحة الفرصة لهما بطرح أي تساؤل حوله.
- تحليل توقعات العميل فيما يخص العلاج، لمعرفة مدى إرادته ورغبته فيه .

4. الجلسة الرابعة:

- مراجعة الأهداف السابقة وما تحقق منها، وتكوين التوقعات الايجابية باستخدام النمذجة الرمزية والإيحاء الكلامي.
- تقييم النتائج التي تحصل عليها العميل في تقنية المراقبة الذاتية، والتأكد من تلقي الطفل مكافأته.
- كما طلبت الباحثة من الأم إيقاظ الطفل على الساعة الواحدة والخامسة صباحاً للذهاب إلى دورة المياه وذلك قصد إفراغ مثانته، وأكدت على ضرورة إيقاظ الطفل بصورة جيدة، وهذا لإدراكه بما يحدث.

5. الجلسة الخامسة:

- مراجعة الأهداف السابقة وما تحقق منها .
- تقييم التحسّن من قبل الطفل والأم والباحثة، والاتفاق على ماهية التعزيز بعد الشفاء وآلية تقديمه له.
- كما خصصت الباحثة جلسة سادسة بعد شهر من انتهاء العلاج (جلسة متابعة)، وذلك للكشف عن الانتكاس إن وجد لدى الحالات المدروسة، بعد الإطلاع على جدول الليالي الجافة والليالي المبللة المخصص لشهر المتابعة.

ملاحظة: جميع الجلسات تكون فيها الأم والطفل معاً.

كما ذكرنا سابقاً أنه قبل الشروع في أخذ حصص مع الأم والطفل معاً تمّ تخصيص جلسة للأمهات وحدهن، يتم فيها شرح البرنامج العلاجي بصورة منفصلة

خلاصة الفصل:

وأخيراً وبعد عرضنا لأهم الخطوات المنهجية المتبعة في الدراسة الميدانية لهذا البحث، والتي تعتبر الركيزة الأساسية لأي بحث علمي، فإتباع هذه الخطوات يؤدي إلى الحصول على نتائج تساعد على رفض أو قبول الفرضيات الموضوعية للدراسة و في الفصل التالي سيتم عرض الحالات وتفسير النتائج التي تحصلنا عليها.

الفصل الثالث

التبول اللاإرادي

الفصل الثالث: التبول اللاإرادي، ماهيته، أسبابه، تشخيصه و علاجه

تمهيد

أولاً- فيزيولوجية التبول

ثانياً- تعريف التبول اللاإرادي

أ. تعاريف للتبول اللاإرادي

ب. حدوث المشكلة وانتشارها

ج. المظاهر الناتجة عن التبول

د. أشكال التبول اللاإرادي

ثالثاً- النماذج النظرية المفسرة للتبول اللاإرادي

رابعاً- أسباب التبول اللاإرادي

خامساً- شخصية الطفل المتبول لاإرادياً

سادساً- تأثير التبول اللاإرادي على الأسرة وعلى نمو الطفل

سابعاً- التشخيص والعلاج

1. التشخيص:

أ. تشخيص مشكلة التبول اللاإرادي

ب. التشخيص الفارقي لمشكلة التبول اللاإرادي

ج. مسار المشكلة ومآلها

د. المضاعفات

2. العلاج:

أ. العلاج الطبي

ب. العلاج النفسي – التربوي

ج. التحليل النفسي كطريقة في علاج التبول اللاإرادي لدى الأطفال

د. علاج التبول اللاإرادي بواسطة الدراما النفسية

هـ. العلاج السلوكي

خلاصة الفصل.

الفصل الثالث

التبول اللاإرادي

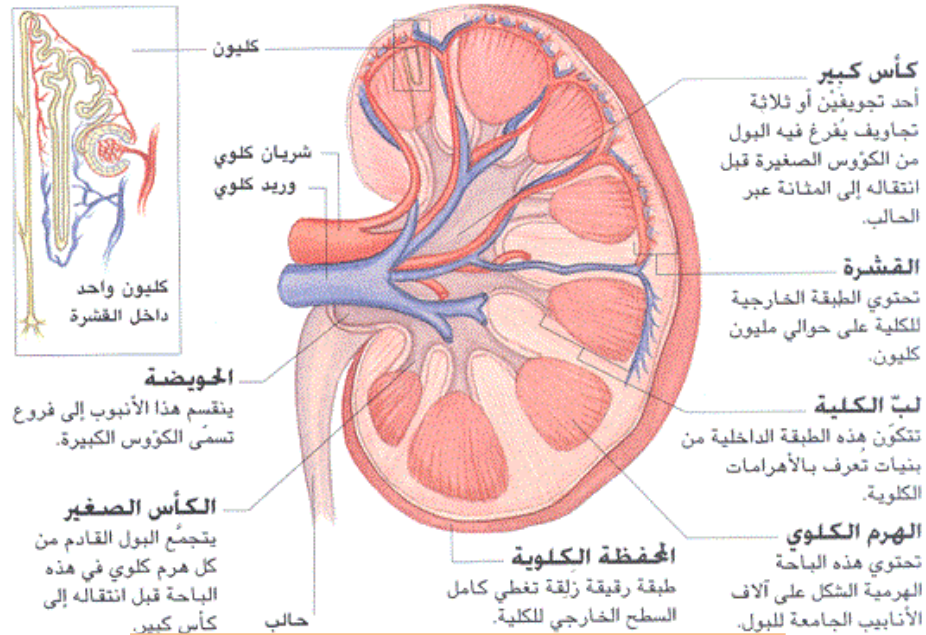
تمهيد: تتطلب دراسة التبول اللاإرادي العودة إلى فيزيولوجيا التبول العادي التي تقتضي معرفة دقيقة للمجموع البنيوي المشكل من: الكليتين، الحالبين والمثانة، وقناة الإحليل.

أولاً- فيزيولوجية التبول:

يساعد الجهاز البولي الإنسان على تخليص الجسم من الفضلات، والماء والأملاح المعدنية التي يسبب تراكمها تسمم الدم وبالتالي تعريض الصحة للخطر أو الموت، ويتكون الجهاز البولي من:

1- مكونات الجهاز البولي:

أ- **الكلية:** وهي العضو الرئيس في الجهاز البولي وتتركب من منطقتين هما: خارجية وتعرف بالقشرة وداخلية وتعرف بالنخاع، ويمتد في شكل مخاريط حتى تصل إلى تجويف وسطي يسمى حوض الكلية، وتتركب الكلية من الوحدات الأنبوبية الكلوية والتي تبلغ 1.3 مليون وحدة وهي التي تكون البول¹.



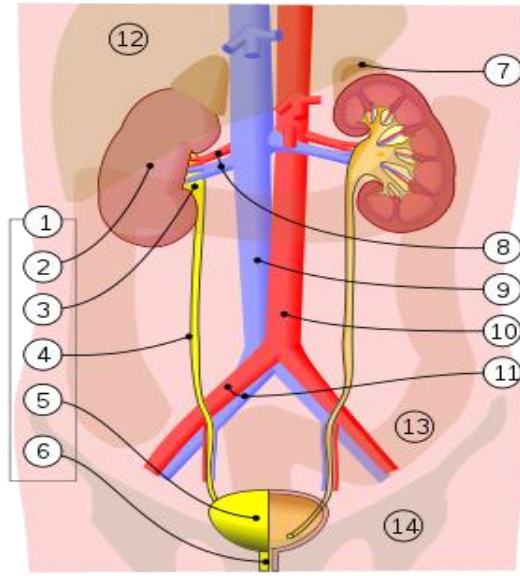
الشكل رقم (03) يمثل صورة بينية لتشريح الكلية (2)

¹ الخطيب أحمد حامد و آخر: التبول اللاإرادي أسبابه وعلاجه، مرجع سبق ذكره، 2003، ص 9

ب-الحالبان: الحالب في علم التشريح هو القناة التي تحمل البول من الكلية إلى المثانة البولية، ويوجد بجسم الإنسان حالبين، واحد لكل كلية¹.

ج- المثانة: وهي عبارة عن كيس غشائي عضلي مجوف بيضاوي الشكل يقع تحت الصفصاف في أسفل المنطقة الأمامية من الحوض وهي تخزن البول القادم من الكلية. ويبطن الجدار الداخلي للمثانة نسيج طلائي انتقالي، وتحاط هذه الأنسجة بألياف عضلية ملساء حلزونية وطولية تسمى عضلة المثانة التي تترتب أليافها بصورة عشوائية، فلا تكوّن طبقات الألياف العضلية داخل عنق المثانة الصمام الداخلي غير الإرادي وطبيعته تمنع تفرغ المثانة حتى وجود المؤثر الذي يؤدي للتبول، وتمر قناة مجرى البول خلال الحجاب البولي التناسلي، الذي يحتوي على طبقة من العضلات الهيكلية تسمى الصمام الخارجي ذو التحكم الإرادي، ويستخدم لحبس أو تقطيع البول.

د- الإحليل: في التشريح، الإحليل هو قناة تربط المثانة إلى خارج الجسم، كما أن للإحليل وظيفة إخراجية في الجنسين بإخراج البول للخارج، وأيضاً له وظيفة جنسية عند الذكر وهي عبور السائل المنوي¹.



الشكل رقم (04) يوضح بنية الجهاز

البيانات: 1- الجهاز البولي البشري 2- الكلية 3- الحالب 4- المثانة 5- مجرى البول 6- الغدة الكظرية 7- الأوعية الدموية 8- الشريان والشريان الكلوي 9- الوريد الكلوي 10- الوريد الأجوف 11- الشريان الحرقفي المشترك 12- الكبد 13- الأمعاء الغليظة 14- الحوض.

2- التحكم في عملية التبول والاكْتساب العادي للنظافة:

إن التبول عملية فيزيولوجية معقدة تخضع لسيطرة المخ، وهي ببساطة تبدأ بتجمع نقاط البول القادمة من الكليتين عبر الحالبين في المثانة حيث توجد مستقبلات حسية¹، وعندما يزيد الضغط داخل المثانة فإن المستقبلات الحسية في الطبقة العضلية لجدار المثانة ترسل تنبيهات إلى الحبل الشوكي ومنه إلى المخ الذي يتم فيه الشعور بالرغبة للتبول، فإن كانت الظروف مناسبة فإن المخ يرسل إشارات إلى المراكز العصبية في المنطقة العجزية من الحبل الشوكي لترسل بدورها إشارات إلى جدار المثانة فتقبض، وإلى العضلة العاصرة الصمام فترتخي وبذلك يتم الإخراج².

أما إذا كانت الظروف غير مناسبة فإن المخ يرسل إشارات إلى الحبل الشوكي ومنه إلى المثانة فترتخي وإلى العضلة العاصرة فتقبض، ولكي تتم هذه العملية بنجاح يجب أن تكون الموصلات العصبية سليمة وقادرة على نقل الإشارات المطلوبة، وكذلك تكون المراكز العصبية في المنطقة العجزية من الحبل الشوكي وفي المخ على درجة كافية من النضج، وأن تكون المثانة في حالة جيدة.

ومن الضروري هنا الإجابة عن تساؤلين رئيسيين هما:

- في أي عمر تتم عملية النضج هذه عند الطفل؟

- ما هي العمليات التي تساعد أو تسرع في التحكم في ضبط البول أو تأخره؟

لقد وضع العالم « Duche »³ معايير لسن النظافة ويمكن أن نحصرها في الجدول التالي:

من 15 إلى 24 شهر	24 شهر	من 24 إلى 36 شهر	بعد 36 شهر
تتنظم الارسلالات البولية الليلية تدريجياً	يكون الطفل نظيفاً في النهار	لا يبيل الطفل الفراش ليلاً شريطة أن يستيقظ في الليل	يصبح الطفل قادراً على استنباء البول ويمكنه الاستغناء عن الراشد للتبول خلال النهار وخلال هذه المرحلة نفسها يكون الطفل نظيفاً في الليل إلا أن اكتساب التحكم المثاني لا يكون بطريقة مطلقة بل بطريقة تدريجية فقد تحدث حالات تبول قبل أن يصبح هذا التحكم نهائياً

¹ سليمان سناء محمد: مشكلة التبول اللاإرادي لدى الأطفال، عالم الكتب، مصر، 2005، ص 17.

² المهدي محمد: الصحة النفسية للطفل، مكتبة الأنجلو المصرية، ط1، 2007، ص 119.

³ Duche-D ;1968 . L'énurésie, Dessart et Mardaga ; page2,8

وهناك عاملان أساسيان لاكتساب النظافة:

أ- النضج:

يعتمد ميكانيزم التحكم المثاني على نضج الجهاز العصبي الذي يسمح بالانتقال من السلوك الانعكاسي الأوتوماتيكي إلى السلوك الإرادي المتحكم .

وتتمرّ عملية النضج هذه بأربع مراحل من وجهة نظر العالم « Muellher » وهي¹:

- 1- الإحساس بامتلاء المثانة الذي ينتج عن ضغط البول وتنبيه الخلايا العصبية.
- 2- القدرة على التحكم الإرادي بفضل التدريب الاشرطي والتوجيه وتعلم النظافة.
- 3- القدرة على التبول عند امتلاء المثانة قليلا (ضغط بولي خفيف).
- 4- القدرة على التبول والتحكم في عملية البول عند امتلاء المثانة وزيادة الضغط.

ب- التدريب:

ترجع صعوبة تعلم النظافة إلى أن الاستجابة المطلوبة من الطفل أن يتعلمها هي عكس الاستجابة الطبيعية فعندما تمتلئ المثانة بالمواد البولية تنفرج العضلات العاصرة للمثانة بواسطة فعل منعكس، وتفرغ ما بها، وعندما تكون لمثانة ممتلئة يزداد الضغط على جدرانها وتتوتر، علما أن استمرار هذا الوضع غالباً ما يسبب الألم للطفل ويثير توتره، وتؤدي عملية التفريغ إلى ارتخاء عضلات المثانة وشعور الطفل بالارتياح، أما التدريب على النظافة فمعناه أن يزداد انقباض العضلة العاصرة للمثانة كلما زاد امتلاؤها وكلما ازداد الضغط الداخلي عليها، لذا يكون التدريب أمراً أساسياً لاكتساب النظافة.

ويلعب النقص أو الخطأ في التدريب على النظافة دوراً أولياً في تكوين التبول اللاإرادي، ويظهر هذا النقص أو الخطأ في التدريب عند الأم المشغولة أو من خلال العادات السيئة للنظافة، وتختلف نظرة الآباء لعملية التدريب على النظافة، فالبعض يتخذ موقف الشدة والصرامة وأحياناً النبذ، والبعض الآخر يتصف بالتسامح والتساهل، وكلاهما أسلوبين قد يكون لهما دور في تكوين التبول².

¹ Ajuriaguerra.J. 1981 , L'organisation du contrôle sphinctérien et ses troubles, In **manuel de psychiatre de l'enfant**, Page 128-129 et Page 136

² منصور محمد جميل محمد يوسف: قراءات في مشكلات الطفولة، الكتاب الجامعي، 1981، ص 82 و 83.

ويحتاج التحكم في العضلات السارة إلى :

- 1- نضج بيولوجي للمثانة وعضلات التحكم.
- 2- التربية التي تساعد على تعلم عادات التحكم في ضبط البول.
- 3- علاقات وجدانية تجعل الطفل يرغب في النظافة كي يسر أمه أو يسر نفسه ويشعر بالافتخار¹.

ثانياً- تعريف التبول الوظيفي:

المعنى اللغوي للتبول:

البوال يعني كثرة البول دون إرادة من الطفل وهذا دليل على اضطراب في الوظيفة البولية

البوال هو عدم القدرة على ضبط المثانة وحبس البول²

المعنى السيكولوجي للتبول:

يشير التبول اللاإرادي كاضطراب إلى أن الطفل لا يتحكم في زمن ومكان تبوله ليلاً أو نهاراً رغم سلامة جهازه البولي، كما أن عمر الطفل الزمني والعقلي يزيدان عن خمس سنوات³.

كما يعرفه عبد الله : التبول اللاإرادي بأنه تكرار تصريف البول لاإرادياً بعد سن الثالثة وهو غالباً ما يكون تبولاً خلال الليل (التبول الليلي) وأحياناً أخرى يكون التبول اللاإرادي خلال النهار (التبول النهاري)⁴.

كما يعرفه أيضاً الزغبى وآخرون : بأنه يقصد به تكرار نزول البول لاإرادياً في الفراش من قبل الطفل في سن الرابعة فما فوق، أو عدم قدرة الطفل العادي على التحكم في عملية التبول في سن ينتظر فيه أن يكون قد تعود على ضبط جهازه البولي⁵.

¹ ميموني بدره معتمد: الاضطرابات النفسية عند الطفل والمراهقة، ط 1، ديوان المطبوعات الجامعية، 2003، ص 144.

² الخطيب أحمد حامد، و الطراونة: التبول اللاإرادي أسبابه وعلاجه، مرجع سبق ذكره، 2003، ص 14، 49.

³ رمزي، إسحاق: مشكلات الطفولة اليومية، ط 5، دار المعارف المصرية، مصر، 1953، ص 91.

⁴ قاسم عبد الله محمد أمراض الأطفال النفسية وعلاجها، دار المكتبي للطباعة والنشر والتوزيع، سورية، 2001، ص 285.

⁵ الزغبى أحمد محمد: الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال، ط 1 دار الحكمة اليمانية، صنعاء، 1994، ص 174.

ويعرف مجموعة من علماء النفس اضطراب التبول على أنه حالة انسكاب البول لإراديا ليلاً أو نهاراً أو ليلاً ونهاراً معاً لدى طفل تجاوز عمره (3-4) سنوات، وهو السن الذي يتوقع عنده التحكم دون أن يكون هناك سبب عضوي خلف ذلك.¹

كما يعرفه العيسوي بأنه خروج البول دون إرادة الطفل وقد يكون لفرط البرد أو استرخاء وضعف عضلة المثانة.²

التعريف الطبي:

التبول اللاإرادي عبارة عن حالة انسكاب البول من المثانة بشكل لاإرادي، وبصورة تكاد تكون مستمرة، وذلك لدى طفل تجاوز عمره الأربع سنوات واستمر في تبوله اللاإرادي إلى مرحلة متقدمة في العمر، ويرجع ذلك إلى اضطرابات عضوية ووراثية وغير وراثية مثل التشوهات الخلقية في الجهاز العصبي والعمود الفقري، أو الحساسية الزائدة للجهاز العصبي الذي يشرف على عمل المثانة البولية، والتعريف يؤكد على النواحي العضوية.³

التعريف النفسي:

التبول الوظيفي عبارة عن حالة خروج البول لإراديا ليلاً أو نهاراً، لدى طفل تجاوز في عمره (3-4) سنوات دون أن يكون هناك سبب عضوي وراء ذلك يؤكد هذا التعريف على العوامل النفسية والتربوية الخاطئة في حدوث التبول اللاإرادي.⁽¹⁾

تعريف جماعة التحليل النفسي:

يرى « Freud » أن التبول اللاإرادي هو شكل من أشكال الهستيريا التحويلية يرجع إلى تجارب وخبرات صادمة ومؤلمة ذات طابع جنسي، أو عاطفي مرّ بها الطفل خلال طفولته وهذه التجارب تعرضت للكبت إلى أن ظهرت بشكل عرضي جسمي هو التبول اللاإرادي.

وترى « Anna Freud » في كتابها عن التحليل النفسي للأطفال أن عملية التبول اللاإرادي هي عبارة عن ظاهرة نكوصية تكشف عن رغبات الطفل وصراعاته

¹يشناق، رأفت محمد: دراسة في سلوك الأطفال واضطراباتهم النفسية، ط1، دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان، 2001، ص144.

²العيسوي، عيد الرحمن محمد: علم نفس الشواذ والصحة النفسية، ط1، دار الراتب الجامعية، لبنان، 1999، ص406

³منصور، حسن فكري: التبول اللاإرادي الأسباب و الجديد في العلاج، دار الطلائع للنشر والتوزيع القاهرة مصر، 2002، ص8 .

اللاشعورية وتجاربه السابقة المؤلمة مع الأم وذلك بالعودة إلى مرحلة الرضاعة حيث كانت عملية التبول تحدث بصورة لاإرادية¹.

تعريف علماء التربية:

التبول اللاإرادي هو حالة تبول الطفل على نفسه بشكل لاإرادي بعد عمر الأربع سنوات ويكون ذلك نتيجة لعدم توفر المناخ الأسري التربوي السليم، وعدم توفر عنصر التربية والتوجيه والتدريب على النظافة لدى الطفل، وفي الفترة المناسبة لذلك، إهمال حاجات الطفل المتعلقة بالإخراج، استخدام القسوة والعنف في مواجهة مشكلة التبول اللاإرادي، وقد عرفه بعض علماء التربية الذين لهم إهتمام بنظريات الإشراف في التعلم على أن التبول اللاإرادي عبارة عن عادة خاطئة مكتسبة أو متعلمة بسبب سوء التربية الأسرية.

2

تعريف علماء الاجتماع:

عرف علماء الاجتماع التبول اللاإرادي لدى الأطفال بعد عمر معين بأنه حالة اضطراب بسبب تفكك الأسرة اجتماعيا وحرمانها ثقافياً، هذا وقد جاء في المصنف الرابع الأمريكي للأمراض النفسية التعريف التالي للتبول اللاإرادي: أنه تكرار التبول في الملابس أو على الفراش بغض النظر عن كونه لاإراديا أو مقصوداً ويحدث مرتين في الأسبوع ويستمر إلى ثلاثة شهور على الأقل في غياب الأسباب العضوية، ويمكن القول باختصار بأن التبول اللاإرادي عبارة عن حالة تحدث لدى طفل تجاوز في عمره (3-5) سنوات حيث يصبح بمقدوره بعد هذا العمر التحكم في عمليات الإخراج بسبب نضج الجهاز العصبي والجهاز العضلي وأن حالة التبول اللاإرادية لا تقلق الأهل والمربين في حد ذاتها ولكن يقلقهم ما يصاحب هذه الحالات من مضاعفات واضطرابات في شخصية الطفل ونفسيته وسلوكه وهذا ما يدفعهم إلى طلب المشورة والعلاج من الطبيب أو الأخصائي³.

ومنه يشير مصطلح التبول الوظيفي إلى استمرار عدم القدرة على ضبط المثانة بعد سن الثالثة وهناك تعريفات عديدة لهذا المصطلح تجمع بينها خصائص مشتركة يمكن تلخيصها فيما يلي:

- أنه عملية تبول عادية ونشيطة وكاملة.

- أنه عملية لاإرادية ولاشعورية.

¹بشناق رأفت محمد: دراسة في سلوك الأطفال واضطراباتهم النفسية، مرجع سبق ذكره، 2001، ص154 .

²قاسم عبد الله محمد: أمراض الأطفال النفسية وعلاجها، مرجع سبق ذكره، 2001، ص 285 .

³الخطيب أحمد حامد و آخر: التبول اللاإرادي أسبابه وطرق علاجه، مرجع سبق ذكره، 2003، ص 16.

- أنه عملية تحدث دون وجود خلل في الجهاز البولي.
 - أنه ظاهرة تشكل مشكلة عندما يتجاوز الطفل سن الثالثة.
 - يزداد ظهور هذه المشكلة عند الذكور بالمقارنة مع الإناث في جميع الأعمار، حيث بينت دراسة « Anders & Freeman » سنة 1979 على سبيل المثال أن نسبة شيوع التبول اللاإرادي عند الذكور تبلغ ضعف نسبة شيوعه عند الإناث.
- ويتضح من خلال هذه الخصائص أن التبول الوظيفي لا يشكل أي اضطراب في عملية التبول ذاتها ولا يرتبط بمرض معين أو بأي خلل عضوي بل يعتبر اضطراب في التحكم يتطلب نشاطاً عقلياً قادراً على تنظيم الإحساسات الآتية من الجهاز المثاني وإدراك حالة ضغط المثانة.

ويعرّف الباحث التبول الوظيفي:

ترى الباحثة أنّ التبول الوظيفي ظاهرة يتفاعل في ظهورها مجموعة من العوامل أهمها العوامل النفسية المحيطة بالطفل.

ويعرف على أنه انسكاب البول لاإرادياً ليلاً أو نهاراً أو ليلاً ونهاراً معاً لدى طفل تجاوز العمر الذي يكون من المفترض فيه قادراً على الحفاظ على نظافته دون أن يكون هناك سبب عضوي وراء ذلك.

حدوث المشكلة وانتشارها:

يعتبر التبول الوظيفي من المشكلات الشائعة عند الأطفال، فقد تبين أنه يوجد في الولايات المتحدة الأمريكية ما يقارب من 3 ملايين طفل يعانون من اضطراب في التبول، تتراوح أعمارهم بين الرابعة والسابعة عشرة، وقد تبين أيضاً أن 20% من الأطفال في سن الخامسة و 10% في سن العاشرة ما يزالون يبللون فراشهم ليلاً، وبالرغم من أن الحالة عادة تخف وتقل مع التقدم بالعمر، إلا أن بعض الأطفال تستمر عندهم الحالة حتى مرحلة الرشد، وأظهرت الدراسة التي أجراها « Azren,1987 » أن نسبة 20% من الأطفال بعمر ثلاث سنوات يعانون من تبول لاإرادي وتنخفض النسبة إلى 15% عند عمر ست سنوات وإلى 3% في سن الرابعة عشر، وتزداد فرص التحسن كلما عولج الطفل في سن مبكرة، وتختلف نسبة الانتشار من مجتمع إلى آخر، ففي دراسة « Allison walker,1992 » أظهرت أن نسبة انتشار مشكلة التبول اللاإرادي في عمر خمس سنوات من 15-20 % وفي عمر عشر سنوات 5% وفي عمر الرابعة عشر 2%، أما دراسة « Roy meadow,1982 » فقد أظهرت أن نسبة انتشار التبول

اللاإرادي في عمر خمس سنوات تتراوح بين 1-10% وفي عمر 10 سنوات تبلغ 7%، هنا وقد وجد « Ratter,1973 » في دراسته أن نسبة انتشار التبول اللاإرادي بين الأولاد أكثر من البنات.¹

المظاهر الناجمة عن التبول اللاإرادي: Manifestations due to bedwetting

- 1- اتساخ الفراش وتعرضه للتلف وتلويث هواء غرفة النوم.
- 2- أعراض ومظاهر نفسية تكون ناتجة إما عن الشعور بالنقص عند الطفل أو عن فقدانه للشعور بالأمن ومن أمثلتها الفشل الدراسي، الشعور بالمذلة والخجل والميل إلى الانزواء والتهتهة والنوبات العصبية والاستخفاء، وإما عن أعراض تعويضية كالعناد والتخريب والميل إلى الانتقام وكثرة النقد وسرعة الغضب.
- 3- النوم المضطرب والأحلام المزعجة، وتدهور الحالة العصبية.²

أشكال التبول اللاإرادي:

- 1- التبول اللاإرادي الأولي أو الأساسي:
وهو عدم قدرة الطفل على ضبط عملية التبول لديه منذ ولادته وربما كان لعدم الوصول إلى مرحلة النضج العضوي، هذا النوع أكثر انتشاراً بين الأطفال وتصل نسبته حوالي 86% تقريباً بين حالات التبول اللاإرادي، وللعامل النفسي والتربوي دور ضئيل في ظهور هذا النوع مقارنة بالعامل العضوي.

- 2- التبول اللاإرادي الثانوي:
هذا الشكل من التبول يشير إلى أن الطفل تمكن من التحكم في تبوله، وبشكل جيد لفترة من الزمن، ثم عاد للتبول ثانية (ظاهرة الانتكاس) ونسبة هذا الشكل من التبول تختلف باختلاف الأعمار وتتراوح بين 20 إلى 85% كما أوجدها العالم « Halgreen ».³

- 3- التبول اللاإرادي الليلي:
هو النوع السائد، ويحدث خلاله إخراج البول ليلاً أثناء النوم فقط، وعادة ما يحدث البول خلال الثلث الأول من النوم، وفي حالات قليلة يحدث خلال فترة النوم المصحوب بحركة العين السريعة وهي التي قد يذكر الطفل فيها حلماء خلال عملية الإفراغ وتصل نسبة هذه الفئة من الأطفال حوالي ثلثي حالات التبول اللاإرادي.

¹قاسم عبد الله محمد: أمراض الأطفال النفسية وعلاجها، مرجع سبق ذكره، 2001، ص 286.

²القومي عبد العزيز : أسس الصحة النفسية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 1969، ص 298.

³الخطيب أحمد حامد و آخر: التبول اللاإرادي أسبابه وطرق علاجه، مرجع سبق ذكره، 2003، ص 20

4- التبول اللاإرادي النهاري:

وهو إفراغ البول إرادياً ساعات الاستيقاظ نهاراً وتظهر هذه الحالات خلال السنوات الأولى من المرحلة الابتدائية، وغالبا ما نجد الطفل يحاول ضم رجليه بسرعة وقت نزول البول ولكن دون جدوى حيث لا يستطيع أن يتحكم في توقيفه، وتتراوح نسبة انتشار هذا النوع ما بين 3 إلى 5% تقريباً من حالات التبول اللاإرادي.

5- التبول اللاإرادي الليلي النهاري:

في هذا النوع نجد الطفل يتبول لإرادياً في الليل وفي النهار وتصل نسبة هؤلاء الأطفال إلى حوالي ثلث حالات التبول اللاإرادي¹

6- التبول اللاإرادي النكوصي:

وهو الذي يحدث بعد أن يكون الطفل قد تعلم التحكم في السيطرة على عملية التبول وذلك لفترة لا تقل عن ستة أشهر أو سنة بعدها نجد الطفل ينتكس مرة أخرى ويعود للتبول اللاإرادي، وقد يكون أحد أسبابه الغير²

7- التبول اللاإرادي المصاحب للأحداث:

ويحدث هذا النوع بعد أن يكون قد تعلم الطفل السيطرة على التبول ولكن نتيجة لوقوع حدث يهز كيانه يعود مرة أخرى للتبول لإرادياً ومن هذه الأحداث وفاة الوالدين، رسوبه في الدراسة، تعرضه لحادث مؤلم... وغيرها.

8- التبول اللاإرادي غير المنتظم:

وفيه يتبول الطفل على نفسه مرة ثم يختفي لمدة طويلة ثم يعود للتبول اللاإرادي مرة أخرى ثم يختفي وهكذا، ويرتبط هذا النوع بأحداث اليوم أو الليلة التي يحدث فيها التبول اللاإرادي.

9- التبول اللاإرادي المزمن:

ويظهر في تكرار حالات التبول اللاإرادي بشكل غير مألوف لدى الطفل وانتكاسية حالة الطفل بعد شفائه المؤقت لفترة ربما تطول نسبياً وربما فشلت أنواع أو طرق العلاج الدوائي والنفسي والإرشادي السلوكي ويزداد سوء تصرفات الطفل عما عرف عنه، وفي هذا النوع ربما تجمعت عدة أسباب سواءاً العضوية أو العصبية أو النفسية ويكون للصدمة التي يتعرض لها الطفل أعراض، ومن بينها هذا النوع من التبول، كما يكون

¹الشربيني، زكريا أحمد: المشكلات النفسية عند الأطفال، دار الفكر العربي القاهرة، مصر، 2001، ص 55

²الشربيني، زكريا أحمد : المشكلات النفسية عند الأطفال، ط1، دار الفكر العربي، مصر، 1994، ص 14.

للدوافع اللاشعورية، مثل الانتقام من الأم أو جذب اهتمامها، وهذا النوع من الدوافع يلعب دوراً في استمرار المشكلة وبقائها لديه¹

10- التبول اللاإرادي الليلي المنعزل:

هذا الشكل من التبول اللاإرادي أكثر شيوعاً لدى الأطفال، وتصل نسبة هذا الشكل حوالي 65% من بين حالات التبول اللاإرادي.

11- التبول اللاإرادي النهاري المنعزل:

هذا الشكل أقل شيوعاً من الشكل السابق وتصل نسبته ما بين 3 إلى 5% من بين حالات التبول اللاإرادي لدى الأطفال.²

12- التبول اللاإرادي الدائم أو اليومي:

يتضمن هذا الشكل فئة الأطفال الذين يتبولون على أنفسهم كل ليلة وأحياناً في النهار، لذلك يسمى بالتبول اللاإرادي اليومي، وهو يمثل الحالات الصعبة التي تتطلب تدخل الأخصائي الطبي والنفسي للعلاج، وإلا فإن سلوك الطفل وتصرفاته تزداد سوءاً.

13- التبول اللاإرادي العرضي:

تظهر حالات التبول اللاإرادي فجأة وذلك نتيجة الإصابة بالأمراض أو بسبب الانفصال عن الأم أو الوسط الأسري أو التعرض لأحداث أسرية مؤلمة وينبغي في مثل هذه الحالات توجيه وإرشاد الطفل والأسرة معاً، وفي هذا الشكل من أشكال التبول تتراكم الأسباب والعوامل العضوية والنفسية والتربوية لأنها غالباً ما تكون من قبل أطفال تجاوزوا عمر الرابعة أو الخامسة، ويكونون من نوع مسرفي النشاط وكثيري الحركة وسريعي التهيج أو الإثارة، ومع هذا فإن معظم الحالات العرضية لا تشكل خطورة كبيرة على الطفل ولا تستوجب الخوف والقلق لأن معظمها يشفى بسرعة وبمجرد زوال الظروف التي أدت إلى التبول اللاإرادي لدى الطفل ويكتفي الأخصائيون عادة في علاج هذه الحالات ببعض النصائح والإرشادات اللازمة للأهل (خاصة للأم) والطفل مع وضعه تحت الملاحظة الاعتيادية خشية تكرار مثل هذه الحالات.

¹ العيسوي، عبدالرحمن محمد: علم النفس الشواذ و الصحة النفسية، مرجع سبق ذكره، 1999، ص 406

² بشناق، رأفت محمد: دراسة في سلوك الأطفال واضطراباتهم النفسية، مرجع سبق ذكره، 2001، ص 144

ثالثاً-النماذج النظرية المفسرة للتبول اللاإرادي:

حاولت نظريات عديدة التعرف على أصول التبول اللاإرادي وتفسيره، وما يمكن استخلاصه من وجهات النظر المختلفة التي قدموها هو تفسيرين أساسيين لهذه المشكلة:

- أ- التفسير البيولوجي: التي تبناه أصحاب النظرية العضوية.
- ب- التفسير النفسي الاجتماعي: الذي تبناه كل من أصحاب النظرية النفسية الاجتماعية.

1. النموذج العضوي والبيولوجي:

يرى أصحاب هذا النموذج أن أصول هذا الاضطراب عضوية بالدرجة الأولى وقد تكون ناتجة عن ما يلي:

1- تلف في قشرة المخ: إن منعكس التبول هو منعكس نخاعي آلي بشكل كامل ولكن الجهاز العصبي المركزي وقشرة المخ تقوم بتنسيق هذا المنعكس وخاصة عمل الكليتين، فقد أثبتت التجارب بأن إثارة إشارة المخ في مراكز معينة يؤدي إلى زيادة كمية البول، كما أن تثبيط عمل هذه المراكز يؤدي إلى قلة البول، ويمكن لهذه المراكز القشرية أن تمنع التبول حتى ولو حصل منعكس التبول، وذلك بواسطة التقلص المستمر للعضلة العاصرة الخارجية للمثانة إلى أن يأتي الوقت المناسب لذلك.

كما تؤثر قشرة المخ على الوظيفة الإفرازية للكلى بصورة مباشرة عن طريق ارتباطها بالجهاز العصبي اللاإرادي، وبصورة غير مباشرة عن طريق الهرمونات التي تفرزها الغدد

2- خلل هرموني: هناك هرمونان يؤثران بصورة مباشرة في عملية التبول سواءً زيادة أو نقصان في حجم البول، وفي وظيفة التبول.

أ- هرمون الألدوستيرين (Aldosterone, H):

يفرز هذا الهرمون من قشرة الغدد الأدرينالين، وله دور كبير في تنظيم أملاح الصوديوم/البوتاسيوم في الدم، حيث أن عملية امتصاص الصوديوم في الأنابيب الكلوية البعيدة والجامعة يعتمد على هرمون الألدوستيرين ففي حال زيادة كميات من هذا الهرمون شوارد الصوديوم والبوتاسيوم تمتص ولا يمر أي منها للبول، والعكس في طريقها للبول وفي حال امتصاص الصوديوم تنخفض حسيلة البول بشكل كبير مع زيادة في حجم السوائل خارج الخلية وكذلك حجم الدم، حيث أن الإفراز الهائل لهذا الهرمون يؤدي إلى زيادة حجم البول خارج الخلية وحجم البول بنسبة 5-10% أما عدم إفرازه يؤدي إلى فشل الأنابيب الكلوية البعيدة والجامعة في امتصاص الماء والأملاح وبالتالي تفقد الكليتان كمية كبيرة من السوائل في البول وإذا زادت هذه السوائل عن حد الطبيعي

ولم يعوض الإنسان ما نقصه من أملاح وسوائل فإن حجم الدم ينقص لدرجة حدوث ما يسمى " بالصدمة الدورانية " ¹

ب- هرمون النخامين (Pituitrin, H):

الذي تفرزه الغدة النخامية (الفص الخلفي) منها بالاشتراك مع الهيبوتلاموس ويسمى أيضا بالتويتيرين (Pituitrin,H) ويرمز له عادة (ADH) ووظيفته فيما يخص عملية التبول هي منع إدرار البول، فهو يعمل على زيادة امتصاص الماء من الأنابيب الجامعة مما يؤدي إلى نقصان حجم البول وجعله مكثفًا، كما يؤثر في الكلية وينشط عملية إعادة امتصاص الماء، كما يساعد على انقباض العضلات اللاإرادية في جدار المثانة وفي جدران الأمعاء للتبول ومنه زيادة هذا الهرمون تؤدي إلى زيادة كمية التبول ونقصان هذا الهرمون يؤدي إلى نقصان كمية البول.²

3- العامل الوراثي وعامل الاستعداد: أكدت دراسات عديدة على دور العامل الوراثي في التبول اللاإرادي ومنها دراسات العالم باكوين وباكويت (1972) و هولجرين (1976) التي أثبتت أن نسبة 77% من حالات الأطفال الذين يتبولون لا إراديا يرثون عن آبائهم عادة التبول اللاإرادي.

كما تمت الإشارة إلى أن ما ينتقل وراثيا ليس التبول اللاإرادي في حد ذاته بل هو الاستعداد للتبول، حيث أن عامل الاستعداد وما يرثه الفرد من استعدادات عصبية وعضوية تتبع العامل الوراثي وهي التي تهيو للإصابة ببعض الاضطرابات أو الأمراض ولقد أطلق العالم « Franz Alexander,1932 » على عامل الاستعداد اسم العامل المجهول (س)، فإذا تركز العامل (س) في الجهاز البولي وتعرض الفرد لحملة مضايقات نفسية ووجدانية فإن ذلك قد يؤدي إلى تبول لاإرادي (اضطراب بسيكوسوماتي).

4- العوامل المؤثرة على الطفل قبل ولادته والتي ترسب لديه الاستعداد للإصابة بالتبول:³

أ- العقاقير والأدوية التي تناولتها الأم أثناء الحمل والتي تسبب ضعف بنية الطفل وجهازه العصبي مما يثبط عمل الوظائف التي يشرف عليها.

ب- سوء التغذية لدى الأم: تشير التجارب إلى أن نقص البروتينات أو الفيتامينات لدى الأم خاصة في المراحل المبكرة للحمل يؤثر على نمو الجنين، كما أن الأمهات اللواتي

¹مرجع سبق ذكره، (Ajuriaguerra (1980)، ص 308، 309

²مرجع سبق ذكره Ajuriaguerra، ص 310-311

³خير الزراد فيصل محمد : التبول اللاإرادي لدى الأطفال، ط 1، دار النفائس، 1998، ص من 72 إلى 76.

يعانين من نقص الغذاء غالبا ما ينجبن أطفالا ضعافا وأكثر عرضة للأمراض والتأخر في المشي والكلام وفي التحكم في عملية الإخراج.

ج- أمراض الأم: إن بعض الأمراض التي تصيب الأمهات في فترة الحمل تؤثر وبشدة على نمو الجنين مما يترتب عليه بعض المضاعفات العضوية بعد ولادته وجميع الأمراض في هذه الفترة تؤثر على الجهاز العصبي وبذلك تؤثر على الوظائف التي تشرف عليها، ومن بين هذه الوظائف ضبط عملية الإخراج لدى الطفل.

د- تأثير الهرمونات: إن الجهاز العصبي الذي يشرف على وظائف الأعضاء الجسمية يرتبط بشدة بالجهاز الهرموني، والاضطراب الذي يحدث في الأعضاء قد يرجع في بعض أسبابه إلى الإفراط الهرموني أو النقص الهرموني ومن أهم الهرمونات التي تؤثر على الجهاز العصبي: الهرمونات الجنسية، الأنسولين، هرمونات الغدة النخامية والنواقل العصبية مثل: الأدرينالين، السيروتونين، النورادزينالين، وهرمونات أخرى تؤثر على الاتزان العضوي والوظيفي للأعضاء.

هـ - العامل الدموي (PH): يساهم هذا العامل في زيادة حساسية دم الأم وإنتاج أجسام مضادة تؤدي إلى إصابة الجنين بتحلل الكريات الحمراء، وباليرقان، وذلك بعد انتقالها إلى دم الجنين، ويؤدي إلى ذلك تلف المخ بسبب تزويد خلاياه بالأوكسجين (إصابة الكريات الحمراء المغذية للجهاز العصبي) وبالتالي اضطراب وظائف الجهاز العصبي .

و - التعرض الزائد للأشعة السينية (والإشعاع عامة) في فترات الحمل.

ن - عمر الأم وحالتها الانفعالية والنفسية أثناء الحمل.

ي - عملية الولادة وما يترتب عنها من نتائج .

5- الإصابات العضوية التي لها علاقة بعملية التبول اللاإرادي:

يذكر كل من العالم (T. Trousseau ;1969) والعالم (B.Hallgren) أنّ هناك علاقة بين نوبات الصرع والتبول اللاإرادي وأنّ كل إنسان سليم من الإصابات المثانية والحالبية المرضية ويتبول في فراشه من دون أن يشعر بذلك يعتبر شخصا مصابا بالصرع وخاصة الصرع الليلي (Narcolepsy).

بالإضافة إلى حالة الصرع هناك بعض الإصابات العضوية مثل : إصابة الكليتين، أو إصابة المثانة أو المجاري البولية من جراء وجود حصيات أو أورام أو تشوهات ولادية، الإصابة بالحمى القرمزية، أو الإصابة بداء الرئة (Pneumonia) أو الانفلونزا أو التهاب المستقيم، وعادة يتم فحص البول ودرجة حموضته، التهاب حوض الكلية، التهاب المثانة، أو التهاب الحالب، حالات القصور الكلوي، الإصابة بالديدان المعوية، الإمساك، سوء الهضم، الإصابة بمرض السكر، الإصابة في الفقرات القطنية في العمود الفقري

تضخم اللوزتين والزوائد الأنفية، سوء التغذية، نقص الفيتامينات، التشوهات الخلقية، تضيق مجرى المثانة، وصغر حجمها، حالات النوم العميق، والتقليل والتي يصاحبها أحلام مرتبطة بمشاهد مبللة كاللعب بالماء، أحلام الذهاب لدورة المياه.¹

6- حجم المثانة الوظيفي والتبول اللاإرادي:

يقاس الحجم الوظيفي الأعلى للمثانة بعدة طرق من بينها جعل الطفل يشرب من الماء في حدود (20-30 مل/كغ) من وزنه على أن يكون حجم الماء المشروب تقريبا حوالي 500 ملل ويمنع الطفل من التبول حتى يشعر بضيق شديد وإلحاح التبول، عند ذلك يتبول ويقاس حجم البول الذي يخرج من الطفل، ويمكن تكرار العملية عدّة مرّات وأخذ متوسط حجم البول، وحجم البول يعادل الاتساع الوظيفي للمثانة.

وقد برهنت بعض الدراسات كدراسة (Starffild 1967 ; Mliless 1968) برهاناً قاطعاً أنّ الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي لديهم مثانة قليلة الاتساع وصغيرة الحجم⁽¹⁾ دون حجم مثانة الأطفال الأسوياء، فصغر حجم المثانة يؤدي إلى كثرة التبول حتى خلال ساعات النهار.

II. النموذج التحليلي (التحليل النفسي):

يُعتبر « S.Freud » المرحلة الشرجية كثاني مرحلة ليبيدية، وتلعب العضلات الصارة دوراً كمثاقفة غلامية ذاتية: يشعر الطفل بلذة عند القبض أو الإفراغ وهذا يعني أن هناك توظيفاً ليبيدياً لهذه المناطق ممّا يجعله يستعملها في علاقته مع محيطه. وعندما يستمتع ويرضى بعلاقته بأمه يقدم فضلاته كهدية تعبيراً على حبه ورضاه، وعندما يغضب عليها فيرفض تفرغ مثانته عند الطلب وفي المكان المناسب كرفض للأم وتمرد وإثبات الذات.²

وترى « Anna Freud » أنّ عملية التبول اللاإرادي ظاهرة نكوصية تكشف عن رغبات لطفل وصراعاته اللاشعورية وتجاربه السابقة المؤلمة مع الأم وذلك بالعودة إلى مرحلة الرضاعة، حيث كانت عملية التبول تحدث بصورة لاإرادية.³

إن جماعة التحليل النفسي يؤكدون في تفسيراتهم للتبول اللاإرادي لدى الطفل على أهمية العلاقة بين الطفل وأمه، وهم يرون بأنّ التبول اللاإرادي هو مؤشر على وجود

¹الخطيب أحمد حامد وآخر: التبول اللاإرادي أسبابه وطرق علاجه، مرجع سبق ذكره، 2003، ص: من 78 إلى 81.

²ميموني بدرة معتصم: الاضطرابات النفسية عند الطفل والمراهقة، مرجع سبق ذكره، 2003، ص 146

³الخطيب أحمد حامد وآخر: التبول اللاإرادي أسبابه وطرق علاجه، مرجع سبق ذكره، 2003، ص من 78 إلى 81 و المقطع الثاني ص 15.

اضطرابات علائقية بين الطفل والوسط الذي يعيش فيه، وخاصة الأم، وأن التبول اللاإرادي عبارة عن عرض (Symptôme) يعبر عن اضطراب داخلي وعن وجود مكبوتات لدى الطفل مثل: الخوف، القلق، العدوان الموجه نحو الوالدين.¹

في دراسات التحليل النفسي نجد ما يشير إلى أنّ التبول اللاإرادي الليلي بمثابة "استمناء" إذا لم يأت كمصاحب للصرع، ويستندون على ذلك بأن الطفل يكون في حالة انتصاب قبل التبول مباشرة، والى أن التبول اللاإرادي يتوقف عند المراهقة بتحول الشبقية البولية إلى شبقية جنسية.²

كما يشير كمال وهبي في كتابه " مقدمة في التحليل النفسي " أن ظهور الشبقية البولية عند الطفل ظاهرة متداخلة مع الشبقية الإنسانية، وعي كثيراً ما تبدو بعقدة الخصاء، والهدف الأول بالتأكيد هو لذة البول، ومع ذلك هناك لذة ثانوية احتجازية بولية تدور حولها صراعات هي أكثر شيوعاً لدى البنات، وربما لأسباب تشريحية، أمّا الهدف الهدف الثاني تحقيق لذة جنسية ليصبح الجهاز البولي الأداة التنفيذية لأخايل جنسية.³ كما يلخص علماء النفس السيكديناميين الخصائص المفسر لاضطراب التبول اللاإرادي بما يلي:

- أنه تعبير خاص عن قلق عام.
- تعبير عن كراهية لا شعورية مكبوتة اتجاه أحد الوالدين أو كليهما.
- إزاحة الإشباع الجنسي المرتبط بتخيلات جنسية مكبوتة.
- استمرار لأنماط سلوكية تهدف إلى جلب الانتباه.
- أسلوب نكوصي (Régression) ورغبة لأشعورية في الرجوع لحالة الطفولة السابقة وما فيها من عطف.
- حصول الطفل على منافع ثانوية من التبول.
- عدم قبول العمر أو الجنس أو النظام العائلي والمدرسي.

من هذه التفسيرات يظهر لنا أنّ التقدير التحليلي ينطلق من افتراضات نظرية مسبقة قد لا يكون لها أي أساس في حياة الطفل المتبول، كما أنها افتراضات غير قابلة للاختبار لذلك يظل التقدير عقيماً يدور في ذهن المحلل فقط، ولا يعود بأية فائدة على الطفل المتبول.

¹ محمد عبد الطيب وآخرون: دس، الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة، سلسلة علم النفس المعاصر أبناؤنا وبناتنا، منشأة المعارف الإسكندرية مصر ص 113.

² محمد عبد الطيب وآخرون: دس، الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة، مرجع سبق ذكره، ص 113.

³ كمال وهبي وآخرون: مقدمة في التحليل النفسي، ط1، دار الفكر العربي بيروت لبنان، 1997، ص 34.

١١١. تفسير نظرية التعلم للتبول اللاإرادي:

شملت نظرية التعلم نقطتان: أ- التدريب على التحكم في المثانة.

ب- التدريب القسري للذهاب المبكر إلى دورة المياه.

التعلم كعملية نفسية ليس بالإمكان ملاحظته ملاحظة مباشرة، وإنما يستدل عليه من السلوك الصادر من الكائن الحي، لأنه يعتمد على عمليات أخرى غير عملية التعليم، ولذلك ننظر إلى التعلم ذاته على أنه عملية افتراضية يستدل عليها من ملاحظة السلوك.

فالتعلم عملية تغير شبه دائم في سلوك الفرد ينشأ نتيجة الممارسة لا يلاحظها بصفة مباشرة ولكن يستدل عليه من تغير الأداء لدى الكائن الحي.

ونوظفها هنا في محاولة تغير سلوك الطفل المتبول اللاإرادي التي قد لا نطلق عليها تعليماً لأنه لا يمكن التنبؤ بسلوك هذا الطفل في المستقبل في بعض المواقف ولكنها عملية حياتية تؤثر في الطفل المتبول وفي تعلمه ومنها على سبيل المثال:

• التدريب على التحكم في المثانة:

يعد التحكم في التبول من أول الصراعات بين الغرائز البدائية التي تمثل مذاهب اللذة، وبين حاجات وتقاليد المجتمع التي تمثل مذهب الواقع وفشل الفرد في حل هذا الصراع ينتج عنه اضطراب واضح في الشخصية قد يعرضها عند النضوج لعدّة أعراض عصبية وعادة ما يتحكم الطفل في التبول عند سن الثالثة أو الرابعة .

ويعتبر هذا التدريب أحد أنواع هذا التحكم ويتضمن مجموعة من المحاولات لتحسين قدرة المثانة لتحمل ماء البول وعدم تفرغها بمجرد امتلائها ولا شك أن قدرة المثانة على تحمل البول تختلف من طفل لآخر.

واتضح من عدّة دراسات أنه كلما ازداد الطفل في العمر حتى ست أو إحدى عشرة سنة ارتفعت المقدرة على التحكم في المثانة، واستطاعت بالتالي زيادة قدرتها على حجز أكبر لكمية من ماء البول لتناسب ما يستهلكه الجسم من احتياجاته الأساسية من الماء أو الغذاء الذي يحلل إلى ماء بعد عملية التمثيل الغذائي.

فإذا ما حدثت زيادة في الضغوط الواقعة على الطفل في هذه القدرة فإنها ترفع مستوى الدافعية لتعلم ضبط المثانة إلى مستويات أعلى بكثير من الحدّ الأمثل المطلوب الذي يعرقل العملية التعليمية ويؤدي إلى إصابة الطفل بالتبول اللاإرادي.

• التدريب القسري للذهاب المبكر إلى دورة المياه:

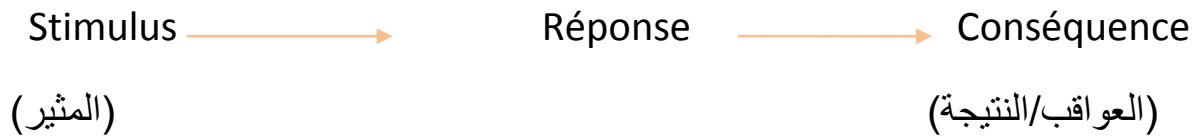
تبين الدراسات الأثنروبولوجية أن طبيعة علاقة الأم بالطفل تختلف من مجتمع لآخر وتتفاعل مع عملية التنشئة الاجتماعية، وتخضع لأمر الثقافة والتعليم في المجتمع.

ففي الثقافات التي تستخدم القوة في تدريب الطفل على التحكم في البول، والذهاب المبكر إلى الحمام، يولد غالباً سلوكاً قهرياً وعدوانياً عند الأطفال، يتسم بالتضاد والمشاكسة، وقد نسمع أحياناً عن أمهات يستخدمن أعقاب السجائر والكبريت المشتعل لتخويف الطفل من التبول في غير المكان المخصص لذلك، الأمر الذي يؤدي إلى تكوين آثار ضارة وخطرة على العلاقات التي تنشأ بين الطفل وأمه مستقبلاً.¹

IV. النموذج السلوكي الكلاسيكي²:

يرى السلوكيون أن التبول اللاإرادي يرجع إلى فشل الطفل في تكوين الاستجابة الشرطية التي اكتسبها معظم الأطفال عن طريق الاستراط، ويرجع الفشل في تكوين هذه الاستجابة إلى التعلم الخاطئ أو التدريب القاسي والمشدد على النظافة، وقد يعود الفشل إلى عدم حصول الطفل على التدريب المناسب، وقد أثبتت ذلك العديد من الدراسات منها دراسة « Sears & Maccoby & Levin, 1957 »، ويرى السلوكيون أن السلوك يتحدد أساساً بالعوامل المحيطة، وأنّ تعديل الظروف المحيطة يؤدي إلى تعديل السلوك نفسه، ومن أجل ذلك يتعامل السلوكي الكلاسيكي مع السلوك الخارجي الملاحظ والمحدد بظاهرة واحدة يتم اختيارها وفقاً لمعايير معينة.

وقد قدم السلوكيون عدداً من النماذج المفاهيمية لتحليل الوظيفي للسلوك المشكل، ويرتبط النموذج الأول الذي يمثل التفكير العلمي الذي يستمد إليه العلاج السلوكي الكلاسيكي باسم « Lindsly, 1964 » والذي يقوم على المتغيرات الآتية:



¹ كلثم جبر الكراري: التبول اللاإرادي بين العلاج السلوكي والأسري، ط1، المكتب الجامعي الحديث، القطر، 2011

² منصورى سمية: الكفالة النفسية للطفل المتبول لاإرادياً باستخدام العلاج السلوكي المعرفي "رسالة ماجستير"، 1999، ص

واستناداً الى ذلك كان التقدير السلوكي الكلاسيكي للتبول يقوم أساسا على السلوك الخارجي القابل للملاحظة والقياس ويأخذ المسار الآتي:

تحديد التبول اللاإرادي (سلوك خارجي) تحديداً دقيقاً، لكي يسهل قياسه ويتم ذلك عن طريق تحليل التبول اللاإرادي إلى سلوكيات متميزة صغيرة، تعرف بالسلوكيات الهدف والتي يقوم المقدر السلوكي بتعريفها إجرائياً كما يقوم بتحديدتها من حيث التواتر والشدة والمدة ليصل إلى الخطوط القاعدية التي ينطلق منها البرنامج العلاجي، وليتعرف على التغيرات التي تطرأ هذه السلوكيات بعد تنفيذ البرنامج العلاجي وقد تمثله السلوكيات الهدف للتبول اللاإرادي بما يأتي:

1- زيادة القدرة على الانتباه للدلائل الداخلية للتبول.

2- الإفراغ اللاإرادي في المكان المناسب.

رابعاً: أسباب التبول اللاإرادي:

إنّ العوامل التي تؤدي إلى حدوث التبول اللاإرادي متعددة، ويصعب حصرها وضبطها فهي تختلف من حالة لأخرى، وهي عوامل متداخلة ومعقدة أحياناً، ولهذا اتفق الباحثون في مجال التبول اللاإرادي على حصر هذه العوامل في ثلاث مستويات رئيسية:

- المستوى الفيزيولوجي العضوي.

- المستوى التربوي - الاجتماعي.

- المستوى النفسي - العلائقي.

1- المستوى الفيزيولوجي العضوي:

الغالبية العظمى من الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي أصحاء من الناحية الجسمية وعاديون من الناحية العقلية، ولكن توجد بعض الاضطرابات الفسيولوجية المسؤولة عن التبول اللاإرادي منها:

أ- أمراض الجهاز البولي:

- التهاب حوض الكلية (Pyelitis) أو التهاب المثانة (Cystitis) أو التهاب الحالب، أو وجود حصوات في الكلية أو الحالب أو المثانة.

- التهاب مجرى البول المعروفة في الذكور باسم (Inflammation urethral) وفي الإناث باسم (Vulvo vaginitis) .

- ضعف صمامات المثانة، أو صغر حجم المثانة الوظيفي رغم حجمها الطبيعي وهنا يكون تحملها لكميات البول ضعيف، لأن فحص مثانة هؤلاء الأطفال أثناء التخدير يكشف عن

طاقة (سعة) طبيعة لها، ولكن المشكلة تكمن في ضيق المثانة الوظيفي الذي يمكن تفسيره كأحد أعراض القلق (توتر المثانة).
- ارتفاع درجة حموضة البول لنقص كمية السوائل في الجسم مما يؤدي إلى تركيز البول¹

ب- تهيجات المنطقة التناسلية:

- التهاب فتحة البول الخارجية.
- التهاب المستقيم (Proctitis).
- الديدان المعوية التي تخرج من فتحة الشرج وتتجول في المنطقة، وبعض الطفيليات الأخرى كالإسكارس والإسكلسوما والبلهارسيا.

ج - العامل الوراثي والعامل المجهول (X Factor):

لوحظ أن حوالي 75% من الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي كان لهم أقارب من الدرجة الأولى مصابين بالاضطراب وفي دراسة احتمال تعرض الطفل للإصابة بالاضطراب وُجد أنها تزيد بمعدل 7 أضعاف، إذا كان أحد الوالدين قد تعرض للإصابة به، كما أن هناك علاقة بين تبول الأطفال وتبول إخوة لهم، ونسبة الترابط كبيرة في التوائم المتماثلة عنها في التوائم غير المتماثلة بالإضافة لذلك فإن الضعف العقلي الناتج عن خلل كورموسومي في مجموعة الكروموسومات رقم 21 يصاحبه غالباً تبول لاإرادي.

د- عدم نضج الجهاز العصبي :

- تشوه أو عدم اكتمال نمو الفقرات القطنية و العجزية أو تلف النخاع الشوكي أو وجود أذى بالعمود الفقري وما حوله بسبب التبول اللاإرادي.
- بالإضافة إلى ذلك فإن نقص نضج الجهاز العصبي المستقل المسؤول عن التحكم في عملية التبول يؤدي إلى ضعف قدرته على التحكم في النوم فيحدث التبول أثناءه .

هـ - تضخم اللوزتين والزوائد الأنفية :

و هي تسبب للطفل صعوبة في التنفس أثناء النوم، مما يؤدي إلى الإجهاد وعدم الراحة وربما الأرق الذي يتسبب أيضاً في حاجة أكثر إلى النوم والاستغراق فيه كتعويض مما يؤدي إلى تفريغ المثانة أثناء هذا الاستغراق.
فقد ذهب بعض الباحثين إلى أن التبول الليلي اضطراب مرتبط بالنوم كالمشي أثناء النوم، وأن التبول اللاإرادي يقع في الجزء الأول من النوم خلال نوع النوم الغير

¹حسن مصطفى عيد المعطى: الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة، دار القاهرة، ط1، 2003، ص105

مصحوب بحركة العين السريعة « Non-R.E.M.S » عبر المرحلتين الثالثة والرابعة منه، فيكون للبول صعوبة في الاستيقاظ كاستجابة لامتلاء المثانة، و هناك من ناقض هذا الرأي بأنه في هذا الوقت المبكر من النوم (الساعات الثلاث الأولى) تكون كمية البول المتكونة أقل من أن تملأ المثانة، ومن ثم لا يوجد تنبيه من جدار المثانة كي يستجيب له الجهاز العصبي

و - الاضطراب الهرموني:

التبول في الفراش يحدث بسبب امتلاء المثانة و كثرة البول « Polyuria » لوجود نقص كبير لمعدلات الهرمونات المضادة للتبول أثناء الليل مما يساعد على التبول بكميات غير طبيعية، وقد يكون هذا مسبباً لمرض السكر بنوعيه أحدهما ينشأ عن اختلال إفراز بعض أجزاء الغدة النخامية ويطلق عليه اسم « Diabetes Insipidus » ، والثاني ينشأ عن عدم كفاية الأنسولين الذي تفرزه الغدة الموجودة في البنكرياس ويطلق عليه اسم-« Diabetes Mellitus » .

ي- عوامل فسيولوجية أخرى :

ونجد منها: الحالة العضوية العامة كالإنهاك العصبي وفقر الدم، و نقص الفيتامينات مما يؤدي إلى عدم السيطرة على عضلات المثانة، بالإضافة إلى شرب كمية كبيرة من السوائل قبيل النوم، ممّ يؤدي إلى زيادة نسبة البول. ومن هنا يجب التأكد من خلو الجسم من أي عامل من العوامل العضوية عن طريق الفحص الطبي الشامل¹.

2- المستوى التربوي-الاجتماعي:

أ- أساليب المعاملة الوالدية:

ترجع مشكلة التبول اللاإرادي في أحيان كثيرة إلى سوء معاملة الوالدين للطفل واستخدامها للعقاب والتهديد ومحاولة السيطرة والتحكم في تصرفاته، ولذلك نجد أن الطفل يحاول الانتقام منهما من خلال قيامه بالتبول اللاإرادي في محاولة لا شعورية منه لإثارة ضيق وحنق الوالدين.

¹حسن مصطفى عبد المعطي : الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة ،مرجع سبق ذكره ،2003، ص 105،106.

ب- خطأ التدريب على التحكم في عملية التبول:

هناك العديد من الأخطاء التي يرتكبها الوالدان غير تدريب ابنهما على التحكم في عملية التبول، فقد نجد من الوالدين من يحاول التعجيل في التدريب على تلك العملية المعقدة قبل اكتمال نضج أجهزة الطفل التناسلية في قدرتها في السيطرة على البول، ومن الأخطاء التي ترتكب من بعض الآباء قيامهم بالتساهل عندما يتبول الطفل لإراديا اعتقاداً منهم بأن ذلك نوع من الحنان ولعدم إغضاب الطفل، وإن كان ذلك يعني إهمالها في تدريب الطفل على التحكم في تلك العملية، ومن الأخطاء أيضاً التي يرتكبها بعض الآباء في حق الطفل معاملته بقسوة شديدة أثناء تدريبه على عمليتي التبول والإخراج كنوع من المبالغة في الحفاظ على نظافته مما يترتب عليه فشله في السيطرة على عملية التبول.

ج- أسباب مدرسية:

قد يرجع التبول اللاإرادي إلى خوف الطفل من المجتمع المدرسي عند بداية التحاقه المدرسي، أو نتيجة لخوفه من معلم بعينه يعاقبه بشدة أو لغيرته من بعض زملائه الذين يتفوقون عليه أو فشله في القدرة على التحصيل الدراسي، أو نتيجة لمعايرة زملائه له بسبب ما، أو لغير ذلك من الأسباب التي تؤدي به إلى النكوص مرة أخرى لمرحلة سابقة.

د- التفكك الأسري:

يعاني بعض الأطفال من فقدان الشعور بالأمن والطمأنينة داخل المنزل نتيجة للصراعات التي تحدث بين الوالدين، والمشاجرات التي قد تحدث أمامه وما يترتب عليها من خلافات أو ترك أحد الوالدين للمنزل أو نتيجة لزواج الأب أو زواج الأم، وإلى غير ذلك من المشكلات التي قد تتسبب في حدوث مشكلة التبول اللاإرادي¹.

3- المستوى النفسي-العلائقي:

ما لم يكن الطفل يعاني اضطراباً عضوياً من الأنواع التي سبق ذكرها، فإنه في الثالثة أو الرابعة من العمر يكون قادراً على ضبط التبول بكفاءة، ولا يعطل تلك الخبرة المتعلمة إلا حالات التوتر الانفعالي أو الاضطراب العاطفي الذي ينشأ عن ما يلي :

¹قاسم عبد الله محمد : أمراض الأطفال النفسية وعلاجها، مرجع سبق ذكره، 2001، ص 286.

أ- الخوف:

مثل: خوف الطفل من الظلام أو الكائنات الخيالية، أو الخوف من بعض الحيوانات والجثث أو شكل الموتى، أو الخوف من الشجار داخل الأسرة أو الخوف من العقاب القاسي، أو من الصور المرعبة في الأفلام.

وقد يدخل الخوف في تركيب انفعال الطفل ممّا يسبب له أحلاماً مزعجة أثناء الليل يصحبها أحياناً فقدان القدرة على التحكم في ضبط عضلات الجهاز البولي.

ب- القلق:

وهو من العوامل النفسية الشائعة التي تصاحب مشكلة التبول اللاإرادي، ومن بين الباحثين الذين اهتموا بضرورة الإشارة إلى عامل القلق الباحث Delvinco, « 1993، الذي من خلال متابعة 127 حالة متبول لاإرادي توصل إلى نتيجة أن 81 من أصل 96 طفل أي ما يقابل نسبة 84% يعانون من القلق المصاحب للتبول اللاإرادي.

وفي سلسلة من الدراسات المقارنة لـ 16 حالة منها 7 ذكور و 9 إناث في المرحلة السنيّة (8 – 36) عاماً، وجد « Mcinerney al,1991 » أن هناك بين القلق النفسي والمتبولين لاإرادياً.

ومن أسباب القلق عند الطفل المتبول لاإرادياً:

- قلق الخصاء:

الذي يؤدي إلى النكوص « Régression » إلى المرحلة الشرجية والثبت عليها إلى المرحلة الشرجية والثبت عليها « Fixation » فالخوف من فقدان الطفل الذكر لعضوه الذكري بعد اكتشافه غياب هذا العضو عند الإناث، يجعل تبوله تخفيفاً من الصراع بتأكيد استمرارية عضوه الذكري وبذلك فإن التبول من العضو التناسلي والقلق المرتبط به قد يفسد التحكم البولي خاصة في غياب القلق الواعي أثناء النوم، ويفجر هذا القلق إجراء العمليات الجراحية للأطفال مثل: استئصال اللوزتين.¹

- قلق الانفصال:

مثال ذلك ما يحصل عند وصول مولود جديد في الأسرة، وفي هذه الحالة يشعر الطفل باهتمام الوالدين بالطفل الجديد، ويحس بإهمالهما له مما يجعله يشعر بفقدان الأمن الناجم

¹حمودة محمد : الطفولة والمراهقة: المشكلات النفسية والعلاج، القاهرة مركز الطب النفسي والعصبي للأطفال، مصر، 1991.

عن الخوف من فقدان والديه به إلى الأبد، ويتمنى في أحلامه أن يعود إلى الأيام القديمة التي كانت أمه تعتني به دون أي شكوى، ويصحب هذا أيضاً شعور بالنقص وترتب على ذلك كله التبول أثناء النوم كاستجابة عضوية مظهرية ومثل ذلك يحدث في حالة وفاة شخص عزيز، أو تغيير المسكن أو عند نوم الطفل في حجرته أو نومه بمفرده فيعاني قلق الحرمان الذي تضطرب معه وظائف الجهاز العصبي اللاإرادي ولهذا نجد أن التبول اللاإرادي ينتشر بكثرة في مؤسسات رعاية الأيتام ودور الرعاية الاجتماعية، كما يحدث ذلك عند دخول الطفل المدرسة والانفصال عن الأم في جو لا يشعر فيه بالأمان، وقد نسمع الإصابة بالتبول اللاإرادي أيضاً عند الأنسات المدللات أو السيدات بعد الزواج وممارسة خبرة الانفصال بسبب الزواج¹.

- الغيرة:

معظم الأطفال يميلون إلى أن يكونوا موضع اهتمام ومحبة ورعاية من قبل والديهم، وحينها يشترك طفل آخر في هذه المحبة معه، فإن ذلك يعني بالنسبة له فقدان الامتياز، فيشعر بالخوف من الفقد، والغيرة من مصدر الفقدان، وقد يدفع ذلك الطفل الغيور إلى النكوص واستخدام أسلوب طفلي يعيد له الرعاية والاهتمام مثل سلوك التبول⁽²⁾.

- العداء:

فقد يستعمل الطفل البوال كتعبير من تورثه على الآباء كرد فعل للتأنيب الصارم خصوصاً في حالات العقاب البدني القاسي، وقد يؤدي هذا العقاب إلى إصابة الطفل بالمشي أثناء النوم، وقد يتجه في نومه إلى حجرة أبيه وهو نائم فيتبول فيها دون أن ينزع ملابسه ثم يعود لفراشه مبلاً ويحدث كذلك عند انعدام تفهم الوالدين لمطالب الطفل وشعوره بأنه منبوذ⁽³⁾، ومن هنا يجد لذة لاشعورية عندما يقوم بممارسة هذه اللعبة المسلية (البوال) التي يتضايق منها هذا النوع من الوالدين².

- مشاعر الذنب:

مشاعر الذنب المرتبطة بالتبول اللاإرادي تدخل الطفل في حلقة مفرغة من القلق تؤدي إلى تثبيت التبول اللاإرادي، فقد تبين أن المعايير واستعمال ألفاظ التحقير بسبب التبول الكثير ما تبعث في الطفل حالة من القلق الذي يأخذ صورة الحساسية الزائدة بالنفس « Self over consciousness » لدرجة أن بعض الأطفال البوالين ذكروا صراحة أنهم يخافون من الذهاب إلى المدرسة خشية أن يشم التلميذ رائحة

¹كلير فهيم: أولادنا والأمراض النفسية، دار الهلال، 1980

²محمد أحمد غالين رجا أبو علام: القلق وأمراض الجسم، دمشق سوريا، 1974

الملابس فيعبرونهم بالبوال، وان هذا الخوف نقطة الابتداء للقلق الذي انعكس في صورة من خوف من المدرسة كمخرج لتوتر الشعور بالذنب بسبب البوال.¹

خامساً: شخصية الطفل المتبول لإرادياً:

من خلال دراسة العلام « Doumic ,A » و « Kanner,L » لأنماط شخصية الطفل المتبول لإرادياً وجد أن الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي ينقسمون من حيث سماتهم الشخصية إلى الأنماط التالية:

1- النمط الأول:

يكون الطفل من النوع النائر، كثير الحركة، والنشاط، والحساسية، والتوتر والفعالية.

2- النمط الثاني:

يكون الطفل من النوع الكثير البكاء، المتألم، السريع الغضب، والكثير الشكوى.

3- النمط الثالث:

يكون الطفل من النوع العصياني، العنيد، الحاقد، والعدواني، عديم الحياء، المستهتر أو اللامبالي.

- أما بشخصية الإناث المتبولات لإرادياً فقد أجرى « Kand. E ; 1974 » دراسة حول سمات شخصية الإناث المتبولات لإرادياً وتصل إلى وجود الأنماط التالية:

1- النمط الأول:

بنات خاملات، سلبيات، بليدات، انطوائيات، ضعيفات ردود الفعل وضعيفات التكيف، مستسلمات، خجولات، صامتات.

2- النمط الثاني:

بنات لديهن اتجاه نحو اكتساب صفات الذكور مثل: العنف، القوة، العناد، كما وجد بنات لديهن اتجاه نحو اكتساب صفات الذكور مثل: العنف، القوة، العناد، كما وجد « Kand , E » بأن الجنسين الإناث والذكور يشتركان في سمات القلق، الصراع، والكوابيس الليلية، وعدم الشعور بالأمن والثقة.

¹ Ajuriagurra 1980, Manuel de psychiatrie de l'enfant , p 132, Editions Masson, Paris

وفي عام 1968 أجرى العالم « Duché, D. J » دراسة على عينة من الأطفال المتبولين لإراديا وانتهى من خلالها إلى نتائج مشابهة لنتائج العالم « Kand » فيما يتعلق بسمات الطفل المتبول لإرادياً⁽¹⁾.

كما أن العالم « Eller ,H » أشار في دراسته على حالات تبول نهاري وليلي، وكذلك العالم « Mozzoni , L 1965 » الذي أجرى مجموعة دراسات على أطفال يتبولون لإراديا بهدف تحديد بعض سمات شخصيتهم الشبه الثابتة والتي تميزهم عن سمات شخصية الأطفال العاديين الأسوياء، وتبين أن الطفل المتبول لإرادياً أقل قدرة على التكيف الاجتماعي، و النفسي، والأسري، والصحي، وأقل قدرة على الاتصال مع الآخرين، مع اضطراب في المزاج أو الطبع، وسلوك طفلي، وقد انتهى « Mozzoni » إلى وجود أنماط الشخصية التالية لدى الأطفال المتبولين لإرادياً¹:

1- النمط المعارض:

ويتصف هذا النمط بسمات الشخصية التالية:

- العناد والمشاكسة والتمرد.
- الميل إلى الانتقام من الأهل أو من الآخرين.
- معارضة أية محاولة للتدريب أو للتوجيه.
- يمثل التبول لديهم لذة ترتبط بتحقيق غرض أو حاجة ما في نفسياتهم.

2- الانفعاليون:

وهم الأطفال الغير ناضجين انفعاليا، وهم يعانون من اضطرابات انفعالية مثل الخوف، الحساسية، كثرة البكاء، عدم النضج العصبي والحركي العضلي، وغالباً ما يكونون قد تعرضوا خلال حياتهم إلى أزمات وجدانية حادة، والى قسوة، وعنف، وحرمان عاطفي، وقد تواجد لديهم بعض الاضطرابات العضوية بسبب ضعف الرعاية والنمو.

3- العصبيون:

وهذا النمط يكون أشد درجة من الأنماط السابقة، وفيه نجد الطفل المتبول لإراديا ميّلاً

¹الخطيب أحمد حامد و آخر: التبول اللاإرادي، أسبابه وطرق علاجه، مرجع سبق ذكره، 2003، ص41

إلى الانتقام، والتدمير، والعدوان، مع الشعور خلال عملية التبول بلذة تدميرية مثل: الذي يبول على غيره، كما يعانون من قلق وصراع في شخصيتهم ومن اضطرابات في الغذاء وفي النوم مع الإحساس بالتعب والوهن.¹

4- المتأخرون عاطفياً:

وهم غير متكيفين مع محيطهم الأسري و الاجتماعي بسبب فقدانهم للعطف والحنان من جراء انفصال الأم عن الأسرة أو فقدانها، أو بسبب تفكك الأسرة مما يجعل الطفل يحرم من عطف ورعاية أبويه، ومن عملية التدريب على النظافة، لذلك فإن سلوك التبول لديهم يكون بمثابة تعبير أو رمز لهذا الحرمان، ووسيلة نكوص وإشباع ما يعانونه من حرمان أبوي.

5- المراهقون :

إن التبول لدى هذا النمط من الأطفال يعتبر بمثابة صورة أو نوع من التكيف اتجاه تدفق أحاسيس الغريزة الجنسية وقوة الدافع الجنسي أو (الليبيدو)، والتبول لدى هؤلاء الأطفال يعتبر وسيلة لتحقيق متعة وإشباع لذة، وهو نشاط شبه جنسي يحقق لدى الطفل بعض الإشباعات الجنسية (الجزئية) وهذا ما يؤكد عليه علماء التحليل النفسي، ويرى علماء النفس والطب النفسي أن هناك العديد من الأطفال (والكبار) يتلذذون بالمجاري البولية وقد يكون ذلك مصاحباً لبعض التصورات أو الأحلام الجنسية، أو مصاحباً لبعض الأحلام المبللة، وغالباً ما تنتشر هذه الأنماط لدى الأطفال الكبار في أعمارهم قبل مرحلة البلوغ، كما تنتشر لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث¹.

وبشكل عام لا يمكن أن نقول أن هناك سمات شخصية محددة، ومتميزة، تميز الطفل الذي يعاني من التبول اللاإرادي عن غيره من الأطفال الأسوياء، فالسمات نفسها قد نجدها عند الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي، كما نجدها لدى الأطفال الأسوياء، وهي إن اختلفت فتختلف من حيث الدرجة وشدة السمة، والواقع أن الأطفال المتبولين لإرادياً غالباً ما يحتاجون إلى مساعدة لحل مشكلاتهم المصاحبة للتبول اللاإرادي، ويصعب القول بأن هذه المشكلات أو السمات المصاحبة للتبول اللاإرادي هي سبب التبول اللاإرادي، حيث أن هذه المشكلات قد تكون نتيجة للتبول اللاإرادي أكثر من كونها سبباً له، وقد تكون هذه المشكلات السلوكية والنفسية والاجتماعية المصاحبة هي بسبب عامل آخر غير التبول اللاإرادي مثل: الاضطراب الأسري على حد تعبير العالم « Jhonson, 1980 » .

¹خير الزراد محمد فيصل : التبول اللاإرادي لدى الأطفال، ط 1، دار النفائس ، 1998، ص 43-42-44

سادسا: تأثير التبول اللاإرادي على الأسرة وعلى نمو الطفل:

1- تأثير التبول اللاإرادي على الأسرة:

في الواقع أن مشكلة اللاإرادي تؤثر على الأسرة، حيث أن مشكلة اللاإرادي لها سلبية على نفسية الوالدين خاصة وأن البوال يحدث عموماً في سن لا ينبغي للطفل فيها أن يتبول تبولا لاإراديا وبالتالي فإن ذلك يؤرق الوالدين ويمكن تحديد أهم التأثيرات التي يحدثها التبول اللاإرادي على الأسرة إلى ما يلي:

- شعور الوالدين بالقلق، والإحساس بالذنب وفي النهاية فقدان الثقة في النفس والإحساس بالفشل في تربية الطفل وخاصة إذا كانت هناك ضغوط ناتجة من كبار العائلة، أو ضغوط في المدرسة في حالة التبول اللاإرادي النهاري، مما يؤدي إلى التوتر والصراعات داخل الأسرة الواحدة بسبب مشكلة التبول اللاإرادي التي لم يستطع الوالدان التحكم فيها.

- صعوبات في العلاقة بين الوالدين.

- حرمان الأسرة من بعض الأنشطة الاجتماعية مثل الزيارات أو الرحلات.

- زيادة عدد مرات التنظيف للتخلص من رائحة البول بالمنزل.

- زيادة في الأعباء المالية لشراء المزيد من الملابس والفراش وأغطية الأسرة.

2- تأثير التبول اللاإرادي على نمو الطفل:

يؤثر التبول اللاإرادي تأثيراً سلبياً على نمو الطفل من حيث الوزن والطول الذي يناسب العمر العقلي للطفل، حيث أن الطفل الذي يعاني مشكلة التبول يواجه مشكلات متعلقة بنموه على بقية أقرانه الطبيعيين.

حيث أن فشل عملية النمو لدى الطفل تعتبر مشكلة مرتبطة أكثر بالأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي، وبالتالي يجب أن يؤخذ في الاعتبار أن مشكلة التبول اللاإرادي تسبب إرهافاً شديداً على نمو الطفل، وبالتالي من الضروري علاج مشكلة التبول اللاإرادي مبكراً عند الأطفال الذين يعانون منه حيث أن العلاج يساهم في تحسين نمو الأطفال بدنياً ويترتب عليه أيضاً تخطيط أفضل للخدمات الصحية.

والتبول اللاإرادي يعتبر مشكلة شائعة بين الأطفال، ويسبب حرجاً وإجهاداً وعدم الراحة للطفل، وذلك لأن معظم أسباب التبول اللاإرادي مشتركة بين الأطفال حيث يسبب للطفل بعض الاضطرابات وتأخر في نضج الجهاز العصبي وأنماط النوم غير الطبيعية و توقف التنفس أثناء النوم، وعدم التوازن الهرموني، والإجهاد، ومرض السكري، والإمساك المزمن وبعض العيوب التشريحية، كل ذلك يؤثر تأثيراً سلبياً على عملية نمو ونضج الطفل.

ويعتبر انتشار مرض التبول اللاإرادي بين الذكور أكثر من الإناث من الخصائص المميزة للمرض، حيث أشارت بعض الدراسات في هذا المجال إلى هذه النتيجة وبالتالي يظهر تأثير التبول اللاإرادي السلبي على نمو الذكور أكثر من الإناث وذلك لانتشاره الأكبر بين الذكور¹.

سابعا: التشخيص والعلاج:

1- التشخيص:

يقصد بالتشخيص فحص الأعراض واستنتاج الأسباب وتجميع الملاحظات في صورة كاملة ثم نسبها إلى اضطراب محدد، فالتشخيص فهم الاضطراب و بيان العلاقة بين الأعراض المرضية في زملة مرضية².

الخطوة المهمة قبل البدء في التشخيص هي وضع الاضطراب في موقعه الصحيح من التصنيفات المختلفة للاضطرابات النفسية، ومن البديهي هنا التأكد من كون الحالة تعاني اضطراباً والسؤال المطروح هنا: ما هو الاضطراب النفسي؟

يعبر مصطلح الاضطراب النفسي عن وجود جملة من الأعراض أو التصرفات التي يمكن تمييزها سريرياً (إيكلينيكياً) والتي تكون مصحوبة في معظم الحالات بضائقة في الوظائف الشخصية³.

لا شك أننا أمام مشكلة نمائية لدى الأطفال، وقد سبق ضمن التعريف لاضطراب التبول اللاإرادي أنه اضطراب انفعالي وهذا في الحقيقة غير كافي لوضع الاضطراب في موقعه الصحيح من اضطرابات الطفل النفسية.

¹ الكوراي كلثم جبر : التبول اللاإرادي بين العلاج السلوكي والأسري، مرجع سبق ذكره، 2011، ص32،32.

² محمد أحمد عبد الله: الاضطرابات النفسية للأطفال، دار المعرفة الجامعية مصر، 2004، ص 15 و16.

³ منظمة الصحة العالمية: المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، 1993، ص5.

تعددت وتنوعت تصنيفات الاضطرابات النفسية في مرحلتي الطفولة والمراهقة، وفي الحقيقة يمكن انتقاء تصنيفات تساعد أكثر على التشخيص الجيد للاضطراب، ومنها يمكن انتقاء التوجهات الآتية:

- التصنيف الأول: ورد في تصنيف الاضطرابات السكايتريبتية الأساسية للطفل ما يلي:
- أو لأ: اضطرابات السلوك وتشمل:
- أ- اضطرابات النوم.
 - ب- اضطرابات الإخراج ومنها التبول اللاإرادي.
 - ت- اضطرابات الكلام.
 - ث- اضطرابات نفسية جسمية.
 - ج- اضطرابات السلوك الاجتماعي.
- ثانياً: الأعصاب.
- ثالثاً: الذهابات.
- رابعاً: العتة.

- التصنيف الثاني: ما اعتمده عبد المجيد الخليدي وآخر في كتاب: الأمراض النفسية والعملية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال، حيث صنف اضطراب التبول اللاإرادي ضمن الاضطرابات النفسية ذات (سيكوسوماتي)¹، وهو ما يتفق مع ما ذهب إليه عائشة بية مناعي في مقالها بمجلة التواصل:

« L'énurésie et ses thérapies »

أما الطبعة العاشرة المنقحة للدليل التشخيصي الإحصائي الدولي لتصنيف الأمراض النفسي والسلوكية ICD-10 فقد أورد المعايير التشخيصية التالية للتبول اللاإرادي الغير عضوي Non-organie Enuresis :

- 1- العمر الزمني والعقلي للطفل لا يقل عن 5 سنوات.
- 2- التخلص اللاإرادي أو المتعمد للبول في الفراش أو الملابس، الذي يحدث على الأقل مرة في الشهر عند الأطفال في سن السابعة وما فوقها.
- 3- لا يكون الاضطراب من جراء نوبات الصرع أو عدم القدرة على التحكم في الأعصاب، ولا يكون ناجماً عن تشوهات تكوينية في مجرى البول، أو أية ظروف صحية أخرى عضوية.

¹ عبد المجيد الخليدي وآخر: الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال، ط1، دار الفكر، 1997، ص22.

4- لا يوجد دليل على أي مرض عصبي آخر يتماشى مع المحكات الأخرى التي حددها الدليل ICD-10.

5- دوام الاضطراب 3 أشهر على الأقل.

وأخيراً، المحكات التشخيصية الواردة عن الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض النفسية في طبعته الرابعة DSM 4 للتبول اللاإرادي:

1- التخلص المتكرر من البول في الفراش أو الملابس (سواءً كان ذلك لاإرادياً أو مقصوداً)

2- أن يكون السلوك مستوفى إكلينيكياً كما يظهر في الأمراض وهي إما تكرار الحدث مرتين أسبوعياً لمدة 3 أشهر متتالية على الأقل، أو وجود قلق ذو دلالة إكلينيكية أو ضعف في العلاقات الاجتماعية والوظيفية أو أية نطاقات أخرى.

3- يكون العمر الزمني 5 سنوات على الأقل (أو مستوى نمائي معادل).

4- ألا يكون السلوك بسبب الآثار الفيزيولوجية المباشرة للمواد أو الأدوية المدرة للبول أو الظروف الصحية العامة¹.

ولذلك يتطلب التشخيص التحقق مما إذا كان الاضطراب عضوياً أو وظيفياً، فالتبول العضوي يحدث في حالة اليقظة، بينما الوظيفي غالباً ما يحدث ليلاً، كما يجب تحديد معدل تكرار التبول، مع تحديد سن الطفل.

-التشخيص الفارقي:-

يتمثل التشخيص الفارقي في إجراء مجموعة اختبارات سريرية وإجراءات طبية وتحاليل، وأشعة، وذلك لتمييز حالات التبول اللاإرادية التي ترجع إلى إصابات عضوية أو عصبية عن الحالات الوظيفية التي ترجع إلى عوامل نفسية أو تربوية. وعادة يميز الأطباء بين حالات التبول اللاإرادية التي ترجع إلى عوامل نفسية و الحالات التي ترجع إلى عوامل وإصابات عضوية وتشبه في أعراضها حالات التبول اللاإرادي، ومن بين أبرز هذه الإصابات العضوية ما يلي⁽¹⁾:

- تعدد البيلات « La miction anormalement fréquentre pollakiuries » :

يطلق على تواتر البيلات المتزايد اسم تعدد البيلات « Pollakiuries » ، وهي حالة تصف الحاجة الملحّة والمفاجئة للتبول حتى لو كانت كمية البول قليلة في المثانة ويعتبر في علم الأمراض البولية أكثر الأسباب التي يستشفى من أجلها المريض، لأنه عرض يشوش النوم ويعيق النشاط الاعتيادي، وتستطيع جميع آفات الجهاز العلوي (الكلية، الحويصات، الحالب) والجهاز السفلي (المثانة، الموتة، الحويصلات المنوية، الإحليل) أن تحدث تعدداً في البيلات.

¹ عبد المعطى حسن مصطفى: الاضطرابات النفسية في الطفولة، مرجع سبق ذكره ، 2003، ص 102 و 103.

ويجب الإشارة أن تعدد البيلات ليس سوى عرض « Symptôme »، ولا يعني أبداً أنه مرادف لالتهاب المثانة كما هو دارج، لأن التهاب المثانة ملف من عرضين وعلامة (تعدد البيلات + آلام + بيلة قبحية « Pyurie »).
كما يمكن أن يكون وراثة عامل نفسي إذا كان المريض الذي يشتكي من تعدد البيلات لم يُظهر بوالاً ليلاً

- الغزارة البولية أو كثرة البوال « Les polyuries »:

متى فانتت كمية البول المفرزة والمنطرحة في وحدة زمنية (24سا) كمية البول المنطرحة خلال الفترة الزمنية ذاتها عند الأشخاص الطبيعيين، أي متى تجاوزت مقدار لترين يقال أن المريض المصاب بالغزارة البولية.
وهي غالباً ما تكون مؤشر عن داء السكري التافف « Diabète insipide » أو عن الداء السكري الذي يرتكز على الأنسولين « Diabète Insulino-dependant »، كما يمكن أن تكون كنتيجة لقصور الهرمون المضاد للتبول وهو هرمون القازوبروسن.

البيلات اللاشعورية وسلس البول:

« Les mictions inconscientes et incontinence d'urine »

أ- سلس البول « Incontinence urinaire » : معناه أن المريض لا يستطيع ضبط البول مما يتطلب أن تكون المثانة دائماً فارغة لأنها تنفرغ باستمرار.

ب- البيلة اللاإرادية « Miction involontaire »: تمتلئ المثانة، ثم يشعر المريض بحاجة التبول (سواء في الحياة الشعورية أو الحلم) إلا أنه لا يستطيع ضبطها، فهي إذن بيلة لا شعورية أو احتلامية ولا إرادية.

ج- البيلة اللاشعورية « Miction inconsciente »: لا يشعر المريض بحاجة التبول، ويتم سيلان البول قطرة قطرة أو بدفعات، فإذا كانت المثانة ممتلئة أكثر من سعتها الفيزيولوجية وإذا كان هذا السيلان متقطعاً يحق لنا أن نسمي هذه البيلة : " بالبيلة الذاتية « Miction automatique » " وهي نوع من بيلة بدائية وانعكاسية ولا تخضع لمراقبة قشرة الدماغ.¹

¹خير الزراد فيصل محمد : التبول اللاإرادي لدى الأطفال، مرجع سبق ذكره، 1998، ص 109-113

مسار المشكلة ومآلها¹ « Course of the disease and is doomed » :

البوال يعتبر اضطراب قابل للشفاء الذاتي بمعنى أنه يتحسن تلقائياً مع التقدم في العمر ونضج الجهاز العصبي، ومع هذا نوصي بالعلاج حتى نتفادى المضاعفات التي تحدث للطفل لو تركناه حتى يتحسن تلقائياً وطبقاً لتعريف البوال فإن بدايته في سن الخامسة، أما البوال الثانوي فبدايته غالباً بين الخامسة والثامنة من العمر، وأغلب المصابين به يتحسنون في المراهقة ولكن تبقى نسبة 1% بواليين حتى مرحلة الرشد، أما إذا كانت بداية البوال بعد سن الثامنة أو مرحلة الرشد فيجب أن نضع في الاعتبار الأسباب العضوية بشكل أقوى، وفي الأطفال الذين مرّوا بفترة جفاف سابقة ثم حدث لهم البوال يجب أن نفكر في وجود صعوبات نفسية لديهم.

المضاعفات « Complicatios » :

لو تركنا حالات البوال بدون علاج حتى تصل إلى الشفاء الذاتي مع تقدم العمر فإننا نعرض الطفل المصاب لمضاعفات نفسية خطيرة نذكر منها:

- 1- ضعف صورة الذات ونقص احترامها وضعف الثقة بالنفس.
- 2- الخجل والشعور بالدونية.
- 3- الانطواء وعدم القدرة على التفاعل الاجتماعي بشكل طبيعي.
- 4- القلق أو الاكتئاب.
- 5- الحرمان من الذهاب للرحلات والمعسكرات أو زيارة الأقارب خوفاً من حدوث الحالة.
- 6- الخوف من الزواج خاصة عند الفتيات².

¹أديب العطار : السريريّات البولية التناسلية، مطبعة جامعة دمشق، 1963، ص 140، 184، 231.

²محمد حمودة : الطفولة والمراهقة، المشكلات النفسية والعلاج، مرجع سبق ذكره، 1991، ص 150.

2- علاج التبول:

هناك العديد من الوسائل العلاجية لحالات التبول وهي تتدرج من إتباع بعض التعليمات البسيطة إلى العلاج السلوكي والعلاج النفسي وأخيراً العلاج الدوائي ويتم اختيار الوسيلة أو الوسائل العلاجية بعد التقييم الكامل للحالة بواسطة الطبيب المتخصص، ويراعى في الاختيار سن المريض وشدة الحالة وتعاون الأسرة، فالأطفال بين الخامسة والسابعة يستحب أن نبدأ معهم بالوسائل البسيطة (غير الدوائية) أما الأطفال الأكبر سناً أو الحالات الشديدة فربما نفكر في أكثر من وسيلة من بينها العلاج الدوائي، وفلسفة العلاج هنا هو أن نساعد الطفل على التحكم بوسائل وإجراءات خارجية على أمل أن يكتب القدرة على التحكم في وقت من الأوقات أو يحدث النضج التلقائي للأجهزة العصبية، وبالتالي نحمي الطفل من مضاعفات الحالة التي ذكرناها آنفاً وبناءً على ذلك يجب أن نشرح للوالدين وللطفل (إذا أمكن) طبيعة العلاج ودوره ومدته لكي يكونوا متعاونين معنا في تحقيق أهداف العلاج، وهناك بعض الحالات ربما لا ترغب في العلاج طويل المدى ولكنها تحتاج فقط للعلاج في فترات مؤقتة حين الذهاب في رحلة أو معسكر أو زيارة لأحد الأقارب لفترات محددة.

والخطوة الأولى هي إجراء فحص طبي للطفل، ومقابلة الطفل والأهل، وتطبيق الاختبارات السيكولوجية (اختبارات الذكاء واختبارات الخوف، والغيرة، ورسم الرجل، ورسم الأسرة) وذلك للتأكيد فيما إذا كان الاضطراب عضوي أم وظيفي، ويجب تذكر أن الاضطراب العضوي يجعل الطفل يبلى ثيابه في أحلام اليقظة أيضاً بينما الاضطراب الوظيفي غالباً يجعل الطفل يبلى ثيابه وفراشه ليلاً، وتكون معالجة التبول اللاإرادي العضوي بمعالجة السبب أما التبول اللاإرادي الوظيفي يتجه في علاجه إلى الطرق الآتية أو بعضها حسب كل مرحلة.

أ- العلاج الطبي « Medical therapy » :

ويستخدم العلاج الطبي في حالة وجود الأمراض الجسمية أو السبب العضوي في التبول، ويستفاد في ذلك في قليل من الحالات بالعلاج الجراحي أو استخدام الأدوية مثل:

- التوفرانيل « Tofranil® » : وهو الاسم التجاري لمادة « Imipramine » وهي من

المواد الكيميائية المضادة للاكتئاب، استخدمه لأول مرة الباحث « Hughesson » الذي لاحظ صعوبة التبول اللاإرادي لدى الأطفال وخاصة الليلي، وتبين فيم بعد أن مضادات الاكتئاب من الزمر الكيميائية الثلاثية الحلقات « Tricycliss » تبدي أكبر فعالية في

العلاج وللتوفرانيل آثار جانبية كجفاف الفم، الدوار، النعاس، صعوبة التركيز، ويجب أن يستعمل تحت إشراف طبي ولفترات زمنية قصيرة وتأثيره مشابهة لخاصية مضادة الكولين، المثبطة لعضلات المثانة الملساء وتقلصاتها، المزيد في اتساع المثانة، تناقص مرات التبول¹.

- المينيرين® Minirn: وهو الاسم التجاري لمادة « Desmopressine », يعطى هذا العقار عن طريق الأنف (Pulvérisations nasales)، وهو عقار له تأثير هرمون الفاسوبريسين « Vasopressin » ويعطى بدءاً من عيار 10 إلى 40 ملغ نصف ساعة قبل النوم لمدة أسبوعين، وتشير الدراسات أن نسبة التحسن باستخدام هذا العقار حوالي 82%²

- الديتروبيين® Ditropan: وهو الاسم التجاري لمادة « L'oxybutynine », يعطى بدءاً من عيار 5-15 ملغ، مرتين في المساء لمدة شهرين على الأقل ويمكن أن تمتد المدة إلى 6 أشهر إن كان هذا ضرورياً، خاصة إذا كانت الحالة تعاني من صغر حجم المثانة، هذا العقار لا يحمي الطفل إلا في النصف الأول من النوم (Début de nuit) . بعد استخدام الأدوية يتم الإجراء الطبي وذلك لفحص الجهاز البولي والتناسلي وجهاز الإخراج، وإجراء التحاليل للبول والبراز والدم بالإضافة إلى الفحص بالأشعة وفحص طبيب الأنف والأذن والحنجرة، وذلك لتأكد من عدم وجود التهابات أو أسباب مهيجة للطفل أو خلل في تركيب البول أو وجود ديدان بالبراز وعدم وجود تضخم لحمية خلف الأذن، وبطبيعة الحال إذا جاءت الإجراءات الطبية كاشفة عن وجود علة عضوية فإن الأمر لا يعقبه خطوات إلا بعد فشل العلاج الطبي.

ب- العلاج النفسي التربوي Psychotherapy educational :

إنّ العلاج النفسي التربوي لحالة التبول اللاإرادي يفيد الطفل صاحب المشكلة، كما يفيد الأسرة، والمجتمع المحيط بالطفل ذلك لأن هذا العلاج يصاحبه تحسن عام في سلوك الطفل أيضاً، ويتضمن العلاج النفسي التربوي إرشاد وتوجيه الآباء حول خطوات العلاج وأهميته وحول حسن معاملة الطفل وتجنب اللجوء إلى الضرب أو التهديد، والعمل على إشباع حاجات الطفل، ومن الإجراءات التربوية المهمة في هذا الصدد:

- تعويد الأطفال نهائياً على ضبط نفسه مدة كافية وذلك عن طريق المباشرة بين أوقات ذهاب الطفل للتبول نهائياً.

¹خير الزاد فيصل محمد: التبول اللاإرادي لدى الأطفال، مرجع سبق ذكره، 1998، ص123

² <http://www.sphere-sante.com/enuresie.html>

- تعويد الطفل على الاستيقاظ ليلاً بعد ذهابه للنوم بحوالي ساعة ونصف، ثم يوقظ الطفل مرة أخرى بعد 4-5 ساعات من نومه.
- تعويد الطفل على التبول قبل نومه مباشرة.
- تعويد الطفل على القيام بعملية التبول بصورة صحيحة.

ج- التحليل النفسي كطريقة في علاج التبول اللاإرادي لدى الأطفال:

أشرنا سابقاً إلى العوامل النفسية ووجهة نظر جماعة التحليل النفسي بالنسبة لمشكلة التبول، والتحليل النفسي للأطفال يفيد في شفاء حوالي 50% من حالات التبول لدى الأطفال، وهو يعتمد على الكشف عن المواد العميقة المكبوتة في لاشعور الطفل من صدمات ومخاوف، وصراعات، والتي أدت إلى تبول الطفل على نفسه، ومن المعروف أن نظرية التحليل النفسي تعتمد على مفاهيم مثل: الأنا، والأنا الأعلى، والهوى، والصراع الدائم بين هذه المفاهيم الثلاثة، ويرتبط الصراع بالحاجة إلى الأمن والطمأنينة، ويرى جماعة التحليل النفسي أنه لا يوجد حالة عصاب نسبية دون استعداد عصابي، أو دون عصاب طفلي، وأن قلق الطفل ومخاوفه تنشئ العصاب لديه (التبول اللاإرادي)، كما أن خبرات الطفولة العنيفة تعتبر تربة خصبة لنشأة الاضطرابات التي تحقق عقبة أمام النمو الطبيعي لقدرات الطفل وطاقاته ومهاراته، ويمكن لصراعات الطفل الداخلية أن تتحول الى عرض بدني هروباً من حالة الصراع النفسي، أو القلق المؤلم، ودون أن يدرك الطفل الدافع إلى ذلك .

والتحليل النفسي للأطفال يفيد في علاج حالات التبول اللاإرادي التي ترجع إلى صراعات ومخاوف عميقة، وفي الكشف عن الوسائل الدفاعية التي يلجأ إليها الطفل من أجل التخفيف من صراعاته، وما هي المكاسب الثانوية التي يحققها الطفل من وراء تبوله اللاإرادي على نفسه.

د- علاج التبول اللاإرادي بواسطة الدراما النفسية « Psychological drama » :

لقد وضع المحلل النفسي « Moreno, J.L » (1914-1959) منهجاً للعلاج النفسي يعتمد على فكرة المسرح العلاجي، حيث يوضع المريض وحده، أو مع فريق من المرضى في وسط مسرحي ويطلب منه القيام بتمثيل دور تلقائي، على أن يكون لهذا الدور دلالاته النفسية، وعلى أن يُسقط المريض على شخصيات الدور التمثيلي كثيراً مما يعانيه، ويعبر المريض عن مشاعره بشكل تلقائي حرّ، وينفس عن انفعاله، ويتعرف على ذاته داخل الموقف الجماعي، ويعبر عن دوافعه الكامنة، وعن اتجاهاته العميقة ويتطور الدور المسرحي تتضح الجوانب السلوكية والانفعالية لدى المريض، وعادة يتضمن موضوع المسرحية مواقف مثل التي عاشها الطفل مع والديه وأسرته، ومهارة المعالج في معرفة الراميات التي تمّ الكشف عنها وتفسيرها) يجب التمييز بين الدراما النفسية التي يركز فيها

المعالج على الفرد المريض، وبين الدراما الاجتماعية حيث ينصب اهتمام المعالج على مجموعة من المرضى) .

ويقرر « Moreno » بأن نظريته تعتمد على التفاعل الاجتماعي، حيث يرى المعالج ذات المريض من خلال التفاعل الاجتماعي، ومن خلال تفاعل المريض مع المجموعة، ويجب لتطبيق هذه الطريقة توفر معالج ماهر ومدرب على اختيار المواقف التي تُحدث تأثيراً علاجياً نفسياً لدى المريض.

هـ- العلاج السلوكي « Behavioral therapy » :

يعتبر هذا العلاج من الأساليب الحديثة في علاج التبول اللاإرادي، وتقوم فكرة العلاج السلوكي على أساس أن الطفل قد اكتسب هذه المشكلة نتيجة عدم تدريبه الصحيح على عمليات الإخراج، ويهدف العلاج السلوكي على إعادة تربية الطفل وتدريبه بطريقة صحيحة وقد أثبتت نجاح هذا الأسلوب في علاج كثير من الحالات، وبما أنه الأسلوب المستعمل في البحث الحالي، سيتم التطرق إليه بالتفصيل في الفصل اللاحق.

ملاحظة: أمّا فيما يخص علاج التبول اللاإرادي من المنظور السلوكي، فسيكون في الفصول اللاحقة بصورة دقيقة لأنه العلاج المعتمد عليه في البحث الحالي.

خلاصة الفصل:

يعدّ التبول اللاإرادي اضطراباً سلوكياً ذو مظهر عضوي وهو أحد أكثر المشكلات شيوعاً لدى الأطفال، له أبعاد طبية، تربوية ونفسية ولهذا تنوعت أسبابه وعلاجاته.

بعد التقصي حول المشكلة تمّ الاعتماد في البحث الحالي على تقنيات من العلاج السلوكي لتصميم برنامج علاجي بسيط يساعد الأطفال في الحدّ من مشكلة التبول لديهم بغية إعادة التوافق النفسي لهم، وهذا ما سنقوم بعرضه في الفصل اللاحق.

الفصل الثاني

مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة.

(من 6 إلى 12 سنة)

الفصل الثاني: مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة (6-12 سنة) وخصائصها

تمهيد

1. تعريف الطفل.
2. تعريف الطفولة.
3. تعريف النمو.
4. مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة:
 - أ. الطفولة المتوسطة
 1. مظاهر النمو في الطفولة المتوسطة
 - ب. الطفولة المتأخرة
 1. مظاهر النمو في الطفولة المتأخرة
5. النظريات المفسرة لنمو الطفل في المرحلة الوسطى والمتأخرة (6-12 سنة)
6. مطالب وحاجات النمو في المرحلة المتوسطة والمتأخرة للطفولة.
7. مشكلات النمو في مرحلة الطفولة من (6-12 سنة).
8. خلاصة الفصل.

الفصل الثاني

مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة من سن (06 إلى 12 سنة)

تمهيد:

تعتبر مرحلة الطفولة ذات أهمية كبيرة في تكوين شخصية الفرد، ويعتبر التطور خلال هذه المرحلة التي تغطي الفترة (6-12) سنة من الظواهر المثيرة للاهتمام، وتتزامن هذه المرحلة عادة مع دخول الطفل إلى المدرسة، وتنتهي مع وصول الفرد إلى مرحلة البلوغ التي تعلن عن إنتقال الطفل إلى مرحلة المراهقة، ويكون الطفل في هذه المرحلة عرضة للتغيرات المثيرة للاهتمام، والتي يمكن أن تكون دراماتيكية وحادة في بعض الأحيان، ومع دخول الطفل للمدرسة يكون المسرح قد تمّ إعداده وتجهيزه لتطور الطفل في العديد من الجوانب، كما هو الحال في الطريقة التي يفكر فيها الطفل، أو الطريقة التي يتعامل فيها مع الآخرين وينظم بها سلوكه، أو يتعلم بها بشكل عام.

1. تعريفات:

قبل تقديم تعريف هذه المرحلة (الطفل من 6 إلى 12 سنة)، من الضروري التعرف على مفهومي الطفل والنمو.

1- تعريف الطفل:

لغة: الطفل بكسر الطاء، المولود أو الولد حتى البلوغ وهو للمفرد والمذكر، ويجمع على أطفال، وجاء ذكره في التنزيل العزيز " وَإِذَا بَلَغَ الْأَطْفَالُ مِنْكُمُ الْحُلُمَ فَلْيَسْتَأْذِنُوا "1.

وقد يستوي فيه المذكر والمؤنث والجمع، ففي التنزيل الحكيم جاء أيضاً :
"نُخْرِجُكُمْ طِفْلًا "2، وفيه " أَوْ الطِّفْلِ الَّذِينَ لَمْ يَظْهَرُوا عَلَى عَوْرَاتِ النِّسَاءِ "3.

2- تعريف الطفولة:

¹ سورة النور الآية رقم 59.

² سورة الحج الآية رقم 5.

³ سورة النور الآية رقم 31.

لغة: هي تلك المرحلة التي يعتمد فيها الطفل على غيره في تأمين متطلباته الحياتية، وتمتد من الميلاد حتى البلوغ وهي من أهم مراحل التكوين ونمو الشخصية، وهي مجال إعداد وتدريب الطفل للقيام بالدور المطلوب منه في الحياة، ومما يحدد مدة الطفولة قوله تعالى: " يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّ كُنْتُمْ فِي رَيْبٍ مِّنَ الْبَعْثِ فَإِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِّن تَرَابٍ ثُمَّ مِّن نُّطْفَةٍ ثُمَّ مِّن عَلَقَةٍ ثُمَّ مِّن مُّضْغَةٍ مُّخَلَّقَةٍ وَغَيْرِ مُّخَلَّقَةٍ لِّنُبَيِّنَ لَكُمْ ^ج وَنَقِرُ فِي الْأَرْحَامِ مَا نَشَاءُ إِلَىٰ أَجَلٍ مُّسَمًّى ثُمَّ نُخْرِجُكُمْ طِفْلًا "

ومن هنا يتضح أن الولادة بداية مرحلة الطفولة، وأن البلوغ هو الحدّ الفاصل بين الطفولة والمرحلة التي تليها (المراهقة)، قال الإمام القرطبي رحمه الله: الطفل يطلق من وقت انفصال الولد إلى البلوغ.

تعريفها في علم النفس: يعرف علماء النفس وعلماء الاجتماع الطفولة بأنها تلك الفترة المبكرة من حياة الإنسان، التي يعتمد فيها على والديه اعتماداً كلياً، وهي جسر العبور الذي يمر عليه الفرد للنضج الفسيولوجي، والعقلي، والنفسي، والاجتماعي، والخلقي والتي تتشكل خلالها حياة الإنسان ككائن اجتماعي.¹

وعرّف حامد زهران الطفولة على أنها الفترة التي يقضيها الإنسان في النمو والترقي حتى يبلغ مبلغ الراشدين، ويعتمد على نفسه في تدبير شؤونه وتأمين حاجاته الجسدية والنفسية، ويعتمد فيها الصغار على ذويهم في تأمين بقائهم، وتغذيتهم وحماية هذا البقاء، فهي فترة قصور وضعف، وتكوين وتكامل في آن واحد.

بينما ميّز محمد عماد الدين إسماعيل الطفولة عن باقي المراحل، كونها مرحلة حياتية فريدة تتميز بأحداث هامة، ففيها تتوضع أسس الشخصية المستقبلية للفرد البالغ، ولها مطالبها الحياتية، والمهارات الخاصة التي ينبغي أن يكتسبها الطفل، وإنها وقت خاص للنماء والتغيّر والتطور، يحتاج فيها الطفل إلى الحماية والرعاية والتربية وفقاً للقانون². والطفولة هي الفترة التي يكون خلالها الوالدان هما الأساس في وجود الطفل وتكوينه عقلياً، وجسدياً، وصحياً.

تعريفها عند علماء الاجتماع:

¹ رشوان حسين عبد الحميد أحمد: الطفل دراسة في علم الاجتماع النفسي، ط2، مصر، 1999، ص 16 و 17

² إسماعيل، محمد عماد الدين: الطفل من الحمل إلى الرشد، ط1، الكويت، دار القلم للنشر، 1989، ص 21 و 22.

- اختلف تعريف علماء الاجتماع لمصطلح "الطفولة"، واتخذوا في تعريفه أشكالاً مختلفة:
- الطفولة هي المرحلة الأولى من مراحل تكوين ونمو الشخصية، وتبدأ من الميلاد حتى بداية طور البلوغ.
 - الطفولة تتحدد حسب السن حيث يسمى الطفل طفلاً من لحظة ميلاده حتى سن الثانية عشرة من عمره.
 - الطفولة هي فترة الحياة من الميلاد حتى الرشد، وتختلف من ثقافة إلى أخرى، وقد تنتهي عند البلوغ، أو عند الزواج أو يصطلح على سن محدد لها.
- وهنا نلاحظ أن علماء الاجتماع اتفقوا من حيث بداية مرحلة الطفولة واختلفوا في نهاية هذه المرحلة.¹

كما يعرف الطفل وفقاً للمادة الأولى من مشروع اتفاقية الأمم المتحدة على أنه: هو كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشرة ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المنطبق عليه، وأما الطفولة فتعرف على أنها مرحلة لا يحتمل فيها الإنسان مسؤوليات الحياة معتمداً على الأبوين في إشباع حاجاته العضوية وعلى المدرسة في الرعاية للحياة، وتمتد زمنياً من الميلاد وحتى قرب نهاية العقد الثاني من العمر وهي المرحلة الأولى لتكوين ونمو الشخصية، وهي مرحلة للضبط والسيطرة، والتوجيه التربوي.

3-تعريف النمو:

النمو بمعناه اللغوي هو الزيادة، والكثرة بصفة عامّة، ويقصد بالزيادة ما يحدث من نمو طبيعي في جميع أنحاء الجسم بنسب طبيعية، والنمو في التربية وعلم النفس يعني الحركة والتقدم بالإضافة إلى الزيادة بمعناه المادي أو الكمي كل ذلك يدخل في ضمن مفهوم النمو. وأيضا يشمل كافة التغيرات والتطورات التي تعترى الفرد خلال مراحل النمو المختلفة فالنمو يتعلق بالتغير في حجم الجسم.

ويشير « Bezeel » إلى أن النمو يعني سلسلة متصلة من التغيرات ذات نمط منتظم ومترابط .

والنمو بمعناه النفسي يتضمن كافة التغيرات العضوية، والفسولوجية، والتغيرات الانفعالية والعقلية، والاجتماعية التي تحدث للفرد ويمر بها خلال دورة حياته².

4- مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة (6-12) سنة:

بداية لا بد من الإشارة إلى أن التسميات التي أطلقت على الفترة الزمنية التي تغطي عمر الطفل في الفترة ما بين (6-12) سنة قد اختلفت من باحث ومؤلف إلى آخر، حيث تجد في

¹ كركوش، فتيحة: سيكولوجية طفل ما قبل المدرسة، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2011، ص 16.

² علي أبو جادو صالح محمد: علم النفس التطوري (الطفولة و المراهقة)، دار المسيرة عمان، ط2، 2007، ص 342

بعض المؤلفات استخدام مرحلة الطفولة المتوسطة دون الإشارة إلى الطفولة المتأخرة، وفي مؤلفات أخرى تم اختيار اسم الطفولة المتأخرة دون الإشارة إلى المرحلة المتوسطة، وتجد أن بعض المؤلفين اعتمدوا الإسمين معاً حيث قسّموا الفترة ما بين (6-12) سنة إلى مرحلتين أطلقوا على الأولى (6-9) سنوات مرحلة الطفولة المتوسطة، فيما أطلقوا على الثانية (9-12) سنة مرحلة الطفولة المتأخرة، وللتوفيق بين وجهتي النظر السابقتين ارتأينا أن نطلق على هذه الفترة الزمنية من عمر الطفل " مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة"¹

أ- الطفولة المتوسطة (6-9) سنوات:

الطفولة الوسطى هي الفترة الممتدة من سن السادسة إلى التاسعة، وهي المرحلة الأولى من المدرسة الابتدائية ويقضيها الطفل في التعليم المنظم وكيفية التعامل مع الآخرين والتنافس معهم.

أما سلوكيات الطفل في هذه المرحلة قد تبدو في التمسك بالقواعد، مع عدم الميل إلى تغييرها والاتجاه نحو الجماعات والمؤسسات الاجتماعية، كما يتم التركيز في هذه المرحلة على إتقان المهارات الأساسية اللازمة كالقراءة والكتابة والحساب، التي تعتبر المهمة الرئيسية للمدرسة، ومن هنا يُقبل الطفل على ممارسة النشاطات البدنية والذهنية التي تشعره بالسعادة.

وفي هذه المرحلة يسعى الطفل إلى الاستقلالية والخروج من دائرة سيطرة الوالدين فيعتمد على جماعته في مساندته وحمائته، ممّا يؤدي به إلى سلوك الكتمان والميل لاتخاذ القرارات لوحده².

أ.1- مظاهر النمو في الطفولة المتوسطة:

أ.1.1- النمو الجسمي والفسولوجي:

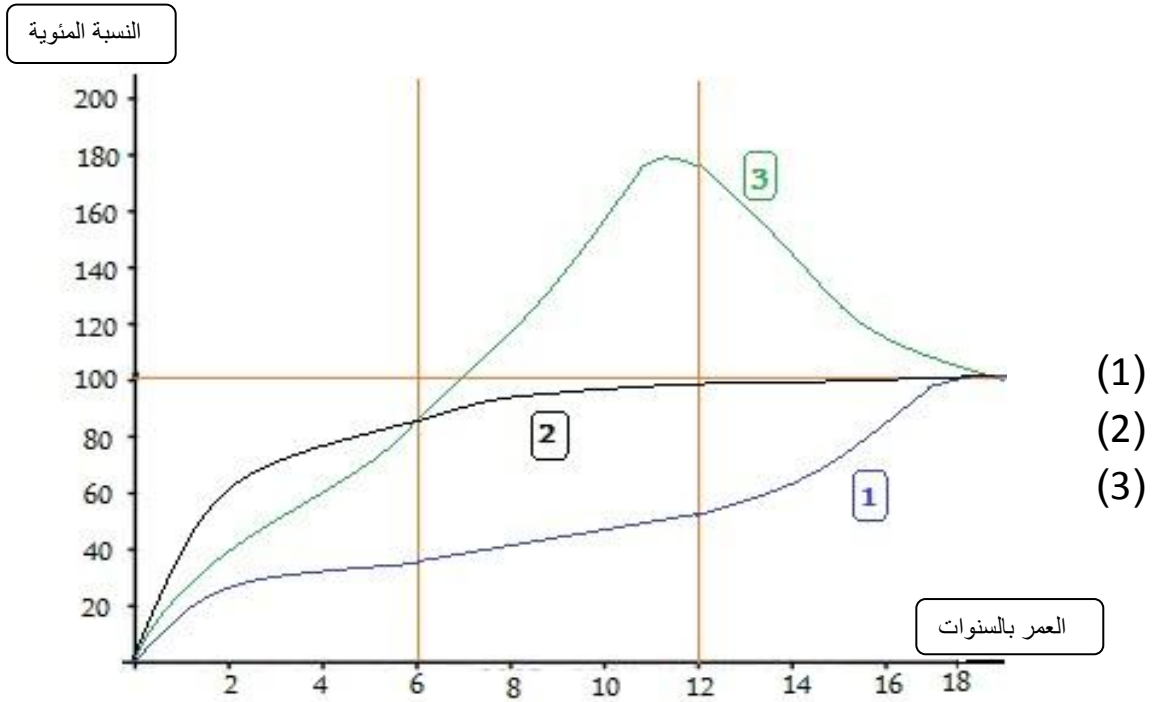
يمتاز النمو الجسمي في هذه المرحلة بالتباطؤ والانتظام مقارنة بالمراحل السابقة ومرحلة المراهقة، وقد بيّنت الدراسات التي قامت حول النمو الجسمي عند الأطفال أن جسم الطفل في السادسة يبلغ 42% من تكوينه العام الذي سيبلغه حيث يكتمل نضجه حوالي سن العشرين، كما يبلغ 65% في سن الثامنة، و58% في الثانية عشرة. ونستطيع إجراء المقارنة بين سير النمو في هذه المرحلة وسيره في الطفولة السابقة بالاعتماد على أرقام الجدول (01) التالي:

¹ كركوش، فتيحة: سيكولوجية طفل ما قبل المدرسة ، مرجع سبق ذكره، 2011، ص 16.

² الزغبي أحمد محمد: علم النفس النمو (الطفولة والمراهقة)، ط1، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان 2001، ص 159.

العمر	نسبة النضج	العمر	نسبة النضج
السنة 2	%30	السنة 8	%45
السنة 3	%40	السنة 10	%50
السنة 4	%42	السنة 12	%58

- وتمثل هذه الأرقام متوسطات المسار العام للنمو إذ أن الفروق الفردية في هذا النمو كبير، ويكون النمو الجسمي عند الإناث بعد الثامنة أسرع منه عند الذكور.
- وتختلف سرعة نمو كل جهاز من أجهزة الجسم عن غيره فينمو كل من الجهازين العصبي والمفاوي بسرعة تختلف كثيراً عن النمو العام للجسم كما يوضح ذلك الرسم البياني التالي:



رسم بياني يمثل اختلاف سرعة نمو الجهاز المفاوي والعصبي عن النمو العام

يبين الخط البياني (1) سير النمو بوجه عام، وكيف يتباطأ بعد السادسة، ثم كيف يزداد تسارعه بعض الشيء بعد العاشرة، ثم زيادة لتسارع الواضحة بعد سن الثانية عشر، أما الخط (2) فيبين أن الجهاز العصبي يبلغ 90% من النمو في السادسة، ثم يتباطأ بعد ذلك، أما الخط (3) فيبين أن الجهاز المفاوي يبلغ 90% من نموه في السادسة، ثم ينمو بسرعة

حتى يبلغ في الحادية عشرة 91% مما هو عليه الراشد، ثم يتناقص حتى سن العشرين حيث يكتمل النمو تقريباً.¹

يبدأ سقوط الأسنان اللبنية عند كلا الجنسين اعتباراً من السادسة، وتحل محلها الأسنان الدائمة

كما يتزايد ضغط الدم ويتناقص معدل النبض، يزداد طول وسمك الألياف العصبية وعدد الوصلات بينها، ويقل عدد ساعات النوم بالترتيب، ويكون متوسط فترة النوم على مدار السنة في سن 7 سنوات حوالي 11 ساعة.²

أ.2.1- النمو الحركي: تتلخص الخصائص العامة للنمو الحركي في هذه المرحلة على النحو التالي:

- يستمر نمو العضلات مع زيادة سيطرة الطفل على العضلات الكبيرة، بينما لا تتم السيطرة على العضلات الصغيرة إلا في سن الثامنة، وتعتبر هذه الفترة هي فترة اكتساب عدد كبير من المهارات الجسمية حيث يمارس الطفل الأعمال اليدوية كما تزداد مهارته الجسمية والحركية، ويشارك في عدد كبير من الألعاب مثل الكرة، وألعاب القوى، والجري والقفز، والتسلق، ونط الحبل، وركوب الدراجات والسباحة والغطس، وحركات الجمباز، ويختلف سلوك الذكور عن الإناث حيث نجد الإناث أقل ممارسة للنشاطات الحركية من الذكور، بينما يقبل الذكور على الممارسات الميكانيكية، والأعمال اليدوية، ويكونون أكثر ميلاً إلى النشاطات العدوانية بسبب ميلهم إلى النشاط العضلي الحركي وتبدو رسوم الأطفال في هذه المرحلة أكثر نضجاً ووضوحاً، كما تزداد قدرتهم على تشكيل الصلصال وعمل النماذج الطينية.³

أ.3.1- النمو العقلي:

يستمر النمو العقلي بصفة عامة في نموه السريع، يتعلم الطفل المهارات الأساسية في القراءة ن الكتابة، الحساب، ويزداد الذكاء، أما التذكر فإنه ينمو من التذكر الآلي إلى التذكر والفهم، ويزداد مدى الانتباه ومدته وحدته إلى أن طفل السابعة ما زال لا يستطيع تركيز انتباهه في موضوع واحد مدة طويلة وخاصة إذا كان موضوع الانتباه حديثاً شفهياً وينمو التفكير من التفكير الحسي نحو التفكير المجرد، وينمو التخيل من الإيهام إلى الواقعية والإبداع والتركيب،

¹ عويس عفاف أحمد : النمو النفسي للطفل، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع عمان، ط1، 2003، ص 208

² القذافي رمضان محمد : علم النفس (النمو الطفولة والمراهقة) ، المكتب الجامعي الحديث، 2000، ص 292، ص 293

³ عويس عفاف أحمد : النمو النفسي للطفل، مرجع سبق ذكره، 2003، ص 209-210

وينمو اهتمام الطفل بالواقع والحقيقة، ويميل الطفل إلى استماع الحكايات والقصص والاستماع للراديو ومشاهدة التلفزيون.

أما عن نمو المفاهيم، ففي بداية هذه المرحلة يلاحظ أن الطفل مازال متمركزاً حول ذاته، وما زالت معظم مفاهيمه غامضة وبسيطة، وبنموه تحدث تغيرات هامة نلخصها فيما يلي:
- الانتقال من المفاهيم البسيطة نحو المفاهيم المعقدة، ومن المفاهيم المتغيرة إلى المفاهيم الأكثر ثباتاً.

- الانتقال من المفاهيم غير المتميزة حول الذات نحو المفاهيم الأكثر موضوعية.

- الانتقال من المفاهيم المادية والمحسوسة إلى المفاهيم المجردة والمعنوية العامة.

- تزداد قدرته على إدراك الأعداد فيتعلم العمليات الحسابية الأساسية (الجمع ثم الطرح في سن السادسة ثم الضرب في سن السابعة ثم القسمة في سن الثامنة).

ويستطيع الطفل إدراك الألوان، أما عن إدراك أشكال الحروف الهجائية فيلاحظ أن قبل سن الخامسة يتعذر على الطفل أن يميز بين الحروف الهجائية المختلفة ومع بداية المدرسة الابتدائية تظهر قدرته على التمييز بين الحروف الهجائية المختلفة الكبيرة المطبوعة ويستطيع تقليدها إلا أنه يخلط في أول الأمر بين الحروف المتشابهة مثل: (ب-ت-ث) (ج-ح-خ) (س-ش)¹.

أ. 4.1- النمو الحسي:

يشاهد في هذه المرحلة تطور في النمو الحسي وخاصة في الإدراك الحسي، يتضح تماماً في عملية القراءة والكتابة، ومن مظاهره ما يلي:

- ينمو الإدراك الحسي عن المرحلة السابقة، فيلاحظ في إدراك الزمن أن الطفل في سن السابعة يدرك فصول السنة، وفي سن الثامنة يدرك شهور السنة، ويدرك الطفل المدى الزمني للدقيقة، والساعة، والساعة، والأسبوع، والشهر، وينمو إدراك المسافات أكثر من المرحلة السابقة، ويتوقف إدراك الوزن على مدى سيطرة الطفل على أعضائه وعلى خبرته بطبيعة المواد التي تتكون منها الأجسام، وتزداد قدرته على إدراك الأعداد والألوان.

- يستمر السمع في طريقه إلى النضج، إلا أنه مازال غير ناضج تماماً.

- يظل البصر طويلاً في 80% من الأطفال، بينما 3% فقط لديهم قصر نظر، ويزداد التوافق البصري، وتكون حاسة اللمس قوية (أقوى منها عند الراشد).

¹ عويس عفاف أحمد: النمو النفسي للطفل، مرجع سبق ذكره، 2003، ص 210-211

وتدل بعض البحوث حول الحاسة الكيميائية أن التمييز الشمي للطفل في سن السابعة لا يختلف كثيراً عن تمييز الراشدين¹.

أ.1.5- النمو اللغوي:

يدخل الطفل المدرسة وقائمة مفرداته تضم أكثر من 2500 كلمة، وتزداد المفردات بحوالي 50% عن ذي قبل في هذه المرحلة.

كما تعتبر هذه المرحلة مرحلة الجمل المركبة الطويلة، ولا يقتصر الأمر على التغيير الشفهي بل يمتد إلى التعبير التحريري، وتنمو القدرة على التعبير اللغوي التحريري مع مرور الزمن وانتقال الطفل من صف لآخر في المدرسة، ويلاحظ أنه ممّا يساعد على طلاقة التعبير التحريري والتغلب صعوبات الخط والهجاء، وتتطور القدرة على القراءة بعد ذلك إلى التعرف على الجمل وربط مدلولاتها بأشكالها، وكلما تقدم الطفل في السن تقدم في تحصيله اللغوي وفي قدرته على التحكم في اللغة، ويعتبر النمو اللغوي بالغ الأهمية بالنسبة للنمو العقلي والنمو الاجتماعي والنمو الإنفعالي.

وفي نهاية هذه المرحلة يصل نطق الطفل إلى مستوى، يقرب في إجادته من مستوى نطق الراشد⁽¹⁾.

أ.1.5- النمو الانفعالي:

تتهذب الانفعالات في هذه المرحلة نسبياً عن ذي قبل، تمهيداً لمرحلة الهدوء الانفعالي التالية، ويمكن تلخيص مظاهر هذا النمو فيما يلي:

- يلاحظ النمو في سرعة الانتقال من حالة انفعالية إلى أخرى نحو الثبات والاستقرار الانفعاليين إلا أن الطفل لا يصل في هذه المرحلة إلى النضج الانفعالي، فهو قابل للاستثارة الانفعالية، وتكون لديه بقية من الغيرة والعناد والتحدي.

ويتعلم الأطفال كيف يشبعون حاجاتهم بطريقة بناءة، أكثر من محاولة إشباعها عن طريق نوبات الغضب، كما كان الحال في المرحلة السابقة، وتتكون العواطف والعادات الانفعالية، ويبدى الطفل الحب ويحاول الحصول عليه بكافة الوسائل، ويحب المرح، وتحسن علاقته الاجتماعية والانفعالية مع الآخرين، ويقاوم النقد، بينما يميل إلى نقد الآخرين، ويشعر بالمسؤولية ويستطيع تقييم سلوكه الشخصي.

¹ زهران حامد عبد السلام: علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة)، عالم الكتب للنشر والتوزيع القاهرة ط5، 2005، ص 263.

ويعبر الطفل عن الغيرة بمظاهر سلوكية منها الضيق والتبرم من مصدر الغيرة وتلاحظ مخاوف الأطفال بدرجات مختلفة، وتتغير في هذه المرحلة، فالخوف السابق من الأصوات والأشياء الغريبة والحيوان والظلام وغيرها يقل جداً، ويكاد يختفي ليحل محله الخوف من المدرسة والعلاقات الاجتماعية وعدم الأمن اجتماعياً واقتصادياً إلا أن بعض الأطفال يظل لديهم الخوف المكتسب من الكلاب والشرطة... الخ.

كما قد نشاهد نوبات الغضب، خاصة في مواقف الإحباط¹.

أ.1.6- النمو الاجتماعي:

يحدث في الطفولة الوسطى نمو اجتماعي سريع ينتقل فيه الطفل مع بداية هذه المرحلة من البيت إلى المدرسة، فيشرع انتقاله من التمرکز حول الذات إلى التصرفات الاجتماعية والتوافق مع الأقران بدل الصراع معهم، ويشير « AREXON » إلى أن سنوات المدرسة الابتدائية التي تبدأ من السادسة تمثل المرحلة الرابعة لديه في متصل النمو النفسي الاجتماعي الذي يبدأ بأزمة تمثل دافعاً للنمو ومحركاً، والنجاح في حلها يساهم في استمرارية نمو "الأنا" في هذه المرحلة والمرحلة التالية والفشل في الحل يؤدي إلى الاضطرابات في هذه المرحلة وعدم القدرة على حلّ أزمات المراحل التالية بشكل صحيح، وفي هذه المرحلة يواجه الطفل أزمة الشعور بالنقص أو الدونية، ويحاول مقاومة هذا الشعور وتجنبه، وحل هذه الأزمة باكتساب مشاعر الإنجاز، وتجنب الشعور بالنقص والدونية تُدعم عن طريق أنواع من النجاحات التي تدعم هذا الشعور².

ويورد "حامد زهران" بعض سمات النمو الاجتماعي في هذه المرحلة:

- السعي الحثيث نحو الاستقلال.
- بزوغ معانٍ وعلامات جديدة للمواقف الاجتماعية.
- تعديل السلوك بحسب المعايير والاتجاهات الاجتماعية وقيم الكبار.
- اتساع دائرة الميول والاهتمامات.
- نمو الضمير ومفاهيم الصدق والأمانة.
- نمو الوعي والمهارات الاجتماعية.
- اضطراب السلوك إذا حدث صراع أو معاملة خاطئة من جانب الكبار³.

¹ زهران حامد عبد السلام : علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة) ، مرجع سبق ذكره ، 2005، ص 263.

² الأشول عادل عز الدين : علم نفس النمو، مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة، 1982، ص 389.

³ زهران حامد عبد السلام : علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة) ، مرجع سبق ذكره، 2005، ص 265 و 266.

كما يظهر تميز العلاقات الاجتماعية للطفل في هذه المرحلة في جانبها المتعلق بالعلاقة مع الأطفال الآخرين بمحاولة التميز عليهم في كل شيء مثل الإجابات في الفصل، النشاط الفني، التربية الرياضية، ومع ذلك فهو يحتاج للمشاركة ومع هذه المرحلة تبدأ أهمية جماعات الأقران حيث تمثل مصدر لتحقيق الذات والنجاح، كما تلعب علاقة الطفل بوالديه في تحديد مشاعر الكفاية أو الدونية، فتأييد الآباء لأبنائهم بالحب والإعجاب وإتاحة الفرصة أمام الأطفال في اللعب، وعمل بعض الأعمال مع التعبير بالإعجاب من قبل الآباء يدعم إحساس الكفاية والإنتاجية لدى الأبناء ، أما الآباء الذين يصغرون ويقللون من مجهودات أطفالهم فإنهم يدعمون مشاعر النقص وأحاسيس الدونية.¹

كما يميل الأطفال في هذه المرحلة إلى تكوين جماعات للأطفال الذكور منفصلة، والإناث كذلك، وهذه الجماعات لا تتجاوز اللهو البريء، وتختلف أنشطة الذكور التي تميل إلى الأنشطة العنيفة عن أنشطة البنات التي تميل إلى الأنشطة الأقل عنفاً خاصة في الرياضة¹ ، ويميلون أيضاً إلى الاحتكاك بالكبار ليعرفوا على قيمهم واتجاهاتهم.

أ.7.1- النمو الجنسي:

تشارك مرحلة الطفولة الوسطى مرحلة الطفولة المتأخرة من حيث اعتبارهما فترة كمون سابقة للبلوغ الجنسي في مرحلة المراهقين ولخص مظاهر هذا النمو كالاتي:

- يلاحظ أن الاهتمام قليل بشؤون الجنس، فالأطفال في هذه المرحلة والتي تليها يكونون أكثر انشغالا بأشياء يهتمون بها بمثل النشاط الاجتماعي والتربوي.

وتشهد هذه المرحلة بداية حب الاستطلاع الجنسي، ويصر الأطفال على استطلاع الجسم ووظائفه ومعرفة الفروق بين الجنسين.

وفي هذا الصدد يجب على الوالدين والمربين مراعاة ما يلي:

- إشعار الطفل بالطمأنينة وإجابة كل أسئلته، وتزويده بكل المعلومات والحقائق الضرورية في مثل سنه، و التي يسأل عنها².

ب- الطفولة المتأخرة (9-12) سنة:

¹ أبو حطب فؤاد صادق : علم النفس التربوي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1999

² رسيان خريبط مجيد، الأنصاري عبد الرحمن، ناهدة رسن سكر: إستراتيجيات حديثة في النمو، دار المناهج للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، ط1، 2004، ص28.

هي المرحلة الممتدة من سن الثامنة إلى حوالي اثنا عشر سنة، ويطلق على هذه المرحلة قبل المراهقة « PREADOLESCENCE » أين يصبح السلوك أكثر حدية للإعداد للمراهقة .

إن هذه المرحلة تتميز بصفة عامة ببطء معدل النمو مقارنة بالمرحلة السابقة والمراحل اللاحقة، حيث نلاحظ فقط نمو العضلات وقوتها إذ يتسع نموه الحركي فيزيد نشاطه ويبدأ ممارسة العديد من الألعاب الرياضية، ما يدفعه للاستقلال جزئياً من الكبار وأسرته، والأعمال تدريجياً على نفسه.¹

كما أنه في هذه المرحلة يستطيع التحكم في عضلاته وضبط حركات العين مما يجعله قادراً على تأدية النشاطات التي تستدعي التآزر العقلي البصري كالكتابة، الرسم والأعمال اليدوية. أما عن الفروق بين الجنسين في هذه المرحلة فإنها تبدوا واضحة في معدل النمو فتبدأ علامات البلوغ في الظهور لدى الفتيات، ويصبحن أطول وأكثر وزناً من الذكور الذين تبدأ علامات البلوغ عندهم بعد حوالي سنة إلى سنتين¹.

ب.1- مظاهر النمو في الطفولة المتأخرة:

ب.1.1- النمو الجسمي:

يكون النمو الجسمي بطيئاً أيضاً في هذه المرحلة بالقياس إلى مرحلة المهد والطفولة المبكرة لمرحلة الطفولة المبكرة لمرحلة الطفولة الأولى والثانية، وبالنسبة لمرحلة المراهقة القادمة، لكن سرعته تتزايد قليلاً بعد العاشرة، وقد رأينا أن الجسم يبلغ في الثامنة 45% من نموه العام وفي العاشرة 50% منه ويصل في الثانية عشر إلى 58% من النمو العام، ولهذا البطء في الزيادة فوائد منها:

-انصراف الطفل في اهتمامه المركز إلى النشاط العقلي والتكوين الإدراكي، حيث تتميز هذه المرحلة بزيادة واضحة في النمو العقلي.

-تثبيت ما جمعه الجسم، والتحكم بالأطراف، وزيادة السيطرة على الجهاز العضلي والحركي، وزيادة الثقة والمهارة والتوازن في الحركات.

-يساعد الطفل بأن يتمتع بصحة جيدة إذا حسنت تغذيته كما يجعله أكثر تحملاً للتعب، ويستطيع مواصلة النشاط لفترات طويلة، كما يجعل مقاومته للأمراض أكثر منها في كل

¹العمرية صلاح الدين :علم النفس النمو، مكتبة المجتمع العربي، عمان،الأردن، ط1، 2005، ص131.

المراحل السابقة وفي مرحلة المراهقة القادمة، ويبلغ معدل الوفيات الحد الأدنى في هذه الفترة¹.

ب.1.2- النمو الفسيولوجي:

من مظاهر النمو الفسيولوجي التي نلاحظها لدى الطفل في مطافه الطفولي، ضغط الدم الذي يستمر في التزايد حتى سن المراهقة، بينما معدل النبض في هذه الفترة يبقى في تناقص وأما وظائف الجهاز العصبي فتزداد فيه الوصلات بين الألياف العصبية، إلا أن سرعة نموها تقل عما كانت عليه من قبل، حيث في سن العاشرة يصل وزن المخ إلى 95 % من وزنه النهائي للراشد، إلا أنه لم يبلغ النضج بعد، وأما الغدد ووظائفها تبدأ في التغيير، إذ تستعد بعضها للقيام بالوظيفة التناسلية التي تعتبر نقطة تمييز سن المراهقة، كما أن هذا النشاط الفسيولوجي الذي يبدأ في التزايد يسبب نقصاً بساعات النوم لهؤلاء الأطفال².

ب.1.3- النمو الحركي:

هذه المرحلة (من 9-12) سنة تعتبر مرحلة النشاط الحركي الواضح، وتشاهد فيها زيادة واضحة في القوة والطاقة، فالطفل في هذه المرحلة دائم الحركة وبشكل سريع ومحكم، كما أن في هذه الفترة يحبذ الطفل اللعب مثل: الجري، والمطاردة وغيرها من السوكات التي تتطلب استعمال القوة البدنية ولعضلات الكبيرة والصغيرة والطاقة³.

كما أن الكفل في هذه المرحلة يميل إلى كل ما هو عملي، فيبدو وكأن الأطفال عمال صغار، ويميل الطفل إلى العمل ويود أن يشعر أنه يصنع شيئاً لنفسه.

كما ينمو التوافق الحركي لديه، وتزداد كفاءته ومهارته اليدوية، وقد لوحظ أيضاً أن زمن الرجوع يكون أسرع في هذه المرحلة⁽²⁾.

ب.1.4- النمو العقلي:

تنتفتح في هذه المرحلة كل القوى العقلية من إدراك وتفكير وانتباه، وتذكر وتخيل ويكون كالتالي:

- نمو الإدراك: نلاحظ أن الإدراك لعناصر الصورة يتطور ليصبح قائماً على إدراك الصورة من حيث العلاقة بين أجزائها ومكوناتها، كما يلاحظ أيضاً إدراك الطفل للأشياء المتباينة أكثر من إدراكه للأشياء المتشابهة، كما تنمو قدرة الطفل على التحليل الذي يجعله قادراً على إدراك

¹ عويس عفاف أحمد : النمو النفسي للطفل، مرجع سبق ذكره ، 2003، ص 234.

² هيران حامد عبد السلام: علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة) ، مرجع سبق ذكره، 2005، ص 276، 277، 278.

³ مجدي أحمد محمد عبد الله : الطفولة بين السوء والمرض ، دار المعرفة الجامعية ، بدون ط ، 2006، ص 129.

وجه الشبه بين الأشياء، ويتجه إلى التصنيفات، وصنع القوائم سواءاً بالنسبة لألفاظ اللغة أو الحيوانات أو المفاهيم الرياضية¹.

- نمو التفكير: يتدرج التفكير خلال هذه المرحلة من التفكير المحسوس إلى التفكير المجرد، ففي نهاية هذه المرحلة تبدو بوادر التفكير الغرضي-الاستدلالي المنطقي، أي أن التفكير يكون متجهاً نحو غاية، وهدف معين يريد الطفل تحقيقها².

- نمو الانتباه: ينمو الانتباه في هذه الفترة سواءاً من حيث المدى والسعة، حيث نجد أن قدرة الطفل على الانتباه تزداد، ويتضح ذلك من قدرة الطفل على تنظيم نشاطه الذهني وتركيز الانتباه على المواضيع لفترات طويلة، ويصبح قادراً على التغلب على العوامل الخارجية المشتتة للانتباه².

- نمو التذكر: تزداد قدرة الفرد على التذكر بازدياد نموه، ونجد الطفل في هذه المرحلة يتذكر المواضيع عن طريق الفهم والإدراك، بينما كان في السابق يتذكر الأشياء التي تم حفظها بطريقة آلية، ويستطيع الطفل تذكر الأسماء البسيطة غير المعقدة والتي تحمل معنى .

- نمو التخيل: يصبح خيال الطفل في هذه المرحلة خيالياً واقعياً إبداعياً، أي يرتبط بالأشياء الواقعية وليس بالأشياء الخيالية، ويستطيع الطفل أن يميز بين الواقع وبين الخيال، ويصبح قادراً على تركيب صور لا توجد في الواقع، ويكون هذا التخيل متجهاً نحو هدف معين وبالإمكان توجيه خيال الطفل في هذه المرحلة إلى الرسم والتشكيل والتمثيل.

ومن هنا نجد أن النمو العقلي عكس النمو الجسمي الذي أخذ في التباطؤ، يأخذ في السرعة والازدياد وذلك نتيجة نمو المخ والجهاز العصبي ويجب أن تتاح للطفل في هذه المرحلة من ألوان النشاط العقلي والألعاب العقلية والهوايات ما يسمح بتنمية قدراته العقلية ونموها في الاتجاهات الايجابية المرغوب فيها³.

- النمو الحسي: يتطور الإدراك الحسي وخاصة إدراك الزمن، إذ يتحسن في هذه المرحلة إدراك المدلولات الزمنية والتتابع الزمني للأحداث التاريخية، ويلاحظ أن إدراك الزمن والشعور بمدى فتراته يختلف في الطفولة بصفة عامة عن المراهقة وعن الرشد والشيخوخة ، وفي هذه المرحلة أيضاً يميز الطفل بدقة أكثر بين الأوزان المختلفة، وتزداد دقة السمع لديه ويزول طول البصر حيث يستطيع الطفل ممارسة الأشياء القريبة من نظره بدقة أكثر ولمدة أطول من ذي قبل، كما تتحسن الحاسة العضلية حتى سن الثاني عشر، وهذا عامل مهم من عوامل المهارة اليدوية.

¹ عويس عفاف أحمد: النمو النفسي للطفل، مرجع سبق ذكره ، 2003، ص 245 و 246.

² سليم مريم: علم نفس النمو، دار النهضة الغربية بيروت لبنان ط1، 2002، ص 329، 330.

³ زغير رشيد حميد: سيكولوجية النمو ، دار الثقافة للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، ط1، 2010، ص 157.

- النمو اللغوي: يكون الرصيد اللغوي في هذه المرحلة في تزايد مستمر، حسب البيئة الأسرية المدرسية التي تحيط بالطفل، حيث تزداد المفردات ويزداد فهمها ويدرك الطفل التباين والاختلاف القائم بين الكلمات ويدرك التماثل والتشابه اللغوي، كما يزيد إتقان الخبرات والمهارات اللغوية مثل: مهارة طرح الأسئلة ومهارة الإجابة عنها، ويتضح إدراك معاني المجردات مثل: الصدق، الكذب، الأمانة... الخ، كما تزداد طلاقة التعبير والجدل المنطقي ويظهر الفهم والاستماع الفني والتذوق الأدبي لما يقرأه الطفل¹.

- النمو الانفعالي: في هذه المرحلة يكتشف الطفل أن التعبير عن الانفعالات وخاصة غير السارة منها يكون غير مقبول اجتماعياً من قبل الأقران، ويدركون أن أقرانهم ينظرون إلى ثورات الغضب التي تصدر عنهم باعتبارها تصرفات طفولية، ونتيجة لذلك يكتسب الأطفال في هذه المرحلة حافزاً قوياً لضبط التغيرات القوية عن الانفعالات، فيزيد التحكم في التعبير عن الانفعالات في الخارج، أما في المنزل فلا توجد نفس الحوافز لضبط الانفعالات، حيث نجد أن أطفال هذه المرحلة كثيراً ما يعبرون عن انفعالاتهم بنفس الطريقة التي استخدمت في المراحل السابقة، وعموماً يلاحظ أن النماذج الانفعالية الشائعة في هذه المرحلة تشبه إلى حد بعيد تلك التي كانت سائدة في مرحلة الطفولة المبكرة، غير أنها تختلف عنها في جانبين رئيسيين: يتمثل الأول في اختلافها من حيث طبيعة المواقف التي تؤدي إلى زيادة انفعالات الطفل، أما الاختلاف الثاني فيمكن في طريقة التعبير عن الانفعالات، وتكون التغيرات نتيجة تعلم الطفل واتساع خبراته ودائرة اتصالاته وتشعبها²، وهذا التنوع في الاتصالات يساعده على عدم تركيز حياته الانفعالية على أمر واحد، وهذا من شأنه أن يخفف من حدة انفعالاته، فيعطيه مساحة كبيرة من الاستقرار الانفعالي³، ولذلك يطلق الباحثين على هذه المرحلة اسم " الطفولة الهادئة" لتمييزها بالذكاء الانفعالي.

- النمو الاجتماعي: يلاحظ في هذه المرحلة أن العلاقات الاجتماعية تتغير بدرجة كبيرة عمّا كانت عليه في مرحلة التطور السابقة، حيث يدخل الأطفال في هذه المرحلة بروابط قوية مع الوالدين ويزداد احتكاكهم بجماعات الكبار¹، كما تتطور العلاقات مع الأقران ويزداد تأثير جماعة الرفاق، ويستغرق العمل الجماعي والنشاط الاجتماعي معظم وقت الطفل، كما تنمو فردية الطفل ويزداد شعوره بالمسؤولية، وتتغير ميولاته وأجه النشاط الطفولية إلى الاستقلالية

¹ زهران حامد عبد السلام: علم النفس النموي (الطفولة والمراهقة)، مرجع سبق ذكره، ص 287، 286، 284، 283، 279، 278.

² علي أبو جادو صالح محمد: علم النفس التطوري (الطفولة والمراهقة)، مرجع سبق ذكره، 2007،

ص 128، 129، 386، 387.

³ منصور عبد الحق بس: الطفولة والمراهقة، إصدارات مخبر التربية والتنمية، ص 134.

وحب الخصوصية، ويق الاعتماد على الكبار ويترد نمو الاستقلال، ويتعد كل من الجنسين في صداقته، ويظل الحال حتى المراهقة.

5- النظريات المفسرة لنمو الطفل في المرحلة الوسطى والمتأخرة (6-12) سنة:

1- نظرية التحليل النفسي لسيجموند فرويد « Sigmund Freud »:

تمثل الفترة الممتدة من (6-12) سنة، في المنظور التحليلي مرحلة الكمون أو الاختفاء، في هذه المرحلة يقل النشاط الجنسي، ويبدأ الطفل باكتساب وقبول الأخلاق الاجتماعية وقواعدها ويصبح مطيعاً، حيث أن هذه السلوكيات تساعده في الابتعاد عن صراعاته الجنسية، كما أن نشاطات الطفل في هذه المرحلة تصبح لها أهداف اجتماعية مثل: اكتساب الثقة وتكريس وقته وطاقاته في التعليم والأنشطة البدنية والاجتماعية، ويتحول مصدر اللذة من اللذات للأفراد الآخرين عندما يصبح الطفل مهتماً في تكوين الصداقات مع الآخرين¹.

2- النظرية النفسية الاجتماعية لإريك إريكسون « Erik Erikson »:

تمثل المرحلة من (6-12) سنة في المنظور النفسي الاجتماعي مرحلة الشعور بالجهد والمواظبة مقابل الشعور بالنقص والدونية، حيث أن الطفل في هذه المرحلة يستطيع أن يكيّف نفسه لأداء العديد من المهارات والمهام وذلك بتطوير إحساسه بالعمل والكّد والمثابرة، ليصبح فرداً قادراً على التحصيل و الانجاز الدراسي، والدراسة واللعب ركنان هامان في تكوين الإحساس بالشعور بالجهد، إذا استعمل التوجيه إليهما بطريقة ملائمة، وإلا فإن الشعور بالنقص والدونية سيبقى ملازماً له طيلة حياته، حت أن الإحساس بالنجاح يؤدي إلى شعوره بالانجاز، والإحساس بالفشل يؤدي إلى شعوره بالدونية، إن واجب الأسرة والمدرسة معاً تشجيع الأطفال وتعزيز انجازهم كي تساعدهم على تعلم الشعور بالاجتهاد والنجاح وبذل الجهد¹.

3- النظرية المعرفية لجان بياجيه « Jean Piaget »:

تصادف الفترة مرحلة العمليات العيانية وتميّزت هذه المرحلة عند بياجيه بالخصائص التالية:
- الاختفاء التدريجي لمعوقات التفكير المنطقي مع تطور عمليات التجميع والتصنيف وتكوين المفاهيم.

- التحوّل من التمرکز حول الذات إلى النسبية « Relativité »، ويقصد بها هنا قدرة الطفل على التفكير من أكثر من زاوية، والتفكير في أكثر من موضوع واحد في الوقت نفسه.

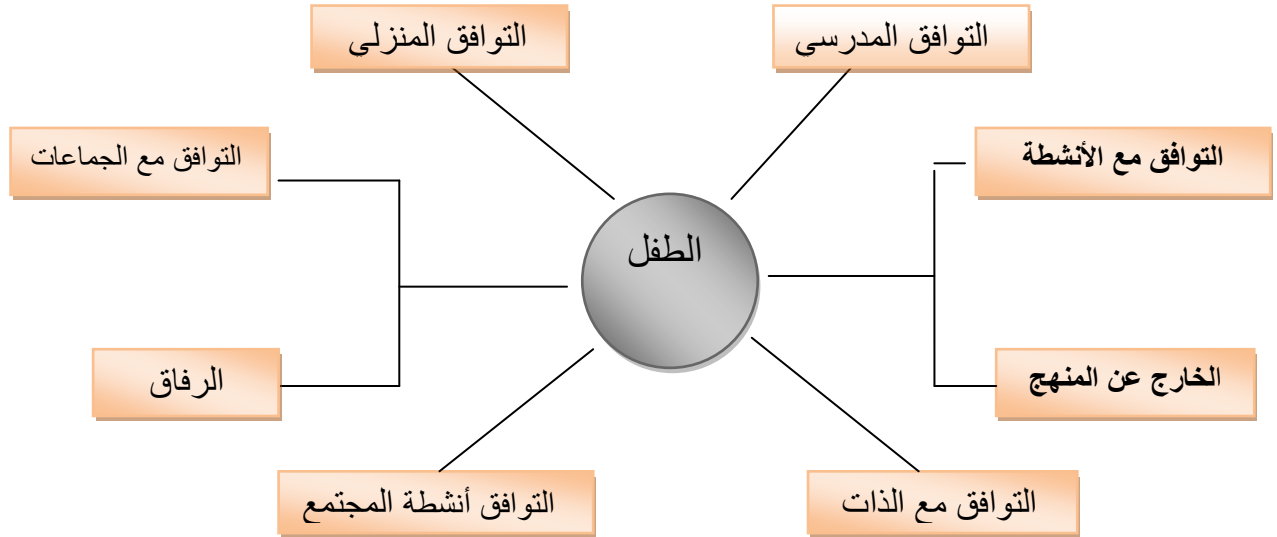
¹الهنداوي علي فالج: علم نفس النمو "الطفولة والمراهقة"، دار الكتاب الجامعي، الامارات العربية المتحدة، ط2، 2002، ص 66.

-قدرة الطفل على التفكير في مجموعة متسلسلة من الأفعال، وتحوّل تفكيره من التفكير الحدسي إلى التفكير المحسوس.
 -الانتقال من التمرکز حول الذات إلى المركزية الاجتماعية، ونمو قدرة الطفل على الفهم، والمناقشة والحوار مع الرفاق، مع بروز الحكم الخلفي القائم على تقييم الأسماء والأفعال والأشخاص بالإضافة إلى مفاهيم الاحترام والطاعة والشعور بالخطأ والذنب¹.

مطالب وحاجات النمو في المرحلة المتوسطة والمتأخرة للطفولة:

1- مطالب النمو:

تتوقف مطالب النمو لهذه المرحلة على مدى تحقيق وإشباع حاجات الطفولة إشباعاً يتناسب مع النضج، ومراحل نمو الطفل وتطور الخبرات المتعددة التي تتناسب مع نفسه.
 ويبين الرسم التالي المطالب الكبيرة التي تعرضها البيئة على الطفل، والطالب التي تنشأ من داخله والتي يتوافق معها طفل هذه المرحلة²:



شكل رقم (2) يمثل مطالب الأطفال

¹الريماوي محمود عودة: علم النفس التطوري، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات القاهرة، مصر، 2008، ص51.

²رقبان نعمة مصطفى: نمو ورعاية الطفل بين النظرية والتطبيق، سيقان المعرفة للنشر والتوزيع مصر، 2004، ص131.

وقد صاغ « Whitehurst . vaste, 1977 » مطالب النمو فيما يلي¹:

- أن يتعلم المهارات الحركية الضرورية لمزاولة المهارات المختلفة .
- أن يتعلم إلباس نفسه وأن يحفظ جسده نظيفاً بقدر كاف .
- أن يتعلم كيفية تكوين المفاهيم والمدرجات الخاصة بالحياة اليومية .
- أن يتعلم بعض المهارات العقلية الأساسية مثل: القراءة، الكتابة، الحساب .
- أن يبدأ تعلم كيفية التصرف بالمال تصرفاً مناسباً .
- أن يتعلم كيفية تكوين اتجاه عام حول نفسه ككائن حي نام .
- أن يتعلم التفاهم مع الآخرين ممن هم في عمره ومن هم أكبر أو أصغر من عمره .
- أن يتعلم تكوين الاتجاهات النفسية المتصلة بالتجمعات البشرية والمنظمات الاجتماعية .
- أن يتعلم كيفية تنمية الضمير والقيم الخلقية والسلوكية .
- أن يُحسِّن إحساسه بالخطأ والصواب، وأن يضبط سلوكه وفقاً لهذا الإحساس .
- أن يتعلم مختلف الألعاب والمهارات البدنية .
- أن يتعلم دوره الجنسي في الحياة .

2- حاجات النمو في مرحلتى الطفولة الوسطى والمتأخرة:

إشباع الحاجات لدى الإنسان شرط أساسي من شروط التكيف الذي يحقق للإنسان الاستقرار والاتزان النفسي والانتظام في الحياة، ويمكن أن ندرك طبيعة الحاجات النفسية ومدى أهميتها للطفل عندما توجد صعوبات أو ظروف تحول دون إشباع هذه الحاجات بحيث تظهر على الطفل علامات التوتر والاضطراب والقلق وعدم الشعور بالسعادة ومن أهم الحاجات:

أ- الحاجة على الحب والعطف:

تؤكد الدراسات أن الحب يلعب دوراً كبيراً في نشأة الشخصية وفي تشكيل مفهوم الذات، بحيث أن فقدانه يؤدي إلى تدهور الحالة النفسية والجسمية للطفل، والحب يقصد به قبول الطفل من المحيطين به وتجاوبهم معه، والاعتزاز بليونته وشخصيته والنظر إليه بنوع من السماحة التي تغفر له أخطأه وزكي حسناته بحيث يشعر الطفل بأنه محبوب ومرغوب فيه وأن له ظهر يحميه ويسانده، وهذا الحب ضروري لصحته النفسية.

ب- الحاجة إلى الانتماء:

من أقوى الحاجات الطبيعية شعور الطفل بانتمائه إلى الأسرة أو الجماعة ويعتبر الانتماء إلى جماعة الأسرة من الحاجات الأساسية للنمو النفسي والاجتماعي له وخاصة في السنوات الأولى من حياته، فالأسرة هي أول جماعة ينتمي إليها، وتظل تصاحبه طوال مراحل حياته حتى وان استقل عنها فيما بعد، ثم تتسع دائرة هذا الانتماء فينتهي إلى جماعات أخرى عديدة.

¹ ملحم سامي محمد: المشكلات النفسية عند الأطفال، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007، ص 30 و 31.

ج- الحاجة على النجاح والتقدير الاجتماعي:

يحتاج كل طفل إلى تحقيق الشعور بالنجاح والوصول إليه، مما يولد في النفس شعوراً ايجابياً يدفعه إلى العمل وتحقيق المزيد من النجاح، أما الفشل فإنه يترك أثراً سلبياً وسيئاً في النفس، خاصة إذا كان فشلاً دريماً يؤدي إلى الشعور باليأس، ويشعر الطفل بالنجاح وتحقيق الذات، ويضاعف هذا الشعور عندما نشجعه ونظهر له السور من محاولته وتصرفاته، كما يجب على الأسرة أن لا تعرضه للفشل في محاولاتها المتكررة بتكليفه بأمر ومطالب فوق طاقته فهو يحتاج إلى أن يشعر بأن الوالدين يقدرونه وأن له مكانته الخاصة.

د- الحاجة إلى تأكيد الذات:

يحتاج الطفل إلى أن يشعر باحترام ذاته وأنه جدير بالتقدير والاعتزاز، وهو يسعى دائماً للحصول على المكانة المرموقة التي تؤكد وتعزز أهميتهن فهو يتربى تربية صحيحة بفضل العلاقات الصحيحة بينه وبين والديه، والتعزيز والتشجيع في التعبير عن ذاته والإفصاح عن شخصيته مما يساعد في استثمار مواهبه وتنميتها فإن نموه النفس يسير في اتجاه السواء، أما الطفل الذي يواجه دائماً الفشل واليأس فهو معرض لفقدان الشعور باحترام الذات وقيمتها وعدم الرضا على ما يبذله من مجهود مما يؤثر بالسلب على صحته النفسية.

هـ- الحاجة إلى الحرية والسلطة الضابطة:

تكون حرية الفعل وحرية الخطأ أمر مشروعاً أثناء نمو الطفل، والمقصود بالحرية حاجة الطفل للاعتماد على نفسه وإتاحة الفرصة أمامه للاختبار، كل ذلك داخل إطار الانضباط، فهو يحتاج بجانب الحرية إلى الضبط (السلطة الضابطة) وليس المقصود بها هنا التعسف وإنما تكون السلطة الضابطة الموجهة من الأب والأم هي هدوء نحوه إذا ما جنح نحو الفعل أو ذكر شيء خاطئ¹.

و- الحاجة إلى التربية الجنسية:

تتعدد الأسئلة وتتسع درجة فضول الطفل مع كبر سنه ولاحتكاكه بالآخرين فتبرز هذه المرحلة الأسئلة المتعلقة بالجنس، وهنا تؤكد الدراسات أن أحسن مرحلة لتعلم الطفل بعض الحقائق المتصلة بالحياة الجنسية هي مرحلة الطفولة حيث يمكن للأولياء التحدث مع أطفالهم دون حرج، إذ أن كثير من الكلمات والمصطلحات الجنسية لا تحمل أية شحنة سلبية عندهم وثم أن تعليمهم في البيت ثم في المدرسة بعض الأمور المتعلقة بالحياة الجنسية حسب نضجهم أحسن من تركهم دون أية معلومات في هذا المجال مما يجعلهم يبحثون عن

¹الشوربنجي نبيلة عباس : المشكلات النفسية للأطفال "أسبابها وعلاجها"، دار النهضة العربية القاهرة، ط1 2003، ص

الإجابة عند أطراف أخرى، وغالباً ما تكون هذه الأطراف زملاء الدراسة أو أطفال الحي الذين هم أكبر سنّاً، وتكون المعلومات المقدمة في هذه الحالة إما خاطئة تماماً أو مشوهة أو قائمة على المبالغة والتهويل، كما تؤدي مخالطة الرفقاء إلى بعض الانحرافات الجنسية وهنا يتبين أن التربية الجنسية المنهجية المراعية لنمو الطفل وسنّه، وجنسه ومحيطه هي أحسن وسيلة لتفادي كثير من المشكلات السلوكية الجسمية والنفسية وكثير من الانحرافات الخلقية والجنسية التي ترتبط بإهمال هذه التربية¹.

6- مشكلات النمو في مرحلة الطفولة من (06-12) سنة:

أ- مشكلات جسمية:

تثير التغيرات الجسمية التي يتوقع أن تحدث في نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة، والتي تشكل المظاهر الثانوية للبلوغ، مشاعر غامضة لدى الأطفال كما أن بعض المشكلات مثل: التأخر أو التباطؤ في النمو، والطول أو القصر الملفت للنظر، النحافة أو السمنة، التبول اللاإرادي، والأخطار التي يتعرض لها الطفل في أثناء ممارسة مهاراتية للحركية التنافسية تشكل مصادر قلق له في نهاية طفولته.

ب- مشكلات انفعالية اجتماعية:

ومن أهم هذه المشكلات، بروز مفهوم ذات سلبي لدى الطفل، والتقدير المنخفض للذات، الفشل في تكوين الصحبة، وتوقف التطور الأخلاقي عند معياري الثواب والعقاب أو معيار المصلحة، واختلاط الأدوار المبنية على الجنوسية، وتقلب المزاج، والاكتئاب والإحساس بالتعاسة، والشعور بالنبذ، والاندفاعية، والعبوس، والعصبية والغيرة والقلق.

ج- مشكلات التعلم والتعليم:

ترتبط معظم مشكلات هاتين المرحلتين بالمدرسة، ومن هذه المشكلات التأخر الدراسي، الضعف في القراءة والكتابة والحساب، وعدم امتثال الطفل لما يطلب منه في المدرسة، والحركة المفرطة وكثرة الاحتجاج ولفت الانتباه، وتمتد بعض المشكلات إلى خارج المدرسة ومنها العدوان، السرقة، الكذب².

¹ عشوي مصطفى: مدخل إلى علم النفس المعاصر، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1991، ص 87، 90.

² الريماوي محمد عودة: علم النفس التطوري، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات، القاهرة مصر، 2003، ص 395.

خلاصة الفصل:

بعد الدراسة الشاملة لمرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة، والإطلاع على خصائصها بصفة عامّة، يمكن أن نستنتج في الأخير أنّها فترة نمو طبيعية يمر بها كل طفل، يكتسب من خلالها المهارات الأساسية التي يحتاجها في حياته اليومية، وتبرز فيها معالم شخصيته وتتطور قدرته على الفهم والإدراك، كما تمثل مرحلة التحاقه بالمدرسة، ولا يخفى أن أغلبية المشاكل وبالأخص السلوكية منها تظهر في هذه الفترة، وقد تعيق الطفل وتؤثر عليه سلباً ومن بينها مشكلة التبول الوظيفي التي أصبحت منتشرة بصورة كبيرة عند أطفال هذا العمر، وبما أنّ توافق الإنسان في المراهقة والرشد مرتبط إلى حدّ كبير بتوافقه في الطفولة، رأينا أنه من الضروري دراسة هذه المشكلة والتقصي في طياتها لنتمكن من إيجاد حلول تطبيقية لعلاجها، وهذا ما سنتطرق إليه بالفصول القادمة.

الفصل الرابع

العلاج السلوكي

الفصل الرابع: العلاج السلوكي و التقنيات المستوحاة منه في علاج التبول اللاإرادي

مقدمة

أولاً- تعريف العلاج السلوكي

ثانياً- علم النفس السلوكي والمحاولات الأولى للعلاج

ثالثاً- أنماط الفكر السلوكي كمؤشر على التطور النظري للمدرسة السلوكية

رابعاً- إجراءات العلاج السلوكي

خامساً- خصائص العلاج النفسي السلوكي

سادساً- العلاج النفسي السلوكي عند الطفل

سابعاً- تقنيات العلاج النفسي السلوكي المستخدمة في علاج مشكلة التبول اللاإرادي

ثامناً- أهم مزايا وعيوب العلاج النفسي السلوكي

خلاصة الفصل.

الفصل الرابع

العلاج السلوكي

مقدمة:

يقول الكاتب الأمريكي أوليفر هولمز « Holiver Holmes »: عندما نتاح للعقل فرص الاطلاع على فكر جديد، فإن من المستحيل لهذا العقل ان يتقلص بعد ذلك أبدا إلى ما كان عليه من قبل.

وما من مجال يشهد على صدق هذه العبارة أكثر من حركة العلاج السلوكي وما أضافته هذه الحركة من تطورات جذرية إلى الطب النفسي، والعلاج النفسي بشكل عام، وما إستطاعت أن تقدمه لدراسة مشكلات الطفولة وعلاجها بشكل خاص.

ولقد ظهرت التباشير الأولى لحركة العلاج السلوكي منذ فترة تتجاوز بقليل ثلاثة أرباع قرن لكن إضافات هذه المدرسة تتلاحق تقريبا يوما إثر آخر، بحيث أصبح من المستحيل التغافل عن تأثيراتها العميقة في الجوانب النظرية، والتقنية، والإنسانية لحركة العلاج النفسي، ولن يمكن للعلاج النفسي بكل ما يرتبط به من نتائج معاصرة وتقدم مذهل في ميادين المؤسسات العلاجية والطب النفسي أن يتراجع إلى ما كان عليه قبل ظهور العلاج السلوكي.

وقد أثرت هذه المدرسة بتصوراتها الجديدة في ميدان العلاج و ساعدت على تطوير مبادئ فعالة في مجالات تحليل وعلاج اضطرابات السلوك الإنساني للبالغين والأطفال، مضيئة إلى هذا المجال كثيرا من التصورات والمفاهيم والأساليب العلمية والتطبيقية التي أصبحت الآن جزءا لا ينفصل عنها.

وفي هذا الفصل سيتم التعرف على ماهية العلاج السلوكي بالتحديد، وإسهاماته التي يتفرد بها، و الأساليب الفنية التي يتميز بها .

أولاً- تعريف العلاج السلوكي:

العلاج النفسي السلوكي هو علاج نفسي يعتمد أساساً على مناهج ونتائج علم النفس التجريبي، يهدف إلى تحقيق تغييرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية.

ويهتدي العلاج السلوكي لتحقيق هذا الهدف بالحقائق العلمية والتجريبية في ميدان السلوك.¹

ويعرف أيضاً على أنه التطبيق المنظم للأساليب التي تساعد على تسهيل عملية التغيير السلوكي والتي تعتمد أساساً على نظريات التعلم.²

كما يُعرّف على أنه شكل من أشكال العلاج النفسي يعتمد على نظرية التعلم، ويفترض هذا الأسلوب في العلاج أن الأمراض العصبية هي حصيلة تعلم خاطئ ثم عن طريق الاشتراط، ويمكن إزالة هذه الأمراض عن طريق الاشتراط أيضاً أو بمعنى آخر عن طريق تعديل السلوك المرضي وتنمية السلوك الإرادي السوي لدى الأفراد.³

وعموماً يُعرّف العلاج على أنه أسلوب لعلاج المشكلات السلوكية والإنفعالية إستناداً إلى مبادئ نظرية التعلم أو الإشتراط، حيث ينصب الهدف الأساسي على تعديل ما يعاني منه الفرد من مشكلات سلوكية تستلزم العلاج، وتعتمد هذه النظرية على مبدأ أساسي وهو أن السلوكيات غير المرغوبة تعتبر عادات سيئة، وإذا تم تغييرها فإنه يمكن التخلص من المشكلات السلوكية التي يعاني منها الفرد لأنه يكون قد تعلم الكف عن ممارسة هذه السلوكيات أو يكون قد سَلِمَ سلوكيات أخرى مرغوبة بدلاً منها.⁴

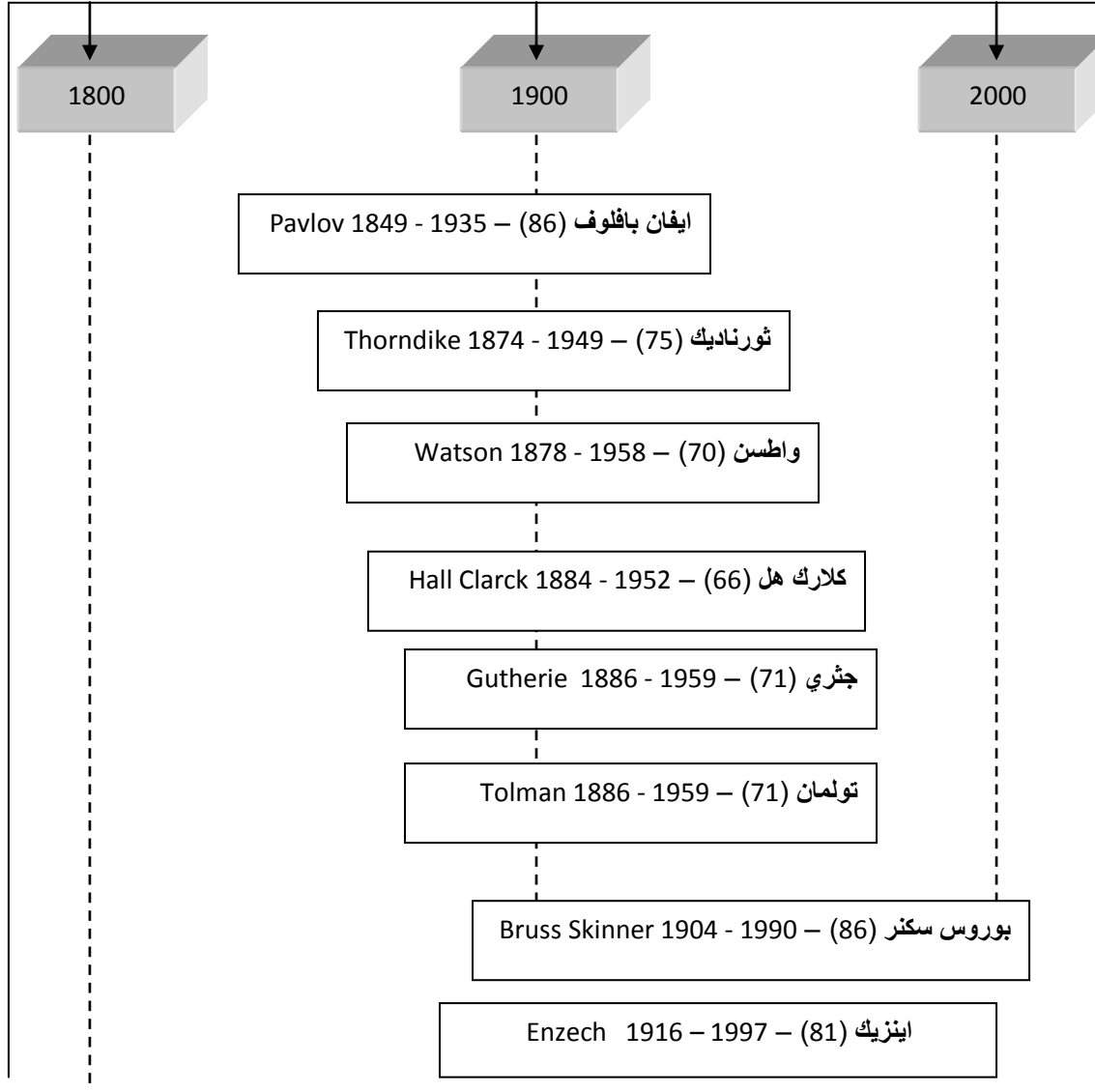
¹ عبد الستار إبراهيم، وآخرون : العلاج السلوكي للطفل، عالم المعرفة، 1993، ص31
² عبد الخالق أحمد محمد: أسس علم النفس، دار المعرفة الجامعية، الأزراطية، ط3، ص 566.
³ عبد الحميد العناني حنان: الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة والنشر، ط1، 2000
⁴ بطرس حافظ بطرس: تعديل وبناء سلوك الأطفال، دار الميسرة عمان، ط2010، ص372

ثانيا- علم النفس السلوكي والمحاولات الأولى للعلاج:

عُرف علم النفس السلوكي في الفترة ما بين 1920 و 1950 ثلاث مراحل مختلفة وهي:

1. بناء مناهج نظرية جديدة.
2. الإكثار من البحوث داخل المخابر.
3. محاولات منعزلة للعلاج، للتحقق من النظرية.

أمّا فيما يخص الباحثين فهم منتشرون، كل واحد منهم يجهل وجود الآخر رغم أنهم ملتقون حول علم النفس السلوكي، والمخطط المبين أدناه¹ يبين أهم رواد هذه النظرية:



¹ Jean cottraux (2001) : Les thérapies comportementales et cognitives ; Masson, 3^{eme} Edition P 16-17

أ- إيفيان بافلوف « Ivan Pavlov 1849-1936 » :

يرجع الباحثون بصفة عامة أول معالجة علمية لدور الإشراف في المشكلات السلوكية إلى التجارب الأولى لـ « Pavlov » ، ويتمثل منهج بافلوف في التجربة الكلاسيكية المعروفة بتدريب الكلاب على إفراز اللعاب (استجابة شرطية) عند سماع شوكة رنانة (منبه شرطي) بعد تكرار سبق صوت الشوكة لتقديم اللحم (منبه غير شرطي)¹.

أ- أعمال إيل تورندايك « Thorndike 1874-1949 » :

يرى « Thorndike » بأن التعلم هو عملية إنشاء روابط أو علاقات في الجهاز العصبي بين الأعصاب الداخلية التي يثيرها المنبه (المثير) والأعصاب الحركية التي تنبه العضلات فتعطي بذلك استجابات الحركة، واعتقد بأن قوانين آلية التعلم يمكن أن ترد إلى قانونين أساسيين : قانون المران أو التدريب، أي أن الروابط تقوى بالاستعمال وتضعف بالإغفال المتواصل، ثم قانون الأثر الذي يعني بأن هذه الروابط تقوى وتكتسب ميزة على غيرها وتؤدي إلى صدور رضى عن الموقف إذا كانت نتائجها ايجابية، ولهذا سميت بنظرية المحاولة والخطأ.

ج- أعمال واطسن « Watson 1878-1958 » :

استطاع بافلوف أن يثبت أنه من الممكن أن يعلم حيوان ما أن يسيل لعابه بمجرد سماعه لصوت جرس أو رؤيته لضوء معين، ورغم أن تجاربه في هذا الميدان كانت مبتكرة إلا أنها لم تؤثر في النظرة للأمراض النفسية إلا عندما أبدى « Watson » اهتمامه بها، بأن استطاع أن يخلق مرضاً نفسياً (وهو الخوف المرضي) لدى الطفل « Albert » البالغ من العمر 9 أشهر، والذي كان سليم الجسم والنفس معاً، ليس لديه مخاوف غير عادية وإنما كان كغيره من الأطفال يخاف من الأصوات المدوية والمفاجئة، وقد جيء في هذه التجربة بفأر أبيض إليه فصار يلعب معه حتى ألف ذلك وتعود عليه وبعد مضي فترة من الزمن وبينما كان الفأر يقترب من الطفل أحدث المجرب صوتاً مرتفعاً ومفاجئاً (وهو مثير مناسب لإحداث الخوف) وبعد تكرار هذا الاقتران مرات عديدة أظهر « Albert » خوفاً ملحوظاً من الفأر الأبيض، وحين رأى حيوانات أخرى لها فرو شبيه بفرو الفأر بدا عليه الخوف أيضاً.

إن هذه الدراسات قدمت لـ « Watson » دليلاً على أن السلوك المرضي يمكن التخلص منه، وأنه بالتالي لا يوجد فرق بين طريقة اكتساب السلوك العادي وطريقة اكتساب

¹ لويس مليكة: العلاج السلوكي وتعديل السلوك ط1، دار القلم للنشر و التوزيع، الكويت، 1999، ص12-13

سلوك مرضي لأن العملية الرئيسية في كلتا الحالتين هي أصلا عملية تعلم وتكوين ارتباطات بين مثيرات واستجابات¹.

وتابعت « Mary Jones » التجارب تحت إشراف « Watson » لعلاج المخاوف المكتسبة لدى أطفال عانوا الخوف من الحيوانات وافترضت أن هذا الخوف قد اكتسب شرطيا، ونجحت باستخدام الإشراف المباشر وهو ربط موضوع بمثير يستثير استجابة سارة، واستخدمت في ذلك الحلوى، فبعد أن تقدم الحلوى للطفل، وأثناء انشغاله في أكلها، يظهر الحيوان بعيدا عنه، ومع تكرارها هذا الموقف يقترب الحيوان رويدا رويدا من الطفل، المرة بعد الأخرى لاحظت أن الطفل بدأ بعد ذلك يتقبل وجود الحيوان الذي يخاف الاقتراب منه.

وفي نفس السياق نشير إلى ما جاء به « Joseph Wolp » حيث نشر كتابه الشهير " العلاج بالكف النقيض" سنة 1985، والذي شمل التفاصيل الخاصة بالإجراءات والنتائج التي تحصل عليها من تطبيقه لقواعد التعلم في علاج الاضطرابات العصابية لدى الراشدين وقد أورد عددا من الأساليب العلاجية التي بناها على أسس من نظرية " بافلوف" ونظرية "هل" للتعلم , وما قام به من بحوث تجريبية على تخفيض الخوف على حيوانات التجارب, وأوضح أن إزالة الخوف يعتمد على قاعدة الكف بالنقيض حيث افترض أنه سيتجسد الخوف أو القلق إذا استطعنا إيجاد استجابة مضادة للقلق وبناءا على هذه القاعدة طور طريقته الشهيرة في علاج الخوف والتي تعرف بالتخلص التدريجي من الحساسية².

د- أعمال كلارك هيل « Clarck Hull 1884-1952 » :

يعتبر « Hull » صاحب نظرية الدافعية أو نظرية السلوك النظامي أو ترابطية "هل"، على أن السلوك مرن قابل للتكيف وذكي، كما أدخل مفاهيم جديدة مثل "الباعث" أو "الدافع"، واعتبر أن تمت تعزيزا كلما نجح الحيوان في خفض التوتر الناتج عن الدافع، ويتمثل ذلك بأن يصبح الحيوان بعد عدة محاولات أكثر قدرة على تنظيم سعيه إلى البقاء عند مواجهة المشكلات التي تأتي من البيئة وهذا يحقق تعلمنا من نمط (S-R) يسميه « Hull » عادة « habit » ، ورأى أن العادة تشكل الهيكل الأساسي للتعلم، ويعرفها على أنها حالة ثابتة للكائن العضوي (نتيجة للتعزيز) تكون بمثابة الشرط الضروري ولكن غير كافي لإحداث فعل ما.

¹الزريقات عبد الله فرج إبراهيم: تعديل سلوك الأطفال والمراهقين (المفاهيم والتطبيقات)، دار الفكر، ط1، عمان الأردن، 2007، ص 28-29.

²الشناوي محمد محروس ، محمد السيد عبد الرحمن، : العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته، القاهرة ، دار قباء، 1998، ص 17.

وقد أدخل « Hull » متغيرات أخرى وعقد نظريته بصيغ رياضية وعمل كل من « Dolard & Miller » على تبسيطها وتقريبها.

هـ- أعمال أدوين جثري « Edwine Ghuthrie 1886-1959 » :

تعد نظريته في التعلم إحدى النظريات السلوكية التي تؤكد مبدأ الاقتران في التعلم أي أنه يؤكد على عملية الاقتران المباشرة بين المثير والاستجابة لمرة واحدة فقط، وأن المثير الغير الشرطي في تجربة « Pavlov » لا لزوم له، وينكر أهمية التعزيز كعامل في تقوية الارتباط الشرطي، بالإضافة إلى أنه لا يرى داع للتكرار كما في الاشتراط الكلاسيكي.

وقد صاغ « Ghuthrie » مبدأ الاقتران على النحو التالي:
إذا نشط مثير ما وقت حدوث استجابة معينة فإن تكرار ظهور هذا المثير يؤدي إلى تكرار حدوث الاستجابة.

و- أعمال إدوارد تولمان « Edward chace Tolman 1886-1959 » :

يُعتبر « Tolman » من السلوكيين الجدد، وتعد السلوكية الجديدة امتداداً طبيعياً لسلوكية « Watson » ويبدو مذهبه لأول وهلة كأنه مزوجة بين مصطلحين متعارضين، هي القصد والسلوك، ذلك لأن إضفاء القصدية على الكائن الحي تعني وجود الشعور لديه، والمدرسة السلوكية ترفض مصطلحا عقليا مثل الشعور، كما رفض بحددة الاستنباط كما قالت البنائية، وهو ليس اهتمام بما يسمى التجارب الداخلية التي يمكن إخضاعها للملاحظة الموضوعية، ومع ذلك فإنه لم يكن سلوكيا واطسونيا ذلك لأنهما يختلفان في نقطتين أساسيتين هما:

- أنه لم يكن مهتما بدراسة السلوك في مستوياته الجزئية أو في صورة مثير واستجابة، حيث أنه لم يهتم بوحدات عناصر السلوك مثل نشاط الأعصاب أو العضلات أو الغدد، وكان تركيزه على جماع السلوك، أي الاستجابة العامة للكائن الحي، ولهذا فإن مذهبه يجمع بين مفاهيم السلوكية ومفاهيم الحبشطلت.

- غرضية السلوك التي تمثل ركنا أساسيا في نظريته، وهذه الغرضية في السلوك يمكن تعريفها في عبارات سلوكية موضوعية دون الرجوع إلى الاستنباط أو مفهوم الخبرة الشعورية.¹

¹الزريقات عبد الله فرج إبراهيم : تعديل سلوك الأطفال والمراهقين ،مرجع سبق ذكره، 2007،ص30.

ي- أعمال بوروس فريديريك سكينر « Burrhus Frederic Skinner 1904-1990 » :

ترقى مكانة « Skinner » إلى مكانة « Thorndike » في تأثير كل منهما في علم النفس، وقد اتفق مع هذا الأخير في تقرير أن الثواب والعقاب غير متساويين في الأثر، حيث يزيد الثواب من احتمال تكرار الاستجابة، بينما العقاب لا يزيد من احتمال تكرارها، وعموماً تكمن أهم إسهاماته في أبحاثه الخاصة بتعديل السلوك، فقد أشار أن أي سلوك هو محدد برد الفعل الذي ينتجه، وردّ فعل يتخيله أو يحسّه أو يلاحظه على الآخرين، كذلك قام بعدة بحوث أبرزت الفروقات الموجودة بين اشتراط « Pavlov » إلى علاقة التغيرات في المحيط على السلوك، كما قام بتطوير أساليب التعلم وله بصماته في التعليم المبرمج وتكنولوجيا التعليم، واعترف معظم المشتغلون بعلم النفس بأهمية استخدام أفكاره في العلاج النفسي خاصة في تعديل سلوك الأطفال المعوقين والمتخلفين عقلياً، كما امتد استخدامها في علاج الكثير من مشكلات الكبار مثل : الفوبيا..، حالات فقدان الشهية العصبي وحالات الانطواء.¹

أ- أعمال اينزيك « Enzeck 1916-1997 » :

كانت أول مساهماته في بحث قارن فيه 7000 شخص مشخصين عصابيين، عولجوا من طرف أطباء ومحللين نفسانيين، فتبين من خلال دراسته أن هذا العلاج لم يعط الدليل القاطع لفعاليتها.

وقد كان « Enzeck » طيلة حياته من الناقدين الكبار لنظريات « Sigmund Freud » فكان ينادي أن يعتمد العلاج النفسي السلوكي على مناهج ونتائج علم النفس التجريبي، وقد أشار إلى أن العلاج النفسي السلوكي هو طريقة علمية قائمة على أساس من طرق تثبت تجريبياً فاعليتها عن العلاج النفسي التقليدي لأنه يمكن تمحيصه (اختباره).

نشر في سنة 1960 كتاب (Behavior therapy and the neuroses) ومؤلف يجمع 36 مقالة تحتوي على علاج نفسي استعمل في إطار علم النفس التجريبي وأهم المواضيع التي تطرق إليها الرهاب والوسواس القهري والتأتأة والتبول اللاإرادي وفي سنة 1963 أسس « Enzeck » و « Rachman » أول مجلة للعلاج النفسي السلوكي التي لازالت تصدر إلى يومنا هذا، وقد نادى دائماً على أن المختصين النفسيين لا بد أن لا يتحيد عملهم على تقديم الاختبارات الروتينية، وإنما تكوينهم يسمح لهم بالمشاركة أيضاً في البحوث وتقديمها وتقديم العلاج النفسي، خاصة السلوكي منه الذي يعتبر مجالاً مفتوحاً لهم.¹

¹ لويس كامل مليكة : العلاج السلوكي و تعديل السلوك ، مرجع سبق ذكره ، 1999، ص15، 24، 25

ثالثاً- أنماط الفكر السلوكي كمؤشر على التطور النظري للمدرسة السلوكية:
يعتبر العلاج النفسي السلوكي في الأصل تطبيق لنتائج علم النفس التجريبي، وانتمائه إلى المنهج التجريبي جعله ينمو ويتطور بصفة دائمة سواء على مستوى التقنيات المستخدمة أو على مستوى المراجع النظرية، وتقسّم السلوكية إلى أنماط مختلفة منها :
تقسيمها وفقاً لطبيعة الاشتراط¹:

أ- الاشتراط الكلاسيكي:

وفيه يكون تتابع الأحداث مرتباً بحيث يكون المثير مقترناً أو سابقاً للمثير غير الشرطي الذي يستثير عادة الاستجابة غير الشرطية، وكنتيجة لهذا الاقتران الشرطي يكتسب المثير الشرطي الطاقة على استثارة استجابة شرطية تشبه الاستجابة الغير شرطية، ومن أمثلة التجارب الكلاسيكية تجارب « Ivan Pavlov » في التعلم الشرطي على الكلاب وتجارب « John Watson » و « Mary Jones » على الطفل « Albert » والأرنب الأبيض في علاج حالات الخوف والتي توصلوا من خلالها إلى مبادئ هامة في العلاج السلوكي، منها أن التعلم الشرطي يفسر مخاوفنا الشاذة وأن هذه المخاوف يمكن أن تنقل وتعمم، وأن عملية الاشتراط يمكن أن تستخدم للتخلص من الخوف المكتسب للتعلم، ونجحت « Mary Jones » في استخدام الاشتراط المباشر والذي يتمثل في ربط موضوع الخوف بمثير يستثير استجابة سارة (المثير السار عبارة عن حلوى في تجربتها).

(1) الاشتراط الإجرائي:

يسمى أيضاً بالاشتراط الجهازي حيث تستخدم فيه الأجهزة، والتركيز يكون على تعزيز الاستجابة، حيث يضبط سلوك الفرد حدوث أو عدم حدوث المثيرات التي تعرف باسم المعززات الموجبة أو المعززات السالبة، وفي الاشتراط الإجرائي تبرز أربع عمليات اشتراط تمثل ترتيباً مناسباً لتصنيف العملية المتضمنة في تكوين السلوك المنحرف، والطريقة المستخدمة في تعديله الثواب والتجنب والحذف والعقاب، ونجد أن التصنيف يعتمد على ما إذا كان سلوك الفرد يؤدي إلى تعزيز موجب أو يتجنب تعزيز سالب والمثل الأصلي للتعلم بالإجابة يتمثل في تجارب المحاولة والخطأ، أما عند « Thorndike » ففي رأيه يكون التعلم أحسن تحت ظروف الثواب²، كما يمكن تقسيم تطور السلوكية طبقاً لطبيعة دراسة وتفسير الاشتراط ومناهج البحث والتعميمات النظرية إلى ثلاثة أنماط غالباً لا مطلقاً، ذلك أن المسلمات الأساسية للسلوك الملاحظ كنتاج

¹ زهران حامد عبد السلام : الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، ط2، القاهرة، 1985، ص 258-259.

² لويس مليكة: العلاج السلوكي و تعديل السلوك، مرجع سبق ذكره، 1999، ص 25، 26.

للاشتراط، وضرورة الدراسة العلمية له تكاد تكون عامة، وربما عبر التقسيم عن الصبغة الغالبة لكل مرحلة أكثر من توكيده على الاختلاف، وتشمل الأنماط التالية:

1- السلوكية النفسية:

والتي عمدت إلى محاولة تفسير السلوك من خلال ربطه بالمشيريات الخارجية ويصنف كل من « Pavlov » و « Thorndike » تحت هذا النوع.

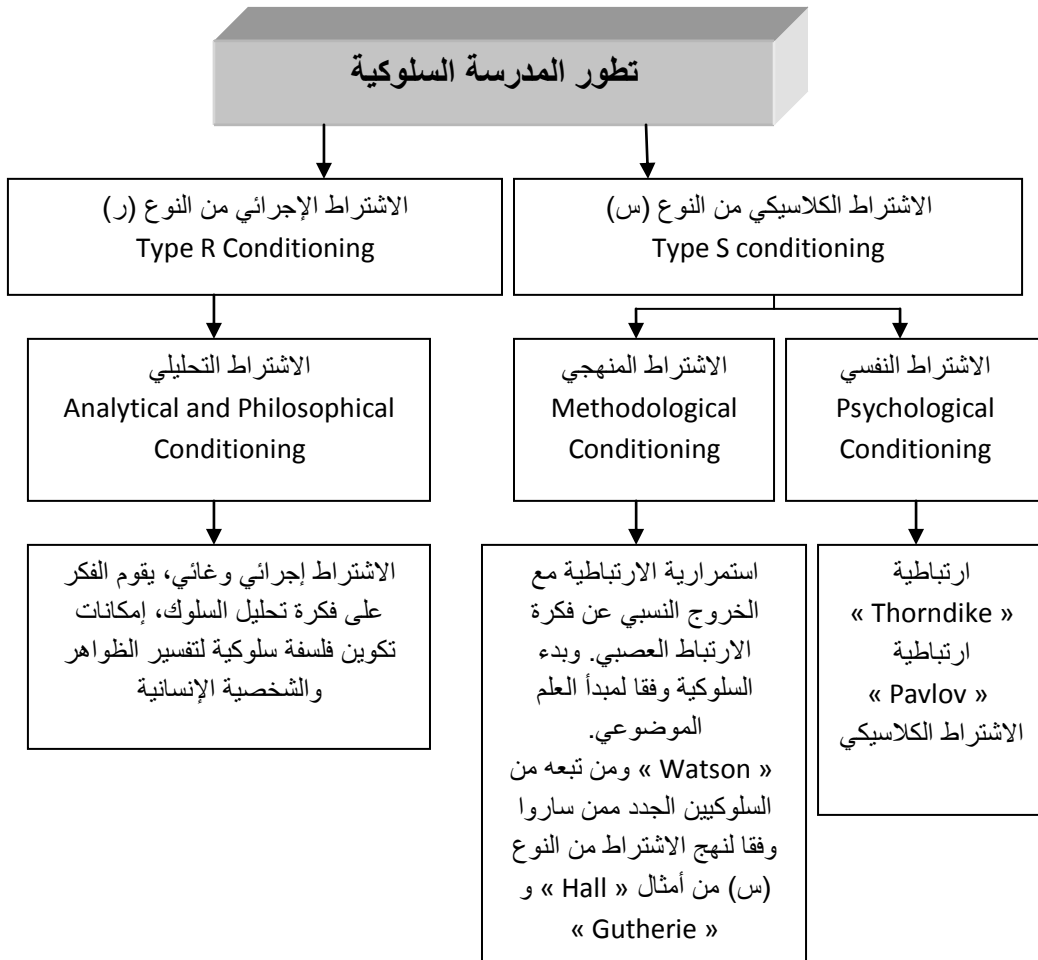
2- السلوكية المنهجية:

وتعنى بالعلم نفسه ويمثلها « Watson » مؤسس علم السلوك، والمحدد لمسلمات العلم، حيث نادى بالتركيز على دراسة السلوك الظاهري بأساليب البحث العلمي وبالاعتماد على مسلماته الأساسية المتمثلة في (العلمية، التطورية، الاختزال) .

3- السلوكية التحليلية الفلسفية:

وتُعرف أيضاً بالفلسفية وأيضاً بتحليل السلوك، وترجع إلى « Skinner » حيث بدأ محاولته لإخراج العلم من الواطسنية، وحل أزمة العمليات العقلية بالمناداة على أن أي نشاط عقلي يمكن تفسيره من خلال النشاط الظاهر المرتبط به، أي أنه يمكن تحديده سلوكياً، فعندما نصف حالة الفرد العقلية أو اعتقاده فإنما نصف ما يظهر عليه أو ما نتوقع أن يفعله من سلوك في الموقف ذاته.

ويمكن دمج التقسيمين السابقين في الشكل (06) التالي:



- ويرصد بعض المدافعين عن السلوكية تقسيما آخر مؤكدين بذلك تنوع الفكر السلوكي حيث يروا بأن السلوكية وصلت إلى درجة من النظر مع بدء الثلاثينيات من القرن التاسع عشر، ولم يقتصر الأمر عند ما قدمه الرواد أمثال « Watson » و « Skinner » بل شمل غيرهم، ويذكر التقسيم التالي:

- السلوكية الراديكالية ممثلة في فكر « Watson » و « Skinner » بدرجة أساسية.
- السلوكية البايو- اجتماعية.
- علم النفس رد الفعل « Reaction Psychology » .
- السلوكية الفسيولوجية.
- السلوكية الاجتماعية.
- الانتقائية.

رابعاً- إجراءات العلاج السلوكي:

تطور طرق العلاج مستندة إلى رصيد هائل من نتائج بحوث علم النفس التجريبي التي كان هدفها تغيير وتعديل السلوك مباشرة، والتي كان من آثارها أنه أصبح من الميسور معرفة كيف نضعف وكيف نعدل السلوك، وكيف ينمو تعلم أنواع السلوك التي نرغب في التخلص منها، والتي يعتبرها الآخرون غير توافقية أو شاذة أو عصابية. وعلى العموم فإن العملية العلاجية تضم ما يلي:

- **تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره:** ويتم ذلك في المقابلة العلاجية عن طريق استخدام الاختبارات والتقارير الذاتية بحيث يمكن الوصول إلى تحديد دقيق للسلوك المضطرب الظاهر الذي يمكن ملاحظته موضوعياً.
- **تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب:** ويتم ذلك عن طريق الفحص والبحث الدقيق في كل الظروف والخبرات التي يحدث فيها السلوك المضطرب وكل ما يرتبط به وما يسبقه من أحداث وما يتلوها من عواقب.
- **تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب:** ويتم ذلك بتقدير ما إذا كان سلوك المريض يظهر أنه نتيجة لخوف شرطي بسيط أو كان يعكس خوفاً أساسياً مهما يحدث في مواقف متشابهة ولكنها مختلفة، أو إذا كان السلوك يستمر بسبب النتائج التي تؤدي إليها، وهذا التحليل يتركز على البحث عن الظروف الخارجية السابقة واللاحقة التي تحدد وتوجه السلوك المضطرب.
- **اختيار الظروف التي يمكن تعديلها أو تغييرها:** ويتم ذلك باختيار الظروف التي يمكن تعديلها بواسطة المعالج أو العميل.

- **إعداد جدول لإعادة تدريب:** ويتم ذلك بتخطيط خبرات متدرجة يتم فيها إعادة التدريب (في شكل محاولات أو حوادث) يتم خلالها تعريض سلوك المريض بنظام وتدرج للظروف المعدلة، بحيث يتم إنجاز البسيط والقريب قبل المعقد والبعيد، وهنا يلزم ترتيب الإمكانيات في شكل سهل وممكن ومستحيل ويستحث المعالج المريض على أن يحاول وأن يتعلم وأن يجرب.
 - **تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب:** أي توجه نحو تعديل العلاقات بين الاستجابات وبين المواقف التي تحدث فيها، وتستخدم في الحالات التي يكون فيها السلوك الغائب يمثل عجزاً سلوكياً.
 - **تعديل الظروف البيئية:** وتوجه نحو تقليل احتمال حدوث السلوك لأنه غير مرغوب فيه أو غير متوافق أو شاذ، ويكون التركيز فيها على تعديل العلاقات المتبادلة بين الاستجابات ونتائجها التي تؤدي إليها وتهدف إلى زيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب في الظروف التي لا يتكرر فيها أو يكون فيها غائباً.
 - **وينتهي العلاج:** عند النقطة التي يتم فيها الوصول الى السلوك المعدل المنشود.¹
- يؤكد كل من « Kenfer & Saslow » أنه قبل وضع إستراتيجية علاج خاصة يجب المرور بالتحليل الوظيفي الجيد للسلوك، ويقضي هذا التحليل الاهتمام بـ: 7 أبعاد:

1- الفحص الدقيق للمشكل المعين:

ويتعلق الأمر هنا بتحديد الأوصاف الدقيقة للمشكل من حيث تواتره وشدته وتوقيته والأشكال التي يمكن أن يظهر فيها والظروف التي يمكن أن تحيط به، واستناداً إلى هذه الأوصاف الدقيقة يتم وضع الاستنتاجات الأولية التي تمثل أهداف البرنامج العلاجي.

2- التعرف على الظروف المحيطة:

ويتم هنا تحديد الظروف التي تعمل على دوام السلوك المشكل واستمراره وتحديد نتائج السلوك على محيط العمل وعلى العميل نفسه.

3- تحليل النمو:

يقوم المعالج بفحص دقيق للماضي البيولوجي والسيكوثقافي للعميل وللظروف المعينة التي نمت فيها الفرد طوال حياته.

4- التعرف على إمكانيات العميل ومحدداته:

مواقف القوة والضعف.

¹ زهران حامد عيد السلام : الصحة النفسية والعلاج النفسي، مرجع سبق ذكره، 1985، ص 261- 262.

5- تحليل العلاقات الاجتماعية:

وهنا الفحص لا يتضمن فقط المجال الاجتماعي للعميل، بل يتضمن أيضا التأثير الذي يمارسه العميل على الأفراد المهمين في محيطه بالإضافة إلى التعرف على مدى تأثير سلوكيات الآخرين على العميل، ويسمح مثل هذا التحليل المعالج بالعمل على إيجاد وكالات علاجية داخل المحيط المباشر للفرد، كما يسمح له أيضا بتكوين فكرة دقيقة عن مختلف نظم التدعيم التي ينمو فيها العميل.

6- تحليل الحوافز:

هدف هذا التحليل هو معرفة ما يمثل التعزيزات الايجابية للعميل وما يمثل تعزيرا سلبيا لكي يتم استخدام هذه التعزيزات كأدوات علاجية.

7- تحليل التحكم الذاتي:

يهدف هذا التحليل إلى معرفة الوسائل والطرق التي يتوفر عليها الفرد على مستوى التحكم الذاتي في الحياة اليومية بالإضافة إلى التعرف على النتائج الايجابية والسلبية لهذا التحكم الذاتي في ظروف أخرى.

واقترح « Ylief & Fontaine » عام 1981 نموذجا تحليليا مختلفا نوعا ما، حيث أنه جاء بعناصر جديدة، وتركز هدفه الأساسي في التعرف باستمرار على نوعية تفاعلات السلوك المشكل مع مجموعة المتغيرات التي تحدده وفي التعرف على الاحتمال الذي يمكن أن ينتجه التغيير في عنصر أو في ميدان معين على المستويات أو الميادين الأخرى، ويتمثل هذا النموذج في تحليل ما يأتي:

● السلوك المشكل:

يمكن تحليل السلوك المشكل إلى مستويات 3 وهي:

- أ- المستوى الحسي - الحركي .
- ب- المستوى المعرفي.
- ج- المستوى الانفعالي- الفيزيولوجي.

ويتطلب هذا الوصف التعريف الدقيق بمختلف المتغيرات من حيث التواتر والمدة والشدة وثوبوغرافيا السلوك، ويسمح مثل هذا التحليل بإقامة خط قاعدي، يمكن المعالج والعميل من خلاله من تقييم فعالية العلاج كما يسمح أيضا بتحديد وفحص تاريخ المشكل، وظروف ظهوره وعوامل استمراره وتحديد السوابق المباشرة التي اكتسبت دور " المثير المتميز "، والتي تسمح بالتعرف على المحيط الداخلي والخارجي، الأمر الذي يتطلب الرجوع إلى التاريخ الشخصي للعميل.

● تحديد السوابق:

يرى السلوكيون المعاصرون أن السلوك يخضع إلى قواعد وقوانين تنظيم معين يتطلب فهمها الرجوع الى التاريخ الشخصي للفرد على كل المستويات: البيولوجية، ضغوطات التعلم والنمو والبنىات المعرفية السابقة والاستجابات الانفعالية، خصوصاً في حالة القيام بالكفالة النفسية للعميل، كما أنه يتطلب علاجاً متعدد النظم يتم تطبيقه على مستويات مختلفة.

● تحديد نتائج السلوك:

لا يكتفي المعالج هنا في التعرف على المتغيرات الخارجية (الوقائع الخارجية) التي تنتج عن السلوك المشكل، بل يسعى إلى التعرف على العوامل الداخلية، أي نتائج السلوك الرمزية والمعرفية والانفعالية بالإضافة إلى تركيزه على المحيط الاجتماعي للعميل كمتغير خارجي للسلوك المشكل.¹

خامسا- خصائص العلاج النفسي السلوكي:

يمكن إجمال أهم خصائص الإطار النظري للعلاج السلوكي فيما يلي:

- 1- إن معظم سلوك الإنسان متعلم ومكتسب بما فيه السلوك المضطرب.
- 2- السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف من حيث المبادئ عن السلوك العادي المتعلم، إلا أن السلوك المضطرب غير ملائم وغير متوافق.
- 3- السلوك المضطرب يكتسب نتيجة التعرض للخبرات التي تؤدي إليه، ومن ثمة يحدث ارتباط شرطي بين هذه الخبرات وبين السلوك المضطرب.
- 4- العناصر السلوكية المرتبطة تمثل نسبة قليلة أو كثيرة من السلوك الكلي للفرد، وهذا يعتمد على دوام وشدة الخبرات التي تؤدي إليها.
- 5- جملة الأعراض النفسية ينظر إليها كتجميع لعادات خاطئة متعلمة.
- 6- السلوك المتعلم يمكن تعديله.
- 7- توجد لدى الفرد دوافع فيزيولوجية أولية هي الأصل والأساس في السلوك الإنساني، وعن طريق التعلم يكتسب دوافع جديدة ثانوية اجتماعية في مجملها تمثل أهم حاجاته النفسية، وقد يكون تعلم هذه الدوافع غير سوي ويرتبط بأساليب غير توافقية في إشباعها، ومن ثمة تحتاج الى تعلم جديد أكثر توافقاً، ويتم ذلك عن طريق العلاج النفسي السلوكي.²

¹ Cottraux et al ;1984 – Clinique de thérapie comportementale-bruxelle-Mardaga p12-15 .

² الشناوي محمد محروس ، محمد السيد عبد الرحمن: العلاج السلوكي الحديث أسسه و تطبيقاته، مرجع سبق ذكره، 1998، ص من 24 إلى 29 .

سادسا- العلاج النفسي السلوكي عند الطفل:

- يهدف العلاج النفسي السلوكي عند الطفل أساسا إلى فهم ميكانيزمات التعلم وتعديل السلوك، إن التحليل الوظيفي للسلوك يسمح بإيجاد العلاقة بين الظروف المحيطة والسلوك وتحديد الأهداف العلاجية والتقنيات للوصول إليها وتقييم أثر العلاج، سواء على الطفل أو عائلته. وككل علاج يجب الأخذ بعين الاعتبار المجالات العاطفية والعلائقية، لهذا يجب الإشارة لبعض مميزات هذه الطرق العلاجية، كوضع مشاكل الطفل في إطارها النفسي والمرضي، فطرق التقييم مختلفة من الرضيع إلى المراهق وإشراك العائلة أو الأقارب في العلاج.
- إن السلوك غير المتكيف والمرضي عند الطفل قد يتعلم بنفس الميكانيزمات للسلوكيات العادية، فقد يتعلم الطفل عن طريق التعزيز الموجب بعض السلوك المرضي لذلك فمن أهداف العلاج النفسي السلوكي إيقاف هذه الميكانيزمات وإتاحة فرص مكيفة وصحيحة.
- يمكن التمييز بين نوعين من السلوك: السلوك الناتج عن المحيط، وهو سلوك والسلوك المرسل عن طريق الطفل، وهو سلوك فاعل.

هذان المصطلحان هما أساسيان في إطار نظرية التعلم والتي اعتمد عليها « Joseph Wolpe & Albert bandura » بالنسبة لـ « Wolpe » فهو من أوجد مصطلحي الكف المتبادل والتي تقوم على أنه توجد بعض أنماط الاستجابات المتنافرة وغير المتوافقة مع بعضها البعض مثل: الخوف والجنس والاسترخاء والضيق، والهدف منه كف كل من النمطين السلوكيين المترابطين بسبب تداخلهما وإحلال استجابة متوافقة محل الاستجابة غير المتوافقة، ومن أمثلة استخدامه في علاج البوال الليلي، وهنا يفترض أن الطفل قد فشل في اكتساب عادة الاستيقاظ للذهاب لدورة المياه أثناء الليل ويظل نائما ويتبول وهو نائم على فراشه، والمطلوب هو كف النوم، أي إجباره على الاستيقاظ مرات عديدة في الليل للذهاب لدورة المياه.

أما « Bandura » فيُعرف خاصة بنظريته حول التعلم الاجتماعي كالتقليد وطريقة الصقل « Modeling » وهي تشير إلى أن الطفل يقلد تلقائيا سلوكيات والديه والأطفال الآخرين.

وتمر عملية التعلم بمرحلتين: المرحلة الأولى أين الطفل يتعلم سلوكيات النموذج « le modèle » بدون أن توجد هناك تعزيزات خارجية، والمرحلة الثانية أين الطفل يبحث عن سلوك دون وجود نموذج.

يلعب الطفل ووالده دوراً فعالاً في سيرورة العلاج والذي يجب أن يأخذ بعين الاعتبار الظروف التي ظهر فيها السلوك المرضي، وما هي العوامل التي تعززته وتثبته.

إن مشاركة الوالدين في العلاج تسمح بتعميم السلوك المعزز في الحياة اليومية ومن أهم المجالات التي استعمل فيها العلاج النفسي السلوكي بنجاح عند الطفل هي البول الليلي، اضطرابات التغذية عند الطفل، اضطرابات النوم، فقدان الشهية، التأتأة، التأخر العقلي.¹

سابعاً- تقنيات العلاج النفسي السلوكي المستخدمة في علاج التبول الوظيفي:

- تعددت تقنيات تعديل السلوك بتعدد الميادين المطلوب التدخل فيها، وأكثر التقنيات انتشاراً هي تقنية التخلص من الحساسية الزائدة التي برهنت على فاعليتها في مرض الرهاب، أما حالياً فقد وجدت تقنيات مختلفة ساهمت في حلّ العديد من المشكلات السلوكية كالبوال الليلي، فقدان الشهية، اضطرابات النوم... الخ.
- ومن أهم أساليب التدخل في العلاج النفسي السلوكي فيما يخص مشكلة التبول الوظيفي ما يلي:

أ- طرق علاجية مستمدة من مبادئ الاشتراط الإجرائي:

1- التعزيز:

يرجع الفضل في ظهوره إلى « Skinner » ويعرف على أنه أي فعل يؤدي إلى زيادة في حدوث سلوك معيّن أو إلى تكرار حدوثه، فكلمات المديح، وإظهار الاهتمام، والثناء على الشخص والإثابة المادية أو المعنوية عند ظهور سلوك ايجابي معيّن، تعتبر جميعها أمثلة للتعزيز إذا ما تلتها زيادة في انتشار السلوك الايجابي.²
كما يعرف على أنه زيادة وتقوية السلوك نتيجة لما يقع بعده من معززات، وهذه المعززات يمكن أن تكون ايجابية ويمكن أن تكون سلبية.³
ويعرف التعزيز وظيفياً: من خلال نتائجه على السلوك، فإذا أدّت توابع السلوك إلى زيادة احتمال حدوثه في المستقبل، تكون تلك التوابع معززة ويكون ما حدث هو التعزيز نفسه.⁴

1.1- أنواع التعزيز:

أ- التعزيز الايجابي: هو كل شئ مرغوب فيه يمد الفرد بما يبعث في نفسه السرور والمرح، ويُحدث بعد السلوك المرغوب فيه والمعززات نوعان، أولي: كالطعام أو ثانوي: كالمدح، والتعزيز الموجب هول كل إجراء يزيد من قوة الاستجابة أو احتمالية حدوثها في المستقبل في مواقف متشابهة، وكلما كان التعزيز قوياً ومرغوباً فيه كلما أدى هذا إلى سرعة تعديل وإثبات السلوك من أجل الحصول عليه.

¹ برحيل جويده: تعديل سلوك المتخلف العقلي عن طريق العلاج النفسي السلوكي، رسالة ماجستير، 2001، ص26-28

² طه عبد العظيم حسين: استراتيجيات تعديل السلوك، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، مصر، بط، 2008، ص199

³ الشناوي محمد محروس، السيد محمد عبد الرحمن: العلاج السلوكي الحديث، أسسه وتطبيقاته، مرجع سبق ذكره، 1991، ص30

⁴ حواشين مفيد وزيدان: إرشاد الأطفال وتوجيههم، عمان، دار الفكر، 2002

- شروط التعزيز الايجابي:

هناك قواعد وضعها العالم النفسي « Tomas » لتفعيل التعزيز الايجابي وهي على النحو التالي:

- الاستجابة المراد تعزيزها، يجب أن تولد ولا تثار وإلا فإن التعزيز يكون مستحيلاً.
 - يجب أن لا يتأخر التعزيز فكلما كان التعزيز سريعاً وفورياً كلما كان ناجحاً.
 - المعززات الملائمة لسلوك معين عند فرد معين، ربما لا تكون ملائمة لفرد لآخر.
 - التعزيز لأي استجابة مرغوبة تمت إثارتها هو الأكثر فعالية في ترسيخ السلوك المرغوب.¹
- ب- التعزيز السلبي: يقصد به استبعاد مثيرات غير سارة، اقترنت بسلوك ما مما يؤدي إلى تقوية السلوك أو ازدياد ظهوره، ويمكن تمييز التعزيز السلبي بما يأتي :
- شئ يكرهه الطفل أو لا يحتاج إليه أو يسبب له الألم.
 - يضعف الاستجابة التي تسبقه أو تتبعه مما يقلل من إمكانية إعادتها.
 - يطمس السلوك الغير مرغوب فيه.
 - يقوي الإستجابة المرغوب بها.
- ج- التغذية المرتدة:

يمكن أن تؤدي تعمل التغذية المرتدة كمعزز، فعندما يعرف العميل بأنه يؤدي السلوك الهدف بطريقة صحيحة فإن هذه المعرفة في حد ذاتها تؤدي إلى زيادة السلوك الهدف.

2.1- أنواع المعززات:

1.2.1- معززات أولية: وتأتي على شكلين:

أ - معززات غذائية: مثل الأطعمة، المشروبات، الحلويات...، وهذه المعززات تستخدم على نطاق واسع مع الأطفال وخصوصاً الأطفال من الفئات الخاصة مثل: المتخلفين عقلياً، هناك محاذير من الإفراط في استخدام المعززات الغذائية مع الأطفال لأن الإفراط فيها قد يحدث نوعاً من الإشباع لدى الطفل وبالتالي يفقد التعزيز فعاليته.

ب- معززات مادية: مثل القمص المصوّرة، الدمى، السيارات الصغيرة... الخ.

¹الحجار محمد: الوجيز في ممارسة العلاج النفسي السلوكي، بيروت، دار النفائس، 2000، ص 142، 166، 167.

2.2.1- معززات رمزية:

عبارة عن بطاقات ملونة مرسوم عليها وجوه باسمه أو نجوم تقدم للطفل عن حدوث السلوك المرغوب فيه وتستبدل فيما بعد بمعززات ذات قيمة غذائية أو مادية أو نشاطية وهذا الأسلوب يستخدم بشكل عام عند تنمية المهارات الاجتماعية.

3.2.1- المعززات النشاطية:

تعتمد هذه المعززات على حب الطفل لأنشطة معينة تستهويه أكثر من غيرها، بحيث يوظفها المعالج في تعديل بعض سلوكياته الخاطئة، وهذه المعززات تتميز بأن الطفل لا يعاني من حالة إشباع عند استخدامها كما هو الحال في المعززات الغذائية فهي معززات لا يمل منها الطفل لأن عنصر الحركة والمتعة يتوفران فيها وقد اقترح « Gassdin » بعض المحددات لاستخدام النشاطات كمعزز وهي كالتالي:

- إن استخدام النشاط كمعزز مباشر بعد سلوك لا يميل إليه الطفل كثيراً قد يقلل من فعاليته النشاط ذو التفضيل العالي.
- قد يكون النشاط مخططاً بحيث أنه يثير الرغبة التامة أو الملل التام لدى الطفل وهذا يقلل من مرونة استخدام النشاط كمعزز.

4.2.1- المعززات الاجتماعية:

للمعززات الاجتماعية ايجابيات كثيرة جدا منها أنها مثيرات طبيعية يمكن تقديمها بعد السلوك مباشرة ونادراً ما يؤدي استخدامها إلى الإشباع ومنها:

- أ- معززات لفظية: ومنها ما يردده الآباء والمعلمون لتشجيع الطفل مثل: ممتاز، أحسنت، رائع، شكراً لك، جميلة.
- ب- معززات جسدية: وهي ما يصدر من أعضاء الجسم من حركات إزاء سلوكيات الطفل مثل: تحريك الرأس، الابتسامة، العناق، وضع اليد على الكتف، القبلة.

• مميزات المعززات الاجتماعية:

- سهولة توظيف هذه المعززات فمن الممكن تقديمها بشكل فوري، ومن الممكن تقديمها فردياً أو جماعياً.
- سهولة ربط هذه المعززات بمعززات أخرى (مادية أو رمزية).
- سهولة حدوثها يومياً بشكل طبيعي كأحداث مستساغة اجتماعياً¹.
-

¹بطرس حافظ بطرس: تعديل وبناء سلوك الأطفال، مرجع سبق ذكره، 2010، ص15

• العوامل المؤثرة في فعالية التعزيز:

- يتأثر التعزيز سلباً أو إيجابياً بمجموعة من العوامل ومن أبرزها:
- 1- توقيت التعزيز: ويقصد به تحديد الوقت المناسب لتقديم المعزز، إذ أن أكثر المعززات ايجابية فاعلية هي التي تأتي مباشرة بعد حدوث الاستجابة المطلوبة أما إذا تأخر تقديم المعزز إلى وقت آخر فإن ذلك يعمل على التداخل بين المعززات والاستجابات الأخرى، والتي قد تكون دخيلة على السلوك المرغوب فيه ومن هنا جاءت أهمية فورية الاستجابة.
 - 2- اشتراك الطفل: ويقصد به اشتراك الطفل في:
 - أ- تحديد السلوك المراد تعديله.
 - ب- تحديد المعززات المحببة وفقاً للمعايير الاجتماعية، والجوانب الاقتصادية للأسرة.
 - 3- انتظام التعزيز: التعزيز الفعال هو ما خطط له بشكل منظم، وفق قوانين معينة، فكل تعزيز عشوائي مصيره الفشل، فالمهم تعزيز السلوك بتواصل في مرحلة إكساب السلوك، وبعد ذلك أي في مرحلة المحافظة على استمرارية السلوك نستخدم التعزيز المتقطع، ولتفعيل التعزيز بشكل جيد لابد من استخدام جداول للتعزيز والتي تنقسم إلى قسمين:
 - أ/- جداول التعزيز المتواصل: وفيها يتم تقديم المعزز بكل استجابة صحيحة وأكثر ما تفيد هذه الجداول في الحالات التي نريد فيها إكساب الطفل سلوكيات معينة جديدة ومع ذلك فهي تواجه جملة من الانتقادات أبرزها:
 - كثرة التعزيز تؤدي إلى الإشباع مما يفقد التعزيز قيمته.
 - التعزيز بشكل متواصل يتطلب جهداً كثيراً من جانب المعالج ومن يساعده في المنزل أو المدرسة.
 - سرعة انطفاء السلوك بعد تعطل جداول التعزيز المستمر.
 - ب/- جداول التعزيز المتقطع: وهي جداول يتم بموجبها تقديم المعزز بعد عدد معين من الاستجابات الصحيحة، ولذا كل السلوكيات التي تخضع لجداول التعزيز المتقطع قلما تنطفئ، ولذا تستخدم هذه الجداول للمحافظة على السلوك وذلك بعد استخدام جداول التعزيز المتواصل في مرحلة إكساب السلوك.¹

¹ المرسومي يوسف كريم ليلي: فاعلية برنامج سلوكي في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2011، ص 103 - 105.

4- مقدار التعزيز:

من المهم أن تتناسب كمية التعزيز مع مستوى أداء السلوك المرغوب فيه سواء كان المعزز سلوكاً لفظياً أم مادياً، فكلمة جيد ليست بقدر كلمة رائع جداً.

ق- التنوع:

أي تنوع المعززات سواء الكلمات أم المعززات المادية أم الغذائية مما يزيد بدوره دافعية الطفل اتجاه السلوك المرغوب.

5- درجة صعوبة السلوك:

كلما كان السلوك المستهدف تعديله وإكسابه للطفل معقداً كلما كانت كمية التعزيز المطلوبة كبيرة.

6- التحليل الوظيفي:

يجب أن يستند استخدامنا للمعززات إلى تحليلنا للظروف البيئية التي يعيش فيها الفرد، وهذا يساعدنا على تحديد المعززات الملائمة للفرد.

8- الجودة:

أي الإتيان بمعززات غالباً ما تكون مألوفة لدى الطفل مما يجعل المعزز أكثر فعالية على السلوك المراد تعديله أو إكسابه للطفل¹.

- وفي البحث الحالي استعملت الباحثة التعزيزات الايجابية التالية:

- التعزيز المادي: يتمثل في العقد المبرم بين الأم والطفل فيما يخص الهدية المقدمة له بعد اكتسابه المهارات الملائمة للنظافة وحصوله على نتائج حسنة.
- التغذية المرتدة: حيث يعطى للطفل بطاقة تسجيل يلاحظ فيها تقدمه الملحوظ، وتوضع هذه البطاقة في مكان ملحوظ وتعتبر النتائج الايجابية المسجلة كمدعمات للسلوك المرغوب.
- التعزيز الاجتماعي: يتمثل في تشجيع الأخصائية النفسية للأم والطفل على مجهوداته ونجاحه وتحفيزه على الاستمرار وذكر نجاحاته أمام أفراد الأسرة.

¹ المرسومي يوسف كريم ليلي: فاعلية برنامج سلوكي في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي، مرجع سبق ذكره، 2011، ص 16.

وفي هذا الصدد لابد من الإشارة إلى أن أحد المشاكل الناتجة عن استعمال التعزيز المادي هو تعود الطفل على هذا النوع من التشجيعات المادية وإلا أنه يمكن تجنب هذا المشكل بالإدخال التدريجي للتعزيزات الأكثر طبيعية، واستعمال مهارات التفاعل التعليمي التي بواسطتها يمكننا خفض تعود الطفل على التعزيز المادي الى تعزيزات أكثر طبيعية، ويتمثل التفاعل التعليمي في عدد من المكونات المترابطة ويؤكد كل منها على التقديم الطبيعي للتعزيز الاجتماعي وهي :

1- الموافقة أو التقبل أو الاستحسان:

التعبير بالموافقة على السلوك غير الملائم وشمل الموافقة: الضحك والابتسام وتقديم تعزيز شفاهي مناسب مثل: أحسنت، عمل جيد... الخ أو تعزيز جسدي مثل: ملامسة لطيفة على الظهر أو الشعر.

2- التعريف:

ونعني به تقديم وصف شفاهي للسلوك الملائم أو غير الملائم وهذا يتطلب الإعادة والتكرار الكلامي مع الطفل فيما يخص السلوك الذي سوف يؤدي إلى نتائج معينة، مثل: إتمام الواجبات الصباحية المتعلقة بترتيب السرير غسل الوجه تنظيف الأسنان لبس الملابس و ثم الحصول على علامات جيدة، أما في حالة السلوك الغير ملائم مثل: عدم ترتيب السرير أو التأخر في لبس الثياب فإن هذه السلوكات تقود إلى تأخير تناول الوجبة الصباحية وعدم الحصول على النقاط.

3- وصف النتائج:

تتمثل هذه الخطوة في وصف النتائج المباشرة المترتبة على السلوك الملائم مثل: الحصول على العلامات بالإضافة إلى وصف النتائج البعيدة المدى تمثل هذا السلوك، فعلى سبيل المثال يوضح المعالج أن تنظيف طاولة الطعام يقود إلى تناول الطعام في ظروف نظيفة، الأمر الذي يساعد على تجنب الإصابة بالأمراض.

4- المعرفة:

تتمثل في سؤال الطفل على فهمه لما هو مطلوب منه، وفهمه للنتائج المباشرة والبعيدة للسلوك، وتشجيعه على طرح أي سؤال، الأمر الذي يسمح للمعالج بتصحيح عدم الفهم من المرحلة الأولى.

- وهنا يجب على المعالج أن يقنع الطفل بأنه يحبه وأنه يتمتع بالتفاعل نعهن حتى عندما يصبح له السلوك غير المرغوب فيه، وإنه يسعى إلى تعليمه بعض المهارات الجديدة، كما يتطلب الأمر أن لا يقوم المعالج بهذه الاستجابات بطريقة آلية ويسعى إلى توفير أكثر الاحتمالات للربط بين التعزيزات المادية والتعزيزات الاجتماعية، الأمر الذي يقوي العلاقة المتبادلة بين العميل والمعالج، وتقود مثل هذه العلاقة الجيدة إلى جعل الطفل يحب أو يفضل التفاعل مع المعالج ويساعد على تقليد سلوكه وتبني آراءه وبالتالي

يعتبره نموذجاً للسلوك الاجتماعي الملائم، كما قد تقود مثل هذه العلاقة القائمة على الحب والود إلى جعل الطفل يقوم بالسلوكات الملائمة لإرضاء المعالج.

وتجدر الإشارة إلى أن حجب التعزيز المادي بصورة تدريجية والانتقال إلى التعزيز الطبيعي سيقود إلى استمرار ودوام السلوك الملائم عن طريق خصائصه الأساسية أو عن طريق نتائجه مثل التعزيز الاجتماعي، وعموماً من الضروري أن يكون المعالج واعياً بأن التعزيزات المادية تلعب دوراً في خلق السلوك المركزي غير أنها يجب أن تستبدل بنظم تدعيمية أخرى أقرب إلى التعزيزات الطبيعية مثل الشكر، المديح والثناء.

أما بالنسبة للتعزيز السلبي فقد استعملت الباحثة تقنية التصحيح المفرط الذي يعتبر سياقاً لخفض السلوكات غير الملائمة وهو تقنية طورها « Azreen & Fox » يصحح فيها العميل الإثارة المضرة لسلوكه الغير الملائم وبعدها يمارس السلوك الملائم البديل، بمعنى أن هذه التقنية تتم في مرحلتين:

أ- مرحلة الإعادة: تتمثل بتصحيح الخطأ وإذا سمحت الفرصة بتحسين الظروف التي سبقت حدوث الخطأ.

ب- مرحلة الممارسة الايجابية: أي الممارسة الايجابية للسلوك الملائم بطريقة متكررة ومبالغ فيها.

* وفي البحث الحالي تم استعمال تقنية التصحيح المفرط في علاج التبول الوظيفي على النحو التالي:

أ- مرحلة الإصلاح: تغيير ملابس النوم والفرش المبلل ووضعه في بيت الغسيل.
ب- مرحلة الممارسة: يطلب من الطفل غسل الملابس التي تبول فيها، وأغطية فراشه بمفرده حتى ولو كان ذلك بشكل عشوائي فالهدف هو تحسيسه بالمسؤولية.

2- التشكيل:

يُعرف أيضاً باسم التقريب المتتابع أو مفاضلة الاستجابة، ويشار إلى استعمال هذه التقنية عندما يكون السلوك المرغوب فيه غائباً أو ضعيفاً جداً، وللوصول إلى السلوك المرغوب فيه يتطلب تجزئته إلى مراحل صغيرة ومترابطة فيما بينها حيث كل مرحلة تكون السبب في الانتقال إلى المرحلة التالية، ونستعمل هذه التقنية بكثرة في تعليم اكتساب اللغة.

ويمكننا القول باختصار أن التشكيل هو طريقة تبني نظام سلوكي متعلم، وتقضي هذه التقنية تحديد السلوك المرغوب تعلمه أولاً ويتم الانطلاق من العناصر السلوكية التي تقع في حدود قدرات الطفل الآنية على أن يتم تعزيز أو تدعيم كل تطور يحدث في السلوك في اتجاه الاستجابة المرغوبة، وإذا واجه المعالج صعوبة في التدريب في مرحلة معينة توجب إعادة وتقوية المرحلة السابقة قبل الاستمرار.

- واستعملت الباحثة تقنية التشكيل في علاج التبول الوظيفي بهدف تشكيل السلوكيات الملائمة للاحتفاظ بالسريير نظيفاً والمتمثلة في:
أ- الانتباه والتفطن للدلائل الداخلية والخارجية عند الحاجة للتبول.
ب- الإفراغ الإرادي في المكان المناسب (دورة المياه)
ويتم ذلك عن طريق إخضاع الطفل على الذهاب إلى دورة المياه مباشرة بعد شربه الماء في مواقيت محددة حسب ما هو مبرمج في الجدول.

• خطوات تشكيل السلوك:

- أ- تحديد وتعريف السلوك النهائي بدقة وموضوعية على شكل هدف سلوكي (السلوك المرغوب فيه)، والهدف من ذلك تعزيز التقارب التدريجي من السلوك المستهدف مع تجنب تعزيز السلوكيات التي لا نريدها.
- ب- تجزئة السلوك المؤدي إلى السلوك النهائي إلى سلوكيات فرعية يعرف كل منها بالسلوك الداخلي، حيث يكون قريباً جداً من السلوك المستهدف.
- ج- تعزيز السلوك النهائي فقط.
- د- لا يتم الانتقال من سلوك إلى آخر بعد نجاح السلوك السابق¹.

-3- الحث:

الحث طريقة تقوم على خلق المثيرات التي تساعد على تشكيل السلوك المرغوب وهو يأخذ أشكالاً متنوعة كلامية، إيمانية وجسمية.

1.3 - الحث الكلامي:

يتمثل في استخدام الجمل البسيطة التي يتم من خلالها تحديد الأشياء المطلوبة من الطفل أو تذكيرها بها.

2.3- الحث الإيماني:

يتمثل في تقديم المساعدة للطفل عن طريق استعمال الحركات أو الإيماءات وهذا النوع من المساعدة يتراوح على الحركة العادية الصحيحة إلى النمذجة المعقدة مثل لعب الدور في برنامج تعلم المهارات الاجتماعية.

¹بطرس حافظ بطرس : تعديل وبناء سلوك الأطفال، مرجع سبق ذكره، 2010، ص 166، 169

3.3- الحث الجسمي:

يتمثل في تقديم أكبر قدر من المساعدة الممكنة للطفل لأداء الاستجابة أو السلوك بنجاح. وفي البحث الحالي استخدمت الباحثة: الحث الكلامي الذي يقوم على الشرح التفصيلي والتذكير بالسلوكيات المطلوب من الطفل تعلمها والمغزى منها تذكير الطفل بالسلوك المراد تحقيقه والهدية التي تنتظره ومساوئ السلوك الغير الملائم (التبول الوظيفي) وانعكاساته على توافقه النفسي وكما استعملت الباحثة " الحث الحركي " المتمثل في لعب الدور لما يجب أن يقوم به الطفل و الأم في حالة التبول في الفراش¹

ب- الطرق العلاجية المستمدة من التعلم بالملاحظة:

لقد أثبتت العديد من الدراسات التجريبية أن توفير النموذج يعجل عملية التعلم، ومن هذه الدراسات ظهرت تقنية جديدة وذات فعالية في العلاج النفسي وعُرفت باسم النمذجة « Modeling » وقد بدأ تجريب وتقويم هذه الطريقة العلاجية في جامعة « Stanford university » الأمريكية، بإشراف « Bandura » وثبت أنها طريقة مفيدة ومناسبة لعدد كبير من اضطرابات الطفولة والمراهقة. وفي هذه العملية يقوم شخص معين بأداء السلوك الهدف كنموذج ويطلب من العميل في هذه الحالة تقليد الشخص النموذج في السلوك الذي تم أدائه. هناك ثلاث أنواع من النماذج التي يمكن استخدامها:

1- النمذجة الحية أو المباشرة:

وهي قيام النموذج بتأدية السلوك المستهدف أمام الشخص الذي يريد تعليمه ذلك السلوك.

2- النمذجة من خلال المشاركة:

وهي مراقبة النموذج وتأدية السلوك المراد تعليمه بمساعدة المعززات المرغوبة والتشجيع إلى أن يؤدي العميل الاستجابة الصحيحة.

3- النمذجة المصورة أو الرمزية:

وهو أن يؤدي الشخص النموذج السلوكي المطلوب إتقانه أو قدرة رمزية من خلال مشاهدة فيلم أو مجموعة من الصور المسلسلة بطريقة تكشف عن أداء السلوك، أو يقوم النموذج بهذا السلوك في مواقف فعلية أو رمزية.

ويظهر من خلال هذه النماذج الثلاثة أن النظر أو الرؤية هي العامل الفصل في التعليم ويسمى التعلم بالنيابة لأن النموذج يلعب دور الوسيط بالمقارنة مع الملاحظ وتعتمد تقنية التقليد على عدد معين من القواعد وهي كالاتي:

• خصائص النموذج:

فالانتباه للنموذج يزداد كلما كان هذا النموذج محبباً ومشوقاً للمتدرب، ويفضل أن يكون النموذج مناسباً لعمر المتدرب وجنسه.

• خصائص المتدرب:

أوضح « Bandura » أنه حتى تنجح النمذجة فإن المتدرب يجب أن تتوافر فيه عدّة خصائص:

أ- عمليات الانتباه: فينبغي أن ينتبه المتدرب للموقف وأن يستوعب المعلومات التي يعرضها النموذج.

ب- عمليات الحفظ: فبعد أن يفهم المتدرب جوانب المعلومات الذي ينبه إليها يتم حفظ وتخزين هذه السلوكيات في صورة.

ج- استرجاع (إعادة توليد) السلوك: حيث يتم استرجاع السلوك المحفوظ في الذاكرة.

د- عمليات الدافعية: فعندما يتوقع المتدرب نتائج ايجابية من أداء السلوك المنمذج فإنه يتوقع أن يقوم بأداء السلوك.

وقد استعملت الباحثة تقنية النمذجة الرمزية حيث كانت تعرض على الطفل نماذج رمزية للمراقبة الذاتية لأطفال متبولين استطاعوا بفضل التدريب للوصول إلى نتائج ايجابية، حيث يؤكد « Bandura » أن فكرة النمذجة لا ترجع فقط إلى سلوكيات ملاحظة بطريقة مباشرة لنماذج حاضرة بل يمكنها أن تتوسع لتضم سلوكيات كلامية ورمزية لنماذج غير حاضرة.

كما استندت الباحثة على تدريب الأم كوكالة علاجية و اقتصر ذلك في البحث الحالي على تقديم حصص تدريبية تمثلت في قراءات المبادئ السلوكية بخصوص كيفية التعامل مع الطفل في ظرف التبول لتجنب بعض السلوكيات المعادية للخطة العلاجية ومدى نجاحها، حيث تعتبر مساهمة الأم في العلاج ذات أهمية كبيرة.¹

¹قحطان أحمد الطاهر: تعديل السلوك، دار وائل للنشر، ط2، عمان الأردن، 2004، ص157.

ثامنا- أهم مزايا وعيوب العلاج النفسي السلوكي:

1- مزايا العلاج السلوكي:

- يمكن تلخيص أهم مزايا العلاج السلوكي فيما يلي:
- يعتمد العلاج السلوكي على الدراسات والبحوث التجريبية العملية المضبوطة، القائمة في ضوء نظريات التعلم والتي يمكن قياس صدقها قياساً تجريبياً مباشراً.
- يبسر للمعالجين استخدام أساليب مختلفة لعلاج الأنواع المختلفة من المشكلات النفسية.
- يركز على المشكلة أو العرض مما يسهل وجود محك نحكم به على نتيجة العلاج.
- يسعى إلى تحقيق أهداف واضحة محددة، حيث يلعب العمل دوراً أهم من الكلام.
- يستغرق وقتاً قصيراً لتحقيق أهدافه مما يوفر الوقت والجهد والمال.
- يتيح علاج أكبر عدد ممكن من المرضى من كافة المستويات الاجتماعية والاقتصادية.
- يمكن أن يعاون فيه كل من الوالدين والأزواج والمرضات بعد تدريبهم.
- يستخدم بنجاح كوسيلة وقائية.
- أثبت نجاحاً ملحوظاً في علاج المشكلات السلوكية عند الأطفال، وعلاج المشكلات النفسية حتى ولو كان المريض يعاني من مشكلات لغوية مثلاً، و علاج أمراض عصبية مثل الخوف والإدمان وغير ذلك من حالات الاضطراب السلوكي.
- يبدو مستقبلاً أكثر أمناً من الكثير من طرق العلاج التقليدي الأخرى.

2- عيوب العلاج السلوكي:

- نلخص أهم عيوب العلاج السلوكي النفسي فيما يلي:
- أحياناً يكون الشفاء وقتياً وعبراً.
- السلوك البشري معقد لدرجة يصعب معها في كثير من الأحيان عزل وتحديد أنماط بسيطة من العلاقات بين المثير والاستجابة حتى يسهل تعديلها.
- النموذج السلوكي المبني على أساس الاشرط لا يمكن أن يفسر جميع أنواع السلوك البشري والاضطرابات السلوكية.
- يركز على التخلص من الأعراض، وبذلك يزول العصاب وليس الأمر في الأمراض النفسية عادة بهذه البساطة، فالتركيز على إزالة الأعراض فقط قد يؤدي إلى ظهور أعراض أخرى، ثم إن الاضطراب السلوكي الظاهر ما هو إلا الدليل الخارجي لعقدة داخلية عميقة تكمن وراء هذا السلوك المضطرب الذي لا يزيد عن كونه قمة جبل الثلج الظاهرة فقط، وعلى هذا يقول معارضو العلاج السلوكي أن أي محاولة لعلاج الأعراض فحسب سوف تفشل لأنها لا تعالج المصدر الحقيقي للاضطراب.

- لا يمكن أن يدعي المعالجون السلوكيون أن العلاج السلوكي هو علاج لكل أنواع الاضطرابات السلوكية ولكل المرضى النفسيين.¹

¹ زهران حامد عبد السلام : الصحة النفسية والعلاج النفسي، مرجع سبق ذكره، 1985، ص 275 و 276.

خلاصة الفصل:

يهدف العلاج السلوكي إلى تحقيق أهداف واضحة ومحددة، حيث يلعب دوراً أهمّ من الكلام، وذلك باستعمال تقنيات مختلفة كحذف سلوك غير مرغوب فيه أو العمل على دعم سلوك مرغوب فيه في ميادين مختلفة وخاصة في علاج المشكلات السلوكية لدى الأطفال و بما أنه ذو فعالية كبيرة في هذا المجال ثم انتقاه واستعماله في البحث الحالي لعلاج مشكلة التبول الوظيفي لدى الأطفال من 06 إلى 12 سنة.

المراجع

قائمة المراجع

- القرآن الكريم

- المراجع باللغة العربية:

- (1)- أبو حطب فؤاد و صادق، آمال(1999): علم النفس التربوي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة
- (2)- الحجار محمد(2000): الوجيه في ممارسة العلاج السلوكي، دار النفائس، بيروت.
- (3)- الخطيب أحمد حامد، الطراونة حسين مدا الله(2003): التبول اللاإرادي، أسبابه وطرق علاجه، داروائل للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
- (4)- أديب العطار(1963): السريريات البولية التناسلية، مطبعة جامعة دمشق.
- (5)- الريماوي محمود عودة(2008): علم النفس التطوري، الشركة العربية المتحدة للتسويق و التوريدات، القاهرة، مصر.
- (6)- الزغبي أحمد محمد(2001): علم النفس النمو "الطفولة و المراهقة"، دار زهران للنشر و التوزيع، عمان.
- (7)- الزريقات عبد الله فرج إبراهيم(2007): تعديل سلوك الأطفال و المراهقين "المفاهيم و التطبيقات"، دار الفكر، عمان، الأردن.
- (8)- إسماعيل محمد عماد الدين(1989): الطفل من الحمل إلى الرشد، دار القلم للنشر و التوزيع، الكويت.
- (9)- الأشول عادل عز الدين(1982): علم النفس النمو، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- (10)- الشربيني زكرياء أحمد(2001): المشكلات النفسية عند الأطفال، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- (11)- الشناوي محمد محروس، محمد السيد عبد الرحمن(1999): العلاج السلوكي الحديث "أسسه و تطبيقاته"، دار قباء، القاهرة.
- (12)- الشورينجي نبيلة عباس(2003): المشكلات النفسية للأطفال "أسبابها و علاجها"، دار النهضة العربية، القاهرة.

- (13)- العيسوي عبد الرحمن محمد(1999): علم النفس الشواذ و الصحة النفسية، دار الراتب الجامعية، لبنان.
- (14)- القومي عبد العزيز(1969): أسس الصحة النفسية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- (15)- المرسومي يوسف كريم ليلي(2011): فاعلية برنامج سلوكي في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الإنتباه و فرط النشاط الحركي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- (16)- المهدي محمد(2007): الصحة النفسية للطفل، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- (17)- الهنداوي علي فالح(2002): علم النفس النمو"الطفولة و المراهقة"، دار الكتاب الجامعي، الإمارات العربية المتحدة.
- (18)- بشناق رأفت محمد(2001): دراسة في سلوك الأطفال وإضطراباتهم النفسية، دار النفائس للطباعة و النشر و التوزيع، لبنان.
- (19)- بطرس حافظ بطرس(2010): تعديل و بناء سلوك الأطفال، دار المسيرة، عمان.
- (20)- جعفري ربيعة نسيم(2006): الدليل المنهجي للطالب، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- (21)- حسن مصطفى عبد المعطى(2003): الإضطرابات النفسية في الطفولة و المراهقة، دار القاهرة.
- (22)- حمودة محمد(1991): الطفولة و المراهقة"المشكلات النفسية و العلاج"، القاهرة، مركز الطب النفسي والعصبي للأطفال، مصر.
- (23)- حواشين مفيد و زيدان(2002): إرشاد الأطفال و توجيههم ، دار الفكر، عمان.
- (24)- خير الزراد فيصل محمد(1998): التبول اللاإرادي لدى الأطفال، دار النفائس، بيروت، لبنان.
- (25)- رقبان نعمة مصطفى(2004): نمو و رعاية الطفل بين النظرية و التطبيق، سيقان المعرفة للنشر و التوزيع، مصر.
- (26)- رشوان حسين عبد الحميد أحمد(1999): الطفل"دراسة في علم الإجتماع النفسي، مصر
- (27)- رمضان محمد القذافي(2000): علم النفس النمو"الطفولة و المراهقة"، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، الإسكندرية.

- (28)- رمزي، إسحاق(1953): مشكلات الطفولة اليومية، دار المعارف المصرية.
- (29)- زغير رشيد حميد(2010): سيكولوجية النمو، دار الثقافة للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
- (30)- زهران حامد عبد السلام(2005): علم نفس النمو "الطفولة و المراهقة"، عالم الكتب للنشر و التوزيع، القاهرة.
- (31)- سهير كامل أحمد(1999): أساليب تربية الأطفال بين النظرية و التطبيق، مركز الإسكندرية للكتاب.
- (32)- سليم مريم(2002): علم نفس النمو، دار النهضة الغربية، بيروت، لبنان.
- (33)- سليمان سناء محمد(2005): مشكلة التبول اللاإرادي لدى الأطفال، عالم الكتب، مصر.
- (34)- طه عبد العظيم حسين(2008): إستراتيجيات تعديل السلوك، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، مصر.
- (35)- عبد الستار إبراهيم، عبد العزيز بن عبد الله الدخيل، رضوان إبراهيم(1993): العلاج السلوكي للطفل، عالم المعرفة.
- (36)- عبد الخالق أحمد محمد: أسس علم النفس، دار المعرفة الجامعية، الأزراطية.
- (37)- عبد الحميد العناني حنان(2000): الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة و النشر.
- (38)- عبيدات محمد، أبو نصار و آخرون(1999): منهجية البحث العلمي، دار وائل للطباعة و النشر، الأردن.
- (39)- علي أبو جادو صالح محمد(2007): علم النفس التطوري "الطفولة و المراهقة"، دار المسيرة، عمان، الأردن.
- (40)- عبد المجيد الخليدي و آخر(1997): الأمراض النفسية و العقلية و الإضطرابات السلوكية عند الأطفال، دار الفكر.
- (41)- عشوي مصطفى(2003): مدخل إلى علم النفس المعاصرة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- (42)- قاسم عبد الله محمد(2001): أمراض الأطفال النفسية و علاجها، دار المكتبي للطباعة و النشر و التوزيع، سوريا.

- (43)- كلثم جبر الكواري(2011): التبول اللاإرادي بين العلاج السلوكي و الأسري،المكتب الجامعي الحديث،قطر.
- (44)- كمال وهبي و آخرون(1997): مقدمة في التحليل النفسي، دار الفكر العربي،بيروت، لبنان.
- (45)- لويس مليكة(1999) : العلاج السلوكي و تعديل السلوك،دار القلم للنشر و التوزيع.
- (46)- محمد عبد الطيب و آخرون،بس: الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة،سلسلة علم النفس المعاصرأبناؤنا و بناتنا،منشأة المعارف الإسكندرية، مصر.
- (47)- منصور حسن فكري(2002):التبول اللاإرادي"الأسباب و الجديد في العلاج"،دار الطلائع للنشر و التوزيع،القاهرة،مصر.
- (48)- منصور عبد الحق:الطفولة و المراهقة ،إصدارات مخبرالتربية و التنمية.
- (49)- منصور محمد جميل محمد يوسف(1981): قراءات في مشكلات الطفولة،الكتاب الجامعي.
- (50)- ميموني بدرة معتصم(2003): الإضطرابات النفسية عند الطفل و المراهق، ديوان المطبوعات الجامعية.
- (51)- محمد أحمد غالين،رجاء أبوعلام(1974): القلق و أمراض الجسم،دمشق،سوريا.
- (52)- مروان ،عبد المجيد إبراهيم(2000):أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية،الوراق للنشر،عمان.

المراجع باللغة الفرنسية:

- De Ajuriagurra ,J(1980) :manuel de psychiatrie de l'enfant, masson,Paris,2eme édition.
- De Ajuriagurra,J et Marcelli,D(1982) : psychopathologie de l'enfant,Masson,Paris.

- Bouchard,Ronald(1976) : **le pédiatre et le monde interieur de l'enfant**,Marabout ,Belgique.
- Duche,D.J(1972) : **L'énurésie**.3eme édition P.U.F,Paris.
- Jacque leveau :**Mon enfant apprend a etre propre**,éditiondu puits fleuri.
- Jean cottraux(2001) :**Les thérapies comportementales et cognitives**,Masson,3eme édition.
- Kreisler ; L :**énurésie** ,encyclopédie medico-chirurgicale,Pediatrie 4101G95.Paris.
- Mazet,PH et Houzel ,D(1979) : **psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**,Maloine,Paris.
- Michel,H et Jean Adolphe,R(1980) : **introduction a la psychologie de l'enfant** ,Pierre mardaga .
- Soule ;M et Soule ;N :**l'énurésie,étude clinique « diagnostic et thérapeutique** »éditions sociales française,Paris.

الرسائل الجامعية:

- جويده برحيل(2001): تعديل سلوك المتخلف العقلي عن طريق العلاج النفسي السلوكي،رسالة ماجستير.
- منصورى سميه(1999): الكفالة النفسية للطفل المتبول لإراديا بإستخدام العلاج السلوكي المعرفي، رسالة ماجستير.

الملاحق

ملحق رقم(01): - إستمارة معلومات لحالة تبول لاإرادي

من إعداد الدكتور فيصل الزراد

بيانات عامة عن الحالة(التبول):

الإسم كامل:

التاريخ:

الجنس(ذكر، أنثى):

العمر:(.....)السنة(.....)الشهر(.....)اليوم

منطقة و عنوان السكن: (.....)

رقم الهاتف إن وجد:

عنوان المدرسة أو المؤسسة التعليمية:

نتيجة التشخيص الطبي:

نظام المعالجة قبل التقدم للإستشارة النفسية:

مدة العلاج:

التحسن و الشفاء:

بيانات عن الأسرة:

الوالدان	العمر	مستوى التعليم	الأمراض و الإصابات	الحالة الإجتماعية(زواج، طلاق)
الأب				
الأم				

بيانات الإخوة (مرتبة حسب تسلسل ميلادهم):

الإخوة	العمر	العمل و المهنة	مستوى التعليم	الأمراض و الإصابات	ملاحظات

بيانات عن الأقارب:

الأقارب	العمر	العمل و المهنة	مستوى التعليم	الأمراض، الحالة الصحية	ملاحظات
الجد					
الجدة					
الأعمام					
الأخوال					

* دخل الأسرة و مصدر هذا الدخل.

* وضع السكن: (متسع، ضيق، صحي، غير صحي، قديم، حديث، ملك، أجرة)

* هل تتوفر في المسكن متطلبات الحياة الأساسية؟

* ماهي أهم المشكلات التي تعاني منها الأسرة (إقتصادية، إجتماعية، صحية، فكرية، نفسية....) ؟

* هل أصيب أحد أفراد الأسرة أو الأقارب بإضطرابات مثل (أمراض عقلية، إدمان، إنتحار....) ؟

بيانات عن الطفل المريض:

الحمل و الولادة:

- * عمر الأم عند ولادة طفلها.....
- * أمراض الأم السابقة (حصبة، جدري، سكر، ضغط الدم، زهري، أنفلونزا، صرع، نكاف، سل، ملابيا.....)
- * العقاقير التي تناولتها الأم في فترة الحمل.
- * غذاء الأم أثناء الحمل.
- * إتجاه الأم نحو الحمل (مرغوب، أم غير مرغوب فيه، صدفة، عن قصد) ؟
- * هل كان الحمل طبيعياً أو غير طبيعي؟
- * هل كان الحمل تحت إشراف طبي؟
- * هل الولادة كانت (طبيعية، قيصرية، عسرة، أو قبل الأوان) ؟
- * هل تعرضت الأم أو الطفل إلى مخاطر أثناء الولادة؟
- * هل تمت الولادة داخل مؤسسة صحية و تحت إشراف طبي؟

بيانات عن نمو الطفل:

- * الرضاعة: (عادية، إصطناعية، مدة الرضاعة)
- * الفطام: (عادياً، مبكراً، متأخراً، تدريجياً، مفاجئاً)
- * التسنين: متى بدأ ظهور الأسنان (في وقت عادي، مبكر، متأخر)
- * المشي: متى بدأ الطفل في مشيه (في وقت عادي، مبكر، متأخر)
- * اللغة: متى بدأ الطفل الكلام، هل يعاني الطفل من اضطرابات في نطقه و كلامه.
- * تغذية الطفل: (جيدة، ناقصة)
- * وجود عاهات أو إصابات جسمية لدى الطفل (عيوب جسمية واضحة)
- * الطول:

*الوزن:

*المظهر العام للطفل (نشاط و حيوية،إمتلاء،كسل و خمول.....)

*القدرة العقلية العامة(الذكاء) لدى الطفل

الوضع الدراسي و المدرسي للطفل:

- 1- مستوى الطفل التحصيلي الدراسي(متفوق، وسط، متخلف دراسيا)
- 2- الذهاب إلى المدرسة(منتظم، غير منتظم)
- 3- صعوبة في بعض المواد الدراسية (يذكر أسماء المواد)
- 4- الرسوب
- 5- الهروب من المدرسة:
- 6- التعاون مع زملاء في اللعب و العمل الجماعي داخل المدرسة
- 7- مشكلات سلوكية داخل المدرسة(ضرب زملاء، محاولة سرقة أدوات المدرسة، النوم داخل الفصل، إنطواء،خوف،خجل،سرعة الإنفعال، الكذب....)

بيانات حول عملية التبول:

- 1-متى بدأ الطفل بتبوله اللاإرادي؟
- 2- هل مر الطفل بفترة نطافة و متى؟
- 3- هل كانت حالة التبول مستمرة بعد ولادة الطفل و حتى الآن؟
- 4- هل التبول يحدث ليلا؟
- 5- هل التبول يحدث نهارا؟
- 6- هل التبول يحدث ليلا و نهارا؟
- 7- هل تصاحب أحيانا عملية التبول عملية تبول لا إرادي؟
- 8- هل كانت عملية التبول مفاجئة للأسرة و مزعجة لها؟
- 9-هل توجد أوقات أو مواقف معينة يغلب على الطفل أن يتبول فيها لاإراديا؟
- 10- هل عملية التبول تحدث على فترات متباعدة ، و متى؟
- 11- هل عملية التبول ليلا يصاحبها أحيانا نوم عميق لدى الطفل؟
- 12- هل تحدث عملية التبول ليلا و الطفل في حالة يقظة ووعي لما يدور حوله ؟
- 13- هل يميل الطفل إلى حجز بوله أكثر من اللازم؟
- 14- هل يميل الطفل إلى العبث ببوله بعد أو أثناء تبوله؟

- 15- هل قامت الأم بتدريب طفلها على عملية التبول، و كيف؟
- 16- هل كان تدريب الأم طبيعياً، أم قسرياً، مع الضرب و التهديد و التخويف؟
- 17- متى بدأت الأم تدريب طفلها (بصورة متأخرة، مبكرة، طبيعية) ؟
- 18- هل كانت المرافق اللازمة لتبول الطفل متوفرة، مثل الإضاءة ، و قرب المكان.....) ؟
- 19- هل أعطت الأم أهمية كبرى لمشكلة التبول لدى طفلها، و أفرطت في التشجيع؟
- 20- هل أهملت الأم تدريب طفلها، و لم تحاول مساعدته في ذلك؟
- 21- ماهي ردود فعل الأسرة و الأبوين تجاه مشكلة التبول لدى الطفل (كراهية، نبذ، رفض، فهم، مساعدة، لامبالاة، تسامح، تقبل) ؟

بيانات حول الأمراض المصاحبة لعملية التبول:

- 1- هل الطفل يعاني من الأرق و الإضطرابات في نومه؟
- 2- هل ينام نوماً عميقاً؟
- 3- هل ينام وحيداً في فراشه، أو في غرفته؟
- 4- هل يرى أحلاماً مزعجة أو تتنابه كوابيس مرعبة، و ماهي موضوعات هذه الأحلام و الكوابيس؟
- 5- هل يعاني من إضطراب في طعامه مثل: (فقدان الشهية، الميل إلى شرب السوائل، الإكثار من الحلويات، و الموالح.... و خاصة قبل النوم) ؟
- 6- هل يعاني الطفل من إضطراب في كلامه (لججة، تردد في النطق، تهتهة...)?
- 7- المحصول اللغوي لدى الطفل و قدرته على الحديث و التعبير عن مشكلته؟
- 8- هل يبدو أن سلوك الطفل و نضجه أقل من عمره؟
- 9- هل يعاني الطفل من إضطرابات نفسية سلوكية مثل:
- * محاولة الإعتداء و تدمير الأشياء .
 - * العزلة و الإنطواء.
 - * الشعور بالكسل و الخمول و الإجهاد.
 - * كثرة الحركة و الإثارة، و الهياج.
 - * محاولة الكذب.
 - * محاولة السرقة.
 - * محاولة هروب من المنزل أو المدرسة.

- * قضم الأظافر.
- * مص الأصابع.
- * أعراض سلوك الإستمناء (العبث بالأعضاء التناسلية).
- * العناد و التمرد و المعارضة.
- * الغيرة.
- * الخجل و الحياء.
- * الخوف (من الكلام، من الحيوان، من الأب، من العقوبة، فقدان الأم، من القصص المرعبة.....)
- * البكاء.
- * الشعور بالنقص و فقدان السند.

بيانات حول علاج الحالة:

- 1- ماهو العلاج الذي قدم للطفل:
- أ- علاج تقليدي (حشائش و أعشاب و مركبات كيميائية)
- ب- علاج طبي بواسطة الأدوية .
- ج- العلاج الجراحي.
- د- العلاج بالوخز بالإبر الصينية.
- هـ- العلاج النفسي البيئي.
- 2- لم يقدم للطفل علاج منظم ؟
- 3- مدى تعاون الطفل صاحب المشكلة مع الأسرة و الأخصائي في تطبيق تعليمات العلاج.
- 4- كم كانت مدة العلاج ؟
- 5- مستوى التحسن والشفاء
- 6- هل وضعت خطة لتتبع الحالة بعد العلاج خشية الإنتكاس؟
- 7- هل دونت الأم او الأسرة بعض الملاحظات عن تطور العملية العلاجية.

ملاحظات	ليالي مبلة	ليالي نظيفة	الأيام و الأسابيع
			1
			2
			3
			4
			5
			6

ملحق رقم (02):

جدول الملاحظة المنظمة

1- المظهر الخارجي:

- لا توجد مشكلة ظاهرة.
- مظهر غير إعتيادي.

اللون

- إعتيادي
- يبدو عليه الإصفرار.

نمط الملابس

- مناسب
- غير مناسب
- غير إعتيادي

الوضعية الجسمية:

- نظيف
- غير نظيف

2- السلوك الظاهر:

أ- مستوى النشاط البدني

- لا توجد مشكلة
- هادئ
- يجلس في الكرسي في الوقت المناسب
- يتجول في الغرفة بشكل غير مناسب
- يصدر أصوات غير ملائمة
- صوت عالي

- يتنفس بصوت عالي
- يتنفس بصوت عالي
- يبكي بسهولة
- يحطم الممتلكات

ب- السلوك التعبيري:

- لا توجد مشكلة
- تعبير حزين
- تعبير خوف
- يبتسم
- يتميز بنقص الإبتسام
- لآزمات بدنية
- مآوثر
- آرآار

ج- الإآصال بالعين:

- إآصال جيد
- إآصال سيء

3- الإشارات و الحركات التي يستخدمها الطفل:

- إشارات إيجابية
- إشارات سلبية
- مص الأصابع
- يقرض شفآيه أو أصابعه
- يلمس شفآيه
- يقضم أظافره
- يلوي شعره
- يضحك بدون مناسبة

4- الطلاقة اللفظية:

- لا توجد مشكلة
- مشكلات الكلام
- تأناة
- كلام طفلي
- يتكلم بصوت عالي
- يتكلم بصوت منخفض
- صوت إعتيادي

5- التفاعل مع الكبار) مع المختصة النفسية و مع أهله)

- لا توجد مشكلة
- يحترم الكبار
- عنيف معهم
- عصبي
- متعاون
- يستجيب
- عدواني
- هادئ
- لطيف
- خجول

6- طريقة الإستجابة للمقاييس:

- لا توجد مشكلة
- منتبه
- هادئ
- يعمل جيدا
- لا يعتني بالعمل
- يحاول و يبذل محاولات جيدة
- يحلق في الغرفة
- يترك العمل
- لا يستطيع أن يتابع التوجيهات

الملحق رقم (03):

نتائج المراقبة الذاتية لحالات الدراسة

الفصل السادس

عرض الحالات ومناقشة النتائج

الفصل السادس: عرض الحالات و مناقشة النتائج

تمهيد

أ. عرض الحالات

الحالة رقم 1

أولاً- تقرير المقابلة نصف الموجهة

ثانياً- تحليل محتوى الجلسة

ثالثاً- استنتاج عام عن الحالة

الحالة رقم 2

أولاً- تقرير المقابلة نصف الموجهة

ثانياً- تحليل محتوى الجلسة

ثالثاً- استنتاج عام عن الحالة

الحالة رقم 3

أولاً- تقرير المقابلة نصف الموجهة

ثانياً- تحليل محتوى الجلسة

ثالثاً- استنتاج عام عن الحالة

الحالة رقم 4

أولاً- تقرير المقابلة نصف الموجهة

ثانياً- تحليل محتوى الجلسة

ثالثاً- استنتاج عام عن الحالة

الحالة رقم 5

أولاً- تقرير المقابلة نصف الموجهة

ثانياً- تحليل محتوى الجلسة

ثالثاً- استنتاج عام عن الحالة

الحالة رقم 6

أولاً- تقرير المقابلة نصف الموجهة

ثانياً- تحليل محتوى الجلسة

ثالثاً- استنتاج عام عن الحالة

أ. تحليل ومناقشة النتائج

عرض النتائج الختامية

الاقتراحات والتوصيات ذات صلة بالموضوع

خلاصة.

الفصل السادس:

عرض الحالات ومناقشة النتائج

تمهيد:

بعد أن حددنا في الفصل السابق الإجراءات المنهجية المتبعة، في هذه الدراسة سوف نقوم فيما يلي بعرض وتحليل نتائج حالات الأطفال المتبولين وظيفيا وذلك استنادا إلى نتائج المقابلة العيادية نصف الموجهة ونتائج المراقبة الذاتية.

1- عرض وتحليل نتائج حالات الأطفال المتبولين وظيفياً:

أ- عرض الحالات:

الحالة رقم 1:

البيانات الأولية:

الاسم: (ف)	الوزن: 29 كلغ.
اللقب: (د)	الطول: 1م 17سم.
الجنس: أنثى.	المستوى الدراسي: الرابعة ابتدائي.
العمر: 08 سنوات.	عنوان المدرسة: ملياتي جيلالي
الترتيب الميلادي بين الإخوة: الأولى	التحصيل الدراسي: حسن.

السوابق الشخصية:

ظروف الحمل والولادة: طبيعية	حوادث الأم أثناء الولادة: لا توجد
الحالة الصحية للأم أثناء الحمل: عادية	الرضاعة والفظام: ببلوغ الحالة (ف) سنتين وشهرين تقريبا

السوابق العائلية:

الأم	الأب
العمر: 30 سنة المستوى التعليمي: بكالوريا المهنة: مأكثة في البيت، ولكنها تمارس الخياطة في بعض الأحيان.	العمر: 34 سنة المستوى التعليمي: ليسانس أدب عربي المهنة: أستاذ بالتعليم المتوسط

نوع السكن: متوسط، ضيق نوعاً ما.
المستوى الاقتصادي للأسرة: متوسط.
الوضع النفسي للأسرة: عادي.

السوابق الأسرية مع الاضطراب (التبول اللاإرادي):
لم يعان الأب والأم من الاضطراب في مرحلة الطفولة.

العلاقات الاجتماعية:

- **العلاقة بالجيران والأصدقاء:** علاقة الحالة (ف) بأصدقائها حسنة، ما عدا بعض الخلافات البسيطة التي تحدث بين الأطفال.
- **العلاقة بالأقارب:** حسنة.
- **الحياة المدرسية:** تجد الحالة صعوبة في كل من الرياضيات واللغة الأجنبية.

العلاقات الأسرية:

- **العلاقة مع الإخوة:** تصف الأم علاقة الحالة (ف) بأختها الصغرى بالسيئة نوعاً ما حيث أنها تغار منها كثيراً، وقد وصلت بها الحالة إلى ضربها وعضها رغم صغر سنها.
- **العلاقة مع الأب:** تقول الأم أن الحالة (ف) مقربة جداً من أبيها وتحبه كثيراً.
- **العلاقة مع الأم:** تصفها الأم بالحسنة، لكنها اعترفت أنها تهاونت مع الحالة (ف) بعد ميلاد أختها الصغرى فقد كانت مريضة في الأشهر الأولى فكان من الضروري الاهتمام بها أكثر، وأنها أحضرت أختها، أي خالة الحالة (ف) للاعتناء بها وبمطالبها في تلك الفترة، كما ذكرت أم الحالة (ف) أنها تظن بأن ذلك التهاون هو الذي ولد مشاعر الغيرة لدى الحالة، والشعور بأن المولود أخذ مكانها.

المشكلات السلوكية للحالة (ف): التبول الليلي.

الصحة العضوية للحالة (ف):

تمّ التأكد من سلامة الحالة من الناحية العضوية بعد الاطلاع على التحاليل الطبية التي طلبنا من الأم إجرائها في المقابلات السابقة معها.

التعرف على الظروف التي ظهر فيها التبول:

تقول الأم أن ابنتها كانت قد اكتسبت النظافة عندما بلغت من العمر السنتين والنصف، حيث سعت الأم على تدريبها بطريقة لينة على ذلك، وبعد بلوغ "الحالة" عمر الست سنوات، أنجبت الأم البنت الثانية، مما أشعر "الحالة" بالغيرة الشديدة حيث أنها كانت الطفلة الوحيدة بالأسرة، وكانت مدللة من طرفهم. تقول الأم أن "الحالة" كانت تصارحها بعبارات كثيرة تدل على غيرتها من أختها الصغرى، كقولها: (صايي أنا قاع نسيوني، قاع ماراكوش تحوسوا علي، أنا لي نقرا في المدرسة ماراكوش تعاونوني وهي تقعدوا غي معاها، هديك بنتك وانا لا)، وبعد أسبوعين ونصف تقريبا من ميلاد الأخت الصغرى أصبحت "الحالة" تبلل فراشها في الليل، تقول الأم أنها تعاملت مع "الحالة" في الآونة الأولى بقسوة، فقد عاقبتها وضربتها عدت مرات، وحاولت علاج المشكلة بعلاجات تقليدية نصحت بها من قبل الجيران، ولكن عندما رأت أن المشكلة استمرت لمدة طويلة أخذتها إلى المعاينة الطبية التي فحصتها وأكدت أنها لا تعاني من أية مشاكل عضوية ولهذا تقدمت إلى المعالجة النفسية.

نوع التبول: ثانوي ليلي.

تواتره في الأسبوع: يوميا.

تقديم الحالة:

- طفلة طويلة القامة.
- بشرة سمراء.
- هندام نظيف، مع وجود تناسق في الألوان.

وصف السلوك الراهن للحالة:

- الخجل.
- اتصال سهل، حيث أن التعبير عن المشكلة كان بسهولة وبوضوح.
-

● ملخص الجلسة الأولى: 26 نوفمبر 2013، مدتها 45 دقيقة.

فيها تمّ أول لقاء بالحالة، دخلت "الحالة" إلى المكتب، حاولت الباحثة خلق جو مريح حتى تشعر بالارتياح والطمأنينة، ثم طرحت عليها الأسئلة الخاصة بالاسم، اللقب، السن، المستوى الدراسي، التحصيل الدراسي، المدرسة التي تنتمي إليها، عدد إخوتها والعلاقة التي تسود بينهم.

بعد جمع البيانات الخاصة بالحالة، قدمت الباحثة نفسها وشرحت طبيعة عملها بشكل مبسط، وبيّنت "للحالة" أن دورها الأساسي يتمثل في مساعدتها على الحد من مشكلة التبول الوظيفي لديها، كما أكدت الباحثة على مبدأ السرية لكسب ثقة الحالة.

في نهاية الحصة أعطت الباحثة جدول تدوين الأيام الجافة والمبللة لمعرفة تواتر التبول في الأسبوع، وشرحت للأم والطفل كيفية ملئه والقيام بالتسجيلات عليه.

تحليل محتوى الجلسة الأولى:

من خلال الجلسة الأولى مع "الحالة" وبمرافقة الأم تبين أنها عاشت طفولة عادية من الناحية المعرفية، الانفعالية، والاجتماعية، وأنها لا تشكو من أية أمراض، وأن السبب في مشكلة التبول لديها لا يمكن وراءه أي سبب عضوي، وأن سببه نفسي راجع إلى مشاعر الغيرة التي تكنها "الحالة" اتجاه أختها الصغرى، والذي تبين من أقوال "الحالة" لأُمها: (صايي أنا قاع تسييتوني ماراكوش قاع تحوسوا علي، أنا اللي نقرا في المدرسة ماراكوش تعاونوني وهي تقعدو غي معاها، هي بنتكم وأنا لا؟)، كما يتفق هذا مع ما أثبتته بعض الدراسات التي تناولت أثر العوامل النفسية في عملية التبول وتطرقت لعامل الغيرة كدراسة (الزراد، للاف، 1984)، و دراسة (الزراد، 1989).

ومنه نستنتج ومن هذه الجلسة أن "الحالة" تعاني من مشكلة : التبول الوظيفي.

● ملخص الجلسة الثانية: 03 ديسمبر 2013، مدتها 60 دقيقة.

تمّ فيها تدعيم الأهداف السابقة المتمثلة في بناء علاقة علاجية مبنية على التقبل والثقة، ثم قامت الباحثة بالاطلاع على التسجيلات التقييمية التي قامت بها الحالة (ف) فيما يخص الليالي الجافة والمبللة للأسبوع الذي مضى.

بعد اطلاع الباحثة على التسجيلات التي تكشف على تواتر التبول للحالة (ف) بمشاكلتها، قدّمت شروح تفصيلية بسيطة حول مشكلة التبول وكيفية حدوثها وجسديتها في صورة توضح عمل الكلى وطريقة امتلاء المثانة، استمعت الحالة (ف) بالشرح وشاركت الباحثة بأسئلة حول الموضوع حتى توضحت الأمور بالنسبة لها، ثم قامت الباحثة بالتأكيد على ضرورة التدخل السيكولوجي وطلبت من الأم والحالة (ف)

الالتزام بمواعيد الاستشارة النفسية، وأكدت أن نجاح العلاج يعتمد عليهما والباحثة موجودة للمساعدة فقط. أكدت الحالة (ف) بعد ذلك أنها تريد التخلص من المشكلة وأن هذا يزعجها كثيراً في عبارتها التالية: (أنا نولي نجي كل ثلاثاء، المهم نبرا وما

نزيدش نبول على روي، راني خايقة إلاتصرالي فالنهار في الكوليج ونتحشم حدى صحاباتي، وما رانيش باغية أختي تولي تعيب عليا، أنا الكبيرة مشي هيا).

بعد تصريحات الحالة (ف)، قامت الباحثة بتحسيسها أنها مسؤولة عن أختها، وأن أختها تحبها كثيرا، كما طلبت الباحثة من الأم أن تطلب من الحالة (ف) مساعدتها في التكفل بأختها في أمور بسيطة، والإنصاف بينهما، وتخصيص وقت للحالة (ف) وعدم إشعارها بأنها مهملة بعد ميلاد أختها.

كما قامت الباحثة بتقديم دفتر المراقبة الذاتية للحالة (ف) وقدمت شرح مفصل حول كل ما هو مدون فيه من أهمية الغذاء، الحماية المنصوح بها للأطفال الذين يعانون من التبول الليلي، ونصائح حول كيفية تناول السوائل في اليوم، وشرح الجداول المتعلقة بتنظيم شرب السوائل، وجدول تدوين الليالي المبللة والجافة.

كما تمت مناقشة الأشياء التي تحبها الحالة (ف) لاستخدامها كمعززات أثناء العلاج، تركنا الأم تتحقق مع ابنتها عن المعزز الذي يمكنها أن توفره لها إذا حافظت على نظافتها.

تحليل محتوى الجلسة الثانية:

تبين من خلال الجلسة الثانية مع "الحالة" أنها تشعر بالخجل و الخوف اتجاه مشكلة التبول لديها وأنها ترغب في العلاج للتخلص منها، من عبارتها التالية: (أنا نولي نجي كل ثلاثاء المهم نبرا وما نزيدش نبول على روي، راني خايقة ألا تصرالي في النهار في الكوليج، ونتحشم حدى صحاباتي)، كما اتضحت مشاعر الغيرة من الأخت الصغرى في هذه الجلسة أيضا، ورغبة "الحالة" في الظهور في أحسن صورة أمام أختها لكي لا تتعرض للسخرية من قبلها لأن هذا يزعجها كثيرا في عباراتها: (مارانيش باغية أختي تولي تعيب عليا، أنا الكبيرة مشي هيا)، من خلال هذه الجلسة تمكنا من التعرف على توقعات الحالة (ف) فيما يخص العلاج والنتائج حيث أنها عبرت عن تنبؤاتها: (المهم نبرا وما نزيدش نبول علا روي)، التي تعكس مدى إرادتها ورغبتها في المساهمة في العلاج.

● ملخص الجلسة الثالثة: 10 ديسمبر 2013، مدتها 40 دقيقة.

في هذه الجلسة تم الاطلاع على النتائج التي حصلت عليها الحالة (ف) في تقنية المراقبة الذاتية فيما يخص الجدولين المقدمين في الدفتر، جدول لتنظيم أوقات شرب الماء خلال اليوم، و جدول لتدوين الأيام الجافة والمبللة، بعد الاطلاع على النتائج قامت

الباحثة بتعزيز التحسن الذي آلت إليه الحالة (ف) واستعملت الباحثة أيضا الإيحاء الكلامي، والنمذجة الرمزية لحالات مثلها تمكنا من اكتساب النظافة، كما

قامت الباحثة أيضا بالتأكد من تعزيز الأم لنتائج إبتها سواءا ايجابيا في الأيام الجافة، أو سلبيا في الأيام المبللة، وتشجيعها لها، كما تأكدت من تغيير الأم لأسلوبها في التعامل مع الحالة (ف) في الأيام التي تتبول فيها. و أكدت الباحثة على أهمية المراقبة الذاتية والصدق فيها.

أبدت الحالة (ف) حماسها فيما يخص العلاج في عبارتها : (راني نشرب الماء كيما وصيتيني، وقاع الصوالح لي قولتيلي ما نكلهمش، ما رانيش ناكلهم، طالعت على الدفتر وتعلمت صوالح بزاف)، (وأنا وحدي رسملتك الشمس والغيمة في الدفتر شابين ياك؟؟).

شجعت الباحثة الحالة (ف) على الاستمرار في الآليات العلاجية المتفق عليها في الجلسات السابقة، وضرورة الالتزام بمواعيد شرب الماء وضرورة التدوين في الجداول.

تحليل محتوى الجلسة الثالثة:

من خلال هذه الجلسة يتبين أن الحالة (ف) تتبع الخطوات العلاجية المتفق عليها وتعمل بنصائح الباحثة المقدمة عليها كما تبين أيضا أن الأم تقوم بدورها كوكالة علاجية وتتبع الخطوات العلاجية المنشودة. وهذا ما ساهم في تدني تواتر التبول من 07 أيام في الأسبوع إلى 05 أيام خلال الأسبوع الثاني والثالث من العلاج.

• ملخص الجلسة الرابعة: 24 ديسمبر 2013، مدتها 40 دقيقة.

قامت الباحثة في هذه الجلسة أيضا بالاطلاع على النتائج التي حصلت عليها الحالة (ف) في المراقبة الذاتية، وشجعت تحسن الحالة (ف) باستعمال التعزيز المعنوي، كما استعملت الباحثة أيضا الحث الكلامي لجعل الحالة (ف) تستمر في المجهودات التي قامت بها في الأسابيع المنصرمة.

وطلبت من الأم والحالة الانتقال إلى تعليمة أخرى من العلاج المتمثلة في استعمال المنبه، والاستيقاظ التام للذهاب إلى الحمام في الساعة الواحدة والخامسة بعد منتصف الليل.

سألت الباحثة رأي الحالة (ف) عن التعليمة بقولها: (شا رأيك حول هاذ الخطوة في العلاج، زعما غادي تقدي تنوضي ولا لا؟؟)، فأجابت الحالة (ف): (نوض نوض، ما تخافيش ما تخافيش بصح ليق ماما تجي تنوضني، أنا ما نفطنش وحدي) فأجابت الأم

(Bien-sur ، نوضها وندير Le reveil ، ونوضها ان شاء الله)، فقالت الباحثة: (لازم عليك تكوني فاطنة غاية مين تروحي للحمام)، فوافقت الحالة وأكدت على استيقاظها.

تحليل محتوى الجلسة الرابعة:

تبين من خلال هذه الجلسة أن كل من الأم والحالة (ف) تقومان بالخطوات العلاجية المطالبين بها من طرف الباحثة وهذا ما ساهم في تحسن الحالة وتدني تواتر التبول إلى 03 أيام في الأسبوع الرابع والى 04 أيام في الأسبوع الخامس من العلاج.

كما تبينت إرادة الحالة (ف) من خلال تقبلها للاستيقاظ أثناء الليل بهدف الحدّ من التبول لديها.

• ملخص الجلسة الخامسة: 07 جانفي 2014، مدتها 40 دقيقة.

تمّ الإطلاع في بداية الجلسة على النتائج التي حصلت عليها الحالة (ف)، كما تمّ تقييمها، حيث تمكنت الحالة من الحفاظ على النظافة التامة لمدة أسبوعين كاملين (السادس و السابع من العلاج) ، وأبدت الباحثة سعادتها للحالة (ف) وشجعته، كما سألتها عن شعورها حيال نجاحها في اكتساب النظافة فأجابت : (راني فرحانة بروحي بزاف، وماما وبابا تاني فرحوا بي بزاف وداوني للملاهي، وزدنا كلينا برا) فقالت الباحثة : (إذا كافؤوك على نجاحك)، فقالت الحالة (ف): (نعم)، أكدت الباحثة للحالة أنها من الممكن أن تدوم فترة النظافة إذا عازمت هي على ذلك واتبعت التعليمات والإرشادات المتفق عليها في الجلسات السابقة، كما بينت لها أنه ليس بالأمر الصعب. كما سألت الباحثة (ف) عن طبيعة علاقتها مع أختها الصغرى في الوقت الحالي فقالت: (رانا غاية، راني نعاون ماما فيها، نغيلها باش ترقد، نعطيها ترضع نجيب les couches لماما)، فأيدت الأم إجابات الحالة (ف) وقالت: (ها وابنتي كبيرة، تعاوني في أختها وتسمع للهدرة) فشجعت الباحثة الأم على تحسين علاقة "الحالة" بأختها الصغرى.

كما تطرقت الباحثة إلى الاتفاق على ماهية التعزيز بعد الشفاء وآلية تقديمه للحالة (ف)، كما أكدت على ضرورة مواصلة التسجيل وبينت أهمية المراقبة الذاتية لمدة شهر آخر بهدف مراقبة الحالة (ف) والكشف عن الانتكاس إذا حدث، كما شرحت الباحثة للأم أنه في حالة حدوث الانتكاس يجب الحفاظ على الهدوء، ودعم الحالة (ف) وتشجيعها أكثر.

تحليل محتوى الجلسة الخامسة:

من خلال هذه الجلسة تبين أن تقدير الحالة (ف) لذاتها قد زاد بعد تمكنها من اكتساب النظافة لمدة أسبوعين متتاليين كما ازدادت ثقتها بنفسها وهذا ظاهر في عبارتها: (راني فرحانة بروحي بزاف).

لا ننسى أن نذكر أن تحسّن الحالة (ف) راجع أيضا إلى تحسن العلاقة التي تسود بينها وبين أختها الصغرى، وحسن معاملة الأم لها وتفهمها لها .

أما فيما يخص تنبؤ الباحثة فهو ايجابي، فيما يخص فترة المتابعة وهذا لما ينبعث من الحالة (ف) من رغبة وإرادة في العلاج.

• ملخص الجلسة السادسة: 07 فيفري 2014، مدتها 40 د

جاءت الحالة (ف) إلى المكتب، وكانت ملامح الفرحة ظاهرة على وجهها، استقبلتها الباحثة بكل مودة، وسألته عن أحوالها ثم عن تمسكها بالنصائح والإرشادات التي أعطتها إياها، كما قامت الباحثة بالاطلاع على التسجيلات التي دونتها الحالة (ف) في الجدول الخاص بفترة المتابعة وكانت النتيجة أن الحالة (ف) تمكنت من الحفاظ على نظافتها لمدة شهر كامل، سألت الباحثة الأم عن تقييمها لتحسن الحالة (ف) فقالت: (الحمد لله، مازادتش قاع بالت على روحها، و **même** أنا ماراهاش تسحقتي باش نعاونها، راهي زعما تاكلا على روحها)، ثم سألت الباحثة الحالة (ف) عن تقييمها لتحسنها فأجابت: (راني غاية ما رانيش نبول على روعي، راني فرحانة، وماما ثاني، راهم مقلشيني، ماما طيبيتلي البوراك مين ما بلتش على روعي)، أجابت الباحثة : (مليح باينة تبغيه)، فأجابت الحالة (ف) : (واه بزاف)، شجعت الباحثة الأم والحالة (ف) على مواصلة مجهوداتهم، وطلبت من الأم إعادة اللجوء إليها في حالة حدوث أية انتكاس الحالة (ف).

تحليل محتوى الجلسة السادسة:

تعزيز مجهودات الحالة (ف) من قبل الأم، والتزامها بمواعيد تناولها السوائل وإتباعها للنصائح والإرشادات المقدمة لها من قبل الباحثة جعلها تتمكن من اكتساب النظافة من جديد والتخلص من مشكلة التبول لديها في الوقت الراهن.

- استنتاج عام عن الحالة (ف):

هي حالة طفلة في عمر الثامنة، كانت تتبول في كل ليلة تقريبا، بدأت أعراض التبول لديها وهي بعمر الست سنوات، أي بعد أن قطعت مرحلة طويلة في ضبط نفسها، وكان

ذلك أسبوعين بعد ميلاد أختها الصغرى، وبدراسة الحالة وجد الأطباء أن الحالة الصحية لهذه الطفلة جيدة، وأن جسمها سليم من جميع الأسباب العضوية التي يحتمل أن تؤدي إلى التبول، ولهذا تمّ التكفل بها من الناحية النفسية حيث أحييت إلى الباحثة التي حاولت أن تعرفها بالمشكلة التي تعاني منها وبأهمية التدخل السيكولوجي كما حاولت الباحثة الحصول على تعاون الأم من أجل المساواة في المعاملة بين "الحالة" وأختها الصغرى، ومن أجل تكوين عادة الاستيقاظ لديها والعمل على تحسين مركز الطفلة داخل محيطها، والوصول إلى شعور الحالة (ف) بحب الأم وتقديرها لها، كما أكدت الباحثة على ضرورة تعزيز مجهوداتها في حالة عدم التبول.

التزام الأم والحالة (ف) بالخطوات العلاجية ساهم في تحسن الحالة واكتسابها النظافة حتى في فترة المتابعة.

الحالة رقم 2:
البيانات الأولية:

الاسم: (ج)	الوزن: 30 كلغ.
اللقب: (ب)	الطول: 1م 20سم.
الجنس: أنثى.	المستوى الدراسي: الخامسة ابتدائي.
العمر: 09 سنوات.	عنوان المدرسة: يغمراسن.
الترتيب الميلادي بين الإخوة: الثانية	التحصيل الدراسي: جيد.

السوابق الشخصية:

ظروف الحمل والولادة: طبيعية	حوادث الأم أثناء الولادة : لا توجد
الحالة الصحية للأم أثناء الحمل: جيدة ما عدا الأشهر الأولى من الحمل	الرضاعة والفظام: الرضاعة الطبيعية كانت خلال العام الأول، ثم انتقلت الأم للرضاعة الاصطناعية لعدم توفيرها الحليب اللازم لابنتها

السوابق العائلية:

الأب	الأم
العمر: 44 سنة المستوى التعليمي: بكالوريا المهنة: موظف عمومي	العمر: 33 سنة المستوى التعليمي: 06 ابتدائي المهنة: مأكثة في البيت، ولكنها تصنع وتبيع الحلويات.

نوع السكن: ضيق، شقة من غرفتين فقط.
المستوى الاقتصادي للأسرة: متوسط.
الوضع النفسي للأسرة: لا بأس به.

السوابق الأسرية مع الاضطراب (التبول اللاإرادي):
لم يعان الأب والأم من الاضطراب في مرحلة الطفولة.

العلاقات الاجتماعية:

- العلاقة بالجيران والأصدقاء: تقول الأم عن الحالة (ج) أنها طفلة خجولة، هادئة، ليس لها الكثير من الصداقات.
- العلاقة بالأقارب: حسنة.

- الحياة المدرسية: تعاني الحالة (ج) بعض الصعوبات في مادة التربية المدنية فقط، ولا تعاني من أية مشاكل مع الأصدقاء، لكنها لا تحب أستاذها الجديد.
- العلاقات الأسرية:

- العلاقة مع الإخوة: للحالة (ج) أخت كبرى تبلغ من العمر 11 سنة، وتصف الأم علاقتها بأختها بالحسنة ما عدا بعض الخلافات والمشاجرات العادية.
- العلاقة مع الأب: تصرح الأم أن الأب غائب في بعض الأحيان بسبب عمله، لكن علاقته بابنته حسنة.

- العلاقة مع الأم: تصفها الأم بالطبيعية، وبأنها تظهر لها الحب والاهتمام، تساعدنا في دراستها، تفعل ما بوسعها لتوفير طلباتها حيث صرحت أنها أصبحت تصنع الحلوى بدافع تحسين دخل الأسرة وتوفير حاجيات ابنتها.

المشكلات السلوكية للحالة (ج): التبول اللاإرادي.

الصحة العضوية للحالة (ج):

أثبتت نتائج الفحوصات والتحليل الطبية أن الحالة (ج) لا تعاني من أية مشاكل عضوية تؤدي إلى التبول.

التعرف على الظروف التي ظهر فيها التبول:

تقول الأم أن ابنتها اكتسبت النظافة بدون عناء، عندما بلغت من العمر 03 سنوات حيث صرحت الأم بعباراتها: (قاع ما غبنتيشش قلعتها Les couches بكري، راني عاقلة في الصيف وليت نعلمها بشوية، نقلعها les couches ونفهمها بلي مين تبغي تروح les toilettes تقولي، وكنت نشجعه ونفرح بيها مين دير Pipi فل Po) كما أكدت الأم أن الحالة (ج) لم يسبق لها أن تبولت من قبل في الليل إلا جراء هذه السنة، فسألت الباحثة الأم عن الشيء الجديد الذي حدث في هذه السنة، أو عن مرض قد أصاب الحالة، فأجابت الأم أنها لا ترى أي سبب لتبول الحالة (ج) وأنه لم يحدث أي شيء للحالة (ج) قد يؤثر سلبا عليها.

نوع التبول: ثانوي ليلي.

تواتره في الأسبوع: 05 أيام في الأسبوع تقريباً.

تقديم الحالة:

- طفلة متوسطة القامة.
- بشرة بيضاء.
- هندام نظيف، مع وجود تناسق في الألوان.

وصف السلوك الراهن للحالة:

- الحالة (ج) هادئة، خجولة نوعاً ما.
- اتصال شبه سهل.

● ملخص الجلسة الأولى: 17 ديسمبر 2013، مدتها ساعة.

تمّ في هذه الجلسة لقاء الحالة (ج) للمرة الأولى، دخلت إلى المكتب وهي خجولة جداً، قليلة الكلام، حاولت الباحثة خلق جو مريح حتى تشعر الحالة (ج) بالطمأنينة، ثم طرحت الباحثة على الحالة مجموعة من الأسئلة الخاصة كالاسم، اللقب، السن، تحصيلها ومستواها الدراسي، المدرسة التي تنتمي إليها، عدد إخوتها ونوع العلاقة التي تجمعها بهم.

بعد جمع البيانات الأولية الخاصة بالحالة (ج)، قدمت الباحثة نفسها وشرحت طبيعة عملها بشكل مبسط، وبينت للحالة (ج) أن دورها الأساسي يتمثل بمساعدتها على حل

مشكلتها (التبول اللاإرادي الليلي)، كما أكدت الباحثة على مبدأ السرية لزيادة ثقة الحالة (ج) بها، وزيادة ارتياحها أثناء التحدث عن مشكلتها.

حاولت الباحثة فهم أسباب انتكاس الحالة، فتطرقت إلى حياتها الاجتماعية، فلم تجد فيها أية مشاكل تذكر، ثم إلى حياتها المدرسية، فعندما سألت الباحثة الحالة (ج) عنها أجابت أنها لا تحب أستاذها الجديد.

حاولت الباحثة فهم سبب سوء علاقة الحالة مع أستاذها الجديد، فتبين أن الحالة (ج) درست عند نفس المعلمة منذ السنة الثانية ابتدائي، كانت تحبها كثيراً وتهتم لأمرها حيث أن الحالة (ج) كانت ذكية ومؤدبة في القسم، لكن الأستاذة اضطرت إلى تغيير المؤسسة التعليمية بعد رحيلها، تألمت الحالة (ج) وبكت كثيراً عند رحيل معلمتها التي كانت تعتبرها بمثابة أمها الثانية. ولهذا لم تتقبل أن يأخذ مكانها شخص آخر وصرّحت على ذلك في العبارات التالية: (أنا كنت نبغي معلمتي بزاف ومين نروح للدار نتوحشها، وكنت نفرح مين نروح للمدرسة باش نشوفها، وكنت ندير كل يوم واجباتي باش ما تزعفش عليّ، بصح دروك الكرهة، قاع ما راهيش عاجبتي الحالة، كون دارولنا معلمة وحدّخر بالاك، بصح معلم قاع معجبتيش الدعوة، حتى المدرسة وكرهتها)، حاولت الباحثة أن تهدئ من روع الحالة (ج) كما سألتها: (هل كنت تحبين معلمتك الأولى من اللحظة التي رأيتها فيها؟)، فأجابت الحالة (ج): (لا بصح من بعد عجبتي تفهم غاية، تيغيني وقاع)، فسألته الباحثة: (راكي تفهمي عند الأستاذ الجديد)، فأجابت الحالة: (نعم، وبصح مشي كيف كيف)، فطلبت الباحثة من الحالة أن تعطي للأستاذ فرصته أيضا كما أعطتها للمعلمة التي سبقته، ومع الوقت ستحبه بالتأكيد، وسيحبها هو أيضا لما تتمتع به من أخلاق وعلم فأجابت الحالة: (دروك نسيي بصح باينة مشي كيما معلمتي)، ذكرت الباحثة الحالة (ج) أن هذه السنة ستكون السنة الأخيرة لها في المدرسة وحتى لو بقيت معلمتها، كانت ستنتقل لطور جديد وتلتقي بأساتذة جدد، وأن عليها التركيز في دراستها لنيل امتحانها بتفوق، فأظهرت الحالة (ج) اقتناعها بكلام الباحثة وأكدت على أنها ستبدل كل ما بوسعها.

تطرقت الباحثة في الأخير لمشكلة التبول لديها وأعطتها جدول لتدوين الأيام الجافة والمبللة للأسبوع.

تحليل محتوى الجلسة الأولى مع الحالة (ج):

من خلال الجلسة الأولى مع الحالة (ج) وبمرافقة أمها لها ، تبين أن الحالة لا تعاني من أية مشاكل على مستوى حياتها الصحية والاجتماعية، والانفعالية، وأن السبب الكامن وراء مشكلة التبول لديها هو انفصالها عن معلمتها التي كانت شديدة التعلق بها، ما جعلها غير قابلة على تقبل واقع استبدالها بمعلم آخر.

● ملخص الجلسة الثانية: 24 ديسمبر 2013، مدتها 45 دقيقة.

تمّ فيها تدعيم الأهداف السابقة المتمثلة في بناء علاقة علاجية مبنية على الثقة، ثم قامت الباحثة بالاطلاع على التسجيلات التي طالبت بها الحالة (ج) ملأها في الأسبوع المنصرم.

بعد الإطلاع على التسجيلات التي تخص توتر التبول لدى الحالة (ج) المتمثل في 05 أيام بالأسبوع، حاولت الباحثة تحسيسها بطبيعة المشكلة كما شرحت لها بشكل مفصل ومبسط عن فيزيولوجية التبول وطبيعة عمل الكلى، وانتقلت الباحثة إلى التأكيد على أهمية التدخل السيكولوجي وطالبت كل من الأم والحالة (ج) بضرورة الالتزام بالمواعيد للاستشارات النفسية ومدى أهمية مساهمتها في نجاح البرنامج العلاجي.

قدمت الباحثة للحالة (ج) دفتر المراقبة الذاتية الخاص بها، وشرحت بالتفصيل كل ما هو مدوّن به، خاصة جدول المراقبة الذاتية المتمثل في جدول الأيام الجافة والمبللة، وجدول تنظيم تناول السوائل في اليوم، وطريقة التسجيل فيهما.

في الأخير طلبت الباحثة رأي الحالة (ج) حول البرنامج العلاجي الذي شرح لها، كما طالبت منها طرح استفساراتها بدون خجل حول الموضوع فأجابت الحالة (ج) أنها استوعبت البرنامج وأعجبت بالدفتر الذي قدم إليها وكذا الجداول التي يتضمنها وأكدت الباحثة أنها ستبدل كل مجهوداتها للحدّ من مشكلة التبول لديها.

تمت مناقشة المعززات التي سيتم تقديمها للحالة من طرف والديها في حالة حفاظها على النظافة، كما أكدت الباحثة للأُم ضرورة تعزيز الحالة (ج) سواء بإيجابية في الأيام الجافة وبسلبية في الأيام المبللة، وأكدت الباحثة أيضا على احترام توقيت التعزيز وفوريته ليكون لديه مفعول.

تحمست الحالة (ج) على انجاز البرنامج من خلال سماعها للهدية التي ستقدم لها في حالة اكتسابها للنظافة والحدّ من التبول الليلي.

تحليل محتوى الجلسة الثانية:

أبدت الحالة (ج) خلال هذه الجلسة اهتمامها بالتعرف على طبيعة مشكلتها من مختلف الجوانب، كما أنها تحمست لانجاز ما طالبت الباحثة به فيما يخص الخطوات العلاجية كما بينت الأم لابنتها الدعم والتشجيع لتحسيسها بأنها مساندة وأنه بإمكانها الرجوع إلى حالة النظافة التي كانت عليها سابقاً.

توقعات الحالة (ج) ايجابية فيما يخص نجاح البرنامج وهذا يعكس مدى رغبتها وإرادتها في العلاج.

• ملخص الجلسة الثالثة: 07 جانفي 2014، مدتها 45 دقيقة.

في هذه الجلسة تم الاطلاع على النتائج التي حصلت عليها الحالة (ج) في المراقبة الذاتية، وبعد اطلاع الباحثة على النتائج شجعت التقدم الكبير الذي آلت إليه الحالة (ج) حيث تدنى تواتر التبول لديها من 05 أيام إلى يومين خلال الأسبوع الثالث والرابع من العلاج، كما سألت الباحثة إذا وجدت صعوبات في تنفيذ الخطوات العلاجية فأجابته الحالة (ج): (راني ندير كيما قوئتي، بصح في تاع الماء، ماقديتش نشرب في قهوة العشية كنت شبعانة) فدعمت الأم إجابتها وقالت: (قاع نهار شربت كيما le tableau بصح مع العشية انقهمت وهي بروحها من بكري قاع ما تبغيش تشرب الماء بزاف) ذكرت الباحثة للحالة (ج) أن الماء ضروري لجسمها ونموها، كما أشارت إلى العملية الحسابية التي أجرتها سابقاً لمعرفة كمية السوائل التي عليها أخذها في اليوم بعد أخذ وزنها، كما تأكدت الباحثة من مكافأة الأم لابنتها حسب الاتفاق وسألت الأم عن التعزيز السلبي وكيفية تعامل الحالة مع الأمر، فأجابته الأم: (هي بروحها مضاري تبدل فراشها معاي وتبدل حوايجها وقاع، بصح القش كنت نغسله لوحدي ودروك هي راهي تغسله وحدها، و bien sur نعاود نديره في la machine à lavé بصح المهم تحس بالمسؤولية قلتي).

شجعت الباحثة كل من الأم والحالة (ج) على مواصلة مجهوداتهم لضمان التحسن ونجاح العلاج، وجسدت للحالة (ج) نماذج رمزية لأطفال اتبعوا الخطوات العلاجية وتمكنوا من اكتساب النظافة، كما تطرقت الباحثة إلى علاقة الحالة (ج) بمعلمها الجديد، فقالت الحالة (ج) : (أنا بديت نوالفه، وهو عاقل، ويبغيني هو ثاني). فأكدت الباحثة للحالة أنها ستعتاد على الوضع وستأقلم أكثر.

تحليل محتوى الجلسة الثالثة:

تبين من خلالها أن تدني تواتر التبول خلال الأسبوعين الثالث والرابع من العلاج ساعد الحالة على إعادة كسب ثقتها بنفسها، كما شجعها على مواصلة إتباع الخطوات العلاجية بعد أن رأت أنها نالت نتائج ايجابية من إتباعها.

• ملخص الجلسة الرابعة: 21 جانفي 2014، مدتها 45 دقيقة.

قامت الباحثة بالاطلاع على النتائج التي حصلت عليها الحالة (ج) في الأسبوعين المنصرمين الأسبوع الخامس والسادس من العلاج، وشجعت تحسن الحالة (ج) مستعملة التعزيز المعنوي والحث الكلامي لتشجيع الحالة (ج) في الاستمرار ببذل مجهوداتها للحدّ من مشكلة التبول لديها، حيث أظهرت نتائج المراقبة الذاتية أن تواتر التبول تدنى في الأسبوع الخامس إلى صفر أي أن الحالة (ج) استطاعت الحفاظ على نظافتها لمدة أسبوع كامل، وتدنيه في الأسبوع السادس إلى يوم واحد فقط خلال الأسبوع.

كما طلبت الباحثة من الأم استعمال المنبه لإيقاظ الحالة مرتين خلال الليل في الساعة الواحدة والخامسة بعد منتصف الليل وأكدت أنه من الضروري أن تكون الحالة في حالة يقظة تامة عند إيقاظها للذهاب إلى الحمام.

وأخذت رأي الحالة (ج) حول الموضوع فقالت: (واه نوض normal فقالت الأم : هي بروحها رقادها خفيف، متغبنيش قاع باش تنوض).

واصلت الباحثة تدعيم الحالة (ج) وتشجيعها على إتباع الخطوات العلاجية المنشودة.

تحليل محتوى الجلسة الرابعة:

تبين من الجلسة أن الحالة (ج) تتمتع بإرادة ورغبة قوية في العلاج، ما جعلها تبذل كل ما في وسعها وتنضبط في إتباع الخطوات العلاجية المطالبة بها، كما لا ننسى أن لعب الأم لدورها ومساندة ابنتها وتشجيعها بتعزيز السلوك المراد تحقيقه جعلها تتمكن من الحفاظ على نظافتها لأسبوع بأكمله.

• ملخص الجلسة الخامسة: 04 فيفري 21014، مدتها 40 دقيقة.

في هذه الجلسة، وبعد الاطلاع على النتائج التي حصلت عليها الحالة (ج) في المراقبة الذاتية، أظهرت الباحثة سعادتها بوصول الحالة (ج) إلى النتيجة المرجوة من العلاج حيث تمكنت الحالة من الحفاظ على نظافتها لمدة أسبوعين كاملين، سألت الباحثة كل من الحالة (ج) وأمها عن تقييمهما للبرنامج العلاجي والنتيجة التي توصلت إليها الحالة (ج) فأجابت الحالة (ج): (حبست البول، راني نوض كل يوم normal، ومنين تنوضني ماما، نروح les toilettes كيما قلتيلي، مارانيش نأكل صوالح المالحين في

الليل باش مانعش ومنغش ونشرب مور الاسادسة مساء)، ثم أجابت الأم : (الحمد لله، déjà راهي في قريب شهر غاية، قاع ماراهيش تشمخ على روحها في الليل، تبالي خرج عليها le programme، وبالزيادة مع في المدرسة زعم راها متفاهمة مع معلمها راهي تجي تحكي عليه وقاع راه عاجبها مشي كيما في الأول). عززت الباحثة الحالة (ج) ومجهوداتها بإهداءها هدية بسيطة لتعبر عن فرحتها بتحسن الحالة.

شرحت الباحثة للحالة (ج)، وأمها أنه من الحين يستوجب عليهم إتباع البرنامج بدون الباحثة، لكن بمواصلة تدوين النتائج في دفتر المراقبة الذاتية في الجدولين المخصصين لشهر المتابعة، واللجوء إلى الباحثة بعد شهر كما أكدت الباحثة للأم على ضرورة مواصلة مساندتها وتشجيعها لابنتها، وتطرقت إلى نقطة الانتكاس فقد شرحت للأم أنه بالإمكان حدوث الانتكاس، وهنا على الأم إعادة إحضارها مباشرة لمعرفة أسباب ذلك ومعالجته.

تحليل محتوى الجلسة الخامسة:

تمكنت الحالة (ج) من الحفاظ على النظافة لمدة أسبوعين متتالين (الأسبوع السادس والسابع من العلاج)، وانتقلت لمرحلة المتابعة للكشف عن الانتكاس في حالة حدوثه.

• ملخص الجلسة السادسة: 04 مارس 2014 و مدتها 40 د

في هذه الجلسة، تم تقييم نتائج المراقبة الذاتية الخاصة بفترة المتابعة التي أظهرت تحسن الحالة بشكل نهائي تقريبا حيث أنها استطاعت الحفاظ على نظافتها طيلة شهر المتابعة، ماعدا في ليلة واحدة من الأسبوع الثالث في ذاك الشهر.

عبرت الحالة (ج) عن سعادتها، وسعادة الأقرباء بها وخاصة سعادة والدها بها وتدليله لها بعد اكتسابها النظافة في العبارات التالية: (قاع راهم فرحانين بيا، **Sur tout** Papa راه يقلشني، شرالي **une robe** شابة، وقالني هذي مين اجتهدت وحبستي البول ومين قرיתי غاية في هذا الفصل)، أكدت الأم ذلك وأنها جد سعيدة بنتائج ابنتها وقالت : (والله لا تهنيت كنت خايفة يطول هذا **Le problème** وحمبوك هي شيرة وبالزيادة راها تكبر، العام الجاي ان شاء الله **C.E.M** كي نديرها).

شجعت الباحثة في نهاية الجلسة الحالة (ج)، وأكدت على أهمية شرب الماء وإتباع الحمية الغذائية التي نصحت بها خلال العلاج، والتبول قبل الخلود إلى الفراش لضمان علاج الحالة نهائياً.

كما نبهت الباحثة الأم أنه في حالة حدوث أية انتكاسات عليها التقدم إلى مكتب الاستشارة النفسية مرة أخرى، لأخذ التدابير اللازمة مع الحالة (ج).

محتوى الجلسة السادسة:

باكتساب الحالة (ج) النظافة حتى في فترة المتابعة زادت ثقتها بنفسها وتقديرها لذاتها، كما شجعها هذا التقدم في مواصلة مجهوداتها وإتباع كل النصائح التي تعلمتها سابقاً.

- استنتاج عام عن الحالة (ج):

هي حالة تبلغ من العمر 09 سنوات و06 أشهر، كانت تتبول كل ليلة تقريباً، بدأت أعراض التبول الليلي لديها ببلوغها عمر 09 سنوات وبدخولها سنة دراسية جديدة، من خلال المقابلات مع الحالة (ج) تبين أن أسباب انتكاسها راجع إلى تعلقها بمعلمتها السابقة، حيث أنه بمجرد انتقال هذه المعلمة إلى مدرسة ابتدائية أخرى، ظهرت مشكلة التبول لديها، حيث أن الحالة (ج) لم تتقبل استبدال معلمتها بمعلم آخر، بعد التأكد من سلامة الحالة (ج) من الناحية العضوية أحيلت إلى مكتب الاستشارة النفسية، أين تمّ التكفل بها، حيث قامت الباحثة بتعريفها بطبيعة مشكلتها، واتخذت الإجراءات اللازمة لعلاج الحالة (ج) ببناء برنامج وخطوات علاجية تساعد الحالة في الحدّ من مشكلة التبول لديها.

حاولت الباحثة أيضاً أن تحسن العلاقة بين الحالة (ج) ومعلمها الجديد بطمأنة الحالة (ج) عن حياتها المدرسية وأنه بإمكانها أن تتأقلم مع الوضع الجديد بقليل من الجهد فقط. استطاعت الحالة (ج) بعد إتباعها للخطوات العلاجية ومساندة الأم وتشجيعها لها من اكتساب النظافة حتى بعد انتهاء العلاج وفي فترة المتابعة.

الحالة رقم 3:
البيانات الأولية:

الاسم: (أ)	الوزن: 40 كلغ.
اللقب: (ب)	الطول: 1 م 35 سم.
الجنس: ذكر.	المستوى الدراسي: أولى متوسط.
العمر: 10 سنوات.	عنوان المؤسسة: مفدي زكرياء.
الترتيب الميلادي بين الإخوة: الثاني	التحصيل الدراسي: متوسط.

السوابق الشخصية:

ظروف الحمل والولادة: ظروف الحمل عادية، لكن الولادة قيصرية.	حوادث الأم أثناء الولادة : لا توجد
الحالة الصحية للأم أثناء الحمل: عادية	الرضاعة والفطام: عامين و 07 أشهر تقريباً.

السوابق العائلية:

الأب	الأم
العمر: 39 سنة. المستوى التعليمي: ليسانس . المهنة: مهندس معماري.	العمر: 32 سنة المستوى التعليمي: ليسانس. المهنة: محامية.

نوع السكن: واسع، مرموق.
المستوى الاقتصادي للأسرة: جيد.
الوضع النفسي للأسرة: حسن.

السوابق الأسرية مع الاضطراب (التبول اللاإرادي):
لم يعان الأب والأم من الاضطراب في مرحلة الطفولة.

العلاقات الاجتماعية:

- العلاقة بالجيران والأصدقاء: تقول الأم أن علاقة ابنها بالجيران والأصدقاء حسنة.
- العلاقة بالأقارب: تصفها الأم بالغير ثابتة، تارة تكون حسنة، وتارة أخرى شجارات ومضايقات وحناق، وخاصة بين الذكور.
- الحياة المدرسية: تصف الأم حياة ابنها الدراسية بالعادية على حد علمها، فلم تتلقى أي شكوى أو استدعاء، أما عندما سألت الباحثة الحالة (أ) أجاب أن هناك بعض المضايقات العادية من الأصدقاء فقط، وأنه يجد صعوبات في الرياضيات واللغة.

العلاقات الأسرية:

- العلاقة مع الإخوة: يصف الحالة (أ) علاقته بأخيه الأكبر بالجيّدة، فهو يحبه كثيراً، ويصرّح ذلك في عبارته: (أنا خويا نبغيه بزاف، أنا وياه صحاب يخرجني مع صحابه، مقلثني، ندابزو **Des fois** بصحن تصالحوا بلخف).
- العلاقة مع الأب: تصف الأم علاقة ابنها بأبيه بالمضطربة، حيث تصف ابنها بالعنيد الذي غالباً ما يفعل إلا ما يخلو له فتقول: (يدابز مع بوه بزاف، ميسمعلهمش بوه ببغيه يقرا غاية كيما خوه وما يحشمهش في **La famille**)، كما وصفت الأب بالانفعالي فأحياناً يقسو على ابنه ولا يتحكم في نفسه ويضربه، كما صرح الابن أن هذا يزعجه قائلاً: (كل واحد شاع طاه ربي، أنا **je suis moyen** كما عندي ما ندير).
- العلاقة مع الأم: تصفها الأم بالحسنة فهي تحب ابنها كثيراً، لكنها تؤيد رأي الأب فيما يخص النتائج الدراسية، فعائلة الزوج مرموقة ولا تريد أن يخلها ابنها أمامهم.

المشكلات السلوكية للحالة (أ): التبول الليلي.

الصحة العضوية للحالة (أ):

أكدت الفحوصات أن الحالة سليمة حيث قام أولياء الحالة بفحوصات كثيرة حتى في خارج الوطن، لمعرفة أسباب المشكلة، كما جربوا وسائل كثيرة لكنها لم تجدي نفعاً. التعرف على الظروف التي ظهر فيها التبول:

بعد مقابلة الأم لوحدها في جلسة سبقت مقابلتها مع ابنها تبين للباحثة أن كلا الوالدين يضحمان الموضوع، كما أنهما يتوقعان من ابنهما أشياء تفوق قدرته العقلية، وهذا لمقارنته بأخيه وكل أقاربه، حيث أن الأب يشتمه في معظم الأحيان وهذا ما جعل تقدير الحالة (أ) لذاته وثقته بنفسه ينخفضان، ومنه قامت الباحثة في هذه الجلسة التي جمعت كل من الحالة (أ) وأمه بجعل الأم تترك المكتب لتكون مع الحالة (أ) لوحده بعد خروج الأم أحست الحالة (أ) بالراحة أكثر وعبر عن مشكلته بوضوح بقوله : (أنا علابالي بلي **Le problème** تااعي هو **La pression** اللي راهي عليا، والله يا طبيبة لاراني كاره من الدار، كاين غي خويا اللي نتفاهم معاه **Ils me font des crétic** كل دقيقة، غي قارعوا **L'occasion** , **Pourtant** مشي منقراش والله لداير قاع جهدي بصح هذاك حدي، نجيب 12، 13 **la moyenne** وسط، أنا خطرا صرالي **accident** بلت على روعي بلا ما نعبى مين جات ماما تنوضني صباح كلاتني بزقا، حشمتني حداهم قاع، راني نقلك فضحتني، أنا قبلها كنت **normal** ماعندي والو، جات غي هاكا، من موراهم معلاباليش قاع شاصرا ولات تصرالي **presque** كل يوم، في رايك دكتوراة وين راه الحل؟).

حاولت الباحثة طمأنة الحالة (أ) وتبسيط المشكلة وزادت ثقة الحالة (أ) بنفسه باستعمال الحث الكلامي والتشجيع كما أعطت له نماذج رمزية لحالات تمكنت من اكتساب النظافة بعدما سعت لذلك، مما حرك دوافعه وأجاب : (والله لا ندير اللي علي غي قولي لي شا ندير باش نتهنى من هدرتهم شوية) .

تواتره في الأسبوع: يوميا.

نوع التبول: ثانوي ليلي، حيث أن الحالة اكتسب النظافة لفترة طويلة قبل الانتكاس تقديم الحالة:

- طفل طويل القامة.
- بدين نوعاً ما.
- بشرة بيضاء.
- هندام نظيف، مع وجود تناسق في الألوان.

وصف السلوك الراهن للحالة: حيوي يبدو عليه النشاط، الاتصال معه سهل.

• ملخص الجلسة الأولى: 10 ديسمبر 2013، مدتها ساعة.

من خلال هذه الجلسة تبين أن الحالة (أ) تعاني من ضغط شديد داخل الأسرة، من انتقادات، شتائم، ضرب، وما إلى ذلك، ومنه قامت الباحثة بالتحدث حول الموضوع مع الأم وحاولت الحصول على تعاونها من أجل مساعدة ابنها على الحد من مشكلة التبول لديه، وإعادة التوافق النفسي له، كما شرحت الباحثة للأم أن كل حالة وكل إنسان فريد من نوعه وليس من الإجباري أن يكون كما خططنا له أن يكون فهو شخص في الأخير له معتقداته، شخصيته، آراءه، ورغم اختلافها عتًا إلا أنها ما تميزه عن غيره، أشارت الباحثة أيضا إلى أن الشتائم والضرب لأسباب كهذه، أساليب خاطئة في تنشئة الأطفال وأنها تعمل على خفض ثقة الطفل بنفسه وتخفف من تقديره لذاته، وأن مشاعر الحب والتقدير والمساندة تساعد الحالة (أ) أكثر على التخلص من مشكلة التبول لديه.

أبدت الأم اقتناعها بنصائح الباحثة، وأشارت أنها هي أيضا ضحية لضغط الوالد وعائلته حيث أنه يسعى دائما أن تكون عائلته وخاصة أولاده في صورة تشرف العائلة كأقاربهم. طلبت الباحثة من الأم أن تطلب من الأب مرافقة الحالة (أ) في الجلسة القادمة، فقالت الأم أنه سيأتي دون شك لأنه هو من أكد على مجيئه إلى الاستشارة النفسية.

أعطت الباحثة في نهاية الحصة للحالة (أ) جدول الليالي الجافة والمبللة، وطلبت منه كبدية التقليل من السوائل بعد الساعة السادسة مساءً، وتدوين النتائج في الجدول وبكل صدق، كما طلبت من الأم تطبيق أساليب المعاملة التي تم إلقاء محاضرة حولها في جلسة سابقة مع الأمهات الأخريات، والامتناع عن القسوة والضرب واستبدالهما بالتشجيع والمساندة.

تحليل محتوى الجلسة الأولى:

أساليب المعاملة الوالدية القاسية، وتضخيم مشكلة التبول من قبل والدي الحالة (أ) وخفض تقديره لذاته وثقته بنفسه من خلال الشتائم التي يتلقاها من محيطه، جعلته يستمر في تبوله حتى وصل إلى تواتر 07 أيام على 07 أيام، أي أسبوع بأكمله.

• ملخص الجلسة الثانية: 17 ديسمبر 2013، مدتها ساعة.

خُصصت هذه الجلسة لمقابلة الأب، حيث قدم الأب برفقة الحالة (أ) الذي ظهرت عليه ملامح عدم الارتياح والخجل عكس المرة السابقة، طلبت الباحثة من الحالة (أ) الانتظار خارجاً للتحدث مع الأب بمفرده.

بعد استقبال الباحثة الأب والترحيب به، حاولت خلق جو من الراحة حيث بدأ نقاشها مع الأب حول أمور الحياة اليومية والعمل، ثم انتقلت إلى مشكلة ابنه (أ)، حاولت الباحثة

شرح المشكلة التي يعاني منها الحالة (أ) بشكل مبسط وحاولت بقدر الإمكان التقليل من شأنها كمشكلة لطمأنة الوالد، ثم أشارت إلى أن المعاملة القاسية لا يمكن أن تكون الحل لمشكلة ابنه، كما حاولت الباحثة عدم تحسيس الأب بأنها تصدر أحكام أو تلومه عن الطريقة التي يستعملها في معاملة الحالة (أ)، بل أشارت أن هناك فروق فردية بين أفراد الأسرة لا يمكن تجاهلها وأن كل حالة تتميز بأشياء غير الأشياء التي تتميز بها حالة أخرى، كما شرحت للأب أن سبب التبول يرجع إلى عوامل نفسية، ولهذا طلبت الباحثة رؤيته هو أيضا ليقدم الدعم والتشجيع لابنه (أ)، ويشعره بالحب وأنه مقدر ومرغوب فيه كما هو لزيادة ثقته بنفسه ليضعف مجهوداته في تطبيق الخطوات العلاجية.

وافق الأب في النهاية على مساندة ابنه وبذل مجهود في تغيير طريقة تعامله معه. بعد الانتهاء من الحديث مع الأب تمّ استدعاء الحالة (أ) للدخول وأوضحت الباحثة طبيعة البرنامج العلاجي الذي سيتم إتباعه للحدّ من مشكلة التبول، كما أعطت الباحثة للحالة (أ) دفتر المراقبة الذاتية الخاص به، وشرحت بشكل دقيق كل ما هو مدون بداخله، وعرفته بكيفية القيام بالتسجيلات التي تتطلبها تقنية المراقبة الذاتية، كما اتفقت مع ولي أمره حول ضرورة تقديم التعزيز الإيجابي في حالة الحفاظ على النظافة، والتعزيز السلبي في الأيام التي يتبول فيها الحالة (أ).

تحليل مستوى الجلسة الثانية:

تبين من الجلسة سوء معاملة الوالد للحالة (أ)، وانتقاداته المستمرة ساهمت في ثبوت مشكلة التبول الوظيفي الليلي لديه، لكن رغم ذلك فإن الحالة (أ) تتمتع بإرادة كبيرة ولها رغبة في إتباع النصائح بغية التحسن والتخلص من مشكلة التبول الليلي.

● ملخص الجلسة الثالثة: 24 ديسمبر 2013، مدتها 45 دقيقة.

تمّ من خلالها في البداية الاطلاع على نتائج المراقبة الذاتية التي تبين من خلالها أن تواتر التبول تدنى إلى 05 أيام في الأسبوع وصرحت الحالة (أ) أنها اتبعت كل النصائح والتعليمات العلاجية، وأكدت الأم تصريحات ابنها، حيث قالت مايلي: (**Il fait beaucoup d'efforts** حبس **La limonade** في العشاء ، **es fruits** وماراهش ياكلهم، كيما **les oranges** راه ياكلهم في الصباح)، و أكدت الباحثة من تعزيز الأم لابنها، فقالت: (**تفاهمت أنا وياه، راه باغي x-box، وقلتله aux moins ما يشمخش على روجه 05 أو 06 أيام، وبالنسبة للتعزيز السلبي درت كيما قلتيلي، دبر راسه مع صوالحه غسلهم وحده، دوش وبدل حوايجه**).

سألت الباحثة الحالة عن طبيعة تعامل الأب معه في الآونة الأخيرة فقال: (sa va راني خير ملي كنا ومراهش يعايرني ولا يضربني، راه يهدر معاي في le sujet ويشجعني وهو اللي قالي نشريلك x-box غي زير روحك).

شجعت الباحثة الحالة (أ) على بذل مجهود أكبر للوصول إلى هدفه، وطلبت من الأم استعمال المنبه وإيقاظه على الساعة الواحدة والخامسة بعد منتصف الليل، وأكدت أنه من الضروري أن تستيقظ الحالة بشكل جيّد للذهاب على الحمام.

تحليل محتوى الجلسة الثالثة:

تحسين الوالدين أساليب المعاملة مع ابنهما جعلته يعيد اكتساب ثقته بنفسه ويسعى إلى تحقيق هدفه المتمثل في اكتساب النظافة بشكل نهائي، كما صرحت الحالة (أ) أنه يحس نفسه أفضل في أسرته معبراً على التالي: (راني غاية فالدار ماكانش زقا كل يوم على أي حاجة نديرها راني alaise على اللي كنت).

إحساس الحالة (أ) بالراحة داخل أسرته يشجعه أكثر ويزرع فيه المسؤولية في علاج مشكلته.

• ملخص الجلسة الرابعة: 07 جانفي 2014، مدتها 45 دقيقة.

دعمت الباحثة ثقة العميل بها وعززت ثقته بالبرنامج العلاجي، ثم انتقلت إلى الحديث عن التسجيلات التي قدمها الطفل (أ) بخصوص التبول اللاإرادي وتشجيعه على الاستمرار على القيام بهذه التسجيلات وبذل الجهد للتخلص من مشكلته، بعد الاطلاع على النتائج وتقييمها تبين أن الحالة (أ) استطاع أن يضبط نفسه خلال الأسبوع الرابع من العلاج مدة 05 أيام بالأسبوع، أما في الأسبوع الخامس فقد تمكن من اكتساب النظافة كلياً.

صرحت الأم أنها لاحظت أن سلوكيات ابنها أصبحت أكثر مرونة من ذي قبل، كما اعترفت أن الأسلوب الجديد في التعامل أفادها أكثر في التعامل مع ابنها (أ)، وصرحت ذلك في العبارات التالية: (والله، الحق راه خير ملي كان، راه plus calme، بكري حنا نزقوا وهو يزيد يخشان، mais maintenant راه مليح، même مع بوه راهم غاية، Bon كاين شوية دباري des fois، mais paraport الحمد لله والله).

شجعت الباحثة الأم على مواصلة مجهوداتها هي والوالد، كما سألت الأم والحالة (أ) عن تقييمها للتحسن الذي حققته، فأجاب الحالة (أ): تنظيمه لشربه السوائل، والالتزام بحمية غذائية كالامتناع عن المواد المالحة في الليل ساعده كثيرا في التقليل من السوائل بالليل، ولهذا استطاع تحقيق التحسن، وأيدت الأم تصريحات ابنها بعباراتها الآتية: (كان يأكل **les chips بزاف، sur tout فالعشية، مداك les boissons قاع مانهدرش حاسبهم ماء، كل دقيقة**).

طلبت الباحثة في نهاية الجلسة من الحالة (أ) مواصلة مجهوداته وإتباع النصائح والإرشادات التي قدمت له في الجلسات السابقة، ومواصلة القيام بالتسجيلات المطالب بها.

تحليل محتوى الجلسة الرابعة:

تبين من خلال هذه الجلسة أن إتباع الحالة (أ) التعليمات المقدمة له من قبل الباحثة، وتنظيم شرب السوائل في اليوم، والتقليل منها في المساء، والالتزام بحمية غذائية متزنة ساعده في تحقيق هدفه المتمثل في التخلص من مشكلة التبول، كما أن توفير الوالدين الجو المريح للحالة (أ) سمحت له بإعادة كسب ثقته بنفسه وفعل كل ما بوسعه ليبين لهما أنه مسؤول وقادر على حل مشكلته.

● ملخص الجلسة الخامسة: 21 جانفي 2014، مدتها 45 دقيقة.

بعد إطلاع الباحثة على نتائج المراقبة الذاتية للأسبوع السادس والسابع تبين لها أن الحالة استطاعت اكتساب النظافة خلال كل أيام الأسبوع بكامله، وذلك لأسبوعين متتالين. أظهر الحالة (أ) سعادته وكذا الأم والأب حيث رافقا الوالدان الحالة (أ) معاً، وتحققت الباحثة من تعزيز الوالدان لابنهما (أ) كما كان الاتفاق، فأجاب الحالة : (واه شروهلي، وهذي باينة زعم)، بينت الباحثة للحالة (أ) سعادتها، لكنها تطرقت لشرح فترة المتابعة وأهميتها حيث بينت للحالة (أ) أن دوره لم ينتهي بعد وعليه مواصلة مجهوداته لتفادي الانتكاس، كما بينت للوالدين أن دورهما فعال ومهم خلال هذه الفترة أيضا.

أكد الوالدان والحالة (أ) تعاونهم في إتمام الخطة العلاجية.

تحليل محتوى الجلسة الخامسة:

من خلال هذه الجلسة، وبحضور الوالدين معا تبين أنهما يقدمان كل الدعم لابنهما (أ) كما أنهما يعترفان بمجهوداته، هذا الدعم هو ما ساهم في تحسن الحالة (أ) وإحساسها بالمسؤولية اتجاه مشكلته وبذل ما في وسعه للتخلص منها والوصول إلى تحقيق الهدف المنشود.

• الجلسة السادسة: 21 فيفري 2014، مدتها 20 دقيقة.

تمّ الاطلاع فيها على نتائج فترة المتابعة التي دلت على شفاء الحالة (أ) دون حدوث أية انتكاسات.

- استنتاج عام عن الحالة (أ):

هي حالة ذكر يبلغ من العمر 10 سنوات، كان يتبول كل ليلة، بدأت أمراض التبول لديه خلال العطلة الصيفية التي سبقت دخوله إلى المتوسطة، قامت الأسرة بإجراء تحاليل كثيرة، حتى التي لا علاقة لها بموضوع التبول، أجريت للحالة تحاليل طبية خارج الوطن أيضاً، وكلها أثبتت أن الحالة لا تشكو من أية مشاكل عضوية، تبين للباحثة أن السبب وراء فشل الحالة (أ) على تحقيق النظافة رغم كل العلاجات التي جربتها الأسرة راجع إلى كثرة من تحملوا مسؤولية هذا الطفل، وجعلوه يشعر بأنهم يهتمون بمشكلته، وأن مشكلته خطيرة وقد تستعص على الشفاء، و أكدوا له ذلك من خلال المبالغة في تصرفاتهم، بحيث لم يترك للحالة (أ) إلا جزء يسير للمساهمة في علاج مشكلته، ولهذا أخذت الباحثة الإجراءات اللازمة في تعديل بعض الأمور التي تخص المعاملة الوالدية التي لا تساهم في علاج الحالة (أ)، كما ركزت على إعادة بناء ثقة العميل بنفسه، وتحميله مسؤولية مشكلته وإدماجه في برنامج علاجي مصمم لمساعدته على الحدّ من التبول الليلي لديه، بعد أن فهمت دوافع الطفل وحاجاته من قبل الأسرة، تحمل الحالة (أ) مسؤولية علاج مشكلته، كما شارك في العلاج بكل إرادته، وشعر بالراحة والثقة وحقق هدفه المتمثل في اكتساب النظافة، وهذا حتى في فترة المتابعة.

الحالة رقم 4:
البيانات الأولية:

الاسم: (ر)	الوزن: 29 كلغ.
اللقب: (م)	الطول: 1م 30سم.
الجنس: أنثى.	المستوى الدراسي: الخامسة ابتدائي.
العمر: 09 سنوات.	عنوان المدرسة: البشير الإبراهيمي.
الترتيب الميلادي بين الإخوة: الرابعة والأخيرة	التحصيل الدراسي: حسن.

السوابق الشخصية:

ظروف الحمل والولادة: طبيعية	حوادث الأم أثناء الولادة : لا توجد
الحالة الصحية للأم أثناء الحمل: جيّدة، ما عدا التعب	الرضاعة والفظام: اصطناعية

التدريب على النظافة كان بطريقة لينة وتلقائية حيث أن الحالة لم تتبول على نفسها منذ سن 3 سنوات.

السوابق العائلية:

الأب	الأم
العمر: 47 سنة المستوى التعليمي: بكالوريا المهنة: نجّار	العمر: 45 سنة المستوى التعليمي: 09 متوسط المهنة: مأكثة في البيت.

نوع السكن: متوسط المساحة، بناء أرضي.
المستوى الاقتصادي للأسرة: متوسط.
الوضع النفسي للأسرة: حسن.

السوابق الأسرية مع الاضطراب (التبول اللاإرادي):
لم يعان الأب والأم من الاضطراب في مرحلة الطفولة.

العلاقات الاجتماعية:

- العلاقة بالجيران والأصدقاء: تؤكد الأم أن ابنتها (ر) جدّ هادئة، تجمعها علاقة حسنة بأصدقائها وجيرانها ونادراً ما تتشاجر معهم..
- العلاقة بالأقارب: علاقة احترام، لأن كل أقاربها تقريباً كبار بالسن.
- الحياة المدرسية: جيّدة، لها علاقة حسنة بمعلمتها وبزملائها.

العلاقات الأسرية:

- العلاقة مع الإخوة: تقول الأم أن للحالة (ر) ثلاث إخوة، الكبرى بنت متزوجة تبلغ من العمر 24 سنة، يليها أخويين، الأول يبلغ 21 سنة والآخر 19 سنة، تصرّح الأم أن ابنتها (ر) مقربة جداً من أختها الكبرى، حيث تصرّح أنها هي من تكفلت بها منذ الصغر وربتها، كما كانت تساعد في دراستها، كما أضافت أنه منذ زواجها أصبحت الحالة (ر) حزينة نوعاً ما في المنزل وأنها تفتقدتها كثيراً.
- العلاقة مع الأب: جدّ حسنة، فهو أب حنون يهتم لأمرها ويدلّلها كثيراً.
- العلاقة مع الأم: تقول الأم أن علاقتها بابنتها حسنة، لكنها اعتادت أن تنادي أختها الكبرى "ماما" وأنا تناديني "ما" حتى بعد زواجها، سألت الباحثة الأم إن كان هذا يضايقها فأجابت بـ"لا"، لأن الحالة تعرف أني أمها ويبقى الإشكال الوحيد في التسمية فقط.

المشكلات السلوكية للحالة (ر): التبول الليلي.

الصحة العضوية للحالة (ر):

أكدت الفحوصات الطبية التي أجرتها الأم للحالة (ر) أنها سليمة من الناحية العضوية، وأن السبب في تبولها راجع إلى عوامل أخرى.

التعرف على الظروف التي ظهر فيها التبول:

تصرح الأم أنه بعد زواج ابنتها الكبرى، أصبحت الحالة (ر) حزينة بالبيت، حيث كانت أختها الوحيدة وكانتا جد مقربتين، كما أصبحت تبدي بعض السلوكيات الصبيانية التي كانت قد تجاوزتها بالماضي فأصبحت لا تحب النوم في الغرفة بمفردها، ولا تحب الظلام، كما نقصت شهيتها، وأصبحت تعذني أثناء الغذاء.

تقول الأم أن مشكلة التبول ظهرت عندها بحوالي 03 أسابيع من ولادة أختها، ولم أكن أدرك أنه من الممكن أن تغار من ابنة أختها حتى نبهتني جارة لي، فأختها كانت بمثابة أم لها ثم تزوجت وتركتها وبعدها أنجبت وولدت كل اهتمامها لابنتها ونسيت أختها بعض الشيء، حيث كانت تدلل ابنتها أمام الحالة (ر)، مما ولد لديها مشاعر الغيرة وظهور مشكلة التبول الليلي.

نوع التبول: ثانوي ليلي.

تواتره في الأسبوع: 05 أيام بالأسبوع.

تقديم الحالة:

- طفلة طويلة القامة.
- بشرة سمراء.
- هندام نظيف، مع وجود تناسق في الألوان.

وصف السلوك الراهن للحالة:

- خجل وانطواء.
- اتصال شبه سهل.

● ملخص الحالة الأولى: 24 ديسمبر 2013، مدتها 45 دقيقة.

مثلت هذه الجلسة أول لقاء بالحالة (ر)، وبدخول الحالة إلى مكتب الباحثة ظهر عليها الخجل ولم يكن الاتصال معها سهلا من الوهلة الأولى، لكن الباحثة حاولت خلق جو مريح للحالة، يبعث في نفسها الراحة والطمأنينة، كما شرحت الباحثة للحالة (ر) طبيعة عملها وأنها تسعى لمساعدتها على حل مشكلتها فقط بعدها حاولت الباحثة جمع البيانات الأولية الخاصة بالحالة من اسم، لقب، سن، مستوى دراسي، التحصيل الدراسي، عنوان المدرسة، عدد الإخوة والعلاقة التي تسود بينهم.

أكدت الباحثة للحالة على مبدأ السرية لكسب ثقتها أكثر وإشعارها بالراحة لسرد مشكلتها بكل بساطة.

كما أعطت الباحثة للحالة (ر) جدول لتسجيل الأيام الجافة والمبللة لوضع تقدير أولي لتواتر التبول في الأسبوع بعد أن شرحت لها طريقة التسجيل عليهن كما طلبت من الحالة البدء بالامتناع عن شرب الماء بعد الساعة السادسة مساءً.

تحليل محتوى الجلسة الأولى:

تبين من خلال هذه الجلسة أن الحالة (ر) لا تعاني من أية مشاكل وعلى أي مستوى من المستويات بحياتها الاجتماعية والمدرسة والصحية عادية لا تشكو من شيء.

وأن السبب وراء مشكلتها هي مشاعر الغيرة التي تكنها اتجاه ابنة أختها التي كانت تعتبرها بمثابة أم لها.

• ملخص الجلسة الثانية: 31 ديسمبر 2013، مدتها ساعة.

خصصت الباحثة هذه الجلسة مع الحالة (ر) بهدف تحسيسها بمشكلتها من ناحية، ومن أجل التحدث عن ما يكمن وراءها من عوامل نفسية وهذا بعد الاطلاع على نتائج التقييم الأولي لتواتر التبول الذي حصلت عليه الحالة المتمثل في 05 أيام بالأسبوع.

تطرقت الباحثة للحديث عن الأخت الكبرى وسألت الحالة (ر) عن طبيعة علاقتها بأختها فأجابت بالعبارات التالية: (هي أختي بصح كيما ماما، هي اللي ربتني وكبرتني وعطاتي **bibron** ومين دخلت الكوليج كانت هي تفهمني الدروس وتحفظني فالاختبارات، تشري لي الصوالح، ترقد معايا، وتحكي لي القصص في الليل، بصح دروك قاع نساتني لخطرش زيدت وجابت بنت وحدخرة)، فسألت الباحثة الحالة: (ما طبيعة مشاعرها اتجاه بنت أختها فأجابت: ماتبغيهاش، مسخة، وما تعرف دير والو، ماتهدر، ما تتمشى ما والو).

حاولت الباحثة بعبارات بسيطة أن تطمئن الحالة (ر) وأن تذكرها بأن أختها مازالت تكن لها كل الحب كما في السابق، إلا أنها تعيش الآن حياة أخرى ولها مسؤوليات أخرى ولهذا لا يمكنها أن تمضي نفس المدة معها، كما انتقلت الباحثة بحديثها مع الأم بمفردها حيث طلبت منها إعادة بناء علاقة أم- طفل مع ابنتها (ر) لكي لا تحس بفراغ أختها الكبرى، ففي الأخير مكان الأم يبقى للأم وحدها، كما طلبت الباحثة من الأم أيضا أن تنبه الأخت الكبرى حول الموضوع لكي تنتبه لتصرفاتها أمام الحالة، وأن تحمل الحالة (ر) بعض المهام لتساعد في تربية ابنتها بهدف تحسيسها بأنها كبرت ولها مكانتها ودورها هي أيضا.

تحليل محتوى الجلسة الثانية:

غياب العلاقة بين الأم وابنتها (ر) جعلها تتمسك بأختها الكبرى وتتعلق بها لدرجة مناداتها " ماما "، كما أنه بغيابها انتكست الحالة وعادت إلى التبول في فراشها لإحساسها بالغيرة من ابنة أختها.

• ملخص الجلسة الثالثة: 07 جانفي 2013، مدتها 60 د

في هذه الحصة انتقلت الباحثة إلى تعريف الحالة (ر) بالخطوات العلاجية التي عليها إتباعها للحدّ من التبول، حيث أعطت الباحثة للحالة (ر) دفتر المراقبة الذاتية الخاص بها وطلبت منها التطلع عليه، بعد ذلك شرحت الباحثة كل ما هو مدون به بدءاً أهمية الغذاء الصحي والماء لجسم الإنسان وأهمية تنظيم شرب الماء في اليوم لتفاديه في المساء، كما شرحت بطريقة مبسطة كيفية امتلاء المثانة وحدوث التبول، ثم عرفت الباحثة الحالة (ر) بطريقة القيام بالتسجيلات في جداول المراقبة الذاتية، أبدت الحالة (ر) اهتمامها بالموضوع، وأعجبت بدفترها، كما تشوقت لبدء التسجيل فيه.

تطرقت الباحثة أيضاً مع الأم على أهمية التعزيز في هذا العلاج سواءً الإيجابي في الأيام الجافة والسليبي في الأيام المبللة، كما أكدت الباحثة للأم أن دورها وإسهامها يلعب دوراً كبيراً في نجاح العلاج.

صرّحت الأم أنها تحاول إعادة تصليح علاقتها بابنتها وتوطيدها، حيث أصبحت تمضي الكثير من الوقت معها وتهتم بها أكثر كما خصصت الأخت الكبرى يوم العطلة لاستقبال أختها الصغرى لقضاء الليلة عندها، ما شجّع الحالة ورفع من معنوياتها.

تحليل محتوى الجلسة الثالثة:

أبدت الحالة رغبتها في العلاج وتشوقت لبدء التسجيلات الخاصة بالمراقبة الذاتية، كما أن تصريحات الأم بينت أنها تتبع التعليمات وتقوم بدورها كوكالة علاجية من خلال توطيدها لعلاقتها بابنتها وتنبيه الأخت لتصرفاتها أمام الحالة (ر).

• ملخص الجلسة الرابعة: 14 جانفي 2014، مدتها 45 دقيقة.

تمّ فيها تدعيم الأهداف السابقة المتمثلة في بناء علاقة علاجية مبنية على الثقة، ثم قامت الباحثة بالإطلاع على التسجيلات التي طالبت بها الحالة (ر) في الأسبوع المنصرم، شجعت الباحثة التحسن الذي آلت إليه الحالة المتمثل في تدني تواتر التبول من 05 أيام بالأسبوع إلى يومين فقط، عززت الباحثة الحالة معنوياً، واستعملت الحث الكلامي

لتشجيعها أكثر، كما استعملت الباحثة النمذجة الرمزية لزيادة ثقة الحالة بنفسها وتحريك إرادتها.

سألت الباحثة الحالة (ر) بعد ذلك عن أختها الكبرى فأجابتك (رحت بتت عندها نهار الجمعة ووليت حتى السبت في الليل حتى واجباتي ودرتهم عندها، عاونتها في أريج بنتها، دارتهالي في حجري باش نلعب معاها ومن بعد جيت للدار عند ماما). كما صرحت أم الحالة (ر) أنها أصبحت لا تخشى أن تنام لوحدها كما كانت، بشرط أن يكون هناك ضوء خافت في المنزل لتتمكن من الذهاب إلى المرحاض في الليل إذا شعرت بالحاجة إلى ذلك.

طلبت الباحثة من الأم استعمال المنبه وإيقاظ ابنتها أثناء الليل على الساعة الواحدة والخامسة بعد منتصف الليل فقالت: (أنا بروحي بلا ما تقوليها لي كنت نوضها مين نجي نرقد لخطراش نقارع لخواتها الشاشرا يدخلو، **donc** مانرقدش بكري ومين نروض نصلي الفجر، تسمى هديك هيا).

ومنه أكّدت الباحثة على الأم مواصلة دعمها لابنتها وتشجيعها بتعزيز مجهوداتها. تحليل محتوى الجلسة الرابعة:

تبين من خلال هذه الجلسة أن العلاقة بين الأم والحالة (ر) تحسنت وأصبحت وطيدة حيث نادت الحالة (ر) والدتها في أقوالها بـ"ماما" بدلا من "ما" كالسابق، كما أن إتباعها للخطوات العلاجية وتعزيز الأم لها ودعمها جعلها تتحسن وتحقق نتائج ايجابية.

- ملخص الجلسة الخامسة: 28 جانفي 2014، مدتها 45 دقيقة.

تم الترحيب بالحالة (ر) والاطلاع على نتائج تسجيلات المراقبة الذاتية التي قامت بها، فتبين أن الحالة تمكنت من الحفاظ على النظافة كليا لمدة أسبوعين متتالين، عبّرت الأم خلال الجلسة عن اندهاشها وسعادتها بالتقدم الذي آلت إليه ابنتها في العبارات التالية : (والله لا راني مخلوعة فيها، تقول شوف شدرتيلها، **meme** فالدار راهم مخلوعين حبست خطرة وحدة، وراهي مزيرة روحها تكتب كل يوم بلا ما نفكرها فا **Le carnet** تاها ، الحمد لله).

بينت الباحثة للأم أن النتائج التي حصلت الحالة (ر) بدائية ولا يمكن أن نعتبرها نتائج نهائية ولهذا على الحالة (ر) مواصلة مجهوداتها، وعليها هي أيضا مواصلة دورها وتشجيع الحالة (ر) ودعمها أكثر.

تحليل محتوى الجلسة الخامسة:

تبين من خلال الجلسة أن الحالة (ر) تمكنت من اكتساب النظافة التامة لمدة أسبوعين متتالين بعد إتباعها الخطوات العلاجية التي طولبت بها وتدعيم الأم لها، لكن تم التأكيد للأم أن النتائج بدائية وليست نهائية.

• ملخص الجلسة السادسة: 11 جانفي 2014، ومدتها 45 دقيقة.

تم الاطلاع في بداية الجلسة على التسجيلات التي قامت بها الحالة (ر) والتي أكدت أن الحالة تحسنت حيث استطاعت تحقيق النظافة التامة لمدة أسبوعين آخرين على التوالي دون حدوث أي حوادث.

سألت الباحثة الأم والحالة عن تقييمها للبرنامج العلاجي فأجابت الأم أنها رأت النتائج بنفسها ولا يمكن أن تقول عكس ذلك، أما الحالة (ر) فعبرت على سعادتها بتحقيق هدفها وشكرت الباحثة كثيراً وقبلتها.

طلبت الباحثة من الحالة (ر) وأنها مواصلة إتباع النصائح والإرشادات التي تم تقديمها في الجلسات السابقة، ومواصلة تسجيل نتائج المراقبة الذاتية في الجداول المخصصة لمدة المتابعة للكشف عن أية انتكاسات خلال هذه المدة.

تحليل محتوى الجلسة السادسة:

تمكنت الحالة (ر) من تحقيق النظافة لمدة أربعة أسابيع متتالية ما يجعل توقعات الباحثة ايجابية حول نتائج فترة المتابعة.

تحسّن علاقة الحالة (ر) مع أمها، وعلاقتها بأختها الكبرى ساعدها على تحقيق نتائج ايجابية، كما أن دعمها لها وتعزيزها مكنها من الثبات في نتائجها.

• الجلسة السابعة: 11 فيفري 2014، مدتها 35 دقيقة.

خصت هذه الجلسة للإطلاع على النتائج التي حصلتها الحالة (ر) خلال فترة المتابعة، والتي أوضحت أن الحالة شفيت تماماً واكتسبت النظافة من جديد وهذا بالتأكيد في الوقت الراهن.

- استنتاج عام للحالة (ر):

الحالة (ر) طفلة تبلغ من العمر 09 سنوات استطاعت لسنوات عديدة أن تحافظ على النظافة، بدأت أعراض التبول لديها حوالي 03 أسابيع بعد إنجاب أختها الكبرى التي كانت تعتبرها بمثابة أم لها، وكانت شديدة التعلق بها وميلاد هذه الطفلة جعل الحالة

تنتكس وهذا لشعورها بالغيرة والخوف من فقدان حب الأخت لها وفقدان مكانتها أي
الطفلة الصغرى والمدللة في العائلة.

بتقدمها للاستشارة النفسية وبعد التأكد من سلامتها عضوياً، حاولت الباحثة طمأنتها
وتذكيرها بحب أختها لها، كما طلبت الباحثة من الأم أن توطد علاقتها بابنتها وتدعمها
في انجاز التعليمات والخطوات العلاجية المطالبة بها.

لعب الأم دورها كوكالة علاجية وتوطيدها لعلاقتها بابنتها وتحسيسها بالمسؤولية باتجاه
المولود الجديد من قبل أختها جعلها تتحسن وتكتسب النظافة بصورة نهائية.

الحالة رقم 5:
البيانات الأولية:

الاسم: (م.إ.)	الوزن: 29 كلغ.
اللقب: (ق)	الطول: 1م 20سم.
الجنس: ذكر.	المستوى الدراسي: الرابعة ابتدائي.
العمر: 08 سنوات.	عنوان المدرسة: البشير الإبراهيمي
الترتيب الميلادي بين الإخوة: الأول	التحصيل الدراسي: متوسط.

السوابق الشخصية:

ظروف الحمل والولادة: عادية وطبيعية	حوادث الأم أثناء الولادة : لا توجد
الحالة الصحية للأم أثناء الحمل: عادية ما عدا الأشهر الأولى من الحمل.	الرضاعة والفظام: رضاعة اصطناعية.

التدريب على النظافة: تقول الأم أنها دربت طفلها على التبول بعد بلوغه العامين ونصف بطريقة هينة، لكنه اكتسب النظافة التامة بعد بلوغه الأربع سنوات تقريباً.

السوابق العائلية:

الأب	الأم
العمر: 39 سنة المستوى التعليمي: ليسانس المهنة: تاجر حرّ	العمر: 32 سنة المستوى التعليمي: بكالوريا المهنة: مأكثة في البيت.

نوع السكن: ضيق نوعاً ما.
المستوى الاقتصادي للأسرة: متوسط، وتصفه الأم بالغير الثابت.
الوضع النفسي للأسرة: تقول الأم أن الوضع النفسي متذبذب بين الحسن والسيئ، حيث تصف زوجها بالعصبي جداً، كما أنها تتعرض للضرب في بعض الأحيان.

السوابق الأسرية مع الاضطراب (التبول اللاإرادي):
لم يعان الأب والأم من الاضطراب في مرحلة الطفولة.

العلاقات الاجتماعية:

- **العلاقة بالجيران والأصدقاء:** تقول الأم أن علاقة ابنها (إ) بأصدقائه والجيران جد حسنة.
- **العلاقة بالأقارب:** علاقة الحالة (إ) عادية بالأقارب، حيث أن الحالة قليلة الالتقاء بهم لتواجدهم بولايات أخرى.
- **الحياة المدرسية:** يصف الحالة (إ) حياته المدرسية بالعادية، لكن يصرح أنه يجد صعوبات كثيرة في المواد العلمية، وأنه لا يوجد من يساعده في فهمها في المنزل، كما صرّحت الأم أنها ليس لها معلومات حول البرنامج الجديد و أن الأب لا يحب مساعدة ابنه رغم تذكره لبعض الأمور.

العلاقات الأسرية:

- **العلاقة مع الإخوة:** للحالة (إ) أخت صغرى ويحبها كثيراً، تبلغ من العمر 04 سنوات وهو كثير اللعب معها، ولا يتشاجران إلا في حالات نادرة كما أن الأم صرحت بذلك أيضاً في عبارتها: (نيشان، يبغي أخته وهي تبغيه ملي كانت صغيرة، مشي غابني في هذي).
- **العلاقة مع الأب:** تصفها الأم بالجامدة، حيث أن الأب كثير الغياب في الأسبوع وعند قدومه للمنزل لا يمضي الكثير من الوقت مع أبناءه، كما صرحت الأم أن معاملته معهم حسب معنوياته وتجارته.
- **العلاقة مع الأم:** تصف الأم علاقتها بابنها بالجيدة، كما وافقها ابنها بالرأي حيث وصفته بشديد التعلق بها وأنه يكن لها كل الحب والاحترام، وأنها تفعل كل ما في وسعها لتربيته التربية الصحيحة.

المشكلات السلوكية للحالة (إ): التبول الليلي.

الصحة العضوية للحالة (إ):

اتضح من التحاليل أن الحالة (إ) سليمة من الناحية العضوية، وأن السبب الكامن وراء تبوله الليلي لا يعود إلى أية مشاكل عضوية.

التعرف على الظروف التي ظهر فيها التبول:

تقول الأم أن ابنها (إ) لا يتبول يومياً بل بتواتر 04 أيام إلى 05 أيام في الأسبوع، كما تصرح أن ذلك لا يحدث كل أسبوع بل بطريقة متقطعة فقد سبق أن استطاعت الحالة (إ) أن تحافظ على نظافتها لمدة أسبوع كامل، تقول الأم أن في معظم الحالات التي يتبول ابنها يكون غير مرتاح نفسياً. ففي المرة الأولى التي عاود فيه ابنها التبول على نفسه في الليل كان بعد مشاجرة بينها وبين والده وبحضور الحالة (إ) والأخت الصغرى حيث تصفه الأم بالعصبي والانفعالي، خاصة عندما تسوء أحوال الشغل.

نوع التبول: ثانوي ليلي، متقطع.

تواتره في الأسبوع: 04 أيام بالأسبوع.

تقديم الحالة:

- طفل طويل القامة.

- بشرة بيضاء.

- هندام نظيف.

وصف السلوك الراهن للحالة:

- خجول نوعاً ما.

- اتصال سهل.

● ملخص الجلسة الأولى: 10 ديسمبر 2013، مدتها 60 دقيقة.

حاولت الباحثة من خلال هذه الجلسة خلق جو مريح للحالة (إ) مبني على الثقة والطمأنينة لتوطيد العلاقة مع الحالة، كما قدمت الباحثة نفسها وشرحت طبيعة عملها، كما بينت للحالة (إ) أن مشكلته بسيطة ولا تحتاج إلا للقليل من الرغبة والإرادة في العلاج كما تتطلب إتباع بعض التعليمات العلاجية.

انتقلت الباحثة إلى طرح بعض الأسئلة على الحالة لجمع المعلومات الأولية الخاصة بها، ثم حاولت التناور معه حول مشكلة التبول لديه وعن أسبابها في رأيه فأجاب الحالة (إ) بالعبارات التالية: (والله معلبالي، خطرأتش نكون خايف ومين نرقد نوم صوالح مشي شابيين، كوابيس).

بعد تصريح الحالة (إ) حاولت الباحثة الكشف عن سبب خوف الحالة (إ)، فأجاب كالتالي: (**نخاف....، معلاباليش؟**).، حاولت الباحثة حث العميل على التحدث بكل راحة وتعزيز ثقته بها، كما أكدت له على مبدأ السرية وأنها متواجدة لمساعدته بشرط أن يمدّها بكل المعلومات التي ساعدها في معرفة ما يشكو منه.

فحاول الحالة (إ) إعادة الحديث عن مخاوفه وصرح أنه يخاف من والده، حيث أنه عصبي جداً، كما أنه يضرب والدته وهذا في عبارته التالية: (**أنا نخاف من Papa لخطر اش هو منارفي وشعال من خطرة، مين يتنارفا يضرب ماما، أنا نبغي نسلكها ونقعد نبكي بزاف غي باش مايضربهاش، أنا كنت نبغيه بصح دروك مانيش نبغيه بزاف**)..

حاولت الباحثة التهدئة من روع الحالة (إ) وإشعارها بالطمأنينة، كما شرحت للطفل أنه لا يوجد أي داع لكره والده، وأنه يمر بفترة صعبة فقط، وأنه أخطأ لكنه سيصلح خطأه.

انتقلت الباحثة بعد ذلك على الحديث مع أم الحالة (إ) بمفردها، بعد أن طلبت من الحالة (إ) الانتظار خارجاً، وحاولت معرفة إذا كان من الممكن قدوم الأب مع الحالة (إ) في المرة المقبلة، فأجابت: (**هو يجيي!! موحال يبغي يجي معاه، déjà هو يجي بالأربعاء و des fois بالخميس مشي كل يوم هنا كيما خبرتك الخطرة اللي فاتت، أصلاً أنا قاع ما يديرش عليا**)، فطلبت الباحثة من الأم أن تعطي للوالد الاستدعاء الذي أعطته طبيبة الوحدة المدرسية للحالة (إ)، وتؤكد له أنهم طلبوا رؤية الوالد وليس الأم، فأجابت: (**واه نعطيها له، ونشوف**)، كما أعطت الباحثة للحالة (إ) في نهاية الحصة جدولاً لتقييم توتر التبول في الأسبوع، وعرفته بطريقة التسجيل فيه.

تحليل محتوى الجلسة الأولى:

أظهر الحالة (إ) من خلال هذه الجلسة انزعاجه وتألمه الشديد من كثرة المشاكل الأسرية التي يعيش فيها، كما بدت عليه علامات التوتر والخوف عند تطرقه لتعنيف والده لأمه بحضوره، كما أبدى تعاطفه مع الأم بسبب تعرضها للضرب.

تبين للباحثة من خلال هذه الجلسة أن مشكلة التبول للحالة (إ) يرتبط بمعايشته لاضطراب العلاقة بين والديه، و هذا ما يتفق مع دراسة (ديفينيزوكيمينجز، 1998) التي تناولت العلاقة بين الأمن الإنفعالي للأطفال و إدراكهم التوافق بين الوالدين و أثبتت أن إدراك الطفل للشقاق الأسري عامل خطورة للتنبؤ بارتفاع مستوى القلق

والشعور بالتهديد و توقع زيادة المشكلات السلوكية للطفل، و من بينها التبول اللاإرادي.

كما يتفق مع الدراسة التي قامت بها (أنيسة بريغت عسوس 2008 بالجزائر) التي تناولت عنف الرجل ضد المرأة و إنعكاسه على سلوك الطفل و أثبتت أن التنشئة الوالدية كما يدركها الأبناء تؤثر على تقدير الفرد لذاته ذلك ان أساليب التنشئة الغير السوية لا تشعر الطفل بالأمن و تخلف لديه مجموعة من المشاكل السلوكية و التي نذكر من بينها التبول اللاإرادي.

● ملخص الجلسة الثانية: 17 ديسمبر 2013، مدتها ساعة.

جاء الحالة (إ) برفقة والده، الذي بدا عليه التوتر والانزعاج، رحبت الباحثة بوالد الحالة وحاولت خلق جو مريح له.

حاولت الباحثة أيضا في هذه الجلسة تدعيم الأهداف السابقة المتمثلة في بناء علاقة علاجية مبنية على الثقة والسرية، ثم قامت بالاطلاع على نتائج التقييم الأولي لتواتر التبول للأسبوع المنصرم الذي بين أن تواتر التبول كان 03 أيام بالأسبوع.

طلبت الباحثة من الحالة (إ) الخروج للتحدث مع الأب بمفرده، بعد خروج الحالة حاولت الباحثة تعريف الأب بطبيعة عملها كما شرحت له مشكلة ابنه بشكل مبسط ودقيق، وبينت له أن ما يكمن وراء مشكلة التبول لدى ابنه ليس لها أي أسباب عضوية، بل أسباب نفسية راجعة إلى مشاكل أسرية، ولهذا وجب عليه التعاون معها في معالجتها ودعم الحالة (إ) لتحقيق التحسن.

صرّح الأب أن هناك بعض المشاكل الأسرية، لكن ليس دائما كما أنه لا يرى ما علاقة ابنه في ذلك فهو لم يضربه أبداً من قبل بل يضرب أمه فقط، وفي حالات يكون فيها منفعل وغازباً، وذلك في العبارات التالية: (شوفي الأخت، أنا هاكا ربي خلقتي منارفي، و sur.tout مين الخدما تكون قليلة بزاف، des fois مين نولي للدار تقابلني المرأة وتقول خص هادي وخص هادي، وأنا منارفي، مانكونتروليش روي ونرد الزعاف فيها، بصح ولادي jamais لمستهم، نشريلهم صوالح وقاع، bon نزقي عليهم راني معاك وبزاف بصح ما نضربهمش)، حاولت الباحثة أن تشرح للأب أن العنف الذي يمارسه على زوجته هو عنف على أبناءه أيضا حيث أن هذا يؤثر كثيراً على توافقهم النفسي، وأن هذا الأسلوب في التعامل لا يساهم في بناء شخصيتهم وحتى إن حدث الأمر فلا يكون بحضور الأطفال، فاستيعابهم للأمور ليس كاستيعاب الراشد لها، كما ذكرت أن الأسرة هي مصدر أمان الطفل وأنها تشير بالأسرة إليه ولزوجته فهما مصدر أمان الطفل وثقته بنفسه، وافق الأب رأي الباحثة لكنه لا يرى نفسه قادراً

على ضبط نفسه أمام ضغوط عمله ومسؤولياته اتجاه أسرته وذلك في العبارات التالية :
(شوفي أختي، أنا في السيمانة déjà نجي غي يامات، وعندي مسؤولية اتجاه
ولادي وداري، وراكي عارفة، راني معاك بلي قاع هادو الصوالح يأتروا ونعرفها و
au fond أنا même نندم على ذلك الشيء، بصح الله غالب وتجي هاكا، بصح
نحاول قاع إلا صرات ماتكونش حدا البزوز).

حاولت الباحثة بكدّ أن تجعل الأب يحس بأن مسؤوليته الأولى اتجاه أولاده هي الحب
والأمان والاطمئنان، وأنها فوق كل المسؤوليات لأنها تساعد في تنشئتهم التنشئة
السليمة، كما طلبت منه التقرب من الحالة (إ) وإشعاره بالحب وشرح له الموقف
بطريقة مبسطة وأنه لم يقصد ذلك، وأن يكن الحب للأم أيضا، وافق الأب على فعل ذلك
وبدا عليه التفهم، ومنه أعادت الباحثة استدعاء الحالة (إ) وطلبت منه مواصلة
التسجيلات مع التقليل من السوائل بعد الساعة السادسة مساءً.

تحليل محتوى الجلسة الثانية:

تبين من هذا الجلسة أن الأب لا يرى أن تعنيفه لزوجته يمس بشكل من الأشكال أبناءه،
وأن طبيعة عمله وضغوطاته تبرر له موقفه لكن الباحثة حاولت أن تصحح أفكاره
الخاطئة وأن ما ينتج عنها ما هو إلا انعكاسات سلبية تؤثر على التوافق النفسي للحالة
(إ).

كما حاولت كسب تعاونه ودعمه للحالة (إ) في الأيام المعدودة التي يكون فيها حاضراً
مع أسرته ووافق على ذلك.

● ملخص الجلسة الثالثة: 24 ديسمبر 2013، مدتها 45 دقيقة.

تمّ في هذه الجلسة استقبال الحالة (إ) مع الأم، التي صرحت أن الحالة النفسية للحالة (إ)
في الأسبوع المنصرم كانت أحسن مما كانت من قبل عليهن حيث عمل والده
بالتوجيهات التي قدمت لع من قبل الباحثة، حيث أخذ ابنه في نزهة مع أخته الصغرى
وشرح له بشكل مبسط أنه أخطأ ذلك اليوم ولم يقصد كما دلعه بالهدايا وصرّح له بحبه
ولكل الأسرة وهذا بالعبارات التالية: (السيمانة هذي كان فيها غاية، نهار الخميس
خرجه بوه هو وأخته وحوس بيهم، قلشهم، شرالهم صوالح وقاع وقبلها la veille
كان هادر معاه فالعشا قاله بلي أنا نبغيكم وفي ذاك النهار راسي كان ضارني بزاف
وكنت عيان وغلطت ضربت ماماكم بصح أنا نبغيكم وعلاش راني نروح ونخدم وما
نجيش باش نوفركم صوالحكم، وزعما الحمد لله تكلم شوية هذي السيمانة كاي
شوية زقا بصح زعما normal)، شجعت الباحثة الأم على تفهم زوجها والتخفيف
عنه الضغط الذي يعاني منه ثم انتقلت إلى الحديث مع الحالة، حيث شرحت له مشكلته

بشكل دقيق ومبسط بالاستعانة بالمخطط الذي يبين فيزيولوجية التبول، كما أعطته دفتر التقييم اليومي الخاص به وشرحت كل ما هو مدون بداخله، كما عرّفته بطريقة تنظيم تناول السوائل المتبعة في هذا البرنامج العلاجي، وطريقة القيام بالتسجيلات في جدول تقييم تواتر التبول في الأسبوع كما تطرقت معه إلى طبيعة الغذاء المنصوح به والغذاء الذي عليه تفاديه ثم سألته عن تقييمه لطبيعة البرنامج فقال: (مشي واعر normal ، شباب عجبني، وهاد الكايي نديه معايا قاع تااعي)، فأجابت الباحثة بنعم وطلبت منه الالتزام بمواعيد شرب الماء والانتباه لمثانته، كما طلبت منه أيضا الالتزام بالتسجيلات، وأعطته نماذج رمزية لأطفال استطاعوا الوصول إلى اكتساب النظافة لأنهم عملوا بالتعليمات والنصائح المطالبين بها، فأكد الحالة (إ) أنه سيبدل مجهودات كبيرة وسيحاول تحقيق النظافة.

ناقشت الباحثة بعد ذلك موضوع التعزيز الايجابي والسلبي مع الأم وطلبت منها أن لا تتهاون في الأمر، لأن للتعزيز دور فعال وليس من الضروري أن يكون مادياً يكفي أن يكون هناك تعزيز، ووافقت الأم على ذلك وأكدت على تعاونها وأن المهم هو أن يتخلص ابنها (إ) من مشكلته.

تحليل محتوى الجلسة الثالثة:

تبين من خلال هذه الجلسة أن دعم الأب لابنه (إ) وإشعاره بالحب بعث فيه الراحة والطمأنينة، كما أشعره بالتحسن وزاد من ثقته ورغبته في تطبيق التعليمات المنشودة في العلاج، كما أن تصريحات الأم بينت أنها ستتبع التعليمات وتقوم بدورها كوكالة علاجية.

● ملخص الجلسة الرابعة: 07 جانفي 2014، مدتها 45 دقيقة.

تمّ الاطلاع في هذه الجلسة على نتائج المراقبة الذاتية التي قامت بها الحالة (إ) خلال الأسبوعين المنصرمين والتي تبين من خلالها أن الحالة استطاعت في الأسبوع الأول أن تحقق النظافة التامة، أما خلال الأسبوع الثاني فكان تواتر التبول يومين بالأسبوع، وبعد تشجيع الباحثة للتقدم الذي آلت إليه الحالة (إ)، حاولت معرفة أسباب الانتكاس بالأسبوع الثاني فأجابت الأم: (عادت ريمة إلى عاداتها القديمة)، فطلبت الباحثة أن توضح لها أكثر، فوضحت أن والده عاود الكرة وضربها لمرّة أخرى، وأن الحالة (إ) كان نائماً واستيقظ على شجارهما حيث أن الأب كان يشتم بصوت عال، أكدت الأم أنها فعلت كل ما بوسعها لإشعار ابنها بالطمأنينة بعد الحادثة، وحاولت أن تهدئ من روعه

وتبسط له الأمور، لكنها لم تشعر باقتناعه، وأنها دعمت وعززت تحسنه طيلة الأسبوعين المنصرمين لكنها لا تستطيع لعب دور الوالد.

شجعت الباحثة الأم وساندها وطلبت منها أن تواصل تدعيمها لابنها (إ) وتعزز نتائجه الايجابية والسلبية، كما انتقلت الباحثة إلى تحسيس الطفل بمشكلاته لزيادة مسؤوليته اتجاهها وأن تحسنه يتوقف عليه وعلى مجهوداته وعلى رغبته و إرادته في العلاج، كما طلبت الباحثة من الأم إيقاظ الحالة (إ) في الساعة الواحدة والخامسة بمنتصف الليل.

تحليل محتوى الجلسة الرابعة:

تبين من هذه الجلسة أن مشكلة التبول لدى الحالة (إ) مرتبطة بشكل كبير بوالده وتعنيفه لأمه حيث أنه معاملة الأب معه ومع والدته جعله يحافظ على نظافته في الأسبوع الأول، لكن بسوء العلاقة الوالدية وتعنيف الأب للأم في الأسبوع الثاني انتكست الحالة (إ) وعاودت التبول مرتين خلاله.

● ملخص الجلسة الخامسة: 21 جانفي 2014، مدتها 45 دقيقة.

تمّ اطلاع الباحثة على تسجيلات الأسبوعين المنصرمين التي حصل عليها الحالة (إ) في تقنية المراقبة الذاتية، التي تبين من خلالها أن الحالة (إ) تبولت مرتين في الأسبوع الأول وثلاث مرات في الأسبوع الثاني، شجعت الباحثة الحالة (إ) على التحسن الذي آل إليه مستعملة الحث الكلامي وعززته معنوياً ليستمر في مجهوداته رغم الظروف التي يعيش فيها.

أكدت الباحثة للحالة (إ) أنه من الممكن أن يصل إلى إعادة اكتساب النظافة التي كان عليها سابقاً إذا عزم هو على ذلك واتباع التعليمات والإرشادات المتفق عليها في الجلسات السابقة، كما بينت له أنه ليس بالأمر الصعب بل يحتاج للمزيد من المجهودات كما سألته إن كان يتلقى تعزيزه ، فأجابها بأن أمه تحضر له كل ما يشتهي من أكالات في الأيام الجافة، وأنه يقوم بتغيير ملابسه المبللة ويغسلها في الأيام المبللة.

تحليل محتوى الجلسة الخامسة:

عدم استقرار الحالة من الناحية النفسية بسبب سوء الظروف الأسرية، وغياب دعم الوالد له واستمراره في ممارسة العنف ضد الأم وبحضوره جعله غير متوافق نفسياً وهذا ما جعل مشكلته تستمر.

● ملخص الجلسة السادسة: 04 فيفري 2014، و مدتها 40 د

اطلعت الباحثة على نتائج المراقبة الذاتية للأسبوع السادس والسابع من العلاج، الذي لاحظت من خلاله أن الحالة (إ) أحدثت تقدماً وتحسناً ملحوظاً في هذين الأسبوعين حيث كان تواتر التبول للأسبوع السادس يومين بالأسبوع وبمعدل يوم خلال الأسبوع في الأسبوع السابع. أبدت الباحثة للحالة (إ) سعادتها بالإنجاز الذي قام به، كما تأكدت من مكافأة الأم له، كما سألت الأم عن الظروف التي عاشتها الأسرة في هذين الأسبوعين فأجابت كالتالي: (راكي عارفة، رانا نساغفو بصح خير ملي كنا، مع حاولت معاه، هدرتله وفهمته بلي مشي مليح لولده وخوفته وقتله بلي هذه المشكلة تنجم تكبر معاه ومايريحش)، دعمت الباحثة رأي الأم وشجعتها على مواصلة دورها كوكالة علاجية حتى في فترة المتابعة، كما عززت مجهودات الحالة (إ) وطلبت منه الاجتهاد والكّد والتحقيق.

تحليل محتوى الجلسة السادسة:

لعب دور الأم كوكالة علاجية وتدعيمها لابنها بتشجيعه وتعزيز تحسنه بخفض تواتر التبول لديه كما أن اتخاذها موقف اتجاه الأب وشرحها له مآل المشكلة إن لم تُعالج، ساعد في تحسين الظروف الأسرية ولو بشكل بسيط وتوفر جو آمن للطفل ليتمكن من التحسن.

● الجلسة السابعة: 04 مارس 2014 ، و مدتها 35 د

انعقدت هذه الجلسة بعد شهر، واعتبرتها الباحثة فترة للمتابعة وتقييم العلاج، اطلعت خلالها على النتائج التي حصل عليها الحالة (إ) والتي بينت أنه لم يكسب النظافة التامة خلال الأسابيع الأربعة لكن تواتر تبوله تدهن مما كان عليه في السابق، حيث حقق خلال الأسبوع الأول والثالث والرابع، تواتر تبول بمعدل يومين بالأسبوع وخلال الأسبوع الثاني يوم واحد خلال الأسبوع.

شجعت الباحثة كل من الأم وابنها على إتباع النصائح والإرشادات التي استفادوا منها خلال فترة العلاج لتفادي الانتكاس.

- استنتاج عام للحالة (I):

الحالة (I) طفل يبلغ من العمر 08 سنوات، مرّ بفترة نظافة طويلة، ثم بدأت أعراض التبول لديه بعد أن حضر مشهد عنيف تمثل في ضرب والده لأمه بحضوره ما جعل الحالة تشعر بالقلق والخوف الدائمين، وبعد إجراء الحالة (I) كل الفحوصات والتحليل الطبية تبين أنه سليم من الناحية العضوية وأن سوء ظروفه المعيشية واختلال التوافق الأسري في محيطه هو السبب في معاودة ظهور مشكلة التبول لديه.

بعد إحالة الحالة إلى الاستشارة النفسية من قبل وحدة الصحة المدرسية، اتخذت الباحثة كل الإجراءات اللازمة لمساعدته، حيث تطرقت للحديث مع الأب مباشرة حول الموضوع، وحاولت تعريفه بالانعكاسات الخطيرة التي قد يخلقها تعنيفه لزوجته على الصحة النفسية لأطفاله كما شرحت له مشكلة ابنه بشكل مبسط وأشارت أن دعمه لابنه سيساعده كثيراً في التخلص من مشكلتهن أبدى الأب تعاون لوهلة، ثم عاد إلى أساليبه القديمة ما جعل الأم تحاول جاهدة في لعب دور الاثنتين معاً لتشجيع ابنها ومساعدته، وهذا ما مكن الحالة من التحسن وتدني معدل تواتر التبول لديه مما كان عليه سابقاً.

الحالة رقم 6:
البيانات الأولية:

الاسم: (إ)	الوزن: 42 كلغ.
اللقب: (ث)	الطول: 1م 32سم.
الجنس: أنثى.	المستوى الدراسي: أولى متوسط.
العمر: 10 سنوات.	عنوان المؤسسة: أحمد زبانة
الترتيب الميلادي بين الإخوة: الثالثة	التحصيل الدراسي: حسن.

السوابق الشخصية:

ظروف الحمل والولادة: عادية	حوادث الأم أثناء الولادة : لا توجد
الحالة الصحية للأم أثناء الحمل: عادية، ما عدا الأشهر الأولى من الحمل.	الرضاعة والفظام: رضاعة طبيعية وفطمت ببلوغها العامين

السوابق العائلية:

الأب	الأم
العمر: 40 سنة المستوى التعليمي: ليسانس المهنة: معلم لغة أجنبية أولى.	العمر: 36 سنة المستوى التعليمي: بكالوريا المهنة: ممرضة بالمستشفى.

نوع السكن: حسن.
المستوى الاقتصادي للأسرة: حسن.
الوضع النفسي للأسرة: عادي، تصف الأم أسرتها بالسعيدة، تسود بين أفرادها المحبة والتفاهم، ما عدا بعض المشاكل العابرة ككل الأسر.

السوابق الأسرية مع الاضطراب (التبول اللاإرادي): لم يعان الأب والأم من الاضطراب في مرحلة الطفولة.

العلاقات الاجتماعية:

- العلاقة بالجيران والأصدقاء: تصف الأم علاقة الحالة (إ) بجيرانها والأصدقاء بالحميمة.
- العلاقة بالأقارب: جيدة، ما عدا بعض الخلافات والمشاجرات العادية.
- الحياة المدرسية: تقول الأم أن الحالة (إ) غير مرتاحة كثيراً في المتوسطة التي تتواجد بها، ففي الكثير من الأحيان ترجع جد منزعة، لكن فشلت محاولات الأم في معرفة سبب ذلك.

العلاقات الأسرية:

- العلاقة مع الإخوة: تصف الأم علاقة الحالة (إ) بأخواتها بالحسنة، لكنها لا تخلو من الغيرة والشجارات المتكررة، إلا أنها شجارات عادية وغير عنيفة.
- العلاقة مع الأب: أكدت الأم أن علاقة الحالة (إ) بأبيها قوية جداً، وأنها تستمتع كثيراً بمشاركته في اللعب والنزهات والخروج للتسوق و أنها تسعد كثيراً بقدمه للمنزل، كما صرّحت أن الوالد يحبها كثيراً.
- العلاقة مع الأم: تصفها الأم بالعلاقة الجيدة، حيث أنهما يتبادلان مشاعر الحب، كما تقول الأم أنها الابنة الوحيدة، لذا فهي تميل لها أكثر من إخوتها الذكور وتكثر من تدليلها.

المشكلات السلوكية للحالة (إ): التبول اللاإرادي.

الصحة العضوية للحالة (إ):

الحالة (إ) سليمة من الناحية العضوية حيث أن كل التحاليل والفحوصات الطبية أثبتت ذلك.

التعرف على الظروف التي ظهر فيها التبول:

تصف الأم الظروف التي ظهر فيها التبول بالغامضة والمجهولة بالنسبة لها ولوالد الحالة (إ) حيث صرحت أن الحالة لم يسبق لها أن تبولت ليلاً وأنها لم تجد صعوبة في تعليم الحالة (إ) كيفية ضبط مثانتها والتبول في المكان الصحيح في طفولتها، كما أن الحالة (إ) تعيش في ظروف أسرية ومعيشية حسنة ولهذا لا ترى أي سبب لتبولها. حاولت الباحثة معرفة منذ متى عاودت الحالة (إ) التبول فأجابت الأم أنه كان بعد شهرين تقريباً من دخولها للمتوسطة، كما أشارت الأم إلى أن شكوكها موجهة نحو التأقلم مع الحياة الدراسية الجديدة.

نوع التبول: تبول ليلي، وفي مرات نادرة نهارياً.

تواتره في الأسبوع: يومين إلى ثلاث مرات بالأسبوع.

تقديم الحالة:

- بدينة وقصيرة القامة بعض الشيء.
- بشرة بيضاء.
- هندام نظيف، مع وجود تناسق في الألوان.

وصف السلوك الراهن للحالة:

- خجولة نوعاً ما.
- اتصال شبه سهل.
- منطوية بعض الشيء.

● ملخص الجلسة الأولى: 07 جانفي 2014، مدتها 60 دقيقة.

تمّ في هذه الجلسة لقاء الحالة (إ) للمرة الأولى، حيث تمّ الترحيب بها وخلق لها جو من الراحة والاطمئنان، بدأ على الحالة التوتر والخجل الشديد من الباحثة ولهذا حاولت الباحثة التودد إليها بمدحها ثم سألتها عن اسمها لتتمكن من التحوار معها ولتكسب ثقتها حيث أن الهدف الأساسي من الجلسة الأولى هو بناء علاقة علاجية أساسها الراحة والثقة.

شيئا فشيئاً، أصبحت الحالة (إ) أكثر ارتياحاً وبدأت تتبادل أطراف الحديث مع الباحثة حول علاقتها بأخويها، ومع والديها، علاقتها بأصدقائها وأقاربها، انتقلت الباحثة بعد ذلك إلى تسليط الضوء على حياة الحالة (إ) المدرسية وحاولت معرفة كيفية تعاشيها مع النظام الدراسي الجديد وما هي طبيعة علاقتها بزملائها وأساتذتها، فوصفت الحالة (إ) حياتها الدراسية بالعادية وأن ليس لها صعوبات في الدراسة ولا مشاكل مع الأساتذة

وأنها تحبهم وتحترمهم كثيراً لكن مشكلتها في علاقتها بزميلاتها في المدرسة اللواتي يشتمنها في القسم " بالسمنية " و " البوفة " و " النفيخة " وغير ذلك، و عندما تحاول الرد عليهم يضربونها في الساحة أو بعد الخروج من المتوسطة، تقول الحالة (إ) أن هذا أصبح يزعجها كثيراً، كما أنها تشعر بالوحدة فليس لها زميلات، وأصبحت تخجل من نفسها وتشعر بالخوف منهن، صرّحت الحالة بهذا بعد خروج أمها وطلبت الباحثة إخفاء الأمر سرّاً، حاولت الباحثة طمأنة الحالة، كما بينت لها أن دورها الأساسي يكمن في مساعدتها في حل مشاكلها وأنهما معاً سيتمكنان من ذلك، كما أكّدت لها مبدأ السرية لزيادة ثقتهما بها.

ثم انتقلت الباحثة إلى الحديث عن مشكلة التبول الليلي وشرحت للحالة (إ) وبشكل مبسط فيزيولوجية التبول، كما أعطت للحالة جدولاً لتسجيل الأيام الجافة والمبللة لأسبوع كامل، وذلك لتقييم تواتر التبول لديها.

تحليل محتوى الجلسة الأولى:

تبين من خلال هذه الجلسة أن مشاكلها مع زملائها في المتوسطة هو بسبب توترها وانزعاجها، كما أن شتمهم وضربهم لها جعل ثقة الحالة (إ) بنفسها تتدنى، وتقديرها لذاتها أيضاً، كل هذه الأمور أثرت سلبياً على التوافق النفسي للحالة وساعدت في ظهور مشكلة التبول لديها.

● ملخص الجلسة الثانية: 14 جانفي 2014، مدتها 45 دقيقة.

حاولت الباحثة في هذه الجلسة تدعيم الأهداف السابقة المتمثلة في بناء علاقة علاجية أساسها الثقة والطمأنينة، ثم قامت بالإطلاع على نتائج التقييم الأولي لتواتر التبول فوجدت أن الحالة تبولت مرتين في الأسبوع ليلاً ومرة بعد خروجها من المتوسطة في منتصف النهار.

حاولت الباحثة التعرف على سبب تبول الحالة في النهار فأجابته الحالة أنها لم تستطع ضبط مثانتها لأنها لم تدخل المرحاض فالصباح قبل ذهابها إلى المتوسطة.

قدمت الباحثة للحالة (إ) الدفتر الخاص بها للمراقبة الذاتية وشرحت لها كل ما هو مدون فيه، كما عرفتھا بطريقة القيام بالتسجيلات وأكّدت لها على أهمية المراقبة الذاتية وآلية مراجعتها، واستعملت الباحثة الإيحاء بالتحسن لتدعيم التوقعات الفعالة باستخدام الإيحاء الكلامي، كما استعملت الباحثة النمذجة الرمزية لتزيد من ثقة الحالة (إ) بنفسها وتزيد من عزيمتها في إتباع الخطوات العلاجية.

طلبت الباحثة من الحالة (إ) بعد ذلك الخروج من المكتب للسماح لها بالتحدث مع الأم على انفراد.

بعد خروج الحالة (إ)، شرحت الباحثة للأم الواقع الدراسي الذي تعيشه ابنتها، كما طلبت منها معالجة المشكلة مع أولياء زملائها ليكفوا عن مضايقتها، والتقرب من ابنتها ومحاكاتها لتتمكن هذه الأخيرة من إخبارها بما يحدث معها في الأيام القادمة، كما طلبت الباحثة من الأم تعزيز ثقة ابنتها بنفسها وجعلها تمارس رياضة مثلا للتخفيف من وزنها والانتباه أكثر لغذائها.

طلبت الباحثة من الأم أيضا أن توقظ ابنتها على الساعة الواحدة والخامسة بعد منتصف الليل ونبهتها أن تكون الحالة (إ) في حالة يقظة تامة عند ذهابها للمرحاض، وكما تطرقت معها إلى موضوع التعزيز الإيجابي والسلبي لنتائج الحالة (إ) في تقنية المراقبة الذاتية.

أكّدت أم الحالة (إ) أنها ستقوم بدورها كوكالة علاجية على أكمل وجه وأنها ستتابع كل التعليمات والنصائح التي أسديت إليها من قبل الباحثة حول العلاج و التعامل مع الحالة في حالة ما إذا تبولت ليلاً.

تحليل محتوى الجلسة الثانية:

أبدت الحالة (إ) وأمها خلال هذه الجلسة إرادتهما ورغبتهما في المساهمة بالعلاج. كما حاولت الباحثة حل المشكلة التي تكمن وراء التبول لدى الحالة (إ) من خلال إطلاع الأم بها لتعالجها ودّيا مع أهل زملاء ابنتها.

تأكيد الأم على لعب دورها يجعل تنبأت الباحثة ايجابية حول نتائج العلاج، حيث أن دور الأم ومساهمتها فعال في هذا البرنامج .

• ملخص الجلسة الثالثة: 28 جانفي 2014، مدتها 45 دقيقة.

تمّ الاطلاع في هذه الجلسة على النتائج التي حصلت عليها الحالة خلال أسبوعين متتالين والتي بينت أن تواتر الحالة (إ) في الأسبوع الثالث من العلاج كان مرتين خلال الأسبوع، وفي الأسبوع الرابع بمعدل مرة واحدة، أي أن الحالة استطاعت تحقيق التحسن بإتباع الخطوات العلاجية. تطرقت الباحثة بعد ذلك إلى الحديث عن زملائها فقالت الحالة أنهم تركوا أمر مضايقتها بعد أن تحدثت الأم مع أهاليهم، كما ذكرت الحالة (إ) أنها أخبرت أمها عن ما كان يحدث بينها وبين زميلاتها من مشاكل مما يدل على توطيد الأم لعلاقتها بابنتها.

طلبت الباحثة من الأم مواصلة دورها ومواصلة تعزيز نتائج ابنتها، كما طلبت من الحالة الاجتهاد أكثر لتحقيق هدفها وهذا بعد تشجيعها على التحسن الذي آلت إليه.

تحليل محتوى الجلسة الثالثة:

من خلال هذه الجلسة تبين أن توطيد العلاقة بين الأم وابنتها وإشعار الأم ابنتها بالثقة والحب والتقرب إليها جعل الحالة (إ) تناقش مشكلتها معها وتطلب منها المساعدة في إيجاد الحل، كما أن تعزيز الأم لنتائجها في المراقبة الذاتية وتدعيمها لها جعلها تتشجع لتحقيق التقدم، وتدني معدل تواتر تبولها في الأسبوع.

• ملخص الجلسة الرابعة: 11 فيفري 2014، مدتها 40 دقيقة.

بعد الاطلاع على النتائج التي حصلت عليها الحالة (إ) تبين أنه بتخطي الحالة (إ) مشاكلها في حياتها الدراسية وبتوطيد علاقة أمها بها، وتعزيز نتائجها تمكنت الحالة (إ) من تحقيق النظافة التامة خلال الأسبوع الخامس من العلاج وتدني تواتر التبول إلى يوم واحد خلال الأسبوع السادس من العلاج.

بينت الباحثة للحالة (إ) أن هذه النتائج لا تعتبر نتائج نهائية ويجب مواصلة العلاج وإتباع خطواته والتعليمات المنشودة للحفاظ على نفس النتائج في مدة العلاج وبعدها.

كما طلبت الباحثة من الأم مواصلة لعب دورها وتعزيز نتائج ابنتها للوصول إلى الهدف المنشود.

تحليل محتوى الجلسة الرابعة:

بارتياح الحالة نفسياً وبتلقيها التعزيز والتدعيم، استطاعت إعادة كسب ثقتها بذاتها وتحقيق هدفها المتمثل في الحفاظ على النظافة.

● ملخص الجلسة الخامسة: 25 فيفري 2014، مدتها 40 دقيقة.

بعد الترحيب بالحالة (إ) ووالدتها، ثم الاطلاع على النتائج التي حصلت عليها الحالة (إ) خلال الأسبوعين المنصرمين في تقنية المراقبة الذاتية التي تبين من خلالها أن الحالة استطاعت أن تحافظ على نظافتها لمدة أسبوعين متتالين، شجعت الباحثة الحالة على التقدم الذي آلت إليه وسألتها إذا كانت تلقت مكافأتها من قبل والديها وما هو تقييمها للخطوات العلاجية التي اتبعتها، فأجابت الحالة (إ) بالعبارات التالية: (واه شراولي قش شباب ودخلتني ماما ندير sport في السبيطار معاها، لخطر اش دايرينلهم تماك la salle de sport وبالنسبة للعلاج ما جاو نيش الخطوات قاع صعاب، وماما كانت تنوضني في الليل باش نروح les toilettes وتعطيني الماء باش نشرب كيما قلتلي ومين ماتكونش معايا papa يعطيني ويفكرني، وعجبني الدفتر التاعي وهذا ماكان).

أكدت الباحثة لكل من الأم والحالة (إ) أنهما إذا واصلتا التعليمات وتابعوا الخطوات العلاجية حتى بعد انتهاء فترة العلاج ستكون النتيجة نفسها خلال فترة المتابعة وبعدها شكرت الأم الباحثة وأبدت لها فرحتها وسعادتها بنتائج ابنتها فقامت الباحثة بشكرها أيضا لأنها قامت بدورها على أكمل وجه واتبعت كل النصائح والإرشادات، كما شجعته على مواصلة ذلك حتى تتحسن ابنتها نهائيا.

تحليل محتوى الجلسة الخامسة:

من خلال هذه الجلسة تبين أن تعاون الأب والأم في مساعدة ابنتهما على انجاز الخطوات العلاجية المطلوب منها إتباعها وتشجيعهما لها جعلها ترغب في العلاج وتزيد من ثقتها بنفسها وهذا يظهر في عبارات الحالة: (ماما تنوضني... وتعطيني الماء كيما قلتني... ومين ما تكونش معايا papa يفكرني باش نشرب ويعطيني الماء)

وهذا يدل أن أهمية التعزيز والتدعيم في هذا البرنامج العلاجي ذو فعالية كبرى

● ملخص الجلسة السادسة: 25 مارس 2014، مدتها 20 دقيقة.

خصصت هذه الجلسة بعد شهر من انتهاء العلاج حيث كانت هذه الفترة فترة متابعة للكشف عن الانتكاس.

بعد الترحيب بالحالة التي أنتت برفقة والدها تبين أن الحالة استطاعت أن تحافظ على النظافة الكاملة في الأسبوع الأول من فترة المتابعة لتتنكس بعد ذلك في الأسبوع الثاني والثالث بتبولها مرتين ليلا ثم تكتسب نظافتها من جديد خلال الأسبوع الأخير من

المتابعة، وهذا ما أشعرها هي ووالديها بالسعادة، حيث قام الأب بمدح ابنته خلال الجلسة وبيّن مجهوداتها في إتباع التعليمات، كما صرّح أن مشاكلها الدراسية كانت تؤثر على مزاجها أيضاً لكن بمجرد أن قاموا بحلها أصبحت الحالة جد مرتاحة في البيت وعند ذهابها إلى المتوسطة، حيث صرّح الوالد أنه خلال الأسبوعين الثاني والثالث من فترة المتابعة أعادت زميلتيها الكرة وقامت بضربها خارج المتوسطة وعند إخبار الحالة (إ) ما حدث لوالديها قررا التدخل والاتصال مباشرة بأولياء الزميلتين لمناقشة الأمر بينهما بطريقة جدّية، كما قام الوالد بتغيير القسم لابنته لأنها لم ترغب في تغيير المتوسطة، بعد هذا الحادث اضطربت الحالة قليلا لكنها سرعان ما أعادت ثقتها بنفسها، كما أن أولياء الزميلتين أخذوا الإجراءات اللازمة مع ابنتيهما.

شجعت الباحثة الحالة (إ) على مواصلة إتباع النصائح التي أسدتها إليها، كما شكرت والدها على مساهمته في العلاج هو ووالدة الحالة (إ) وطلبت منه مواصلة تدعيم ابنته لتبقى على نتائجها.

- استنتاج عام عن الحالة (إ):

هي طفلة تبلغ من العمر 10 سنوات، كانت تتبول بمعدل ثلاث أيام في الأسبوع، بدأت أعراض التبول الليلي لديها بعد دخولها المتوسطة، تبين من خلال الجلسات مع الحالة (إ) أن سبب انتكاسها راجع إلى علاقتها بزميلاتها في المتوسطة، اللواتي كن يشتمنه بسبب بدانتها وعندما تقوم بالرد على نفسها يقمن بضربها، هذا ما جعل الحالة تشعر بالخوف منهن، وأصبحت لا تشعر بالراحة في حياتها الدراسية، كما أن شتم زميلاتها لها جعل تقديرها لذاتها ينخفض وثقتها بنفسها أيضاً، كما أن الحالة (إ) لم تتجرأ على إخبار والديها بالمشاكل الدراسية التي كانت تعرقلها كل يوم، ومنه طلبت الباحثة من الأم أن توطد علاقتها بابنتها وتشعرها بالراحة وتساؤها عن حياتها المدرسية ليتمكنوا من حل هذه المشكلة معاً، قامت الباحثة بشرح المشكل للحالة (إ) واتخذت الإجراءات اللازمة لعلاج الحالة (إ) ببناء برنامج وخطوات علاجية تساعد الحالة (إ) على الحدّ من مشكلة التبول لديها.

باتخاذ الأم الإجراءات اللازمة في حل مشكلة ابنتها مع زميلاتها وبمساعدها وتشجيعها على إتباع الخطوات العلاجية وتعزيز نتائجها الايجابية والسلبية جعلها تتحسن وتتمكن من السيطرة على نفسها والحفاظ على نظافتها حتى في فترة تقييم العلاج.

ب- تحليل ومناقشة النتائج:

تبين من تحليل النتائج، بعد اختبار الليالي النظيفة بمتابعة معيار للتحسن، ما هو مبين في الجدول التالي الذي يشير إلى عدد مرات التبول الأسبوعية لكل حالة خلال فترة الدراسة.

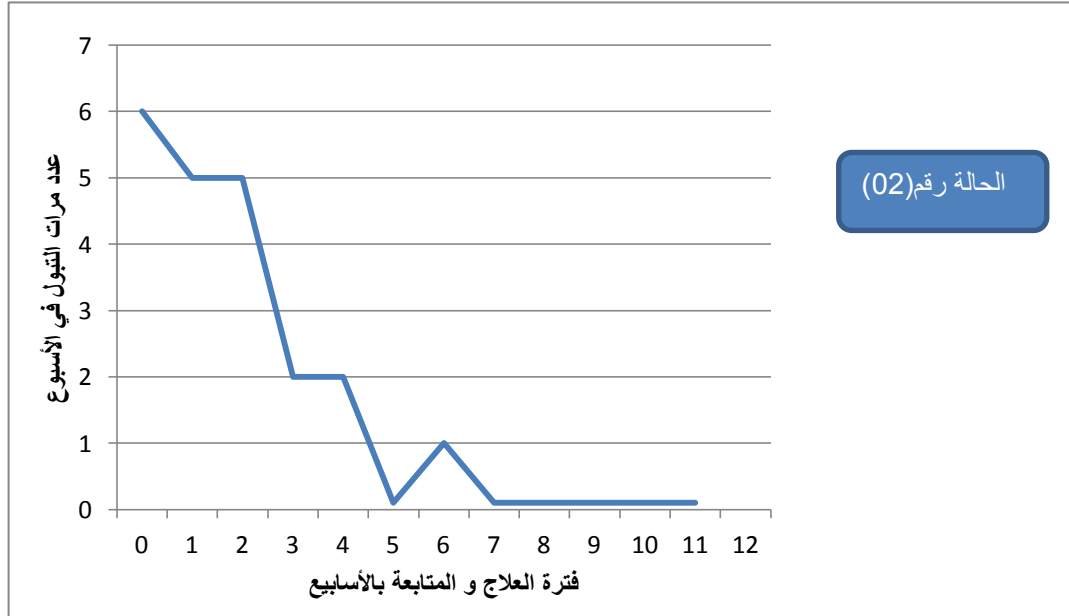
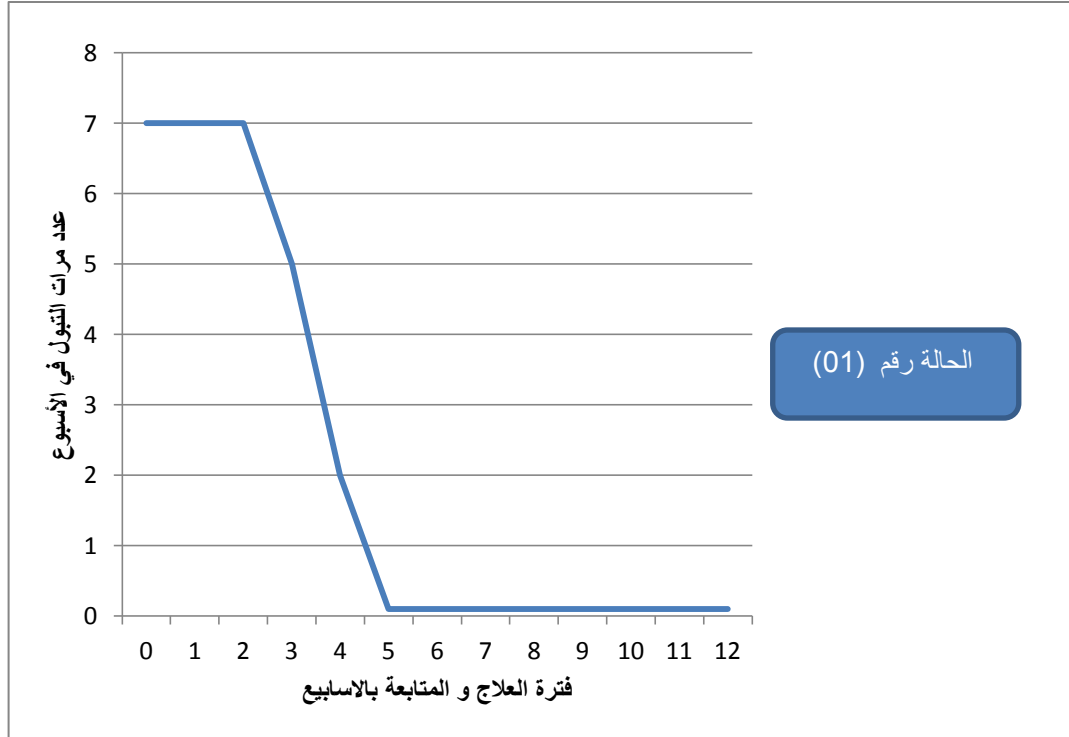
عدد مرات التبول في أسابيع التقويم	أسابيع المعالجة								عدد مرات التبول الأسبوعية قبل العلاج	الجنس	رقم الحالة
	8	7	6	5	4	3	2	1			
-	-	-	-	4	3	5	5	7	7	أنثى	1
-	-	-	1	-	2	2	5	5	6	أنثى	2
-	-	-	-	-	-	5	5	7	7	ذكر	3
-	-	-	-	-	2	5	7	7	7	أنثى	4
2،2،1،2	1	2	3	2	-	2	3	3	4	ذكر	5
(-)،2،2،(-)	-	-	1	-	1	2	2	2	3	أنثى	6

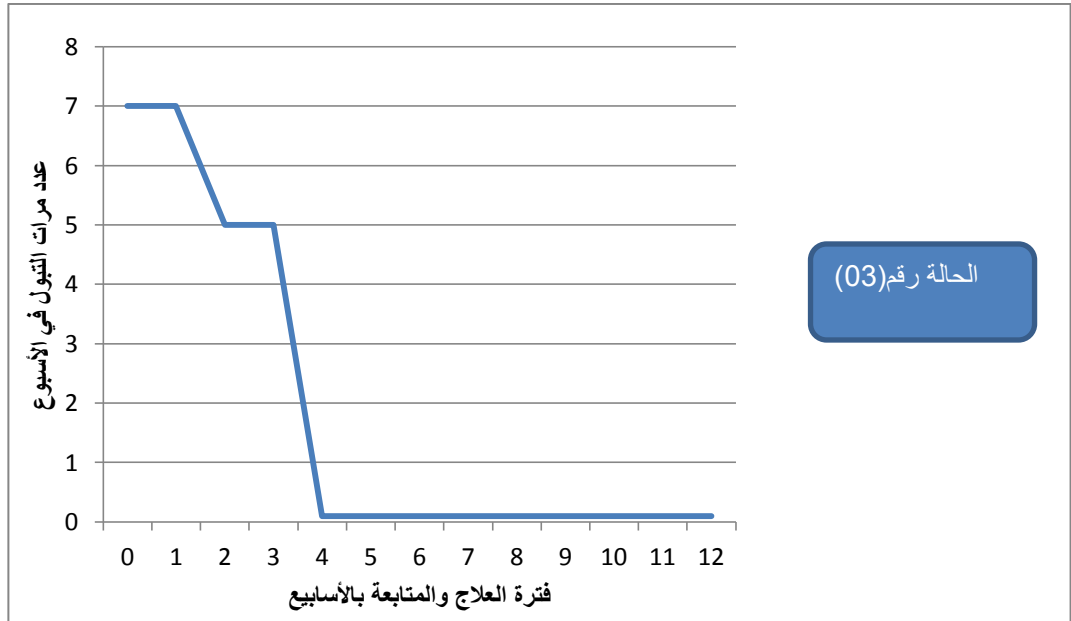
- يتضح من هذا الجدول سير تقدم عملية العلاج لكل حالة حيث يظهر أن خمساً من الحالات الست التي خضعت للمعالجة، أي بنسبة 83,3% استطاعت أن تصل إلى النظافة الكاملة في الأسبوع السابع من العلاج، وثلاث منهم كانوا قد توصلوا إلى النظافة فالأسبوع السادس من العلاج أي بنسبة 50%، واستمرت هذه الحالات الخمس نفسها خلال الأسبوع الثامن من العلاج، أما في فترة التقويم والمعالجة فلقد انتكست الحالة رقم (05) في الأسبوع الثاني والثالث من هذه الفترة، أما الحالات الأربع بقيت على حالها.

- تعتبر هذه النسبة مقبولة جداً إذا ما أخذ بعين الاعتبار قصر فترة العلاج التي لم تتجاوز 08 أسابيع، وهذا وقد شذت الحالة الخامسة عن بقية الحالات حيث استمرت تلك الحالة بالتبول وب نفس المعدل تقريباً خلال فترة المعالجة وما بعدها، وفي نظرة مقارنة لعدد مرات التبول في أسبوع ما قبل العلاج مع عدد مرات التبول في أسبوعي التقويم، يظهر أن خمساً من الحالات الست التي خضعت للعلاج قد حققت تحسناً ملحوظاً يمكن أن

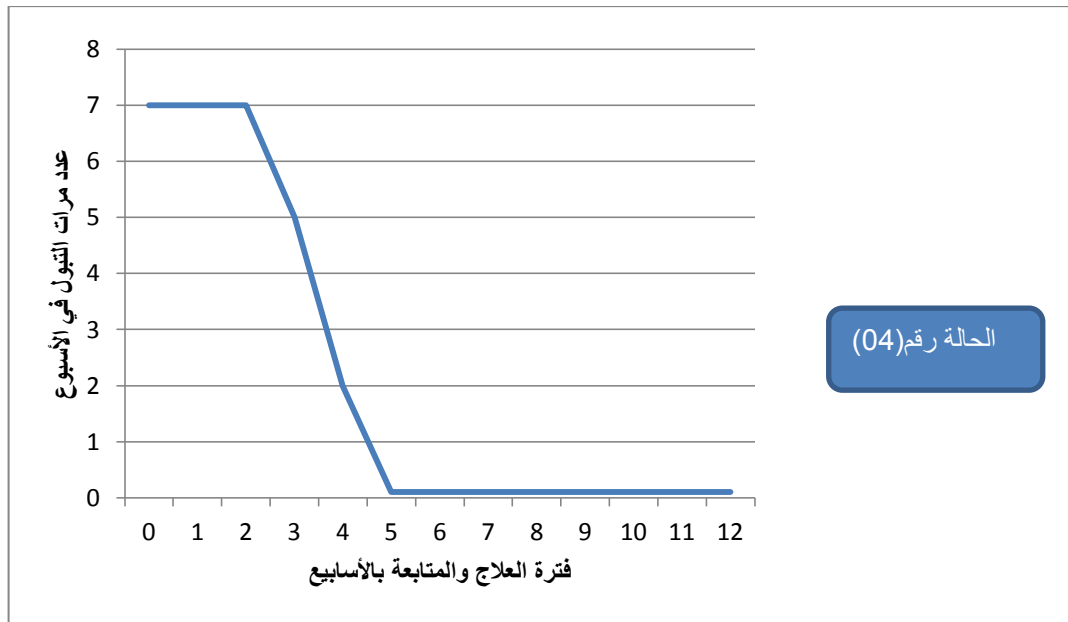
يظهر في الأشكال البيانية التالية والتي تُظهر مرّة أخرى سير عملية العلاج ومدى التحسن الناتج لدى كل حالة من الحالات خلال فترة الدراسة.

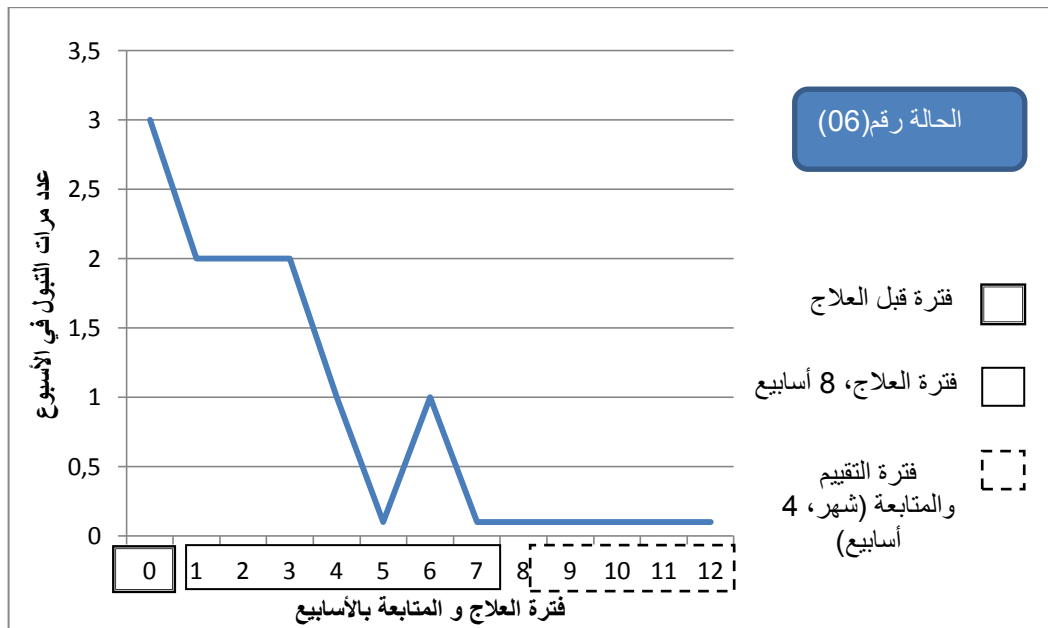
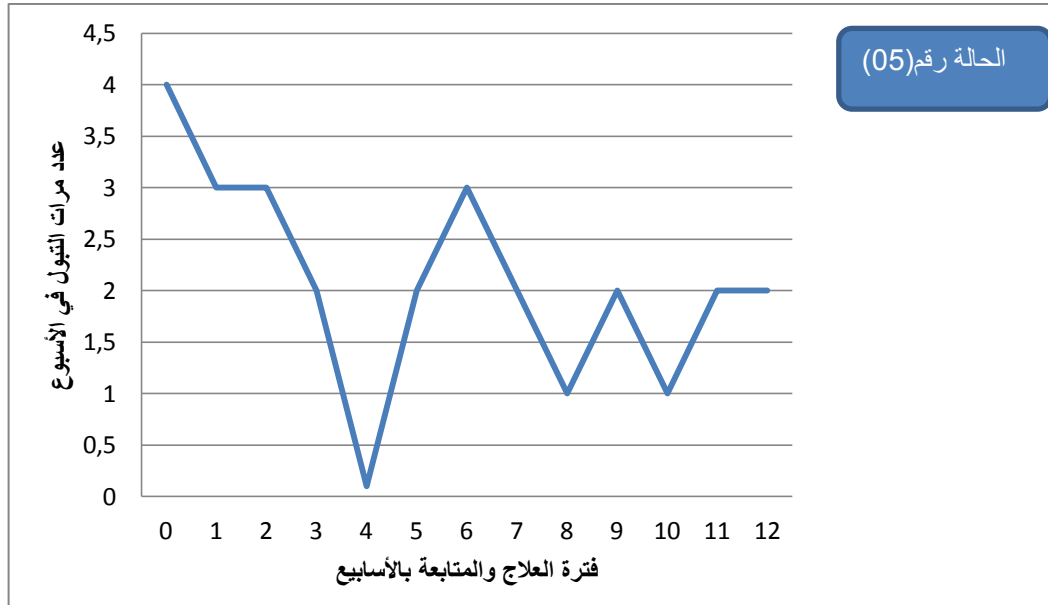
(المنحنيات التالية تبين عدد مرّات التبول في الأسبوع خلال فترة العلاج و فترة المتابعة)





(المنحنيات التالية تبين عدد مرّات التبول في الأسبوع خلال فترة العلاج و فترة المتابعة)





● المناقشة:

بالرغم من محددات الدراسة الحالية التي تتضح في قلة عدد المفحوصين، وقصر فترة المعالجة والاعتماد على مجموعة تجريبية واحدة، فإن نتائج الدراسة تؤكد إمكانية معالجة التبول اللاإرادي الناجم عن أسباب عاطفية نفسية بواسطة الإشراف المقرون بالتدريب المكثف فيما يتعلق بطبيعة الطعام وتناول السوائل والإرشاد النفسي للوالدين في طريقة التعامل مع أطفالهم في حالة التبول، وبالتأكيد على أهمية التعزيز، وذلك خلال فترة زمنية محددة وبنسبة عالية من التحسن.

أما فيما يتعلق بطول مدة المعالجة، فإنه بالرغم من تخصيص مدة 8 أسابيع للمعالجة، فإن معدل الفترة الزمنية التي حققت فيها المعالجة مستوى النظافة الكاملة على مدى أسبوعين متتالين فقد كان بمعدل 7 أسابيع وهي فترة لا بأس بها نسبياً.

لذلك فإن هذه الدراسة تؤكد ما أكدته معظم الدراسات السابقة التي أشرنا إليها سابقاً من حيث إمكانية معالجة التبول الوظيفي في فترة قصيرة ومحدودة وبمستوى عال من التحسن، إلا أن الفرق في هذه الدراسة ومعظم الدراسات السابقة أنها اعتمدت أسلوب الإشراف دون استعمال جهاز التبول وإنما باستعمال الساعة المنبه اعتماداً على تقدير الوقت الذي يحدث فيه التبول، كذلك فقد اختلفت هذه الدراسة عن غيرها في اعتمادها على التأكيد على التدريب المكثف بشأن تنظيم تناول السوائل في اليوم وبشأن تناول الطعام الصحي والغير المدرّ للبول، والعمل مع المفحوصين في التأكيد على أهمية المعالجة وأثرها في حياتهم النفسية وتشجيعهم على القيام بتسجيلاتهم الخاصة بالمراقبة الذاتية اليومية والتأكيد للأولياء على أهمية التعزيز سواء الإيجابي أو السلبي لنتائج أبنائهم، كل هذا له أثر مباشر في تحقيق مستوى أفضل من العلاج، هذا ويجدر بالذكر أن الحالة الوحيدة التي لم تحقق تحسن ملحوظ خلال فترة العلاج هي حالة طفل في الثامنة من عمره، اعتاد والده أن يسيء معاملة أم الحالة، ما جعله يشعر بالقلق والخوف الدائمان، رغم قيام الأم بكل مجهوداتها وإتباعها لكل النصائح لمساعدة ابنها لم يتمكن هذا الأخير من تحقيق النظافة التامة رغم تدني تواتر التبول من أربعة في الأسبوع إلى يومين وهذا لغياب دعم الأب له وسوء الظروف الأسرية، مما قد يفسر عدم شفاء الحالة، أما انتكاس الحالة الخامسة في الأسبوع الثاني والثالث من فترة المتابعة، راجع إلى معاودة مشاكلها الدراسية التي كانت تخل بتوافقها النفسي وتؤثر عليها سلبياً وبمجرد التخلص منها تحسنت نتائجها.

أما فيما يتعلق بالانتكاس، فغيباه عند الحالات يعود إلى عدم توقف الاهتمام المباشر الذي كان يتلقاه الطفل خلال فترة المعالجة سواء من قبل الأسرة أم من قبل الباحثة، والتمكن

من حل مشاكلهم النفسية الكامنة وراء التبول الليلي لديهم. كما أن تطبيق نظام المعالجة لفترة زمنية أطول من الفترات التي اعتمدها بعض الدراسات السابقة فسح للحالات تكوين عادة الإيقاظ التلقائي وتفريغ المثانة والقدرة على الاحتفاظ.

• التحقق من فرضيات البحث:

من خلال التقييم العام لنتائج المقابلة العيادية نصف الموجهة ونتائج تقنية المراقبة الذاتية الخاصة بأفراد مجموعة بحثنا، توصلنا إلى مجموع النتائج التي ساعدتنا على اختبار الفرضيات مع كل حالة من الحالات ضمن خصوصياتهم.

• التذكير بفرضيات البحث:

- الفرضية الأساسية:

يعتبر العلاج السلوكي علاجاً فعالاً للتخلص من التبول الوظيفي لدى الطفل من (6 إلى 12 سنة).

أثبتت نتائج الحالات أنه تمّ تحقق هذه الفرضية، حيث تمكنت خمس حالات من أصل ستة أن تصل إلى النظافة الكاملة، أي نسبة 83,3% من الحالات حققت الفرضية العامة للدراسة، و هذا ما يتفق أيضاً مع نتائج الدراسة التي قام بها محمد صالح فالج مع مجموعة من الباحثين التي كانت نسبة التحسن فيها عند الأطفال موضوع الدراسة 77%، و نتائج الدراسة التي قام بها الدكتور سليمان الريحاني التي أثبتت إمكانية معالجة التبول اللاإرادي بإستخدام العلاج السلوكي في فترة قصيرة و بمستوى عال من التحسن، كما تتفق مع نتائج الدراسة التي قام بها الدكتور كلثم جبر محمد الكواري التي نصت على وجود فروق دالة معنوية بين ممارسة العلاج الأسري و العلاج السلوكي لصالح العلاج السلوكي في علاج مشكلة التبول اللاإرادي.

- الفرضيات الجزئية:

بالنسبة للفرضية الأولى المتمثلة في: " يمكن التخلص من التبول الوظيفي بعلاج المشاكل النفسية الكامنة وراءه " .

تحققت مع الحالات الست كلها حيث أنه بعلاج مشاكلهم النفسية، تحسّن توافقهم النفسي مما حفزهم وزاد من رغبتهم في العلاج.

أثبتت الحالة الخامسة صحة هذه الفرضية حيث أنها لم تستطع الوصول إلى إكتساب النظافة بسبب سوء الظروف الأسرية التي كانت تعيش فيها و التي كانت تؤثر سلباً على توافقها النفسي.

كما أثبتت الحالة السادسة صحة هذه الفرضية أيضا في الأسبوع الثاني، والثالث من فترة التقييم والمتابعة، حيث أنها انتكست لمعاودة مشاكل حياتها الدراسية واضطراب صحتها النفسية، وبمجرد معالجة هذه المشاكل اكتسبت نظافتها من جديد خلال الأسبوع الرابع من نفس الفترة، كما تتفق هذه النتائج مع نتائج بعض الدراسات السابقة والتي نذكر منها دراسة (الزراد، 1980)، دراسة (الزراد، للاف، 1984) و دراسة (ماسون و ريمبو، 1996) التي أثبتت أن الظروف البيئية السيئة وبالذات التفكك الأسري وعلاقة الطفل بوالديه تساهم في حدوث التبول اللاإرادي لدى الطفل ، كما أظهرت أن العلاقة السيئة بين الأبوين و المشاحنات تنعكس سلبا على نفسية الطفل و تؤدي إلى اضطراب سلوكه ، و أن العوامل الإجتماعية ،الإقتصادية،المدرسية و الصحية تهيئ إصابة الطفل بالتبول اللاإرادي.

أما بالنسبة **للفرضية الثانية:** " تعتبر تمارين تدريب المثانة للطفل المتبول وظيفياً فعّالة للتخلص من هذه المشكلة "

والفرضية الثالثة: " الأساليب العلاجية المستمدة من مبادئ الاشرط الإجرائي كالتعزيز الإيجابي والسلبى، الحث والتشكيل محرّكة لإرادة الطفل ومشجعة له "

والفرضية الرابعة: " تعتبر تقنية المراقبة الذاتية تقنية محفزة للطفل المتبول وظيفياً أثناء برنامجه العلاجي "

والفرضية الخامسة: " يعد البرنامج الإرشادي، وتدريب الأم كوكالة علاجية خطوة أساسية لنجاح البرنامج العلاجي السلوكي للطفل المتبول وظيفياً "

كلها قد تحققت وهذا واضح من خلال نتائج الحالات الخمس (1،2،3،4،6) التي اكتسبت النظافة التامة، بعد إتباعهم الخطوات العلاجية المذكورة في الفرضيات، ولدى الحالة رقم (5) التي تدنى تواتر تبولها من أربعة أيام إلى يومين في الأسبوع، حيث غياب تدعيم الأب لهذه الحالة وغياب تعزيزه لها جعلها لا تتمكن من الوصول إلى النظافة التامة ومنه كل هذه الفرضيات التي نصّت على أن تمارين تدريب المثانة، واستعمال التعزيز الايجابي والسلبى لتدعيم نتائج الحالات، وتقنية المراقبة الذاتية ولعب الأم دورها كوكالة علاجية، فرضيات تمّ التحقق من صحتها من خلال نسبة التحسن التي آلت إليها أفراد عينة الدراسة بعد إتباعها، و هذا ما أكدته أيضا مجموعة من الدراسات السابقة و التي نذكر منها : دراسة الدكتور (محمد صالح فالح، 1977) التي أثبتت أن برنامج سلوكي مكثف لتدريب المثانة على حفظ كميات أكبر من البول بالإضافة إلى أسلوب التعزيز المعنوي و المادي ذو فعالية في علاج مشكلة التبول اللاإرادي.

و نذكر أيضا الدراسة التي قام بها الدكتور كلثم جبر محمد الكواري التي نصت أن العلاج السلوكي بتكنيكي (التدعيم الإيجابي و التدعيم السلبي) ذو فعالية عالية في علاج التبول اللاإرادي و تخفيض عدد مرات حدوث التبول لدرجة الضبط الكامل.

● الاقتراحات والتوصيات ذات الصلة بالموضوع:

- زيادة وعي الأمهات حول مشكلة التبول الوظيفي وضرورة علاجها، لما يكمن وراءها من انعكاسات تؤثر سلباً على التوافق النفسي لأطفالهم.
- توعية الأمهات حول أساليب المعاملة مع الطفل المتبول وظيفياً، وحوّل طريقة علاج هذه المشكلة.
- زيادة وعي الأولياء حول أهمية الاستشارة النفسية والتقدم لها بحدوث المشكلة والابتعاد عن التأجيل.
- تقديم دروس خاصة بالتربية الصحية الغذائية للأطفال وهذا لتحسيسهم بطبيعة الأغذية التي يتناولونها وتأثيرها على صحتهم.
- زيادة الدراسات حول هذه المشكلة والتطرق إلى الانعكاسات النفسية التي تخلفها لدى الطفل كالقلق واحتقار الذات.

الخلاصة :

التبول الوظيفي لدى الأطفال هو حالة انسكاب البول بشكل لاإرادي سواءً عند الذكر أو الأنثى، تجاوز عمره الأربع سنوات، واستمر حتى الثامنة إلى الحادية عشر من عمره، وهو مشكلة تواجه الوالدين والمربين، وتسبب إزعاجات كثيرة للأسرة وتؤثر سلباً في الصحة النفسية للطفل، وعلاجها يتطلب علماً وبحثاً دقيقاً عن الأسباب الكامنة وراءه، وتعاوناً بين الأهل والطبيب والأخصائي النفسي.

وفي هذا البحث المتواضع تمّ التطرق إلى التعريف بطبيعة هذه المشكلة وعرض مدارس العلاج المختلفة والاختصاص في علاج واحد في محاولة علاجها، ألا وهو **العلاج السلوكي**.

حيث وضعنا في متناول الأم وطفلها خطوات علاجية تعتمد على فنياته، وعلى تقنية المراقبة الذاتية مجموعتين في دفتر خاص بذلك. وقد أثبتت نتائج الدراسة الحالية فعاليته في علاج هذه المشكلة لدى الأطفال من (06 – 12 سنة).