



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة وهران 2 محمد بن احمد

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس و الأطفونيا

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

تخصص: العلاجات النفسية

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج التبول اللاإرادي

تحت إشراف الأستاذة:

محرزي مليكة

من إعداد الطالبة:

عبد الوهاب سارة

السنة الجامعية 2014-2015

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



لكل بداية نهاية وما أجمل أن يهدي المرء أعلى ما يملك و الأجل أن نهدي الغالي للأعلى و
الذي قال فيهم رب العرش العظيم:

"..ولا تقل لهما أف ولا تنهرهما و قل لهما قولاً كريماً "

إلى لؤلؤة الفؤاد و منبع العف و الحنان

إلى من سقتني بأدعيتها و روتني بنصائحها و رضيت عني دائماً أمي ثم أمي ثم أمي

غلاء الدنيا : فتيحة أطل الله في عمرها

إلى من كان له الدعم المعنوي و المالي ولم يحاسبني يوماً و علمني روح المسؤولية و
الاعتماد على النفس إليك يا منبع الفخر والاعتزاز و المثال الكبير أبي بن طيبة أطل الله في

عمره

إلى من لم يكفوا عن السؤال على أحوالي في الدراسة فأمدني سؤالهم بالفرح و الثبات وما

حديثي إلا على إخواني، بوعزة ، هشام ، عبد الإلاه

و إلى كل باقي أسرتي و خاصة بنات خالي خيرة وعائشة الى مختارية

إلى من كنت لهم و كانوا لي رفاقاً في مشواري الدراسي و خاصة عائشة ، خديجة فردوس

،عالي و صديقتي زهرة ، بشرى، رشا.، سليمة ، عبلة ، ايمان.

إلى كل من ساعدني على فهم عملي و لم ييخل علي بالنصائح القيمة

و إلى كل من يعرفني

و إلى كافة دفعة العلاجات النفسية لسنة 2014-2015

كلمة شكر

يقول الرسول صلي الله عليه وسلم " لا يشكر الله من لا يشكر الناس " .

بداية أشكر الله عز وجل على توفيقه في اتمام هذا البحث العمل المتواضع شكرا يليق بعظمته و جلاله، كما أدعو الله سبحانه وتعالى أن ينال هذا الجهد القبول والرضا، كما يقتضي الواجب ان أذكر فضل من شجعني وساعدني علي إتمام هذا البحث.

كما أتقدم بخالص شكري وعظيم تقديري وامتناني إلي أستاذي الفاضلة محرزى مليكة، الذي أسعدتني بإشرافها علي هذه البحث ، فقد رافقني في الرحلة التعليمية، وجادت علي بإرشاداتها السديدة ، وتوجيهاتها المفيدة، فجازاها الله خير الجزاء.

كما وأتقدم بالشكر الخالص إلي الأستاذة طباس نسيمه علي دعمها وتشجيعها وتوجيهها المتواصل طيلة البحث فهي لم تبخل علي بنصائحها فلها مني أسمى عبارات الشكر والتقدير.

كما وأتقدم بالشكر والامتنان إلي أعضاء لجنة المناقشة علي تكريمهما بمناقشة المذكرة وتحملهم عناء قراءتها و لا شك أن ملحظتهم القيمة ستكون إترء للبحث .

الى كل الأساتذة الذين اشرفوا على تكويننا طيلة السنوات الدراسية، كما نتقدم بالشكر الخالص إلى كل من دراز خديجة العاملة في المكتبة المركزية و السيد محمد مختص في الإعلام الآلي .

هؤلاء من ذكرتهم فشكرتهم أما من نسيتهم فهم أولى الناس بالشكر والعرفان

ملخص البحث:

الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي - التبول اللاإرادي - الحث الكلامي - الاسترخاء - المراقبة الذاتية.

انطلقت إشكالية البحث من التساؤل التالي: ما مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج التبول اللاإرادي؟ ، وللإجابة على الإشكالية المطروحة قمنا بصياغة الفرضية التالية للعلاج المعرفي السلوكي تأثير إيجابي على الأطفال المتبولين لا إراديا، كونه يساعدهم للتخلص من هذه الظاهرة.

وباستخدام المنهج العيادي بأدواته المختلفة، طبقت الدارسة برنامجا علاجيا متكونا من التقنيات المعرفية السلوكية (الاسترخاء، الواجبات المنزلية، المراقبة الذاتية، الحث الكلامي) على حالة واحدة.

وتم تشخيص الحالة وفقا لمعايير DSM/IV واستخدم هذا المقياس التشخيصي كقياس قبلي وبعدي للتأكد من مدى استجابة الحالة لأبعاد هذا البرنامج.

كما طبق عليها اختبار فحص الهيئة العقلية قصد رصد المعلومات التي يتطلبها هذا النوع من العلاج الذي يتركز على ثلاث محاور: (الأفكار والعواطف والسلوكيات).

وقد استغرقت الدراسة التطبيقية نحو 4 اشهر بواقع جلسة واحدة كل أسبوع لمدة ساعة تقريبا في ثمانية جلسات علاجية وشهر للمتابعة، من أجل التعرف على مدى الاستفادة من العلاج وعدم حدوث انتكاسة.

وقد ساعد البرنامج في التخفيف من التبول اللاإرادي حيث ظهر التحسن أثناء تطبيق الجلسات العلاجية وبعدها.

Abstract

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy - Bedwetting - Verbal Prompting - Relaxation - Self-monitoring.

This Search launched by a problematic from the following question:-

What is the effectiveness of the Cognitive Behavioral Therapy in alleviating the Bedwetting?

And as an answer to that, we have formulated the following hypothesis: Treating by the Cognitive-Behavioral therapy has positive impact on the Bedwetting children, and help them to get rid of this phenomenon.

By using the Clinical approach and his different tools, this study applied a treatment program consisting of the following Cognitive Behavioral Techniques (Relaxation, Homeworks, Self-monitoring, Verbal prompting) in a case study.

It was diagnosed according to the Diagnostic criteria of *DSM / IV*, it was a scale used as a measure (before and after) the application of this program to make sure of the extent of the response situation in to the dimensions of it.

The test applied by the Commission in order to examine the Mental Monitoring information required by this type of treatment which is based on three pillars:- (Thoughts, Emotions and Behaviors).

The Applied study took about 4 months by almost one session in the week, for one hour of each and a follow-up in month, in order to identify the extent of benefit from treatment and the lack of a setback.

And the program has helped in alleviating the bedwetting, where improvement appeared during the application of therapy sessions and beyond.

قائمة محتويات

أ	البسمة.....
ب	الإهداء.....
ت	كلمة الشكر.....
ث	ملخص البحث.....
ج	قائمة المحتويات
01	مقدمة

الجانب النظري

الفصل الأول: مدخل الى الدراسة

04	إشكالية البحث.....
06	فرضية البحث
06	أهمية البحث.....
07	أهداف البحث.....
07	تعريف المفاهيم الإجرائية.....

الفصل الثاني : العلاج المعرفي السلوكي

09	تمهيد
10	تاريخ العلاج المعرفي السلوكي.....
12	تعريف العلاج المعرفي السلوكي
12	مصطلحات.....
12	أ.سلوك.....
13	ب. معرفة.....
13	ج. الانفعال.....

14.....	مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
15.....	مراحل العلاج المعرفي السلوكي
17.....	أساليب المعرفية السلوكية
19.....	أهداف العلاج المعرفي السلوكي
20.....	خلاصة

الفصل الثالث: التبول اللاإرادي:

21.....	تمهيد
22.....	تعريف التبول اللاإرادي
22.....	أ. تعريف التبول
22.....	ب. تعريف اللاإرادي
22.....	آلية التبول اللاإرادي
23.....	ج. أشكال التبول اللاإرادي
24.....	أسباب التبول اللاإرادي
26.....	التشخيص
26.....	أ. التشخيص العيادي للتبول اللاإرادي وفقا لمعايير DSM4
27.....	ب. التشخيص الفارقي
27.....	ج. مسار المشكلة ومآلها
28.....	العلاج
28.....	العلاج الطبي
28.....	العلاج النفسي السلوكي
30.....	خلاصة

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية

- 31..... المنهج الدراسة.
- 31..... 1- تعريف المنهج العيادي أو الإكلينيكي.
- 32..... 2- أدواته
- 32..... 1-2 الملاحظة العيادية.
- 32..... 2-2 المقابلة العيادية.
- 33..... 3-2 اختبار فحص الهيئة العقلية.
- 34..... 4-2 دراسة الحالة.
- 34..... 3- الحدود المكانية و الزمانية للدراسة.
- 35..... 4- تقنيات العلاجية المستخدمة.

الفصل السادس: تقديم الحالة

- 40 التقرير السيكولوجي للحالة.

الفصل السابع: عرض نتائج البحث

- 60..... عرض النتائج ومناقشتها.
- 62..... الخاتمة.
- 63..... توصيات و اقتراحات.

المراجع

الملحق

مقدمة:

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم مراحل تكوين ونمو شخصية الفرد حيث يكتسب فيها المعارف و السلوكات و المهارات حياتية التي تستمر معه طيلة فترات عمره لدى فقد أولى العلماء من كافة الميادين النفسانية والتربوية وغيرهم هذه المرحلة أهمية خاصة حيث حاولوا تشخيص وعلاج مختلف إضطرابات التي تصيب الأطفال في هذه المرحلة ومن بين هذه الإضطرابات في تلك المرحلة نجد التبول اللاإردي الذي يعتبر أحد المشاكل الشائعة بين الأطفال مسببة حرجا وعدم الراحة للطفل بالإضافة الى قلق والديه عليه الأمر الذي يؤدي الى مشكلات غير تكيفيه و علائقية عدة لأن تنظيم التحكم في انسياب البول يعد من الخطوات الإنمائية الهامة في تاريخ النمو النفسي للطفل ذلك لأن تنظيم أو ضبط البول ليس أمرا أليا إنما هو أمر يتم بناء على تداخل عدة عوامل مما قد يكون لكل منها دوره في تكوين هذا الإضطراب.

ومن بين العلماء اللذين تناولوا هذا الإضطراب النفسانيون العياديين مستخلصين طرقا علاجية عدة مبنية على أسس نظرية متفاوتة لعل من بين أهمها العلاج المعرفي السلوكي إذ أن كلثوم بلميهوب أشارت ان عدة بحوث في مختلف البلدان بينت أهميته العلمية فقد تحصل بيك Beck صاحب النظرية المعرفية في 2005 على جائزة تعادل جائزة نوبل للعلوم الفيزيولوجية و اعتبر من بين أفضل خمس شخصيات مؤثرة في أمريكا لما لنظريته من قيمة علمية و اكلينيكية وقد اخترت في عدة بحوث إلى درجة أن بعض البحوث أكدت تساوي التدخل الطبي الكميائي مع العلاج المعرفي السلوكي في علاج العديد من الإضطرابات النفسية بل أن كوترو cottraux ذهب إلى أن هذا النوع من العلاج قد تفوق على العلاجات النفسية التقليدية خاصة العلاج التحليلي و العائلي و النظامي

مما يجعلنا نتساءل عن النتائج التي يمكن أن يحققها في علاج التبول اللاإرادي وإن كانت قد أثبتت الدراسات السابقة ذلك , فقد شهد العلاج النفسي تطورات هامة فمند الخمسينات بدأ منظور التحليل النفسي في الأنحسار فاسحا المجال لنماذج جديدة اثبتت فعاليتها في علاج الكثير من الإضطرابات النفسية ولعل أهم النماذج النموذج الإنساني و النموذج السلوكي و النموذج المعرفي هذا الأخير الذي ما فتى يثبت فعاليته في علاج مختلف الإضطرابات النفسية مما ساعد على إنتشاره في مختلف دول العالم نظرا لما يتميز به من قابلية للقياس وإمكانية اخضاعه للمنهج العلمي لتقييمه بالإضافة إلى أنه لا يتطلب وقتا طويلا فهو مقصد للجهد والمال كما أن المريض يستطيع بسهولة فهمه فهو غير معقد¹

كما أشار محارب أن هذا الاسلوب العلاجي يحاول دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك و مع الجوانب المعرفية لطلب المساعدة بهدف احداث تغييرات مطلوبة بالإضافة الى ذلك يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض و بالسياق الاجتماعي مع من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية و سلوكية و انفعالية و اجتماعية و بيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه و هكذا فان الاسلوب المعرفي السلوكي يشمل على علاقة المعرفة و السلوك بالحالة الوجدانية للفرد و بأداء الفرد في السياق الاجتماعي الذي يعيش فيه فالعلاج المعرفي السلوكي أستطاع من خلال اهتمامه بالأفكار و المشاعر تضيق الفجوة بين العلاج السلوكي الصرف وبين العلاجات الديناميكية معتمدا في ذلك على فنيات مبنية على أساس عملية قابلة للتطبيق و التقويم.²

وبناء على ما سبق ولمعالجة موضوعنا وللإجابة عن تساؤلاتنا يجدر الإشارة إلى أن الدراسة تتضمن على جزأين النظري والتطبيقي وكلاهما مكمل للأخر, فالجزء النظري يتضمن على ثلاثة فصول وهي:

كلثوم بلميهوب2014: تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الإضطرابات (DGRSDT.CRASC) Edition, ص09 النفسية,¹

² ناصر المحارب 2000: المرشد في العلاج الإستعرفي السلوكي , دار الزهراء , الرياض, ص3-1

الفصل الأول ويشتمل في مدخل إلى الدراسة الذي التطرق إلى الإشكالية و الفرضيات وأهمية و أهداف البحث ثم إلى التعريف بالمفاهيم الإجرائية , أما الفصل الثاني فيشتمل على مفهوم التبول الإرادي بذكر أشكاله وأسباب ظهوره تشخيصه أما الفصل الثالث سوف نتطرق للعلاج المعرفي السلوكي بتعارفيه وتاريخه ومبادئه العلاجية ومراحله وأهدافه العلاجية.

أما الجزء التطبيقي فيضم هو الأخر ثلاثة فصول هي الفصل الرابع الذي سنتطرق من خلاله إلى منهجية البحث بذكر المنهج المتبع وأدواته لإجراء الدراسة الأساسية وشرح تقنيات متعلقة بتدريب و علاج التبول الإرادي و سنقدم في الفصل الخامس خطوات سير الجلسات العلاجية بتطبيق التقنيات التالية : الإسترخاء الواجب المنزلي ،المراقبة الذاتية ، الحث الكلامي وخصص الفصل لأخير لعرض النتائج المتوصل إليها ومناقشتها للخروج بإستنتاج يدعم أو يبطل فرضية البحث وفي الأخير سننهي بحت المتواضع الخاتمة تم باقتراحات وتوصيات.

الجانب النظري

الفصل الأول :

مدخل إلى الدراسة

إشكالية البحث :

تعقدت الحياة بشكل كبير و زادت ضغوطاتها والتوترات المصاحبة لها ، وانعكست بالتالي مشاكلها على الصغار قبل الكبار. لذا ركز العلماء على مشاكل تلك المرحلة المسماة ب(الطفولة)، وأوضحوا أن بعض مشاكل الكبار تعود في جذورها إليها، كالاضطرابات السلوكية ، وغيرها من الاضطرابات التي تطال الجانب الفكري وكذلك السلوكي.

ولعل التبول اللاإرادي من أهم المشاكل التي تواجه الأهل والمربين والأخصائيين النفسيين على حد سواء، حيث أثبتت الدراسات أن عددا كبيرا من الأطفال يعانون في كل المجتمعات من مشكلة التبول اللاإرادي، بحيث يتبول هؤلاء الأطفال في إثناء نومهم بالليل في سن كان ينتظر منهم أن يكونوا قد تعودوا على ضبط جهازهم البولي، و الاستيقاظ لتفريغ مثانتهم من البول³ ولا تطال هذه الحالة الأطفال من 15 حتى 18 شهرا أو أكثر بقليل، كونهم لم يكتسبوا بعد التحكم في وظائف الإخراج لديهم. إلا أن الإشكال في علاج التبول اللاإرادي عندما يكون هناك خروج لاإرادي ومتكرر للبول (أحيانا في النهار وغالبا في الليل) يحدث عند طفل أكثر من أربع سنوات و لا يعاني من أي خلل عضوي.

وقد ركز العلماء على العوامل النفسية التي تلعب الدور الرئيسي في المشكلة، وتم التحقق أن التبول اللاإرادي يظهر عند أطفال الآباء المطلقين أو عند دخول الطفل المدرسة⁴.

وفي دراسة قام بها دكتور خليل فاضل في دولة قطر تبين أن حوالي 37 % من الأطفال الذين تم الكشف عنهم وتناولهم موضوع البحث، قد كانوا يعانون من اضطرابات التبول اللاإرادي (سلس البول) كنتيجة

³ غالب الخلايلي (1989) " التبول اللاإرادي لدى الطفل "مجلة الثقافية النفسية – العدد 23-المجلد 07 بيروت لبنان ص113.

⁴ Sillamy,N(1996) :Dictionnaire de la psychologie ,Paris, bordas, P98

لضغط النفسىة والعصبىة التى تعرضوا لها⁵ ولعل هذه الإحصائىة المتعلقة بالتبول اللاإرادى تدعو إلى ضرورة الاهتمام بهذه الفئة الأطفال ومساعدتهم على تحقيق توازنهم النفسى، وبالتالى وصولهم إلى التكيف مع الذات ومع الآخرين.

وفى هذ الدراسة، قامنا بدراسة موضوع التبول اللاإرادى استنادا لعملنا فى عيادة متعددة الخدمات كأخصائىة نفسىة، ومن خلال ملاحظاتها فى الفترة الأخيرة التردد الواسع على العيادة الخاصة من الآباء مع أطفالهم المتبولين لاإرادىا، مع افتقار العىادات الواضح للبرامج العلاجىة الحدىثة، التى تعنى بالتكفل وعلاج هؤلاء الأطفال.

وقد اهتمت دراسات عدة بإضطراب التبول اللاإرادى و قام بها مختصون محاولىن تقديم تدخلات علاجىة نفسىة كانت هذه التدخلات العلاجىة مستندة على العلاج المعرفى السلوكى الذى لقى انتشارا واسعا فى صفوف المعالجىن المهتمىن بهذا الاضطراب و من الدراسات المتعلقة بهذا الجانب الدراسة التى قام بها من بينها الدراسة التى قامت بها الباحثة منصورى، حىة قامت بدراسة استطلاعىة على ثلاثىن حالة، واستغرقت عاما كاملا وكانت نتائج هذه الدراسة كالتالى: أن التبول اللاإرادى يرتبط بالقلق والتقدير المتدنى للذات، وأن القضاء على مشكلة التبول اللاإرادى يتطلب الاهتمام بالتبول نفسه وبالعوامل النفسىة المصاحبة أو المرتبطة به أى بالانعكاسات النفسىة للتبول اللاإرادى.

وكذلك دراسة الرىحانى عام (1981م) التى تناولت معالجة التبول سلوكىًا (دراسة تجرىبىة علاجىة هدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالىة مبسطة فى معالجة مشكلة التبول، عند عىنة تكونت من 6 أطفال من طلبة الابتدائىة والاعدادىة باستخدام أسلوب الاشرط المعتمد على إىفاظ الطفل قبل موعده تبوله المعتاد بحوالى نصف ساعة وإخضاع طفل الى نظام مكثف وتوصلت الدراسة إلى أن خمسًا من الحالات الست التى خضعت للمعالجة أى نسبة 83.5% استطاعت أن تصل إلى النظافة الكاملة فى الأسبوع الرابع من

خلىل فاضل (1994): الإضطرابات النفسىة لبعض تلامىد المرحلة الإبتدائىة فى دولة قطر، مجلة الثقافة النفسىة، العدد 17، المجلد 5 بىروت ص

العلاج. ونظرا لأهمية الظاهرة وما تعكسه على شخصية الطفل من آثار سلبية، ارتأينا إلى دراسة مشكلة التبول اللاإرادي باستخدام العلاج المعرفي السلوكي، كونه أحد أكثر العلاجات النفسية ناجحة، حيث تكمن ضرورة العلاج للأطفال الذين يعانون من اضطراب التبول اللاإرادي في إحداث تغييرات معرفية وسلوكية و انفعالية، وهو الأمر الذي يوفره هذا النوع من العلاج. من أجل مساعدتهم على النمو و تطوير مهارات التحكم الذاتي بعمليات التعليم والتدريب وتعزيز السلوكيات الإيجابية المتعلقة بالتحكم بالمشانة. وبحكم مثل تلك النتائج المشجعة لمثل هذه الدراسات حول علاج التبول اللاإرادي بالأسلوب المعرفي السلوكي ارتكزت الدراسة على الإجابة عن الإشكالية التالية:

ما مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج التبول اللاإرادي؟

ومنه نصيغ الفرضية الآتية:-

للعلاج المعرفي السلوكي تأثير إيجابي على الأطفال المتبولين لا إراديا، كونه يساعدهم على التخلص من هذه الظاهرة.

أهمية البحث:

- تكمن أهمية البحث في التعرف على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج التبول اللاإرادي، معالجة التبول اللاإرادي لدى الأطفال في وقت مبكر لتخفيف من الأعراض المصاحبة لهذا الاضطراب.

- مساعدة الطلبة والممارسين في حالة نجاح البرنامج العلاجي في تقديم الخطوات التطبيقية الفعالة التي تساعدهم في القيام بالعملية العلاجية ، بعد التعرف على خصوصيات هذا الاضطراب على التعرف على الصعوبات التي تواجه الآباء في التعامل مع هذه الحالات.
- مساهمة في تطوير البرامج التكوينية لطلبة علم النفس وجعلها تركز على تقديم التقنيات الحديثة التي أثبتت الدراسات العلمية فعاليتها.

- كما يعتبر هذه البحث امتداد لدراسات السابقة لبعض الباحثين الذين قاموا بدراسة التبول اللاإرادي، وقد يتيح هذا البحث المجال استحداث برامج ذات فعالية في علاج حالات الأطفال المتبولين لاإراديا.

- وقد يساعد هذا البحث الآباء على تعرف عن قرب الجوانب النفسية والسلوكية و المعرفية وبذلك يستطيعون التعرف على حاجات ومتطلبات هذه المرحلة التي يمر بها الطفل المتبول لاإراديا وذلك خلال مرحلة تطبيق العلاج .

تتضح أهمية البحث الحالي في الأساليب و الفنيات التي يقوم عليها و محاولة اختبار فعاليتها في علاج التبول اللاإرادي.

أهداف البحث:

- متابعة الطفل اثناء ظهور الاضطراب.
- التعرف على العوامل المؤدية الى التبول اللاإرادي.
- إشعار الاولياء وإشراكهم في فهم واقع ابنائهم ومشاكلهم التي قد يكون بإمكانهم التغلب عليها.
- معرفة الاثر الذي تتركه طريقة العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى التبول اللاإرادي.

- الاهتمام بإبراز المفاهيم التي لها علاقة بالاضطراب التبول اللاإرادي وتطبيق تقنية علاجية تناسب مع هذا الاضطراب السلوكي.

المفاهيم الإجرائية:

التبول اللاإرادي هو:

هو انسكاب البول التلقائي دون تحكم في من المثانة لدى طفل او طفلة تجاوزوا عمرهما الاربع سنوات اي السن التي يتوقع فيها ان يتحكم الطفل بمثانته. وفي البول . وذلك قد يكون التبول نهارًا أو ليلا أو نهارًا وليلا معًا ، دون أن يكون هناك سبب عضوي للتبول

العلاج المعرفي السلوكي هو :

هو وسيلة من وسائل العلاج النفسي الحديث التي يمكن استخدامها في تخفيف من اضطراب التبول اللاإرادي وهو عبارة عن برنامج منظم يستند الى مبادئ وتقنيات محددة تتعلق بالجوانب المعرفية و السلوكية والإنفعالية عند الأطفال المتبول لاإراديا من أجل مساعدتهم للتكيف من خلال تصحيح أفكارهم الخاطئة و تدريبهم على أداء السلوك الصحيح وذلك باستخدام تقنيات العلاج المعرفي السلوكي التالية (المراقبة الذاتية , الحث الكلامي , الواجبات المنزلية,الاسترخاء)

الفصل الثاني:

العلاج المعرفي

السلوكي

تمهيد:

العلاج المعرفي السلوكي يعد من العلاجات المختصرة و محدودة الوقت وهي أحد المطالب التي ينشدها كثير من راغبي العلاج النفسي بوجه عام , حيث أن إرتفاع معدل تردد الحالات طالب للعلاج و الذي يترتب عليه ضيق الوقت بالنسبة للمعالجين النفسانيين مع الرغبة في تقديم خدمات ذات كفاءة عالية وفي فترة زمنية قصيرة المدى نسبيا على ما هي الحال في علاجات الأخرى وبعباره علاج مباشرا , وموجهها نحو هدف والذي يتميز بوجود إطار عملي مكثف ومفصل وموزع على عدد من الجلسات العلاجية تبعا لنوع مشكلة العميل وعمقها وتعقيدها ومن خلال هذا الفصل نحاول التعرف على ماهية العلاج المعرفي السلوكي وتاريخه ومبادئه ومراحله وأهدافه وذكر بعض الأساليب المعرفية والسلوكية التي يتميز بها.

تاريخ العلاج المعرفي السلوكي:

يعد العلاج المعرفي السلوكي شكلا جديدا نسبيا من أشكال العلاج النفسي ونشأ هذا النوع بعد الدمج بين النظريتين السلوكية والمعرفية حيث يعود ظهور السلوكية لسنوات 1950 و 1960 كما جاء في "harrey & kennel 2007" و كانت نقطة أساس انطلاق العلاج المعرفي السلوكي فيما بعد⁶ لكن يعود تاريخ انطلاق السلوكية إلى أعمال جوزيف وولي فيجوهنسنبورغ بجنوب افريقيا 1953 وقد استخدمت فيها اساسا اساليب بافلوف 1902 حول الاشرط الكلاسيكي و تفسير التعلم بالاشرط و إزالة العصاب التجريبي في الحيوان و قد ظهر منها أسلوب "التخلص التدريجي من الحساسية" انطلاقا من هذا المبدأ استعمل " جون واطسون watson " سنة 1920 قانون الاشرط لإحداث خوف مرضي phobie عياديا لدى طفل⁷ ونشر واطسون موضوع بجريدة .تحت عنوان علم النفس حسب النظرية السلوكية " يعود في غالبه الى الظاهرة السلوكية و من ضمنها أعمال بافلوف من خلال الإشرط الكلاسيكي السلوك اللاإرادي من خلال "الاشترط الكلاسيكي " السلوك اللاإرادي المثار من طرف المنبه " pavlov 1927" وكذا نماذج " الاشرط المثير " لسكينر skinner " تعزيز او اطفاء السلوك اللارادي من خلال تبعاته " skinner 1938 .

و تركز السلوكية على ملاحظة السلوك الخارجي و إهمالها للعمليات العقلية الداخلية ، و مع تطور النظرية السلوكية اقام المختصين بالعديد من الجهودات لتطبيق أعمالهم في مجال العلاج النفسي من خلال هذه الأمثلة المميزة استخدم " دان لايس " " 1932 danlap s " ما يعرف ب " الممارسة السلبية " negative practise تشمل على التكرار المقصود للسلوكات غير مرغوبة مثل قضم الاظافر وكذا العلاج

6

كلثوم بلميهورب: مرجع سابق ، ص 29

⁷.Louis p. vera2009 ,la tcc chez l'enfant et l'adolescent, Masson paris p4.

بالمعكس الشرطي "andrew et bontd 1994" من خلال ممارسة المباشرة للسلوك في المواقف الخاصة.⁸

و جاءت المقاربات المعرفية كرد فعل على النظرية الضيقة لعلم النفس السلوكي فكانت بداية النظرية المعرفية في الثمانينات القرن الماضي خاصة بعد أعمال "أ.بيك A.beak" بخصوص الإكتئاب سنة 1959 إهتم المحلل النفساني أرون بيك بدراسة الاكتئاب و طوّر علاجا خاصًا بتهم بالأفكار الأوتوماتيكية و الحوارات

الداخلية Monologues internes

حيث بدا الاهتمام بهذا الاتجاه العلاجي في العقد السابع من هذا القرن و لم يكن هذا وليد الصدفة و لكنه كان بمثابة تصديق لفكر الرواقين الذين ذكروا ان الافراد يضطربون بسبب الاحداث ما يرتبط بهذه الاحداث من افكار⁹ , إذا يدرس (الثيار) السلوك البشري على إعتبره محكوما بقوانين وسيرورات عقلية (معرفية) معقدة على عكس المدرسة السلوكية حيث لا يمكن إختزال السلوك في مجرد حدث ملاحظ فقط ولكنه نتيجة عملية معقدة.¹⁰

تبعاً لأعمال بيك التي طبقت النموذج المعرفي في علاج الإكتئاب بدأت أنواع أخرى من العلاج المعرفي في الظهور تبرز بين جزئيات العلاج السلوكي و جزئيات العلاج المعرفي حيث تعود بديات العلاجات حسب (Dbson and Dzois,2001) المعرفة السلوكية إلى سنة 1960 و أول موضوع خاص بالتعديل المعرفي السلوكي ظهر بعد منتصف سنة 1970 الذي يتضمن "أسلوب التطعيم لمواجهة القلق المستقبلي" وهذه المقاربة المعرفية كان لها الفضل الكبير في علاج السلوكيات غير المرغوبة,مثل تقنية "إعادة بناء النظام

⁸ كلثوم بلميهوب: المرجع سابق ،ص 30

⁹ Couttraux, J,(2006) place des psychothérapies comportementales dans le traitement de la dépression 2^{ème} édition dois paris p 16.

¹⁰ Serge Nicolas(2008) , ludovic Fenand,histoire de la psychologie,de boeck supérieurie,bruxelles,p132

المعرفي " وفي نفس الوقت النظرية السلوكية ثم ضمها إلى التطبيقات التعرفية , للعلاج السلوكي عن طريق حل المشكلات و التدريب.¹¹

كل هذا كان سببا في ظهور توجه علاجي جديد مبني على جمع بين التقنيات السلوكية و المعرفية في نموذج واحد هدفه مساعدة الأشخاص المضطربين على تغيير السلوكات الغير مرغوبة بالعمل على تعديل الأفكار و الاعتقادات الخاصة على اعتبار أنّ هذه الأخيرة هي مصدر لكلّ سلوك مرضي أو مضطرب.

تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

يعد اتجاهها علاجيا حديثا نسبيا , يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بتقنياته المتعددة و العلاج السلوكي بما يضمنه من فنيات و يعتمد الى التعامل على الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الابعاد إذا يتعامل معها معرفيا و انفعاليا و سلوكيا , بحيث يستخدم العديد من التقنيات سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي أو السلوكي كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية بين المعالج و المريض فتتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما سيعتقد فيه من أفكار مشوهة و اعتقادات لاعقلانية مختلة وظيفيا تعد المسئولة عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المريض.¹²

تحديد المصطلحات :

أ_السلوك:

هو التسلسل المنظم للأفعال وهدف العلاج ليس المحو الجزئي من تسلسل هذه الافعال بل تعليم العميل تسلسل جديد غير مرضي, يمكن ان نعرف السلوك على انه تسلسل منظم للأفعال موجهة من اجل تكيف

¹¹ كلثوم بلميهوب 2014: مرجع سابق ص 33,32

¹² عادل عبد الله"2000, العلاج المعرفي السلوكي أسس و تطبيقات, القاهرة. دار الرشاد,ص 17

الفرد مع وضعية ما كما يدركها و يفسرها المريض تعني الافعال و ردود الافعال التي التي يقوم بها الفرد كاستجابة لمنبه او مثير خارجي او داخلي. ¹³

يعرفها "الشناوي" السلوك مأخوذ من مصطلح السلوك *comportement* وهي الافعال او ردود الافعال التي يقوم بها الفرد كاستجابة لمنبه او مثير خارجي او داخلي. ¹⁴

ب- المعرفة:

تعني مجمل افعال و مسارات المعرفة و مجمل التأويلات التي يكتسب من خلالها الجسم معلومة معينة.

هي القيام بفعل و تكمن في اكتساب و تنظيم استعمال المعرفة على انفسنا و على المحيط الخارجي. ¹⁵

مأخوذة من مصطلح معرفة *cognitive* والتي تعترض مجموع العمليات التي تمكن الفرد من ادراك معرفة العالم الخارجي والداخلي له وهذه العمليات تشمل في (الإدراك, الإنتباه, التفكير, الحكم, التفكير) ¹⁶

ج- الإنفعال:

تتميز بأحاسيس جسدية تتمثل في لذة و عدم اللذة التي يحدث عن طريق تغيرات فزيولوجية تكون اصلا هي الاجابة على المنبهات المحيطة بالجسم, و إدراكه للأحداث يرتبط بخبراته السابقة و الحالة التي يكون عليها جسده اثناء وقوع الحدث, بتحول الانفعال - ظاهرة جسدية- الى عاطفة - ظاهرة عقلية (لذة, حزن, قلق, خوف) كل هذا متعلق بتفسير الوضعية و ليس بالوضعية في حد ذاته و عليه فان العاطفة مرتبطة بالمعرفة, فالعمليل يمدنا بالعواطف اللفظية مستعملا مفاهيم نفسية. ¹⁷

¹³ Cottraux , J, (2011), Les psychothérapies comportementales et cognitives, Collection médecine et psychothérapie, Elsevier Masson, 5 édition. p3-4

¹⁴ محروس محمد الشناوي (2000) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي, القاهرة, دار غريب, ص 23

¹⁵ Cottraux , J, opcit p4-5

¹⁶ محروس محمد الشناوي, نفس المرجع, ص 234

¹⁷ Couttraux ; J, opcit, p6

مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

يركز العلاج المعرفي السلوكي في علاجه للإفراد طالي العلاج على عدة مبادئ هي:

هذا النوع من العلاج يركز على التغيير المعرفي الذي يجعل الفرد نشطا مما يؤدي الى نجاح العلاج .

التركيز على فهم الفرد للجانب من الشخصية المراد تعديله

التأكد على العلاج الذاتي الذي يعتمد على قدرة الفرد على رؤية و تنظيم و تقرير السلوك المكتسب.

التركيز على التفاعل مع البيئة الفرد.¹⁸

مبدأ الاساس و المركزي للعلاج المعرفي السلوكي ، هو ان الافكار و الوجدان و السلوك و الجوانب الفسيولوجية هي كلها مكونات لنظام موحد فالتغيرات الحادث في أي مكون منها يكون مصحوبا بتغيير في المكونات الاخرى.¹⁹

يركز على نموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات الانفعالية " مثال : الافكار تؤثر في المشاعر و السلوك .

يتطلب علاقة علاجية متينة و جهدا موحدا بين المعالج النفسي المؤهل و العميل طالب العلاج .

توجيه العميل الى اكتشاف جوانب جديدة من التفكير في نفسه من خلال طرح اسئلة محددة .

يشدد على اهمية التعاون و المشاركة النشطة بين المعالج و المريض في وضع جداول عمل للجلسات و في

اعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات

يركز المعالج بصورة عامة على التعامل مع اعراض الاضطراب النفسي الذي يعاني منه المريض اكثر من تركيزه

على العوامل التي تؤدي اليها هذه الاعراض .²⁰

¹⁸ د. عبد الستار إبراهيم: العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث الدار العربية للكتاب. ص265
¹⁹ بيرني كورين. بيتر رودل. ستيفن بالمر. بت " محمود عيد مصطفى(2008): العلاج المعرفي -السلوكي المختصر , دار
ابثراك للطباعة والنشر و التوزيع . ط1. مصر 29 ص .
²⁰ كلثوم بلميهوب2014مرجع سابق، ص 29

مراحل العلاج المعرفي السلوكي:

التحليل الوظيفي: يكون عن طريق ملاحظة السلوك بصفة مباشرة او غير مباشرة و هدفه تحديد اسباب ظهور السلوك ولا يتوقف عند المظهر السطحي لكن يبحث عن عزل المشكل و علاجه وتغيير بشكل فعال ومستدام للسلوك والمعالج يدرس كذلك الافكار و الصور العقلية التي هي غالبا ما ترافقها او تسبقها سلوكيات المضطربة.²¹

هي المرحلة الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي كما أنه الشاهد على اشتراك التيارين المعرفي السلوكي في حقل العلوم التجريبية وهناك عدة نماذج لهذا التحليل كلها تؤدي إلى نفس الهدف ألا وهو الحصول على معلومات تسمح لنا بوضع فرضيات .

يتطلب العلاج اربع مراحل:

وللتحليل الوظيفي ثلاث نماذج أكثر استعمالا وهي

نموذج SORC

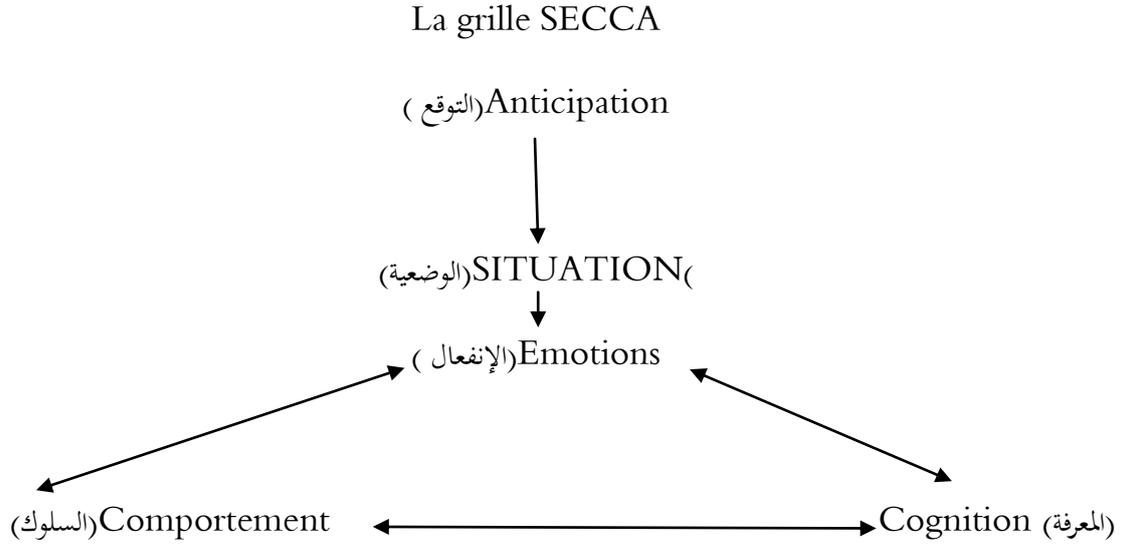
نموذج BASIC IDEA

1 شبكة SECCEA المعتمدة في دراستنا حيث إقترح من طرف Cottraux (1990) ولا تتمثل فائدتها فقط في تطبيق العلاجي فهي أيضا تساعد العميل على الوعي بالعلاقة الموجودة بين أفكاره وسلوكاته ومحيطه، وإنفعالاته وهو سبب إختيارنا لهذه الشبكة بالذات .²²

²¹ Jean cotteraux 1990, les thérapie comportementales et cognitives , 3^{ème} édition , Masson , paris
France p6

²² كلثوم بلميهوب 2014: مرجع سابق ص 428-429

Analyse fonctionnelle synchronique :²³



2 / أهداف العلاجية: المعالج و العميل يتفقون تدريجيا بعد جمع المصطلحات بدقة عن الحالة و عن السلوك المشكل على وضع فرضيات مشتركة حول سبب الاضطراب و تحديد المشكل ، ثم يوضع العقد العلاجي بين المريض و المعالج الوسائل المستعملة في ذلك مع تحديد الهدف العلاجي

3 / بلورة البرنامج العلاجي:

البرنامج يستعمل المبادئ المبرمجة مع المريض انطلاقا من السلوك المشكل و الأهداف العلاجية الموضوعة يتم اختيار طريقة و تقنية التكفل المعرفي السلوكي ، المعالج يطور لدى المريض القدرة على التحكم الذاتي لسلوكاته ، هذا ما يسمح له بتعميم التغييرات التي تعلمها الى خارج الاطار العلاجي و بهذا يتجنب المريض الانتكاس و يقوم بتغيير الاعراض المرضية بسلوك ايجابي اكثر نجاح و فعالية.

4 / تقييم نتائج العلاج: هي آخر مرحلة تتم مقارنة بمقاييس متكررة التي تم اجراءها قبل وبعد العلاج بعد

المتابعة لسنة على الاقل بعد العلاج مع وضع نقاط المتابعة لمدة 6 اشهر.²⁴

²³ TCC FORMATION Rerz2011

أساليب العلاج المعرفي السلوكي:

أساليب السلوكية و المعرفية:

بعض أساليب سلوكية:

التقليد: المريض يحاكي إستجابة المعالج تماما

مثال: يحاكي المريض و ينفذ السلوك الذي لاحظته لدى شخص آخر

التسميع السلوكي: المريض ينفذ السلوك الذي يخطط للقيام به خارج موقف العلاج

التدريب على الإسترخاء: إرخاء المجموعات العضلية المختلفة بالتتالي متخيلا صور تبعث على الإسترخاء مع التنفس البطيء.

جدولة النشاط: متابعة النشاط على مدى اليوم و ترتيبها في ضوء المتعة و الالبراعة و القلق و الحزن أي مشاعر و إحساسات أخرى.

المثال: يستخدم المريض جدول موقوت بالساعات لمتابعة حالاته الميزاجية و نشاطاته.

المكافأة الذاتية: إستخدام مدح الذات أو المدعمات العيانية لزيادة السلوكيات المرغوبة.

المثال: يمكن أن يكافأ المريض نفسه بواسطة المترتبات الإيجابية المادية " الطعام، الروايات، الهدايا" أو السلوك المتمتع أو بواسطة العبارات الذاتية الإيجابية " أنا فخور بنفسي لأنني حاولت".

²⁴Jean cotteraux1990) ,les thérapie comportementales et cognitives , 3^{eme} édition ,Masson , paris , France.p07

بعض أساليب معرفية

تحديد الأفكار السلبية: يستعرض المريض الأفكار التي ترتبط بالإكتئاب أو القلق أو الغضب بمثال " يستعرض المريض ذاتيا ما يفكر فيه عندما يشعر بالسوء " عندما شعرت بالقلق كنت أفكر بأني على وشك الفشل ".

قدر درجة الإعتقاد في التفكير (الفكرة) و درجة الإنفعال المرتبطة بالفكرة:

___ بعد أن يحدد المريض مشاعره السلبية مثل " الحزن، الغضب، الإحباط يشير إلى الأفكار التي ترتبط بكل منها، ثم يقدر بعد ذلك " من صفر إلى 100" إلى أي مدى يشعر بالحزن و مقدار أفكار السلبية.

المثال: شعرت بالحزن بنسبة 85%. عندما فكرت في اني لم أجد شخصا يمكن أن يجيني و اعتقدت في هذه الفكرة بنسبة 90%.

ماذا يعني لو كانت الفكرة صحيحة (الترتيب الهابط):

يسأل المعالج لو كانت فكرتك صحيحة ماذا يعني لك ذلك؟ لماذا تعتبر ذلك مشكلة؟ ماذا سيحدث؟ توجه هذه الأسئلة لكل إجابة تقدم.

المثال: عندما شعرت أنك مرفوض في حفلة فقد قلت أن هذا يعني أنك غير جذاب ماذا يحدث لو كنت غير جذاب؟

هل هناك مشكلة بحاجة لحل؟

هل يستطيع المريض أن يقترب من تفكيره كحل للمشاكل؟ ما هي المشكلة؟ وماذا سيكون الهدف؟ و ما هي مصادر المعلومات و المهارات و الأفعال المناسبة؟ ما هي الخطط التي يستطيع المريض تنفيذها لحل المشكلة؟

القبول: هل هناك واقع يمكن للمريض أن يتعلم تقبله بدلا من محاولة الوقوف أمامه و مقاومته؟²⁵

أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

هدف العلاج المعرفي السلوكي هو التغيير من الافكار و المعتقدات اللاتكيفية للمريض مما ينتج عنه تغيير في السلوك المضطرب.

يهدف الى مساعدة الفرد على التطابق بين أفكار وانفعالاته و سلوكياته

مساعدة الفرد على الشعور بالثقة إتجاه نفسه و أنه في صورة أحسن و ذلك في مراحل متقدمة من العلاقة العلاجية.

مساعدة الفرد على تغيير سلوكياته و التي قد يحصل من خلالها نتائج إيجابية.²⁶

مساعدة الفرد على الاستفادة من جميع القدرات و الأدوات المتاحة له من حوله في بيئته

تطوير طرق التفكير والسلوك التي تسمح للمفحوص بالتحكم الجيد في انفعالاته وفي تقديره لذاته.²⁷

²⁵ تحرير روبرت ليهي 2006 درحة جامعة سيد يوسف و محمد نجيب أحمد الصبوة دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في لاضطرابات النفسية إيتراك للطباعة و النشر و التوزيع ط 1، ص 34-37

²⁶ Jean cottraux 2001 : thérapie cognitive de la dépression - Masson – Paris. P60

²⁷ J.F.Richard / R.Ghiglione 1999 : Cours de psychologie – DUNOD – Paris.P603

الخلاصة:

من خلال ما ورد في هذا الفصل يمكن القول أن العلاج المعرفي السلوكي من أهم العلاجات النفسية الحديثة التي تجمع بين العلاجين السلوكي والمعرفي والتي أثبتت جدارته وفعاليتها في معالجة مختلف الاضطرابات وفي بعض الاضطرابات النفسية والعقلية حيث يركز على تحقيق اهداف واضحة ومحددة باستخدام تقنيات مختلفة التي من شأنها أن تتلائم مع مختلف الاضطرابات وبما أنه ذو فعالية كبيرة في علاج مختلف الاضطرابات تم الإعتماد عليه في هذه الدراسة كطريقة علاجية لأنه الانسب في مساعدة الحالة التي تعاني من التبول الإرادي على تجاوز مشكلتها ومن خلال ذلك تم استخدام التقنيات التالية الواجب المنزلي ، الإسترخاء ، المراقبة الذاتية ، الحث الكلامي .

الفصل الثالث:

التبؤل اللارادي

تمهيد:

حين يولد الطفل تكون كافة عضلاته ضعيفة حتى الحواس و بما ان الطفل يتناول طعامه فمن الطبيعي ان يحدث "فضلات" من جراء ذلك و يقوم الطفل لعملية الاخراج حتى وهو ما زال جنين و يتخلص منها داخل رحم الام و بعد الولادة و خلال فترة الرضاعة يعتمد الطفل في طعامه الأساس على لبن الام و مع عملية الرضاعة فان الطفل يتناول سوائل قد ينتج عنها امتلاء المثانة و مما يشعر الطفل بالقلق و لا يرتاح إلا بعد ان تتم عملية تفريغ المثانة و بما ان الطفل لا يمتلك الإمكانية العضوية للتحكم في العضلات العاصرة قبل عامة الثاني و هو السن الملائم لبداية تعلمه عملية كيفية التحكم في إخراجاته اي عملتين التبول و التغوط ،وفي هذه المرحلة الطفل يعتمد كثير على أهله , كما أنه يتصرف باستمرار ليكون محور إهتمام المحيطين به وهذا بالإضافة إلى التغييرات النمائية والنفسية والاجتماعية والثقافية المتعاقبة في هذه المرحلة فكل ذلك كفيل أن ينتج عنها المشكلة التبول الإرادي ومن هنا نتحول إلى إلقاء الضوء على ماهية هذه المشكلة وأشكالها والعوامل المؤثرة فيها وطرق علاجها .

تعريف التبول الإرادي:

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 خمس²⁸

مصطلح التبول:

التبول تفرغ لا إرادي لا شعوري للبول و خاصة خلال النوم بعد تخطي الطفل مرحلة السيطرة على المثانة أي بعد (3) سنوات، يبلل الطفل فراشه مرتين أو أكثر في الأسبوع أو كل ليلة. يمكن للتبول أن يكون ليلاً فقط و تارة ليلاً و نهارياً، أطفال آخرون لا يبللون فراشهم إلا عند مصادفة أحداث خاصة و يسمى هذا التبول ظرفياً بعض الباحثين يتكلمون عن التبول لا إرادي بعد ثلاث سنوات و آخرون لا يعتبرونه كمرض إلا بعد خمس سنوات نظراً للاختلافات الفردية في النضج العصبي²⁹

مصطلح اللاإرادي:

كلمة لا إرادي تعني تحدث رغماً عن الطفل و هو أي يقظ و بفعلة و هناك حالات تتم بشكل واع و إرادي لتحقيق مكاسب مثل لفت النظر الأم أو الانتقام من الأم القاسية أو يخاف الخروج إلى الظلام.

النية التبول الطبيعية:

يستطيع الطفل ضبط البول في عمر 5-6 سنوات و في الليل في 3 سنوات. إلا ان الربط يبدأ ابكر من ذلك في اعمار 15 شهراً و 18 شهراً على التوالي و تسع مثانة المولود الجديد حوالي 40-50 مل و هو يبول 10-15 مرة في اليوم بينما تصل السعة الى حوالي 600 مل في سنة و 800 مل في السنة الثالثة و لتر

²⁸ رمزي، إسحاق (1953): مشكلات الطفولة اليومية، دار المعارف المصرية، ط1، مصر، ص91
²⁹ ميموني بدره معتصم (2003): الإضطرابات النفسية عند الطفل والمراهق، ط1، ديوان المطبوعات الجامعية ص 144

كامل في السن السادسة و تزداد الكمية اثناء البرد لعوامل عصبية و لقلة التبخر ،حينما تمتلئ المثانة تتعرض مستقبلات التمدد و يحدث منعكس عصبي عجزى تشرف عليه سرعة القشرية الدماغية و يحدث الشعور بالرغبة في التبول و هذا التبول يحدث قهرا في السنة الاولى اما في السنة 2-3 فارتفاع الضغط بطيء لنضج الجهاز العصبي و مقاومة الاحساس بالضغط و اذا اهمل الاحساس فان المنعكس يعيد نفسه مرة بعد حتى تصل المثانة الى درجة قوية من التقلص يجب منها افراغ كمية البول " التي يتم التحكم فيها اراديا " و توجد هرمونات تتحكم بمقدار التبول مثل هرمون الالدونستيرون و الهرمون المضاد للأدوار و هرمون الدرقيه.³⁰

أشكال التبول اللاإرادي:

التبول الأولي: يمكن أن يكون التبول أوليا بحيث يظهر في عدم قدرة الطفل مند ولادته و حتى سن متأخرة، على ضبط عملية التبول و ذلك بسبب عدم النضج العضوي لديه³¹

التبول الثانوي: هو التبول الذي يكون مسبقا بفترة تحكم و ضبط للعملية بشكل جيد لفترة تتراوح بين ستة شهور و سنة، و بعدها يعود إلى التبول اللاإرادي المنشأ غالبا الحالات بعد زوال الظروف التي نتج عنها، خاصة إذا كان المحيط لين و متفهم و مع النضج الوجداني للطفل³²، ويرى وينير "weiner" أن التبول غالبا ما يظهر كرد فعل لبعض الضغوط السيكولوجية مثل ميلاد طفل جديد في الأسرة أو الانتقال إلى دار جديدة .

³⁰ أشرف إبراهيم محمد الجباني (2009) المشكلات السلوكية لدى الأطفال بعد حرب غزة و علاقتها ببعض المتغيرات ، جامعة الإسلامية ، غزة.رسالة دكتوراة غير منشورة.

31

ليلي دمعة يعقوب 1998 "التبول اللاإرادي عند الأطفال و علاجه" (دراسة تطبيقية هلى عينة من المجتمع كويتي) (دراسات عربية مجلة فكرية و إقتصادية و إجتماعية) العدد 3/4 بيروت لبنان ص 86.
³² أسامة فارق مصطفى 2011 " مدخل إلى الإضطرابات السلوكية و الإنفعالية أسباب التشخيص العلاج ،دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة ط (1) عمان الأردن ص223

التبول اللاإرادي الليلي: عرفه كريسلر (Kreisler ,1977) هو التبول الذي يحدث دون إرادة الطفل

كما يحدث على نحو متكرر أو في فترات متقطعة وذلك بعد السن التي يسوي فيها الطفل السوي وظيفة

التحكم في البول و يحدث في العادة أثناء النوم .³³

التبول اللاإرادي النهاري: هو افرغ البول ساعات الإستيقاظ نهاراً وتظهر هذه الحالات خلال السنوات

الأولى من المرحلة الإبتدائية وغالبا ما نجد الطفل يحاول ضم رجليه بسرعة وقت نزول البول ولكن دون

حدوى حيث لا يستطيع أن يتحكم في توقفه ، وتتراوح نسبة إنتشار هذا النوع ما بين 3 إلى 5% تقريبا

من حالات التبول اللاإرادي.³⁴

التبول اللاإرادي الليلي النهاري: تصل نسبته ما يقارب من ثلث حالات التبول اللاإرادي ، حيث

يتكرر التبول الارادي في الليل والنهار على حد سواء³⁵

أسباب التبول اللاإرادي:

هناك أسباب كثيرة يمكن ان تؤدي بالأطفال إلى فقد قدرتهم على ضبط أنفسهم و التبول لاإراديا مما يثير لهم

وللوالدين مشاكل تضر بالصحة الطفل:

أسباب النفسية: قد لخص كاهن (Kahn,j .h) أهم العوامل النفسية المساهمة في التبول اللاإرادي

في أنخفاض مستوى الذكاء , الظروف الإجتماعية السيئة, التدريب الزائد على النظافة ,المواقف النكوصية

,التثبيت في مستوى طفولي , العدوانية , الأحلام والكوابيس,الخوف , الغيرة ,اللذة, الإستمتاع بالدفء)³⁶

³³ Kriesler.L (1977) :Enurésie ;Encyclopediemédico- chirurgicale pédiatrie,p 95

³⁴ الشربيني ، زكريا أحمد (2001) المشكلات النفسية عند الأطفال ، دار الفكر العربي القاهرة ، مصر ،ص 55

³⁵أسامة فاروق مصطفى(2011):مرجع سابق، ص221

³⁶ Kahn,j .H.Human 1973 Growth and the development of personality, oxford

يمكن أن يكون التبول اللاإرادي عبارة عن تعبير عن رغبة في البقاء الطفل أو وسيلة لحماية رغباته اللاواعية

37 .

أسباب التربوية: أشارت معظم الدراسات إلى أن الجو العائلي المضطرب يؤدي إلى حدوث التبول اللاإرادي لدى بعض الأطفال , وقد أكد علماء النفس على دور الأم في نمو قدرات الطفل ووظائفه الحيوية أو في اضطراب هذه الوظائف عندما يتعرض للحرمان العاطفي إذا كلما ظهرت المشكلات النفسية و الإضطرابات السلوكية بما فيها التبول اللاإرادي.³⁸

تقصير الوالدين في تدريب الطفل على إخراج أو عجزهما في إكسابه هذه العادة مع مبالاتهما بمراقبة الطفل وإيقاظه ليلا في الأوقات المناسبة لقضاء حاجته وإرشاده إلى مكان الحمام .

الإهتمام البالغ في تدريب على النظافة وضبط الإخراج أو عجزهما في إكسابه هذه العادة مع مبالاتهما بمراقبة الطفل وإيقاظه ليلا في الأوقات المناسبة لقضاء حاجته وإرشاده إلى مكان الحمام³⁹

أسباب الفسيولوجية:غالبية العظمى من الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي أصحاب من الناحية الجسمية و عاديون من الناحية العقلية ولكن توجد بعض الإضطرابات الفزيولوجية المسؤولة عن التبول اللاإرادي منها المقصود هنا بعد العوامل الفسيولوجية العامة كعدم نضج الجهاز العصبي ، وخاصة الجهاز العصبي المستقل المسؤول عن التحكم في عمله التبول ، حيث تضعف قدرته علي التحكم أثناء النوم ، وذلك لفشله في تكوين الفعل المنعكس الشرطي الذي يتم من خلال عملية التدريب وهناك بحوث آخري فسرت التبول الليلي اللاإرادي علي انه ناتج عن نقص ليلي في

³⁷www. Psychologies .com(mieux vivre sa vie)

³⁸ ليلي دمنعة يعقوب1998، مرجع سابق ،ص 87
عمر محمد مخيمر ،هبة محمد علي (2006) المشكلات النفسية للأطفال بين عوامل الخطورة وطرق الوقاية و العلاج ،مكتبة
³⁹الأنجلو المصرية ،ط1،قاهرة

الهرمون المضاد لإيراد التبول، وقد لوحظ أن هذا الهرمون يوجد لدى الأطفال الأسوياء أثناء النوم أكثر منه
إثناء اليقظة.⁴⁰

التشخيص والعلاج:

التشخيص العيادي للتبول اللاإرادي وفقا لمعايير DSM IV:

- أ- تكرر التبول ليلا أو نهارا على السرير، في الملابس، غير الطوعي أو متعمدا.
- ب- تقع على الأقل 2 مرات في الشهر في الأطفال من سن 5 إلى 6 سنوات وعلى الأقل مرة في الشهر للأطفال الأكبر سنا.
- ج- الطفل لديه العمر الزمني لا يقل عن 5 سنوات والعمر العقلي لأقل من 4 سنوات.
- د- ليس بسبب اضطراب جسدي مثل مرض السكري أو التهاب المسالك يرتبط نوبات نقص التحكم لسعة المثانة وآلية العضلة العاصرة (عدم النضج المثانة)
- هـ- ترتبط اضطرابات التبول بالاضطرابات العاطفية والتوتر و الصراعات أو الاكتئاب
- ف- التبول اللاإرادي يمكن أن يحدث نتيجة لحلم أو أفلام الرعب، أو من العقوبات.⁴¹

⁴⁰ بشناق ، رأفت محمد (2001): دراسة في سلوك الأطفال واضطراباتهم النفسية، ط1، دار النفاس للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان.

⁴¹ Geneviève Merquat p.k (Un cas clinique de troubles mictionnels chez un enfant) p03 publication pdf

التشخيص الفارقي:

يتمثل التشخيص الفارقي في إجراء مجموعة اختبارات سريرية وإجراءات طبية و تحاليل وأشعة و ذلك لتمييز حالات التبول اللاإرادية التي ترجع إلى إصابات عضوية أو عصبية عن الحالات الوظيفية التي ترجع إلى عوامل نفسية أو تربوية. أو كما يقول العالم سول (N.M.Soulé) من أجل عدم الخلط بين الإضطراب العضوي و الإضطراب الوظيفي وخاصة أن الحالات التي ترجع إلى عوامل عضوية غالباً ما تحدث نهاراً , بينما الحالات التي ترجع إلى عوامل نفسية غالباً ما تحدث ليلاً وقلما تحدث نهاراً أو نهاراً و ليلاً معاً وذلك بسبب يقظة الطفل وزيادة وعيه وإحساسه في النهار عنه في حالة النوم.⁴²

مسار المشكلة ومآلها:

البوال يعتبر اضطراب قابل للشفاء الذاتي بمعنى أنه يتحسن تلقائياً مع التقدم في العمر ونضج الجهاز العصبي، ومع هذا نوصى 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 مروا بفترة جفاف سابقة ثم حدث لهم البوال يجب أن نفكر في وجود صعوبات نفسية لديهم.⁴³

⁴² فيصل محمد خير الزراد (1998) التبول اللاإرادي لدى الأطفال , دار النفائس بيروت لبنان ص109
⁴³ أديب العطار(1963) السريريّات البولية التناسلية , مطبعة جامعة دمشق ص 140-231

علاج التبول اللاإرادي

هناك كثير من التدخلات العلاجية المستخدمة مع التبول اللاإرادي وتتضمن العلاج الطبي , العلاج التحليلي,العلاج السلوكي.

العلاج الطبي:

يستخدم 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 وهي تحتوي علي مركبان كيميائية ضد الاكتئاب والخوف Dexedrine أو الدكسدن tofranil والقلق ولكنها تستخدم هي وغيرها لعلاج التبول.

يتم إجراء طبي : لفحص الجهاز البولي والتناسلي وجهاز الإخراج، وإجراء التحاليل للبول والبراز والدم بالإضافة إلى الفحص بالأشعة وفحص طبيب الأنف والأذن والحنجرة وذلك للتأكد 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 تالية إلا بعد فشل العلاج الطبي.⁴⁴

العلاج النفسي السلوكي:

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

بشناق , رأفت محمد (2001) : دراسة في الأطفال و اضطراباتهم النفسية , ط1, دار النفاس للطباعة والنشر و التوزيع ,
44لبنان.ص148

السلوكي على إعادة تربيته الطفل وتدريبه بطريقه صحيحة وقد اثبت نجاح هذا الأسلوب في علاج كثير من الحالات وأهم طرق العلاج السلوكي:

أ/ **التعليم الإجرائي:** هي طريقه سكينر في التعليم الإجرائي وتقوم على أساس تدريب الطفل على عمليات ضبط المثانة بتعزيز السلوك المقبول وعدم تعزيز السلوك الغير مقبول فيه حتى يتعلم الاستجابة الصحيحة وتختفي المشكلة ومن أهم أساليبه:

1/ لوحة النجوم :

ويكون بالطلب إلى الطفل على الاحتفاظ بسجل الأيام المبللة والليالي الجافة ويتم إبراز الليالي الجافة على اللوحة بواسطة نجوم ذهبيه ، أن يعطى الطفل مكافئه على الليالي الجافة كأن يقضي الوالد معه فتره إضافية من الوقت عند كل مرحلة تحسن يقوم الولداين بالثناء على الطفل ، أما بالنسبة لليالي المبللة فيتجاهل الأبوين ذلك وقد وجد أن لوحة النجوم فعالة مع صغار المتبولين لا إرادياً⁴⁵

ب/ **التعليم الشرطي:**

1/ طريقه الجرس والوسادة:

يتكون الجهاز من وسادة رقيقة خاصة للتدريب توضع فوق سرير الطفل و تحت الطفل مباشرة وعندما تترطب في الليل بالبول تغلق درة كهربائية فيرن جرس ويضئ مصباح , وهذا يوقظ الطفل ويوقف التبول وحالما يتعلم الطفل كيف يكف التبول أثناء النوم ترفع الوسادة والجرس,

الزعيبي ، أحمد محمد (1994): الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال ، ط1، دار الحكمة اليمانية،
صنعاء، ص117⁴⁵

2/ طريقة إيقاظ الطفل ليلا :

الخطوة الأولى هي أن تحدد الوقت الذي يبلى فيه الطفل عادة فراشه كل ليلة فمثلا إذا وجدت الطفل يتبول بعد ساعتين من استغراقه في النوم ,فقم بضبط ساعة منبه بحيث ترن في غرفة الطفل قبل هذا الوقت بقليل , وعندما ينطلق صوت المنبه يصحو الطفل ويذهب للتبول في المرحاض , ثم يعاود النوم حتى الصباح . وبعد مرور سبع ليال متتالية من عدم التبول في الفراش بهذا الشكل قم بضبط المنبه بحيث ينطلق بعد مرور ساعة ونصف على ذهاب الطفل للنوم, إن مرور سبع ليال متتالية من عدم التبول في الفراش هو المعيار لمزيد من التخفيض التدريجي في الوقت إلى 60 د بعد النوم , ثم إلى 45 د وأخيرا وبعدئذ على الطفل أن يذهب إلى المرحاض بدون المنبه كل ليلتين مرة وذلك استخدامه تدريجيا.⁴⁶

الخلاصة:

كحلاصة عامة يمكن القول أن التبول الإرادي أحد الإضطرابات الشائعة والتي تتسبب ألما ونزعاجا شديدا لملايين الأطفال في العالم و على الرغم من قدمه فهو يحدث للأطفال وقد يمتد وبصورة تتطلب تدخل المهني وهذا مادفعنا لتبني العلاج المعرفي السلوكي بتقنياته المختلفة من أجل التخفيف من هذا الإضطراب.

شارلز شيفر هوارد ت . نزية حمدي,نسيمة داود (2008):مشكلات الأطفال و المراهقين و أساليب المساعدة فيها ,ط1,دار الفكر⁴⁶ناسرون و موزعون ,الأردن.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية

منهج الدراسة:

كل بحث علمي يشمل على جانب نظري وجانب تطبيقي وهذا الأخير بحاجة ألى وأسائل تساعد الباحث على إنجاز البحث وبما أن طبيعة الموضوع هي التي تحدد لنا المنهج وبعبارته يعطي للبحث المصدقية العلمية فهو الطريقة أو الأسلوب الذي يتبعه الباحث والإطار الذي يرسمه لبلوغ أهداف بحثه, ويعرف أيضا بكونه مجموعة من الإجراءات المتخذة في دراسة الظاهرة أو المشكلة لإستكشاف الحقائق المرتبطة بها والكامنة خلفها والإجابة على الأسئلة التي أثارها مشكلة البحث، ومن ذلك الأساليب المتبعة لأجل تحقيق الفروض التي صيغت والوصول إلى البرنامج الذي يحدد لنا السبل للوصول إلى تلك الحقائق وطرق اكتشافها⁴⁷

1- تعريف المنهج العيادي أو الإكلينيكي:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة قامنا باستخدام المنهج العيادي وهو ذلك المنهج الذي يستخدم في العيادات النفسية للتشخيص و العلاج ولان تفسير أي مظهر سلوكي لا يكون بمعزل عن غيره من المظاهر بل بالرجوع إلى الشخصية ككل وإلى كافة الإستجابات التي تصدر عن الشخص لأن المنهج العيادي يدرس المريض كحالة واحدة ووحدة كلية .⁴⁸ ويعرفها ويتمرر 1896 " المنهج العيادي بأنه منهج يقوم على استعمال نتائج فحص مرضى عديدين و دراستهم الواحدة تلو الأخرى من أجل استخلاص مبادئ عامة توحى بها ملاحظة كفاءتهم وقصورهم , ويهدف هذا المنهج إلى التشخيص والعلاج من يعانون من مشكلات واضطرابات النفسية.⁴⁹

⁴⁷ Paul Robet Micro Robet : Dictionnaire du français primordiale édition grafique – France 1982 p 665 .

⁴⁸ حسين عبد العزيز الدبرتي,1985,مدخل في علم النفس , دار الفكر العربي , القاهرة ,ط2, ,ص58
عبد المعطي 1998 ص 142
⁴⁹

2- أدواته:

1-2 الملاحظة العيادية :

تعتبر الملاحظة أداة للوصول إلى المعلومات و هي متصلة بسلوك المفحوص قصد معرفة نوعية السلوك تتطلب ثقة من طرف الاخصائي النفساني للتسجيل كل ما يتعلق بالحالة .القدرة على ملاحظة السلوك الذي يسلكه المفحوص و هي من المهارات الضرورية للأخصائي النفساني يعرفها " جوليان روتر " على أنها مجموعة من المهارات الضرورية للإكلينيكي و التي تتجلى في ملاحظة المريض بوجه عام من المظهر الخارجي إلى تغيرات الوجه نبرات الصوت حركات الجسم الموقف الذي عليه المريض أثناء الإجابة على سؤال ما .⁵⁰

2-2المقابلة العيادية:

تعتبر التقنية العيادية المثلى، ويقصد بها التحدث وجها لوجه مع المفحوص بقصد استيفاء المعلومات منه أو مساعدته على التخلص من مشكلته وتمتاز بأنها فرصة للأخصائي النفسي لملاحظة إنفعالات المفحوص ومعرفة أفكاره وإتجاهاته النفسية وخبراته الشخصية.⁵¹

كما عرفها C . chiland على أنها حركة تبادل كلمات من شخص أو عدة أشخاص .⁵²

تهدف المقابلة العيادية أساسا إلى معرفة وإلى أقصى حد ممكن الظروف الماضية والحاضرة للفرد للتمكن من تفسير كل حدث على ضوء الآخر.⁵³

⁵⁰ كمال دكراس 1959،مدخل الى علم النفس و المنهجية،دار الطليعة ،بيروت،ص 38

⁵¹ زهران حامد عبد السلام 2001: الصحة النفسية والعلاج النفسي- القاهرة عالم الكتب ص 35

⁵² Chiland .c1995 ,l'entretien clinique, paris , pdf , ,P09

53

وعليه في هذا البحث نجد العناصر الأساسية التي تم التحصل عليها من خلال المقابلة النصف موجهة وتمثلت في التعرف على أهم الجوانب الأساسية للحالة من السن عدد الأخوة الترتيب بين الأخوة , المستوى الدراسي التاريخ الشخصي التاريخ المرضي , العلاقات الاجتماعية , العلاقة العاطفية , والأسباب التي دفعت الحالة إلى التبول اللاإرادي.

2-3 فحص الهيئة العقلية:

فحص الهيئة العقلية (ESM) بمعنى Examen du statut mentale هو فحص صمم من طرف

الدكتور ق- نصره أستاذ محاضرة بجامعة وهران السانبا سنة 1978)

يعتمد هذا الفحص على الملاحظة المباشرة للإستجابات السلوكية واللفظية والحركية للحالة .

تؤخذ أهم الملاحظات المستقاة حول الهيئة العقلية عند طرح الحالة لمشكلته , ويستند هذا الفحص إلى

مجموعة من النقاط الرئيسية التي تنصب عليها الملاحظة وهي :

الإستعداد و السلوك العام للحالة Atitude et comportement général

النشاط الفكري للحالة activité mental

المزاج و العاطفة Humeur et effect

محتوى التفكير contenu de l'ideation

القدرة العقلية capacité mentale

الإستبصار والحكم Insight et jugement

وأخيرا هناك ملخص يضم لهم اهم العناصر الأساسية في تاريخ الحالة و أهم مميزاته السلوكية والية

الدفاعية.⁵⁴

3-4 دراسة الحالة:

أن دراسة الحالة طريقة إستطلاعية في منهجها حيث أنها تركز على الفرد باعتبارها الوعاء الذي يحتوي على كل المعلومات و النتائج التي يحصل عليها حول مصدرها المثلثة في المقابلة و الملاحظة و التاريخ الإجتماعي و الفحوص الطبية و الإختبارات النفسية⁵⁵ كما أشار زهران 1980 أن دراسة الحالة طريقة شائعة الإستخدام لتخليص أكبر كمية محتملة من المعلومات على الفرد حيث تعتبر أكثر الطرق شمولاً وتحليلاً لما تحتوي من عناصر هامة أترث على حياته ومن ثم فهي تعتبر الإطار العم الذي تقدم خلاله المعلومات الشاملة عن الشخصية ككل فيما يتعلق بماضيها وحاضرها.⁵⁶

3- الحدود المكانية والزمانية :

حدود الدراسة :

تحدد الدراسة من الحالة العيادية تم اختيارها من الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي المتردد على العيادة المتعددة الخدمات عين تموشنت وهي حالة تعاني من عدم القدرة على التحكم في البول أثناء الليل.

⁵⁴ مخلوف وردة الاكسيتميا لدى الأطفال الربوي من خلال إختبري الروشاح

⁵⁵ لويس كامل مليكة 1980: علم النفس الإكلينيكي الهيئة العامة للكتاب القاهرة ص16

⁵⁶ ماهر حمو عمر ، المقابلة في الإرشاد و العلاج النفسي دار المعرفة الجامعية الفنية للطباعة و النشر الإسكندرية ص 210

الحدود المكانية :

أجريت دراسة على حالة واحدة في عيادة متعددة الخدمات عين الكيحل ولاية عين تموشنت وهو تابعة إداريا لعيادة آل - الصباح بعين تموشنت وقد بدأت خدمات هذه العيادة سنة 1989 تحتوي العيادة على طابقين الأول يحتوي على ستة مكاتب وقاعة كبيرة إنتظار وهي كالتالي مكتب للفحص الطبي وبجانبها مكتب العلاج أو التمريض ومكتب أخصائية النساء و مكتب خاص للأمومة والطفل ومكتب جراحة الأسنان ومكتب للتحاليل الطبية وطابق الثاني يحتوي على مكتب الفحص النفسي ومكتب الصيدلانية ومكتب المدير وغرفة الإستراحة الأطباء وفيما يخص فرقة الطبية في تتكون من ستة أطباء عامين وستة ممرضين يقومون بالمناوبة على العمل كما تحتوي العيادة على حمامين وغرفتين لراحة الأطباء أما في ما يخص الفحص النفسي يكون في معظم الأحيان من طرف الطبيب العام كما يأتي مرضى آخرين دون إحالة من الطبيب العام .

الحدود الزمنية :

قدرت المدة الزمنية لإنجاز البحث بسبعة أشهر من نوفمبر 2014 إلى غاية ماي 2015 كانت هذه المدة كافية لإيجاد الحالة وأتمام العمل .

تقنيات المستعملة في العلاج :

الاسترخاء Relaxation.

ان الاسترخاء تعتبر تقنية نفسية مساعدة ومكملة للعلاجات النفسية الأخرى تعتبر من أمور مطلوب في في مواجهة الضغوط النفسية وما ينشأ من مخاوف وتشتت وتزاحم في الأفكار، بل وما ينتج عن هذه الضغوط

من اضطرابات نفسية ولهذا يحتاج المعالج أن يستخدم أسلوب الاسترخاء مع مرضاه في مرحله مبكرة جدًا.
من العمل معهم لأنه يعمل على تهدئته الفرد،⁵⁷

ويعتبر عالم النفس الأمريكي جاكوبسون Jacobsen من أوائل العلماء الذين بحثوا في تدريبات الاسترخاء وتطبيقاتها في مجال العلاج النفسي، وقد توصل إلى أن حالة الاسترخاء خبرة مضادة لحالة القلق والانفعالات الحادة، وتقوم الفكرة الأساسية لفنية الاسترخاء على أن الجسم في حالة القلق والانفعالات الحادة يتعرض لعمليتين هما الشد العضلي والتوتر النفسي، وتكون جميع عضلات الجسم مشدودة في درجة توازي التوتر النفسي الذي يكون عليه الإنسان في حالة القلق. وإذا تم إيقاف أو تحويل حالة التوتر والشد العضلي لجسم الإنسان إلى حالة من الاسترخاء، فإن التوتر النفسي لا يمكن أن يستمر على نفس الوضع، إنما يتحول إلى حالة من الاسترخاء مما يخفض درجة القلق عند الإنسان. وبذلك لا يكون الإنسان متوترًا جسميًا ومسترخيًا نفسيًا في آن واحد.

وفي هذا الصدد يذكر كوتيلاً وجردون (Cautela, Groden, 1978) وبذلك نجد أن عملية الاسترخاء يمكن أن تكون ضرورية لكثير من الناس سواء من الذين يعانون من مشكلات أو الذين لا يعانون من مشكلات أو اضطرابات نفسية، يعتبر الإسترخاء نوع من مضادات الضغط والتوتر والإنهيار بسبب المصائب اليومية التي تتطلبها الحياة العصرية كما أن إطلاق التوتر العضلي يحسّن قدرة الإنسان على الاستماع لما يقوله الآخرون والتفكير بشكل أفضل ومن ثم التفاعل مع الحدث بطريقة إيجابية وبما ان الطفلة (م-ف) ليست لها القدرة على التعبير عن رغباتها وحاجاتها و مشكلاتها وإنفعالاتها هذا من شأنه أن ينعكس سلبا على تكوين افكار لا منطقية حول ذاتها وبالتالي يكون التبول اللاارادي رد فعل على هذه الرغبات .

⁵⁷ الشناوي محمد محروس الشناوي (1998) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب، القاهرة، ص 83

حيث ان هذه التقنية تهدف الى تعلم ان كل إنفعال يتلازم مع تغيير فيولوجي وعن طريق الإسترخاء سوف يتعلم العميل تحسس كل إستجابة فيولوجية وبالتالي معرفة الغير مناسب منها وهذا مايسمح بالتحكم فيها وتغييرها شيئاً فشيئاً وهذا سوف يكسب العميل ثقة بالنفس بسبب ما تعلمه من قدرة على ضبط الذات وتغيير العميل لمعتقداته الخاطئة والتي كانت سببا في إثارة إضطرابات إنفعالية⁵⁸

كان الهدف من وراء تطبيق التحكم في التنفس هي تمكين الطفلة(م-ف) من تطبيقها في مختلف الوضعيات التوتر وخاصة في المنزل ومن أجل سهولة تطبيق التقنيات الأخرى (المراقبة الذاتية ،الواجب المنزلي،الأسترخاء ،الإيجاء الكلامي) لأن البعد عملية الإسترخاء تكون في حالة نفسية جيدة.و عليه سيتم في هذه الدراسة إستخدام طريقة شولتز scholtz التي أبتكرها عام 1932 وهي تتكون من 6 تمارين منها التقل , الحرارة ,نبضات القلب) وحسب شولتز أن هذه الطرق تساهم في تحقيق الراحة النفسية و الجسمية عن طريق جعل الفرد في حالة من التركيز و الهدوء⁵⁹. وفي هذا الدراسة تم الإعتماد على تمرين تحكم في التنفس حيث يأخذ العميل وضعية مريحة ويغمض عينيه ثم يقوم بأخذ نفساً عميقاً (شهيقاً) وأحبسه لمدة ثانية واحدة وهذا الشهيق الكامل يؤدي الشعور بالتوتر, ثم يطلق النفس (التنفس) تدريجياً (الزفير) أثناء العد تنازلياً من ثلاثة إلى واحد (3، 2، 1)، الزفير يؤدي إلى الشعور بالاسترخاء أوإزالة حالة التوتر.

المراقبة الذاتية:

ثم إستخدام المراقبة الذاتية في البحث الحالي لأنها تعتبر من التقنيات التشخيصية والعلاجية في آن واحد يقصد بالمراقبة الذاتية في العلاج المعرفي السلوكي قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في مفكرة أو نماذج معدة مسبقاً من المعالج وفقاً لطبيعة مشكلة المريض. ويحرص المعالج على البدء في استخدام المراقبة

⁵⁸ Durand de bousingen1996,(la relaxation que sais je ?) Edition Dahleb ,10eme ed ,Alger , P(5-7)

⁵⁹ J . Defontaine1979 (psychomatricité et Relaxation) masson ,paris, p 161

الذاتية بأسرع وقت ممكن خلال عملية التقويم لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المريض بشكل يسمح له بإعداد صياغة لمشكلة المريض والاستمرار في استخدامها لمتابعة العملية العلاجية، وبالإضافة إلى ذلك فالمراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض وتقدم أدلة تحد من ميل المريض إلى تذكر فشله بدلاً من تذكر نجاحاته.⁶⁰

كما أنها تعتبر من أكثر المصادر الملائمة لجمع المعلومات حول المشكلات التي يعاني منها العميل ومن بعض فوائدها أن العميل يكون فيها موجوداً دائماً لملاحظة سلوكه حيث يستطيع العميل أن يسجل سلوكه كلما ظهر، حيث وكلنا الطفلة (م-ف) بتسجيل كل ما يتعلق بأفكارها وتوقعاتها لذاتها وكيفية معاشتها للتبول رغم أننا اعتمدت عليها في جمع المعلومات عن الحالة قبل القيام بالعلاج و تم إستخدامها كتنقية أثناء العلاج للتعرف على التغييرات ذلك من أجل تقييم فعالية البرنامج العلاجي

الواجب المنزلي:

تتمثل في تحديد مجموعة من السلوكيات والمهارات التي يتعين أدائها من قبل المريض سواء في المنزل أو المدرسة ويتم تحديدها في نهاية كل جلسة، كما يتم تقييمها مع بداية الجلسة التالية، على أن يتم التدريب عليها في بداية جلسات العلاج و أن تتم بصورة تدريجية من السهل البسيط الى السلوك المركب على أن يتم الانتقال من نمط سلوكي معين إلى الأخر حتى يتم التأكد من نجاح تنفيذ السلوك السابق و لا بد من إختبار نوع الواجبات المنزلية بما يتناسب مع هدف العلاج، كما أنه يتحدد نوع الواجب المدرسي بما يتناسب مع هدف العلاج، وتعتبر أهمية الواجب المنزلي في كونه يرفع من وعي العميل بقدرته على الإستمرار في العلاج حتى بعد إنهاء الجلسات .

⁶⁰ ناصر المحارب 2000 (المرشد في العلاج الإستعرفي السلوكي) دار الزهراء, الرياض, ص 118.

تلعب الواجبات المنزلية دورًا هامًا في كل العلاجات النفسية ولها دور خاص في زيادة فعالية العلاج المعرفي السلوكي، وتساهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج والمريض، يزدادان أو ينقصان، وذلك يؤثر في طريقة أداء المريض في كل خطوات أو مهام البرنامج العلاجي، ويستطيع المعالج تقوية العلاقة العلاجية بتكليف المريض بعمل واجبات منزلية، ويقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعرفية و السلوكية المتعلقة بالمشكلة التي يواجهها حديثًا.⁶¹ وقد اعتمدتنا في الواجب المنزلي على التشكيل وذلك بتشكيل السلوكات الملائمة التي تعمل على إبقاء السرير جاف بالإنتباه لامتلاء المثانة و الإفراغ الإرادي في المكان المناسب واعتماد على التدعيم المادي في حالة ما تمكنت الحالة (م-ف) إبقاء السرير جافا يتم تدعيم المادي مباشرة .

الحث الكلامي:

يطلق عليها في بع الأحيان عملية التدريب وتتكون هذه العملية من خلال القيام بإسداء النصح والتوجيه للعمل بنوعية السلوك الذي ينبغي عليه أن يشكله لإستكمال البرنامج ، حيث اعتمدنا على التقنية باستخدام جمل بسيطة من أجل تحديد الأشياء المطلوبة من الحالة (م-ف) وكان ذلك بالشرح التفصيلي والتذكير بالسلوك المطلوب تعلمها و المغزى منها⁶² .

61

أحمد حامد الغامدي(2010)، مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق، مجلة جامعة ام القرى للعلوم التربوية و النفسية، المجلد2، العدد1 ص 23.

⁶²كلثم جبر الكواري (2011) : التبول اللاإرادي بين العلاج السلوكي والعلاج الأسري ، المكتب الجامعي الحديث قطر ص 116

الفصل الخامس: تقديم الحالة

التقرير السيكولوجي للحالة:

فحص الهيئة العقلية للحالة (م-ف):

الإستعداد والسلوك العام :

(م-ف) متوسطة القامة متوسطة البنية الجسمية ، شعرها أسود ، عيناها بنيتين ، سمراء البشرة ، مظهرها خارجي عادي، لا تعاني من إعاقات أو تشوهات ، تتكلم بصوت منخفض و بهدوء ، تتميز بالبساطة في اللغة و الطبع ، كثيرة الإصغاء ، تحب الهدايا ، الإتصال بالحالة كان سهلا حيث كانت متفاهمة ومتعاونة كما أظهرت الحالة من خلال السلوك العام استعدادا و تركيزا أثناء المقابلات.

النشاط العقلي :

تتميز اللغة (م-ف) بأنواعا عادية ويتخللها بعض الإضطراب لها ميل للسكوت فهي لا تجيب الا عندما أسألها ولكن مع تقدم المقابلات أصبحت تعبير أكثر عن نفسها ، إجاباتها معقولة معبرة مسيطرة للواقع . لها قدرة على تعبير وعلى التحوار.

المزاج والعاطفة :

تبدو الحالة هادئة ومستقرة الطباع ، لدى الطفلة نظرة مباشرة وملامح معبرة حسب الموقف .

محتوى التفكير :

تتميز (م-ف) بمحتوى تفكير جيد خالى من أي اضطراب كما تميزت أفكارها بالتسلسل والترابط في الحدث والزمن حيث كانت تكمل ما بداته سابقا، كما لاحظت إصغاءها الشديد لكل المعلومات التي تقدم لها .

القدرة العقلية :

(م-ف) لا تعاني من مشكلة فيما يتعلق بالتوجيه الزماني والمكاني ولديها ذاكرة جيدة للأحداث القريبة والبعيدة كما أن مجمل المقابلات التي تمت الحالة تشكل مستوى لا بأس به من الذكاء..

الاستبصار و الحكم:

الحالة (م-ف) لديها وعي يمرضها ممدركة تماما لمشاكلها الحالية، ، كما أنها دائمة البحث على إيجاد حلول لمشاكلها.

الملخص:

حالة (م-ف) هادئة الطبع سهلة الإتصال ومتعاونة ،لغتها مفهومة وواضحة، ومحتويات فكرها منظمة ومرتبطة .

1: التاريخ النفسي و الاجتماعي للحالة :

الحالة (م-ف) تلميذة في السنة الثانية ابتدائي ، عمرها ثمان سنوات ،تعاني كل ليلة من التبول اللاإرادي الليلي مظهرها عادي ،تعيش في أسرة متواضعة تحتل المرتبة الثانية في الأسرة تتكون الأسرة من ذكرين و أنثى و ترتيب الحالة(م-ف) قبل الاخيرة .

الأب يبلغ من العمر 49 سنة على قيد الحياة يعمل في البناء ، دائما خارج البيت بغرض العمل والأم تبلغ من العمر 41 سنة ربة بيت تقوم بإعانة زوجها بصنع الحلويات وبيعها.

تعيش الأسرة في شقة للكراء مكون من غرفة ومطبخ تتقاسم الحالة الغرفة مع إخوتها ووالديها ، لم تحاول الأسرة تقديم أي مساعدة علاجية للطفلة طوال السنوات التي سبقت التحاقها بالمدرسة اعتقادا منها بأنها هذا التبول سيزول ولن يستمر كثيراً و لكن بالتحاق الحالة (م-ف) بالمدرسة شعرت الأم بتلك المعاناة الصباحية في تنظيف السرير الحالة (م-ف) يوميا .و حين تم عرض الطفلة للطبيب في العيادة العامة وبعد إجراء الحالة (م-ف) الفحوصات الطبية بسبب التبول اللاإرادي الليلي المستمر تبين أن الحالة (م-ف) لا تعاني من أي خلل عضوي ، فقد تناولت أدوية لتخفيف من التبول لكنها لم يجدي نفعا معها ، كما انها عولجت بالأعشاب لكن بدون فائدة ، وعندها تم إحالتها من طرف الطبيب العام للفحص النفسي .

من خلال المقابلة التي أجريت مع الام والطفلة (م-ف) تبين أن عملية الولادة تمت بشكل طبيعي ، إلا أن الرضاعة لم تكن فقط من ثدي الام بل مع الحليب الاصطناعي وعملية الفطام تمت بشكل تدريجي دون مضاعفات تذكر، وسلوك الأم كان متسامحا ، لامباليا أحيانا ، حيث أن الأم كانت ترى أن ابنتها مازالت صغيرة ، وأن مع تقدم العمر ستشفى تلقائيا ،تعترف الأم أنها لم تحاول تدريب طفلتها على النظافة حيث كانت تعتمد على واقية البلل (الحفاضات) لفترة طويلة ،وفي نفس الفترة جاء التدريب جاء الحمل بالطفل الأخير ، حسب الأم كان غير مرغوب فيه من طرفها ،إذا أنه حدث الحمل صدفة رغم استعمالها لموانع الحمل حيث كانت الأم في تلك الفترة تمر بمرحلة عصبية خاصة مع أهل الزوج و كانت فترة الانتقال من مسكن العائلة الزوج و نظرا للظروف التي المعيشية السيئة التي كنت تمر بها الأسرة في تلك الفترة كان عميلة تبول الحالة (م-ف) يقلق الأم كثير وخاصة غسل الفراش وبعض المرات كما جاء على لسان الأم كانت تضربها ضربا مبرحا كما ذكرت أيضا أن الحالة (م-ف) تدخل أحيانا في خصام مع أخوها الأكبر سنا منها

والذي يسخر منها بسبب تبولها في السرير كما أنها تغار من أخيها الصغير ولم تعاني الحالة من أي مشكلة صحية سوى التبول اللاإرادي ، ولم يعاني أحد في أسرتها من هذه الظاهرة سواها , ومن خلال دراسة الحالة وجد أنها تعاني من العادات سلوكية سيئة مثل وقضم الأظافر وكذلك العزلة عن الآخرين كما تعاني من عادات سلوكية غذائية غير منتظمة في الغذاء حيث تتناول كميات كبيرة من المواد السكرية مما يجعلها تتناول كمية كبيرة مما يجعلها تتناول كمية أكبر من المعتاد للماء بالإضافة الى تناولها للمشروبات الغازية بكمية كبيرة ، مستواها الحالة (م-ف) الدراسي مقبول ،لكن تبين خوفها الشديد من معرفة أصدقائها للمشكلة تبولها و وشم رائحته مع العلم أنه تغتسل يوميا.

خطوات تطبيق العلاج المعرفي السلوكي

المقابلات العيادية:

أ-المقابلة الأولى :

نوع المقابلة: مشتركة

أطراف المقابلة : الأم , المفحوصة ,الباحثة

زمن المقابلة : 40دقيقة تقريبا

هذفت المقابلة :التعارف مع الحالة والأم والوقوف على محتوى المشكل وبناء علاقة تحالف علاجي.

دامت حوالي 40 د تم فيها الترحيب بالحالة مع أم وهي المرحلة التي يتم من خلالها التعارف والتعرف على ومحتوى الشكوى وإعطاء نظرة شاملة عن طبيعة الموضوع ثم قامنا بشرح طبيعة عملنا بشكل مبسط وصلاحياتنا ، حيث يتمثل دورنا في مساعدة الحالة على التخلص من التبول الإرادي.

كما حرصنا أن تخلق جو من الهدوء والطمأنينة بينها وبين الأم والحالة ، بعد ذلك طمئنا الحالة والأم بأن جميع المعلومات تكون في سرية تامة ولا يحق لأي شخص الاطلاع على هذه المعلومات .

هذا قد يساعد على كسب ثقة الحالة والأم كما حرصنا أن تفسح المجال للأم للحديث وبحرية عن المشكلة التي تعاني منها الحالة ، كما سعينا على أنها تولى الإهتمامها الكامل لما تقوله لها الأم والحالة وتشجيعها على الحديث وبكل صراحة عن المشكل ، الأمر الذي يساعد على تحديد المشكلة وبصفة واضحة.

ب-المقابلة الثانية:

نوع المقابلة: فردية

أطراف المقابلة : الأم , الباحثة

زمن المقابلة : 45 دقيقة تقريبا

هدف المقابلة : جمع المعلومات متعلقة بتاريخ الحالة وعن مرحلة التدريب على النظافة

للقيام بالتشخيص حسب معايير DSM 4.

خصت المقابلة الأم فقط ، حيث تم الإعتماد على المقابلة نصف موجهة أثناء الحصة من أجل جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات المتعلقة بالحالة (م - ف) وبظروفها الأسرية والإجتماعية السابقة و الراهنة ، حيث

كان إجراء هذه المقابلة مقرون بأهداف معينة و محددة مسبقا كما تم تقديم بعض المعلومات عن مرحلة التدريب على النظافة التي مرت بها الطفلة (م-ف) تمت طبيعيا او كانت قاسية أو اعتمدت على الضرب و التهديد و التخويف ، العوامل التي أدت إلى التبول وردة فعل المحيط إزاء ذلك وردت فعل الطفلة بعد التبولها لإراديا وكيفية معاشتها له ، وطبيعة النوم و كذا وضعها الدراسي الذهاب الى المدرسة منتظم ، صعوبة في بعض المواد ، الهروب من المدرسة التعاون مع الزملاء في لعب الأنشطة المدرسية ، المشكلات السلوكية داخل المدرسة خجل، الإندفاع، كذب و اتجاهات الأباء نحو المشكلة إن كانت سلبية أو إيجابية ، ومن خلال هذه المقابلة تم وضع تشخيص للمفحوصة (م-ف) حسب معايير DSM 4 وظهر انها تعاني من التبول الليلي الإرادي حيث يتم تكرار إفراغ البول ليلا في الفراش والملابس بشكل إرادي وفي الأخير تم تحديد المقابلة القادمة .

ج-المقابلة الثالثة:

نوع المقابلة: مشتركة

أطراف المقابلة : الطفلة , الأم ,المعالجة.

زمن المقابلة : 30 دقيقة .

هدف المقابلة : تدعيم العلاقة العلاجية بالحالة (م-ف) و تعريفها بخطة البرنامج العلاجي

هدفت هذه المقابلة ألى تدعيم العلاقة العلاجية بين الباحثة والحالة م-ف المبنية على التقبل والثقة والسرية تم

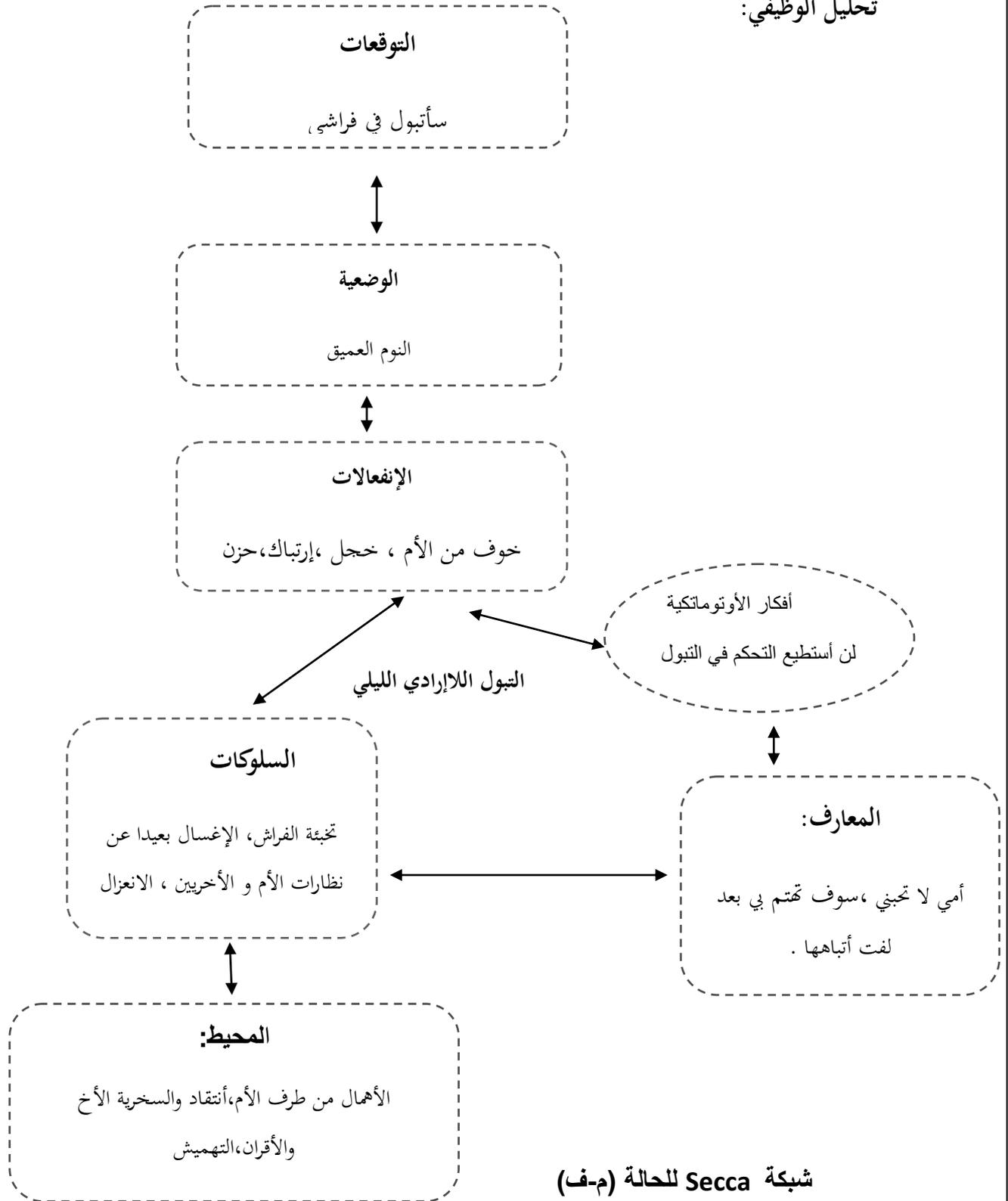
و تقييم أول توتر للتبول للحالة (م-ف)الذي أظهر أن تتبول يحدث طوال الأسبوع , تم قامنا بتوضيح

خطة البرنامج العلاجي الذي سيتم تطبيقه خلال فترة العلاجية وتأكيد على دور الحالة والأم في نجاح هذا البرنامج العلاجي .

حصص العلاجية :

المقابلات الثلاثة الأولى كانت عبارة عن جلسات كان الغرض منها جمع أكبر عدد من المعلومات حول العملية , إضافة ألى تحفيزها على تقبل العلاج وشروع في التدريب على التقنيات كان أبتداء من الجلسة الرابعة .

تحليل الوظيفي:



برنامج الجلسات العلاجية :

لتوضيح الجلسات العلاجية وأهداف منها إجمالاً أثناء سيرورة العلاج وما يتعلق بتقنيات

المستخدمة كان الجدول على النحو التالي:

الجلسة	مدة الجلسة	نوع الجلسة	هدف الجلسة	التقنية المستخدمة
الجلسة الأولى	40 دقيقة	فردية (المعالجة - الحالة (م-ف))	تدريب على فنية المراقبة الذاتية	المراقبة الذاتية
الجلسة الثانية	45 دقيقة	فردية (المعالجة - الحالة (م-ف)	التعرف على الحالة عن كثب ومحاولة مراجعة المراقبة الذاتية واستخدام الحث الكلامي	المراقبة الذاتية الحث الكلامي

تقنية التشكيل	تدريب على الواجب المنزلي وتقديم بعض الإرشادات توجيه الام والحالة بالالتزام بما تعلمته من خطوات البرنامج العلاجي.	مشتركة (المعالجة -الحالة (م-ف) -الام)	60 دقيقة	الجلسة الثالثة
الواجب المنزلي والمراقبة الذاتية	مراجعة الواجب المنزلي وتسجيلات مراقبة الذاتية و مراجعة التعليمات الموجهة للأم تهيئة الحالة (م-ف) الجلسة القادمة	مشتركة (الأم -الحالة (م-ف) - المعالجة)	45 دقيقة	الجلسة الرابعة
تقنية التحكم في التنفس	تعريف ببنية الإسترخاء و تنمية ثقة الحالة بنفسها وتخلص من المشاعر السلبية اتجاه أخيها الأكبر	مشتركة (الأم -الحالة (م-ف) - المعالجة)	45 دقيقة	الجلسة الخامسة
تحكم بالتنفس	أطلاع على مدى التقدم الذي أنجزته الأم والمفحوصة من خلال البرنامج العلاجي ومراجعة الواجب المنزلي و	مشتركة (الأم -الحالة (م-ف) - المعالجة)	45 دقيقة	الجلسة السادسة

	المراقبة الذاتية و الاسترخاء			
مراقبة الذاتية و الواجب المنزلي	متابعة سير خطوات البرنامج العلاجي تذكير بالمدة المتبقية للعلاج	مشتركة (الأم - الحالة) (م-ف) - المعالجة)	40 دقيقة	الجلسة السابعة
تقنية تحكم في التنفس	مراجعة المراقبة الذاتية والواجب المنزلي, إكتساب السلوكات الإيجابية في عادات النوم والأكل تمهيد للطفلة بانتهاء مرحلة العلاج مع شرح خطوات برنامج المتابعة	مشتركة (الأم - الحالة (م-ف) - المعالجة)	45 دقيقة	الجلسة الثامنة
الحت الكلامي	تلخيص ما درا في الحصص السابقة واستماع إلى التقارير لفظية الصادرة عن حالتة, الحت الكلامي	فردية (الحالة- المعالجة) و مشتركة (الأم - الحالة (م-ف) - المعالجة)	50 دقيقة	الجلسة التاسعة الأخيرة

الجلسة الأولى:

بعد الترحيب بالحالة تم تبصير بمشكلتها وتم تعريف الحالة (م-ف) بتقنية المراقبة الذاتية وكيفية استخدامها كما تم تعرفها بطريقة التسجيل و الهدف من القيام بهذه التسجيلات يوضع جدول أو بطاقة سمينها بطاقة المراقبة الذاتية وهي عبارة عن بطاقة أسبوعية تسجل فيها الحالة كل ما تشعر به عندما تتبول على نفسها أي بتسجيل كل ما يتعلق بأفكارها وتوقعاتها لذاتها وكيفية معاشتها للتبول بالإضافة الى تقييم الجلسات الماضية، في الأخير تم تحديد الموعد القادم وقامنا مرى أخرى بتذكير على الحالة(م-ف) بالمهمة المطلوبة منها

الجلسة الثانية:

هدف الجلسة في بداية كان بمطالعة التسجيلات المراقبة الذاتية التي كلفتها بها الباحثة وتأكد من أن المفحوصة (م-ف) قد فهمت كيفية تطبيقها , ومن خلال هذه التسجيلات ظهر ان العميلة (م-ف) لم تكون في احسن أحولها بعد ما تتبولت على فراشها لأن أحوها الأكبر ينعوتها بالبولة وهي لا تحظى بالإهتمام الذي يولونه لأخيها الأصغر ، كما أنا اخي الأكبر لا يجب اللعب معي و ان يزعجنها لهذا انا أحب أن أتخلص من البول كما قالت أن أمها لم تضربها، أما عن تقييم الحصة السابقة فقالت أنها تحب الحضور للحصة وأنها سوف تقوم بكل ما تقوله لي طبييتي" وقد ظهر من أقوال الحالة (م-ف) أنها ترغب في التخلص من مشكلة التبول اللاإرادي وتم الإيحاء بالتحسن لتدعيم التوقعات والتقييمات الإيجابية الفعالة باستخدام الإيحاء الكلامي والذي يقوم على استخدام الجمل البسيطة التي يتم من خلالها تحديد الأشياء المطلوبة من الطفل او تذكيره بها، حيث تم الإيحاء للعميلة (م-ف) على أنها قدرة على التخلص من مشكلة التبول اللاإرادي وذلك بتدرب على إكتساب المهارات الازمة للنظافة و الإلتزام بالتطبيق العلاج والإيمان

بالشفاء وكل هذا يتطلب منها الإرادة التي تقودها الى الشفاء , وبعد ذلك قامنا بشرح تقنية التحكم في التنفس ،موضحة فعاليتها مرفقة بالتقنيات الأخرى في معالجة التبول اللاإرادي من خلال التحكم في توترها وبذلك تم إعطاء مثال توضيحي بتطبيق هذه التقنية لمدة تقارب العشر دقائق لكن سبق التطبيق التعرف على الحالة المزاجية للعميلة(م-ف) وبعد التطبيق تم ملاحظة تأثير الإيجابي للتمرين, كما حثت الباحثة على أن يتم تطبيق هذا التمرين خارج إبطار الحصة بالتحديد في المنزل وبمساعدة الأم ,

الجلسة الثالثة:

هدفت هذه الجلسة تعريف الحالة(م-ف) والأم على تقنية التشكيل التي كان الهدف منها تشكيل السلوكات الملائمة للاحتفاظ بالسرير نظيف المقتبسة من " دراسة منصورى" وعلى ذلك طلبت من الأم تدريب الطفلة (م-ف) الذهاب الى المرحاض في الوقت المحدد أي بمعدل كل ساعة إبتداء من سا 4 حتى ساعة 23 ليلا أي حتى بعد ساعتين بعد نومها حيث تنام الحالة (م-ف) عادة 21 سا ليلا, حيث شرحنا للحالة (م-ف) وأمها الواجب المنزلي بعبارات واضحة ومفهومة (نريد أن أساعدك على أن تتخلصي من التبول في ملابسك أثناء الليل وأن تبقي جافة طوال الليل فأنا أعرف أن تلك المشكلة تسبب لك الإزعاج بسبب الرائحة والعمل الإضافي الذي يتطلبه غسل أغطيتك وملاءات سريرك وإذا مرت الليلة دون أن تبللي نفسك فستحصلين على مكافأتك فورا و ستحصلين على نجمة في الجدول وأن لم تحافظ على فراش جافا سوف تحرمين من هذه المكافئة كما طلبنا منها أن تعلق الجدول في مكان خاص بها مثلا في الحائط بجانب سريرها أو في أي مكان تراه مناسبا لها وتكون التدييمات الايجابية من طرف الأم بشراء بعض الهدايا البسيطة تتضمن أشياء ترغب الحالة (م-ف) عادة في شرائها مثل مأكولات أو ملابس أو ألعاب حيث حرصت أن تتجنب الأم الهدايا التي تتعلق بالمشروبات ، فإذا لم تتبول يتم تحويل النجمة في

اليوم التالي إما إلى تدعيم مباشر بإعطائها أحد المدعمات المتوفرة. طلبنا من الأم أن تقوم بتقديم الهدية مباشرة هذا كان تحت رغبة الحالة (م-ف) في اليوم التالي مباشرة إذا نجحت في الحفاظ على عدم تبولها.

فقد أخبرتها بأنها ستنجح في بعض الليالي وستفشل في البعض الآخر في أول الأمر، وفيما عدا ذلك كانت أوامرنا للأم واضحة لا تنتقدي لا تؤني إذا تم تبليل الفراش ليلا وتصرفي بشكل عام بالتشجيع واطهري اهتمامك وامتدحي سلوكها كلما بدر منها ما يدل على إهتمام بمظهرها ونظافتها بعد تم تطبيق تقنية التحكم في التنفس مباشرة بعد الإنتهاء من تدريب على تقنية السابقة و بحضور الشروط الازمة حيث كان الهدف منها تحقيق الإسترخاء من خلل السيطرة على التوتر النفسي و الفزيولوجي بعدها قامنا بالإتفاق مع الطفلة(م-ف) والأم معا لإحضار الواجب في الأسبوع القادم بعد تحديد الموعد الحصة القادمة.

الجلسة الرابعة:

فبعد الترحيب بالعميلة والأم من طرفنا ومراجعة الواجب المنزلي والمراقبة الذاتية معها, لاحظت أن الطفلة (م-ف) تبدو حزينة بعض الشيء بعكس الحصة السابقة , ولما بادرتها بالسؤال قالت أنها تبولت ثلاثة مرات في الأسبوع الماضي وبعد الإطلاع على سير الجدول الأسبوعي وجد أن الطفلة بالفعل تبولت ثلاثة مرات خلال الأسبوع و بالاستفسار عن كيفية اتباع التعليمات الخاصة بنموذج التشكيل حيث أتضح أن الأم لم تلتزم بالتعليمات الخاصة بإيقاظ الطفلة للتدريب على الذهاب الى المرحاض في الموعد المحدد قبل وبعد النوم وقد بررت الأم أنها بعد عملها في النهار في تحضير المأكولات التقليدية تشعر بالتعب طيلة النهار فتذهب مباشرة الى النوم وحينما تذهب لإيقاظ الطفلة بعد أن تكون قد تعدت الموعد المحدد تجدها قد تبولت , كما لتزمت الأم بعدم استخدام أي نوع من أنواع العقاب الجسمي أو النفسي , كما لتزمت الطفلة بالبرنامج الغذائي وعدم تناول (أي مشروبات غازية أو عصائر) بعد التعرف على تسجيلات المراقبة الذاتية للأسبوع

ماضي ولكنها لم تلتزم بممارسة الإسترخاء إذا أنها تقوم بتمارين التحكم في التنفس أحيانا ، لذلك اقتصرنا هذه الجلسة بتوسيع دائرة استخدام التدريب على تحكم في التنفس ، حيث جاء على لسان الحالة انا احيان لا تنجح في إجراء التمرين حيث وجد تنفسها غير قادرة على القيام بها على النحو الصحيح ، وبذلك قمنا على مساعدتها من خلال الحديث معها، ان ممارسة على التنفس هي مسألة تعلم فقط من ممكن ان نتوقع في الوهلة الأولى ان اداء التمرين يكون بكل السهولة، بعد القيام بممارسة التنفس مع الحالة (م-ق)، قامنا بتبين لها ان التمرن على التنفس طريقة جيدة لمواجهة الضغوط اليومية وهي تقنية تساعدنا على تطبيق باقي التقنيات الموكلة لها ، و تم تشجيع الحالة (م-ف) باستمرار في ممارسة هذه التقنية و التمرن عليها في محيط يبعث على الإسترخاء ، والتأكيد على الأم بالالتزام بما تم الإشارة إليه و وفي أخير طلبنا من الحالة (م-ف) أن تلخص ما قلته لتأكد من أنه قد اكتشفت المعنى من هذه الجلسة، ومن أجل تهيئة الحالة (م-ف) للحصة القادمة وتحديد موعدها.

الجلسة الخامسة:

هدف من الجلسة التأكد من قيام الأم بكل الآليات المتفق عليها في الجلسات السابقة ومراجعتها بما فيها المراقبة الذاتية الاسترخاء والواجب المنزلي ، ومن خلاله أتضح انه يوجد تحسن ملحوظ على مستوى تواتر التبول خلال هذا الأسبوع لهذا تم تذكير بالخطوة الواجب المنزلي التي تقتضي أن نعمل على تلاشي الاعتماد على المدعم الحسي تدريجيا بحيث كان يقدم المدعم يوميا في الأسبوع الأول وكل يومين في الأسبوع الثاني وكل أربعة أيام في الأسبوع الثالث إلى أن يتوقف المدعم المحسوس 'الهدايا' تماما على أن تستمر الحالة (م-ف) في لصق النجوم عن كل يوم يمر دون بلل لضمان استمرارية التدعيم الاجتماعي متمثل في الانتباه للتغيرات الإيجابية. وطلب من الأم أن تمتدح سلوك الابنة خاصة أمام أفراد الأسرة كل مرة تنجح فيها في

الكف عن التبول على نفسها أما إذا فشلت فلا ضرورة للتأنيب و على الحالة (م-ف) فقط أن تقوم بمساعد الام في غسل الملابس و الأغطية المبللة كتعزيز سلمي، وتكوين التوقعات الايجابية باستخدام الإيحاء الكلامي من أجل رفع من توقع النتيجة في الموعد الحصة القادمة وذلك بالتأكيد للطفلة (م-ف) على انها قادرة على القيام بما وُكِّل إليها بالتعاون مع الأم ، وقد ركزت في هذه الجلسة على مساعدة الطفلة على تنمية ثقتها بنفسها والتخلص من مشاعر السلبية بأنها أقل من أخيها الأكبر و بأنهما الأثنين متساويين عن أهمهم وبأن تكون اكثر مسؤولية إتجاهها أخيها الأصغر ، وطلبت منها وبشكل معتاد أن تقوم بتدوين في سجل المراقبة الذاتية ملخص الجلسة بعد نهايتها تم تحديد موعد الحصة القادمة للمواصلة أتمام البرنامج العلاجي .

الجلسة السادسة:

فبعد الترحيب بالعميلة والأم من طرفنا لاحظنا على طفلة (م -ف) علامات الرضا والإهتمام بالحضور وأشارت والدتها إلى انها كانت تنتظر هذه المقابلة بفارغ الصبر وأكدت عليها أكثر من مرة حيث تبين من خلال مراجعة المراقبة والواجب المنزلي الذي تم مراجعته أن الحالة لم تتبول مدة أسبوع كامل كان بمثابة الإنجاز حيث أن الأم كانت فرحة لدرجة انها قامت بتقبلي من فرحتها كما قالت إنها هي التي أهملت أبنيتها و أنها لم تتوقع هذه النتيجة وفي الوقت القصير كما لاحظنا ان الأم أصبحت استخدام عبارات تعزيزيه خلال الجلسة التي تم برمجتها في العلاج حيث قالت الأم انها كلما كانت تستعمل كلمات إيجابية من خلال الحث الكلامي ، كانت (م-ف) تطبق الكلام وتطيعها كما أشارت إلى ان أبنيتها أصبحت تستيقظ من تلقاء نفسها حينما تتأخر الأم في إستيقاظها وتذهب الى الحمام وهذا يدل على التزامها في تطبيق العلاج كما خرجنا بالملاحظة الأم وطريقة معاملتها للعميلة قد تغيرت و اصبحت اكثر إبتسامًا وأقل شكوى منها

وانتهت الجلسة بحث على الموصلة في التقدم من أجل التخلص من التبول كما اعطينا مؤشرات عن المدة المقدرة لاستمرار العلاج ذلك لإعداد الحالة (م-ف) لإنهاء العلاج تم إنهاء الجلسة واتفاق على موعد الجلسة القادمة .

الجلسة السابعة:

هي تكملة لما جرى في الجلسة الماضية , حيث حققت الجلسة الهدف منها وقد ركزنا من خلال هذه الجلسة على اكتساب الحالة (م-ف) على مجموعة من السلوكيات الإيجابية في عادات النوم وحتى الغداء وقد تم ملاحظة اهتمام الطفلة بمتابعة خطوات البرنامج بدقة حيث وازبت على الواجب المنزلي والمراقبة الذاتية بشكل منتظم والتزمت بالتعليمات المطلوبة كما اصبحت تمارس مهارة التحكم في التنفس أحسن من قبل بعدما كانت تجد صعوبة تطبيقها في حياتها اليومية، و كما جاء على لسان أمها أن إبتتها قد بدأت مرحلة جديدة ليس فقط في في تحكم في تبول على نفسها بل وأكثر شعورا بالثقة في النفس فهي على غير عاداتها أصبحت تستيقظ فرحة ومتفائلة في حين كانت تستيقظ وهي خائفة ونحبيء فرشها وأصبحت أكثر إتصالا معا أختوتها و مع الأقرانها في المدرسة وكونت أصدقاء جدد على حسب ما جاء على لسان الحالة ، كما قامنا بتذكير الحالة والأم بالمدة المتبقية من العلاج خلال العملية العلاجية خاصة أنه تم الاتفاق على الأهداف بشكل تعاوني بيننا و بين المفحوصة والأم مند البداية ، إذ ان هذا العلاج سوف ينتهي عندما يكون هناك تحسن ، وفي الأخير تم الإيجاء للمفحوص بأنها أنجزت عملها بأكمل وجه ولا يجب التوقف هنا بل مواصلة التقدم وفي الأخير تم تذكيرها بالموعد الحصة القادمة .

الجلسة الثامنة والأخيرة :

هدفت المقابلة الأخيرة للإطلاع على مدى التقدم الذي أحرزته العميلة (م-ف) من خلال العلاج المعرفي السلوكي حيث تبين من خلال هذه الجلسة استمرار التحسن و الإلتزام و المواظبة في إستخدام التقنيات بشكل يومي ان الحالة (م-ف) تمكنت من الحفاظ على النظافة التامة لمدة أسبوعين كاملين ويرجع هذا التحسن لتعاون الأهل وتجاوبهم مع متطلبات العلاج حيث تم الامتناع عن الأسلوب السخرية والانتقاد و التعليق من قبل الجميع العائلة , لخصنا لطفلة (م-ف) المكاسب التي حصلت عليها وأنجزتها وأثنينا على الجهود التي تشاركنا فيها كما أعلمنا الحالة (م-ف) انها من الممكن أن تدوم فترة النظافة اذا عازمت هي على ذلك وابتعت التعليمات المتفق عليها في الجلسات السابقة , و بعد كذلك ثم مراجعة وتلخيص البرنامج العلاجي وما دار في الجلسات السابقة وما هي التقنيات التي تم استخدامها وشرحها وكيفية الاستفادة منها مستقبلاً ، كما ثم حثت على الاستمرار والمثابرة على ما تعلمته لمواجهة التبول اللاإرادي ، وتم الاتفاق مع العميلة (م-ف) والأم على فترة المتابعة وهي بعد شهر من الآن .

مرحلة التقييم والمتابعة:

وهي مرحلة تتمثل في ما بعد الجلسات العلاجية وهي دراسة تتبعية الحالة (م-ف) حتى تتمكني من التعرف على مدى الاستفادة من العلاج وعدم حدوث انتكاسة، أي تقييم البرنامج والتغيرات التي حصلت عليها نتيجة العلاج وتمثلت في الجلسة التاسعة، وذلك لمعرفة مدى فاعلية البرنامج بعد فترة المتابعة وقد تم الاتفاق على يوم هذه الجلسة بعد شهر من آخر حصة فقد التزمت الطفلة والأم في هذا الشهر حتى يوم حضور الجلسة بالبرنامج كاملاً , وبعد مراقبة الواجب المنزلي أظهرت التسجيلات التحسن في توتر التبول حيث أن الحالة استطاعت الحفاظ على نظافتها طيلة الشهر المتابعة ماعدا ليلتين من الأسبوع الثاني في ذلك الشهر .

ثم ملاحظة أوجه التحسن لدى الحالة وبملاحظة تقييمات الحالة (م-ف) والأم المتابعة للبرنامج الذي تخضع له ، حيث جاء على لسان الأم أنها تجاوزت مع العلاج وتفاعلت معه كما عبرت على ان هذه تجربة ساعدتها كثير في التعامل مع أطفالها وبعد نهاية البرنامج العلاجي وبعد الجلسة التقييمية لاحظت أن المفحوصة (م-ف) أصبحت أكثر إتصالا من قبل و أكثر إيجابية كما زاد تقدير الحالة (م-ف) لذاتها بعد تمكنها من اكتساب النظافة وازدادت ثقتها بنفسها ،وبذلك طلبت من الحالة والأم الاستمرار في المحافظة على المكاسب العلاجية بعد نهاية العلاج و تقدم الدعم النفسي والتشجيع للمفحوصة من طرف الاهل .

خلاصة العامة عن الحالة:

الحالة (م-ف) لم تضبط التبول مند ولادتها لذا تعتبر من النوع الذي يطلق عليه التبول اللاإرادي الليلي الأولي،وبدأ هذا الإضطراب بسبب قلقا وتعب للأسرة خاصة بعد دخول الحالة إلى صفوف المدرسة الابتدائية وبعد الإحالة إلى مكتب الفحص النفسي أين تم التكفل بها ، تبين من خلال المقابلات أن سبب التبول الحالة (م-ف) راجع إلى غيرتها من (الأخ الصغير) كما يعود الى عادات الغدائية الخاطئة والمعاملة الوالدية غير سوية و عادات خاطئة في التربية الحالة ، خاصة إستعمال الأم واقية البلبل (الحفاظات) ثم إجبار الحالة الى الذهاب إلى الحمام مما ادى إلى مضاعفة استمرار التبول اللاإرادي لدي الحالة (م-ف)، وسوء الظروف المعيشية والمشاكل الأسرية ،وعليه قمنا باتخاذ الإجراءات اللازمة بتصميم برنامج علاجي يقوم على تقنيات سلوكية معرفية المذكورة مسبقا ومحاوله إقامة علاقة علاجية تعاونية مع الحالة (م-ف)و الأم لمساعدة في التخفيف من التبول اللاإرادي لديها بعدما فهمنا دوافعها وحاجاتها كان التدخل المهني بتعديل المعارف و سلوكيات الحالة وتأكيد على التدريب المكثف بشأن تنظيم السوائل في اليوم والعمل على تأكيد على أهمية

المعالج وأثرها في حياتها النفسية وتشجيعها بالقيام بكل التقنيات وتطبيقها في المنزل وذلك للحد من الإضطراب.

ومن خلال ذلك استطاعت الحالة (م-ف) وبعد إتباعها للخطوات العلاجية و بمساعدة الأم بعدما طلبنا منها توطيد علاقتها بإبنتها و تحسيسها بالمسؤولية اتجاه أخيها الأصغر و كل هذا ساعد الحالة على تحسن واكتساب النظافة شيئاً فشيئاً .

أساليب المستخدمة في تقييم البرنامج :

القياس القبلي: حيث نقوم بتطبيق قائمة تشخيص التبول الإرادي بناء على الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع للإضطرابات النفسية .

القياس البعدي: يتم إعادة تطبيق قائمة التشخيص التبول الإرادي بناء على الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع للإضطرابات النفسية .

الفصل السادس:
مناقشة فرضية
البحث وتفسيرها

مناقشة الفرضيات وتفسيرها:

وكاستنتاج لما سبق فإن فرضية البحث التي تنص على أن العلاج المعرفي السلوكي يساعد في التخلص من التبول اللاإرادي لدى الأطفال قد تم التحقق من صحتها.

فمن خلال دراسة الحالة (م-ف) والتي تم تشخيصها وفقا لمعايير DSM 4TR بالتبول اللاإرادي الليلي الأولي، وبعد أن طبق معها العلاج، وبعد أن تم معاينة الحالة بعد شهر من انتهاء العلاج، توصلنا إلى نجاعة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، ولاحظنا أن الحالة (م-ف) قامت بالتخلص من التبول اللاإرادي، مما يشير إلى وجود تحسن للحالة بعد تطبيق البرنامج، وهذا التحسن نرجعه إلى عوامل منها الانتظام في حضور جلسات البرنامج العلاجي. مثل ما أكد عليه كل من لندرفولد وبورمان (Lundervold & buerman) بأن حضور الجلسات بشكل منتظم ومتابعة القيام بكل الواجبات المنزلية التي يقدمها المعالج للحالة بين الجلسات أمر ينبغي التأكيد عليه لأنه في غاية الأهمية، بل و يمثل جوهر علاج.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما جاء بالدراسات السابقة التي تناولت موضوع التبول اللاإرادي، حيث أجريت دراسات وبحوث عديدة لتقييم برامج وأساليب علاج لاضطراب التبول اللاإرادي، فكانت النتائج أكثر ايجابية باستخدام العلاج المعرفي السلوكي. ومن بين البحوث التي تناولت التبول اللاإرادي، والتي أثبتت ذلك: دراسة سمية المنصوري 1993 بالجزائر، ودراسة محمود ذياب عصافرة 2006 بفلسطين التي أجريت على 69 حالة، منها 47 حالة انتظمت في الجلسات العلاجية، وتراوحت أعمارهم بين 5-25 سنة، وكانت النتيجة أكبر من التوقعات إذ تعالجت جميع الحالات التي انتظمت "47 حالة" ومعظمها حاولت تناول بعض الأدوية أكثر من مرة وراجعت أكثر من طبيب مسالك بولية، وتمت متابعة الحالات بعد 6-8 أشهر من انتهاء العلاج، ولم تنتكس سوى حالتين أحدهما عانى من مشكلة اعتداءات المستوطنين على بيتهم

وعلى ضوء ذلك وما وافقها من نتائج دراسات سابقة تحققت نتائج إيجابية مع الحالة (م-ف) من خلال العلاج المعرفي السلوكي، حيث اتضح التحسن الذي طرأ على الحالة (م-ف) أنه راجع إلى فعالية البرنامج العلاجي المستخدم في هذه الدراسة. حيث عزز التدريب على الواجب المنزلي من قدرة الحالة (م-ف) على التعلم الجيد، من خلال تكرار ما تعلمته في الجلسة بتشكيل السلوك الملائم للاحتفاظ بالسرير نظيفاً والتمرن عليها بالمنزل، ما مكّن (م-ف) من القيام بها في حياتها اليومية، كما ساهمت في تقوية العلاقة العلاجية. وأيضاً كان لبطاقة المراقبة الذاتية الأثر الكبير على المفحوصة في التعرف على أفكارها وأحاسيسها ومراقبتها.

أما فنية التشكيل التي اعتمدت عليه الباحثة بالحث الكلامي حسن من الحالة، وهو الأمر الذي وافق ما جاء في الدراسة التي قامت بها عزة إبراهيم السحيلي 1990، حيث استهدفت هذه الدراسة اختبار مدى فعالية العلاج بالتشكيل في علاج التبول اللاإرادي لدى الأطفال، وتكونت عينة البحث من عشر حالات (10) من الذكور والإناث، تتراوح أعمارهم بين (6-12) سنة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن استعمال التشكيل في العلاج ساعد على عدم حدوث التبول اللاإرادي. كما ساعدت ممارسة تقنية الاسترخاء بالتحكم في التنفس مع الحالة (م-ف) في مواجهة التوترات والضغط اليومية.

كما دعم البحث الحالي بأربع بحوث سابقة تناولت كلها التدخل المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية، وبذلك تعتبر تقنيات العلاج المعرفي السلوكي من أجمع التقنيات وأكثرها فعالية، لكونها سهلة التطبيق وتظهر نتائجها على المدى القصير نسبياً، هذا ما أكدته نتائج الدراسة الحالية.

ومنه أوضحت نتائج هذه الدراسة بالرجوع لنتائج ملاحظة السلوك العام والحالة النفسية للمفحوصة (م-ف)، والمقابلات العلاجية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي فعالية هذا البرنامج في معالجة التبول اللاإرادي. الأمر الذي أصبح ملموسا بالتحسن الملحوظ للحالة (م-ف) بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي.

الخاتمة:

وأخيرا يجدر الإشارة الى أنه حان الوقت للتدخل وتقديم علاج متخصص للأطفال المتبولين لاإراديا وذلك بمساعدة الأفراد الراغبين في العلاج، والتغير الذي يعتبر خطوة نحو التطور الذي تعود فائدته على الطفل والأسرة والمجتمع على حد سواء.

بما أنها من أبرز المشكلات التي يعاني منها الآباء عند تنشئة أبنائهم في مرحلة الطفولة، سواء أكان ذلك أثناء النوم أو اليقظة حتى سن الخامسة وفي بعض الحالات حتى العاشرة، وربما إلى ما بعد ذلك أحيانا.

والأكثر من ذلك ما يصيب الطفل من خجل أمام إخوانه من حوله، كونه مثار للسخرية بينهم. مما يسبب له استفحال مشاعر النقص وفقدان الشعور بالأمن الأمر الذي يؤدي عادة إلى مشاكل أكثر تعقيدا كالفشل الدراسي والميل إلى الإنطوائية والنوبات العصبية وغير ذلك من الاضطرابات التي يتضرر منها الطفل كثيرا، ولأن التوافق الإنسان في المراهقة و الرشد مرتبط إلى حدّ كبير بتوافقه في الطفولة كان تدخلنا باستخدام العلاج المعرفي السلوكي المستند على النظرية المعرفية والسلوكية فهو بمثابة وسيلة من وسائل العلاج النفسي التي يمكن استخدامها في التخفيف من حدة العديد من الاضطرابات السلوكية، ومساعدة الأطفال على التكيف داخل بيئاتهم، من خلال تصحيح أفكارهم الخاطئة وتدريبهم على أداء السلوك الصحيح حيث وضعنا في متناول الأم و طفلتها خطوات علاجية تعتمد على تقنيات التالية(المراقبة الذاتية، الحث الكلامي ،

الواجبات المنزلية، الاسترخاء). التي تعتبرت من أنجع التقنيات وأكثرها فعالية لما أظهرته من نتائج إيجابية على المدى القصير نسبيا، الأمر الذي تؤكد في نهاية الدراسة الحالية.

التوصيات والاقتراحات:

في ضوء نتائج البحث وما سبقها من عرض نظري يمكن الخروج بعدد من التوصيات والاقتراحات وهي كالآتي : يجب أن يعي الآباء أبعاد مشكلة التبول اللاإرادي و أن يفهموا شخصية أبنائهم وان يهتم بهم و أن يقتربوا منهم ليشبعوا حاجات أطفالهم وميولاتهم، وأن يشعروهم بالحب الأبوي لأن وراء كل سلوك يقوم به الطفل رغبة أو هدف لم يشبع ويسعى الطفل إلى إشباعه بطريقة الخاصة و لذلك يجب عليكم الكشف عن الحاجة الكامنة وراء سلوك الطفل.

- البحث عن سبب الظاهرة نفسيا أو في أنفسكم عن السبب أو في البيئة التي يعيش فيها الطفل وفي الأسلوب الذي يخضع له خلال تربيته فرما يكون السبب في طريقة معاملتكم لهم لدى يجب أن تتحلوا بالصبر والهدوء في مواجهة التبول اللاإرادي وعدم وضعهم في موقف مقارنة مع إخوتهم أو بالأطفال الآخرين الذين يستطيعون التحكم في الإخراج وعدم توبيخهم وضرهم أمام الضيوف والأصدقاء
- أن يتبع الأولياء نظاما دقيقا لمواعيد التبول عند ابنائهم وان يلبوا حاجتهم للتبول في الوقت المناسب، دون استعمال أسلوب الإكراه والتخويف وعقاب.
- أن يمنع الأطفال عن شرب السوائل أو تناول الأطعمة المالحه التي تتطلب الكثير من الماء خاصة في المساء، قد يكون المكان المخصص لتبول بعيدا أو مظلما فيشعر الطفل بالخوف ويؤجل استيقاظه للتبول ليلا إلى التبول في الصباح لدى يجب توفير كل ما يسهل عملية التبول.
- أن يجنب الأطفال إستخدام الحافظات لأنها تقلل من حافز الأطفال على الاستيقاظ للتبول.

المراجع

قائمة المراجع:

باللغة العربية :

كتب:

1. الزعبي ، أحمد محمد (1994) : الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال ، ط1، دار الحكمة اليمانية، صنعاء .
2. الشربيني ، زكريا أحمد: (2001) المشكلات النفسية عند الأطفال ، دار الفكر العربي القاهرة مصر.
3. أحمد حامد الخطيب ، حسين مد الله الطراونة(2003)التبول اللاإرادي أسبابه وطرق علاجه، ط1, داروائل للنشر، عمان، الأردن.
4. الشناوي محمد محروس : (1998) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، دار غريب ، القاهرة.
5. أسامة فاروق مصطفى (2011) : مذخل إلى الإضطرابات السلوكية والإنفعالية الأسباب – التشخيص – العلاج ، دار المسيرة للنشر وتوزيع والطباعة , ط1 , الأردن.
6. أديب العطار (1963) السريريات البولية التناسلية , مطبعة جامعة دمشق.
7. بشناق ، رأفت محمد (2001) : دراسة في سلوك الأطفال واضطراباتهم النفسية، ط1، دار النفاس للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان.
8. تاليف بيبري كورين ، بيتر رودل ، ستيفن بالمر ، حمود عيد مصطفى (2008) : العلاج المعرفي – السلوكي المختصر , دار ايثراك للطباعة والنشر و التوزيع . ط1.مصر
9. حسين عبد العزيز الدبرقي (1985), مدخل في علم النفس , دار الفكر العربي ط2, القاهرة .

10. خليل فاضل (1994): الإضطرابات النفسية لبعض تلاميذ المرحلة الابتدائية في دولة قطر، مجلة الثقافة النفسية ، العدد 17، المجلد 5، بيروت ص 58
11. روبرت ليهي ، ت ، جمعة سيد يوسف و محمد نجيب أحمد الصبوة(2006): دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في لاضطرابات النفسية إيتراك للطباعة و النشر و التوزيع ط (1) ، القاهرة.
12. رمزي ، إسحاق(1953) : مشكلات الطفولة اليومية، دار المعارف المصرية ، ط1، مصر
13. زهران حامد عبد السلام : (2001) : الصحة النفسية والعلاج النفسي عالم الكتب للنشر والتوزيع ، القاهرة.
14. سليمان الريحاني: (1981) معالجة التبول الإرادي سلوكيا - دراسة تجريبية علاجية، مجلة العلوم الإجتماعية ، العدد (3) السنة (9) سبتمبر ، الكويت. ص8-125
15. شارلز شيفر هوارد، ت، نزية حمدي، نسيمه داود (2008): مشكلات الأطفال و المراهقين و أساليب المساعدة فيها ، ط1، دار الفكر ناسرون و موزعون ، الأردن.
16. عبدالستار إبراهيم :العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، الدار العربية للكتاب بدون تاريخ.
17. عادل عبد الله" (2000) ،العلاج المعرفي السلوكي أسس و تطبيقات، القاهرة . دار الرشاد
18. عزة بإبراهيم السحيلي(1991) دراسة إكلينيكية لمدى فعالية العلاج بالتشكيل في علاج حالات التبول اللاإرادي لدى الأطفال ،رسالة ماجستير غير منشورة، القاهرة ،جامعة الزقازيق .
19. عمر محمد مخيمر ،هبه محمد علي : (2006) (المشكلات النفسية للأطفال بين عوامل الخطورة وطرق الوقاية و العلاج ،مكتبة الأنجلو المصرية ، ط1، القاهرة.

20. فيصل محمد خير الزراد (1998) التبول اللاإرادي لدى الأطفال ، دار النفائس بيروت لبنان.

21. كمال دكراس (1959) :مدخل الى علم النفس و المنهجية, دار الطليعة ,بيروت .

22. كلثوم بلميهوب (2014) : تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الإضرابات النفسية () Edition, DGRSDT.CRASC الجزائر.

23. كلثم جبر الكواري (2011) : التبول اللاإرادي بين العلاج السلوكي والعلاج الأسري ، المكتب الجامعي الحديث قطر.

24. لويس كامل مليكة (1980) : علم النفس الإكلينيكي، الهيئة العامة للكتاب ،القاهرة.

25. ميموني بدرة معتصم (2003) ،الإضرابات النفسية عند الطفل والمراهق ،ط1،ديوان المطبوعات الجامعية.

26. محروس محمد الشناوي (2000): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، دار غريب ، القاهرة ماهر حمو عمر المقابلة في الإرشاد و العلاج النفسي ،دار المعرفة الجامعية الفنية للطباعة و النشر ،الإسكندرية pdf

27. ناصر المحارب (2000) (المرشد في العلاج الإستعري السلوكي) دار الزهراء ,الرياض.

مجالات :

28. أحمد حامد الغامدي (2010)، مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات

القلق، مجلة جامعة ام القرى للعلوم التربوية و النفسية، المجلد2، العدد1

29.رياض ياسين عبد الله (1998):التبول اللاارادي عند الطفل و علاجه (دراسة تطبيقية)
على عينة من المجتمع الكويتي دراسات عربية مجلة فكرية اقتصادية و اجتماعية .العدد 3/4 -يناير
فبراير

30.ليلى دمعة يعقوب (1998) التبول اللاإرادي عند الأطفال و علاجه (دراسة تطبيقية هلى
عينة من المجتمع كويتي)(دراسات عربية مجلة فكرية و إقتصادية و إجتماعية) العدد 3/4 بيروت لبنان
31 .غالب الخلايلي (1989)" التبول اللاإرادي لدى الطفل "مجلة الثقافية النفسية – العدد 23-
المجلد 07 بيروت لبنان.

المراجع باللغة الأجنبية:

32.Chiland .c(1995) ,l'entretien clinique, paris , Puf .

33.Coutraux,J,(2006) place des psychothérapies comportementales dans le traitement de la dépression 2 émé édition dois paris .

34.Cottraux ,j (2011) ,Les psychothérapies comportementales et cognitives, Collection médecine et psychothérapie ,Elsevier Masson, 5édition.

35.Cottraux(2001) : thérapie cognitive de la dépression - Masson – Paris .

- 36 .J. Defontaine(1979) (psychomatricité et Relaxation) mas-
son ,paris .
- 37 .Durand de bousingen(1996),(la relaxation que sais je ?) Edi-
tion Dahleb ,10eme ed ,Alger .
- 38 .Geneviève Merquat p.k (Un cas clinique de troubles mic-
tionnels chez un enfant) p03 publication pdf .
- 39.Kahn,j .H.Human (1973) Growth and the development of
personality, oxford.
- 40.Kriesler.L (1977) :Enurésie ;Encyclopediemédico- chirurgi-
cale pédiatrie,p 95
- 41.Louis p. vera(2009)à ,la tcc chez l'enfant et l'adolescent,
Masson paris .
- 42.Paul Robet Micro Robet(1982) : Dictionnaire du français
primordiale édition graphique – France .
- 43.J.F.Richard / R.Ghiglione(1999) : Cours de psychologie
DUNOD – Paris.
- 44.TCC FORMATION Rerz2011
- 45.Serge Nicolas,ludovic Fenand(2008) ,histoire de la psycholo-
gie,de boeck supérieure,bruxelles.

46.Sillamy,N(1996) :Dictionnaire de la psychologie ,Paris, bor-
das

47.www. Psychologies .com(mieux vivre sa vie)

الملاحق

الملحق:

فحص الهيئة العقلية:

هذا الفحص يستعمل كوسيلة تحليلية للحصول على تشخيص الملائم خاص بكل حالة لذكتور نصره قويدر

1978

يركز هذا الفحص على الملاحظة المباشرة للإستجابات السلوكية التلقائية اللفظية و الحركية , كما يمكن الحصول على المعلومات الأساسية من المحيط كما يحصل الفاحص على المعلومات إما عند طرح الفاحص لمشكلته أو عند إعطائه للتفسيرات أو عند تقديمه للتوضيحات التي يراها مهمة ويعتمد على النقاط التالية خلال فحص الهيئة العقلية .

2-3-1 الإستعداد و السلوك العام :

المظهر , اللباس , النظافة , التعبير , السلوك لعام خلال الحديث السلوك العام خلال الفحص , الإنفعالات في الحديث , تغييرات السلوك الحركية , المؤشرات القلق كالإرتجاف , الإضطراب الحركي , التنفس , السريع , الإستتارة والإستجابات الحركية الغير المراقبة.

2-3-2 النشاط العقلي :

الإنتاجية , التلقائية , الكمية , الإجابة , التكرار الألي و شرود الذهني.

2-3-3 المزاج والعاطفة :

الإستجابات العاطفية للشخص خلال المقابلة , الإكتئاب , القلق , البلادة , تضخم الأنا , الإحساس بالذنب , الأفكار تعكس إحتقار الذات , نزعة الإنتحار.

2-3-4 محتوى التفكير : محتوى التعبير , التلقائية في الإجابات , إنشغالات تدمير الذات , العدوانية الموجهة نحو الآخرين , شكاوي توهم المرض , أفكار العظمة و الإضطهاد .

2-3-5 القدرة العقلية : التوجيه الزماني والمكاني , الإنتباه , الذاكرة الحديثة والبعيدة والحساب , القراءة , الكتابة , الفهم , المعارف العامة و الذكاء.

2-3-6 الأستبصار والحكم :

القدرة على التكيف يوضح علاقة بين إمكانية المفحوص على إستعاب مشكلته والظروف التي ساهمت في ظهور المشكل , مدى درجة إستعابه للسلوكيات المتكررة وميزات شخصيته السابقة لمواجهة المشكل والتقوم الحكم تطرح الأسئلة التالية :

ماذا تفعل إذا كانت أول مرة أكشف وجود النار في قاعة السينما ؟

ماذا تفعل تفعل إذا وجدت نفسك تائه في مدينة غريبة ؟

2-3-7 التشخيص :

يجب أن يأخذ متسعا من الوقت كلي لا يترك أي مجال للشك في تشخيص المتواصل إليه.

2-3-8 الملخص :

يضم العناصر المهمة في تاريخ الحالة , سلوكها , الآليات الدفاعية المستعملة والتشخيص الفارقي.