

## ديناميات البناء النفسي لدى عينة من الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي

مي موسى يوسف موسى\*

مدرس علم النفس كلية الآداب جامعة عين شمس

Mai.mousa@art.asu.edu.eg

### المستخلص:

تهدف الدراسة الحالية للكشف عن ديناميات البناء النفسي لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة ممن يعانون من التبول اللاإرادي، وذلك من خلال الدراسة المتعمقة للحالة الفردية من خلال تحليل الشخصية من مختلف جوانبها من أجل تبين الصراعات الأساسية وميكانيزمات الدفاع المستخدمة وطبيعة العلاقات الأسرية ونسب الذكاء في بعض الأحيان. وقد تم استخدام الأدوات التالية:

- 1- المقابلة ذات رؤوس الموضوعات الهادية.
- 2- اختبار الأسرة المتحركة K.F.D.
- 3- مقياس إستانفورد بينيه "الصورة الخامسة".
- 4- اختبار تفهم الموضوع T.A.T.
- 5- اختبار اليد الإسقاطي.

### ملخص النتائج:

أشارت نتائج الدراسة إلى:

1. وجود صراعات أوديبية لم تحل.
2. الإحساس بفقدان الموضوع المحبوب.
3. إتسمت أساليب المعاملة الوالدية بالتهاون والإفتقاد إلى العطف والتأييد.
4. الميكانيزمات الدفاعية المستخدمة هي: الإنفصال، والإنكار، والتكوين العكسي.
5. وجود ميول إعتماضية، مع وجود الحاجة إلى تأكيد الذات.
6. الحاجة للتواجد في بيئة آمنة.
7. الشعور بالنقص.
8. قدرة متوسطة فيما يتعلق بالقدرة على إكمال المهام بإسلوب يتسم بالكفاءة.
9. قدرة مرتفعة على استخدام أكثر من وسيلة لحل المشكلات.
10. قدرة مرتفعة على إيجاد حلول للمشكلات الصعبة تحت ضغط الوقت.
11. عند التعرض لمواقف ضاغطة يتم حلها في بعض الأحيان من خلال التبدلين باستخدام التبول اللاإرادي وفي أحيان أخرى يتم مواجهتها عن طريق السرقة والكذب وقضم الأظافر.

تاريخ الاستلام: 2022/1/11

تاريخ قبول البحث: 2022/1/11

تاريخ النشر: 2023/3/31

**مقدمة الدراسة:**

تعتبر مشكلة التبول الإرادي مشكلة مؤرقة للعديد من الأسر بكشل عام وللأطفال المصابين بهذا الاضطراب بشكل خاص؛ ولاسيما إذا ظهرت في مرحلة الطفولة المتأخرة وهي المرحلة التي تمتد من 6 سنوات إلى 12 سنة بحيث تبدأ هذه المرحلة مع بداية دخول الطفل المدرسة وتنتهي عند دخول الطفل على أعتاب مرحلة البلوغ، وسواء كانت هذه المشكلة مزمنة (أي أنها بدأت قبل دخول الطفل مرحلة الطفولة المبكرة أي أنها بدأت قبل ذلك بكثير) أو ظهرت بشكل حاد ومفاجئ؛ فإن لها أبعاد كثيرة ومتعددة ومتشابكة: نفسية وإجتماعية وإقتصادية، ومن أهم العوامل والأسباب النفسية أساليب التعلم وآليات الثواب والعقاب والدعم والتعزيز، والأهم من ذلك طبيعة العلاقات الباكرة بالموضوع ومراحل النمو والتطور النفسي الجنسي ولا سيما المرحلة الشرجية حيث تبدأ الاسر في هذه المرحلة في تدريب الطفل على التحكم في حركة المثانة والأمعاء والتدريب على استخدام المراض ويؤدي الثبيت على هذه المرحلة إلى العديد من المشكلات النفسية والسلوكية، فالأم المتفهمة لعجز طفلها ولقدراته وإمكانياته المحدودة سواء من الناحية النفسية والجسدية تستطيع مساعدة طفلها على تجاوز هذه المرحلة بسلام ويكتسب الكثير من الثقة في ذاته تلك الثقة المستمدة من علاقاته البنائة بالموضوع الأولي المتمثل في الأم ؛ أما إذا لم تكن الأم متفهمة لعجز طفلها وعدم وصوله إلى المرحلة الكافية من النضوج للتحكم في العضلات العاصرة هذا بالإضافة إلى استخدام أساليب العقاب والتهديد الأمر الذي سيشعر الطفل في هذه المرحلة بالإفتقاد للدعم والتأييد والمساندة وأن الموضوع الأولي والذي كان لا بد أن يكون مصدر الأمان الاطمئنان أصبح مصدرا للتهديد الأمر الذي يزعزع ثقته بذاته وقدراته وإمكانياته الأمر الذي يترتب عليه الكثير من المشكلات والتي قد تتجسد فيما بعد في أشكال متنوعة من الاضطرابات النفسية والسلوكية من قبيل الوسواس القهري أو من قبيل السلوك الشحيح البخيل أو من قبيل التبول الإرادي، وإذا أصيب باضطراب التبول الإرادي والذي يمكن أن نصفه بأنه اضطراب سلوكي نجده يلجأ إلى اضطراب المسلك هذا في كل مشكلة وجدانية تواجهه لا يستطيع التغلب عليها مع العلم انه لا يلجأ إليها بشكل لاإرادي ولكنه يلجأ إليها بشكل لا شعوري وكأن الأمر شكل من أشكال الهستريا التحولية ومن ناحية أخرى قد يرجع الأمر إلى خلل في العضلات العاصرة، وسواء كان السبب خلل تشريحي أو أن السبب نفسي المنشأ فإن الهدف الأساسي للدراسة الحالية هو الكشف عن ديناميات البناء النفسي لدى الأطفال في هذه المرحلة الحساسه حيث إنها بداية الإنفصال عن الموضوع ودخول عالم جديد "التمثل في المدرسة" وتنتهي هذه المرحلة عند دخول مرحلة المراهقة وتشكيل الهوية الجنسية تلك التي كانت نتاج ومحصلة للمراحل السابقة.

**مشكلة البحث:****ميررات البحث:**

"إن السبب الأساسي للتبول الإرادي غير مفهوم كلياً لكن هناك عدة عوامل مسببة له كما تشير الدراسات أن التبول الليلي الإرادي ليس مرضاً نفسياً ولكن ممكن أن يحدث نتيجة للضغوط أو الاضطرابات النفسية، ويمكن أن يحدث العكس وجود هذه المشكلة وعدم علاجها، يؤثر سلبياً على حياة الطفل وإبداعه وثقته بنفسه.

## عوامل نفسية واجتماعية:

الاهمال في تدريب الطفل على استخدام المرحاض لكي تتكون لديه عادة التحكم في البول، أو على النقيض التدريب المبكر على عملية التحكم مما يسبب قلقا لدى الطفل استخدام القسوة والضرب من قبل الوالدين، التفكك الاسري مثل الطلاق والانفصال وتعدد الزوجات وازدحام المنزل وكثرة الشجار أمام الطفل، الغيرة بسبب ولادة طفل جديد في الأسرة، الانتقال أو الهجرة من بلد لآخر أو من مدينة لأخرى، بداية دخول الطفل المدرسة والانفصال عن الأم، مرض الطفل ودخوله المستشفى للعلاج، نقص الحب والحرمان العاطفي من جانب الأم، معظم آباء وأمهات الأطفال يقولون إن أطفالهم ينامون بشكل عميق ويصعب إيقاظهم".

(محمود.سندس حامد: 2012: 508، 506)

"و يعتبر التبول الليلي اللاإرادي من أكثر المشكلات انتشارا التي تؤثر على حوالي 15% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 سنوات، حيث يحقق حوالي 15% من الأطفال تلقائياً التحكم في المثانة ليلاً سنوياً. التبول اللاإرادي الليلي أكثر شيوعاً بثلاث مرات من التبول أثناء النهار، ويحدث ثلاث مرات أكثر عند الأولاد. يتم تصنيفه على أنه أولي (سلس البول الليلي عند الطفل الذي لم يسبق له السيطرة على التبول لمدة ستة أشهر على الأقل وكان أكبر من خمس سنوات) أو ثانوي (الجفاف الليلي يتحقق لمدة ستة أشهر على الأقل). وفقا للجمعية الدولية لسلس البول لدى الأطفال يُعرّف سلس البول الليلي الأولي أحادي الأعراض على أنه تسرب منقطع للبول ليلاً أثناء النوم لدى الأطفال الذين يبلغون من العمر 5 سنوات على الأقل والذين لم يحققوا الجفاف في ستة أشهر على الأقل بدون سلس البول المصاحب، وأي أعراض أخرى في المسالك البولية السفلية، وتاريخ من ضعف المثانة وهو النوع الأكثر شيوعاً من سلس البول الليلي، ويمثل حوالي 85% من جميع الحالات. وعادة ما يكون العلاج طبيًا وسلوكيًا (التدريب على السرير الجاف مع أو بدون إنذار) أو مزيج من الاثنين معًا. وقد يمتد العلاج لعدة أشهر، ويتطلب التزامًا طويل الأمد.

هذا وقد أفادت الدراسات الوبائية أن 20-30% من الأطفال الذين يعانون من سلس البول الليلي يعانون من مشاكل سلوكية، والتي تزيد مرتين إلى 4 مرات عن الأطفال الغير مصابين بسلس البول.

أكثر من ذلك فإن معدل المشكلات السلوكية لدى الأطفال المصابين بسلس البول الليلي يمكن مقارنته بمعدل المشكلات النفسية والاجتماعية في مجموعات الأمراض المزمنة لدى الأطفال الأخرى، سلس البول الليلي الأولي له تأثير سلبي على الحالة العاطفية للطفل، والعلاقات الاجتماعية، وتقدير الذات، والأنشطة اليومية وقدرات الطفل على مغادرة المنزل مع الأصدقاء والعائلة.

من المعروف أن الأطفال ممن لديهم سلس البول غير سعداء أو مكتئبين، ودائمًا ما يتعرضون لضغوط في المجتمع لأنهم يخجلون ويحاولون إخفاء الاضطراب الأمر الذي يؤثر سلبا على نوعية الحياة. كما يؤثر سلس البول على كل من الأطفال وأولياء أمورهم، حيث يؤدي الغسيل والتكلفة الزائدة والرائحة وعزو الوالدين لأسباب التبول في الفراش إلى عوامل يمكن التحكم فيها (خاصة سلوك الطفل) إلى الشعور بالضيق وبالتالي اتخاذ إجراءات عقابية على الطفل، ويحاول الآباء عدة طرق علاجية لحل التبول اللاإرادي، بما في ذلك التهديد والعقاب، مما يؤدي إلى كثرة التبول اللاإرادي معاقبة الأطفال المصابين بسلس البول، يعتبر سلس البول الليلي من أكثر المشكلات انتشارا التي تؤثر على حوالي 15% من

الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 سنوات، حيث يحقق حوالي 15% من الأطفال تلقائيًا التحكم في المثانة ليلاً سنويًا. التبول اللاإرادي الليلي أكثر شيوعًا بثلاث مرات من التبول أثناء النهار، ويحدث ثلاث مرات أكثر عند الأولاد. يتم تصنيفه على أنه أولي (سلس البول الليلي عند الطفل الذي لم يسبق له السيطرة على التبول لمدة ستة أشهر على الأقل وكان أكبر من خمس سنوات) أو ثانوي (الجفاف الليلي يتحقق لمدة ستة أشهر على الأقل). وفقًا للجمعية الدولية لسلس البول لدى الأطفال يُعرّف سلس البول الليلي الأولي أحادي الأعراض على أنه تسرب متقطع للبول ليلاً أثناء النوم لدى الأطفال الذين يبلغون من العمر 5 سنوات على الأقل والذين لم يحققوا الجفاف في ستة أشهر على الأقل بدون سلس البول المصاحب، وأي أعراض أخرى في المسالك البولية السفلية، وتاريخ من ضعف المثانة وهو النوع الأكثر شيوعًا من سلس البول الليلي، ويمثل حوالي 85% من جميع الحالات. وعادة ما يكون العلاج طبيًا وسلوكيًا (التدريب على السرير الجاف مع أو بدون إنذار) أو مزيج من الاثنين معًا. وقد يمتد العلاج لعدة أشهر، ويتطلب التزامًا طويل الأمد". (Stapp.L: 2015: 12)

### الجديد الذي ينطوي عليه البحث:

وبناء عليه تحددت مشكلة الدراسة في محاولة تسليط الضوء على مشكلة التبول اللاإرادي لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة حيث أن هذه المرحلة حاسمه من عدة نواح:

1. التطور الجسمي.
2. نمو وتطور معدل الذكاء.
3. القدرة على التعلم والشعور بالتبعية للقواعد المدرسية.
4. تعلم القيم والمعايير الاجتماعية وأنماط المشاركة الفعالة في المجتمع.
5. فترة تطور الاهتمامات والتعبير عن العواطف.

ومن ثم تتبلور مشكلة الدراسة في محاولة الإجابة على التساؤلات التالية:

1. ما هي طبيعة العلاقات الباكرة بالموضوع لدى الأطفال ممن يعانون التبول اللاإرادي في مرحلة الطفولة المتأخرة ؟
2. ما هي أهم ميكانيزمات الدفاع المستخدمة لدى الأطفال ممن يعانون التبول اللاإرادي في مرحلة الطفولة المتأخرة ؟
3. ما هي أهم الحاجات الأساسية لدى الأطفال ممن يعانون التبول اللاإرادي في مرحلة الطفولة المتأخرة ؟
4. ما هي طبيعة الصراعات وآليات حل المشكلات لدى الأطفال ممن يعانون التبول اللاإرادي في مرحلة الطفولة المتأخرة ؟
5. مدى كفاءته وقدرته على حل المشكلات؟

### النتائج المتوقعة:

1. طبيعة العلاقات الباكرة بالموضوع: من المحتمل أن تتسم العلاقات الباكرة بالموضوع بالتعلق غير الآمن غير المنتظم مما يضع علاقاته المستقبلية في خطر الأمر الذي قد ينبئ بحدوث اضطراب ملحوظ في أنماط العلاقات الأمر الذي ينعكس بالسلب على صورة الذات.

2. ميكانيزمات الدفاع: من المحتمل أن تتمثل ميكانيزمات الدفاع في: النكوص (حيث إنه الميكانيزم الذي سوف يأتي في الصدارة بلا منازع) حيث النكوص إلى تلك المرحلة الباكرة من العمر المتمثلة في المرحلة الشرجية والتي تمتد من 18 شهر، التوحد الإسقاطي والذي يرسخ النموذج الأول للعلاقة العدوانية بالموضوع والأساس في التوحد (التقمص) الإسقاطي هو نقل الجوانب السيئة من الذات وإسقاطها على الموضوع مما يشكل لديه قلق كلما حضر الموضوع أو تم تخيله.

3. الحاجات الأساسية: من المحتمل أن تتمثل إحتياجات الطفل الذي يعاني التبول الليلي اللاإرادي إلى الحاجة للشعور بالأمن والحاجة إلى تقدير الذات والتقبل الإيجابي غير المشروط والحاجة إلى الدعم والتأييد والمساندة؛ هذا بالإضافة إلى الإشباع المادي والنفسي للحاجات الفسيولوجية الأساسية خلال مراحل النمو والتطور النفسي الجنسي.

4. مدى الكفاءة والقدرة على حل المشكلات: عدم القدرة على مواجهة مواقف القلق والإحباط الشديده بكفاءة وفاعلية حيث إن الطفل يستخدم مثل هذا النوع من الاضطراب كوسيلة للهروب من الإحساس بالاضطهاد الأمر الذي قد يعيق نمو وتطور الأنا بكفاءة وفاعلية.

#### أهداف البحث وأهميته:

يهدف البحث الحالي إلى الكشف عن ديناميات البناء النفسي لدى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي وذلك في مرحلة الطفولة المتأخرة.

وتستمد الدراسة أهميتها من العوامل التالية:

1. "إنه بانتقال الطفل إلى سن السادسة وحتى الثانية عشر يدخل في مرحلة الطفولة المتأخرة ويطلق على هذه المرحلة أحيانا مرحلة الطفولة الهادئة كعلامة على اختفاء مظاهر الضجيج والصخب والعناد الشائعة في المرحلة السابقة فبداية السنة السادسة يدخل الطفل المدرسة ويتغير أسلوب حياته فيميل إلى الإستقرار الانفعالي وال ضبط ويسير النمو في هذه المرحلة مع التطور في جوانب متعددة من النشاطات الحسية، والحركية والمعرفية، والاجتماعية والأخلاقية، ويعتقد كوهلبرج وهو أحد العلماء البارزين في دراسة الإرتقاء في الجانب الأخلاقي أن الجوانب الوداعة والتهديب في السلوك تميز هذا السن تأتي مصاحبة أو ناتجة من إنبثاق مبدأ أخلاقي جديد في حياة الطفل مؤداه: ان لكل شئ مقابل: التصرف الأحق يؤدي إلى العقاب والتصرف المهذب يتلوه شئ طيب ومناسب". (سليم. مريم: 2002: 131، 197، 313 )

2. "يفترض علماء التحليل النفسي والنظريات الديناميكية النفسية أن التبول اللاإرادي هو أحد أعراض القلق العاطفي الكامن الناتج عن الخوف من الإخصاء أو الهوية الجنسية أو انفصال الوالدين أو العلاقات بين الموضوعات. قد يلاحظ المعالجون ذوو التوجه النفسي الديناميكي أن سلس البول عند الطفل تعبير رمزي عن الصراع على السلطة بين الطفل والأم، ووفقاً لهذا المنظور، يحجب الطفل بطريقة سلبية / عدوانية دون وعي عن الوالد رغبته في أن يجف. ويهدف علاج سلس البول الليلي في سياق ديناميكي نفسي إلى استعادة العلاقة بين الطفل والوالد من خلال التغييرات في البيئة "التي ستستمر في التأثير على الطفل بشكل سلبي ما لم يتم تعديله". هذا المنظور هو امتداد لنظرية فرويد الشخصية التي تضمنت فرضيته القائلة بأن سلس البول هو نتيجة القلق المرتبط برغبات نفس الجنس للفرد". (Stapp.L: 2015: 13) ومن ثم كان لزاما التصدي لهذه الظاهرة بالبحث والدراسة للوقوف على العوامل الكامنة

المحركة لمثل هذه الظاهرة من أجل إثراء التراث البحثي من جهة ومن جهة أخرى صياغة برامج إرشادية وعلاجية لإيجاد حلول ملائمة لها.

### مصطلحات البحث:

#### 1- ديناميات البناء النفسي:

"يعرف مصطفى كامل: دينامي Dynamic هو مفهوم يعني الطاقة والفاعلية والحركة والتغير المستمر - ويدرس أحد العلوم النفسية وهو علم النفس الدينامي التفاعل المستمر بين الفرد والواقع من حوله سواء كان داخليا أو خارجيا وأهم المدارس التي تدرك سلوك الفرد في حركته وفاعليته وتأثيره وأثره بما حوله هي نظرية التحليل النفسي".

(طه. فرج عبدالقادر، أبو النيل. محمود السيد، قنديل. شاکر عطية، عبدالقادر. حسين، عبدالفتاح. مصطفى كامل: ط1: 1989: 201)

"وينظر فرويد إلى الجهاز النفسي وكأنه نموذج جسم حي يطفو فوق الماء، فسطحه يستقبل المثيرات وينقلها إلى الداخل وهذا الذي تنطلق منه حفزات الاستجابة إلى السطح وتدرجيا يتميز السطح بالنظر إلى وظائفه الخاصة بإدراك المثيرات والإفراغ، ونتاج هذا التمايز يصبح الأنا وتعمل الأنا بطريقة انتقائية في استقبالها للإدراكات وكذلك في سماحها للحفزات بالبلوغ إلى الحركة فالأنا تعمل كجهاز كف يضبط بوظيفة الكف هذه وضع الكائن الحي في العالم الخارجي، وينظر الكساندر في "تحليل المتجهات" إلى كل الميول النفسية بحسبانها ائتلافات من استقبال وإستبعاد ونضيف تبدأ الحياة بالاستقبال ولكن مع الاستقبال الأول يظهر أول حافز للإستبعاد، أما الاحتفاظ فيظهر فيما بعد تحت تأثيرات باعثة على التعقيد، إن الأنا تستحدث قدرات بها تستطيع أن تلاحظ وتنتقي وتنظم المثيرات والحفزات: وظائف الحكم والذكاء، كذلك تستحدث الأنا طرائق تمنع الحفزات المرفوضة من الحركة وذلك باستخدام كميات طاقة تحتفظ بها في حالة استعداد لهذا الغرض، أي أنها تغلق الميل إلى الإفراغ وتحول العملية الأولية إلى العملية الثانوية، وكل ذلك يتم بضل تنظيم خاص يستهدف إنجاز مهامه المختلفة بأقل جهد ممكن، ويبدو أن الجهاز النفسي لا يتألف فحسب من أنا وهي، فتطوره اللاحق يخلق مزيدا من التعقيد".

(أوتوفنيخيل: 1969: ج1: 54، 58)

"البناء النفسي ليس مجموعة عمليات نفسية غير محددة الشكل، بل هي عمليات نفسية محددة الشكل وبينها علاقات متفاعلة يؤثر كل منها في الآخر وتكون في النهاية ما يعرف بالشخصية المميزة أو البناء النفسي المميز للفرد، وقد يتكون البناء النفسي للطفل من خلال عملية النمو التدريجية والتي تستغرق عدة سنوات وخلال هذا التدرج ينمو وينضج ويتعلم على كل المستويات الاجتماعية والنفسية والبيئية والتي من خلالها يتسم بالسلامة النفسية وإتزان الشخصية، وقد يتشكل البناء النفسي للطفل من خلال توافقه النفسي وترى مدرسة التحليل النفسي أن التوافق هو قدرة الفرد على أن يقوم بعملياته العقلية والنفسية والاجتماعية على خير وجه ويشعر أثناء القيام بها بالسعادة والرضا فلا يكون خاضعا لرغبات الهو ولا يكون عبدا لقسوة الأنا الأعلى وعذاب الضمير ولا يتم له ذلك إلا إذا توزعت الطاقة النفسية توزيعا يستحوذ الأنا على أغلبه ليصير قويا يستطيع أن يوازن بين متطلبات الهو وتحذيرات الأنا الأعلى ومقتضيات الواقع".

(خطاب.)

كريمة سيد محمود: 2007: 256)

"لقد تحدث فرويد عن الهو على أساس أنها طاقة بيولوجية عامه وعن الأنا والأنا الأعلى على أساس أنهما نتاج النمو الاجتماعي والحضاري فطاقة الأنا تتبع من الهو بينما ينبع الحس الاخلاقي من الأنا الأعلى، هذا وقد اعتقد فرويد أن الشخصية البشرية مكونة من ثلاثة أبنية هي الهو والأنا والأنا الأعلى وأن السلوك هو نتاج التفاعل بينهما، فالهو هو ذلك الجزء من الشخصية الذي نولد به وهو مصدر الطاقة النفسية ووعاء الأفكار اللاشعورية وينقسم الهو إلى غريزتين أساسيتين وهما غريزة الموت وغريزة الحياة، ويسعى الهو للإشباع المباشر ويعمل وفقا لمبدأ اللذة.

أما الأنا فهو التكوين العقلي المسؤول عن إبقاء إله مطور في اللاشعور وهو الذي يسود الخلافات بين حاجات الفرد الداخلية وبين الواقع الخارجي، والأنا الأعلى هو قسم من أقسام الشخصية يهتم بالمعايير الاجتماعية والأخلاقية وهو يتكون من خلال إستدماج اتجاهات من يهتم بالطفل وهو يعمل على المستويين الشعوري والقبشعوري وينمو الأنا الأعلى من الأنا وينقسم إلى قسمين:

أولهما: الضمير وهو المظهر العقابي من مظاهر الأنا الأعلى وهو يتضمن نقد الذات وضروب الكف مشاعر الذنب.  
 ثانيهما: الأنا المثالي وهو المظهر الموجب غير العقابي من الأنا الأعلى وهو يندمج في وضع الأهداف والطموحات وهو يتكون من كل القيم المكتسبة وصورة لنوع الشخص الذ نناضل لنكون مثله". (أحمد. مروة: 2019: 258)

## 2- مرحلة الطفولة:

"يعرف شاكر قنديل مرحلة الطفولة بأنها مرحلة من النمو تعبر عن الفترة من الميلاد وحتى البلوغ وتستخدم أحيانا لتشير إلى الفترة الزمنية المتوسطة بين مرحلة المهد وحيث المراهقة، والتحديد بالمعنى الثاني يستثنى فترة العامين الأولين من حياة الطفل، وهي مرحلة المهد.

وتنقسم مرحلة الطفولة إلى فترتين متميزتين:

مرحلة الطفولة المبكرة: من عامين إلى خمسة أعوام وفيها يكتسب الطفل المهارات الأساسية مثل المشي واللغة بما يحقق قدرا كبيرا من الإعتماد على النفس.

ثم مرحلة الطفولة المتأخرة من العام السادس وحتى الثاني عشر وتنتهي تلك المرحلة ببلوغ الطفل ودخوله مرحلة مختلفة كثيرا عن سابقتها وهي مرحلة المراهقة".

(طه. فرج عبدالقادر، أبو النيل. محمود السيد، قنديل. شاكر عطية، عبدالقادر. حسين، عبدالفتاح. مصطفى كامل: ط1: 1989: 226)

"هي مرحلة المدرسة الابتدائية من 6 - 12 سنة ويميل بعض الباحثين إلى تقسيمها إلى مرحلتين:

- المرحلة الأولى: ويسمونها بالطفولة الوسطى وتمتد من 6 - 9 سنوات.

- المرحلة الثانية: ويسمونها بالطفولة المتأخرة وتمتد من 9 - 12 سنة وهي تشكل الشطر الأخير من الطفولة".

(نوفل. ربيع محمود على، الحبشي. مايسه محمد: 2019: 359)

"ويطلق البعض على هذه المرحلة مصطلح قبيل المراهقة وهنا يصبح السلوك بصفة عامة أكثر جدية في هذه المرحلة التي تعتبر مرحلة إعداد للمراهقة، ونحن نرى أن التغيرات التي تحدث في هذه المرحلة تعتبر بحق تمهيدا لمرحلة

المراهقة، وتتميز هذه المرحلة ببطء معدل النمو بالنسبة لسرعته في المرحلة السابقة والمرحلة اللاحقة، وزيادة التمايز بين الجنسين بشكل واضح، وتعلم المهارات اللازمة لشؤون الحياة وتعلم المعايير الخلقية والقيم وتكوين الاتجاهات والاستعدادات لتحمل المسؤولية وضبط الانفعالات. وتعتبر هذه المرحلة من وجهة نظر النمو أنسب المراحل لعملية التطبيع الاجتماعي إلا أنه من ناحية البحث العلمي تعتبر هذه المرحلة شبه منسية وذلك لزيادة الاهتمام بساقتها ولاخفاتها من مراحل النمو". (زهران. حامد عبد السلام: 1986: 233)

### 3- التبول اللاإرادي:

"يعرف حسين عبد القادر: البوال بعامه Enuresis (التبول اللاإرادي) هو عدم قدرة المثانة على الاحتفاظ بالبول أو عدم القدرة على ضبطه وقد اشتق البوال من المرض على وزن فعال وقد ورد في مختار الصحاح "أخذ بوال" فكأن البوال هي تلك الحالة المرضية التي تحدث ليلاً أو نهاراً في النوم أو في اليقظة، وكأن مصطلح البوال الليلي لا يشمل إنفلات البول أثناء المشي أو البوال النهاري، كما قال بعضهم فهذه وتلك لا يشملها مصطلح البوال بعامه والذي قد يحدث ليلاً أو نهاراً أو في كليهما وقد يظهر في بعض الحالات ليلاً فهو آنذاك Nocturnal Enuresis فصدر الكلمة مشتق من الكلمة التي تعني الليل، وأول ما يجب فعله عند حدوث البوال وبخاصة بعد تلك المرحلة العمرية التي يتعود الطفل فيها على ضبط مثانته إنما هو الفحص الطبي حتى يمكن إستبعاد الأسباب الجسمية التي تسبب البوال، إلا إذا تأكدنا من عدم وجود أسباب جسمية فإن البوال يشير آنذاك إلى أسباب نفسية، وعادة ما يكون ضمن زملة أعراض ومن ثم لا بد من دراسة الحالة دراسة متعمقة للتعرف على الأسباب النفسية التي تسبب البوال، وفي الأطفال يكون العلاج باللعب أو السيكودراما وفي الكبار يغلب أن يكون البوال ضمن زملة عصابية ويشيع في الحالات الهستيرية".

(طه. فرج عبدالقادر، أبوالنيل. محمود السيد، قنديل. شاكر عطية، عبدالقادر. حسين، عبدالفتاح. مصطفى كامل: ط1: 1989: 83)

"فكل عرض عصابي هو بديل عن إشباع غريزي والبنظر إلى أن الهياج والإشباع هما ظاهرتان تترجمان في صورة بدنية فإن الوثبة إلى المجال البدني وهي الأمر المميز لهستيريا التبدن لا تعد من حيث المبدأ بالأمر الغريب، ومع ذلك فإن أعراض التبدن ليست مجرد تعبيرات بدنية عن الوجدانات وإنما هي تجسيدات جد نوعية لأفكار يمكن أن نعيد ترجمتها من "اللغة البدنية" إلى اللغة الأصلية الكلامية، ومشكلة أعراض التبدن يمكن فهمها بمقارنتها بالنوبات الوجدانية فهذه النوبات تحدث عندما يطيح بصورة مؤقتة مثير شديد (او مثير عاد عند وجود حالة انغلاق) بسيطرة الأنا على الحركة فتبرز زملة إفراغات أوائلية بدلا من الاستجابة بأفعال هادفة (ومثل هذه الزملات الاوائلية يمكن للأنا فيما بعد متى إستعادت سيطرتها أن تستأنسها وتستخدمها".

( أوتوفنيخل: 2006: ج2: 145)

### "أنواع التبول اللاإرادي:

1. تبول لا إرادي أولي Primary Enuresis: وفيه يكون الطفل عاجز تماما عن إحداث أي نوع من التحكم في البول.
2. تبول لا إرادي ثانوي (نكوص) Secondary Enuresis: وهي الحالة التي يرتد فيها الطفل إلى التبول بعد فترة من التحكم، وقد ينتج هذا النكوص عن فترة من التوترات التي يمر بها الطفل.



3. التبول اللاإرادي الليلي Nocturnal Enuresis: وهي الحالة التي لا يستطيع فيها الطفل التحكم في البول أثناء النوم وتتم بطريقة لا إرادية.

4. التبول اللاإرادي النهاري The Diurnal Enuresis: وهي الحالة التي لا يستطيع الطفل فيها التحكم في البول أثناء النهار وتتم بطريقة لا إرادية وتكون أثناء ساعات اليقظة". (أحمد. جمال شفيق: 2017: 187، 188)

5. "التبول اللاإرادي الليلي النهاري Enuresis Diurnal Nocturnal: وتطلق هذه التسمية على الأطفال الذين يتبولون لا إراديا في الليل والنهار أيضا.

6. التبول اللاإرادي المرافق للأحداث: Related to Situations: Enuresis يحدث لدى بعض الأطفال في مناسبات محددة مثل: الامتحانات أو سفر الأب بدون وجود الطفل معه أو معهما، أو الاحتفال بعيد ميلاد أخيه الأصغر أو غير ذلك من الأسباب المحيطة به.

7. التبول اللاإرادي غير المنتظم: Enuresis Irregular: ويسميه البعض المتباعد أو المبعثر وهو من الحالات النادرة وفيه يتبول الطفل على نفسه ليلة وربما تختفي لمدة شهر ثم يعود تبوله لا إراديا ليلة أخرى ثم لا يظهر عليه مره أخرى إلا بعد ثلاثة أشهر وهكذا، ويرتبط هذا النوع بأحداث اليوم والليلة التي حدثت فيها حالة التبول اللاإرادي". (الطار. محمد محمود: 2013: 51)

"هذا وقد قدمت ثلاث منظمات رئيسية معايير تشخيصيه للتبول اللاإرادي:

1- الرابطة الأمريكية للطب النفسي والتشخيص والإحصاء الإصدار الخامس.

2- الجمعية الدولية لسلس البول لدى الأطفال.

3- ومنظمة الصحة العالمية الراعي للتصنيف الدولي للأمراض، الإصدار العاشر.

أولا: الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الإصدار الخامس:

تكرار إفراغ البول أثناء النهار أو في الليل في سرير أو ملابس غالبا ما يكون لا إرادي، يجب أن يحدث هذا على الأقل مرتين في الأسبوع لمدة 3 أشهر على الأقل أو يجب أن يتسبب في مشكلة مرضية أو ضعف كبير في المجالات الاجتماعية أو الأكاديمية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة. علاوة على ذلك، يجب أن يكون عمر الفرد خمس سنوات على الأقل أو ما يعادله في النمو. هناك ثلاثة تصنيفات فرعية - ليلي، نهاري (بما في ذلك سلس البول الإلحاحي وإبطال أنواع التأجيل الفرعية)، ومزيج من الاثنين، بالإضافة إلى ذلك، يتم التمييز بين "أساسي" و "ثانوي"، و(الانتكاس) هو أحد أشكال الاضطراب. من أجل وضع الطفل في هذا التصنيف، لا يمكن أن تكون الحالة مرتبطة بحالة طبية أو بتأثيرات مادة مثل مدر للبول.

ثانيا: الجمعية الدولية لسلس البول لدى الأطفال:

يعرف التبول اللاإرادي بأنه التبول المتقطع أثناء النوم من قبل الأطفال بعد عيد الميلاد الخامس، لا يسمى التبول أثناء النهار سلس البول النهاري ولكن بدلا من ذلك "سلس البول"، تعرفه الجمعية الدولية لسلس البول لدى الأطفال على انه الإمساك وسلس البول كعوامل سببية محتملة في النهار لإفراغ المشاكل.

يتجنب مطورو الجمعية الدولية لسلس البول لدى الأطفال مصطلح "سلس البول النهاري" ؛ مع ضرورة التركيز

على "مدة ستة أشهر" في التمييز بين سلس البول الأولي والثانوي، فسلس البول الأولي يعني أن الطفل كان كذلك تجف لمدة تقل عن 6 أشهر أو لا تجف على الإطلاق. يتم تعريف سلس البول الثانوي كإنتكاسه بعد فترة جفاف لا تقل عن 6 أشهر.

والتبول اللاإرادي هو التبول أثناء النوم دون ظهور أعراضه في النهار، والأطفال الذين يعانون من سلس البول الليلي مصحوبًا بمشاكل التبول أثناء النهار (على سبيل المثال، الإلحاح؛ التأجيل) ولكن ليس من المناسب تجاهلهم، ويتم تصنيفهم على أنهم غير عرضيين. هناك تصنيفات فرعية إضافية خلال النهار لن يتم تفصيلها ولكنها تشمل "سلس البول الإلحاحي أو فرط نشاط المثانة".

### ثالثًا: التصنيف الدولي للأمراض، الطبعة العاشرة:

يعرف التبول اللاإرادي بأنه إفراغ لا إرادي في النهار / أو الليل يحدث على الأقل عدة مرات في الأسبوع ولا يتم تشخيصها عادة قبل سن الخامسة تتضمن المعايير بيانًا صريحًا بأنه "لا يوجد فاصل واضح بين اضطراب سلس البول والتغيرات الطبيعية في فترة اكتساب السيطرة على المثانة". (Thurber.S: 2017: 329 ,320)

### الخلفية النظرية والدراسات السابقة:

"ربما كان فرويد صاحب أول نظرية سيكولوجية تؤكد الجوانب التطورية في الشخصية وتؤكد الدور الحاسم لسنوات الطفولة المبكرة والطفولة المتأخرة في إرساء الخصائص الأساسية لبناء الشخصية.

ويرى فرويد أن الطفل يمر عبر سلسلة من المراحل المتفاضلة ديناميا خلال السنوات الخمس الأولى يليها لمدة تستمر خمس أو ست سنوات فترة الكمون، فيتحقق قدر من الثبات والاستقرار الدينامي، ومع بداية المراهقة تتبعث القوى الدينامية مرة أخرى، ثم تستقر بعد ذلك بالتدرج مع الانتقال من المراهقة إلى الرشد.

لقد اعتقد فرويد أن تطور ونمو الشخصية إنما يتعلق بنمو مصدر الطاقة الغريزية البيولوجية والذي ينعكس على سلوك المرء وشخصيته طوال الحياة، ومجمل ذلك أن المناطق اللذية الشهوانية أو المناطق من الجسم التي يؤدي تنبيهها إلى الإشباع الجنسي اللبيدي هذه المناطق تتغير تبعا للسن ولنمو الكائن العضوي، ويقال إن هذا التغير في مناطق تركيز اللبيدو يحدث تغيرا في تنظيم علاقات الكائن العضوي مع ذاته ومع بيئته ومع أفراد المجتمع فإذا حدث ما يحول بين الطفل وموضوع الإشباع الملانم في مرحلة من المراحل، أدى ذلك إلى اضطراب العلاقة بين الكائن البيولوجي وبيئته الخارجية ونتج عن ذلك صراع قد تظهر آثاره في شخصيته فيما بعد، ومن ثم فإن الشخص الراشد العصابي ينظر إليه على أنه قد صدم في مرحلة من مراحل النمو، وفشل في أن يتقدم إلى أبعد منها، أو أنه ما زال يحمل معه بقايا إحداها غير محلولة الأمر الذي لا يتلاءم مع حياة الراشد". (عبدالمعطي. حسن مصطفى، قناوي. هدى محمد: 2000: 256)

"إن الموقع التشريحي للمنطقة الشرجية مثله مثل موقع المنطقة الفموية الشفوية، يهيئا لأن تجعل من إحدى الوظائف الفيزيولوجية متكأ في الأصل كبيرة، واننا لنعلم من التحليل النفسي بشئ من الدهشة، ما التحولات التي تطرأ في العادة على التنبهات الجنسية الصادرة عن هذه المنطقة وكيف يتفق لهذه المنطقة في كثير من الأحيان تحتفظ على إمتداد حياة الفرد بدرجة معينة من قابلية التهيج التناسلي وللاضطرابات المعوية الكثيرة التواتر لدى الطفل، دور في إبقاء هذه المنطقة

في حالة من القابلية الشديدة للتهيج. والنزلة المعوية في مطلع العمر تجعل الطفل عصبيا كما يقال، وفي وقت لاحق تستخدم بعض الاضطرابات المرضية ذات الأصل العصبي في تكوين أعراضها كل أنواع الاضطرابات الهضمية ومتى أخذنا بعين الاعتبار الطابع الشهوي للمنطقة الشرجية - هذا الطابع الذي حافظت عليه ولو في صورة معدلة ندرك خطأ من يسخر من الدور الذي يعزى إىل البواسير في نشؤ بعض الحالات العصابية، هذا الدور الذي كان الطب القديم يعلق عليه أهمية جليلة، إذ أن الاطفال الذين يستخدمون قابلية المنطقة الشرجية عندهم للتهيج الشهوي يفضحون حقيقة أمرهم إذ يمسون موادهم البرازية إلى أن يتسبب تراكم هذه المواد في حدوث تقلصات عضلية عنيفة تحدث بدورها عند مرورها بالصارة الشرجية تنيها شديدا وبوسعنا الافتراض ان إحساس الألم يضاف إليه إحساس لذة.

(فرويد. سيجموند: 1983: 60)

"ونرى أنه من المهم أن نؤكد على المكاسب الأولية التي يستمدها الطفل من عرضه وترتبط مباشرة بالأحاسيس المرتبطة بالوظيفية الخاصة بالتبول وعلى المكاسب الثانوية تلك التي تترتب على آثار العرض وتؤثر في البيئة المحيطة بالطفل ثم استخدام العرض الذي يكون له تأثيرا على العلاقات بين أفراد الأسرة.

وفيما يتعلق بالمكاسب الأولية فهي تشمل أنواعا من اللذة تقع تحت فئات مختلفة من التصنيف، فبعض أنواع اللذة تحدث أحاسيس نكوصية عنيفة ترتبط بالسلبية، وترتبط أيضا بتشويق سطح الجلد فالبلل والإحساس بالدفء والإحساس بالببول ينساب على الجلد يستثير ملاذ مرتبطة بأخذ حمام دافئ، أما الأنواع الأخرى من الملاذ المرتبطة بالعرض على نحو أولي فتنتهي إلى الطابع الإستئمائي تلك التي تشهد تثبيت على الشبقية البولية - فالتبول يستثير الأغشية المخاطية للقضيب ومجرى البول مما يشحن إدراك الحاجة إلى التبول بشحنة ذات قيمة شبقية عالية وعلى ذلك فإن الاستبقاء عليها أطول فترة ممكنة يعني الاستبقاء على اللذة أما التوتر المثاني فيمكن شحنه من خلال لذة اللعب بالعضلات الملساء والعضلات القابضة فيما بين الاستبقاء ثم إطلاق البول - ويشبه إطلاق البول والحالة هذه "الإحساس بالأفاز".

ومن البديهي أ تقسم المكاسب الأولية بأنها لاشعورية وإن النوم يسمح بسد الطرق على هذه الأحاسيس حتى لا تصل الشعور أو أن يتم نسيانها مباشرة بعد اللحظة التي يدركها الطفل فيها - وإن هذا السد يقع في حالات من الشعور جد مختلفة إلا أنه لدى البعض الأطفال نجد أن هذه المعرفة قريبة جدا من الشعور.

أما لدى البعض الآخر من الأطفال الذين يتبولون أثناء النهار فيمكننا أن نرى لديهم تنظيما يقوم على نمط (المخالفة) وينتظم حول لعبة المخالفة Acontraio تلك التي تتحول إلى منطقة العضلات العاصرة والمناطق الشبقية الحالية.

أما المكاسب الثانوية فهي تساهم في الإبقاء على العرض أو في الاستبقاء على علاقة محددة بالمحيط البيئي - وهي تختلف اختلافا بينا من طفل إلى آخر وذلك تبعا لإتجاهات الوالدين.

وأن أهمية هذه المكاسب الثانوية يمكن أن نراها بوضوح لدى الطفل الذي يستشعر مشاعر الخجل والدونية من جراء عرضه أو هذا الذي يحد من حركته وأن دراسة المكاسب الثانوية ينبغي أن ترتبط بالجوانب الإقتصادية الخاصة بالتوازن النفسي الداخلي للطفل البوالي". (زيور. نيفين مصطفى: 1998: 90-92)

"من الجدير بالذكر أن التبول في بداية الحياة يتم بناء على منعكس لا إرادي \_ فالبول ينطلق بناء على تمدد المثانة ثم مع النضج يصبح شعوريا ونشطا وإراديا وينساب بناء على إرادة الفرد بصرف النظر عن كم البول في المثانة - وبناء

على هذه الحقيقة فإن التحكم في العضلات العاصرة ليس أمراً موروثاً - بل هو أمر ينتظم ابتداءً من نهاية السنة الأولى إلا أننا لا يمكن أن نعتبر اكتساب هذه القدرة أمراً نهائياً إلا عندما يصبح التحكم سبة آلي - ومستقلاً عن عناصر الصراع وذلك إبان السنة الثالثة أو الرابعة من العمر ويعد النضج النيورولوجي القاعدة العضوية الضرورية من أجل ضبط البول إلا أنه ليس بالأمر الكافي ورغم هذا فإن هذا النضج هو الذي يحدد ترتيب ظهور المكتسبات التالية:

1- الشعور بامتلاء و اكتظاظ المثانة بالبول.

2- القابلية للاستبقاء على البول داخل المثانة.

3- القابلية للتبول حينما تمتلئ المثانة.

4- إمكانية التبول دون ضرورة امتلاء المثانة.

إلا أن هذا النضج يرتبط بوظائف أخرى غاية في الأهمية وهي الوظائف الخاصة بالحركة والقدرة على الوقوف.

وأن هذه العوامل المتعددة تمكن من يعاني من التبول اللاإرادي من التدريب على التحكم في البول الأمر الذي لا يتم على نحو سهل - وفي الواقع فإن هناك عوامل وجدانية أساسية تتدخل في إكساب من يعاني من التبول الليلي القدرة على التحكم في انسياب البول وهي من جانب تتركز في شحن من يعاني من البوال الليلي لوظيفة العضلات العاصرة، ومن جانب آخر تتركز حول العلاقة الخاصة بنمط علاقته بالبيئة المحيطة به وعلى وجه خاص علاقته بأمه وهكذا فإن سلوكه الخاص بالعضلات العاصرة يأخذ معنى تواصل الطفل مع الآخر.

وعلى صعيد الليبيدو فإن التبول يتحول إلى مصدره للذة سواء في حالة الاستبقاء على البول أو انسيابه حيث ترتبط اللذة بتخييلات السيطرة أو التحكم وتدمير الموضوع بالبول وتساهم بالتالي في النمو الوجداني للمريض وهكذا فإن التدريب على النظافة يعني بالنسبة للمريض بالتبول الليلي التخلي عن لذة معينة من أجل الحصول على حب من حوله الأمر الذي لا يخلو من الصراعات، وكلما كانت البيئة مناسبة لإمكانيات الفرد كلما حل الموقف بشكل أفضل، وإن الاتجاهات التربوية تلعب دوراً هاماً في هذه الخطوة عن طريق النمو من حيث التوقيت المناسب وطبيعة المطالب التي تفرض عليه وأن هذه الاتجاهات تكشف لنا عن السياق الاجتماعي الذي يعيش فيه الطفل كما تكشف عن المثل السائد وكذلك عن مقضيات البيئة.

إلا أن هناك عامل أكثر عمقا له نفس القدر من النشاط في التأثير على أنماط تدريب على ضبط البول به الاتجاهات الوجدانية اللاشعورية الخاصة بالأم بالقياس إلى نظافة طفلها تلك الاتجاهات التي تبدأ في الظهور مع الميلاد فهي تسهل اكتساب القدرة على التحكم في عملية التبول أو على العكس قد تبعث إليه بمهديات متناقضة أو مقبولة وبالتالي تدفعه إلى الاستبقاء على سلوكه القديم". (محمود. مصطفى حسن: 2015: 223، 224)

" هذا وتزداد الفترة الزمنية التي يبقى فيها الطفل نظيفا مع زيادة العمر ويبدأ سلوك الطفل تطوره منذ الشهر الأول حيث يكون رد فعل الدفل الأول عندما يتبلل هو البكاء والصراخ وقد يستيقظ بعض الأطفال قبل فترة قصيرة من تبولهم. والواقع أن بعض الأطفال يتمكنون من النظافة خلال الليل قبل نهاية السنة الأولى من عمرهم. وفي سن 15 شهر فإن الطفل عندما يببل ملابسه يستيقظ ويبكي حتى يتم تغييرها له، ويميل الأطفال إلى استعمال السلوك نفسه للدلالة على كل

من عمليتي التبول والتبرز. فيما بين عمر 18 - 24 شهرا يخبر الطفل أمه عادة بأن ملابسه الداخلة قد اتسخت أما في السنة الثانية فإن الطفل يستعمل سلوكيات مختلفة للدلالة على عمليتي التبول والتبرز، وبعد ذلك يعي الطفل بمثانته عند إمتلائها فيصرخ معلنا عن أنه يريد يتبول ويدور في حركات تدل على طلب المساعدة، في المرحلة التالية يحتفظ الطفل ببوله لفترة حتى يعي الحاجة الملحة للتبول ثم يبدأ الطفل في الذهاب إلى نزع ملابسه قبل أن يتبول وهذا قد يكون أسهل إذا كان الطفل قادرا على المشي وكان المكان أو الوعاء المخصص للتبول قريبا، وخلال هذه المرحلة فإن الطفل يصبح قادرا على أن يفرغ مثانته كل ليلة كليا، أما في عمر الثالثة فإنه يعلن عن رغبته في الذهاب إلى الحمام عادة بفخر وإعتزاز ويميل إلى البقاء فيه لفترة أطول ويمضي في اللعب، وفي عمر الرابعة يعلن الطفل قدرته على التحكم في التبول لكل زائر باهتمام بالغ بإغلاق الحمام خلفه طالبا البقاء وحده خلال عملية التبول وفي هذه المرحلة أيضا يتمكن الطفل في أن يفرغ مثانته في درجة من الامتلاء دون الحاجة إلى الانتظار حتى تمتلئ كليا وهنا يكون قد تحول من مجرد عملية إرتدادية على شكل رد فعل لا إرادي إلى عملية إجرائية إرادية يهتم بها الطفل عند الحاجة، كما أن سيطرة الطفل على مثانته علامة تدل على نمو استقلاله الذاتي، وهكذا نجد أنه يتم التبول اللاإرادي خلال الطفولة ويستمر أحيانا حتى سن المراهقة حيث يتم مسارها بشكل طبيعي، أما الذين يستمرون في التبول اللاإرادي فيرجع ذلك إلى:

إما أن يكون الطفل لم يتعلم ضبط تبوله في الأماكن الناشئة أو أن يكون قد تعلم ضبط تبوله سابقا ولكنه عاد إلى العادة فيما بعد وهؤلاء هم المنتكسين الذين وجد أنهم أقل من غيرهم في نسبة الذكاء كما إنهم أكثر انفعالا وقلقا".

(الفخراني. خالد إبراهيم، سطيحه. إبتسام حامد: ب ت: 43، 44)

"هذا ويعد تطوير التحكم الإرادي في حركات المثانة والأمعاء جزءاً لا يتجزأ من التدريب على استخدام المرحاض ويجب أن يكون موجوداً حتى يحدث التدريب على استخدام المرحاض، من الناحية الفسيولوجية، يتطلب التحكم في الإفراغ نمواً عصبياً وعضلياً كافياً قبل تنظيم حركات المثانة والأمعاء، عندما تمتلئ المثانة يتم تحفيز مستقبلات التمدد داخل الظهر (نسيجٌ يَكْسُو سَطْحاً أو يُبْطِنُ تَجْوِيفاً)، مما يؤدي إلى الرغبة في التبول، بعد ذلك يجب أن يكون الطفل قادراً على تأجيل التبول، متبوعاً بالاسترخاء المنسق للعضلة العاصرة وتقلص العضلة النافصة داخل المثانة، يمر هذا القوس الانعكاسي عبر المخروط النخاعي، حيث يمكن منع الانعكاس بناءً على الإشارات القشرية، مما يسمح بالتحكم الإرادي في التبول، وتتطلب حركات الأمعاء مستوى مماثلاً من التنسيق بين عضلات الشرج والمستقيم، ويتوافق تطور السيطرة على هذه العضلات العاصرة مع النمو البدني العام، مثل أن الأطفال الذين يتأخرون عموماً في النمو البدني أو يولدون قبل الأوان من المحتمل أن يتأخروا في اكتساب السيطرة الإرادية على المثانة والأمعاء، بالنظر إلى هذه العلاقة، يجب أن يتوقع آباء الأطفال الذين ولدوا قبل الأوان أو الذين لديهم تأخيرات جسدية أخرى أن أطفالهم سيتأخرون في اكتساب مهارات استخدام المرحاض، وحسب التسلسل الزمني، يدرك الأطفال عموماً تبولهم عند بلوغهم 15 شهراً، ويبلغون شفهيّاً عن التبول أو حركات الأمعاء بين 18 و 24 شهراً، ويبدأون في إخطار مقدمي الرعاية بالحاجة إلى التبول في عمر 24 شهراً تقريباً، تحدث هذه المعالم ذات الصلة بالمرحاض في أعمار متشابهة ضمن عينات متعددة الثقافات للأطفال الذين يتطورون عادة، وعلى الرغم من التقدم المستمر لمثل هذه المهارات في نمو الأطفال عادة فإنه يختلف متوسط عمر إتمام التدريب على استخدام المرحاض باختلاف العينات، بدءاً من أصغر من 24 شهراً إلى 27 شهراً، إلى 48 شهراً، وبالنظر

إلى اتساق التقدم الفسيولوجي في الأطفال الذين ينمون بشكل نموذجي، فإن نطاق الأعمار التي يتم فيها الانتهاء من التدريب على استخدام المراض من المحتمل ألا يكون بسبب الاختلافات في النمو البدني، وفي المتوسط، يتحكم الأطفال في حركات الأمعاء أثناء الليل، تليها حركات الأمعاء أثناء النهار، والتحكم النهاري في المثانة، وأخيراً التحكم في المثانة الليلية، والمتنبئون بإكمال يرون ان هذا التقدم يشمل لاحقاً رفض استخدام البراز للمرحاض، ووجود الإمساك، والعمر المتأخر لبدء التدريب، وتعد الأعضاء التناسلية الأنثوية واحدة من أكثر المؤشرات التي تم تحديدها باستمرار حول سن إتمام التدريب على استخدام المراض، حيث يكمل الأطفال الإناث من الناحية البيولوجية بشكل عام تعلم استخدام المراض في سن أصغر من الأطفال الذكور، ويُعزى هذا الاختلاف في العمر عند إهمال التدريب على استخدام المراض إلى زيادة التعقيد التشريحي للتبول عند الذكور. (Sejkora.E.K.D: 2019:2,3)

"وبعد تحقيق السيطرة على المثانة علامة فارقة في نمو الطفل، حيث يمثل نهاية فترة التدريب على استخدام المراض والتي تكون أحياناً طويلة ومرهقة للآباء والأطفال. سلس البول هو المصطلح الذي تستخدمه جمعية سلس البول للأطفال لوصف التبول اللاإرادي عند الأطفال بعمر 5 سنوات أو أكبر بعد استبعاد الأسباب العضوية، وهو الأكثر شيوعاً أن يصبح الأطفال كذلك جافة خلال النهار قبل أن تظل جافة في الليل، و مع بلوغ الأطفال عادة السيطرة الليلية على المثانة بين سن 4 سنوات و 6 سنوات، وعلى الرغم من استمرار نسبة كبيرة من الأطفال في تبليل الفراش في سن المدرسة، تبلل نسبة صغيرة فقط الفراش مرتين في الأسبوع على الأقل، وهو التواتر المطلوب للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الخامسة لتشخيص سلس البول. على سبيل المثال، تم الإبلاغ عن التبول اللاإرادي في 15.5% من الأطفال في سن 7 سنوات ونصف، لكن 2.6% فقط من الأطفال يبللون السرير مرتين في الأسبوع أو أكثر في هذا العمر، مع تقدم العمر، يصبح التبول اللاإرادي غير مقبول اجتماعياً، وغالباً ما يُقابل بالتعصب والإحباط من الوالدين، كما يفرض التبول اللاإرادي أعباء عملية ومالية كبيرة على الأسرة من حيث عبء العمل الإضافي لغسيل بياضات الأسرة وتكلفة سراويل الواقية. تشمل الآثار النفسية والاجتماعية للتبول اللاإرادي بين الأطفال في سن المدرسة، المخاوف بشأن المشاركة في النوم خارج المنزل والرحلات المدرسية، والخوف من الاكتشاف، ومضايقه الأقران، والشعور بالاختلاف عن الآخرين، والمرور بضائقة عاطفية وتدني احترام الذات لذلك، فإن تحقيق السيطرة على المثانة مهم بالنسبة لصحة ورفاهية الطفل، كما ان هناك اعتقاد شائع بين الآباء بأن التبول اللاإرادي سوف ينتهي في النهاية مع تقدم العمر، ونتيجة لذلك، يتأخر العديد من الآباء في البحث عن علاج للتبول اللاإرادي حتى يكون له تأثير كبير على الطفل والأسرة". (Grzeda.M.T; Heron.J; Tilling.K; Wright.A; Joinson.C:2017: 1,2)

#### الدراسات السابقة:

دراسة كوبولا وكوستانتينا وجيتا وساروليا Coppola.G; Costantini.A; Gaita.M; Sarauli.D2011 بعنوان الارتباطات النفسية لسلس البول دراسة حالة ضابطه على عينة إيطالية:

**الهدف:**

الهدف من هذه الدراسة هو المساهمة في فهم الأداء الاجتماعي العاطفي للأطفال المصابين بسلس البول من خلال استكشاف أربعة أبعاد مركزية: الارتباط واحترام الذات وضبط النفس والمزاج.

**الإجراءات المنهجية:**

اشتملت عينة الدراسة على اثنين وعشرين طفلاً مع أمهاتهم؛ وقد تمت مطابقتهم مع مجموعة ضابطه من الأطفال الاصحاء، على أساس الجنس والعمر. تم جمع المقاييس من خلال تقارير الأمهات والتقارير الفردية لجميع الأطفال. وقد تمت السيطرة على المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية.

**النتائج:**

أشارت نتائج الدراسة إلى:

1. انخفاض التعلق اللأمن بشكل دال.
2. تدني احترام الذات.
3. وارتفاع معدلات المشاكل السلوكية.

**تعقيب:**

الأمر الذي دفع الباحثة إلى أن يكون تسليط الضوء على طبيعة العلاقات الباكرة للموضوع حيث أن الافتقاد إلى الدعم والأمان المقدم من قبل الأباء والأمهات لأطفالهم سوف يؤدي إلى تدني تقدير الذات ومن ثم حدوث الكثير من المشكلات السلوكية من قبيل التبول اللاإرادي، قضم الأظافر، هوس السرقة، اضطرابات النوم، وهو ما تسعى الدراسة الحالية الكشف عنه.

دراسة محمود. سندس حامد 2012 بعنوان تقييم العوامل المسببة لحالة التبول اللاإرادي الليلي عند الاطفال وكيفية تعامل الطفل وابويه مع هذه الحالة:

**الهدف:**

دراسة وصفية أجريت لتقييم العوامل المسببة لحالة التبول اللاإرادي الليلي عند الأطفال وكيفية تعامل الطفل وذويه مع هذه الحالة.

**الإجراءات المنهجية:**

أجريت الدراسة على (75) طفل تم يعانون من حالة التبول اللاإرادي الليلي (الثانوي) في العيادات الاستشارية النفسية في كل من مستشفى ابن رشد ومستشفى بغداد التعليمي والعيادات الشعبية في بغداد الجديدة ومدينة الحرية وحي الخضراء وبعض العيادات الخاصة بالأمراض النفسية وأمراض الأطفال للفترة من 1 كانون الثاني/ 2011 إلى 1 أيلول/ 2011. وقد صممت استمارة استبائية لأغراض هذه الدراسة بعد الأخذ بنظر الاعتبار آراء ومقترحات أخصائيي الطب النفسي وطب الأطفال وذوي الاختصاص، وجمعت المعلومات من خلال الإطلاع على الفحوصات والتحليل التي أجريت لكل طفل وتوضيح الأسئلة وتدوين الأجوبة خلال المقابلة الشخصية مع ذوي الطفل.

**النتائج:**

وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

1. أن الأطفال الذكور (58.7%) هم الأكثر عرضة للإصابة من الإناث (41.3%) وأن أغلبية الأطفال (62.7%) بدءوا يعانون من حالة التبول الليلي اللاإرادي بين 5-7 سنوات من العمر، وأن أغليبتهم (73.3%) لديهم تاريخ عائلي لهذه الحالة.
2. كما أن أغلب هؤلاء الأطفال لديهم مشاكل عاطفية مثل الغيرة من الأخ الصغير الذي وجد في العائلة حديثاً (58.7%)، والتعرض للتأنيب المستمر والضرب (36%)، وبعض المشاكل العائلية كالطلاق أو فقدان أحد الوالدين أو كلاهما.
3. أن هؤلاء الأطفال لديهم اضطرابات في النوم مثل النوم العميق مع صعوبة الإيقاظ (84%)، والتكلم خلال النوم (46.7%)، الكوابيس الليلية (30.7%).
4. وأن أغلبية الأبوين (60%) يشعرون بالغضب ويميلون إلى تأنيب ومعاقبة الطفل، أما أغلبية الأطفال (64%) لديهم شعور بالنقص والخزي وفقدان الأمل.
5. وعلى ضوء هذه النتائج أوصت الدراسة بأهمية التوعية الصحية للعائلة حول موضوع التبول الليلي اللاإرادي عند الأطفال من خلال البرامج التثقيفية ووسائل الإعلام وإجراء بعض الفحوصات السريرية والنفسية للأطفال المصابين.

**تعقيب:**

أكدت هذه الدراسة على عاملي تأثير الوراثة والنوع في الإصابة بالتبول اللاإرادي (إلا أن هذين العاملين لا يشكلان أهمية كبيرة بالنسبة لموضوع الدراسة لدى الباحثة)، ولكن ما يثير اهتمام الباحثة هو تسليط الدراسة الضوء على أساليب المعاملة الوالدية التي تنطوي على الإهانة والعقاب وآليات الاستجابة لدى الأطفال المصابين المتمثلة في الغيرة والاحساس بتأنيب الضمير والدونية، وهو ما يؤيد جانبيين مهمين من مشكلة البحث وهما طبيعة العلاقات الباكرة بالموضوع وميكانيزمات الدفاع المستخدمة.

دراسة سعد Saad.A.R.M2013 معلومات واتجاهات الأمهات تجاه التبول اللاإرادي الليلي لأطفالهن

**الهدف:**

هدفت الدراسة إلى تقييم المعلومات واتجاهات الأمهات تجاه التبول اللاإرادي الليلي لأطفالهن.

تطرح الدراسة الحالية سؤال رئيسي هو (ما هي معلومات واتجاهات الامهات تجاه التبول اللاإرادي الليلي لأطفالهن).

**الاجراءت المنهجية:**

أجريت هذه الدراسة في العيادات الخارجية للأطفال من 3 المستشفيات ( بنها الجامعي، والتعليمي، والتخصصي)، في مدينة بنها.

ويشمل الموضوع عينة تتألف من 70 طفل لامهات الاطفال في الإعداد المذكور سابقا، التي تتم من خلال فترة غضون 6 أشهر.



**النتائج:**

يمكن تلخيص نتائج هذه الدراسة كما يلي:

1. تم اكتشاف وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عالية بين مستوى التعليم و معلومات الأمهات هذه المعلومات لها تأثير على قدرة الأمهات على التعامل مع أطفالهم الذين يتبولون لا إراديا بالليل.
2. أظهرت الدراسة لاتجاه الأمهات تجاه أطفالهم الذين يتبولون لا إراديا بالليل المتأثر بالخصائص الاجتماعية والديموغرافية ذات دلالة إحصائية عالية للأمهات (أقل من 30 سنة) المستوى التعليمي العالي، والأمهات التي لا تعمل، و ايضا قلة عدد الاطفال مع عدم كفاية الدخل له تأثير على المتابعة وحتى تناول الدواء.
3. علاج التبول اللاإرادي له تأثير إيجابي على احترام الذات للأطفال والشباب.
4. التعرض للعنف المنزلي هو حدث أليم ومرهق له تأثير سلبي شديد على المناحي المعرفية السلوكية، والعاطفية والبدنية والاجتماعية للأطفال الذين يشهدونه.
5. هناك عوامل لها تأثير و تشمل تعامل الأم والاب، شدة وفترة التعرض، عمر الأطفال والجنس والوضع الاقتصادي و الاجتماعي. ليس فقط هي الآثار السلبية المباشرة، ولكن مدى الحياة.
6. تعرض الأطفال العنف المنزلي يؤثر على معتقداتهم، ويؤثر على قدراتهم فى إنشاء والحفاظ على العلاقات.
7. أيضا يمثل استخدام العنف في طريقة فى التعامل مع الصراع.

**تعقيب:**

ان أهم ما أشارت إليه هذه الدراسة آليات المعاملة الوالدية التي تتسم بالعنف والقسوة وتأثيرها على تقدير الأبناء لذواتهم وكذلك تأثيرها السلبي على العمليات المعرفية والسلوكية، الأمر الذي يسلب الضوء على ثلاث جوانب رئيسية في مشكلة البحث الحالي: تلك المتمثلة في طبيعة العلاقات البكرة بالموضوع - ومدى الكفاءة في حل ومواجهة المشكلات - وميكانيزمات الدفاع المستخدمة.

دراسة الشعراوي. صالح فؤاد محمد (2013) كفاءة العلاج المعرفي السلوكي للتبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال والمراهقين البواليين: دراسة تجريبية:

**الهدف:**

هدفت الدراسة إلى علاج التبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال والمراهقين باستخدام العلاج المعرفي، السلوكي، وتكونت عينة الدراسة من (11) من الأطفال والمراهقين البواليين في مراحل التعليم المختلفة (ابتدائي - اعدادي - ثانوي).

**الإجراءات المنهجية:**

وقد استخدم الباحث الأدوات التالية: مقابلة التخطيط للعلاج المعرفي السلوكي لحالات التبول اللاإرادي (محمد نجيب الصبوة، 2012)، السجل اليومي لتقييم الحالة وتحديد المكاسب والخسارة (محمد نجيب الصبوة، 2012)، استمارة المساندة الأسرية (محمد نجيب الصبوة، 2012)، البرنامج المعرفي- السلوكي (محمد نجيب الصبوة، 2012). وهدف البرنامج إلي: إرساء تعلم الحالات علي الاحتفاظ بالبول وإراقته بالحمام ليلا، وزيادة السعة الوظيفية للمثانة للاحتفاظ بالبول نهارا، وارساء تعلم الاستيقاظ ليلا لاعتماد الحالات علي أنفسهم مما يرفع من الضبط الداخلي للحالات وراحة الأهل

والتخلص من المشكلة.

### النتائج:

أشارت نتائج الدراسة إلى:

1. كفاءة العلاج المعرفي، السلوكي في التخلص نهائيا من اضطراب التبول اللاإرادي ذي المنشأ الوظيفي لدى الأطفال والمراهقين بعد خضوعهم للعلاج وخلال فترة المتابعة التي استمرت اثني عشر شهرا.
2. وترجع النتائج الإيجابية للبرنامج إلي تشكيل سلوك الاستيقاظ ليلا بدون مساعدة وزيادة السعة الوظيفية للمثانة نهائيا وكذلك الدافعية المرتفعة للحالات وأسرههم وحرصهم علي الالتزام بتنفيذ البرنامج العلاجي.

### تعقيب:

أهم ما أشارت إليه هذه الدراسة هو الدور الفعال للأسرة في نجاح البرامج العلاجية المعرفية السلوكية لعلاج مشكلة التبول اللاإرادي، الأمر الذي يبرز أهمية العلاقات الأسرية ومن ثم ضرورة الكشف عن طبيعة العلاقات الباكرا بالموضوع.

دراسة سليمان Soliman.M.A 2015 بعنوانتقييم الإعاقات السيكولوجية التي تحدث في الأطفال المصريين المصابين بالتبول اللاإرادي:

### الهدف:

في هذه الدراسة التي قمنا بها في عيادة التبول اللا إرادي بمستشفى الاطفال-كلية الطب -جامعه عين شمس حيث تمت علي 100 طفل يعانون من التبول اللا إرادي، ثم اخذت عينه من 50 طفل طبيعي كعينه مقارنة.

### الإجراءات المنهجية:

في هذه الرسالة فاننا قمنا بتقييم الاعاقات السيكولوجية في هولاء الاطفال مثل القلق،الاكتئاب،مشاكل النوم،فقدان الثقة، مرض تشتت الانتباه مع كثرة الحركة، وسوء معاملة الاطفال.

النتائج: أثبتت الدراسة أن:

1. 28% من هولاء الاطفال يعانون من القلق.
2. 33% يعانون من الإكتئاب الشديد.
3. 33% لديهم فقدان الثقة بالنفس.
4. 37% لديهم اعراض مرض تشتت الانتباه.
5. 64% لديهم بعض مشاكل النوم
6. إضافة الى هذا فان 89% يتعرض للعقاب الجسدى.
7. 16% يتعرضون للاعتداء الجنسى بصور مختلفة.

**تعقيب:**

ان ما أشارت إليه هذه الدراسة، يحتم علينا تسليط الضوء على الحاجات الأساسية للطفل المصاب، وكذلك مدى كفايته في حل ومواجهة المشكلات.

دراسة عبدالفتاح **Abd ELfattah.H.S.A 2016** بعنوان جودة الحياة لدى الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي:

**الهدف:**

تهدف هذه الدراسة إلي تقييم جودة الحياة للأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي.

**الإجراءات المنهجية:**

أجريت هذه الدراسة في العيادات الخارجية في معهد الطب النفسى التابع لمستشفيات جامعة عين شمس. اشتملت عينة البحث علي 80 من الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي من كلا الجنسين في الفئة العمرية التي تتراوح بين 6-12 سنة و خاليين من الأمراض المزمنة الأخرى.

**النتائج:**

ومن أهم نتائج البحث مايلي:

1. أكثر من النصف (60%) من عينة الأطفال كانوا ذكورا و من الفئة العمرية (10-12) سنة.
2. وجد أن أكثر من الثلث (40%) من الأطفال كان مستوي تعليمهم مرحلة التعليم الأعدادي و قريب من النصف (5,47%) كان ترتيبهم الأول بين أخوتهم.
3. أكثر من النصف (55%) من مقدمي الرعاية كانوا يعاقبون أطفالهم تجاه تبولهم اللاإرادي جسمانيا: (20%) كلا من جسمانيا و نفسيا، ثلاث أرباع عينة البحث (75%) ليس لديهم معلومات كافية عن التبول اللاإرادي.
4. بالنسبة لمستوي جودة الحياة للأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي فكان أعلى مستوي غير مرضي هو الحالة الجسمانية و المدرسية يليها الحالة الاجتماعية و النفسية .

**التعقيب:**

أهم ما أشارت إليه هذه الدراسة هو أن العقاب البدني والنفسى يعتبران من أهم العوامل المهيأه لإصابة الطفل بالتبول اللاإرادي، الأمر الذي يشير إلى أهمية تسليط الضوء على طبيعة العلاقات البكرة بالموضوع.

دراسة **Ahmed.B.A 2016** بعنوان نمط التبول اللاإرادي الليلي الأولي بين الأطفال (6-12) سنة في مستشفى طب الأطفال الجامعي بمحافظة المنيا- مصر

**الهدف:**

دراسة نمط التبول اللاإرادي الليلي الأولي في الأطفال من سن (6-12) سنة في مستشفى طب الأطفال الجامعي بمحافظة المنيا ودراسة مدي انتشار هذه المشكله والعوامل المؤثرة عليها من خلال دراسة العوامل الأسرية المختلفة وكيفية تعامل الطفل والأسرة تجاه هذه المشكله وذلك باستخدام استبيان في شكل أسئلة هذه الأسئلة تشمل أسئلة عن الحياة الاجتماعية البيئية للطفل بالإضافة الى أسئلة مرتبطة بالتبول الليلي اللاإرادي.

**الإجراءات المنهجية:**

اشتملت الدراسة على 2000 طفل تتراوح أعمارهم ما بين (6-12) سنة في عيادة الأطفال بمستشفى طب الأطفال الجامعي بالمنيا وذلك في فترة ستة أشهر من شهر سبتمبر 2015 وحتى شهر مارس 2016 ومن هذه الحالات وجد 330 طفل يعانون من التبول اللاإرادي الليلي الأولي وذلك عن طريق استخدام استبيان في شكل أسئلة يشمل أسئلة عن حياة الطفل والأسرة الاجتماعية والاقتصادية وأسئلة عن العوامل المرتبطة بهذه المشكلة.

**النتائج:**

1. لا يوجد فرق في حدوث التبول اللاإرادي الليلي الأولي بين الذكور والإناث.
2. معدل الانتشار يزيد في ترتيب الطفل الثاني عن ترتيب باقي الأطفال.
3. نسبة حدوث التبول اللاإرادي الليلي الأولي تزيد في الأماكن ذات المستوى البيئي والاقتصادي المنخفض.
4. نسبة حدوث التبول اللاإرادي الليلي الأولي تزيد في الأطفال الذين أمهاتهم ربات منزل.
5. هناك علاقة وثيقة بين التبول اللاإرادي الليلي الأولي بين الأطفال ووجود تاريخ مرضي مسبق لهذه المشكلة في نفس الأسرة.

**تعقيب:**

أهم ما أشارت إليه الدراسة هو انتشار التبول اللاإرادي في الأماكن ذات المستوى البيئي والاقتصادي المنخفض، وهو ما اشتملت عليه عينة البحث الحالي حيث أن الثلاث حالات المكونين لعينة البحث جميعهم انحدروا من أسر ذات مستوى بيئي واقتصادي منخفض، ويعد هذا عامل دعم يزيد من أهمية هذا العامل عند إختيار أفراد عينة البحث. دراسة الطيب. إبتهاال الأمين 2016 بعنوان التبول اللاإرادي في أطفال مدارس الأساس مفاهيم الآباء حوله وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية: دراسة ميدانية بمحلية كرري

**الهدف:**

تهدف الدراسة الحالية الكشف عن الاضطرابات الشائعة لدى الأطفال المصابين التبول اللاإرادي، والتي تسبب في الحرج والقلق للطفل والوالدين معاً.

**الإجراءات المنهجية:**

شملت الدراسة بعض مدارس الأساس بمحلية كرري، وشملت الآباء لعدد 386 طفل في 6 مدارس أساس.

**النتائج:**

1. خلصت الدراسة إلى أن ثلثي الآباء المشاركين في الدراسة يعتقدون أن القلق وشرب السوائل المفرطة هي من أهم المسببات.
2. بينما يعتقد 36% من الآباء أن عدم ختان الإناث من أسباب التبول اللاإرادي في الإناث.
3. وقلت النسبة إلى 30% للاعتقاد بوجود سبب صحي.
4. كما بينت الدراسة أن 20% من الآباء كانوا يعانون من نفس المشكلة عند الصغر.

5. أما عن مفاهيم الآباء حول العلاج فإن 72% يعتقدون أن المشكلة ستزول مع الزمن.
  6. بينما يعتقد 60% في وجود علاج طبي.
  7. إلا أن النسبة الحقيقية للذين زاروا الطبيب من أجل حل المشكلة كانت 32%.
  8. ورجوعاً إلى ردات أفعال الآباء فإن 29% من الآباء كانوا يعنفون أطفالهم لفظياً عند حدوث التبول اللاإرادي.
  9. بينما كان 60% يشعرون بالخجل وعدم الارتياح.
  10. وقد خلصت الدراسة أيضاً إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين مفاهيم الآباء والعلاقة الوالدية للطفل لصالح الأمهات.
- تعقيب:**

ما كشفت عنه نتائج الدراسة يدور حول الأحداث والوقائع التالية للإصابة بالتبول اللاإرادي وليست المساهمة في الإصابة وهذا ما يؤخذ على هذه الدراسة، وعلى الرغم من ذلك فإن أهم ما أشارت إليه نتائج الدراسة هي أساليب المعاملة الوالدية التي تراوحت بين تعنيف الآباء لأطفالهم عند حدوث التبول اللاإرادي لدى البعض والإحساس بالخزي لدى البعض الآخر من الآباء، الأمر الذي يشير إلى ضرورة إلقاء الضوء على العوامل المكونة لهذا الاضطراب وليس إلقاء الضوء على آلية استجابة الآباء وكيفية تعاملهم مع الاضطراب.

دراسة جرزيدا، هيرون، جونتارد، جايسون 2017 Grzeda.M.T ; Heron.J ; Gontard.A.V ; Joinson.C

بعنوان التأثيرات النفسية للتبول اللاإرادي على المراهقين

#### الهدف:

فحص ما إذا كان التبول اللاإرادي والتبول اللاإرادي أثناء النهار في مرحلة الطفولة والمراهقة مرتبطين بمشاكل نفسية اجتماعية في مرحلة المراهقة.

#### الإجراءات المنهجية:

تم إجراء دراسة طولية للآباء والأطفال لفحص العلاقة بين مسارات سلس البول من 4 إلى 9 سنوات والمشاكل النفسية والاجتماعية المبلغ عنها ذاتياً في مرحلة المراهقة (13-14 عاماً) بما في ذلك أعراض الاكتئاب وإيذاء الأقران وتدني تقدير الذات والخبرات المدرسية (تصور سلبي للمدرسة والمعلمين، مشاكل العلاقات مع الأقران)، تراوحت الأعداد من 5162 (تصور المعلمين) إلى 5887 (الصورة الذاتية). لقد تم فحص أيضاً الارتباطات بين سلس البول المبلغ عنها ذاتياً في سن 14 عاماً والمشكلات النفسية والاجتماعية.

#### النتائج:

1. كان لدى المراهقين الذين عانوا من تأخر في تطوير التحكم في المثانة صورة تقدير متدني لذواتهم، وتصورات أكثر سلبية عن المدرسة والمزيد من المشكلات المتعلقة بعلاقات الأقران في المدرسة.
2. ارتبط التبول المستمر (التبول اللاإرادي مع التبول أثناء النهار) في الطفولة بزيادة مشاكل العلاقات مع الأقران في مرحلة المراهقة.
3. تم التوصل إلى وجود إرتباطات دالة بين التبول اللاإرادي للمراهقين والمشكلات النفسية والاجتماعية للتبول أثناء النهار بما في ذلك إيذاء الأقران، وتدني تقدير الذات.

**تعقيب:**

أهم ما أشارت إليه تلك الدراسة هو تدني تقدير الذات لدى المراهقين المصابين بالتبول اللاإرادي بالإضافة إلى وجود مشكلات نفسية وإجتماعية في مرحلة الطفولة، الأمر الذي يؤيد ضرورة تسليط الضوء على الحاجات الأساسية لدى الطفل والمصاب ومدى كفاءته وقدرته على حل المشكلات.

دراسة أميري، شفيح كاندجاني، ناغينيزهاد، ساره، ابدي: (2017) ، Amiri.S, Shafiee-Kandjani.A.R , Naghinezhad.R, Sara Farhang, Abdi.S بعنوان الاضطرابات النفسية المرضية عند الأطفال والمراهقين المصابين بالتبول الليلي اللاإرادي:

**الهدف:**

أجريت هذه الدراسة بهدف تحديد معدلات الاضطرابات النفسية المرضية المشتركة لدى الأطفال والمراهقين المصابين بالتبول الليلي اللاإرادي.

**الإجراءات المنهجية:**

في هذه الدراسة الوصفية التحليلية، تم اختيار 183 طفلاً ومراهقاً تتراوح أعمارهم بين 5 و 18 عاماً يعانون من بالتبول الليلي اللاإرادي من العيادات الطب النفسي في جامعة تبريز للعلوم الطبية في عام 2015. اشتملت أدوات الدراسة على المقابلة تشخيصية الإكلينيكية المنظمة، جدول الأطفال للاضطرابات العاطفية والفصام، بناءً على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية لتشخيص الاضطرابات النفسية المرضية والعصبية.

**النتائج:**

1. في هذه الدراسة، كان 39 مشاركاً (21.3%) من الإناث و 144 (78.7%) من الذكور.
2. كان متوسط عمر المشاركين  $8.69 \pm 2.34$  سنة.
3. كان معدل الإصابة بالاضطرابات النفسية مدى الحياة بين الأطفال والمراهقين ممن يعانون من التبول الليلي اللاإرادي 79.23%.
4. تنتمي أعلى نسبة إلى اضطراب نقص الانتباه فرط النشاط بنسبة 74.9%، واضطراب التحدي الموضوعي بنسبة 53%، واضطراب التنسج اللاإرادي بنسبة 12% (التشنجات اللاإرادية الحركية مع حالة واحدهمن التنسج اللاإرادي الصوتي).
5. وكانت أقل حالات الإصابة باضطراب السلوك، والاضطراب العاطفي ثنائي القطب، واضطراب ما بعد الصدمة بنسبة 5%. بناءً على اختبار فيشر الدقيق، لم يكن هناك فرق كبير بين الذكور والإناث من حيث حدوث الاضطرابات النفسية.

**تعقيب:**

أهم ما أشارت إليه الدراسة هو أن الاضطرابات النفسية المصاحبة للإصابة بالتبول اللاإرادي لدى الطفل والمراهق كانت الاضطراب ثنائي القطب واضطراب ما بعد الصدمة، أما فيما يتعلق بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب فهو حالة مرضية نفسية تتراوح ما بين الهوس والإكتئاب الأمر الذي يمكن إرجاعه لفترات توتر شديدة والتواجد في بيئة محبطة تفقد إلى الدعم والتأييد والمساندة والتذبذب في أساليب المعاملة الوالدية بين التذليل الزائد والعقاب الحاد والمفاجئ، أما فيما

يتعلق باضطراب ما بعد الصدمة وهو نتيجة مترتبة على تعرض الطفل للعنف الشديد والاعتداء والتعذيب أو التعرض لحادث مأساوي أو كوارث طبيعية، الأمر الذي يؤكد على أهمية عاملين أساسيين: الأول أساليب المعاملة الوالدية ومن ثم طبيعة العلاقات الباكورة بالموضوع والثاني كفاءة وقدرة الطفل على مواجهة وحل المشكلات.

دراسة محسن زادا، أحمد ديبورا، فرح ديب، شاكاراميك (2017) Mohsenzadeha.A , Ahmadipoura.S ,

Farhadib.A , Shahkaramic.K بعنوان الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ممن يعانون من التبول الليلي

اللاإرادي:

**الهدف:**

بحث هذه الدراسة في الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المصابين بالتبول اللاإرادي الأولي.

**الإجراءات المنهجية:**

في هذه الدراسة العرضية، تمت إحالة 100 طفل يعانون من سلس البول الأولي إلى مستشفى الأطفال. تم استخدام طريقة التعداد "تعداد السكان" في هذه الدراسة. تم جمع البيانات باستخدام مقياس قصير للمشاكل النفسية لسلس البول، وقد تم التأكد من صدقه وثباته في دراسات سابقة، وتم استخدام استبيان لتقييم الفشل الأكاديمي والقلق والاضطرابات السلوكية والنوم والاضطرابات النفسية. تمت مقارنة النتائج التي تم الحصول عليها من حيث الجنس والعمر. تم استخدام التحليلات الإحصائية باستخدام الإحصاءات الاستنتاجية والوصفية.

**النتائج:**

1. بلغ متوسط عمر الأطفال 8.46 سنة، ستة وستون في المائة من المشاركين كانوا من الذكور والباقي من الإناث.
2. كان تسعون في المائة من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 1-9 سنوات، و 10% تزيد أعمارهم عن 10 سنوات.
3. يعاني 43% من الأطفال من اضطرابات القلق و 34% يعانون من اضطرابات النوم.
4. كما يعاني 4% من الفشل الأكاديمي.
5. من بين الاضطرابات السلوكية، كان أكثر الاضطرابات شيوعاً فرط النشاط والقلق، وكانوا أعلى بشكل ملحوظ في تسعة أولاد. كان الوسواس واضطرابات النوم أكثر شيوعاً عند الأطفال فوق سن العاشرة علاقة ارتباط معنوية بين اضطرابات الأكل واضطرابات النوم والحركات الغريبة عند الذكور، بينما كانت مشاعر الحزن أكثر شيوعاً عند الإناث.

**تعقيب:**

من أهم النتائج التي لفتت إنتباهي في النتائج المستخرجة هي أنه من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً لدى الأطفال ممن يعانون من التبول اللاإرادي كان الوسواس القهري والقلق (حيث أن الوسواس والقلق وجهان لعملة واحدة) مما قد يشير من ناحية التطور والنمو النفسي الجنسي إلى التثبيت على المرحلة الشرجية وأن أساليب التدريب على النظافة كانت تتسم بالقسوة وعدم تفهم نواحي العجز لدى الطفل الأمر الذي يشير إلى أهمية تسليط الضوء ميكانيزمات الدفاع المستخدمة وطبيعة العلاقات الباكورة بالموضوع.

دراسة كيسيل، آلمان، جولدستين، كلاين 2017 Kessel.E.M; Allmann.A.E.S; Goldstein.B.L;

**Klein.D.N** بعنوان تنبؤات ونتائج التبول اللاإرادي في مرحلة الطفولة:**الهدف:**

على الرغم من أن التبول اللاإرادي شائع نسبياً في مرحلة الطفولة المبكرة، إلا أن البحث الذي يستكشف السوابق والآثار المترتبة عليه محدود بشكل مدهش، ربما لأن الحالة عادةً ما تتحول (للفحص الطبي) في مرحلة الطفولة المتوسطة.

**الإجراءات المنهجية:**

تم فحص معدل الانتشار والتنبؤات والعوامل التنبؤية ونتائج التبول اللاإرادي الأولي في دراسة استباقية كبيرة متعددة الأساليب متعددة المعلومات على عينة مجتمعية من الأطفال عددها 559؛ تتراوح أعمارهم من سن 3 سنوات إلى سن 9 سنوات.

**النتائج:**

1. وجد أن 12.7% من العينة قد يعانون من التبول اللاإرادي مدى الحياة، مما يشير إلى أنه اضطراب طفولي شائع الحدوث.
2. وقد كانت احتمالية تعرض الذكور أكثر للتعرض لتشخيص مدى الحياة ضعف الإناث.
3. وتضمن عمر الثلاث سنوات تنبؤات هامة لتطور سلس البول الأولي في سن التسع سنوات وقد تضمنت: قلق الأطفال وانخفاض العاطفة الإيجابية، وتاريخ الأمهات من القلق، وانخفاض الأبوة الموثوقة "المرجعية".
4. بالإضافة إلى ذلك، تتبأ الأداء النفسي الضعيف والمزيد من أعراض الاكتئاب والقلق في سن 3 سنوات باحتمال أكبر للمثابرة حتى سن 9 سنوات، وبحلول سن 9 سنوات، كان 77% من الأطفال الذين تم تشخيصهم بسلس البول الأولي في حالة كمون وهدوء. في المقابل، أظهر الأطفال الذين لم يبدوا تحسناً معدلاً أعلى من اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط وأعراض اكتئابية في سن 9 مقارنة بالأطفال الذين ليس لديهم تاريخ مدى الحياة من سلس البول.
5. تؤكد نتائج الدراسة الحالية على الأهمية السريرية لسلس البول الأولي وتوضح أنها تظهر ارتباطات قوية سابقة ومحتملة مع علم النفس المرضي. تسلط النتائج الضوء أيضاً على الدور المحتمل للأبوة والأمومة في تطوير سلس البول.

**تعقيب:**

أهم ما أشارت إليه الدراسة هو أن التعرض للقلق والإكتئاب في سن الثلاث سنوات يزيد من احتمالية الإصابة بالتبول اللاإرادي عند بلوغ سن التاسعة، وهي المرحلة الفاصلة بين الانتهاء من المرحلة القضيبيية ودخول المرحلة الشرجية حيث التدريب على استخدام المراض وإكتشاف الفروق التشريحية بين الجنسين، هذا بالإضافة إلى قلق الأمهات الزائد في هذه المرحلة ودور الآباء المفتقد للدعم والمساندة والتأييد ومن ثم اضطراب العلاقات الباكرة بالموضوع وانخفاض كفاءة الأبناء في مواجهة وحل المشكلات.

دراسة سافاسير، بيجي، اسلان، جوزين (2018) Gozen.D , Aslan.E , Beji.N.K , Savaser.S بعنوان



## العلاقة بين التبول اللاإرادي ونوعية الحياة لدى طلاب المدارس:

الهدف:

التبول اللاإرادي يمكن أن يسبب فقدان احترام الذات لدى الأطفال، ويغير العلاقات مع العائلة والأصدقاء، ويقال من نجاح المدرسة.

الإجراءات المنهجية:

أجريت هذه الدراسة لتحديد مدى انتشار التبول اللاإرادي لدى أطفال المدارس الذين تتراوح أعمارهم بين 11-14 سنة والتعرف على المشاعر والمشاكل الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالتبول.

تم استخدام نهج الأساليب المختلطة على مجموعة من الطلاب الذين أبلغوا عن سلس البول من خلال الجمع بين البيانات الكمية من تصميم المقطع العرضي المستند إلى السكان بالمدارس مع البيانات النوعية باستخدام تقنيات المقابلة المتعمقة.

العينة: تم جمع بيانات هذه الدراسة الوصفية والمستعرضة من 2750 طالب ابتدائي من المدارس الذين تتراوح أعمارهم بين 11-14 سنة في اسطنبول.

النتائج:

1. كان معدل الانتشار العام للتبول اللاإرادي 8.6% وانخفض مع تقدم العمر.
2. الإبلاغ عن انتشار التبول اللاإرادي النهاري عند الأطفال كان بمعدل 67.9% وجميعهم يعانون من التبول اللاإرادي أحادي الأعراض.
3. 83.3% من الأطفال تم تشخيصهم بالتبول اللاإرادي الثانوي لمدة 1-3 سنوات.
4. وقد كان التبول اللاإرادي أكثر شيوعاً بشكل ملحوظ عند الأولاد وأولئك الذين كانوا متكررين التهابات المسالك البولية، والتي كان أقاربها من الدرجة الأولى يعانون من التبول اللاإرادي في الطفولة، والذين أبلغوا عن انخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي في الأسرة.

5. وتم إعطاء الآثار العاطفية والاجتماعية أهمية خاصة للتبول اللاإرادي في سياق تعبيرات الأطفال الخاصة. تعقيب: ما يؤخذ على الدراسة السابقة هو التعارض بين العنوان وما خرجت به من النتائج حيث جاء في العنوان نوعية الحياة، ولكن معظم النتائج تطرقت لأهمية العوامل الوراثية، ومعدل الإصابة وفقاً للنوع، هذا بالإضافة إلى الأمراض العضوية المهيأة للإصابة، ولم تعطي العوامل العاطفية المعبرة عن جودة الحياة اهتمام ملحوظ في تفسير النتائج على الرغم من انها لب وجوهر الموضوع.

دراسة يوركوفيتش، توماشكوفيتش، زور، بافيك، كفيتكوفي (2019) بعنوان وضع اللاجئ كعامل خطر

في الإصابة بالتبول اللاإرادي في مرحلة الطفولة ; Tomaškovi´c.M ; Tomaškovi´c.I ; Jurkovi´c.M;

Zore.B.S ; Pavi´c.I and Cvitkovi´c.Roi´c.A.C

**الهدف:**

بحثت هذه الدراسة في تأثير وضع اللاجئ على حدوث الإصابة بالتبول اللاإرادي.

**الإجراءات المنهجية:**

تم إجراء الدراسة بين أطفال المدارس الذين تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 11 عامًا وأولياء أمورهم في مقاطعة (شرق كرواتيا)، والتي كان بها العديد من المشردين واللاجئين (معظمهم من النساء والأطفال) في التسعينيات بسبب الحروب في كرواتيا والبوسنة والهرسك.

وتم تصميم أستيبيان (حول عمر الطفل ونوعه وتاريخ التبول اللاإرادي لدى الطفل وتاريخ الوالدين وبيانات عن حالة اللاجئ الأبوي في مرحلة الطفولة)، تم جمع بيانات كافيته عن 3046 طفل.

**النتائج:**

تشير النتائج إلى:

1. أن وضع اللاجئ هو عامل خطر لحدوث التبول اللاإرادي في مرحلة الطفولة.
  2. كان معدل انتشار التبول اللاإرادي بين الأطفال الذين شملتهم الدراسة منخفضًا جدًا (2.3%) لكن توزيع الانتشار حسب الجنس والانخفاض حسب العمر ونسبته كانت نسبة الأرجحية الأعلى للتبول اللاإرادي الأبوي متوافقة مع نتائج دراسات أخرى.
  3. كان انتشار التبول اللاإرادي لدى الوالدين في مرحلة الطفولة أعلى من التبول اللاإرادي لدى أطفالهم (الأمهات: 5.8%، الآباء 3.6%)، وأعلى بكثير بين الآباء الذين كانوا لاجئين.
  4. لم يكن لوضع اللاجئ الأبوي أي تأثير على التبول اللاإرادي لدى الأطفال.
- تعقيب:** يبدو أن هدف الدراسة وفرضياتها لم تطابق من حيث الشكل والمضمون مع النتائج فلم يتم الخروج بالنتائج المرجوة من الدراسة، فقد كان الهدف الاساسي من الدراسة هو الكشف عن معدل الإصابة بالتبول اللاإرادي لدى الأطفال اللاجئين، في حين أن النتائج أشارت إلى ارتفاع معدل الإصابة لدى الآباء كان أعلى بكثير من معدل الإصابة لدى الأبناء، وهو ما يؤخذ على الدراسة.
- دراسة سيجكورا، آلين **Sejkora, Ellen K. D 2019**. بعنوان الخصائص النفسية والاجتماعية للأطفال المصابين بخلل في استخدام المرحاض:

**الهدف:**

بحثت الدراسة الحالية دور توقيت وطريقة التدريب على المراحيض، واستخدام موارد الطبيب والمجتمع المحلي، والمتغيرات النفسية الاجتماعية للآباء والأطفال لفهم أفضل للتدريب المعياري على المراحيض وتوضيح دور الأسرة والوالدين والطفل في عملية التدريب على المراحيض.

**الإجراءات المنهجية:**

وجرى استعراض المؤلفات المتعلقة بالنمو والتطور في مرحلة الطفولة المبكرة والتدريب النموذجي على استخدام

المرحاض، وأعقب ذلك مناقشة بشأن إبطال الخلل الوظيفي والأنماط النفسية والاجتماعية والثقافية ذات الصلة. وكان من بين المشاركين 437 من الآباء المجتمعين (77 في المائة من الإناث، و 82 في المائة من البيض، و 69 في المائة متزوجون) من الأطفال (48 في المائة من الإناث) الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين وست سنوات. تم تحديد عينة دون إكلينيكية (العدد = 27) وضوابط مطابقة لم تواجه تحديات في التدريب على المراحيض من داخل عينة المجتمع الأكبر).

تم جمع البيانات من خلال مسح على شبكة الإنترنت، بما في ذلك قياس الخصائص الديمغرافية، وأداء الأسرة، وسلوك الطفل، ومزاج الطفل، وأسلوب الأبوة والأمومة، وضغوط الوالدين، وأسئلة مفتوحة حول قرارات التدريب على المراحيض وموارده.

### النتائج:

1. أشارت النتائج النوعية إلى أن الآباء استخدموا أساليب عديدة للتدريب على المراحيض وأن نصف الآباء لم يطلبوا المشورة من مقدم الرعاية الأولية لأطفالهم أثناء العملية.
  2. و كان معظم الأطفال يدرّبون على المراحيض في سن الثالثة.
  3. وتم تحديد خمس مجموعات كامنة من الأطفال في العينة الحالية: اختلفت الفصول الدراسية في المقام الأول حسب أعراض سلوك الطفل، والنشاط المزاجي، والسلوكيات السلبية للأبوة والأمومة، والصراع المنزلي، والاستخدام المبلغ عنه للتدريب على المراحيض الذي يركز على الطفل.
  4. وكانت العينة دون السريرية أعلى بكثير من أعراض اضطراب فرط الانتباه ومتأثرة بالعوامل العاطفية من المجموعة غير السريرية المتطابقة.
  5. و تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن متغيرات نظام الأسرة تؤثر على كيفية تدريب الأطفال على المراحيض.
  6. وتدعم هذه النتائج مواصلة النظر في التوصيات المقدمة إلى الوالدين قبل بدء تدريب أطفالهم على المراحيض، وتبرز الحاجة إلى إعطاء مزيد من الاهتمام لنظام الأسرة خلال هذه العملية.
- تعقيب:** استعرضت الدراسة بشكل متعمق وبناء آليات تدريب الآباء للأبناء على عادات النظافة وآليات استخدام المراحيض وأن بدء التدريب عادة ما يتم في سن الثالثة، وأن الصراعات المنزلية والمهارات الوالدية السلبية يؤثران بالسلب على اجتياز هذه المرحلة بهدوء وسلام ومن زيادة احتمال التثبيت على هذه المرحلة ومن ثم الإصابة بالتبول اللاإرادي والذي يلجأ إليه الطفل عند التعرض للمواقف الضاغطة والذي يعد النكوص لمرحلة سابقة لا تتفق مع المرحلة العمرية التي يمر بها الأبناء.

### فروض الدراسة:

بما ان المنهج المستخدم في الدراسة هو المنهج الكلينيكي "منهج دراسة الحالة" فإن فروض الدراسة تهدف الكشف عن ديناميات العناصر التالية:

1. طبيعة العلاقات الباكرة بالموضوع لدى الأطفال ممن يعانون التبول اللاإرادي في مرحلة الطفولة المتأخرة.
2. أهم ميكانيزمات الدفاع المستخدمة لدى الأطفال ممن يعانون التبول اللاإرادي في مرحلة الطفولة المتأخرة.

3. الحاجات الأساسية لدى الأطفال ممن يعانون التبول اللاإرادي في مرحلة الطفولة المتأخرة.
4. طبيعة الصراعات وآليات حل المشكلات لدى الأطفال ممن يعانون التبول اللاإرادي في مرحلة الطفولة المتأخرة.
5. الكفاءة والقدرة على حل المشكلات لدى الأطفال ممن يعانون التبول اللاإرادي في مرحلة الطفولة المتأخرة.

### الإجراءات المنهجية للدراسة:

#### أولاً: المنهج:

سوف تستخدم الباحثة منهج دراسة الحالة للكشف عن ديناميات البناء النفسي اللاإرادي لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة ممن يعانون من التبول اللاإرادي، وذلك من خلال الدراسة المتعمقة للحالة الفردية من خلال تحليل الشخصية من مختلف جوانبها من أجل تبين الصراعات الأساسية وميكانيزمات الدفاع المستخدمة وطبيعة العلاقات الأسرية ونسب الذكاء في بعض الأحيان.

"فالمنهج الكلينيكي هو الدراسة العميقة لحالة فردية بصرف النظر عن انتمائها إلى السوية أو اللاسوية، وتقوم هذه الدراسة العميقة بدراسة شاملة مطوقة تستند إلى ثلاث ركائز:

1- لا كLINيكية بغير دينامية: تلك هي المسلمة الأولى من حيث الأهمية وان كانت الأخيرة من حيث مراحل العمل، فبدراستنا للوحدة الكلية التاريخية وللوحدة الحالية يكون بوسعنا أن نبلغ إلى الدينامية بمعنى أن نبلغ إلى تبين الصراعات الأساسية عند المفحوص.

2- لا كLINيكية بغير وحدة كلية حالية: وتتحصر المسلمة الثانية في ضرورة تناول الشخصية في وحدتها الكلية الحالية فقد كان الأمر في البداية شبيها بالطب البيطري يقتصر على مجرد الأعراض المرضية في إنعزال عن الشخصية تماما كما يحدث عند تشخيص حمار مريض أو كلب يتألم، وكأن الأمر يقتصر على إلصاق بطاقته باسم مرض من الأمراض المعروفة. كان كل شيء يمضي وكأن هذه الاعراض لا تنتسب إلى شخص بعينه يعيش في بيئة بعينها وذلك في لحظة بعينها من لحظات تطوره، أما المنهج الكلينيكي اليوم فليس للأعراض عنده من دلالة أو معنى الا بالرجوع للوحدة الكلية للشخصية في صلتها بالعالم.

3- لا كLINيكية بغير وحدة كلية تاريخية: تتحصر المسلمة الثالثة في ضرورة تناول الشخصية في وحدتها الكلية التاريخية فاستجابة الشخصية بإزاء موقف حالي مشكل لا يمكن أن تتضح دلالتها الا في ضوء تاريخ حياة الشخص ليس فقط بالنسبة إلى ماضيه بل وأيضا بالنسبة إلى اتجاهه من المستقبل فالتشخيص يستهدف الإمساك بلحظة من لحظات تطور الكائن البشري". (القطان. سامية:1979:ج1: 60، 61، 62)

**ثانيا العينة والأدوات:**

تم إختيار الحالات من وقائع العيادات الخارجية في إطار من السرية والخصوصة، وأنتمت كل الحالات لمستوى إجتماعي وإقتصادي منخفض

الأدوات المستخدمة	مواصفاتها	الحالة
المقابلة ذات رؤوس الموضوعات الهادية. اختبار الأسرة المتحركة K.F.D. مقياس إستانفورد بينيه "الصورة الخامسة".	النوع: أنثى. السن: 8 سنوات. المستوى التعليمي: الصف الثاني الابتدائي.	الحالة الأولى
المقابلة ذات رؤوس الموضوعات الهادية. اختبار تفهم الموضوع T.AT	النوع: أنثى. السن: 12 سنة. المستوى التعليمي: الصف الأول الابتدائي	الحالة الثانية
المقابلة ذات رؤوس الموضوعات الهادية. اختبار اليد الإسقاطي.	النوع: ذكر. السن: 10 سنوات. المستوى التعليمي: الصف الخامس الابتدائي.	الحالة الثالثة

**ميررات اختلاف الأدوات بين الحالات:**

ولقد لوحظ مما سبق أن الأداة المشتركة بين الحالات الثلاث كانت المقابلة ذات رؤوس الموضوعات الهادية، في حين اختلفت الأداة الثانية المستخدمة في الفحص والتشخيص لدى كل حالة بما يتلاءم مع مواصفات كل حالة من الحالات حيث أن كل حالة نسج فريد في حد ذاتها ويعتمد منهج دراسة الحالة على الدراسة المتعمقة لكل حالة على حده، كما ان جان بياجيه كان يدرس حالة واحدة.

النتائج ومناقشتها:عرض ثلاث حالات ونتائجهاالحالة لأولى:

- 1- الاسم: ن. ع.
- 2- النوع: أنثى.
- 3- السن: 8 سنوات.
- 4- المستوى التعليمي: الصف الثاني الابتدائي.
- 5- عدد الأخوات: 1.
- 6- الترتيب بين الإخوة: الأول.
- 7- وظيفة الأم: عاملة نظافة، السن 34. 8- وظيفة الأب: عامل باليومية، السن: 38 سنة.
- 9- مكان الفحص: مركز سان مارك مدينة نصر.

أولاً: المقابلة:الشكوى على لسان الطفلة:

جدي بس اللي كان بيحبني وبعد ما مات مفيش حد بيحبني لأنه كان بيحبني كل اللي بحبه وكان بيحب أختي الصغيرة وكن بيقولني خدي بالك منها وأنا بحبها وهي بتحبني ؛ بخاف على ماما لما بابا يزعلق لها بخاف عليها تموت زي جدو بس بزعل لما بشوف بابا بيضرب ماما ويزعلق لها، بحب أروح الكنيسة مع ماما.

سؤال الأم عن بداية ظهور سلوك التبول اللا إرادي:

من ثلاث سنين أول ما دخلت المدرسة وجدها مات في نفس الوقت بتاع دخولها المدرسة من ساعتها والموضوع ده بدء؛ عايزه أشوف بنتي مخها ماشي ازاي لأن بنتي بتتسى كثير وبيحب أكلها معها تاني بس بتكسفي قدام الناس لو جابوا حاجه منعها عنها (شيبسي أو بيبسي) مش منعها بسبب الفلوس بس علشان هي عيانه والدكتور مانعها علشان الأنيميا، مبتسمعش الكلام أبدا وبتعند معايا في كل حاجة واللي زاد وغطا انها بتبل نفسها كل يوم.

سؤال الحالة عن سلوكها بطريقة غير مباشرة عن طريق سرد قصة هي قامت بالتعليق عليها:

مممكن تكون بتتسى تدخل الحمام بالليل علشان تحلم أحلام وحشة ان مامتها ماتت زي جدها وهي بتخاف عليها علشان باباها بيضرب مامتها فمبتخدش بالها وهي بتعمل حمام.

سرد الأم عن نمط الأب وطبيعة سلوكياته:

هو عصبي مبيديناش فلوس مش مهتم بيانا ولا بالبيت دايمًا بيشر ب سجاير وبيره.

طبيعة التفاعل والعلاقة بين الأب والحالة:

عادي على طول بيقد ع التليفزيون والتليفون مبيعدش معانا بيضربني وبيضرب ماما كمان وعلى طول بيزعلق. "الأم": هي مش بتشوفه كثير وبيضربها، علشان هو على طول عصبي وميكنش في وعيه من اللي بيشر به وبعدين علشان

هي حركتها كثير في البيت هنا وهنا فأنا بشتيكي له فيقوم ضاربها.

### نمط وسلوكيات الأم:

عن طريق الملاحظة، تتسم الأم بالعصبية والحدة في تعاملاتها ونبرة صوتها مرتفعة دائما.

### طبيعة التفاعل بين الام والحالة:

على لسان الحالة: بحب ماما بس دايمًا بتزعق فيا وبتميز "ش" ( أختها الصغر) عني أوقات كثير، مش بتجيبلي الحاجة اللي بطلبها وبتقولي ان أنا حمارة وغبية.

### سؤال الأم عن طبيعة العلاقة بينها وبين الزوج:

زي أي حاجه كده بيستمته بيها وبيرميها مجرد اناه يرضي رغباته وبس، بيضربني عادي أدام العيال.

### العلاقة بالأخت الصغرى:

ش، العمر: 3 سنوات، تعاني من حالة داون.

العلاقة بينهما على لسان الحالة: بحب أختي بس بتاخذ حاجتي على طول وبتخلي ماما تزعقلي.

س: أيه حاجتك اللي بتاخذها منك: لعبي ولو ماما جايبه حاجه هي اللي بتاخذها.

### تحليل المقابلة:

### تلخيص التسلسل الزمني للأحداث والتطورات:

بدأت الأعراض في الظهور بعد وفاة جدّها بشهر بعد دخولها المدرسة ؛ ظهرت عليها مشكلة التبول اللاإرادي وعلامات الخوف والتوتر من موت الأم وخصوصا في حالة وقوع مشاجرات بين الأم والأب وقيام الأب بالاعتداء على الأم بالضرب ؛ الأمر الذي أدى إلى تطور وظهور مشكلة أخرى الأ وهي الكذب.

### طبيعة العلاقات بالآخرين المهمين في حياتها:

تتسم الحالة بشخصية عنيدة فهي تتحدي أوامر وتعليمات الأم ولا تطيعها، هذا بالإضافة إلى أن علاقتها بوالدها ضعيفة، وأما عن أختها الصغرى فهي تحبها جدا، هذا بالإضافة إلى ان ميلاد الأخت الصغرى مصابة بمتلازمة داون جعل الأم تصاب بقلق شديد الأمر الذي دفعها إلى أن تحمل الحالة أعباء تفوق طاقتها وذلك فيما يتعلق بالتوقعات ومستوى الطموح.

### طريقة الأم وهي تسرد المشكلة:

الأم غير متعلمة ولكنها شخصية مسيطرة، نبرة صوتها مرتفعة وتتحدث بعصبية، وكثير ما تستخدم يديها في الإشارة أثناء الحديث بطريقة توحى أنها متوترة، أفكارها غير مترابطة - غير مهمة بمظهرها الخارجي.

### المستوى الإنطباعي:

الطفلة كثيرة الحركة أثناء جلوس الأم معها في الجلسة، يبدو عليها العصبية، ولكنها دقيقة الملاحظة لكل ما هو موجود بالرفة.

### المستوى الدينامي:

الحالة غير راضية عن ذاتها وقد يرجع ذلك إلى إفتقادها لتقدير الذات داخل البيئة الأسرية، حيث أن البيئة الأسرية محبطة

وغير مدعمة لها الأمر الذي ولد لديها الإحساس بالإفئقار للدعم والمساندة والتأييد.

### ثانيا: الأسرة المتحركة (K.F.D)

قامت الحالة برسم أفراد أسرتها بما فيهم هي في حالة حركة، فرسمت الحالة نفسها وأختها بجانب بعض بعيدا عن الأم والأب، وفي النهاية قامت برسم نموذج مصغر لها ولأختها وهما داخل التلفاز مما يؤكد على النبذ والإهمال اللذان تشعر بهما الحالة داخل الأسرة.



### تحليل اختبار رسم الأسرة:

1. وقد عكس الرسم مدى الصراع التي تعاني الحالة في إطار تفاعلاتها داخل الأسرة ومدى القلق التي تعانيه وذلك من خلال الأفعال التي إختصت بها الحالة اثناء الرسم.
2. فقد قامت الحالة برسم الأب بعيدا عنها وقامت برسمه في وضع مغلق من ناحية الجزء السفلي للجسم.
3. كما قامت بحذف أجزاء من الجسم لجميع أفراد الأسرة كالأذن واليدين.
4. رسمت كل من الأب والأم كل منهما منشغل بمهام ما فالأب يشاهد التلفاز والأم تقوم بهام التنظيف.
5. وقد قامت بحذف اليدين لدى جميع أفراد الأسرة فيما عدا الأم مما قد يشير إلى أنها هي المتحكمة داخل البيئة الأسرية.
6. وقد رسمت نفسها في نفس حجم الأم تقريبا مما قد يشير إلى ان العلاقة بينهما تنافسية.
7. وقد رسمت أختها الصغرى بجانبها، وقد رسمت الاب بعيدا عنها.
8. قد يشير حذف اليدين إلى مشاعر العجز وعدم الكفاية.
9. وكذلك حذف الأذن قد يشير إلى وجود تشوهات معرفية أو إلى عدم رغبتها في التواصل مع أفراد الأسرة.
10. ورسم الحالة لنفسها ذات رقبة طويلة قد يشير ذلك إلى وجود ميول إعتيادية، وكذلك رسم ذاتها صاحبة أكبر حجم قد يشير إلى وجود حاجة إلى تأكيد الذات.

### ثالثا: مقياس إستانفورد بينيه الصورة الخامسة:

#### أولاً: درجات نسب الذكاء:

نسب الذكاء	مجموع الدرجات الخام	نسبة الذكاء	التصنيف	الرتب المئينية	مدى الثقة
نسبة ذكاء المقياس الكلي "ن ذ ك"	116	110	فوق المتوسط	75	106 - 114
نسبة الذكاء غير اللفظية "ن ذ غ ل"	68	120	متفوق	91	113 - 135



103 - 91	42	متوسط	97	48	نسبة الذكاء اللفظية " ن ذ ل "
116 - 100	73	متوسط	109	23	نسبة ذكاء البطارية المختصرة " ن ذ ب م "
		دال		23	الفرق بين المجال اللفظي وغير اللفظي

**تفسير درجات نسب الذكاء:****نسبة المقياس الكلي:**

يتضح من خلال الدرجة أن الأداء الوظيفي الحالي للقدرة العقلية يقع في فئة **فوقالمتوسط**: وتعتبر نسبة ذكاء المقياس الكلي مقياس ثابت للعامل العام G أو القدرة العامة للاستدلال وحل المشكلات والتكيف مع المطالب المعرفية للبيئة، وهي لا تقيس فقط المعرفة المكتسبة من التعليم المدرسي بل تقيس مجموعة الجوانب الرئيسية الخمسة للذكاء بما في ذلك الاستدلال والمعلومات المخزنة والذاكرة والتصور والقدرة على حل المشكلات الجديدة.

**نسبة الذكاء غير اللفظية:**

من خلال الدرجة يتضح أن الحالة **متفوقة** في مهارة حل المشكلات المجردة، تذكر الحقائق والأشكال، حل المشكلات الكمية المقدمة في شكل صور، تجميع التصميمات، تذكر تسلسل الطرقات، تذكر المعلومات المقدمة في شكل: صور - أرقام - رموز في؛ مقابل المعلومات المقدمة في شكل كلمات وجمل مطبوعة أو منطوقة، هذا وتطلب نسبة الذكاء غير اللفظية قدر قليل من المهارة السمعية لفهم توجيهات الفاحص المنطوقة.

**نسبة الذكاء اللفظية:**

يتضح من خلال الدرجة ان الحالة متوسطة في الدرجة العامة للاستدلال، حل المشكلات، التصور وإستدعاء المعلومات المهمة المقدمة في كلمات وجمل مطبوعة ومنطوقة، بالإضافة إلى ذلك تعكس نسبة الذكاء اللفظية قدرة المفحوص على شرح الاستجابات اللفظية بوضوح وتقديم سبب منطقي لخيارات الاستجابة، وشرح الاتجاهات المكانية وتتطلب الاختبارات الفرعية لنسبة الذكاء اللفظية ان يفهم العميل توجيهات الفاحص المنطوقة ومن ثم نطق الاستجابات على الاسئلة بوضوح.

**ثانيا: درجات المؤشرات العاملة:**

المؤشرات العاملة	مجموع الموزونة	الدرجات	التصنيف	الرتب المئينية	مدى الثقة	د.ح.ت	خ.م
الاستدلال السائل	30	126	متفوق	96	-115 113	505	4
المعرفة "م.ع	14	84	متوسط	14	93-77	476	5
الاستدلال الكمي " أ.ك "	22	104	اقل من المتوسط	61	112-96	491	5
المعالجة البصرية المكانية "ب.م"	26	114	فوق المتوسط	82	-105 121	505	5
الذاكرة العاملة "ذ.ع"	24	107	متوسط	68	114-98	495	4

**تفسير درجات المؤشرات العاملة:****الاستدلال السائل:**

الحالة **متفوقة** في حل المشكلات اللفظية وغير اللفظية باستخدام الاستدلال الاستقرائي او الاستدلال الاستنباطي كما في المصفوفات أو أنشطة التشابه اللفظي وفي قدرته على الاستدلال من الجزء الى الكل او من الخاص الى العام او من

حالة فردية إلى قاعدة عامة، وفي تحديد القواعد الأساسية والعلاقات بين أجزاء المعلومات مثل الموضوعات البصرية غير المألوفة للفرد، وفي قدرته على الاستدلال على نتيجة أو معنى متضمن أو مثال محدد، وكذلك في قدرته على فحص صور تصف أنشطة إنسانية أو الموقف من خلال سرد قصة.

### المعرفة " م.ع.":

الحالة أقل من المتوسط في القدرة المتبلورة وهي المخزون التراكمي من المعلومات العامة المكتسبة من البيت والمدرسة والعمل؛ مثل المفردات والتي أكتسبت وخرنت على مدار حياة المرء في الذاكرة طويلة المدى.

### الاستدلال الكمي " أ.ك.":

الحالة لديها قدرة متوسطة في التعامل مع الأرقام وحل المشكلات العددية بصرف النظر عن نمط المشكلة وما إذا كانت تأخذ صورة كلامية أو تعتمد على العلاقات المصورة. وحل المشكلات في المواقف العملية أكثر من التركيز على معرفة قواعد الرياضيات كما تم اكتسابها من خلال التعليم.

### الذاكرة العامة "ذ.ع.":

الحالة متوسطة في القدرة على فحص أو تخزين أو تحويل المعلومات المتنوعة المخزنة في الذاكرة قصيرة المدى.

### ثالثاً: درجات الاختبارات الفرعية:

#### اختبارات المجال غير اللفظي:

الاختبارات الفرعية غير اللفظية	الدرجات الخام	الدرجات الموزونة	التصنيف	الرتبة المئينية
اختبار الاستدلال السائل	23	17	متفوق للغاية	99
اختبار المعرفة	13	8	متوسط	25
اختبار الاستدلال الكمي	17	12	متوسط	75
اختبار المعالجة البصرية المكانية	22	18	متفوق للغاية	99,6
اختبار الذاكرة العاملة	28	13	اعلى من المتوسط	84

#### اختبارات المجال اللفظي:

الاختبارات الفرعية غير اللفظية	الدرجات الخام	الدرجات الموزونة	التصنيف	الرتبة المئينية
اختبار الاستدلال السائل	15	13	اعلى من المتوسط	84
اختبار المعرفة	15	6	اقل من المتوسط	9
اختبار الاستدلال الكمي	12	10	متوسط	50
اختبار المعالجة البصرية المكانية	13	8	متوسط	25
اختبار الذاكرة العاملة	15	11	متوسط	63

### الدرجات الحساسة للتغير والمكافآت العمرية للاختبارات الفرعية:

الاختبار الفرعي	الدرجات للتغير	الحساسية	الخطأ المعياري	المكافئ العمري للتغير
المقياس الكلي	497	2		9 سنوات و 4 شهور
المجال غير اللفظي	503	3		11 سنة وشهر
المجال اللفظي	489	3		7 سنوات و 7 شهور
البطارية المختصرة	493	4		9 سنوات و 10 شهور
عامل الاستدلال السائل	505	4		12 سنة و 6 شهور
عامل المعرفة	476	5		5 سنوات و 4 شهور
عامل الاستدلال الكمي	491	5		8 سنوات و 4 شهور
عامل المعالجة البصرية المكانية	505	5		11 سنة و 3 شهور

9سنوات و4شهور	4	495	الذاكرة العاملة
14سنة و10شهور	5	516	- اختبار الاستدلال السائل غير اللفظي
5سنوات و10شهور	5	493	- اختبار المعرفة غير اللفظي
9سنوات وشهرين	5	505	- اختبار الاستدلال الكمي غير اللفظي
اكبر من 16 سنة	5	536	- اختبار المعالجة البصرية المكانية غير اللفظي
9سنوات و10شهور	5	508	- اختبار الذاكرة العاملة غير اللفظي
10سنوات وشهرين	5	507	- اختبار الاستدلال السائل اللفظي
4سنوات و11شهر	4	474	- اختبار المعرفة اللفظي
7سنوات و6شهور	5	497	- اختبار الاستدلال الكمي اللفظي
6سنوات و6شهور	5	493	- اختبار المعالجة البصرية المكانية اللفظي
8سنوات و10شهور	5	500	- اختبار الذاكرة العاملة اللفظي

تحديد درجة القوى والضعف للقدرات المعرفية اللازمة للأداء على اختبارات المقاييس اللفظية وغير اللفظية:

الاختبارات الفرعية	المجال غير اللفظي					المجال اللفظي					قوي "ق" او ضعيف "ض"
	أس	م ع	أك	ب م	ذ ع	أس	م ع	أك	ب م	ذ ع	
سجل الدرجات الموزونة للاختبار الفرعي.	17	8	12	18	13	13	6	10	8	11	
سجل متوسط مجموع الاختبارات الفرعية	13,6	13,6	13,6	13,6	13,6	9,6	9,6	9,6	9,6	9,6	
سجل الفرق	3,4	-5,6	-1,6	4,4	-0,6	3,4	-	0,4	-	1,4	
سجل ق،ض،+ أو -	ق	ض	-	ق	-	ق	ض	+	-	+	

معالجة المعلومات

التصور البصري للمثيرات المجردة	ق										
التصور البصري للمثيرات ذات المعنى	ض	ق									
فحص الموضوعات عن طريق اللمس	ق										
الانتباه للهاديات اللفظية					ق						
الانتباه للهاديات البصرية	ق										
ضبط النوعات الاندفاعية					-					+	
التركيز لفترات طويلة	ق										
التحرر من القابلية للتشتت											
التحرر من الإهمال البصري		ض	ق								
القدرة على تحمل الغموض		ض									
المثابرة على أداء المهام الصعبة											+
سرعة الحركة											
دقة الحركة						ق					
التفحص البصري النظامي											ق
مدى إتساع الانتباه السمعي											+

حل المشكلات

إستراتيجيات البحث	ق	ض									
المراجعة العقلية للاستجابات المحتملة	ق										ق
ربط الأجزاء اللفظية بالكل											ض
التمييز البصري	ق	ض									
تتبع التسلسلات البصري	ق										
التعرف على النمط	ق										
التأمل اللفظي العقلي	ق										
رصيد المعلومات العامة											ض

					ق					الطلاقة اللفظية
				ض	ق					سرعة استرجاع الكلمات والتفسيرات
						ق				القدرة على التخطيط
						ق				استراتيجيات المحاولة والخطأ
								ق		توليف المعلومات
						ق				نسخ النماذج
	+					-				مدى الاحتفاظ بالمعلومات
						ق				التصور البصر للكل من خلال الأجزاء
		-				ق				التعرف على الأجزاء وتقديرها
			+					-		إنتاج الاستجابات التقليدية
					ق	ق				إنتاج الاستجابات المبتكرة

### تحديد درجات مركبات القدرة المشتركة:

الدرجة	القدرة
108	القدرة على التخطيط
128	حل المشكلات بالمحاولة والخطأ
118	القدرة البصرية الحركية
103	التفكير المفهومي المجرد
100	فهم الأسئلة الطويلة
114	الانتباه والتركيز
125	الأداء تحت ضغط الوقت
123	الأداء المتميز تحت ضغط الوقت
95	المعرفة الثقافية
96	المعرفة المكتسبة

بمتوسط 100 وإنحراف معياري 15

### القدرة على التخطيط:

الحالة تتمتع بقدرة متوسطة في القدرة على إستدعاء وتطبيق الاستراتيجيات العقلية لحل المشكلات أو إكمال المهام بأسلوب يتسم بالكفاءة.

### حل المشكلات بالمحاولة والخطأ:

الحالة متفوقة في القدرة على استخدام أكثر من وسيلة لحل المشكلات بطريقة قد تكون عشوائية في بعض الأحيان للوصول إلى الحل.

### القدرة البصرية الحركية:

الحالة تتمتع بقدرة فوق متوسطة في المعالجة النفسية العصبية للمدخلات البصرية واستخدامها في توجيه السلوك الغرضي لأجزاء الجسم المختلفة.

### التفكير المفهومي المجرد:

الحالة تتمتع بقدرة متوسطة في استخدام المبادئ والقواعد والمفاهيم التي تتجاوز المعطيات وذلك وصولاً لحل مشكلات أو إكتشاف الأسباب أو لتكوين فئة جديدة من المعلومات.

**فهم الأسئلة الطويلة:**

الحالة تتمتع بقدرة متوسطة في القدرة على معالجة المعلومات الموجودة في سلسلة طويلة من الكلمات لفهم صياغة معينة لمشكلة أو سؤال.

**الأداء تحت ضغط الوقت:**

الحالة متفوقة في القدرة على الاحتفاظ بالتركيز في مهمة وتذكر تفاصيلها والاستمرار في محاولة الوصول إلى حلول لها تحت ضغط الوقت.

**الأداء المتميز تحت ضغط الوقت:**

الحالة متفوقة في القدرة على إيجاد حلول للمشكلات الصعبة تحت ضغط الوقت (يستخدم هذا المركب فقط مع المفحوصين الذين يصلون إلى المستوى الرابع في أي من الكتابين الثاني والثالث).

**المعرفة الثقافية:**

الحالة تتمتع بقدرة متوسطة على مراكمة وتذكر وتطبيق المعرفة بالوقائع والمفاهيم المشتقة من المجتمع ووسائل الإعلام والخبرات الثقافية في الحياة اليومية.

**المعرفة المكتسبة:**

الحالة تتمتع بقدرة متوسطة على مراكمة وتذكر وتطبيق المعلومات المكتسبة من التعليم أو التدريب المكتسبين بالشكل الرسمي في المدارس والجامعات.

**تحديد صعوبات التعلم المبكرة ( 5-7 سنوات):**

الصعوبة	الدرجة
صعوبات التعلم في القراءة	لا يوجد.
صعوبات التعلم في الرياضيات	لا يوجد.

**تحديد صعوبات التعلم لسن المدرسة والبالغين:**

الصعوبة	الدرجة
صعوبات التعلم في القراءة	لا يوجد.
صعوبات التعلم في الرياضيات	لا يوجد.

**تحديد بطيء التعلم والموهوبين:**

الصعوبة	الدرجة
بطيء التعلم	لا يوجد.
الموهوب	لا يوجد.

**نسبة الذكاء الممتدة:**

نسبة الذكاء الممتدة	الدرجة
نسبة الذكاء	لا يوجد.
ملحوظة: يستخدم فقط في حالة أن نسبة الذكاء للمقياس الكلي أقل من 50 أو أكثر من 150	

**محمل ما تم التوصل إليه في الحالة الأولى:****طبيعة العلاقات الباكرة بالموضوع:**

تتمتع الأم بشخصية مهيمنة، كما أن الحالة غير راضية عن ذاتها وقد يرجع ذلك إلى إفتقادها لتقدير الذات داخل

البيئة الأسرية، حيث أن البيئة الأسرية محبطة وغير مدعمة لها الأمر الذي ولد لديها الإحساس بالدونية وعدم الثقة بالنفس.

### ميكانيزمات الدفاع:

استخدمت الحالة ميكانيزم دفاع الانفصال حيث انها استخدمته كآلية للدفاع إلى فقدان ارتباطها بأفراد الأسرة من حولها، فهي تشعر بالانفصال عن العالم الخارجي، كما لو كانت موجودة في عالم آخر، غالبًا ما يساعد الانفصال الأشخاص على التغلب على المواقف غير المريحة عن طريق إخراج أنفسهم منها.

### الحاجات الأساسية:

1. لديها رغبة في أن تصبح المتحكمة داخل البيئة الأسرية.
2. عدم الرغبة في التواصل مع أفراد الأسرة.
3. وجود ميول إعتماضية، مع وجود الحاجة إلى تأكيد الذات.

### طبيعة الصراعات وآليات حل المشكلات:

تمثلت استجابة الحالة تجاه المواقف الأسرية المحبطة بالعناد وتحدي لأوامر وتعليمات الأم هذا بالإضافة إلى وجود علاقة تتسم بالنديّة والتنافسية مع الأم، هذا بالإضافة إلى أن علاقتها بوالدها ضعيفة أو منعدمة وكأنها منفصلة عنه.

الكفاءة والقدرة على حل المشكلات:

1. الحالة تتمتع بقدرة متوسطة فيما يتعلق بالقدرة على إكمال المهام بأسلوب يتسم بالكفاءة.
2. الحالة متفوقة في القدرة على استخدام أكثر من وسيلة لحل المشكلات بطريقة قد تكون عشوائية في بعض الأحيان للوصول إلى الحل.
3. الحالة تتمتع بقدرة متوسطة في استخدام المبادئ والقواعد والمفاهيم التي تتجاوز المعطيات وذلك وصولاً لحل مشكلات أو إكتشاف الأسباب أو لتكوين فئة جديدة من المعلومات.
4. الحالة متفوقة في القدرة على الاحتفاظ بالتركيز في مهمة وتذكر تفاصيلها والاستمرار في محاولة الوصول إلى حلول لها تحت ضغط الوقت.
5. الحالة متفوقة في القدرة على إيجاد حلول للمشكلات الصعبة تحت ضغط الوقت

### الحالة الثانية:

- 1- الاسم: ر. م.
- 2- أنثى.
- 3- السن: 12 سنة.
- 4- المستوى التعليمي: الصف الأول الإعدادي.
- 5- عدد الأخوات: 6، 2 أشقاء، 3 غير أشقاء.
- 6- الترتيب بين الإخوة : الأول.

- 7- وظيفة الأم: بوابة عمارة، السن 32. 8- وظيفة الأب: عامل نقاشة، متوفي، السن عند الوفاة: 35 سنة.  
9- عمل زوج الأم: بواب عمارة ويعمل بالسمره.

### أولاً: المقابلة:

تم عرض الحالة لتلقي العلاج من قبل الخالة، حيث أن الفتاة تحب خالتها وتثق بها، وتبدو الفتاة هادئة؛ منطوية إلى حد ما؛ كلامها قليل ومتحفظة بعض الشيء.

### بسؤال الخالة عن تاريخ الشكوى:

الموضوع ده من فترة قليلة بس لما كبرت كانت كويسه وهي معندهاش حاجه لحد ما "ف" (الأم) أتجوزت، أبوها مات، هي "ر" (الحالة) اتغيرت بقى شويه وتعامل م (زوج الأم) معاها بالضرب والشتم، أصل هو مش عاوزها بس "ف" (الأم) قالت له أهي تساعدني، وجدها مش هياخذها ويشيل مسؤولية بنت عايزة تربية وهو أخذ الولدين أخواتها وبس.  
الشكوى على لسان الحالة:

أنا نفسي كنت أروح مع أخواتي بس جدو مش موافق

بسؤال الأم عن السلوك المشكل: هي بتدلع ولما تتضرب بتحرم نفسها " معندهاش حاجة".

بسؤال الحالة عن شعور الأم عند وفاة الأب: قعدت تلمم وتصرخ لما عرفت بابا مات، وعقبت الخالة قائلة: انها كانت بتلمم علشان المصاريف ومين هيصرف عليهم هتضطر ترجع البد.

بسؤال الحالة عن طبيعة علاقتها بالأم: ماما عصبية مشغولة بالشغل وأهم حاجة عندها المصاريف والفلوس، هي بتحب بابا "م" (زوج الأم) لانه بيسمع كلامها؛ أنا بحب ماما بس هي بتضربني وبتأخذني معاها ساعات الشغل في الأجازة.  
بسؤال الحالة عن علاقة الأم بالأب المتوفي: مش عارفه يعني عادي كانت بتحبه بس مش زي ما بتحب بابا "م" (زوج الأم).

### وعن العلاقة بالأخوة:

أولاً الاخوة الاشقاء: أخويا عنده 11 سنة وعايش في البلد مع جدو وعمي، وأخويا الصغير عنده 9 سنين مع أخويا في البلد.

ثانياً الاخوة غير الاشقاء: "م" (فتاة) في KG1 و "ج" (فتاة) في KG2، وأخويا "أ" سنتين ونصف.

لما بترجعي من المدرسة بتعملي أياه: ماما دايمًا في الوقت ده بتبقى عند الحاجة "ن" (أحدى سكان العقار الذي تعمل به الأم) بتحضر لها الغذاء؛ وأنا راجعه بيكون أخواتي معايا وبيكون بابا (زوج الأم) بيمسح العمارة أو بيحجب طلبات للعمارة؛ ساعات يدخل أحضر الغدا لينا كلنا وأحيانًا ماما بتتزل تحضره لما بتكون الحاجة "ن" مسافرة.  
مين بيهتم بأخوكي الصغير: ماما بتفضل تقولي أنا مشغولة شوفي أخوكي؛ أنا بشطفه وأأكله وبيفضل يعيط كثير وبابا لما يلاقيه يزن بيفضل يزعقلي وساعات يضربني.

وعن سؤال الحالة عن علاقتها بأختيها غير الشقيقات: بابا مش بيخليهم يساعدوا ماما عند الحاجة "ن" أو أي حد في العمارة، أما أنا بيخليني أشغل معاها، علشان هم لسه صغيرين؟؛ لأ علشان هم بيعرفوا يعملوا حاجات في البيت بس هو بيخليهم يتفرجوا على التلفزيون؛ ماما يتحب "م، ج، أ" (الاخوه غير الاشقاء) أكثر مني وبتهتم بيهم وساعات بتجيبهم

حاجة حلوة وأنا تقولي أنتي كبرتي.

لما بتتضايقني أو تخافي بتعملي أيه: بفضل أعيط لوحدي ولما ماما تشوفني تقولي بتعطي علي خيبتك. عامله أيه في المدرسة؟ أنا مش شاطرة أوي في المدرسة ومش بذاكر كثير وساعات مش بلحق أعمل الواجب، أنا نفسي أذاكر زي "م" بنت خالتو، بس خالتو مش بتخليها تشتغل معاها وبتسرح لها شعرها وبتهتم بيها.

أيه المادة اللي بتحبها؟ التاريخ.

لكي أصحاب في المدرسة؟ اه "أ" و "س" أنا بحبهم أوي وأحنا صحاب من 3 إبتدائي بس "س" أشطر مني.

نفسك تشتغلي أيه لما تكبري؟ نفسي أشتغل مدرسة زي ميس "ح" اللي بتدينا عربي طيبة أوي.

وبسؤالها عن الدورة الشهرية؟ قالت لأ وأن خالتها هي اللي قالتها وشرحتها مثل هذه الأمور.

بتنامي كويس؟ أه.

بتحلمي بكوابيس لما تنامي؟ لأ عادي مش فاكراه.

بسؤالها عن اضطراب التبول؟ مش عارفه أنا بنام بصحى بلاقي كده وماما بتروح تضربني وبرضه بابا (زوج الأم)،

ساعات بقول لماما صحيني بليل بس هي بتنام ومش بتصحيني وتقولي انتي مش صغيره وترعقلي، "ولم تكمل فالتاة

مواصلة الحديث في هذا الصدد فقد كانت حادة بعض الشيء عند التطرق لمثل هذا الموضوع.

### تحليل المقابلة:

#### تلخيص التسلسل الزمني للأحداث والتطورات:

1- الحالة فتاة في الثانية عشر من العمر تعاني من التبول الإرادي ولكن ليس بشكل مستمر، وإنما يحدث على فترات لاسيما عندما تتعرض للعنف وتعاني من الخوف.

2- حيث أن المشكلة ظهرت بعد وفاة الأب، وزواج الأم برجل آخر وقد اتسمت طريقة تعامله مع الحالة بالقسوة، هذا بالإضافة إلى رفض الجد لها وعدم قبوله تربيتها وتولي مسؤوليتها كبقية إخوتها الذكور زعما منه انها مسؤلية نظرا لكونها فتاة الأمر الذي ولد لديها الشعور بالرفض وعدم القبول.

#### طبيعة العلاقات بالآخرين المهمين في حياتها:

1- تتسم طبيعة علاقتها بالأم بالقسوة والافتقار إلى الدعم والتأييد والمساندة من قبل الأم وتمثلت استجابة الحالة بالرضوخ والإستسلام لتعليمات وتوجيهات الأم خوفا من بطش زوج الأم والذي يعاملها بعنف وأذى بدني.

2- أما عن علاقتها سواء بالإخوة الأشقاء أو غير الأشقاء فهي تتسم بالغيرة حيث أن اخوتها الأشقاء يعيشون في كنف العم والجد بعيد عن معاملة زوج الأم القاسية، وأما عن إخوتها غير الأشقاء فهي تشعر أنهم مدللين ومميزين عنها الأمر الذي يولد لديها الشعور بالقصور والنقص.

3- وقد تميزت علاقتها بالخالة والتي تعد بمثابة الأم البديلة لها بالدعم والمساندة والتشجيع، حيث أنها هي أول من شعر بمعانتها وإصطحبتها للعلاج.

4- وتشعر أن ابنة خالتها مثل أعلى يحتذى به من حيث التفوق الدراسي، وتتمنى أن تحظى بمعاملة والدية طيبة مثلها.



**المستوى الإنطباعي:**

تشعر الحالة بمشاعر الخوف والتهديد هذا بالإضافة إلى الإحساس بالنقص والدونية.

**المستوى الدينامي:**

قد يرجع ذلك إلى العلاقات المضطربة بالموضوع الأولي والذي يعد مصدر للتهديد والعقاب.

**طريقة الأم وهي تسرد المشكلة:**

تتمثل طريقة سرد الأم للمشكلة بالإستخفاف بمشاعر الأبناء وعدم الإعتراف بأنها مريضة وبحاجة للمساعدة.

**ثانيا: اختبار تفهم الموضوع TAT:****1- بطاقة رقم 1:**

زمن الرجوع	8 ثواني
الزمن الكلي	دقيقة و 10 ثواني

مرحلة تكوين القصة: ده ولد تعبان وبينام عنده مذاكرة مش بيلحق يخلصها وكمان زعلان انه مفيش حد بيساعده في انه يتعلم موسيقى (وأشارت إلى الألة الموسيقية قائلة: دي كامنجة).

مرحلة التداعي: الميس بتاعة الموسيقى مش بتساعده وهو زعلان، أنا ميس "ن" ماما اتخانقت معاها قبل كده علشان إتأخرت بعد المدرسة علشان كانت بتعلمني على الأورج ومبقتش تعلمني.

مرحلة الإستفسار: بسؤال الحالة عن مصدر القصة؟ أجابت: من وحي خيالي.  
وبسؤالها عن عنوان القصة؟ أجابت: ولد حزين.

**مرحلة التفسير:**

بطل القصة المتوحد به طفل يشعر بالإجهاد وعدم القدرة على أداء المهام والمتطلبات المنوط بها وقد يرجع ذلك إلى التواجد في بيئة محبطة غير مشبعة لإحتياجاته، كما أن تدني المستوى التحصيلي للبطل يشعره دوماً باليأس والعجز، وقد يكون حرمانه من هواياته المفضلة والمتمثلة في تعلم الموسيقى مبررة "علشان دي كامنجة" قد يشير إلى صراعات أوديبية لم تحل بعد ويتشابه هذا مع ما ذكرته الحالة في مرحلة التداعي (أنا ميس "ن" ماما اتخانقت معاها قبل كده علشان إتأخرت بعد المدرسة علشان كانت بتعلمني على الأورج ومبقتش تعلمني) قد يعكس اضطراب علاقتها بالأم ؛ وعلى المستوى الرمزي قد يشير إلى شعورها بخيبة الأمل نتيجة لفقدان الأب وهي لا تزال في إطار المرحلة الأوديبية ومن ثم فالصراع لم يحل على نحو سوي هذا بالإضافة إلى زواج الأم من آخر قد يعكس تفوق الأم على الفتاة في سياق هذه العلاقة التنافسية.

**2- بطاقة رقم 2:**

زمن الرجوع	لا يوجد
الزمن الكلي	دقيقتان و 13 ثانيه

**مرحلة تكوين القصة:**

إبتسمت الحالة عند عرض البطاقة عليها وظهرت عليها علامات السرور:

"دي بنت شاطرة بتحب مذاكرتها وتحب القراءة وعاشين في البلد ولبسها حلو أوي، والأم ندهت عليها تسرح شعرها ومتضايقة من أنها بتفضل تقرأ في الكتب، ثم توقفت 28 ثانية.....: وده حصان هي بتحبه ونفسها تركبه بس بتخاف منه وأخوها مش بيرضى يركبها وهو المسؤول عن الشغل وببسمع كلام مامته.

مرحلة التداعي: الأم حامل.

مرحلة الاستفسار: عنوان القصة: مش عارفه بس ممكن الريف.

مصدر القصة: أنا نفسي أروح البلد عند أخواتي.

مرحلة التفسير: بطله القصة المتوحد بها مجتهدة حسنة المظهر وقد يعكس ذلك صورة الذات التي كانت تطمح الحالة في أن تصبح عليها، وتعكس القصة كذلك وجود أم محببة تحول دون تحقيق البطلة لأهدافها في تحقيق التفوق الدراسي الأمر الذي يتشابه كثيرا مع الحياة الواقعية للحالة، وظهر النموذج الذكوري في القصة يتسم بالتسلط وتقييد إشباعها لرغباتها الجنسية "والمتمثلة في ركوب الحصان"، وتعكس مرحلة الاستفسار رغبة الحالة للذهاب والعيش مع أشقائها في البلد وهو ما أشارت إليه في المقابلة.

**3- بطاقة رقم 3GF:**

زمن الرجوع	16 ثانية
الزمن الكلي	دقيقة

مرحلة تكوين القصة:

دي بنت إتخبطت في وشها وإتعمرت وممكن تكون مش شايفه فبتسند على الباب وبتدور على حاجة تحطها على التعويرة الجرح.

مرحلة التفسير:

تعكس هذه القصة التواجد في بيئة محببة غير آمنة تتسبب في الأذى البدني لبطلة القصة المتوحد بها، الأمر الذي يكشف عن الافتقار للدعم والمساندة والتأييد، وقد يشير الباب في سياق التحليل النفسي الكلاسيكي إلى الطبيعة الأنثوية فقد يكون العقاب البدني الذي نالته البطلة نتيجة ممارسة الاستمنااء.

**4- بطاقة رقم 5:**

زمن الرجوع	5 ثواني
الزمن الكلي	دقيقة

مرحلة تكوين القصة:

ديه أم بتفتح الباب على أولادها براحة بتشوفهم ناموا ولا لأ عشان سمعت صوت ودية فإزفة كانت ممكن تقع تنكسر.

مرحلة التداعي: دي كتب هم ساعات بيقرأوا فيها.

مرحلة الاستفسار: عنوان القصة: منزل جميل.

مرحلة التفسير:

تعكس هذه القصة نمط أمومي قادر على منح الدعم والمساندة، الأمر الذي يشعر الحالة بالإطمئنان فقد استبدلت النمط الأمومي الواقعي والذي يتسم بالعجز عن تفهم نواحي العجز لدى الحالة بأمر جيدة قادرة على الإشباع، وقد تأخذ الفائزة دلالة رمزية في التحليل النفسي الكلاسيكي فقد تشير إلى الرحم عند المرأة والذي غالبا ما يكون رحم الأم؛ الأمر الذي قد ينم عن رغبة الحالة في التخلص من رحم الأم كي لا يحمل أطفال آخرين حيث أنها تشعر دوما بتميز في المعاملة بينها وبين الأخوة غير الأشقاء، وقد تشير الكتب إلى الانشغال بتحقيق التقدم في سياق التحصيل الدراسي والذي تقف البيئة الأسرية الحبطة حائلا بينها وبينه، وقد يشير عنوان القصة منزل جميل إلى رغبة الحالة في التواجد في سياق بيئة أسرية قادرة على المنح والعطاء وتفهم نواحي العجز لديها.

5- بطاقة رقم 6GF:

زمن الرجوع	14 ثانية
الزمن الكلي	دقيقة و34 ثانية

مرحلة تكوين القصة:

دية واحدة زعلانه ان باباها خارج مشوار وسايبها وبيقولها عايزه حاجة يا حبيبي ؟، قالت له أنت خارج يا بابا وهنتأخر بالليل برضه ؟، قالها لأ يا حبيبي متزعلش هحاول أجي بدري.

مرحلة التداعي: هم عيلة كبيرة زي اللي بييجوا في التلفزيون كده في الأفلام الأبيض والأسود.

مرحلة الاستفسار: مصدر القصة: من الأفلام بتاعة زمان.

عنوان القصة: بتحب باباها.

تفسير القصة:

تعكس هذه القصة الخوف من فقدان الموضوع المحبوب والتعلق به، وقد استبدلت الحالة العلاقة العاطفية والتي تتبدى في البطاقة بالعلاقة الوالدية بين أب وأبنته، الأمر الذي قد يشير إلى صراع أوديب لم يحل بعد هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فقد تعكس القصة دور الأب الداعم المؤيد المساند هذا بالإضافة إلى رغبتها في التواجد في سياق بيئة آمنة.

6- بطاقة رقم 7GF:

زمن الرجوع	لا يوجد
الزمن الكلي	40 ثانية

مرحلة تكوين القصة:

دي بنت صغيرة متضايقه وشايلة أخوها الصغير وأما بتقول لها: خلي بالك منه علشان ميعيطش.

مرحلة التداعي: لبسها جميل مامتها سرحلتها شعرها حلو.

تفسير القصة:

تعكس هذه القصة بيئة محببة غير مدعمة، حيث تظهر الأم غير قادرة على القيام بدورها الأمومي والمتمثل في الحب والعطاء حيال بطلة القصة، وعضا عن ذلك تلقي بأدوارها ومهامها كأم عليها فنتحمل أعباء تفوق طاقتها كطفلة

والمتمثلة في رعاية أخيها الصغير، الأمر الذي يكاد يكون متشابهة مع البيئة الواقعية للحالة، وتظهر الحالة في مرحلة النداعي حاجتها للاهتمام والحب والرعاية.

### 7- بطاقة رقم 9GF:

لا يوجد	زمن الرجوع
54 ثانية	الزمن الكلي

### مرحلة تكوين القصة:

دي بنت كبيرة بتدور على أختها وأختها مخبية منها حاجتها ومستخبيه ورا الشجرة، بس أنا مش عارفة هي مخبية أيه !. مرحلة النداعي: بس مش عارفه ( وقد ظهر عليها علامات الحيرة).

مرحلة الاستفسار: عنوان القصة: ممكن يكون الاخوات.

### مرحلة التفسير:

تعكس هذه القصة إحساس الحالة بفقدان الموضوع المحبوب والمتمثل في الأخت في هذه القصة، هذا بالإضافة إلى القلق من الوحدة، الأمر الذي يتشابه كثيرا مع الحياة الواقعية للحالة.

### التفسير العام لاختبار تفهم الموضوع:

تعكس معظم القصص ما يلي:

- 1- الشعور بالإجهاد وعدم القدرة على أداء المهام والمتطلبات المنوط بها وقد يرجع ذلك إلى التواجد في بيئة محبطة غير مشبعة لإحتياجاته، الأمر الذي يشعرها باليأس والعجز.
- 2- قد توجد صراعات أوديبية لم تحل وقد يرجع ذلك إلى الشعور بخيبة الأمل نتيجة لفقدان الأب وهي لا تزال في إطار المرحلة الأوديبية ومن ثم فالصراع لم يحل على نحو سوي هذا بالإضافة إلى زواج الأم من آخر قد يعكس تفوق الأم على الفتاة في سياق هذه العلاقة التنافسية.
- 3- البطلة المتوحد بها في إحدى القصص مجتهدة حسنة المظهر وقد يعكس ذلك صورة الذات التي كانت تطمح الحالة في أن تصبح عليها، واتسمت صورة الأم بالإحباط تلك الصورة التي تحول دون تحقيق أهدافها في تحقيق التفوق الدراسي، وإتسم النموذج الذكوري في بالتسلط وتقييد إشباعها لرغباتها الجنسية.
- 4- اتسمت البيئة المحيطة بها بأنها محبطة غير آمنة تتسبب في الأذى البدني لها، الأمر الذي يكشف عن الافتقار للدعم والمساندة والتأييد.
- 5- ظهور رغبة في تمني نمط أمومي قادر على منح الدعم والمساندة، الأمر الذي يشعر الحالة بالإطمئنان فقد استبدلت النمط الأمومي الواقعي والذي يتسم بالعجز عن تفهم نواحي العجز لدى الحالة بأمر جيدة قادرة على الإشباع.
- 6- تعكس القصص الخوف من فقدان الموضوع المحبوب والتعلق الشديد به، بالإضافة إلى رغبتها في التواجد في سياق بيئة آمنة.
- 7- الإحساس بفقدان الموضوع المحبوب.

**مجمال ما تم التوصل إليه في الحالة الثانية:****طبيعة العلاقات الباكرة بالموضوع:**

- 1- تتسم طبيعة علاقتها بالأم بالقسوة والافتقاد إلى الدعم والتأييد والمساندة من قبل الأم.
- 2- قد توجد صراعات أوديبية لم تحل وقد يرجع ذلك إلى الشعور بخيبة الأمل نتيجة لفقدان الأب وهي لا تزال في إطار المرحلة الأوديبية ومن ثم فالصراع لم يحل على نحو سوي هذا بالإضافة إلى زواج الأم من آخر قد يعكس تفوق الأم على الفتاة في سياق هذه العلاقة التنافسية.
- 3- الإحساس بفقدان الموضوع المحبوب.
- 4- ظهور رغبة في تمني نمط أمومي قادر على منح الدعم والمساندة.

**ميكانيزمات الدفاع:**

الميكانيزم الدفاعي المستخدم هو الإنعزال: وهو عملية عقلية تتضمن إحداث فجوة بين إدراك بغيض أو تهديدي وبين الأفكار والمشاعر الأخرى، ويتم تذكر الإدراك التهديدي بشكل أقل في الغالب ومن المرجح أن يكون تأثيره أقل على تقدير الذات أو مفهوم الذات.

**الحاجات الأساسية:**

- 1- الحاجة للدعم والمساندة والتأييد.
- 2- الحاجة للتواجد في بيئة آمنة.

**طبيعة الصراعات وآليات حل المشكلات:**

وتمثلت استجابة الحالة لعنف وأذى الأم وزوجها بالرضوخ والإستسلام لتعليمات وتوجيهات الأم خوفا من بطش زوج الأم والذي يعاملها بعنف وأذى بدني

**الكفاءة والقدرة على حل المشكلات:**

كفاءة الحالة وقدرتها على حل المشكلات ضعيفه ومحدوده وينعكس ذلك على شعورها بالنقص والدونية، فهي تكبت غيظها ولا تتسبب للمحيطين بها في مشاكل كثيرة ولجأت عوضا عن ذلك إلى التبدين.

**الحالة الثالثة:**

- 1- الإسم: م.ص.
- 2- النواع: ذكر.
- 3- السن: 10 سنوات.
- 4- المستوى التعليمي: الصف الخامس الابتدائي.
- 5- عدد الإخوة: أخت شقيقة، وأخوة غير أشقاء من الأب.
- 6- الترتيب: الثاني.
- 7- الأب: موظف أمن في نادي وعمره 47 سنة.
- 8- الأم: 45 سنة.

**أولاً: المقابلة:****الشكوى على لسان الأم:**

عدوانه زاد جدا والمدرسة بتشتكي منه كثير وهو بيرد على المدرسين بطريقة غير لائقة وبيضرب زملائه في الفصل، وبرده بيرد بطريقة غير لائقة على جدته (والدة الأم) وأنا مش موجوده، وبيضرب أخته اللي أكبر منه بسنتين وبيضربها وبيأخذ مني الفلوس وبيسرقها ويقول مشوفتهاش، وبيأخذ حاجته يبيعتها لأصحابه، ده بالإضافة ان عنده تبول لا إرادى مبيعرفش يتحكم في عملية التبول بالليل ومبيعرفش يتحكم في عملية التبرز ولما كشفنا عليه ظهر عنده شئ عضوي في المثانة، ده بالإضافة ان عنده مرض في القولون بسبب له إمساك مزمن من أول ما أنولد ومحتاج عملية إستئصال جزء من القولون.

أبوه متجوز بزوجة ثانية ومبيعيش معنا والولد بيروح لأبوه يوم في الإيسوع، وهو بيفضلني عن أبوه لأنه عايش معايا ومبيشوفش باباه غير كل فترة كبيرة وكمان مبيحبش يقعد معاها.

بيلبس بامبرز لحد دلوقتي وبيفضل يمص في صوابعو ويقضم ظوافره، هو شقي جدا بيحب يلعب كثير مبيحبش يذاكر، عدواني طول الوقت بيضربني أنا وأخته وبيكذب عليا وبيسرق مني، وكمان لما بيشوف حد ساكت مبيكلمهوش بيضربوا وبيقول ألفاظ سيئة لزميله.

**الطفل:****بسؤال العميل عن هواياته وعن الدراسة:**

أنا بحب ألعب كورة مع أصحابي في نادي وفي الشارع، عندي صحاب كثير في المدرسة والنادي، بحب أروح المدرسة بس مش كل يوم، بحب الدراسات والرياضة بس مبيحبش أعمل الواجب.

**وعن علاقته بإخوته:**

أختي أكبر مني إسمها "م" بحبها وعندي إخوات كمان من بابا.

**بتحب بابا ولا ماما أكثر؟**

لأ أنا بحب خالتو، هي مش بتضربني وبتحبني وكمان بتجيب ليا كل حاجه عايزها.

أنا بتضايق من ماما علشان بتديني مصروف قليل وأوقات بتحرمني من مصروفي وبتدي "م" أختي بس، وكمان تيته على طول تزرق ليا وتضربني، وماما مبتخلنيش أنزل ألعب في الشارع.

**الأحلام:**

بحلم على طول إن في عفريت إسود عاوز يمسكني.

س: وأنت بتعمل ايه بتصحى خايف من النوم؟

لأ مش بصحى خايف من الحلم.

**تحليل المقابلة:****تلخيص التسلسل الزمني للأحداث والتطورات:**

1- يتسم سلوك الحالة بالعدائية الشديدة حيال الأم والجدة والأخت الصغرى (شقيقته)، وكذلك تجاه مدرسية وزملائه في المدرسة.

2- ويبدو أن مثل ذلك السلوك المشكل يزيد بسبب زواج الأب بأخرى وعدم إستقرار علاقته به.

**طبيعة العلاقات بالآخرين المهمين في حياتها:**

تتسم علاقته بالأم بالعدائية شديدة حيال الأم واستخدام العنف البدني حيالها، وقد يرجع ذلك إلى الغيرة من ميلاد الأخت الصغرى من ناحية، ومن ناحية أخرى إحساسة بفقدان الأب وعدم وجود دور فعال داخل الأسرة.

**المستوى الإنطباعي:**

1- يبدو أن سبب التبول اللاإرادي لديه مشكلة عضوية، بالإضافة إلى إصابته بإمساك مزمن ووجود مشكلة في القولون منذ الميلاد.

2- هذا بالإضافة إلى سلوك الكذب وعادة قضم الأظافر والسرقة.

**المستوى الدينامي:**

يمكن إرجاع ذلك إلى:

1. الدفاع عن النفس: التهرب من النتائج غير السارة للسلوك.

2. الإنكار: تجنب الذكريات المؤلمة ( وخاصة إرتدائة لحفاضات حتى هذه المرحلة العمرية).

3. التقليد: تقليد الكبار.

4. التفاخر: التباهي للحصول على الإعجاب ولفت النظر (وذلك فيما يتعلق بسلوك العدائية).

5. اختبار الواقع: محاولة لمعرفة الواقع من الخيال (الفرق بينهما)

6. الولاء: لحماية آخرين (وذلك فيما يتعلق بسلوك العدائية والكذب).

7. العداة: التصرف بعدوانية تجاه الآخرين.

8. عدم الثقة: عدم ثقة الأهل.

**طريقة الأم وهي تسرد المشكلة:**

الأم مستاءة من تصرفات الأبن والمتمثلة في إلحاق الأذى البدني واللفظي بالآخرين بالإضافة إلى سلوك الكذب والسرقة، أكثر من اهتمامها بالمشكلة الرئيسية المتمثلة في التبول اللاإرادي، بالإضافة إلى إحساسها بفقدانها للسيطرة على الأمور.

**ثانيا: اختبار اليد الإسقاطي Hand Test:**

رقم البطاقة	الوقت الأولي للاستجابة	الاستجابة	التقييم
الأولى	60 ثانية.	بتضرب.	عدوان فوق المتوسط "3"
الثانية	60 ثانية.	يعني هناخذ حاجة.	لا شخصي نشط.
الثالثة	لا يوجد.	بيشاور على العربية.	تيسير.

الرابعة	لا يوجد.	تسلم على أخوها، مش عارف بتحبه وخلص.	تودد + إتصال.
الخامسة	60 ثانية.	بتضرب، بتضرب كلب أو قطة.	عدوان فوق المتوسط "3".
السادسة	لا يوجد.	بيضرب.	عدوان فوق المتوسط "3".
السابعة	لا يوجد.	مقرط على إيده، ماسك لعبة، عادي لعبته.	عدوان متوسط "2".
الثامنة	لا يوجد.	بتاخذ، بتاخذ لعبة.	لا شخصي نشط.
التاسعة	لا يوجد.	بتسلم على أبوها وأمها.	تودد + إتصال.
العاشر	30 ثانية.	بتاخذ.	لا شخصي نشط.

عدوان خفيف = صفر.

عدوان متوسط = 1.

عدوان فوق المتوسط = 3.

عدوان حاد = صفر.

لا شخصي نشط = 3.

تيسير = 1

تودد = 2

إتصال = 2.

يبدو أن أعلى الدرجات التي تم الحصول عليها في هذا الاختبار كانت: العدوان فوق المتوسط ولاشخصي نشط، في حين أن أقل الدرجات كانت على التودد والإتصال.

معنى ذلك ان الحالة تفتقد الى آليات التواصل الفعال مع الآخرين مما دفعه الى التغلب على هذا القصور بتوجيه قدر كبير من العدائية حيالهم وكأنه شكل من أشكال التعويض.

### مجمّل ما تم التوصل إليه في الحالة الثالثة:

#### طبيعة العلاقات الباكرة بالموضوع:

1. يبدو أن رؤية الحالة للأمر: تتسم بالإستهانة بالأمر والإستهتار بها وقد يرجع ذلك إلى أساليب المعاملة الوالدية تلك التي تتسم بالتهاون والافتقار إلى العطف والتأييد من جهة والنقد والتوجيه من جهة أخرى.

2. كما أن العلاقة بالأب تكاد تكون منعدمة ومحدودة حيث انه لا يذهب لمنزل الأب إلا أيام قلائل والافتقار الى التواصل الفعال، وهو ما أوضحه اختبار اليد الإسقاطي في الحصول على درجة منخفضة على بعد التواصل النشط الفعال.

#### ميكانيزمات الدفاع:

من أهم ميكانيزمات الدفاع المستخدمة:

1. الإنكار: وهو آلية للتأقلم والتكيف مع المواقف المؤلمة.

2. التكوين العكسي: حيث أظهر المبحوث عكس ما بداخله، وكأن الخوف مغلف بالعدائية، فالعدوان هنا والسرقة والكذب والتخلي عن التواصل الفعال مع الآخرين، ما هي إلا حاجة شديدة وملحة للتواصل مع الآخرين بكفاءة وفاعلية.



**الحاجات الأساسية:**

الحاجة للحصول على تقدير الذات من قبل الآخرين من خلال فرض السيطرة عليهم. العناد والتحدي لأوامر وتعليمات نماذج السلطة في حياته من قبيل الأم والجدة في البيت والمدرسين في المدرسة، هذا بالإضافة إلى الإستقواء على الأقران ومن هم أقل مكانة "الأخت الصغرى".

**طبيعة الصراعات وآليات حل المشكلات:**

الشعور بالنقص، يجعله يلجأ إلى الانتقام أو كسر ما يقع تحت يديه، وذلك بأسلوب لاشعوري، فيشعر باللذة والنشوة لانتقامه ممن حوله، وقد يرجع ذلك إلى الشعور بالإهمال والرغبة في الإنتقام.

**الكفاءة والقدرة على حل المشكلات:**

كفائته وقدرته على حل المشكلات محدودة فعندما يصطدم بمواقف ضاغطة يلجأ إلى مواجهتها بأساليب مرضيه من قبيل السرقة والكذب وقضم الأظافر والتبول اللاإرادي، وهي تصرفات تعويضية سلبية تحدث معظمها على المستوى اللاشعوري، فغالبا ما تكون السرقة تعويض عن الحاجة إلى الحب والتأييد والمساندة وكأنه يريد أن ينتزع الحب ممن حوله بالقوة، أما فيما يتعلق بقضم الأظافر ومص الصوابع عادة ما يشير إلى حدوث تثبيت على المرحلة الفمية وكأن هذه المرحلة لم تكن مشبعة وأن الأشباع المادي لم يكن مرافق للإشباع النفسي وأن لحظات الجوع كانت أطول بكثير من لحظات الإشباع مما ولد لديه الشعور بعدم الثقة في الموضوع الأولي.

**مناقشة النتائج وتفسيرها:****طبيعة العلاقات الباكرة بالموضوع:**

1. تتميز شخصية الموضوع الأولي " الأم " في المجمل بالسيطرة والقسوة وأنها تعد بمثابة نمط غير قادر على منح الدعم والمساندة، الأمر الذي كان يشعر الأطفال بتدني تقدير الذات داخل البيئة الأسرية، حيث أن البيئة الأسرية محبطة وغير مدعمة لهم الأمر الذي ولد لديها الإحساس بالدونية وعدم الثقة بالنفس.
2. وجود صراعات أوديبية لم تحل وقد يرجع ذلك إلى الشعور بخيبة الأمل نتيجة لغياب دور الأب لدى معظم الحالات سواء بالانفصال عن الأم والزواج بأخرى أو بالوفاة.
3. الإحساس بفقدان الموضوع المحبوب.
4. ظهور رغبة في تمني نمط أمومي قادر على منح الدعم والمساندة.
5. اتسمت أساليب المعاملة الوالدية بالتهاون والافتقاد إلى العطف والتأييد من جهة والنقد والتوجيه من جهة أخرى.

**ميكانيزمات الدفاع:**

1. الانفصال وهو ميكانيزم دفاعي يشير إلى فقدان الإرتباط بالموضوعات المحيطة، والانفصال عن العالم الخارجي، كما لو كان الفرد موجود في عالم آخر، غالبًا ما يساعد الانفصال الأشخاص على التغلب على المواقف غير المريحة عن طريق إخراج أنفسهم منها.
2. الإنعزال: وهو عملية عقلية تتضمن إحداث فجوة بين إدراك بغيض أو مهدد وبين الأفكار والمشاعر الأخرى، ويتم تذكر الإدراك المهدد بشكل أقل في الغالب ومن المرجح أن يكون تأثيره أقل على تقدير الذات أو مفهوم الذات.

3. الإنكار: وهو آلية للتأقلم والتكيف مع المواقف المؤلمة.
4. التكوين العكسي: ويظهر ذلك بشكل دال في الثنائية الوجدانية الموجهة للموضوعات الأولية؛ وفي العناد والتحدي والعدائية والذين يعتبروا ستارا يختبئ وراءهما الكثير من الحاجة للحب والدعم والمساندة.

### الحاجات الأساسية:

1. الحاجة للتحكم والسيطرة داخل الأسرة وذلك نتيجة لفقدان الثقة بالنفس ومشاعر الدونية والشعور بالعزلة عن الكيان الأسري.
2. عدم الرغبة في التواصل مع أفراد الأسرة.
3. وجود ميول إعتماضية، مع وجود الحاجة إلى تأكيد الذات.
4. الحاجة للدعم والمساندة والتأييد.
5. الحاجة للتواجد في بيئة آمنة.

### طبيعة الصراعات وآليات حل المشكلات:

1. العناد وتحدي لأوامر وتعليمات الموضوع الأولي "الأم" هذا بالإضافة إلى وجود علاقة تتسم بالندية والتنافسية مع الأم، هذا بالإضافة إلى أن ضعف العلاقة بالأب ضعيفة بسبب الانفصال أو الوفاة.
2. وتمثلت الاستجابة للعنف الموجهة للموضوع الأولي بالرضوخ والاستسلام تارة والعناد والتحدي تارة أخرى.
3. الشعور بالنقص، يضطر بعض الحالات للجوء إلى الانتقام والعدائية من الموضوعات المحيطة سواء في نطاق الأسرة أو المدرسة، وذلك بأسلوب لاشعوري، وقد يرجع ذلك إلى الشعور بالإهمال والرغبة في الانتقام.

### الكفاءة والقدرة على حل المشكلات:

1. قدرة متوسطة فيما يتعلق بالقدرة على إكمال المهام بأسلوب يتسم بالكفاءة.
2. قدرة مرتفعة على استخدام أكثر من وسيلة لحل المشكلات بطريقة قد تكون عشوائية في بعض الأحيان للوصول إلى الحل.
3. قدرة متوسطة في استخدام المبادئ والقواعد والمفاهيم التي تتجاوز المعطيات وذلك وصولاً لحل مشكلات أو إكتشاف الأسباب أو لتكوين فئة جديدة من المعلومات.
4. قدرة مرتفعة على الاحتفاظ بالتركيز في مهمة وتذكر تفاصيلها والاستمرار في محاولة الوصول إلى حلول لها تحت ضغط الوقت.
5. قدرة مرتفعة على إيجاد حلول للمشكلات الصعبة تحت ضغط الوقت.
6. عند التعرض لمواقف ضاغطة يتم حلها في بعض الأحيان من خلال التبدن باستخدام التبول اللاإرادي وفي أحيان أخرى يتم مواجهتها عن طريق السرقة والكذب وقضم الأظافر.

### توصيات البحث:

مبدئياً وقبل أي شيء "لا يوجد طفل مريض ولكن توجد أسرة مريضة"؛ فالتبول اللاإرادي مشكلة لا تخص الطفل

المصاب وحده وإنما هي مشكلة نفسية عائلية في المقام الأول ويعتمد ذلك على:

1. آليات التعامل مع الطفل داخل البيئة الأسرية.
  2. وقد تكون العوامل المفجرة لهذه المشكلة هي في المقام الأول عوامل نفسية ذات طابع صدمي من قبيل أساليب المعاملة الوالدية التي تتسم بالعنف والقسوة أو التعرض للإعتداء الجنسي والتحرش من قبل شخص بالغ أو وفاة أحد أفراد الأسرة المقربين والمحبيين لدى الطفل.
  3. القلق والتوتر والضغط النفسي.
- وينصح بتشجيع الطفل للذهاب إلى المرحاض وعمل جدول زمني لذلك، استبدال أساليب اللوم والعقاب والتأنيب بأساليب الدعم والتأييد والمساندة هذا بالإضافة إلى التقبل الإيجابي غير المشروط، وأن مثل هذه المشكلة لا تستدعي الشعور بالخجل والإحراج سواء من قبل الأسرة أو الطفل، ومن الضرورة مراجعة أخصائي المسالك البولية هذا بالإضافة إلى الأخصائي النفسي والطبيب النفسي.

**Abstract****The dynamics involuntaty bedwetting in the late childhood, clinical case study****By Mai Mousa Youssef**

The current study aims to reveal the dynamics of the involuntary psychological construction of children in late childhood who suffer from involuntary bedwetting, through an in-depth study of the individual case by analyzing the personality from its various aspects in order to identify the basic conflicts and defense mechanisms used, the nature of family relationships and the ratio of Intelligence sometimes.

The tools were used:

1. the clinical interview with guiding topic headings.
2. K.F.D. test.
3. Stanford-Binet scale "5th version".
4. Thematic Apperception Test T.AT.
5. Hand Projective Test.

**Results:**

1. nresolved Oedipal Conflicts.
2. Losing a love object.
3. Parental treatment methods were characterized by complacency and a lack of sympathy and support.
4. The defensive mechanisms used are: detachment, denial, and reaction formation.
5. Dependent tendencies, with a need for self-assertion.
6. The need to existencin a safe environment.
7. Feelings of inferiority.
8. Moderate ability with to complete tasks in an efficient manner.
9. High ability to use more than one means to solve problems.
- 10.High ability to find solutions to difficult problems under time pressure.

When exposed to stressful situations, it is sometimes resolved through appearance using involuntary bedwetting , and at other times it is confronted by stealing, lying and nail biting.

**المراجع:**

1. الطيب. إبتهاال الأمين (2016) ( التبول اللاإرادي في أطفال مدارس الأساس مفاهيم الآباء حوله وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية. مجلة كلية التنمية البشرية، جامعة أم درمان. ع 3. ص1 - 2.
2. أحمد. جمال شفيق (2017). مفهوم الذات وعلاقته بقلق المستقبل لدى عينة من الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي. دراسات الطفولة.
3. الفخراني. خالد إبراهيم، سطيحة. إبتسام حامد (ب.ت). الاضطرابات السلوكية.
4. محمود. سندس حامد (2012). تقييم العوامل المسببة لحالة التبول الإرادي الليلي عند الأطفال وكيفية تعامل الطفل وأبويه مع هذه الحالة. مجلة العلوم التربوية والنفسية. الجمعية العراقية للعلوم التربوية والنفسية.
5. الشعراوي. صالح فؤاد محمد (2013) كفاءة العلاج المعرفي السلوكي للتبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال والمراهقين البواليين - دراسة تجريبية. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، مج1، ع1، ص21-49
6. العطار. محمد محمود (2013). أطفالنا والتبول اللاإرادي الأسباب والعلاج. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. مج 33، ع 380.
7. محمود. مصطفى حسن (2015). علاج معرفي سلوكي لحالة تبول لا إرادي. مجلة البحث العلمي في الآداب. جامعة عين شمس - كلية البنات للآداب والعلوم والتربية. ع 16، ج 2.
8. سليم. مريم (2002). علم نفس النمو. بيروت - لبنان. دار النهضة العربية.
9. طه. فرج عبدالقادر، أبو النيل. محمود السيد، قنديل. شاكر عطية، عبدالقادر. حسين، عبدالفتاح. مصطفى كامل (1989). معجم علم النفس والتحليل النفسي. الطبعة الأولى. دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
10. خطاب. كريمة سيد محمود (2007). البناء النفسي لعمالة الأطفال. مجلة دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، كلية الدراسات العليا للطفولة، مج 10، ع 36، ص 251 - 270.
11. أحمد. مروة (2019). ديناميات البناء النفسي لدى عينة من المدمنين شديدي الإدمانات المتعددة دراسة كLINيكية متعمقة. مجلة البحث العلمي في الآداب جامعة عين شمس كلية البنات للآداب والعلوم التربوية، ع 20، ج 10، ص 455 - 473.
12. نوفل. ربيع محمود على، الحبشي. مايسه محمد (2019). الوعي البيئي للطفل وعلاقته بتحمل المسؤولية لدى مرحلة الطفولة المتأخرة. مجلة بحوث عربية في مجالات التربية النوعية، ع 13، ص 345 - 395.
13. زهران. حامد عبدالسلام (1986). علم نفس النمو "الطفولة والمراهقة". دار المعارف. القاهرة.
14. عبدالمعطي. حسن مصطفى، قناوي. هدى محمد (2000). علم نفس النمو. دار قباء للطباعة والنشر. القاهرة.
15. فرويد. سيجموند (1983). ثلاث مباحث في نظرية الجنس، ترجمة جورج طرابيشي. درا الطليعة للطباعة والنشر، بيروت - لبنان.
16. زيور. نيفين مصطفى (1998). الاضطرابات النفسية عند الطفل والمراهق. الطبعة الثالثة. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
17. أتوفنيخل (2006). نظرية التحليل النفسي في العصاب، ج 2. ترجمة صلاح مخيمر، عبده ميخائيل رزق. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
18. أتوفنيخل (1969). نظرية التحليل النفسي في العصاب، ج 1. ترجمة صلاح مخيمر، عبده ميخائيل رزق. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
19. القطان. سامية (1979). كيف تقوم بالدراسة الكلينيكية. ج 1. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
20. Abd ELfattah.A.S.A (2016). **Quality of Life for Children Suffering from Enuresis**. Ain Shams University / Faculty of Nursing.
21. Ahmed.B.A(2016). **Pattern Of Primary Nocturnal Enuresis Among Children Aged (6-12) Years InMinia Pediatric University Hospital**, Egypt. iMnia University. / Faculty of Medicine. - Department of pediatrics.

22. Al-Zaben.F.N ; Sehloa.M.G( 2015). **Punishment for bedwetting is associated with child depression and reduced quality of life.** Child Abuse & Neglect Volume 43, May 2015, Pages 22-29.
23. Amiri.S, Shafiee-Kandjani.A.R , Naghinezhad.R, Sara Farhang, Abdi.S((2017). **Comorbid Psychiatric Disorders in Children and Adolescents with Nocturnal Enuresis.** *Urology Journal.* , Vol. 14 Issue 1, p2968-2972. 5p.
24. Coppola.G ;Costantini.A ; Gaita.M ; Sarauilli.D(2011). **Psychological correlates of enuresis: a case-control study on an Italian sample.** *PediatrNephrol* 26:1829-1836
25. Ellen K.D. Sejkora (2019).**Psychological characteristics of children with and without toileting dysfunction.** Doctor of Philosophy in Psychology at The University of Wisconsin-Milwaukee.
26. Grzeda.M.T ; Heron.J ; Gontard.A.V ; Joinson.C(2017). **Effects of urinary incontinence on psychosocial outcomes in adolescence.** *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 26:649-658.
27. Grzeda.M.T; Heron.J; Tilling.K; Wright.A; Joinson.C(2017). **Examining the effectiveness of parental strategies to overcome bedwetting: an observational cohort study..***BMJ Open; London* Vol. 7, Iss. 7.
28. Thurber.S( 2017). **Childhood Enuresis: Current Diagnostic Formulations, Salient Findings, and Effective Treatment Modalities.** *Archives of Psychiatric Nursing* 31 ,319-323.
29. Jurkovi´c.M; Tomaškovi´c.I ;Tomaškovi´c.M ; Zore.B.S ; Pavi´c.I and Cvitkovi´c.Roi´c.A.C(2019). **Refugee Status as a Possible Risk Factor for Childhood Enuresis,***International Journal of Environmental Research and Public Health*; Vol. 16 (7).
30. Kessel.E.M; Allmann.A.E.S; Goldstein.B.L; Klein.D.N (2017). **Predictors and Outcomes of Childhood Primary Enuresis.** *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 56, Issue 3Pages 250-257.
31. Mohsenzadeha.A ,Ahmadipoura.S , Farhadib.A , Shahkaramic.K(2017). **Study of behavioural disorders in children with primary enuresis.** *Nordic Journal Of Psychiatry*, VOL. 71, NO. 3, 238-244.
32. Saad.A.R.M(2013). **Maternal knowledge and attitude toward their children with nocturnal enuresis.** Banaha university. / Faculty of Nursing. -Department of pediatric nursing.
33. Savaser.S ,Beji.N.K , Aslan.E , Gozen.D (2018). **The Prevalence of Diurnal Urinary Incontinence and Enuresis and Quality of Life: Sample of School.** *Urology Journal.* Instant, p60-66. 7p.
34. Sejkora, Ellen K. D(2019). **Psychosocial Characteristics of Children with and without Toileting Dysfunction.** **Ph.D.** The University of Wisconsin – Milwaukee.
35. Soliman.M.A(2015).**Assessment of psychological comorbidities in Egyptian children with nocturnal enuresis.** Ain shams university / Faculty of Medicine.
36. Stapp.L.M( 2015). **Parental Personality Domains and Predicting the Effectiveness of Treatment for Nocturnal Enuresis.** Walden University College of Social and Behavioral Sciences This is to certify that the doctoral dissertation.