ديناميات التبول اللاإرادى لدى عينة من الآطفال

" دراسة إكلينيكية "

د / محمد احمد محمود خطاب

جامعة عين شمس

كلية الاداب – قسم علم النفس

هدفت الدراسة إلى الكشف عن الديناميات المميزة للأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادى والكشف عن أهم الميكانيزمات الدفاعية المميزة للبناء النفسى لديهم، كما تهدف الدراسة أيضا إلى الكشف عن العلاقة بالموضوع وذلك حتى يتسنى للأخصائيين والمعالجين من عمل وتصميم برامج إرشادية وعلاجية قائمة على أسس علمية سليمة وفهم سليم لخصائص التبول اللاإرادى وذلك على عينة مكونة من " ٤ " أطفال وذلك باستخدام منهج دراسة الحالة واستخدم الباحث الادوات الاتية : استمارة المستولا الاقتصادى والثقافى والاجتماعى – اختبار تفهم الموضوع للأطفال – اختبار الرورشاخ – المقابلة الاكلينيكية المتعمقة.

ديناميات التبول اللاإرادي لدى الأطفال
دراسة إكلينيكية

د / محمد احمد محمود خطاب
كلية الاداب – جامعة عين شمس

مقدمة الدراسة:

يُعد الاهتمام بالأطفال في أي مجتمع، اهتماماً بمستقبل هذا المجتمع بأسره، ويقاس مدى تقدم المجتمعات ورقيها، بمدى اهتمامها بالأطفال والعناية بهم، ودراسة مشكلاتهم والعمل على حلها. [Chess and Gerdan, 1984:.24]

ومن إحدى هذه المشكلات، مشكلة التبول اللاإرادي والذي عُرف منذ القدم حيث كتب عنه في البرديات المصرية التي يرجع تاريخها إلى ١٥٥٠ سنة قبل الميلاد [محمود عبد الرحمن حمودة، ١٩٩٨: ٢٥١]. وخاصة أن التحكم في كل من التبول والتبرز مؤشرات النمو في الشخصية، ومن أطوار هذا النمو طور يقال له الطور الإحليلي Urethral "الإحليل هو مجرى البول"، ويكون عادة في السن من الثالثة وحتى الخامسة، ويأتي بعد الطور الشرجي، كما أن الطفل في الطور الأخير يُشغل بعملية التبرز ويوليها اهتماماً ويسعد بها، وفي الطور الإحليلي يتوجه اهتمامه للتبول، وتعطيه القدرة على ضبط تبوله والتحكم فيه متعة تشبه متعة التحكم في التبرز [عبد المنعم الحفني، ٢٠٠٤: ٦٢٩]

ويمكننا الإشارة هنا إلى اختبار جيزل [Gesell, A., 1953] لتحديد علامات كمؤشرات على نمو القدرة على ضبط البول والتحكم التدريجي في البوال يحدث كما يلي:

- في سن ١٨ شهر "سنة ونصف السنة" يعطي الطفل إشارة إلى أن ملابسه مبتلة.
- في سن ٢٤ شهراً "سنتين" يمكن للطفل أن يتحكم في التبول أثناء النهار.
- في سن ٣٦ شهراً "ثلاث سنوات" يمكن التحكم في التبول الليلي شريطة أن يستيقظ الطفل مرة أثناء الليل.
- في سن ٤٢ شهراً "ثلاث سنوات ونصف السنة" يكتسب الطفل القدرة على التحكم في البول أثناء الليل، إلا أن هناك إمكانية حدوث حالات تبول غير معتادة على سبيل الحوادث.

الطارئة حتى سن خمسة أو ست سنوات.

أما إذا لم يستطع الطفل التحكم في ضبط البول فتصبح مشكلة، وقد ينتج عنها صراعات واضطرابات عديدة، ففي الولايات المتحدة الأمريكية هنالك حوالي من (٥: ٧) ملايين طفل يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي، ويصاب الأولاد به (٣) مرات أكثر من البنات، وأن نسبة ١٥- ٢٥% من الأطفال في سن الخامسة يبللون أسرتهم في الليل.

أما في بريطانيا فهنالك أكثر من نصف مليون طفل تتراوح أعمارهم بين (٥: ١٦) سنة يبللون أسرتهم بانتظام، أي بنسبة ١٥- ٢٠% بينما في المملكة العربية السعودية وجد أن ١٥% من الأطفال متضررين من هذا الاضطراب من عينة مختارة من (٦٤٠) طفلاً، تتراوح أعمارهم بين (٦: ١٦ سنة) [إيمان حسين، ٢٠٠٨؛ Weatherby, 2009؛ Reynose Paredes, 2010؛ Brown et. al, 2011].

بينما يرى [محمود عبد الرحمن حمودة، ١٩٩٨: ٢٥٤] أن معدل انتشار التبول اللاإرادي بين الأطفال في سن (٦) سنوات، يصل إلى ١٠%، عند سن (١٤) سنة ٢-٥%، ونسبته بين الذكور أكثر منها بين الإناث، وعند سن (٥) سنوات تكون النسبة ٣% لدى الذكور، و٢% لدى الإناث، وعند سن (١٨) سنة تكون النسبة ١% لدى الذكور ونادراً ما يوجد لدى الإناث، ولوحظ أن ٧٥% من الأطفال البوالين لديهم قريب من الدرجة الأولى كان لديه الاضطراب.

ويلاحظ مما سبق، أن التبول اللاإرادي يُعد من أكثر الأعراض انتشاراً بين الأطفال، كما يُعد أيضاً من أكثر المواقف مدعاة للدراسة الإكلينيكية، ولذا فإن التبول في حد ذاته عرض يستثير اهتمام الأسرة، حيث يستدعي إما طبيب الأطفال أو الممارس العام، أو الطبيب النفسي للأطفال، أو طبيب المسالك البولية، مما يعني أن التبول اللاإرادي -في هذه الحالة- يُعد بمثابة العرض لا بمثابة المرض، بما هو كذلك، وهو الأمر الذي يثير العديد من التناقضات وأنواعاً من التعارض فيما يتعلق بتعريفه، وبما يتعلق بالافتراضات المسببة للعرض، ومن ثم طرق العلاج التي قد تكون مناسبة له.

إلا أننا ما يقربنا من فهمه هو أن نتناوله من خلال منظور نشوئي، ذلك لأن تنظيم التحكم في انسياب البول يُعد خطوة نمائية هامة في تاريخ النمو النفسي للطفل، وأن تنظيم أو ضبط البول ليس أمراً آلياً "ميكانيكياً" وإنما هو أمر يتم بناء على تداخل عدة عوامل، مما قد يكون لكل منها دور في تكوين العرض، وهذه العوامل يمكن تحديدها فيما

يلي:

- أن هناك نضج مقيد بمستوى له قاعدة جسدية للوظائف بمعنى الوصول إلى مرحلة معينة من مراحل النضج الفسيولوجي.
- الشحن الوجداني- النفسي لهذه الوظائف والتي قد تكون مصدراً للبهجة والسيطرة وفي ذات الوقت مصدراً للحصر وللدفاعات.
- اللعب بالعلاقات المتداخلة للعلاقة بالأم في المجال العائلي والاجتماعي والتي تجري على خط متواز مع التدريب على ضبط العضلات العاصرة [نيفين، زيور، ١٩٩٨: ١٨٣].

إذاً فالتبول ليس عرضاً يكون له نفس المعنى في مختلف أشكاله، وإنما ينبغي أن يتناوله الباحث من خلال فحص سيكولوجي دقيق ومتعمق وصولاً للمثير الأصلي للمرض، وهذا ما سيحاول الباحث الإجابة عليه من خلال صياغة مشكلة الدراسة وبلورتها في صورة تساؤلات وذلك على النحو التالي:

مشكلة الدراسة:

زاد الاهتمام في السنوات الأخيرة بدراسة مشكلات الطفولة ازدياداً كبيراً يتمثل في كثير من الكتابات التي تناولت المشكلات المتعلقة بنمو الطفل والتغيرات التي تطرأ على تكوينه الجسمي وتطور حياته العقلية الانفعالية وعمليات التنشئة الاجتماعية التي يخضع لها الطفل في مختلف المجالات والثقافات والمجتمعات [فاتن حسن أبو ليلة، ١٩٨٢: ٤].

ويرجع هذا إلى أن الطفولة لها أهميتها الكبرى في حياة الإنسان، فهي المرحلة التي تنقل الوليد من مجرد "كائن بيولوجي" يعيش معتمداً على غيره، ليكون في آخر الطفولة إنساناً ذا شخصية متمايزة، معتمداً على نفسه في كثير من أمور حياته [عبد الحميد الهاشمي، ١٩٧٦: ١٢١].

ومشكلة التبول اللاإرادي من أخطر المعوقات التي تعيق اعتماد الطفل على نفسه، وتتراوح نسبة التبول اللاإرادي بين الأطفال من ٣: ٨% وتزداد المشكلة تعقيداً عندما يحجم الوالدان عن عرض طفلهم على الطبيب إلا بعد فترة طويلة، وذلك لخجلهم من الإفصاح عن طبيعة المرض، حيث يأتي معظم الأطفال إلى الطبيب من ٨: ١١ عاماً، ولهذا المرض أهمية كبيرة في تكوين الشخصية، إذ أن التحكم في التبول والتبرز من أول الصراعات بين الغرائز البدائية ومذاهب اللذة وبين حاجات وتقاليد المجتمع

ومذاهب الواقع، فإذا فشل الفرد في حل هذا الصراع نتج اضطراب واضح في الشخصية يعرضه عند النضوج للعديد من الأعراض العصابية [أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٦٤٧].

وخاصة إذا ما علمنا أن من أحد أسباب التبول اللاإرادي تكون نفسية بنسبة تتراوح من ٩٠% إلى ٩٧% وهذا هو محور اهتمامان ودراستنا- بينما هناك بوال لأسباب عضوية لا تتعدى نسبته من ٣% إلى ١٠% من حالات بلل الفراش [محمود عبد الرحمن حمودة، ١٩٩٨: ٢٥٧؛ National Institute for Health and Clinical Excellence, 2012].

وبناءً عليه فقد تحددت مشكلة الدراسة في محاولة لفهم سلوك الطفل الذي يعاني من التبول اللاإرادي باستخدام المنهج الإكلينيكي، بهدف الكشف عن بعض المكونات الدينامية للطفل الذي يعاني من التبول اللاإرادي، والتي تستند على أسس نظرية التحليل النفسي.

وتتلخص مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية:

- ما هي طبيعة الصراع السيكودينامي للتبول اللاإرادي؟
- ما هي الصراعات النفسية ذات الصلة بالتبول اللاإرادي؟
- ما هي أهم الميكانيزمات الدفاعية المستخدمة لدى الطفل البوال؟
- ما هي الدوافع الشعورية واللاشعورية والتي تكمن وراء التبول اللاإرادي؟
- ما هي الإشباعات الناتجة من التبول اللاإرادي والتي تعتبر ضرورية في الحفاظ على التوازن النفسي للطفل؟
- هل يرتبط التبول اللاإرادي بالنكوص لمراحل بدائية مختلفة وفقاً للبناء النفسي للطفل؟
- ما هو الهدف من اختيار عرض التبول اللاإرادي من جانب الطفل؟
- هل توجد علاقة بين التبول اللاإرادي تربطه بعدوانية شديدة تتجه نحو الموضوعات وترتبط بمراحل التثبيت والنكوص بما يتناسب مع البناء النفسي للطفل؟
- ما هي طبيعة التخييلات والحياة الداخلية للطفل البوال؟

أهداف الدراسة:

- تهدف الدراسة الحالية إلى محاولة إلقاء الضوء على ظاهرة التبول اللاإرادي لدى الأطفال من ٦: ١١ سنة، وذلك من وجهة النظر التحليلية النفسية للوصول للعلة الحقيقية التي تكمن وراءها، وذلك من خلال ما يلي:
- التعرف على أهم المتغيرات النفسية والاجتماعية والبيئية والأسرية للأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي.
- التعرف على البناء النفسي للأطفال ممن يعانون من التبول اللاإرادي والوقوف على أهم العوامل الكامنة وراء التبول اللاإرادي لمساعدتهم على الشفاء وتعديل سلوكهم من أجل نمو نفسي سوي.
- الكشف عن الوظائف والصراعات النفسية ذات الصلة بالبوال.
- تحديد أهم العناصر التي ينبغي التركيز عليها عند تصميم البرامج الإرشادية والعلاجية للتبول اللاإرادي.

أهمية الدراسة:

تستمد أي دراسة أهميتها من ارتكازها على محورين أساسيين، هما:

الأول منهما: ما يتعلق بحيوية الموضوع أو الظاهرة التي يتم التعامل معها، ألا وهي ظاهرة التبول اللاإرادي للأطفال، والتي تؤرق كل من الطفل والأسرة، هذا من جانب، ومن جانب آخر أن شيوع هذه الظاهرة لدى الأطفال تتراوح من ٨: ١٠% وأحياناً من ٢٠: ٢٥% [محمد شعلان، ١٩٧٩: ٥٣؛ محمد علي الحجار، ١٩٨٧: ٩؛ محمود عبد الرحمن حمودة، ١٩٩٨، ١٩٩٨: ٢٥٤؛ أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٦٤٧؛ حسن مصطفى، ٢٠٠١: ١٠١؛ Stone J., 2008; Wang Q. W., 2008; Sinder and Swedo, 2012].

أما المحور الثاني: فهو خاص بالشريحة الإنسانية أو العينة التي تجري عليها الدراسة ألا وهم الأطفال من سن ٦: ١١ سنة، وخاصة أن هذه المرحلة من العمر، وكما يؤكد [أرنولد جزل، ١٩٥٦: ١٥٨] هي مرحلة نمو وتبلور للأنا الأعلى، فهي مرحلة تنشأ أثناءها توازناً صحيحاً بين ميول الطفل الداخلية ومطالب الثقافة وخاصة أن الطفل في هذه المرحلة من العمر يدرك هذا بذكائه الفطري، هذا من جانب، ومن جانب آخر فإن هذه المرحلة من العمر من المراحل الهامة في حياة الطفل، والتي تتميز بالانطلاق والاستقلالية

وتأكيد الذات، ولهذا كان لابد من الاهتمام بها من أجل نمو نفسي سليم، ودراسة المشكلات والصراعات والاضطرابات التي يتعرض لها الطفل والتي من أهمها مشكلة التبول اللاإرادي.

ولهذا من الضروري التصدي لهذه الظاهرة بالدراسة والفهم وبالتحليل لأبعادها وجوانبها، والوقوف على أهم الأسباب الكامنة وراءها، الأمر الذي يؤدي إلى إثراء التراث النظري للطفل البوال، وذلك من وجهة النظر الدينامية وتطويع ذلك فيما بعد لتدعيم البرامج الإرشادية والعلاجية للطفل البوال.

مصطلحات الدراسة:

البوال، التبول اللاإرادي، سلس البول Enuresis"

تعريف البوال لغوياً:

يُعرف البوال (التبول اللاإرادي) في اللغة العربية كما يلي:

(بالَ)- بُوَلاً : أخرج ما في مثانته من سائل.

(تَبَول) : بَالَ.

(البُوَال) : داء يكثر منه البول.

(البول) : سائل تفرزه الكليتان، فيجتمع في المثانة حتى تدفعه، (جمع: أبوال) [مجمع اللغة العربية، ١٩٩٤: ٦٨].

بينما تعرض مصطلح "البوال" للعديد من المترادفات باللغة الأجنبية، منها:

1- Involuntary Urination.

2- Bed Wetting.

3- Nocturnal Enuresis.

4- Urinary.

5- Functional Enuresis.

6- Nonorganic Enuresis.

ويُعرف كريسلر [Kreisler, 1977] التبول اللاإرادي على أنه: "تبول يحدث دون إرادة الطفل، كما يحدث على نحو متكرر أو في فترات متقطعة، وذلك بعد السن التي يسود فيها الطفل السوي وظيفة التحكم في البول ويحدث في العادة أثناء النوم ويصبح أمراً اعتيادياً -إن صح التعبير- ويتفرد بانسياب البول على نحو لا إرادي، إلا أنه يحدث بشكل عادي من الناحية الفسيولوجية".

ويتفق مع هذا التعريف تعريفات كل من [وليم الخولي، ١٩٧٦: ٤٥١؛ معجم علم النفس والتربية، ١٩٨٤: ٥٤؛ أحمد عز الدين الأشول، ١٩٨٧: ٣٢٧؛ أسعد رزوق، ١٩٨٧: ٥٧؛ Snider and Swedo, 2012].

بينما يعرف الدليل التشخيص الدولي العاشر [I.C.D 10] التبول اللاإرادي على أنه: "اضطراب يتميز بإفراغ لا إرادي للبول أثناء النهار أو الليل أو كليهما، يعتبر شاذاً بالقياس إلى عمر الفرد، وليس نتيجة لعدم التحكم في المثانة أو أي اضطراب عصبي أو نوبات صرعية ولا يشخص عادة في الطفل أقل من خمس سنوات أو يقل عمره العقلي عن أربع سنوات".

أما تعريف [DSMIV, 1994] للتبول اللاإرادي فهو كما يلي:

١- تكرار إفراغ البول نهاراً أو ليلاً في الفراش أو الملابس سواء كان لا إرادياً أو مقصوداً.

٢- أن يتكرر ذلك مرتين أسبوعياً لمدة ثلاثة شهور على الأقل ويسبب كرباً أو خللاً اجتماعياً أو وظيفياً.

٣- أن لا يقل العمر الزمني عن خمس سنوات.

٤- ليس سببه تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة "مدر للبول" أو اضطراب جسماني مثل البول السكري والصرع والتهاب مجرى البول، ويحدد الاضطراب ما إذا كان أولياً أو ثانوياً، وليلاً فقط أو نهاراً فقط أو كلاهما. [محمود عبد الرحمن حمودة، ١٩٩٨: ٢٥٣؛ العارف بالله محمد، ٢٠٠٨: ٢٢١-٢٢٢].

ويتفق مع التعريف السابق تعريفات كل من [James Drever, 1971, p.84؛ مصطفى كامل، ١٩٩٣: ١٦٣؛ عبد المنعم الحنفي، ١٩٩٤: ٢٧٠؛ أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٦٤٧؛ عبد المنعم الحفني، ٢٠٠٤: ٦٢٩-٦٣٠]، كما التزم الباحث في هذه الدراسة بالتعريف الأخير للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع [DSMIV, 1994].

الصورة الإكلينيكية للتبول اللاإرادي:

- **البوال (التبول اللاإرادي) يمكن أن يكون أولياً Primary:**

إذا لم يكن مسبوقاً بفترة من التحكم لا تقل عن عام، أو حينما يغيب تماماً لدى الطفل في أي مرحلة من مراحل نموه القدرة على ضبط البول، وأن هذا الشكل من أشكال التبول يحدث بنسبة ٧٥% إلى ٨٥% من حالات البوال.

- **وقد يكون التبول اللاإرادي ثانوياً Secondary:**

عندما يكون مسبوقاً بفترة تحكم لا تقل عن عام، أو تراجع القدرة على ضبط البول بعد اكتسابها، وقد أوضحت هالجرن [Hallgren, 1957] أن هذا النوع من التبول يبدأ لدى ٦٠% من الحالات التي درستها في سن الرابعة ولدى ٢% من الحالات في سن الثامنة. [Hallgren, 1957, p.41؛ محمود عبد الرحمن حمودة، ١٩٩٨: ٢٥٢].

ويتخذ البوال اللاإرادي شكلين أساسين، هما:

١. **البوال النهاري Diurnal Enuresis:**

وهو الذي يحدث نهاراً بمعنى إفراغ البول خلال ساعات اليقظة، وهو أقل انتشاراً من البوال الليلي، وإن كان البوال النهاري أكثر انتشاراً بين الإناث.

[محمود عبد الرحمن حمودة، ١٩٩٨: ٢٥٥]

٢. **البوال الليلي Nocturnal Enuresis:**

ويعتبر البوال الليلي اللاإرادي هو أكثر الأشكال حدوثاً، وعادة ما يحدث مرة في أثناء الليل، ولكن عدد قليل من الحالات يمكن أن يبلل الطفل فيها الفراش أكثر من ثلاث أو أربع مرات [Esman, 1982: 802; Kanner, 1960: 44].

وفي أغلب حالات البوال الليلي يستيقظ الطفل دون أن يذكر حلم ولا يذكر انه بال، وعادة يحدث البوال خلال الثلث الأول من النوم، وفي حالات قليلة يحدث خلال

فترة النوم المصحوب بحركة العين السريعة [REM]، وهي التي قد يذكر الطفل فيها حلماً خلال عملية الإفراغ. [محمود عبد الرحمن حمودة، ١٩٩٨: ٢٥٣].

وقد وجد كل من باكوين وباكوين [Bakwin and Bakwin, 1966, p.400] وجد أن (٢٣) من (٢٥) حالة من الأطفال كان أحد أبويهم يعاني نفس العرض في طفولته، وخاصة التبول الليلي اللاإرادي، كما وجد أن العرض ينتشر لدى الإخوة والأخوات داخل الأسرة الواحدة، كما وجدت هالجرن [Halligren, 1957] أن هناك تلازم في ظهور العرض لدى ثلثي من حالات التوائم المتطابقة.

٣. التبول اللاإرادي الليلي/ النهاري Nocturnal- Diurnal Enuresis:

وتصل نسبته ما يقرب من ثلث حالات التبول اللاإرادي، حيث يتكرر التبول اللاإرادي في الليل والنهار على حد سواء [حسن مصطفى، ٢٠٠١: ١٠٠].

الدراسات السابقة:

نتعرض هنا للدراسات والبحوث المرتبطة بموضوع الدراسة الحالية، وذلك على النحو التالي:-

دراسة جيرار [Gerard, 1935]:

وقد هدفت هذه الدراسة إلى تناول الفروق بين الجنسين من المصابين بالتبول اللاإرادي، وقد تبين أن هناك فروقاً في الشخصية لدى الأطفال من الجنسين بمعنى أن هناك قلباً للصورة الجنسية المعتادة، التي يتوحد بها الطفل، فالطفل الذكر المصاب بالتبول اللاإرادي يتميز عادة بالسلبية والجبن، أما الفتيات البواليات فيتميزن بالطموح الزائد ومشاعر المنافسة.

أما دراسة ديفز وهافجهرست [Davis and Havighurst, 1946]:

فقد أشارت إلى أن الأطفال الذين إستمروا في بلل ملابسهم ليلاً حتى سن ثلاث سنوات، كانت أمهاتهم تعاملهم معاملة قاسية أثناء التدريب على ضبط الإخراج، كما أن هؤلاء الأطفال يعانون من اضطرابات وجدانية وقلق.

بينما أشارت دراسة بوستك [Bostock, 1951]:

إلى أنه لا توجد علاقة بين الرضاعة من الثدي، وبين التبول اللاإرادي للأطفال، كما وجد أن هناك علاقة بين المعاملة الوالدية القاسية وعدم تقبل الطفل واستخدام العقاب، وبين التبول اللاإرادي للأطفال بدرجة أكبر من الأطفال الذين يعاملون معاملة طيبة وأكثر

تقبلاً من والديهم.

وأكدت هذه النتائج دراسة مكانديس وهاي [Mc Candless and Heys, 1951]:

حيث أشارت النتائج إلى أن اتجاهات الآباء غير السوية نحو أطفالهم لها علاقة بتبول الأطفال لاإرادياً، كما تبين أيضاً أن هناك علاقة بين درجة تقبل الآباء للأبناء وتأخير التدريب على ضبط الإخراج.

وقد أشارت نتائج دراسة سيرز وليفن [Sears and Levin, 1957]:

إلى أن الأمهات القلقات يقمن بتدريب أطفالهن على ضبط الإخراج في فترة مبكرة عن الأمهات الأقل قلقاً، كما تميز الأطفال الذين عاملتهم أمهاتهم بقسوة أثناء التدريب بالاضطرابات الانفعالية، أما الأطفال الذين تمت معاملتهم بقسوة أثناء التدريب، ولكن كانت الأمهات يشملن الطفل بالحب والحنان في الأوقات الأخرى كانوا أقل اضطراباً، كما وجد أيضاً أن هناك ارتباط بين قسوة عقاب الطفل وبين التبول اللاإرادي وعلى الأخص القسوة المرتبطة بالتدريب والمصاحبة بالبرود العاطفي والنبذ من قبل الأم تجاه الطفل.

أما دراسة دوميك [Doumic, 1957]:

فقد لاحظت الباحثة أنه توجد لدى الطفلة المصابة بالتبول اللاإرادي ميولاً للمخالفة والاحتجاج الذكري، إلا أنها تصف فتيات مراهقات مصابات بالتبول الليلي اللاإرادي يعبر العرض لديهن عن سمات سلبية.

بينما هدفت دراسة بايمرند [Baumrind, 1967]:

إلى دراسة العلاقة بين سلوك الأطفال وأسلوب الوالدين في التنشئة، اختبرت ثلاث مجموعات من أطفال مدارس الحضانة ممن كانت لهم شخصيات مختلفة من الأطفال والآباء، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال الذين كانوا يتصفون بدرجة ما بالاعتماد على النفس ولكن مع شيء من عدم الرضا أو القناعة والانسحابية، فكان آباؤهم من النوع الذي يستخدم القسوة بكثرة والذي يتم بالتسلط، وهم أقل ميلاً إلى التفاهم مع أطفالهم ولا يشجعونهم على الاستقلال.

أما الأطفال الأقل حظاً من النضج فكانوا أقل الجميع اعتماداً على النفس وآباؤهم من النوع المتسامح، الذي يتوفر فيهم الدفء العاطفي ولكنهم لا يطالبون أبنائهم بالسلوك

الناضج، ولا يهتمون كثيراً بتدريبهم على الاستقلال، ويتضح أن نوع المعاملة تؤثر على سمات شخصية الطفل ومدى تعرضه للاضطراب أو المشكلات.

أما عن الأطفال الناضجون المقتدرون من أصحاب الكفاءة، فكانوا يتصفون بالحزم مع الحب، وكانوا أكثر تفاهماً مع أطفالهم ويحترمون صغارهم وقدراتهم وقراراتهم، ومع ذلك كانت لهم سيطرتهم، وكانوا يطالبون الأطفال بالسلوك الناضج، ويشجعونهم على الاستقلال.

وقد اهتمت دراسة بيرس [Pierce, 1969]:

بدراسة أمهات الأطفال الذكور المصابين بالتبول الليلي اللاإرادي، وأرجعت الإصابة إلى كل من الاعتمادية والعدوانية في إطار النمو الخاص بالهوية الجنسية، كما برهنت على وجود عناصر مشتركة لدى هؤلاء الأمهات اللاتي كان العرض بالنسبة لهن بمثابة التعبير عن الاحتجاج الذكري- فالأمر إذن يبدو وكأن السلوك الذكري الذي يحمل طابعاً سلبياً- عدوانياً، يصبح مقبولاً تماماً لدى هؤلاء الأمهات، وهكذا فإن القبول هو الحل الممكن أو رد الفعل المناسب من جانب الطفل لتوقعات أمه، إلا أنه ليس بالسلوك الرجولي، فهو إذن يعبر عن معارضته لها في الآن نفسه.

أما دراسة [كريمة عبد العزيز صقر، ١٩٧٠]:

وهي بعنوان: "البوال العصابي دراسة تجريبية في ضوء مفاهيم التحليل النفسي"، وتضمنت العينة عشرة أطفال بوالين مما لا يقل ذكائهم عن المتوسط، ويرجع سبب المرض لديهم إلى سوء التوافق في الشخصية، وقد كانت نصف العينة من الذكور، والنصف الآخر من الإناث، وتتراوح أعمارهم ما بين ٦: ١٠ سنوات، وذلك بالمقارنة بعشرة أطفال أسوياء في نفس المرحلة العمرية.

واستعانت الباحثة بالأدوات التالية: اختبار تفهم الموضوع للراشدين "التات"، واختبار تفهم الموضوع للصغار "الكات"، المقابلة، دراسة الحالة.

وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى:

أن البوال هو مرض هستيري يرتبط أساساً بالموقف الأوديبي، وتحول المظاهر العدوانية الذكرية إلى أنثوية سلبية، أما في الإناث فيبرز التوحد الذكري متضمناً بوضوح التناقض بين الأم والابنة، ورغبة الابنة في قهر الأم، بينما في مجموعة الأسوياء تميزت

استجابات الذكور بوضوح رغبة الطفل في مقابلة المشاعر العدوانية التدميرية الموجهة نحو الوالد بإنكارها وإبطالها وإسقاطها على العالم الخارجي، وبالنسبة للفتيات فكانت الدفعات الليبيدية تأخذ في بادئ الأمر طابعاً ذكرياً.

بينما هدفت دراسة شاندرماني [Chandrmani, 1975]:

إلى دراسة عادات قضم الأظافر، التبول اللاإرادي، مص الأصابع، وتكونت العينة من (٩) أطفال من دور الحضانة، وأكدت النتائج أنه توجد علاقة واضحة بين المعاملة الوالدية القاسية، وبين تلك المشكلات، فقد وجد أن الآباء يستخدمون أصنافاً مختلفة من العقاب (٧٢,٢%) عقاب عن طريق المحادثة، (٦٨,٥%) تعنيف، (٢٢,٢%) عزل وتأنيب.

أما دراسة [نيفين زيور، ١٩٧٩]:

فقد هدفت إلى دراسة الأطفال المصابين باضطرابات عصابية وخاصة البول وعلاقتها بصورة الجسم، وذلك من وجهة نظر التحليل النفسي، وتضمنت العينة عشرة أطفال ممن يعانون من البول الليلي، وتراوحت أعمارهم ما بين ٦: ١٢ سنة، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن ما يلي: أن هناك اضطراب في صورة الجسم لدى هؤلاء الأطفال يفصح عن نفسه من خلال استجاباتهم على بطاقات الرورشاخ.

كما تضمنت استجابات الأطفال تخييلات البول مواكبة لاستجاباتهم والتي تعبر عن تشويهات في صورة الجسم، أما عن صورة الجسم فكانت في معظم الحالات مزيج من الملامح للذكورية والملامح الأنثوية.

وفي دراسة جاينبه جاميسون [Jameson, 1980]:

هدفت إلى دراسة العلاقة بين تفاعل الأم مع طفلها، وبين كل من صحتها العقلية والكفاءة الاجتماعية، فتكونت العينة من (٣١) من الأمهات وأطفالهن، وتراوحت أعمار الأطفال من ٥: ٧ سنوات، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين الصحة العقلية والسلوك الإيجابي للأم والطفل.

بينما كانت دراسة [فاتن حسين أبو ليلة، ١٩٨٢]:

وهي بعنوان: "البوال العصابي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية"

وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على ظاهرة البوال العصابي للأطفال في مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة، وعلاقتها ببعض اتجاهات الأمهات في تربية أطفالهن، وذلك على عينة مكون من (٣٠) تلميذاً وتلميذة من الأسوياء وأمهاتهم، و(٢٥) تلميذاً وتلميذة ممن يعانون من البوال العصابي وأمهاتهم، وتراوح العمر الزمني لعينة الدراسة في كلتا المجموعتين من سن ٦: ١٢ سنة.

واستخدمت الباحثة الأدوات التالية: مقياس الاتجاهات الوالدية، استفتاء الشخصية للمرحلة الأولى، والاستمارة الطبية، وقد أظهرت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

- أن الطفل البوالي له من سمات الشخصية ما يميزه عن الطفل العادي، فهو يتميز (بالميل للعمل الفردي، الخجل، الانطواء)، أما الطفل العادي يتميز (بحب العمل الجماعي، المثابرة، الإنجاز).
- لم تظهر أي فروق ذات دلالة إحصائية بين أطفال المجموعتين في بعض السمات الآتية (الميل للاستعراض، ضعف الاستثارة الانفعالية، التعاون، الجرأة، التوتر، الميل إلى التخيل).
- بالنسبة لنتائج اتجاهات الأمهات في معاملة أبنائهم فتميزت بالسواء لدى أمهات الأطفال الأسوياء عنه لدى غير الأسوياء.
- كانت هناك فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ لصالح أمهات الأطفال البوالين بممارستهن للأساليب الخاطئة في معاملة أبنائهم على المقاييس الفرعية لمقياس الاتجاهات الوالدية وهي (التسلط، الحماية الزائدة، الإهمال، التدليل، القسوة، إثارة الألم النفسي، التذبذب في المعاملة، والتفرقة).

وفي دراسة [صالح حزين، ١٩٨٨]:

وهي بعنوان: "دراسة مقارنة بين استجابات الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي واستجابات الأطفال الأسوياء على اختبار صور بلاكي"، وذلك على عينة مكونة من (١٨) طفل تراوحت أعمارهم ما بين ٧: ١٢ سنة، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن ما يلي:

أولاً: أن للتبول اللاإرادي أكثر من عرض يخدم عمليات نفسية أولية، ويحقق للفرد إشباعات لدفعات مكبوتة على العقاب عليها، وقد تبين بعد فحص استجابات الأطفال

المشكلين ما يلي:

أ) أن صورة الأم يغلب عليها صفات تجعلها تتسم بأنها أم غير جديرة بالثقة ولا يمكن الاطمئنان إليها.

ب) صورة الأب صورة تتسم بصفات سلبية محبطة أو غير مشجعة ولا يحتفظ للطفل بمكان أو دور، ولا يكن له الرد، ومبتعد عنه.

ج) إحساس الطفل بذاته ونوع مشاعره تتسم بعدم الثقة في نفسه، يعاني من الإحساس بالذنب والدونية والاعتماد على الأم.

د) بالنسبة لحل الموقف الأوديبي يستطيع الطفل أن يرجئ رغبته ويقوم بكبتها، وفي نفس الوقت يستعين بالأب، أما بالنسبة للفتاة فلا تستطيع أن تستعين بالأب لأنه مختلف عنها فترتد مرة أخرى إلى الأم.

ثانياً: تبين أن هناك فروق بين استجابات المجموعتين حيث اتضحت المشاعر الإيجابية لدى الأطفال الأسوياء التي تعتمد على الأبعاد التالية:

أ) إحساس الطفل بمشاعر يغلب عليها الثقة بالنفس والاطمئنان أن تتسم صورة الأم بالتفرد والاطمئنان إليها، أن تتسم صورة الأب بالتشجيع والمساندة والحب.

ب) أما بالنسبة للعينة التي تعاني التبول اللاإرادي، فالموقف الأوديبي عندهم موقفاً صعباً، لم يتم حله حلاً سليماً، لما شاب الأبعاد السابقة من تشويه أدى إلى تعثر الموقف الأوديبي.

ثالثاً: بالنسبة لقوة الأنا الأعلى فإنه لدى الأطفال المرضى يتسم بالقسوة عن المجموعة الأخرى.

بينما أشارت دراسة [نيفين زيور، ١٩٨٩]:

وهي بعنوان: "التعبير عن الاضطراب عن طريق البدن، دراسة متعمقة في ديناميات التبول الليلي اللاإرادي" وتضمنت العينة عشرة أطفال ممن يعانون من البوال الليلي وتراوحت أعمارهم ما بين ٩: ١١ سنة، واستخدمت الباحثة كل من المقابلة الحرة، واختبار رسم الأسرة المتحركة، واختبار الرورشاخ، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن ما يلي:

- أن الطفل البوالي ينتمي لأسرة مضطربة وعدوانية، كما تظهر عدوانية هذا الطفل تجاه أفراد أسرته، واعتماديته على أفراد الأسرة، وسلبيته إزاء عرضه، كما أظهرت المقابلة وجود عدوان من الأم تجاه طفلها، أما فيما يتعلق بنتائج مقابلة الطفل، فأسفرت عن مشاعر عدوانية شديدة تظهر تجاه الإخوة، وغالباً ما تكون لا شعورية، وميولاً اعتمادية وسواسية لدى بعض الحالات.
- وأظهرت النتائج أيضاً الحاجة الشديدة للاعتماد على الأم سواء كان هذا الاعتماد فمياً، شرجياً، أوديبياً، مع ظهور رغبات انسحابية شديدة نتيجة إحساس الطفل بعدوانية الأسرة تجاهه.

وفي دراسة [نجوى شعبان محمد خليل، ١٩٩٣]:

والتي كانت بعنوان: "دراسة كلينيكية للأطفال البوالين" وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى الصور السلبية في البناء النفسي للشخصية، وإمكانية الاستفادة من ذلك في مجالات التشخيص والعلاج.

وقد تناولت الدراسة (٤) حالات منهم (٢) ذكور و(٢) من الإناث تتراوح أعمارهم ما بين ٤: ٦ سنوات، بمتوسط عمر (٥,٢) سنة من مدارس الحضانة في المملكة العربية السعودية بالمدينة المنورة، واستخدمت الباحثة استمارة المقابلة الشخصية لصلاح مخيمر، واختبار تفهم الموضوع للأطفال "الكات" وقد كشفت الدراسة عن قصور في النضج وإشباع الحاجات، مع وجود أعراض عصابية متعددة، كما كشفت النتائج أيضاً عن اتجاهات سلبية نحو الأم، كما يدركها الطفل، واعتمادية زائدة عليها، كما ظهرت صورة الوالد متسلطاً وكمصدر تهديد للطفل، وقد انعكس ذلك على علاقة الطفل بالآخرين.

أما عن دراسة [هدى محمد قناوي، ١٩٩٥]:

والتي كانت بعنوان: "دراسة كلينيكية لبعض حالات التبول اللاإرادي" وتكونت عينة الدراسة من ثلاث حالات، أنثى عمرها ٤,٨ عام، ولدين عمر أحدهما ٥,٥ عام، ٥,٦ عام، واستخدمت الباحثة اختبار الخوف للأطفال، واستمارة المقابلة الشخصية، واختبار تفهم الموضوع للأطفال "الكات"، وبرنامج علاجي لأطفال ما قبل المدرسة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك ارتفاع في مستوى الخوف لدى الحالات الثلاثة، وقد ظهر الخوف في السلوك المضطرب، حيث العزلة والانطواء، وعدم الانسجام مع الأطفال من نفس العمر، ومص الأصابع، بالإضافة إلى تفكك

صورة الذات، والانسحاب والانطواء وفي بعض الأحيان عدوانية، ولوحظ في الحالة الأولى استخدام أسلوب التساهل والتدليل في عملية الضبط وتوقيته، بينما في الحالة الثانية القسوة الزائدة، والتفكك الأسري، وفي الحالة الثالثة كان العقاب والحماية الزائدة، ولم ينجح البرنامج العلاجي إلا مع الحالة الأولى نظراً لتعاون الوالدين، أما الحالتين الثانية والثالثة فقد قلت عدد مرات التبول، عما كانت عليه ولكنهما لم تشفيا تماماً، وربما يرجع ذلك إلى عدم تعاون الأبوين.

تعقيب على الدراسات السابقة:

نستخلص من نتائج الدراسات السابقة العديد من النقاط المهمة، والتي يمكن إجمالها فيما يلي:

أغلب الدراسات كان هدفها تناول شخصية الطفل المصاب بالتبول اللاإرادي دون النهاري، ودون أن تحدد هل الاضطراب كان أولى أو ثانوي.

العديد من الدراسات أيضاً لم تتفق على تصنيف إكلينيكي، بل انتهت إلى أشكال إكلينيكية للطفل المصاب بالتبول الليلي اللاإرادي، ومع ذلك فإن معظم هذه الدراسات وصلت إلى الاقتناع بأنه لا يوجد بروفيل واحد يربط بين كل الأطفال المصابين بالتبول الليلي اللاإرادي.

كما تبين من الدراسات السابقة أن من أهم الأسباب وراء الاضطرابات الانفعالية للأطفال وإصابتهم بالمشاكل النفسية المختلفة، ومنها التبول اللاإرادي وأخطاء التنشئة وسوء المعاملة الوالدية، وعدم إشباع الحاجات النفسية للأطفال، كما أن أمهات الأطفال البوالين يتسمن بالتسلط والقسوة والإهمال وعدم تقبل الطفل ونبذه، وعدم تفهم الطفل، هذا بالإضافة إلى الخوف والذي يلعب دوراً كبيراً وراء هذا العرض.

ويتبين مما سبق أن الدراسات السابقة ركزت على العرض فقط، ألا وهو التبول اللاإرادي دون الوصول للمثير الأصلي للمرض، وهذا يضي وكما ذكرنا سابقاً أن التبول ليس عرضاً يكون له نفس المعنى في مختلف أشكاله، وإنما ينبغي أن يتناوله الباحث منن خلال فحص سيكولوجي دقيق ومتعمق وصولاً للمثير الأصلي للمرض.

ومن هنا برزت فكرة البحث في محاولة معرفة المزيد من الحقائق عن الطفل البوال، وذلك من خلال فهم عميق لأهم ديناميات شخصية الطفل ذي التبول اللاإرادي، حتى يتسنى لنا معرفة الأسباب

والعوامل الكامنة وراء تلك المشكلة.

منهج الدراسة:

المنهج المستخدم في هذه الدراسة هو المنهج الإكلينيكي الذي يتميز بتناوله الشامل والمتكامل للتاريخ الارتقائي للفرد، حيث أن التركيز فيه يكون على الفرد بوصفه وحدة الدراسة.

وهدف المنهج الإكلينيكي يتضح في أنه يسعى إلى تبين جملة الشروط التي تحكم السلوك، أي التي تعتبر مسئولة عن السلوك الذي ندرسه، ولهذا فإن موضوع المنهج الإكلينيكي هو: الشخص من حيث هو حامل مشكلة أي للشخصية في جملة علاقاتها ببيئتها، وهذا ما جعل المنهج الإكلينيكي يقوم على ثلاث ركائز تتمثل في: دراسة الفرد من حيث هو وحدة كلية تاريخية، ودراسة الفرد من حيث هو وحدة كلية حالية ضمن ظروفها البيئية، ودراسة الفرد من حيث هو جشطلت تاريخية.

ويؤكد ما سبق كل من [دانييال لاجاش، ١٩٦٥؛ صلاح مخيمر، ١٩٦٤: ٧٨؛ صلاح مخيمر، ١٩٨٠: ١٣٣؛ صلاح مخيمر، ١٩٨١: ٣١؛ سامية القطان، ١٩٨٣: ٧٧؛ دانييال لاجاش، ١٩٨٦: ٣٥؛ سامية القطان، ١٩٩١: ١٧؛ لويس كامل مليكة، ١٩٩٢: ٧٩، سامية القطان، ٢٠٠٧: ٨٣؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠٠٨: ٤٢] من أن المنهج الإكلينيكي ينفرد بما يلي: بالاستطلاع وإقامة الوحدة الكلية للنتائج الجزئية، ودراسة مسالك لا يمكن استحداثها كغيرة الحب بالإضافة للمقاييس والاختبارات الإكلينيكية، ومن هنا تتضح أهمية المنهج الإكلينيكي في أنه يتوخى جانب البحث العلمي في معالجته لجوانب السلوك بهدف فهم ديناميات شخصية المفحوص، وتشخيص مشكلاته والتنبؤ عن احتمالات تطور حياته، وهو ما سوف يتبعه الباحث في دراسة العوامل التي تؤثر على شخصية الطفل البوالي، وذلك اعتمادًا على معطيات دراسة الحالة وتاريخها ومستندين إلى نظرية التحليل النفسي ونظرية موراي "Murray" والتي تشارك التحليل النفسي في افتراض أن: الأحداث التي تقع في بداية العمر، وفي الطفولة إنما هي محددات حاسمة لسلوك الفرد.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٤) أطفال من الذكور والإناث مقسمين إلى (٢) من الذكور و(٢) من الإناث ممن تتراوح أعمارهم من سن ٦: ١١ سنة، وقد روعي عند اختيارهم الآتي:

١- أن لا يعاني هؤلاء الأطفال من أي إعاقات حسية أو حركية أو عضوية أو ذهنية.

٢- ألا يكون الطفل مصاباً بأي إصابة عصبية أو أي تلف في الجهاز العصبي.

٣- تم اختيار هؤلاء الأطفال والذين يعانون من التبول اللاإرادي وفقاً لمحكات DSM-IV وهي كالتالي:

أ) تكرار إفراغ البول نهاراً أو ليلاً في الفراش أو الملابس سواء كان لا إرادياً أو مقصوداً.

ب) أن يتكرر التبول مرتين أسبوعياً لمدة ثلاثة شهور على الأقل ويسبب كرباً أو خللاً اجتماعياً أو وظيفياً.

ج) أن لا يقل العمر الزمني عن خمس سنوات.

د) ليس سببه تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة "مدر للبول" أو اضطراب جسماني مثل البول السكري والصرع والتهاب مجرى البول. [محمود حمودة، ١٩٩٨، ١٩٩٨: ٢٥٣-٢٥٤؛ العارف بالله، ٢٠٠٨: ٢٢١].

٤- كان عرض البوال عند الأطفال ثانوياً وعند البعض الآخر أولياً، كما كان هذا البوال نهاري وليلي أيضاً، وهو ما يؤكده [حسن مصطفى، ٢٠٠١: ١٠٠] في أن ثلث حالات التبول اللاإرادي يكون لدى الأطفال الذين يعانون من تكرار التبول اللاإرادي في الليل والنهار على حد سواء.

٥- تم اختيار الأطفال من سن ٦: ١١ سنة ممن يقعون في مرحلة التعليم الابتدائي، حيث أكدت العديد من الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي، ممن يقعون في مرحلة عمرية ما بين سن ٦: ١١ سنة ومن هذه الدراسات [نيفين زيور، ١٩٧٩؛ فاتن حسين أبو ليلة، ١٩٨٢؛ صالح حزين، ١٩٨٨؛ نيفين زيور، ١٩٨٩؛ Stone J., 2008؛ Weatherby, 2009؛ Reynoso, 2010؛ Brown, 2011؛ Sinder and Swedo, 2012].

٦- كما روعي أيضاً عند اختيار عينة الدراسة بألا يكون هناك فروق في المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي حيث لا يرغب الباحث في اختيار عينة ذات مستوى أدنى أو أعلى، وذلك لأن الفئة المتوسطة تمثل الغالبية العظمى من المجتمع في كافة القطاعات.

٧- تم اختيار عينة الدراسة من مستشفى الخانكة للأمراض النفسية بعيادة الأطفال.

أدوات الدراسة:

١) استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي [إعداد: محمد أحمد خطاب، ٢٠١٠]:

تم الاستعانة بهذه الاستمارة بهدف قياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي لأسر الأطفال من الزوايا الآتية:

- البيانات الأولية وتشمل: الاسم، المدرسة، الجنس، السن، محل الميلاد، محل الإقامة.
- مستوى تعليم الأب والأم.
- مهنة الأب والأم.
- عدد الإخوة.
- إمكانيات المنزل.
- إجمالي دخل الأسرة.
- قضاء وقت فراغ الأسرة.

وصف الاستمارة:

تتدرج الاستمارة في (٧) مستويات كالتالي:

١- منخفض جداً. ٢- منخفض. ٣- دون المتوسط ٤- متوسط.

٥- فوق المتوسط. ٦- مرتفع. ٧- مرتفع جداً.

وتعتمد الاستمارة في تحديد هذه المستويات على المؤشرات (الأبعاد) الآتية:

١- بعد الدخل. ٢- بعد التعليم.

٣- بعد الوظيفة ٤- بعد ثقافي واجتماعي

الهدف من الاستمارة:

استخدم الباحث هذه الاستمارة بهدف ضبط المتغير الاقتصادي والاجتماعي والثقافي لأفراد العينة الحالية، بالإضافة إلى معرفة الكثير عن أحوال المبحوث الاقتصادية والاجتماعية والثقافية المتمثلة في الدخل، ومستوى التعليم، وغيرها من الأبعاد الأخرى أثناء محاولة الباحث الكشف عن ارتباط هذه النواحي بسلوك الطفل، والذي يعاني من التبول اللاإرادي بالإضافة لتغطية هذه الاستمارة لبعض الجوانب الهامة في المقابلة الإكلينيكية.

إجراءات تطبيق الاستمارة وتصحيحها:

تم التأكد من ثبات الاستمارة باستخدام طريقة إعادة التطبيق، والذي وصل إلى معامل ارتباط ٠,٩١، أما عن صدق الاستمارة فقد تم عرضها على خمسة من المحكمين، وقد اتفقوا على صلاحيتها بنسبة اتفاق ٩٨%.

٢) المقابلة الإكلينيكية The Clinical Interview:

تعتبر المقابلة الإكلينيكية من إحدى الوسائل الهامة في دراسة الشخصية لأنها تكشف عن جوانب ذات أهمية كبيرة، قد لا نصل إليها عن طريق الاختبارات، كما أنها تهيئ الفرصة أمام الإكلينيكي للقيام بدراسة متكاملة للحالة بشكل دقيق ووافي، مما تساعدنا على تحليل الفرد وبيان خصائصه الشخصية.

ومن مبررات استخدام المقابلة الإكلينيكية في هذه الدراسة ما هو مسلم به من أن فهم ديناميات الشخصية ودوافعها وبنائها النفسي لا يمكن أن يتم إلا بمعرفة العوامل البيئية المؤثرة في ماضي الفرد وحاضره، وهذه المعرفة لا يمكن أن يغطيها أي اختبار آخر، بينما تمدنا المقابلة بمادة هامة تتعلق بوظيفة الشخصية ونظامها الدفاعي والتكاملي في الحياة اليومية.

[Deutch and Murphy, 1962, pp.19-20؛ سيد غنيم، ١٩٧٥: ٤١٣؛ فرج عبد القادر طه، ١٩٨٠: ١٠٥؛ فرج عبد القادر طه، ١٩٨٦: ١٣٥؛ سامية القطان، ١٩٩١: ٦٩؛ نجيب إسكندر وآخرون، د.ت: ٣٤٥؛ لويس كامل مليكة، ١٩٩٢: ٦٥؛ فرج عبد القادر طه، ٢٠٠٥: ٢٢١؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠٠٨: ٤٩؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠١٠، ٢٠٨-٢٠٩؛ فرج طه، ٢٠١٢: ٣٠٧].

وسوف تجرى المقابلة لكل من الطفل والأم كل على حدة، وحتى تحقق المقابلة الفائدة المرجوة منها، فقد لجأ الباحث إلى أن وضع مقدماً عدة نقاط للبحث لكي يتم تغطيتها في المقابلة، والتي يطلق عليها المقابلة ذات رؤوس الموضوعات الهادية، والتي تسمح بتوفير مرونة كافية للباحث في توجيه الأسئلة حسب ظروف المقابلة ونوعية المفحوص.

وكان الهدف من إجراء هذه المقابلة دراسة النقاط التالية:

١- طبيعة العرض وتاريخ ظهوره، وما إذا كان أولياً أو ثانوياً، ومدى تواتره والتأكد من عدم وجود إصابات عضوية أو أي اضطرابات في تاريخ نمو الطفل.

٢- التعرف على عدد مرات التبول أثناء الأربع والعشرون ساعة أثناء اليقظة والنوم.

٣- التعرف على الأساليب الوالدية المتبعة مع الطفل من ثواب وعقاب وإهمال ونبذ وقسوة

وتسامح...إلخ.

٤- التعرف على موقف الطفل إزاء عرضه وكذلك موقف الأسرة والأخوات إزاء هذا العرض، واستجابة كل منهم تجاه العرض.

٥- التعرف على الأساليب التي اتبعت مع الطفل لتجنب هذا العرض أو التقليل منه.

٦- دراسة دينامية العلاقة بين الطفل وأسرته وتصوره لبيئته والعالم المحيط به.

٧- مدى عدوانية الطفل وعلاقتها بالتبول اللاإرادي، وكذلك مدى إعتمادية الطفل.

٨- علاقة الطفل بأقرانه وسلوكه في المدرسة وتاريخه الدراسي وما تعرض له من نجاح أو فشل.

٩- هل يوجد في الأسرة آخرين غير الطفل البوال لديهم نفس العرض أم لا؟

٣) اختبار رسم الأسرة المتحركة Kinetic Family Drawing [K-F-D]: وهو من إعداد كل من [روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان، ١٩٧٠]

إن الفروض الأساسية التي تستند عليها اختبارات الرسم بعامة إن كل جانب من جوانب السلوك له سببه ودلالاته، فالسلوك لا يحدث جزافاً وإنما تحدده عدة عوامل متضافرة [نيفين زيور، ١٩٩٨: ٢٠٣].

ولهذا فإن هذا الاختبار يعتبر طريقة ملائمة كأسلوب إسقاطي يسهم في الكشف عن عالم الطفل، نظراً لسهولة استخدامه وتجاوزه حدود اللغة والثقافة بوجه عام، بالإضافة إلى أن هذا الاختبار إضافة إلى المهمة المطلوبة، حركة "فعل ما" بمعنى أن يرسم الطفل كل فرد من أفراد أسرته وهو يؤدي عمل ما، بهدف محاولة تحريك مشاعر الطفل فيما يتعلق بمفهوم الذات، وكذلك التعرف على صورة أكثر عمقاً للعلاقات الدينامية بين الطفل ووالديه وإخوته.

فالرسم الذي يقدمه الطفل يسمح لنا بالتعرف على عالمه، وكيف يرى نفسه "الذات" في مقارنتها بصورة بقية أفراد الأسرة، من خلال تحديد المسافة التي تبعد بها الذات عن الآخرين، كما يبين الاضطرابات النفسية بشكل أسرع، وأكثر ملائمة مقارنة بالمقابلات والأحاديث التي تتم مع الطفل ووالديه، والتي قد يشوبها بعض التحريف أو التشويه لما يعانيه الطفل من مشكلات. [روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان، ٢٠٠٧: ٦-١١].

وقد كان الهدف من تطبيق هذا الاختبار ما يلي:

١- إقامة قدر لا بأس به من العلاقة الطيبة بالطفل، والتي تسمح فيما بعد بالتعبير عن مشاعره بحرية أكثر والاختبار في ذلك مثله مثل غيره من اختبارات الرسم لا يعتمد على التعبير اللفظي، ومن ثم يتلافى أحد العيوب التي تلازم الاختبارات التي تحتاج إلى تعبير لغوي وخاصة وأن الطفل لا يجيد التعبير عن نفسة في السنوات الأولى من عمره.

٢- الكشف عن موقف الطفل إزاء أسرته وأفرادها وغالباً ما يكون بشكل لا شعوري، وعن تصوره لوضعه بالنسبة لأسرته وموقفهم منه أعنى الكشف عن ديناميات الأسرة.

٣- الكشف عن الموضوعات المستدخلة المفضلة للطفل وعن الموضوعات الرديئة وعن مدى اعتمادية الطفل ومستوى عدوانيته ونوعيتها. [نيفين زيور، ١٩٩٨: ٢٠٣].

الدلالة الإكلينيكية للاختبار:

يتم تصحيح وتفسير الاختبار من خلال عدة نقاط، وهي كما يلي:

أولاً: الأساليب Styles وتضم:

١- الفصل أو التقسيم إلى أجزاء. ٢- الأفعال التي يؤديها الطفل.

ثانياً: الأفعال Actions وتضم:

١- الأفعال التي تؤديها الأم. ٢- الأفعال التي يؤديها الأب.

٣- الأفعال التي تشير إلى المنافسة بين أفراد الأسرة.

٤) اختبار تفهم الموضوع للأطفال "الكات" The Children's Apperception Test: وهو من إعداد ليوبولد بلاك، وسونيا بلاك، ١٩٤٨: [Bellak, L., 1954]

وقد قام المؤلفان بتصميم عدد من الصور التي يستجيب لها الطفل بتكوين قصة عن كل منها، وبتحليل هذه القصص يمكن الوقوف على كثير من المشكلات المتعلقة بالطعام وخاصة المشكلات الفمية عامة، الوقوف على كثير من المشكلات الناجمة عن المنافسة بين الإخوة، وإلقاء الضوء على اتجاهات الطفل نحو والديه كزوجين –الموقف الأوديبي– ومدى قوتها وشدتها في المراحل الأولى، وكذلك خيالات الطفل حين يرى والديه في سرير واحد، وخيالاته التي تدور حول العدوانية، إما نحو الذات وإما نحو العالم الخارجي، ومدى تقبل الطفل لعالم الكبار، ومخاوف الطفل من الوحدة ليلاً، وما يحدث من سلوك الاستمناء والإخراج والتبول وموقف الوالدين منها.

ولا شك في أن هذا كله يلقي الضوء على تكوين شخصية الطفل وأولوياته الدفاعية وديناميات فـي

الاستجابة للمشكلات التي تواجهه في مراحل نموه وأساليب معالجتها.

ما تكشف عنه القصة:

قصص اختبار "الكات" قد تعكس الكثير من المشكلات المتغيرة في هذه المرحلة، فقد تظهر المراحل النمائية بوضوح وكذلك أطوار التطبيع الاجتماعي وامتصاص أوامر السلطة ونواهيها، وتكوين الأنا الأعلى عند الطفل، وقد يعبر الأطفال أحياناً في قصصهم عن نواحي أخلاقية ابتداء من سن السادسة، حين يصبح تمثل أو امتصاص العرف والتقاليد وتكوين الأنا الأعلى أمراً بالغ القوة والتعقيد. [سيد محمد غنيم، هدى عبد الحميد، ١٩٦٤: ١٨٣؛ فيصل عباس، ١٩٩٠: ١٩١؛ هناء يحيى أبو شهبة، ٢٠٠٣: ١١٢؛ بيلاك ليوبولد، ٢٠١٢: ٧].

٥) اختبار الرورشاخ Rorschach Ink Blot Test [إعداد: هيرمان رورشاخ، ١٩١١]:

تم الاستعانة باختبار الرورشاخ في هذه الدراسة لأنه يلعب دوراً أساسياً في الربط بين معطيات المقابلة واختبار رسم الأسرة المتحركة، واختبار الكات، هذا فضلاً عن دوره الأساسي في دراسة متغيرات الدراسة الحالية.

لذا فإن الغرض الأساسي من استخدام هذا الاختبار يتضح أيضاً في أن المدركات التي يدركها الفرد في مثل هذه الأشكال المبهمة والغامضة، إنما تعكس سمات شخصية الفرد، بالإضافة إلى إعطاء وصف لشخصية الفرد من منظور إكلينيكي متعمق، كما أن هذا الاختبار يساعد في الكشف عن المظاهر المعرفية والعقلية، والكشف عن المظاهر الوجدانية أو الانفعالية، والكشف عن مظاهر وظيفة الأنا، وعن اضطرابات الفكر والإدراك والأساليب الدفاعية والتوافقية، والديناميات الدافعية. [سيد محمد غنيم، ١٩٧٥: ٤٥٠؛ محمود السيد أبو النيل، ١٩٧٦: ١٦٦؛ لويس كامل مليكة، ١٩٩٢: ٣٧٤؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠٠٨: ٥٢-٥٣]

ويتألف الاختبار من عشر صور، تتكون كل صورة منها من أشكال متماثلة، ولكل شكل له خواصه الفريدة، سواء في الشكل واللون والتظليل والفراغات البيضاء، مما تؤدي إلى استثارة استجابات نمطية، لأن الترتيب الذي تقدم به هذه الصور للمفحوص تحدده رغبة الرورشاخ في إدخال نظام نفسي يكفل بقاء استثارة المفحوص على أعلى مستوى، كما أن إدراكه للبقع يساعد في هذه الحالة في الكشف عن ديناميات الشخصية سواء المعرفية أو الانفعالية، وقوة الأنا في مواجهة الواقع. [برونو كلوبفر، هيلين دافيد سون، ١٩٦٥: ٢١١؛ سيد غنيم، هدى برادة، ١٩٦٤: ٢١٣؛ محمود

الزيادي، ١٩٦٩: ٢٧؛ عطية هنا، محمد هنا، ١٩٧٣: ٤٦٤؛ محمد شحاته، ١٩٩٥: ٣٢٠؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠٠٨: ٥٣؛ روى شيفر، ٢٠١٢: ٦-٧]

أما عن منظور التحليل النفسي للبطاقات فقد عرض لنا [فيصل عباس، ١٩٩٠: ٢٥٣] ما قدمه "انزيو Anzieu" عام ١٩٨٠، والخاص ببعض الافتراضات الخاصة بالقلق على البطاقات العشر على النحو التالي:

البطاقة الأولى: من فقدان الموضوع، والثانية: تجاه الأحداث البيئية، والثالثة: تجاه الموقف الأوديبي، والرابعة: تجاه السلطة أو الأنا الأعلى "الأب"، الخامسة: تجاه الحالة الوجدانية للأم، والسادسة: تجاه الغرباء عن العائلة، والتاسعة: تجاه دافع الموت، والعاشرة: تجاه التجزئة.

وعلى الرغم مما يعاب على الرورشاخ من اعتماده إلى حد ما على القدرة اللفظية، إلا أن الاختبار عند تطبيقه على سن من ٦: ١١ سنة لا يعتبر القدرة اللفظية سبباً في إعاقة الخروج بنتائج ثرية منه، علماً بأن الاختبار قد تم تطبيقه على عدد كبير من عينات للأطفال الأصغر سناً، وأمكن الخروج بنتائج ممتازة منه طالما أن مطبق الاختبار ومفسره على علم بخصائص المرحلة العمرية التي يمر بها الطفل والخصائص النمائية لهذه المرحلة. [نيفين زيور، ١٩٩٨: ٢٠٦]

أو كما تشير [جيسي فرانسيز] أنه من المهم بالنسبة لهؤلاء الذين يستخدمون الرورشاخ أن يكون لديهم إلماماً عاماً بطبيعة عملية النمو الإدراكي من الطفولة المبكرة حيث أن ذلك يؤثر بوضوح على طبيعة وخصائص استجابة الطفل للرورشاخ، ولهذا تشير [جيسي فرانسيز] إلى أهمية وضع العوامل التالية في الاعتبار عند تطبيق تكنيك الرورشاخ على الأطفال وهي كما يلي:

١- عمر الطفل. ٢- قدرته العقلية.

٣- مستوى نضج الطفل النفسي والإدراكي بالنسبة لعمره.

[Jessie Francis, 1968]

أما عن إجراء الاختبار، فيجب أن يتم في جو مريح وجاد في نفس الوقت، كما أنه من الضروري تسجيل ظروف الاختبار من حيث الزمان والمكان، ويتم تقدير وتصحيح الاستجابات وفقاً لأربعة أبعاد، وهم: (التحديد المكاني، العوامل المحددة، المحتوى، مضمون الاستجابة) [عطية هنا، محمد هنا، ١٩٧٣: ٤٦٦؛ هناء أو شهبه، ٢٠٠٠: ١٧٥].

تلك هي النواحي الأربعة التي على أساسها سيتم تقرير الاستجابة، وسوف يستعين الباحث بطريقة "روى شيفر" في تفسير الرورشاخ، أما عن صلاحية الاختبار فقد أجريت العديد من الدراسات للتأكد من ثباته وصدقه، وقد تم التأكد من ثبات الاختبار بعدة طرق، ومنها: (طريقة إعادة الاختبار، طريقة

التجزئة النصفية، طريقة الصور المتكافئة، طرق ثبات المصححين بمتوسط ٠,٧١) أما عن صدق الاختبار الظاهري، ومعامل الاتفاق بمتوسط قدره ٠,٦٩. [لويز أيمز، ريتشارد ووكر، ١٩٦٥: ٣٠؛ محمود الزيادي، ١٩٦٩: ٢٢٢؛ برونو كلوبفر، هيلين دافيدسون، ١٩٦٥: ١٩؛ عبد الرحمن محمد، ١٩٧١: ٣٢٢؛ صفوت فرج، ١٩٨٩: ٥٩٩؛ Holiday and Edwin Wagner, 1992؛ محمد شحاته ربيع، ١٩٩٥: ٢٣٠].

نتائج الدراسة:

أ) نتائج المقابلة الإكلينيكية:

أ/١) نتائج المقابلة الإكلينيكية مع الأم:

أظهرت المقابلة الإكلينيكية مع الأم عدداً من العوامل والتي ظهرت بصورة تكاد تكون شبه ثابتة لدى غالبية الحالات، والتي يمكن إجمالها فيما يلي:

- سوء عمليات التنشئة الاجتماعية التي تعرض لها هؤلاء الأطفال ما بين الإهمال واللامبالاة والتسلط والقسوة الزائدة، والتفرقة والتمييز في المعاملة والتوبيخ والنقد واللوم، وخاصة أمام الآخرين، والحماية الزائدة والإسراف في الوالدية بالإضافة إلى العلاقات غير المنسجمة مع الوالدين، والمعاملة السيئة والافتقار إلى علاقة نفسية جيدة مع الأم ، وخاصة أن هؤلاء الآباء بالرغم من تعليمهم الجامعي إلا أنهم ما زالوا يتبنون المعتقدات التي شبوا عليها، والخاصة بتربية الأطفال مثل الضرب والقسوة والشدية في تربية الطفل، وطلب أو توقع الكمال منه، وخاصة فيما يتعلق بعمليات الإخراج والنظافة من جانب، وبالتعليم والتعلم في المدرسة من جانب آخر، وهو ما يجعل الآباء يحبطون لعدم إستجابة الطفل لهما، وهو ما يدفعهما للمزيد من العقاب للوصول للكمال.
- تبين أن بعض الأمهات لم تتواصلن جسدياً وانفعالياً مع أطفالهن أو التعبير عن مشاعر الحب والاهتمام بشكل أو بآخر، بل ورفض الطفل ودفعه بعيداً عنها حينما يحاول الطفل الاقتراب منها.
- كما تبين أيضاً استخدام أساليب مختلفة من العقاب سواء البدني (الكي بالنار، بل والتهديد بالخصاء بالنسبة للذكور، أو الصفع أو بالركل أو الضرب بالحزام) أو النفسي (التوبيخ والنقد واللوم والسخرية والتهكم) أو بالحرمان من أشياء مختلفة ومحببة للطفل أو حبسه وحيداً في غرفته أو في الحمام.
- وتبين أيضاً أن بعض الأمهات أهملن في تدريب الطفل على استخدام المرحاض اعتقاداً منهن أن الطفل سوف يتعلم ذلك من تلقاء نفسه، والبعض الآخر من الأمهات بدءوا وبشكل مبكراً في

تدريب الطفل على استخدام المرحاض دون مراعاة وصول الطفل للعمر ولمستوى النضج الذي يؤهله لذلك. وهو ما يؤكده أيضاً كل منه [جلاس توم، ١٩٤٥: ١٠٢؛ هـ.أ. أوفرستريت، ١٩٦٣: ٣٠٩؛ زكريا الشربيني، ١٩٩٤: ٦٨] في أن أحد أسباب التبول اللاإرادي هو تقصير الوالدين في تدريب الطفل على ضبط الإخراج، أو عجزهما في إكسابه هذه العادة، بالإضافة إلى عدم المبالاة أو الكسل الذي يخيل إلى الآباء أن رقابة الطفل والعمل على إنهاضه في الأوقات غير المناسبة مهمة شاقة، فيتعود الطفل على بل ملابسه وفراشه.

- استخدام علاجات متعددة ومختلفة وبشكل عشوائي تعتمد على الطب الشعبي ونصائح الأقارب والأهل والجيران، وهو ما يؤذي الطفل نفسياً وجسدياً.
- كما تبين من المقابلة أيضاً وجود العديد من الاضطرابات والخلافات العائلية، هذا بالإضافة لكبر حجم الأسرة (في المتوسط من ٦: ٧ أفراد)، وانشغال الوالدين عن الأبناء وعن رعايتهم على النحو الأمثل، وهذا راجع إلى طبيعة عملهما وعمل الأب في أكثر من وظيفتين لتلبية احتياجات الأسرة، وكذلك الأم وهو ما يجعل الطفل لا ينال القدر الكافي من الحب والرعاية والاهتمام، ولهذا كان بعض الإخوة أيضاً يعانون بدورهم من مرض التبول اللاإرادي، وهو ما يؤكده أيضاً [حسن مصطفى، ٢٠٠١: ١١٠] في أن أحد أسباب التبول اللاإرادي التفكك الأسري، وفقدان الطفل الشعور بالأمن.
- وقد أوضحت المقابلة أيضاً أن الطفل البوال هو كبش الفداء لكل مشكلات الأسرة ومتاعبها، وهو الذي يتحمل -عادة- وحده عبء هذه المشكلات والصراعات، ويتم إسقاطها على هذا الطفل بشكل أو بآخر.
- أصبح الطفل البوال عبئاً وكابوساً للأسرة ويقيد من حركتهم والانتقال وخاصة أثناء السفر والمبيت عند الأهل أو الأقارب، وخاصة أن هذا الإحساس قد شعر به الطفل بل والآخرين أيضاً، مما كان له كبير الأثر في شعور الطفل بالنقص والدونية وعدم الثقة في النفس وفي الآخرين، والخوف والقلق من البيئة الخارجية والتي أصبحت مهددة وخطرة وغير آمنة، وغير ملبية لاحتياجات الطفل الأساسية.

أ/٢) نتائج المقابلة الإكلينيكية مع الطفل:

أظهرت المقابلة الإكلينيكية مع الطفل عدداً من العوامل يمكن إجمالها فيما يلي:

- تميز سلوك الطفل بالانسحاب والعزلة والانطواء والتردد والحساسية المفرطة وتجنب

الغرباء، وعدم الاختلاط مع الأقران وضعف مشاركاته في الرحلات والأنشطة المدرسية، كما تبين أن بعض الأطفال يلبسن حفاضات والبعض الآخر يرتدي أكثر من بنطلون، كما تبين أيضاً أن البوال يزيد عند الأقارب والغرباء والسفر وهو ما يعني تعمد الطفل وبشكل لا شعوري من إحراج الوالدين أمام الآخرين بالبوال كطريقة لعقابهم هو الآخر، وهو ما يعكس عدوان واضح ضدهما، ناتج عن إحباط الوالدين له وخاصة أمام الآخرين ومعايرته بسلوكه هذا "البوال".

- اضطراب وتفكك الروابط الأسرية وانتشار أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة من نبذ وإهمال وعدم تقبل وتفرقة وتمييز في المعاملة، وهذا بدوره أدى إلى مشاعر الخوف والقلق وعدم الشعور بالأمن، مما تترتب عليه فقدان الثقة بالذات وبالحيرة والتردد والانسحاب، كما أشرنا سابقاً في أعلاه.
- اتسمت النماذج الوالدية بالعصبية والقلق وبالشدة في استخدام أساليب العقاب "البدنية والمعنوية" خاصة حيال بوال طفلهم، وهو ما يضاعف من حدة المشكلة وتفاقمها وهو ما يؤدي بدوره إلى وجود مشاعر الدونية والإحساس بالوحدة وبالضآلة والإحباط وهو ما يعني أيضاً اضطراب صورة الذات.
- وجود ميول اعتمادية واضحة لدى الطفل وخاصة تجاه كل من يتحمل مسئوليته ابتداءاً من الأم وانتهاءً بالمشرفة أو المدرسة في مدرسته، وهذا يعني أن التبول من قبل الطفل، ما هو إلا حماية لا شعورية تساعده على تحقيق ما يحتاج إليه الطفل من أمن وحماية ورعاية.
- وجود مشاعر الغيرة من الإخوة نتيجة اهتمام الوالدين بمن هم أصغر منه مما يترتب عليه فقدان الثقة في نفس الطفل أو خوفه على مركزه في الأسرة، وهو ما ظهر جلياً في أحلامه المخيفة من السقوط أو الإصابة، والتي يعقبها أو يصاحبها فقدان القدرة على التحكم في ضبط المثانة، وتكون نتيجة هذا هو البوال.
- انشغال الوالدين وبشكل واضح عن طفلهم بالإضافة لحرمان الطفل من إشباع احتياجاته الأساسية سواء المادية أو المعنوية، فإنه يلجأ للتبول اللاإرادي وبشكل لا شعوري كطريقة تعويضية للتنفيس عن مشاعره تجاه المحيطين به، والذين يهددون أمنه واستقراره النفسي والبدني على حد سواء.

- وجود مظاهر اكتئابية وهو ما يعكس إنكارة للواقع ورفضه والانسحاب منه بالعزل والانطواء، كما تبين أيضاً وجود ميولاً مازوخية للبوال لينال الطفل من خلاله العقاب، وهو ما ظهر من المشاعر السلبية واللامبالاة لدى الطفل تجاه البوال، وهو ما أكده كل من سيجموند فرويد ١٩٠٥؛ وويتكوت، ١٩٣٦. [Winnicott, 1936; Freud, Sigmund, 1905].

- كما تبين أيضاً أن بعض الأطفال يعانون من قرح جلدية وهو ما يؤكد "سبتز" Spitz أن القرح الجلدية Eczema والهرش سببها هو أن هؤلاء الأطفال ينتمون لأمهات يتسم سلوكهن بالكراهية، فلا يرغبن في لمس أطفالهن أو العناية بهم، ويحرمنهم من الاتصال الجلدي بهن [مصطفى فهمي، ١٩٧٦: ١؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠١٢: ٦٩].

- ونتيجة للفشل المتكرر لضبط التبول اللاإرادي لدى الأطفال فيصابوا بالإحباط والذي يؤدي بدوره للعنف بأشكاله المختلفة، وقد يؤدي أيضاً للسلوك العدواني. [Dicaniq, Margaret, 2004].

ب) نتائج رسم الأسرة المتحركة:

- أظهرت أغلب الحالات ميولاً انسحابية شديدة نتيجة إحساس الطفل بعدوانية الأسرة تجاهه، وهو ما ظهر جلياً في رسم الذات في ركن بعيد في الصفحة عن باقي أفراد الأسرة، وفي بعض الحالات لم يرسم الطفل نفسه ضمن أفراد الأسرة، والبعض الآخر رسم الذات بشكل ضئيل، وفي أسفل الصفحة تحت أفراد الأسرة، مما يعكس دونية وإحساس وشعور بالنقص والعجز.
- أظهرت أغلب الحالات أيضاً قلقاً شديداً وهو ما ظهر في التظليل الكثيف في رسوماتهم وهذا راجع الى الخوف الشديد من العقاب نتيجة البوال بالإضافة الى التمييز الواضح في المعاملة بين الإخوة وأساليب المعاملة الوالدية الخاطئة.
- أظهر الاختبار أن هناك ميولاً عدوانية تجاه أفراد الأسرة وخاصة الإخوة، وهو ما ظهر في رسم الإخوة بدون أطراف، ورسمهم في بعض الحالات الأخرى على شكل جرحى أو مصابين أو مرضى.
- أظهرت بعض الحالات عدوانية شديدة تجاه الأب وهو ما ظهر في عدم رسم الأب، وهذا يشير إلى غيابه على المستوى النفسي، بالرغم من وجوده جسدياً.

- أغلب الحالات بدأت برسم الأم أولاً ثم باقي أفراد الأسرة، وهو ما يعكس الدور المحوري الذي تلعبه الأم لدى هؤلاء الأطفال، ولهذا ظهرت الأم أكبر حجماً في الرسم من باقي أفراد الأسرة، مما يؤكد الحاجة الشديدة للاعتماد على الأم سواء كان هذا الاعتماد فمياً "ماما بتعمل الأكل" أو شرجياً "ماما بتنظف البيت- ماما بتغسل" أو أوديبياً "رسم الطفل نفسه وهو نائم بجوار الأم".
- في إحدى الحالات لم يتم رسم الأسرة بل تم رسم الأصدقاء والأقارب، وهو ما يعني أن مفهوم الأسرة قد تمزق تماماً عنده، وهذا ناتج عن الصراعات الأسرية الشديدة التي يعيش فيها الطفل.

ج) نتائج اختبار تفهم الموضوع للأطفال "الكات":

الصورة الأولى: كانت القصص تدور عن الحاجات الأساسية للطفل كالحاجة إلى الطعام والغذاء والحاجة للحب غير المشروط وللاستقلال، وللحماية والأمن والتعرض للعقاب والحرمان، والتنافس بين الإخوة ومشاعر الغيرة، كما كانت أغلب القصص تتسم بالحزن والانسحاب والهروب من الواقع، مما ينم عن عدم قدرة الأنا على مواجهة الواقع الكئيب والمحبط.

الصورة الثانية: كانت القصص تدور حول سيطرة وقسوة الأب واستخدامه للعقاب وبقسوة وتحاشي الطفل لمواجهته والهروب منه، تفادياً لبطشه وشره وهو ما ظهر في استجابات مثل "الحبل انقطع" وهي استجابة تعكس الخوف من الخصاء، بالإضافة إلى عدم إشباع حاجات الطفل والتي من أهمها الحاجة للأمن والاستقلال، كما أن ظهور استجابات مثل "مش حيقدر يلعب معاهم" تعكس الخوف من المشاركة في اللعب والانسحاب والهروب من الواقع المحبط الغير آمن، وهو ما أكدته بعض الاستجابات مثل "أصل ممكن يحصله حاجة مش كويسة".

الصورة الثالثة: اتسم مضمون القصص حولها بالضعف والاستسلام وقلة الحيلة وسيطرة الأقوى على الأضعف، وهو ما ظهر في استجابات حول "الأسد والفأر"، و"هروب الفأر بين الصخور والجحور تفادياً من عدوان الأسد"، وهو ما يعكس بيئة مهددة وخطرة وغير آمنة، كما ظهر العدوان الواضح تجاه الأب "الأسد وهو بيجري وراء الفار وقع من فوق الحبل".

الصورة الرابعة: اتسم مضمون القصص فيها حول حاجة الطفل إلى حماية الأم

ورعايتها له، مثل باقي إخوته وهو ما يعكس سلبية الأم تجاه الطفل وعدم إشباعها للحاجات الأساسية للطفل مثل الحب والاستقلال والعناية والحماية، وهو ما أكدته بعض الاستجابات مثل "أنه عيان ومش لاقي حد يجيب له الدواء"، مما يعكس بيئة محبطة وغير مشبعة على الإطلاق.

الصورة الخامسة: تدور القصص حول عدم الاهتمام الوالدي بالطفل "أبوه وأمه مش موجودين معاه علشان بيتشغلوا" مما يعكس انشغال الوالدين عن الطفل بشكل أو بآخر، بالإضافة إلى الخوف الشديد من الأب "عفريت حيطلعله بالليل"، وهو يعكس العدوان الموجه ضد الطفل من جانب الأب في الليل والخاص بعقابه على التبول اللاإرادي، كما ظهرت النماذج الوالدية بكونها غير مشبعة "مفيش حد بيسأل فيهم".

الصورة السادسة: أظهرت القصص عدوان واضح تجاه الوالدين "أن الأسد الصغير سيعيش لوحده في الغابة"، "جميعهم ماتوا من البرد"، وهو ما يعكس أيضاً برودة العاطفة بين أفراد الأسرة وبين الوالدين نتيجة الإحباط الناتج عن عدم إشباع الحاجات الأساسية لهم.

الصورة السابعة: تعكس شعور الطفل بالتهديد والخطر من بيئته العدوانية، وظهور مخاوف واضحة من اعتداءات الأب "حد يأكله" مما يعكس الخوف من العدوان الفمي، وظهور استجابات مثل "تمر مخيف" مما يعكس السلطة المؤذية والمهددة لكيان الطفل والخوف من الأذى البدني والعقاب الشديد.

الصور الثامنة: تفصح القصص عن العلاقة بين الطفل وأمه مثل "مرضاش يأكل" مما يشير إلى إنكار لوجود الإشباع الفمي، مما يعكس أيضاً الحرمان وعدم الإشباع بالإضافة للاعتمادية الزائدة على الأم، وعدم استقلاله مما يدل على أنا غير كفء.

الصورة التاسعة: تفصح القصص أيضاً عن خوف شديد من الوحدة والعزلة، وخاصة بالليل والظلام المصحوب بالعقاب أو التهديد بالعقاب والتخويف المستمر للطفل بتركه وعدم اصطحابه مع الأسرة لأي مكان، وهو ما يعكس مشاعر الخوف والقلق من البيئة المحيطة والمهددة لأمن الطفل باستمرار.

الصورة العاشرة: تدور القصص حول تلقي العقاب المستمر من جانب الأم، والخوف من الحمام وخاصة أثناء الليل أو عند الغرباء، مما يعكس توتر العلاقة بين

الطفل والأم، بالإضافة للنهايات الحزينة للقصة، والتي تعبر عن مشاعر الحزن والاكتئاب الناتجة عن عدم إشباع الحاجات الأساسية للطفل كالحاجة للأمن والحب والاعتماد على الذات والاستقلالية، والتخلص من مشكلة التبول اللاإرادي والتحكم في الإخراج، وهو ما ظهر في استجابات مثل "أنابيب ماء لإطفاء النار"، "أعواد ثقاب علشان يعمل بيها حريقة".

يتضح من الاستجابات السابقة ما يلي:

صورة الأم: يغلب عليها صفات تجعلها تتسم بأنها أم غير جديرة بالثقة، ولا يمكن الاطمئنان إليها لكونها مصدر للحرمان وعدم الإشباع والعقاب أيضاً.

صورة الأب: تتسلم بصفات سلبية ومحبطة وغير آمنة، كما أنه ليس له دور أو مكان في الواقع النفسي للطفل، بالرغم من وجود الأب في الواقع الموضوعي.

إحساس الطفل بذاته: تتسم مشاعره تجاه ذاته بعدم الثقة والإحساس بالذنب نتيجة عدوانه سواء المتخيل أو الموضوعي تجاه الوالدين، بالإضافة لإحساسه بالدونية لكونه لم يحصل على القدر الكافي من إشباع احتياجاته الأساسية، مثل الحاجة للحب والحماية وللأمن وللاستقلال، وعدم التبعية والاعتماد على الأم، وهذا ما تؤكده غالبية القصص من الحرمان من إشباع الحاجات الأولية المادية، كالحاجة للطعام والشراب، والحاجات النفسية والاجتماعية كالحاجة للحب والعلاقات الودودة، والطيبة مع الأسرة ومع الآخرين، وهو ما أدى بدوره إلى ظهور الصراعات مثل الصراع بين "الحب- والكراهية للأب والأم والإخوة" والصراع بين "الاستقلال- والاعتماد على الآخرين"، والانفرادية- والانتماء للأسرة" و"العدوان- والعقاب" ويتضح مما سبق أن هذا الحرمان وهذه الصراعات إنما هي نتاج إتباع أساليب والدية خاطئة، وغير تربوية في التعامل مع الأطفال، كالتفرقة والتمييز في المعاملة بين الأبناء، والقسوة الشديدة، والإهمال، وعدم التقبل والنبذ من قبل الوالدين، وهذا بدوره يؤدي إلى مفهوم ذات سلبي، وهو ما يجعل الطفل يرى في بيئته على أنها خطرة، ومهددة وغير مشبعة بل ومحبطة، وهو الذي أدى بدوره إلى وجود مشاعر العدوانية سواء تجاه الوالدين أو الآخرين، أو تجاه الذات والذي ظهر من خلال مشاعر الحزن والاكتئاب والذي وضح في النقص العام في تكوين القصص والافتقار إلى عوامل الضبط والميل إلى الغربة، كما كان الطعام أيضاً يلعب دوراً هاماً في عملية إرضاء الطفل.

بالنسبة لحل الموقف الأوديبي: فهو لم يحل حلاً سوياً سواء لدى الطفل "الذكر" أو الطفلة "الأنثى" وهو ما ظهر من خلال الصراعات الأوديبية والعدوانية تجاه الوالد وتوجيه العقاب المقنع له في صور مختلفة.

د) نتائج اختبار الرورشاخ:

- أظهرت أغلب الحالات انخفاض نسب ك% فكانت تتراوح من ١٠-١٢% وهو ما يعكس ضعفاً في قدرة المفحوص على الإدراك البصري المتميز البناء، والتحديد الواضح للمدركات، كما يعكس ضعفاً في إدراك الواقع ونزعه إلى التعميم الزائد دون الانتباه الكافي إلى التفاصيل الواضحة، هذا فضلاً عن ضعف الاهتمام بالمجرد والنظري والميل إلى العيانية كأسلوب في التفكير.
- ارتفاع نسبة (ج%) بنسب تتراوح من ٥٥: ٥٧% وهو ما يؤيد النتيجة السابقة من ميل إلى التفكير العياني وميل إلى عدم الشعور بالأمن والإحباط الخارجي.
- يتبين مما سبق ان نقص استجابات (ك) مع وجود استجابات (ج) جيدة يشير إلى اتجاه بالغ الحذر بدلاً من نقص القدرة.
- ارتفاع نسبة (ج ح %) وهو ما يدل على القدرة على الاهتمام غير العادي بمثيرات قد تبدو مألوفة أو غير ذات بال بالنسبة للآخرين، وهو ما يعكس حساسية شديدة في التعامل مع البيئة المحيطة وانخفاض في القدرة الناقدة التي لم يتحقق لها الارتقاء والنمو الكافي مع وجود مشاكل انفعالية فضلاً عن التشكك وانعدام الشعور بالأمن والقلق والحذر من الآخرين.
- انخفاض نسبة (ح%) وهو ما يدل على فقر شديد في الحياة الداخلية للأفراد مع انخفاض في القدرة على الخلق والإبداع، وانكماش صورة الذات مع سلبية شديدة تجاه العالم الخارجي، كما تتسم الاندفاعات بالبدائية الشديدة.
- بينما تشير ارتفاع نسبة (ح غ%) إلى القوى الداخلية التي تهدد الذات، وهو أيضاً دليل على عدوان مكبوت بالإضافة إلى كونها علامة على توتر داخلي أو قلق أو صراع بين انفعالات متصارعة (إقدام- إحجام، حب- كره) وهو ما ظهر في التناقض الوجداني تجاه الأم، كما تشير أيضاً إلى أن الطفل يشعر أن حوافزه الداخلية شديدة العدوانية.

- ارتفاع نسبة (ل ش: ش ل) وهو ما يعكس استجابة انفعالية سطحية، كما تشير أيضاً إلى مركزية الذات والاندفاع ، وظهور ل ش يعبر عن حاجة مبكرة مستمرة للاقتراب والحاجة إلى أن يتم الاعتناء به كنوع من الحاجة الطفلية للاعتماد على الآخرين.
- ارتفاع استجابة (ل) تشير إلى علاقة باثولوجية على فقدان السيطرة على الانفعال، وعدم النضج النفسي وميل إلى تفعيل رغبات الهو على حساب مقتضات الواقع.
- ارتفاع متوسط زمن الرجع للبطاقات الملونة عن غير الملونة، مما يعكس وجود صدمة لون واضطراب ناتج عن المنبهات الانفعالية الحادة، بالإضافة لكونها علامة على مشاعر عدوانية مكبوتة تصحبها مشاعر الإثم.
- وجود صدمة تظليل وبالرغم من أنها أقل من صدمة اللون إلا أنها تعكس مشاعر اكتئابية في مواجهته للحاجة للحب، والارتباط المشبع بالآخرين.
- ارتفاع مجموع (ش) يعكس نقص في التلقائية الانفعالية (تكماش عصابي).
- وجود (ظ ش) يعكس شدة الاعتماد على الآخرين والالتصاق بهم، وقد تعبر عن تعطش للاتصال الجنسي.
- وجود (ظ) تعكس حاجة طفلية للحب الذي يعبر عنه في الرغبة في الاتصال الجسمي بمختلف أنواعه.
- وجود (ل ت) تعكس محاولة فاشلة لتناول الانفعال بوسائل سحرية غير واقعية.
- أظهرت أغلب الاستجابات اضطراباً في صورة الجسم تتراوح من فقدان للحياة إلى تمزقه أو تعرضه لكافة أشكال الهجوم والعدوان، وهو ما ظهر جلياً في ظهور النشاطات المتعلقة بالنماذج البشرية مثل القتال والهجوم والعراك، والتي تعتبر إسقاطات لمشاعر الأطفال بالإضافة لكونها تعبيراً عن مشاعر عدوانية.
- على الرغم من أن نسبة استجابات إنسان كانت طبيعية إلا أن محتوى هذه الاستجابات كان يكشف عن عدوانية شديدة جداً تجاه الآخرين، فغالباً ما وجد هذا الإنسان في حالة تمزق وغالباً ما أدرك كمعتدي عليه، وهو ما يعكس في طياته أيضاً عدوانية مرتدة إلى الذات كعقاب على العدوان الموجه للآخر.
- زيادة عدد استجابات (ح) عن نصف (ح ح) هي علامة على عدم النضج وعن عجز

بالإضافة إلى تأجيل إشباع الحاجات المباشرة.

- وجود صدمة لون وصدمة تظليل وانخفاض استجابات (ك) مع ارتفاع (ج) وزيادة في الاستجابات الحيوانية واستجابات الحركة ما هي إلا انعكاس لحالة اكتئاب واضحة لدى أغلب الحالات.
- ظهور استجابات مثل (عنكبوت) وهي رمز للأم الشريرة وهي تعكس الاتجاه نحو نموذج الأم.
- ظهور استجابات خاصة برؤية وإدراك نماذج بشرية في صورة (هيئة) عفاريت وجان مؤشراً على عجز عن التوحد الوثيق بالناس في عالم الواقع، كما أن ظهور استجابات مثل (أكل- طعام) تعكس الحاجة للاعتماد على الآخرين. ويؤكد النتيجة السابقة ظهور استجابات (ضرب- أسنان) تعكس اتجاه عدواني أو تبرم نتيجة إحباط الحاجة إلى الاعتماد، كما ظهرت استجابات خاصة بحيوانات مفترسة (أسد- نمر) وهي تشير إلى ميول عدوانية بالإضافة إلى التأكيد الواضح على المحتوى الحيواني والذي يعكس اعتمادية زائدة على الكبت أو على التوافق الخانع أو الخاضع.

ثانياً: مناقشة وتفسير النتائج:

- المظاهر الدينامية للعرض:

يعتمد الطفل المصاب بالتبول اللاإرادي اعتماداً لا شعورياً على عرضه، وعلى وظيفته الليبدية أو الدفاعية، وذلك داخل مجموعة صراعاته، ومن الواضح تماماً أن هذه الوظيفة تتعدل وتتغير مع نمو الطفل وتطوره، فأثناء المرحلة قبل الأوديبية يحقق التبول اللاإرادي إشباعات محددة تحمل طابع السلبية المرتبطة بالشبقية البولية، وأيضاً بالتعبير عن ميول عدوانية ذات طابع سادي تدميري، الأمر الذي يعني لفظ الموضوع السيئ المستدمج عندما تصبح العلاقة بالأم غير مشبعة (محبطة)، وهو ما لاحظناه في المقابلة وفي اختبار الكات واختبار الرورشاخ، فنجد لدى الطفل الذكر أن العرض يحمل إشباعاً للقوة والسيادة القضيبية، بينما لدى الفتاة فهو يسمح بنفي غياب القضيب ويصبح التبول نشاطاً استردادياً.

أما الطفل في سن المدرسة -وهو موضوع بحثنا هذا- فنجد أن عرض التبول اللاإرادي وذلك من وجهة نظر "مكوجيه" لديه يعد مؤشراً على تصفية بقايا الصراعات الأوديبية، وتصفية النشاط القوي لعقدة الخصاء وهو ما ظهر في اختباري الكات والرورشاخ، وقد يمثل التبول الليلي اللاإرادي أحياناً بديلاً مقبولاً للإشباع التناسلي، وهو ما ظهر في حاجة الطفل للاعتماد شبه الكامل

على الأمر والاحتماء بها والتقرب منها.

وقد تنبه "فرويد" إلى العلاقة المعتادة بين البوال والنار وأن موضوع الحلم كان يمثل النزعات العدوانية والشبقية التي تكدر المريض، وهكذا فإن انطلاق البول يمكن أن يحل محل إشباع الرغبة الشبقية. ولذلك يفسر "فرويد" اللذة التي تتحصل من إطفاء النيران بالتبول عليها بأنها لذة جنسية سواء عند البدائي أو عند الإنسان العصري، باعتبار أن النار أو الحريق رمز للعواطف المشبوبة والرغبات المستقرة، وهي لا يمكن أن تكون عواطف ورغبات إلا من نوع أداة الإطفاء المستخدمة وهي القضيب، وكأنه يقول بأنه ليس أصلح لإطفاء هذه النار الداخلية من هذا القضيب [Freud, Sigmund, 1905: p.22؛ عبد المنعم الحفني، ٢٠٠٤: ١٩٥؛ مارجريت سيتشهاي، ٢٠١٢: ١٣١]

وهو ما تؤكده أيضاً [إيفين زيور، ١٩٩٨: ١٨٦] بأنه على الصعيد الليبيدي فإن التبول يتحول إلى مصدر للذة سواء في حالة الاستبقاء على البول أو في حالة انسيابه حيث ترتبط اللذة بتخييلات السيطرة أو التحكم وتدمير الموضع بالبول، وهو ما يساهم بالتالي في النمو الوجداني للطفل، وهكذا فإن التدريب على النظافة يعني بالنسبة للطفل التخلي عن لذة معينة وذلك من أجل الحصول على حب من حوله، الأمر الذي لا يخلو من صراعات، وكلما كانت مطالب البيئة مناسبة لقدرات "إمكانيات" الطفل كلما حل الموقف بشكل أفضل، وهو ما يفتقده بالفعل الطفل الذي يعاني من التبول اللاإرادي، وهو ما ظهر جلياً في كل من المقابلة واختبار رسم الأسرة المتحركة، واختباري الكات والرورشاخ، وهذا يعني أن الاتجاهات التربوية تلعب دوراً هاماً في هذه الخطوة، على طريق النمو سواء من حيث التوقيت المناسب أو من حيث طبيعة المطالب التي تفرض على الطفل، وأن هذه الاتجاهات بدورها تكشف لنا عن السياق الاجتماعي الذي يعيش فيه الطفل، كما تكشف أيضاً عن المثل السائدة وكذلك مقتضيات البيئة.

ومع ذلك فأحياناً ما يكون التبول شكلاً من أشكال المقاومة ضد نشاط الاستنماء لدى الطفل في مرحلة ما قبل المراهقة، ولهذا فمن الطبيعي أن نتوقع توقف التبول اللاإرادي لدى مثل هذا الطفل، مع انغماسه في الاستنماء، وفي أحوال أخرى فإن التبول قد يكشف أيضاً عن مسعى إلى توجد تخييلي بالذكورة الأبوية ويصبح التبول المنفذ الوحيد لعدوانية الطفل والتي تفتقد إلى منافذ أخرى للظهور أو قد يصبح تعبيراً عن طموحات لا تجد لها سبيلاً للتحقيق في الواقع، وهذا ما تم تبينه بالفعل في اختباري الكات والرورشاخ واختبار رسم الأسرة المتحركة والمقابلة.

والطفل البوالي قد يبقى على عدوانيته بصعوبة إذ أن لديه اعتقاداً تخيلياً في أن النشاط مطبوعاً بطابع سادي، وفيما يتعلق بعقدة الخصاء فإن التبول يمثل تأكيداً عن وجود قضيب والبرهان على أن القضيب ليس مخصياً أو العكس، فقد يرمز التبول إلى الخصاء الذاتي (العدوان المرتد على الذات نتيجة الإحساس بالذنب) والذي يعتبر وسيلة حامية (بيدي لا بيد عمر).

الأسس التي يتبنى عليها اختيار العرض:

يبدو أن هناك العديد من العناصر التي تلعب أدواراً هامة في تكوين العرض وبالتالي تزيد من قابلية الطفل للوقوع فريسة له، ويمكن إجمالها في الميل إلى المعارضة والصراع بين قطبين هما الاعتمادية مقابل الاستقلالية عن الأم وهو ما تم تبينه في هذه الدراسة من وجود اعتمادية شبه كاملة على الأم، وبالتالي يصبح التبول هنا وسيلة لجعل الأم تحيط طفلها بالرعاية والاهتمام المفقودين حتى ولو كانت هذه الوسيلة مؤذية، وبذلك يحقق الطفل عن طريق بوله سرقة والديه وتكريس وقتهما كله معه بقدر المستطاع، وخاصة إذا علمنا أن الطفل يدرك في وقت مبكر مدى اهتمام الوالدين في عمليات النظافة والخاصة بالبوال وعدم استحسانهما ثم يدرك بالتدرج مطالبهما ومقتضياتهما [Winnicott, D., 1936: p.903؛ عبد المنعم الحفني، ٢٠٠٤: ١٩٧]

وهو ما تؤكده أيضاً [إيفين زيور، ١٩٨٨: ١٨٦] في أن هناك عامل أكثر عمقاً له نفس القدر من النشاط في التأثير على أنماط تدريب الطفل على ضبط البول والذي نعني به الاتجاهات الوجدانية التي تبدأ في الظهور مع ميلاد الطفل، فهي إما تسهل على الطفل اكتساب القدرة على التحكم في البول أو على العكس قد تبعث إليه بمهديات متناقضة أو مقبولة وبالتالي تدفعه إلى الاستبقاء على سلوكه القديم ألا وهو البوال.

إذاً نستخلص مما سبق أن هناك عاملاً واحداً ثابتاً أكثر تواتراً ينتظم حول قطبين وهما:

الأول: وهو الاعتمادية العاطفية "الوجدانية".

والثاني: وهو العدوانية.

مع الأخذ في الاعتبار حقيقة وجود استعداد غير محدد تماماً للوقوع فريسة التبول اللاإرادي، ولهذا يظهر الاعتماد الوجداني في شكل سلوك مع التشبث الزائد بالوالدين أو بتحديد أكبر بالأم مع فقر في العلاقات الاجتماعية مع الأطفال في نفس السن، والميل إلى التواصل مع البالغين أو مع الأطفال الأصغر سناً، كما نجد أن الطفل يقوم بألعاب تحمل سمات شديدة النكوص وكذلك التمسك بعادات طفلية مثل مص الأصابع والتعلق بأشياء من الطفولة الباكرة.

وبالإضافة لما سبق فإن القصور في التطور والنضج يجد عادة صدى مناسباً من قبل الوالدين وكأن التوقف عن النضج مجرد صدى أو انعكاس لرغبتهما في أن يظل طفلهما صغيراً، وهو الأمر الذي يترتب عليه الاستبقاء على نمط التبادل (بين الطفل ووالديه) شديد النكوصية ويبدو في أنواع من الرعاية أو الحماية الزائدة، بينما على الجانب الآخر نجد أن الطفل وقد أخذ يلح في مطالبه بمكاسب خاصة بمرحلة قد ولت.

أما العدوانية فهي تظهر في شكل منخفض لدى الأطفال يتميزون بالسلبية أو باللامبالاة أو بالبلادة الانفعالية بحيث يعتبر العرض تعبيراً رمزياً عن عدوانيتهم، كتعبير عن ثورتهم علي الآباء كرد فعل للتأديب الصارم خصوصاً في حالات العقاب البدني القاسي إدجلاس توم، ١٩٤٥: ١٠٢؛ هـ.أ أوفرستريت، ١٩٦٣: ٣٠٩؛ محمد غالي، رحا أبو علام، ١٩٧٤: ٥٦٧-٥٦٨] إذاً فالتبول يسمح بالتعبير عن العدوانية كما يسمح في الوقت نفسه بالتأكيد على الاعتمادية الوجدانية على الأم.

العوامل الاقتصادية للعرض:

وكما يقول "فرويد" أنه تحت ستار لا شعوري يسمح العرض للمريض بأن يحصل على إشباعات ضرورية من أجل الحفاظ على التوازن الليبدي الخاص باللحظة الراهنة، إلا أن الأمر يبدو أكثر وضوحاً أثناء النهار فإن الطفل يشعر برغبته في التبول بسهولة ووضوح، إلا أن هذا الإدراك لا يلتفت إليه، ويبدو كما لو كان قد حدث "انشطار" في وظيفته أو أن الرغبة قد أنكرت في الحال –أما الليل– فإنه يساعد على استبعاد الإدراك على نحو آخر، ولذا فإن إدراك الحاجة قد يتم تجنبها بواسطة عمل الحلم وقد تزيد ويتم التأكيد بها على النكوص في الحلم وقد تستثير لدى الفرد في مستوى قريب من الشعور نضالاً ضد اليقظة وقد تستثير يقظة يتلوها مباشرة قراراً بعودة الطفل إلى النوم.

وفيما يتعلق بالمكاسب الأولية للعرض:

تتضح المكاسب الأولية لعرض التبول اللاإرادي والتي نجدها في بعض أنواع اللذة، والتي تحدثها أحاسيس نكوصية عنيفة ترتبط بالسلبية وترتبط أيضاً بتشييق سطح الجلد، فالبلل والإحساس بالدفء والإحساس بالبول ينساب على الجلد يستثير ملاذ مرتبطة بأخذ حماماً دافئ لدى الرضيع، ولذا فإن هناك أيضاً نوع آخر مرتبط بالطابع الاستمنائي 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 مما يعني الاستبقاء

على اللذة.

ومن البديهي أن تقسم المكاسب الأولية بأنها لا شعورية وإن النوم يسمح بسد الطريق على هذه الأحاسيس حتى لا تصل إلى الشعور أو أن يتم نسيانها مباشرة بعد اللحظة التي يدركها الطفل فيها.

أما عن المكاسب الثانوية:

فهي تساهم في الإبقاء على العرض أو في الاستبقاء على علاقة محددة بالمحيط البيئي، وهي تختلف اختلافاً بينياً من طفل لآخر، وذلك تبعاً لاتجاهات الوالدين، كما تبدو أكثر وضوحاً في تجنب الطفل المدرسة أو الذهاب للرحلات أو المعسكرات الصيفية، فما هي إلا محاولات للبقاء بجوار الأم والحصول على إشباعات شبقية من خلال ملامستها وعنايتها وتنظيفها لجسده وهناك أيضاً إشباعات مازوخية تتمثل في أنواع العقاب وفي الصراعات الأسرية التي ترتكز حول العرض ومكاسب ذات طابع أوديبي من خلال التواطؤ مع أحد الآباء ضد الآخر، ومكاسب دفاعية لدى الطفل المراهق ضد زيادة الدفعات الجنسية التي يستشعرها في تلك المرحلة [عبد المنعم الحفني، ٢٠٠٤: ١٩٠-١٩١]، وهو ما تم تبينه بالفعل في كل من المقابلة واختبار رسم الأسرة المتحركة واختباري الكات والرورشاخ.

وهو ما يؤكده أيضاً [عبد المجيد كركوتلي، ١٩٨٥: ٦٨] في أن الطفل البوال وبالرغم من تهديد الأبوين له وشدتهما عليه، نراه يومياً وقد كرر آفته، مما يثير غضب الأهل ويشعرهم بالعجز والكآبة وكأنه يسخر منهم لا شعورياً ليختم نومه بالتبول اللاإرادي، بالرغم من كل الاحتياجات التي تم اتخذها سابقاً.

ولهذا يؤكد [محمد شعلان، ١٩٧٧: ٩١] أن الطفل يعتبر المؤشر الذي يعبر عن حالة الأسرة، وقد يقع هذا الدور على طفل بعينه دون بقية أفراد الأسرة لعوامل في الطفل نفسه -(والتي أشرنا إليها سابقاً في أعلاه)- إلا أنه يبقى في النهاية معبراً عن نقطة الضعف في هذا الكيان الاجتماعي فالطفل المضطرب ليس بالضرورة مجرد طفل شاذ أو مريض ولكنه غالباً ما يكون المرض الذي يشير إلى وجود الداء في دائرة الأصل.

- صورة الذات:

تتسم صورة الذات لدى الطفل البوالي بأنها سلبية غير ناضجة وغير كفء، وسيادة المشاعر الاكتئابية من مشاعر فقدان تقدير الذات ، حيث سادت مشاعر الدونية ، والإحساس بالوحدة والعزلة والإحباط والعجز والضآلة مع فقدان الأمن والاستقرار، ونظراً لان الذى يعانى من الاضطراب

الاكتئابي يغلب عليه الإحساس بأنه موضع رفض ونبذ، وبالتالي عندما يواجه مشكلة متماشية مع قدراته فإنه لا يبذل أي محاولة لعلاجها، حتى إذا ما حاول ونجح فإنه يخفض من قيمة نجاحه بأنه يعتبر ذلك مسألة حظ، وقد أطلق سيلجمان Seligman على هذه الحالة العقلية اسم العجز عن التعلم [محمد أحمد خطاب، ٢٠٠٨: ٩٤]، ولقد تبين الانخفاض الواضح في التحليل الدراسي وفي مستوى التعليم مع الإهمال المدرسي.

وقد وجدت مارجريت ماهلر [Margaret, 1960] أن نقص القبول والفهم الوجداني -وهو ما تم تبينه في كل من: المقابلة، واختبار رسم الأسرة، واختباري الكات والرورشاخ- يبدو أنه يقلل من تقدير الذات لدى الطفل ويؤدي إلى الثنائية الوجدانية، وخصوصاً إجبار التكرار العدواني من قبل الوالدين حيث تؤدي هذه الاتجاهات إلى ارتداد العدوان إلى الذات، وهو ما يشير إلى ثورة داخلية كانت في الأصل موجهة ضد نماذج السلطة، إلا أنها وجهت للذات، ولذلك فإن التفتت يصيب الأنا ويصيب مشاعر الطفل، الأمر الذي يجعله أسير موضوعات داخلية تدميرية تطارده دائماً، وبالتالي يميل إلى الهرب منها بالانسحاب أو الاستسلام، هذا من جانب، ومن جانب آخر فنتيجة القسوة والعدوان الخارجي يؤدي إلى ظهور أنا غير كفء تتسم بعدم النضج الكافي بما يتلائم مع المرحلة العمرية للطفل. [محمد أحمد خطاب، ٢٠١٠: ٢٢١]

- صورة الجسم:

إذا ما كنا بصدد صورة الذات، فلابد من التعرض لصورة الجسم لدى المفحوصين من حيث أن صورة الجسم هي نواة الأنا، حيث تساعد صورة الجسم في تكوين الأنا مع انشطار في صورة الجسم يتبعه انشطار في الذات والثمن الذي يتكبده المفحوص هو العجز عن اندماج المكونات الليبيدية والعدوانية التي تشحن تمثلات الذات في مفهوم متكامل للذات، حيث أن صورة الجسم تبدأ في الظهور متأثرة بالشخص المهم في الأسرة، فالطفل يتعين بوالديه ويشمل هذا التعيين صورة الجسم، واعتماداً على الخبرات الوالدية التي يكتسبها الطفل فإن أجسامهم وأجزائها يمكن النظر إليها وإدراكها على أنها حسنة أو سيئة، نظيفة أو قذرة، محبوبة أو مكروهة، وتعرض الطفل للرفض والنبذ مما أكد له أنه لا يستحق الحب وأنه يعاقب على ذنب لم يقترفه، مما أثر على تطوير صورة الجسم وهذا يتفق مع Admson Afsham بأن اتجاهات الوالدين تجاه جسد أطفالهم وخاصة الطفل البوالي لها تأثير مهم على تكوين الطفل لصورة جسمه، وإذا ما كانت الاتجاهات الوالدية سلبية- وهو ما يعاني منهم الأطفال البوالين بالفعل- فإنه سيؤدي إلى تكوين صورة جسد سيئة وغير واقعية لدى الطفل [ماهر محمود، ١٩٧١: ٤٩؛ مها إسماعيل، ١٩٨٨: ٥٩؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠٠٨: ٩٦؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠١٠: ٢٢٣].

ويعتبر أسلوب القتل المتخيل في قصص الكات شكل من أشكال العدوان (اللاكاني) الذي يستهدف الجسم وتشويهه تعبيراً عن نزعة عدوانية قهرية تجاه الآخر، بينما عكست استجابات المحتوى على اختبار الرورشاخ (عفاريت، شبح) وخاصة في البطاقة العاشرة الانشغال بالجسد الضعيف وفراغه من الحياة، كما أن هناك اتجاه ناحية تفتيت الجسد وتمزيقه وهو ما يبدو واضحاً في الاهتمام بالأجزاء (عينين، بق) سواء على البطاقات (١، ٢، ٥، ١٠) وهو ما يؤكد الانشطارات الحادثة في الجسد وعدم القدرة على تكوين صورة جسد متكامل.

- طبيعة التخييل:

كان تخييلاً مرضياً فالتخييل المرضي يتحدد من خلال الابتعاد عن الواقع، إلا أنه كذلك يتحدد من خلال عدم وجود فرصة ملائمة للتخلص منه مع عدم سهولة العودة للواقع بعد فترة التخييل، فهي تخييلات ذات طبيعة غريزية عدوانية تدميرية، وكانت الدفعات العدوانية شديدة بحيث أفصحت عن نفسها بشراسة فلم يفيد معها الكبت، فنجد في المقابلة أن هناك تكرار لتخييلات العنف وضعف الذات والحاجة الشديدة للانتقام والثأر وضعف القدرة على اختبار الواقع، كما تبين أيضاً أن هناك مخاوف متعلقة بالمستقبل ومن المرض ومن التعرض للجروح وللعمليات الجراحية، ويرى [عدنان حب الله، ١٩٨٩: ٨١- ٨١] أن تخييلات الخصاء تأخذ صوراً متعددة سواء في الحياة الواقعية والخيالية كالخوف من المستقبل أو من المرض، وبما أن الأب هو منفذ الخصاء فقد يتلبس صوراً مقنعة ومختلفة أو مستقاة من الأساطير، أو من المخاوف الطفلية المتداولة أو من الحيوانات.

أما عن استجابات المفحوصين على بطاقات الكات فتلاحظ أيضاً الاستغراق التخييلي والبعد عن الواقع من خلال سيادة الجانب التدميري التخييلي للموضوعات التي تثير حصراً، وشعوراً بالذنب وعقاب يقع على الذات في صورة موت أو قتل للذات وللموضوعات، لذلك تسيطر مشاعر الحزن والاكتئاب والرغبة في استعادة الموضوعات ببدائل تعويضية أو بالتوحد والاستدماج بالموضوعات للإبقاء على العلاقة بالموضوع، حيث أن الطابع القهري للتخييلات العدوانية الموجهة للأم، بالإضافة إلى أن العالم الحافل بالعفاريت والشياطين يعبر أيضاً على نحو رمزي بارع عما يتصارع بحياته الداخلية من مخاوف طفلية تستمد جذورها مما يتصارع في أعماقه من رغبات ومخاوف غير منطقية، أنها رؤية سحرية لوجودها العاجز والقاصر والطفلي في هذا العالم المحبط المحيط بهم من كل جانب، وهو ما يظهر أيضاً في اختبار الرورشاخ وخاصة في التحليل الكيفي لاستجابات الأطفال مما يعكس بدوره ضعف الأنا في مواجهة الواقع والاكتفاء بالتخييلات والانطواء والعزلة.

- إدراك الواقع وطبيعته المضطربة لدى الأطفال:

فقد تبين من نتائج المقابلة أن هؤلاء الأطفال ينظرون للعالم الخارجي بطريقة ذاتية وشخصية وبعيدة عن الواقع، وهو ما ظهر في الاستجابات المتكررة والخاصة بالتمركز حول الذات، فهي تشير إلى البعد عن الواقع نتيجة ضعف الارتباط به لكونه واقع محبط ومهدد وغير آمن، وهو ما جعل الطفل البوالي يهرب منه بالتخييلات والانطواء والانزواء وعدم الاختلاط بالآخرين.

- النمو النفسجنسي لدى الأطفال ممن يعانون من التبول اللاإرادي:

وقد تبين أيضاً من المقابلة الإكلينيكية وجود اضطراب في المرحلة الأوديبية لدى هؤلاء الأطفال حيث كانت أغلب استجاباتهم في المقابلة تعبر عن الخوف أو التعرض للمرض أو الأذى، ويرى [عدنان حب الله، ١٩٨٩: ٨١-٨٢] أن تخييلات الخصاء تأخذ صوراً متعددة سواء كانت واقعية أو خيالية كالخوف من المستقبل أو من المرض، وبما أن الأب هو منفذ الخصاء قد يتلبس صوراً مقنعة ومختلفة أو مستقاة من الأساطير أو من المخاوف الطفلية المتداولة أو من الحيوانات، كما أن موضوع الخصاء يستمد أهميته من مورد آخر نرجسي مرتبط بصورة الأنا وكل تهديد يطال هذا الغضب يضع الأنا في حالة خطر محدق.

أما عن استجابات المفحوصين على اختبار الكات فإن التعثر الواضح في التشكيل الأوديبي السوي والذي تمثل في التعبير عن التثبيت الشديد على الوالد من الجنس المخالف، ومشاعر الكراهية والتناقض الوجداني تجاه الوالد من نفس الجنس، وهو ما ظهر أيضاً في اختبار رسم الأسرة المتحركة في حالة الذكور رسم الأم أكبر وأضخم حجماً ورسم الذات بجوارها دائماً، وكان هو نفس الحال مع الإناث أن هناك اتجاهات عدائية نحو السلطة من خلال استجابات المحتوى مثل (ضرس، أسد متوحش، عنكبوت) بالإضافة إلى الاستجابات الخاصة بالحروف والأرقام والأشكال والرموز والعلامات، كما ورد في البطاقات (٦، ٨، ١٠) يشبه الرقم ٨، علم أو إشارة مما يشير للاضطراب في الموقف الأوديبي لدى هؤلاء الأطفال.

- طبيعة الصراعات الخاصة بالأطفال البوالين:

ظهر الصراع الأساسي تجاه إشباع رغبة الذات، حيث كان هناك جهداً شديداً من أجل الحصول على الإشباع وتحقيق الحاجات، مما يعني أنه صراع مع العالم الخارجي (أسرة- رفاق- مدرسة) وما يؤديه من مشاعر عدم الأمن بالإضافة للمخاوف المستمرة وخاصة من العقاب، ولا يزيل هذا الصراع إلا الاحتماء بالأم أو بالمنزل (الانزواء) ولكن هذا الاحتماء يزيد من مخاوف الطفل وقلقه

ولا يشعره بالحماية الزائدة، وهو ما يظهر واضحاً في اختبار الرورشاخ من تأخر زمن الرجع في البطاقة الأولى، مما يدل على وجود علاقة مكثفة لم تحسم مع الأم (الشخص المغذي) مما تشير إلى صراعات مكثفة طفلية وغير محسومة تسيطر على السلوك في هذه المنطقة الدينامية بمعنى أن الأم هنا تكون أم معاقبة أو رافضة أو مسيطرة.

وينجم عن هذا الصراع مشاعر الذنب والذي ترتبط عادة بالتبول اللاإرادي والذي تدخل الطفل في حلقة مفرغة من القلق تؤدي إلى تثبيت التبول اللاإرادي، فقد تبين أن المعايرة واستعمال ألفاظ التحقير بسبب البوال كثيراً ما تبعث في الطفل حالة من القلق الذي يأخذ صورة الحساسية الزائدة بالنفس Self Over Consciousness لدرجة أن بعض الأطفال البوالين ذكروا صراحة "أنهم يخافون من الذهاب إلى المدرسة خشية أن يشم التلاميذ رائحة الملابس فيعيرونهم بالبوال" وكان هذا الخوف هو نقطة الابتداء للقلق الذي انعكس في صورة من خوف من المدرسة School Phobia كمخرج لتوتر الشعور بالذنب بسبب البوال [محمد غالي، رجاء أبو علام، ١٩٧٤: ٥٧٠].

- الدوافع والحاجات:

فقد تبين من خلال المقابلة واختبار الكات أن هؤلاء الأطفال لديهم احتياجات عديدة ومن أهمها الحاجة للشعور بالأمن والاستقرار والطمأنينة، والحاجة للحب والاهتمام والرعاية وخاصة من جانب الأم، والذي يؤدي بدوره إلى تعثر الطفل في الانتقال للمرحلة التالية بشكل سوي، وخاصة أن عدم إشباع الاحتياجات الأساسية للطفل يؤدي به للإحباط ومن ثم العدوان فيكون البوال رد فعل عدواني من الصغير تجاه والديه الغير مشبعين لاحتياجاته، كما يؤدي هذا الحرمان إلى تجنب إقامة علاقة صحيحة مع الآخرين.

- طبيعة القلق لدى الطفل البوال:

تكررت مواقف الخوف والقلق من التعرض للإيذاء البدني والنفسي والقلق من العجز وهو ما تم تبينه من استجابات الأطفال في المقابلة الإكلينيكية وفي ذكر القصص التي تمتلئ بالنهايات الحزينة، بالإضافة إلى القلق من فقدان الموضوع وقلق الخصاء، بالإضافة إلى الرغبات اللاشعورية في الاستحواذ على الأم والصراع بين الاعتمادية والاستقلالية، وكذلك القلق الناتج من ترك وهجر الوالدين للصغير وعدم التفاتهما له، ولهذا فإن مشاعر القلق (الحصر) يمكن أن تترجم بمعان عديدة كالخجل أو استجابات فوبيوية أو سلوك طقسي أو اضطرابات في النوم مثل المخاوف الليلية أو الفزع الليلي.

ومن أنواع القلق التي يعاني منها الطفل البوالي قلق الخصاء Castration Anxiety الذي يؤدي إلى النكوص Regrenion إلى المرحلة الشرجية والتثبيت عليها فالخوف من فقدان الطفل الذكر لعضوه الذكري بعد اكتشافه غياب هذا العضو التناسلي والقلق المرتبط به قد يفسد التحكم البولي خاصة في غياب القلق الواعي أثناء النوم، ويفجر هذا القلق إجراء العمليات الجراحية للأطفال مثل استئصال اللوزتين. [محمود عبد الرحمن حمودة، ١٩٩١: ٢٥٠؛ أيمن علي عبد الفتاح، ٢٠٠٢]

وبالإضافة لما سبق يعاني الطفل البوالي أيضاً من قلق الانفصال Separation Anxiety مثال ذلك ما يحدث عند وصول مولود جديد في الأسرة، وفي هذه الحالة يشعر الطفل باهتمام الوالدين بالطفل الجديد، ويحس بإهمالهما له مما يجعله يشعر بفقدان الأمن الناجم عن الخوف من فقدان والديه به إلى الأبد، ويتمنى في أحلامه أن يعود إلى الأيام القديمة الحلوة عندما كانت أمه تعني بكل مطالبه دون شكوى، ويصحب هذا أيضاً شعور بالنقص ويترتب على ذلك كله التبول أثناء النوم كاستجابة عضوية مظهرية، ومثل ذلك يحدث في حالة وفاة شخص عزيز أو عدم نوم الطفل في حجرته أو نومه بمفرده فيعاني قلق الحرمان الذي تضطرب معه وظائف الجهاز العصبي اللاإرادي، وهو ما نلاحظه عند دخول الطفل المدرسة والانفصال عن الأم في جو لا يشعر فيه بالأمان، وقد نسمع الإصابة بالتبول اللاإرادي عند آنسات مدللات أو سيدات بعد الزواج وممارسة خبرة الانفصال بسبب الزواج [محمد غالي، رجاء أبو علام، ١٩٧٤: ٥٦٨]

- الطابع الاكتئابي لدى الطفل البوال:

كشفت كل من المقابلة واختبار الكات واختبار الرورشاخ عن وجود مظاهر اكتئابية واضحة لدى الأطفال وهو ما يعكس إنكار للواقع المحبط ورفضه والانسحاب منه وعدم الاختلاط بالآخرين، والإحساس بالعزلة والوحدة وهو ما يعكس أنا تتسم بالضعف وعدم القدرة على القيام بمهمتها الأساسية بالإضافة إلى أن الهو يمارس هوايته بالغزو الداخلي للأنا الذي ما زال في احتياج إلى إشباعات شبقية نتيجة التثبت على المرحلة الفمية، مما يضعف من قدرة الأنا الأعلى في ممارسة عمله ولهذا عادة ما يتصف سلوك الطفل البوالي باللامبالاة أو بالإهمال تجاه عرضه.

- ميكانيزمات الدفاع ضد الصراعات والمخاوف:

فقد وجد من خلال المقابلة والاستجابات على اختباري الكات والرورشاخ سيطرة الميكانيزمات البدائية من الإسقاط والتفتيت والإنكار والتبرير والنكوص على الحياة الانفعالية، وهذا بدوره أدى إلى افتقار للنضج وضعف الأنا.

- العلاقات الأسرية:

يسود تلك العلاقات التوتر والتفكك، مما يكشف لنا عن مشاعر الإحباط وتكون النتيجة التبول اللاإرادي كطريقة للتنفيس عن هذه المشاعر، وهو ما ظهر في العزوف عن الموضوعات العائلية في بعض القصص وهذا أمر يدل على تجنب الروابط الأسرية تحت تأثير كبت المشاعر السلبية، بالإضافة إلى أن المشاجرات الوالدية تؤدي مع تكرارها إلى خلق التمزق في ذات الطفل وتفقده الطمأنينة والاستقرار وتجعله دوماً متوجساً خائفاً قلقاً، الأمر الذي يقوده إلى أعراض نفسية يقف البوال على رأسها ليعبر عن سوء تكيف طال أمده.

كما أن التمييز بين الإخوة وهو أسلوب يتبعه البعض يحابي فيه ابناً على حساب اضطهاد آخر، وكي يجذب الولد "ذكر، أنثى" المضطهد انتباه أهله، وهو ما يؤكده [زكريا الشربيني، ١٩٩٤: ٦٩] بأن ذلك يدفع الطفل الغيور إلى النكوص واستخدام أسلوب طفلي يعيد له الرعاية والاهتمام مثل سلوك التبول بمعنى أن الطفل يستخدم لا شعوره "البوال" ليشد انتباه أسرته إليه، ويجعلها تحيطه بالرعاية والاهتمام، حتى ولو كانت مؤذية، وبذلك يحقق عن طريق بوله سرقة والديه من "الأخ/ الأخت" المفضل وعدم تكريسها الوقت كله مع المدلل.

- صورة الأب والأم:

ينظر الطفل دائماً لصورة الأب بنظرة سلبية لكونه متسلطاً ومعاقباً ومحبطاً ومهدداً في بعض الأحيان، أما بالنسبة للأم فهناك اتجاه سلبي أيضاً مع اعتمادية زائدة عليها، ولذا نجد أن الطفل البوالي يظهر تناقضاً وجدانياً تجاه الأم، فهي مصدر الحنان والرعاية وفي أحيان أخرى مصدر الإحباط وأحياناً يلغي دورها ويهمل ذكرها في القصص، مما يدل على كره داخلي لها وذلك لأنها لا تشعره بالأمان النفسي والحب، بل تشعره بعدم الاستقرار والقلق [مختار حمزة، ١٩٨٢: ٩٥؛ محمد جميل، ١٩٨٤: ٧٩؛ محمد مصطفى زيدان، ١٩٨٦: ١٩٧؛ محمد عبد الظاهر الطيب، ١٩٨٩: ٤١؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠١٢: ٢٧٠]

ولهذا نجد أن البوال ما هو إلا رد فعل عدواني من الصغير ناتج عن ضرب موجع "بدنياً- نفسياً" يمارسه أب متسلط وأم غير مشبعة، وبل ومحبطة ومعاقبة أيضاً، ومع كبت الصغيرة عدوانه نحو مصدر الأذى نظراً لصغر سنه، ولهذا فإن لاشعوره أوجد طريقه ينتقم بواسطتها منهما (أي الأب والأم) وهي البوال حيث يتشفى بحيرة أهله وغيظهم وعدم هنائهم ويسخر منهم كما يسخرون منه، وذلك من خلال إحراجهم أمام الآخرين بتبوله اللاإرادي، وهو ما تؤكده أيضاً [كليير فهيم، ١٩٩٣: ١٤٥] بأن الطفل البوالي يجد لذة لاشعورية عندما يقوم بممارسة هذه اللعبة المسلية

(البوال) التي يتضايق منها الوالدين.

توصيات الدراسة:

يتضح من نتائج الدراسة الحالية أن الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي ما زالوا يعانون من إهمال جسيم، سواء كان متعمداً أو غير متعمد، وذلك على المستوى الأسري والمجتمعي والإعلامي والتربوي، مما يؤدي لتفاقم المشكلة لدى هؤلاء الأطفال، وإلى مزيد من الاضطرابات النفسية والسلوكية وخاصة في ظل أوضاع متردية يعاني منها المجتمع المصري الذي يقع تحت وطأة الفقر والمرض والبطالة والمعتقدات الخاطئة التي تتبناها العديد من الأسر في معاملة أبنائهم وتنشئتهم على النحو الصحيح والسليم.

وخاصة أن الاهتمام بالأطفال في أي مجتمع يعد اهتماماً بمستقبل هذا المجتمع بأسره، ويقاس مدى تقدم المجتمعات ورقيها بمدى اهتمامها بالأطفال والعناية بهم ودراسة مشكلاتهم والعمل على حلها، ولذا يجب الحفاظ على هذه الطاقة البشرية والعمل على تنميتها واستثمارها أفضل استثمار ممكن، لأن أي عملية تنموية أو استثمارية تتجاهل الإنسان عموماً والطفل على وجه الخصوص وتتجه مباشرة إلى استثمار الثروة الطبيعية، فهذا يعني أنها مقضي عليها بالفشل، وهذا ما نلاحظه في أن الطفل المضطرب أو المشكل يشقى نفسه ومجتمعه أيضاً، ولذا فإن المجتمع نفسه يخسر مرتين:

الأولى: عندما يخسر هؤلاء الأطفال كطاقة فعالة ومنتجة.

والثانية: عندما يتكلف المجتمع إصلاح هؤلاء الأطفال سواء في مؤسسات تأهيلية أو علاجية.

وفي ضوء ما سبق يوصي الباحث بمجموعة من التوصيات كما يلي:

- يوصي الباحث بزيادة الجهد الأكبر للبحوث والدراسات التي تتناول الأطفال واضطراباتهم السلوكية والشخصية من الناحية التحليلية والتفسيرية والدينامية، لفهم نوازعهم واحتياجاتهم ومن ثم المساعدة في رسم السياسات للوقاية من هذه الاضطرابات أو المساعدة في وضع برامج إرشادية وعلاجية لمواجهة هذه الظاهرة واستئصالها من جذورها.
- وضع برامج إرشادية للآباء والأمهات Family Counseling لتعديل اتجاهاتهم السلبية نحو أبنائهم وتدريبهم على اتباع أساليب معاملة والدية سليمة وصحيحة، وكيفية تجنب الأساليب غير السوية مثل (الإهمال، القسوة، النبذ والإهمال وعدم التقبل، التفرقة والتمييز، التسلط، الحماية الزائدة) ومحاولة تفهم الطفل وإعطائه قدر من الاستقلالية والمسئولية وتقبل الطفل كما

هو والتسامح مع أخطائه بقدر الإمكان وإعطائه حرية التفكير والتعبير عن رأيه كلما أمكن.

- إشباع حاجات الطفل النفسية والتي من أهمها أن يشعر بأنه محبوب ومحاط بقدر كاف من الرعاية والاهتمام في جو آمن ومستقر ومشجع بقدر الإمكان.
- عدم الاستعجال في ضبط عمليات التبول والإخراج أو الضغط على الطفل أو تهديده بالعقاب (المادي والنفسي) ومحاولة تجنب الطفل للتعب والإجهاد والتوتر بتكليفه بأنشطة تفوق مستوى نموه وقدراته.
- ضرورة تفعيل دور كل من طبيب الأسرة والأخصائي النفسي والاجتماعي في المدارس لاكتشاف المشكلات في مهدها، والتعامل معها على النحو الأمثل، حتى لا تتفاقم المشكلة مما يصعب علاجها فيما بعد.
- ضرورة تفعيل البرامج الإعلامية والتثقيف الجماهيري في توعية الأهالي لكيفية التعامل مع مثل هذه المشكلات من خلال العيادات الخارجية والحملات الطبية والجمعيات الأهلية بأسلوب مبسط وسهل ومقنع، مما يحقق الفائدة المرجوة.
- ضرورة اهتمام المدرسة بتقديم الندوات للتلاميذ ولأولياء الأمور لإحاطتهم ببعض الإرشادات التي تساعدهم في فهم السمات الشخصية والنفسية للأطفال بصفة عامة وللأطفال البوالين بصفة خاصة، مثل:
  - استخدام أساليب التعزيز والتشجيع المستمر للطفل لإعادة الثقة في نفسه وفي الآخرين.
  - تشجيع الطفل على الاندماج مع أقرانه وإعطائه مزيد من الاهتمام ومساعدته على التخلص من المخاوف المختلفة، وذلك بمزيد من الأنشطة الاجتماعية والترفيهية والثقافية والأسرية.
  - الابتعاد عن التشهير بالطفل والتأنيب على تبوله أو تذكيره به من حين لآخر أو معايرته ولومه ونقده، أو مقارنة الطفل بإخوته الذين يتحكمون في عملية التبول حتى إن كان الطفل أكبر من إخوته، مع عدم تركه بمفرده كثيراً أو نومه في غرفة مظلمة والتخلي عن أساليب العقاب والتهديد بأشكاله المختلفة وعدم مواجهة الأم بالقسوة أو التهديد.
  - مساعدة الطفل وتعليمه كيفية العيش مع الآخرين بطريقة سليمة ومنحه الوقت المناسب ليتعلم أنماط السلوك الاجتماعي السليم، وذلك من خلال تشجيعه على ممارسة الأنشطة

الجماعية مع أقرانه، سواء في الحي أو في المدرسة أو في النادي.

- عدم إظهار التقزز من الطفل الذي لديه تبولاً لا إرادياً، وعدم التقزز عموماً من الأطفال أثناء تدريبهم على عمليات التبول والتبرز سواء من جانب الوالدين أو القائمين على رعايته وعلاجه.

مراجع الدراسة

١- أحمد عكاشة (١٩٩٨): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٢- أرنولد جزل وآخرون (١٩٥٦): الطفل من الخامسة إلى العاشرة، الجزء الأول، ترجمة: عبد العزيز توفيق، مراجعة: أحمد عبد السلام، د.ن، القاهرة.

٣- أسعد رزوق (١٩٨٧): موسوعة علم النفس، ط٣، مراجعة: عبد الله عبد الدايم، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت.

٤- العارف بالله محمد الغندور (٢٠٠٨): علم النفس الإكلينيكي " التشخيص – العلاج " ، سلسة علم النفس التطبيقي (٤) ، ط٢ ، د.ن ، القاهرة.

٥- إيمان حسين شريف (٢٠٠٨): التبول اللاإرادي عند الأطفال، جريدة الشرق الأوسط، جريدة العرب الدولية، الأحد ١٨ مايو، العدد ١٠٧٦٤، القاهرة.

٦- أيمن علي عبد الفتاح (٢٠٠٢): دراسة إكلينيكية للتبول اللاإرادي الليلي في أطفال المدارس الذين يعانون من التضخم المزمن للحميه خلف الأنف واللوزتين، رسالة ماجستير، جامعة المنوفية، كلية الطب.

٧- برونو كلوبفر، هيلين دافيدسون (١٩٦٥): تكنيك الرورشاخ، ترجمة: سعد جلال وآخرون، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة.

٨- بيلاك ليوبولد (٢٠١٢): اختبار تفهم الموضوع للأطفال "التات"، ترجمة وتقديم: محمد أحمد محمود خطاب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٩- بيلاك ليوبولد (٢٠١٢): اختبار تفهم الموضوع للأطفال "الكات"، ترجمة وتقديم: محمد أحمد محمود خطاب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٠- حسن مصطفى عبد المعطي (٢٠٠١): الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة

"الأسباب- التشخيص، العلاج"، دار القاهرة، القاهرة.

١١- دانييال لاجاش (١٩٦٥): المجمل في التحليل النفسي، ترجمة: مصطفى زيور، عبد السلام القفاش، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

١٢- دانييال لاجاش (١٩٨٦): وحدة علم النفس، ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل رزق، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٣- دجلاس توم (١٩٤٥): مشكلات الأطفال اليومية "كتاب في أصول الصحة العقلية"، ترجمة:إسحق رمزي، دار المعارف بمصر، القاهرة.

١٤- روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان (٢٠٠٧): رسم الأسرة المتحركة، مقدمة لفهم الأطفال من خلال الرسوم، ترجمة: إيناس عبد الفتاح، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٥- روى شيفر (٢٠١٢): الدراسة التحليلية النفسية لمحتوى الرورشاخ "مساهمات التحليل النفسي في الاختبار الإسقاطي"، ترجمة وتقديم: محمد أحمد محمود خطاب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٦- زكريا الشربيني (١٩٩٤): المشكلات النفسية عند الأطفال، دار الفكر العربي، القاهرة.

١٧- سامية القطان (١٩٨٣): كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية، الجزء الثاني، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٨- سامية القطان (١٩٩١): كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية، الجزء الأول، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٩- سامية القطان (٢٠٠٧): قراءات في علم النفس الإكلينيكي، جامعة بنها، كلية التربية، قسم علم النفس.

٢٠- سيد غنيم (١٩٧٥): سيكولوجية الشخصية، دار النهضة العربية، القاهرة.

٢١- سيد محمد غنيم، هدى عبد الحميد برادة (١٩٦٤): الاختبارات الإسقاطية، دار النهضة العربية، القاهرة.

٢٢- صالح حزين (١٩٨٨): دراسة مقارنة بين استجابات الأطفال الذين يعانون من التبول الليلي اللاإرادي واستجابات الأطفال الأسوياء على اختبار صور بلاكي، جامعة عين

شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.

٢٣- صفوت فرج (١٩٨٩): القياس النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٢٤- صلاح مخيمر (١٩٦٤): في علم النفس العام، مكتبة سعيد رأفت، القاهرة.

٢٥- صلاح مخيمر (١٩٨٠): في سيكولوجية النمو، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٢٦- صلاح مخيمر (١٩٨١): المفاهيم- المفاتيح في علم النفس، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٢٧- عادل أحمد عز الدين الأشول (١٩٨٧): موسوعة التربية الخاصة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٢٨- عبد الحميد الهاشمي (١٩٧٦): علم النفس التكويني، أسسه وتطبيقه من الولادة إلى الشيخوخة، ط٣، مكتبة الخانجي، القاهرة.

٢٩- عبد الرحمن محمد عيسوي (١٩٧١): علم النفس في الحياة المعاصرة، دار المعارف بمصر، القاهرة.

٣٠- عبد المجيد كركوتلي (١٩٨٥): مشكلات ودراسات من العيادة النفسية، د.ن، دمشق.

٣١- عبد المنعم الحفني (١٩٩٤): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط٤، مكتبة مدبولي، القاهرة.

٣٢- عبد المنعم الحفني (٢٠٠٤): الموسوعة النفسية الجنسية، ط٤، مكتبة مدبولي، القاهرة.

٣٣- عدنان حب الله (١٩٨٩): التحليل النفسي من فرويد إلى لاكان، مركز الإنماء القومي، بيروت.

٣٤- عطية هنا، محمد هنا (١٩٧٣): علم النفس الإكلينيكي، التشخيص النفسي، الجزء الأول، دار النهضة العربية، القاهرة.

٣٥- فاتن حسن أبو ليلة (١٩٨٢): البوال العصابي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، كلية البنات، قسم علم النفس.

٣٦- فرج عبد القادر طه (١٩٨٠): سيكولوجية الشخصية المعوقة للإنتاج "دراسة نظرية وميدانية" في التوافق المهني والصحة النفسية، مكتبة الخانجي، القاهرة.

٣٧- فرج عبد القادر طه (١٩٨٦): علم النفس الصناعي والتنظيمي، دار النهضة العربية، القاهرة.

٣٨- فرج عبد القادر طه (٢٠٠٥): علم النفس وقضايا العصر، ط٨، مكتبة بداري للطبع والنشر والتوزيع، القاهرة.

٣٩- فرج عبد القادر طه (٢٠١٢): سيكولوجية الشخصية والكفاية الإنتاجية، دار مصر للطباعة، القاهرة.

٤٠- فيصل عباس (١٩٩٠): أساليب دراسة الشخصية "التكنيكات الإسقاطية"، دار الفكر اللبناني، بيروت.

٤١- كريمة عبد العزيز صقر (١٩٧٠): البوال العصابي، دراسة تجريبية في ضوء مفاهيم التحليل النفسي، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.

٤٢- كلير فهيم (١٩٩٣): الاضطرابات النفسية للأطفال، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٤٣- لويز. ب. أيمز، ريتشارد ووكر (١٩٦٥): استجابات الأطفال على اختبار الرورشاخ، اتجاهات النمو من سن سنتين إلى سن العاشرة، ترجمة: سعد جلال وآخرون، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة.

٤٤- لويس كامل مليكة (١٩٩٢): علم النفس الإكلينيكي، الجزء الأول، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة.

٤٥- مارجريت سيتشهاي (٢٠١٢): فقدان الواقع واستعادته "سيرة ذاتية لفتاة فصامية"، ترجمة: محمد أحمد محمود خطاب، مروة فتحي، مراجعة وتقديم: صفوت فرج، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٤٦- ماهر محمود الهواري (١٩٧١): دراسة تجريبية مقارنة في التعين الذاتي وصورة الجسم في فئات إكلينيكية مختلفة، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس، القاهرة.

٤٧- مجمع اللغة العربية (١٩٨٤): معجم علم النفس والتربية، الجزء الأول، القاهرة.

٤٨- مجمع اللغة العربية (١٩٩٤): المعجم الوجيز، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

٤٩- محمد أحمد غالي، رجاء أبو علام (١٩٧٤): القلق وأمراض الجسم، مؤسسة الحلبوتي، دمشق.

٥٠- محمد أحمد محمود خطاب (٢٠٠٨): العنف لدى المراهقين، دراسة تحليلية متعمقة، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس، القاهرة.

٥١- محمد أحمد محمود خطاب (٢٠١٠): ديناميات الاكتئاب لدى عينة من المراهقين، دراسة إكلينيكية، مجلة الخدمة النفسية، مركز الخدمة النفسية، جامعة عين شمس، كلية الآداب، المجلد (٢)، العدد (٤)، يوليو ٢٠١٠، القاهرة، ١٩٤- ٢٣٥.

٥٢- محمد أحمد محمود خطاب (٢٠١٢): أثر تغيير أساليب المعاملة الوالدية في خفض أعراض التوحد لدى الأطفال، المجلة المصرية للدراسات النفسية، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المجلد (٢٢)، العدد (٧٥)، إبريل ٢٠١٢، القاهرة، ٣٣٩- ٣٧٩.

٥٣- محمد جميل محمد يوسف منصور (١٩٨٤): قراءات في مشكلات الطفولة، ط٢، الكتاب الجامعي، جدة.

٥٤- محمد شحاته ربيع (١٩٩٥): قياس الشخصية، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.

٥٥- محمد شعلان (١٩٧٧): الاضطرابات النفسية في الأطفال، الجزء الأول، الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية، القاهرة.

٥٦- محمد شعلان (١٩٧٩): الاضطرابات النفسية في الأطفال، الجزء الثاني، الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية، القاهرة.

٥٧- محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٨٩): مشكلات الأبناء من الجنين الى المراهق، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

٥٨- محمد علي الحجار (١٩٨٧): أبحاث في علم النفس السريري والإرشادي، دار العلم للملايين، لبنان.

٥٩- محمد مصطفى زيدان (١٩٨٦): النمو النفسي للطفل والمراهق ونظريات الشخصية، دار الشروق، جدة.

٦٠- محمود الزيادي (١٩٦٩): علم النفس الإكلينيكي، التشخيص النفسي، الجزء الأول، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٦١- محمود السيد أبو النيل (١٩٧٩): علم النفس الاجتماعي "دراسات مصرية وعالمية"، الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية، مطبعة الحضارة العربية بالفجالة، القاهرة.

٦٢- محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩١): الطفولة والمراهقة "المشكلات النفسية والعلاج"، د.ن، القاهرة.

٦٣- محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩٨): الطفولة والمراهقة "المشكلات النفسية والعلاج"، ط٢، د.ن، القاهرة.

٦٤- مختار حمزة (١٩٨٢): مشكلات الآباء والأبناء، ط٣، دار البيان العربي، جدة.

٦٥- مصطفى فهمي (١٩٧٦): الصحة النفسية، دراسات في سيكولوجية التكيف، مكتبة الخانجي، القاهرة.

٦٦- مصطفى كامل (١٩٩٣): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، (في): فرج عبد القادر طه، دار سعاد الصباح، الكويت.

٦٧- مها إسماعيل الهلباوي (١٩٨٨): الاكتئاب وصورة الجسم كما تظهر في الرسم الإسقاطي، دراسة إكلينيكية متعمقة، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس، القاهرة.

٦٨- نجوى شعبان خليل (١٩٩٣): دراسة كلينيكيه للأطفال البوالين، مجلة معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، ٢ (١)، ٣٠٣- ٣٤٨.

٦٩- نجيب إسكندر وآخرون (د.ت): الدراسة العلمية للسلوك الاجتماعي، دار النهضة العربية، القاهرة.

٧٠- نيفين مصطفى زيور (١٩٧٩): صورة الجسم ودراسة في التحليل النفسي لصورة الجسم لدى الأطفال العصابين باستخدام أدوات البحث الإكلينيكي، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.

٧١- نيفين مصطفى زيور (١٩٨٩): الاضطرابات النفسية عند الطفل والمراهق، ط٣، تقديم: فرج أحمد فرج، مكتب الأنجلو، القاهرة.

٧٢- نيفين مصطفى زيور (١٩٨٩): التعبير عن الاضطراب عن طريق البدن، دراسة متعمقة

في ديناميات التبول الليلي اللاإرادي، مجلة علم النفس، (١٠)، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ٧-١٣.

٧٣- هـ.أ. أوفرستريت (١٩٦٣): العقل الناضج، ط٢، ترجمة: عبد العزيز القوصي، السيد محمد عثمان، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

٧٤- هدى محمد قناوي (١٩٩٥): دراسة كلينيكية لبعض حالات التبول اللاإرادي، دراسات وبحوث في علم النفس، الكتاب التذكاري لتكريم د. كاميليا عبد الفتاح، القاهرة، ٧٥-١١٤.

٧٥- هناء يحيى أبو شهبه (٢٠٠٠): القياس الإسقاطي، الجزء الأول، دار النهضة العربية، القاهرة.

٧٦- هناء يحيى أبو شهبه (٢٠٠٤): القياس الإسقاطي، الجزء الثاني، ط٢، دار الفكر العربي، القاهرة.

٧٧- وليم الخولي (١٩٧٦): الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب العقلي، دار المعارف بمصر، القاهرة.

78- Baumrind, D. (1967): Child Care practices Anteceding Three Potterns of preschool Behavior Genetic psychology Monogramphs, 1967, 75, 43-88.

79- Bellak, L. (1954): The T.A.T and C.A.T in chinical use grume and stratton, New York.

80- Bostock, J. (1951): Enurcsis and Toilet Training, Med. J. Aust, 1951, 2, 110- 113.

81- Brown MI, et. al (2011): Treatment of primary nocturnal enuresis in children: A review child: Care, Health and Development, 37: 153.

82- Calef, Victor, Weinshel, Ed, et. al (1980): Enuresis: A functional equivalent of a betish. International Journal of Psychoanalyris, 61, 295-306.

83- Chandramani, M., Salomy, K. C. and Indulckha, K. V. (1975): Family Background versus problem Behavior of children preschool Age.

Indian Journal of Science.

84- Chess, S. and Gordan's, G. (1984): Psychosocial Development and Human Variance. In Gordan, E. W. A Review of Research development and Human.

85- Davis, A. and Havighurst, R. J. (1946): Social class and color Differenas in child Researing. Amer. Social. Rew., 1946, 11, 698-710.

86- Deutch, F and W. F. Murphy (1962): The Clinical interview (Volume one), New York, International University, Press, INC.

87- Dicanio, Margaret (2004): Encylopedia of violence iuniverse iSBNo-595-B1.65- 2-2.

88- Doumic, A. (1957): Enuresis J. Pediatr, pp.257-264.

89- Freud, Sigmund (1905): Fragment of an analysis of case of Hysteria, SE., 7: 1-122.

90- Gerad, M. (1935): Enuresis a study in etiology. Amor. J Dis child, pp. 549-557.

91- Gesell, A. (1953): L'em Boyoloie du comportement Paris, puf.

92- Hallgren, B. (1975): Achinical Genetic Study A Ctap Sychiatry scand, pp. 32: 114.

93- Holiday, Eond Edwin E. Wagner. (1992): Stability of unusual verbalization on the Rorchach for out patients with schizophrenia Journal of clinical Psychology , March, Vol. 48, No. 2.

94- James Drever (1971): A Dictionary of psychology, penguin Reference Books, U.S.A.

95- Jameson, Jeanet Corcaran. (1980): Mother child interaction and its Relation to the Child's social competence (1980): Diss. Abs. Int., Vol. 4, No. 12.

96- Jessie Francis. (1968): Rorschach with children pergman Press.

97- Kreisler, L. (1977): Enuresis, in Encycl, Med. Chir pediartie, 4101,

G95.

98- Mc. Candless, B. R., and Heye, H. (1951): The Relationship of certain Maternal Attitudes, Depondency, and Nerveus Habits in preschool aged children. Amer. Psychologist, 1951, 44, 249-59.

99- National Institute for Health and clinical Excellence (2010): Nocturnal enuresis the management of bedwetting in children and young people, issue date: Oct. 2010, London.

100- Poprp CM, Mangel Soore IK, with MANQm (1969): Mothers of neurotic boys. American Journal of Psycho the No. (23), pp. 283-290.

101- Reynoso Paredes, MD (2010): Case Based pediatrics for Medical Students and Residents, Department of Pediatrics, University of Hwaii A. Burns school of Medicine.

102- Sears, R. R., Maccoby, E. E. and Levin, H. (1957): Patterns of child Researing Evanston, Ill, Row, Peterson and Co., 1957.

103- Snider and Swedo (2012): Definton neuresis, www.wikipedia.org.

104- Stone. J, Malone P. S, Atwill. D., et al, (2008): Symptoms of sleep-disordedbreathing in children with nocturnal enuresis J. Pediatr vral. Jun, 4 (3): 197-202.

105- Wang Q. W, Wen. J. G., Zha. Q.H, et. al (2008): The effect of familial aggression on the children with primary nocturnal enuresis. Neuroural urodyn. Nov. 14.

106- Weathrby G. A., Buller, D. M., McGinnis, K. (2009): The Buller- Mc Ginnis Model of serial- homicidal behavior. An intergrated approach journal of Criminology and criminal justice Research and Education 3: 1.

107- Winnicott D. (1936): Clinical Enuresis, British Medical Journal, May 2nd, 1936, p. 903. the international Journa.