



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة محمد خيضر بسكرة  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس وعلوم التربية  
شعبة علم النفس



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة محمد خيضر بسكرة -  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية -  
قسم علم النفس وعلوم التربية -  
شعبة علم النفس



عنوان المذكرة:

فعالية العلاج الأسري متعدد الأبعاد في اضطراب التبول  
اللاإرادي لدى الأطفال  
- دراسة عيادية 3 حالات بولاية الوادي -

إشراف الأستاذة:  
\* د. عبد العزيز نحوي

إعداد الطالبة:  
\* برناوي فاطمة  
عائشة

السنة الجامعية: 2024/2023م

II

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ  
اللَّهُمَّ عَلِّمْنَا مَا يَنْفَعُنَا وَانْفَعْنَا بِمَا عَلَّمْتَنَا  
وَزِدْنَا عِلْمًا

(الْمَالُ وَالْبَنُونَ زِينَةُ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا ۗ وَالْبَاقِيَاتُ الصَّالِحَاتُ خَيْرٌ عِنْدَ رَبِّكَ ثَوَابًا وَخَيْرٌ أَمَلًا)  
( وَاللَّهُ جَعَلَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا وَجَعَلَ لَكُمْ مِنْ أَزْوَاجِكُمْ بَنِينَ وَحَفَدَةً وَرَزَقَكُمْ مِنَ  
الطَّيِّبَاتِ )

« كَلُّكُمْ رَاعٍ وَكُلُّكُمْ مَسْئُولٌ عَنْ رَعِيَّتِهِ فَالْأَمِيرُ الَّذِي عَلَى النَّاسِ رَاعٍ عَلَيْهِمْ وَهُوَ مَسْئُولٌ  
عَنْهُمْ وَالرَّجُلُ رَاعٍ عَلَى أَهْلِ بَيْتِهِ وَهُوَ مَسْئُولٌ عَنْهُمْ وَالْمَرْأَةُ رَاعِيَةٌ عَلَى بَيْتِ بَعْلِهَا  
وَوَلَدِهِ وَهِيَ مَسْئُولَةٌ عَنْهُمْ وَعَبْدُ الرَّجُلِ رَاعٍ عَلَى بَيْتِ سَيِّدِهِ وَهُوَ مَسْئُولٌ عَنْهُ إِلَّا فَكُلُّكُمْ  
رَاعٍ وَكُلُّكُمْ مَسْئُولٌ عَنْ رَعِيَّتِهِ »

# شكر وتقدير

احمد الله حمدا كثيرا مباركا الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على اشرف خلق الله وإمام المرسلين سيدنا نبينا محمد وعلى اله وصحبه أجمعين ومن اتبعهم بإحسان إلى يوم الدين. الحمد لله الذي وفقني الانجاز وإتمام هذا العمل المتواضع فيطيب لي في هذا المقام أن أتقدم باسمي عبارات الحب وشكر إلى والديا اللذان ضحيا من وتعبا كثيرا من اجلنا خفضهما الله ورعاهما في أطال عمريهما وشفاهما وأمدهما بموفور بالصحة والعافية وأسعدهما الله في الدارين.

فشكرا لكما يا أغلى ما املك في هذا الكون.

كما أتقدم ببالغ الشكر والاحترام إلى كل أخوتي وزوجاتهم وأبنائهم وأخواتي و أزواجهم وأبنائهن كل واحد باسمه إلى أخي علي ومحمد البشير وأخواتي عائشة وبيه ويزه.

كما أتقدم شكري وامتناني لأستاذتي واخص بالذكر مشرفتي الدكتورة عائشة نحوي, الدكتور عدل مرابطي, الى أستاذتي الذين لن أنسى فضلهم أبدا عثمان محمد مسعي, بن عمارة عبد الباسط, قادي مسعود, أستاذة سعاد خينش اشكرها على تشجيعها المستمر لي مرة ذبان, هند غدا يفي إلى من كان دائما في جانبي ومعني زميلي وأخي الأستاذ دركي منجي.

جزاكم الله كل خير على ما فعلتم معي وجعله في ميزان حسناتكم.

الشكر الجزيل إلى كل أصدقائي اللذين تقاسمت معهم حلو أيام الدراسة ومرها وعلى رأسهم مريم نور الدين, سلمى, ناريمان, كريمة وأقول لهن نعم الصدقات انتن بارك الله فيكن وأدام الله صدقتنا للأبد.

# الإهداء

إلى من كلله الله بالهيبة والوقار إلى الحزن الدافئ إلى القلب الحنون  
اهدي إليك أبي عملي يا من كانت نصائحك لي كالدرر التي تضيء  
دربي وأثير به طريقي. يا من أعطاني الأمان والحب باهتمامه بي  
وخوفه علي يا من جاهد و كافح لكي يسعدني ولا يجعل الدمعة تنزل  
على وجنتي إليك يا أبي.

إلى من تملك جنتي تحت قدمها إلى نبع الحنان أمي لا أجد الكلمات  
الكافية التي استطيع أن تصف اهميتكي بالنسبة لي في الحياة، أمي  
الحببية تأكدي لو اني كتبت لك كل عبارات الشكر فلا توجد كلمة توفي  
حقوق علينا ولو جمعت كل القبلات فينبغي ان توضع في مكان واحد  
فقط, فهو رأسك الجليل أنت فقط من يستحق ان نضرب له تعظيم سلام  
وان تقدم لكي كل فروض الولاء والطاعة والاحترام, أقدم لكي خالص  
امتناني وشكري على مجهوداتك الدائمة أقدم لكي عملي ومجهودي,  
حبي, تقديري واحترامي أمي الحببية فهي عبارات نابغة من أعماق  
قلبي, فبرغم ما أريد قوله إلا أنه قليل عن مشاعر حبي لكي فآلاف  
العبارات لا يمكنها وصفك أيتها الأم العظيمة. الى من هم سندي ومن  
لتجيء إليهم وقت ضيمي إخوتي أخواتي حفظكم الله لي وجعلكم منارة  
تضيء دربي.

## ملخص الدراسة بالعربية:

تكمن دراستنا في الدراسة الاستكشافية والتي كانت بعنوان فعالية العلاج الأسري المتعدد الأبعاد في اضطراب التبول اللاإرادي، وتمثلت في تطبيق برنامج علاجي أسري، ويتمثل في العناصر التالية: السيكودراما، من أجل تعزيز التفاعل، وتوكيد الذات لدى الطفل ولعب الأدوار، من أجل كسب الثقة في النفس، وإجراء المقابلة العيادية، وتطبيق اختبار رسم العائلة، للكشف عن إدراك الطفل، نجو عائلته والتعبير على أشياء، لم يكن يستطيع التعبير عنها.

لحظنا أن نتائج هذه الدراسة كانت مختلفة من فرد إلى آخر حسب اهتمام الأسرة وحسب قابلية الأفراد للعلاج إلا أن هذا البرنامج كان من المفروض أن يكون بعد التشخيص المبكر للحالات والأسرة تكون متعاونة مع الأخصائي النفسي حتى يكون هذا البرنامج أنجع ويؤدي فعالية أكبر.

**Abstract:**

This exploratory study aimed to investigate the effectiveness of multidimensional family therapy in treating bedwetting disorder. The study employed a family therapeutic program that incorporated psychodrama, self-affirmation, and role-playing to enhance interaction, promote self-confidence, and reveal the child's awareness and family dynamics. A clinical interview and family drawing test were used to assess the child's awareness, family survival, and expression of repressed emotions.

The results of the study revealed that the effectiveness of the program varied among individuals, influenced by factors such as the family's interest and the individuals' aptitude for treatment. Notably, the program was more effective in cases where the family was highly cooperative and motivated, and where the individuals were willing to engage in the therapeutic process.

**Key words:** bedwetting disorder, multidimensional family, therapy

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
	شكر وتقدير
	الإهداء
	ملخص الدراسة
أ	فهرس المحتويات
د	فهرس الجداول
هـ	فهرس الأشكال
2	مقدمة
<b>الجانب النظري</b>	
<b>الفصل التمهيدي: الإطار العام للإشكالية</b>	
5	1. الإشكالية
6	2. أهداف الدراسة
6	3. أهمية الدراسة
7	4. ضبط المفاهيم والمصطلحات
8	5. الدراسات السابقة
<b>الفصل الأول: التناول النسقي العائلي</b>	
13	1. نبذة تاريخية على التناول النسقي الأسري
14	2. النظريات المفسرة للاتجاه النسقي
<b>الفصل الثاني: العلاج الأسري</b>	
27	1. تاريخية على العلاج الأسري النسقي
27	2. ظهور العلاج الأسري النسقي في الجزائر
28	3. تعريف العلاج الأسري النسقي
30	4. تعريف علاج متعدد الأبعاد
30	5. تعريف العلاج الأسري متعدد الأبعاد
31	6. مبادئ العلاج الأسري النسقي
33	7. أهداف العلاج الأسري النسقي
35	8. مراحل العلاج الأسري النسقي
37	9. أهم النظريات والنماذج المفسرة للعلاج الأسري
<b>الفصل الثالث: التبول اللاإرادي</b>	
46	1. مفهوم التبول لاإرادي
48	2. أنواع التبول للاإرادي
49	3. النظريات المفسرة لتبول اللاإرادي
51	4. أسباب التبول اللاإرادي
54	5. نسبة انتشار التبول اللاإرادي
54	6. تأثير التبول اللاإرادي على الأسرة وعلى الطفل
56	7. التفسير النسقي لتبول الإرادي

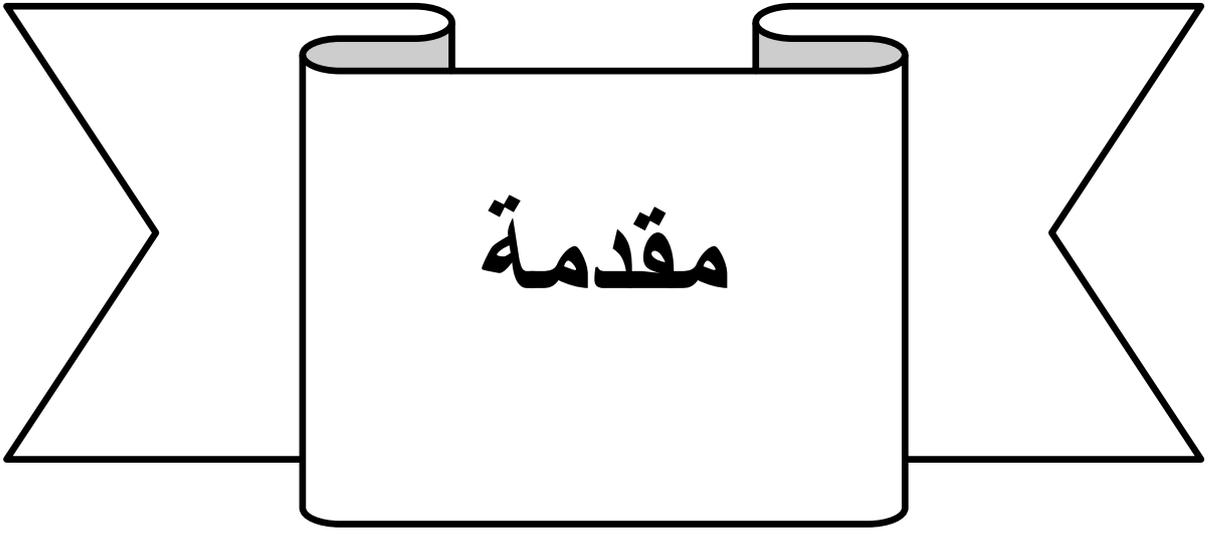
56	8. تعقيب الباحثة على أسباب التبول اللاإرادي
58	9. التنشئة والتربية السليمة لتجنيد الطفل التبول الإرادي والاضطرابات
الفصل الرابع: فاعلية برنامج علاجي وفق منظور توافقي تكاملي لمساعدة أسر المضطربين لعلاج التبول اللاإرادي	
61	1. أهداف البرنامج العلاجي المقترح
61	2. التوجه النظري للمقاربة السلوكية
67	3. التوجه الجشطالتي
67	4. التوجه النظري النسقي
72	5. استراتيجيات الجلسة العلاجية المسرحية
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس: الإطار منهجي للدراسة	
76	1. منهج الدراسة
76	2. الدراسة الاستطلاعية
77	3. كيفية اختيار الحالات
78	4. خصائص الحالات
78	5. الحدود الدراسة
78	6. أساليب وأدوات وتقنيات جمع البيانات
79	7. أدوات وأساليب الدراسة
الفصل السادس: عرض الحالات وتحليل النتائج ومناقشة النتائج	
87	1. عرض الحالات وتحليل ومناقشة النتائج
119	2. المقابلة التقييمية للحالات الثلاثة
122	الخاتمة
123	قائمة المراجع
132	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
35	يبين مراحل العلاج الأسري	01
73	مراحل العلاج التكاملي وأهداف كل مرحلة	02
78	خصائص الحالات	03

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
32	السيرورة التفاعلية للأسرة	01
34	مخطط اهداف العلاج الأسري	02
40	مخطط خطوات العلاج الأسري	03
42	المفاهيم الثمانية الأساسية لبوين	04
51	مستويات المسببة في التبول اللاإرادي	05
94	رسم العائلة الحقيقية للحالة الأولى	06
94	رسم العائلة المتخيلة للحالة الأولى	07
97	رسم مخطط العائلة النووية للحالة الأولى	08
97	رسم مخطط العائلة الممتدة للحالة الأولى	09
104	رسم العائلة الحقيقية للحالة الثانية	10
105	رسم العائلة المتخيلة للحالة الثانية	11
107	رسم مخطط العائلة النووية للحالة الثانية	12
108	رسم مخطط العائلة الممتدة للحالة الثانية	13
115	رسم العائلة الحقيقية للحالة الثالثة	14
115	رسم العائلة المتخيلة للحالة الثالثة	15
118	رسم مخطط العائلة النووية للحالة الثالثة	16
118	رسم مخطط العائلة الممتدة للحالة الثالثة	17



## مقدمة

أجريت العديد من الدراسات في السياق الأسري، في مختلف الاضطرابات، وانتقلت الباحثة موضوع العلاج الأسري لاضطراب التبول اللاإرادي لدى بعض الأسر الجزائرية، لتجرب فعلية العلاج الأسري ومدى تقبله ونتائجه لدى الأسرة في ظل خصوصية المجتمع الجزائري الذي يتصف بالكتمان والتحفظ في حدود البحوث الأثنروبولوجيا والاجتماعية و النفسية للباحثين الجزائريين ( احمد بن نعمان بن عاشور\_ محفوظ بو سبسي و أخيرا مصطفى بوتشونفت).

وعليه تم تقسيم الدراسة الحالية الى جانبين: الجانب النظري والجانب التطبيقي. ويتمن الجانب النظري أربع فصول بالإضافة الى فصل الجلسات علاجية متكاملة وهم كالتالي:

- (1) **الفصل الأول:** وهو الإطار العام للإشكالية أي (الفصل التمهيدي) تطرقت فيه الى الإشكالية، الأهداف، الأهمية، تحديد المصطلحات، و أخيرا الى الفرضيات المقترحة.
- (2) **الفصل الثاني:** تناولنا فيه السند النظري للدراسة و المتمثل في تناول النسقي و فيه قدمنا نبذة تاريخية على النسق، تعريفات، النظريات المفسرة لنسق الأسري، السبرانية، الأنساق العامة، الاتصال، مفهوم النسق، مبادئ النسق الأسري التي تأسس عليها الاهتمام بالنسق الاجتماعي عامة و النسق الأسري خاصة المفتوحة والمغلقة، خصائص النسق الأسري،
- (3) **الفصل الثالث:** يخص التبول اللاإرادي قمنا بالتعريف وإعطاء أسباب التبول اللاإرادي كذلك قدمنا نسبة الانتشار و تأثير التبول اللاإرادي سوءا على نفسية أسرة المتبول أو الفرد المتبول في حد ذاته وفي الأخير كيف كان التفسير النسقي على حالات التبول اللاإرادي و تعقيب الباحثة على التبول الإرادي من المنظور النسقي.
- (4) **الفصل الرابع:** و نختم الجانب النظري بالحديث على العلاج الأسري النسقي، حيث تطرقنا الى بدايات العلاج الأسري النسقي، ظهور العلاج الأسري النسقي في الجزائر، تعريفه، أهدافه و مراحل و ختمنا بالعلاج النسقي و التبول اللاإرادي.

# الجانب النظري

# الفصل التمهيدي: الإطار العام للإشكالية

## 1. الإشكالية:

تعتبر ظاهرة التبول اللاإرادي عند الأطفال ظاهرة عادية دون ستة سنوات تعود لعوامل نفسية فيزيولوجية اجتماعية. ويعد عمل الأسرة ووظيفتها الأساسية تربية النشاء في مختلف المراحل العمرية من خلال تشكيل شخصيته واكتسابه الأنماط و السلوكيات الايجابية و المقبولة والتي تتوافق ومبادئ ومعايير التربية المباشرة والغير مباشرة وعملية التعلم للسلوك الإنساني كعملية النظافة وضبط عملية التبول والإخراج الذي عادة ما يكون في سن مبكرة في سن السنتين.

وبما أن الطفل فرد يتفاعل في نسق اسري يؤثر ويتأثر بأفراد عائلته ولذا يكون هناك تأثير كبير واحتواء للاضطرابات و خاصة منها اضطراب التبول اللاإرادي, الذي يعد من مواضيع الاضطرابات السلوكية للأطفال وأساليب العلاج.

ويعد اضطراب التبول اللاإرادي من أكثر الاضطرابات شيوعا لدى الأطفال و المراهقين وهي ظاهرة مرضية تسبب الانزعاج لكل النسق الأسري، و يلاحظ بكثرة في المجتمعات ذات المستوى الاجتماعي و الاقتصادي المنخفض، و الأسر الأقل تعلما و حضارة وهذا ما أشارت إليه الكثير من الأبحاث العلمية في هذا الصدد. (عبد الله، 2005).

أن العلاقة بين الطفل المتبول و الوالدين قد تكون مضطربة بسبب هذا الاضطراب. فمن المعروف أن الأسلوب الذي تتبعه الأسرة في تنشئة الطفل له دور كبير في نموه, من جميع النواحي فالأساليب السوية المتبعة في التربية المتمثلة في الود, و الحنان, و الحب, و الديمقراطية التي ترتبط بها حياة الطفل الايجابية و ينمو في ظلها الشعور بالأمان النفسي, و الثقة بالنفس, و القدرة على التوافق مع الذات, من جهة و مع العلاقات الاجتماعية من جهة أخرى, في حين أن أنماط التنشئة السلبية المتمثلة في اعتماد الضغط النفسي والتشدد والضغط والتسلط واللوم والقسوة والإهمال والحماية الزائدة ترتبط مع الخصائص السلبية للطفل, ومع سوء التوافق النفسي و تكوين مفهوم الذات و الضمير لديه و يؤدي الى اضطراب الأبناء و انخفاض مستوى شعورهم بالأمان و الثقة بالنفس و التوافق في علاقاتهم الاجتماعية (محمد الشيخ، 2010، ص 17). إذا فالنسق الأسري يتميز بالضغط الذاتي، كما نعتبر الاستقرار والتطور مفهوميين ضروريين لبقائه ففي غالب الأحيان تكون مشكلات الأبناء ما هي إلا إنتاج لمشكلات واضطرابات أسرية ككل، ونجد أن الأفراد المتفاعلين داخل النسق الأسري هو الطفل وهنا يعتبر جزءا من العلاقات الأسرية. ومنه نطرح التساؤل التالي:

ما مدى فعالية و نجاعة العلاج الأسري لتبول اللاإرادي في الأسرة الجزائرية؟

ومنه نتفرع التساؤلات التالية:

- هل يعاني الطفل المتبول لا إراديا من اضطرابات و بالتالي اضطراب في النسق الأسري؟
- وهل يؤثر الأداء الوظيفي للنسق العائلي على الطفل الذي يعاني من التبول لا إراديا؟

- هل يؤدي العلاج أنسقي الى تحسين العلاقات المضطربة الأخرى بين الأطفال المتبولين الأسرة؟
- هل العلاج الأسري المتعدد يؤدي الى تحسين العلاقة بين الطفل المتبول لا إراديا و بقية أفراد الأسرة؟
- هل يؤدي العلاج الأسري المتعدد الى التخفيف من حدة الاضطراب النفسي لدى الطفل المتبول لا إراديا؟

### 2. أهداف الدراسة:

- تسعى هذه الدراسة لتحقيق الأهداف التالية:
- مدى نجاح تجربة فاعلية التدخل أنسقي لعلاج التبول اللاإرادي في المراحل المتأخرة من الطفولة والمراهقة.

### 3. أهمية الدراسة:

- تتجلى أهمية هذه الدراسة في الربط بين العلاج الأسري أنسقي ومدى فعالية البرنامج في علاج التبول اللاإرادي.

### 4. ضبط المفاهيم والمصطلحات:

وكانت كالتالي:

#### 1.4. تعريف النسق الأسري:

اصطلاحا:

عرف "جاي هالي" (Jay Halley) النسق الأسري على أنه يعد من بيئة الإنسان المعقدة في عناصره، وهو النسق الحي المعقد، انه جدير على ضبط الذات، و يعتبر الاستقرار و التغيير مفهومين ضروريين لبقاء النسق الأسري، فالاستقرار ضروري من حيث إصابة الأهداف كتشكيل الزوجين و الأولاد وتحويل الأجيال. (Jay Halley، 1993، ص47)

ومنه فان العلاج أنسقي مطلوب لعلاج الاضطرابات السلوكية عامة واضطراب التبول اللاإرادي كمتغير خاص بدراستنا

#### 2.4. الاضطراب التبول الإرادي:

عرفه "بقين زبور" بأنه تبول يحدث دون إرادة الطفل بشكل متكررا أو متقطع بعد سن التحكم في التبول وذلك أثناء النوم (محمود السيد، 1996).

عرفه "ميشو Michaux" (1957) بأنه إصدار لا إرادي للبول عند الأطفال الذين سنهم (4) سنوات. كسن اكتساب معظم الأطفال للنظافة.

عرفه أجير وجير "AJURI GUERA" (1975) بأنه النقص في ضبط إصدار البول يكون أما ليلي أو نهاري لا إراديا و يلاحظ خاصة بعد اجتياز سن النضج الفسيولوجي أي ثلاثة (03)سنوات (أجير وجير)(1957).

## 5. الدراسات السابقة:

### 1.5. الدراسات العربية:

#### 1) دراسة جرادة علاء إبراهيم (2012).

هذه الدراسة تحت عنوان **بعض حالات التبول اللاإرادي لدى الأطفال** (دراسة في التدخل الإرشادي) وترجع أهميتها الى مساعدة الأطفال في إعادة التوازن النفسي والاجتماعي من خلال استخدام الباحث آليات وفنيات التدخل الإرشادي ومن خلال انتقاء الباحث لبعض التمارين والأنشطة و تطبيقها على الأطفال و أسرهم، و تتكون عينة الدراسة من (12) حالة منهم (6) من الذكور و (6) من الإناث من الأطفال المسجونين في جمعية مركز الإرشاد التربوي بشمال غزة من الفئة العمرية من (8 الى 12 سنة). (جرادة، 2012)

#### 2) دراسة سلمى المصري دملج (2001):

الدراسة المعنونة **بالتبول اللاإرادي طريقة علاجية تكاملية التربية**، تهدف الدراسة الى علاج التبول اللاإرادي بطريقة متكاملة و اشتملت على العلاج بالدواء و العلاج النفسي، حيث تكونت عينة الدراسة من (100) طفل (50) من ذكور و (50) من الإناث و تمثلت أدوات الدراسة في الفحص الطبي الشامل لاستبعاد المشاكل العضوية كما شمل العلاج بالأدوية تعويد الطفل على الاحتفاظ بالبول لمدة طويلة و كذلك منع الطفل من شرب السوائل قبل النوم بثلاثة ساعات و الذهاب الى المرحاض قبل النوم، وكذلك ايقاض الطفل ليلا لإفراغ المثانة مع استمارة الليالي النظيفة و الإرشاد النفسي.

حيث أظهرت النتائج أن 89% من الأطفال الذكور والإناث قد تحسّنوا كما ظهرت النتائج أن 11% من الأطفال لم يتحسنوا وذلك بسبب الصراعات النفسية والعائلية و بعد تطبيق العلاج السلوكي وصلت نسبة التحسن الى 98% بين الذكور والإناث. (دملج، 2001)

#### 3) دراسة صالح فؤاد محمد الشعراوي:

وكانت الدراسة بعنوان: **كفاءة العلاج المعرفي \_ السلوكي للتبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال والمراهقين البوالين** (دراسة تجريبية) وتكونت عينة الدراسة من (11) من الأطفال والمراهقين البوالين في مراحل مختلفة (الابتدائي - إعدادي - والثانوي) و قد استخدم الباحث الأدوات التالية: مقابلة التخطيط للعلاج المعرفي السلوكي لحالات التبول اللاإرادي، السجل اليومي لتقييم الحالة وتحديد المكاسب والخسارة، استمارة المساندة الأسرية و البرنامج المعرفي \_ السلوكي وهدف البرنامج: الى إرساء تعلم الحالات على الاحتفاظ بالبول وإراقته في الحمام ليلا و زيادة السعة الوظيفية للمثانة للاحتفاظ بالبول نهارا وإرساء تعلم الاستيقاظ ليلا لاعتماد على النفس. (الشعراوي)

2.5. الدراسات الأجنبية:

(1) دراسة أوج و آخرون: Oge (2001).

موضوع الدراسة: العوامل المرتبطة بالتبول اللاإرادي لدى الأطفال الأتراك، هدفت الدراسة الى معرفة العوامل المرتبطة بالتبول اللاإرادي وكانت عينة الدراسة قد احتوت على 2300 طفل من الفئة العمرية 4 سنوات الى 12 سنة، أما الأدوات فكانت استبيان ودراسة الحالة للوالدين، فانت النتائج على النحو التالي: كشفت الدراسة على شيوع التبول الليلي الإرادي لدى الذكور اكثر منه لدى الإناث، كما أظهرت الدراسة أن هناك علاقة بين التبول اللاإرادي و حجم الأسرة، والتاريخ الأسري للتبول، والمستوى الاقتصادي، و الاجتماعي للأسرة، وكذلك هناك بعض مشاكل التبول فيما يتعلق بالتاريخ الأسري فقد أشارت الدراسة الى أن هناك 40،7 من حجم العائلة كان لديهم تاريخ اسري للتبول مقابل 9،5 لم يكن لديهم تاريخ أسري للتبول، كما أشارت النتائج الى وجود 11،6 تبول لليلي و 5،8 تبول نهاري لا إرادي.

(2) دراسة فيرا وآخرون (2011)، (Fera et al).

عنوان الدراسة: السيموبرسين desmopressin مقابل التعديل السلوكي كمعالجة اولية للتبول اللاإرادي الليلي الاساسي. \_ اهداف الدراسة: هدفت الدراسة الى المقارنة بين فعالية العلاج الدوائي السيموبرسين بالتدخل السلوكي كمعالجة اولية للتبول اللاإرادي الليلي الاساسي. عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 30 طفل تتراوح اعمارهم بين 7 الى 12 سنة تم تقسيمهم بطريقة : المجموعة الاولى تكونت من 15 طفل وتلقت علاج دوائي السيموبرسين. المجموعة الثانية تكونت من 15 طفل و تلقت برنامج علاجي سلوكي يتضمن عدد من التقنيات وهي ( حماية غذائية، تحديد السوائل، تنظيم سلوك التبول النهاري، الافراغ المضاعف، الساعة المنبهة، تمارين القاع الحوضي، التعديلات البيئية، تغيير اتجاهات الاباء نحو الاطفال المتبولين لا اراديا)، ادوات الدراسة: تكونت ادوات الدراسة من: \_ تقرير من قبل الآباء عن معدل تكرار التبول اللاإرادي الليلي الاساسي.

\_ برنامج العلاج الدوائي.

\_ برنامج العلاجي السلوكي. نتائج الدراسة: اشارت نتائج الدراسة الى تساوي فاعلية العلاج الطبي مع التدخلات السلوكية، حيث كانت نسبة التحسن في مجموعة العلاج الدوائي (34,3%) اما نسبة التحسن في التدخلات السلوكية بلغت نسبت (47,4%) و بالتالي لم يكن هناك فرق ذو دلالة.

(2) دراسة ماكينز (Mekcenzy, 2013) نيزولندا:

عنوان الدراسة: فعالية تدريب الاحتفاظ و جرس الانذار على التبول اللاإرادي الليلي و تأثير العزو على النتائج العلاجية. اهداف الدراسة: دراسة فعالية تدريب الاحتفاظ، و جرس الانذار اذا كان ضروري كعلاج للتبول اللاإرادي الليلي الاساسي. \_ اكتشاف تأثير عزو الاطفال لطريقة العلاج المستخدمة على النتيجة العلاجية. عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من ( 9 ) اطفال مع الاشخاص القائمين على رعايتهم ممن يعانون

من اضطراب التبول اللاإرادي الاساسي تراوحت اعمارهم بين (7 الى 12) سنة (5) ذكور و (1) اناث تسرب طفل واحد من الدراسة و بقي (5) اطفال (4) ذكور و (1) اناث \_ ادوات الدراسة: تكونت ادوات الدراسة من: 1 خط اساسي متعدد من تصميم الاطفال المشاركين ( معدل تكرار التبول اللاإرادي الليلي الاساسي) لتحديد تأثير التدخل العلاجي و ذلك. (2) قياس سعة المثانة الوظيفي. (3) برنامج تدريب الاحتفاظ. (4) برنامج جرس الانذار مع تدريب الاحتفاظ. (5) مقابلة خاصة بعزو النتيجة العلاجية ( تم تنفيذها مع بداية العلاج وخلال العلاج و نهاية العلاج). \_ نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة ان تدريب الاحتفاظ كان فعال في معالجة التبول اللاإرادي الليلي 1/6 من الاطفال, (4) اطفال طهر لديهم نقص بعدد الليالي التبول اللاإرادي, اما فعالية جرس الانذار فكانت 3/5 اطفال. بالنسبة لعزو النتيجة العلاجية فقد وجدت المقابلة مع (5) اطفال بأن تدريب الاحتفاظ هو الذي ساعدهم لإنجاز الجفاف الكامل او الخفض من حجم البول الذي يفرغ اثناء النوم.

# الفصل الأول التناول النسقي العائلي

سنتناول في هذا الفصل تناول أنسقي.

يعد ظهور نظرية الأنساق رد فعل على النظرية التقليدية الكلاسيكية أو التحليلية أو الوضعية التي استند إليها الكثير من تفكيرنا، تفترض هذه النظرة التقليدية إن العالم يعمل بنفس الطريقة التي تعمل بها المكنة، و أن كل جزء يعمل داخل هذا الهيكل بطريقة معينة لتحقيق نتيجة، وتفترض كذلك إن كل عمل يرتبط بنموذج متوازن و مترابط للتأثير والسببية الخطية، و تركز النظرة الكلاسيكية للعالم على ما يمكن ملاحظته، وتصر على إن المعرفة الصالحة الوحيدة هي التي تم اكتسابها من خلال الحواس، وتتضمن مبادئ هذه النظرة التركيز على الأشياء بشكل منفصل و ملاحظة، و الاعتقاد بأن التطور الطبيعي دون عوائق سيحقق تقدماً دائماً، و إن هذا التقدم تزايدى وخطي. (عايش، 2021، ص6).

و تعد الأسرة نسقا اجتماعيا للعلاقات الأسرية، وهي أول مؤسسة يترعرع فيها الفرد، وتتولى تربية النشأ منذ ولادته الى مراحل عمره المختلفة من خلال تزويده بالقيم و المعتقدات السليمة كما لها الفضل في إعداد الفرد إعدادا كاملا بالاهتمام بنموه وتشكيل شخصيته و إكسابه الأنماط السلوكي الايجابية و المقبولة والتي تتوافق و المبادئ و معايير المجتمع.

فالأسرة هي المؤسسة - ربما الوحيدة - التي ينتمي إليها الفرد ويكون على استعداد للتضحية بكل ما يملك من جهد أو وقت أو مال أو خبرة في سبيلها وفي سبيل أفرادها، كذلك فإن الأسرة تبادل أي عضو فيها هذا الاستعداد للتضحية أيضا. و هكذا تتم العلاقات بين أفراد الأسرة بالعمق و الحساسية الشديدين على نحو يختلف عما يحدث في أي سياق آخر.

ومن هنا كان تأثير الأسرة خطير على تكوين شخصية الفرد، فهي الجماعة الأولية التي تنمو في أحضانها شخصية الفرد في سنوات حياته الباكرة و الحاسمة، و هي الجماعة الأولية التي تعلمه الاتجاهات التي تتحكم فيما يتعلمه من المؤسسات الأخرى الى حد بعيد. و قد أصبح هذا التأثير الحاسم للأسرة على شخصية الفرد (كفاي، 1999، ب ص).

### 1. نبذة تاريخية على تناول أنسقي الأسري:

يعتبر معهد الأبحاث النفسية (MRI)، (Mental Research Institut) بالوالتو، (Palo alto)، بكاليفورنيا أول منطلق للتنظير أنسقي، إذا جمع هذا المعهد عددا من الباحثين والمعالجين النفسانيين منهم برتالفتي "Iudwiyron Bertalanffy: هو باحث بيولوجي تأثر بالنظرية الجشطاطنية فحاول تفسير الظواهر الملاحظة و نادى بالتنظير الجديد باسم النظرية العامة للأنساق، يرى ان الكل هو مجموع الأجزاء التي تكونه، وهناك "باتسون" (Grgory Batson) اذ له دور فعال في إدارة (MRI) ما بين 1949-1962 وهو من أسس النظرية البراغماتية للاتصال ( La théorie Pragmatique de la )

(Communication), وذلك من خلال الخبرة التي أخذها من خلال تعمقه في ميدان الانثروبولوجيا. (هجيرة مغربي، 2014، ص 38)

وكانت بدايات العلاج الأسري النسقي بفضل الإسهامات الأولى لمعهد البحث العقلي Mental (MRI) Research Institute بمدينة "باولو التو" "Palo Alto" بمقاطعة كاليفورنيا الأمريكية، وكان ظهور هذا المعهد كثمرة لاجتماع بمجموعة من المعالجين و الباحثين أمثال "باتسون" (1949-1962) و جاكسون (1954-1968) الذي يعد من بين مساهمي (MRI) خاصة من بداية 1654 بفضل خبرته الكبيرة في الميدان الإكلينيكي، إذ أعطى نفس جديد للمعهد حتى سنة 1968 و "فرجينيا" و "بوين" والذين كانوا متعددي التخصصات، ( علم النفس التحليلي، البيولوجيا، الانثروبولوجيا، السلوكية و المعرفية، نظريات الاتصال.....)، حيث اتفقوا على إنشاء هيئة علمية تبحث وتدرس خصائص النسق الإنساني، ومن هنا تم الاتفاق بالإجماع على وضع معهد للبحث العقلي (MRI)، تحت إدارة العالم الأمريكي "غري غوري باتسون، Geégory Bateson" خلال السنوات ما بين (1962-1969) حيث بدأت البحوث الأولى حول نظام التواصل في المجمعات الأسرية (حاج سليمان، 2017، ص 29). اهتم "جاكسون" بمصطلحين هما الأنساق (Systemique) والاتصال (Cybernetique) ثم استعمل مصطلح اتزان الأسرة (Homéostasie familiale) و هذا ما نادى به "هالي" (Hall) أيضا في عام 1959. (P36، 1988، Nacerdione، Mamardjia)

## 2. النظريات المفسرة للاتجاه النسقي:

### 1.2. النظرية السبرانية (La théorie de la cybernétique):

وهي علم مركب من مجموع النظريات متعلقة بالاتصالات وتعديل الكائن الحي والآلات ويعبر "N.wiener" أب السبرانية الذي أدرك في (1940) من خلال عمله في ضبط آلات القيادة الأوتوماتيكية والمدافع الهوائية وذلك خلال الحرب العالمية الثانية، أدرك ذلك التماثل ما بين الأجهزة الميكانيكية والجهاز العصبي للإنسان فيما يخص مثلا تنقل المعلومات في حلقة مغلقة (Heril، 1995، ص 20).

و هو ما يعرف بالتغذية المرتجعة (Fee back ou retroaction) التي من خلالها تعمل الآلة على تقييم نتائج أفعالها وتصحيح أدائها المستقبلي باستخدامها لقدرتها الماضية.

في هذه الحالة أصبحت السببية الخطية (Linéaire) (الموجهة من السبب إلى الأثر) غير صالحة، لأن كل اثر له تأثير ارتجاعي على سببه و بطريقة أخرى يصبح هو الآخر السبب هذا ما فتح المجال لبروز مصطلح السببية الدائرية (Causalité Circulaire).

أو بدقة اكثر السياق الدائري للتفاعلات، الذي على إثره فقدت مفاهيم السبب و الأثر أهميتها عند تحليل بنية التفاعلات (Rougeul، 2003، ص 06). هذا يعني أن أفراد العائلة يعتبرون كعناصر لحلقة من التفاعلات، الذين لديهم أي سلطة الأحادية الاتجاه على مجموع النسق، ولكن سلوك فرد من العائلة يؤثر حتما على سلوك الآخرين، غير انه، من خطأ الاستمولوجي اعتبار سلوك الآخرين هذا لأنه كل فرد يؤثر على الآخرين ولكنه أيضا يتأثر بهم (Selvini et al، 1994، p14)

## 2.2. النظرية العامة للأنساق:

أسس بيرتالانفي [ Bertalanffy 1091-1051 نظرية الأنساق العامة، وقد كان عمله] الأصلي في نظرية الأنساق العضوية، حيث درس التوازن، organismic system، theory الديناميكي الحراري للحالة الثابتة في الكائنات الحية، وبلغت أبحاثه ذروتها في فكرة نظرية الأنساق العامة حيث يقول: إن الاعتبارات الأساسية للمبادئ العامة بغض النظر عن نوع العلاقات أو القوى بين المكونات تؤدي إلى مفهوم "نظرية الأنساق العامة" كعقيدة علمية جديدة

تهتم بالمبادئ التي تنطبق على الأنظمة بشكل عام، واستمر "بيرتالانفي" في تبني نظرية الأنساق العامة، وفي عام 1001 أسس هو وزملاؤه "كينيث بولدينغ"، و "أناتول رابورت"،

and Kenneth Boulding، Anatol Rapoport، Ralph Gerard، و رلف جي ا رد Society for General Systems Research جمعية أبحاث الأنساق العامة founded

وكانت أهداف الجمعية المدرجة في نظامها الأساسي كما يلي: (SGSR)

1-دراسة تباين المفاهيم والقوانين والنماذج في مختلف المجالات والمساهمة في عمليات نقل مفيدة من مجال إلى آخر.

1-تشجيع تطوير نماذج نظرية كافية في المجالات التي تفتقر إليها.

3-تعزيز وحدة العلوم من خلال تحسين التواصل بين المتخصصين.

إن القبول العالمي ومتعدد الاختصاصات لنظرية الأنساق العامة كما توخاه المؤسسون لم يبرز بالتأكيد، وقد يرجع هذا إلى أنها لم تقدم بنية لنظرية النظم أو البديهيات الداعمة والاقتراحات المطلوبة لتوضيح وتطبيق النظرية

## - مفهوم النسق

بالنسبة ل (بارتالونفي، V Bertalanffy) فالنسق هو مجموعة العناصر المتدخلة فيما بينها، أي أنها ترتبط فيما بينها بعلاقات حيث إذا تغير احد هذه العناصر أدى الى تغير العناصر الأخرى (اومليلي، 2010، ص 44).فكرة النسق عند بارتالونفي تتأسس على فكرة أن الكل لا يمكن فهمه الأمن خلال دراسة أجزائه في علاقتها بعضها ببعض و في علاقتها بالعملية الكلية للأداء.

إذن فالفكرة الأساسية في مفهوم النسق هو أن ما يهم هو العلاقة (la yelation) الموجودة بين العناصر في حد ذاتها. إذن فالعلاقة هي التي تحافظ على الكل ضمن أي نسق (P120،P 1972،J،watslawick).

### تعريف الأسرة:

ينبثق مصطلح العائلة اللاتينية "Familia" والذي يأتي هو الآخر من كلمة "Famulus" التي تعني "الخادم أو الجير". وقد وضع الباحثون تعريفات عديدة للأسرة، منها تعريف Robert العام بأن العائلة هي: "مجموع الأشخاص المرتبطين بالزواج والنسب واستثنائيا بالتبني.

قد اختلف الباحثون في مجال العلوم الاجتماعية و النفسية في تعريفه إلا أن هناك شبه اتفاق على مصطلح العائلة أو الأسرة حيث يتضمن كل منهما الزوج و الزوجة و الأطفال.

و يعرف (بوجاردوس Bogardus) الأسرة بأنها جماعة اجتماعية صغيرة تتكون عادة من الأب و الأم و واحد أو أكثر من الأطفال، يتبادلون الحب و يتقاسمون المسؤولية و تقوم بتربية الأطفال، يتبادلون الحب و يتقاسمون المسؤولية و تقوم بتربية الأطفال، حتى تمكنهم من القيام بتوجيههم وضبطهم ليصبحوا اشخصا يتصرفون بطريقة اجتماعية.

و يرى نمكوف (Nimkoff) أن الأسرة تتكون من الزوج و الزوجة و الأطفال أو من غير الأطفال، وقد تتمتع بصفة الديمومة والبقاء و تتكون من الزوج و الأطفال أو الزوجة و الأطفال، وذلك في حالة الطلاق أو الوفاة.

و يقدم "اوجبرن" تعريفا آخر للأسرة بأنها علاقة مستمرة و دائمة بين الزوج و الزوجة، بغض النظر عن وجود أولاد لهم، و تعد الناحية الجنسية من أهم مميزاتها و قد تتضمن الأسرة أفرادا آخرين غير الزوجين و الأولاد ينتمون إليهم بصلة قرابة، و في هذه الحالة تكون الوحدة المكونة في البيت (Household) و ليس الأسرة. (احمد محمد، 1996، ص 23 24).

### - تعريف النسق الأسري:

عرفه "Jakob" النسق هو مجموعة من العناصر والعلاقات تربط بين العلاقات ومميزاتها. (Jakob, 2002, p12)

ويعرف كذلك على انه يتكون من أجزاء متماسكة لا تختلف عن بعضها البعض، ويبقى على توازنه الحيوي، و يتعامل مع المحيط عن طريق التغذية الرجعية.

بما أن الأسرة تتكون من مجموعات أنساق، فهناك علاقة واضحة بين النسق الذي يعتبر مجموعة من العناصر المتفاعلة فيما بينها والأسرة التي تضم كذلك مجموعة من الأفراد ويعبر كل فرد عن عنصر مختلف عن الآخر وترتبط بينهم مجموعة من العلاقات وهذا الربط هو ما يسمى بالنسق، وبالتالي يمكننا التحدث عن العلاج الأسري. (آيات حبوش، 2014، ص 104).

### أنواع النسق:

يمكن التمييز ما بين نوعين مختلفين من الأنساق حسب صلتها بالمحيط:

(1) الأنساق المغلقة: تتسم بصلاية العضوية، و يعود استقرارها الى حالة من التوازن المسيطرة (09،P،Benoir;1995)، هي منعزلة عن المحيط، يمكن أن يتعلق الأمر بالأنساق النظرية كأنساق المعدلات أو تلك المتعلقة بالفيزياء و الكيمياء، و هناك قوانين الديناميكية الحرارية لا تطبق إلا على هذا النوع من الأنساق المغلقة (P 11،2003،Rougeul).

(2) الأنساق المنفتحة: هي تبادل مستمر مع المحيط فيما يخص الطاقة و المعلومات و من بين هذه الأنساق نذكر: الأنساق الحية التي لها صفة التطور مع الزمن من الميلاد الى الوفاة من خلال مراحل التي تشكل ما يعرف بدورة الحياة.

(3) **خصائص الأنساق المنفتحة:** الأنساق الإنسانية خاصة العائلية تعتبر كأنساق الاتصالات المنفتحة خاضعة لمجموعة من القواعد أو الى بعض القوانين الملازمة لمفهوم الانفتاح وهي: **أ - مبدأ الكلية: (Totalité)**

إن الروابط التي تنظم عناصر النسق هي متقاربة لدرجة انه أي تغيير لأحد عناصرها يحدث تغيير في العناصر الأخرى و لكن النسق، بمعنى آخر النسق ليس فقط مجموع عناصر مستقلة، و إنما يشكل كلا متكامل و غير مرئي. (P 123،1972، al، watzlawick).

### ب - مجموع الأجزاء:

ان أي نسق هو مجموع يحتوي على أجزاء مختلفة، بصفة عامة نستطيع القول بأن أي نسق يحتوي على انساق فرعية أخرى، كما انه محتوى ضمن انساق أخرى أوسع منه، فالأسرة مثلا تحتوي على انساق فرعية كالنسق الوالدي، نسق الأطفال، نسق الذكور و الإناث أو نسق الكبار و الصغار، كما أن هذه الأسرة تسبح في انساق اكبر منها كنسق الأجداد، نسق الأعمام.... الخ

### ج - التماثل (isomorphisme):

إن مسألة التماثل في الأنساق يوضحها "كوندي" (cuendi) في دراسته حول المقاربة النسقية، فهو يرى بأن هذه المقاربة لا تنحصر في أنماط واحدة من التنظيمات، حيث يقول فكل ما تعلق بشيء بكائن حي، بمجتمع..... الخ أو بأي شيء مربوط بعلاقات مع أشياء أخرى يمكن أن يشكل نسقا، إذن فالتماثل يعني التشابه (analogie) في الأشكال، فمثلا النسق الأسري، و النسق الخلوي (في الخلية).

د - الارتجاعية (La rétroaction):

إذا كانت عناصر أي نسق لا تنتظم بطريقة جمعية (جمع) أو خطية إذن فالطريقة الواحدة التي تنتظم عناصرها أي نسق هي الدائري، إذن فقDOM السيرانيا طبقا و الدائرية، جعل البحث في الظواهر يكون أكثر تعقدا ويكون الأمر أكثر من مسألة السبب و النتيجة إذن فالمسألة ليست مسألة بسبب ونتيجة، فإن فرضنا مثلا إن: أ - هو سبب حدوث - ب - فحدث ب - بالضرورة يترك اثر على - أ - و الذي سيؤثر بدوره على عناصر أخرى - ج - مثلا و هكذا فالعناصر داخل النسق تؤثر و تتأثر في تفاعل دائري ارتجاعي، حيث لا يمكن تفريق السبب عن النتيجة و إنما يصبح المهم هنا هو معرفة الموجودة بين عناصر هذا النسق، إذن فدراسة السيرورة التفاعلية داخل النسق تكون أهم من دراسة الأسباب أو النتائج.

هـ - التعديل الذاتي (التوازن الحيوي و التغيير): (Lautorégulation):

أن الأنظمة تميل في مرات الى التغيير وفي مرات الى الاستقرار، بحيث إن هذه اللعبة (التغيير والاستقرار) تحافظ على النسق في حالة اتزان غير مستقر ولكن مؤقتا مما يضمن إمكانية التطور و العيش.

كما إن التوازن الحيوي Homéostas هو عبارة عن آلية للتعديل الذاتي و التي تهتم بالمحافظة على ما هو موجود كالدفاع ضد كل ما يهدد استقرار النسق، إذن فالهدف هو الحفاظ على استقرار النسق وضبطه داخل نطاق الحدود المطلوبة، عندما يحدث شيء خارج نطاق المدى المقبول للنسق.

ي - قانون المحصلة الواحدة (la loi de l'equifitinié):

يقصد بها أن نفس الأسباب لا تؤدي الى نفس التأثيرات، فلا يمكن أن يكون لنفس السياقات السببية نفس التأثيرات فقد ينشأ اضطراب غذائي ما من سياقات مختلفة و بالتالي فإن فرضيات أو التخمينات الخطية و السببية ليست فعالة.

- قواعد النسق: الأسرة نسق تحكمه قواعد تنظيم العلاقات بين أفرادها و تحديد ما هو منتظر من كل واحد منها و تتمثل هذه القواعد في ما يلي:

- وجود تفاعل في الأسرة يسير وفق أنماط و قوانين أو قواعد معينة ثابتة يسعى الزوجين الى تحقيقها.

- وضع حدود للحقوق و الواجبات لكل من الزوجان و اعتمادها على المعاملة بالمثل في الزواج.

- وجود قواعد سير السلوك و أفراد الأسرة و تحديد أساليب التفاعل و التعامل داخل الأسرة بمعنى القواعد تكون واضحة.

- العمل على إبقاء العلاقات الأسرية لأنها دوام الأسرة.

- الالتزام يشير الى الثبات أو التوازن بين الحاجة الى التغيير و الحاجة الى ضبط التغيير من أجل بقاء و الحفاظ على سلامة النسق (كفافي، 1999، ص 107).

### 3.2. نظرية الاتصال:

لا يمكننا دراسة الاتصالات دون ذكر طاقم MRI (معهد البحوث العقلية) لـ "Palo Alto" الذي قام بوضع هذا التحليل في مركز البحوث بالطب العقلي و هو طاقم متعدد التخصصات جمع تحت رئاسة (Bateson،G) ذو التكوين الانثروبولوجي، (Weakland،J) مهندس بالكيمياء مؤطر الانثروبولوجيا، و السيكاتران (D;Jackson،D،fry،W)، بالإضافة الى الفيلسوف اللغوي و النفساني (Watzlawick،P) وان مصطلح الاتصال يتعلق خصوصا بالأنساق المفتوحة التي تشكل الأنساق الإنسانية، لان التفاعلات التي تنظم عناصر هذه الأنساق هي الاتصالات (Rougeul،2003،P،21).

#### - تعريف الاتصال وعناصره:

تعود نظرية الإعلام والاتصالات الى أعمال Shannon مختص أمريكي بالمواصلة السياقية " وكذلك الى Wiener " مؤسس السيبرانية" واصل كلمة "اتصال" لاتيني "Communicar" التي تعني الاشتراك مع الغير، لكن أيضا، الوجود في علاقة. و منذ نهاية القرن 19، أخذت كلمة اتصال المعنى الشائع الى يومنا هذا و هو نقل "Transmettre" ( خبرا، حدث، مرض)، إلا أن النظريات الحديثة تعتبر هذا كفعل (acte) في حين الخبر هو حاصل (Produit)(Salem،2005،P 43).

و عليه مصطلح الاتصال - بالتوسع - لا يتم حصره فقط في الكلام، لكن بمعنى اكبر السلوك، هذا الأخير يجمع الكلمات و الجمل و ملازمات الغير لفظية، الإيماءات، الحركات الوضعية،... الخ، بمعنى آخر هو كل ما يسمح بإثراء الخبر (Albernh،2000،P37).

كما يعرفه Shannon: الاتصال و يحدد عناصره من خلال تشبيهه بالاتصال الهاتفي حيث تكون عناصره مؤلفة من : المرسل Emetteur، الرسالة message، المستقبل Récepteur القنن Code، القناة Canal

علما إن الاتصال الإنساني اشد قيدا من هذا التشبيه، أذا أن الرسالة التي يبثها المرسل هي رسالة صادرة عن دماغ بشري وليس عن الحاسوب، و بالتالي فان هذه الرسالة هي رمز و اختصار لفكر المرسل الذي انتقى هذه الرسالة بعد حوار داخلي (مع نفسه)بالغ التعقيد ساهمت فيه كل قواه الإدراكية الذاكرة و الذكاء و الغرائز و الوعي.....الخ ( النابلسي،1991، ص 39).

#### - الأهمية الأساسية للاتصال:

يستند نموذج مدرسة Polo Alto على المسلمة الأساسية التي مفادها انه من المستحيل عدم الاتصال، لأنه من المستحيل أن لا يكون هناك سلوك، فالسكون أو الصمت التام هما أيضا عبارة عن سلوك يعتبر كرسالة التي تستجيب لرسالة أخرى، التي تدفع بدورها الى الاتصالات أخرى فإذا يعتبر السلوك جوهر كل التفاعلات.

(Picard،1984،et،Marc،P38 39).

و بسبب العجز المطلق للإنسان مع الولادة، فإنه على الفور يصبح علائقيا وعليه فإن التأكيد على الأهمية الأساسية للاتصال هي ليست بمجازي، فقد أظهرت أعمال Spitz حول أداء المصطلحات، الانعكاسات الخطيرة لفقر الاتصال على تطور و كذلك على بقاء الرضع على قيد الحياة.

كما يتضح الدور الكبير للاتصال من خلال تجربة الإمبراطور Frédéric الثاني الذي أراد البحث عن اللغة الأصلية للإنسان، فقام بتربية مجموعة من الأطفال على يد مربيات اللواتي قمن برعايتهم رعاية جيدة من كل النواحي، لكن دون التحدث معهم، بهذه الطريقة أراد الإمبراطور اكتشاف أن كان الأطفال سيتكلمون و بكل عفوية باللغة اللاتينية أو الرومانية أو العبرية إلا انه كانت النتيجة المؤسفة و المأساوية جدا، رغم قمة خطة البحث، مات كل الأطفال.

يتضح مما سبق أن الإنسان بحاجة ماسة الى الاتصال مع غيره حتى يصل الى الشعور بنفسه، كما انه يشكل كذلك حسب Martin Buber مقياس درجة إنسانية. ( Rougel P 22،2003).

### مسلمات الاتصال الخمسة:

- 1) استحالة عدم التواصل: إي سلوك بشري لديه وظيفة اتصال، حتى لو كان الغرض منه تجنبه. نحن لا نتواصل فقط من خلال الكلمات، ولكن أيضا من خلال تعبيرات وجهنا و ائمانتنا وحتى عندما نبقي صامتين، فكل ما نقوله و ما لا نقوله وكل ما نفعله وما لا نفعله رسالة للآخر فالتواصل الإيمائي كرفع الحاجب نظرة عطف الصمت التأخر، التحدث في الهاتف كلها تواصلات قد تسبب شرخا في العلاقة.
- 2) الجانب المحتوى وجانب العلاقة: إن التواصل البشري يحدث على مستويين: الأول للمحتوى و الآخر في العلاقة. الجانب المحتوى هو ما ننقله لفظيا، و هذا هو، الجزء الصريح من الرسالة. بينما العلاقة فتعني كيف يرى المرسل علاقته بالفرد الذي يستقبل المعلومة و كيف يريد أن تفهم الرسالة.(بن جديد، 2021، ب ص).
- 3) تسلسل الأحداث والترقيم: طبيعة العلاقة تتوقف على تسلسل عملية التواصل فهي ضبط إيقاع الرسائل و تنظيمها و تحويلها الى معان.
- 4) التواصل الرقمي والمناظر: يعتقد Watzlawich أن التواصل اللفظي له مكون هيكلي يشبه علامات الترقيم المناسبة للغة المكتوبة. بتسلسل محتوى الرسالة، يمكننا ذلك تفسير العلاقات السببية بين الأحداث، و كذلك لتبادل المعلومات مع المحاور بشكل مرض.
- 5) التواصل متماثل أو متكامل: التقسيم بين الاتصالات المتماثلة و التكميلية يشير الى العلاقات الموجودة بين محاورين. عندما يكون لكل منهما قوة مكافئة في التبادل ( على سبيل المثال، يعرفان نفس المعلومات) نقول أن التواصل بينهما متماثل.

من ناحية أخرى، يحدث التواصل التكميلي عندما يكون للمحورين قوة إعلامية مختلفة. هناك عدة أنواع من التبادلات التكميلية: قد يحاول احد المتحاورين تحييد التبادل أو السيطرة على التفاعل أو تسهيل قيام الشخص الآخر بذلك. (بن جديدي، 2021، ب ص).

# الفصل الثاني العلاج الأسري

على الرغم من التغييرات التي طالت هيكل الأسرة فإنها لا تزال محتفظة بدورها الوظيفي كنواة لمختلف الخلايا الاجتماعية، ورغم التغييرات إلا أن دور الأسرة لا يزال على حاله ومن المتعارف عليه إن الاضطراب النفسي ينشأ نتيجة عوامل متعددة و متداخلة إذ قد ينشأ نتيجة عوامل وراثية هي حصيلة التاريخ الوراثي للأسرة أو قد يكون ناتجا عن خلل و اضطراب في المحيط العائلي للفرد المضطرب.

لقد بدأ نمو العلاج الأسري و ممارسته منذ حوالي 70 عاما، و كان يمثل نقلة نوعية و مهمة في تقديم الإرشاد و العلاج النفسي، فبدلا من التركيز على العلاج الفردي كان تركيزه على المساحة بين الأشخاص ( الاتصالات و أنماط التفاعل ) في الأسرة، و أصبح الاهتمام بالعلاج هنا و الآن بدلا من الماضي، و الأنماط و السلوكيات التي تعزز الأعراض و تحافظ عليها و تعوق قدرة الأسرة على إيجاد حلول صحية و الاستفادة من نقاط القوة الكامنة فيها، و ان الحاجة الى العلاج الأسري تعد ضرورية، فنحن نعيش حياتنا من خلال مجموعة من العلاقات، و عندما تسوء هذه العلاقات عاطفيا أو نفسيا يمكن أن تكون لها آثار مدويا علينا. (عائش، 2022، ص 7).

ركز العلاج الأسري على اعتبار إن الأسرة هي وحدة العمل العلاجي، و ليس الفرد المريض أو المضطرب بمفرده، فيتعامل المعالج مع الأسرة ككل.

و يقوم العلاج الأسري على مجموعة من النظريات اشتق المرشدون منها مجموعة من الطرق و الأساليب الإرشادية و العلاجية التي تهدف الى إعادة توثيق الروابط و العلاقات بين الأسرة و تحقيق توافق أفضل لكل فرد منها بما في ذلك المريض. (سويداني، 1426).

### 1. نبذة تاريخية على العلاج الأسري النسقي:

كانت بداية العلاج الأسري في الولايات المتحدة الأمريكية عام (1956)م في مدرستين كبيرتين هما: معهد الأسرة بنيويورك على يد أكرمانا (Akerman). معهد بالو ألتو Palo Alto على يد باستون (Bateson). و تطور في (1973)، بايطالية بدراسات سالفيني Selvini Mara، وفي فرنسا أدرجها سنة 1972م ببارك J.F.Bateson، و دمونجيت Demangeat في الملتقى الخاص بالأطباء العقليين وأطباء الأعصاب اللغة الفرنسية بتونس. (آيات حبوش، 2013، ص 107).

حيث اتفقوا على إنشاء هيئة علمية تبحث و تدرس خصائص النسق الإنساني، و من هنا تم الاتفاق بالإجماع على وضع معهد للبحث العقلي (MRI) تحت إدارة العالم الأمريكي

غريغور بياتسون Gyégory Bateson، خلال السنوات ما بين (1949-1962) حيث بدأت البحوث الأولى حول نظام التواصل في المجمعات الأسرية، (حاج سليمان، فقيه، 2017، ص 30).

شهدت عقود السبعينيات والثمانينات من القرن الماضي ظهور العلاج الأسري كمجال ممارسة معترف به فظهرت مجالات العلاج الأسري (مثل عمليات الأسرة، مجلة علم النفس الأسرة، مجلة العلاج الأسري كما تم تأسيس الجمعيات المهنية (الجمعية الأمريكية للعلاج الأسري، الجمعية الأمريكية للزواج والعلاج الأسري، قسم علم نفس الأسرة بالرابطة الأمريكية النفسية).

## 2. ظهور العلاج الأسري أنسقي في الجزائر:

ظهر العلاج الأسري أنسقي في الولايات المتحدة الأمريكية خلال السنوات الخمسينيات بفضل أعمال الباحثين حول مرض الفصام و المدرسة الشهيرة لـ "باولو التو" ثم انتشر بعد ذلك في العديد من البلدان الأوروبية مثل فرنسا و سويسرا ليصل بعد ذلك الى بعض البلدان العربية كالجزائر من بعد 60 عام و بالتحديد في عام 1999 وذلك بعد دورة تدريبية نظمها "كاشا، Kacha" بالتعاون مع المعهد اللجي (Liégeois) لممارسة شبكات العلاج الأسري تحت قيادة - د - ج - م رئيس البلدية.

وجاء هذا التدريب في سياق أين شهدت فيه الجزائر مرحلة حساسة وحرجة بعد تاريخ استقلالها، بحيث كان هذا السياق مبني على معاناة وصددمات (الإرهاب، الكوارث الطبيعية.....).

وظهر هذا التدريب أيضا نتيجة للدور الذي احتلته الأسرة الجزائرية في تشكيل و تكوين أفرادها، ولهذا وصف العلاج الأسري آنذاك في سياقات أسرية تهدف الى خلق دينامية أسرية جديدة و بناء الثقة و غرس الأمل كأساس لأي عملية إصلاحية.

كما أضاف "بوصفصاف زوبير" انه من خلال مقابلتهم العيادية في مجال الصحة النفسية المدرسية، كانوا يستقبلون أطفال لديهم أعراض مختلفة (صعوبات مدرسية، اضطرابات التعلم، اضطرابات سلوكية، العنف داخل الأسرة.....).

وكان الطلب غالبا إما من الآباء أو من المعلمين و الشيء الذي دفعهم الى اقتراح مقابلات أسرية هو عندما وجدوا بأن العرض الذي يظهر على الطفل هو مولد للمعاناة و الصراعات داخل الأسرة من جهة، ووجدوا أيضا تكرار في أنماط المعاملات المدمرة داخل الأسرة ( العنف، سوء المعاملة.....) من جهة أخرى هنا كانت انطلاقة العلاج الأسري بالجزائر الى يومنا الحالي. (Lab.univ.batna.dz)

### 3. تعريف العلاج الأسري النسقي:

تعرف صباح عايش العلاج الأسري بأنه مقاربة العلاج النفسي تركز على تغيير التفاعلات بين الزوجين أو الأسرة النووية أو الممتدة، أو بين الأسرة وغيرها من أنظمة العلاقات البين شخصية بهدف التخفيف من حدة المشاكل المقدمة من قبل أفراد الأسرة و الأنساق الفرعية للأسرة و الأسرة ككل.

كما يعرف العلاج الأسري بأنه تطبيق التقنيات و النظريات العلاجية على الأسرة كعميل أو كمريض، و يمكن تعريف الأسرة في هذه الحالة على أنها مجموعة من الأفراد يرتبطون بيولوجيا عن طريق الزواج، بما في ذلك العلاقات متعددة الأجيال، و الذين قد يقيمون أو لا يقيمون معا. (عايش، 2020، ص 11).

ويهتم العلاج الأسري النسقي بالعلاقات الأسرية داخل الأسرة بتاريخها ، حيث يتواصل أفراد هذه الخلية الأسرية و يتفاعلون فيما بينهم حسب قواعدهم الخاصة بهم، و هذه القواعد تحكم وتنظم الروابط والعلاقات بين هؤلاء الأفراد، و يميل هذا الاتجاه إلى وصف الحالة الأسرية في تفاعلاتها كما يركز على اعتبار الأسرة هي وحدة العمل العلاجي وليس الفرد المريض بمعنى ان المعالج يتعامل مع الأسرة ككل.

كما يعرفها "Von Bertalony" بأنها تلك العلاجات التي استمدت تسميتها من كلمة الأنساق، أي أنها تعود الى نظام كليته، فالنظرية النسقية ولدت ضمن نموذج رياضي تم تحويله الى المجتمعات الإنسانية يعد العالم البيولوجي Luwing Von Bertalony ، أول من عمل على النظرية العامة للنظم في مؤلفه حول "عمل الأنظمة البيولوجية الاقتصادية الرياضية و الإعلامية"

كما يرى (كفاي وآخرون، 1999، ص 142)، أن العلاج الأسري يعني: أن الأسرة كلها و ليس الفرد الذي يتطلب معه للعلاج، و هو على أساس علاج نفسي اجتماعي يعمل على كشف المشاكل الناتجة عن التفاعل بين أعضاء الأسرة كنسق اجتماعي و محاولة التغلب على هذه المشاكل عن طريق مساعدة أعضاء الأسرة كمجموع على تغيير أنماط التفاعل المرضية داخل الأسرة.

### 4. تعريف علاج متعدد الأبعاد:

يعرف "روزنهان" وسيلجمان (Rosenhan et Seligman) هذا النوع من العلاج بالنموذج العلاجي المتعدد، و تتركز مهمة المعالج في هذا النوع من العلاج في تحليل الاضطراب الى مستوياته المختلفة (BASIC ID)، ثم اختيار الإجراءات المناسبة لكل مستوى، مع ضرورة الاتصاف بمرونة تفكير وسعة الأفق، وتركيز الاهتمام على التخفيف من معاناة العميل في أسرع وقت ممكن دون التعصب لوجهة نظر معينة.

ويعرفه "انجلىش و انجلىش" بأنه بناء نظري منظم فهي الاختيار والدمج للملامح المتألفة من المصادر المختلفة، وأحيانا من النظريات و الأنظمة غير المؤتلفة، وهي الجهد المبذول من اجل العثور على عناصر صادقة في جميع النظريات ودمجها بتناغم، والنظام الناتج عن ذلك مفتوح للمراجعة الدائمة بمراء في ذلك محتواه الأساسي. (يحياوي، 2014، ص ص 157-158).

### 5. تعريف العلاج الأسري متعدد الأبعاد:

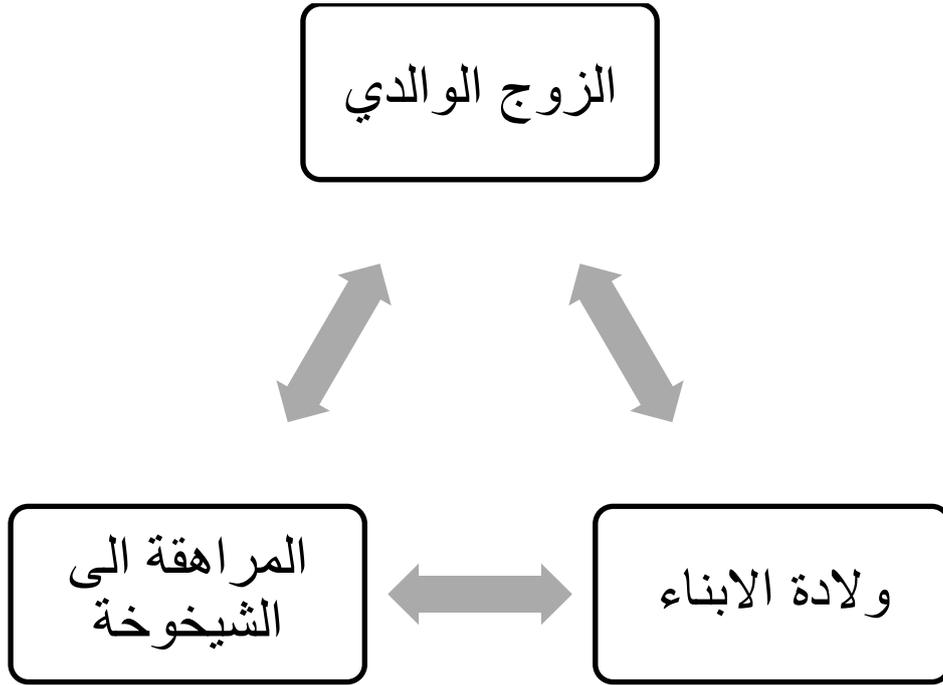
العلاج الأسري متعدد الأبعاد (MDFT) هو علاج متكامل و قائم على الأسرة و موجه نحو النظم المتعددة، يستهدف على وجه التحديد المراهقين الذين يتعاطون المخدرات و يظهرون مشاكل سلوكية ذات الصلة، الهدف منه هو تقليل الأعراض وتعزيز الأداء النمائي من خلال تسهيل التغييرات في العديد من المجالات السلوكية. ويعمل المعالجون في آن واحد في أربعة مجالات للعلاج المترابط تبعا للمخاطر و الحماية الخاصة للفرد وأسرتة.

- 1) يساعد مجال المراهقين على الانخراط في العلاج و التواصل مع والديهم و غيرهم من البالغين و التواصل معهم بفاعلية، وعلى تطوير الكفاءة الاجتماعية والسلوكيات البديلة والعاطفية مع أطفالهم.
- 2) يشرك مجال الوالدين في العلاج ويزيد من مشاركتهم السلوكية والعاطفية مع أطفالهم.
- 3) يركز مجال التفاعلي الأسري على الحد من النزاعات وتحسين الارتباطات العاطفية وأنماط الاتصال و حل المشكلات باستخدام دورات الأسرة المتعددة للمشاركين.(بوزغاية، 2023، ص 56 57).

### 6. مبادئ العلاج الأسري النسقي:

ترى بومعزة فتيحة وآخرون(2015، ص 22)، أن العلاج النسقي يقوم على جملة من المبادئ والتي تتمثل في مايلي:

- الأسرة عبارة على نسق يمتلك تنظيم وبنية مكونة من مثلثات ادوار، قوانين وأهداف، كما أنها قادرة على تحقيق التوازن الذاتي وتتشكل من أفراد لديهم تفاعلات وتواصل مستمر دائري فيما بينهم.
- التاريخ العائلي يؤثر على الفرد، حيث ينقل معه وإليه القيم الانفعالية والسلوك عبر أجيال متعددة.
- يلاحظ المتدخلون في العلاج النسقي السيورة التفاعلية للأسرة، ويولون أهمية لمختلف دورات الحياة (تكون الزوج الوالدي، ولادة الأبناء، المراهقة والشيخوخة).



**الشكل رقم (01): السيرورة التفاعلية للأسرة.**

يفهم العرض من خلال إظهار التأثير المتبادل للاتصال وسلوك كل فرد نحو الأفراد الآخرين من الأسرة.

المهم ليس معرفة لماذا يتصرف الشخص بهذه الطريقة ولكن الأهم في أي نسق أو سياق إنساني، يمكن لهذا التصرف أن يكون له معنى.

يعمل المعالج الأسري على الحث على التفرغ للانفعالات، الاهتمامات الإيجابية، والمجهودات المبذولة، وذلك بفك الترميز حتى يتمكن كل فرد من فهم الآخرين والوعي بالأدوار الموكلة إليهم.

مساعدة المريض داخل النسق الأسري ودفعه نحو التغيير معناه أيضا دفع أفراد الأسرة الآخرين لتقبل التفكير في أدوارهم ووظائفهم، والتغيرات في كل فرد تعتبر ضرورية إذا أردت الأسرة تجاوز الأزمة والوصول إلى التوازن (حاج سليمان، وفتيه، 2017، ص 36).

وتضيف (غنية، 2015، ص ص 12 13)، في هذا الصدد أن النموذج التفاعلي المستعمل في علاج الأسري النسقي، يستجيب لخمس مبادئ، تعتبر أساسية وقاعدية في مس العملية العلاجية، والتي يمكن تلخيصها فيما يلي:

\_\_ يستحيل على كل فرد في وضعية تفاعل بأن لا يتواصل.

\_\_ يظهر كل اتصال مظهرين: المحتوى و نمط العلاقة.

\_ طبيعة العلاقة تتوقف على توقيت فترات التواصل، ففترات الصمت، و الأزمة التي تفصل مقابلتين تعتبر مهمة و فاعلية.

\_ هناك نوعين من الاتصال: الاتصال اللفظي و الاتصال الغير اللفظي ( الإيماءات، الوضعيات، الحركات).

\_ تكون التبادلات نسقية أو تكاملية.

وما يمكن أن نستنتجه في الأخير أن كل هذه المبادئ التي تم الإشارة إليها، تعتبر أساسية وقاعدية في مسار أي عملية علاجية، و العلاج الأسري بصفة عامة و النموذج النسقي بصفة خاصة.

### 7. أهداف العلاج الأسري النسقي:

(1) يهدف هذا المنهج العلاجي الى تحسين أداة الأسرة كنظام وذلك من خلال تقييمها أولاً: كوحدة كلية ثم وضع خطة تسعى الى تغيير العلاقات الشخصية المتبادلة بين أفرادها (الزبادي، 1987، ص 411).

(2) كما يهدف الى محاولة تحقيق الانسجام والتوازن في العلاقات بين أعضاء الأسر وتقوية القيم الايجابية وإضعاف السلبية منها لدى أعضاء الأسرة وكذلك العمل على تحقيق نمو الشخصية وأدائها لوظائفها في جو اسري مشبع (حامد الفقيهي).

(3) يهدف الى تأكيد وإظهار الفروق بين أفراد الأسرة، أي تنمية هوية وحدود كل فرد في تطوير إحساسه بالاستقلالية دون الشعور بالخوف والقلق من هذه الاستقلالية، فالصحة النفسية تتحقق من خلال القدرة على خلق اتزان بين القوة الموجهة نحو الولاء للأسرة والقوة الموجهة نحو إشباع الذات (صالح حزين، 1995).

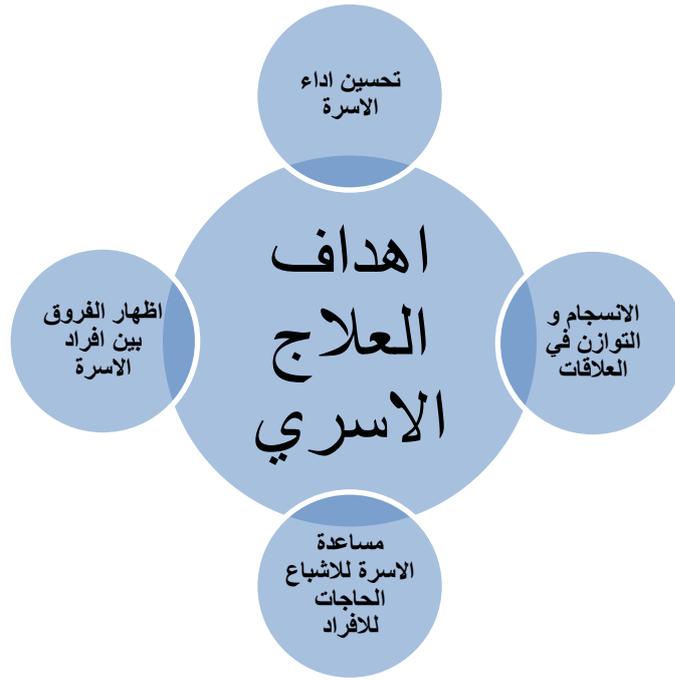
(4) يهدف العلاج الأسري الى مساعدة الأسرة للاستمرارية في إشباع الاحتياجات المادية الاجتماعية والمتطلبات لدى أعضاء الأسر من خلال:

- تغيير نسق العلاقات الخاطئة بالأسرة.

- تغيير نمط الاتصالات داخل و خارج الأسرة المعوقة لأداء الأسرة لوظيفتها.

- حل المشكلات الفدية لأفراد الأسرة.

- تغيير بعض القيم والاتجاهات السالبة لدى الأسرة ككل والتركيز على الأساليب العلاجية التي تدفع بالأسرة الى القيام بأدوارها حتى تستمر الأسرة بشكل متوازن (سويداني، 1426، ص40).



الشكل رقم (02): مخطط اهداف العلاج الأسري.

### 8. مراحل العلاج الأسري النسقي:

لا توجد حتى الآن اتفاق على مراحل العلاج الأسري النسقي، و طبيعة كل مرحلة، فقد اختلف المعالجون الأسريون في تحديدهم لهذه المراحل من حيث العدد، نتيجة لاختلاف المداخل النظرية و الثقافية و تباين خبراتهم العلاجية، حيث يرى بعض المعالجين أن هناك أربع مراحل أساسية للممارسة العلاجية الأسرية، بينما يرى آخرون أن هناك ثلاثة مراحل للعلاج، و إذا رجعنا الى و جهتي النظر، نجد أن الاختلاف يكمن في المسميات فقط، و ليس في الجوهر، كما انه يصعب الفصل بين المراحل المختلفة للعلاج، و الجدول التالي يوضح أهم مراحل العلاج الأسري من وجهة رأي الطالبة (السويداني، 1462، ص41) و التي مرت بها خلال العملية العلاجية.

الجدول رقم (01): يبين مراحل العلاج الأسري.

المرحلة الأولى	المرحلة الثانية	المرحلة الثالثة	المرحلة الرابعة
التمهيدية - بداية الاتصال: مقابلة أعضاء الأسرة لتحقيق التعارف بينهم وبين الطالبة، والتي تقوم	مرحلة التركيز على المشكل: البحث او الكشف أكثر عن المشكل وما هي الصعوبات التي يخلفها هذا	مرحلة الاتفاق حول المشكل و التخطيط له: توجيه الأساليب التي يستخدمها أفراد الأسرة	مرحلة التفاعل الديناميكي ونتائج العلاج: فهم أسلوب الأسرة في التعامل مع مختلف المشكلات

<p>التي ستواجهها مستقبلاً وتوجيهها لإتباع الأسلوب السليم. التدعيم لكل أساليب التفاعل والاتصال والتوازن الأسري. - حصر نتائج العلاج مع الأسرة وتقييمها.</p>	<p>للمساعدة في حل الصراعات. الاحتفاظ بتركيز اهتمام أفراد الأسرة على المشكل للوصول لحل بشأنه بطريقة سليمة و إيجابية وبالتالي خفض من الضغوطات النفسية والصراعات داخل الجو الأسري. - تثبيت الحقائق التي يصل إليها كل فرد في الأسرة. احترام وجهة النظر الخاصة بالأفراد و المتعلقة بالوضع القائم. - إشراكهم في المسؤولية. - مراقبة رد فعل المشاركين. الحصول على المعلومات عن كل ما يتصل بالمشكل.</p>	<p>الأخير. الاستماع لوجهة نظر كل فرد حول المشكلة. الاستماع لوجهة نظر كل فرد حول المشكلة. تقوم الطالبة بملاحظة وتفسير أساليب أفراد الأسرة في حل المشكل وكيفية التعامل مع الصراعات والضغوطات الناجمة عن تعاملهم مع المشكل الرئيسي. - ملاحظة الطريقة التي يتعامل بها كل فرد مع الآخرين. ملاحظة أسلوب تعامل الأفراد مع الطالبة نفسها. ما هي المساعدات التي يمكنهم تقديمها. ما التغييرات المطلوب إحداثها. تنمية فهم الأسرة حول كيفية التخطيط للعلاج.</p>	<p>بدورها بتقديم نفسها لهم. التعرف على المشكل و معرفة آراء كل واحد حول المشكل ومشاعر كل عضو في الأسرة. الاتصال المتبادل بين أفراد الأسرة من خلال عرض وجهة نظر الأفراد وتعليق الآخرين عليها. الوصول بالأسرة وأفرادها الى حالة الطمأنينة من خلال الكشف عن المعلومات المتعلقة بالمشكل.</p>
---	---	---	---

ومن خلال هذا الجدول نستنتج أن تطبيق العملية العلاجية أو البرنامج العلاجي الأسري يمر بثلاثة خطوات أساسية، تتمثل الخطوة الأولى في التمهيد للعلاج الأسري و تقديم الإطار العام للبرنامج و أهدافه، أما الخطوة الثانية فتكون خاصة بتطبيق خطوات و تقنيات البرنامج العلاج، أي الأسري مع العميل و أفراد أسرته، و في الأخير الخطوة الثالثة و الأخيرة، و

الهدف منها هو تلخيص الأهداف العلاجية و تهيئة أفراد الأسرة لإنهاء العملية العلاجية مع مراجعة كل المراحل العلاجية وحصص جميع نتائج العلاج مع الأسرة و تقييمها. (سويداني، ص 42).

### 9. أهم النظريات والنماذج المفسرة للعلاج الأسري:

من خلال اطلعنا على النماذج لاحظنا أن هناك تعدد في نظريات ونماذج العلاج الأسري من قبل مختلف الباحثين في هذا المجال وهذه النظريات تختلف فيها بينها في العديد من الخصائص وذلك حسب الباحثين لهذه النظريات في تحديد نماذجها غير إننا وفي ضوء هذه التوجهات المعاصرة تم اختيار أهم النظريات العلاجية الأسرية التالية:

- النموذج العلاجي الأسري البنائي.

- النموذج العلاجي الأسري الاستراتيجي لهيلي "Haley"

- النموذج العلاجي البين جيلي لبوين "Miurray Bowen"

- نموذج التواصل الإنساني لساتير "Satir V"

### 1.9. النموذج العلاجي البنائية الوظيفية:

يرى رواد هذه النظرية أن لكل شيء في النظام فائدة فهي، أن لم تكن ذات فائدة اقتصادية، فهي ذات فائدة اجتماعية. و بذلك يشير البناء الاجتماعي للأسرة الى الطريقة التي تنظم بها الوحدات الاجتماعية و العلاقات المتبادلة بين الأجزاء و العناصر المختلفة. و تنظر هذه النظرية الى الأسرة بوصفها مجتمعا صغيرا أو وحدة في مجتمع كبير، أو وحدة كبيرة.

ومن أشهر رواد هذه النظرية : بارسونز، مرتون، سرون، ليفن.

ويرى بارسونز إن الأسرة بوصفها وحدة بنائية هي الوحيدة التي تستطيع القيام بمهمة إعداد الصغار و تنشئتهم بغرس القيم و المعتقدات و جمع الرموز الثقافية و المبادئ الاجتماعية، ويرى بارسونز أن على النسق الاجتماعي مواجهة أربع مشكلات أساسية وهي:

أ \_ التكيف Adaptation

ت \_ تحقيق الهدف Goal Atainment

ج \_ التكامل Integration

د \_ خفض التوتر Tension-Man Egement

## 2.9. النموذج العلاج الأسري لهيلي (Haley):

يرجع أصل العلاج الاستراتيجي الى نظرية الاتصال التي تطورت فيما بعد ثلاثة نماذج متميزة:

- معهد البحوث العقلية MRI لجاكسون.

- العلاج الاستراتيجي لهيلي و مادس.

- النموذج النسقي لميلان.

العلاج الأسري الاستراتيجي هو عبارة عن تقنية علاجية موجهة لحل المشاكل الأسرية الزوجية أو حتى المشاكل الفردية في وقت قصير مقارنة بالعلاجات النفسية التقليدية، هذا الاتجاه يركز على مجموعة من المفاهيم وهي:

تركز نظرية هيلي على وصف المشكلة في ضوء مصطلح نظام الدفع push system وهو يضم: (بن جديدي، 2022، ب ص)

أ. الحماية: ينظر هيلي للأعراض المرضية على أنها تقوم بوظيفة الحماية، أو المحافظة على ثبات الأسرة أو مساعدة فرد آخر في الأسرة يواجه صعوبات، فالعرض من هذا المنظور يمثل نهج علائقي تواصل و سلوك تكيفي مع سلوك أعضاء آخرين في النسق، وطريقة لتفاوض، وفي نفس الوقت طريقة لتسوية تطورت بالتعاون مع الآخرين. وجميع أعضاء النسق معنيون بحيث يساهم كل فرد بشكل غير مباشر في الحفاظ على الأعراض التي تلبي احتياجاتهم وهنا يظهر الشخص الحامل للعرض.

وتعد الأعراض أسلوب اتصالي عندما لا يتوفر الحل وتحمل رسالة مستعارة لها مضمون صريح و ضماني لذ دور المعالج هو البحث عن هذه الرسالة الأصلية.

ب الوحدة: يتم التركيز على الوحدة من خلال المثلث حيث يرى المعالج نفسه طرف ثالثا مؤثرا في علاقة فردين.

ج سلسلة التفاعلات: توضح السلوك من خلال ما يحصل بين الأفراد اكثر من الاهتمام ما يحصل داخلهم. التأكيد على الحاضر بدلا من الماضي. (بن جديدي، 2022، ب ص)

د الهرمية: له نفس المعنى عند مينوشن يقيسها هيلي من خلال سلسلة التفاعلات من يتحدث أولا؟ من يقاطع من؟ من يخبر الآخر ماذا يفعل؟ حول من تبدو الأسرة منضمة؟

خطوات العلاج الاستراتيجي:



الشكل رقم (03): مخطط خطوات العلاج الأسري.

### 3.9. نظرية العلاج الأسري متعددة الأجيال لبوين Bowen:

قدم هذا المفهوم من بوين ليوضح كيف يمكن لتكرار سيرورة الإسقاط العائلي عبر الأجيال أن يؤدي بمختلف فروع العائلة الواحدة على المدى الطويل الى إظهار عدة مستويات مختلفة من التمايز، والتي ستؤثر نوعا ما على هشاشة الاختلالات الوظيفية، وهكذا، فالأفراد الأشد تمايزا سينقلون مستوى من التمايز أكثر شدة لبعض أعضاء الجيل القادم، في حين أن الأفراد الأقل تمايزا سيكون لهم أحفاد أسوأ حالا منهم. وهكذا، عبر عدة أجيال، يزداد او ينخفض مستوى التمايز في فروع نفس العائلة (Elkaim،1995).

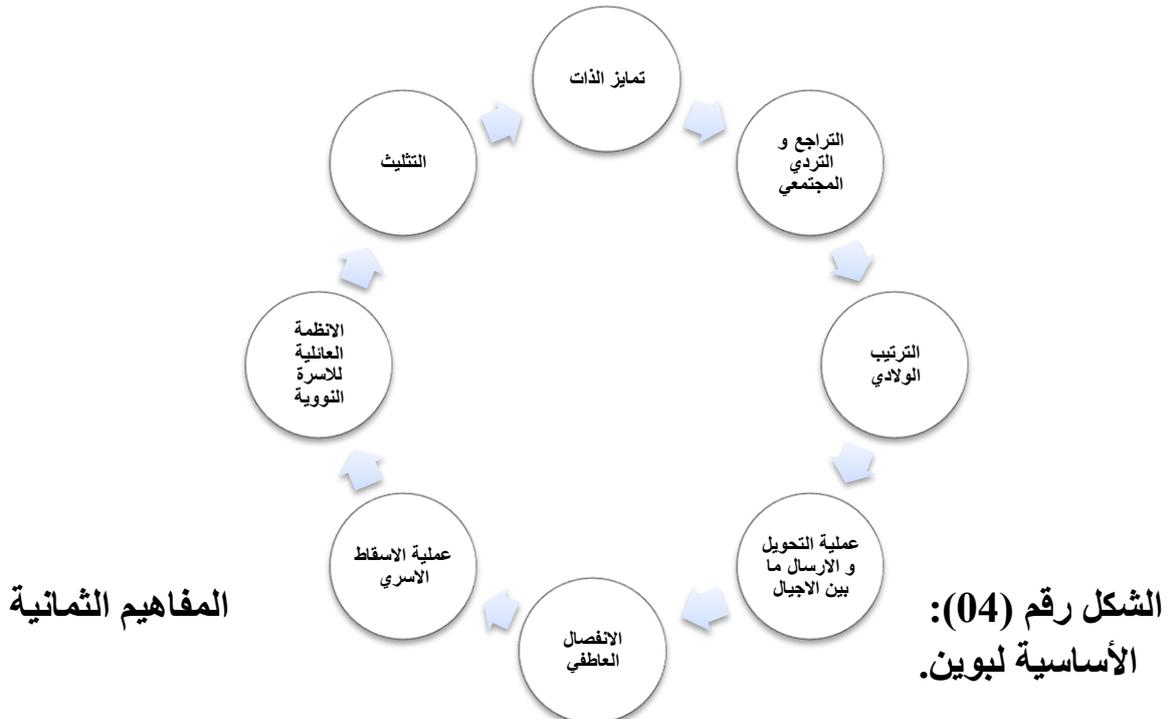
وتنحصر الفكرة الأساسية لهذه النظرية العلاجية حسب كارين" (karine،2008p93) في أن ما هو ظاهر وفعال ما يلاحظ من أعراض وعدم فاعلية اتصالية له أصل و تعليل فيما سبق من الأجيال في النسق العائلي، فمن جيل الى جيل ينتقل " الموروث النسقي"، بما هو ايجابي وسلبي.

كما يذهب "صالح حزين"(1995) الى أن بوين و أنصاره اتفقا على إن المشاكل الزوجية أو الأسرية الحالية هي نتيجة لمحاولة أفراد الأسرة السيطرة أو التغلب على مشاعر وصراعات لم تحل مع الأسرة الأصلية، فمشاكل الأطفال النفسية ما هي إلا تجسيدات أو تشبيهات مجازية لنوع العلاقات الزوجية والتي لا تخرج بدورها على أنها نتاج لصراعات الآباء التي لم تحل مع أسرهم الأصلية .... لذلك ينبغي عند تقييم الأسرة أو التدخل لعلاجها التركيز على اكتشاف وتتبع أنماط العلاقات ومدى انتقالها من جيل الى آخر.

وحسب كوري (Corey, 1996,p201) ممارسة العلاج الأسري طبقا لنظرية " بوين" مرتبطة بهدفين رئيسيين الأول يتمثل في تقليل ظهور أعراض القلق الأسري، والثاني يتمثل في العمل على زيادة مستوى تمايز الذات لدى كل فرد من أفراد الأسرة.

وبالتالي ما يمكن أن نستنتجه من هنا أن الهدف من هذه الطريقة العلاجية هو تعليم المفحوصين من أن تكون لهم ذات ثابتة قوية متميزة عن نسقهم الأسري، وفي نفس الوقت إبقائهم على صلة مع نسقهم الأسري.

وهناك ثمان مفاهيم أساسية، وهي تعتبر بمثابة مفاهيم مفتاحية لأداء الوظائف الإنسانية والتي تشكل أساس هذه النظرية ويمكن تلخيصها من خلال الشكل التالي:



#### 4.9. نموذج الاتصال الإنساني لساتير:

تعد فرجينيا ساتير Satir V (1984) رائدة هذه النظرية، مؤكدة على أهمية الترابط العائلي في نموذج أطلقت عليه العلاج العائلي المشترك. (حنفي، 2007، ص 79) وتؤكد هذه النظرية على التواصل ومهارات التواصل لمساعدة أعضاء العائلة ليصبحوا أكثر وعياً، لذلك يرى أصحاب هذا الاتجاه، أن الاستراتيجية الجوهرية لفهم كيفية تفاعل أعضاء العائلة يتم من خلال تحليل عملية التواصل بين أعضائها. من خلال تركيز المعالج العائلي على:

- كيفية إرسال واستقبال أعضاء العائلة الرسائل

- طريقة التواصل داخل النسق العائلي ذاته.

بهدف إعادة بناء أساليب التواصل العائلية السالبة، و التي توصف بأنها غير فعالة وتعوق التواصل المباشر المفتوح، وحث العائلة على تقليل الرسائل الخفية وفائدة هذا التكنيك في زيادة احترام الذات وتحرك العائلة الفعالة بينما النظام المغلق هو متصلب و يغلب عليه عدم التكيف، وذلك من خلال:

- تدريب الأسرة على بناء الخبرة الانفعالية السارة في الأسرة.

- الطلاقة في التعبير والابتكار وانفتاح الفرد على الآخرين و خوض المخاطر.

- تدريب الأسرة كيفية السيطرة على المشاعر الشخصية.

- تدريب أفراد الأسرة على الاستماع الى بعضهم، وتدعيم الصلة والمناقشة بموضوعية.

- تحرير أعضاء الأسرة أنفسهم من الماضي، وتحسين العلاقات فيما بينهم. (احمد، 2008، ص 66).

وما يميز "ساتير" أنها لم تكن تركز على المرض بقدر تركيزها على قدرة الإنسان على النمو والنضج والتغيير نحو الأحسن(نحوي عبد العزيز، 2007، ص 126).

# الفصل الثالث التبول اللاإرادي

تعتبر مرحلة الطفولة عند شريفة (2018)، من أهم المراحل في حياة الإنسان، فيها تبنى الأسس الأولى للشخصية وذلك لقابلية تشكيل و تعديل سلوك الطفل في هذه المرحلة. ويعد هذا الاهتمام بالطفولة من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم المجتمع و تطويره، فهذا الاهتمام في الواقع خاص بمستقبل الأمة، فأعداد الأطفال ورعايتهم في كافة الجوانب هو إعداد لمواجهة التحديات الحضارية التي تفرضها مقتضيات التطور والتغيير السريع الذي نعيشه.

لكن الطفل يواجه العديد من الاضطرابات والمشكلات النفسية كغيره في المراحل الإنمائية الأخرى، بعضها عابرة و بعضها الآخر يحتاج الى دراسة و تحليل و علاج، و من اكثر الاضطرابات السلوكية شيوعا لدى الأطفال تأخر التحكم في عملية الإخراج و التبول اللاإرادي وهي عدم قدرة الطفل على التحكم في عملية التبول وتعد اكثر الاضطرابات شيوعا في المجتمعات البشرية.

ولقد شغلت مشكلة التبول لا إرادي فكر الباحثين والعلماء من حيث مظاهر وطرق علاجه ولقد حاولت الكثير من المدرسة وضع العديد من هذه الفرضيات لهذه المشكلة في محاولة للوصول إلى أسباب حدوثها ومن ثم وضع علاج مناسب لها وإبراز فعاليتها في ذلك.

### 1. مفهوم التبول اللاإرادي:

يمثل التبول اللاإرادي اضطرابا وظيفيا لدى الأطفال والمراهقين بعد سن الخامسة، و يحدث إراقة للبول لا إراديا و دون قصد مرتين على الأقل لمدة ستة أشهر.

### \_ تشخيص التبول اللاإرادي:

هناك عدة محكات تشخيصية للتبول اللاإرادي:

1. أن يحدث هذا البول المتكرر للبول بطريقة لا إرادية.
2. أن يحدث البول مرتين أسبوعيا على الأقل لمدة من 3 الى 6 شهور.
3. الاضطراب يصاحبه خلل في اغلب مجالات التوظيف الاجتماعي والمهني.

4. يحدث للطفل أو المراهق في العمر الزمني خمس سنوات للأطفال العاديين وخمس سنوات عمر عقلي للأطفال المتأخرين عقليا (فوق ثماني سنوات).
5. لا يرجع التبول اللاإرادي لأي جانب فسيولوجية وجسمية أو طبية. (صالح فؤاد، 2000، ص 23).

### 1.1. التعريف اللغوي:

جاء في لسان العربي التبول اللاإرادي من البول، واللاإرادي هي الطوعي والمشيء. اختلف العلماء حول تعريفهم للتبول لإرادي ويعود ذلك إلى اختلاف تخصصاتهم، ووجهات نظرهم، والمدارس العلمية التي ينتمون إليها، وبسبب اختلاف الجانب الذي يركز عليه العالم في تعريفه للتبول اللاإرادي، وهنا نقصر على كل تعريف اللغوي والتعريف النفسي للتبول اللاإرادي.

من الناحية اللغوية العربية ورد في معاجم اللغة كلمة (بول) بضم الباء كمرادف لكلمة تبول لإرادي ويقال في اللغة العربية أخذه بول أي كثرة بول دون إرادة منه، وهذا دليل على اضطراب في الوضيفة البولية (الزراد، 1998، ص 13).

### 2.1. التعريف الاصطلاحي:

يعد التبول اللاإرادي مشكلة متكررة بالنسبة لمن يعالجون مشكلات الأطفال، سواء في عيادات توجيه الأطفال أو في العيادات الخاصة فتعددت بذلك التعارف التي تعطى له نذكر منها:

#### تعريف دوشي(1968) Duche

التبول اللاإرادي هو عملية فعالية و كاملة لإصدار البول ويكون ذلك لا إراديا و كثيرا ما يتم خلال فترات النوم، و من الممكن إدخال التبول اللاإرادي النهاري في إطار التبول اللاإرادي حيث أن الطفل يبذل ثيابه وهو مستيقظا ممكن أن يكون واعيا و لكن ليس إراديا. (دوشي، 1968)

ويعرف كريسلر(1977) التبول اللاإرادي على انه تبول يحدث دون إرادة الطفل، كما يحدث على نحو متكرر أو في فترات متقطعة، و ذلك بعد السن التي يسود فيها الطفل السوي وظيفة التحكم في البول نحو لا إرادي، إلا انه يحدث بشكل عادي من الناحية الفسيولوجية.(Kreislر، 1977، p)

ويتفق مع هذا التعريف تعريفات كل من (وليم الخولي، 1976: معجم علم النفس والتربية، أحمد عز الدين الأشول، 1987، أسعد رزوق، 1984، Snider qnd).

بينما يعرف الدليل التشخيصي الدولي العاشر التبول اللاإرادي:

يعد التبول اللاإرادي مشكلة متكررة بالنسبة لمن يعالج البول اللاإرادي يعني كثرة البول دون إرادة من الطفل.

التبول اللاإرادي عبارة على حالة انسكاب للبول لا إراديا ليلا أو نهارا أو معا، و ذلك لدى طفل تجاوز عمره (3-4) سنوات دون أن يكون هناك سبب عضوي وراء ذلك.

**ويعرفه: الدليل الإحصائي و التشخيصي DSM5** بأنه إفراغ متكرر للبول في الفراش أو في الملابس (سواءً كان غير إرادي أو عمدي). (حمادي، 2022، ص 2).

### و يعرفه: الدليل التشخيصي للأمراض العقلية ICD 11

بأنه التفريغ المتكرر للبول في الفراش ، تشمل اضطرابات الإفراغ في الملابس أو في السرير (سلس البول) وتكرار تمرير البراز في أماكن غير مناسبة (سلس البراز). لذا ينبغي تشخيص اضطرابات الإفراغ إلا بعد وصول الفرد إلى سن 5 سنوات سن (حدوث التحكم في المصبرات النمو عندما يكون من المتوقع عادة سنوات 4 سنوات لسلس البول لسلس البراز). قد يكون سلس التبول أو البراز موجود منذ الولادة (أي امتداد غير نمطي لسلس الأطفال، الطبيعي) أو يكون قد نشأ بعد فترة من السيطرة على المثانة أو الأمعاء. لذا ينبغي تشخيص الاضطراب. أو إلى تشوهات خلقية أو الإفراغ إذا كان السلوك يعزى بالكامل إلى حالة صحية أخرى تسبب السلس، مكتسب في المسالك البولية أو الأمعاء أو الاستخدام المفرط للملينات أو مدرات البول. (حمادي، 2021، ص 335).

## 2. أنواع التبول للاإرادي:

لقد تم تحديدها على النحو التالي:

- (1) التبول اللاإرادي Primarg Enuresis : وهو عدم قدرة الطفل على ضبط عملية التبول لديه منذ الولادة ونسبة الانتشار هذا الشكل من التبول اللاإرادي حوالي (85%) من حالات التبول كما وجدها العالم هلجرين Haligren، B.
- (2) التبول اللاإرادي الثانوي يشير الى أن الطفل تمكن من التحكم في تبوله، و بشكل جيد، لفترة من الزمن. ثم عاد للتبول ثانية (انتكاسة Relapse) ونسبة هذا الشكل من التبول تختلف باختلاف الأعمار و هي تتراوح بين (20 - 58%).
- (3) التبول اللاإرادي أكثر شيوعا لدى الأطفال و تصل نسبة هذا الشكل من بين حالات التبول اللاإرادي حوالي (65%) من خلال التبول اللاإرادي
- (4) التبول اللاإرادي النهاري المنعزل the diurnal enuresis و هذا الشكل اقل شيوعا من الشكل السابق و تصل نسبة حوالي (3 - 5%) من حالات التبول اللاإرادي لدى الأطفال.

(5) حالات التبول اللاإرادي الليلي و النهاري معا Noiturnal day enuresi و تصل نسبة انتشار هذه الحالات حوالي (32%) من بين حالات التبول اللاإرادي. (جرادة، 2012، ص 33).

### 3. النظريات المفسرة لتبول اللاإرادي:

#### 1.3. نظرية التحليل النفسي:

ترى مدرسة التحليل النفسي إن المرحلة الشرجية التي يمر بها الطفل ضمن مراحل نموه الجنسي في الطفولة يجد فيها لذة بيولوجية في عمليتي التبول والتبرز وسرعان ما تفرض عليه الأم تنظيماً دقيقاً لهاتين العمليتين فيخضع لها إرضاءً لأمه وبذلك تتكون لديه عادة التدريب والنظافة والدقة في مراعاة المواعيد أو يثور على أمه، ويتطور به هذا السلوك في الرشد إلى العناد والحقد والتحدي والمغالاة في الاعتماد على النفس. (جرادة، 2012، ص 37).

يعطي أصحاب هذا الاتجاه التحليلي وعلى رأسهم فرويد " Freud " أهمية كبيرة للنضج الوجداني، وأن الظاهرة ترجع إلى الصراعات الطفولية المبكرة والمكبوتة في اللاشعور وخبرات الطفل اللاشعورية التي أدت إلى اضطراب التبول اللاإرادي.

كما يروا أنه عبارة عن عرض يدل على معاناة الطفل من توترات، وخبرات مؤلمة حسب "أوتورنك" "Atorink" ولذلك فإن خبرات الطفل المؤلمة أثناء تدريبه على عملية ضبط البول لها أثر كبير في ظهور اضطراب التبول اللاإرادي (ميموني، 2005، ب ص).

#### 2.3. النظرية السلوكية:

تركز النظرية السلوكية على أن أساليب التنشئة من خلال أساليب تدريب الطفل يمكن أن تكون مسؤولة على اضطراب التبول اللاإرادي وذلك من خلال الإسراع في التدريب أو تأخيرها (الزرد، 2000)، فالإسراع في تدريب الطفل على الإخراج يعمل على إفقاد الطفل ثقته بنفسه والتأخير بتدريبه تعمل على إفقاد الطفل الرغبة في الاستقلال والتعلم، ويرجع السلوكيين اضطراب التبول اللاإرادي إلى عدم اكتساب مبدأ المنعكس الشرطي إذ يجب أن يؤدي امتلاء المثانة إلى تنبه قشرة المخ فيستيقظ الفرد ليذهب إلى المرحاض ولكن المصاب باضطراب التبول اللاإرادي تمتلأ المثانة ويبدء في تفريغها دون حدوث اليقظة وذلك لفشل الأم لإدخال ميكانيزم إيقاظ الطفل بين امتلاء المثانة وحدث الإفراغ وذلك على النحو التالي:

- امتلاء المثانة - - - ارتخاء عضلة المثانة - - - حدث عملية التبول.

- امتلاء المثانة - - - إيقاظ الطفل - - - ارتخاء عضلة المثانة - - - حدث عملية التبول.

وبالتالي يرى أصحاب هذه النظرية أن اضطراب التبول اللاإرادي يرجع الى اضطراب في تعلم الطفل وتعلمه وهم يلقون المسؤولية على الأم و طرق تدريبها الخاطئة في تعليم الطفل عملية ضبط البول. (الخطيب والطراونة، 2003).

### 3.3. النظرية السيكوسوماتية:

يفسر العالم الأمريكي ألكسندر "Aleksandre" اضطراب التبول اللاإرادي على انه عرض سيكوسوماتي يرجع الى عوامل نفسية يشبع الطفل عن طريقها بعض الأهداف مثل جلب اهتمام الأم و العدوان على الغير، تحقيق اللذة و التخفيف من حدة الصراع، فاضطراب التبول اللاإرادي حسب النظرية السيكوسوماتية ما هو إلا مشكل نفسي جسدي، أي الطفل يبقى عجزاً أمام الصدمة التي واجهته ولم يستطيع التعبير عنها عن طريق الكلام، فيتخذ جسمه كرد فعل اتجاه هذه الصدمة والتي تتجسد عن طريق انتهاج سلوك التبول اللاإرادي. (الخطيب والطراونة، 2003)

### 4. أسباب التبول اللاإرادي:

إن العوامل التي تؤدي الى حدوث التبول اللاإرادي متعددة ويصعب حصرها وضبطها فهي تختلف من حالة لأخرى وهي عوامل متداخلة ومعقدة أحيانا ولهذا اتفق الباحثون في مجال التبول اللاإرادي على حصر هذه العوامل في ثلاثة مستويات:



الشكل رقم (05): مستويات المسببة في التبول اللاإرادي.

### 1.4. المستوى الفيزيولوجي العضوي:

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

- أمراض الجهاز البولي.
- تهيجات المنطقة التناسلية.
- العوامل الوراثية.
- عدم نضج الجهاز العصبي.

- تظخم اللوزتين والزائدة الأنفية.
- الاضطرابات الهرمونية.
- عوامل فسيولوجية أخرى.

### 2.4. المستوى التربوي الاجتماعي: أ - المعاملة الوالدية:

ترجع مشكلة التبول اللاإرادي في أحيان كثيرة الى سوء معاملة الوالدان عند تدريب ابنهما على التحكم في عملية التبول، فقد نجد الوالدان من يحاول التعجيل في التدريب على تلك العملية المعقدة قبل اكتمال نضج أجهزة الطفل التناسلية في قدرتها على السيطرة على البول، ومن الأخطاء التي ترتكب من بعض الآباء قيامهم بالتساهل عندما يتبول الطفل، لا إراديا اعتقاد منهم بأن ذلك نوع من الحنان ولعدم إغضاب الطفل، وإن كان ذلك يعني إهمالهما في تدريب الطفل على التحكم في تلك العملية، ومن الأخطاء، أيضا التي يرتكبها الآباء في حق الطفل معاملته بقسوة شديدة أثناء تدريبه على عمليتي التبول والإخراج كنوع من المبالغة في الحفاظ على نظافته مما يترتب عليه فشله في السيطرة على عملية التبول.

### ب - أسباب مدرسية:

قد ترجع أسباب التبول اللاإرادي الى الخوف من المجتمع المدرسي عند بداية التحاقه المدرسي، أو نتيجة لخوفه من معلم بعينه يعاقبه بشدة أو لغيرته من بعض زملائه الذين يتفوقون عليه أو فشله في القدرة على التحصيل الدراسي، أو نتيجة لمعايرة زملائه له بسبب ما، أو غير ذلك من الأسباب التي تؤدي به الى النكوص مرة أخرى لمرحلة سابقة. (بلحاجي، 2014، ص76-77).

### د - التفكك الأسري:

يعاني بعض الأطفال من فقدان الشعور بالأمان والطمأنينة داخل المنزل نتيجة المشاجرات التي قد تحدث أمامه وما يترتب عليها من خلافات أو ترك احد الوالدين للمنزل أو نتيجة لزواج الأب أو زواج الأم وإلى غير ذلك من المشكلات التي قد تتسبب في حدوث مشكلة التبول اللاإرادي.

### 3.4. المستوى العلائقي:

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

### أ. الخوف:

مثال: خوف الطفل من الظلام أو الكائنات الخيالية أو الخوف من بعض الحيوانات والجثث أو شكل الموتى أو الخوف من الشجار داخل الأسرة أو الخوف من العقاب القاسي، أو من الصور المرعبة في الأفلام وقد يدخل في تركيب انفعال الطفل مما يسبب له أحلاما مزعجة أثناء الليل يصاحبها أحيانا فقدان القدرة على التحكم في ضبط عضلات الجهاز البولي.

### ب. القلق:

وهو من العوامل النفسية الشائعة التي تصاحب مشكلة التبول اللاإرادي، ومن بين الباحثين الذين اهتموا بضرورة الإشارة الى عامل القلق الباحث "Delvinco" 1993، الذي من خلال متابعة 127 حالة تبول لا إرادي توصل الى نتيجة أن 18 من أصل 96 طفل أي ما يقابل نسبة 84 % يعانون من قلق المصاحب لتبول اللاإرادي.

وفي سلسلة من الدراسات المقارنة ل 16 حالة منها 7 ذكور و 9 إناث في مرحلة السنية (8-36) عاما وجد La Mcinerney، 1991 إن هناك علاقة بين القلق النفسي والمتبولين لا إراديا . (بلحاجي، 2014، ص 78).

### 5. نسبة انتشار التبول اللاإرادي:

وتبلغ نسبة انتشار التبول اللاإرادي بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن أربع سنوات بين 12 و 25 % وفي حال الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 8 و 12 من العمر تبلغ نسبة انتشار تلك المشكلة الصحية بين 7 و 10 % وتقل تدريجيا مع ازدياد العمر لتتقلص الى ما بين 2 و 3 % للأطفال البالغين 12 من عمرهم.

وفي دراسة أخرى تبلغ نسبة الانتشار لتبول اللاإرادي ما يقارب من 5 - الى 10 % من الأطفال دون سن العشرة مقارنة ب 1.3 % من الأطفال في الفئة العمرية الأكبر. شيوعا عند الذكور نسبته 22 % عند الذكور و 15 % عند الإناث. (www.haliltugtepe.com)

### 6. تأثير التبول اللاإرادي على الأسرة وعلى الطفل:

#### 1.6. تأثير التبول اللاإرادي على الأسرة:

في الواقع أن مشكلة التبول اللاإرادي تؤثر على الأسرة، حيث إن مشكلة التبول اللاإرادي لها تأثير سلبي على نفسية الوالدين خاصة وإن البوال يحدث عموما في سن لا ينبغي للطفل فيها أن يتبول تبولا لا ارتديا وبالتالي فإن ذلك يؤرق الوالدين ويمكن تحديد أهم التأثيرات التي يحدثها التبول اللاإرادي على الأسرة الى ما يلي:

شعور الوالدين بالقلق والإحساس بالذنب وفي النهاية فقدان الثقة في النفس والإحساس بالفشل في تربية الطفل وخاصة إذا كانت هناك ضغوط ناتجة من كبار العائلة، أو ضغوط في

المدرسة في حالة التبول اللاإرادي النهاري، مما يؤدي الى التوتر والصراعات داخل الأسرة الواحدة بسبب مشكلة التبول اللاإرادي التي لم يستطيع الوالدان التحكم فيها.

- صعوبة في العلاقة بين الوالدين.
- حرمان الأسرة من بعض الأنشطة الاجتماعية مثل الزيارات أو الرحلات.
- زيادة عدد مرات التنظيف للتخلص من رائحة البول بالمنزل.
- زيادة في الأعباء المالية لشراء المزيد من الملابس والفرش وأغطية الأسرة.

### 2.6. تأثير التبول اللاإرادي على نمو الطفل:

يؤثر التبول لا إرادي تأثيرا سلبيا على نمو الطفل من حيث الوزن والطول الذي يناسب العمر العقلي للطفل، حيث أن الطفل الذي يعاني مشكلة التبول يواجه مشكلات متعلقة بنموه على بقية أقرانه الطبيعيين.

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

### 7. التفسير النسقي لتبول الإرادي:

هناك العديد من الدراسات التي تناولت اضطراب التبول اللاإرادي منفصلا عن تناول النسقي الأسري بالمقابل قليلة الدراسات التي تناولت التبول اللاإرادي في النسق الأسري، بالرغم من أن اضطراب التبول اللاإرادي يصيب الطفولة ومن شأنه أن يجعل تقبله أمرا صعبا و يسبب إحراج بالنسبة للأسرة ويدخلها في انفعالات.

وفي حدود بحثي هذا حاولت أن أركز على السياقات القائمة في العلاقات الأسرية في ظل وجود طفل مصاب باضطراب التبول اللاإرادي في الأسرة وكيفية تعامل أفراد هذه الأسرة مع هذا الاضطراب.

### 8. تعقيب الباحثة على أسباب التبول اللاإرادي:

بناء على خبرة الباحثة المتواضعة في العمل مع الأطفال ترجع أسباب التبول اللاإرادي الى عوامل متعددة منها عوامل بيئية وأسرية، واجتماعية، واقتصادية و تربوية و أهمها النفسية خاصة الخوف و الحرمان العاطفي و الضغوط النفسية و الخوف خاصة الخوف من الظلام أو الحيوانات أو حتى بعض الحشرات أو مشاهدة أفلام و خاصة أفلام الرعب أو مناظر مرعبة أو تهديد أو الخوف من الموت أو عند موت احد أفراد الأسرة أو استعمال العنف من

طرف الوالدين على الطفل أو كثرة المشاكل أو غير ذلك و قد يدخل الخوف في تركيبة انفعال آخر كالغيرة، أو قلق المستقبل أو قلق الامتحان.

لذلك ليس من السهل إرجاع حالة التبول اللاإرادي الى عامل عائلي واحد كظهور مولود جديد في الأسرة أو وفاة شخص عزيز ، بل نجد انه يترتب ذلك على تغير الجو الذي يسود البيئة التي يعيش فيها الطفل و فقد ثقته بنفسه و خوفه على مركزه مما يسبب له أحلاما مزعجة أثناء الليل يصاحبها أحيانا فقدان القدرة على التحكم في ضبط عضلات الجهاز البولي، وهذا ما لاحظته الباحثة في بعض الحالات التي كانت تخضع للعلاج الأسري المتعد

د.

ومن خلال عرضنا للأسباب التبول اللاإرادي نجد أن مسألة العلاج تتلخص بالتالي:

- 1) خلق الأجواء المناسبة و الهادئة في البيئة الأسرية لأبعاد الطفل عن التوترات و هذا أمر مطلوب لصحة الطفل النفسية ووقايته من مختلف ألوان الانحرافات، لذلك نجد أن هذا الشرط يندرج في معظم موضوعات الانحراف كأمر وقائي.
- 2) الاعتدال في معاملة الطفل فلا شدة ولا تدليل، ثم ضبط سلوكياته بطريقة هادئة، بعيدة عن القمع.
- 3) ضبط طعامه وشرابه، والامتناع عن الإكثار من السوائل أثناء السهر وقبل النوم خاصة.
- 4) محاولة إيقاظه ليلا بهدوء و بدون منبهات شديدة تؤثر على أعصابه بعد اليقظة مباشرة.
- 5) ضرورة استشارة طبيب النفسي عند اللزوم، و ذلك بعد التأكيد من خلو الطفل من الأمراض الفسيولوجية.
- 6) تعويد الطفل منذ الصغر على الجلوس على (المبولة) و في مواعيد محددة، منذ الشهر الأول، و بذلك يدرك أن التبول مرتبط ارتباطا وثيقا بالجلوس عليها.
- 7) الامتناع عن توبيخ الطفل المصاب بالتبول اللاإرادي لان ذلك يضعف ثقته بنفسه، و ما يجب أن يعلمه أن ما يفعله لا يعد جريمة أو غلطة مشينة، تستحق العقاب، فإذا بلل ملابسه أو فراشه نتظاهر بعدم الاكتراث و يجب أن يعلم الأهل و المدرسون ان اي عقاب جسماني أو تقريع نفسي سيزيد حالة الطفل سوء.
- 8) إفهام الطفل أثناء النهار، أن هناك أماكن خاصة للتبول و طريقة خاصة و هي مسألة اجتماعية - بيولوجية يجب أن تضبط بشكل سليم.
- 9) يقترح بعض المربين طريقة الإيحاء النفسي للمصاب بالتبول لا إرادي و ذلك قبل النوم مباشرة، وهو يكرر الجملة التالية ((سيكون سريري نظيفا في الصباح، أو استطيع التغلب قريبا على تبلل فراشي)). ثم يشغف الطفل بعد ذلك بمزيد من الثقة بالنفس، و انه قادر على التخلص من هذه العادة و يجب تهوين الأمر عليه، لا تصوره على انه قدر محتوم لا مفر منه.

10) الابتعاد عن الأكلات التي تتطلب الكثير من شرب الماء و خاصة في وجبة المساء مثل الأسماك وكل الأطعمة المقلية بالسمنة أو الزيت.

### 9. التنشئة والتربية السليمة لتجنيد الطفل التبول الإرادي والاضطرابات:

تبدو أهمية التنشئة الاجتماعية في كونها المحدد الأساسي لمستقبل المجتمع، فيها تبنى إطارات الأمة و تكون لديهم المهارات الحضرية، التي تعطي فيها البعد الحضاري، و تجعل منه امة متحضرة. أما إذا كان أبناء المجتمع فاقدين للحس الحضاري، و التعامل الإنساني، فان مستقبل المجتمع مظلم من ظلمة أفراده. (عامر، 2018، ص43).

و من هنا فان من مشاكل التقصير في التنشئة الاجتماعية تودي بالطفل الى التبول الإرادي مما تنعكس على حالته النفسية فيصاب بالاكتئاب و الإحراج بين الزملاء أو الآخرين و يشعر بالنقص والدونية و يلجا الى الانزواء و الابتعاد عن الأنشطة الاجتماعية، و قد يكون عرضة لسخرية إخوته و زملائه فيثور بعصبية و قد يلجا الى العنف، و مما يزيد في حالته توبيخ الأم له و توجيه العقاب البدني، فيزيد ذلك من استمراره في التبول(احمد عبد الكريم، 2014، ص 263).

الفصل الرابع:  
فاعلية برنامج علاجي وفق منظور  
توافقي تكاملي لمساعدة الأسر  
لعلاج التبول اللاإرادي

يتناول هذا الفصل تصميم البرنامج العلاجي الأسري الذي تم بناؤه لمساعدة أسر المتبولين الأطفال لإراديا والذي يستخدم في هذا البحث، و ذلك بالاعتماد على العديد من النظريات على غرار النظرية النسقية.

لقد أدى اهتمام مدارس علم النفس باضطراب التبول اللاإرادي إلى بناء وتطوير العديد من التقنيات العلاجية، فبالإضافة للعلاج الطبي الدوائي، نجد التحليل النفسي الأسري، للطفل الذي يفيد في الشفاء بنسبة 50% من حالات التبول لدى الأطفال، و المدارس السلوكية الأسرية، التي تركز على الاشتراط طورت عدة تقنيات بالإضافة إلى تقنية التغذية الرجعية.

لذلك وجب التكفل النفسي، وعلى وجه السرعة بهذه الفئة بعد استبعاد الحالات التي سببها عضوي لتحقيق التوافق و الصحة النفسية للأطفال، ولكن هناك إشكال أن معظم مدارسنا في الجزائر تفتقر للخدمات النفسية مما وجب تحويل الأطفال الذين هم بحاجة الى الرعاية النفسية الى الوحدات المعنية بخدمات العلاج النفسي التي تفتقر الكثير منها الى وجود البرامج العلاجية المناسبة لهؤلاء الأطفال والتي لا تزال تعتمد على الاجتهادات الشخصية للأخصائيين، على الرغم من أن هناك بحوث سابقة في الجزائر اهتمت ببناء وتطوير برامج لعلاج التبول اللاإرادي من منظور سلوكي أو سلوكي معرفي، لكن تميزت بطول فترة العلاج، ونسبة نجاح لا تتعدى 50%، ولذلك يهدف هذا البرنامج العلاجي المتعدد الى:

التعرف على فعالية برنامج علاجي لعلاج التبول لا إرادي لدى أطفال ما بين المرحلة من منظور إدماجي ولتحقيق أهداف هذا تم بناء هذا البرنامج وفق التناول الانتقائي الاندماجي (التوافقي التكاملي).

واعتمد هذا البرنامج العلاجي على عدد من النظريات النظرية منها: السلوكية، النظرية المعرفية، نظرية التحليل النفسي، النظرية الإنسانية، النظرية الجشطاطية، بالإضافة إلى مقارنة العلاج الأسري النسق

### 1. أهداف البرنامج العلاجي المقترح:

\_تصميم برنامج علاجي ذي طبيعة انتقائية تكاملية, كاتجاه حديث لعلاج التبول اللاإرادي في المجال النفسي.

\_التحقق من مدى فعالية البرنامج العلاجي التكاملي المستخدم لعلاج التبول اللاإرادي وما مدى نجاحته.

\_التعرف على مدى استمرارية أثر البرنامج العلاجي في علاج التبول اللاإرادي ومصاحبه النفسية في خفض الاضطراب. أما فيما يخص التقنيات المستخدمة فقد تمثلت في التالي:

## 2. التوجه النظري للمقاربة السلوكية:

لقد ثبتت فاعلية العلاج السلوكي في علاج بعض الاضطرابات وعلى وجه الخصوص علاج الفوبيا وعلاج القلق، اللوازم القهرية التبول اللاإرادي، الشذوذ الجنسي، إدمان المخدرات والخمور، الاذهنة، الاضطرابات العقلي، التدخين وعليه فالعلاج السلوكي يصلح لعلاج جميع حالات(عائشة نحوي، ب س، ص 38-39).

### 1.2. إجراءات العلاج السلوكي:

- تحديد السلوك المضطرب والمطلوب تعديله أو تغييره، يتم ذلك في المقابلة العلاجية عن طريق استخدام الاختبارات والتقارير لتحديد السلوك المضطرب.

- تحديد الظروف التي حدث فيها السلوك المضطرب وذلك بفحص خبرات المريض و ظروفه المختلفة.

- تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب.

- إعداد جدول إعادة التعلم.

- تعديل الظروف البيئية.

- وينتهي العلاج عندما يتغير السلوك إلى الشكل المرغوب.(عائشة نحوي، ب س، ص 40).

### \* التدريب التوكيدي:

ويعرف " ولبى " مفهوم تأكيد الذات بأنه ((قدرة الفرد على التعبير الملائم عن أي انفعال عدا التعبير عن القلق)).

والمبدأ الأساسي الذي يستند إليه التدريب على التوكيد هو أن للناس الحق ((لكن ليس مفروضاً)) في التعبير عن أنفسهم.

إن احد أهداف التدريب على التوكيد زيادة موارد الأفراد السلوكية بحيث يستطيعون اتخاذ قرارا أما بالتصرف بصورة توكيدية في بعض المواقف أم لا.

أما الهدف الآخر فهو تعليم الأشخاص التعبير عن أنفسهم بطرق تعكس الحساسية تجاه مشاعر وحقوق الآخرين، حيث لا يعني التوكيد الاعتداء على الآخرين، لذلك فإن الأشخاص التوكيديين لا يتجاهلون مشاعر الآخرين أثناء دفاعهم عن حقوقهم الخاصة.

فهذا التدريب يستهدف مساعدة الفرد لاكتساب المهارات التي تساعده على التغلب على المخاوف الاجتماعية، والكف أو المنع أو الشعور بالنقص و الدونية، وبعد التدريب يشعر المريض بالثقة في ذاته و بالقدرة على ممارسة حياته العادية لإقامة علاقات سوية و متكافئة مع المحيطين به.(خيرة لزعر، 2022، ص 33).

### 3\_1 فنيات الواجبات المنزلية

تلعب الواجبات المنزلية دورا هاما في كل العلاجات النفسية والتي لها دور خاص في زيادة فعالية العلاج المعرفي، إذ أنها الفنية الوحيدة التي يبدأ بها المعالج كل جلسة علاجية ويختم

بها، و تساهم فنية الواجبات المنزلية في تقوية العلاقة بين المعالج والمريض وتحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين الطرفين، ويقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعروفة المتعلقة بالمشكلة التي يوجهها حديثاً.(حسين،2007،ص278). وتستخدم الواجبات المنزلية لتحسين إدراك الأفكار الاتوماتيكية وعلاقتها بردود الفعل الانفعالية، وتعطي فرصة للمريض للممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة لمعرفة أفكاره المختلفة، واتجاهاته الخاطئة ومحاولة تعديلها، حيث تأخذ الواجبات المنزلية عدة أشكال فيطلب المعالج من المريض تسجيل الأفكار الآلية و الاتجاهات المختلة وظيفياً، أو إجراء تجربة معرفية لها أهداف محددة ومتعلقة بمشكلته، (مصطفى وعلي،2011،ص ص 229-230).

#### 4\_1 فنية المراقبة الذاتية:

يقصد بالمراقبة الذاتية في العلاج المعرفي قيام المفحوص بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في مفكرة، أو نماذج معدة مسبقاً من المعالج وفقاً لطبيعة مشكلة المفحوص، ويحرص المعالج على البدء في استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن من خلال عملية التقويم لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المفحوص بشكل يسمح له بإعداد صياغة مشكلته والاستمرار في استخدامها لمتابعة العملية العلاجية، و بالإضافة إلى ذلك فالمراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض (المحارب، 2000، ص118).

و يطلب المعالج من المريض تعبئة هذه الاستمارة بتسجيل وقت ومصدر المواقف التي تسبب القلق والأعراض الجسدية، والأفكار التي صاحبته. كما تساعد تقنية المراقبة الذاتية المريض على رؤية متابعه بشكل مختلف فتشجعه على المحاولة أن يكون موضوعياً، مع نفسه مما يساعده على تحديد مشكلته بأسلوب معرفي متعلم ومن ثم استخدام هذه المعلومات من قوائم المراقبة الذاتية في الجلسة الموالية كأساس للنقاش (مصطفى وعلي،2011، ص213).

- ومن بين الفنيات الأخرى: فنية لعب الدور، جدولة الأنشطة، التصحيح الذاتي.

#### 5\_1 التقنيات المعرفية:

يعتمد هذا النوع من العلاج على توضيح الأمور السلبية والايجابية لسلوك المشكل أي مساعدة الطفل على تغيير أفكاره وأن تلك المشكلة يمكن التغلب عليها، وذلك من خلال إيضاح الجانب الايجابي و السلبي لمشكلة التبول اللاإرادي، حيث أن نوضح لطفل ضرر التبول على جسده وعلى جهازه التناسلي و خطر الإصابة بالالتهابات والتقرحات و الرائحة الكريهة ونوضح للطفل الناحية الايجابية عند التوقف عنه تعد المقاربة السلوكية من أهم المقاربات التي اعتنت و قدمت الكثير لعلاج التبول اللاإرادي و السيطرة على السلوك.

- فنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي:

نظرا لكون الهدف من الإرشاد العقلاني الانفعالي كما يرى ألبرت أليس يتمثل في مساعدة المسترشد على أن يحقق أهدافه، من خلال التطبيق المنظم للأساليب المعرفية و الانفعالية و السلوكية، فقد تعددت الفنيات التي يمكن الاستعانة بها خلال الجلسات الإرشادية، ويعتمد هذا النوع من الإرشاد بشكل كبير على الحوار اللفظي، وعلى قوة الإقناع، في المواجهات و المناقشات التي تتم خلال الجلسات، بين المرشد و المسترشد (محمد(2000)ص 122).

يعتبر الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي في مجمله ،عادة لبناء الفرد لفلسفته في الحياة بصورة شاملة، ويعتبر هذا الإجراء هو الحل الذكي للمشكلات الإنسانية و تشتمل هذه الفلسفة الجديدة في الحياة على ما يلي:

- ✓ رغبات غير ملحة، لا تشكل ضغطا كبيرا على الفرد.
- ✓ تقبل للذات دون شروط.
- ✓ اتجاهات غير معادية وغير ناقدة للآخرين.
- ✓ تقبل قوي للواقع الذي لا يمكن تغييره ( كأحداث الماضي مثلا).
- ✓ تسامح و تساهل مستمر، مع عدم الشكوى من الإحباط او الحرمان.
- ✓ إرادة قوية للعمل على تحسن ظروف الحياة، ورفع السعادة الشخصية (مليكة,1994, ص 192).

وتشمل الفلسفة الجديدة للحياة أيضا على التفكير العلمي و المنطقي، و المتضمن مساعدة الفرد و وعى وفهم و تقييم تصرفاته، و السيطرة على انفعالات، و إضفاء قدرا من المرونة على أفكاره، التي يجب أن يكون بعضها قابلا للتغير، و ألا يتعصب مع أو ضد أفكار الآخرين (عبد الحميد1990 ص 53).

وحتى يمكن تحقيق هذه الفلسفة الجديدة للحياة حدد ألبرت أليس مجموعة من الفنيات الإرشاد، وتنقسم هذه الفنيات إلي:

## 6\_1 فنيات السلوكية:

وهي فنيات تساعد العميل على التخلص من السلوك المختل و وظيفيا Dysfunctional، كما تحث العميل على تغيير و تعديل سلوكه اللاسوي، و تعزيز السلوك التوافقي لديه، و تعمل كذلك على مساعدة على التغيير الجذري لمعرفة مفاهيمه المتعددة عن ذاته و عن الآخرين. و من بين الفنيات التي ويذكرها ألبرت أليس ما يلي:

## 7\_1 فنية النمذجة: فنيات معرفية

وهي الفنيات التي تساعد العميل على تغيير أفكار اللاعقلانية، و اتجاهاته و فلسفته غير المنطقية، الى أفكار و اتجاهات عقلانية جديدة و تقود الفرد الى تبني فلسفة واضحة في الحياة، تقوم على العقلانية و المنطق، و تظهر للفرد أنه من الأفضل أن يتخلى عن طلب الكمال Perfectionism إذا أراد أن يعيش حياة سعيدة خالية من القلق، و تظهر للفرد أنه

من الأفضل أن يفصل بين معتقداته العقلانية ( غير المطلقة) و معتقداته اللاعقلانية ( المطلقة)، و كيف يستخدم الطريقة المنطقية بالنسبة لذاته و لمشكلاته، وكيف يتقبل الواقع، حتى إذا كان كئيبيًا، كما توجه الفرد الى التفكير بأنه حتى لو ساءت الأمور إلى أقصى حد، فإن الأمر لا أن يكون كارثة كما يصوره لنفسه، ومن أهم هذه الفنيات نذكر الآتي:

- ✓ ما هي الأفكار التلقائية السلبية لديك في هذا الموقف؟
- ✓ حدد المواقف المرتبطة بالأفكار التلقائية السلبية لديك؟
- ✓ ما هي درجة اعتقادك في هذا التفكير و ماذا تشعر؟

### 3. التوجه الجشطالتي:

هدف هذا العلاج هو العمل على إعادة التوازن و إرجاع الفرد لحالته الطبيعية وإعادة بناء الوظائف الحيوية للفرد، يحاول إرجاع كل انفعالات الفرد و عواطفه و الإثارة التي كان يتجنبها الى مستوى الوعي و إعادة بناء التواصل و التفاعل من خلال استعمال حيل دفاعية و الهدف هو إعادة التكامل في وظائف الإناء و يعمل العلاج هنا تدرجياً لجمع شتات الشخصية المتصدعة و إعادة إصلاح الفرد ككل و الشخص السوي هو الذي يكون على اتصال مع نفسه و مع الواقع و يتصف العلاج الجشطالتي بأنه لا شيء موجود ما عدا هنا و الآن، فالموجودات السابقة هي فقط كما تتمثل في الذاكرة الخيالية و الأشياء المتوقعة في المستقبل فقط هي ما تظهر في توقعاتنا. (نادر فهمي الزباد، ب س، ص 230).

### 4. التوجه النظري النسقي:

توصل معهد البحث العقلي الى أن التحليل التفاعلي (T'analyse) inerationnelle لا يسمح دائماً بتحريض و تنشيط سياقات التغيير، وإنما نجاعة التدخل ذاتها هي المحدد الرئيسي للتغيير، و هي هدف التفكير النظري، وهو ما أدى الى قيام " نظرية التدخل" (théorie de l'intervention). التي لا تقوم على نظرية الأسرة و إنما نجاعة العلاقة معالج/ مريض، مع رسم هدف دقيق و هو تغيير السلوك طبقاً لما يريده المريض، فالمهم هو الحصول على نتائج ملموسة.

لم يرق مركز العلاج المختصر في معهد الأبحاث العقلية بتحديد أية أهداف علاجية هامة إلا حل المشكلات القائمة كما ترى و توصف من جانب المريض، وهذا يعني أن المعالج يقبل ما يقدمه المريض، و الهدف الثاني الذي حدده بعد ذلك العاملين في المركز هو إحداث التغيير في النسق الأسري.

**المرتبة الأولى:** وهو التغيير الذي يتمثل في التحول الذي يحدث داخل النسق، وهو تغيير لا يحدث اختلافات كبيرة في النسق كما حدث في الأسرة التي كانت تضم والديا فصامياً، و عندما انخرط الوالد في عملية علاجية و شفي أو تحسن و اختفت فيه الأعراض عند الولد

يظهر أعراضا سلوكية غير سوية. هذا يعني أن النسق مازال مختلا، وان ما حدث هو أن الخلل انتقل من أحد أجزاء النسق إلى جزء آخر.

أما تغير المرتبة الثانية فيتضمن تحول حقيقيا في قواعد النسق، وهذا النمط من التغير (تغير المرتبة الثانية) هو هدف العلاج التفاعلي، و يحتاج أو يتطلب تدخل شخص ما خارج النسق، أي من الضروري أن يكون هناك معالج.(بومعزة، ب س، ص 11 - 12).

تتدرج الفنيات والتدخلات العلاجية النسقية في مدى عريض متسقة مع القضايا و المبادئ التي سبق الإشارة إليها والأهداف التي يعبر عنها المعالجون النسقيون، وبصفة عامة فان المعالج النسقي معالج مباشر و حازم وفعال، و اشد التدخلات العلاجية التي يستخدمها المعالجون النسقيون هي: إعادة التسمية (إعادة التأطير) و التكاليف المنزلية و استخدام التعليمات المناقضة، وفيما يلي: إشارة موجزة إلى كل منها:(بومعزة، ب س، ص 16 17).

#### 1\_4 تقنيات العلاج النسقي:

إعادة التسمية (إعادة التأطير)، التكاليف المنزلية، و صفات الأعراض، الدلالة الإيجابية.

#### - إسناد مهام علاجية *thérapeutiques taches des Attribuer*

هو عبارة على مناقشة جماعية أو نشاط جماعية أخرى لها قيمة علاجية يشترك فيها أكثر من مريض في وقت واحد ويعرفه " جيمس ديفر " بأنه أسلوب من العلاج الجماعي أو التجمعي لمجموعة من الأفراد كما يحدث في السوسيو دراما و السيكو دراما.

و يستخدم في نطاق واسع في مستشفيات الأمراض النفسية و العصبية وأهم حالات استخدامه انه يستخدم في: علاج الأطفال و المراهقين و الراشدين, (عائشة نحوي ب س، ص 98).

#### 5 التنفيس الانفعالي الجماعي:

و يقوم هذا النوع من التفريغ، على العلاقة بين أفراد مجموعة متجانسة من المرضى، ذات نفسية اجتماعية، حوارية تفاعلية تحت رعاية معالج أو أكثر، و تتكون المجموعة، من المرضى أو المضطربين، أو شواذ أو جانحين، و قد يكونوا أطفالا أو مراهقين، أو راشدين، أو مسنين، و قد يكونوا ذكورا أو إناثا، أفراد، أو عائلات، و تكون هذه الجماعة إما متوسطة، أو كبيرة، و قد تكون متجانسة، أو غير متجانسة، لحدة مشاكلهم و كثافتها. و ذلك لتحقيق أهداف الجلسات العلاجية، بغية التخلص من شكاوي الجماعة، و تعديل اتجاهاتها، و سلوكياتها و زيادة استبصارها و نموها، و اتجاهها نحو التغيير الايجابي، بعد حل الصراعات و أحداث التوافق. و هذا النوع من التفريغ الانفعالي، يوفر الوقت، و يساعد على التفاعل الاجتماعي، و الاندماج، و علاج الباثولوجيا النفس اجتماعية.

## التقنيات العلاجية، العلاج بالتمثيل المسرحي، المحاضرات و المناقشات، الأسلوب المختلط

وهو أسلوب يجمع بين السيكودراما و المحاضرات مما يساعد المعالج في الإفادة من مميزات الأسلوبين.

### 1\_5 العلاج باللعب:

يعتبر كثير من علماء النفس أن اللعب أحد الميول الفطرية العامة التي تنطلق فيها الطاقة الانفعالية خلال ما نقوم به من نشاط حر، كما يعتبر اللعب وسيلة مفيدة في دراسة و تشخيص و علاج المشكلات النفسية خصوصا لدى الأطفال، كما أن اللعب يفيد في توسيع دائرة العلاقات الاجتماعية و يقضي على العزلة بما لا يتيح للمريض التعمق و التفكير في مواقفه المقلقة المسببة للمرض و الاضطراب النفسي(سلوى محمد عبد الباقي،2001).

كما يعلم اللعب الفرد كيفية التعامل مع الآخرين وما يعهد إليه من أدوار.

وبذلك فإن العلاج باللعب وأدواته من المثيرات الخاصة، حيث تجعل الطفل يتكلم أو يمثل خبرته و صراعاته، ومما يتيح فرصة التعبير و التنفيس الانفعالي عن التوترات التي تنشأ من الصراعات و الإحباطات (مدحت عبد الحميد أبو زيد 2002ص 85).و يلاحظ أن المعالج يمكنه أن يفسر لعب الطفل على النحو الذي يفسر به تداعي المعاني عند الكبار، وكما يلاحظ أيضا انه يمكن اكتشاف الطفل المضطرب نفسيا حيث يسلك في لعبه سلوكا يختلف عن الطفل العادي.

ومن خلال اللعب يعبر الطفل عن مشكلاته و صراعاته التي يعاني منها، كما يمكن أيضا أن نكشف عن رغبات الأطفال وحاجاتهم.

ويعرف العلاج باللعب كذلك على انه أي نشاط أو أي سلوك يقوم به الفرد بدون غاية عملية مسبقة، و هو نشاط سار ممتع يتضمن إشباعا للحاجات، كما انه وسيلة للتعبير عن النفس وطريقة لفهم العالم من حولنا، ( لطي الشربيني، 2003، ص 221 222).حيث نجد أن الطفل يعبر عن نفسه من خلال اللعب، هذا الأخير الذي يختلف باختلاف مراحل الطفولة.(زينب محمود شقير،2002ص258).

أي أن العلاج باللعب هو راحة للفكر و تنفيس و ترويح و تشخيص و علاج في أن واحد وهو حاجة نفسية ضرورية لكل فرد تساعده على التوازن و الشعور بالراحة وبيعه عن القلق والتوتر و الاكتئاب و يدمج الفرد اجتماعيا و يزيد من مناعته و لكل عمر لعب معين يتمشى مع قدراته العقلية ونموه النفسي و الاجتماعي و اللعب هو عمل الأطفال و ترويح للراشدين و الكبار و يستخدم اللعب في التشخيص والإرشاد.

### 6 \_ المواقف العلاجية الإبداعية:

ويطلب فيها من العميل الرسم و تمثل مصدرا مهما للتعبير و الخيال و التفكير التي ستجسد عن طريقها عناصر اللاشعورية في الشعور و التي طورت الى ما يسمى العلاج بالفن. إن علم النفس التحليلي ليس طريقة للشفاء فحسب بل هو أيضا طريقة لتنمية الشخصية خلال عملية التفرد، ولما كان التفرد ليس هدف كل من يسعون للعون السيكولوجي لان مقاصد هؤلاء في كثير الحالات محدودة. فان يونغ يغير من طريقته في العلاج تبعا لعمر المريض أو حالة نموه و مزاجه، ولا يهمل الرغبة الجنسية أو إدارة القوة إذا كان منهما يعمل عمله في العلاج, ( سميرة عامرة، ص 30).

## 7 \_ العلاج بالسيكو دراما:

السيكودراما أو العلاج بالتمثيل: هي عبارة عن تصوير مسرحي لقضية، أو مشكلة ذات مغزى لفظي حركي و جداني، و تنفيسي انشغالي تلقائي ذاتي في موقف جامع.

### 7\_1 سيكودراما الأطفال:

- يمكن أن تقام سيكودراما في صورة مهرجانات، و احتفالات، و أعياد سيكودراما Pediatric Psychodrama festival خاصة في التعامل مع الأطفال.  
- كما يمكن أن تحتوي موادها على موضوعات مثل: أشباح الأطفال، و الكائنات أو الشخصيات، كذلك تعد فعالة مع حالات اضطرابات اللغة والكلام، لدى الأطفال، وهي لا تقيد فقط كتدخل علاجي، بل أيضا كوسيلة تشخيص إكلينيكي و أكدت الدراسات النفسية على أهمية استخدام السيكودراما مع المراهقين مع اعتبار ترتيب هرمية الروابط الاجتماعية، و تلاشي حدوث تشويهاات في أذهان هؤلاء المراهقين، أو زيادة معدلات القلق لديهم.  
- و من الدراسات التي أكدت فعالية السيكودراما مع الأطفال و المراهقين مثال:  
دراسة ليوتز عام 1982 Lotz و دراسة أبواكيل.  
و التي أكدت على أهمية استخدامها كأسلوب تشخيصي و علاجي في أن واحد.(عائشة نحوي،2000، ص 374-373).

### 7\_2 استراتيجيات الجلسة العلاجية المسرحية:

التسخين, تركيز التوجيه, التنشيط الرئيسي, الإغلاق, الإتمام

#### \_ تصميم البرنامج:

تم تصميم البرنامج العلاجي المتكامل كما يلي:

الاطلاع على مختلف الدراسات التي تناولت موضوع التبول اللاإرادي و الاطلاع على أفضل التقنيات العلاجية لمختلف المدارس و المقاربات.

- بناء البرنامج العلاجي بانتقاء أفضل التقنيات العلاجية من مختلف المدارس و دمجها بشكل تكاملي, وهكذا احتوى البرنامج العلاجي على ما يلي:

قبل البدء في تطبيق علاج التبول اللاإرادي, مع الحالات مباشرة من الضروري إجراء المقابلة مع الوالدين لمساعدة الوالدين وكذلك جميع أفراد الأسرة على مساعدة الطفل المتبول اللاإرادي على التخلص من هذا الاضطراب أي مشكلة التبول اللاإرادي.

**الجدول رقم (02): مراحل العلاج التكاملي وأهداف كل مرحلة**

بداية البرنامج العلاجي	منتصف البرنامج العلاجي	نهاية البرنامج العلاجي
مرحلة التشخيص	مرحلة العلاج	مرحلة المتابعة
- تحديد درجة شدة الأعراض و معرفة الحالة وشرح العلاج التكاملي والاتفاق على توقيع عقد العلاج	- بداية العلاج وتنفيذ خطوات البرنامج العلاجي المتكامل	- للتعرف على فاعلية البرنامج العلاجي - متابعة المتعالج من اجل منع الانتكاسة خلال مدة أسبوعين بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج

## الجانب التطبيقي

الفصل الخامس:  
الإطار منهجي للدراسة

## 1. منهج الدراسة:

إن اختيار المنهج المستخدم للدراسة يعتبر أمراً تحدده طبيعة مشكلة البحث الذي نريد دراستها والمنهج بصفة عامة هو الطريقة التي يسلكها الباحث للوصول الى نتيجة معينة وبالتالي فإن لكل منهج خصائصه و مميزاته التي يستفيد منها كل باحث. وقد اعتمدنا في دراستنا على الدراسة الاستكشافية متبعين المنهج العيادي الذي يعرفه: "أندر راي" andré rey على انه تقنية منظمة لخدمة المشكل الذي يطرحه الفرد، فالأمر يتعلق بفهم و شرح الحالة النفسية و السير النفسي للفرد. (andré rey (1979): المنهج العيادي يركز اهتمامه على الشخص أو مجموعة من الأشخاص فإن المنهج العيادي حسب "R.Daltonي يعتبر دائماً علائقياً: فهو يعمل في العلاقة وعلى العلاقة. وعليه يتضح مما سبق أن المنهج العيادي هو الأكثر ملائمة وتوافقاً للدراسة الحالية لكونه يهتم بفهم سلوك الفرد من خلال علاقته بأشخاص آخرين وهو ما لا يتناقض مع اهتمامات الباحث والمعالج النفسي. إلا أن هذا الأخير يركز و بصورة أدق على التفاعلات الدائرية التي تعمل على إدماج المعطيات ذات طبيعة مختلفة لإبراز الصيغة الكلية (Gestalt), للسياق الذي جاء فيه المفحوص المعين. (أسيا خرشي، 2009، ص 84).

## 2. الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية أول خطوة يقوم بها الباحث قصد التعرف على ميدان الدراسة بالإضافة الى أنها تسمح لنا بجمع المعلومات حول موضوع البحث، و التعرف على ميدان البحث. وضبط المجتمع الأصلي للعينة و على المشكلات النفسية التي يعاني منها الأطفال وعلى واقع التكفل النفسي بهذه الفئة. هدف الدراسة الاستطلاعية اي اقتصرت على استطلاع الميدان من حيث تواجد مجموعة بحثنا وكذلك هل يمكن تطبيق وسائل البحث عليها، إضافة الى جمع اكبر قدر ممكن من المعلومات حول موضوع الدراسة الحالية. تمثل الدراسة الاستطلاعية الخطوة التي تسبق الاستقرار النهائي على خطة الدراسة وأساساً جوهرياً لبناء البحث العلمي، و يفضل القيام بالدراسة الاستطلاعية وعدم تخطيها من قبل الباحث حتى لا يبذل جهداً مضاعفاً في الدراسة الأساسية. (أبو علام، 2004، ص 87).

- حالات الدراسة الاستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من 22 فرداً من الحالات بطريقة قصديه، من مدينة الوادي و يتراوح سن العينة العشوائية من سن 7 سنوات الى 19 سنة ثم تم اختيار 3 منهم 2 الإناث وذكر واحد من تتوفر فيهم الشروط التالية :

\_\_ السن وتحديد نوع الاضطراب تم اختيار 3 اثنان من الإناث و ذكر واحد تتراوح أعمارهم ما بين 7 سنوات الى 14 سنة.

\_\_ الدراسة، امتدت من 02 نوفمبر 2024، الى غاية 5 ماي 2024.

- الهدف من الدراسة الاستطلاعية:
- التعرف على مدى فعالية البرنامج العلاجي لسلوك التبول لدى مجموعة من الأطفال
- إدماج الأسرة في العملية العلاجية ومعرفة مدى نجاعت البرنامج في علاج التبول اللاإرادي.

### 3. كيفية اختيار الحالات:

تم انتقاء الحالات بطريقة قصديه بشرط أن يكونوا كالتالي:

- 1\_ أن يكون العمر من 7 سنوات الى 14 سنة.
- 2\_ أن يكون كل فرد من يعاني من اضطراب التبول اللاإرادي.
- 3\_ أن يكون التبول اللاإرادي ناتج عن اضطراب نفسي.
- 4\_ أن تتعاون الأسرة معنا في تطبيق البرنامج.

### 4. خصائص الحالات:

احتوت الدراسة على 3 أفراد وكانت الحالات مختلطة بين الإناث و الذكور.

الجدول رقم (03): خصائص الحالات.

الحالات	الجنس	العمر	التبول	الخصائص
نور اليقين	أنثى	12	أولي مستمر	عادي
سهيلة	أنثى	7	أولي مستمر	عادي
انس	ذكر	14	ثانوي مستمر	عادي

من خلال الجدول نلاحظ أن مجموعة البحث تتميز بمجموعة من الخصائص أولاً إنهم من فئة الطفولة المتأخرة تتراوح أعمارهم من 7 سنوات الى 14 سنة يوجد اثنان من الحالات التبول تبول أولي مستمر و واحد ثانوي مستمر. وقد تم التطرق في هذا الفصل الى الإجراءات الميدانية و المتمثلة في دراسة الحالة إذا هي الدراسة الملائمة للدراسة الحالية

### 5. الحدود الدراسة:

- أ الحدود المكانية: مركز الأسرة والطفل مدينة الوادي.
- ب الحدود الزمنية: بداية شهر نوفمبر الى شهر الى بداية شهر ماي

## 6. أساليب و أدوات وتقنيات جمع البيانات:

يحتاج الباحث الى أدوات معينة لجمع المعلومات اللازمة و التي تساعده عن الإجابة على التساؤلات و قد يستخدم الباحث أداة أو اكثر في الحصول على تلك المعلومات حول مشكلة البحث.

ويجب على الباحث أن يكون ملما ب الأدوات و الأساليب المختلفة لجمع البيانات للدراسة ولكل طريقة خصائصها ومميزاتها الايجابية والسلبية، و ذلك وفقا لعدة عوامل منها ما هو مرتبط بطبيعة البحث ومدى ملائمة طريقة جمع المعلومات، ومنها ما هو مرتبط بالمجتمع وعينة الدراسة أو ظروف الباحث و قدرته المالية و الوقت المتاح.(برناوي،2022، ص 179).

وقد تم في هذه الدراسة التطرق الى الأدوات التالية: المقابلة العائلية، جدول الملاحظة المنظمة، رسم العائلة، مخطط الخينغرام، و الجدول التقييمي، المقابلة التقييمية.

## 7. أدوات وأساليب الدراسة

### أ. المقابلة العيادية النصف موجهة بهدف البحث مع العلاقات العائلية:

اعتمدنا المقابلة العائلية النصف موجهة مع الأولياء و كذلك مع الطفل. تعد المقابلة الأولية طريقة أساسية للتقييم الأولي لما جاءت عليه الأسرة، إذ توفر هذه المقابلة مكانا ووقتا مناسبين لتعزيز التعبير لكل فرد من أفراد النسق الأسري، فتعتبر إطار تنظيمي يسمح للفاحص بتأسيس فهم عام للمشكل في بيئته الطبيعية النسق الذي تطور فيه، وبالتالي تعزيز فهم اكثر شمولية للمشكلة. وتحديد بعد ذلك لطرق التقييم و العلاج، فتهدف المقابلات العائلية لاكتشاف مشكل النسق ومساعدة على تعزيز النمو الشخصي و العائلي.(بن جديد،2021، ص ب).

وتعرف كذلك المقابلة بأنها علاقة ديناميكية و تبادل لفظي بين شخصين أو اكثر الأول هو أخصائي العلاج أو التوجه والإرشاد والثاني هو شخص أو أشخاص الذين هم محور المساعدة أو التشخيص أو البحث بهدف جمع المعلومات والبيانات مهما كان الهدف تشخيصيا أو إرشاديا أو علاجيا وهي نشاط مهني هادف وليس محادثة عادية. (أنوار، 2018، ص 12).

### ب. جدول الملاحظة المنظمة:

هي من بين الأدوات التي اعتمدنا عليها هي جدول الملاحظة المنظمة وهي من تقنيات جمع المعلومات و تتعلق بمجموع السلوكيات اللفظية والغير اللفظية و التفاعلات و تتميز بالملاحظة العلمية الدقيقة من خلال ما يلاحظه الباحث أو الفاحص للعميل شرط الالتزام بالدقة و الموضوعية.

والهدف منها هو جمع الحقائق و المعلومات، وكذلك تحديد السلوكيات بقصد تفسيرها وتحليلها و اكتشاف أسبابها وقمنا بتسجيل السلوكيات في جدول الملاحظة المنظمة.

ت. اختبار رسم العائلة:

تلعب الاختبارات دورا هاما ومميزا في البحث العلمي، وهي من اكثر الأدوات استخداما انتشارا في جمع البيانات، إذ تسمح للأخصائي النفسي بتشخيص دقيق للحالات، وهي عبارة عن أدوات مقننة تستخدم لتعديل السلوك الإنساني وتصنيف اضطراباته واعتمدا في بحثنا على اختبار رسم العائلة، وهو اختبار إسقاطي، يدعم المقابلة عند الطفل، فالرسم يعتبر أفضل وسيلة للتعبير عن مكبوتات الطفل الداخلية، ويجد صعوبة في التعبير عنها بواسطة الكلمات والكتابة، ويستطيع الفاحص من خلال الرسم التعرف على عواطف الطفل الحقيقية، فرسم العائلة هو إذا زائر للشخصية يفسر من خلال قوانين الإسقاط. (الشال، 1994، ص32).

والهدف من إجراء اختبار رسم العائلة، هو الكشف عن الصراعات الداخلية و الاضطرابات العاطفية، و يعتبر اختبار إسقاطي يسمح لطفل بإسقاط رغباته المكبوتة و مخاوفه و حالته العاطفية ويرجع الفضل "porot" في اختبار رسم العائلة.

ووقع اختيارنا على اختبار رسم العائلة لما له من أهمية كبيرة في ما يسقطه الطفل على نمط أعلانقي و العاطفي للعائلة عامة والوالدين بصفة خاصة أدوات اختبار رسم العائلة:

- ورقة بيضاء

- قلم رصاص مبري بشكل جيد لا يحتوي على ممحاة

- لا توجد ممحاة ولا مبراة

- أقلام تلوين إن وجدت

تعليمية الاختبار:

قبل البدء في الرسم نوضح لطفل بأن الرسم غير متعلق بنتائج المدرسية، بل هو رسم حر. أما التعليمية هي ارسم عائلتك و تختلف التعليمية، من باحث الى آخر حسب أغراض البحث وبعد الانتهاء من الرسم يطلب من الطفل أن يضع أسماء كل فرد على الرسم وبعد ذلك تطرح الأسئلة التالية عليه:

\_ من هو الفرد الألف في هذه العائلة؟ و لماذا؟

\_ من هو الفرد الأقل سعادة في هذه العائلة؟ و لماذا؟

\_ من هو الفرد الأتس هي هذه العائلة؟ و لماذا؟

\_ من هو الفرد الحزن في هذه العائلة؟ و لماذا؟

ج. مخطط الجينغرام:

عبارة عن تمثيل بياني لعائلة معينة يتم فيها عرض بيانات تفصيلية عن العلاقات بين الأفراد و يضم امتداد العائلة عبر جيلين أو ثلاثة أجيال.

ويمثل الرسم العائلي عبر مستويات متعددة الأجيال، يزود المعالج العائلي بجملة المعلومات بسيطة: كالأسماء، تواريخ الميلاد، الزواج، الوفاة، الانتماء، الأمراض، الوظائف، التي يمارسها أفراد الأسرة، و الإقامة. إذا فهو يمنح قراءة متعددة الأجيال للتاريخ

الأسري. و يربط كذلك بين عوامل الانتساب ( الأصل و النسب). و شيئاً بين الأحداث المهمة و المعلومات الأكثر شخصية أو المؤلمة ( أمراض، موت، صراع) و العلاقات الأكثر تأثيراً، الاختلافات الثقافية والاجتماعية (مثلما أشارت Anne Ancelin Schutzenberger الى - التخطيط الاجتماعي - للعائلة Le génosociogramme. قوانين الحياة و المعتقدات العائلية.

التبرمج الوعي واللاوعي. حيث يمكن اعتبار كل ما سبق مصدراً أو منبعاً لتفسير المعوقات الراهنة التي تعرقل سيرورة التحقيق الشخصي. (بومعزة و آخرون ، 2015، ص 25). يعرف الجينغرام في معجم الخدمة الاجتماعية على انه: رسم وصفي يستخدم لتتبع امتداد العلاقات الأسرية عبر ثلاثة أجيال على الأقل، حيث يستخدم هذا الرسم الأسري الدوائر ليمثل بها الإناث و المربعات ليعبر عن الذكور أما الخطوط الأفقية فهي تشير الى العلاقات الزوجية، بينما تعبر الخطوط الرأسية المنشأة من الخطوط الأفقية لتنتهي بدوائر أو مربعات مشيرة الى الأطفال، وقد يحتوي الرسم على رموز أو التفسيرات الكتابية للإشارة وحوادث هامة مثل الموت، الطلاق، الزواج مرة أخرى، كما يكشف عن نمط السلوك الحالية (بن قوة، 2020، ص90).

و عرفه علاء كفاقي على انه: أسلوب أو تقنية تستخدم في رسم تاريخ الأسرة على لوحة تكون شبيهة بشجرة الأسرة تسمى خريطة الأسرة Family Genogram، فهذه الخريطة تمكن المرشد النفسي و الأخصائي الاجتماعي في المدرسة و الوالدين في الأسرة، من أن يرو الأعراض داخل سياق أكثر امتداداً، و تأصيلاً و يتضمن تاريخ الاجتماعي التقليدي أو النمطي، عدة صفحات من المادة المكتوبة بدون أي صفة مقننة، ولكن نستفيد من المعلومات المقدمة في التاريخ الاجتماعي. (كفاقي، 2006، ص301).

#### أهداف الجينغرام:

\_ يقدم معلومات عن بنية الأسرة، والعلاقات الحالية و السابقة، والتحويلات العائلية، و الأنماط المتكررة من العلاقات عبر الأجيال، كدليل أو على الأقل لوضع فرضيات حول المشكل المراد دراسته.

\_ يقدم التمثيل البياني معلومات موضوعية، في حين يكون الكشف عن الرؤية أكثر دقة وذاتية حول أفراد الأسرة.

\_ إعداد الجينغرام يؤدي بصفة آلية الى عكس خصائص نظام الأسرة المعنية بالدراسة، في هذا المعنى، فإن الجينغرام يبين الفروقات الموجودة في الأسرة من حدود وقواعد وادوار، ومثلثات، أسرار بكل بساطة.

\_ يشجع الجينغرام على التعبير عن العواطف المكبوتة عادة من الأولياء أو الأطفال كما يسمح بطرح أسئلة و تعليقات حول أشياء اعتبرها سرية. (غاني، 2022، ص511).

#### رموز الجينغرام:

هناك العديد من الرموز المستعملة في الجينغرام لكن، ارتأينا أن نعطي أمثلة مختصرة على التقنية.

### العلاقات الأسرية:

يتم وصف العلاقات الأسرية من خلال أشكال متعددة من الخطوط، ومع تطور استخدام الجينغرام زاد عدد أشكال الخطوط التي تصف، العديد من اشكال العلاقات الأسرية، وهناك الآن ما يقارب 22 شكلا من الأشكال.

### خطوط العلاقات العاطفية:

هناك العديد من الخطوط المعبرة عن العلاقات العاطفية، و نعطي بعض الأمثلة عن تلك العلاقات:

الاضطرابات ( الرموز والألوان):

سنعطي أمثلة مختصرة حول الاضطراب، و نوعه وكذلك اللون و الرمز المعبر عنه باختصار.(غانى، 2021، ص 510).

### د. الجدول التقييمي لتبول الليالي الإرادي:

وهو جدول من إعداد الباحثة، يتم فيه مراقبة الطفل كل ليلة تم فيه، التبول أو لا ويتضمن الجدول خانات تشمل كل أيام الأسبوع، في كل ليلة، يتم فيها التبول يقوم المتبول أو المشرف على العملية بوضع علامة (x) باللون الأحمر في خانة الليالي التي يتم فيها التبول، وفي الليلة التي لم يتبول فيها الطفل توضع (x) باللون الأزرق، في خانة الليالي الجافة، و تتم مكافئة الطفل في كل ليلة، لم يتم فيها التبول مكافئة رمزية، مع إتباع النصائح التالية:

\_ التقليل شرب السوائل، و مدرات البول مساء مع العلم، بأنها تكون تحت إشراف طبيب المشروبات الغازية والزائدة عن حاجة الطفل.

\_ الذهاب للحمام قبل الذهاب الى النوم.

\_ إيقاظ الطفل في ساعات المتوقعة لتبول الإرادي.

\_ كل طفل له ساعات معينة، (متعلقة بذبذبات النوم وساعات النوم العميق، النوم النقيضي وصرع النوم أحيانا والنوم العميق ودرجته).

\_ معرفة متى يتم تبول الطفل، هل في نصف الليل الأول، أو في نصف الليل الثاني.

\_ تشجيع الطفل عند نظافة الفراش، عن طريق توكيد السلوك التعزيز الايجابي.

\_ إبعاد الطفل على كل الضغوطات، العائلية خاصة المشاجرات بين الوالدين.

\_ إبعاد الطفل على مشاهدة الأفلام المرعبة، و التهديدات المخيفة، و الابتعاد عن الأسباب التي تؤدي الى اضطراب النوم، و تسبب له الخوف والهلع.

\_ عدم ترك الإخوة و الزملاء يتتمرون على الطفل ويلقبونه بالبوال.

\_ مكافئة الطفل في كل ليلة لا يتبول فيها بشي يحبه جدول النجوم المادي والمعنوي.

### ه. المقابلة التقييمية

وأخيرا المقابلة التقييمية تتضمن النتائج في نهاية كل أسبوع، ومدى اختلافه على الأسبوع الذي سبقه ومنه الوقوف على فعالية البرنامج.

**الفصل السادس:**  
**عرض الحالات وتحليل**  
**النتائج ومناقشة**  
**النتائج**

## 1. عرض الحالات و تحليل ومناقشة النتائج:

### 1.1. عرض الحالة لأولى:

#### البيانات الأولية:

الاسم: (ن) اللقب(ب) العمر(12سنة)(أنثى)  
المستوى الدراسي: سنة الخامسة ابتدائي (تحصيل حسن).  
الأب: (ب - ب) العمر: 45 سنة المستوى الدراسي: ثالثة ثانوي المهنة: عامل يومي تزوج  
بزوجة ثانية بعد الأم و مطلق لزوج قبل الام.  
\_ الأم: (ت - ز) العمر 40 سنة وهي الزوجة الثانية بعد طلاق الزوجة الأولى المستوى  
الدراسي: رابعة ابتدائي المهنة: ماکثة بالبيت  
\_ المستوى المعيشي دون المتوسط  
\_ عدد الإخوة: 9

\_ الترتيب في الأسرة 5

\_ نوع الأسرة نووية

\_ نوع التبول تبول أولي مستمر

/أجريت المقابلة النصف موجهة مع التلميذة ن - ب يوم: 2023/11/30

- علاش تتبولي في الفراش و مترو حيش الى المرحاض؟ منفيقش بروحي باش نبول

- بماذا تحسي عندما تجدي نفسك تبولتي في الفراش؟ عادي لا أحس بشيء

- ماذا تفعلين؟ نبدل قشي ونغسله

- ماذا تقول لكي ماماك؟ لا تقولي شيء

- ماذا يقول لكي أبيك؟ (اييه بابا يخرج صباح بكري ما يشوفنيش)

- كيف يرونك إخوتك؟ (إخوتي حتى هم يبولوا)

### 2\_1 محتوى المقابلة كما وردت:

الحالة (ب\_ن) و هي الطفل الخامسة في الأسرة و الرابعة في إختها أخ اكبر منها شقيق لها، واخوين يعيشوا مع أمهم المطلقة، وثلاثة أخوات بعدها واخوين آخرين، من زوجة أخرى للأب بنت و ولد . تدرس الحالة في السنة الخامسة ابتدائي نتائجها الدراسية الفصل الأول 10/7 والفصل الثاني 10/7 كذلك يعني نتائج حسنة و من خلال المقابلة النصف موجهة التي أجريناها مع الأسرة وجمع بعض المعلومات: مسيرة نمو (ن) ظروف الحمل والولادة كانت جيدة مدة الحمل 09 أشهر عمر الأم كانت في 32 سنة، الرضاعة كانت طبيعية لم تكن بالحليب الاصطناعي، مدة الرضاعة عام ونصف، الحمل كان مرغوب فيه، الولادة كانت بصعوبة ولكنها طبيعية، لم تتعرض الأم أثناء فترة الحمل الى أي أمراض، الجلوس كان في الشهر 8، الحبو في السنة و الشهرين، المشي سنة ونصف، النطق في السنتين، و كانت هي البنت المفضلة للأب، بينما الأم تفضل الابن الأكبر، تعيش الأسرة في ظروف اقتصادية متوسطة او دون المتوسط وجو اسري مضطرب، مشحون بالمشاكل

اليومية، تربط الوالدين علاقة عاطفية مضطربة وسيئة، أجرينا المقابلة مع الحالة وطرشنا عليها السؤال التالي: تكلمي على حالت التبول فقالت: (أنا لاستيقظ ليلا من اجل الذهاب الى المرحاض، وماما لا توقظني) وسألناها: عن إذا يزعجها الأمر عندما تجد نفسها مبللة، فأجابت: (لا عادي النوض صباح ندوش وإخلاص ونغسل القش(الفراش و اللباس)).

أما الحديث مع الأم حيث قالت: (تولي وتبطل حتى أن بطلت كبيرة، وباباها بطل التبول كبير، وزينة أختي كانت تتبول، عندنا في الوراثة كبار و نبولوا).

تعيش زوجت الأب في الطابق الأعلى، ولكن دائمة البقاء مع الزوجة الأولى في الطابق الأرضي، تقول: أن نور تعاني من التوتر والقلق ، خاصة وهي دائمة المشاجرة مع أخيها الذي يكبرها سننا، وان الأم لا تسعى أبدا لفض النزاع بين الأبناء، كما أنها تغار كثيرا من أخواتها الأصغر منها، كما أن الأم ورغم صغر سن البنت لكن تحملها مسؤولية أخواتها، من تغيير ملابس أو استحمام أو الاعتناء بتمشيط شعرهن.....الى غير ذلك.

أما الأب فاعترف بأنها ورثت منه حيث قال: (أنا كبير و أنا نبول عن روعي، بصح أنا عنيت الضغوط بابا كان واعر ودائما يضرب فيا، كانت عندنا مشاكل كبيرة في البيت).

### 3\_1 التحليل الكيفي المقابلة:

تبدو أن الحالة ن - ب 12 سنة تعاني من عدة اضطرابات في العلاقة الأسرية، وخاصة مع أخيها الذي يكبرها مباشرة، والذي يبلغ من العمر 14 سنة، إذ قالت: (اييه مع صالح دائما يعارك فيا و يضرب فيا بصح حتى نا نضرب فيه) كما تبين من خلال المقابلة توجد هناك اضطراب في العلاقة الزوجية بين والدين ن - ب يوجد، (طلاق عاطفي) خاصة أن الأب تزوج مرة ثانية، وهذا مازاد من تعقيد الأمر حيث قالت: (بابا ديمة يطلع الفوق ما يقعدش معنا اللتحت) وكذلك تبدو أن الأم لا تبالي بتربية الأبناء، و لا تهتم بدراساتهم، ولا تشجعهم، ودليل هذا عندما قالت: لابنتها، (روحي روعي مرت عمك قرت قرت ومن بعد عرست حكمت الحوش) (الدار).

وما لحظنا أيضا أن البنت تشعر بالملل من حجم المسؤولية التي تكلفها بها أمها وبالتالي فهي تغير من أخواتها وهذا ما أدى بها الى ضربهن وان تقسو عليهن.

من اجل دعم المقابلة العائلية و جمع اكبر قدر ممكن من المعلومات ارتأيت إن نقوم ب تطبيق جدول الملاحظة المنظمة:

### تطبيق جلسات البرنامج:

إن محتوى البرنامج الذي تم تصميمه، والذي طبق منه ثماني جلسات على حالات الدراسة كان له اثر بالغ و كبير على سلوكياتهم، وخاصة على سلوك التبول اللاإرادي، وذلك بعد الاستخدام، فكانت كل الأسر متعاونة، معنا في تطبيق البرنامج، كما ساهموا معنا في الجلسات، خاصة وان حضور العائلة بالنسبة للأطفال، يكون بمثابة المشجع لهم اكثر لتفاعل. وتخلل جلسات البرنامج الكثير من الفنيات التي تساعد الأطفال، و أوليائهم، على التخلص من مشكلة التبول اللاإرادي، ومنها أسلوب التعزيز الايجابي المتبع أثناء سيرورة حصص

## الفصل السادس: عرض الحالات وتحليل النتائج ومناقشة النتائج

البرنامج، و خاصة في مرحلة الطفولة، لها دور كبير في تعديل السلوكيات المضطربة، وخاصة اضطراب التبول اللاإرادي من حيث التعزيز، وكسب الثقة في نفس الطفل. كما يساهم اللعب الجماعي في تنمية روح الجماعة، و المسؤولية لديهم ، وكذلك لعب الأدوار، الذي كان لديه صدى كبير لهؤلاء الأطفال، فكانت لهم بالإضافة لتخفيف التبول اللاإرادي أحلام كبيرة يريدون تحقيقها في المستقبل.

الجلسة الأولى:

استقبال العائلة، والترحيب بهم التعرف على البرنامج العلاجي، بناء العلاقة، وتحديد مواعيد الجلسات، والالتزام بالمواعيد. قمنا في الجلسة الأولى ببناء العلاقة، الجيدة مع الحالة حتى نستطيع العمل معها.

الجلسة الثانية:

إجراء المقابلة مع الطفل رفقة الوالدين، وإجراء الملاحظة المنظمة ، التشخيص وتحديد المشكلة، ونوع الاضطراب و بدء العلاج.

أما نتائج الجلسة الثانية: كانت عند الرجوع في الجلسة الموالية كانوا قد طبقوا بعض الإرشادات، و التوجيهات: المتمثلة في البرنامج .

\_ **الجلسة الثالثة و الرابعة:** مواصلة التشخيص إعطاء فرص لطفل لتفريغ، إرشاد الأسرة على مساعدة الطفل، على التخلي على عادة التبول في الفراش إعطاء واجب عبارة عن الجدول التقييمي.

و نتائج هذه الجلسة سجلنا تحسن و تباعد تبول عند الطفل اليومي كما تحصلنا على 4/3

\_ **الجلسة الخامسة:** قمنا بلعب الأدوار، من اجل تعزيز الثقة بالنفس في الطفل كان اللعب مع الأم والإخوة، و ناقشنا الواجب المنزلي، سجلنا انخفاض درجة الخوف، و القلق، عند الطفل.

أما في هذه الجلسة، فقد تناقشنا في الواجبات، و ما مدى تطبيق النصائح الموصي بها أفراد الأسرة.

\_ **الجلسة السادسة:** لعب السيكودراما الجماعية، مع بعض الأطفال الآخرين، مناقشة الجلسة الماضية، إعطاء الفرص لطفل لتحدث عن مشكلته. في هذه الأسرة.

أما النتائج كانت على النحو التالي: تغلب الحالة على الخوف، و القلق، و تعزيز الثقة بالنفس.

\_ **الجلسة السابعة و الثامنة:** تطبيق اختبار رسم العائلة، مراقبة جدول تقييم التبول

اللاإرادي، التعزيز الايجابي لطفل.

أما النتائج في هذه الجلسة تعبير الوالدين على إعجابهم بالبرنامج و العزم على اكمال تطبيقه مع الحالة.

**اختبار رسم العائلة:**

تحليل اختبار رسم العائلة للحالة (ب - ن)

و من خلال رسم الحالة للعائلتين الحقيقية و الخيالية سيتم تحليله على ثلاثة مستويات:  
1\_ المستوى الخطي:

انطلاقاً من رسم الحالة (ب - ن) نجد أن الرسم على المستوى الخطي، بعدما مسكت الورقة على الطول وبدأت بالرسم أرجعتها، لتقوم بالرسم على جهة العرض، فكان الرسم في الجهة العليا من الورقة أما الرسم فكان بشكل غامق، وبدأت الرسم من الجهة اليسرى الى الجهة اليمنى مدة الرسم 30 دقيقة.

2\_ المستوى الشكل:

كان رسم صورتها هي وصورة أبيها الأكبر من بقية أفراد الأسرة، وخاصة الرأس، وكانت تحاول أن تجعل صورتها و صورة أمها الأجل، أما بالنسبة لرسم اللسان فتم الرسم، لكل من الأب، و الأم، وأختها عطاء، و مريم، و منه الرحمان، و الأخ الصغير الغير شقيق، كما أن العينين رسمتها على شكل نقاط، أما الإذنين الوحيد الذي رسمت له أذنين فهو أخوها الأكبر منها مباشرة صالح، عدم وجود الرقبة في جميع الرسوم، أما الملابس فكانت ملابسها الأجل في الرسم، زوجة الأب، والأخت الغير شقيقة، ميزتهم بألوان خاصة.

3\_مستوي المحتوي:

يتضح أن الحالة و من خلال الرسم حاولت إعطاء ميول ايجابية نحو أبيها، وكذلك أمها، في إتقانها في الرسم، والتلوين، وكذلك تلوين أخويها باللون الأزرق وهذا اللون ربما يدل على اللون الرجالي، وقامت الحالة بتمييز اسمها واسم أمها بحيز على شكل زهرة باللونين الأزرق والأحمر كما ميزت زوجت الأب باللون البنفسجي، و الأصفر، وكذلك أختها الغير شقيقة إي أمنت لزوجة الأب.

أما الإجابة على الأسئلة التالية:

من الألف عطاء لماذا؟ قالت تضحك دائماً

من الأسعد عطاء لماذا؟ قالت هي تبان دائماً سعيدة

من الأتسع صالح لماذا؟ يضرب فيه بابا

من الحزين صالح لماذا؟ لأنه دائماً مغشش

أما العائلة: المتخيلة :

قامت الحالة برسم عائلة أجدادها، وأعمامها، و عماتها، وهذا يدل على أن الحالة لديها ميول و رغبة، في الانتماء الى عائلتها الكبيرة و الإحساس بالأمان، حينما قالت: (أحسن واحد هو جدي وجدتي سوف أتقن رسمهم كان جيت نعيش معاهم خير) وقامت برسم جميع أعمامها، عماتها، ما عدا العمة الصغرى رسمتها بوجه غير جيد، وكانت تبدو عليها علامة الانتقام على وجهها اثناء الرسم، و قالت (سأرسمها أبشع وحدة) (بوجه قبيح) وهذا دليل عن التضايق من العمة الصغرى وكثرة الخلافات معها.

أما الإجابة على الأسئلة كانت كالتالي:

من الألف: قالت جدي لماذا؟ أحبه

من اقل سعادة عمي العيد لماذا؟ صمت  
من الأتعس عمتي يزه لماذا؟ تعاركني  
من الحزن عمتي يزه لماذا؟ تضربني  
**تحليل الرسم للحالة الأولى:**

أما الرسم كان بشكل غامق، فهو أما لضغط الحالة على القلم، أو هو دليل الدافع اتجاه عائلتها، نتيجة السلطة، وكذلك دليل الخوف منهم، و بدأت الرسم من اليسار الى اليمين، دليل الحاجة للحنان، و الرعاية من الأسرة، وبما إنها رسمت صورة الأب و صورتها اكبر، من بقية الرسم فكبر صورة الأب، دليل على سلطة الأب في البيت، أما كبر حجم صورتها فدليل سيطرتها على أخوتها، و اعتزازها بنفسها، وكبر رأسها، من الآخرين يدل على إن لديها أفكار كبيرة، و رسم اللسان لكل من الأب، والأم، فدليل المشاجرات التي تحدث بينهم دائماً، أما بالنسبة لبقية أخواتها، عطاء، ومريم، و منة الرحمان، فهذا دليل على العدوانية، أما أخيها الصغير فهو دليل البكاء المستمر له.

أم رسم العينين، على شكل نقاط فهو دليل تعتبر أن أسرتها في حاجة للاعتماد على الآخرين و في نفس الوقت تدل على الخوف وطلب المساعدة، نرى أن الشخص الوحيد الذي جعلت له أذنين، هو أخاها صالح والذي هو دائم الشجار معها، ويدل هذا على كثرة سماعه لنقد، أما باقي الأسرة لا توجد لها أذنين، أما عدم وجود الرقبة دليل واضح على عدم التحكم في المشاعر، و رسمت الملابس التي ترتادها أجمل من ملابس بقية أفراد الأسرة، فهذا دليل الاعتزاز بالنفس، و حب الظهور أما رسم أخيها باللون الأزرق، فهذا يدل على القبول رغم الخلافات الدائمة بينهما، وقد يكون هذا اللون دليل على اللون الرجالي، كما قامت بتلوين زوجت الأب وابنتها بلونين مختلفين عن بقية عائلتها، اللون الأصفر واللون البنفسجي، وهذا ربما يدل على عدم تقبل انتمائهما للعائلة.

الفصل السادس: عرض الحالات وتحليل النتائج ومناقشة النتائج



الشكل رقم (06): رسم العائلة الحقيقية للحالة الأولى.



الشكل رقم (07): رسم العائلة المتخيلة للحالة الأولى.

مخطط الجينغرام:

احتوت مقابلة الجينغرام على ثلاثة أبعاد:

**البعد الأول:** الأمراض الجسمية، الأمراض النفسية، و المشاكل الاجتماعية في الأسرة.

**البعد الثاني:** العلاقات الأسرية.

**البعد الثالث:** العلاقات العاطفية بين أفراد الأسرة.

طبق الجينغرام على ثلاثة أجيال، الأسرة النووية التي تمثل الأب، الأم، والأبناء، أما بالنسبة للأسرة الممتدة تمثل عائلة الأب (الجدين، الأعمام، و العمات)، عائلة الأم (الجدين، الأخوال والخالات).

**تقديم الجينغرام للحالة الأولى: (ب - نور):**

**العلاقات الأسرية:**

من خلال مخطط الجينغرام، و المتمثل في العلاقات الأسرية الموجودة داخل العائلة، للحالة الأولى تبين أن عائلة (ن)، و المتكونة من 10 أفراد الأب 45 سنة، و الأم 42 سنة، و زوجة الأب 45 سنة، الأخ الأكبر صالح 14 سنة، الحالة المدروسة 12 سنة، عطاء 10 سنوات، مريم 08 سنوات، منة الرحمان 06 سنوات، واخوين غير شقيقين مرام 04 سنوات، خليفة 06 شهور، كما اتضح في الجينغرام أن الأب في السابق قام بطلاق زوجته الأولى وهي أم لطفلين ولد و بنت احمد ياسين 16 سنة، وانتصار 15 سنة. أما الأسرة الأب تمثل الجد، والجدة، و الأعمام: العيد، عبد الرحمان، علي، محمد البشير، و العمات: فاطمة، هنية، عائشة، بيه، يزه، أما أسرة الأم: الجدين متوفيين، الأخوال: عبد الرزاق، حمزة، زينة، الطاهر، البشير، عبد الرحمان، خليل، و الخالات خديجة، هنية، زينة.

- الأمراض الجسدية المزمنة: الجد لأب مصابة بالضغط الدموي، و الجدة كذلك مصابة بالسكري

- أمراض متوارثة: لا توجد

- الأمراض النفسية: لا توجد في العائلتين

- اضطراب التبول الإرادي: كما تبين توجد الخالة الوسطى، والتي تخلصت من التبول في سن السادسة عشر من عمرها، وكذلك الخال الذي كان في عمر سبعة عشر سنة، وهو يتبول في الفراش، أما التبول الإرادي بالنسبة للأعمام، فكان جلهم يعاني من التبول اللاإرادي، وتخلصوا منه في الكبر.

**العلاقات العاطفية:**

تتميز العلاقات العاطفة للحالة باضطرابات، ومشاكل دائمة وتتسم بعدم الاستقرار، وهذا ما تبين في مخطط الجينغرام، الأب في صراع دائم مع زوجاته الاثنتين، وكذلك عدم استقرار العلاقة بين الأبناء، أي الإخوة خاصة الحالة مع أخيها الذي يكبرها تماما، وتعاني من الغيرة من أخواتها.

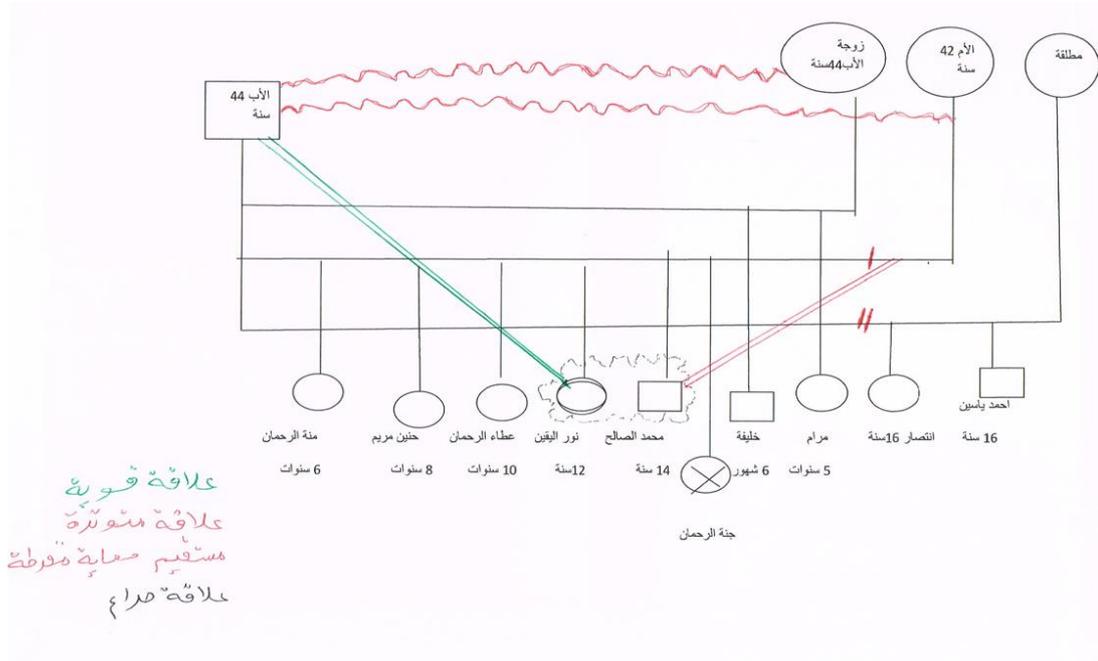
**التحليل مخطط الجينغرام للحالة:**

نلاحظ من خلال مخطط الجينغرام أن الأسرة النووية لعائلة الحالة (ن - ب)، تعاني من مشاكل و اضطرابات صراعات دائمة، الأب منفصل عاطفيا مع الزوجة الأولى، أم الحالة

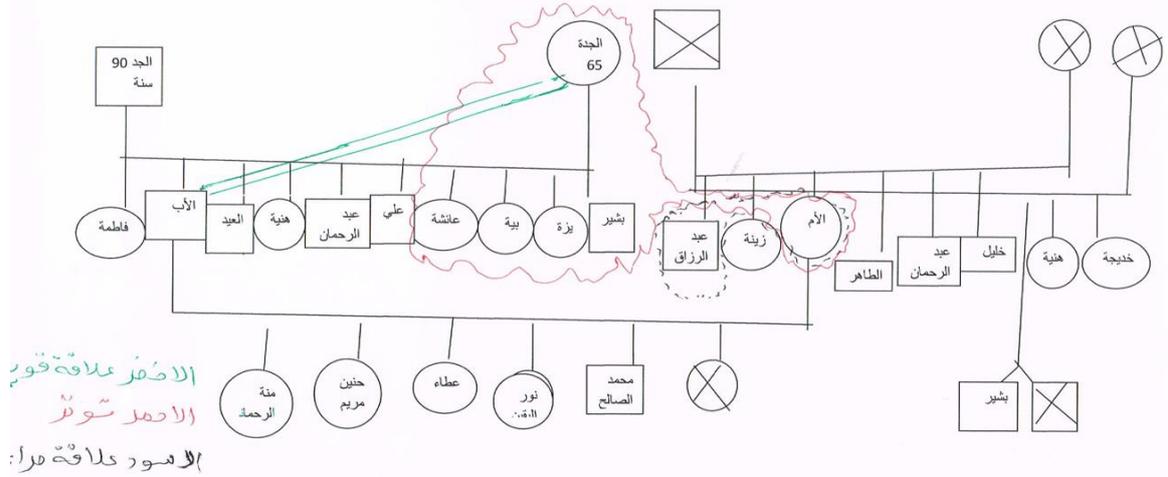
## الفصل السادس: عرض الحالات وتحليل النتائج ومناقشة النتائج

ويعيش حالة من التوتر في علاقته بالزوجة الثانية، و طلاقه من قبل زوجته من قبل وزواجه الثاني والثالث وهي أم لطفلين بنت وولد، كما وضحنا من قبل، و ربما هذا ما أدى الى اضطرابات، وكثرة الصراعات بين الأبناء، وتدهور الحالة النفسية لديهم، و كما توجد حماية مفرطة من طرف الأم، نحو الابن الأكبر صالح 14، أما بالنسبة للعائلة الممتدة يبين الجينغرام، أن الجد أب الأب قد طلق زوجته الأولى، و هي كذلك أم لطفلين بنت و ولد وكذلك بالنسبة للجد أب الأم تزوج على زوجته بعد إنجابها لبنتين، أما العلاقة فهي متوترة وعنيفة. وكذلك توجد علاقة توتر بين العائلة النووية، والعائلة الممتدة الأعمام، و كذلك حالة من التوتر مع عائلة الخال الكبير، أما العلاقة مع الجيران فهي جيدة.

بالنسبة للحالة المدروسة، (ن - ب) فمن خلال ما قدمناه في مخطط الجينغرام، و ما جمعناه من الأجيال السابقة، في كل من الأسرة النووية، والأسرة الممتدة، فمن المحتمل إرجاع مشكل التبول اللاإرادي الى الوراثة كما قال: والديها أو يكون السبب الرئيسي هو كثرة المشاكل و الاضطرابات، على مستوى الأسرة النووية، وعدم الاستقرار، مما خلف عند الحالة كثير من الخوف، والقلق، والرعب، وكذلك عدم اللامبالاة من طرف الأسرة، و الاهتمام بموضوع التبول اللاإرادي، وإرجاعه الى الأسباب الوراثية، و تحديد السن التي يمكن للحالة ان تتوقف فيها عن التبول اللاإرادي.



الشكل رقم (08): رسم مخطط العائلة النووية للحالة الأولى.



الشكل رقم (09): رسم مخطط العائلة الممتدة للحالة الأولى.

### التحليل العام للحالة:

من خلال تحليلنا للمقابلة العيادية النصف موجهة، وتطبيق برنامج التكاملية متعدد العلاجات، و جدول الملاحظة المنظمة، و اختبار رسم العائلة، ومخطط الجينغرام، و جدول تقييم التبول اللاإرادي، توصلنا الى أن الحالة (ب - ن)، تحمل صورة ايجابية للوالدين رغم عدم الاستقرار الذي يميز أسرتها، ومن خلال ملاحظتنا للحالة عن حديثها عن أسرة أجدادها، تبين أنها تحمل صورة ايجابية عنها وتود العيش فيها وهذا دليل على إنها تود الهروب عن الجو الأسري المضطرب، الذي تعيش فيه، وعدم إحساسها بالسعادة، وتبحث عن الأمان، و الإشباع العاطفي، و هناك تفكك اسري، و مشاحنات كبيرة بين الأب والأم و زوجة الأب، ومن خلال الملاحظة المنظمة لاحظنا أن، الحالة بنت ذكية، ومهذبة، ومعتدلة في هندامها، و سلوكياتها، أما من خلال جلسات البرنامج، فتفاعلت معنا، بل وتفاعل جميع أفراد الأسرة، ووجدى البرنامج استحسان، الجميع و أعطى نتائج ايجابية، بالإضافة الى ان اختبار رسم العائلة تبين من خلاله أنها تتسم بالاعتزاز بالنفس، والثقة العالية، و الميول الايجابية، وإنما يقلقها هو كثرة المشاكل، والتوترات، في الأسرة عامة، وبين والديها خاصة.

### 2.1 عرض الحالة الثانية (ب-أ):

#### البيانات الأولية:

الاسم: (ب) اللقب: (أ) العمر (14 سنة) (ذكر)  
المستوى الدراسي: الرابعة متوسط (التحصيل متوسط)  
\_ الأب مراقب عام بإحدى المتوسطات (50 سنة)  
\_ الأم خ \_ ق مأكثة بالبيت (44 سنة)  
\_ المستوى المعيشي حسن

\_ عدد الإخوة 7 إخوة 2 إناث و 5 ذكور الترتيب في الأسرة 6

\_ نوع الأسرة نووية

\_ نوع التبول ثانوي مستمر

/أجريت المقابلة مع التلميذ برفقة الأم يوم: 2023/11/30

- علاش متروحش الى المرحاض؟ بعد تردد طويل يقول: منوضش

- بماذا تحس عندما تجد نفسك تبولت في الفراش؟ نحشم

- ماذا تفعل؟ نروح نخبي قشي عن ماما وأخوتي ونغسله

- ماذا تقول لك ماما؟ روح الدوش ونضف روحك مليح علاش يشموا أصحابك فيك البول

- ماذا يقول لك أبيك؟ لا يقول شيء بل يقولهم: أطلقوه مش بإرادته

- كيف يرونك إخوتك؟ يعايروني البوال

2\_2 محتوى المقابلة كما وردت:

الحالة الثانية (أ) الطفل السادس في الأسرة يدرس عي السنة الرابعة من التعليم المتوسط، متوسط في التحصيل الدراسي، من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة التي أجريناها مع الأسرة، وجمع بعض المعلومات عن نمو الحالة: ظروف الحمل كانت جيدة لم تتعرض فيها الأم الى أية أمراض، كان عمرها أثناء الحمل 29 سنة مدة الحمل كانت 09 أشهر، الرضاعة كانت طبيعية، لمدة عام، الحمل كان مرغوب، صرخة الولادة كانت في وقتها، لم تتناول الام أي أدوية خلال فترة الحمل، الولادة كانت طبيعية، الجلوس في الشهر السابع، الحبو كان في الشهر العاشر، المشي في السنة والنصف النطق في السنتين، تقول: الأم إن ابنها، اكتسب النظافة في سن الثالثة من العمر ورجع من جديد، في عمر ستة سنوات وتقول: كذلك أن حالة ابنها تقلقها كثيرا، (ذهبنا به الى المستشفى، وأعطيناه الدواء، ومكان والو) وتقول: إن ابنها يعاني من الخجل، والقلق، والتوتر، وانه في التحصيل الدراسي كان مقبول ولأن فهو يتراجع بالنسبة لتفاعل، والاحتكاك مع المحيط، والأصدقاء، فانه قليل التفاعل، و يملك أصدقاء قليلين ينقص التفاعل مع إخوته، وخاصة أخته التي تكبره بسبب معاييرها له بالبوال، فهو لا يتفاهم معها تقول: الأم (مش عارفة وش ندير معاها تعابير فيه اكثر منهم إخوته لخرين مش دائما يعايروه).

أما الأب فيبدي شفقة على ابنه فيقول: انه معذور وليس بإرادته ثم قال: (ربما كانت في الوراثة أعمامه عندهم التبول الإرادي). لكن يبرر ويقول: نحن لم نعش مثلهم نحن عشنا أيتام ولم يعتنوا بنا كنا نعيش في مشاكل وضغوط كبيرة ولم يكن تتوفر لدينا الغطاء و الدفاء الذي ينعمون به هم في وقتنا الحالي. أما الحالة عندما سألناه: على التبول قال وتبدو علامات الخجل عليه، و بعد تردد، (انا منوضش و لا احس بالبول أثناء عملية التبول) السؤال عن إخوته أن كانوا قلقين من الوضع فقال: (أخوتي مقلقين ياسر ويعايروني ساعات ويقولولي فوحتنا بالبول و أنا بعد ما نرقد منحسش بالبول).

أما بالسبب للإخوة وخاصة الذكور فهم يتذمرون، من هذا الوضع وخاصة إنهم ينامون في نفس الغرفة.

### 3\_2 تحليل الكيفي للمقابلة:

من خلال المقابلة التي أجريناها مع انس وعائلته، تبين لنا إن الأسرة تعيش في استقرار نوعا ما ولا توجد لديهم مشاكل، فهم يتعاطفون مع بعضهم البعض، وأن المشكل الوحيد الذي يقلقهم هو مشكلة تبول انس.

أما انس يتميز بالهدوء، والخجل، وفي بعض الأحيان بقليل من القلق، والتوتر، وهذا جراء معايرة أخوته له عندما قال: (أخوتي مقلقين ياسر ويعايروني ساعات ويقو لولي فوحتنا بالبول وأنا نرقد منحسش بالبول ونبول)، وخاصة مع أخته فهي لا تتوقف عن استفزازه وهذا ما اثر عليه سلبا في علاقاته الاجتماعية، فهو لا يمتلك إلا قليل من الأصدقاء، أو أصدقاء الدراسة فقط، وكذلك اثر على تحصيله الدراسي بالرغم من إن علاقته جيدة مع أساتذته، وأصدقائه، أما العلاقة بالأسرة الممتدة: الأعمام، والأخوال، فهي جيدة ويقول: أحبهم كثير وكذلك الأم تقول: بأنه محبوب من طرف أعمامه، وأخواله، كثير يتفاهم معهم وليس لديه أي مشكل معهم.

من اجل دعم المقابلة العائلية و جمع اكبر قدر ممكن من المعلومات ارتأينا إن نقوم ب تطبيق جدول الملاحظة المنظمة:

### تطبيق جلسات البرنامج:

#### الجلسة الأولى:

استقبال العائلة والترحيب بهم، التعرف على البرنامج العلاجي، بناء علاقة جيدة وتحديد مواعيد الجلسات، والالتزام بالمواعيد.

نتائج الجلسة الأولى كسب ثقة مع الحالة، والأسرة كذلك، وإعطاء الواجب المنزلي.

#### الجلسة الثانية:

إجراء المقابلة مع الطفل رفقة الوالدين، وإجراء الملاحظة المنظمة ، التشخيص وتحديد المشكلة ونوع الاضطراب بداء العلاج.

أما نتائج الجلسة كانت كالتالي: كانوا قد طبقوا الواجب والإرشادات المعطاة لهم و النصائح.

الجلسة الثالثة والرابعة: مواصلة التشخيص، إعطاء فرص لطفل لتفريغ، و التعبير، إرشاد الأسرة على مساعدة الطفل على التخلي على عادة التبول في الفراش، إعطاء واجب عبارة عن الجدول التقييمي للتبول اللاإرادي.

نتائج الجلسة التحدث عن الجلسة الماضية تقييمها، وتم تسجيل تحسن والتباعد التبول في الفراش عند الطفل حيث تحصلنا على 4/3 كما يتبين في الجدول أدناه.

الجلسة الخامسة: قمنا بلعب الأدوار من اجل تعزيز الثقة بالنفس، تم مناقشة مع الأم والإخوة بخصوص الواجب المنزلي، تشجيع الطفل، على التغلب، على الخوف، والقلق.

نتائج هذه الجلسة، يتجلى بوضوح، اكتساب ثقة الحالة في نفسها، وتسجيل تحسن ملحوظ، و تباعد في التبول الإرادي حيث حصلنا على 3/5.

الجلسة السادسة: لعب السيكودراما الجماعية، مع بعض الأطفال الآخرين، مناقشة الجلسة الماضية، إعطاء الفرص لطفل لتحدث عن مشكلته.

نتائج هذه الجلسة، استمرار في تحسن الحالة حيث سجلنا 1/6 إي تم التبول في الفراش مرة واحدة في الأسبوع.

الجلسة السابعة و الثامنة: تطبيق اختبار رسم العائلة، مراقبة جدول تقييم التبول اللاإرادي، التعزيز الايجابي لطفل.

نتائج هذه الجلسة تعبير الوالدين على إعجابهم بالبرنامج، والعزم على مواصلة تطبيقه على الحالة في البيت.

### اختبار رسم العائلة:

4\_2 تحليل اختبار رسم العائلة للحالة (ق - ا):

و من خلال رسم الحالة للعائلتين، الحقيقية، والخيالية، سيتم تحليله على ثلاثة مستويات:

### 1- المستوى الخطي:

انطلاقاً من رسم الحالة (ق - ا) نجد أن الرسم على المستوى الخطي كان في أعلى الورقة، حيث بدأت الحالة الرسم، من الجهة اليمنى الى اليسار، وأن الرسم كان غامق وهو ربما يكون من الضغط على القلم، إلا أن الأخ الأكبر سعيد كان رسمه خفيف أما الرسم فكان على شكل خطوط ما عدى سعيد شكله مغاير ولكن العائلة المتخيلة، كان قد رسمها بشكل أفضل.

### 2- على المستوى الشكل:

على مستوى الشكل كانت كل العائلة منسجمة مع بعضها البعض، تقريبا متساوون في الحجم إلا أن الأب اكبر في حجم الرأس، ومن خلال ملاحظتنا له أثناء الرسم، كان يبدو عليه الملل أثناء عملية رسم الاختبار العائلة الحقيقية، أما في رسم العائلة المتخيلة فكان على العكس من ذلك رسمها بشكل جيد، وقام بتلوينها وكان يبدو عليه نوعاً من الراحة النفسية، وتتكون العائلة المتخيلة من خمسة أفراد غفران، ريحان، والتي قام بتلوينها باللون الأسود، لجين، حسان، وجمال، والذي هو خاله.

### على مستوى المحتوى:

يتضح أن الحالة ومن خلال رسم اختبار العائلة كان غير راضي على العائلة الحقيقية، عندما رسم الأشخاص عبارة على خطوط، و لكن العائلة المتخيلة رسمها بشكل ملائم، و بالإضافة الى ذلك قام بتلوينهم بألوان جيدة، عدا ريحان قام بتلوينها باللون الأسود، ومن خلال ما لاحظناه إن العينين كانت حجمها دائري. أما بالنسبة للفم فالأب، والإخوة الفم كان مفتوح، إلا فم الأم و الأخت مغلقين الفم أما الرأس رأس الأب كان اكبر من بقية أفراد الأسرة، أما بالنسبة للأذنين فان كل الأفراد، لا توجد لديهم أذنين، رسم الرقبة وهي التي تربط بين الرأس والجسد، حيث الإحساس و الشعور، و مدى قدرة الرأس على التحكم بالجسد، و هو دليل

على الاعتماد على النفس، وطولها دليل على اعتقاد الطفل بأنه في صراع و هو يستطيع التغلب على هذا الصراع بالابتعاد عن عالم المشاعر، أو إخفائها قدر المستطاع، السلبية لا يدع لها مجال لتصل الى عقله النبيل اليدين، و الأرجل، في الرسم هي الوسيلة التي تساعده على إنشاء علاقة مع شخص قريب.

مدة الرسم كانت 25 دقيقة.

وعن سؤالنا كانت الإجابة كالتالي:

في العائلة الحقيقية:

من الألف: حذيفة لماذا؟ لأنه دائما يضحك

من الأسعد: سعيد لماذا؟ لأنه يسيطر

من الأقل سعادة: حسن لماذا؟ لأنه لا يضحك

من الحزين: مباركة لماذا؟ تعاليري

أما في العائلة المتخيلة:

من الألف: غفران لماذا؟ صمت

من الأسعد: جمال لماذا؟ أحبه

من الأقل سعادة: حسان لماذا؟ صمت

من الحزين: لجين لماذا؟ صمت

**تحليل رسم اختبار العائلة:**

بعد تطبيق اختبار رسم العائلة على الحالة الثانية، و من خلال تحليلنا لرسم، تبين لنا أن الحالة بدا الرسم على الجهة اليمنى الى اليسرى، هذا دليل على التعبير على حياته المدرسية أي التعبير عن علاقته، مع المجتمع خارج نطاق أسرته، و كان الرسم غامق دليل على قوة الدوافع اتجاه بعض أفراد العائلة، أما الرسم الخفيف مثل رسم سعيد، فدل على سطحية الدافع اتجاهه، رسم كل أفراد العائلة متساوون في الحجم تقريبا إلا أن رسم رأس الأب اكبر من بقية رؤوس الأفراد الآخرين، وهذا دليل على انسجام و تعاطف، العائلة مع بعضها البعض أما كبر رأس الأب فدل على ذكاء الأب، وحنكته في التصرف وحسن التدبير، أما حجم العينين الدائرية فهو دليل على تعبير الحالة على احتياجاته العاطفية، و الانفعالية، أما الأب فمه المفتوح فيدل على تأثيره في الآخرين، بالسنة للام و الأخت اللتان رسم لهما فم على شكل خط فدل على إنهما شخصيتين محرومتين من قدرة التأثير على الآخرين بالكلام، وكان رسم أفراد العائلة جميعهم بدون أذن، فيدل على عدم الاكتراث لما يقال عنهم من الآخرين، الإخوة أفواههم مفتوحة، و يعني معاناة الحالة من هجومهم عليه و الاستبداد و التهديد، و النقد، و اللوم، و التأثير عليه بالكلام.



- خديجة
- سعيد
- مسند

الشكل رقم (10): رسم العائلة الحقيقية للحالة الثانية.



- أسعد واحد
- أنيس واحد
- أقد سعادة
- كزيب

أعقار  
جمال  
أحد سعاد  
الرجل

الشكل رقم (11): رسم العائلة المتخيلة للحالة الثانية.

5\_2 مخطط الجينغرام:

احتوت مقابلة الجينغرام على ثلاثة أبعاد:

البعد الأول: الأمراض الجسمية، الأمراض النفسية، و المشاكل الاجتماعية في الأسرة.

البعد الثاني: العلاقات الأسرية.

البعد الثالث: العلاقات العاطفية بين أفراد الأسرة.

طبق الجينغرام على ثلاثة أجيال، الأسرة النووية التي تمثل الأب، الأم، والأبناء، أما بالنسبة للأسرة الممتدة تمثل عائلة الأب (الجدين، الأعمام، و العمات)، عائلة الأم (الجدين، الأخوال والخالات).

تقديم الجينغرام للحالة الثانية (ب - أ):

العلاقات الأسرية:

من خلال مخطط الجينغرام وعلى المستوى المتمثل في العلاقات الأسرية، الموجودة داخل الأسرة للحالة الثانية تبين أن عائلة (أ)، و المتكونة من ثمانية أفراد الأب 50 سنة، و الأم 44 سنة، الابن الأكبر سعيد 20 سنة، وحسن 18 سنة، ومباركة 17 سنة، انس 14 سنة، حذيفة 10 سنوات، و رزان 7 سنوات، أما الأسرة الممتدة: أسرة الأب، الجدين متوفيين وتوجد زوجت الجد على قيد الحياة، و الأعمام الأشقاء الجيلاني، إبراهيم، مسعود، والعمات الشقيقات: سكيينة، فاطمة الزهرة، و الأعمام: الغير أشقاء، عدنان، فيصل، محمد عرفة، و العمات: الغير شقيقات، ربيعة، حليلة، سعاد، منى، خولة، خديجة، إسرائ، أما بالنسبة لعائلة الأم و المتكونة من الجد والجدة، الأخوال: جمال، سعيد، يعقوب، والخالات: نعيمة، مرزاقه، كريمة.

- الاضطرابات النفسية: العمة الوسطى تعاني من صدمة نفسية تعرضت لها اثر وفات أبيها

- الأمراض الجسمية المزمنة: زوجة الجد تعاني من الداء السكري.

- الأمراض الموروثة: لا توجد

- اضطراب التبول اللاإرادي: الخال تخلص من اضطراب التبول اللاإرادي في سن 19 سنة، و كذلك العمة الصغرى تخلصت منه في سن 17.

العلاقات العاطفية:

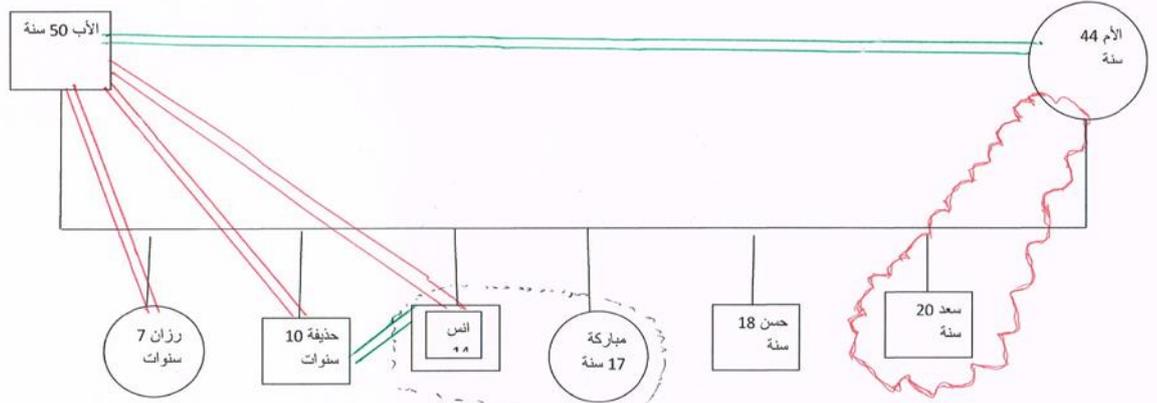
تتميز العلاقات العاطفية للحالة بالاستقرار النسبي في العائلة، و العلاقة العاطفية بين الأب والأم تمتاز: بالحب، و التفاهم، و الحنان، إلا أن هناك حالة عدم استقرار مع الأخوة خاصة من الأخت مباركة، و هذا ما أدى بالحالة بالشعور بالقلق، و التوتر، و بالتالي اثر سلبي على تحصيله الدراسي بالرغم من انه محبوب من طرف أساتذته و علاقته جيدة معهم، لكن انتباهه مشتت، أما العلاقة مع الأعمام، و الأخوال، فان العلاقة العاطفية ممتازة.

تحليل مخطط الجينغرام:

نلاحظ من خلال مخطط الجينغرام للحالة (أ)، أن الأسرة النووية لا تعاني من أي سوابق مرضية، سوء الجسمية، أو النفسية، و بالنسبة للعلاقات بين أفراد الأسرة حسنة حيث نلاحظ من خلال المخطط أن العلاقة بين الوالدين تمتاز بالقرب، و الألفة، و المحبة، لكن أحيانا تكون مضطربة ومتوترة نوعا ما، بين الأبناء كما توضح لنا رموز الصراع ولكن دائما ما تنتهي بتدخل الوالدين والسيطرة على الموضوع، أو المشكل، أما بالنسبة للحالة المدروسة (أ - ب)، فمن خلال ما قدمناه في المخطط، و ما جمعناه من الأجيال السابقة في كل من الأسرة النووية والأسرة الممتدة، يمكننا إرجاع مشكل التبول اللاإرادي الى الوراثة حيث

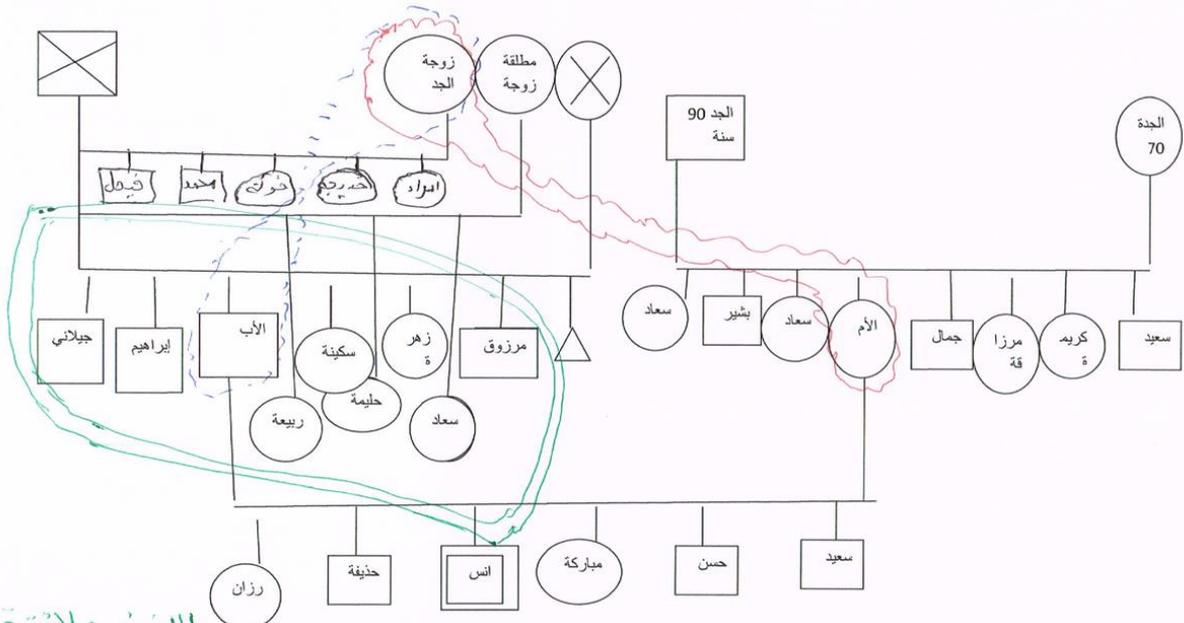
## الفصل السادس: عرض الحالات وتحليل النتائج ومناقشة النتائج

نرى أن الخال والخالة والعمة الصغرى، تخلصوا من التبول الإرادي في سن متقدمة أي عند كبرهم وهذا ما نتج عنه عدم المبالاة، و عدم الاهتمام، وعدم الاكتراث، من طرف الوالدين و الأسرة ككل والاكْتفاء لإرجاعه الى الأسباب الوراثية أما العلاقات بالنسبة للأسرة الممتدة، للأب فالعلاقات مضطربة نوعا ما أما عائلة الأم فالعلاقة حسنة تمتاز بالقرب، والحب، والتناغم، والتماسك، ببعضهم البعض.



الاضطر علاقة قوية  
الامور علاقة هرام  
الامر خط مستقيم  
مماية مفترقة  
الامر علاقة مستوية

الشكل رقم (12): رسم مخطط العائلة النووية للحالة الثانية.



الاضطر علاقة قوية  
الازرق علاقة توتر  
الامر علاقة هرام وتوتر

الشكل رقم (13): رسم مخطط العائلة الممتدة للحالة الثانية.

- التحليل العام للحالة الثانية:

من خلال تحليلنا للمقابلة العيادية النصف موجهة، وتطبيق برنامج العلاجي التكاملي المتعدد العلاجات، و بالاستعانة بجدول الملاحظة المنظمة، وتطبيق اختبار رسم العائلة، ومخطط الجينغرام، توصلنا الى أن الحالة (أ - ب)، ومن خلال المقابلة معه، انه يتميز بالقلق، و التوتر، والانطواء، و عدم الثقة في النفس، وهذا ناتج ربما على استقزاز إخوته له، ومعايرته بالبوال، و هذا ما يجعله يعيش في حالة من الخجل من النفس، و من خلال جدول الملاحظة المنظمة، تبين لنا انه يمتاز بعدم الاحتكاك بالآخرين، والأصدقاء في الشارع، وأبناء الجيران، لأنه خجول ولا يستطيع موجهتهم، إلا قليل من أصدقاء المدرسة، ولحظنا كذلك بأنه طفل منظم في هندامه، وأسلوب كلامه، و سلوكياته، لا يتكلم كثيرا، وأثناء تطبيق البرنامج تفاعل معنا، ووجد هذا البرنامج استحسان من جميع أفراد الأسرة، وتعاونوا معنا، وشاركوا في التطبيق، ومنها: لعب الأدوار، السيكودراما الجماعية، دينامية الجماعة، أما في ما يخص اختبار رسم العائلة، عبر(أ)، من خلال الرسم على عدم تقبله لعائلته الحقيقية، واستبدالها بالعائلة المتخيلة، ودليل ذلك رسم العائلة الحقيقية على شكل خطوط، أما العائلة المتخيلة فانه رسمها بشكل جيد وهذا دليل رفضه لطريقة التي يعاملونه بها أخوته، ورفض عدوانهم عليه.

3.1 عرض الحالة الثالثة (س-م):

البيانات الاولية:

الاسم:(س) اللقب: (م) العمر:(7سنوات)(أنثى)

المستوى الدراسي: أولى ابتدائي( التحصيل الدراسي جيد)

الأب(م - م) العمر: 50 سنة المستوى الدراسي: أمي المهنة: متقاعد من الجيش

الأم (م - ع) العمر: 46 سنة المستوى الدراسي : السادسة ابتدائي, المهنة: مأكثة بالبيت

المستوي المعيشي دون المتوسط

عدد الإخوة 7 ستة على قيد الحياة و 1 متوفى الترتيب في الأسرة رقم 8

نوع الأسرة نووية

نوع التبول تبول أولي مستمر

/أجريت المقابلة مع التلميذة برفقة الأم و الأخت الكبرى يوم: 2023/11/29

- علاش مترو حش للمرحاض؟ نخاف

- بماذا تحسي عندما تجدي نفسك تبولتي في الفراش؟ بعد سكوت حتى حاجة

- ماذا تفعلين؟ تنحلي ماما الكوش

- ماذا تقول لكي ماما؟ ساعات ثقلي بوالة

- ماذا يقول لكي أبيك؟ بابا ما يقول حتى شيء

- كيف يرونك إخوتك؟ حتى شيء يقولوا

## 2\_3 محتوى المقابلة كما وردت:

الحالة الثالثة (س) الطفلة الثامنة في الأسرة، تدرس في السنة أولى ابتدائي، جيدة في التحصيل الدراسي، من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة، التي أجريناها مع الأسرة و جمع بعض المعلومات عن نمو الحالة، كالتالي: ظروف الحمل مرت الأم بمرحلة قلق كبير وخوف من أنجاب طفل معاق لان الحمل الذي سبق هذا الحمل نتج عنه طفل معاق، مدة الحمل 09 أشهر، عمر الأم أثناء الحمل كان 38 سنة، لم تتناول الأم أي أدوية أثناء الحمل، ولم تتعرض الى أي أمراض، الحمل مرغوب لكن كما سبق وان أوضحنا يوجد قلق وخوف كبير، الولادة كانت طبيعية، الرضاعة طبيعية زادت عن المعتاد استمرت لمدة ثلاثة سنوات، الجلوس في الشهر التاسع، الحبو في السنة و شهرين، المشي في السنة والنصف، النطق في السنيتين. الأم تقول: أن التبول عندي لا يعد مشكلة، بل هو شيء عادي، حتى (أختي كبار وهم يبولوا، و من بعد بطلوا)، قالت: (أنا أختي و خويا كانوا يبولون حتى هم كبار خويا في 19 سنة وهو يبول و أختي 16 سنة وهي تبول)، وتضيف أن إحدى بناتها تخلصت عن التبول عندما أصبحت تدرس في المتوسط. (وكانت حاجة وحدة مقلقتي فيها تبول الليل والنهار كيف تولي في المدرسة تبول عن روحها بصح الحمدلله من العام ألفات بطلت بول النهار).

أما الأب قال: (هي فترة وتروح، حتى أختي بكري كبيرة أندادها في الثانوية وهي تبول وهناء أختها تقرا في الثالثة متوسط، كان العام هذا مابلتتش)، أما الأخوة فابدوا قلق كبير من التبول حيث قالت: الأخت الكبرى (حتى ماما والله ما عنباله خلتها تبول القش النهار كامل مغسول ومنشور). سألنا البنت عما يقلقك في البيت قالت: (سعد دائما يعارك فيا)، الأخ الذي يصغرها مباشرة أما بابا نحبه، هو وماما، و أبدت قلق من أختها الكبرى ومعاملتها معها، حيث قالت: (الننة هي تضرب هيا وتعايرني كيف تلقى لفراش مبلول).

## 3\_3 تحليل الكيفي للمقابلة:

من خلال المقابلة مع التلميذة يتبين أن (س - م) محبوبة كثيرا من طرف أسرتها والديها إختها و خاصة أخوها الكبير، وكذلك من طرف المعلمين، والمربين، والأصدقاء، سواء في الحي أو الأصدقاء في المدرسة، وهي تبدو مهذبة، وتمتاز بالهدوء، والخجل، ولكنها تغار كثيرا من أخاها الذي يصغرها سنا والبالغ من العمر 4 سنوات، و كذلك تعاني من الخوف الشديد في الليل ولا تستطيع الذهاب بمفردها للمرحاض للتبول، كما لاحظت الباحثة عدم اهتمام الأم بموضوع مرافقة ابنتها اثنا الذهاب لقضاء الحاجة، و كما وردة في حديث البنت الكبرى ذات 19 سنة (اييه ماما ولاما عنبالها بيها)، لما طرحنا عليها لماذا؟ لا تقومي أنتي بدور الأم قالت: (دبر رأسها هي أمها و هي تتحمل مسؤوليتها)، فهي لا تهتم بموضوع التبول في الفراش و هي تقوم في الصباح بغسل الافرشة وتنظيف ابنتها هذا كل ما في الأمر. من اجل دعم المقابلة العائلية، و جمع اكبر قدر ممكن من المعلومات، ارتأينا إن نقوم ب تطبيق جدول الملاحظة المنظمة:

#### 4\_3 تطبيق جلسات البرنامج:

##### \_الجلسة الأولى:

استقبال العائلة والترحيب، بهم التعرف على البرنامج العلاجي، بناء العلاقة وتحديد مواعيد الجلسات والالتزام بالمواعيد.

نتائج الجلسة، قمنا ببناء العلاقة مع الحالة وكسب الثقة، و إعطاء الواجب المنزلي.

##### \_الجلسة الثانية:

إجراء المقابلة مع الطفل رفقة الأسرة، و إجراء الملاحظة المنظمة، التشخيص وتحديد المشكلة ونوع الاضطراب بداء العلاج السماع لشكوى التي جاءت بها الأسرة أما نتائج الجلسة، كانوا قد طبقوا إرشادات و توجهات، المتمثلة في البرنامج.

\_الجلسة الثالثة و الرابعة: مواصلة التشخيص إعطاء فرص لطفل لتفريغ إرشاد الأسرة على مساعدة الطفل على التخلي على عادة التبول في الفراش إعطاء واجب عبارة عن الجدول التقييمي.

أما نتائج هذه الجلسة، فكانت تسجيل تحسن، و تباعد في ليالي التبول عند الحالة حيث سجلنا عدم التبول لأسبوع كامل.

\_الجلسة الخامسة: قمنا بلعب الأدوار من اجل تعزيز الثقة بالنفس و التطبيق كان مع الأم والإخوة مناقشة الواجب المنزلي، تشجيع الطفل على التغلب على الخوف، و القلق.

و نتائج هذه الجلسة كذلك استمرار التحسن و عدم التبول في الفراش للأسبوع الثاني ولاحظنا أن الحالة يبدو عليها تحسن كبير من ناحية اكتساب الثقة في النفس.

\_الجلسة السادسة: لعب السيكودراما الجماعية مع بعض الأطفال الآخرين مناقشة الجلسة الماضية إعطاء الفرص لطفل لتحدث عن مشكلته.

\_الجلسة السابعة و الثامنة: تطبيق اختبار رسم العائلة، مراقبة جدول تقييم التبول اللارادي، التعزيز الايجابي لطفل.

نتائج هذه الجلسة: تعبير الوالدين على إعجابهم بالبرنامج، و العزم على متابعة تطبيقه على الحالة في البيت.

##### \_اختبار رسم العائلة:

تحليل اختبار رسم العائلة للحالة (س - م)

و من خلال رسم الحالة للعائلتين: الحقيقية، و الخيالية، سيتم تحليله على ثلاثة مستويات:

##### 1\_ المستوى الخطي:

انطلاقاً من رسم الحالة (س - م) نجد أن الرسم على المستوى الخطي كان رسم العائلة الحقيقية، في أعلى الورقة بدأت الرسم من جهة اليمين الى جهة اليسار، أما في العائلة المتخيلة فكان الرسم من جهة اليسار الى جهة اليمين، وكان معتدل في الخط أي مسكة قلم الرصاص معتدلة وكان لا هو غامق ولا هو خفيف، مدة الرسم 30 دقيقة.

##### 2\_ على مستوى الشكل:

على مستوى الشكل فكانت كل العائلة منسجمة، و الأيادي متصلة ببعضها البعض، نرى أن الأخ الأكبر رسمته أضخم من بقية أفراد العائلة، أما نفسها فرسمتها اقل حجم من الأفراد الآخرين بالرغم من وجود أخ اصغر منها لكن رسمته اكبر منها، كما لاحظنا حذفها للأخت الكبرى ولم تكن موجودة في الرسم، و قد قامت بالتلوين وغلب في تلوينها اللونين الأزرق سماوي، والبرتقالي، أما في العائلة المتخيلة، نلاحظ أن الحالة أعادت رسم عائلتها مع حذف بعض الأشخاص و احتفظت، بالأب، و الأم، و نفسها، و الأختين هناء، و زهرة ، وفي العائلة المتخيلة نرى أن الأب أضخم من بقية أفراد العائلة، كما نرى حجم رأس الأب كان كبيراً مع رسم العينين واسعة، و عدم وجود الرقبة أما الفم على شكل خطوط و الأنف كذلك مع وجود الشعر الألوان المختارة اللونين، اللون البرتقالي، واللون الأزرق.

### 3\_ على مستوى المحتوى:

من خلال عرضنا لمحتوى المستوى، تبين لنا أن الحالة، و من خلال رسم اختبار العائلة أن عائلتها متماسكة، ومنسجمة كما يبين الرسم، وهذا دليل على أن الأسرة تعيش في جو من الألفة، والتكافل، مع بعضها البعض، أما رسمها لأخيها اكبر من باقي الأفراد فهذا دليل على أنها تحتل مكانة، و أهمية، في نفسه أما حذفها لأختها الكبر في الرسم، وهو دليل على عدم الرضاء عليها لان الأخت كانت قاسية في التعامل معها، و رسمها لحجمها اقل من الأفراد الآخرين، هذا دليل احتقارها لنفسها، و عدم اكتساب الثقة في النفس، كل الأيدي رسمتها على شكل خطوط، أيدي أبيها، وأمها، ويدها هيا رسمتها على شكل أعمدة مع وجود الأصابع، وهي دليل على إنشاء علاقات كثيرة، وهو إنسان مجهز للحياة والعلاقات الاجتماعية، وهو متين وقادر، أما الأب، يده اليمنى اكبر من اليد اليسرى، تدل على العمل خارج نطاق الأسرة، وذراع دليل على الاتصال، و التواصل، أما عدم وجود الرقبة فدليل على الأشخاص غير قادرين على التحكم بالمشاعر، في التلوين ركزت على اللونين البرتقالي، وهو يعبر على الحب بشغف و تسرع، و اندفاع، و يرمز أيضا الى إيقاظ الأحاسيس في نفس الوقت، أما اللون الأزرق، و هو يعبر على الثقة، و السلام، و يعتبر مهدئا.

مدة الرسم كانت 30 دقيقة.

### أما الإجابة على الأسئلة التالية:

#### في العائلة الحقيقية.

من الألف: ماما لماذا؟ أحبها

من الأسعد: سعد لماذا؟ هو الصغير

من الأقل سعادة: محمد الجديد لماذا؟ صمت

من الحزين: محمد الجديد لماذا؟ دائما مغشش

بالنسبة للعائلة المتخيلة رسمت عائلتها أيضا، مع حذف بعض الأشخاص، والاحتفاظ ببعض الآخر، الأب، والأم، والأختين: هناء، و زهرة ، و احتفظت بنفسها، وكان الأب هنا أضخم من

بقية أفراد العائلة، ورأسه كبير، أما الأذرع في الرسم كلها على شكل أعمدة، مع الاحتفاظ بنفس الألوان، التي استعملتها في العائلة الحقيقية.

أما الإجابة على الأسئلة كانت كالتالي:

من الألف: زهرة لماذا؟ صمت

من الأسعد: هناء لماذا دائما تضحك

من الأقل سعادة: لا يوجد

من الحزين: لا يوجد

تحليل اختبار رسم العائلة:

بعد تطبيق اختبار رسم العائلة، على الحالة (س - م) ومن خلال تحليلنا لرسم، تبين لنا أن الحالة بدأت رسم العائلة الحقيقية، من الجهة اليسار الى الجهة اليمين وهذا دليل الحاجة الى الحنان، والرعاية، من الأسرة ودليل النكوص، وإن الرسم في أعلى الورقة، وهي منطقة الحالمين، وأصحاب المبادئ، أما رسم العائلة المتخيلة، فالبدائية كانت من الجهة اليمين الى الجهة اليسار، وهو دليل الطموح الى التقدم نحو المستقبل، كما يتبين أن عائلة (س) تعيش في جو من الاستقرار، والانسجام، بين أفراد الأسرة، ودليل ذلك الأيدي المتماسكة ببعضها البعض، أم رسمها لأخيها بحجم اكبر من الأفراد الآخرين هذا لما له أهمية في حياتها، ونفسها، أما الأخت المحذوفة من الرسم يعبر لعدم تقبلها لقسوتها في التعامل معها، أما رسمها لنفسها صغيرة فهي تحتقر نفسها، وتقزيمها، ولا تثق فيها، وهذا ما عبرت عليه في رسمها اصغر شخص في العائلة، رغم وجود من هو اصغر منها، أما بالنسبة لتلوين فركزت على اللونين البرتقالي، فدليل يعبر على حبها لعائلتها بشغف، تسرع، واندفاع، أما اللون الأزرق، فهو تعبر عن السلام، ورسم اليد و الأصابع يدل على القدرة على إنشاء علاقات كثيرة، وهم أناس مجهزون للحياة، والعلاقات الاجتماعية، أما يد الأب اليمنى اكبر من اليسرى فهو دليل على العمل خارج نطاق الأسرة، وربما أن عمل الأب غير كافي للمعيشة، والذراع دليل على الاتصال، والتواصل، أم عدم وجود الرقبة، فدليل على الأشخاص غير قادرين على التحكم بالمشاعر.



الشكل رقم (09): رسم العائلة الحقيقية للحالة الثالثة.



الشكل رقم (10): رسم العائلة المتخيلة للحالة الثالثة.

#### 4\_3 مخطط الجينغرام:

احتوت مقابلة الجينغرام على ثلاثة أبعاد:

البعد الأول: الأمراض الجسمية، الأمراض النفسية، والمشاكل الاجتماعية في الأسرة.

البعد الثاني: العلاقات الأسرية.

البعد الثالث: العلاقات العاطفية بين أفراد الأسرة.

طبق الجينغرام على ثلاثة أجيال، الأسرة النووية: التي تمثل الأب، الأم، والأبناء، أما بالنسبة للأسرة الممتدة: تمثل عائلة الأب، (الجدين متوفين، الأعمام، والعمات)، عائلة الأم: (الجد متوفي و الجدة على قيد الحياة، الأخوال، والخالات).

تقديم الجينغرام للحالة الخامسة (س - م).

العلاقات الأسرية:

من خلال مخطط الجينغرام و على مستوى العلاقات الأسرية، الموجودة داخل الأسرة للحالة، تبين أن عائلة (س)، المتكونة من 9 أفراد، الأب 55 سنة، الأم 45 سنة، الأخ الأكبر محمد الجديد 23 سنة، مباركة 19 سنة، زهرة 17 سنة، الجيلاني 15 سنة، هناد 13 سنة،

## الفصل السادس: عرض الحالات وتحليل النتائج ومناقشة النتائج

سهيلة 7 سنوات، سعد 4 سنوات، أما الأسرة الممتدة أسرة الأب: الجدين متوفيين وتوجد زوجة الجد، الأعمام الأشقاء: عمتين هنية، وسالمة، الأعمام: الغير أشقاء العم نصر، العممة زينة، أما أسرة الأم: الجد متوفى الجدة على قيد الحياة الأخوال: العيد، علي، عبد الغني، محمد، الخالة: نصيرة.

- الأمراض العقلية العممة مصابة بالوسواس القهري.

- الأمراض الجسمية المزمنة الجدة للام مصابة بالداء السكري

- الأمراض الوراثية لا توجد

- اضطراب التبول اللاإرادي الخال تخلص منه في سن 19 سنة الخالة في سن 16 سنة الأم في سن 14 سنة العممة في سن 16 سنة.

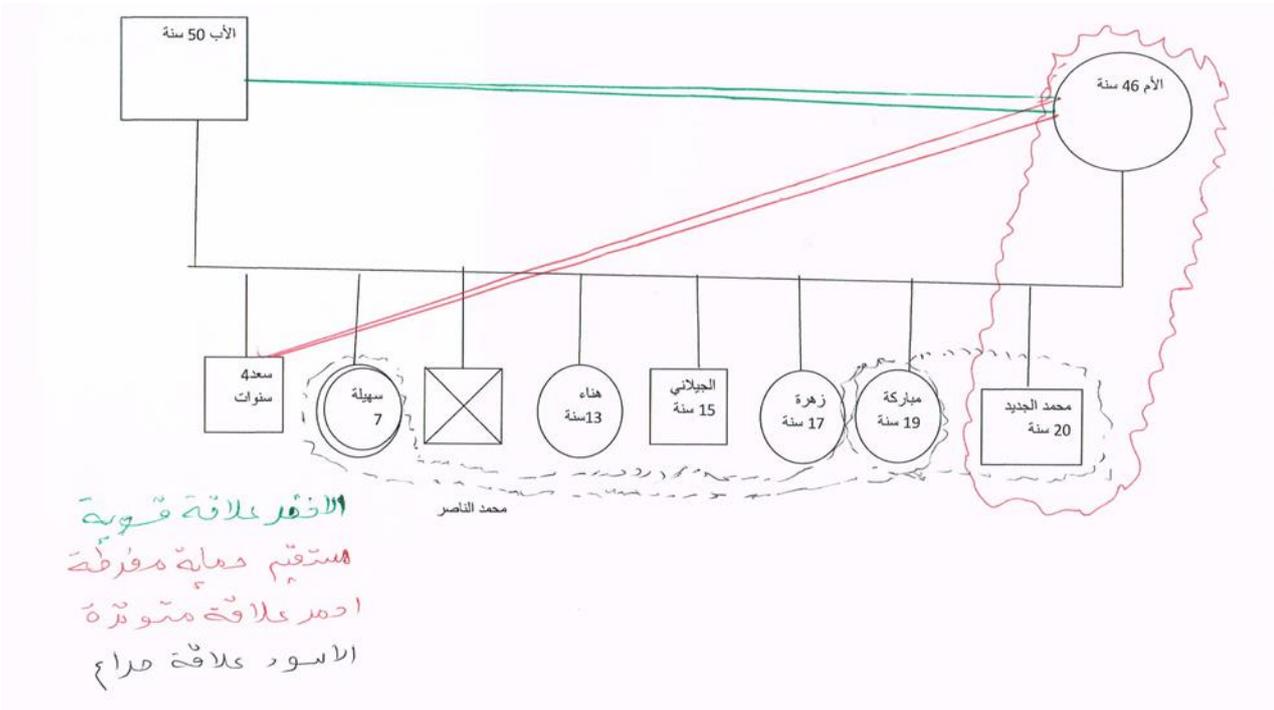
### العلاقات العاطفية:

تتميز أسرة للحالة بالاستقرار، والحب، والانسجام، بين افراد العائلة النووية، بالنسبة للحالة محبوبة من طرف والديها، وأخوالها، ومن طرق أقرباءها، العلاقة جيدة بين الزوجين متحابين، توتر بين الابن الأكبر، والأم هناك حماية مفرطة من الأم الى الطفل الصغير، و توترات بين البنت الكبر و أخيها الذي هو اصغر منها، وكذلك العلاقة متوترة بين عائلة(س) وزوجة الجد، والعممة الكبرى، وحسب المخطط الجينغرام كانت هناك صراعات بين الجد والجدة المتوفين، في السابق وهذا ما توارثه الأبناء.

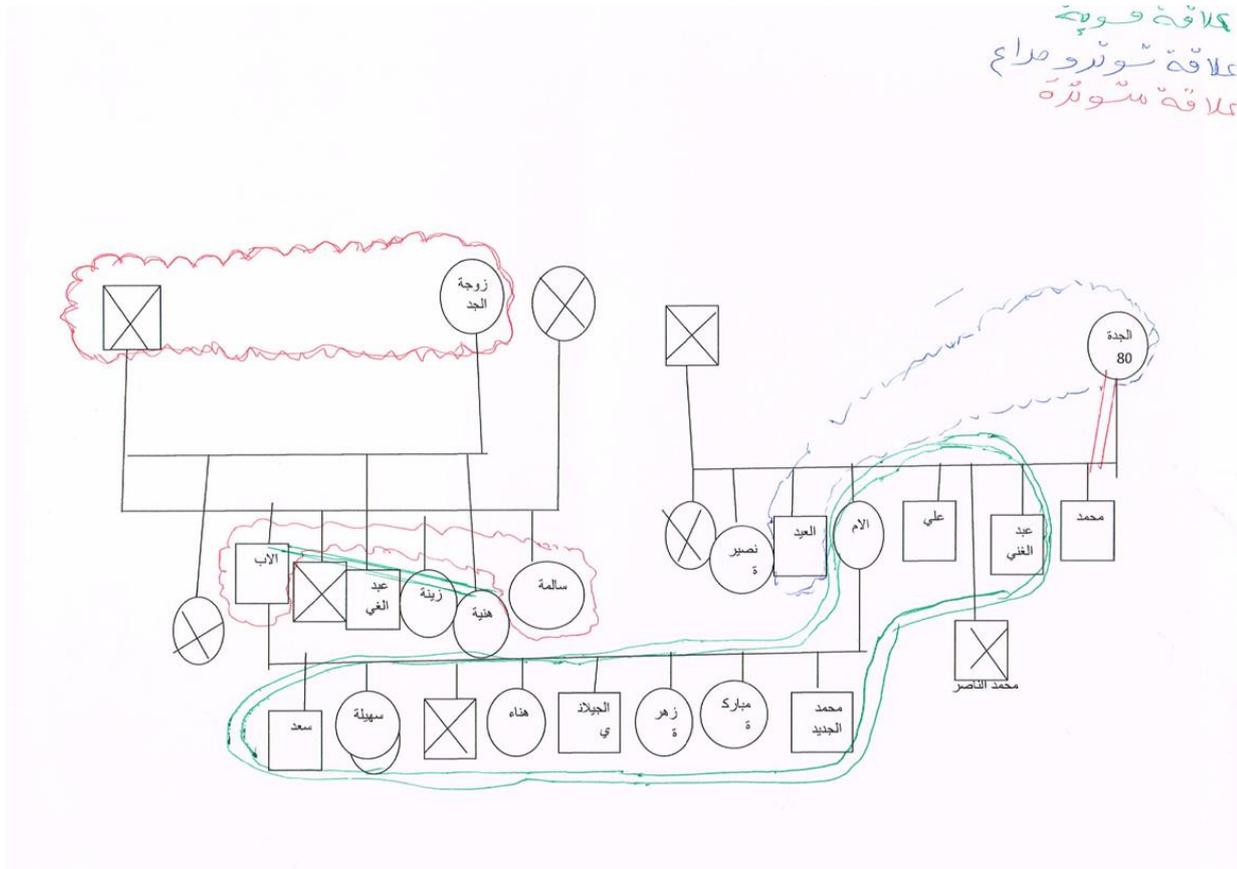
### تحليل مخطط الجينغرام:

نلاحظ من خلال مخطط الجينغرام، إن الأسرة النووية للحالة (س) لا تعاني من أي سوابق مرضية، سواء كان جسميا، أو نفسيا، و بالنسبة للعلاقات بين أفراد الأسرة حسنة، حيث نلاحظ تكرار رموز المحبة، والقربا، في العلاقات، بالنسبة للعلاقة بين الوالدين، وأحيانا تكون مضطربة بين الأبناء كما توضح لنا رموز الصراع، و لكن دائما ما تنتهي بتدخل الوالدين والصلح بينهما، أما بالنسبة للأسرة الممتدة، للأب نرى أن زوجة الجد تمتاز بصحة جيدة، و لكن توجد العممة، تعاني من اضطراب نفسي وهو الوسواس القهري، والقلق، أما العلاقات بين أفراد الأسرة، يوجد بعض العلاقات المتوترة في ما بينهم، كما تعاني الجدة في الأسرة الممتدة، للام من الإصابة بالسكري وصعوبة في الرؤية، أما بالنسبة للحالة المدروسة (س، م)، فمن خلال ما قدمناه في المخطط وما جمعناه في كل من الأسرة النووية، والأسرة الممتدة، يمكن لنا أن نرجع مشكل التبول اللاإرادي، الى العامل الوراثي في السابق كان الخال الأوسط، والخالة الكبرى، وكذلك العممة، يعانون من التبول اللاإرادي، وتخلصوا منه عند الكبر، وهذا ما نتج عنه عدم المبالاة، وعدم الاهتمام، و عدم الاكتراث، من طرف الأسرة، عامة والوالدين خاصة، والاكتفاء بإرجاعه الى الأسباب الوراثية، أما العلاقات بين أفراد العائلة الممتدة، فهي حسنة وتمتاز بالحب، والتفاهم، والترابط، والتواصل بينهم.

## الفصل السادس: عرض الحالات وتحليل النتائج ومناقشة النتائج



الشكل رقم (11): رسم مخطط العائلة النووية للحالة الثالثة.



الشكل رقم (12): رسم مخطط العائلة الممتدة للحالة الثالثة.

التحليل العام للحالة:

من خلال تحليلنا للمقابلة النصف موجهة، وتطبيق برنامج العلاجي التكاملي المتعدد العلاجات، وبلاستعانة بجدول الملاحظة المنظمة، وتطبيق اختبار رسم العائلة، ومخطط الجينغرام، توصلنا الى ان الحالة (س)، بنت خجولة جدا وذكية جدا، مجتهدة في دراستها وتميل الى الانطواء، محبوبة من طرف عائلتها، والمحيطين بها، ومن خلال ما لاحظناه من خلال الملاحظة المنظمة، فان الحالة (س) مهذبة، ومنظمة في هندامها، وسلوكها، ولا تحب الشجار، ومدللة من طرف والديها وأخوها الكبير، وأثناء تطبيق البرنامج العلاجي تفاعلت معنا، وجد البرنامج استحسان كبير من طرف جميع أفراد الأسرة، وأعطى نتائج رائعة على حد تعبير الأسرة، ولكن لم يجد الاستمرار في التطبيق، أما فيما يخص اختبار رسم العائلة، عبرت (س) عن حبا لعائلتها، وتمسكها بها وما يدل عن ذلك هو رسم العائلة المتخيلة لنفس عائلتها الحقيقية، أم رسم مخطط الجينغرام، فقد بين لنا بعض التوترات، في العلاقة خاصة مع زوجة الجد، والعمة الكبرى، وبعض الاضطرابات، العائلية.

### 2. المقابلة التقييمية للحالات الثلاثة:

من خلال تقييمنا للحالات الثلاثة في هذه الدراسة وما لاحظناه، هو أن هناك اختلاف في النتائج ويعود ذلك الى الفروق الفردية بين الأفراد عدم اهتمام من الأسرة من جهة، و الاضطرابات الموجودة في الأسرة، والمشاكل التي تؤثر على الطفل بشدة، من جهة اخرى كما لاحظنا في الحالة الأولى، أما الحالة الثانية والثالثة كان تحسن في الأسبوعين، الأول والثاني عند اهتمام الأسرة بهم، ولكن في الأسابيع الأخرى وقعت انتكاسة وهنا نرى أن الحالتين تبحث عن الدعم والمساندة إذا فإننا نقول يرجع التبول اللاإرادي، الى عدم اهتمام الأسرة، وهذا راجع الى المستوى التعليمي أحيانا وعدم المبالاة أحيانا أخرى وهذا ما اتفقت عليه دراستنا مع دراسة: دراسة أوج و آخرون:Oge(2001). كشفت الدراسة على شيوع التبول الليلي الإرادي لدى الذكور اكثر منه لدى الإناث، كما أظهرت الدراسة أن هناك علاقة بين التبول اللاإرادي وحجم الأسرة، والتاريخ الأسري للتبول، والمستوى الاقتصادي، والاجتماعي للأسرة، وكذلك هناك بعض مشاكل التبول فيما يتعلق بالتاريخ الأسري فقد أشارت الدراسة الى أن هناك 40،7 من حجم العائلة كان لديهم تاريخ اسري للتبول مقابل 9،5 لم يكن لديهم تاريخ أسري للتبول، كما أشارت النتائج الى وجود 11،6 تبول لليلي و5،8 تبول نهاري لا إرادي. و كذلك:

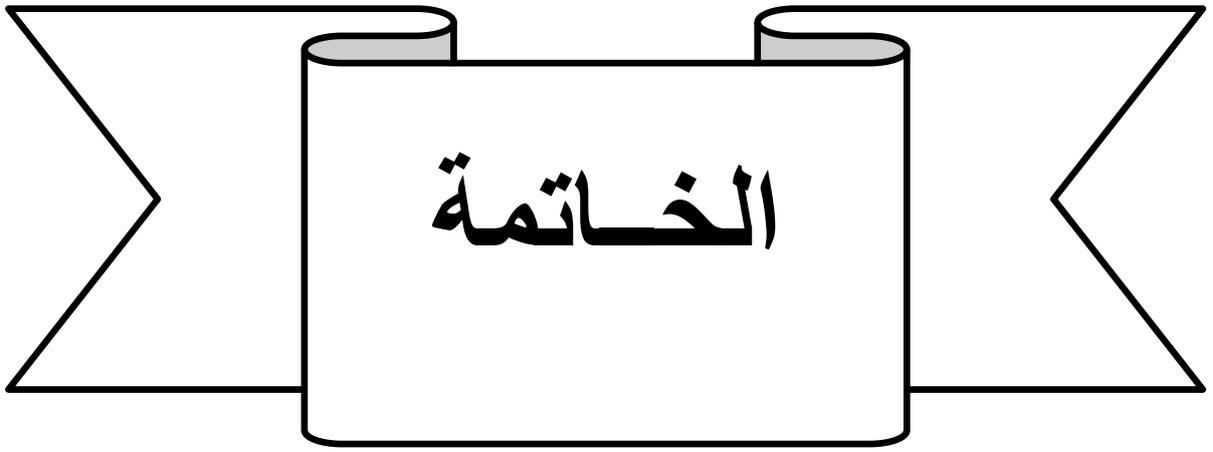
دراسة: فيرا وآخرون(2011),(Fera et al),

عنوان الدراسة: السيموبرسين desmopressin مقابل التعديل السلوكي كمعالجة اولية للتبول اللاإرادي الليلي الاساسي. \_ اهداف الدراسة: هدفت الدراسة الى المقارنة بين فعالية العلاج الدوائي الدسيموبرسين بالتدخل السلوكي كمعالجة اولية للتبول اللاإرادي الليلي الاساسي. طبقت برنامج علاجي سلوكي يتضمن عدد من التقنيات وهي) حماية غذائية، تحديد السوائل، تنظيم سلوك التبول النهاري، الافراغ المضاعف، الساعة المنبهة، تمارين القاع الحوضي، التعديلات البنية، تغيير اتجاهات الالباء نحو الاطفال المتبولين لا اراديا)،ادوات

الدراسة: تكونت ادوات الدراسة من: \_ تقرير من قبل الآباء عن معدل تكرار التبول اللإرادي الليلي الاساسي.

\_ برنامج العلاج الدوائي.

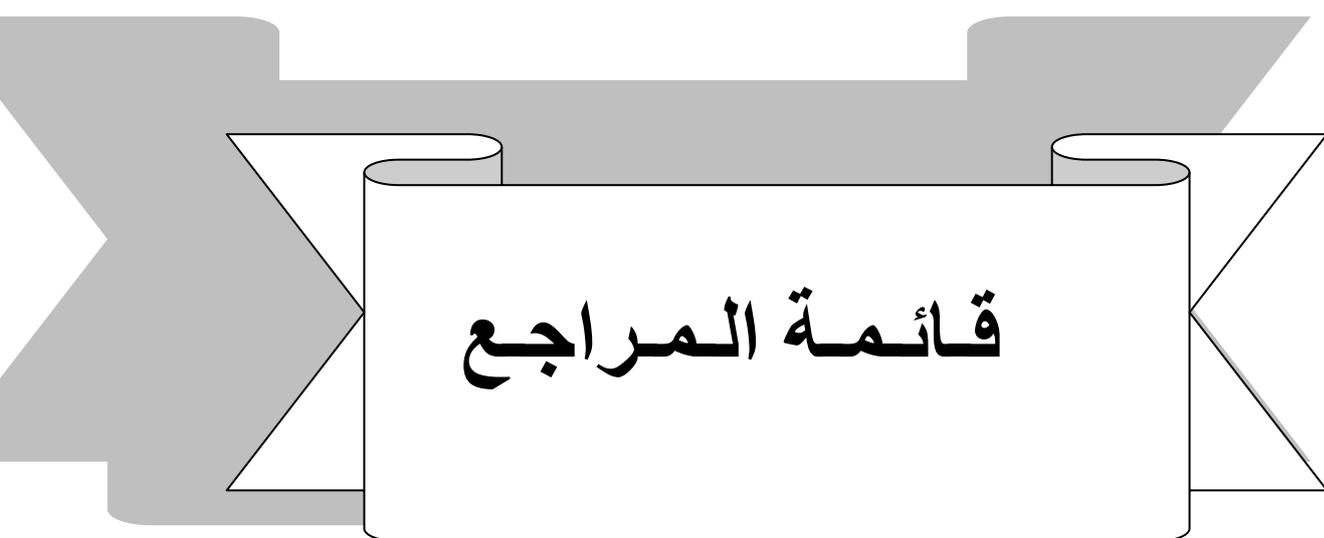
\_ برنامج العلاج السلوكي. نتائج الدراسة: اشارت نتائج الدراسة الى تساوي فاعلية العلاج الطبي مع التدخلات السلوكية, حيث كانت نسبة التحسن في مجموعة العلاج الدوائي(34,3% ) اما نسبة التحسن في التدخلات السلوكية بلغت نسبت 47,4%), و بالتالي لم يكن هناك فرق ذو دلالة.



## الخاتمة

انطلاقاً من موضوع الدراسة الحالية، والذي يهدف إلى تفعيل الأسرة في مساعدة الأبناء المتبولين لا إرادياً، فالمجتمع الجزائري المحافظ لا يتقبل تدخل الأخصائي النفسي في الحياة الخاصة للأسرة ويسكتون على موضوع التبول خاصة حتى يصاب الأطفال باضطرابات سلوكية تمتد حتى مرحلة المراهقة إلى سن الرشد أحياناً وعليه فإن الاهتمام بالبرامج العلاجية الأسرية المبكرة للاضطرابات السلوكية بشتى موضوعاتها وبالخصوص موضوعنا هذا من خلال الاهتمام بهم، ورعايتهم وتوفير لهم بعض الرعاية والحنان، حتى يستطيعوا التغلب على هذه المشكلة، وهذا لا يكتمل إلا بتعاون الأسرة مع بعضهم البعض وعدم إلقاء المسؤولية على شخص واحد يجب تحمل المسؤولية من طرف جميع الأسرة، من أجل تكافل كل أفراد الأسرة وتعزيز ثقة المتبول في نفسه، كما كان للبرنامج العلاجي الأسري، فعالية كبيرة في تخفيف حدة التوتر والقلق على الحالات كما أن له فعالية في تقوية العلاقات الأسرية و تحقيق الانسجام والترابط بين أفراد الأسرة وذلك من خلال تطبيق البرنامج بكل تقبل و فعالية، كما كان للجدول التقييمي محفز للحالات لمحاولات التقليل من التبول في الفراش ليلاً.

وهنا يجب تعميم العلاج الأسري حتى يصبح مألوفاً في المجتمع الجزائري وكما يحتاج تطبيق البرنامج، إلى وقت مختلف من فرد إلى آخر حسب الفروق الفردية في الاستجابات كذلك يجب نشر الثقافة الصحية والنفسية وإبعاد الأطفال عن الاضطرابات حتى لا تؤثر على شخصيتهم.



# قائمة المراجع

أولاً: قائمة المراجع بالعربية

أ. الكتب:

1. احمد عبد اللطيف ابو اسعد،(2008)، الإرشاد الزواجي الأسري، ط\_1، دار الرشاد لنشر والتوزيع، القاهرة.
2. أحمد مبارك الكندري، (1996)، علم النفس الأسري، مكتبة الفلاح ، للنشر و التوزيع، ط - 2 دولة الإمارات العربية المتحدة، الكويت.
3. احمد محمد الخطيب وحسن و طرانة، (2003)، التبول الإرادي أسبابه و طرق علاجه، دار الوائل للنشر، ط - 1، عمان الأردن.
4. حسني سعيد العزة،(2000)،
5. الحمادي أنور،(2015)، الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية، دار العرب وائل لنشر والتوزيع، بيروت.
6. خير الزراد فيصل محمد،(1998)، التبول اللاإرادي لدى الأطفال، دار النفائس، بيروت.
7. رجاء أبو علام، (2004) مناهج البحث في العلوم النفسية و التربوية، دار النشر للجامعات، مصر، الطبعة 4، مصر.
8. الزيايدي محمود، (1987)، علم النفس الاكلينيكي التشخيص و العلاج، ب\_ط مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
9. شال انشراح،(1994)، رسوم الأطفال من منظور إعلامي، دار الفكر، ط\_1.
10. صالح حزين،(1995)، سيكوديناميات العلاقات الأسرية، ب\_ن القاهرة
11. العزة سعيد حسني،(2000)، الإرشاد الأسري نظرياته و أساليبه العلاجية، مكتبة دار الثقافة، عمان.
12. عكاشة احمد (ب،س)، المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية الوظائف السريرية (الكلينيكية) و الدلائل الإرشاد، التشخيص، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للمشرق المتوسط.
13. علاء الدين السيد محمد وآخرون، (1999)، خدمة الفرد، ب\_ط، اتجاهات معاصرة، القاهرة.
14. علاء كفاي،(1999) الإرشاد والعلاج النفسي الأسري (المنظور النفسي الاتصالي، ط - 1 دار الفكر العرب، القاهرة، مصر.
15. علي عبد النبي الحنفي،(2007)، الإرشاد الأسري وتطبيقاته في مجال التربية الخاصة، ط\_1، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
16. عماد عبد الرحمان الزغول، (2006)، الاضطرابات الانفعالية والسلوكية عند الأطفال، دار النشر والتوزيع، ط 1 - الأردن.

17. فيصل محمد الزراد، (2000) التبول اللاإرادي لدى الأطفال، دار النفائس للنشر والتوزيع، ط - 2، بيروت - لبنان.
18. كفاي علاء الدين (2006)، الإرشاد النفس الأسري، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، مصر.
19. مجدي احمد عبد الله، (2005)، الاضطرابات النفسية للأطفال والأعراض والأسباب التشخيص و العلاج، دار المعرفة الجامعية، ب - ط، مصر.
20. محمود السيد أبو نبيل، (1996)، الأمراض السيكوسوماتية، المجلد الأول في الصحة النفسية، دار النهضة العربية، الطبعة 2، بيروت.
21. النابلسي محمد محمد، (1991)، الاتصال الإنساني وعلم النفس، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، بيروت.

ب. محاضرات:

22. إخلاص سوداني، (1425\_ 1426)، العلاج النفسي، ( أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة)، بحث، كلية التربية قسم علم النفس، الدراسات العليا، قسم علم النفس الاكلينيكي، جامعة الملك سعود.
23. آسية خرشي (2009)، تناول أنسقي العائلي لاضطرابات المرور الى الفعل عند المراهق، جامعة الجزائر.
24. بن جديدي سعاد، (2021)، محاضرات الأسرة والاضطرابات النفسية، ثانية ماستر، علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس، جامعة بسكرة، الجزائر
25. بوزنان سامية، (2000)، محاضرات مقياس العلاج ذو المنحى الإنساني، السنة الثالثة تخصص علم النفس العيادي. جامعة محمد بوضياف - المسيلة. كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية (قسم علم النفس).
26. بومعزة نسيمة، (ب\_س)، محاضرات العلاج ذو المنحى أنسقي، سنة الثالثة عيادي.
27. خيرة لزعر، 2022، محاضرات في العلاجات السلوكية و المعرفية، دروس عن بعد مقدمة لطلبة السنة الثالثة علم النفس العيادي، جامعة الشهيد حمة لخضر، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، قسم علو النفس وعلوم التربية- الوادي -
28. سمير عمامرة، ب - س محاضرات العلاج ذو المنحى التحليلي، جامعة حمة لخضر، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية- الوادي -
29. عايش صباح، (2022)، محاضرات مقاييس العلاج أنسقي، السنة الثالثة علو النفس العيادي، قسم علوم اجتماعية و إنسانية، شعبة علم النفس، جامعة حسبية بن بوعلي، الشلف - الجزائر.

30. عايش صباح،(2021)، **مطبوعة في مقياس العلاج أنسقي** ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، شعبة علم النفس، جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف.
31. عائشة عبد العزيز نحوي، (2007)، **في العلاج العائلي**، محاضرات منشورة، جامعة محمد خيضر، بسكرة، كلية الأدب و العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس و علوم التربية - الجزائر.
32. عبد الحميد عقاقبة،(2021)، **محاضرات العلاج ذو المنحي الإنساني**، جامعة بسكرة.
33. ميموني بدر المعتصم، (2015)، **الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق**، الديوان الوطني للمطبوعات الجامعية.
34. نوار شهرزاد،(2018)، **محاضرات مقياس المنهج العيادي و دراسة الحالة**، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
- ج. رسائل الدكتوراه والماجستير:**
35. آيت حبوش سعاد،(2003)، **العلاج الأسري أنسقي للأطفال المحرومين من الأب بالإهمال**، رسالة دكتوراه، تخصص علم النفس الأسري، جامعة السانوية، وهران.
36. برناوي بيه،(2022)، **برنامج إرشادي مقترح قائم على نظرية الإرشاد بالمعنى في تحسين الهوية المهنية و رفع القدرة على اتخاذ القرار المهني لدى تلاميذ أولى ثانوي**، أطروحة دكتوراه، تخصص إرشاد وتوجيه، غير منشورة، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
37. بلحاجلي أسماء،(2014)، **فعالية العلاج السلوكي في التخلص من التبول الوظيفي لدى الطفل من (6 الى 12) سنة**، أطروحة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس و الارطفونيا و علوم التربية، جامعة وهران، الجزائر.
38. جرادة علاء إبراهيم، (2012)، **بعض حالات التبول اللاإرادي لدى الأطفال**، (دراسة في التدخل الإرشادي)، رسالة ماجستير، جامعة الأقصى.
39. حاج سليمان فاطمة الزهرة فقيه، (2017)، **فعالية العلاج الأسري في مساعدة اسر المعاقين عقليا**، أطروحة مكلمة لنيل الدكتوراه، ل م د كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية، شعبة علم النفس، جامعة ابوبكر بلقائد، تلمسان - الجزائر.
40. حمود محمد الشيخ، (2010)، **أساليب المعاملة الو الدية كما يدركها الأبناء الأسوياء و الجانحون**، (دراسة حالة في محافظة دمشق)،مجلة دمشق للعلوم و التربية و العلوم النفسية، جامعة دمشق، 62(4).
41. علاق كريمة،(2012)، **محاولة تقنين اختبار رسم العائلة باستخدام تقنية رسم العائلة المتخيلة و الحقيقية**، رسالة دكتوراه في علم النفس العام، جامعة وهران، الجزائر.

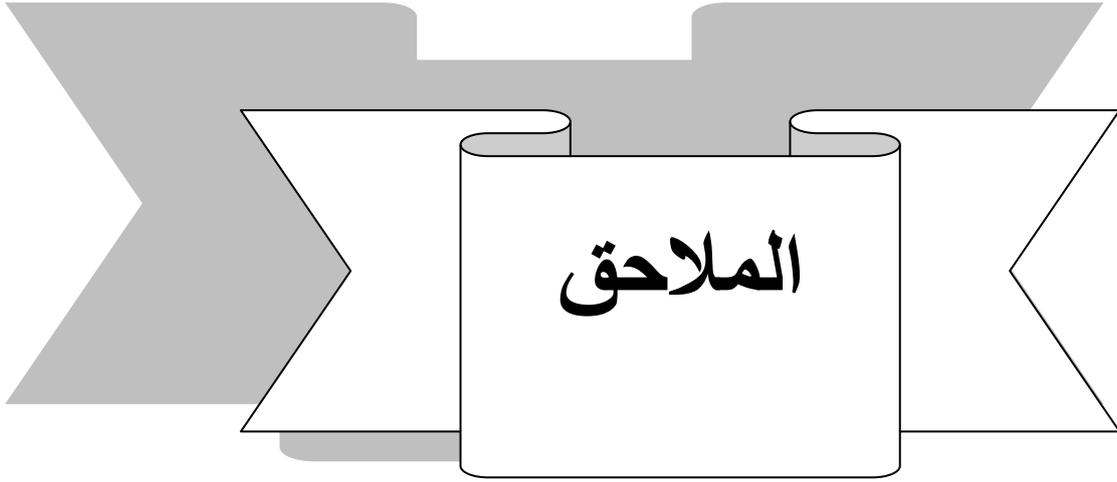
42. هاجر فالح، (2015)، النسق العلائقي في المدرسة وعلاقته بقلق الدراسة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، تخصص علم النفس المدرسي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية و الإسلامية، قسم العلوم الاجتماعية، شعبة علم النفس وعلوم التربية و الارطفونيا، جامعة الحاج لخضر-باتنة\_الجزائر.
43. يحيوي وردة، (2014)، اختبار فعالية برنامج علاجي انتقائي متعدد الأبعاد لعلاج الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة، (نموذج ارنولد لاراروس)، رسالة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص علم النفس، جامعة محمد خيضر ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، بسكرة.
- د. المجالات:**
44. امليلي حميد و زكاوي، (2020)، حسية ادوار الأحداث الصادمة الأسرية العنيفة في جنوح المراهق، المجلة العربية للعلوم النفسية العدد 47 (2021)، تم الاسترجاع،(2020).
45. بن قوة جميلة،(2020)،تشخيص التأخر الدراسي من خلال الجينغرام، مجلة السلوك، جامعة عبد الحميد ابن باديس، مستغانم، 7، (1).
46. بو معزة فتيحة، بن عالم إيمان، كركاش ليلي، (2015)، أهمية الرسم التخطيطي العائلي في علاج الأسري و المقاربة النسقية، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، العدد 47.
47. حداش خديجة( ب س) فعالية برنامج علاجي لعلاج التبول اللاإرادي الليلي و مصاحبه النفسية لدى الأطفال وفق المنظور التوافقي التكاملي، مجلة الجزائر للطفولة والتربية، (ب ع).
48. خطاب محمد احمد، (2013)، ديناميات التبول اللاإرادي لدى عينة من الاطفال، دراسة اكلينيكية، المجلة المصرية للدراسات النفسية، دار الناشر الجمعية المصرية للدراسات النفسية، 23 (81) رقم 1012180MD.
49. دملج سامية المصر، (2001)، التبول اللاإرادي طريقة علاجية تكاملية التربية، فصلة محكم، قطر الدوحة.
50. سليمان فاطمة الزهرة، (2015)، تقنيات جمع المعطيات في العلاج الأسري أنسقي، المجلة العربية للعلوم النفسية، جامعة ابوبكر بلقايد تلمسان كلية العلوم الاجتماعية، و الإنسانية، قسم علم النفس، العدد47.
51. صالح فؤاد محمد الشعراوي، (ب س)، كفاءة العلاج المعرفي السلوكي للتبول اللاإرادي لدى عينة من الأطفال و المراهقين البوالين، دراسة تجريبي، قسم الصحة النفسية، كلية التربية جامعة بنها.

52. غاني زينب،(2022)، مدى فعالية تقنيتي الجينغرام و السوسيوغرام في المنهج العيادي، مجلة الدراسات الإنسانية والاجتماعي جامعة عبد الحميد ابن باديس، وهران، 11 (20) ص 510.
53. غنية بوفرميل عزيز، (2015)، العلاج أنسقي و المقاربة النسقية، المجلة العربية للعلوم النفسية، العدد47، تونس.
54. نهاد بوزغاية، (2023)، العلاج الأسري متعدد الأبعاد الموجه للمراهقين المتعاطين للمخدرات، مجلة قبس للدراسات النفسية و الاجتماعية، المجلد 5 (18)، الجزائر، جامعة باتنة.

قائمة باللغة الأجنبية:

55. Aibern، K & Aibern، M(2000)، **les therabies Familiales Systémiques**،Edition، Paris.
56. AJURIA GUIRA, **manuel de (( l'nfant))**, édition P،U،F 1975.
57. Amiguet، O،& julier، G.(2007)، **Lintervention systémique dans le travail social; rebères épistémolo gques. éthiques et éthodologiques** Edition IES.
58. Benoit ،c (1995)، **le traitement des désordres tamil le traitement des désordres familiaux**، paric. Dunode.
59. change P، chen Wj. Chiu (2001)، **Anadide niolgical study enuresis in Taiwanese children**, British Journal of urology،87 (7): 678 – 81.
60. DUCHE(1968)، (( énurisie)), édion P،U،F paris.
61. EL kaim، M، (1995)، **Panorama des tnérapies familiales**، Paris. Du Seuil.
62. Fera,L,elis,M.A.D.S.,Glsshan,R.D.Q.,pereira,S.G.,Bruschini,H.( 2011).**Desmopressin versus Behaviloral Modification as Initial Treatment of Primary Nocturnal Enuresis**, Socity of Urologic Nurses and Associates Urologic Nursing,31(5),286-289.
63. Heril، A، (1995)، **les thérapies familiales**، Paris، Morisset.
64. karin Alpernhe(2008)، **Les thérapies familiales sysmuque**, édition، Elsexier Masson. Paris.
65. kreisler، L (1977)، **Enuresis,in Encycl، Med chi pediatie**; 4101، G 95.

66. Lab.vniy.Datna-dz.
67. Mamardjia,(1988)◊**Traits specitique de la famille du pqtient depressif (milieu algérien) Thèse de Doctoreu de troisiène cycie en psychologie◊ unixerité Loui pasteur◊ Strasbourg◊ U E R.**
68. Marc◊ E picard◊ D◊ (1984)◊**L'écól◊ de polo Alto◊ paris◊ Rétz.**
69. Mckenzie ,E.,(2013), **The Effects of Retention Control Training and the Urine Alarm on N octurnal Enuresis and Attributions for the Therabeutic Outcome**, Master of Science, School of Health Sciences, University of Canterbury.
70. Oge o◊ kocaki◊ Gemalmaz H◊(2001)◊**enuresis: Point prevalence and Associated factors among Turkich◊** The tutksh journal of pediatrics. 43(1): P38-43.
71. Rougeul. F (2003)◊ **Famille en crise ◊ Approche systémique des relations humaines◊** Paris. Georg.
72. Salem◊ G (2005)◊ **L'approch thérapeutique de la Famille◊** 4éme Ed◊ paris. Masson.
73. Shider and Swedo (2012)◊ **Defintion heuresis◊**  
[www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)
74. Sillamy◊ Nobert◊(2003)◊ **Dictionnaire de la psychologie (s-v) la rousse,** paris.
75. watzlawick◊ P Beavin◊ J◊ H◊ Jackson D. D (1972)◊ **Une logique de la communication:** Paris.du Seuil.
76. [www.haliltugt epe.com](http://www.haliltugt epe.com)



الملحق رقم (01): جدول الملاحظة المنظمة.

<p>الاسم: ( ) - اللقب: ( ) - العمر: ( )</p> <p><b>(1) - المظهر الخارجي:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- لا توجد مشكلة ظاهرة</li> <li>- توجد مشكلة ظاهرة</li> </ul> <p><b>- اللون:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- اعتيادي</li> <li>- يبدو عليه الاصفرار</li> </ul> <p><b>نمط الملابس:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- مناسب</li> <li>- غير مناسب</li> <li>- غير اعتيادي</li> </ul>
<p><b>(2) السلوك الظاهر:</b></p> <p><b>السلوك الغذائي:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- شرب السوائل و الماء بكثرة</li> <li>- أكل مدرات البول برتقال ... الخ</li> </ul> <p><b>سلوك النوم:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- الاستيقاظ قبل التبول</li> <li>- الاستيقاظ بعد التبول</li> <li>- الاستيقاظ أثناء التبول</li> </ul>
<p><b>(3) - مستوى النشاط:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- أ - مستوى النشاط البدني</li> <li>- لا توجد مشكلة</li> <li>- هادئ</li> <li>- يجلس في الكرسي في الوقت المناسب</li> <li>- يتجول في الغرفة بشكل مناسب</li> <li>- يصدر أصوات غير مناسبة</li> <li>- صوت عالي</li> <li>- يتنفس بصوت عالي</li> <li>- يبكي بسهولة</li> <li>- يحطم الممتلكات</li> <li>- ب - مستوى السلوك التعبيري</li> <li>- لا توجد مشكلة</li> <li>- تعبير حزين</li> <li>- تعبير خوف (الضرب / الظلام / الأفلام / الوحدة / الوالدين / المعلم....)</li> </ul>

<p>- الغيرة يغار من (الإخوة/ الأصدقاء/ الزملاء في المدرسة.....)</p> <p>- يبتسم</p> <p>- يتميز بنقص الابتسامة</p> <p>- لآزمات بدنية</p> <p>- مآوثر</p> <p>- آرآار</p> <p>خ - الآآصال بالعين</p> <p>- آآصال آيد</p> <p>- آآصال سيء</p>
<p><b>(4) الإشارات و الحركات التي يستخدمها الطفل:</b></p> <p>- إشارات ايجابية</p> <p>- إشارات سلبية</p> <p>- مص الأصبع</p> <p>- يقرض شفآيه أو أصابعه</p> <p>- يلمس شفآيه</p> <p>- يقضم اصافره</p> <p>- يلوي شعره</p> <p>- يضحك بدون مناسبة</p>
<p><b>(5) الطلاقة اللفظية:</b></p> <p>- لا يوجد مشكلة</p> <p>- مشكلات الكلام</p> <p>- تأآاة</p> <p>- كلام طفلي</p> <p>- يتكلم بصوت عالي</p> <p>- يتكلم بصوت منخفض</p> <p>- صوت اعتيادي</p>
<p><b>(6) - التفاعل مع الكبار ( مع المختصة النفسية و مع اهله:</b></p> <p>- لا توجد مشكلة</p> <p>- يحترم الكبار</p> <p>- عنيف معهم</p> <p>- عصبي</p> <p>- متعاون</p> <p>- يستجيب</p> <p>- عدواني</p> <p>- لطيف</p>

- خجول
<b>(7) طريقة الاستجابة للمقاييس:</b>
- لا توجد مشكلة
- منتبه
- هادئ
- يعمل جيدا
- لا يعتني بالعمل
- يحاول ويبذل محاولات جيدة
- يحلق في الغرفة
- يترك العمل
- لا يستطيع أن يتابع التوجيهات

الملحق رقم (02): جدول البرنامج العلاجي وفق مراحل العلاج.

رقم الجلسة	الجلسة الأولى
مدة الجلسة	30 دقيقة
أهداف الجلسة	- التعرف على المشكلة من خلال الوالدين أو كلاهما - إقامة العلاقة بين المعالج والمتعالج
محتوي الجلسة	- استقبال العميل الترحيب به و التعرف عليه - إقامة العلاقة بين المعالج والمتعالج - اكتساب ثقة المتعالج - التعرف على البرنامج العلاجي - التفاهم على العقد العلاجي ( مدة العلاج، التكلفة المالية، الالتزام بالمواعيد)
الفنيات المستعملة	- مراقبة الطفل في الأسبوع الأول كم مرة تم التبول الليلي وعلى أية ساعة يتم التبول ؟ - تقديم جدول تقييم التبول الإرادي لحساب عدد الليالي المبللة في الأسبوع
رقم الجلسة	الجلسة الثانية
أهداف الجلسة	45 دقيقة
محتوي الجلسة	- التشخيص - تحديد شكوى العميل - تعريف العميل على نوع الاضطراب - تعريف الطفل و أولياءه على الفنيات المستخدمة في الجلسة - البدء في الخطة العلاجية - مناقشة الجلسة الماضية

- إعطاء واجب منزلي - إعطاء فرصة لطرح مشكلات جديدة	
- (الفنيات السلوكية و الفنيات المعرفية) - تحديد عوامل الإثارة - إتباع حمية غذائية (ماء سوائل) - التعزيز الايجابي بالمكافئة - الحوار ولعب الأدوار	<b>الفنيات المستخدمة</b>
<b>الجلسة الثالثة و الرابعة</b>	<b>رقم الجلسة</b>
<b>45</b>	<b>مدة الجلسة</b>
- مواصلة التشخيص - تحقق من ردود الأفعال الجلسة الماضية إخراج مكبوتات الطفل اللاشعورية التي تزيد من اضطراب التبول لاإرادي	<b>أهداف الجلسة</b>
- مناقشة الواجب المنزلي الماضي - الجلسة مع الطفل دون الأولياء	<b>محتوي الجلسة</b>
( فنية التحليل النفسي) - التنفيس الانفعالي من خلال جعل الطفل يعبر على كل ما يقلقه و إخراج كل ما بداخله - العلاج باللعب من خلال اللعب الحر لتعبير عن نفسه	<b>الفنيات المستخدمة</b>
<b>الجلسة الخامسة</b>	<b>رقم الجلسة</b>
<b>45 دقيقة</b>	<b>مدة الجلسة</b>
- إرشاد الأسرة لكيفية أو طريق التعامل مع الطفل - تهيئة الجو الهادئ المحفز للإتمام عملية العلاج	<b>أهداف الجلسة</b>
- استدعاء افراد العائلة	<b>محتوي الجلسة</b>
- ( الفنيات الجشتالطية،العلاج النسقي) الحوار و المناقشات الدائرية بغرض التعرف على أفراد العائلة - الكرسي الخالي لتمكين الطفل من الحوار مع نفسه - استدعاء العائلة للجلسة العلاجية (المقابلة النسقية) - تحمل المسؤولية	<b>الفنيات المستخدمة</b>
<b>الجلسة السادسة</b>	<b>رقم الجلسة</b>
<b>54 دقيقة</b>	<b>مدة الجلسة</b>
- تقبل الطفل نفسه و محاولة التخلي على عادة التبول - تنمية مفهوم الذات ايجابي - تقبل مشاعر الخوف و القلق - دمج الطفل في المجتمع من خلال الجلسات الجماعية مع	<b>أهداف الجلسة</b>

الأطفال الآخرين	
محتوى الجلسة	- جلسات جماعية بين الأطفال من أجل التعارف - تفاعل بين المعالج والمعالجين -
الفنيات المستخدمة	- العلاج الجماعي (الهدف مشاركة الطفل في المعانات مع الآخرين) - العلاج بالسيكودراما - العلاج بالتنفير
رقم الجلسة	الجلسة السابعة والثامنة
مدة الجلسة	45 دقيقة
أهداف الجلسة	- تنمية أسلوب حل المشكلات عند الطفل - التحصين ضد الضغوط
محتوى الجلسة	- مراجعة الجلسات الماضية - إعطاء واجب منزلي - فسح المجال للطفل أن يعبر عن مشاكله
الفنيات المستخدمة	- (العلاج الإنساني) - تقبل المشاعر ، تدريب الطفل أن يتقبل مشاعره - عكس المشاعر - توضيح المشاعر على المعالج أن يوضح للعميل مشاعره
رقم الجلسة	الجلسة التاسعة
مدة الجلسة	45 دقيقة
أهداف الجلسة	- إرشاد الأسرة - تنمية مهارة التواصل مع الأسرة - مساعدة العميل على تغيير الأفكار اللاعقلانية
محتوى الجلسة	- حضور جميع أفراد الأسرة - مناقشة الواجب المنزلي
الفنيات المستخدمة	- (العلاج النسقي العلاج الإرشادي العقلاني الانفعالي) - التكليفات المنزلية، إسناد المهام - التخيل العقلاني - الجدل المباشر
رقم الجلسة	الجلسة العاشرة و الحادية عشر
مدة الجلسة	45 دقيقة
أهداف الجلسة	- تعريف العميل على التقنيات المستخدمة - استبدال الأفكار السلبية بأفكار ايجابية. - عدم المبالغة في تقدير الاحتمالات المترتبة على حدوث المثير أو المواقف أو حدث.
محتوى الجلسة	- تذكير الطفل بان الجلسة القادمة جلسة جماعية

<p>- تدريب الطفل على التحكم في المثانة بالاحتفاظ بالبول في المثانة لفترة من الزمن - التأكيد على الحمية ( عدم سرب الماء أو السوائل)</p>	
<p>- ( الفنيات الجشثايطية و السلوكية المعرفية) فنية المقعد الخالي - لعب الأدوار - النمذجة - العلاج بالتنفير</p>	<p><b>الفنيات المستخدمة</b></p>
<p><b>الحادية عشر و الثانية عشر</b></p>	<p><b>رقم الجلسة</b></p>
<p><b>45 دقيقة</b></p>	<p><b>مدة الجلسة</b></p>
<p>- مراجعة الأهداف السابقة - شرح للطفل أهمية المراقبة الذاتية و آلية مراجعتها - الإيحاء بالتحسن لتدعيم التوقعات الفعالة باستخدام الإيحاء الكلامي</p>	<p><b>أهداف الجلسة</b></p>
<p>- الاطلاع على الاستمارة المعطاة في الجلسة الأولى وتقييم الجلسات السابقة - تقييم الواجبات المنزلية - حضور الوالدين - إعطاء تكليف منزلي</p>	<p><b>محتوى الجلسة</b></p>
<p>- ( العلاج ألنسقي ) - مقابلة نسقيه لأفراد العائلة - رسم شجرة العائلة (جينغرام)</p>	<p><b>الفنيات المستخدمة</b></p>
<p><b>الجلسة الثالثة عشر</b></p>	<p><b>رقم الجلسة</b></p>
<p><b>45</b></p>	<p><b>مدة الجلسة</b></p>
<p>- تقدير الذات. - إعادة تكوين المفاهيم لمساعدة العميل على إعطاء معان جديدة. وأفكاره و مشاعره</p>	<p><b>أهداف الجلسة</b></p>
<p>- ما مدى تطبيق التكليف النزلي - إعادة تطبيق الواجب مع المعالج -</p>	<p><b>محتوى الجلسة</b></p>
<p>(السلوكي و الجشثايطي) - التجريب التوكيدي - الكرسي الساخن - علاج قصصي</p>	<p><b>الفنيات المستخدمة</b></p>
<p><b>الرابعة عشر</b></p>	<p><b>رقم الجلسة</b></p>
<p><b>45 دقيقة</b></p>	<p><b>مدة الجلسة</b></p>
<p>- التعريف بالتقنيات المستخدمة</p>	<p><b>أهداف الجلسة</b></p>

- تنمية الوعي بأهمية تقدير الذات	
- تقييم الجلسة الماضية - حضور الوالدين للجلسة - الحوار الفعال بين المعالج والوالدين بحضور الطفل	محتوى الجلسة
( نسقي تحليلي) - محاضرات والمناقشات - التنفيس الانفعالي - التكامل	الغنيات المستخدمة
الخامسة عشر	رقم الجلسة
45 دقيقة	مدة الجلسة
- إعادة التوازن النفسي و الاجتماعي - إرشاد أفراد العائلة	أهداف الجلسة
- حضور العائلة لجلسة العلاجية - تعريف أفراد العائلة بالتقنيات المستعملة	محتوى الجلسة
- ( العقلاني الانفعالي ألبرت أليس) - انتقاء لبعض التمارين و الأنشطة و تطبيقها على الأطفال و أسرهم - التدخل الإرشادي	الغنيات المستخدمة
السادسة عشر و السابعة عشر	رقم الجلسة
45 دقيقة	مدة الجلسة
- - تكوين بناءات معرفية جديدة من خلال التحدث عن النفس بإيجابية - تغيير الافكار السلبية التي تؤدي للقلق بأخرى ايجابية بتدرج. - إعادة تعريف المريض بمشكلاته.	أهداف الجلسة
- إعادة صياغة المهمة أو الواجب. - شرح كيفية استخدام تقنية الاسترخاء للوالدين و الطفل حسب عمره	محتوى الجلسة
( السلوكي العقلاني الانفعالي) - الحوار الذاتي مع الذات والتأثير فيها - التدريب التوكيدي - التخيل العقلاني	الغنيات المستخدمة
الثامنة عشر	رقم الجلسة
50	مدة الجلسة
- التمهيد لنهاية الجلسات العلاجية - التدريب على تقنية الاسترخاء	أهداف الجلسة
- حضور الوالدين	محتوى الجلسة

<p>- مناقشة الواجبات والتكاليف المنزلية - تسطير برنامج للمتابعة في البيت للوقاية من الانتكاسة</p>	
<p>(التحليلي و المعرفي) - التفسير - المعزز السلبي - المناقشات و الحوار</p>	<p><b>الفنيات المستخدمة</b></p>
<p><b>الجلسة التاسعة عشر</b></p>	<p><b>رقم الجلسة</b></p>
<p><b>45 دقيقة</b></p>	<p><b>مدة الجلسة</b></p>
<p>- دحض الأفكار الاوتوماتكية المسببة للاضطراب - الوعي بالذات و التفكير بشكل ايجابي</p>	<p><b>أهداف الجلسة</b></p>
<p>- يقوم العميل بالتركيز على أفكاره و معتقداته و يلاحظ ما هو واقعي منها وغير واقعي ومن ثم التخلص منها. - تجديد الاستجابات بشكل جيد و العمل على تمحيصها و تقييمها في ضوء الواقع</p>	<p><b>محتوى الجلسة</b></p>
<p>(المعرفي و السلوكي) - مواجهة تلك الأفكار السلبية التي تؤثر سلبا عن التفكير للفرد. - تقنية الاسترخاء كواجب منزلي - تقنية التصحيح المفرط إذا لزم الأمر</p>	<p><b>الفنيات المستخدمة</b></p>
<p><b>الجلسة العشرون و الأخيرة</b></p>	<p><b>رقم الجلسة</b></p>
<p><b>مفتوحة</b></p>	<p><b>مدة الجلسة</b></p>
<p>- تذكير العميل بنهاية البرنامج العلاجي - التعرف على رأي العميل في الجلسات ومد استفادته من البرنامج العلاجي. - تقييم الجلسات التسع عشر - مناقشة النتائج وإعطاء التوصيات</p>	<p><b>أهداف الجلسة</b></p>
<p>الجلسة الختامية أو اللقاء الأخير بين المعالج و العميل يقوم المعالج بتقديم ملخص عن الجلسات السابقة، وما هي الفنيات التي تم شرحها و كيفية الاستفادة منها مستقبلا. - وكذلك استفسار العميل و هل يوجد لديه استفسارات أو تساؤلات أو ملاحظات. كذلك في حالة شعور بمشكلة عليه مراجعة المعالج. توصية العميل على ممارسة الاسترخاء و الأساليب العلاجية الأخرى لأنها مفيدة في تخفيف القلق. - ضرورة المراجعة الدورية تحسبا لوقوع انتكاسة</p>	<p><b>محتوى الجلسة</b></p>

<p>- تطبيق مقياس التبول اللاإرادي من أجل الاطمئنان على صحته والطلب من العميل مراجعة العيادة بعد شهر من الآن إنهاء البرنامج العلاجي.</p>	<p><b>الفنيات المستخدمة</b></p>

الملحق رقم (03): جدول تقييم التبول اللاإرادي.

الاسم:.....اللقب:.....العمر:.....

الأيام	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
الأيام الجافة من التبول							
الأيام التي يتم فيها التبول							

الأيام	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
الأيام الجافة من التبول							
الأيام التي يتم فيها التبول							

الأيام	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
الأيام الجافة من التبول							
الأيام التي يتم فيها التبول							

الأيام	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
الأيام الجافة من التبول							
الأيام التي يتم فيها التبول							

تقديم المكافآت في الليالي التي لا يتم فيها التبول:

1) كل ليلة حبة حلوة (2) كل أسبوع ليالي بسكويت (3) كل اثنا عشر ليلة لعبة (4) كل عشرين يوم نزهة لمكان يختاره الطفل.

الملحق رقم (04): رموز وأشكال الجينغرام.

