

علت شناسی و درمان شب ادراری

مهناز مهرایی زاده*

در سراسر جهان، والدین وظیفه دارند آداب تخلیه را به کودکان آموزش دهند. تعداد گزارشهایی که حاکی از یادگیری خودبخودی کودک در کنترل مثانه و ادرار باشد، اندک است. بیشترین داده‌ها حاکی از این است که این یادگیری روندی تدریجی دارد. هرچند یادگیری آداب تخلیه مناسب تدریجی است، اما بیشتر کودکان در سن دو تا سه سالگی کنترل مدفوع و در سن سه تا چهار سالگی کنترل ادرار را یاد می‌گیرند. کنترل مدفوع معمولاً قبل از کنترل ادرار اتفاق می‌افتد و به دنبال آن کنترل ادرار در شب و بالاخره در نهایت کنترل کنشی ادرار در جریان خواب صورت می‌گیرد (ا، لری و ویلسون^۱، ۱۹۷۵).

ناتوانی در کنترل ادرار^۲ یکی از اختلالهای دفعی^۳ است. همچون دیگر رفتار غیرعادی، این ناتوانی به دلایل بیرونی مشکل تعریف مواجه است:

- ۱) متغیر بودن سنی که از نظر رشد، امکان کنترل مثانه فراهم می‌شود (معیار سنی^۴)؛
- ۲) تفاوت روشهای آموزشی مورد استفاده جهت کنترل مثانه (معیار آموزشی^۵)؛

* مربی گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران

1. Wilson & O. Leary.

2. Enuresis.

3. Elimination Disorders.

4. Age Criteria.

5. Training criteria.

۳) عدم توافق در باره تعداد دفعاتی که خیس کردن غیرارادی، عادی تلقی می شود (معیار فراوانی)^۶.

به هر حال، بیشتر مشاهده کنندگان تمایل دارند که از این اصطلاح برای بی اختیاری ادراری در کودکان بالای سنین ۳ یا ۴ ساله، یعنی زمانی که هیچگونه علایم پاتولوژی وجود ندارد، استفاده کنند. بیشتر کودکان از نظر رشد فیزیولوژیکی و رشد اجتماعی در سن ۱۵-۱۸ ماهگی برای کنترل ادرار آمادگی لازم را به دست می آورند، هر چند که روشهای والدین از نظر زمان شروع آموزش و چگونگی آموزش کنترل ادرار کاملاً متفاوت است. پاسخ بدین سؤال که فراوانی بی اختیاری در ادرار باید چقدر باشد تا بتوان آن را به عنوان رفتار غیر عادی بررسی کرد، آسان نیست و بلکه بسیار هم بحث انگیز است. برخی از نویسندگان فراوانی یک بار در ماه را می پذیرند، در حالی که برخی دیگر بر این عقیده اند که چنانچه این مسأله به طور هفتگی یا با فراوانی بیشتری اتفاق افتد، می تواند معیار مناسبی برای بی اختیاری در ادرار محسوب شود.

در یک طبقه بندی کلی، اختلال در کنترل ادرار به دو طبقه فرعی تقسیم می شود:

الف) بی اختیاری روزانه ادرار^۷ (در جریان بیداری اتفاق می افتد)؛ ب) بی اختیاری شبانه ادرار^۸ (خیس کردن به هنگام خواب اتفاق می افتد). فراوانی خیس کردن شبانه بیشتر است یعنی عمومیت بیشتری دارد. خیس کردن روزانه بندرت بدون شب ادراری اتفاق می افتد. و بیشتر در زمانی این حالت رخ می دهد که کودک آنچنان مجذوب بازی شده است که مهلت رفتن به دستشویی را از دست می دهد و یا کودک زیر فشار عصبی است و احساس ضرورت دفع ادرار، بسیار شدید است (نُف^۹ ۱۹۸۴). در اینجا بحث اصلی ما بی اختیاری ادرار در شب است که بیشترین پژوهش در زمینه درمان به این مسأله اختصاص دارد. بعلاوه، بی اختیاری ادرار در شب، مشکل اساسی تری است و برای والدین آزار دهنده تر از بی اختیاری ادرار در روز است. به علت مسائلی که در تعریف بی اختیاری ادرار وجود دارد، برآوردهای وقوع بی اختیاری ادرار بسیار متغیر است؛ به طوری که مقایسه بین مطالعات مختلف را دشوار می سازد (کانر^{۱۰} ۱۹۷۲). میزان وقوع بی اختیاری را در ۲۶ درصد از کودکانی که جهت مشاوره روانپزشکی به کلینیک وی آمدند، گزارش کرد. دامنه سنی این کودکان بین سنین ۳-۱۴ سالگی و بیشترین

6. Frequency Criteria.

7. Diurnal Enuresis.

8. Nocturnal Enuresis.

9. Knopf.

10. Kanner.

فراوانی بین سنین ۸ تا ۱۸ سالگی و بیشتر در پسر بچه‌ها بود (۶۲ درصد پسران، ۳۸ درصد دختران). شافر^{۱۱} (۱۹۷۹) نیز به نتیجه‌ای مشابه دست یافت. وی معتقد است که تقریباً ۷۵ - ۸۰ درصد از کودکان سنین ۲-۵ ساله، قادرند مثانه خود را به هنگام شب کنترل کنند.

کاپلان^{۱۲} و سادوک^{۱۳} (۱۹۸۸) معتقدند بی‌اختیاری در ادرار، با دفع تکراری و نامناسب ادرار ظاهر می‌شود. بی‌اختیاری ادرار ممکن است ارادی یا غیرارادی باشد. برای مثال، فرد مبتلا به بی‌اختیاری روزانه، قادر است که ممکن است به طور ارادی از مهار رفلکس دفع ادرار خودداری کند، یا فرد دیگری ممکن است در عین بیداری ترجیح دهد که به جای بلند شدن و رفتن به دستشویی در رختخوابش ادرار کند. بعلاوه، حداقل سن زمانی ۵ سال و حداقل سن عقلی ۴ سال برای تشخیص لازم است. برای تشخیص DSM - III-R برای بی‌اختیاری کنشی ادرار به قرار ذیل است:

۱. دفع مکرر ادرار در روز یا شب، در رختخواب یا شلوار، ارادی یا بدون اراده؛
 ۲. وقوع دفع بی‌اختیاری ادرار حداقل ۲ بار در ماه در بچه‌های ۵ تا ۶ ساله و یک بار در ماه در بچه‌های بزرگتر؛
 ۳. حداقل سن زمانی در سال، و حداقل سن عقلی ۴ سال؛
 ۴. ناشی از علل فیزیکی، مثل دیابت، عفونت مجاری ادرار، یا حملات تشنجی نباشد.
- بی‌اختیاری ادرار در میان کودکانی که متعلق به طبقه اجتماعی - اقتصادی پایین‌تری هستند شایعتر است تا طبقه اجتماعی - اقتصادی بالاتر. همچنین در میان کودکان کارگران یدی، نسبت به کودکان متوسط و خانواده‌های پردرآمد و متخصص میزان شیوع بالاتر است. ارتباط بی‌اختیاری در ادرار با وضعیت اقتصادی اجتماعی خانواده با افزایش سن کودکان مشخص‌تر می‌شود. این مسأله می‌تواند به عواملی همچون تفاوت نگرش نسبت به نظافت، دستیابی به تسهیلات توالت، تداوم تمرینهای آموزشی و تفاوت‌های احتمالی در درجه حرارت خانه - زیرا سرد بودن تمایل به بی‌اختیاری ادرار را افزایش می‌دهد - نسبت داد. بی‌اختیاری ادرار در تمام درجات هوشی دیده می‌شود. بی‌اختیاری در نوجوانان به عنوان یک سمپوتوم تنها اتفاق می‌افتد. مشاهدات بالینی نشان می‌دهد که این کودکان با عدم بلوغ کلی بشدت مرتبط است (با رفتارهایی از قبیل نالیدن، کج خلقتی، تحریک‌ناپذیری، بی‌قراری، فعالیت زیاد، زودرنجی، لجاجت، خودسری، حساسیت

11. Schaeffer.

12. Kaplan.

13. Sadock.

زیاد). این اختلال همچنین با رفتارهای دیگری مانند مکیدن شست، جویدن ناخن، تیک، لکنت زبان، دزدی، واکنشهای فوبیا در ارتباط است (کانر ۱۹۷۲).

بی‌اختیاری ادرار در میان کودکانی که دارای سابقه خانوادگی بی‌اختیاری ادراری هستند فراوانتر است و در پسران دو برابر دختران اتفاق می‌افتد. همچنین مدارک وجود دارد که نشان می‌دهد بی‌اختیاران در ادرار نسبت به افراد عادی ظرفیت کنشی مثانه‌ای پایین‌تری دارند (استارفیلد، ۱۹۷۲).

اکثر مبتلایان به بی‌اختیاری، در حالت بیهوشی، مثانه‌ای با ظرفیت تشریحی طبیعی دارند، در حالی که مثانه کنشی کوچک دارند. به این ترتیب، کودکان مبتلا در مقایسه با کودکان معمولی با ادرار کمتری در مثانه، احساس دفع ادرار پیدا می‌کنند و ادرار کمتری در دفعات بیشتری دفع می‌کنند (کاپلان و سادوک، ۱۹۸۸).

توسط برخی از محققین، بی‌اختیاری ادرار به بی‌اختیاری اولیه و ثانویه طبقه‌بندی شده است. بر اساس DSMIII (۱۹۸۰) بی‌اختیاری اولیه ادرار شامل آن مواردی از خیس کردن است که کنترل ادرار هرگز در کودک ایجاد نشده است، در حالی که بی‌اختیاری ثانویه عبارت است از خیس کردنی که مدت زمانی پس از خودداری در کنترل ادرار ایجاد می‌شود.

حدود ۸۰ درصد مبتلایان به نوع اولیه دچار بوده و هرگز به مدت یک سال کنترل مثانه نداشته‌اند. بی‌اختیاری ادراری ثانوی معمولاً بین ۵ تا ۸ شروع می‌شود. اگر دیرتر شروع شود، بخصوص در بزرگسالی، باید در پی علل عضوی برآمد. قراینی وجود دارد که بی‌اختیاری ثانوی بیشتر با مسائل روانی زمان ادرار رابطه دارد تا بی‌اختیاری اولیه.

شب ادراری موجب ایجاد مشکلاتی برای کودک و والدین می‌گردد. والدین با مشاهده ملاقه آلوده کودک ناامید شده و احساس می‌کنند که کودک قادر است ادرار خود را کنترل کند، ولی تنبل‌تر از آن است که این کار را انجام دهد. کودک نیز به نوبه خود از لباس آغشته به ادرار احساس ناراحتی و شرمساری می‌کند و از رابطه نامطلوبی که بین او و والدینش ایجاد شده رنج می‌برد. این مسأله به قدری اهمیت دارد که روشهای درمانی زیادی برای مقابله با آن گزارش شده است که بعد از این از آنها بحث خواهد شد.

علل بی‌اختیاری ادرار

بی‌اختیاری ادرار از سال ۱۵۵۰ میلادی (زمانی که این مسأله برای اولین بار گزارش شد) به

علل متنوع و نامشخصی همچون انگل‌های روده‌ای، تنبلی، رؤیاهای، خواب عمیق، ضعف مثانه، اسیدوز ادراری، افزایش ترشح ادرار، ضعف عضلانی و حتی حساسیت نسبت داده شده است (گلیک لیچ^{۱۴}، ۱۹۵۱). بیشتر نویسندگان معاصر اعتقاد دارند که عوامل چندی تعیین‌کننده این وضعیت هستند. با اینکه موارد نسبتاً نادری وجود دارد که در آن عوامل ارگانیکی موجب بی‌اختیاری ادرار می‌گردد، اما بیماریهای مجاری ادرار و کلیه‌ها، اختلال مادرزادی در ساختمان مثانه، آسیبهای نخاع شوکی، دیابت، حملات صرعی شبانه باید بررسی شوند (الیس و میچل^{۱۵}، ۱۹۷۳).

نظریه‌ای که عوامل وراثتی را دخیل می‌داند بیشتر بر مشاهدات انجام شده در درازمدت مبتنی است. والدین و خواهران و برادران این کودکان دارای سابقه خیس کردن هستند و میزان بی‌اختیاری ادرار در دوقلوهای یک تخمی بمراتب بالاتر از دوقلوهای دو تخمی است. (بک وین^{۱۶}، ۱۹۷۱). به هر حال عاملی که باعث بی‌اختیاری ادراری در افراد یک خانواده می‌شود، نمی‌تواند برای اثبات دیدگاه ارثی بودن این مسأله به کار رود؛ زیرا این نتیجه بدون کنترل مناسب عوامل محیطی به دست آمده است. تصور این نکته منطقی به نظر می‌رسد که والدینی که از مشکلات بی‌اختیاری ادراری در دوران کودکی خود در رنج بوده‌اند، آمادگی بیشتری برای این مسأله دارند و احتمال بیشتری وجود دارد که آنها از روشهای نادرستی جهت آموزش آداب تخلیه فرزندان خود استفاده کنند. ارتباط متقابل متغیرهای محیطی و ژنتیکی در چنین مطالعاتی، ارزیابی نقش هر یک از این دو عامل را در سبب‌شناسی بی‌اختیاری ادراری دشوار ساخته است. به هر حال، این امر امکان‌پذیر است که برخی از موارد بی‌اختیاری ادراری توسط یک استعداد ارثی ایجاد شده باشد و از طریق عوامل محیطی قابل اصلاح باشد. به نظر می‌رسد که بیشترین موارد بی‌اختیاری ادراری در اثر اوضاع محیطی و روانشناختی ایجاد می‌شود. در ابتدا، بی‌اختیاری ادراری در اثر روشهای نادرست آموزش آداب تخلیه ایجاد شده است. برای مثال آموزش یا زودتر شروع شده یا دیرتر، و آموزش آداب تخلیه با حالات هیجانی همراه بوده است. آموزشی که قبل از آمادگی رشدی کودک شروع شود، می‌تواند موقعیتی را برای

14. Glicklich.

15. Ellis & Mitchell.

16. Bakwin.

ناامیدی والدین، عصبانیت و احتمالاً طرد کودک فراهم سازد. در همان حال کودک نه تنها این نگرشها و احساسات والدین را درک می‌کند، بلکه نسبت به آنها با اضطراب، ناامنی، بدون اعتماد به نفس و با خصومت عکس‌العمل نشان می‌دهد. وجود این روابط نامطلوب بین کودک و والدین که ناشی از این اشتباهات اولیه است، کوششهای بعدی را جهت آموزش آداب تخلیه دشوار می‌سازد. آموزشی که زود شروع می‌شود، ممکن است انعکاسی از انزجار والدین از انجام کار کثیف و پاک کردن کودک یا تشویق به خودکفایی قبل از آمادگی جسمی برای این کار باشد. در مقابل، فقدان آموزش یا آموزشی که دیر شروع شود، ممکن است بیانگر حمایت زیاده از حد والدین و آرزوی مادر به ادامه وابستگی کودک باشد. در این وضعیت، کودک ممکن است برای رفتار کودکانه خیس کردن تقویت شود. این والدین ممکن است کودک را با پوشک بخوابانند و فراموش کنند که کودک را به منظور پیشگیری از خیس کردن در نیمه اول شب بیدار کنند، یا با خاموش و سرد نگه داشتن خانه، امکان توالیت رفتن را برای کودک دشوار سازند. در این خصوص مک یث (۱۹۶۸) یک دوره بحرانی بین سنین ۱/۵ - ۴/۵ سالگی را برای کنترل مثانه پیشنهاد می‌کند. آموزش پس از سن ۴/۵ سالگی توفیق در این عمل را دشوار می‌سازد و خیس کردن احتمالاً برای چندین سال قبل از اینکه بتوان آن را تحت کنترل درآورد ادامه می‌یابد. بعلاوه، مک یث بر اوضاع اضطراب‌زا، همچون تولد نوزاد دیگر، بستری شدن در بیمارستان، بیماریها، آسیبهای روانی و جابجایی به عنوان عوامل مزاحم مهمی که می‌توانند دستیابی و ادامه کنترل مثانه را مختل سازند تأکید می‌ورزد. برای مشخص شدن نقش اضطراب مک یث به داده‌های زیر اشاره دارد:

۱. بیشتر از ۸۰ درصد از ۳۲۰ کودک بی‌اختیار در ادرار، شرایط اضطراب‌انگیز را در سه سال اول زندگی خود تجربه کرده‌اند؛
۲. بیماری در میان کودکان بی‌اختیار در ادرار در سه سال اول زندگی شایعتر بوده است؛
۳. میزان شیوع بی‌اختیاری ادراری در میان کودکان متعلق به خانواده‌های از هم گسسته به طور قابل ملاحظه‌ای در سن پنج سالگی بیشتر است؛
۴. موارد بی‌اختیاری ادراری زمانی که از روش آموزش بدون اضطراب استفاده شود، خیلی پایین‌تر از آن مقداری است که در جمعیت عمومی وجود دارد؛

۵. فشارهای روانی و فیزیکی که بین سنین ۲ تا ۳ سالگی در میان کودکان بی‌اختیار در ادرار اتفاق می‌افتد، با خیس کردن مستمر بعد از سن ۴ سالگی ارتباط دارد.

بیشتر این داده‌ها اثر اضطراب و گسستگی خانواده را به عنوان عوامل بی‌اختیاری ادراری تأیید می‌کنند. بعلاوه آنها اظهار می‌دارند که اضطراب مادر، به‌طور معنی‌داری به میزان پیشرفت ناشی از درمان کودک بستگی دارد (یانگ و مورگان^{۱۸} ۱۹۷۳).

بر طبق دیدگاه منشأ روانی بی‌اختیاری ادراری، برخی از محققین بدین نتیجه رسیده‌اند که عمومیت بخشیدن یک سبب شناسی به تمام موارد بی‌اختیاری ادرار درست نیست. کار اولیه جرارد^{۱۹} این نکته را روشن می‌سازد و نشان می‌دهد که بی‌اختیاری ادراری می‌تواند ناشی از وضعیتهای هیجانی تعارض‌انگیز گوناگون باشد (جرارد، ۱۹۳۹). برای نمونه جرارد متوجه مواردی از بی‌اختیاری ادراری شد که به علت وضعیت استری‌آوری همچون تولد کودکی دیگر شدت می‌یافت. بعلاوه مواردی را از بی‌اختیاری ادراری ذکر می‌کند که در آن خیس کردن بیانگر انتقامجویی از مادر تنبیه‌گر است. وی همچنین نمونه‌هایی را نشان می‌دهد که به نظر می‌رسد ناشی از نوراتیک باشد؛ زیرا خیس کردن رختخواب بر اساس تضادهای جنسی - روانی حل نشده و ترس ناخودآگاه از اخته شدن ایجاد شده است.

معمولاً چنین بحث می‌شود که نه تنها بی‌اختیاری ادراری از همه جوانب یک مشکل است، بلکه مشکل اساسی‌تر این است که این امر می‌تواند به مشکلات سازشی در کودک بینجامد. والدین کوشش می‌کنند در مقابل خیس نکردن کودک در چندین شب متوالی به او پاداش بدهند، یا یک بار خیس کردن موجب شرمساری او می‌شود و پس از آن روش تنبیه، بدون هیچگونه موفقیتی به کار برده می‌شود. والدین ممکن است حتی از تنبیه‌های شدیدتری همچون امتناع از تعویض شلوار کودک یا ملاقه رختخواب و یا ضربه زدن به پشت کودک استفاده کنند. گاهی اوقات، ممکن است آنها قبل از مراجعه به فرد متخصص برای کمک، از برخوردهای منطقی‌تری مانند فعالیت درمانی مخصوص، همچون کاهش مصرف مایعات در شب و بیدار کردن کودک در طول خواب استفاده کنند. کودک مرکز توجه - البته به‌طور منفی - قرار می‌گیرد، بدین علت که او به آن چیزی که دیگران بدان رسیده‌اند نرسیده است. بنابراین،

18. Yong & morgan.

19. Gerard.

احساس خجالت، گناه، عدم کفایت، وابستگی، خصومت نسبت به خود و دیگران، به طور غیر قابل اجتنابی در بیشترین کودکان بی‌اختیار در ادرار ناشی از چنین وضعیتی است. مشکلات انزوا و گوشه‌گیری و عدم ارتباط با همسالان، در این کودکان بیشتر است. بنابراین، عاقلانه‌ترین است که هر چه زودتر روشهای درمانی به منظور افزایش شانس موفقیت و کاهش آسیب روانی به کار گرفته شوند.

به نظر نمی‌رسد که بی‌اختیاری ادرار با زمان یا مرحله خاصی از خواب رابطه داشته باشد و خیس کردن رختخواب ظاهراً به طور اتفاقی روی می‌دهد. در بیشتر موارد کیفیت خواب طبیعی است و مدارکی که نشان دهد بچه‌های مبتلا به بی‌اختیاری ادراری، خوابی عمیقتر از سایر بچه‌ها داشته باشند، بسیار اندک است.

بی‌اختیاری ادراری و آسیبهای روانی

بی‌اختیاری ادراری تا چه حد جدی است و آیا می‌تواند نشانه‌ای از آسیب روانشناختی جدی‌تر باشد؟ این سؤال هنوز پاسخ داده نشده است. یک مطالعه زمین‌یابی انجام شده در بریتانیا، رابطه‌ای را بین بی‌اختیاری ادراری و اختلالات روانشناختی نشان داده است (بویژه در مورد افراد نوراتییک و افرادی که مشکلات رفتاری دارند)، اما بیشتر کودکانی که جای خود را خیس می‌کنند، افرادی کاملاً سازگارند و رها از هر گونه اختلالات روانشناختی هستند (اسن و پکمن^{۲۰}، ۱۹۷۶). هنگامی که شب ادراری با روز ادراری همراه باشد، احتمال همبستگی مثبت بین بی‌اختیاری ادراری و آسیبهای روانی افزایش می‌یابد (برگ^{۲۱}، ۱۹۸۱).

روشهای درمانی

بی‌اختیاری ادراری به قدری اهمیت دارد که روشهای درمانی بسیاری را به خود اختصاص داده است. در روزگاران قدیم روشهای درمانی پیشنهادی برای بی‌اختیاری ادراری، شامل داروهای عجیب و غریب و تنفرانگیزی همچون پنجه پودر شده بز یا نای خروس، مغز خرگوش در شراب، بیضه خرگوش، موش کباب شده یا پاشیدن مئانه کباب شده خوک در

20. Essen & Peckman.

21. Berg.

رختخواب بوده است. همچنین روشهای دردناکی همچون پاشیدن کلوتیدین (ماده ژلاتینی شکلی که یکی از محصولات دژنراسیون استحاله کلوتیدی است) روی پوست ختنه‌گاه، قراردادن یک کیف لاستیکی باد شده در واژن، یا استفاده از نیترا نقره در راههای ادراری به منظور دردناک شدن عمل دفع رایج بوده است. خوشبختانه، روشهای درمانی از آن زمان تاکنون به طور قابل ملاحظه‌ای پیشرفت کرده و روشهای چندی وجود دارد که مؤثر به نظر می‌رسند.

روش شرطی شدن کلاسیک یکی از روشهای روانشناختی جهت درمان بی‌اختیاری ادرار، است که اولین بار در سال ۱۹۳۸ توسط ا. ماورر و و. ام. ماورر^{۲۲} در دانشگاه ییل ابداع شد (البته دستگاه مشابهی توسط یک پزشک آلمانی به نام فاندلر در سال ۱۹۰۴ ساخته شد که پرستاران رابه هنگام ادرار کردن کودک بیدار می‌کرد، اما این دستگاه به طور مؤثر طراحی نشده بود). دستگاه ماورر شامل یک تشکچه حساس به ادرار بود که به یک زنگ وصل می‌شد. زمانی که کودک شروع به ادرار می‌کند، زنگ که در یک جعبه زنگ اخبار در کنار تخت کودک گذاشته شده بود، به صدا درمی‌آمد. زنگ اخبار باید توسط کودک خاموش می‌شد و سپس کودک جهت تخلیه به توالت می‌رفت. غالباً از والدین خواسته می‌شد که به منظور اطمینان از بیداری کامل کودک در دستشویی او را وادار کنند که در دستشویی صورتش را بشوید. سپس کودک به اطاقش برمی‌گردد و ملافه‌ها را عوض می‌کند و دستگاه زنگ اخبار را دوباره تنظیم می‌کند و به تختخوابش می‌رود. جدولی روزانه برای نمایش پیشرفت کودک تهیه می‌شود و هر روزی که کودک خشک است، یک ستاره طلایی در جدول گذاشته می‌شود. معمولاً چهار تا هشت هفته طول می‌کشد تا کودک بتواند برای دو هفته متوالی خود را کنترل کند. اگر شب ادراری دوباره شدت یافت به کودک تشکچه و زنگ داده می‌شود تا اینکه دوباره برای دو هفته متوالی دیگر خود را خشک نگه دارد. در مطالعه اصلی ا. ماورر و ام. ماورر گزارش شده بود که همه سی کودک درمان شده با این روش شرطی، در ظرف دو ماه پس از آغاز درمان به معیار ۱۴ روز متوالی کنترل شب ادراری رسیدند.

روند اصلی عبارت است از همراهی همزمان نشانه‌های تحریک درونی ناشی از انبساط مثانه به هنگام خیس کردن و صدای زنگ که به محض تماس ادرار با تشکچه حساس الکتریکی

فعال می‌شود. هدف این روش شرطی شدن، جابجایی صدای زنگ با نشانه‌های تحریک درونی است که به طور مرتب موجب بیداری کودک و ایجاد واکنشهای اسفنکتری ضروری جهت خودداری می‌شود. در اینجا، صدای زنگ، به عنوان محرک طبیعی (غیرشرطی) و تحریک درونی به عنوان محرک غیرطبیعی (شرطی) است و پاسخ، بیدار شدن کودک است. بر اساس فرضیه زیربنایی شرطی شدن، پس از چند بار همراهی محرک شرطی و غیرشرطی، در نهایت، محرک شرطی خاصیت محرک غیرشرطی را پیدا می‌کند و موجب پاسخ می‌شود. بنابراین، در این آزمایش تحریک درونی به تنهایی موجب بیدار شدن کودک و رفتن به دستشویی می‌گردد. بی‌تردید، تأثیر این روش بستگی زیادی به توانایی کودک در شنیدن صدای زنگ و همکاری والدین دارد.

بررسی این مسأله اهمیت دارد که چرا روش ایجاد شده در سال ۱۹۳۸ - که به نظر بسیار موفقیت آمیز بود - به وسیله روانپزشکان و روانشناسان کودک توسعه نیافت و مورد استفاده عملی آنان قرار ننگرفت؟ اعتراضهای اولیه به این مطالعه و مطالعاتی مانند این به سه مسأله اصلی باز می‌گردد: الف) فقدان گروههای کنترل؛ ب) اعتقاد به اینکه سمپوئومهای دیگری که اساس نابسامانیهای هیجانی را تشکیل می‌دهند به عنوان جانشینی برای خیس کردن نمایان خواهند شد؛ ج) فقدان شواهدی که نشان دهد موفقیت به دست آمده از این روش واقعاً برای مدت زمان طولانی باقی خواهد ماند.

دلیل اصلی عدم تمایل روانشناسان و روانپزشکان به استفاده از روش ماورر بر این نگرش مبتنی است که مشکلات شب ادراری نشانه اختلالات هیجانی زیربنایی است. در واقع، یک دیدگاه کلی رایج و پذیرفته شده این است که بی‌اختیاری ادراری، عبارت است از نشانه‌ای برای تعارضات هیجانی. برای مثال، این هاف^{۲۳} در سال ۱۹۵۷ پیشنهاد می‌کند که بی‌اختیاری ادراری معمولاً اظهاری جهت تقاضای عشق و علاقه است و ممکن است شکلی از گریستن از طریق مثانه (wapping through the bladder) باشد. فروید (۱۹۱۶)، بی‌اختیاری ادراری را به عنوان شکلی از ارضاء مستقیم جنسی می‌داند. فروید و پیروانش بی‌اختیاری ادرار را یک مشکل برگشتی تلقی می‌کنند که در نتیجه اضطراب شدید ناشی از برخی تمایلات اساسی سرکوب شده، فعال می‌شود. هدف ما در اینجا وارد شدن به جزئیات این دیدگاه نیست و فقط

می‌خواستیم علت اصلی پذیرفته نشدن روش ماوررها را از طرف روانشناسان و روانپزشکان بیان کنیم.

علی‌رغم توفیق ماوررها، پیشرفت رویکردهای درمانی رفتارگرایانه، - از هر نوع - تا دهه ۱۹۶۰ بسیار جزئی بوده است، تنها بدین علت که عمومی‌ترین برداشت از رفتار غیرعادی، برداشت روان‌تحلیل‌گری بود؛ برداشتی که مخالف استفاده از روشهای درمانی بوده است. بر اساس گفته ماوررها، بلافاصله، شش کارخانه به ساختن این دستگاه پرداختند، ولی روی آن تبلیغ زیادی نشد؛ از این رو، والدین از این دستگاه و سودمندی آن چندان مطلع نبودند. بیشتر درمانگران به جای اینکه بی‌اختیاری در ادرار را به عنوان نقص عادت تلقی کنند - رفتاری که می‌تواند به وسیله شرطی شدن اصلاح گردد - تصور می‌کردند که نگرشها، احساسات و افکار فرد نیاز به تغییر دارد. این نگرش ناشی از این مسأله بود که بسیاری از آزمایشهای شرطی شدن روی حیواناتی همچون موش انجام شده بود و به نظر بسیاری از متخصصین درمان شرطی گرایانه فقط ویژه موش است؛ بنابراین، برای پاسخگویی به مشکلات انسان کافی نیست.

برحسب دیدگاه روان - پویایی یا مدل سمپوتومی، کودک بی‌اختیار در ادرار، به منظور بهبود وضع سازگاری عمومی خود باید با روان درمانی معالجه شود؛ یعنی ضروری است که نارسایی به عنوان نارسایی کل شخصیت مورد بررسی قرارگیرد. بنابراین، در ابتدا باید فرد و در مرحله بعدی بی‌اختیاری ادراری را درمان کرد. در واقع، بر حسب عقیده عده‌ای، درمان مستقیم بی‌اختیاری ادراری نامطلوب است؛ زیرا به شکل دیگری (مثلاً جانشینی سمپوتوم) به تشدید و بروز تعارض زیربنایی شخصیت فرد منجر می‌شود. معمولاً قابل پیش‌بینی است که از کاربرد هوشمندانه درمان با روش شرطی شدن تغییرات نامطلوبی حاصل نخواهد شد. در عوض، درمان مستقیم بی‌اختیاری ادراری با روش شرطی شدن ممکن است منجر به نتایج مطلوبی در فرد تا تغییرات نامطلوبی گردد (ا. لری و ویلسون، ۱۹۷۴).

چنانکه پیش از این بیان شد، یکی از مشکلات آزمایشهای شرطی شدن، فقدان گروههای کنترل بود که این مشکل از دهه ۱۹۶۰ به بعد برطرف شد و استفاده از گروههای کنترل رواج یافت. مطالعات نشان داده‌اند که شرطی شدن مؤثرتر از استفاده از دارو یا روان درمانی به منظور کنترل مثانه است (بکر^{۲۴}، ۱۹۶۹). مطالعه بکر هیچگونه شواهدی از جانشینی سمپوتومی

را نشان نداد و والدین کودکان خود را نسبتاً خوشحالتتر و مستقل‌تر از قبل ارزیابی کردند و کودکان در یک مقیاس اعتماد به نفس، نمرات بالاتر و در یک پرسشنامه روان‌نژندی نمرات کمتری دریافت کردند. در این مرحله از زمان، برای حدود ۹۰ درصد از موارد بی‌اختیاری ادراری کمتر تردید وجود دارد (لوینند و کوت^{۲۵}، ۱۹۷۰).

نگرانی اولیه در خصوص بازگشت شب‌ادراری پس از درمان با روش شرطی شدن، هنوز هم وجود دارد و بسیار بجاست. زمانی که بازگشت شب‌ادراری به عنوان خیس کردن بیش از یک دفعه در هفته تعریف شود، میزان بازگشت شب‌ادراری بعد از ۲ سال پس از درمان به ۳۰ تا ۴۰ درصد می‌رسد (برگ، ۱۹۸۱). لوینند همچنین دریافت که سن، سازگاری جنسیتی، عوامل شخصیتی و الگوهای آموزش شب‌ادراری با شکست در ادامه خودداری از ادرار ارتباطی ندارند. (بانگ و مورگان، ۱۹۷۳) بدین نتیجه رسیدند که بازگشت شب‌ادراری با عملکرد فرد و متغیری‌های زمینه‌ای ربطی ندارد، بلکه نتیجه ناکارایی درمان است.

دو مطالعه دیگر توسط همین محققین، شواهدی را نشان می‌دهد مبنی بر اینکه استفاده از روش بیش‌یادگیری، میزان بازگشت شب‌ادراری را به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌دهد. در این روش لازم است کودک قدرت کنترل مثانه خود را از طریق شرطی شدن تا رسیدن به خیس نکردن برای مدت ۱۴ شب متوالی به دست آورد. این روش احتمالاً موجب افزایش ظرفیت مثانه می‌شود و در نتیجه، فراوانی خیس کردن را کاهش می‌دهد. کوشش مستقیم به منظور افزایش ظرفیت مثانه از طریق آموزش کودک برای تأخیر در ادرار برای مدت زمان طولانی‌تر، به اصلاح بی‌اختیاری ادراری منجر می‌شود. هر چند که روش بیش‌یادگیری نیاز به بررسی‌های بعدی دارد، ولی استفاده از این روش قبل از شرطی شدن میزان بازگشت اختلال را کاهش می‌دهد. واری و کورسن^{۲۶}، ۱۹۶۵. دریافتند که وادار کردن والدین به خریدن دستگاه زنگ اخبار برای درمان کودک بی‌اختیار در ادرار، ممکن است بی‌فایده باشد، زیرا نبودن نظارت در فرایند کار ممکن است موجب کاهش موفقیت در درمان شود.

اختلافات زیادی در خصوص نتیجه روش درمانی شرطی شدن وجود دارد. برای نمونه، شرطی شدن متناوب (مثل اینکه سیستم زنگ اخبار در برخی شبها کار می‌کند و در برخی

25. Lovibend & coote.

26. wary & cohrssen.

دیگر کار نمی‌کرد) بر اساس این فرض که پاسخ خشک ماندن^{۲۷} را نسبت به خاموشی مقاومتر سازد به کار برده شده است. همچنین آموزش کودک برای کنترل مثانه در جریان ساعات بیداری که بعدها به شب نیز تعمیم داده شد، با موفقیت گزارش شده است (راس^{۲۸}، ۱۹۷۸). آموزش تخت - خشک^{۲۹} (DBT) برای کودکانی که تخت خود را خیس می‌کنند هم اکنون بسیار تأیید شده است (بلاارد؛ نتلبک و راکس بی^{۳۰}، ۱۹۸۲).

DBT با این دیدگاه طراحی شده که حذف خیس کردن یک فرایند عاملی^{۳۱} است. DBT شامل استفاده از دستگاه استاندارد زنگ اخبار همراه ترکیبی از چندین روش آموزشی همچون، بیدار کردن کودک در جریان شب و وادار کردن وی به ادرار است. هدف از این روش، افزایش کشش ظرفیت مثانه است.

بلاارد و نتلبک (۱۹۸۲) پیشنهاد می‌کنند که مهمترین این روشها عبارتند از: الف) بیدار کردن ساعتی شبانه کودک در شب اول (آموزش متراکم) و سپس یک بار در شب (در ضمن در شبهایی که کودک خود را خیس نکند بیدار نخواهد شد)؛ ب) آموزش کنترل ادرار؛ ج) تمرین مثبت و آموزش نظافت (تمرین متراکم افزایش فاصله زمانی بین رفتن به توالت و افزایش آگاهی کودک نسبت به مطلوب نبودن خیس کردن).

این روشهای مرکب آموزشی، بدون استفاده از زنگ اخبار نیز میزان فراوانی خیس کردن را کاهش می‌دهند، اما آنها برای توقف بی‌اختیاری ادرار به اندازه کافی سودمند نیستند. مطلوبترین نتیجه زمانی حاصل شده است که از این روشها به همراه زنگ اخبار استفاده شود. آزرین و فاکس^{۳۲} (۱۹۷۴) یک برنامه عاملی موفقیت‌آمیز را برای آموزش آداب تقویت در یک روز به کار گرفتند. این برنامه شامل آشنا ساختن کودک با لگن و احساس راحتی کردن در آن، وادار کردن کودک به آشامیدن مقدار زیادی مایعات به منظور ایجاد اطمینان از افزایش تعداد کوششهای لازم جهت یادگیری، آموزش کودک از طریق دستورالعملهای شفاهی و استفاده از یک عروسک مدل برای نشان دادن جزئیات آداب تخلیه و دادن تقویت مثبت برای هر پاسخ متوالی مناسب آداب تخلیه است. هنگامی که کودک جای خود را خیس کرد، به طور شفاهی، مورد بی‌مهری قرار می‌گیرد و هرگاه جای خود را خیس نکرد (که هر ۵ دقیقه یک

27. stay - dry response.

28. Rose, 1978.

29. Dry - bed training.

30. Bollard, Nettelbeck & Roxbee.

31. Operant process.

32. Azrin & fonx.

بار بررسی می‌شود) پاداش داده می‌شود.

با وجود مؤثر بودن DBT، این روش شامل یک برنامه پیچیده است و احتیاج به وجود انگیزه قوی از جانب والدین و کودک دارد (بلارد، نتلیک و راکس بی، ۱۹۸۲). برای ایجاد یک شکل قابل پذیرش تر DBT تلاشهایی صورت گرفته است، (این تلاشها بیشتر متوجه ارزیابی برنامه استفاده نکردن از زنگ اخبار بوده است). آزرین و تینس^{۳۳} (۱۹۷۸)، با استفاده از یک برنامه اصلاحی که بیشتر آن قبل از رفتن به رختخواب صورت می‌گیرد، موفق به درمان صد درصد ۴۷ کودک بی‌اختیار در ادرار شدند. این میزان موفقیت توسط دیگران به دست نیامده است. نتلیک و لانگ^{۳۴} (۱۹۷۹) دریافتند که DBT، بدون زنگ اخبار فقط به طور جزئی مؤثرتر از درمان نکردن است. هر چند که کیتینگ، بتز، برک، هیمبرگ^{۳۵} (۱۹۸۲) یافته‌های آزرین و تینس را به طور مختصر تأیید کردند. انتقاد آنها از DBT بدون زنگ اخبار، به علت تأخیر طولانی در درمان و میزان بازگشت اختلال است. بلارد و نتلیک، (۱۹۸۲) به منظور دستیابی به دیدگاهی که به توفیق بیشتر این رویه منجر شود در DBT تغییراتی ایجاد کردند. آنها دریافتند که مؤثرترین جزء برنامه، بیدار کردن کودک است و زمانی که این برنامه به تنهایی با زنگ به کار برده می‌شود، به اندازه زمانی که DBT به طور کامل به کار برده می‌شود مؤثر است. آنها بدین نتیجه رسیدند که قسمتهای زیادی از برنامه DBT، همچون آموزش نگه داشتن ادرار، تمرین مثبت و آموزش نظافت، می‌تواند از برنامه حذف شود، بدون اینکه اثر کلی آن از بین برود. باتلر و دیگران^{۳۶} (۱۹۸۸) برای مقابله با اثر زنگ به تنهایی، با تغییر شکل مختصری از DBT که شامل برنامه بیدار کردن و آموزش نگهداری ادرار علاوه بر زنگ بود طرحی را ارائه کردند. این درمان به عنوان تغییر شکل تغییر یافته DBT یا DBT-M (modified DBT) نامیده می‌شود. آنها بدین نتیجه رسیدند که DBT-M تأثیر بیشتری از درمان با زنگ تنها، ندارد. در هر دو مورد، میزان موفقیت ۷۰ درصد بوده است. در مطالعات دیگری که توسط واگنر و دیگران (۱۹۸۲) صورت گرفت، آنان میزان موفقیتی برابر با ۸۰ درصد به دست آوردند. تنها مورد استثنایی مطالعه‌ای است که توسط بنت^{۳۷} و دیگران (۱۹۸۵)، در انگلستان انجام گرفته که در آن میزان موفقیت با زنگ ۴۴/۴ درصد

33. Thienes.

34. lange.

35. keating, Butz, Burke & Heimberg.

36. Butler, Brewin & Forsythe.

37. Bennet.

گزارش شده است.

نوع مفیدتری از دستگاه ماوررها، توسط بالر و گیانارکو^{۳۸} (۱۹۷۰) برای کودکان ناشنوای بی‌اختیار در ادرار ساخته شده است. این دستگاه به جای زنگ چراغی دارد که به تشکچه وصل شده است. هنگام خیس کردن کودک چراغ روشن می‌شود و نور مستقیم به صورت کودک می‌تابد. این محققین، از این دستگاه برای درمان ۲۱ کودک (۱۵ پسر و ۶ دختر) ناشنوا استفاده کردند. همه آنها در جریان ۳۰ روز یاد گرفتند که خود را خیس نکنند. در یکی از کودکان اختلال بازگشت داشت، اما با استفاده مجدد از این دستگاه، کودک کاملاً بهبود یافت.

روان‌درمانی

معروفیت روان‌درمانی به عنوان یک برخورد درمانی برای بی‌اختیاری ادراری، در نیمه اول قرن بیستم قبل از اینکه مفید بودن دارودرمانی و شرطی شدن ثابت شود، کاملاً آشکار بود؛ زمانی که نظریه روان‌تحلیل‌گری، بسیار نافذ بود. این عقیده که بی‌اختیاری ادراری، نشانه‌ای از تعارض و اختلال هیجانی است، بسیار مورد تأیید بود. برحسب این فرضیه، هدف درمان، حل مشکلات هیجانی اساسی بود تا حذف نشانه. چنانچه علت اصلی درمان نمی‌شد، نه تنها حذف سمپوتوم، موقت بود، بلکه منجر به جانشینی سمپوتوم (حضور سمپوتومی دیگر) نیز می‌شد. در حال حاضر تأثیر روش شرطی شدن و دارودرمانی، بر روان‌درمانی ثابت شده است، هر چند که روش روان - درمانی هنوز مورد استفاده قرار می‌گیرد و برای مواردی که مشکلات روانشناختی ریشه‌دار مشخصی وجود دارد، توصیه می‌شود (نُف، ۱۹۸۴).

آموزش کنترل مثانه

یک روش قابل استفاده دیگر - علاوه بر زنگ و تشکچه - برای درمان بی‌اختیاری ادرار، عبارت است از آموزش مستقیم کنترل مثانه. در این روش بهبودی شب‌ادراری، کودک، از طریق مجموعه‌ای از تمرینهای آموزش مثانه که برای نخستین بار توسط استین^{۳۹} در سال ۱۸۸۵ ابداع شد صورت می‌گیرد. میولنر^{۴۰} در سال ۱۹۶۰ با استفاده از این روش موفق شد بی‌اختیاری ادراری درمان کند. وی از مبتلایان خواست که پس از صرف مقدار معینی آب، در جهت

38. Baller & Gianareco.

39. stein

40. muellner

نگهداری ادرار خود تمرین کنند. هدف این روش افزایش ظرفیت مثانه است که میولتر آن را به عنوان علت اصلی بی‌اختیاری تلقی می‌کرد. ه. د. کیمل و ای. کیمل^{۴۱}، (۱۹۷۰) مشاهده کردند که بی‌اختیاری شبانه ادرار و اغلب با میزان بالایی از دفع ادرار در جریان ساعات بیداری همراه است. پاسچالیز^{۴۲} و کیمل (۱۹۷۲) فراوانی دفع ادرار را در گروهی از کودکان مبتلا و گروه کنترل، در جریان خط پایه بررسی کردند. گروه کنترل دارای حد متوسط دفع ادرار برابر $3/5$ بار در روز بود که دامنه آن از ۲ تا ۵ بار در روز نوسان داشت، در حالی که گروه بی‌اختیار در ادرار، میانگینی برابر $5/8$ بار و دامنه‌ای برابر با ۴ تا ۱۲ بار در روز داشتند. این مشاهدات این نکته را تأیید می‌کند که افراد بی‌اختیار در ادرار، دارای ظرفیت مثانه‌ای کوچکتری هستند و همین امر موجب دفع ادرار در دفعات زیادتر می‌شود. در نتیجه، به نظر برخی از پژوهشگران، باید روش مستقیم آموزش کنترل مثانه برای افزایش ظرفیت مثانه مورد بررسی قرار گیرد.

دارودرمانی

علی‌رغم میزان موفقیت روش شرطی شدن، برخی محققین معتقدند که در استفاده از این روش مشکلاتی وجود دارد. یکی از مشکلات این روش این است که استفاده از روش شرطی شدن در خانه‌ای که چندین کودک در یک اتاق می‌خوابند، امکان‌پذیر نیست. داروهایی همچون آمفتامین که محرک اعصاب است، می‌تواند توانایی شرطی شدن و دوره درمانی را کوتاه سازد، اما بر اساس گزارش یانگ و ترنر^(۱۹۶۵)، میزان بازگشت اختلال پس از ۱۲ ماه بیشتر از گروهی بود که با شرطی شدن درمان شده بودند. مؤثرترین درمان دارویی استفاده از ایمی پرامین است که باید یک بار در روز آن هم به هنگام خواب مصرف شود. دینلو و چامپلی^{۴۳} (۱۹۶۸)، ۴۰ مقاله را که در آن از ایمی پرامین برای درمان بی‌اختیاری ادرار استفاده شده بود بررسی کردند. این مؤلفان دریافتند که فقط در ۱۷ مورد از این مطالعات، از کنترل‌های مناسب استفاده شده بود و از این تعداد، فقط در یازده

41. Kimmel, H. D. & Kimmel, E.

42. paschalis

43. Dinello & chamell.

گزارش نتایج مثبتی در استفاده از این دارو وجود داشت. در همه آن‌شش گزارش که نتیجه منفی به دست آمد، بررسی‌کنندگان متوجه شدند که مقدار مصرفی دارو خیلی کم بوده است. دینلو و چامپلی بدین نتیجه رسیدند که ایمی‌پرامین در خصوص کودکانی که مکرر جای خود را خیس می‌کنند (در مقایسه با بزرگسالان) و در درمان سرپایی در بیمارستان با مقدار مصرفی ۵۰ میلی‌گرم یا بیشتر در روز، مؤثرتر است. ه. بک وین و آ.ام. بک وین^{۴۴} (۱۹۷۲) پیشنهاد کردند که دارو باید به مدت ۸ هفته، به طور روزانه مصرف شود و بتدریج حذف گردد. ایمی‌پرامین ممکن است موجب کج خلقی و بیداری در شب شود. این عوارض جانبی موقت و گذرا است. در مطالعه‌ای که در این اواخر انجام گرفته، اثر ماده خنثی، ایمی‌پرامین و روشهای درمانی شرطی شدن کلاسیک بر گروهی از کودکان مدرسه رو مبتلا که بین سنین ۸ تا ده سالگی بودند، با هم مقایسه شده است. کودکانی که با ایمی‌پرامین و شرطی شدن درمان شده بودند، نسبت به آنهایی که از ماده خنثی استفاده کرده بودند، پیشرفت بیشتری داشتند. درمان با ایمی‌پرامین در مورد کودکان جوانتر بیشتر پس از شروع موجب پیشرفت سریعی شد؛ اما این پیشرفت پس از قطع دارو، به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافت. در مقابل گروهی که با روش شرطی شدن درمان شدند، پیشرفت کندی را داشتند، ولی پیشرفت پس از توقف درمان ادامه یافت (کالوین^{۴۵} و دیگران، ۱۹۷۲). این یافته نشان می‌دهد که احتمال بازگشت اختلال پس از قطع دارو بسیار زیاد است (شافر، ۱۹۷۷).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

44. Bakwin, H. & Bakwin, R. M.

45. Kolwin

REFERENCES:

- 1- O,leary, k. Daniel & wilson, G. Terence, Behavior Therapy, Application and Outcome, 1975 by prentice-Hall, Inc. Englewood, Cliffs, N. J.
- 2- Knopf, Irwin Jog, Childhood. Psychopathology a Developmental Approach, 1984. by Prentice- Hall, Englewood Cliffs, N.J. Second Edition.
- 3- Kanner, L. Child Psychiatry, 4th ed., spring fild, 111, chas. G thomas, 1972.
- 4- Schaffer, C.E. Childhood Encopresis and Enuresis: Causes and Therapy, N. Y. Van Nostrand Reinhold, 1979.
- 5- Starfield, B. Enuresis: Its Pathogenesis and management, Clinical pediatric , 1972, 11: 3- 343-49.
- 6- Glicklich, I. B. An Historical Account for Enuresis, Pediatrics, 1951 , 8, 859 - 876.
- 7- Ellis , R.W. and Mitchell, R. G. Disease in Infancy and Childhood, 7th ed. Baltimore, Md: William and Wilkins, 1973.
- 8- Bakwin, H. Enuresis in Twins. American Journal of Children. 1971, 121, 222- 225.
- 9- Mackeith, R. A. Frequent Factor in the Origins of primary Nocturnal Enuresis- Anxiety in the Third year of Life. Developmental Medicine and Child Neurology, 1968, 10, 465- 470.
- 10- Young, G.C. & Morgan , R. T. T. Analysis of Factors Associated with the Extinction of a Conditioned Response- Behavior. Research and Therapy, 1973 (A) , 11, 219 - 22.
- 11- Gerard, M.W. Enuresis Astudy in Etiology, American Journal of orthopsychiatry, 1939, 9. 48-58.
- 12- Essen, J. , & Peckham, C. Nocturnal Enuresis in Childhood, Developmental Medicine and Child Neurology, 1976, 18, 577- 589.

- 13- Berg, I. Child Psychiatry and Enuresis, British Journal of Psychiatry, 1981, 139, 247-248.
- 14- Mowrer, O. & Mowrer, W.M. Enuresis. A Method for its Study and Treatment, American Journal of Orthopsychiatry, 8: 43 G- 59.
- 15- Inhof, B. , Enuresis in Child Guidance, Heilpadag, Werkbi, 1957, 25, 122-27.
- 16- Freud, S, Three Contributions to the Theory of sex, N.Y. Nervous and Mental Disease Publishing Co. 1916.
- 17- Baker, Symptom Treatment and Symptom Substitution in Enuresis, Journal of Abnormal Psychology, 1969, 74- 42- 49.
- 18- Lovibond, S.H. & Coote, M.A. Enuresis, In C.G. Costello (ed) , Symptoms of psychopathology:A Handbook, N-Y: John wiley, 1970, PP. 373 - 396.
- 19- Werry, J. S. & Cohrssen, J. An Etiologic and Therapeutic Study, Journal of Pediatrics, 67, 423- 31.
- 20- Bollard, J. Nettelbeck, T. & Roxbee, L. Dry - Bed Training for Childhood Bedwetting: A Comparison of Group with Individually Adminstered Parent Instruction. Behavior Research and Therapy, 1982, 20, 209-217.
- 21- Azrin, N.H. & Thienes, P.M. , Rapid Elimination of Enuresis by Intensive Learning Without a Conditioning Apparatus, Behavior Research and Therapy, 1978, 9, 342-354.
- 22- Nettelbeck, T. & Lang eluddecke, Dry-Bed Training Without and Enuresis Alarm. Behaviour Research and Therapy, 1979, 17, 403- 404.
- 23- Keating, J.C., Jr. Buty, R.A. , Burke, E., & Heimberg, R. G. . Dry Bed Training without a Urine Alarm: Lack of effect of Setting and Therapist Contact with the Child. Journal of Behavior Therapy and EXperimental Psychiatry. 1983, 14, 109-115.
- 24- Ross, A.O. Child Behavior Therapy = Principles, Procedures and Empirical Basis, N.Y. John Wiley, 1981.

- 25- Azrin, N.H. , and Fox, R-M. Toilet Training in Less Than a Day , N.Y. Simon and Schuster, 1974.
- 26- Butler, R.J. Brewin, C.R. Forsythe , W.f. , A Comparison of two Approaches to the Treatment of Nocturnal Enuresis and the prediction of Effectiveness Using Pretreatment Variables, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1988, 23, 485-495.
- 27- Wagner, w. , Johnson S-B., Walker, D. , Carter, R. & Wittner, J. A Controlled Comparison of two Treatments for Nocturnal Enuresis, Journal of Paediatric, 1982, 101, 302-307.
- 28- Bennett, G.A. , Walkden, V.J., Curtis, R.H. , Burns , L.E. , Rees, J. Gosling, J.A. & Mcouire, N.L. , Pad and Buzyer Training , Dry- Bed Training, and Stop- Start Training in the Training of Primary Nocturnal Enuresis, behavioural Psychotherapy, 1985, 13, 309-319.
- 29- Stein, A. , Enuresis or Incontinence of Urin. The Medical Record, 1885, 27:101.
- 30- Muellner, S.R. , Denelopment of Urinary Control in Children: A New Concept in Cause, Prevention and Treatment of Primary Enuresis. Joournal of Urology, 1960, 84: 714-16.
- 31- Kimmel, H.D. & Kimmel, E. An Instrumental Conditioning Method for the treatment of Enuresis, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1970, 6, No, 2: 121 -23.
- 32- Paschalis, A. , Ph., Kimmel, H.D. & Kimmel, E. , Further Study of Diurnal Instrumental Conditioning in the treatment of Enuresis Nocturnal. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1972, 3: 253-56.
- 33- Young, R. C. & Turner, R. K., a CNS Stimulant Drugs and the Conditioning treatment of Nocturnal Enuresis, Behavior Research and Therapy, 1965, 3: 93-101.
- 34- Dinello, F.A. , Champelli, J. The use of Imipramine in the Treatment of Enuresis Canadian Psychiatric Association Journal , 1968, 13, 237 - 241.
- 35- Bakwin, H. , and Bakwin, R.M. Behavior Disorders in Children , 4th ed. philadelphia: Saunders, 1972.

- 36- Kolvin, I. , Taunch, J. Garside, R.F. Nolan, Y. , & Shaw, W. B. Enuresis: A Descriptive Analysis and a Controlled Trial. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 1972, 14, 715- 726.
- 37- Shaffer, D. Enuresis. In M. Rutter and L. Hersov (eds.), *Child psychiatry: Modern Approaches*, Oxford: Blackwell Scientific, 1977, PP, 581-612.
- 38- Kaplan, H. & Sadock, B.J. *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*, fifth Edition , 1988.





پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی