

قراءة في الأساليب العلاجية المستخدمة في علاج الفوبيا المدرسية

Reading in the therapeutic methods used in the treatment of school phobia

حواء لغريب^{1*}، عبد الحليم مزوز²

¹ مخبر البحث في الاضطرابات الاجتياحية في النمو والتوحد، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف 2.

ha.leghrib@univ-setif2.dz

² جامعة محمد لمين دباغين، سطيف 2. a.mazouz@univ-setif2.dz

تاريخ الاستلام : 2025-01-21 ؛ تاريخ القبول : 2025-07-29

ملخص: تسعى الدراسة الراهنة إلى عرض الأساليب العلاجية المستخدمة في علاج الفوبيا المدرسية وذلك من خلال الرجوع إلى الدراسات السابقة واستنتاج النتائج المتحصل عليها والأساليب الموصى بها من طرف الباحثين وذوي الاختصاص. تقييم موقع الدراسات المحلية من باقي الدراسات ومحاولة المفاضلة بين الأساليب المستخدمة مع التركيز على أهمية التكامل العلاجي.

الكلمات المفتاحية: أساليب علاجية، علاج فوبيا المدرسية

Abstract : The current study seeks to present the therapeutic methods used in the treatment of school phobia by referring to previous studies and interrogating the results obtained and the methods recommended by researchers and specialists. Evaluating the location of local studies from the rest of the studies and trying to compare the methods used with a focus on the importance of therapeutic integration.

Keywords : Therapeutic methods, treatment of school phobia

* مزوز عبد الحليم

1- مقدمة إشكالية:

لقد تمت دراسة إشكالية رفض المدرسة تاريخيا من قبل الباحثين في علم النفس وعلوم التربية والطب وغيرها من التخصصات الأخرى. وعلى هذا النحو تم استخدام العديد من المصطلحات المختلفة في وصف الأطفال الذين يعانون إشكالية رفض المدرسة منها: رهاب المدرسة، الهلع المدرسي، الخوف المدرسي القلق، الفوبيا المدرسية القلقة. وتم رصد عديد الأسباب فيما يخص منشأ هذا الاضطراب حيث تم التآرجح بين العوامل الأسرية والمدرسية والاجتماعية تارة مثل نمط المعاملة الوالدية، المحيط الأسري المفكك، الخبرات المدرسية غير السارة وتم الخوض في العوامل النفسية الفردية تارة أخرى مثل قلق الانفصال.

معاناة الأطفال من هذه المشكلة كبير جدا ولا يمكن أن يفهمها المؤطرين في المدارس من دون خلفية علمية معمقة في التخصص، حيث يلجئون غالبا إلى حلول سطحية مثل أن تقوم معلمته بتقبيله

ومنحه الألعاب أو قطعة شكولاتة أو دخول والدته معه إلى حجرة الدراسة وغيرها من الحلول اللحظية. الحل الحقيقي يكون بإحالة هؤلاء الأطفال من طرف المشرفين التربويين إلى وحدات الكشف والمتابعة ووضعهم تحت إشراف أخصائيين نفسانيين بهدف بدء العلاج المناسب بهم لتقبل الذهاب للمدرسة بشكل عادي كبقية الأقران.

يستهدف علاج الفوبيا المدرسية إعادة هذه الفئة من الأطفال إلى مقاعد الدراسة بأسرع ما يمكن حيث يصبح على الأولياء الأمر صعب جدا مع تكرار امتناع أطفالهم الذهاب إلى المدرسة لمدة طويلة من الزمن خاصة بعد تراكم نتائج تغيبهم عن المدرسة لمدة طويلة. لأنه وبلا شك حين بقاء الأطفال ذوي الفوبيا المدرسية في المنزل يجعلهم يتأخرون أكاديميا و يصبحون أبطأ في التعلم كما يفتقدون إلى تنمية المهارات الاجتماعية مثل الاعتماد على النفس والعمل الجماعي واللعب بالدور ثم أنهم قد يعيدون السنة ويتعرضون لإحباط كبير مما قد يؤدي إلى زيادة حدة الأعراض المرضية.

ففي الوقت الحاضر تشير الدراسات حول فاعلية العلاج للأطفال المصابين باضطراب الفوبيا المدرسية الذين تبلغ أعمارهم 10 سنوات أو أقل جيدة جدا بنسبة 95% أو أكثر حالات ناجحة بغض النظر عن نوع التدخل المستخدم أما بالنسبة للنتائج التي تم تحقيقها على الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن 10 سنوات تكون أقل إيجابية بنسبة 35% إلى 60% من الحالات الناجحة.

(Magallón-Neri، 2009، صفحة 227)

إذ يمكن أن تتحسن وتزول هذه الأعراض إذا وجدنا العلاج الملائم الذي يخفف حدة التوتر والقلق عند هذا النوع من الأطفال الذين يعانون من الفوبيا المدرسية و يوصي الأطباء المختصون في الأمراض النفسية والعقلية للأطفال و الأخصائيون النفسانيون المعالجون بالعديد من العلاجات النفسية التي يمكن أن تحدث فروقا إكلينيكية واضحة على حالة الأطفال نذكر منها العلاج المعرفي السلوكي (TCC) العلاج بالاسترخاء، العلاج بإزالة حساسية حركات العيون (EMDR)، العلاج الأسري، العلاج التدعيمي النفسي، العلاج بالتعرض للواقع الافتراضي للرهاب المدرسي، العلاج باللعب، العلاج بالعقاقير والأدوية إلى غير ذلك.

هذا ويلاحظ بعد الرجوع للأدبيات موضوع البحث " الفوبيا المدرسية " أن هؤلاء الأطفال لا يتلقون نفس المعاملة من طرف الأخصائيين والأطباء بالطريقة التي يتدخل بها الأخصائي أو الطبيب تختلف من طفل لآخر ومن منطقة لأخرى وقد تختلف من بلد لآخر وهنا يكمن الغموض فيما يخص تواجد الطرق العلاجية الملائمة للفوبيا المدرسية بطريقة علمية مضبوطة.

فالسؤال المطروح في هذه الدراسة:

ما هو العلاج الذي يعد الأنسب في تحسين حالات تعاني من الفوبيا المدرسية؟

2- دوافع الدراسة:

- الاهتمام بفئة الأطفال المصابين بالفوبيا بصفة عامة والفوبيا المدرسية بصفة خاصة وكيفية إدراكهم وتعایشهم في الواقع المدرسي.

- اهتمام الباحثين بعلاج هذه الحالات في العيادات الخاصة منذ سنوات وتلقي صعوبات في توظيف التقنيات العلاجية والوصول إلى نتائج مضمونة مع تقادي انتكاس الحالات.
- فشل الأخصائيين أحيانا في استشفاء الحالات نهائيا وتفاقم الأعراض مما يؤدي بالطفل إلى مغادرة مقاعد الدراسة نهائيا.

3- أهمية الدراسة:

- مساعدة الأخصائيين وخاصة الممارسين الجدد لفهم اضطراب الفوبيا المدرسية وواقع الخوف الذي يحس به الطفل بهذا الاضطراب.
- توعية الأولياء بضرورة احتواء أبنائهم الذين يعانون من الفوبيا المدرسية وكيفية فهم طبيعة ومنشأ الاضطراب والعلاج الملائم له.
- توضيح الصورة للعاملين والمؤطرين في المدارس فيما يخص هذا الاضطراب.

4 - أهداف الدراسة:

- تهدف الدراسة إلى التعرف على أنواع العلاجات النفسية المتاحة والمستخدمه في علاج حالات الفوبيا المدرسية.
- معرفة الطريقة المثلى لاختيار العلاج المناسب حسب كل حالة ووضع هذه المعرفة في تصرف الأخصائيين والباحثين.
- الكشف عن نتائج الدراسات السابقة في هذا الخصوص أو الدراسات ذات العلاقة به وتحليلها قصد الاستفادة منها في واقع التكفل بهذه الفئة في المدارس.

5- التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة :

1.5. الأساليب العلاجية:

هو مجموع التقنيات العلاجية المستخدمة لمساعدة الأطفال المصابين باضطراب الفوبيا المدرسية على الاستشفاء وتقبل الوسط المدرسي

2.5. علاج الفوبيا المدرسي:

هي مختلف العلاجات التي تدخل بها الباحثون والأخصائيون في استشفاء مختلف حالات الفوبيا المدرسية والمتاحة ضمن الدراسات السابقة.

6- الإطار المفاهيمي:

بما أن الفوبيا المدرسية هي من بين أشكال الرهاب النوعي وأعدها كان لابد من تقديم إضاءة فيما يخص الجانب النظري لعلاج الرهاب النوعي بصفة عامة وعلاج الفوبيا المدرسية على وجه الخصوص.

1.6. العلاج النفسي للرهاب النوعي:

هي التدخلات النفسية والعلاجات القائمة على التعرض على وجه الخصوص - من العلاجات المدعومة تجريبيا المختارة للرهاب النوعي، فغالبية الأفراد اللذين يتلقون علاجاً نفسياً اجتماعياً لرهابهم أظهروا تحسناً قويا في أعراضهم (جابر، 2023، صفحة 47)

وفيما يلي عرض موجز لبعض النماذج العلاجية المتاحة لعلاج مختلف أنواع الرهاب (الفوبيا)، ومنها ما هو مدعوم علميا وتجريبيا لعلاج الفوبيا المدرسية.

2.6. العلاج السلوكي: (béhavioral thérapie)

معظم سلوكيات الطفل هي سلوكيات متعلمة حتى تلك السلوكيات التي ترتبط وتتأثر بالعوامل الجينية، والسلوك غير المفيد هو نتيجة تعلم خاطئ. ويركز العلاج السلوكي على مشكلات الطفل السلوكية الحالية والواضحة مثل (التجنب)، ويعلم الطفل الاستجابة للأشياء بطريقة مختلفة، من خلال مكافئته على الأفعال والتغيرات الإيجابية التي يحدثها في سلوكه. ويمكن أن يشمل العلاج السلوكي تعلم تكنيكات الاسترخاء والتسكين المنظم (عن طريق زيادة تعرض الطفل للأحداث والمواقف الضاغطة تدريجيا) (علي، 2020، صفحة 216)

3.6. العلاج المعرفي: (cognitive thérapie)

تعتبر المعرفة من العوامل المهمة في الحفاظ على الرهاب النوعي، وبالتالي يعتبر العلاج المعرفي سواء كان بمفرده أو بالاشتراك مع التعرض خيار علاجي مناسب في علاج بعض أنواع الرهاب، ويشمل العلاج المعرفي تحدي معتقدات الفرد أو توقعاته حول عواقب الضرر المرتبط بمواجهة الشيء أو الموقف المخيف من أجل تقليل القلق وسلوك التجنب. وتشير نتائج الدراسات المتعلقة بفاعلية العلاج المعرفي لأنواع معينة من الرهاب إلى نتائج متباينة، ومع ذلك بشكل عام يبدو أن العلاج المعرفي أكثر فاعلية في تقليل الخوف والتجنب المبلغ عنه ذاتيا، ولكنه أقل فاعلية من التعرض الحي، وكعلاج مساعد قد تعزز الاستراتيجيات المعرفية تأثيرات التعرض لبعض الأفراد (جابر، 2023، صفحة 57).

4.6. العلاج المعرفي السلوكي: (cognitive behavior thérapie)

بالاستناد إلى مبادئ النظرية السلوكية ونظرية التعلم المعرفي نشأ ما يعرف بالعلاج المعرفي السلوكي ويعتبر هذا النوع من العلاجات من المداخل العلاجية المهمة في علاج الرهاب النوعي، حيث تؤكد الأدلة الإكلينيكية والتجريبية، ويستخدم في ذلك العديد من الصيغ العلاجية التي تقع تحت مظلة العلاج المعرفي السلوكي مثل الغمر وإزالة الحساسية المنتظمة (جابر أ.، 2023، صفحة 89) ويركز في هذه الحالة على مشاعر القلق التي يعبر عنها الشخص عند التعرض للمثير، من خلال القيام بعدة جلسات تدريبية لتقليل المخاوف.

5.6. تقنية الاسترخاء: (Relaxation technique)

تقوم تكنيكات الاسترخاء بتدريب الطفل على ((الاستماع)) إلى جسده وملاحظة وجود توتر. يمكنه بعد ذلك القيام بشد عضلاته وإرخائها للمساعدة في تهدئة وتذكر الأفكار التي تساعد على الاسترخاء. يمكنه أيضا القيام بتمارين الاسترخاء أثناء النوم لمساعدته على النوم ومنحه مزيدا من الاسترخاء. يمكن أن يساعد الاسترخاء على زيادة تقدير الطفل لذاته وإمداده بالأفكار الإيجابية، لأن عقله يكون أكثر تقبلا عند الاسترخاء. ويمكن أن يتخيل نفسه كطفل واثق وسعيد بالشكل الذي يراه مناسباً. يسهل أيضا استخدام التسكين المنظم للأحداث المثيرة للقلق لدى الأطفال من خلال التعرض التخيلي لهذه المواقف عندما يكونون في حالة استرخاء. عندما يتشتت ذهن الأطفال تماما عما يثير قلقهم، فإن ذلك يمنح عقولهم

وأجسادهم استراحة من الأدرينالين والتنفس المفرط الذي يسبب أعراضهم غير السارة (علي، 2020، الصفحات 219-220).

يمكن أن تحدث تقنيات الاسترخاء المذكورة أعلاه فرقا ملموسا على الاطفال ذوي الفوبيا المدرسية وذلك بعد تعليمهم تقنيات الاسترخاء وكيفية الاستفادة منها في حالتهم حيث تعطي هذه التقنية بعد عملي إضافي في علاج مثل هذه الحالات.

6.6. العلاج بالتعرض: (Exposure therapy)

تشكل ذاكرة الخوف في بنية الخوف ويرتبط المثير المخيف (ولكن غير المؤذي) بمفاهيم الخطر وردود فعل مقابلة مثل الهلع، والهروب وردود الفعل الفسيولوجية مثل نشاط الجهاز العصبي الودي، وتم تطوير العلاجات القائمة على الاطفاء مثل العلاج بالتعرض لتقليل تأثير بنية الخوف إما عن طريق استبدالها أو التنافس معها أو تثبيطها. ويعرف بأنه عملية تتضمن تعريض المريض إلى الشيء الذي يخشاه، مع مراعات عدم تعريض المريض للخطر (جابر أ، 2023، صفحة 84).

يعتبر العلاج بالتعرض في مجال الرهاب النوعي علاجا مركزيا ومحوريا، فيؤدي التعرض للمثير والموقف المخيف إلى تنشيط ذاكرة الخوف، بينما يتم توفير المعلومات المتعارضة مع العناصر المثيرة للخوف في شبكة الذاكرة ودمجها، ويؤدي هذا في النهاية إلى تصحيح الشبكة وتقليل الخوف.

(جابر أ، 2023، صفحة 47)

7.6. العلاج بالتعرض للواقع الافتراضي للرهاب المدرسي (Virtul reality exposure therapy):

انطلاقا من المبدأ الأساسي للمعالجة السريرية لاضطراب الفوبيا المدرسية الذي ينص على أن التقنيات العلاجية متنوعة ابتداء من التعرض المتدرج وغير المتدرج في علاج هذا الاضطراب الانفعالي والسلوكي، جاءت فكرة هذا العلاج التي تقوم على مبدأ التعرض المتدرج حيث يرى أصحاب هذا المنحى أن الطفل المصاب بالفوبيا المدرسية قبل التعرض للموقف الحي في المدرسة ومحاولة المكوث فيها، لابد أن يسبقه مرحلة أخرى مثل التعرض للمصور أو مواقف مجسدة على جهاز الكمبيوتر وهو العلاج الذي يتم تطبيقه بشكل متكرر لتحسن الحالات .

يقوم هذا العلاج على خاصية ثابتة وهي الأساس لافتراضي المتوافق مع الواقع بشرط أن يكون الواقع يلبي المتطلبات العلاجية ويكون قادر على زيادة الحافز على الاستشفاء لدى الطفل المضطرب. هذا العلاج يتألف من 8 جلسات؛ 6 منها فقط كانت تهدف إلى تطبيق عنصر العلاج عن طريق التخيل والواقع الافتراضي (Magallón-Neri, 2009,p234) .

8.6. العلاج الأسري: (Family therapy)

يعتمد العلاج الأسري على فكرة أن الصعوبات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال، مثل قلق الانفصال تؤثر على الأسرة بأكملها وأن الأسرة تلعب دورا حيويا للمساعدة في حل مشكلات الطفل. قد يعمل بعض المعالجين مع الطفل في جلسات فردية ويستخدمون نتائج هذه الجلسات لاحقا في جلسة

عائلية وقد يمثل الدعم المقدم من المعالج في مساعدة الطفل على مواجهة مواقف جديدة بدلا من الانسحاب منها، ومساعدة أفراد الأسرة على تغيير الطريقة التي يتصرفون بها تجاه بعضهم البعض. في بعض الأحيان يعمل المعالجون في حجرات بها مرايا أحادية الاتجاه في حين يشاهد معالج آخر الجلسة من غرفة مجاورة، وذلك لفهم التفاعلات الأسرية بشكل أفضل (علي، 2020، الصفحات 225-226) يتكيف هذا الأسلوب بصفة خاصة مع الأطفال الذين يخافون من مغادرة منزل الأسرة نحو المدارس، حيث يسمح لهم هذا النوع من العلاج بالتحرك بلطف دون الخوف من الانفصال عن والديهم لعدة ساعات، ويعد هذا الأسلوب علاجاً تكاملياً مع باقي العلاجات المستخدمة في هذا السياق. فالأسرة لديها تأثير نافذ ومفيد في العلاج الفعال لحالات الفوبيا المدرسية في حالة ما إذا كان هناك وعي مبكر من طرف الأسرة بأهمية العلاج، وكذا تقبل حالة الطفل والتدخل بالطرق المثلى المتاحة حسب امكانيات الأسرة والأهم من هذا كله هو تقديم البيئة الداعمة للطفل لضمان نجاح العملية العلاجية وذا تفاديا لتراجع حالته بعد مدة من الزمن.

9.6. العلاج بإزالة حساسية العيون (EMDR):

EMDR هي اختصار باللغة انجليزية وتعني Reprocessing Eye Movement Desensitization and

أما بالفرنسية تعني Desensibilisation et Retraitement par les Mouvement oculaires : أما باللغة العربية تعني: علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العينين.

يعد الـ EMDR علاج نفسي حديث اكتشف عام 1987 عن طريق فرانسيس شابيرو. قامت شابيرو بعد أن اكتشفت هذا الأسلوب بتمريره لزملائها ومن ثم العالم وأبدى هذا النوع من العلاج فعاليته خلال فترة قصيرة وتظهر نجاعته هذا العلاج خاصة في التعامل مع الحالات التي تعاني من اضطراب ما بعد الصدمة النفسية وخاصة للتعامل مع أعراض الخوف والغضب كما يتعامل مع الكثير من الأمراض النفسية المختلفة من العلاج الفردي والجماعي خاصة مع الأطفال.

(القشاعلة ن.، 2021، صفحة 27)

عرفتها جمعية EMDR- FRANCE بأنها علاج بالإدماج العصبي الانفعالي عن طريق الإثارة ثنائية الجانب (حركات العينين أو غيرها) و هي تقنية علاجية اكتشفتها الأخصائية النفسية الأمريكية F.SHAPIRO في عام 1987 ، حيث تسمح EMDR باستئناف المعالجة التكيفية الطبيعية للمعلومات المؤلمة المكبوتة ، كما تسمح بتحريك الإمكانات النفسية ، و ترميم تقدير الذات المنخفض . (عتيق نبيلة، 2013، صفحة 54)

مما ذكر آنفا نخلص أن تقنية EMDR هي تقنية مستحدثة وعصرية، تعتمد على تذكر المريض واسترجاعه للحدث الصادم أو المخيف والذي يكون قد تعرض إليه سابقاً وهو سبب في معاناته النفسية، يتم من خلال تركيز المريض على الأفكار والانفعالات الوجدانية مع متابعة حركات أصابع المعالج السريعة من اليمين إلى اليسار وذلك بسرعة تصاعدية حتى يتم معالجته تماماً وتخلصه من انفعالات والمشاعر السلبية المصاحبة لتلك الصدمة أو المخاوف.

فيما يخص استخدام هذه التقنية في علاج الرهاب النوعي اقترح (De Jongh et al, 1999) أن خفض الحساسية بحركة العين و إعادة المعالجة قد يكون أكثر فاعلية في علاج الرهاب الذي ينشأ بعد تجربة مؤلمة، أو في المواقف التي قد يكون فيها التعرض الحي غير عملي أو غير فعال (على سبيل المثال رهاب العواصف، رهاب الطيران، أو الإجراءات الطبية المؤلمة)، ففي هذه الحالات، قد تكون الاستراتيجية الإكلينيكية البديلة، مثل الواقع الافتراضي أو التعرض التخيلي مناسب مع هذه المخاوف (جابر، 2023، صفحة 51).

10.6. العلاج الدوائي: Pharmacotherapy

تستخدم التدخلات الدوائية لعلاج اضطرابات الرهاب النوعي المصحوبة بالقلق كحل أخير يتم تقديمه بواسطة طبيب مختص في الأمراض النفسية والعقلية للأطفال والمراهقين، بعدما تأخذ العلاجات غير الدوائية وخاصة العلاجات النفسية منها وقت طويل ولا يبدي الطفل المستفيد من هذه العلاجات تحسناً ملحوظاً.

يساعد العلاج الدوائي في إيقاف نوبات الهلع وتحسين نوبات الاكتئاب مع الأخذ في الاعتبار أن لأي علاج دوائي آثار جانبية، إلا أن العلاجات الدوائية للأطفال تتوقف آثارها الجانبية بمجرد توقف تناول الدواء. وعندما يتم وصف الدواء للطفل فعادة ما تكون الجرعة المبدئية أقل من تلك التي يتم وصفها للبالغين، ويتم تحديد الجرعة وفقاً لعمر ووزن الطفل. قد يقوم الطبيب المعالج بزيادة الجرعة تدريجياً لتقليل الآثار الجانبية حتى يحدث تحسن في الصحة النفسية للطفل.

تنقسم الأدوية ذات التأثير النفسي التي تستخدم لعلاج الأطفال من اضطرابات القلق إلى مجموعتين: مضادات الاكتئاب (Anti-depressant) ومثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (Selective serotonin reuptake inhibitor) (علي، 2020، صفحة 230).

قد توصف غالباً الأدوية المزيلة للقلق كعلاج للرهاب النوعي الحاد، ومع ذلك فإن الدراسات القليلة التي فحصت فعالية العلاجات الدوائية لأنواع معينة من الرهاب لا تدعم استخدامها (جابر أ.، 2023، صفحة 58) لعدد من الأسباب أهمها اعتقاد الشخص المستفيد من العلاج بأن تحسن حالته يعزى لتلك الأدوية ويقل اعترافه بفائدة العلاجات النفسية الأخرى وبالتالي تزيد احتمالية الانتكاسة في حال توقفه عن تناول تلك الأدوية كذلك ظهور الآثار الجانبية لتناول الأدوية.

7. الدراسات السابقة:

-دراسة محمد نور أحمد الطيب أثر أسلوب الاسترخاء (العضلي، التنفسي، العقلي) في خفض الرهاب المدرسي لدى طالبات المرحلة الثانوية الخرطوم:

استهدفت هذه الدراسة التعرف على أثر أسلوب الاسترخاء (التنفسي، العقلي، العضلي) في خفض الرهاب المدرسي لدى طالبات المرحلة الثانوية، كما هدفت إلى معرفة الفروق بين الرهاب المدرسي وفقاً لمتغير الصفوف الدراسية، بلغت عينة الدراسة (60) طالبة من طالبات المرحلة الثانوية تم تقسيمهن بالتساوي إلى مجموعتين تجريبية وهي التي طبق عليها البرنامج التدريبي للاسترخاء والأخرى ضابطة،

استخدم الباحث المنهج شبه التجريبي حيث قام بإعداد البرنامج التدريبي للاسترخاء الذي طبق على الطالبات كان له تأثير إيجابي وأدى إلى خفض الرهاب المدرسي، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الرهاب المدرسي تبعا لمتغير الصفوف الدراسية، ثم قدمت الدراسة بعض التوصيات منها: توعية الطالبات بأسباب وأعراض الرهاب المدرسي، تضمين التدريب على الاسترخاء في حصص التربية البدنية (الطيب، 2021، صفحة 313).

-دراسة لحالة تعاني من رهاب المدرسة للمؤلف (1984) Pierre Mardags مأخوذة من كتاب « clinique de thérapie comportementale »:

تمت ترجمة هذه الحالة من طرف الأستاذة سعاد بوسعيد جامعة ورقلة _الجزائر_ في شكل مقالة، تطرقت هذه الأخيرة إلى طريقة علاج الطفل وليام الذي يعاني من رفض الذهاب إلى المدرسة في عمر (13 سنة) وسارت العملية العلاجية بطريقة مزدوجة حيث استخدم الطبيب المعالج العلاج الكيميائي من النوع الخفيف والمتمثل في (Anafamil) ولتقليل من قلق الانفصال والقلق المرتبط بالمدرسة (رهاب المدرسة) تم اعتماد العلاج السلوكي المعرفي وتحديدًا تم توظيف تقنية خفض الحساسية التدريجي حيث يتم إعادة دمج الطفل في المحيط المدرسي تدريجياً، كما تم إجراء بعض الحصص لتعزيز الثقة بالنفس والاسترخاء (بوسعيد، 2018، صفحة 363). بعد عام من العلاج النتائج المحصل عليها مستقرة حيث أنه بعد قياس قلق المدرسة توضح التحسن الخفيف من خلال الاسترخاء المصحوب بالعلاج الكيميائي ولكن ينخفض القلق المدرسي بشكل أفضل عندما يتم إدخال تقنية تقليل الحساسية (بوسعيد، 2018، صفحة 371) وعموما فالطفل عاد بفضل العلاج إلى مقاعد الدراسة ولكن المتابعة كانت مستمرة من طرف الوالدين والطبيب عن بعد لبعده المسافة .

-دراسة العلاج بالتعرض للواقع الافتراضي للرهاب المدرسي:

نشرت هذه الدراسة في مقال في مجلة (Anuario de Psicología) لكلية علم النفس في جامعة برشلونا في جانفي 2009 قام بهذه الدراسة كل من خوسيه غوتيريز مالدونادو (José Gutiérrez-Maldonado)، كلوديا بينالوزا (Claudia Peñaloza) و إرنستو ماغالون نيري (Ernesto Magallón-Neri).

في هذه الدراسة طور فريق البحث سلسلة من البيئات الافتراضية التي يمكن دمجها في برنامج علاجي للأطفال والمراهقين المصابين برهاب المدرسة. لتقييم فعاليتها تم القيام بدراسة تجريبية على 36 طفل بمتوسط عمر 11 و 9 سنوات تراوحت أعمارهم ما بين 10 و 15 سنة منهم 63,9% إناث و 36,1% ذكور من مجتمع بحث يبلغ 334 طفل في الصفين الخامس والسادس من مدارس خاصة وأخرى حكومية في مدينة جيكيوليان، ميتشواكان، المكسيك. تم اختيار المشاركين باستخدام ثلاث أدوات تشخيصية: استمارة جرد المخاوف المدرسية (الاستمارتان 2 و 3)، ومقياس تقييم رفض المدرسة (SRAS) لسيلفرمان وبيرك (1987) وجدول استبيان الخوف للأطفال المنقح أولينديك، (1983) تم اختيار المشاركين إذا حصلوا على درجات أعلى من 30 في مقياس IME-2 أو أعلى من 70 في اختبار IME-3 ، وكذلك أعلى من 150 في اختبار FSSC-R. تم تطوير نظام للبيئات

الافتراضية وتطبيقه على أنظمة الكمبيوتر الشخصي وتم استخدام شاشة CRT قياس 17 بوصة كنظام عرض مرئي. البرامج المستخدمة لتصميم بيئات افتراضية تضمنت مجموعة متنوعة من الأدوات، حيث تم استخدام 73 D Studio Max لإنشاء كائنات ورسوم متحركة، و Poser لإنشاء الشخصيات (الصور الرمزية)، فوتوشوب 6.0 للتقحيح النهائي للصور والأنسجة، وبرنامج Audacity لتحرير الصوت، وبرنامج Virtools Dev 3.0 لبرمجة التنقل والتفاعل.

تم اختيار عناصر مشغلات القلق والمواقف المضمنة في البيئات تم اختيارها استناداً إلى أحدث الأدبيات العلمية المتعلقة بالخوف المدرسية الأكثر شيوعاً. تم تقسيم كل بيئة إلى مستويين من التفاعل، مستوى "سهل" مع أداء معتدل ومستوى "صعب" مع قدر متزايد من التحفيز المثير للقلق ووجود الصور الرمزية المخيفة وأدوار السلطة ومختلف متطلبات الأداء المدرسي.

(Magallón-Neri, 2009, p227-228)

تم تحليل النتائج باستخدام تصميمات 2×2 بين الموضوعات مع أخذ الحالة التجريبية (المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة) كعامل مشترك بين المجموعات، وتم الحصول على قياسات ما قبل وبعد العلاج في استبيان المخاوف المدرسية (IME)، واستبيان المخاوف العامة (FSSC-R)، والمتغيرات الوظيفية للرفض المدرسي (SRAS) ومقياس القلق (STAIC). حيث تم فحص التجانس فيما يتعلق بالجنس والعمر لكلا المجموعتين المجموعة التجريبية والمجموعات الضابطة قبل تحليل البيانات المتعلقة بفعالية العلاج، لم يظهر اختبار T-test أي فروق ذات دلالة إحصائية في العمر بين المجموعتين، وأشار كذلك إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التوزيع بين الجنسين. كان العلاج ذو اثر واضح على المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة (Magal (FSSC-R)

(Magallón-Neri, 2009, p227-231)

8. التعليق على الدراسات السابقة:

بالنسبة لموضوع الفوبيا المدرسية أو الرهاب المدرسي عدد الدراسات العلمية قليل جداً مقارنة بغيرها من المواضيع فمعظمها تأتي في شكل دراسة حالة كما هو موضح في مقال الأستاذة سعاد بوسعيد ترجمة لدراسة حالة تعاني من رهاب المدرسة للمؤلف: بيبير مارداج " عيادة العلاج السلوكي". وهي بذلك مازالت تقتصر إلى الدعم التجريبي. ويلزمنا هذا بضرورة إجراء بعض الدراسات ذات المنهجية الصارمة حول الرهاب المدرسي بهدف مواكبة النماذج العلاجية الحديثة المكيفة لعلاج اضطراب الرهاب المدرسي.

أغلب الدراسات استخدمت التقنيات التي تعتمد على التعرض المباشر أو التعرض الحي وهي بدورها تعتبر الأكثر استخداماً وشيوعاً ومن خصائصها أن تكون مسبقة بالتخيل. مثال عن تقنية التعرض المتدرج المباشر هو: ما استخدمه غارفي هيبغرينز 1966 في دراستهما (الجلوس في السيارة مع المعالج أمام المدرسة والنزول من السيارة والاقتراب من سور المدرسة والرصيف والوصول على المدخل الأمامي ثم دخول المدرسة والاقتراب من الفصل الدراسي عندما يكون المعلم هناك، الجلوس في مكتب المدرسة عند وجود المعلم أو زميل أو زميلين في الفصل، الجلوس في المدرسة مع فصل كامل، تم تنفيذ الإجراء التالي

في 20 يوم لمدة 20-40د "تقنيات التكيف التشغيلي"، كما تم تطبيقها في كلا السياقين المدرسة والمنزل لتحقيق العودة إلى المدرسة عن طريق النمذجة المتدرجة)

(Magallón-Neri,2009,p227)

وهذا هو الشيء الذي لمسناه في اغلب الدراسات السابقة ماعدا دراسة خوسيه غوتيريز مالدونادو وآخرون.

في كثير من الأحيان، يتم دمج تقنيات مختلفة في برنامج علاجي واحد كما فعل كندال وآخرون (1997) الذي يعتبر المكونات التالية: تعلم تقنيات الاسترخاء؛ التعرض المستمر والتدريجي للقلق ومواقف إثارة القلق والتوتر؛ النمذجة؛ التعزيز الطارئ، إعادة الهيكلة المعرفية، التي تهدف إلى تعديل النقد الذاتي، والتوقعات السلبية، التفكير غير الناضج، والعجز المعرفي والاستراتيجيات المعرفية الناتجة عن غير الملائمة لتلبية المتطلبات البيئية؛ استراتيجيات حل المشكلات التي تشمل تعلم تحديد الصراع وتحديده وتعريفه والتوصل إلى بدائل للحل واختيار أفضلها وإثبات فعاليتها.

(Magallón-Neri,2009,p228)

وهذا ما يتفق مع دراسة الحالة للطفل وليام المأخوذة من كتاب "عيادة العلاج السلوكي" للمؤلف بيير مارداج .

تمت معالجة رهاب المدرسة من خلال مجموعة متنوعة من التدخلات النفسية من النهج المعرفي السلوكي، ولكن لم يتم إيجاد أي دراسات تبين عن إجراء علاج التعرض للواقع الافتراضي ماعدا دراسة خوسيه غوتيريز مالدونادو (José Gutiérrez-Maldonado)، كلوديا بينالوزا (Claudia Peñaloza) و إرنستو ماغالون نيري (Ernesto Magallón-Neri) وهذا في حدود علم الباحثين .
لذلك يمكن اقتراح استخدام تقنيات العلاج بالتعرض للواقع الافتراضي كأداة مهمة من بين بقية التقنيات الأخرى لعلاج رهاب المدرسة وهذا على المستويين العربي أو الوطني. حيث يمكن لخصائصه المحفزة أن تعزز المشاركة في العلاج لمختلف الأعمار والفئات (أطفال والمراهقين) الذين يترددون في المشاركة في برامج العلاجية المعتادة .

أيضا نظراً لانخفاض عدد الجلسات المستخدمة للتدخل بتقنيات العلاج بالتعرض للواقع الافتراضي، فإن هذا العلاج أقل تكلفة وجهد من الجانب المادي والمعنوي مقارنة بالتدخلات الأخرى المطبقة سابقاً على رهاب المدرسة والتي قد تتطلب عدد أكبر من الجلسات. على سبيل المثال دراسة كل من غارفي وهيغرينز (1966) طبقا علاجهما خلال 20 جلسة. طبقوا علاجاً مكوناً من 6 جلسات فقط للأطفال، لكنه تضمن أيضاً 5 جلسات أخرى جلسات أخرى مع الوالدين وجلسة واحدة مع المعلم .

(Magallón-Neri,2009,p234)

بالنسبة للعلاج بإزالة حساسية حركات العيون (EMDR) فلم يتم إيجاد دراسات علمية ترتبط بموضوع دراستنا بشكل مباشر وطبعاً هذا في حدود علم الباحثين، فقط هناك دراسات تختص بعلاج الفوبيا بصفة عامة عند الطفل أو بأنواع أخرى من الخوافات النوعية مثل الفوبيا من الحشرات، الحيوانات، المرتفعات والأماكن المغلقة إلى غير ذلك مثل دراسة كل من ناتالي مالاردييه (Nathalie Malardier)

رهاب الرخويات (رهاب البزاقات) لدى طفلة صغيرة 8 سنوات (Souche)، 2021، صفحة 123. (إن) تأثيرات هذا العلاج قابلة للمقارنة مع تأثيرات دراسة الحالة التي أبلغ عنها موريس ودي جونج (1996)، فيما يتعلق بفتاة تعاني من رهاب العناكب. وقد تطور الخوف بعد مواجهة مؤلمة مع عنكبوت عندما كانت في الثانية من عمرها. بعد العلاج، كانت نتيجتها على مقياس التقييم الذاتي للخوف من العناكب (النسخة المختصرة من استبيان الخوف من العناكب للأطفال، SPQ-C، من 12 (الحد الأقصى هو 15) إلى 2، بحيث كان هناك تحسن كبير بعد العلاج، سابقا لم تجرؤ الطفلة على لمس جرة تحتوي على عنكبوت. بعد ذلك، أصبح بإمكانها لمس العنكبوت باستخدام قلم رصاص. ثم خضعت بعد ذلك لساعة من التعرض في الجسم الحي، وبعد ذلك تمكنت من تمرير العنكبوت على يدها العارية (A. D. de Jongh, 1999, p09).

في المقابل نجد أن الأخصائيين والممارسين لهذا العلاج بالذات يوصون به بشدة ويؤكدون على نجاعته حيث نجد في بعض البلدان عيادات متخصصة في هذا العلاج وتمتحن علاج الفوبيا المدرسية في هذا السياق عن طريق العلاج بإزالة حساسية حركات العيون (EMDR) مثل: عيادة Nice Mieux " Etire" لستيف ليفينسون (Steve Levinson) في ولاية نيس بفرنسا ويعد ستيف ليفينسون ممارس معتمد ومتخصص في علاج EMDR حاصل على تدريب أولي في نيس والمناطق المحيطة.

حتى الآن فإن الدراسات التي تقيم فاعلية العلاجات التي تتناول هذه المشكلة تم إجرائها بشكل رئيس على عينات أجنبية (عينات أمريكية وإنجليزية وأسترالية، مكسيكية، فرنسية.....الخ) وهذا ما بين الحاجة لمثل هذه الدراسات على المستوى المحلي الجزائري حيث ستكون نتائج مثل هذه الدراسات ذات قيمة إضافية كبيرة فيها يتعلق باختلاف الخلفية الثقافية و كذلك تكون بمثابة فرص لتدريب الباحثين و الأخصائيين على الطرق العلاجية المستحدثة في مجال علاج الفوبيا لدى الطفل عموما و الفوبيا المدرسية على وجه الخصوص.

كذلك نلمس بعض الاختلافات بين الدراسات السابقة وذلك فيما يخص العينة أو المرحلة العمرية التي درس فيها اضطراب الفوبيا المدرسية فجل الدراسات التي درست فاعلية العلاجات المستخدمة في علاج الفوبيا المدرسية كانت على الأغلب من سن 6 إلى 13 سنة (مرحلة الطفولة المتأخرة) أو المرحلة الطفولة المتوسطة من 3 سنوات إلى 6 سنوات، على عكس دراسة الدكتور محمد محمد نور أحمد الطيب أثر أسلوب الاسترخاء (العضلي، التنفسي، العقلي) في خفض الرهاب المدرسي لدى طالبات المرحلة الثانوية الخرطوم استهدفت هذه الدراسة التعرف على أثر أسلوب الاسترخاء لدى طالبات المرحلة الثانوية وهي فئة عمرية بعيدة عن الفئة العمرية التي ألفنا فيها دراسة الفوبيا المدرسية.

أما بالنسبة لوجود دراسات علمية رصينة تدرس آثار أو فاعلية العلاجات النفسية في المرحلة الثانوية فهي قليلة نسبيا ومن أمثلتها الدراسة السابقة لدكتور محمد محمد نور أحمد الطيب المذكورة آنفا _تتموقع الدراسات الجزائرية بالنسبة لدراسات السابقة المتعلقة بموضوع البحث "قراءة في الأساليب العلاجية المستخدمة في علاج الفوبيا المدرسية" بالعمومية والبعد للأن اغلب الدراسات تركز على منشأ

الاضطراب والأسباب المؤدية إليه كذلك اهتمت الدراسات المحلية بدراسة العلاقة بين اضطراب الفوبيا المدرسية ومختلف المتغيرات مثل التحصيل الدراسي والصورة الوالدية، المعاملة الوالدية ألخ مثل دراسة علي عون ومحمد لهزيل الفوبيا المدرسية وعلاقتها بالتوافق الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بولاية الجلفة .

9. استنتاجات عامة:

- في كثير من الأحيان يجد الآباء أنفسهم عاجزين ولا يستطيعون التصرف عندما يواجهون طفلا يعاني من فوبيا الحياة المدرسية القلقة، لكن من المهم جدا عند اكتشاف أعراض الاضطراب ومنشأه اتخاذ التدابير العلاجية اللازمة بسرعة لتجنب تدهور الحالة النفسية للطفل.
- من خلال ما تم طرحه آنفا تبين أنه غالبا ما يكون العلاج الفردي لحالات الفوبيا المدرسية القلقة غير كافي لأن هؤلاء الحالات لديهم بالضرورة علاقات متعددة جد معقدة مع المحيط العائلي أو المدرسي والتي لها ارتباط مباشرة أو غير مباشرة بنشأة وظهور هذا الاضطراب لديهم.
- من المهم التخطيط للعلاج النفسي مع هذه الحالات من خلال الوسائل المتاحة لتحديد أسباب الفوبيا المدرسية يقربنا من إشباع الاحتياجات الشخصية للطفل ويمكننا من الوصول إلى تحديد الأسلوب العلاجي الملائم لهذا الاضطراب. فإذا كانت الفوبيا المدرسية غير حادة هنا يأخذ المعالجون النفسيون بسبق العودة إلى المدرسة، وخلافا لذلك فإن العودة إلى المدرسة تكون تدريجية وتتطلب مدة أطول ومرافقة من الأولياء مع متابعة من الأطباء والمعالجين النفسيين.
- في حالة ظهور أعراض الاضطراب يجب على الأولياء أو المعلمين و المشرفين التربويين اتخاذ التدابير العلاجية اللازمة بداية بإحالة الطفل للتشخيص، تقاديا لتدهور الحالة النفسية للطفل نحو قلق أكثر عمومية أو حتى الانزلاق لحالات اكتئابية.
- جميع العلاجات النفسية أثبتت نجاحها بنسب متفاوتة وذلك حسب الدراسات السابقة آراء المختصين والمعالجين النفسيين ولكن الشيء الموصى به في المقاربات العلاجية الحديثة هو تبني العلاج متعدد الوسائط (Le traitement multi modal) لأنه يمكن من علاج هذا النوع من الخوف المرضي للأطفال من المدرسة ولو كان شديدا ومع اختلاف العوامل المؤدية لحدوث هذا الأخير.
- أساس مفاضلة الأخصائيين والباحثين بين أسلوب علاجي دون آخر يكون غير موضوعي لعدم وجود أساس علمي يحتكم إليه يفيد بضرورة استخدام هذا الأسلوب دون الآخر نظرا لنجاعته المطلقة أو حتى النسبية. ويتأثر موضوع المفاضلة هذا كثيرا بالجانب الذاتي خصوصا ومستوى التدريب الذي تلقاه الأخصائي في المقام الأول، ثم يأتي الاعتبار الثاني الانتماء النظري للمعالج أو الأخصائي وكل الأساليب العلاجية المنبثقة منها.

10. الخاتمة:

في مجمل ما تعرضنا له في هذه القراءة لمختلف العلاجات المتاحة لاضطراب الفوبيا المدرسية نجد أن جل الممارسات السريرية والدراسات الأكاديمية تتفق على أن استخدام أي علاج (سلوكي، معرفي،

عائلي، دوائي، افتراضي) يتطلب قدرا كبيرا من المرونة والإبداع وتعاوننا بين جميع أفراد المحيط الذي ينتمي إليه الطفل (المحيط العائلي والمحيط المدرسي). فالهدف بصفة عامة لهذه العلاجات هو التخلص من الأفكار التي تولد مشاعر القلق والشعور بالخوف من المدرسة ومساعدة الطفل على التحسن والعودة لمقاعد الدراسة .

ولهذا فمن المؤكد أن مهمة تعريف القارئ بمختلف العلاجات النفسية المتاحة لعلاج الفوبيا المدرسية مهمة عسيرة وشاقة ولا يمكن النجاح في تقديمها من خلال مقال أو فصل أو حتى في كتاب واحد وما قمنا به في هذه الورقة العلمية هو مجرد محاولة لتقديم هذا الموضوع بصورة موجزة بالاعتماد على عرض بعض الدراسات السابقة ذات الصلة بالموضوع ومجمل ما توصلت إليه بخصوص الموصوف أعلاه من نتائج على شخصية وسلوك الطفل. في انتظار أن تكون هناك دراسات أكثر واقعية وتتماشى مع متطلبات العصر جاءت هذه الدراسة بهدف لفت الانتباه لبعض الجوانب التي لربما لاحقا ستكون مجال خصب للبحث.

قائمة المراجع:

أحمد أبو زيد، هبة جابر. (2023). المرجع الإكلينيكي في اضطرابات القلق (التشخيص وعلاج) (الإصدار ط1). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

أحمد أبوزيد، هبة جابر. (2023). المرجع الاكلينيكي في الرهاب النوعي (الفوبيات) (الإصدار ط1). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

هبة سامي، علي. (2020). رهاب المدرسة ونوبات الهلع والقلق لدى الأطفال (الإصدار ط1). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

سعاد، بوسعيد. (2018). ترجمة لدراسة حالة تعاني من رهاب المدرسة للمؤلف بيار مرداج "عيادة العلاج السلوكي". مجلة آفاق للبحوث والدراسات، العدد4. الصفحات 363-372.

عتيق، نبيلة. (2013). واقع علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) بتقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العينين (EMDR) بالجزائر. سيدي بلعباس /الجزائر: رسالة ماجستير بجامعة جيلالي ليايس.

محمد محمد نور، أحمد الطيب. (2021). أثر أسلوب الاسترخاء (العضلي، التنفسي، العقلي) في خفض الرهاب المدرسي لدى طالبات المرحلة الثانوية بولاية الخرطوم. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، العدد 29/4 الصفحات 313 - 334 .

نبيل القشاعة. (2021). مختصر أساليب العلاج النفسي. فلسطين: مركز السيكلوجي للنشر الالكتروني النقب.

E. Ten Broeke, M. R. Renssen A. D. de Jongh .(1999) .Traitement des phobies particulières par la thérapie EMDR : protocole, statut empirique et difficultés conceptuelles .Journal of Anxiety Disorders Vol. 13, No. 1-2 , pp. 69-85.

José Gutiérrez-Maldonado, Claudia Peñaloza, Ernesto Magallón-Neri . (January, 2009) .(Virtual reality exposure therapy for school phobia . Anuario de Psicología Universitat de Barcelona , P.236-223

Lionel Souche .(2021) .La thérapie EMDR pour l'enfant et l'adolescent: 11 études de cas .Paris: IN PRESS.