

## ترس از مدرسه و روشهای پیشگیری و درمان آن

Dr. S.A. Hosseini

### Prevention and treatment of school phobia

*According to Issac Marks the great majority of children have reluctance to go to school. School refusal can be a serious problem and is sometimes called school phobia. Long-standing cases of school phobia present a more difficult problem. Whatever the cause of school phobia, prolonged absence can lead to serious consequences which may be life long. The treatment of school phobia is to expose the child gradually to the school situation, and confirm modeling with repeated exercise. The therapist should never agree to postpone going to school.*

*In the Islamic R. of Iran, in recent years, the pupils of the first classes go to school 2 days before the arrival of others. This trend can prevent school phobia and it should be compared with the trend in which two groups of students go to school the same day.*

مشخص می گردد که حداقل باید ۵ روز به عنوان زمان پایه طول بکشد و خود به خود به علائم حالت اضطرابی جدی و شکایات بدنی مانند حالت تهوع، دردهای شکمی و سردرد همراه است. در حقیقت این حالت یک ترس واقعی نیست و بیشتر به علت اضطراب جدا شدن از مادر و منزل می باشد و اغلب با علایق و سواسی در مورد سلامت مادر همراه است. مهمترین عامل در درمان، برگرداندن فوری به مدرسه است (۱).

مارکس Marks هم ضمن کاربرد عنوان خودداری از مدرسه School refusal آنرا مرادف با ترس از مدرسه ذکر می کند و معتقد است اگرچه بیشتر کودکان نسبت به رفتن به مدرسه در بعضی اوقات ممکن است حالت اضطراب نشان

ترس از مدرسه و روشهای پیشگیری و درمان آن  
دکتر سید ابوالقاسم حسینی  
سرپرست مرکز بهداشت روانی و روانپزشکی  
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تعریف :

ترس از مدرسه School phobia که توسط کمپل Campbell تحت عنوان خودداری از رفتن به مدرسه School refusal نیز مطرح شده است، سندرمی است که به صورت عدم قدرت نسبت به حضور منظم در مدرسه

انجام مراسم مختلف می‌روند. تعدادی نیز ترس از مدرسه و جدائی از مادر را بطور توأم دارند (۳).

### شیوع

مارکس I.Marks معتقد است در تعداد زیادی از کودکان اکراه نسبت به مدرسه رفتن در بعضی مواقع ممکن است وجود داشته باشد و به طور اتفاقی این حالت اکراه منجر به خودداری از حضور در مدرسه می‌گردد.

راتر Rutter و همکاران در ۱۹۷۰ با ارزیابی همه کودکان ۱۰ تا ۱۱ ساله جزیره وایت Wight در انگلستان از نظر اختلالات روان پزشکی مجموعاً ۲۱۹۳ کودک را مورد ارزیابی قرار داد. در مجموع ۲/۵٪ اختلالات نوروزی داشتند و اختلالات روان پزشکی ۶/۸٪ موارد را شامل می‌شد و بدین ترتیب ۷-۳٪ از موارد روان پزشکی اختلالات نوروزی داشتند. از این گروه هیچکدام خودداری جدی از رفتن به مدرسه نداشتند. نادر بودن ترس شدید از مدرسه با تحقیقات گراهام Graham در ۱۹۶۴ تطابق دارد او مشاهده نمود که فقط ۴٪ از ۲۳۹ بیماری که به طور متوالی به بخش روان پزشکی اطفال بیمارستان مودزلی Maudsley لندن مراجعه کرده بودند ترسهای اختصاصی داشتند. کازان Chazan نیز در ۱۹۶۲ شیوع خودداری از رفتن به مدرسه را ۳٪ کودکانی که به روان پزشکان مراجعه کرده اند گزارش کرده است (۵).

### عوامل موثر در بروز ترس از مدرسه

کودک به سادگی از رفتن به مدرسه امتناع می‌نماید. کودکان کوچکتر هیچ دلیلی برای امتناع خود بیان نمی‌نمایند. در صورتی که کودکان بزرگتر امتناع را به جنبه‌های مختلفی از برنامه‌های مدرسه مربوط می‌کنند آنها ممکن است از اینکه در محیط مدرسه مورد تهدید و آزار قرار گرفته یا کودکان دیگر سر

دهند ولی این حالت کوتاه مدت است و بدون درمان فروکش می‌کند. موارد دراز مدت خودداری از رفتن به مدرسه با مشکلات بیشتری همراه هستند. مارکس این حالت را از گریز از مدرسه Trauncy جدا می‌داند زیرا در اختلال اخیر کودک از رفتن به مدرسه خودداری نمی‌کند بلکه حیل‌های زیادی را به کار می‌برد تا از مدرسه دور باشد و به تنهایی با سایر کودکانی که از مدرسه می‌گریزند و محل و مشخصات آنها برای والدین کودک ناشناخته است بگذرانند. معمولاً کودکان گریزپای از مدرسه این روش را در موقعیت مدرسه می‌آموزند. گریز از مدرسه اغلب با بزهکاریهای دیگر همراه است. این کودکان مرتب مدرسه خود را عوض می‌کنند. والدین به علتی در دوران کودکی حضور نداشته‌اند. در محیط خانوادگی قوانین ناپایداری حاکم می‌باشد و این کودکان معمولاً نمرات پایینی دارند.

بر عکس کودکان گریزپای از مدرسه، بچه‌های مبتلا به ترس از مدرسه که از رفتن به مدرسه امتناع می‌نمایند سایر رفتارهای بزهکارانه را نشان نمی‌دهند و سابقه غیبت از منزل در والدین آنها وجود ندارد و در بیشتر اوقات رتبه بالائی از نظر کار و رفتار در مدرسه دارند. کودکان مبتلا به ترس از مدرسه علائم فیزیکی اضطرابی بیشتری نسبت به کودکان گریزپای از مدرسه دارند. مخصوصاً این کودکان اشکالاتی در خورد و خواب و دردهای شکمی، حالت تهوع و استفراغ دارند.

ایساک مارکس Isaac Marks با این عقیده که ترس از مدرسه رفتن، یک اشتباه برداشت در مورد امتناع از مدرسه رفتن می‌باشد و در حقیقت هیچ گونه ترسی از مدرسه در کار نیست بلکه در حقیقت ترس از جدائی از مادر می‌باشد، مخالفت می‌کند و آنرا برداشت یک جانبه از موضوع می‌داند و چنین استدلال می‌کند که بیشتر کودکان میزان ترسشان خیلی بیش از جدائی از مادر می‌باشد و تعدادی از آنها جدائی از مادر را خوب تحمل میکنند و به تنهای به منزل خویشان و برای

### علائم بالینی

در بیشتر کودکان امتناع از مدرسه رفتن به طور تدریجی تشدید می‌یابد تا میزان اکراه به حداکثر می‌رسد و به طور صریح و بی‌پرده علائم امتناع از مدرسه رفتن خود را نشان می‌دهد. قبل از این مرحله کودک پیش از موقع مدرسه رفتن تحریک پذیر است، زیاد گریه می‌کند ناآرام است و در خواب رفتن اشکال دارد، حالت تهوع دارد و از دردهای شکمی شاکی است. اصرار در مورد مدرسه رفتن موجب بروز علائم ترس می‌شود و کودک رنگ پریدگی، لرزش و تعریق ممکن است داشته باشد. در بعضی کودکان علائم در اولین روز هفته که کودک باید به مدرسه برود و یا در شروع دوره جدید و یا متعاقب یک دوره بیماری بروز می‌نماید. تغییر مقطع تحصیلی در سیستمهای مختلف آموزش و پرورش نیز ممکن است به عنوان عاملی در بروز علائم باشد. با شیوع کمتر ممکن است علائم به دنبال مرگ یا مسافرت یا بیماری یکی از والدین بروز نمایند.

ترس کودک ممکن است علاوه بر آنکه به طور صریح خود را نشان دهد به صورت علائم فیزیکی اضطراب بروز نماید. این علائم مخصوصاً به هنگام صبح که نسبت به رفتن به مدرسه ترغیب می‌شود بروز نماید این علائم به صورت حالت تهوع، استفراغ، سردرد، اسهال، شکایت از دردهای بدنی، گلودرد و درد پا بروز نماید. اشکالات خوردن و خواب و حالات ترس به صورتهای مختلف ممکن است جلب توجه نماید. شکایات کودک ممکن است اضطراب والدین را در مورد او افزایش دهد و در نتیجه به صورت صریح یا ضمنی در مورد ماندن او در منزل موافقت نمایند. معمولاً وقتی با توقف او در منزل موافقت می‌شود، علائم فروکش می‌کنند و مجدداً روز بعد که رفتن به مدرسه مطرح می‌شود و علائم عود می‌نمایند. یک تابلوی بالینی معمولی به این صورت است که کودک به هنگام صبح از حالت تهوع شکایت می‌کند و یا حتی

به سر آنها می‌گذارند شکایت نمایند، یا ممکن است ادعا نمایند که به وضع خود آگاهی بیشتری دارند. همچنین ممکن است از لخت شدت در مقابل سایرین و یا احتیاج به گرفتن دوش بعد از بازیها نگران باشند. احساس اضطراب نسبت به عدم موفقیت در بازیها و یا تکالیف مدرسه یا ترس از یک معلم نیز ممکن است ذکر شوند. بعضی از کودکان از اینکه ممکن است مادرانشان در غیاب آنها مورد آزار قرار گیرند احساس ترس کنند. دختران ممکن است در مورد قاعدگی نگران باشند و پسران و دختران هر دو ممکن است ترسهایی در مورد بلوغ یا استمناء داشته باشند. علل دیگر ممکن است به صورت بروز احساس ضعف و سقوط در مراسم مدرسه یا استفراغ باشد. برخورد والدین در مورد امتناع از مدرسه رفتن اهمیت زیادی دارد. بعضی از والدین بیشتر از حد آسان‌گیر هستند. بعضی از مادران وابستگی بسیار شدیدی به کودکان خود دارند که این خود ممکن است به عنوان یک مکانیسم جبرانی در مورد شکست در ازدواج و یا سایر روابط آنها باشد. در مواردی که وابستگی متقابل بین کودک و مادر زیاد باشد هر دو باید معالجه شوند. زیرا درمان کودک به تنهایی ممکن است اضطراب مادر را برانگیزد و در نتیجه مانع درمان عامل کودک شود.

### علت ترس از مدرسه هرچه باشد غیبت طولانی از مدرسه

ممکن است موجب بروز عواقب ناگواری شود که در تمام طول عمر باقی بماند کودک قدرت ارتباط با دوستان و مهارتهای اجتماعی را از دست خواهد داد و مشکلات آموزشی پایدار خواهد ماند. عادت خودداری کردن از موقعیت ناخوش آیند رشد بیشتری می‌یابد و فرد به سختی و با ناتوانی می‌تواند ارتباطات جمعی برقرار نماید و می‌دانیم برای رشد اجتماعی چنین معیارهائی ضروری هستند.

فوق که توسط سرپرست یکی از دانشکده‌های پزشکی برای اینجانب نقل شد اگرچه ترس در یک موقعیت تحصیلی را نشان می‌دهد ولی در حقیقت، ترس از جسد و ترس از مرگ ریشه بروز علائم بوده و با هر تشخیص، با روشهای رفتار درمانی که در درمان ترس از مدرسه به کار می‌روند قابل اصلاح بوده است. ولی مسئولین دانشکده بدون مشورت با روان پزشک وارد عمل می‌شوند و وسائل انتقال نامبرده را به دانشکده پرستاری دیگری فراهم می‌آورند.

### پیش‌گیری

آماده کردن قبلی کودک برای مدرسه رفتن به وسیله مدرسه بازی، استفاده از کودکستان و دوره‌های آمادگی و آشنائی تدریجی با محیط مدرسه به احتمال قوی می‌تواند شیوع این عارضه را کاهش دهد. روشی که در جمهوری اسلامی ایران اخیراً در مدارس ابتدایی به کار می‌رود و دانش آموزان سال اول ابتدائی ۲-۳ روز قبل از سایر دانش آموزان به دبستان می‌آیند و با محیط مدرسه توجیه می‌شوند، ابتکار بسیار جالبی است و چنانچه کار تحقیقی در مورد شیوع ترس از مدرسه پس از این ابتکار و مقایسه آن با گروه شاهد که اولین بار همراه با سایر دانش آموزان وارد ازدحام مدرسه می‌شوند، می‌تواند مفیدبودن این روش را قابل لمس نماید.

### روشهای درمانی

بهترین روش ترس از مدرسه رفتار درمانی است. روش در معرض قرار دادن Exposure، الگوسازی Modeling قرار دادن بستن Contracting و استفاده از کمک درمانگر و کاربرد اصل پاداش کمک موثری به کاهش از بین رفتن علائم می‌نمایند.

کاربرد روش در معرض قرار دادن به این صورت پیاده می‌گردد که حتی اگر کودک، سر درد و سایر علائم اضطراب را

ممکن است استفرغ کند. کودک نسبت به اطمینان دادن و اقدامات مادر مقاومت می‌کند و به زودی علائم به صورت یک کیفیت بحرانی خود را نشان می‌دهد. در این حال مادر با اضطراب به خواسته کودک گردن می‌نهد و با ماندن او در منزل موافقت می‌کند. بدین ترتیب کودک احساس بهتر شدن می‌کند و تا مجدداً مسئله رفتن به مدرسه تکرار نشود این حالت ادامه دارد.

استوان F.H.Stone و کوپرنیک G.Koupernik بروز علائم را به طور ناگهانی در کودکی که برخورد ظاهراً طبیعی دارد امکان پذیر می‌دانند و معتقدند که بروز این علائم قبل از بلوغ شیوع بیشتری دارد.

در این موارد کودک علیرغم تهدید و مجازات مقاومت می‌کند.

تغییر مدرسه نیز در این موارد در روند بهبود نقشی نداشته است. احتمال اشتباه تشخیص در مورد علائمی که بیمار نشان می‌دهد وجود دارد. این علائم همچنانکه ذکر گردید دردهای شکمی، سردرد، بی‌اشتهائی، طپش قلب می‌باشد. احتمال مطرح شدن تب ناشی از سل و آپاندیسیت امکان پذیر است. در هر صورت کودک، به عنوان یک بیمار مطرح می‌شود و ممکن است در منزل یا بیمارستان تحت مراقبت قرار گیرد و اقدامات طبی و جراحی انجام پذیرد. علائم در این مورد خیلی زود بهبود می‌یابند تا دوباره موضوع مدرسه رفتن مطرح گردد که باز دوباره علائم شروع خواهند شد. برخورد والدین و کادر پزشکی که ممکن است کودک را به عنوان تمارض مورد سرزنش قرار دهند نهایت اهمیت را دارد.

### ترس از دانشگاه

یک دانشجوی پزشکی در اولین روز ورود به تالار تشریح دچار حالت رنگ پریدگی و اضطراب شدید شد و قادر به تحمل تالار نبود و بالاجبار دانشکده را ترک کرد. شرح حال

همکاری خوبی در کلاس و مدرسه دارند عملاً به عنوان الگوی کودک وارد عمل می‌شوند. پزشک، والدین و معلمین نیز این موقعیت را باید برای کودک بازگو کنند.

استفاده از پاداش. یقیناً تشویق کودک، فراهم آوردن امکانات نقاشی و دادن پاداش به ازای پیشرفتهای او کمک موثری به ازبین بردن سریع علائم می‌نماید.

مصاحبه و کشف واقع بینانه علت، که ممکن است اختلافات والدین، وابستگی به آنها، بیان شرح حالهای غیر واقع بینانه در مورد زدن کودکان در مدرسه و عوامل دیگری که احتمالاً موجب ترس از مدرسه شده‌اند لازم است توسط والدین، معلمین و پزشک مورد ارزیابی قرار گیرند و بر حسب مورد نسبت به از بین بردن و اصلاح آنها اقدام شود. درمان خانواده Family therapy در بعضی موارد ضروری است.

#### درمان داروئی :

ایساک مارکس Isaac Marks ضمن جمع‌آوری چند تحقیق در مورد نقش ایمی پرامین در انواع ترس نقش این دارو را در درمان ترس از مدرسه ذکر می‌کند. گیت من Gitteman و کلین Klein گزارش کرده‌اند کودکانی که زیر درمان با ایمی پرامین بودند در مقایسه با گروه شاهد بیشتر به مدرسه بازگشته‌اند. همچنین این دارو اثر بهتری بر همکاری عمومی و افسردگی و شکایات عضوی و ترس از مدرسه داشته است. این نتایج تا سه هفته محسوس نبودند و پس از شش هفته جلب توجه نمودند. به نظر می‌رسد علت این کیفیت به مقادیر دارو، ارتباط داشته و به زمان زیاد مربوط نبوده است. در سه هفته اول میزان متوسط دارو ۱۰۷ میلی گرم در روز بوده در صورتی که در هفته ششم میزان متوسط به ۱۳۵ میلی گرم رسیده است.

بیمار و خانواده به طور هفتگی تحت بررسی قرار می‌گرفتند. مسئولین راهنمایی به خانواده آموزش می‌دادند، تا

نشان دهد. باید به مدرسه برود. روان پزشک یا پزشک، والدین را در جریان علائم کودک می‌گذرانند و به آنها اطمینان می‌دهند که در صورت حضور کودک در مدرسه علائم فروکش خواهند نمود، ولی در صورت ماندن کودک در منزل به احتمال قوی علائم تثبیت خواهند گشت. لازم است مدیر و معلم نیز در جریان قرار گیرند. روش تدریجی در معرض قرار دادن را به صورتهای مختلفی می‌توان پیاده کرد امکان دارد که یکی از والدین با کودک به مدرسه بروند و در اطاق دفتر بنشینند. این امکان را می‌توان در چند روز اول فراهم آورد که کودک به کلاسی برود و پس از مدت مشخصی که به تدریج افزایش می‌یابد بتواند از کلاس خارج شود و حتی پدر یا مادر خود را ببیند. به جای والدین یکی از بستگان دیگر نیز می‌تواند این کار را انجام دهد.

در روش دیگر می‌تواند با معلم مذاکره نمود که کودک در روز اول فقط به کلاس برود و درس خود را پس بدهد و تکلیف روز بعد را بگیرد و به منزل برود و به تدریج میزان توقف در کلاس به حد عادی برسد.

به تدریج که برنامه درمانی پیش می‌رود لازم است به مدرسه گوشزد کرد که به کودک اجازه ندهند که در بین ساعات درس به منزل بیاید و او را به ماندن در مدرسه تشویق نمایند. صحبت کردن با معلم نیز لازم است تا به این قبیل کودکان توجه اختصاصی نمایند.

گاهی این کودکان در بعضی درسها دچار اشکال می‌شوند ممکن است آن درس مشکل باشد و امکان تقویت درس مزبور باید فراهم آید. این بچه‌ها معمولاً مادرانی نگران دارند و جدا شدن این کودکان از آنها برای خود مادر نیز مشکل است. اغلب این مادران به علت مسائل عاطفی مایل هستند که کودکان آنها در منزل باقی بمانند.

استفاده از الگو Modeling عملاً در مدرسه و کلاس صورت می‌گیرد و کمک خوبی به روش در معرض قرار دادن می‌باشد. کودکانی که با ذوق و شوق آمد و شد و بازی می‌کنند و

نمی‌رفت. در حقیقت داشتن احساس بهتر مرادف با برگشت به مدرسه نیست. تمام کودکانی که با ایمی پرامین احساس بهتری داشتند به مدرسه برگشتند. در توجیه نهائی می‌توان گفت که ایمی پرامین موجب کاهش اضطراب عمومی General anxiety می‌شود که خود زمینه‌ای را برای فشار والدین برای این که کودک خود را در معرض مدرسه رفتن قرار دهند فراهم می‌آورد. (۳)

در مورد حضور کودک در مدرسه پافشاری کنند و خود به عنوان رابط خانه و مدرسه همکاری می‌کردند.

محققان فوق معتقدند پافشاری مسئولین درمان در مورد حضور حتمی کودک در مدرسه نقش بیشتری در مورد بالا بودن نتیجه درمان با ایمی پرامین داشته است. آنها معتقدند در صورتی که در مورد حضور در مدرسه پافشاری نمی‌شد احتمالاً کودک حالت خوشحالی بیشتری داشت ولی به مدرسه

## REFERENCES

1. R. Campbell: Psychitric Dictionary. Fifth edition. Oxfor Pub. 1981.pp.468.
2. H.I Kaplan and B.J.Sadock: Comprehensive textbook of psychiatry. Williams and Wilkins.pp 899, 1317, 1328, 1740, 1748, 1769, 1887.
3. I.Marks : Cure and care of neuroses. Willey interscience. 1981. pp 23,26,38,173,192,230.
4. I.Marks : Living with fear. Mc Graw-Hill. 1978. pp 78, 146-150,154,206.
5. Rutter M. and L. Harsov : Child psychiatry. Blackwell 1977.pp 437.