



جامعة وهران 2
كلية العلوم والاجتماعية

مذكرة

للحصول على شهادة ماجستير
في علم النفس العيادي

أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض فوبيا
المدرسة لدى عينة من تلاميذ التعليم الابتدائي
دراسة ميدانية على مستوى الطور الابتدائي بولاية تلمسان

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

الطالب: سنوساوي عبد الرحمن

أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
مكي محمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2	رئيسا
زروالي لطيفة	أستاذة محاضرة (أ)	جامعة وهران 2	مشرفا ومقررا
كبداني خديجة	أستاذة محاضرة (أ)	جامعة وهران 2	مناقشا
بلعابد عبد القادر	أستاذ محاضر (أ)	جامعة وهران 2	مناقشا

2017

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

أهدى

أهدي ثمرة هذا العمل ومجهوده إلى
والدتي الغالية ووالدي الكريم
إلى أخويّ علي وعبد النور
وأخواتي عمارية وصفية وفتيحة وأمينة وحليمة ومليكة
وأزواجهن وبناتهن وأبنائهن
إلى يمينة بن عباد وأسرتها
إلى جميع الأصدقاء والمقربين والزملاء

شكر وتقدير

أتوجه بجزيل الشكر و عظيم الامتنان

للأستاذة المشرفة: زروالي لطيفة

على توجيهاتها الثمينة واهتمامها البالغ بهذا العمل
وإشرافها عليه

كما أتوجه بجزيل الشكر لمديري المدارس
الابتدائية التي شملتها الدراسة وكذا المعلمين الذين لم
يترددوا في مد يد المساعدة لإتمام هذا العمل

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة إلى تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي، وذلك لعلاج حالات فوبيا المدرسة لدى التلاميذ المصابين بها في مرحلة التعليم الابتدائي، وقياس الأثر الذي قد يتركه تطبيق هذا البرنامج في التخفيف من فوبيا المدرسة، ومن أجل هذا تم طرح التساؤل التالي:

ما هو أثر تطبيق برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض مستوى فوبيا المدرسة لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية؟

وقد تم وضع الفرضية العامة التالية:

يوجد أثر للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح للتخفيف من مستوى فوبيا المدرسة على عينة التلاميذ الذين يعانون من فوبيا المدرسة في مرحلة التعليم الابتدائي.

والتي تفرع عنها الفرضيات التالية:

- يوجد حالات فوبيا مدرسية مشخصة بعد تطبيق منهج دراسة الحالة لدى عينة التلاميذ الذين يعانون من مخاوف مدرسية.

- يسجل التلاميذ الذين يعانون من فوبيا المدرسة درجات أقل على المقياس المقترح لقياس مستوى فوبيا المدرسة بعد خضوعهم لجلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح.

- يسجل التلاميذ الذين يعانون من فوبيا المدرسة درجات أقل على المقياس المقترح لقياس مستوى الأفكار الخاطئة المرتبطة بفوبيا المدرسة بعد خضوعهم لجلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح.

- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب القياس قبل تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسطي رتب القياس بعد تطبيق البرنامج على مقياس فوبيا المدرسة لدى عينة التلاميذ الذين يعانون من فوبيا المدرسة.

- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب القياس قبل تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسطي رتب القياس بعد تطبيق البرنامج على مقياس الأفكار الخاطئة المرتبطة بفوبيا المدرسة لدى عينة التلاميذ الذين يعانون من فوبيا المدرسة.

وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي وطريقة دراسة الحالة للتشخيص والكشف عن الحالات والتأكد من تطابق أعراض العينة المقترحة مع أعراض فوبيا المدرسة، والمعالجة الإحصائية لتسجيل الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي، كما اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي العلاجي في تطبيق جلسات البرنامج المقترح على العينة الأساسية، وإجراء المقابلات العيادية الخاصة بجلسات البرنامج العلاجي المقترح، ولهذا فسيتم تطبيق أدوات القياس المعتمدة في الدراسة لقياس مستوى الفوبيا المدرسية لاختيار العينة الأولية من تلاميذ المرحلة الابتدائية في الدراسة الاستطلاعية، وإخضاع العينة المختارة

إلى أدوات القياس الرئيسية والإجراءات العيادية من أجل ضبط العينة الأساسية وتطبيق البرنامج العلاجي عليها ثم تطبيق أداة القياس مرة ثانية كعملية قياس بعدي.

وقد خلصت الدراسة إلى أن للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح أثر في التخفيف من مستوى فوبيا المدرسة لدى التلاميذ الذين يعانون منها في مرحلة التعليم الابتدائي، حيث تم تسجيل هذا الأثر عن طريق تطبيق منهج دراسة الحالة، بدء من تشخيص الحالات التي كانت تعاني من فوبيا مدرسية حقيقية و اكتشاف الأعراض المتداخلة مع أعراضها، وعن طريق الدراسة الإحصائية أيضا، حيث تم تسجيل فروق في درجات العينة على مقياسي فوبيا المدرسة والأفكار الخاطئة المرتبطة بها لصالح القياس البعدي، كما سجلنا انخفاضا عاما في هذه الدرجات بعد تطبيق جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح.

فهرس المحتويات

أ	إهداء
ب	كلمة شكر
ج	ملخص الدراسة:
د	فهرس المحتويات
و	فهرس الأشكال
و	فهرس الجداول
ي	فهرس الملاحق
1	مقدمة

الفصل الأول: مدخل الدراسة

5	إشكالية الدراسة:
---	------------------------

- 5.....الفرضية العامة والفرضيات الفرعية:
- 6.....أهمية الدراسة:
- 7.....دوافع اختيار موضوع البحث:
- 9.....الدراسات السابقة:

الفصل الثاني: مفهوم فوبيا المدرسة

- 19.....تمهيد:
- 19.....مفهوم فوبيا المدرسة:
- 19.....مفهوم الفوبيا:
- 21.....تعريف فوبيا المدرسة:
- 25.....الفرق بين فوبيا المدرسة وبعض المفاهيم الأخرى:
- 27.....التغيب عن المدرسة:
- 31.....النظريات المفسرة للفوبيا المدرسية:
- 31.....نظرية التحليل النفسي:
- 33.....نظرية بولبي Bowlby حول قلق الانفصال:
- 35.....تفسير المدرسة السلوكية للفوبيا المدرسية:
- 37.....النظرية المعرفية:
- 38.....النظرية البيولوجية:
- 39.....تصنيفات فوبيا المدرسة:
- 43.....علاج الفوبيا المدرسية:
- 46.....الخلاصة:

الفصل الثالث: خصائص النمو في مرحلة التعليم الابتدائي

- 48.....تمهيد:
- 48.....الحياة المدرسية في مرحلة التعليم الابتدائي:
- 48.....الإطار القانوني والرسمي لمرحلة التعليم الابتدائي:
- 50.....مفهوم التعليم الابتدائي:

50.....	أهداف التعليم في مرحلة التعليم الابتدائي:
52.....	خصوصية التمدرس خلال مرحلة التعليم الابتدائي:
54.....	جوانب النمو المختلفة للطفل في مرحلة التعليم الابتدائي:
60.....	النظريات المفسرة لعملية النمو في مرحلة التعليم الابتدائي:
68.....	الاضطرابات النفسية والسلوكية الشائعة في مرحلة التعليم الابتدائي:
74.....	الصحة النفسية للطفل في المدرسة الابتدائية:
75.....	خلاصة:

الفصل الرابع: العلاج المعرفي السلوكي

77.....	تمهيد:
77.....	مفهوم العلاج النفسي والبرامج العلاجية:
81.....	مبادئ العلاج المعرفي السلوكي وخطواته:
81.....	تعريف العلاج المعرفي السلوكي:
82.....	تطور ظهور العلاجات المعرفية السلوكية:
85.....	المرتكزات النظرية للعلاج المعرفي السلوكي:
89.....	مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:
91.....	تقنيات العلاج المعرفي السلوكي:
98.....	برامج العلاج المعرفي السلوكي لفوبيا المدرسة:
98.....	مفهوم البرنامج العلاجي:
99.....	النموذج المعرفي للمصابين بفوبيا المدرسة:
102.....	إعادة البناء المعرفي النفسي- التربوي:
103.....	الأسس النظرية لبرنامج مقترح لتخفيف فوبيا المدرسة:
105.....	خلاصة:
107.....	تمهيد:

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

107	.....: منهج الدراسة:
107	.....: الدراسة الاستطلاعية:
110	.....: الدراسة الأساسية:
111	.....: الأدوات المستعملة في الدراسة:
115	.....: البرنامج العلاجي:
120	.....: أدوات الدراسة الإحصائية:
121	.....: خلاصة:

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

123	.....: تمهيد:
119	.....: الجلسات التمهيدية:
124	.....: عرض الحالات:
124	..... الحالة الأولى: (زينب.بي)
130	..... الحالة الثانية: (أحلام.ب)
135	..... الحالة الثالثة: (أيوب.ب)
140	..... الحالة الرابعة: (صارة.ج)
145	..... الحالة الخامسة: (إكرام.ب)
150	.....: عرض النتائج الخاصة بتطبيق مقياس فوبيا المدرسة:
156	.....: مناقشة الفرضيات البحث:
164	.....: توصيات
162	.....: خاتمة
166	.....: قائمة المراجع
166	.....: قائمة الملاحق

فهرس الأشكال

- الشكل رقم (01): درجات رفض المدرسة 26
- الشكل رقم (02): مخطط لمعدل النمو الجسمي للإناث والذكور خلال مرحلة الطفولة 55
- الشكل رقم (03): تأثير الموقف في ظهور الأفكار التلقائية والتغير المشاعر 87
- الشكل رقم (04): استمارة العلاج السلوكي المعرفي 90
- الشكل رقم (05): دحض الأفكار غير العقلانية 91
- الشكل رقم (06): نموذج هوفمان لاستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي 101
- الشكل رقم (07): استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الفوبيا المدرسية 102

فهرس الجداول

- الجدول رقم (01): الفرق بين المخاوف العادية والفوبيا 21
- الجدول رقم (03) : الفرق بين فوبيا المدرسة الحادة وفوبيا المدرسة المزمنة 40

- الجدول رقم (04) : مراحل النمو حسب كل من فرويد و إريكسون 63
- الجدول رقم (05): مراحل بياجيه للتطور المعرفي للطفل 66
- الجدول رقم (06) : مقارنة بين عوامل النمو ومبادئه حسب نظريات النمو المختلفة..... 68
- الجدول رقم (08):نموذج Wagner للأفكار المرتبطة بفوبيا المدرسة..... 100
- الجدول رقم (13): ملخص سير الجلسات العلاجية للحالة رقم 01 128
- الجدول رقم (14): ملخص سير الجلسات العلاجية للحالة رقم 02 133
- الجدول رقم (15): ملخص سير الجلسات العلاجية للحالة رقم 03 138
- الجدول رقم (16): ملخص سير الجلسات العلاجية للحالة رقم 04 143
- الجدول رقم (17): ملخص سير الجلسات العلاجية للحالة رقم 05 148
- الجدول رقم (18) : التحليل الإحصائي الوصفي للدرجة على مقياس فوبيا المدرسة 150
- الجدول رقم (19) : التحليل الإحصائي الوصفي للدرجة على مقياس الأفكار الخائنة المرتبطة فوبيا المدرسة 153
- جدول رقم (20): الفروق بين التطبيق القبلي لمقياس فوبيا المدرسة وتطبيقه بعد البرنامج 155
- جدول رقم (21): الفروق بين التطبيق القبلي لمقياس الأفكار الخائنة المرتبطة فوبيا المدرسة وتطبيقه بعد البرنامج
العلاجي المقترح 155

فهرس الملاحق

- الملحق رقم 01: مقياس فوبيا المدرسة 176
- الملحق رقم (02): مقياس الأفكار الخاطئة (السالبة) المرتبطة بفوبيا المدرسة 178
- الملحق رقم (03) : مقياس فوبيا المدرسة لدى الأطفال كما يدركه المعلم 180
- الملحق رقم (04) : البرنامج العلاجي 182
- الملحق رقم (05): نتائج تطبيق مقياس فوبيا المدرسة على العينة 189
- الملحق رقم (06) : نتائج تطبيق لمقياس الأفكار السالبة المرتبطة بفوبيا المدرسة 190
- الملحق رقم (07): دفتر التقييمات الخاص بالحالات 191
- الملحق رقم (08): استمارة تقييم جلسة (خاصة بالباحث) 192

مُقَلَّمَاتُ

مقدمة

تعد المدرسة المؤسسة الاجتماعية الثانية بعد الأسرة التي تعنى بتربية الطفل وتنشئته اجتماعيا ومعرفيا وعقليا ونفسيا، ولم تكن المدرسة بمفهومها الاجتماعي الحديث وليدة حدث تاريخي معين، أو نتيجة قصدية لسياسة اجتماعية معينة، بل كانت ثمرة لجهود تربوية حثيثة امتدت لقرون وفترات طويلة، حتى أصبح من البديهي -والضروري أيضا- أن يتوجه التلميذ إلى المدرسة فور بلوغه السن القانوني الذي يؤهله لذلك، فهو يقضي يومه فيها ليتعلم ما يجب عليه تعلمه، وهو فيها أيضا ليشترك ولينمو ولينضج وليصبح أكثرا وعيا بذاته وبالآخرين، ونتيجة لهذا أصبحت المدرسة تقوم بعمل يتجاوز ما تقوم به الأسرة في كثير من الأحيان، فهي تتيح للطفل الناشئ تجارب وأدوارا لا توفرها له البيئة الأسرية، وتجعله يقوم بمهام متعددة ضمن سياقات اجتماعية مختلفة ينمي من خلالها مهارات ضرورية للحياة، كما أنه يتلقى جملة من المعارف المختلفة التي تثري رصيده العلمي والمعرفي، وتصفل مهاراته اللغوية وقدراته العقلية وتذكي فيه روح البحث ومملكة التفكير.

وفي البيئة المدرسية يتعامل الطفل مع أشخاص كثر ضمن سياقات اجتماعية متنوعة، فهو في ذلك يتعامل مع مدير المدرسة ومع المعلمين، ومع أطفال من الجنسين ومن أعمار متباينة، كما أنه يكتشف أماكن وفضاءات متعددة ومخصصة في المدرسة، فمنها ما هو للعب وآخر للأكل وثالث للدراسة وهكذا..، وهو يحمل أمتعة وأدوات وكتبا لمواد مختلفة يستعملها في الدراسة يكون في الغالب مُطالباً بإحضارها، كما أنه مطالب أيضا بأداء أعمال متعددة وواجبات محددة، منها ما يكون داخل المدرسة ومنها ما يكون خارجها، فهذا الزخم الكبير يجعل دخول الطفل إلى المدرسة حدث فريد من نوعه وضخم بالنسبة له، ويرجع ذلك كما يشير رونييه أوبير René Hubert (1983: 217) "إلى أنه يحدث في سن غضة، ولأن ثمة تغييرا أساسيا يحدث في الجو"، فلو جاز لنا تأمل حياة الطفل بيوم واحد قبل تعرفه على البيئة المدرسية وانخراطه فيها، للاحظنا أنه لم يكن يعرف من الحياة سوى والديه وإخوته وبعض من أقربائه أو جيرانه، فالمدرسة بالنسبة إليه بيئة جديدة وغريبة وتُشكّل وضعا مريباً قد يفهمه الطفل على أنه وضع مهدد أكثر من كونه إطار طبيعي وجميل، وتقتضي هذه الفترة الانعطافية من حياة الطفل -مرحلة الانتساب إلى المدرسة- "تقتضي تكيفا قد لا يكون يسيرا وسهلا عند الجميع، وغالبا ما يكون صعبا" (غرومباخ، 1995: 11).

ومن جانب آخر، تبدو الصحة النفسية للطفل ضرورة ملحة خلال فترة التمدرس، فالمشاكل النفسية والسلوكية والانفعالية التي يعاني منها الطفل قد يلاحظها المربي في المدرسة ولا يلاحظها الأهل والآباء، فعلاوة على الفترة الطويلة التي سيقضيها الطفل بين أسوار المدرسة، هناك أيضا جانب آخر من

الاستجابات السلوكية والانفعالية النوعية، والتي تكون مرتبطة بالمعلم والرفاق والمدرسة، والتي قد لا تظهر إلا في هذا الإطار المدرسي الخاص، ومن هذا المنطلق أصبحت وجهة النظر القائلة بإدراج الصحة النفسية ضمن المهمات الأساسية للمدرسة فكرة صائبة إلى حد كبير، وأصبح لزاما على المدرسة باعتبارها "في جوهرها كيان مادي وجانب انفعالي" (فهيم، 1998: 11) أن توفر الشروط الانفعالية المواتية والمصاحبة لعملية التعلم، وأن تقدم للطفل كل ما يحتاجه ليحس بالطمأنينة والدفء، ولتساعده على تكوين اتجاهات جيدة نحوها، وأن تساعده في مراحل نموه المختلفة، وهي بهذا كله تساعده في تجاوز خسارته الأخيرة للجو الأسري الجميل وحضن الأم الدافئ، وتعوضه عن هذه الخسارة بمجالات اجتماعية متنوعة وأنشطة تربوية جذابة في وضعيات نفسية مميزة وفريدة.

وحين يعاني الطفل من مشاكل متعلقة بتوافقه مع البيئة المدرسية، فإن هذه المشاكل عادة ما تسوء وتتعد إذا لم يلتفت إليها المعنيين بالحفاظ على صحة الطفل وتمدرسه، فقد يرفض الطفل البيئة المدرسية وقد يكرهها، وقد ينتشك لديه خوف طويل الأمد وغير معقول الدوافع يؤدي به إلى حالة من الفوبيا تجاه البيئة المدرسية ومكوناتها، وهذا ما يطلق عليه اسم فوبيا المدرسة (Marcelli & Cohen، 2012)، والذي سيكون له آثار سيئة بالضرورة على تدرس الطفل وتعليمه الابتدائي، فقد ينفر من المدرسة ويفضل المكوث في البيت، وقد يتمدرس مرغما لينتظر أي فرصة سانحة للمغادرة والخروج من هذا الكابوس الجاثم على صدره، وقد يتذرع بأسباب كالمرض والعياء ليبقى في حصن أمه الأمن بين جدران البيت، ولهذا فغالبا ما يشكل الخوف المدرسي مشكلة حقيقة يعاني منها الأطفال المصابون بها، ويصاب أولياء هؤلاء التلاميذ بالارتباك وكذلك معلمهم والإدارة المدرسية أيضا، وهذا ما يتطلب تدخلا علاجيا فعلا يستهدف تصحيح الأفكار السلبية التي يكتفها الطفل نحو مدرسته، وتعديل سلوكه الراض للمدرسة، وإدماجه بطريقة صحية وطبيعية ضمن النسيج المدرسي.

وقد أثبتت العلاجات المعرفية السلوكية في الآونة الأخيرة فعاليتها في علاج عديد الاضطرابات النفسية والسلوكية، وخاصة تلك التي تحوي على نماذج من القلق والفوبيات المتنوعة (Cottraux، 2004)، فهي علاجات نفسية قصيرة الأمد تقوم على برنامج محدد وجلسات مخطط لها، وتعتمد على تقنيات متنوعة تساعد الفرد في تحقيق توافقه النفسي والاجتماعي، وتخلصه من السلوكيات والانفعالات غير المرغوبة.

وعلى هذا الأساس فإننا من خلال هذا البحث نحاول أن ندرس القدر الذي قد يساهم به برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من الفوبيا المدرسية لدى بعض التلاميذ المصابين بها، وتشمل هذه الدراسة الكشف عن التلاميذ المصابين بالخوف المرضي من المدرسة ضمن نطاق البحث، وهذا من خلال

اعتماد وسائل تقصي متنوعة، ثم تشخيص حالتهم وتأکید المظاهر السلوكية والانفعالية الخاصة بفوبيا المدرسة لديهم، ومن ثم تطبيق جلسات البرنامج العلاجي على الحالات المختارة ومراقبة مختلف المراحل، ليتم قياس الأثر بعد ذلك ومقارنته إحصائياً مع القياس قبل التطبيق، ولهذا الغرض تم الاستعانة بالمنهج العيادي الخاص بدراسة الحالة والملاحظة العيادية المتخصصة من أجل التشخيص وتسيير جلسات البرنامج العلاجي، وبين الأسلوب الإحصائي من أجل الوقوف على الأثر وتقييم درجة التحسن لدى الحالات، ومع المحاذير الخاصة بجوانب الدمج بين أساليب البحث المختلفة، فإننا لم نجد بدا من الدمج بين الأسلوب العيادي والتجريبي البسيط على اعتبار أن الأول خاص بالتعامل مع الاضطرابات النفسية كما أن للثاني دور في الملاحظة الكمية الدقيقة لدرجة تطور عينة من السلوك.

ويتناول البحث في جانبه النظري تقديماً منهجياً للدراسة، ثم فصلاً يتناول مفهوم الفوبيا المدرسية نتطرق فيه بشرح موجز لمفهوم الفوبيا بصفة عامة ثم عرض مسهب لمفهوم الفوبيا المدرسية وأهم النظريات المفسرة لها، أما الفصل الثالث فقد خصص للوقوف على أهم الخصائص النفسية والاجتماعية التي تميز مرحلة التعليم الابتدائي، ومظاهر النمو السلوكي والانفعالي والجسمي للطفل في هذه المرحلة والنظريات التي تناولت هذه المرحلة بالدراسة، كما تناول الفصل الرابع العلاج المعرفي السلوكي ومبادئه وتقنياته وأسس النظرية والتطبيقية، والبرامج العلاجية التي يمكن أن تستند إلى هذا النوع من العلاجات النفسية للتخفيف من حالات الفوبيا المدرسية، وفي الفصل الخامس تم التطرق إلى الإجراءات المنهجية والخطوات الأساسية التي ميزت الدراسة، بما فيها الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية وما تحويه من وسائل القياس المطبقة والبرنامج العلاجي المقترح والأساليب والأدوات الإحصائية المستعملة، وتم تخصيص الفصل السادس والأخير لعرض النتائج ومناقشة الفرضيات والإجابة على تساؤلات الدراسة الأساسية، هذا وقد خرجت الدراسة بجملة من النتائج والتوصيات التي تهدف إلى التكفل الجدي بحالات الفوبيا المدرسية بناء على ما تم التوصل إليه في هذا البحث.

وضمن بيئة بحثية متعددة الجوانب وبوسائل تشخيص وقياس متنوعة، فإن دراسة بهذا الشكل عادة ما تجابه صعوبات جمة وعراقيل تحددها طبيعة البحث وميادينه، فالعمل مع الأطفال يحتاج إلى إجراءات كثيرة ومهارات عالية، كما أن التنقل بين عدة مدارس ضمن نطاق جغرافي واسع نسبياً وفي مدة محددة بالتراخيص الممنوحة من الوصاية هو أيضاً عمل مضمّن وشاق، غير أن الأمل الذي كنا نرجوه في مساعدة هذه الفئة من التلاميذ الصغار، والأثر الذي كما نتوقعه من البرنامج للتخفيف من آثار الخوف لديهم، هو ما كان يدفعنا دائماً لمجابهة هذه العراقيل والصعاب.

الفصل الأول

مدخل الدراسة

إشكالية الدراسة:

مع بداية دخول الطفل إلى المدرسة تتجلى مرحلة جديدة وهامة في حياته، وهي مرحلة مهمة وضرورية لنمو الطفل، فالأسرة هي الحاضنة الأولى للطفل والتي تهيؤه للنمو الاجتماعي الذي يؤهله لأن يتفاعل بشكل جيد مع الآخرين، وعادة ما يصاحب عملية الانتقال من الأسرة إلى المدرسة تغيرات سلوكية وانفعالية قد تزول بتكيف سوي للطفل مع بيئته المدرسية الجديدة، وبالمقابل فإن هذه المشاكل قد تتفاقم وتستمر وتؤثر سلبا على تدرس الطفل وصحته النفسية.

وفوبيا المدرسة من المشاكل التي قد تظهر بشكل حاد أو بشكل مزمن خلال مرحلة التعليم الابتدائي، و"هي مخاوف لا يتم التعبير عنها بشكل مباشر فحسب، وإنما تتبدى أيضا في صورة أعراض للقلق، وتشمل أعراضا عضوية مثل الصداع والغثيان والشكوى من ألم في عضو من الأعضاء، وأيضا صعوبات متعلقة بالأكل واضطراب النوم ومخاوف أخرى متباينة، وتزيد هذه الشكاوى من قلق الوالدين على الطفل، مما تدفعهم إلى الموافقة الصريحة أو المستترة على بقاء الطفل في البيت، وبمجرد أن يطمئن الطفل إلى عدم الذهاب إلى المدرسة، فإن هذه الأعراض عادة ما تهدأ وتخمد" (الطيب وآخرون، 1982: 78)، وتكون أعراض هذا القلق بارزة بشكل واضح أثناء وجود الطفل داخل المدرسة، فهو يحاول بكل الطرق التملص من المحيط المدرسي والإصرار على الرجوع إلى البيت والمكوث فيه.

ومن خلال تركيزه على المشاكل الانفعالية وحالات الخوف المرضي الذي يحوي على بنية قلق، يقدم لنا العلاج المعرفي السلوكي فرصة في تطبيقه على كل الحالات المستجدة للفوبيا، بما فيها فوبيا المدرسة، فهو اتجه في العلاج النفسي "يشمل أساليب علاجية تستخدم إجراءات لتعديل السلوك وكذلك إجراءات مصممة لتغيير المعتقدات اللاكيفية" (حسن، 2013: 116)، ونظرا لطبيعة الخدمات العلاجية التي يقدمها هذا النوع من العلاج والأسس النظرية التي يقوم عليها والتقنيات المتنوعة التي يستعملها، فإننا نجد أنفسنا بصدد اللجوء إليه دون سواه من العلاجات من أجل بناء برنامج علاجي يهدف إلى التخفيف من فوبيا المدرسة لدى المصابين بها من تلاميذ مرحلة التعليم الابتدائي، وعلى هذا الأساس فإننا نطرح السؤال التالي:

ما هو أثر تطبيق برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض مستوى فوبيا المدرسة لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية؟

الفرضية العامة والفرضيات الفرعية:

الفرضية العامة:

يوجد أثر للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح للتخفيف من مستوى فوبيا المدرسة على عينة التلاميذ الذين يعانون من فوبيا المدرسة في مرحلة التعليم الابتدائي.

الفرضيات الفرعية:

- يوجد حالات فوبيا مدرسية مشخصة بعد تطبيق منهج دراسة الحالة لدى عينة التلاميذ الذين يعانون من مخاوف مدرسية.

- يسجل التلاميذ الذين يعانون من فوبيا المدرسة درجات أقل على المقياس المقترح لقياس مستوى فوبيا المدرسة بعد خضوعهم لجلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح.

- يسجل التلاميذ الذين يعانون من فوبيا المدرسة درجات أقل على المقياس المقترح لقياس مستوى الأفكار الخاطئة المرتبطة بفوبيا المدرسة بعد خضوعهم لجلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح.

- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب القياس قبل تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسطي رتب القياس بعد تطبيق البرنامج على مقياس فوبيا المدرسة لدى عينة التلاميذ الذين يعانون من فوبيا المدرسة.

- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب القياس قبل تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسطي رتب القياس بعد تطبيق البرنامج على مقياس الأفكار الخاطئة المرتبطة بفوبيا المدرسة لدى عينة التلاميذ الذين يعانون من فوبيا المدرسة.

أهمية الدراسة:

المجال النظري:

يشكل الجانب الخاص بالمشاكل الانفعالية والسلوكية التي ترافق عملية تدرس الطفل إطارا ذا أهمية كبيرة لدى المشتغلين بالتربية وبعلم النفس التربوي على السواء، وعليه تحتل مشكلة المخاوف المدرسية وفوبيا المدرسة درجة الأولوية على لائحة الصعوبات الانفعالية التي قد يواجهها الطفل فور التحاقه بالمدرسة، لأنها ببساطة ستؤثر بشكل كبير على تدرسه وتحصيله الدراسي، كما أنها ستؤثر على صحته النفسية، وتمثل هذه المشكلة أهمية خاصة لدى المهتمين بالتربية وعلم النفس إذ أنها تواجه عددا كبيرا من الأطفال في بدء حياتهم المدرسية، حيث أن بعض الدراسات (الطيب وآخرون، 1982) أثبتت أن

نسبة الأطفال الذين يرهبون المدرسة تتراوح بين 1% و 3% من مجموع التلاميذ، وفي دراسات أخرى يوجد خمس حالات من بين كل 172 طفلاً، وفي فرنسا أوضحت إحدى الدراسات أن نسبة التلاميذ المتمدرسين الذين يعانون من فوبيا المدرسة تتراوح من 1 إلى 5 من كل مائة تلميذ (Sérès، 2008)، وقد تكون النسبة في الجزائر أكبر من ذلك أو أقل في ضل غياب إحصائيات دقيقة وتكفل جدي بالحالات، ونتيجة لعدم وجود برامج بل مدرسية متاحة تهئ التلميذ نفسياً من أجل قبول المناخ المدرسي، وكذلك الغياب الملاحظ لتهيئة المدرسة لتكون محبوبة وممتعة للتلميذ.

المجال العملي:

الكشف عن التلاميذ الذين يعانون من فوبيا المدرسة عن طريق مقياس فوبيا المدرسة، ثم إجراء مقابلات عيادية مع هؤلاء التلاميذ من أجل تشخيص الاضطراب ومن ثم تصميم برنامج علاجي سلوكي معرفي للتخفيف من مستوى الفوبيا المدرسية لدى التلاميذ الذين يعانون من هذا الاضطراب، وتطبيقه ثم قياس الأثر الذي يمكن أن يحدثه البرنامج، وتقديم توصيات إلى الجهات المسؤولة عن قطاع التربية والتعليم من أجل توعية الأساتذة والمعلمين بضرورة مساعدة التلاميذ الذين لديهم بعض مظاهر فوبيا المدرسة، والعمل على تهيئة المحيط والمناخ المدرسي ليكون مقبولاً وجذاباً للتلاميذ.

دوافع اختيار موضوع البحث:

الدوافع الموضوعية لاختيار موضوع البحث:

موضوع الدراسة الذي يتناول اضطراب فوبيا المدرسة هو من المواضيع الذي تثير نقاشاً حول جدوى وجود المدارس في المجتمعات وتقبل الأجيال القادمة لهذه المؤسسات كونها إحدى مؤسسات التنشئة الاجتماعية، كما أن راهنية الموضوع تكمن في تدني مستويات التحصيل الدراسي في كافة الأطوار الدراسية في المنظومة التربوية الجزائرية مقابل ارتفاع نسب الرسوب والتسرب الدراسي الذي يبدأ من سنوات التعليم الابتدائي، ففي دراسة تناولت موضوع التسرب المدرسي في مرحلة التعليم الأساسي التي تشمل مرحلة التعليم الابتدائي نجد أن الخوف من العقاب، كان أحد أهم العوامل التي تدفع بالتلاميذ إلى الهروب والعزوف عن الدراسة (قحوان، 2011)، كل هذا يجعل من مهمة الأخصائي الأولى هو البحث عن الأسباب وبناء البرامج الإرشادية والعلاجية لمواجهة هذه الظواهر.

الدوافع الذاتية لاختيار موضوع البحث:

إن اختيار هذا الموضوع نابع من طبيعة مهنتي وعملي اليومي في ميدان التربية والتعليم كوني عملت أستاذا للرياضيات في المتوسطة ثم مستشارا للتربية وقد واجهت الكثير من حالات الخوف المدرسي الذي كانت جذوره ترجع إلى مرحلة التعليم الابتدائي، كما أن النقص الشديد في الأخصائيين النفسيين العياديين العاملين في قطاع التربية والتعليم جعل مسؤولية التكفل بالحالات تخضع لمستوى الثقافة النفسية لمستشار التربية والأستاذ، وهذا ما يعني مباشرة لممارسة عمل الأخصائي النفسي بالتزامن مع المهام الموكلة إلي كمراقب عام في المتوسطة ومستشار للتربية فيها.

تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة:

فوبيا المدرسة:

اصطلاحا: هو خوف غير منطقي مرتبط بذهاب الطفل إلى المدرسة، والذي تنتج عنه فترات انقطاع كلية أو جزئية عن المدرسة، وتصاحب هذا الخوف اضطرابات انفعالية ووجدانية شديدة تظهر في صورة أعراض مرضية كالخوف الحاد والمزاج المتقلب، والاتجاهات السلبية نحو المدرسة، وشكاوى جسمية دون أساس عضوي لها كأوجاع الرأس الغثيان وآلام البطن يلجأ إليها الطفل كوسيلة دفاعية عندما يجبر على الذهاب إلى المدرسة من قبل الوالدين وذلك لتأكيد بقائه في المنزل

التعريف الإجرائي: الدرجة التي يتحصل عليها التلميذ على مقياس فوبيا المدرسة ومقياس الأفكار الخاطئة المرتبطة بها.

تلميذ المرحلة الابتدائية:

اصطلاحا: الطفل المتمدرس في مرحلة التعليم الابتدائي والذي يتراوح عمره من خمس (05) أو ست (06) سنوات إلى تسع (09) أو عشر (10)، والذي يتلقى تعليمه في المدرسة الابتدائية في المعارف والعلوم والمهارات القاعدية والأولية والمتمثلة أساسا في الكتابة والقراءة والحساب وبعض المفاهيم الخاصة بالتربية الدينية والمدنية والبيئية والتاريخ واللغة الأجنبية.

إجرائيا: الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ثماني (08) سنوات إلى عشر (10) سنوات المتمدرسون في المدارس الابتدائية.

برنامج علاجي معرفي سلوكي:

اصطلاحاً: شكل من أشكال العلاج يستند إلى نظريات تعديل السلوك وعلم النفس المعرفي من أجل تغيير الأفكار التلقائية التي تؤدي إلى سلوكيات وانفعالات غير متكيفة، وتعديل السلوكيات غير المرغوبة.

إجرائياً: الجلسات المقترحة للتخفيف من حدة فوبيا المدرسة من خلال التقنيات المعرفية وتقنيات تعديل السلوك.

الدراسات السابقة:

يوجد عديد الدراسات والبحوث الأكاديمية التي تناولت موضوع المخاوف المدرسية بالدراسة والبحث والتجريب، وقد حاولت كثير من هذه الدراسات معرفة درجة انتشار فوبيا المدرسة لدى التلاميذ ومدى تأثيرها على تدرسهم ونجاحهم الدراسي، في حين تناولت بعض الدراسات المعمقة الأعراض والأنماط المرضية لفوبيا المدرسة والاضطرابات القريبة منها، وعكفت دراسات أخرى على تصميم برامج علاجية مقترحة للتخفيف من مستوى فوبيا المدرسة لدى التلاميذ المصابين بها، ومساعدتهم على تقبل البيئة المدرسية والتفاعل معها بشكل جيد، ومن بين الدراسات السابقة في هذا الموضوع نذكر:

دراسة والاس. أ كينيدي Wallace A .Kennedy (1965):

حيث هدفت الدراسة إلى تحديد مجموع الأعراض الخاصة بفوبيا المدرسية، والأعراض الخاصة بكل نمط من أنماط الفوبيا المدرسية، حيث ميز كينيدي بين النمط العصبي الحاد وسماه بالنمط 1 والنمط المزمن وسماه بالنمط 2، وقد تمت الدراسة على مستوى عيادة التنمية البشرية بجامعة فلوريدا، حيث شملت الدراسة 50 تلميذا وتلميذة، منهم 25 ذكر و25 أنثى، وقد تم تتبع نموهم وتطور أعراض فوبيا المدرسة التي تظهر عليهم لمدة ثماني (08) سنوات، وهي المدة التي تمتد من 1957 إلى 1964.

وقد خلصت الدراسة إلى وجود عشرة أعراض للنمط الحاد أهمها أن نوبة الخوف تكون هي الأولى وتتميز ببداية حادة للاضطراب واتصال جيد بين الوالدين ويحوي الخوف على قلق من موت عزيز، كما وضعت الدراسة عشرة 10 أعراض للنمط الثاني المزمن وأهمها أن نوبة الخوف ليست الأولى واتصال فقير بين الوالدين ولم يكن موضوع الموت حاضراً، كما وضعت الدراسة أساساً للتمييز بين نمطي الفوبيا المدرسية بناء على توافر سبعة 07 أعراض من عشرة 10 أعراض لكل نمط.

وتمثل البرنامج العلاجي المقترح من طرف كينيدي للنمط الأول بضرورة الاحتفاظ بالطفل في المدرسة، وتزويده بالتعزيز الإيجابي المستمر لحضور المدرسة بشكل دوري، وكذلك نمذجة السلوك المناسب، أما البرنامج الذي اقترحه للنمط الثاني، فقد ركز على العلاج الفردي والعلاج الأسري، وقد لاحظ كينيدي فعالية الخطوات المطبقة على الحالات قيد الدراسة، حيث أن جميع الحالات الخمسين قد

استجابات للعلاج، ومعظمهم اختفت أعراض الفوبيا لديهم بشكل سريع بعد التكفل، وقبل انتهاء مدة العلاج، وتمت متابعتهم مدة كافية بعد انتهاء البرنامج العلاجي للتأكد من اختفاء الأعراض بشكل كامل.

دراسة أتكينسون وآخرون وAtkinson&All (1987):

وقد هدفت الدراسة إلى إيجاد تصنيف فرعي لاضطرابات فوبيا المدرسة، وتكونت عينة الدراسة من (72) طفلاً وطفلة ممن لديهم فوبيا مدرسية، وتراوح أعمارهم بين (04 - 12) سنة تم الحصول عليهم من خلال البيانات الإكلينيكية التحليلية، وأسفرت النتائج عن ثلاث أنواع فرعية لفوبيا المدرسة وهي:

المجموعة الأولى: مكونة من (15) طفلاً وطفلة، يخافون من الانفصال عن الأقران، وقد وجد أن أمهات هؤلاء الأطفال مفرطي الحماية.

المجموعة الثانية: وتتكون من (28) طفلاً وطفلة كانوا مكتئبين حيث كانت تسيطر الأمهات على أطفالهم.

المجموعة الثالثة: تكونت من (29) طفلاً يعانون من اضطرابات شديدة ومشكلات أسرية عديدة (ومنهم الذين يعانون من انفصال مبكر أو فقدان مبكر)

دراسة عبد الرحمن سيد سليمان (1988):

كانت الدراسة تحت عنوان: دراسة مقارنة بين أسلوب اللعب غير الموجه والتحسين التدريجي في علاج المخاوف المرضية من المدرسة لدى أطفال المرحلة الابتدائية، وقد تكونت عينة الدراسة من ستون (60) تلميذاً وتلميذة من أطفال الصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الابتدائية، وقد قسمهم إلى ثلاث مجموعات:

- المجموعة التجريبية الأولى: وهي تلك المجموعة التي طبق عليها برنامج التحسين التدريجي.
- المجموعة التجريبية الثانية: وهي التي طبق عليها برنامج العلاج غير الموجه عن طريق اللعب
- المجموعة الضابطة: وهي مجموعة لم تخضع لأي من البرنامجين.

وقد توصل الباحث إلى وجود فروق بين مجموعتي الأطفال التجريبية الأولى والثانية لصالح أطفال المجموعة التجريبية الثانية (مجموعة العلاج باللعب غير الموجه).

دراسة كريستوفر كيرني وويندي سيلفرمان Christopher A.K ; Silverman.W (1993)

هدفت الدراسة لمعرفة أهم أعراض الرفض المدرسي الذي يتضمن فوبيا المدرسة وتفريقها عن أعراض أخرى قد تشترك معها، ووضع مقياس خاص بتشخيص حالات الرفض المدرسي على ضوء هذه العوامل، حيث قام كل من كريستوفر كيرني من جامعة نيفادا - لاس فيغاس وويندي سيلفرمان من جامعة فلوريدا بدراسة شملت 42 طفلا ممن تم تشخيص حالتهم برفض للمدرسة، منهم 26 ذكر و16 أنثى، وشملت الدراسة أيضا آباء وأمهات هؤلاء الأطفال (42 أم و29 أب)، وتم انتقاء الحالات من الأطفال الذين كانوا يتابعون برنامجا لخفض الرفض المدرسي في مركز اضطرابات القلق بالأباني وسط نيويورك، ودائرة الطفولة والأسرة في جامعة ميسيسيبي.

وقد استخلصت الدراسة أربعة أنماط صالحة لتكون أعراض رئيسية يمكن بناء عليها تصميم المقياس الخاص برفض المدرسة، وهذه الأعراض الرئيسية هي:

- وجود استجابة سلبية لمثيرات ذات صلة بالمدرسة (معلم، امتحان، جرس، باص المدرسة... إلخ)
- هروب من الوضعيات الاجتماعية أو وضعيات يكون فيها الفرد محل تقييم (العلاقة بالأقران، حالات القلق الاجتماعي الحاد،... إلخ)
- جلب الانتباه بإحداث نوبات للبقاء في المنزل (ادعاء المرض، نوبات بكاء...)
- تعزيز إيجابي ملاحظ نحو نشاطات خارج المدرسة (مشاهدة تليفزيون أو رحلة مع الأصدقاء أو اللعب...)

وقد تم تصميم مقياس ب 16 فقرة لقياس مستوى رفض المدرسة المخصص للأطفال والمعروف اختصارا بـ SRAS-C (School Refusal Assessment Scale Child) ونسخة ب 16 فقرة أيضا للوالدين والتي تسمى اختصارا SRAS-P، وقد توصل الباحثون إلى نسب عالية من الصدق والثبات بعد إعادة تطبيق المقياس، وخضع المقياس فيما بعد لتعديلات عديدة، وتم تقنينه على بيانات مختلفة.

دراسة مها أبو حطب (1995):

كان هدف الدراسة تحديد أهم المخاوف الشائعة بين أطفال المدارس، حيث تم اختيار عينة مؤلفة من (460) تلميذا وتلميذة من طلبة المدارس الابتدائية والإعدادية بمحافظة القاهرة، منهم 206 الذكور، و254 من الإناث، تتراوح أعمارهم بين ثماني (08) سنوات وأربعة عشر (14) سنة، وقد تم اختيارهم ليمثلوا المستويات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة للمجتمع، وبعد تطبيق مقياس المخاوف الشائعة في فترة الطفولة الذي أعدته الباحثة فائزة يوسف عبد المجيد خرجت الدراسة بالنتائج التالية:

- تختلف المخاوف المرضية الخاصة بالطفولة اختلافا واضحا من مرحلة عمرية لأخرى

- لا توجد فروق تعزى لعامل الجنس في المخاوف المدرسية والخوف من الموت، بينما توجد فروق واضحة بين الجنسين لصالح الإناث في باقي المخاوف المرضية.
- هناك فروق في درجة المخاوف تبعاً للمستوى الاقتصادي للأسرة، حيث أظهر الأطفال من أسر فقير مستوى أعلى في المخاوف المرضية من الأطفال ذوو المستوى الاقتصادي المتوسط، وهذا في جميع المخاوف ما عدا الخوف من الموت، الامتحان، والتي لم تظهر أي اختلاف بين المستويين في درجة الرهاب.

وأهم نتائج هذه الدراسة هو أن الخوف من المدرسة لم يتأثر بعامل الجنس ولا بالعامل الاقتصادي حيث أظهر جميع الأطفال مخاوف متعلقة بالمدرسة وبالامتحان.

دراسة رياض نايل العاسمي (1995):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العوامل النفسية والأسرية والاجتماعية والمدرسية الشعورية التي تسهم في ظهور فوبيا الحياة المدرسية لدى الأطفال، وذلك من خلال التعرف على البنية النفسية اللاشعورية لديهم، وتكونت العينة من (90) طفلاً وطفلة تم اختيارهم من بين (881) طفلاً وطفلة من التلاميذ الملتحقين بالصفين الثاني والثالث ابتدائي بمدينة القاهرة، ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (7-9) سنوات، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين، المجموعة التجريبية تتكون من (45) طفلاً وطفلة منهم (22) طفلاً و(23) طفلة، والمجموعة الضابطة البالغ عددهم (45) طفلاً منهم (18) طفلاً و (27) طفلة، ثم اختيار أربعة من الأطفال من بين (45) طفلاً ممن حصلوا على أعلى الدرجات في مقياس الخوف المرضي من المدرسة بواقع طفلين وطفلتين كعينة إكلينيكية للدراسة، وكذلك اختيار أربعة أطفال عاديين بهدف المقارنة وتطبيق مقياس تفهم الموضوع للأطفال (C.A.T)، ومقياس مفهوم الذات للأطفال، ومقياس الاكتئاب للصغار، ومقياس الخوف المرضي من المدرسة من إعداد الباحث، ومقياس كولومبيا للنضج العقلي.

وأسفرت الدراسة على وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات الأطفال الذين يعانون من فوبيا المدرسية والأطفال العاديين على مقياس الاكتئاب للصغار لصالح الأطفال الذين يعانون من فوبيا المدرسة، ووجود فروق دالة إحصائية في التحصيل الدراسي بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة، أما على مستوى الدراسة الإكلينيكية فقد أظهرت نتائج المقابلات الإكلينيكية ودراسة الحالة واستجابات الطفل على اختبار تفهم الموضوع للأطفال أن البيئة النفسية الدينامية للطفل الذي عانى فوبيا الحياة المدرسية تتسم باضطراب العلاقة بين أفراد الأسرة والأم والأب والإخوة بعضهم البعض وبينهم وبين الطفل الفوبياوي كما اتسمت الصورة الوالدية للأم والأب لدى الطفل بالاضطراب حيث بدت

بالنسبة للطفل بصورة قاسية وموحشة يكتنفها الغموض والخوف، كما اتسمت صورة الطفل نحو ذاته بالاضطراب حيث اتسمت بالسلبية مع تقدير مخفض للذات.

دراسة نيفيل جي كينج وآخرون & Neville.J King (1998):

كان هدف هذه الدراسة معرفة فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج حالات رفض المدرسة والتي كانت تحوي حالات متباينة من فوبيا المدرسة، حيث تم تعيين 34 طفلاً أستراليا يرفضون المدارس، تتراوح أعمارهم بين 5 سنوات و 15 سنة، منهم 16 أنثى والباقي ذكور، حيث تم تشخيص الحالات على أن 08 منها تعاني قلق انفصال، 07 حالات مشاكل في التكيف، و 05 منها حالات قلق مفرط، و 02 حالة خوف اجتماعي.

وتم تصميم البرنامج العلاجي على علاج فردي معرفي سلوكي للطفل، بالإضافة إلى تدريب الآباء والمعلمين على مهارات إدارة سلوك الطفل، وشملت المقاييس المستعملة استبيان الفعالية الذاتية للحالات المدرسية SEQSS، ومقياس القلق المعدل والمنقح المعدل للأطفال RCMAS، مقياس المسح الزمني لمخاوف الأطفال النسخة المنقحة الثانية FSSC-II، ومقياس اكتئاب الأطفال CDI، والقائمة المرجعية لسلوك الطفل CBCL، وكذلك نموذج تقرير للمعلم TRF-I/E، وشملت التقنيات التي يحويها البرنامج العلاجي التقنيات المعرفية لتعديل الأفكار، وتقنيات تعديل السلوك، واستمرت الجلسات العلاجية لأربعة أسابيع، وخصصت ثلاثة أشهر لمتابعة الحالات بعد تطبيق البرنامج.

وقد أظهر الأطفال الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي تحسناً كبيراً في معدل الالتحاق بالمدارس والتكيف معها، كما تحسن هؤلاء الأطفال في المقاييس المطبقة بعد تطبيق البرنامج في الخوف والقلق والاكتئاب والتكيف، كما لوحظ تحسن كبير بدراسة تقارير المعلمين ومقدمي الرعاية والأطباء عن الحالات بعد البرنامج العلاجي، ولم تسجل الأعراض بعد المتابعة التي استمرت لمدة ثلاثة شهور.

دراسة دافيد هايين وزملاؤه & DAVID HEYNE & ALL (2002) :

وكان موضوع الدراسة تقييم فاعلية العلاج المعرفي السلوكي على 61 طفلاً يرفضون المدرسة منهم 28 أنثى و 33 ذكور، تتراوح أعمار هؤلاء التلاميذ بين 7 و 14 سنة، يقطنون في أنحاء متفرقة من ملبورن Melbourne بأستراليا، حيث تم تشخيص 24 منهم بمشاكل في التكيف، و 06 بقلق الانفصال، و 06 منهم بفوبيا اجتماعية، و 09 باضطرابات القلق، والباقي باضطرابات رفض المدرسة غير المحدد.

وقد قسمت العينة إلى مجموعة خضعت للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وخضع أولياء المجموعة الثانية إلى برنامج متخصص لتدريب وتأهيل أولياء الأطفال الراضين للمدرسة، أما المجموعة الثالثة فقد خضعت للبرنامج العلاجي للأطفال والبرنامج التدريبي لأولياءهم معا.

واستعملت الدراسة مقاييس كثيرة طبقت قبل تطبيق البرنامج ثم بعد تطبيقه ومقارنة القياس القبلي بالقياس البعدي، مع المتابعة البعدية ودراسة الفعالية، ومن بين هذه المقاييس المطبقة في الدراسة استبيان الفعالية الذاتية لحالات المدرسة SEQSS، جدول مسح مخاوف الأطفال - التنقيح الثاني FSSC-II، قوائم جرد اكتئاب الأطفال CDI، والتقارير الخاصة بالمعلمين والأولياء، والتقييمات السريرية، وتطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي الفردي ICBT، وبرنامج تأهيل الأولياء PTT.

وقد كانت نتائج الدراسة إيجابية بأثر دال إحصائيا للمجموعات الثلاث بعد خضوعهم للعلاج، لكن كانت آثار تطبيق البرنامج التأهيلي للأولياء أقل مقارنة بتطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي الفردي، كما كان تطبيق البرنامجين معا، أي البرنامج العلاجي الفردي مع برنامج تأهيل الأولياء أحسن بكثير من تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي فقط.

وبعد المتابعة التي استمرت لأربعة أشهر ونصف لوحظ تحسن لدى الحالات وزيادة الحضور الطوعي بالمدرسة مع اختفاء سريع للأعراض الخاصة بالقلق مقارنة بالأعراض الأخرى.

دراسة سلوى السيد سليمان (2005):

حيث هدفت الدراسة إلى إعداد برنامج سلوكي للتدريب على المهارات الاجتماعية والوقوف على مدى فاعليته في خفض فوبيا المدرسة لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية.

وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (404) تلميذا وتلميذة بالصف الأول والثاني والثالث ابتدائي، تم اختيار (20) تلميذا تتراوح أعمارهم بين (7-8) سنة، منهم (10) تلاميذ كمجموعة تجريبية، و(10) تلاميذ بالمجموعة الضابطة.

وقد توصلت الدراسة إلى وجود معامل ارتباط سالب ودال إحصائيا بين مستوى المهارات الاجتماعية وبين فوبيا المدرسة، أي كلما زاد مستوى المهارات الاجتماعية كلما قلت مستويات الفوبيا المدرسية، كما توصلت الدراسة إلى جدوى الفنيات المستخدمة البرامج السلوكية وهي: إعطاء التعليمات - والنمذجة - ولعبا لدور - والتدعيم - والواجب المنزلي - بالإضافة إلي المحاضرة والمناقشة، في تدعيم المهارات الاجتماعية وخفض مستوى الفوبيا المدرسية.

دراسة غياث سالمة (2012):

كان موضوع الدراسة هو طبيعة المخاوف المدرسية الشائعة في مرحلة التعليم الابتدائي، والفروق في درجة هذه المخاوف بالنسبة إلى سنوات الدراسة (الثالثة و الرابعة والخامسة) ابتدائي، والفروق في مستوى المخاوف المدرسية بين الجنسين.

وقد استخدم في الدراسة المنهج الوصفي وطبقت دراسة إحصائية شملت عينة من 250 تلميذا وتلميذة من المدارس الابتدائية لدائرة تميمون بولاية أدرار، منهم (140) ذكور و (110) إناث.

وقد توصلت الدراسة إلى وجود أنواع من المخاوف المدرسية الشائعة في المدارس التي شملتها الدراسة تمثلت في: الخوف من الذهاب إلى المدرسة، الخوف من المعلم، الخوف من المدير، الخوف من الزملاء، الخوف من الاختبارات، الخوف من فناء المدرسة -الساحة، الخوف من طبيب المدرسة.

وقد توصلت الدراسة أيضا إلى وجود فروق دالة إحصائية في مستوى المخاوف المرتبطة بالمدرسة والتي كانت معظمها لصالح السنة الرابعة والسنة الخامسة ابتدائي، كما لم تسجل فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المخاوف المدرسية بين الجنسين.

التعليق على الدراسات السابقة:

كانت الدراسات السابقة حول فوبيا المدرسة مختلفة ومتنوعة من التشخيص إلى التكفل النفسي وبناء البرامج العلاجية، ومن رصد الظاهرة في البيئة المدرسية إلى تصميم المقاييس النفسية وتقنينها ضمن نطاقات بحث مختلفة، ويمكن أن نجمل الدراسات التي تناولت موضوع فوبيا المدرسة وكذا المفاهيم المرتبطة بها مثل الرفض المدرسي، وقلق الانفصال، والمخاوف المدرسية إلى ثلاث مجموعات رئيسية، وهي:

المجموعة الأولى: وهي الدراسات التي كانت تهدف للتعرف على المخاوف المرضية الشائعة في مرحلة الطفولة وخاصة مرحلة التعليم الابتدائي، والتي توصلت إلى أن فوبيا المدرسة والمخاوف المتعلقة بالبيئة المدرسية هي من أكثر المخاوف انتشارا، وأثبتت أيضا أنها مخاوف مشتركة وعامة ولا تتأثر بعامل الجنس أو مستوى الأسرة الاقتصادي، والفرق فيها هو فرق في الدرجة فقط، ومن بين هذه الدراسات نذكر دراسة مها أبو حطب (1995)، ودراسة غياث سالمة (2012).

المجموعة الثانية: وهي الدراسات التي كان الهدف منها التعرف على اضطراب فوبيا المدرسة ومعرفة أعراضه الأساسية وأنماطه، وإعطاء التشخيص التفريقي له والذي يميزه عن الاضطرابات والمشاكل السلوكية الأخرى كالهروب المدرسي مثلا، وقد عملت هذه الدراسات أيضا على وضع مقاييس

خاصة لقياس فوبيا المدرسة وأهمها مقياس SRAS الذي أعده كريستوفر كيرني وزملاؤه والذي أصبح يستعمل على نطاق واسع لرصد الظاهرة، وتدرج ضمن هذه المجموعة دراسة والاس. أ كينيدي Wallace A. Kennedy (1965)، ودراسة أتكينسون وزملاؤه Atkinson & All (1987)، ودراسة كريستوفر كيرني وويندي سيلفرمان Christopher A.K ; Silverman W (1993)، وكذلك دراسة رياض نايل العاسمي (1995).

المجموعة الثانية: وهي الدراسات التي حاولت إعداد البرامج العلاجية المناسبة لخفض مستوى فوبيا المدرسة لدى الأطفال وعلاج حالات الرفض المدرسي، وذلك باستخدام العلاجات النفسية المختلفة بما فيها العلاج المعرفي السلوكي والتعديل السلوكي واللعب الموجه وتأهيل وتدريب الأولياء والمعلمين والتدريب على المهارات الاجتماعية، ومن هذه الدراسات نذكر دراسة عبد الرحمن سيد سليمان (1988)، ودراسة كينج وآخرون King NJ & All (1998)، ودراسة دافيد هايين وزملاؤه DAVID & ALL HEYNE (2002)، وكذلك دراسة سلوى السيد سليمان (2005).

وبالنظر إلى التنوع في الأساليب والطرائق، وتعدد النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة في سياق بحثها عن اضطراب فوبيا المدرسة والمفاهيم المرتبطة به، فإننا قد نجد تراثا ثريا يمتد بسنوات عدة من البحث والدراسة والتجريب، وهذا ما يجعل موضوع بحثنا تشوبه الكثير من الأفكار المتضاربة، ونتائج الدراسات المختلفة التي لا تتفق بالضرورة حول مظهر واحد لفوبيا المدرسة أو نمط علاجي موحد، غير أننا يمكن أن نلخص ما أفادت به هذه الدراسات في النقاط التالية:

- تتنوع المخاوف الشائعة في المدارس من الخوف من الذهاب إلى المدرسة، إلى الخوف من المعلم، الخوف من المدير، الخوف من الزملاء، الخوف من الاختبارات، الخوف من فناء المدرسة -الساحة، الخوف من طبيب المدرسة.
- تظهر أعراض فوبيا المدرسة في أعراض سلوكية خاصة بسلوكيات التجنب والرفض، وأعراض انفعالية متعلقة بالخوف من البيئة المدرسية، والتعلق بالبيت وخصوصا بالأم، وأعراض عضوية خاصة بشكاوى جسدية مثل الإحساس بالدوار والغثيان والآلام التي سرعان ما تزول حين يتأكد الطفل عدم ذهابه للمدرسة.
- تتنوع أسباب الفوبيا المدرسية وتتركز أساسا على نوع العلاقة بين الأم والطفل وهي في مجملها علاقة تتسم بالحماية المفرطة، أو السيطرة، أو تجارب متعلقة بالانفصال المبكر أو فقدان مبكر.
- البيئة النفسية الدينامية للطفل الذي يعاني فوبيا الحياة المدرسية تتسم باضطراب العلاقة بين أفراد الأسرة والأم والأب والإخوة بعضهم البعض وبينهم وبين الطفل الفوبيائي.

- الصورة الوالدية للأب والأم لدى الطفل المصاب بفوبيا المدرسة مضطربة حيث بدت بالنسبة للطفل بصورة قاسية وموحشة يكتنفها الغموض والخوف.
 - تساهم البرامج المعرفية السلوكية التي تعتمد على فنيات تعديل الأفكار التلقائية، وتعديل المخططات المعرفية، وتقنيات تعديل السلوك القائمة على النمذجة ولعب الدور والتدعيم والواجبات المنزلية ، وأساليب تنمية المهارات الاجتماعية في خفض مستوى الفوبيا المدرسية.
 - تساهم برامج التأهيل الاجتماعي وتنمية المهارات الاجتماعية لدى الطفل المصاب بفوبيا المدرسة في خفض مستوى الاضطراب لديه.
 - يساهم تأهيل وتدريب الأولياء على التعامل النفسي الجيد مع أطفالهم المصابين بحالات فوبيا المدرسة، حيث بينت الدراسات أن هذا الأسلوب مهم جدا في تحسين علاقة التلميذ بالمدرسة والحد من حالة النفور والرفض، وتفهم الأسباب وإيجاد الحلول قبل تفاقم المشكلة.
 - تتداخل حالات فوبيا المدرسة مع حالات الخوف الاجتماعي وقلق الانفصال كما تشترك أعراضها مع أعراض اضطرابات القلق المتنوعة ومشاكل التكيف.
- هذا وقد أشارت الدراسات السابقة أيضا إلى أهمية التكفل النفسي المبكر بالمشاكل المتعلقة باضطراب فوبيا المدرسة قبل أن تتطور إلى مشاكل أخرى متعلقة بالخوف وعدم التكيف الاجتماعي والرسوب والتسرب الدراسي مبكر.

الفصل الثاني

مفهوم فوييا المدرسة

تمهيد:

ترتبط فوبيا المدرسة في مفهومها المبسط بالمخاوف المرضية المتعلقة بالبيئة المدرسية، لكنها من وجهة نظر سيكولوجية معمقة هي ذات دلالات نفسية معمقة، كما أنها تظهر على أشكال مختلفة وبمجموعة أعراض متباينة، وتختلف أسبابها وتتنوع حسب الحالات وبتنوع النظريات المفسرة لها، كما أن أعراضها المختلفة قد تجعلها تشترك مع اضطرابات أخرى قريبة منها، فهناك أشكالاً مرضية أخرى قد تأخذ الكثير من المظاهر الخاصة بفوبيا المدرسة، ولهذا يجب التعرف على الأعراض الأساسية لهذا النوع من المخاوف المرضية، وتفريقه عن المشاكل السلوكية والانفعالية القريبة منه، والوقوف على أهم أنواعه والنظريات المفسرة له.

مفهوم فوبيا المدرسة:

حضي مفهوم فوبيا المدرسة School Phobia أو (phobie scolaire بالفرنسية) باهتمام متزايد في التراث السيكولوجي على مدار العقود الماضية، حيث شغلت فوبيا الحياة المدرسية اهتمام العديد من العلماء والباحثين في مجال الصحة النفسية وعلم النفس، وإذا ما تتبعنا نشأة هذه المشكلة تاريخياً في الثلاثينيات من القرن الماضي، حيث كانت فوبيا المدرسة تعد هروباً من المدرسة وتظهر في صورة غياب متكرر عنها، غير أن هذا المفهوم قد تطور كثيراً بفضل الأبحاث المعمقة وأصبح الآن متميزاً عن أي ظاهرة أخرى كقلق الانفصال عن الأم، والرفض المدرسي، والغياب المبرر عن الروضة أو المدرسة، والهروب المدرسي (حسين، 2014)، وقبل التطرق إلى مفهوم فوبيا المدرسة والنظريات المفسرة لها، من الضروري أيضاً تعريف مفهوم الفوبيا بشكل عام وتفريقه عن المخاوف الطبيعية.

مفهوم الفوبيا:

تشير كلمة فوبيا Phobia بالإنجليزية أو Phobie بالفرنسية إلى الأصل الإغريقي لها الذي هو Phobos والذي يعني "الخوف المؤلم" ويعرف على أنه "خوف زائد وغير واقعي وغير مسيطر عليه" (جابر و كفاي، 1991: 2770)، وتعرفه الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA (2013: 434) على أنه مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بخوف غير عقلائي ينجم عنه تجنب حالات تجنب شديدة تجاه مواضيع محددة مثل أشياء أو أنشطة أو أماكن، وتشمل اضطرابات الفوبيا الرهابات المحددة والرهاب الاجتماعي والخوف من الأماكن المفتوحة".

ويختلف مفهوم الفوبيا عن القلق (الحصر) l'anxiété حيث يعرف القلق على أنه "حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث في المستقبل، وهو من خصائص مختلف الاضطرابات النفسية، والقلق

الأساسي هو القلق الذي ينشأ في الطفولة ويتميز بالشعور بالوحدة وقلة الحيلة وعدوانية البيئة" (شحاتة، النجار، 2003: 239) ويؤثر البعض (طه وآخرون، 1989) كلمة الحصر عن مصطلح القلق مؤتسسين بالتعبير القرآني "حصرت صدورهم" (سورة النساء آية: 90) حيث يترجم مصطلح الحصر مقابله في اللغة الألمانية Anget والتي لم توفق الإنجليزية والفرنسية في ترجمتها بشكل دقيق، فلابلانج Laplanche و بونتاليس Pantalis يشيران إلى: "أن Angoisse الفرنسية وAnxiety الإنجليزية كترجمتين للمصطلح الألماني لا يعطيان جنبات الموضوع ويفيان به، "فالحصر يتجاوز ذلك الخوف والإحساس المألوف بالقلق بل هو انغمار نتيجة الإثارة أو حالة من الهول في بعض الأحيان بقدر ما هو إشارة إنذار، حتى أن العصائبيين يصفونه بأنه أضع ما ترزح نفوسهم تحت وطأته من أعباء". (طه وآخرون، 1989: 178-179)، وينبغي التمييز بين القلق والخوف، حيث أن الخوف استجابة لخطر واضح مائل، والقلق استجابة لتهديد غير محدد، كثيرا ما يصدر عن الصراعات اللاشعورية، ومشاعر عدم الأمن، والنزعات الغريزية الممنوعة المنبعثة من داخل النفس، ويجمع بين الشعورين التهيؤ العضوي لمواجهة التهديد (جابر وكفافي، 1991)، وبالرغم من أن كلا من القلق والخوف تصاحبه استثارة مرتبطة بنشاط في الجهاز العصبي السمبتاوي، غير أن ما يميز القلق هو ارتباطه بالتوقع فهو توجس من مشكلة متوقعة، في حين يرتبط الخوف بالوقت الراهن، فهو رد فعل لخطر حالي. (كربنج وآخرون، 2016: 344)

فالحصر كمرادف للقلق والذي استعمل بكثرة في أدبيات التحليل النفسي يكون مصدرا لظهور رهابات متنوعة، وفوبيا بأشكال مختلفة، كما يشير ديلانس Dillens وآخرون (2006: 20) إلى أن الفوبيا تركز في موضوعاتها على موضوع واحد بينما القلق يكون هائما وعادة ما يكون القلق المنشأ الأولي للفوبيا.

والخوف خبرة شائعة لدى معظم الناس في مواقف بعينها وذلك عندما يدرك الإنسان تهديدا حقيقيا، ويختفي الخوف عندما نهرب من هذا التهديد ويميز فوا وكوزاك Foa & Kozak بين الخوف المرضي والخوف الطبيعي أن الأول "شديد جدا من حيث الاستجابة الفسيولوجية وإحاح التجنب والهروب وأنه غير واقعي، كذلك يتميز الخوف المرضي بالتفسيرات الخاطئة حيث يتصور المرء أنه لا مفر من الهروب وأن القلق لا ينتهي بدونه، كذلك يرى صاحب القلق المرضي أن المثيرات المخيفة أو الاستجابات لها قد تؤدي به إلى خطر نفسي مثل الجنون وفقدان السيطرة أو خطر بدني مثل الموت والمرض". (الحريري، 2014: 21)

ويوضح كريستوفر أندري André Christophe (2004) أن الفرق بين الخوف العادي والفوبيا ليست مرتبطة الدرجة فحسب، بل تتجاوز ذلك إلى السجل المرضي للشخص، وحسب طريقة التعامل

وميكانيزم المواجهة التي تختلف بصورة جذرية بين الفوباويين وبين الذين لديهم مخاوف عادية تجاه موضوعات محددة.

الجدول رقم (01): الفرق بين المخاوف العادية والفوبيا (André، 2004: 17)

الفوبيا	الخوف العادي
سجل مرضي	سجل انفعالي
يستمر الخوف إلى درجة الهلع، خوف لا يمكن السيطرة عليه	شدة الخوف محدودة، يمكن السيطرة عليه في كثير من الأحيان
مرتبط في الغالب بحالات غير خطيرة	مرتبط بوضعيات يكون تقييم الخطر فيها موضوعي
تجنب ضروري وحالة العجز كبيرة	تجنب معتدل وحالات العجز خفيفة
القلق المسبق رئيسي، ويدور وجود الشخص على الخوف	يسبقه القليل من القلق، ولا يتمركز الوجود حول الخوف
من الشائع أن المواجهة المتكررة لا تخفف من حدة الخوف	المواجهة المتكررة مع مصدر الخوف تمكن تدريجيا من تخفيف حدة الخوف

تعريف فوبيا المدرسة:

يعد الخوف من المدرسة كغيره من المخاوف سلوكا مكتسبا يتعلمه الطفل خلال التنشئة الاجتماعية كالحماية الزائدة، والتدليل الزائد، والخلافات الأسرية، إضافة إلى الخبرات التي يتعرض لها الطفل في المدرسة، لذلك فإن عددا من الأطفال والمراهقين يعانون من مشكلات تتعلق بتوافقهم مع البيئة المدرسية، وتتجلى هذه المشكلات في رفض الذهاب إلى المدرسة أو الخوف منها، والواقع أن الخوف من المدرسة موجود لدى غالبية الأطفال، حيث يظهر بصورة طبيعية في حالات، وقوي وملح في حالات أخرى ولكن يغلب فيه أن يكون معقدا، ولا يمت بصلة إلى شكل مرضي محدد، لأنه ينطوي على عدد من المخاوف والاضطرابات النفسية والشخصية، ويعد الخوف المدرسي من أكثر المخاوف شيوعا في مرحلة الطفولة المتوسطة حيث تشهد هذه المرحلة انخفاضا في حدة المخاوف البدنية المرتبطة بسلامة البدن، فنجد أن خوفهم من المرض أو الجراثيم يقل، كما يقل خوفهم من الأطباء، ويلاحظ أيضا انخفاض في شدة الخوف من الكلاب والظلام (العاسمي، 2015).

وقد تم وصف هذه الظاهرة لأول مرة سنة 1932 من طرف برودوين Broadwin الذي ميز نمطا من الرفض والهروب من المدرسة يحوي في الوقت نفسه نوعا من القلق، وتم صياغة مصطلح الفوبيا المدرسية School phobia سنة 1941 من طرف جونسون Jonson و زورك Szureck وسفندسون Svendsen (Reynolds & Fletcher-Janzen، 2007: 1797)، ووضعوا لها تعريفا يضم قائمة من الخصائص التالية:

- انفعالات شديدة مع وجود بعض الأعراض المصاحبة مثل الإفراط في الخوف غير المبرر والشكاوى من الشعور بالإعياء أو المرض دون سبب عضوي واضح تظهر فقط في حال احتمال الذهاب إلى المدرسة.
- البقاء في المنزل خلال ساعات الدوام المدرسي مع علم الوالدين في مرحلة ما من سياق الاضطراب.
- غياب سلوكيات مضادة للمجتمع مثل السرقة أو الكذب أو سلوك تدميري أو سلوكات جنسية منحرفة.

غير أن مصطلح فوبيا المدرسة لم يرق لكثير من الباحثين، حيث يشير بويس Boyce (1975:44) أنه وفي سنة 1959 دعا فيلنجر Wallinger إلى إعادة النظر في مصطلح فوبيا المدرسة School phobia لأنه تسمية خاطئة لمتلازمة ليست في الحقيقة خوف من الذهاب إلى المدرسة، ولكنها خوف من ترك الأم، وقد وافقه في هذا كل من ميلر Miller 1961 وكلاين Clyne الذين لَمَّحا إلى أن الموضوع يحتاج إلى بحث وتحقيق، بينما ذهب كل من أيزنك وراثشمان Eysenck and Rachman سنة 1965 إلى اقتصار استعمال مصطلح فوبيا المدرسة عندما يتعلق الأمر بقلق أولي من بعض الجوانب المدرسية، في حين تستخدم لفظة قلق انفصال حين تكون المشكلة الأساسية متعلقة بمغادرة المنزل، ويفضل كل من مورغان Morgan 1959، وبعده باركر Barker سنة 1971 وفرومر Frommer سنة 1972 مصطلح "رفض المدرسة school phobia".

وقد تجاوز جون بولبي John Bowlby أيضا مصطلح فوبيا المدرسة La phobie scolaire مستعيضا عنه بمصطلح قلق الانفصال anxiété de séparation، مشيرا إلى أنها عبارة عن قلق للانفصال وشبه رهاب من فقد الأم وليست فوبيا، كما أن تقديم هيرسوف L.A Hersov سنة 1960 مصطلح رفض المدرسة Refus scolaire كبديل لفوبيا المدرسة، جعل الدول الأنجلوساكسونية من حينها تتخلى تدريجيا عن مصطلح فوبيا المدرسة School phobia لصالح مصطلح رفض المدرسة، في حين لا تزال الدول الفرنكفونية تصف الرهاب الشديد من المدرسة على أنه فوبيا مدرسية. (Lauriane, 2013: 12)

كما يشير كيرني Kearney (2007: 453) إلى أن استخدام المصطلحات المستخدمة في الأدبيات التربوية مثل: التغيب عن المدرسة ورفض المدرسة وفوبيا المدرسة بالتبادل بينها في نفس السياق هو أمر غير متنسق ومشكلة حقيقية في تحديد المصطلح.

ويعرف فرانسيس دونفارس Francis Danvers (1994: 201) فوبيا المدرسة أنها: "مخاوف غير منطقية تجعل الطفل يرفض الذهاب إلى المدرسة، وتكون هذه المخاوف مصحوبة بقلق واضح جدا

أو نوبات هلع حين يرغم الطفل على الذهاب للدراسة"، ويوضح فرانسيس أن الفرق بين الفوبيا المدرسية والمفاهيم المرتبطة بها هو مجموعة المتلازمات الخاصة بالقلق والرفض والتي تصل في بعض الحالات إلى العدوانية عند المراهقين في حالة محاولة إرغامهم على العودة إلى المدرسة.

ويعرف مجدي محمد عبد الله إلى أن الرهاب المدرسي أو فوبيا المدرسة (2006: 239) هو: "الإحجام أو رفض الذهاب إلى المدرسة بسبب القلق الزائد من البقاء في المدرسة، ويعبر الأطفال المتخوفين من المدرسة عن هذا الإحجام أو الرفض في صورة استجابات طبيعية أو شكاوى جسمية يفتنون بها والديهم بإبقائهم في المنزل".

ويذهب رياض نايل العاسمي (2015: 44) إلى أن الخوف المرضي من المدرسة هو: "عبارة عن خوف شديد غير منطقي مرتبط بذهاب الطفل إلى المدرسة، والذي تنتج عنه فترات انقطاع كلية أو جزئية عن المدرسة، وتصاحب هذا الخوف اضطرابات انفعالية ووجدانية شديدة تظهر في صورة أعراض مرضية كالخوف الحاد والمزاج المتقلب، والاتجاهات السلبية نحو المدرسة، وشكاوى جسمية دون أساس عضوي لها كأوجاع الرأس الغثيان وآلام البطن يلجأ إليها الطفل كوسيلة دفاعية عندما يجبر على الذهاب إلى المدرسة من قبل الوالدين وذلك لتأكيد بقاءه في المنزل".

كما تعرفه زينب محمود شقير (2011: 04): "أنه رفض التلميذ الذهاب إلى المدرسة لعدة أسباب مختلفة ولا يكشف الأطفال المصابون بالخوف من المدرسة عن انخفاض مستوى الأداء داخل المدرسة وسلوكهم أيضا مع محاولته تبرير ذلك الغياب بالخوف من عقاب المعلم واعتداء الأقران ويظهر لدى الطفل أعراض فيزيائية (إسهال، شكاوى من ألم المعدة والصداع والقيء واضطراب النوم وغيرها)".

وتعرف هند عصام العزازي (2014: 82) المخاوف المدرسية أنها: "أنها شعور بالخوف من المدرسة مع الرغبة في عدم الذهاب إليها ورفضها، بسبب شعور الطفل بالخوف من الأماكن أو المواقف أو الأوضاع المدرسية، أو الأشخاص أو الموضوعات أو الأفعال المتعلقة بالحياة المدرسية".

ويشير جاك ليفو Jacques Leveau (2005) إلى أن مصطلح "رهاب المدرسة" هو مصطلح مربك، وينبغي التمييز بين مجموعتين مختلفتين من الأطفال الفوبيين، فالمجموعة الأولى هم أولئك الذين يعانون من قلق الانفصال في البيئة الأسرية والذين يشكلون حوالي 40% من الحالات، أما المجموعة الثانية فهم أولئك الذين يعانون من القلق ورفض وضعية معينة في المدرسة أو المدرسة نفسها، وهو يرى أن فوبيا المدرسة المصحوب بقلق الانفصال هي حالة فوبيا زائفة أما الفوبيا المصحوبة برفض المدرسة فهي فوبيا مدرسة حقيقية.

بينما يرى وولمان Wolmen (2006: 177) أن الأطفال المصابين بفوبيا المدرسة "يهرعون إلى البيت أي إلى الأم وهم يخافون الابتعاد عن البيت لأنهم ينزعجون من أن أشياء ما قد تحدث عندما يخرجون، وقد ينشأ لديهم الصداع أم آلام البطن أو الغثيان أو دوار الرأس والأعراض النفس-جسمية Psychosomatique التي تبرز إصرارهم على البقاء في البيت مع الأم".

وعموماً فإن مجمل الدراسات التي تناولت فوبيا المدرسة –Kearney (2007)، هالة الجرواني ونيللي محمد العطار (2014)، رشاش حسين (2014)، العاسمي (2015) ركزت في تعريفها لها على وجود ثلاث ظواهر مع شرط عدم وجود مظهرين سلوكيين، أما الظواهر السلوكية المصاحبة للفوبيا المدرسية فهي:

- **قلق واضطرب انفعالي ووجداني:** حيث تصاحب الطفل الذي يعاني من الفوبيا حالات من القلق العام خاصة اليوم الأخير من الإجازة الأسبوعية، والانفعال الحاد والدخول في حالات من البكاء وتقلب المزاج، ونميز أيضاً أن هذه الحالة الانفعالية تكون على أشدها قبل الذهاب من المدرسة ولكن سرعان ما تزول حين يتأكد الطفل أنه لن يذهب إلى المدرسة.

- **سلوك الرفض والتجنب:** يعمل الطفل الذي يعاني فوبيا مدرسية على تجنب المدرسة بشتى الوسائل، ومحاولة البقاء في البيت وتغيير الحالة النفسية حين يريد الذهاب إلى المدرسة وحين يكون داخلها.

- **شكاوى جسمية:** تصاحب فوبيا المدرسة شكاوى جسمية كثيرة مثل الحمى والصداع والغثيان والأوجاع في أماكن متعددة من الجسم والشعور بالإعياء، وهذه الشكاوى قد تكون مزيفة لتفادي الذهاب إلى المدرسة وقد تكون حقيقية كما أشار البعض (وولمان، 2006)، وتزول هذه الشكاوى بمجرد أن يزول احتمال الذهاب إلى المدرسة.

كما يُستثنى من المشاكل السلوكية والانفعالية للأطفال المصابين بفوبيا المدرسة المشاكل السلوكية التالية:

- **السلوكيات المضادة للمجتمع:** مثل السرقة والكذب والعدوان والتخريب وهي سلوكيات عادة ما تظهر عند الأطفال الجانحين والذين يعانون من سوء التكيف المدرسي أو سوء التوافق الاجتماعي، وتكون هذه السلوكيات متعلقة أيضاً بمشاكل الأداء المدرسي الذي يكون ضعيفاً عند هؤلاء بخلاف الأطفال الفوباويين من المدرسة الذي يكون أداؤهم متوسط أو فوق المتوسط ولا يعانون بشكل عام من ضعف الأداء الأكاديمي.

- **الزوغان والهروب إلى الشارع:** لا يتجول الأطفال الفوبايين من المدرسة في الشوارع حين يتغيبون عنها، بل هم يتغيبون ليقوا في البيت أو ليكونوا مع أمهاتهم، ولهذا فالتغيب الذي يرافقه التجول في الشارع والذي يكون عادة دون علم الأولياء بذلك هو سمة سلوكية للأطفال كثيري التغيب والأطفال الهاريين من المدرسة.

الفرق بين فوبيا المدرسة وبعض المفاهيم الأخرى:

تشترك فوبيا المدرسة مع بعض المفاهيم الأخرى التي قد تتداخل معها في بعض الجوانب ولكنها تختلف عنها في جوانب أخرى، فالأعراض التي تظهر على الطفل الذي يعاني من فوبيا مدرسية قد تتشابه إلى حد كبير مع بعض المظاهر السلوكية مثل الهروب من المدرسة والتغيب عن المدرسة ورفض المدرسة.

رفض المدرسة: كنا قد أشرنا سابقا في تعريف الفوبيا المدرسية إلى السياق التاريخي لظهور مفهوم رفض المدرسة كمرادف لفوبيا المدرسة، وأشرنا أيضا إلى نطاق انتشار كلا المصطلحين في أدبيات البحث النفسي والتربوي، وتشير كلا من هالة إبراهيم الجرواني ونييلي محمد العطار (2014:50) إلى أن عديد الباحثين يستعملون الرفض المدرسي كمرادف لفوبيا المدرسة ومنهم: عباس عوض ومدحت عبد اللطيف (1990)، وحمدي ياسين وأسماء المرسي (1992)، ورياض نايل العاسمي (1995)، ومحمد عبد الظاهر ومحمود عبد الحليم (1997)، وحسن مصطفى (2001).

غير أننا لا نجد أن هناك ما يسوغ استعمال المصطلحين بالتبادل أو التعامل معهما كمصطلحين مترادفين، لأن سلوك الرفض قد يشمل مظاهر سلوكية وانفعالية أعمق وأكثر تنوعا من الفوبيا المدرسية، فرفض المدرسة حسب كريستوفر كيرني Christopher Kearney (2008: 07) هو: "سلوك يشير إلى دوافع لدى الطفل في رفض الحضور إلى المدرسة أو صعوبات في البقاء داخل غرفة الصف طيلة الدوام الدراسي"، ورفض المدرسة لا يفترض وجود بعض الأنماط السلوكية الأخرى المختلفة والتي تحمل نفس الأعراض مثل التغيب عن المدرسة (الذي له علاقة بالجنوح)، رفض المدرسة (كقلق)، والفوبيا المدرسية أو السكولوفوبيا School-phobia (خوف)، فقد يرجع رفض المدرسة إلى مجموعة من الأنواع المختلفة من المشاكل السلوكية المتدرجة على طول طيف سلوك رفض المدرسة (الشكل رقم 02)، فرفض المدرسة يحوي على الانسحاب أو الانقطاع عن المدرسة، والتغيب عن المدرسة المدفوع بالوالدين.

الحضور إلى المدرسة مع وجود توتر والتماس لعدم الحضور	تكرار سلوكيات سيئة في الصباح عند الذهاب إلى المدرسة	تكرار تأخرات في الصباح قبل الحضور إلى المدرسة	تغيبات محدودة 25 وهروب من الحصة	تكرار في الغيابات والهروب من الحصة بعد فترة من الحضور	غياب تام عن المدرسة بعد كل فترة زمنية محددة
---	---	---	---------------------------------	---	---

غياب تام عن
المدرسة لمدة
زمنية طويلة

الشكل رقم (01): درجات رفض المدرسة (Christopher, 2008: 08)

وتجدر الإشارة إلى أنه لم يرد مصطلح فوبيا المدرسة في الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية النسخة الخامسة DSM5 (2013، 189-191)، حيث تطرق الدليل إلى مفهوم رفض المدرسة في موضعين، الموضع الأول الخاص بالفوبيا الاجتماعية، حيث تكون حالة رفض المدرسة نتيجة مخاوف من سوء التقييم والأحكام السلبية المتوقعة من طرف الآخرين، أما الموضع الثاني في قلق الانفصال الذي تناول الأفراد الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال والذين قد يتجنبون نتيجة لذلك الأوساط الاجتماعية، وتم ذكر رفض المدرسة كمثال على ذلك.

غير أن Ajuraiguerra في (Ferrari&Bonnot، 2013: 440) يفضل استعمال مصطلح الخوف المدرسي La phobie scolaire عن مصطلح رفض المدرسة Le refus de l'école، حيث أن مصطلح الرفض يعبر عن ميكانزمات حرجة وأكثر تعقيدا.

كما أن مفهوم رفض المدرسة قد يحوي أشكالاً سلوكية مرتبطة بوضعيات سيكوباتولوجية Situations Psychopathologiques متنوعة أوردها كل من دانيون غريليا Danion-Grilliat وبورستاجن Bursztejn (2011: 305) كما يلي:

- **الأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه وفرط الحركة** يكون النظام المدرسي بالنسبة لهم عائقاً ومشكلاً كبيراً يصعب التكيف معه ولهذا يضطرون لرفض هذا النظام والجو المدرسي العام.

- **مشاكل سلوكية لا تكيفية ومشاعر الاضطهاد**: حيث يرفض الطفل المدرسة كونه يتعرض فيها لمعاملة غير عادلة أو أنه يلصق بها مشاعر الاضطهاد وتكون بالنسبة إليه معاناة فهو يتعرض للتهميش ويحس بانعدام الأمن نتيجة تحرشات الأطفال المتنمرين، والتنمر أو التحرش (bullying) هو "سلوك عدواني يقوم به بعض الطلاب تجاه الآخرين، وقد تتراوح حدته من الإغظة إلى العنف الجسدي، وغالباً ما يكون التلاميذ الأكبر سناً هم المتنمرون والأصغر سناً هم الضحايا" (باتل، 2008: 268).

- **مشاكل التغذية**: يتجنب الطفل المدرسة إذا كان يعاني من السمنة المفرطة ويتعرض للسخرية من زملائه في المدرسة، حيث يكون الأطفال الذين يعانون من السمنة أكثر تغييباً عن الأطفال العاديين،

كذلك الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي Anoraxie montale ويتناولون وجباتهم بالمطعم المدرسي حيث يتعرضون لمساءلات عديدة حول عدم تناولهم لوجباتهم.

- **مشاكل النوم:** حيث يتأخر باستمرار الأطفال الذين يعانون من مشاكل النوم كالأرق والنوم المتأخر وقد يواجهون متاعب في التركيز والنوم أثناء الحصص الدراسية.

- **متلازمة التعب المزمن:** قد يكون بعض الأطفال يعانون من متلازمة التعب المزمن Neurasthénie والتي تصيب الإناث أكثر من الذكور حيث يعاني التلميذ من مشاكل كالصداع وآلام عضلية وتعب تجعله يتغيب باستمرار عن المدرسة.

6-1 الهروب عن المدرسة Truancy: يرى العاسمي (2015: 57) أن الطفل الهارب من المدرسة هو طفل لا يحب المدرسة ويتحاشاها بصورة اعتيادية ومتكررة، إنه يهرب منها إلى مكان غير المنزل كالتجول في الطرقات أو في الحدائق العامة بشكل فردي أو مع أقرانه الهاربين مثله، وتدفعه إلى ذلك في كثير من الأحيان روح المغامرة ومحاولة اكتشاف آفاق ابعد من العالم الذي يتحرك فيه.

ويرى وولمان Wolman (2006: 177) أن الطفل المزوغاتي (الهارب من المدرسة) هو "طفل يتحاشى المدرسة بصورة اعتيادية متكررة، إن بعض الأطفال – الراضين للمدرسة أو الفوباويين من المدرسة—لا يهربون من المدرسة، إنما يهرعون تجاه شيء يخفف من قلقهم.

ومن صفات الطفل الهارب من المدرسة أنه يتغيب عن المدرسة بدون عذر، يقضون وقت تغيبهم المتعمد بعيدا عن البيت، يحاولون إخفاء هروبهم وانقطاعهم عن الذهاب إلى المدرسة عن والديهم، وتظهر على هؤلاء الأطفال أعراض عدم الارتياح النفسي، يذهبون إلى المدرسة على فترات متقطعة، ويميلون إلى إظهار تقدم أكاديمي ضئيل، ويمارس بعضهم سلوكيات مضادة للمجتمع كالسرقة والعدوان والتخريب. (الجرواني وَالعطار، 2014: 56).

كما يرى العاسمي (2015) أن بعض هؤلاء الأطفال قد يكونون مصابين بمرض نفسي أو عقلي، وقد يفعلون ذلك لإشباع حاجات تأكيد الذات أمام زملائهم، وقد تلعب الخلافات والصراعات بين الوالدين وبين الوالدين والطفل وحالات طلاق الوالدين دورا كبيرا في ظهور الهروب المدرسي، ويعاني معظم هؤلاء ضعفا في التوافق الاجتماعي، كما ينحدر معظمهم من عائلات كبيرة العدد وغير مستقرة ولا تحترم الأعراف والتقاليد الاجتماعية السائدة، وعادة ما تقصر هذه الأسر في تأمين الحاجات النفسية والجسمية للطفل، فهو يلجؤ إلى البيئة الخارجية لإشباع حاجاته المختلفة.

التغيب عن المدرسة:

ويرى بيسيوني السيد ومحمود محي الدين (الجرواني وَالعطار، 2014: 57) أن المقصود بالتغيب عن المدرسة هو انقطاع التلميذ عن فترة المدرسة لا تقل عن أسبوعين، منهم ثلاثة أيام على الأقل بصفة متصلة، بدون مبرر وهو يختلف عن التزويغ Truancy، كما أنه يختلف عن فوبيا المدرسة.

فبعض التلاميذ يتغيبون عن المدرسة لأسباب ترجع لعلاقتهم السيئة مع المعلمين أو مع المحيط المدرسي، وقد يسلك بعض التلاميذ هذا السلوك بتأثير من زملائهم، أو بإملاءات من الأطفال الهاربين من المدرسة بغية تكوين شلة (مجموعة) من الهاربين، بالرغم من أن بعض التلاميذ الموجودين في هذه المجموعة لا تنطبق عليهم صفات الهروب المدرسي والزوغان، وقد يكون التغيب لأسباب مبررة سواء لأسباب تتعلق بظروف العائلة، أو لأسباب صحية.

وترى دينا جايسون Dina Jason (2013 : 61) "أن مشكلة التغيب عن المدرسة هي مشكلة اجتماعية وتعليمية وقانونية أكثر منها طبية، فهي عادة جزء من مشكلة سلوكية أوسع، ولا يشكل القلق المظهر الأساسي لها كما في حالات رفض الذهاب إلى المدرسة وفوبيا المدرسة، وأما الحل الأفضل لها فهو بوضع حدود صارمة ومعالجة مشكلة السلوك الأوسع عند الطفل".

وقد قام كل من Ajuraiquerra و Marcelli (352:Dumont et al) بالتطرق إلى عزل ظاهرة أخرى شبيهة بالهروب المدرسي وهي اللامبالاة المدرسية Le désintérêt scolaire، ووصفوها أنها متلازمة تظهر مع مرحلة الكمون (الطفولة المتأخرة) وبداية المراهقة، وذلك لتأثيرات التغيرات السلوكية لهذه المرحلة، حيث لا يكون التعلم موضوعاً لإرضاء رغبة الوالدين، ويحل محل ذلك الدافعية الذاتية (الشخصية) الموجودة لدى المراهق.

وعموماً يختلف الأطفال المتغيبين عن المدرسة عن بقية التلاميذ المصابين بفوبيا المدرسة في أسباب الغياب التي تكون في حالة الغياب متنوعة ظرفية أو لأسباب متعلقة بضعف الأداء، وبالخصائص النفسية والسلوكية والتي تحمل علامة فارقة وهي السلوكات المضادة للمجتمع والتي لا تكون موجودة في حالة فوبيا المدرسة، والجدول رقم (04) يوضح أكثر الفرق بين التغيب عن المدرسة وفوبيا المدرسة.

جدول رقم (02): يوضح الاختلافات بين متخوفي المدرسة والمتغيبين دون عذر (عبد الله، 2006: 241)

الأطفال الخائفين من المدرسة	الأطفال المتغيبين دون عذر	
يجبون المدرسة ويتقبلونها	لا يجبون المدرسة ولا يتقبلونها	1

أداؤهم الدراسي في المدرسة متوسط أو فوق المتوسط	أداؤهم الدراسي في المدرسة ضعيف بشكل واضح	2
مهمومون من الفشل في دراستهم وإن كان لديهم قدر من الاهتمام بها	يتناولون دروسهم بقليل من الأهمية، ولا يستشف من سلوكهم الخوف من الفشل	3
يعبرون عن رغبتهم في العودة إلى المدرسة	يعبرون دائماً عن أملهم في عدم البقاء في المدرسة	4
لديهم قبول من والديهم بأن يبقوا خارج المدرسة	يحاولون دائماً الخروج من المدرسة دون موافقة والديهم	5
يقضون وقتهم خارج المدرسة في المنزل	يقضون وقتهم خارج المدرسة بعيداً عن المنزل	6

قلق الانفصال: في حالة فوبيا المدرسة يجب التفرقة بين أعراض قلق الانفصال (بكاء الطفل لأنه انفصل عن عائلته) وأعراض الفوبيا الاجتماعية La phobie sociale (بكاء الطفل لأنه يخاف الآخرين)، وتكمن الصعوبة في تحديد مفهوم فوبيا المدرسة كون المدرسة تحوي على عديد من الوضعيات والأوساط الاجتماعية المختلفة (الرواق، قاعدة الدرس، ملعب، حافة المدرسة، جرس المدرسة، فرق، معلمين وتلاميذ، وأشياء أخرى) ولهذا يصعب كثيراً تحديد سبب المخاوف بدقة، وإذا لم يكن الموضوع الخاص بالمخاوف معروفاً فإنه من الممكن أن يتفاقم المشكل أكثر، فالأشخاص الذين لديهم رفض للمدرسة من المحتمل أنهم سوف يحصلون على مزيد من المخاوف وسوء التقييم للمواقف الاجتماعية خارج المدرسة أو من موضوع معين، وقد نلاحظ أن لديهم صعوبات في تكوين أصدقاء والتعاون مع الأولياء، والخجل، والاضطرابات الانفعالية في العلاقات الأسرية ومع الرفاق في القسم، فالمشاكل فالخصائص الأساسية للأفراد الذين يعانون من مخاوف مدرسية حسب الاستبيانات والدراسات الإكلينيكية لها علاقة قوية بالقلق الاجتماعي وشعور عميق بانعدام الكفاءة. (Emilien & Alt، 2003)

وفي الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض النفسية النسخة الخامسة DSM5 (2013: 190-191) اضطراب قلق الانفصال Separation Anxiety Disorder تم تعريفه على أنه قلق أو خوف مفرط وغير مناسب تطورياً يتعلق بالانفصال عن البيت أو عن الأشخاص الذين يتعلق بهم، كما يتجلى بثلاثة (أو أكثر) مما يلي:

- انزعاج مفرط متكرر عند توقع أو حدوث الانفصال عن البيت أو الأشخاص الذين يتعلق بهم بشدة.
- خوف مستمر ومفرط يتعلق بفقدان، أو بحدوث أذى محتمل للأشخاص الذين يتعلق بهم بشدة كالمرض، الإصابة، كارثة، أو الموت.

- خوف مستمر ومفرط من أن حادثاً مشؤوماً (مثلاً لضياع، التعرض للخطف، حصول حادث، المرض) سيسبب الانفصال عن شخص يتعلق به بشدة.
- ممانعة مستمرة أو رفض الذهاب إلى الخارج كالمدرسة أو العمل أو الأماكن الأخرى بسبب الخوف من الانفصال.
- الخوف المستمر المفرط أو الممانعة لأن يكون وحيداً أو دون وجود أشخاص يتعلق بهم بشدة في المنزل أو الأماكن الأخرى.
- ممانعة مستمرة أو رفض النوم بعيداً عن البيت أو النوم دون أن يكون على مقربة من شخص يتعلق به بشدة.
- كوابيس متكررة تتضمن موضوع الانفصال.
- شكاوى متكررة من أعراض جسدية (مثل الصداع أو آلام المعدة أو الغثيان أو الإقياء) حين يحدث الانفصال أوحين يتوقع الانفصال عن شخص شديد التعلق به.

ويظهر عليه أيضاً الخوف، القلق، التجنب، حيث يستمر لمدة أربعة (04) أسابيع على الأقل عند الأطفال والمراهقين، وبشكلٍ نموذجي ستة أشهر أو أكثر عند البالغين، يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً مهماً أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

وتتطابق هذه الأعراض بشكل كبير مع تلك المذكورة في التصنيف العاشر للأمراض النفسية والسلوكية ICD10 (1999).

وأهم ما يميز قلق الانفصال هو وجود قلق مستمر من أن هناك أذى سيصيب الوالدين عندما يكون الطفل بعيداً عنهما، فعندما يكون هؤلاء الأطفال في المنزل، فإنهم يحاولون الالتصاق بأحد والديهم أو الاثنين كما الظل، ونظراً لأن المدرسة هي أولى الحالات التي تتطلب انفصالا طويلاً ومتكرراً عن الوالدين، وغالباً ما يتم ملاحظة قلق الانفصال عندما يبدأ الطفل في الذهاب إلى المدرسة (كرينغ وآخرون، 2016: 827).

وتبلغ نسبة الظهور لدى الأطفال الأصغر متساوية بالنسبة للصبيان والبنات، كما تظل النسبة بين الجنسين نفسها في الممارسة الإكلينيكية للأطفال المشاهدين، إلا أن نسبة الاضطراب لدى البنات حسب الدراسات أكبر مما هو لدى الصبيان، وهناك فروق ثقافية في المقدار المرغوب فيهم تتحمل انفصال الوالدين عن الطفل، ولا بد من التفريق بين الروابط القوية المتعلقة بالثقافة داخل الأسرة وبين اضطراب بقلق الانفصال، ويمكن للاضطراب أن يبدأ في سن ما قبل المدرسة إلا أنه يمكن أن يظهر في وقت متأخر حتى سن الثامنة عشر، ومن النادر أن يظهر في المراهقة. وتوجد مراحل مميزة من التفاقم

والتحسن، مع العلم أن القلق من الانفصال وتجنب مواقف الانفصال قد يستمر لسنوات طويلة (Schlottke&Caspar&Roehler، 2016: 194).

ويكمن الفرق بين قلق الانفصال عن فوبيا المدرسة في أن الطفل الذي يعاني من اضطراب الانفصال لديه إحساس بالخوف من التغيير، كما أن الاضطرابات الوجدانية اشد مما لدى الطفل الذي يعاني من فوبيا المدرسة، أضف على ذلك أنه ليس كل الأطفال الذين يعانون من فوبيا المدرسة يظهرون قلق الانفصال (الجرواني وَالعطار، 2014: 54).

النظريات المفسرة للفوبيا المدرسية:

نظرية التحليل النفسي:

يقسم سيجموند فرويد Freud المخاوف إلى قسمين الأول يسميه المخاوف الموضوعية أو المحددة ، والقسم الثاني يسميه المخاوف العامة أو غير المحددة، فالأول يرتبط بالخوف بموضوع محدد كالخوف من الحيوان أو الظلام أو الموت، أما النوع الثاني فلا يرتبط بالخوف فيه بموضوع معين وتكون حالة الخوف فيه كأنها هائمة أو عائمة لا تستقر على موضوع، ويسمي فرويد هذه الحالة بالقلق العصبي Anxiety Neursis، ويقسم هذا النوع من المخاوف حسب توقع وموضوعية الخطر، ففي النوع الأول يكون الخطر بارزا كالخوف من الحيات أو النار، والنوع الثاني يكون الخطر فيه راجع للصدفة كالخوف من القطارات أما الثالث فلا يكون هناك خطر على الإطلاق كالخوف من الأماكن المفتوحة أو الخوف من الخفافس وغيرها (الجبالي، 2007: 82).

وقد كانت حالة هانز الصغير أول حالة لطفل يعالج بالتحليل النفسي من حالة فوبيا من الجياد، وظهر هذا العصاب لديه في أوائل شهر يناير من سنة 1908 حيث كان عمره أربعة سنوات وثمانية أشهر وشفى منها بعد أربعة أشهر من العلاج، وكان أبواه من مريدي فرويد في تلك الحقبة الباكرة من تاريخ التحليل النفسي (فرويد، تر: زيور، 2007) وقد تصدرت نظرية التحليل النفسي لفترة طويلة في تفسيرها للفوبيا، فبعد أن قدم فرويد Freud سنة 1909 حالة هانز الصغير كانت طريقته في العلاج النفسي، الطريقة المتاحة في تلك الفترة لعلاج المخاوف المرضية (André، 2004)، وقد كانت مخاوف هانز الصغير هي في الأصل مخاوف تجاه الأب تم تحويلها نحو الخيول، ففي الوقت الذي عانى فيه الجهاز النفسي الهش لهانز من التناقض الحاصل بين مشاعر العدوانية والشعور بالذنب تجاه الأب والحفريات السادية تجاه الأم ، تم كبت هذه المشاعر وتحويل الخوف من الخصاء إلى الخارج الشعوري على شكل فوبيا، مع رباط رمزي يربط الأب بالموضوع الخوف الذي يمثل في حالة هانز الحصان

(Bordin، 2007)، وقد قدم ألفرد أدلر Alfred adler تفسيراً مشابهاً لتحليل فرويد عن الفوبيا كونها نتيجة الحصر الذي ينشأ من كبح ما أسماه "غريزة العدوان" (فرويد، تر: زيور، 2007) أما فيما يخص رهاب الفضاءات فهو حسب المدرسة التحليلية مرتبط بخطر الشارع الذي يمكن أن يرمز إلى احتمال مغامرة جنسية أو على الرغبة في التعري أو التلصص بالنظر" (زروالي، 2014: 94).

وتركز نظرية التحليل النفسي على عقدة أوديب Complexe d'Edipe والتي تتحدث عن الرغبة الجنسية اللاشعورية لدى الطفل التي ينميها نحو أمه، أو البنت تجاه أبيها، وقلق الخصاء Castration في هذه المرحلة الذي قد يتحول إلى مخاوف تجاه موضوعات خارجية كما في حالة هانز الصغير التي ذكرها Freud سنة 1909 (Denis، 2011).

وعقدة أوديب حسب معجم مصطلحات التحليل النفسي (تر: حجازي، 1997: 356) هي: "الجملة المنظمة من رغبات الحب والعداء التي يشعر بها الطفل تجاه والديه، وتظهر هذه العقدة في شكلها المسمى إيجابياً كما في قصة أوديب- الملك أي: رغبة في موت المنافس، وهو الشخص من نفس الجنس، ورغبة جنسية في الشخص المقابل، أما في شكلها السلبي، فتأخذ منحى مقلوباً أي: حب للوالد من نفس الجنس وحقد حسود على الوالد من الجنس المقابل، وفي الواقع يتواجد هذان الشكلان بمقادير متفاوتة في الشكل الكامل لعقدة أوديب، وتبلغ عقدة أوديب حسب فرويد ذروتها مابين سن ثلاث وخمس سنوات، خلال المرحلة القضيبية، ويسجل أفلها في مرحلة الكمون".

وحسب فرويد فإن الطفل يلجأ إلى الإزاحة Déplacement أو التحويل والترميز بأن يحول موضوع الخوف الأصلي إلى موضوع آخر بديل وذلك لضعف الوسائل الدفاعية الأولية، حيث أن الكبت الذي يستعمله الطفل لا يصبح كافياً. (العاسمي، 2015)

وتذكر شرادي (2006: 224) أن عقدة أوديب تلعب دوراً هاماً في تكيف الطفل مع المدرسة، حيث يتزامن دخوله إليها مع آخر مراحل الفترة الأوديبية، كما أن زوال عقدة أوديب ودخول الطفل مرحلة الكمون هو مرتبط بمجموعة من النقاط التي تنص عليها نظرية التحليل النفسي وهي:

- زوال أوديب يمهد لظهور مرحلة الكمون.
- أسلوب وكيفية زوال أوديب يؤثر في مرحلة الكمون.
- الفترة الزمنية لزوال أوديب غير محددة، إذ تشمل تقريباً الخمس أو الست سنوات من العمر.
- يتم زوال أوديب تدريجياً، وبدرجات متباينة بين الأطفال، وحتى بين الجنسين.
- البناء الأوديبى وكل ما ينجر عنه، يمكن اعتباره كنوع من التحول في التطور الليبيدي.

- التراجع عن تحقيق الرغبات البييدية يدل على عملية الحداد تجاه الماضي، وبداية للتقمصات الأوديبية، التي تلعب دورا أساسيا في تكون الأنا، أي في بناء شخصية فريدة من نوعها.

كما يذكر كل من أتينكسون Atkinson و كوارينغتون Quarrington وسير CYR (Reynolds & Fletcher-Janzen، 2007: 1778) أن بعض علماء النفس التحليليين يركزون في تفسيرهم للفوبيا المدرسية على الاعتمادية والعنانية في علاقة الطفل بوالديه، حيث ترجع المخاوف المدرسية إلى الصراعات اللاشعورية التي تدفع الطفل لحماية أمه ومحاولة عدم الابتعاد عنها، في حين يذهب بعض التحليليين الآخرين إلى الصراعات المتمحورة حول العداة والرغبة التي يتم تحويلها وإزاحتها نحو الوضعيات المدرسية، والتي تظهر على شكل فوبيا من مواضيع (متعلقة بالمدرسة)، وفي كل الأحوال يلعب هذا القلق من الانفصال دورا أساسيا في ظهور الفوبيا المدرسية.

وترتبط فوبيا المدرسة حسب سبيرلنغ Sperling في (Bouteldja، 2014) إلى مرحلة نفس-انفعالية psycho-affective مبكرة وهي المرحلة الشرجية-السادية (ما قبل أوديبية) وهي تعكس الصراع المتمحور بين الانفصال عن الأم وبين الفشل النرجسي في الحفاظ عليها.

نظرية بولبي Bowlby حول قلق الانفصال:

وضع بولبي في ثلاثية التعلق والخسارة Attachment et perte والتحديد في الجزء الأول منها والذي صدر سنة 1969 القواعد والمفاهيم الأساسية لنظريته، حيث تمحورت هذه المفاهيم على الفرق الجوهري بين معنى التعلق L'attachement ومعنى وظيفة التعلق Fonction d'attachement، فوظيفة التعلق هي وظيفة عامة تطويرية تتعلق بالحفاظ على النوع والتطور لدى الأجناس ويشترك فيها الإنسان والحيوان، بينما التعلق هو عملية نفسية معقدة ومتدرجة لا تخضع لمبدأ "الكل أو لا شيء" بل تتدرج من التعلق الشديد إلى تعلق ثانوي خفيف.

ويعتبر بولبي Bowlby الفوبيا المدرسية أو رفض المدرسة هي مجرد درجات للتعبير عن قلق الانفصال، هذا القلق الذي تشبه أعراضه في سياق الفوبيا أعراض فوبيا الأماكن المفتوحة Agoraphobie ففي الحالتين حسب بولبي تكون اعتمادية الطفل على والديه، فالفوبيا المدرسية تتعلق بالأساس بمشاكل التعلق، وقد حدد بولبي Bowlby أربع مظاهر عيادية ترتبط بهذه الأعراض، وقد وضحها بليز بيارهامبرت Blaise Pierrehumbert (2003: 85-87) في النقاط التالية:

- يكون الطفل مصدر تقديم الأمن للوالدين، حيث نكون هنا بصدد تحول في الأدوار، ويمكن تمثيل هذه الوضعية بمثال لأم تم اقتلاعها من ثقافتها الأصلية بحيث أصبحت تحس أنها معزولة، ولم تجد الأمن

اللازم في عائلتها الجميلة، فالطفل الذي يولد في هذه الأسرة يتم استعماله من طرف أمه كمصدر للأمن، ولتعزير هذه الفرضية في عملية تبادل الأدوار هذه لا يستطيع الطفل التخلي عن والديه، فحسب عملية التحديد الإسقاطي l'identification projective والنتائج المترتبة عنها الوالدية الملزمة Parentalité contraignante، ويجب على الطفل أن يتصرف حسب الآلية الإسقاطية كما لو كان فعلا في حاجة إلى الأمومة المقدمة، هذا التوقع من الطفل يظهر من خلال سلوكه كسلوك مكمل لرغبة الوالدين المتمثلة بدقة في أمومة ملزمة ومقيدة للطفل، ويمكن أن ينظر إلى رهاب المدرسة كوسيلة للتعبير عن هذه الرغبة.

- خوف الطفل من أن يمسه والديه مكروه خلال غيابه، وفي هذه الحالة يكون أيضا تبادل أو تحول في الأدوار renversement des rôles، فعادة ما يكون الوالدين في حالة حرص على سلامة الأبناء، وتشترك في هذه الحالة الوالدين المكتئبين الذين لديهم أفكار انتحارية.

- يفتقد الطفل الأمن في حالة غياب والديه، حيث يكون القلق من الانفصال طبيعيا إذا كانت العلاقة بوالديه مهددة، وهذا أيضا طبيعي من الناحية الارتقائية (متطلبات النمو)، ويمكن توقع هذا الحدث في سن معين حيث يكون الطفل في مواجهة حدث غياب عن الأم، لكن وفي سن معينة يمكن للقلق أن يغدوا مرضيا بدرجات متفاوتة بعض الشيء تبعا لقدرة الطفل على النمو، حيث أنه قد يصاب بنوبات هلع وحساسية عاطفية عالية Hypervigilance émotionnelle، وذلك بسبب العجز عن تحمل الانفصال، و تكون هذه الأعراض نتيجة التعرض لهذا الحدث الصادم.

- يخشى الوالدين على سلامة الطفل، وهذه الوضعية ناتجة عن تجارب مؤلمة للوالدين (كفقدان أحد الأطفال في حادث أو غيرها من التجارب) تجعلهم يتشددون في وضع تصورات معينة حول المحيط الخارجي، فهذا النوع من العائلات "الحصن Bastion" حسب تعبير جون كليرهلز Jean Kellerhals تحفظ قدر الإمكان على الحدود بين المحيط الداخلي والمحيط الخارجي للعائلة، وتتعدم ثقها إلى حد التطرف حول العالم في الخارج، وعادة ما تنقل مثل هذه العائلات الفوبيا من العالم الخارجي إلى الأطفال.

وعلى عكس ما تذهب إليه النظرية السلوكية من أن القلق هو سلوك متعلم كأى سلوك آخر، أو ما تذهب إليه النظرية التحليلية النفسية من أن القلق هو رد فعل على تهديد نزوي داخلي، أو خطر خارجي، يقرر بولبي انطلاقا من ملاحظاته العيادية ودراساته التجريبية أن كل قلق هو "قلق انفصال"، ففي حالة الفوبيا المدرسية لا يكون الخوف متعلقا أساسا بالمدرسة إلا في حالات استثنائية يكون الطفل فيها قد تعرض للأذى أو التهديد الجسدي أو النفسي في المدرسة، بينما في الدراسة العيادية تبين أن النسبة الكبرى من حالات الخوف لا تعود إلى وجود مثل هذا التهديد، فبالتالي نحن لسنا بصدد الخوف من الذهاب إلى المدرسة، بل بصدد الانفصال عن البيت والأم بالأساس. (حجازي، 2004)

ويرى عبد الرحمن السيد في (الجرواني وَالعطار، 2014: 54) أن أصحاب نظرية قلق الانفصال يذهبون إلى أن الخوف المرضي من المدرسة مثله مثل المخاوف المرضية الأخرى يخفي مصدره الفعلي في قلق، ولهذا نجدهم يذكرون أن الطفل لا يعاني من خوف أولي (أصلي) من الذهاب إلى المدرسة، ولكن بالأحرى يعاني من خوف الانفصال عن الوالدين، ومن هنا يصبح دور المدرسة ودور الديناميات المتصلة بها مركزا لفهم وعلاج هذا النمط من المخاوف فقط عند الحد الذي يستطيع من خلاله الأخصائي الإكلينيكي أن يفسر وأن يضع خطة العلاج.

تفسير المدرسة السلوكية للفوبيا المدرسية:

حسب نظرية الإشراف الكلاسيكي، فإن العديد من الأنماط السلوكية ولاسيما الانفعالية منها كالخوف والتجنب والخجل والقلق وغيرها هي استجابات إشرافية متعلمة لمثيرات محايدة وفقا لعملية الاقتران، وخلافا لمدرسة التحليل النفسي ومنهجها في العلاج، يرى السلوكيون أن الفوبيات تتكون وتفهم في ضوء مفاهيم مثل التشريط والتعميم والتعزيز وخفض الحافز أكثر من كونها نتيجة اللاشعور والصراعات والعقد، وكان يعتقد بأن الناس تصاب بالمخاوف الشاذة لأنهم مروا بخبرات صادمة. (العيسوي، 1997)

ووفق هذا الاتجاه فإن الاضطرابات السلوكية والانفعالية يمكن اعتبارها سلوكيات شرطية غير تكيفية جرى تعلمها من قبل الأفراد استجابة لمثيرات شرطية (كانت بالأصل محايدة) نتيجة لتكرار اقترانها بمثيرات طبيعية (غير شرطية) لعدد من المرات، بحيث أصبح يتكرر ظهور مثل هذه الاستجابات لدى الأفراد في العديد من المواقف عند مواجهتهم لمثيرات معينة. (زغلول، 2015)

وهناك العديد من البراهين التي تشير إلى أن استجابات الخوف يمكن أن تتعلم عن طريق الإشراف الكلاسيكي، وذلك ما أسفرت عنه دراسات عديدة، نذكر منها دراسة Watson رفقة مساعدته Rosalie Rayner سنة 1920 وتجربتهما على الطفل ألبرت Albert حيث تم تعليم الطفل الخوف من الفئران بعد أن وضعاً فأراً أبيض قرب سريره في المستشفى الذي كان يعالج فيه من مرض عضوي، وبعد أن استأنس الطفل بالفأر قام واطسون بإحداث صوت مزعج خلف سرير الطفل كلما لمس الطفل الفأر أو اقترب منه الفأر، بعد عدد من المرات لم يتم إحداث الصوت المزعج، لكن الطفل أصبح يخاف من الفأر، حيث اقترن المثير الاصطناعي الذي هو الصوت بالمثير الطبيعي الذي هو الفأر، غير أن الطفل عمم مخاوفه بعدها على الكثير من الحيوانات ذات الفراء الأبيض. (Doyle-Portillo&Pstorino، 2013).

وتأتي بعض الدلائل التي تساند نظرية الإشراف في اكتساب الخوف، ومن التجارب التي أجريت عن طريق الحقن بمادة Scolene والتي تسبب عطبا مؤقتا في التنفس، ونتيجة لذلك نجد أن معظم الذين تعرضوا لهذه الخبرة تكونت لديهم مخاوف مكثفة من المثيرات المتصلة بموقف التجربة، وقد تزايدت مخاوفهم حتى في غياب الخبرات غير السارة، فالنظرية الشرطية في اكتساب الخوف ترى أن أي مثير يمكن تحويله إلى رمز للخوف. (كريم، 2005: 72)

ومع نمو اللغة عند الطفل، فإن التحذيرات، والإنذارات، والتهديدات الكلامية تصبح بمثابة منبهات إشرافية كلاسيكية جديدة تبرز في مساحة التعلم المعرفي، وما إن تتكرر الاستجابات الإشرافية للخوف عند الطفل حتى نجد أن دوائر قاعدة الخوف تمتد وتتسع لتكون على مستوى الإشراف الكلاسيكي من الدرجة الثانية. (حجار، 1999: 29)

كما يعتقد باندورا Bendura أن المثيرات الخارجية تؤثر في السلوك، فتصرفاتنا ما هي إلا انعكاس لما في البيئة من مثيرات، فخلال عملية التفاعل المتبادل، الحدث نفسه يمكن أن يكون مثيرا أو استجابة أو معززا بيئيا (العززي، 2014)، ومن هذا المنطلق فالخوف هو سلوك متعلم من البيئة المحيطة وهو نتيجة مثيرات اجتماعية ساهمت في التعلم الاجتماعي لسلوك الخوف وعززت من الانعكاسات المترتبة عنه.

وتعتمد النظرية السلوكية في تفسيرها للفوبيا المدرسية على نفس الطريقة التي تفسر بها المخاوف المرضية نحو مواضيع أخرى، فالسلوكيون يرون أنه سلوك متعلم نتيجة أساليب تربية خاطئة، وحتى قلق الانفصال له ما يبرره عند السلوكيين، إذ أن دخول المدرسة للوهلة الأولى يذكر بخبرة مزعجة ومخيفة حدثت لهم في السنوات الأولى من حياتهم متعلقة بخبرة الانفصال، أو خبرة الغريب، وهي ملاحظة شخص غريب في مراحل الطفولة الأولى أحدث لهم خبرة مزعجة ومخيفة نوعا ما، ويرى أصحاب هذه النظرية أن المخاوف التي تظهر في الدخول المدرسي أو بعده هي مخاوف مرتدة من الماضي نتيجة الانتكاسة المرتدة إلى المخاوف السابقة، وهذا ما تؤكد سلسلة تجارب قامت بها إحدى تلاميذ بافلوف Pavlov (شيهان، 1988: 120) على الجراء حيث تم إكسابها بالتعلم الشرطي الفوبيا أو المخاوف المرضية من المنبهات الضارة، ثم عولجت الجراء بعدئذ حتى زالت عنها المخاوف، وبعد ذلك بزمان طويل حين أصبحت الكلاب بالغة، جعلتها التجربة تصاب بالعصاب التجريبي، حيث عرضت لحالة من الاستثارة العالية عن طريق الضغط، فعاد إليها وهي في تلك الحالة من الاستثارة العالية ما كان عندها -وهي جراء- من التجنب الفوبي للمنبهات الضارة، وتبين هذه التجربة وغيرها من التجارب على الحيوانات أن الحيوان حين يتعرض للضغط ثم يمنع من استخدام أسلوبه المعتاد في تناول الموقف أو ينتهي استخدامه إياه بالفشل، فإنه يحدث نكوص أو ارتداد إلى الأساليب السابقة القديمة في مواجهة

المواقف وتناولها، وبعبارة أخرى إن حالة الاستثارة العالية في حياة البالغين يمكن أن تنشط سلوك الخوف من جديد الذي كان قائماً في مرحلة مبكرة من النمو.

ويشير العاسمي (2015: 132-133) إلى أن المدرسة السلوكية التقليدية ترى بأن "الخوف المرضي هو رعب مرضي من موضوع غير متناسب مع التهديد الفعلي، وهو لا ينشأ مثل المخاوف التشريطية حيث يكون الخوف نتيجة خبرة سيئة مع الموضوع المخيف، ففي حالة الخوف المرضي يكون الخوف مزاحاً من موضوع أصلي إلى موضوع بديل، حيث يفعل الطفل الخوف من المدرسة ويستثمره للبقاء بجانب الأم، لأنه يخاف الابتعاد عن الأم".

بينما ترى رشا حسين (2014: 73) أن فوبيا المدرسة في ضوء النظرية السلوكية هي حاصل مجموع التعزيزات السلبية التي يتلقاها الطفل في الروضة (عقاب من معلمة، عدم القدرة على التفاعل مع الأقران، المناخ النفسي السيئ في الروضة...) والتعزيزات الإيجابية التي يتلقاها الطفل خارج المدرسة من قبل الوالدين في المنزل، وكذا ميل الطفل لتجنب المواقف التي تثير القلق.

النظرية المعرفية:

أثبتت الدراسات أن بعض استجابات القلق (الخوف) ترتكز على أخطاء معرفية، يمكن التغلب عليها عن طريق التصحيح المعرفي، فالمخاوف غير المبررة عادة ما تكون مرتبطة بمجموعة من الأفكار غير العقلانية والتقدير الخاطئة للموقف الذي يثير هذه المخاوف، وتنمو هذه المخاوف في ظل توارده وتوليد معلومات مغلوبة تزيد من حدتها، كما أن سوء التقدير للموقف وربطه بخبرات غير سارة ومزعجة تجعله مصدراً للخطر وباعثاً على استجابات فسيولوجية تزيد من تأزم الوضع (كريم، 2005).

كما قدم لازاروس Lazareus نظرية الدافعية المعرفية Cognitive-Motivation Relational كأحد النماذج المعرفية في تفسير الانفعالات، والتي تشير إلى أن: "التقييم والتفسير المعرفي للعلاقة بين الفرد والبيئة يعد أمراً ضرورياً وهاماً في توليد ونشأة الانفعالات لدى الفرد، وفي المساهمة بشكل فعال في فهم الانفعالات والتعامل Coping معها، فهذه النظرية تفسر الضغوط والخبرة الانفعالية للفرد على أساس التقييم أو التفسير المعرفي، وكذلك آلية التعامل معها، ويضيف لازاروس أن الفرد لديه نوعين من التقييم المعرفي وهما: التقييم الأولي، والتقييم الثانوي بالإضافة إلى التعامل Coping، وفي ضوء ذلك كله يتحدد نوع الانفعال وشدته لدى الفرد، ففي التقييم الأولي تظهر شدة الانفعال حسب أهمية الحدث، وفي التقييم الثانوي تتعدل الحالة الوجدانية بالاعتماد على درجة التهديد الذي ينطوي عليه الحدث أو الموقف، أي تقييم ما إذا كان الفرد يستطيع التعامل مع الحدث أو لا يستطيع" (الرفاتي، 2011: 20-21).

ويلعب عامل التوقع والتهويل دوراً رئيسياً في ظهور الفوبيا المدرسية وفق النموذج المعرفي، ويميز Arone Beck (تر: عادل مصطفى، 2000) بين نوعين من الفوبيا التي تنشأ في سن الطفولة، فالنوع الأول هو المخاوف الشديدة المبكرة التي تشيع في سن الطفولة وتحدث لمعظم الأطفال والتي يتجاوزها المرء بعد ذلك ويكبر عنها، ويطلق Beck على هذه المخاوف مصطلح "رهابات التثبيت" Fixation phobias إشارة إلى أن النضج التصوري (المفاهيمي) فيما يتعلق بهذا الخوف قد توقف عند مرحلة مبكرة من مراحل النمو، أما النوع الثاني فهو "رهابات الصدمة Traumatic phobias" الشبيهة بعصابات الصدمة وفيها تؤدي خبرة مؤلمة أو مؤذية يمر بها المرء إلى زيادة حساسيته تجاه هذا النوع من المواقف، وتلقي الفوبيا الصدمية أضواء على العمليات التصورية (المفاهيمية) المتضمنة في تكوين المخاوف، فنتيجة الخبرة الصدمية يقوم الشخص بتعديل جذري لتقييمه السابق لإمكانات الخطر القابع في موقف أو موضوع معين فيرى خطراً في المواقف التي كان يعتبرها آمنة لحد كبير، وبإسقاط النموذج المعرفي الذي قدمه آرون بيك يكون للتصورات التي يكونها الطفل عن المدرسة دوراً رئيسياً في ظهور الفوبيا المدرسية لديه سواء نتيجة خوف مثبت من الابتعاد عن الوالدين أو عن الأم أو عن الأسرة كمكان آمن، أو نتيجة خبرة صادمة بعد الالتحاق بالمؤسسة.

النظرية البيولوجية:

تستند هذه الفرضية على مجموعة من الاتجاهات التي تفسر سلوك الخوف بناء على عوامل عضوية وجينية مسبقة، ومن بين هذا النظريات التي يستند إليه هذا التصور في تفسير الخوف المرضي نجد النظرية الوراثة، والنظرية السيكوفيزيولوجية التي ترجع الظواهر النفسية والانفعالات إلى عمل العضوية، وترى أن الخوف المرضي هو نتيجة لاختلال في الوظائف الفيسيولوجية المسؤولة عن ضبط هذا الانفعال، ونظرية الاستعدادات الفطرية التي ترى أن اضطراب السلوك له علاقة باستعدادات فطرية لدى كل فرد وله علاقة بالجوانب البيولوجية والتكوينات التي تولد مع الفرد وتجعله يكون متأهبا ومؤهلا للإصابة بالفوبيا، ونظرية العوامل الكامنة التي ترى أن للفوبيا عوامل فطرية تكون كامنة تنتظر فقط العوامل المفجرة لجعل هذا الاضطراب سلوك قابلاً للملاحظة (Turner ، 1984).

وتفترض النظرية الوراثة أن الخوف المرضي قد يكون أكثر من مجرد اضطراب يصاب به الفرد في مرحلة معينة ولعوامل خارجية، فالملاحظات التي تشمل إصابات الفوبيا مثلها مثل باقي الاضطرابات الانفعالية أثبتت وجود بعض الترسبات الوراثة التي تهيب الشخص للإصابة بالمرض، كما أن الدراسات التي أجريت على التوائم الحقيقية أثبتت أنه العامل الجيني يكون حاضراً بقوة خاصة في حالات الفوبيا الاجتماعية (André & Légeron ، 2000).

ويحدد تورنر Turner (1984: 97) ثلاث طرق تؤثر بها العوامل الجينية والوراثية في النمو الطبيعي أو في ظهور العوامل المرضية وهي: من خلال نشاط الكروموزومات Chromosomes الطبيعي، ومن خلال التحول الجيني، ومن خلال التفاعل التطوري الجيني الوراثي والبيئي، ويشير أيضا إلى أنه لا معلومات مؤكدة حول طريقة عمل الجينات أو التحول الجيني في ظهور الفوبيا، أو وجود معلومات تؤكد الجينة المسؤولة عن ظهور الخواف، إلا أن هناك دراسات أجريت على 184 توأم حقيقي و163 توأم غير حقيقي، وقد أثبتت هذه الدراسة أن نسبة التوافق في الاضطرابات العصابية بين التوائم الحقيقية كانت 59.2% بينما كانت بنسبة 28.2% بالنسبة للتوائم غير الحقيقية (Turner، 1984: 97).

كما أن هناك دراسات أكدت تنقل بعض مخاوف أحد الوالدين إلى الأبناء، ومنها دراسة ملوت وفال Mlott & Vale التي أجريت "بهدف فحص مجموعتين إحداها ضابطة والأخرى تجريبية (عينة لمجموعة من الآباء أصيبوا بمخاوف من الأماكن الواسعة)، وأسفرت الدراسة عن وجود فروق جوهرية في متغيرات الشخصية بين الأسر من ذوي المخاوف والأسر العادية" (كريم، 2005: 69).

تصنيفات فوبيا المدرسة:

تأخذ الفوبيا المدرسية بين الأطفال أشكالا متعددة ولهذا فإنها تأخذ أيضا تصنيفات متعددة، ولعل أول من وضع تصنيفا لفوبيا الحياة المدرسية كان فريق جون كوليدج وبولين هاهن وأليس بيك COOLIDGE.J, HAHN.P & PECK.A سنة 1957 (Boyce، 1975:44) حيث صنفا فوبيا الحياة المدرسية إلى نمطين، العصابي والمزمن، وأصبح هذا التصنيف متداولاً في كلاسيكيات الأبحاث الخاصة بفوبيا المدرسة خلال النصف الثاني من القرن العشرين، ويتمثل هذين النوعين فيما يلي:

- النوع العصابي **Neurotic school phobia**: الذي يصيب الأطفال الأقل سنا وقد تظهر بعد سنوات من الدراسة في المدرسة ليصبح الطفل خائفا وقلقا وتظهر سلوكيات انفعالية تجنبية للمدرسة والمشكلة الحقيقية لهؤلاء الأطفال تكمن في علاقتهم بالأم.

- النوع المزمن **Chronic school phobia**: حيث تكون شخصية الطفل فيه أكثر اضطرابا وعادة ما يظهر هذا النوع من الفوبيا المدرسية بصورة تدريجية، فتظهر في صورة خوف وقلق من المدرسة يأخذ طابع الشدة والحدة، كما تبين أيضا أن أطفال هذا النوع يعانون من اضطرابات في الشخصية أكثر وضوحا من أطفال النوع الأول، كما أن هؤلاء الأطفال اظهروا تاريخا مرضيا أساسيا من أعراض الفوبيا المدرسية وخوفا واضحا من المدرسة، ويكون أطفال هذا النوع أكبر سنا من أطفال النوع الأول. (حسين، 2014: 52)

وقد طور كينيدي Kennedy (1965) تصنيف هاهن وبيك من خلال دراسته لمئات الحالات من الأطفال الذين يعانون الخوف المرضي من المدرسة، حيث تم تقسيمهم إلى نوعين أساسيين استنادا إلى: العمر، البداية / الشدة، العلاقة مع الوالدين، والجدول التالي يوضح الاختلاف بين النوعين:

الجدول رقم (03) : الفرق بين فوبيا المدرسة الحادة وفوبيا المدرسة المزمنة (Kennedy, 1965)

فوبيا الحياة المدرسية المزمنة	فوبيا الحياة المدرسية الحادة	
النوبة الحالية تكون الثانية أو الثالثة أو الرابعة.	النوبة الحالية تكون الأولى	النوبة الأولى
تكون البداية يوم السبت يصحبها مرض شديد للطفل.	تكون البداية يوم السبت (يوم قبل بداية أسبوع الدراسة) يسبقها مرض الطفل في الأيام السابقة	يوم السبت
تكون البداية بسيطة	تكون البداية حادة	البداية
يتعرض لها الأطفال الأكبر سنا بشكل نسبي	يتعرض لها الأطفال صغار السن نسبيا.	السن
لا يصاحبها تعبير الاهتمام بالموت	يصحبها تعبير الاهتمام بالموت	الاهتمام بالموت
صحة الأم لا تسترعي اهتمام الطفل	تكون صحة الأم معتلة جسديا أو يكون هذا ما يعتقده الطفل أو يتوهمه	صحة الأم
اتصال ضعيف بين الوالدين	يوجد اتصال قوي وشديد بين الوالدين	الوالدين والظروف الأسرية
الأم عصابية والأب مضطرب الشخصية ولا يبدي الوالد (الأب) أي اهتمام بالمنزل	الوالدين متوافقان	
لا يتفهم الوالدان ديناميات الأمور بسهولة.	يتفهم الوالدان ديناميات الأمور بسهولة	

ويتشابه نموذج آخر وضعه باكر وويليس Baker&Willis سنة 1978 (حسين، 2014) مع نموذج كوليدج هاهن وبيك في تصنيف فوبيا الحياة المدرسية، فبعد دراستهما التي شملت 99 طفل وطفلة لديهم فوبيا المدرسة والتي حاولوا من خلالها الكشف عن الأنماط المميزة لهذا الاضطراب، أسفرت نتائج هذه الدراسة عن وجود نمطين من فوبيا الحياة المدرسية لدى الأطفال مصابين بها وهما كما يلي:

- **النمط الأول:** وهم الأطفال الذين أصبحوا فوباويين بعد دخول المدرسة بفترة زمنية أقل من ثلاث (03) سنوات ويطلق عليها اسم فوبيا الحياة المدرسية الكراكتالوجية Character logical school phobia كما أنهم أظهروا مشاكل واضطرابات عديدة لديهم.

- **النمط الثاني:** وهم الأطفال الذين لم يستطيعوا دخول المدرسة من البداية على الإطلاق وهم شخصيات إنسحابية أكثر من أطفال النمط الأول ويطلق عليها فوبيا الحياة المدرسية العصابية.

كما حددت ماريانا كزوتي Csòti Marianna (2003) نوعان من الفوبيا المدرسية، الأول متعلق بقلق الانفصال الذي يظهر ابتداء من سن ثماني أشهر فأكثر، أما الثاني فله علاقة بالخوف الاجتماعي والخوف من الغرباء الذي يظهر عند الطفل حينما يتعرف على العالم الخارجي.

وفي دراسة هيرسوف Hersov سنة 1960 (Galloway، 1985: 26) ربط بين فوبيا المدرسة وبين الجو الأسري العام والعلاقات العائلية السائدة فيه، حيث لاحظ في دراسته لستين (60) حالة فوبيا مدرسية أن متوسط عمر أمهات الحالات كان 43.8 سنة، بمدى عمري بين 33 و55 سنة، ومتوسط عمر الآباء 47 سنة بمدى عمري يتراوح بين 35 و64 سنة، أي أنهم كانوا من كبار السن ولهم قوة الخبرة الحياتية، غير أنه وعن طريق الصدفة تم اكتشاف عامل آخر يؤثر ولو جزئياً في تصنيف الأطفال المصابين بفوبيا المدرسة، فنوع العلاقة السائدة داخل الأسرة للوالدين والطفل أظهر ثلاثة أنماط رئيسية تتحكم في ظهور الفوبيا المدرسية، والتي تم تصنيفها على النحو التالي:

- النوع الأول: الأم متسامحة جداً وعدم كفاءة الأب السلبي والطفل يكون عنيدا ومتطلب داخل المنزل وفي كثير من الأحيان خجول وجبان في المواقف الاجتماعية خارج المنزل.
- النوع الثاني: أم قاسية ومتطلبة تدير أطفالها دون مساعدة من زوجها السلبي، الطفل يكون في معظم الأحيان خجول وخائف بعيداً عن المنزل ومطيع ويلبى داخل المنزل، لكنه قد يصبح عنيدا ومتمرداً في سن البلوغ.
- النوع الثالث: أب هادئ ويلعب دوراً كبيراً داخل المنزل، وأم متسامحة بشكل زائد، والطفل يكون عنيدا في البيت، وودود ومنسحب خارج المنزل.

وعموماً كانت هناك عديد الدراسات التي تحاول أن تربط بين الطفل الراض للمدرسة والبيئة الأسرية التي يعيش فيها ونمط الاتصال داخل أسرته، ولم يكن هذا الاتجاه حكراً على مستخدمي العلاجات الأسرية النفسية، بل وجدت رواجاً لدى الباحثين في موضوع الطفل والمدرسة، ومن أهم هذه الدراسات نذكر دراسة كريستوفر كيرني وسيلفرمان Kearney&Silverman (1995) حيث حددوا خمسة أنواع من الأسر التي يحتمل أن يعاني أحد أفرادها من الرفض المدرسي أو فوبيا مدرسية حادة، وهذه الأنماط الخمسة هي: الأسر غير المتميزة The enmeshed family، والأسر المتنازعة The conflictive family، والأسر المنفصلة The detached family، والأسر المعزولة The isolated family، والأسر الصحية The healthy family، كما يشير إلى نمط الأسرة المختلط الذي قد يحوي على أنماط مختلطة ويشترك فيها أكثر من نوعين من الأسر المذكورة.

ولعل أهم ما تشترك فيه النظريات الخاصة بأسرة الطفل الذي يعاني فوبيا مدرسة، هو نمط الاتصال القائم بين الوالدين أو أحدهما وخصوصاً الأم وبين الطفل، حيث يزيد الحضور القوي والقياسي للوالدين أو الانسحاب وغياب الدور في ظهور فوبيا المدرسة، لأن كلا النمطين يعززان لدى الطفل الاعتمادية ويضعف التوجه الذاتي لديه، مما يجعله يخشى أن يتخلى والديه عنه وهو في المدرسة، أو ينظر إلى البيئة المدرسية أنها بيئة مهددة.

أعراض فوبيا المدرسة:

قد تتداخل أعراض فوبيا المدرسة مع أعراض اضطرابات أخرى كالخوف الاجتماعي، أو الخوف المحدد من أشياء لها علاقة بالوسط المدرسي، كما أنها قد تتطابق مع أعراض قلق الانفصال، وقد ساق رياض العاسمي (2015: 155) مجموعة من الأعراض الأساسية المعتمدة في التشخيص لتحديد اضطراب فوبيا المدرسة وهي:

- قلق شديد مرتبط بانفصال الطفل عن ذويه الذين يرتبط بهم وخاصة الأم.
- قلق شديد مرتبط بإصابة أو أدى سوف يقع للأشخاص المتعلق بهم الطفل أو خوفه من أنهم سوف يتركونه ولا يعودون.
- الرفض المستمر للذهاب إلى المدرسة والبقاء في البيت.
- الغياب من المدرسة دون سبب وجيه خمس مرات على الأقل في الفصل الواحد.
- البقاء في المنزل مع معرفة الوالدين بذلك.
- يعاني الطفل من الشكاوى الجسمية المتنوعة في الساعات الأولى قبل ذهابه إلى المدرسة مثل: الصداع، آلام المعدة أو الغثيان أو القيء... إلخ
- علاقات متكررة من الانزعاج أو القلق الحاد مثل: رغبة الطفل في العودة إلى المنزل عندما يكون في المنزل.
- غياب السلوكيات الاجتماعية مثل: السرقة، الكذب، التخريب.
- المعاناة من كوابيس وأحلام مزعجة تتعلق بابتعاد الشخص المرتبط به أو بمواقف مدرسية متنوعة.

وقد صنفت رشا محمود حسين (2014) هذه الأعراض حسب طبيعتها إلى أعراض عضوية (جسمية) وأخرى نفسية اجتماعية، وتظهر الأعراض العضوية خاصة في الصباح قبل الذهاب إلى المدرسة أو آخر يوم من عطلة الأسبوع، وتشمل هذه الأعراض الغثيان والقيء والصداع والإسهال وآلام البطن والساق، ومشكلات في الأكل واضطرابات النوم، وتسبب هذه الشكاوى مصدر قلق للوالدين على

صحة الطفل تدفعهما لإبقائه في المنزل، وبمجرد أن يتأكد الطفل انه يستطيع البقاء في المنزل تأخذ أعراضه في الزوال، ولكنها تعود للظهور في صباح اليوم الموالي.

ويرى وولمان Wolman (2006: 177) هؤلاء الأطفال ليسوا بمتمارضين أو كذابين، فالآلام التي يعانون منها حقيقية وهم يتقيأون بالفعل، فأعراضهم تنشأ بطريقة لا شعورية، ولا يمكن أن نلومهم على مشاعر وأعراض لا حيلة لهم فيها.

أما الأعراض النفسية الاجتماعية للأطفال المصابين بفوبيا المدرسة فتتلخص في حالة الضيق والانقباض والتي قد تتطور إلى بكاء وصراخ حين الذهاب إلى المدرسة، والميول الإنسحابية والخجل داخل المدرسة، والشعور بالنقص والتمركز حول الذات، وفقدان الثقة بالنفس، والتعلق الشديد بالأم والانعزال، وعدم القدرة على المبادأة في التفاعل مع الآخرين، وقد تنقلب هذه الأعراض فيما بعد إلى عدوانية وحالات غضب واصطدام مع الإخوة والوالدين (حسين، 2014).

وتكثر لدى الأطفال المصابين بفوبيا المدرسة بعض الشكاوى الخاصة بتبرير موقفهم الراض للذهاب إلى المدرسة صباحا مثل أن المدرسين ظالمين وسفلة، وأن الدراسة مملة وشاقة وأن المواد الدراسية صعبة جدا، أو أن المسافة طويلة وأن أتوبيس المدرسة غير مهيب ومجهد، أو أن الأطفال الآخرين عدائيين تجاهه (عبد الله، 2006).

كما يشير مجدي أحمد محمد عبد الله (2006) إلى الفرق الواضح بين الأعراض الناتجة عن الفوبيا المدرسية ومشكلة الهروب من المدرسة Truency، والذي قد يكون نتيجة مخاوف حقيقية مثل تلقي الطفل تهديدا من فتوة المدرسة (المعانة من التتمر)، أو مواجهة امتحان تكون توقعاته في الرسوب فيه واقعية، وعادة ما تزول هذه المخاوف إذا ما تم اتخاذ إجراءات معينة.

علاج الفوبيا المدرسية:

لقد تم تحقيق نتائج جيدة مؤخرا في علاج الرهاب أو الفوبيا المدرسية بأشكاله المختلفة، حيث رافق ذلك تنوعا في العلاج النفسي وأساليبه، فقد يقدم المعالج النفسي على القيام بعدد من التدريبات وذلك لمساعدة الأطفال على التخفيف مما يعانونه من قلق زائد أو الشعور بقلق أقل في الفصل، أو إعادة إدخال الأطفال إلى المدرسة تدريجيا وذلك يجعلهم يبقون بها لمدة ساعة يوميا ثم نصف اليوم المدرسي وأخيرا يبقون بالمدرسة يوما كاملا، هذا مع ذهاب أمهات الأطفال معهم إلى المدرسة، وربما حتى الجلوس مع أطفالهن في فصولهم ويتركونهم تدريجيا بمجرد أن يبدأ الطفل في الشعور بالراحة مع زملائه في

الفصل، وإرشاد الوالدين إلى تجنب أشكال التدليل المختلفة والتي نشجع على عدم الاعتماد على النفس في المدرسة (عبد الله، 2006).

وقد وجد أن نتائج علاج الرهاب المدرسي لدى الأطفال الصغار عموماً كان أفضل عن الكبار فأكثر من 90% من الأطفال في مرحلة (10 سنوات) فأصغر، ثم شفائهم من الرهاب المدرسي خلال برامج العلاج النفسي المتنوعة، مع أن معدل الشفاء للأطفال في عمر 11 سنة وأكثر لم يكن يزيد عن 50% (عبد الله، 2006: 249).

وتقترح العلاجات السلوكية مجموعة من الإجراءات التي من شأنها إزالة التحسس التدريجي من المدرسة، وعدم تعزيز الشكاوى الجسمية، وتعزيز الاستجابات الجيدة لتكوين روابط محببة بين الطفل ومدرسته، ويقترح عبد الستار إبراهيم وآخرون (1993: 149) النقاط التالية كمدخل للعلاج السلوكي للفوبيا المدرسية، ومنها:

- تكوين علاقة طيبة بالمدرسة.
 - تجنب التركيز على الشكاوى الجسمية والمرضية، فمثلاً لا تلمس جبهة الطفل لتفحص حرارته، ولا يتم تكرار السؤال عن الحالة الصحية له، وهذا يحدث طبعاً إذا كنا متأكدين من سلامته الصحية، وإلا فعلياً التأكد باكراً وبشكل خفي.
 - تشجيع الأبوين على ضرورة إرغام الطفل على الذهاب للمدرسة مع التوضيح لهما مخاوف طفلها ستختفي تدريجياً، وأن العكس صحيح، أي أن استمرار غياب الطفل عن المدرسة سيؤدي إلى تفاقم مخاوفه.
 - إجراء لقاءات علاجية مع الأبوين لتخليصهما من القلق حول المشكلة وتشجيعهما على تدريب الطفل للتخلص من مخاوفه.
- ويلخص مجدي محمد أحمد عبد الله (2006) طرق العلاج المستخدمة في علاج المخاوف المدرسية كالتالي:

- الاتجاه نحو عودة الطفل حالاً إلى المدرسة، بل وإكراه الطفل على البقاء فيها، مع التنبيه على المدرسين والآباء وممرض المدرسة بضرورة مراعاة حالة الطفل النفسية أثناء وجوده بالمدرسة ضماناً لصحته النفسية وحفاظاً عليها.
- علاج العائلة، ويتركز هذا العلاج على علاقة الطفل بأفراد عائلته (الأم والأب والإخوة).
- العلاج النفسي للفرد الذي يستخدم لتقليل قلق الطفل أثناء مواقف المدرسة مع إمكانية علاجه بالمهدئات أثناء العلاج النفسي.

- متابعة العلاج النفسي والطبي والعائلي للطفل وذلك عن طريق تكوين رابطة قوية بين طبيب المدرسة والعائلة والمدرسة، فهؤلاء الأطفال يمكن ان يظهروا حالت اكتئابية شأن الكبار تماما ولهذا ينصح بالمتابعة المستمرة للطفل المصاب.

وبما أن هناك اختلافات كثيرة بين النظريات المفسرة للظاهرة، فطبيعي جدا أن تختلف الطرق العلاجية تبعا للخلفية النظرية التي يعتمد عليها المعالج في علاجه للحالة، ويقدم رياض العاسمي (2015) مجموعة من العلاجات المعتمدة لحالات فوبيا المدرسة حسب النظريات والتفسيرات المختلفة والتي تتقاطع في بعض الإجراءات لكنها متميزة من حيث المبدأ والطريقة، ومن هذه العلاجات نجد:

العلاج التحليلي: يذهب بعض أنصار العلاج بالتحليل النفسي (كينيدي Knidy وسبيرلنج Spurling وجافرس Javris) إلى استخدام فنيات علاجية تفق مع الإطار النظري الذي وضعه فرويد وأنا فرويد Anna Freud و ميلاني كلاين Milany Klain في علاج المشكلات التي يتعرض لها الأطفال، وتقترح هذه العلاجات بناء علاقة ودية مع الطفل وتناول الرغبات المكبوتة اللاشعورية عند الأطفال والتي أدت به إلى الخوف من المدرسة، وتحليلها بطريقة واقعية، ويستخدم هذا النوع من العلاج فنيات العلاج باللعب.

العلاجات التي تعتمد على الدينامية الشخصية: وتعتمد هذه العلاجات على مقارنة تشبه التصور الذي يتبناه التحليل النفسي، غير أنها ركزت على تصحيح العلاقة المتبادلة بين الطفل وأمه، واقتراح علاج الأم والطفل، ووضح العلاج هذه الإهمال المقصود للعوامل المدرسية ودورها في نشوء المخاوف وتعزيزها.

العلاج السلوكي: ويعتمد هذا النوع من العلاج على تعريض الطفل الخائف من المدرسة للمواقف أو الموقف الذي يخافه الطفل، وذلك بأسلوب التعريض المباشر، ويمكن استخدام الإزالة التدريجية للتحسس مع التعزيز الإيجابي أو السلبي.

العلاج المعرفي: ويفضل أصحاب هذا النوع من العلاج المنطق على النصيحة، لذلك يؤكدون على المنطق والظروف الجارية في التعامل مع الصعوبات السلوكية، وأهمية التعليم في ذلك.

العلاج بالواقع: يعد جلاسر Glasser أول من تحدث عن هذا النوع من العلاج الذي يرتبط بإشباع الحاجات لتقدير الذات، والتأكيد على الاندماج الإنساني بين المعالج والمتعالج، مساعدة المتعالج على تحقيق حاجاته في العالم الحقيقي، ومساعدة المتعالج على تحسين قدرته ورغبته في أن يعيش على نحو أكثر مسؤولية.

العلاج العقلي الانفعالي: وقد بدأ هذا الأسلوب العلاجي مع أليس Ellis الذي حاول إدخال المنطق والعقل في عملية العلاج، فالانفعال والفكر المعرفي العقلي متداخلان بشكل قوي وعلى المعالج تبيين عدم معقولية الأفكار التي تثير الخوف لدى الطفل.

العلاج الدوائي: ويقترح بعض الأطباء النفسيين Les psycatre تدخلات علاجية دوائية حيث يصفون بعض الأدوية المضادة للقلق أو تلك الموجهة للمرضى الاكتئابيين حيث يكون الاكتئاب يحوي بعض مظاهر القلق، حيث تقدم للطفل أدوية وعقاقير تخفف عنه شدة التوتر الناتج عن الخوف مثل عقار هالبيريديول Haloperdol و عقار فينوباربيتون Phenobarbitone غير أن كريستوف أندري Christophe André (2004: 138) يثير بعض المحاذير التي تبقى قائمة أثناء استعمال الأدوية كعلاج لحالات الفوبيا كالمشاكل الجانبية والتأثيرات غير المرغوب فيها مثل مشاكل الانتباه والتركيز بعد تقديم بعض المهدئات Tranquillisant، كما أنه يلجأ للأدوية عندما تكون حالة الفوبيا حادة جدا، ويمكن البدء في العلاج النفسي المعرفي السلوكي والاستعانة في ذات الوقت ببعض الأدوية.

العلاج من خلال الإقامة في المشفى: وقد دعا وارين Warren لهذا النوع من العلاج لتجنب هدر الوقت، ومن أجل تهيئة الطفل لخبرات الانفصال في بيئة غير المنزل.

العلاج الأسري: حيث يتجاوز هذا النوع من العلاج العلاقة الثنائية للطفل والوالدين ويخاطب نظام الأسرة برمته، وعد الخوف المرضي من المدرسة على أنه دليل على أداء أسري خاطئ.

الخلاصة:

تتنوع أشكال الفوبيا المدرسية وتتداخل أنواعها بدرجة تجعلها بحد ذاتها نوع خاص من المخاوف المرضية يختلف عن المخاوف المرضية في البنية والأعراض، وهي تستدعي بالضرورة تشخيصا دقيقا وجانبا نظريا واسعا من أجل التعرف على أسبابها، كما أن الظاهرة تحتاج لدراسات معمقة وتجارب ميدانية لفهم أكثر عمقا ومسح أكثر اتساعا يشمل حالات عديدة يمكن تصنيفها ضمن متلازمة الفوبيا المدرسية، كما أن التكفل النفسي لهذه الشريحة يجب أن يركز على أرضية صلبة من العلاجات المتاحة والتي يمكن أن تشمل التكفل بالطفل والأم والأسرة معا.

الفصل الثالث

خصائص النمو في مرحلة
التعليم الابتدائي

تمهيد:

تلعب مرحلة التعليم الابتدائي من المراحل المهمة والضرورية في النمو المعرفي والعقلي للطفل، وهي مرحلة حساسة وخطيرة كونها تحوي تطورات انفعالية واجتماعية تحدد البناء الشخصي المستقبلي للطفل، وتحدد علاقته بالمدرسة كمؤسسة تسعى للتطبيع الاجتماعي وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي له، ولهذا فالمشاكل السلوكية والانفعالية في هذه المرحلة عادة ما تحضي باهتمام الباحثين في ميدان التربية والتعليم، وذلك لكونها المحضن الثاني للنمو النفسي للطفل بعد الأسرة، علاوة على أنها تمثل وسطا اجتماعيا أوليا يتدرب الطفل من خلاله على التفاعلات الاجتماعية المعقدة التي سوف يتعرض إليها مستقبلا، ولهذا فإننا سوف نتطرق من خلال هذا الفصل إلى مفهوم المدرسة الابتدائية، وجوانب التطور الانفعالي والاجتماعي والعقلي المعرفي للطفل وبعض المشاكل السلوكية والانفعالية التي قد تعيق نمو الطفل خلال هذه المرحلة.

الحياة المدرسية في مرحلة التعليم الابتدائي:

تعتبر مرحلة التعليم الابتدائي المرحلة التعليمية الأولية التي يتلقى فيها الطفل تعليما ومعارف منظمة، في بيئة مدرسية تضم مجموعة من المعلمين والتلاميذ وأعوان الإدارة، وعليه فالحياة المدرسية في هذه المرحلة ستكون جديدة ومهمة بالنسبة للتلميذ، كما أنها ستتيح له تجارب حياتية متنوعة في وضعيات اجتماعية مختلفة كونها تأخذ جزءا كبيرا من يومه.

ويقصد بالحياة المدرسية (La vie scolaire) تلك "الفترة الزمنية التي يقضيها التلميذ داخل فضاء المدرسة، وهي جزء من الحياة العامة للتلميذ/الإنسان، وترتبط هذه الحياة بإيقاع تعليمي وتربوي وتنشيطي متموج، حسب ظروف الحياة وتموجاتها العلائقية والمؤسسية، وتعكس هذه الحياة المدرسية ما يقع في الخارج الاجتماعي من تبادل للمعارف والقيم، وما يتحقق من تواصل سيكواجتماعي وإنساني" (الحمداوي، 2015: 22).

الإطار القانوني والرسمي لمرحلة التعليم الابتدائي:

وقد حددت المناشير والقوانين الرسمية المهام والأهداف لمرحلة التعليم الابتدائي والسنوات التي تشغلها هذه المرحلة من حياة الطفل، حيث تنص المادة 27 من القانون التوجيهي للتربية أن منظومة التربية الوطنية تتكون من المستويات التعليمية التالية:

- التربية التحضيرية

- التعليم الأساسي والذي يشمل التعليم الابتدائي والتعليم المتوسط.
- التعليم الثانوي العام والتكنولوجي.

وتنص المادة 38 من نفس القانون على أن التربية التحضيرية هي المرحلة الأخيرة من التربية ما قبل المدرسية، وهي التي تحضر التلاميذ الذين تتراوح أعمارهم بين خمس (05) وست (06) سنوات للالتحاق بالتعليم الابتدائي.

وعليه فإن التعليم الابتدائي هو المرحلة الأولى من التعليم الأساسي الذي يعد تعليماً مشتركاً لكل التلاميذ، يسمح لهم هذا التعليم باكتساب المعارف والكفاءات الأساسية الضرورية لمواصلة الدراسة في المستوى الموالي أو الالتحاق بالتعليم والتكوين المهنيين أو المشاركة في حياة المجتمع، ويستغرق التعليم الابتدائي خمس (05) سنوات في المدارس الابتدائية أو في المدارس الخاصة للتربية والتعليم المعتمدة طبقاً لمواد محددة في القانون التوجيهي للتربية، ويكون سن الدخول إلى المدرسة الابتدائية هي ست (06) سنوات كاملة، غير أنه يمكن منح رخص استثنائية للالتحاق بالمدرسة وفق شروط يحددها الوزير المكلف بالتربية، وتتوج نهاية التمدرس في التعليم الابتدائي بامتحان نهائي يخول الحق في الحصول على شهادة نجاح تؤهل التلميذ للانتقال إلى مرحلة التعليم المتوسط (القانون التوجيهي للتربية، 2008).

كما تدارك المنشور رقم 16-226 المؤرخ في 25 أوت 2016 التعريف المقتضب للمدرسة الأساسية وهاكلها وطريقة تسييرها الوارد في المناشير السابقة، وعرف المشرع في المادة 02 من نفس القانون المدرسة الابتدائية على أنها "مؤسسة عمومية مختصة في التربية والتعليم، تمكن التلاميذ من اكتساب كفاءات قاعدية في المجال الفكري والأخلاقي والمدني، وتشكل الوحدة الوظيفية القاعدية للمنظومة التربوية وللتعليم الإلزامي، وتندرج ضمن الأملاك العمومية التابعة للبلدية" (الجريدة الرسمية العدد 51، 2016: 11).

وقد نصت المادة 13 من المرسوم المذكور أعلاه (2016) أن المدرسة الابتدائية تقدم في إطار التعليم الأساسي تعليماً ابتدائياً إجبارياً يستغرق خمس (05) سنوات، وتنص باقي المواد على أن المدرسة الابتدائية تستقبل تلاميذ عاديين أو من ذوي الاحتياجات الخاصة وعليها تخصيص مرافق خاصة للتلاميذ المعاقين حركياً.

مفهوم التعليم الابتدائي:

يرى رونيه أوبير René Hubert (تر: عبد الدايم، 1983) أن التعليم الابتدائي هو تعليم أولي في جوهره، ويقدم إلى مجموع الأطفال حتى تباشرون سن البلوغ ويستهدف أولاً تسهيل وتقوية تكيفهم مع البيئة الاجتماعية المشخصة، ويزودهم في الوقت نفسه بالمعلومات الضرورية التي تكون أدوات لاكتساب أي ثقافة، غير أن هذا التعليم غير كاف سواء لكي يوفر الشروط الطبيعية لحياته، أو ليبنى رابطة معنوية قوية لدى الزمرة الاجتماعية، ولهذا تمتد مرحلة الإلزام في التعليم عند كثير من الدول (فرنسا وإنجلترا وبلجيكا...) حتى الخامسة عشر أو السادسة عشر، وتكاد تتفق الآراء التربوية أن التعليم المقدم في المرحلة الابتدائية ينبغي أن يكون تعليماً واحداً لجميع الأطفال، على شاكلة ما يسمى في فرنسا بـ مذهب (المدرسة الموحدة *uniforme scolaire*)، فلا تذهب الآراء التربوية إلى تقييم هذه المرحلة المبكرة من الحياة المدرسية إلى أي تفريق استناداً إلى المعلومات المكتسبة فيها أو الاستعدادات المتجلية أو الاهتمامات النفسية لدى الأطفال.

وعموماً يمكن أن نخلص إلى القول أن مرحلة التعليم الابتدائي هي مرحلة تعليم أولي إجباري موحد لجميع الأطفال تقدم فيه المعارف والمهارات الضرورية من أجل ضمان نمو معرفي ونفسي وحسي حركي سليم للطفل يتلاءم مع متطلبات النمو ويواكب متطلبات البيئة والمجتمع ويهيئه لمراحل تعليمية لاحقة يكون فيها قادراً على التعلم مدى الحياة.

أهداف التعليم في مرحلة التعليم الابتدائي:

جاء في القانون التوجيهي للتربية الوطنية رقم 04-08 المؤرخ في 23 يناير 2008 أن من أهداف مرحلة التعليم الأساسي التي تشمل التعليم الابتدائي هو تزويد التلاميذ بأدوات التعليم الأساسية في القراءة والكتابة والحساب، ومنح المحتويات التربوية الأساسية من خلال مختلف المواد التعليمية التي تتضمن المعارف والمهارات والقيم والمواقف التي تمكن التلاميذ من:

- اكتساب المهارات الكفيلة بجعلهم قادرين على التعلم مدى حياتهم.
- تعزيز هويتهم بما يتماشى والقيم والتقاليد الاجتماعية والروحية والأخلاقية النابعة من التراث الثقافي المشترك.
- التشبع بقيم المواطنة ومقتضيات الحياة في المجتمع.
- تعلم الملاحظة والتحليل والاستدلال وحل المشكلات وفهم العالم الحي والجامد، وكذا السيرورات التكنولوجية للصنع والإنتاج.

- تنمية إحساس التلاميذ وصل الروح الجمالية والفضول والخيال والإبداع وروح النقد فيهم.
- التمكن من التكنولوجيات الجديدة للإعلام والاتصال وتطبيقاتها الأولية.
- العمل على توفير ظروف تسمح بنمو أجسامهم نموا منسجما وتنمية قدراتهم البدنية واليدوية.
- تشجيع روح المبادرة لديهم وبذل الجهد والمثابرة وقوة التحمل.
- التفتح على الحضارات والثقافات الأجنبية وتقبل الاختلاف والتعايش السلمي مع الشعوب الأخرى.
- مواصلة الدراسة أو التكوين لاحقا.

وقد تم تدارك بعض المهام الأخرى التي ظهرت مع بداية تطبيق الجيل الثاني تبعا للتطورات التربوية التي تشهدها المدرسة الجزائرية، فقد ورد في المنشور التنفيذي رقم 16-226 المؤرخ في 25 أوت 2016 أن المدرسة الابتدائية تتولى على الخصوص المهام التالية:

- منح التلاميذ تعليما يساعد على تنمية كفاءاتهم القاعدية في ميادين التعبير الشفهي والكتابي والقراءة والرياضيات واللغة الأجنبية والتربية العلمية والخلقية والإسلامية والمدنية.
- تجسيد مبدأ المواطنة بضمن تربية ملائمة للتلاميذ تقوم على احترام القيم الأخلاقية والاجتماعية والثقافية للمجتمع الجزائري، وكذا احترام حقوق الإنسان عبير تلقينهم مبادئ المساواة والسلام والتسامح وحثهم على نبذ العنف والتحلي بروح الديمقراطية.
- تنشئة التلاميذ على احترام قواعد العيش في المجتمع كحماية البيئة واقتصاد الموارد والمحافظة عليها ونبذ التبذير.
- تربية التلاميذ على حب العمل وتقدير الجهد والمبادرة.
- منح التلاميذ تربية تساعد على معرفة قواعد الوقاية الصحية والبيئية والتربية البدنية والرياضية.

ويظهر من المهام سابقة الذكر سواء المذكورة في المرسوم القانون التوجيهي للتربية الوطنية أو تلك التي استدرکها المنشور التنفيذي الخاص بالمدارس الابتدائية، أن على المدرسة الابتدائية منح التلاميذ تعليما قاعديا متكاملًا يهدف بالأساس إلى تعليم الكتابة والقراءة والحساب والتعبير وبعض الأوليات في اللغة الفرنسية والتربية العلمية والتكنولوجية، وجعلهم منفتحين على الآخر متعايشين معه ومساهمين في مجتمعهم ووطنهم حاملين لهوية واضحة المعالم بما فيها من القيم الروحية والخلقية وقيم المواطنة، مواكبين للطور التكنولوجي وساعين لامتلاك المهارات الأساسية للولوج إلى عالم تكنولوجيا الإعلام والاتصال، وتنمية الإبداع والحس الجمالي والتذوق الفني وتنمية قدرات الخيال والذكاء والتفكير الناقد، غير أن المهام الأساسية المذكورة كانت مقتصرة على بعض الجوانب الشخصية التي لا تكون

مكتملة بدون الجوانب النفسية العميقة التي تعنى بها المدرسة في مرحلة الطفولة، فالمدرسة الابتدائية مهمة خطيرة يجب أن تقوم بها لضمان طفولة سليمة من المشاكل والاضطرابات، فمهمة الوقاية من الاضطرابات النفسية والمشاكل السلوكية هي أهم ما يمكن أن تقدمه المدرسة للطفل زيادة على مهمة الكتابة والقراءة والحساب، كما أن مهمة العلاج والإرشاد هي ضرورة ملحة في كل مدرسة ابتدائية حيث يقضي الأطفال أكثر من ثلث يومهم بين أربعة جدران وحشد من التلاميذ، ولهذا نرى أن المشرع الجزائري في المنشور 16-226 الخاص بالمدرسة الابتدائية قد حدد الهياكل والمرافق التي ينبغي تواجدها في كل مدرسة بدءاً من قاعات التدريس وقاعة متعددة النشاطات وقاعة للمطالعة ومكتب المدير ونائبه كما أورد توصيفاً للعاملين في المدرسة والمصالح التي يعملون فيها، ولكن لم يرد أي ذكر لمصلحة المراقبة الصحية النفسية ولا للأخصائي النفسي المدرسي الذي يجب أن يكون حاضراً وبقوة سواء في أفراد حصص لذوي الاحتياجات الخاصة بعد الحصص العادية أو للتدخل في تشخيص وتوجيه وإرشاد الحالات التي تعاني من مشاكل نفسية ومدرسية.

خصوصية التمدرس خلال مرحلة التعليم الابتدائي:

الطفولة عادة "فترة سعيدة" في حياة الإنسان، وينبغي أن تكون هكذا باعتبارها مرحلة الأساس من بناء الشخصية، وتأكيداً على ما تقرره النظريات ونتائج البحوث عن الأهمية الكبيرة لخبرات الطفولة في نمو الصحة النفسية للفرد والمجتمع، تعد الطفولة مرحلة حساسة أكثر من أي مرحلة عمرية أخرى، حيث يكون الطفل فيها أكثر عرضة لنمو أشكال من السلوك غير المتوافق، وهنا ينبغي أن ندرك أن كل مرحلة من مراحل الطفولة تتميز بصعوبات نمو كامنة في طبيعة كل مرحلة، وهو ما يحددها بعض علماء النفس بالمشكلات العادية المتوقعة من معظم الأطفال في سن معين. (البلاوي، 1990).

وتختص المدرسة الابتدائية بمرحلة الطفولة المتأخرة التي تمتد من سن ست 06 سنوات إلى حوالي نهاية سن 11 إحدى عشر سنة وبداية سن 12 اثنا عشر سنة، وهي السن التي من المفروض أن يكون فيها التلميذ قد أكمل تعليمه الابتدائي ويلتحق فيها بالسنة الأولى من التعليم المتوسط، وتمتاز مرحلة التعليم الابتدائي أن الطفل يبدأ فيها بالمشاركة الكاملة في العالم خارج محيط الأسرة، وتلعب المدرسة فيها دوراً عظيماً كمؤسسة اجتماعية تقوم مقام الوالدين بالنسبة للتطبيع الاجتماعي للطفل، فهذه المرحلة العمرية هي أنسب المراحل لعملية التطبيع الاجتماعي، وفيها يقترب النمو الحسي الحركي والنمو العقلي واللغوي والإدراكي للأطفال في هذه المرحلة إلى مستوى النضج، وتتسم تعبيرات الطفل الانفعالية والمواقف التي تثيرها بالثبات (داود وآخرون، 1982).

كما تطرح المدرسة أمام الطفل عدة مهام منذ الأيام الأولى تحديداً، فعليه أن يتضلع بالنشاط المدرسي بنجاح، ويستوعب قواعد السلوك المدرسي، ويتعاشر مع الأقران في الصف، ويتكيف مع الظروف الجديدة للعمل العقلي ومع النظام المدرسي، وإنجاز كل مهمة من هذه المهام يكون مرتبطاً بصورة مباشرة بالتجربة السابقة للطفل، إن التغييرات الجلية الجارية خلال فترة انتساب الطفل إلى المدرسة تظهر في سلوكه، والأثر الإيجابي للتكيف مع المدرسة يظهر في بلوغ تطابق نسبي بين السلوك ومتطلبات البيئة الجديدة، ويتم عن طريق الاستعداد السيكولوجي لإنجاز المهام المطروحة أمام الطفل، ويكون الحديث هنا عن الجانب الاجتماعي السيكولوجي للتكيف مع المدرسة، الذي يتضمن تكوين أشكال سلوكية أكثر ملائمة للبيئة الاجتماعية المصغرة التي لا تتصف بالثبات (أليكساندروفاسكايا وآخرون، 1995: 51).

ولهذا فتدرس التلاميذ في مرحلة التعليم الابتدائي يشوبه الكثير من المخاطر والمشاكل التي تصاحب مرحلة الطفولة المتأخرة ولها علاقة مباشرة بتعلم التلميذ للمعارف والمهارات المستهدفة، فالتلميذ في بداية التعليم الابتدائي يكون طفلاً بالدرجة الأولى في مواجهة عالم جديد، فالقلق الذي يصاحب التلميذ طيلة السنوات سنوات تدرسه في المدرسة الابتدائية هو نتيجة طبيعية للعملية المستمرة في التكيف مع البيئة المدرسية، والعمل المستمر على ضبط عمليات النمو المختلفة والتشكل البطيء لشخصية التلميذ مع متطلبات المدرسة القاسية، وهذا ما يعرض التلميذ إلى إخفاقات في طريقة توافقه مع البيئة المدرسية مما يؤدي إلى مشاكل واضطرابات نفسية وسلوكية قد تؤدي بالتلميذ إلى الإخفاق المدرسي علاوة على المعاناة من مشاكل نفسية جمّة، فعلى سبيل المثال قد تؤدي أي خبرة سيئة في مراحل التعليم الابتدائي إلى تشكل خوافات مرضية متعددة سواء من المدرس أو من مادة دراسية معينة كالرياضيات مثلاً أو من مدير المدرسة أو خوف مرضي من المدرسة نفسها، ولهذا يجب أن تكون الحياة المدرسية في هذه المرحلة محفوفة قدر الإمكان بجو من الأمان، وبظروف ممتعة ومرضية تدفع التلميذ إلى استثمار قدراته وميوله ورغباته في سبيل التعلم والتحصيل المعرفي وفي الوقت ذاته يقوم التلميذ بقضاء فترة طفولته في جو مريح يحب فيه مدرسته ورفاقه وأسرته والمحيط الذي يعيش فيه بعيداً عن المشاكل النفسية.

وتلعب السياسة التربوية المتبعة في تخطيط البرامج وطرق التعليم عاملاً حاسماً يؤثر سلباً أو إيجاباً في اتجاهات التلاميذ نحو المدرسة، حيث يشير مالك سليمان مخول (2015: 199) إلى أن "التعليم الذي يتصف بالرقابة المتشددة والبعد عما يجري في العالم يطمس لهفة الأولاد للمدرسة، فكثير من المدارس الابتدائية يتجه التعليم فيها على الممارسة التربوية التي تؤكد على النظام والانضباط والخضوع ولا تعير اهتماماً للاعتماد الذاتي والحساسية والفضول الذهني وتربية القيم، وكنتيجة لذلك فإن

أعداد كبيرة من الصغار يغدون في المدرسة ضجرين قلقين ويخفقون في تحقيق إمكاناتهم الشخصية والذهنية".

جوانب النمو المختلفة للطفل في مرحلة التعليم الابتدائي:

ويدخل الطفل في مرحلة المدرسة الابتدائية، إما قادمًا من المنزل مباشرة، أو منتقلًا من روضة أطفال وهي تدخل تحت مسمى الحلقة الأولى من التعليم الأساسي، وتتميز هذه المرحلة حسب زهران (1986) بما يلي:

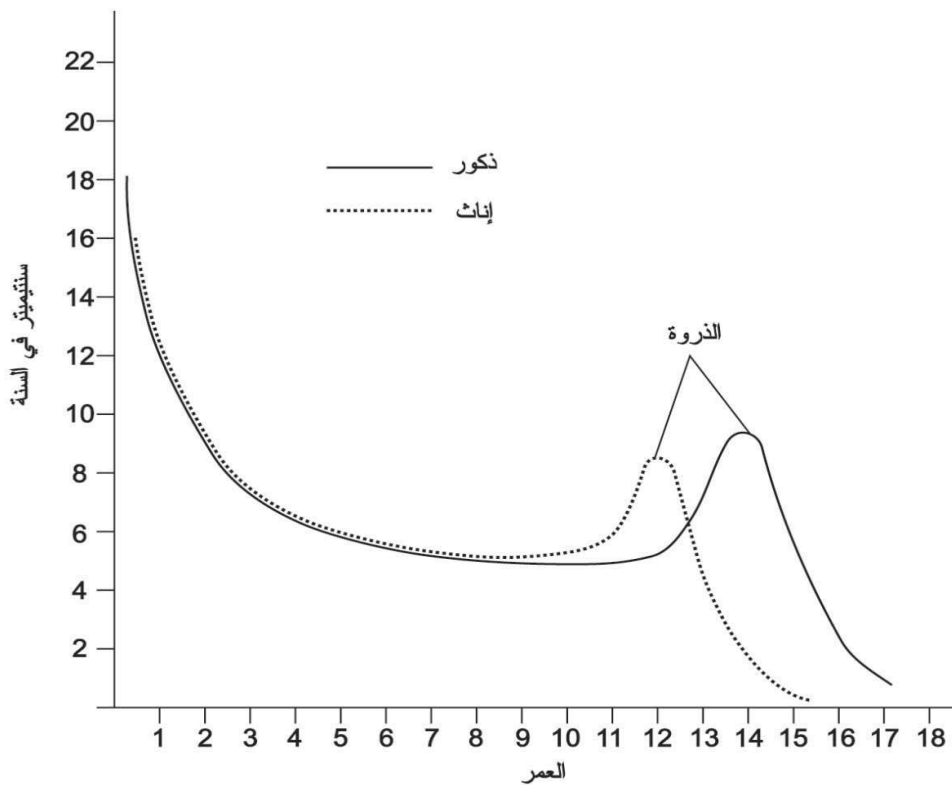
- اتساع الآفاق العقلية المعرفية للطفل، وتعلم المهارات الأكاديمية في القراءة والكتابة والحساب.
- تعلم المهارات الجسمية اللازمة لألعاب وألوان النشاط العادية.
- اتساع البيئة الاجتماعية والخروج الفعلي إلى المدرسة والمجمع والانضمام لجماعات جديدة، وتأكيد دور عملية التنشئة الاجتماعية.
- توحد الطفل مع دورة الجنسي (الطفل الولد يسلك التصرفات المناسبة للذكور والطفلة الأنثى سلوكها يتفق مع سلوك الإناث).
- زيادة الاستقلال عن الوالدين.

ومن ناحية أخرى تمر فعالية الطفل إلى مستوى آخر، فهو يدخل في عالم الأشياء حيث يتغلب الميل لتحقيق الانجازات التقنية أكثر فأكثر على الصراعات البسيطة للشخصية، ويكتشف الطفل السببية الآلية في إطار الأشياء المألوفة لديه، وتنتج تلك السببية عن فعاليته وصناعته، وتطبع فعالية الموجهة نحو الأشياء والميالة إلى نماذج لعب الراشدين بالصفة التقنية والصفة الآلية والصفة البنائية. (بالماد، 1985)

وعليه فالطفل في هذه المرحلة في عملية نمو وتطور مستمر لجوانب متعددة من شخصيته بغية الوصول به إلى مرحلة الاكتمال والنضج، وتتمثل هذه الجوانب في التالي:

النمو الجسمي: يمتاز معدل النمو الجسمي في هذه المرحلة بأنه بطئ إذا ما قيس بالنمو في المرحلة التي قبلها (الطفولة المبكرة) والمرحلة التي بعدها (المراهقة)، فتتعدل النسب الجسمية لتصبح قريبة الشبه عند الراشدين، ويزداد النمو العضلي وتقوى العظام، فعند سن الثامنة يزداد الطول حوالي 50% عما كان عليه في سن الثانية، ويكون البنون أطول قليلاً من البنات، وتبدأ الفروق الجسمية بين الجنسين في الظهور، وتتساقط الأسنان اللبنية وتظهر الأسنان الدائمة. (الطيب وآخرون، 1983)

كما تظهر ميول لدى الطفل في هذه المرحلة للعمل اليدوي ويحب تركيب الأشياء وامتلاك ما تقع عليه عيناه وتعلم المهارات الجسمية والحركية اللازمة للألعاب مثل لعب الكرة وأوان النشاط العادية كالجري والتسلق والرفس ونط الحبل والتوازن كما في ركوب الدراجة ذات العجلتين في حوالي السابعة، وفي نهاية هذه المرحلة يستطيع العوم ويستمر نشاط الطفل حتى يتعب، وتتهذب الحركة وتخففي الحركات الزائدة غير المطلوبة ويزيد التأزر الحركي بين العينين واليدين ويقل التعب وتزداد السرعة والدقة ويتبع ذلك نوع من الرضا الانفعالي بسبب تحصيل هذه المهارة، فهو في نهاية هذه المرحلة يستطيع استخدام بعض الأدوات والآلات ويسمح له ذلك. (زهران، 1986)



الشكل رقم (02): مخطط لمعدل النمو الجسمي للإناث والذكور خلال مرحلة الطفولة

النمو الحس حركي: يعدل وينمي الأطفال مهاراتهم الحركية أثناء مرحلة الطفولة المتأخرة، ويظهر الأطفال متعتمهم الزائدة بالنشاط الحركي ويشاركون فيه خاضعين لنظام المجموعة، إذ أنهم في هذا السن يهتمون بشكل واضح بفكرة الآخرين وخاصة الراشدين عنهم، ويعتبر التفوق في المهارات الحركية عاملا مهما في تكوين شخصية الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة، فقد ثبت أن الأطفال المتفوقين في المهارات الحركية دائما يختارون للمراكز القيادية بين زملائهم، ليس فقط في النشاط الرياضي وكن في أغلب الأنشطة المدرسية مثل مسؤولية النظام داخل حجرة الصف، وفي الفناء المدرسي، وتزداد سرعة الاستجابات الحركية وقوتها بزيادة عمر الطفل، فقد أثبتت جودانف

Goodenough أن هناك علاقة إرتباطية بين سرعة الاستجابات الحركية وقوتها وبين قوة الطفل وطوله ووزنه وصحته العامة، وقد ثبت أن معظم المتفوقين في النشاط الحركي يميلون للطول والوزن والصحة العامة عن زملائهم العاديين، كما يتسم بعض التلاميذ في هذه المرحلة بالنشاط الزائد وقد يكونون من ذوي اضطرابات فرط الحركة hyperactivité واضطراب نقص الانتباه Trouble du déficit de l'attention. (الطيب وآخرون، 1983)

النمو المعرفي: يعتمد جل علماء النفس المعرفيون على نظرية بياجيه Piaget في النمو المعرفي للأطفال بما في ذلك أطفال مرحلة التعليم الابتدائي، وتعتمد نظرية بياجيه على تطور المخططات العقلية والذهنية للطفل والتي هي "الطريقة التي ينظر بها الطفل إلى العالم والأحداث، فهي أنواع من الأفعال المتتابة والمتشابهة، والتي تكون وحدات تامة قوية محددة تترايط فيها وحدات الأداء، وتشكل المخططات صورة إجمالية ذهنية لحالة المعرفة الموجودة لدى الطفل" (قطامي، 2000: 69)، ويرى بياجيه أن المخططات الذهنية تركز أساسا على عمليتي التنظيم (Organization) والتكيف (Adaptation)، وافترض أن عملية التنظيم هي عمليات التصنيف والترتيب للأشياء والعمليات والأحداث في نظام مترابط ترابطا منطقيا في ذهن الطفل، ويرى أن عمليتي التنظيم والتكيف تتحدان لينتج عنهما مخطط ذهني أو صورة ذهنية عامة يستطيع الطفل بواسطتها أن يفرق بين المواقف المختلفة التي يقابلها أو يتعرض لها، وكذلك يستطيع في ضوء هذه الصور أن يعمم بين الخبرات والمواقف المتشابهة، كما يفترض بياجيه أن الطفل يولد ببنية معرفية قابلة للتطور وبمخططات خام ترتبط بمنعكسات وتظهر في مراحل الإرجاع الدائرية في المرحلة الحسركية المعرفية، ويعمد الطفل إلى تشغيل ذهنه بصفة مستمرة في متغيرات البيئة المحيطة به ويستطيع أن يغير الطفل من شكل هذه المعالجات الذهنية لمتغيرات البيئة في شكل عمليات معرفية، ويشير بياجيه إلى عمليتين معرفيتين تهدفان بالأساس إلى التوازن المعرفي للطفل ضمن تكيفه مع معطيات البيئة وهما التمثل والمواءمة، فإذا انفقت الخبرة التي يواجهها الطفل مع ما يوجد لديه من خبرات سميت تمثلا (Assimilation)، وإذا لم تتناسب خبراته يعيد بناء نظام للخبرات والعالم من حوله حتى يتكيف مع الخبرة الجديدة، وتسمى هذه العملية بالمواءمة. (قطامي، 2000).

النضج العقلي: تسمى مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة بمرحلة التفتح في القدرات العقلية المختلفة، وفي بداية هذه المرحلة العمرية التي تكون في المرحلة الابتدائية، تستطيع الاختبارات الخاصة بالقدرات أن تكشف عن تفاوت الإمكانيات العقلية عند الأطفال، كما تظهر في هذه المرحلة قدرة الطفل على إدراك بعض المعاني العامة المحسوسة خاصة، ولكنها تضل قدرة محدودة في نطاق ضيق مما يحتم الاستعانة في تعليم الأطفال بالوسائل الإيضاحية والنماذج المشاهدة، ومع الوقت تتزايد هذه القدرة على إدراك المجردات، وتتقدم الذاكرة تدريجيا من الاستيعاب الآلي إلى التذكر القائم على الفهم، فتزداد القدرة

على الفهم والتحصيل ومما يساعد على هذا ازدهار القدرة على التخيل، ويتخذ التفكير صورة الواقعية والمنطقية تدريجياً. (أبو معال، 2000: 42)

كما يمكن الاستدلال على ذكاء الطفل ونضجه العقلي من ملاحظة إدراكه وطريقته في إبداء الملاحظات وكذلك قدرته على إبداء الملاحظات وقدرته على الفهم والتعلم التي يقوم بها الطفل في مواقف الحياة اليومية. (داود وآخرون، 1982)

ويتضح فهم الطفل للنكت والطوائف، وقد وجد بول مكجي 1971 McGhee (بدير، 2012) علاقة واضحة بين أطراد النمو العقلي في هذه المرحلة وزيادة فهم الأطفال للنكته وفهم الطرائف.

وتتموا المفاهيم تدريجياً في بداية هذه المرحلة يلاحظ أن الطفل ما زال متمركزاً حول ذاته، وما زالت معظم مفاهيمه غامضة وبسيطة، وخلال المرحلة تحدث تغيرات هامة، تلخصها فيما يلي:

- التقدم من المفاهيم البسيطة نحو المفاهيم المعقدة.
- التقدم من المفاهيم غير المتميزة نحو المفاهيم المتميزة.
- التقدم من المفاهيم المتمركزة حول الذات نحو المفاهيم الأكثر موضوعية.
- التقدم من المفاهيم المادية والمحسوسة والخاصة نحو المفاهيم المجردة والمعنونة والعامية.
- التقدم من المفاهيم المتغيرة نحو المفاهيم الأكثر ثباتاً (بدير، 2012).

النضج الانفعالي: تكون هذه المرحلة بمثابة مرحلة هدوء نسبي، فالطفل هنا لم يعد يشعر بالانفعالات القوية التي كانت تتأرجح في حياته بين الحب والغيرة والإحباط والعدوانية، وفي نفس الوقت الذي تتراجع فيه هذه الانفعالات يفتح أمام الطفل عالم فسيح بإمكانياته وعلاقته وأنشطته المختلفة، مما يتيح فرضاً كبيرة أمام الطفل، فممارسته في الأنشطة المختلفة تتحول من العدوانية إلى الإيجابية في التعلم والتفوق، كما أن العلاقات الجديدة مع أقرانه من الأطفال ومع معلميه تتيح له فرصة لتصحيح علاقاته الأسرية السابقة مع الوالدين والأخوة، فبعد التنافس والغيرة والنفور تظهر الصداقات وأشكال المحابة التطبيقية مع المعلمين والأطفال الذين يكبرونه سناً، ويساعد على ذلك قدرته في السيطرة والتحكم الذاتي الذي يشير إلى تعدد المهارات المكتسبة واتساع نطاق الخبرة، ويعمل في الوقت ذاته على تطوير هذه المهارات في التحكم الانفعالي. (أبو معال، 2000)

وتلاحظ في هذه المرحلة ظهور بعض المخاوف على الأطفال بدرجات مختلفة، وتتغير مخاوف الأطفال في هذه المرحلة عن مخاوف الطفولة المبكرة، فالمخوف السابق من الأصوات والأشياء الغريبة

والحيوان والظلام وغيرها يقل جدا ويكاد يختفي، ليحل محله الخوف من المدرسة والعلاقات الاجتماعية وعدم الأمن الاجتماعي والاقتصادي. (زهران، 1986)

كما تلعب الأسرة والمدرسة دورا مهما في تعليم السلوك الانفعالي للأطفال، وقد حددت كريمان البدير (2012) مجموعة من العوامل تساعد على الثبات والاستقرار الانفعالي للطفل في مرحلة التعليم الابتدائي منها:

- اتساع دائرة الاتصال بالعالم الخارجي، مما يؤدي إلى توزيع حياة الطفل الانفعالية على مختلف ما يحيط به من موضوعات وأفراد وجماعات جديدة في المدرسة والمجتمع الخارجي.
- ميول الطفل للتنافس والعدوان والعناد، تجد منفذا في المنافسة المنظمة وتلقي ضبطا منظما في المدرسة وتتحول بالتدريج إلى صداقات.
- التنظيم الملحوظ في علاقات الطفل الاجتماعية في إطار المعايير الاجتماعية التي يتعلمها من خلال عملية التنشئة الاجتماعية.
- ضغط الجماعة الجديدة في المدرسة بصفة خاصة.

النمو اللغوي: تبدوا جميع جوانب النمو متداخلة لدى الطفل ومترابطة، ويتجلى هذا التداخل بوضوح في النمو اللغوي للطفل، على اعتبار أنه من المنطقي النظر إلى اللغة أنها ظاهرة اجتماعية، ويظهر النمو اللغوي في مرحلة الطفولة المتأخرة بجلاء في القدرة على تعلم القراءة، ولقد أجرى ديفيد ألكيند David Elkind وزملاؤه سنة 1974-1975 بحثا حول أثر القراءة على القدرة اللفظية، وأثبت أن تدريب الأطفال الصغار على النطق السليم يمكن أن يكون له أثر كبير على كفاءتهم في القراءة فيما بعد، كما أن أبحاث ألكيند مع المبتدئين في تعلم القراءة مستندا على العمر والجنس والمكانة الاجتماعية للوالدين، أوضحت أن الأطفال الذين ابتدئوا تعلم القراءة في سن مبكرة كانوا أفضل من أقرانهم الذين ابتدأوا في تعلم القراءة في سن متأخرة. (داود وآخرون، 1982: 20)

"ويرجع التفاوت إلى استخدام الاختبارات اللفظية مع التباين في حصيلة الكلمات بتباين المستوى الاجتماعي للأطفال، كما يظهر هذا التفاوت بوضوح في قدرة الأطفال على القراءة والتحصيل مما يرجع إلى تباين قدراتهم ودرجة النضج التي وصلت إليها هذه القدرات" (أبو معال، 2000: 42).

النمو الاجتماعي: يرحب الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة قبل المدرسة (بتحفظ) باللعب الجماعي الذي يكون في جماعات محدودة العدد وعلى شرط أن يكون لكل طفل لعبته الخاصة، وقد وجد بارتن Parten (زهران، 2005) أن اللعب في هذه الطفولة المبكرة يتطور من الملاحظات الشاغرة إلى

الملاحظات المتطفلة إلى اللعب الانفرادي المستقل إلى اللعب الانعزالي المتناظر ثم يصل إلى مرحلة اللعب التعاوني الجماعي، لكن في مرحلة الطفولة المتوسطة والتي توافق دخول الطفل إلى المدرسة يكون اللعب جماعياً، ومن خلال اللعب يتعلم الأطفال الكثير عن أنفسهم وعن رفاقهم وتتاح لهم فرصة تحقيق المكانة الاجتماعية.

ويكون الطفل في هذه المرحلة قادراً على تعلم ممارسات اجتماعية داخل مجموعة الرفاق من مثل التضحية والتعاون وغير ذلك من المفاهيم السلوكية الاجتماعية، وتدعى هذه المرحلة العمرية بمرحلة التطبيع الاجتماعي ومجاعة الآخرين في الجماعة مما يعرف بالحاجة إلى الحياة الاجتماعية، وفي هذه المرحلة يبدأ الطفل في التعبير من الإطار الأسري المحدود إلى خارج هذا الإطار، فيبدأ بسحب جانب كبير من طاقاته المستثمرة في علاقاته الأسرية حيث يستثمرها في عالمه الخارجي، وبهذا تتاح الفرصة أمام الطفل لتصحيح الكثير من اتجاهاته واكتساب الجديد منها فيما يتعلق بالطاعة أو عدمها، وبالتعاون مع أقرانه الأطفال أو التنافس معهم، وبعد فترة من الوقت تزداد حياة الجماعة أهمية بالنسبة لحياة الطفل وتتحدد الأدوار المختلفة للأطفال في هذا الإطار الجماعي، وتتراوح العلاقات الاجتماعية بين التعاون والتنافر، فينضم الطفل إلى شلة الأطفال التي تناسبه. (أبو العال، 2000)

ومن أهم سمات النمو الاجتماعي في هذه المرحلة حسب حامد زهران (1986) هي ما يلي:

- السعي الحثيث نحو الاستقلال
- بزوغ معان وعلامات جديدة للمواقف الاجتماعية
- تعديل السلوك بحسب المعايير والاتجاهات الاجتماعية وقيم الكبار.
- اتساع دائرة الميول والاهتمامات
- نمو الضمير ومفاهيم الصدق والأمانة
- نمو الوعي الاجتماعي والمهارات الاجتماعية
- قد يضطرب السلوك إذا حدث صراع أو معاملة خاطئة من جانب الكبار.

ويكون العدوان والشجار بين الذكور والذكور، ويقل نوعاً ما بين الذكور والإناث، ويقل جداً بين الإناث والإناث، ويميل الذكور إلى العدوان اليدوي، أما الإناث فعدوانهن لفظي. (زهران، 1986)

وتساعد المدرسة بشكل كبير في تحقيق نمو سليم وبدون مشاكل للطفل، فبالرغم من أن مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة يسودها الهدوء والاستقرار، إلا أن إريكسون Erickson يوضح أن هذه المرحلة حاسمة في نمو الأنا، فالأطفال يسيطرون على مهارات اجتماعية ومعرفية هامة، والمشكلة هنا

هي المثابرة والإنجاز في مقابل الدونية أو الشعور بالنقص. كما يتعلم الأطفال في هذه المرحلة أشياء ذات معنى ويطورون قوة الأنا بالانتباه الثابت وبالكفاح المستمر، كما أنهم يعملون ويلعبون مع أقرانهم، والخطر في هذه المرحلة هو الشعور المتزايد بعدم الدقة والاكتمال أو الشعور بالدونية. (سليم، 2002)

النظريات المفسرة لعملية النمو في مرحلة التعليم الابتدائي:

تشير عملية النمو إلى التغيرات النوعية والكمية التي تطرأ على الإنسان منذ لحظة تكوين الزيجوت (البويضة الملقحة) وحتى أرذل العمر في الشيخوخة، وهو ناتج عن تفاعل عاملي النضج والخبرة، حيث يكون النضج نتيجة التغيرات التي تحدث بشكل متزامن في الأجهزة الحسية والجسمية، أما الخبرة فهي التغيرات التي تطرأ على سلوكيات الأفراد نتيجة التفاعل مع البيئة، وتشمل الجوانب المعرفية والمهارات الحركية والاجتماعية والأخلاقية (العياصرة، 2010).

وحسب تصنيفات نمو الطفل على أساس الميزات الجسمية والفسولوجية له، فإن مرحلة التعليم الابتدائي تشمل السنة الأخيرة من الطفولة المبكرة التي تمتد من سنتين إلى ستة سنوات، ومرحلة الطفولة المتوسطة التي تمتد من سبع إلى تسع سنوات، والسنة الأولى من الطفولة المتأخرة التي تمتد من عشر إلى اثني عشر سنة، وعليه فإنه عموماً تشغل مرحلة الطفولة المتوسطة الحصة الأكبر من مرحلة التعليم الابتدائي وتكاد تستغرقها بجميع سنواتها، ولكنها قد تتداخل مع الطفولة المبكرة والمتأخرة ببضعة أشهر تصل إلى السنة الواحدة وذلك تبعاً لخصائص النمو المختلفة ومع مراعاة الفروق الفردية أيضاً.

وتتباين النظريات التي تفسر صيرورة النمو في المرحلة العمرية التي تستغرقها مرحلة التعليم الابتدائي، كما أنها تتنوع وتختلف باختلاف الطرق والوسائل والخلفيات النظرية التي تنظر بها إلى ميكانزمات هذا التطور وتغيرات النمو الحاصلة عبر المراحل العمرية المختلفة، ومن هذه النظريات نذكر:

نظرية أرنولد جيزل Arnold Gesell :

بعد انتشار الأبحاث والدراسات حول الطفل في بداية القرن العشرين، والتي كانت امتداداً لأبحاث علم النفس التجريبي وملاحظات التربويين في القرن التاسع عشر، أنشأ ستانلي هل Stanley Hall حركة دراسة الطفل والتي عملت على اكتشاف نمو التفكير لدى الطفل وطريقة تطوره، وسرعان ما انتشرت هذه الأبحاث ليتم إنشاء معهد دراسة الطفل في كلية المعلمين في جامعة كلومبيا عام 1924، ومعهد رعاية الطفل في جامعة مينيسوتا عام 1925، ومعهد دراسة الطفل في جامعة يال Yale

University عام 1928 على يد أرنولد جيزل Arnold Gesell تلميذ هل Hall الذي بدأ دراسة الطفل منذ سنة 1911، حيث أوضح نمو الطفل من خمس (5) إلى عشر (10) سنوات، وكذلك نمو المراهق من عشر (10) إلى (20) سنة، ووضع مجموعة من الاختبارات النفسية لنمو الطفل (مخول، 2015).

ينظر جيزل Gesell إلى النمو على أنه خاضع بالكلية إلى العوامل البيولوجية وإلى نضج الجهاز العصبي، فهو يرى أنه لا فائدة ترجى من تضييع الوقت في البحث داخل العلاقات الخفية بين العقل والجسم، أو بين الروح والجسد، فيكفي لأن نعلم أن نفسية الطفل التي تشمل سلوكه كله مرتبطة بجهازه العصبي ارتباطاً لا انفصام له، بل هي مرتبطة في واقع الأمر بجهازه العضوي كله (جيزل وآخرون، 1995).

وتتمحور نظرية جيزل حول مفهوم النضج، ويرجع إليه الفضل في وضع المبادئ الأساسية لهذا المفهوم، فهو يرى أن من أهم مبادئ النضج هو:

- مبدأ التفرد
- مبدأ التسلسل
- اختلاف سرعة النمو لكل جانب، والمرحلة العمرية.
- النمو عملية مستمرة بغض النظر عن التدريب أو عدمه (يوسف، 2009).

ويرى جيزل Gesell أن النمو هو محصلة لتسلسلات نمو طبيعية تتفاعل مع البيئة المحيطة وفق قوانين دقيقة تحكم عملية النمو برمتها، فهو يربأ أن شخصية الطفل "إنما هي ثمرة لنمو تدريجي متمهل، والجهاز العصبي للطفل ينضج على مراحل وفي تسلسلات طبيعية، فهو يجلس قبل أن يقف، ويناغي قبل أن يتكلم، ويقول "لا" قبل أن يقول "نعم"، ويختلق قبل أن يقول الصدق، ويرسم دائرة قبل أن يرسم مربعا، وهو أناني محب لذاته قبل أن يكون مؤثرا عليها يحب الخير عليها، وهو يعتمد على الآخرين قبل أن يصير أهلا للاعتماد على نفسه، فجميع قدراته بما في ذلك أخلاقياته خاضعة لقوانين النمو، وليس المقصود بمهمة رعاية الطفل أن يصب من الناحية السلوكية في قالب مجهز له من قبل، وإنما المقصود بها مساعدته خطوة خطوة وتوجيه نموه في الاتجاه الصحيح" (جيزل وآخرون، 1995: 41).

وتمتد فترة الطفولة عند جيزل من خمس (5) إلى اثني عشر (12) سنة وهي المرحلة المدرسية، وهي مرحلة مهمة وضرورية من أجل نضج أفضل وتوازن جيد للحوية حسب جيزل، وعملية التواءم مع متطلبات الراشدين في المدرسة مسألة مهمة وصعبة أيضا، فالحياة بالنسبة للطفل ستكون سهلة لو كان واجبه أن يتواءم وفق والديه وحدهما أو وفق معلميه فقط، ولكنه مضطر لأن يتواءم وفق كل من

هاتين المجموعتين من الكبار الراشدين، وتكون المهمة في بعض الأحيان مزدوجة الصعوبة، عندما يعجز الكبار في البيت والمدرسة عن التفاهم لتوحيد وجهة النظر، والشكل رقم (03) يوضح بأسهم مزدوجة الاتجاه المجال المثلثين الذي توظف فيه كل هذه القوى المتبادلة بين الجميع، فسعادة الطفل وفلاحه حسب جيزل لا يتأثر فقط بوالده ومعلمه، بل يتأثر أيضا بالعلاقات المتبادلة بين هذين، ونظرة الوالدين والمعلمين بدورها تتأثر بالمجتمع الذي يحدد بدوره مستويات موظفي المدارس وسياساتهم، ويتأثر إلى حد كبير الوضع المهني والأساليب المهنية للمعلمين بنوع الإدارة المدرسية (جيزل وآخرون، 1995)

نظرية التحليل النفسي:

يؤكد سيجموند فرويد Sigmund Freud على سياق نمو يعتمد على تتابع وإيقاع جنسي، حيث يوجد بالجسم ثلاث مناطق رئيسية حساسة جنسياً، وهي الفم والشرح والأعضاء التناسلية، وتزداد أهمية هذه المناطق مع النضج، ويرى فرويد أن الطفل يمر بثلاث مراحل في نموه النفسي الجنسي وهي المرحلة الطفلية ومرحلة الكمون والمرحلة التناسلية، وتستمر المرحلة الطفلية حتى سن السادسة تقريباً، وتنقسم إلى مراحل فرعية هي المرحلة الفمية والمرحلة الشرجية والمرحلة القضيبية (المليجي، 2001).

وتستغرق مرحلة التعليم الابتدائي الفترة التي يسميها فرويد بفترة الكمون، وهي الفترة الممتدة من نهاية المرحلة القضيبية وحتى البلوغ، حيث تهدأ الأزمة الأوديبية وتراجع الاهتمامات والمشاكل الجنسية، وتبدأ فترة الكمون بعملية واسعة وحادة من الكبت، وكما يتضح من اسم المرحلة فإن الخيالات الجنسية والعدوانية تكمن إلى حد كبير، ويتم الاحتفاظ بها بشدة في أعماق اللاوعي، ويعتقد فرويد أن كبت المشاعر الجنسية في هذا الوقت يكون شاملاً تماماً، فهو لا يكبت المشاعر والذكريات الأوديبية فقط، لكن أيضاً تلك الخاصة بالمرحلة الفمية والشرجية أيضاً، وبناء على ذلك، يُنزع في هذه المرحلة الطابع الجنسي عن علاقة الطفل بأهله، وتستبدل مشاعر الكره والعداء تجاه الأهل بمشاعر الحنو والإعجاب بهم، وفي حقيقة الأمر أن طاقة الليبيدو لا تزول ولا تتناقص في مرحلة الكمون إلا أنها تنزاح فقط عن موضوعها الأوديبية، وتتخلل فترة الكمون دفعات جنسية فجائية قصيرة المدى، وتصبح هذه الدفعات قريبة من بعضها البعض كلما اقترب الطفل من البلوغ تمهيداً للمرحلة التالية وهي المرحلة التناسلية (سليم، 2002).

وبصورة أدق، وكما تعبر عن ذلك كارين غينيش (2014: 34) فإن "فترة الكمون هي قبل كل شيء مرحلة تنشئة اجتماعية، حيث تصبح الأهداف الغريزية أهدافاً اجتماعية، يجذب فيها الطفل من

نشاطات اجتماعية أوسع ويندمج في أوساط فيها علاقات مختلفة بفضل انتقال صراعات أوديبية بدائية إلى بدائل صور الأبوين، فثمة ممر بين استخدام العمليات البدائية، الممثلة لمبدأ المتعة، واستخدام العمليات الثانوية، والتي تعكس مبدأ الواقع".

نظرية إريك إريكسون Erik H. Erikson:

اعتمد إريكسون في بناء نظريته على الفكر الفرويدي، وبالرغم من اعتقاده بأن جهوده تمثل امتداد لفكر فرويد، فإنه في حقيقة الأمر تطور جذري لهذا الفكر، فهو كغيره من التحليليين الجدد كان من الذين انتقدوا فرويد في تركيزه على الحتميات البيولوجية وتحديد الجنس والعدوان كمحددات للسلوك، وما تبع ذلك من تركيز على الجانب الغريزي، وكان في ذلك متأثراً برواد سيكولوجية الأنا ممن سبقوه وعاصروه ومنهم أنا فرويد Anna Freud الذي تتلمذ إريكسون على يديها وتأثر بأبحاثها في الطفولة، و كوت ووايت وهارتمان والذين رسموا بدايات التغيير نحو سيكولوجية الأنا المؤكدة لفاعلية الأنا بدرجة أكبر مما قال فرويد (الزهراني، 2005).

ويرى إريكسون أن للسياق الذي ينشأ فيه الفرد تأثير قوي في تكوين الشخصية، فاللتنشئة الاجتماعية والمشكلات الاجتماعية التي يواجهها الفرد خلال عملية نموه والتي ربما تنعكس سلبياً أو إيجاباً في تطوره النفسي والاجتماعي، واقترح إريكسون ثمان مراحل يمر بها الفرد خلال عملية نموه النفسي والاجتماعي أسماها بالمراحل النفسية الاجتماعية، حيث يواجه الفرد في كل مرحلة أزمة تنطوي على صراع يتطلب الحل والتوافق معه لكي يستطيع الفرد من الانتقال بسلام إلى المراحل اللاحقة (العياصرة، 2010: 72).

وقد حاول إريكسون أن يوسع من مراحل النمو التي اعتمدها فرويد لتشمل المراحل ما بعد التناسلية، وفي الوقت نفسه ربط هذه المراحل بكفاءة الأنا في تخطي أزمة المرحلة، متجاوزاً تفسير فرويد الذي ربط مراحل النمو الأولى بمناطق شبقية معينة (الجدول رقم 06)

الجدول رقم (04) : مراحل النمو حسب كل من فرويد و إريكسون (كرين، 1996: 223)

المرحلة العمرية	مراحل فرويد	مراحل إريكسون
الميلاد – الأولى	الفمية	الثقة في مقابل عد الثقة: الأمل
الأولى – الثالثة	الشرجية	الاستقلال في مقابل الشعور بالخجل والشك: الإرادة
الثالثة – السادسة	القضيبيية – الأوديبية	المبادأة في مقابل الشعور بالذنب: الهدف – الغرض

المتابرة والانجاز والكفاءة في مقابل الشعور بالنقص والدونية: الكفاءة	الكمون	السادسة – الحادية عشر
تحديد الهوية ووضوح الأبعاد في مقابل غموض الهوية وخلط الأدوار: الإخلاص والولاء	التناسلية	البلوغ
الألفة التماسك (الحميمية) في مقابل العزلة: الحب	-	الشباب
العطاء والإنتاج في مقابل الانغلاق الذاتي والركود: الرعاية	-	الكهولة
تكامل الأنا في مقابل اليأس والقنوط: الحكمة	-	العمر المتأخر

وحسب نظرية إريكسون نجد أن مرحلة التعليم الابتدائي تقابل مرحلة المتابرة والكفاية مقابل الدونية والشعور بالنقص والتي تمتد من سبع (7) إلى إحدى عشر (11) سنة، حيث يكون الطفل في هذه المرحلة "بصدد تعلم المشاركة في النشاطات الرسمية في الحياة، مثل التعامل مع الجماعة والانتقال من اللعب الحر إلى اللعب المنظم الهادف، وهو مطالب بالواجبات البيتية، وعلى النقيض فالطفل الذي يفشل في التفاعل مع البيئة ويخفق في إنجاز المهام الموكلة له، تتطور لديه مشاعر الدونية وعدم الثقة بالنفس وشعور بالنقص" (شعبان & تيم، 1999:120).

ويتشابه إريكسون مع جيزل في ضرورة احترام الأولياء لقوانين النمو وتوجيههم الأبناء توجيهها جزئياً على أن يكون في جو يسوده الأمن والأمان، فهو يقول: "من المهم أن نتحقق من أن الطفل المتمتع بالصحة لو تم توجيهه نصف توجيهه صحيح، فإنه سوف يتبع ككل قوانين نموه الداخلية" (كرين، 1966: 340).

النظرية المعرفية النمائية: يرجع الفضل في وضع هذه النظرية للجهود التي بذلها العالم السويسري "جان بياجيه Jean Piaget" في مجال النمو العقلي المعرفي للأطفال، وكان بياجيه عالم أحياء متمرس إلا أنه في الوقت ذاته كان مهتما بأحد فروع علم الفلسفة "فلسفة المعرفة والمنطق Epistémologie" وهو العلم الذي يبحث في أصل المعرفة العلمية أو طبيعة الاستعراض النظري لأي فرع من العلوم، وعمل بعدها على الاختبارات النفسية والتي كان يكتفيها حسب البيئات الأوريبية المختلفة وترجمها وذلك بطلب من عالم النفس المشهور "سيمون Somon" لكن سرعان ما استبعد العمل بها فيما بعد، وقد ساعدته خلفيته البيولوجية في صياغة نظريته، لهذا كان يرى أن النمو العقلي المعرفي امتداد للنمو البيولوجي، بل هو خاضع لشتى القوانين والأسس (يوسف، 2009: 25).

وبالنسبة لبياجيه فإن كل سلوك قائم على التفكير يظهر وكأنه عملية تكيف، فالفرد لا يتصرف إلا إذا شعر بحاجة أو اختل توازنه القائم بين الكائن والبيئة، فالسلوك الجديد يرمي إلى إعادة التوازن،

والتكيف الجديد يرمي إلى إعادة التوازن، والتكيف الجديد قائم على التوازن الحاصل بين عمليتي الاستيعاب والتلاؤم، فالذكاء إذن عملية تتجه نحوه جميع عمليات التكيف المتتالية، من حسية-حركية إلى المجردة، من أجل تحقيق التوازن والنجاح بين العمل والواقع، والاستيعاب من الناحية البيولوجية، هو امتصاص الجسم لبعض العناصر وتحويلها إلى عناصر جديدة، وهو عملية تتجه من الخارج إلى الداخل، أما عملية التلاؤم فهي ترتبط بتجربة الكائن الحي واحتكاكه بالعالم الخارجي المحيط به، وهي عملية تشمل التغيرات الخاصة في الجسم تجاه المثبرات الخارجية، وتتجه من الداخل إلى الخارج (سليم، 2002: 42-43).

وأصبحت هذه النظرية تسمى بالبنائية Constructivism تأثراً بأراء "بياجيه" التي أوضحت كيف يتعلم الطفل ويبني المعرفة، فعن طريق التمثيل يلعب الطفل متصوراً أو متخيلاً كيف يجب أن تكون دنياه، وفي عملية الموائمة وهي عكس الأولى، حيث يتدخل الدافع ويطلب من الطفل أن يكون أكثر موضوعية أو أكثر تمسكاً بالتقاليد في سلوكه وتفكيره، وعندما يوازن الطفل بين هاتين العمليتين يصبح التفكير أكثر نضجاً (يوسف، 2009: 26).

ومرحلة التعليم الابتدائي بالنسبة لبياجيه هي مرحلة استقرار نسبي، ولكن هذا الاستقرار ليس نتيجة دفن الرغبات والخيالات المخيفة كما يشير إلى ذلك الفرويديون عموماً، بل هي نتيجة انتقال الطفل من الناحية العقلية إلى مرحلة العمليات المحسوسة حيث يستطيع أن يميز بين الحقيقة والخيال، وأن يرى وجهات نظر مختلفة حول مشكلة ما وأن يعمل وفق منطق ونظام في مهام محسوسة، وحيث يمر الطفل من الناحية العقلية في مرحلة من الإتزان مع العالم مما يسهم في استقراره الكلي وهدوئه (كرين، 1966).

ويرى بياجيه أن الأطفال بين سن الخامسة أو السادسة من العمر يمرون بوجه عام من مستهل مرحلة ما قبل الإدراك الإجرائي إلى مرحلة الإجراء المدرك الواقعي، تلك الفترة التي تتجلى بوضوح بين من هم في السابعة أو الثامنة من العمر ويمكن تمييزها ببداية التجمعات الإجرائية المدركة في أشكالها المتعددة والتي تمتاز بالثبات والواقعية، وتتبع مرحلة الإجراءات الواقعية مرحلة التمسك بالشكليات الصورية التي تظهر عادة بين من هم في الحادي عشر إلى سن الخامس عشر من العمر.

ففي مرحلة الإجراءات الإدراكية تأخذ الأعمال المحسوسة والإجرائية صفة الثبات والتماسك بين من هم في سن السابعة والحادية عشر من العمر، فحينما يميل الطفل إلى القيام ببعض الأعمال الإدراكية (التي تعتمد على الإدراك) فيتسع بذلك مجال معرفته ويصبح بنيان إدراكه أكثر تماسكاً وثباتاً، بينما في

المرحلة التي تليها وهي مرحلة الإجراءات الشكلية الصورية، فإن الطفل يبدأ في الميل إلى الإجراءات الصورية بداية من سن الحادي عشر إلى سن الخامسة عشر (قطامي، 2000).

كما أن الطفل يستطيع بداية من سن السابعة إدراك الزمان والمسافة والمكان، وبعض الخصائص التطورية مثل الإحائية وهي إضفاء صفة الحياء على الأشياء الجامدة، وكذلك بعض وظائف التفكير الرمزي كما هو ملخص في الجدول التالي:

الجدول رقم (05): مراحل بياجيه للتطور المعرفي للطفل (قطامي، 2000: 93)

المرحلة	العمر	خصائص النمو المعرفي
مرحلة الحس حركية (0-2) سنة	من 0 إلى 1 شهر	نشاط انعكاسي
	من 1 إلى 4 أشهر	البحث الذاتي
	من 4 إلى 8 أشهر	التنسيق
	من 8 إلى 12 شهر	الأداء الموجه نحو هدف
	من 12 إلى 18 شهر	تجريب
	من 18 إلى 24 شهر	حل المشكلة وعمليات ذهنية
مرحلة ما قبل العمليات الذهنية (02-07) سنوات	من 02 إلى 04 سنوات	مرحلة ما قبل المفاهيم: تظهر الوظائف الرمزية، تفكير، إحيائية.
مرحلة العمليات الحسية المادية (07-11) سنة	(07-11) سنة	العمليات المنطقية المطبقة على المشكلات المادية الحسية، تحديد الأشياء القابلة للانعكاس (العكسية) تقليل التمرکز
مرحلة العمليات المجردة	(11 فما فوق)	حل مشكلات افتراضية ونظرية، استقراء معقد، اختبار فرضيات متقدمة، يحل موثوقية طرق التفكير (الأسس العلمية)

نظريات التعلم الاجتماعي:

تعرف هذه النظرية بأسماء أخرى مثل نظرية التعلم بالملاحظة والتقليد *apprentissage par L'observation et l'imitation*، أو نظرية التعلم بالتمذجة *L'apprentissage par la modélisation*، وتنطوي هذه النظريات حسب الباحثة صبيحة السامرائي (2014: 24) على ثلاث توجهات:

- **التوجه الأول:** ويظهر من خلال ما قدمه دولارد Dollard وميلر Miller وسيرز Sears وميكوبي Mecoby ويتبنى هؤلاء فكرة (المثير- المنبه- الاستجابة) ، ويهتمون بالدوافع والجزاءات كشرط لحدوث التعلم، فالطفل يحصل على انتباه والديه أو اهتمامهما عندما يقوم بأفعال تصرفات أو أعمال يفضها الوالدان أو أحدهما أو ربما يقومان بها معه، ومع تكرار إتيان الطفل بهذه التصرفات تصبح جزءا منه فيما بعد.

- **التوجه الثاني:** ويظهر من خلال رأي سكينر Skinner الذي يفسر السلوك الاجتماعي في ضوء قوانين التدعيم، وأسلوب الثواب والعقاب، فالطفل ينمي شخصية محددة نتيجة أنماط مستقلة للثواب والعقاب يطبقها أو يتبعها الوالدان معه، بحيث يميل الطفل إلى تكرار السلوك الذي حصل على الإثابة، ولا يكرر السلوك غير المثاب، وبالتالي يتعلم الطفل الاستجابات المرتبطة بإثابات، أو تنشيط الرابطة بين منبه محدد ومدعم أو تضعف أو تنطفئ الرابطة بين منبه محدد ومدعم محدد.

- **التوجه الثالث:** ويظهر من خلال ما قدمه بارك Park و وولتر Walter وباندورا Bandura ويتبنى هؤلاء فكرة تقليد النموذج باعتباره نمط استجابة، متعلما للسلوك الاجتماعي، ومن ثم التنشئة الاجتماعية، فالأطفال يقلدون ويحاكون الأب والأم، وذلك عندما يجدون دعما ذاتيا كلما اقتربوا من النموذج، وربما كان النموذج من بين ما تقدمه وسائل الإعلام، وبخاصة المرئية منها عموما.

ويعد ألبرت باندورا Albert Bandura رائد نظرية التعلم الاجتماعي، فقد استفاد من أبحاث سكينر حول التعلم الإجرائي وصاغ نظريته في التعلم الاجتماعي والتي تعتمد على مفهوم النمذجة في التعلم والنمو الاجتماعي، وقد صاغ باندورا أربع خطوات لبناء النموذج وهي: عمليات الانتباه، عمليات الحفظ، عمليات إعادة الأداء حركيا، التدعيم والعمليات الدافعة، ويذكر وليام كرين (تر: الأنصاري، 1996) أن هذه الخطوات في الحقيقة ليست منفصلة عن بعضها، فعمليات التدعيم على وجه الخصوص تؤثر على ما ننتبه إليه، فمثلا نحن غالبا ما ننتبه إلى النموذج القوي أو القادر على التنافس أو صاحب المظهر، لأننا وجدنا أن التقليد هذا النموذج -أكثر من النماذج الأدنى منه- يؤدي إلى مزيد من النتائج الإيجابية.

وعلى عكس بياجيه الذي يرى أن الأطفال يبنون أبنيتهم المعرفية من خلال عملهم في مشكلات تستثيرهم داخليا، فإن باندورا يعطي اهتماما أكثر بالبيئة، فهو يقول: "قد يكون أكثر إثارة للدهشة أن نتخيل أن الأطفال يتوصلون إلى اكتشافاتهم الذاتية ويكونون أفكارهم بأنفسهم، لكن الحقيقة أن عقول الأطفال تبنيتها البيئة بواسطة النماذج وممارسة التدريبات الاجتماعية التي توفرها لهم هذه البيئة" (كرين، 1966: 241)

الجدول رقم (06) : مقارنة بين عوامل النمو ومبادئه حسب نظريات النمو المختلفة

صاحب النظرية	أرنولد جيزل Arnold Gesell	سيجموند فرويد Sigmund Freud	إريك إريكسون Erik Erikson	جون بياجيه Jean Piaget	ألبرت باندورا Albert Bandura
العامل الأساسي للنمو	عوامل بيولوجية	عوامل لاشعورية	عوامل نفسية اجتماعية	البنى المعرفية	عوامل اجتماعية
دوافع النمو	النضج	الصراع	أزمة المرحلة	التكيف	النمذجة
مصدر توجيه النمو	من الداخل (المخطط الجيني)	من اللاشعور	من الأنا (وسيط بين الداخل والخارج)	من الداخل والخارج	من الخارج (المثيرات البيئية)
نتائج النمو	النضج	نمو الأنا	توافق الأنا	إعادة التوازن	التعلم
العمليات التي تحكم النمو	قوانين النمو (التسلسل والتفرد)	العمليات الدفاعية	فاعلية الأنا	الاستيعاب والتمثل والموائمة	الملاحظة والتقليد

هذا وتوجد نظريات أخرى عملت على تفسير عمليات النمو مثل النظريات التطورية الإيثولوجية المنبثقة من نظرية داروين للتطور، وكذلك النظريات السلوكية المختلفة التي أوردنا منها نظرية التعلم الاجتماعية، والنظريات التي تأتي في سياق التحليل النفسي كنظرية أنا فرويد وميلاني كلاين وسبيتز وفينيكوت، والنظريات الجشططنية مثل نظرية ويرنر العضوية المقارنة، وبعض النظريات التي اعتمدت في الغالب على جانب واحد أو اثنين من النمو مثل نظرية كولبرج في النمو الأخلاقي ونظرية النمو اللغوي عند نعوم تشومسكي.

الاضطرابات النفسية والسلوكية الشائعة في مرحلة التعليم الابتدائي:

كما في أي مرحلة عمرية أخرى ، يعاني الطفل من مجموعة من المشاكل النفسية التي قد تأخذ صورا عديدة وقد تفضي به إلى مرحلة الاضطراب الذي يستوجب تدخلا علاجيا، وكون الكفل في مرحلة مبكرة من النمو النفسي والجسمي والعقلي وفي مراحل الأولى التي يتفاعل فيها مع العالم الخارجي، فمن المهم جدا أن نحدد بدقة معنى أن يجاوز السلوك الملاحظ عليه عتبة السلوك العادي ويتم

تصنيفه على أساس مشكل سلوكي أو نفسي يستحق العلاج والتعديل، فكثير من التصرفات العادية التي تتم عن سلوك عادي يصنف من الأولياء أو من المدرسين على انه مشكل سلوكي شاذ، كما أن بعض السلوكيات التي لا ينتبه إليها الأولياء ولا المعلمون هي مؤشر خطير عن انحرافات معقدة قد تفضي إلى اضطرابات نمائية متعددة الأبعاد، ولذا "يجب أن لا نغالي في نظرتنا إلى المشاكل التي تصدر عن أطفالنا خاصة إذا كانت هذه المشاكل

وقد تكون هذه المشاكل من النوع العادي مثل الخلافات اليومية التي تنشأ بين الإخوة أو بينهم وبين أطفال الآخرين، فمثل هذه التصرفات مظهر طبيعي لنمو الطفل وحركته، ولكن إذا زادت هذه التصرفات عن الشكل المرغوب فيه زيادة كبيرة تجر وراءها المتاعب، ووصلت إلى مرحلة يخشى من نتائجها على سلوك الطفل، فإننا يجب أن نبحث عن حالة الطفل ونعالجها في وقتها قبل أن تستفحل ويصبح من الصعب علاجها في المستقبل" (قصبيات، 2007: 72).

وعموماً فعندما تظهر عند الأطفال أنماط سلوكية غريبة وغير مألوفة وتبدو أنها لا تنسجم مع خصائصهم النمائية أو أنها لا تتفق مع معايير السلوك المقبول، عندها يتطلب الأمر الانتباه إلى مثل هذه الأنماط السلوكية وتقدير مدى تكرارها وظروف حدوثها وآثارها النفسية والاجتماعية، وهذا بالطبع يتطلب توظيف عدد من الوسائل والأدوات للوقوف على طبيعة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها الأطفال، ومن بين هذه الوسائل والأدوات المستخدمة في ذلك هي: الفحص الطبي للتأكد من السلامة العضوية للطفل، ودراسة الحالة من أجل جمع بيانات متعددة وشاملة حول الطفل، والتقديرات الأولياء والمدرسين وحتى الأقران من أجل أخذ ملاحظاتهم حول سلوك الطفل في المواقف الحياتية المتعددة في البيت والحارة والمدرسة، والملاحظة التي يقوم بها الفاحص من أجل معرفة الطريقة التي يتصرف بها الطفل في مواقف محددة، وكذا المقابلة كإجراء للكشف على الاضطرابات التي يعاني منها الطفل وتقييمها، والاعتماد على المقاييس والاختبارات مثل قوائم الشطب التي تعنى بتوصيف مجموعة من المشكلات السلوكية والاضطرابات الانفعالية ودراسة مدى تطابقها مع السلوك الملاحظ، والاعتماد على القوائم وسلالم التقدير مثل قائمة كوى وبترسون Quay & Pterson للسلوك المشكل، ودليل برستول Bristol للتكيف الاجتماعي وغيرها من القوائم والاختبارات، كما يمكن اللجوء إلى الاختبارات الإسقاطية ذات الأثر الكبير في التشخيص، وحتى التشخيص والتقييم الأكاديمي مثل التقارير الذاتية والمدرسية وتحليل البيئة الصفية وغيرها عادة ما يكون مفيداً لفهم المشاكل السلوكية والانفعالية التي يعاني منها الطفل داخل البيئة المدرسية (الزغلول، 2012).

وإذا ما قبلنا بالتوصيف الذي يضعه لنا المرشد الطبي النفسي الأمريكي في الدليل الإحصائي للاضطرابات DSM3 (إبراهيم وآخرون، 1993) فمن الممكن تصنيف الفئات الرئيسية لاضطرابات الطفولة بصفة عامة على النحو التالي:

- مشكلات متعلقة بالنمو: التخلف العقلي أو الدراسي، مشكلات النمو اللغوي، صعوبات التعلم.
- مشكلات متعلقة باضطراب السلوك: الإفراط الحركي (الحركية)، العدوان، تشتت الانتباه، التخريب، الجنوح، الكذب، الانحرافات الجنسية.
- مشكلات القلق، قلق الانفصال، القلق الاجتماعي، تحاشي أو تجنب الاحتكاك بالآخرين.
- الاضطرابات المرتبطة بسلوك الأكل والطعام: الهزال أو النحافة المرضية، النهم، السمنة، التهام المواد الضارة.
- اللوازم الحركية: نتف الشعر، مص الأصبع، قضم الأظافر.
- اضطرابات الإخراج، التبول اللاإرادي، التغوط.
- اضطرابات الكلام واللغة: التهتهة، البكم، الحبسة الصوتية.
- اضطرابات أخرى: ذهان الطفولة، السلوك الإجتراري.

كما يمكن تصنيف المشاكل السلوكية التي يعاني منها الأطفال في مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة والتي تتزامن مع مرحلة التعليم الابتدائي إلى "مشكلات ذات أسس عضوية، ونذكر منها التخلف العقلي، والعيوب الخلقية، والبله المغولي، والأمراض الخاصة بالغدد، والسموم وما يرتبط بها من اضطرابات، ومشكلات أخرى ذات أسس وظيفية، ومنها: مشكلات التغذية وتناول الطعام، ومشكلات النوم، مشكلات التخاطب والصمم المبكر في الأطفال، والمشكلات المصاحبة لجناح الأحداث، والأطفال الذين يعانون من القلق في شكل أعراض جسمية، والشعور بالغيرة" (عبد الله، 2006: 209).

وسوف نذكر في ما يلي مجموعة من الاضطرابات النفسية والمشاكل السلوكية التي قد يعاني منها الطفل في مرحلة التعليم الابتدائي:

الغضب والعدوان: وهو حسب تعريف ألبرت باندورا Bandura: "سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية أو مكروهة أو إلى السيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الآخرين" (بكريس، 2008: 237)، وتكون حالات العدوان في مجملها نتيجة حالات الغضب من الإملاءات والإكراهات التي تفرضها المدرسة على الطفل والتي تلعب الدور الذي كانت تلعبه الأسرة في مرحلة الطفولة المبكرة، وقد تؤدي حالات الغضب إلى رفض النظام والشغب والتخريب، وفي حالات أخرى إلى التشاجر المستمر مع

التلاميذ والتمتع والعدواني اللفظي والجسدي على زملاء التلميذ في القسم، وترى هاريس جودانف Goodenough-Harris أن: "الأطفال الصغار تكون لديهم استجابات غضبية بطريقة مباشرة وبدائية، ويتقدمهم في العمر تصبح هذه الاستجابات أقل عنفا وأكثر رمزية، فالطفل حتى الشهر الخامس يعبر عن غضبه برمي الأشياء، وفي الشهر الثامن عشر يلقي الأطفال بأنفسهم على الأرض احتجاجا وتعبيرا عن الغضب، ويضربون الأشياء أو يركلونها أو يتصارعون تعبيرا عن غضبهم" (شحيمة، 1994: 181).

والعنف الزائد دليل على وجود سوء تكيف أساسي في الشخصية حيث نجد أن الطفل قد عجز عن تعلم أساليب التعامل السليم مع البيئة أو أن اتجاهاته للعدوان تكون قوية لدرجة تمنعه من التعرف بطريقة أخرى، وتتعدد العوامل التي تؤدي إلى ظهور العدوان لدى الأطفال من عوامل أسرية مثل أنماط المعاملة الوالدية التي تتسم بالتعنيف وعدم استعمال الحوار وكذا تدني المستوى الاقتصادي للأسرة وأسباب مدرسية كإعدام العدالة في التعامل مع الأطفال وقشل الطفل في الحياة المدرسية وعدم تقديم خدمات إرشادية في المدرسة، وأسباب نفسية الناتجة عن عدم إشباع الطفل لحاجاته الأساسية والصراع النفسي اللاشعوري للطفل وأسباب اجتماعية كتقمص الطفل لشخصيات لاحظها في الشارع أو في الإعلام وجهاز التلفاز وهناك أسباب أخرى ذاتية متعلقة بنمط شخصية الطفل التي قد تكون شخصية تحب السيطرة والتسلط. (بترس، 2008)

الكذب: الكذب هو إحدى المشكلات الشائعة التي يعاني منها الأولياء وكذا المعلمون، وتكون الخشية في أن تصبح هذه الصفة ملازمة للطفل حيث تؤثر في نظرة الناس له في المستقبل، ويتألم الآباء عندما يرون أبناءهم يكذبون ويقصون وقائع لم تحدث، أو ينسبون لإخوتهم أو لأطفال أقوالا لم يتفوهوا بها أو أفعالا لم يفعلوها، وقد يخلق الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة بعض القصص نتيجة لما يسمى بالتخيل الإيهامي، لكن في مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة، فإن الأطفال يعمدون إلى الكذب عادة خشية العقاب، أو من أجل الهروب من المدرسة كإدعاء المرض أو الاعتداء من الأطفال الآخرين، أو لأسباب متعلقة بالشعور بالنقص بين جماعة الأقران والرغبة في التفاخر والمباهاة بأشياء مختلفة، وقد تكون لأنماط التنشئة الاجتماعية سبب في ظهور مشكلة الكذب وكذا مستوى الأسرة الاقتصادي الذي يشعر الطفل بالحرمان والنقص أمام الآخرين وأساليب العقاب العنيفة التي يلقاها الطفل، ويحاول تلافيها باستعمال الكذب. (قصبيات، 2007)

السرقعة: يشعر الأولياء بالغضب والقلق إذا ما لاحظوا سلوك السرقعة لدى أطفالهم، ويكون من الطبيعي في الطفولة المبكرة أن يأخذ الطفل كل ما يشد انتباهه، لكن بعد سن الخامسة يتدخل الأولياء ليعلموا أطفالهم حقوق الملكية لأنفسهم وللآخرين، وللسرقعة عند الأطفال أسباب ودوافع كثيرة منها

الإحساس بالحرمان نتيجة الهوة في الفوارق الاجتماعية بين الأطفال في الصف، فيسرق الطفل مجموعة من الأغراض لأنه محروم منها، كما أن التربية الأسرية التي لا يكون فيها لفعل السرقة أي جزاء تعد سببا رئيسيا في تعويد الأطفال على السرقة، وفي بعض الأحيان يسرق الطفل ليظهر شجاعته أمام الأصدقاء، وقد يبدأ الأطفال السرقة بدافع الخوف من عدم القدرة على الاستقلال، فهم لا يريدون الاعتماد على أي شخص لذا يلجؤون إلى سرقة ما يحتاجونه. (بطرس، 2008)

الخجل: يحدث الخجل نتيجة الشعور بالنقص، والذي يكون نتيجة عاهة في جسمه أو نص في جسده، أو لكونه نشأ خجولا إما لاحتراف خاطئ في الأسرة بالخرافات والدجل خوفا من الحسد، أو الإسراف في التذليل، ولهذا يهرب الطفل وينطوي عن زملائه ويشعر بالنقص، إلى جانب محاولة تصحيح أخطائه أمام الآخرين وبأسلوب الزجر القاسي الذي يخلق لديه شعورا بالنقص والدونية الأمر الذي يؤدي لاحقا إلى الإنطواء والخجل (سليمان، 2012).

ومن بين الوسائل التي يمكن عن طريقها التخفيف بها من حدة الخجل لدى الأطفال في المدارس الابتدائية، تشجيع النشاطات الاجتماعية مثل الرحلات وزيارة الرفاق والأهل، وتعزيز المشاعر الاجتماعية عند ظهورها وتجاهل السلوك غير الاجتماعي، تشجيع الثقة بالذات والسوك الطبيعي مثل الاعتماد على النفس والحرية في اللعب، وتشجيع الهوايات مثل الرياضة والموسيقى الجماعية، وتقليل الحساسية من الخجل بتعريض الطفل تدريجيا إلى مواقف اجتماعية متنوعة وزيادة اعتبار الطفل بذاته وإشعاره بالأمن (شعبان وتيم، 1999).

قصور الانتباه وفرط الحركة: يرى Anastopoulos أن: "اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد حالة مزمنة تتسم بمستويات غير ملائمة من نقص الانتباه، والاندفاعية، والنشاط الزائد، وهذا الاضطراب له تأثير ضار وخطير على الأداء النفسي للطفل والمراهق، والفرد الذي يعاني منه يظهر قدرة أكاديمية منخفضة، وضعف في التحصيل الأكاديمي إلى جانب العديد من المشكلات التي تتعلق بالعلاقات مع الرفاق وتدني مفهوم الذات" (الدسوقي، 2006: 28).

ويتصرف كثير من الأطفال بشكل عام في المدارس بطريقة سيئة أو بشكل خارج عن السيطرة عندما لا يضبطهم الأهل، و"يستجيب أغلبهم لقواعد الانضباط الواضحة والمتناسقة، لكن يبقى من الصعب السيطرة على البعض حتى وإن استخدم التأديب الصارم والتربية الممتازة، وعلى الأرجح فإن هؤلاء الأطفال يكونون مصابين باضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة الذي يتزايد الاعتراف به، في بريطانيا كسبب لمشكلات السلوك الحاد" (جايسون، 2013: 85).

ومن بين الأسباب التي قد تكون وراء فرط الحركة لدى الأطفال هناك أسباب متعلقة بفترة الحمل والولادة، حيث سجلت الدراسة علاقة بين الأطفال الذين ولدوا قبل الأوان، أو الذين تعرضوا لتسمم الحمل أو تعرضوا لعسر التنفس عند الولادة، كما تؤكد معظم الدراسات أن الأطفال المفرط النشاط من ذوي الذكاء العالي أو العادي، وقد يكون سبب هذا النشاط المفرط الشعور بالملل، وقد لا يكون من المفيد جدا محاولة إخضاع الطفل للنظام في المدرسة ودفعه للجلوس بدون حراك، بل الأجدر تدريبه على بعض الألعاب الرياضية والحرف المختلفة، وتشجيع الهوايات ذات الطابع العملي، وكذلك على الأعمال المنزلية وخدمة أنفسهم بأنفسهم (مختار، 1999).

المخاوف المرضية: يعاني الأطفال في مرحلة التعليم الابتدائي مجموعة كثيرة من المخاوف الموضوعية كونهم يباشرون مرحلة جديدة من حياتهم تأخذهم من عائلاتهم وتلقيهم وسط بيئة جديدة قد تكون مليئة بالمشكلات التي تشعر الطفل بالخوف وانعدام الشعور بالأمن، وقد تتطور هذه المخاوف لأن تصبح مرضية وتلازم الطفل لمرحلة طويلة من عمره، وقد تؤثر في تحصيله المعرفي، خاصة إذا ما ارتبطت هذه المخاوف بالمادة أو بالمعلم أو بالمدرسة ككل، كما أنها قد تؤثر بشكل سلبي على صحته النفسية وتجعله يعاني لمدة طويلة من مخاوف تجاه موضوعات محددة أو تصاحبه على شكل أعراض للقلق أو مخاوف غير مفهومة أو نوبات هلع، ويمكن تقسيم هذه المخاوف حسب موضوعاتها إلى: "مخاوف حسية وغير حسية، فموضوعات المخاوف الحسية يمكن للطفل إدراكها بحواسه المختلفة، بخلاف المخاوف غير الحسية التي لا يمكن للطفل إدراك حقيقتها، مثل الخوف من الموت أو الخوف من جهنم أو الخوف من الظلام والعمارة والغياب وغير ذلك" (الجبالي، 2006: 83).

وتنشأ المخاوف لدى الأطفال "لأسباب تافهة أو بلا سبب ظاهر، ثم تزول بطريقة غامضة بدون أي اتصال آخر بالمواقف المثيرة للخوف، وعندما يصبح الأطفال أكثر ميلا لإظهار سلوك الأطفال الصغار في أثناء المرض، فقد تظهر مخاوفهم المنسية، وعندما يصبح الطفل في صحة جيدة فإن مخاوفه تختفي مرة أخرى، وإن كانت المخاوف الشائعة تتغير أثناء مراحل نمو الطفل المختلفة، إلا أنه بعد سن السادسة يقاوم اكتساب حالات جديدة من الخوف، ويقبل خواف الحيوانات سريعا جدا بين السنة التاسعة والسنة الحادية عشر من العمر، ويبدأ الخوف من المدرسة مع بداية الدخول الأول للمدرسة، فالأطفال يقلقون جدا للمواقف الجديدة، ولكنهم يتكيفون بسرعة مع الموقف، لكن يبقى غير شائع استمرار الرفض التام للذهاب إلى المدرسة بسبب الخوف، وتميل الإناث إلى إظهار مخاوف أكثر من البنين، وتميل المخاوف إلى أن تكون أقل شيوعا بعد البلوغ (ماركس، 1999).

وقد حدد بنجامين وولمان Benjamin. B. Wolman (2006) مجموعة من المخاوف الشائعة الحدوث في لدى الأطفال في مرحلة التعليم الابتدائي منها: فوبيا المدرسة، الخوف من الاختبارات والامتحانات، الخوف من الانفصال، الخوف من العقاب، الخوف من السخرية، الخوف من النقد، الخوف من الفشل، الخوف من الضوضاء، الكوابيس والفرع الليلي، وهو يقسمها إلى ثلاث فئات:

- مخاوف تظهر عند الميلاد، وهي المخاوف الفطرية Innat Fears.
- المخاوف التي تظهر في سن معينة، وهي المخاوف المرتبطة بالنمو .Developmental Fears.
- المخاوف التي تولدها خبرة صدمية Trannatic Exeperience.

الصحة النفسية للطفل في المدرسة الابتدائية:

على المدرسة أن تتضمن فلسفتها وإدارتها ومناهجها ومدرسيها والعلاقات الإنسانية الموجودة فيها مجالاً أو عدة مجالات لتحقيق الصحة النفسية للتلميذ، ومن أهم الوظائف التي تعني بتحقيقها هو العمل على تكوين اتجاهات مرغوب فيها وإنماء هذه الاتجاهات بما يخدم التوافق النفسي والاجتماعي للطفل، ومن أهم هذه الاتجاهات: اتجاهات التلميذ نحو المدرسة، فيجب أن تعمل المدرسة من جانبها على أن يكون مواظباً نحو مدرسته، وهذا يساعد على حسن الملائمة، والتكيف مع ظروف الحياة العادية فيشعر بالكفاية والسعادة، ويمكن تحقيق ذلك بأن تكون معاملة المشرفين على تربية الطفل فيها كلها عطف وحنان، فالرهبة والتهديد يؤديان إلى شعور التلميذ بعدم الأمن الداخلي، والتلميذ الأمن يشعر بالرضا والهدوء، يحب الناس، ويأنس لهم ويريد بهم الخير. (زيدان: 1972)

ولهذا وجب على المدرسة أن تتخلى عن المهمة التقليدية لها في المجتمع المتمثلة في تلقين المعارف المختلفة، وأن تلتفت إلى حاجيات النمو المختلفة للأطفال، وإلى المناحي السيكولوجية في شخصية التلاميذ، فمهمة المدرسة في القرن الواحد والعشرين هي إتاحة الفرصة للأطفال في أن يقضوا طفولتهم في ما ينفعمهم وبطريقة تسعدهم وتجعل من طفولتهم سعيدة وممتعة، وقد حددت الدكتورة كبير فهميم (2007) مجموعة من الوظائف المنوطة بالمدرسة من أجل حفظ الصحة المدرسية للطفل ملخصة في النقاط التالية:

- تجنب حرمان التلاميذ من فترة الراحة: فمن الخطأ أن يحرم التلميذ من اللعب والتسلية في فترات الراحة بسبب فشلهم في عملهم المدرسي، لأن هذا الأسلوب يؤدي على كراهية العمل الذي يقوم به في المدرسة.

- تكوين اتجاهات صالحة نحو العمل واللعب: فمن واجب المدرسة أن تكون في التلاميذ اتجاهات مرغوبة نحو العمل وأخرى نحو اللعب والتسلية.
- **اتجاهات نحو الناس (الأشخاص):** فالطفل قبل المدرسة يكون أنانيا محبا لذاته وأصدقائه محدودون، لكن بع دخوله على الحياة المدرسية يوسع الطفل محيطه الاجتماعي، وعلى المدرسة أن تعزز هذا الاتجاه وتنميه بطريقة إيجابية في شكل تعاون وتوافق بين الطفل ورفاقه.
- **تكوين اتجاهات نحو التعاون والكرم واحترام القيم الأخلاقية:** فمن واجب المدرسة أن تعمل على تكوين اتجاهات نحو التعاون والمحافظة على هذه القيم، والشعور بالأمن وسط الجماعة، وعليه وجب على المشرفين والمدرسين في المدرسة أن يعاملوا التلاميذ بعطف وتسامح ويشاركون الأطفال مشاركة وجدانية عندما يكون في مأزق، وان يعاملوا جميع التلاميذ بالإنصاف والعدل دون تمييز.
- **منح خدمات التوجيه والإرشاد:** حيث يتعين على المدرسة أن لا تهمل دور الأخصائي النفسي وأخصائي التوجيه والإرشاد في مرافقة الأطفال أثناء تدرسه، وتمكينه من أن يقدم خدماته لأوليائهم وتفعيل الوقاية والعلاج من المشاكل السلوكية والاضطرابات النفسية التي قد يعاني منها التلاميذ.
- **الإعداد النفسي والمهني للمعلمين:** فيتوجب على المدرسة أن تقوم باختيار معلمين أكفاء وعلى جانب كبير من الاتزان النفسي والتوافق الشخصي والمهني، فالمشاكل النفسية التي قد يعاني منها المعلم تنتقل بسهولة إلى الأطفال عبر أنماط التواصل المتنوعة بين التلميذ والمعلم، كما أن التكوين المعرفي والعلمي للمعلم تؤهله للتعامل مع الحالات الممكنة التلاميذ في إطارها الارتقائي مراعى خصائص المرحلة ومتطلبات النمو.

خلاصة:

تتميز مرحلة التعليم الابتدائي بأنها مرحلة قاعدية لبناء شخصية متزنة ومتوافقة نفسيا واجتماعيا، كما أنها تتميز بنمو يطال كل النواحي الجسمية والنفسية والاجتماعية للطفل، وهي مرحلة هامة في إرساء علاقة متينة ومريحة بين الطفل والمدرسة، بل وعلاقة الطفل بالمجتمع ككل، ولهذا فإن أي خلل أو مشاكل قد تصادف الطفل في هذه المرحلة ستكون لها انعكاسات سلبية على أدائه الدراسي، وعلى صحته النفسية أيضا، وربما كانت فوبيا المدرسة المشكلة الرئيسية التي تحتل الصدارة في جملة المشاكل النفسية والاجتماعية، حيث أنها مشكلة تتعدد تأثيراتها وتتداخل مسبباتها لدرجة أن الطفل قد يرفض مرحلة التعليم الابتدائي بجملتها والعملية التربوية برمتها، مع ما لهذا التجنب والرفض من تأثيرات بالغة الخطورة على شخصيته الطفل وصحته النفسية.

الفصل الرابع

العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد:

مع نهاية القرن العشرين وبداية الألفية الثالثة أصبح العلاج النفسي واضح المعالم متنوع الطرق والأهداف، فمع تطور مفهوم المرض النفسي واتساع الخلفية النظرية التي تناولت مفهوم السلوك الشاذ وحدود تداخله مع اللاسواء، أصبح للعلاج النفسي مفهوما أكثر دقة ونظرة أكثر عمقا لطرق التعامل مع المشاكل النفسية وكيفية علاجها، كما تنوعت الأساليب والطرق تبعا لتنوع مدارس علم النفس واختلاف دراستها للسلوك الإنساني من زوايا متنوعة، كما خضعت الأساليب العلاجية المختلفة مع نهاية القرن الماضي إلى تطورات جذرية دعت إليها الضرورة الملحة والنقائص المسجلة على طرق العلاج الكلاسيكية، فظهر العلاج المعرفي مع نهاية الخمسينات، ليلتقى بسبب عوامل عدة مع العلاج السلوكي الذي كان مستعملا بشكل واسع في علاج المخاوف وبعض الاضطرابات الانفعالية، وبفعل ظهور أنماط علاجية تستعمل تقنيات سلوكية ومعرفية معا، ظهر العلاج المعرفي السلوكي مستمدا قوته من تماسك النظرية المعرفية في العلاج وقوة التقنيات السلوكية في تعديل السلوك.

فما هو العلاج النفسي المعرفي السلوكي وما هي أهم مبادئه وتقنياته؟ وكيف يمكن لهذا النوع من العلاج أن يخفف من فوبيا المدرسة لدى الأطفال؟

مفهوم العلاج النفسي والبرامج العلاجية:

مفهوم العلاج النفسي Psychothérapie: يعرف العلاج النفسي على: "أنه تقنية علاجية تهدف التأثير على الاضطرابات العقلية بوسائل نفسية شفوية أو غير شفوية (جسدية سلوكية، إدراكية، حسية عقلية إبداعية... إلخ) وقد تكون فردية (معالجة عن طريق التحليل النفسي النموذجي، استرخاء، تنويم مغناطيسي) أو جماعية (علاجات عائلية، معالجات نفسية في المؤسسات، ومعالجات ليتمكن المريض العيش تدريجيا في المجتمع)" (غودفريد، 2010: 97).

كما يعرفه البعض (غزوان، 2012: 41) على أنه: "نوع من علاج المشكلات ذات الطبيعة الانفعالية الحادة، وفيه يقوم شخص مؤهل ومدرب بإيجاد علاقة مهنية مع المريض بقصد معاونته، لإزالة الأعراض النفسية الموجودة لديه أو تعديلها أو منع ظهورها، وذلك لتغيير أساليب السلوك المضطربة التي يعبر بها عن مشكلاته الانفعالية والعمل على نمو شخصيته وتطويرها".

ويرى روتر (الخالدي، 2015: 323) أن العلاج النفسي هو: "النشاط المخطط الذي يقوم به الأخصائي النفسي بهدف تحقيق تغيرات في حياة المريض وتجعله سعيدا".

وفي معجم مصطلحات التحليل النفسي يعرف كل من جان لابلانث J. Laplanche و ج ب بونتاليس Pontalis (1967: 359) العلاج النفسي على أنه: "بالمعنى الواسع للمصطلح أي طريقة لعلاج الاضطرابات النفسية أو الجسدية باستخدام وسائل علمية، وبشكل أكثر دقة باستخدام علاقة المعالج مع المريض من مثل: التنويم المغناطيسي، والإيحاء، وإعادة التربية النفسانية، والإقناع، ... إلخ."

ويعرف كورسيني Corcini وزملاؤه العلاج النفسي أنه: "منهج للعمل مع المرضى أو العملاء لمساعدتهم لتعديل وتطوير وتغيير أو التقليل من حدة العوامل التي تتداخل مع حياتهم الإيجابية الفاعلة، وتتضمن عملية العلاج نوعاً من التفاعل interaction بين المريض أو العميل وبين المعالج من أجل تحقيق هذه الأهداف أو تلك الأغراض، وهناك مناهج نوعية محددة من العلاج النفسي، تتوقف على الأعراض التي يعاني منها المريض والصعوبات وكذلك وفقاً للنظرية التي يتبناها المعالج النفسي" (العيسوي، 2006: 29).

ويعرف تيموثي ج. ترول Timothy J. Trull (2007) التدخل العلاجي النفسي Psychological intervention بشكل عام، على أنه وسيلة لإحداث تغيير في سلوك الفرد أو في أفكاره أو في مشاعره، وبالرغم من انطباق هذا القول أيضاً على العديد من الاستراتيجيات الإعلامية والتربوية والاجتماعية، إلا أن العلاج النفسي يتم في إطار علاقة مهنية، يسعى إليها العميل أو من يقوم على رعايته، وقد يخضع الفرد للعلاج من أجل حل مشكلات معينة، أو لتطوير قدرات في التعامل مع عجز أو ضعف في ناحية من نواحي السلوك أو المشاعر أو الأفكار، أو حتى لمنع حدوث مشكلة متوقعة بدلاً من علاج مشكلة راهنة، وفي بعض الحالات، لا يكون التركيز متجهاً نحو العلاج أو الوقاية بقدر توجهه نحو زيادة قدرة الشخص على الاستمتاع بحياته أو تحقيق إمكاناته الكامنة.

أما عن الوضعيات التي تستدعي التدخل العلاجي فيقول س.م ماير C.M.Meier (الأبلم، 2016: 15) أنه "عندما يصبح الإحساس الداخلي بالأمراض عرضاً بدنياً ظاهرياً، ويعبر عن نفسه في شكل ظواهر وأعراض مرضية، وهنا تبدأ العملية العلاجية".

ومصطلح علاج (Therapy) عبارة عن مصطلح طبي بالأساس ويقصد من وراءه مجموعة من الإجراءات ضمن إطار الطب التي تهدف إلى التخفيف، أما مبدأ العلاج النفسي Psychotherapy فيقوم على قوانين عامة للنمو الإنساني والدعم الاجتماعي وبناء العلاقات البين إنسانية، ومن هنا لا بد من وضع الحدود بين العلاج النفسي وبين أساليب التأثير أو التدخل التي لا تبتغي أهداف علاجية نفسية، فهناك فرق، ولكننا نقبل بوجود منطقة عبور واسعة بين الإرشاد والعلاج النفسي وبين العلاج النفسي والطب

النفسي، كما أن الفجوة بين العلاج النفسي وتحسين الكفاءات الاجتماعية أو الوقاية ضيقة بحق (جاير، 2012).

ولهذا فمفهوم العلاج النفسي يشترك مع تعريف الإرشاد النفسي في نوع التدخل وخصائص العلاقة التي تجعل الفرق بين المفهومين هو في الدرجة لا في النوع، فكل من الإرشاد والعلاج النفسي يعتبران طرفان لامتداد واحد.

وقد وضع غزوان (2012) ثلاث عمليات على امتداد واحد وهي:

- التوجيه: الذي يتميز بالاتساع وبمعالجة المشكلات على مستوى سطحي نسبيا بحكم طبيعة هذه المشكلات.
- الإرشاد النفسي: الذي يتناول مشكلات أقل تنوعا وهي مشكلات سوء التوافق بشيء من التعمق.
- العلاج النفسي: الذي يتناول مشكلات الانحراف النفسي العميقة بطريقة أكثر تعمقا، إذ يتناول التكوين الأساسي للشخصية بالتعديل والتغيير.

ويرى آخرون (كفافي، 1999: 17) أن العلاج يختلف عن الإرشاد اختلافا جوهريا، فكل منهما يمارس في مكان يختلف عن الآخر، حيث يمارس الإرشاد النفسي في مكتب الإرشاد بينما يمارس العلاج النفسي في عيادة، ويتعلق الإرشاد النفسي بمشكلات الحياة اليومية بينما يتعلق العلاج بالمشكلات الحادة أو العنيفة من الناحية الانفعالية، وأيضا هناك اختلافات عميقة في نوعية الفرد الذي يطلب الخدمة، فالذي يتعامل مع الإرشاد النفسي هو شخص "عادي" أي أقرب إلى السواء، بينما الشخص الذي يتعامل مع العلاج النفسي هو شخص مريض، وأقرب إلى اللاسواء.

غير أننا لا نرى فروقا جوهرية سوى في الدرجة ونوعية التدخل، حيث أن مسألة الفرد السوي قضية نسبية وجميعنا نقف على خط واصل بين قطبي السواء واللاسواء، والشخص العادي قد تسوء حالته ويدخل إلى مرحلة الاضطراب الحاد إذا ما حرم من الإرشاد النفسي الصحيح، ويكون بذلك بحاجة إلى تدخل علاجي.

ويشير العاسمي (2016: 21) إلى مشكلة تعدد تعاريف العلاج النفسي بقوله: "قد استخدم مصطلح العلاج النفسي للإشارة إلى مجموعة واسعة من العلاجات بهدف الحد من الاضطرابات النفسية المتعددة، ومشكلات التكيف لدى العملاء أو المرضى، فالعلاج النفسي "مصطلح شامل" يرتبط بأكثر من أربعين (40) تعريفا مختلفا في الأدبيات العلمية على الأقل".

فالعلاج النفسي هو انعكاس لنظرية نفسية معينة وتطبيقها لمساعدة من يعانون من اضطرابات نفسية معينة، وسوف تنعكس المفاهيم والمبادئ النظرية لا محالة على الأسس والطرق والخطوات والتقنيات التي يستعملها المعالج في التدخل العلاجي، حيث يرى العاسمي (2016) أن تعدد تعاريف العملية العلاجية النفسية راجع لسببين وهما:

- غياب تعريف علمي شامل ودقيق لطبيعة الأمراض النفسية وأسبابها.
- غموض الكيفية التي تتحول بها الطرائق العلاجية إلى فعل علاجي.

ولهذا فهو يشير إلى إمكانية تحديد مفهوم العلاج النفسي وفق منظورات مختلفة وهي: المنظور الطبي الذي يركز على الخبرة السريرية الطبية، منظور علم النفس المرضي، المنظور التكاملي بين العلاجات النفسية المختلفة المتناسقة والمنسجمة مع بعضها البعض، والمنظور الحديث الذي يتم من خلاله تشخيص وعلاج الحالات في عيادات متخصصة من طرف فريق عمل متكامل.

ويذهب ميشال جاير Michel Jayer (2012) إلى أنه يكاد يوجد اتفاق عام في المراجع حول السمات العامة للعلاج النفسي، وقد لخص هذه النقاط المتفق عليها فيما يلي:

- العلاج النفسي عبارة عن إجراء مخطط وموجه يهدف إلى التعديل (كي يتم تمييزه هنا عن التصرفات العفوية في الحياة اليومية).
- يجب النظر إلى هذه الإجراءات في سياق الاضطرابات السلوكية وحالات المعاناة والإعاقات النفسية والأمراض النفسية التي تعد بحاجة للعلاج.
- من أجل إحداث تعديلات علاجية معينة يتم استخدام إجراءات علاجية نفسية، أي يتم استخدام طرق تعامل تركز على مجالي الخبرة والسلوك (وهذا التحديد يهدف إلى تمييز إجراءات العلاج النفسي عن الإجراءات الجسدية والدوائية والجراحية أو الإجراءات الاجتماعية والقانونية والدينية أو الإدارية).
- يقوم بالعلاج النفسي أشخاص مؤهلون في العلاج النفسي، أي مساعدون محترفون
- (للتمييز هنا عن أشكال المساعدة التي يقدمها الأهل أو الأصدقاء أو الجيران... الخ).
- العلاج النفسي عبارة عن عملية Process تقوم على أساس نظري فيما يتعلق بتحديد الهدف والتخطيط وتنفيذ الإجراءات وفيما يتعلق بالمتعالمين، أي يقوم على نظريات حول الخبرة والسلوك السليمين/السويين والمرضىين/المتضررين، وحول الشخص (المتعالم) والمعالج وحول تفاعلها مع بعضهما.
- يجب أن يكون العلاج النفسي قابلاً للاختبار التجريبي وبشكل خاص فيما يتعلق بفاعليته، بهدف تحقيق مطلب العلمية ومن أجل تمييزه عن الطرق الدينية والشفاءات السحرية والمساعدات الأخرى.

مبادئ العلاج المعرفي السلوكي وخطواته:

تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

قد يكون من الأوفق القول أن هناك علاجات - وليس علاجا واحدا- معرفية سلوكية، ذلك أن هناك مناحي متنوعة يطلق عليها جميعها اسم العلاج المعرفي السلوكي، والقاسم المشترك بينهم هو أنها تتفق في المبادئ العامة لهذا المنحى، وهذه المبادئ تتلخص في أن الأنشطة المعرفية تؤثر في السلوك، ولهذا يمكن تغيير السلوك بتغيير هذه الأنشطة (فرج، 2008).

والعلاج النفسي المعرفي-السلوكي psychothérapie cognitivo-comportementale أو كما يعبر عنه اختصارا ب TCC بالفرنسية أو TBC بالإنجليزية، هو كما يلاحظ من خلال تسميته مكون من شقين، علاج معرفي وآخر سلوكي، فهو بالمحصلة نتاج تفاعل بين نمطين من العلاجات النفسية، الأول يركز على السلوك الظاهر والارتباط بين المثير والاستجابة ويفتقر في الآن نفسه إلى توظيف البنى المعرفية والإدراكية للفرد، فالعلاج السلوكي هو "شكل من أشكال العلاج يهدف إلى تحقيق تغيرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيط به أكثر إيجابية وفاعلية، ويهتدي العلاج السلوكي لتحقيق هذا الهدف بالحقائق العلمية والتجريبية في ميدان السلوك" (إبراهيم ، الدخيل، إبراهيم، 1990).

في حين انبثق العلاج المعرفي من خلال تركيزه على المخططات المعرفية وتأثيرها على السلوك، ففي كتابه العلاج المعرفي للاكتئاب يعرف بيك Beck (1979: 03) العلاج المعرفي بأنه: "نشاط موجه، محدود الوقت، له منهج منظم يستعمل لعلاج مجموعة من الاضطرابات النفسية (مثل الاكتئاب والقلق والفوبيا.... إلخ)، ويرتكز على مضامين نظرية عقلانية ترى أن مشاعر الأفراد وسلوكهم تتحدد عموما بالطريقة التي يرون بها العالم، فمعرفتهم (اللفظية أو التصويرية التي هي حدث Events في مجرى الوعي) تتركز على مواقف مفترضة (مخططات Schémas) تطورت من التجارب السابقة، فمثلا إذا قام شخص بترجمة كل تجاربه بمبدأ الكفاءة والكمال، تهيمن هذه الفكرة على مخططة المعرفي، فيقول "يجب أن أفعل كل شيء بشكل جيد أو أنا فاشل"، وكنتيجة لذلك هو يتفاعل مع الوضع على أساس الكفاءة حتى وإن لم يكن لهذا الوضع علاقة بكفاءته الشخصية".

فالعلاج المعرفي السلوكي في المحصلة هو عبارة عن مجموعة فاعلة جدا من الإجراءات التي تتضمن التقييم والتخطيط واتخاذ القرار، وتوظيف التقنيات، كما يمارس المعالج فيه دورا فاعلا نشطا وداعما مستخدما طيفا واسعا من الفنيات بدء بالتعليم النفسي والاكتشاف الموجه وصولا إلى لعب الأدوار

والتعريض السلوكي الحي أو المتخيل، مما يساعد المريض على التعامل مع أنماط التفكير اللاتكيفي، وإحلال طرق تفكير أكثر عقلانية وأكثر توافقاً (بلحسيني، 2011).

تطور ظهور العلاجات المعرفية السلوكية:

كانت المحاولات الأولى من العلاج السلوكي مرتبطة بظهور نظرية التعلم، فإن فئة كبيرة من المعالجين السلوكيين ترى أن يقتصر العلاج السلوكي على المبادئ المشتقة من نظريات التعلم التي صاغها العلامة الروسي بافلوف Pavlov ومن بعده واطسون Watson وهل Hull الأمريكيان، لكن الشائع الآن بين طوائف المعالجين السلوكيين هو عدم الاقتصار على ربط العلاج السلوكي بنظريات التعلم هذه وحدها، بل وأن تمتد للجوانب الأخرى من التقدم العلمي في نظريات الشخصية، والنظريات السلوكية والمعرفية والاجتماعية فيعلم النفس، ولهذا فإن مفهوم العلاج السلوكي كما هو مستخدم الآن هو علاج متعدد الأوجه (إبراهيم ، الدخيل، إبراهيم، 1990) وهو يمتد ليشمل:

- الأساليب السلوكية التي قامت بتأثير من تطور نظريات التعلم عند بافلوف Pavlov وهل Hall بشكل خاص.
- الإسهامات التي قامت بها مدرسة التحليل السلوكي والتي أرسى أسسها عالم النفس الأمريكي سكينر Skinner والتي امتد تأثيرها إلى جوانب سلوكية لم تنطرق إليها المدرسة السلوكية التقليدية مثل تعديل البيئة، والتحكم في المنبهات الخارجية كوسيلة من وسائل ضبط السلوك.
- أساليب العلاج الذهني أو المعرفي والتي تركز على تعديل الأساليب الخاطئة من التفكير، والتدريب على حل المشكلات، والإلمام التربوي والتعليمي بالمشكلات التي يتعرض لها الفرد.
- الأساليب الاجتماعية بما فيها تدريب المهارات الاجتماعية، والتفاعل الاجتماعي الجيد من خلال ملاحظة النماذج السلوكية والقوة، وتدريب القدرة على الثقة بالنفس والتوكيدية.
- وقد ذكر لويس كامل مليكة (1990) أن تطبيق مبادئ التعلم في العلاج النفسي ضل محدوداً حتى ستينيات القرن الماضي حيث برز العلاج السلوكي بوصفه منهجاً نظامياً شاملاً في العلاج وذلك في ثلاثة مواقع:

- أعمال جوزيف وولبي Joseph Wolpe في جوهانسبورغ بجنوب إفريقيا، وقد استخدمت فيها أساساً أساليب بافلوف لإحداث وإزالة العصاب التجريبي في الحيوان، وقد ظهر منها أسلوب "التخلص التدريجي من الحساسية" وهو النموذج الأب للكثير من إجراءات العلاج السلوكي المعاصر في التعامل مع القلق وفي ضوء منبهات يمكن التعرف عليها في البيئة.

- أعمال هـ.ج أيزنك Hans Eysenck وم.ب شابيرو Sabirou في معهد الطب النفسي في لندن، وقد اهتمتا بالمدخل التجريبي الامبريقي لفهم وعلاج المريض وباستخدام نموذج الحالة الفردية الضابطة لنفسها ونظرية التعلم الحديثة في عملية العلاج.

- الأعمال المستوحاة من بحوث ب.ب.ف سكينر Skinner في جامعة هارفارد بتطبيق تكنولوجيا "الإشراف الإجرائي" على المرضى، وفي عام 1949 نشر سليتر Sliter كتابا في العلاج عن طريق الفعل المنعكس الشرطي، وقد بذلت محاولات عديدة تعتمد مبادئ التعلم في العلاج النفسي ومنها محاولات دولارد Dollard وميلر Miller وروتر Rotter وشوبين Chopin وباندورا Bendora، وقد صاغ لندزلي وسكينر في أوائل الخمسينات مصطلح "العلاج السلوكي" في محاولتهما لتعديل السلوك الذهاني، وذلك بالرغم من أن المصطلح قد استخدمه بصورة مستقلة كل من أ.أ لازاروس Lazarus و أيزنك بعد ذلك بفترة.

وعلى جانب آخر فقد أسس كل من أرون تي بيك Aaron Temkin Beck، وألبرت أليس Albert Ellis العلاج النفسي الذي أصبح يعرف بعد ذلك بالعلاج المعرفي السلوكي، وإن كان كل منهما قد عمل بشكل مستقل عن الآخر، إلا أن أعمالهما توجت بنفس النتائج تقريبا، ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي أو المقاربات العلاجية التي واكبته وتبنت نفس الاتجاه على مجموعة من المبادئ الرئيسية العامة، حيث ينطلق العلاج من تعديل المخططات Schémas المعرفية التي لدى الفرد عن نفسه، وعن عالمه، وعن مستقبله، حيث تحدد هذه المخططات الطريقة التي قد يفسر بها الفرد الأحداث، ومن خلال هذا التفسير تظهر أفكار آلية معينة، وتسهم هذه الأفكار في التقييم المعرفي للموقف، حيث يتم هذا التقييم بسوء التكيف واللاعقلانية، ويؤدي إلى استجابة وجدانية معينة. (Hofmann، 2012)

وتذكر جوديت بيك Judith S. Beck (2007: 17) أن العلاج المعرفي "تأسس بواسطة أرون بيك Aaron Beck في جامعة بنسلفانيا في أوائل الستينات كعلاج منظم ومختصر ومتمركز حول الحاضر لعلاج الاكتئاب، وهو موجه أساسا إلى التعامل مع مشاكل المريض الحالية مع إعادة تشكيل التفكير السلبي والسلوك المترتب عليه، ومنذ ذلك التاريخ نجح بيك في تكييف هذا العلاج وتعديله لمعالجة مجموعة من الاضطرابات النفسية المختلفة بطريقة مدهشة".

ويشير ستيفان هوفمان Stefan G. Hofmann (2012: 14) أن أليس Ellis "تدرب على التحليل النفسي الفرويدي مثله مثل بيك Beck، ولكنه تأثر كثيرا بالفرويديين المحدثين أمثال كارين هورني، ويؤكد المدخل العلاجي لإيليس على العمليات المعرفية، كما أن هذا المدخل شكل فعال، وموجه من أشكال العلاج النفسي، يتمثل دور المعالجين النفسيين في مساعدة المرضى على إدراك أن معتقداتهم

الخاصة تسهم بشكل كبير في مشكلاتهم النفسية، بل تبقى عليها، وتسببها. هذا المدخل يساعد المرضى على إدراك لا عقلانية، وحدة تفكيرهم، ويساعد على التغيير الفعال للمعتقدات والسلوكيات التي تهزم الذات".

وقد أطلق إليس اسم العلاج النفسي العقلاني Rational Therapy على علاجه، ثم سماه بعد ذلك العلاج العقلاني الانفعالي، وفي الأخير استقر على العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ليؤكد على الأهمية المتداخلة للمعرفة، والسلوك، والوجدان (الانفعال)، وفي هذا الصدد يفضل بيك Beck مصطلح اللاتكيفي Maladaptive أو المختل وظيفيا Dysfunctional بدلا من اللاعقلاني Irrational لوصف طبيعة المعرفة المختلة، حيث أن الأفكار لا ينبغي بالضرورة أن تكون لا عقلانية لتكون لا تكيفية، على سبيل المثال قد يكون لدى بعض مرضى الاكتئاب تقييما واقعيا للخطر في الحياة، ومع ذلك، فإن هذه "الواقعية الاكتئابية" لاتكيفية لأنها تتداخل مع الحياة الطبيعية (هوفمان، 2012).

هذا ويمثل العلاج المعرفي السلوكي عند بيك Beck والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي عند إليس Ellis ائتلافا بين المناهج السلوكية والمناهج المعرفية، إذ أن العلاج المعرفي لدى كل منهما: "هو أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك لدى المريض من خلال التأثير في عمليات التفكير حيث يؤدي تغيير المعارف إلى تغيير في السلوك، وفي الوقت ذاته ينتج عن تغيير السلوك تغيير في المعارف، وبالتالي فالعلاج المعرفي عند تأكيده على الدور السببي للتفكير في حدوث الانفعالات والسلوك لم يغفل دور تغيير السلوك في تغيير الانفعالات والتفكير، وعلى هذا فهو يستند إلى النظرية المعرفية استناده إلى أساليب تعديل السلوك" (محمد، 2000: 24).

وقد تزامنت أعمال بيك وإليس في بداية السبعينيات مع أعمال أخرى ساهمت في إثراء هذا الإتجاه الجديد في العلاج خاصة أعمال مايكل ماهوني M.Mahoney ومارفين جولدفرايد M.Goldfried وأرنولد لازاروس A.Lazarus ونخص بالذكر أعمال ميتشبنوم D.Meichenbaum ونظريته التي كانت تعرف بالتعديل المعرفي للسلوك Cognitive behavior modification حيث أسس لاتجاه ثالث كان رائدا في ميدان العلاج بجانب العلاج المعرفي السلوكي لبيك والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لإيليس، إلا أن باترسون Patterson يرى في نقده لنظرية ميتشبنوم أنها مجرد بداية ناجحة لمحاولة لم تكتمل بعد في المستوى التنظيري والمستوى التطبيقي، ولكنه مع ذلك انتقل خطوة للأمام من ذلك الموقف الذي تبنته مدرسة العلاج السلوكي في تفسيرها للسلوك وفي علاجها لهذا السلوك، أما فيما يتعلق بالعمليات التي يستخدمها في سبيل تعديل السلوك فهو لم يلجأ إلى أي تصور لعمليات أخرى غير أحاديث الذات (محمد، 2000).

وخلال الثمانينات تزايدت البحوث والدراسات التي تناولت هذا الاتجاه بدرجة كبيرة، وتناولت مدى أكبر من لاضطرابات، وأيدت الدراسات الأميركية المسلمات التي طرحت من خلال هذه النظرية والتي تتعلق بزيادة المعارف السلبية حول الذات وزيادة اليأس والشعور بالخسارة والضياع في الاكتئاب، ووجد دوبسون Dobson (محمد، 2000) عند تحليله للعديد من الدراسات التي قارنت بين العلاج المعرفي السلوكي وغيره من أنواع العلاج الأخرى أن من أهم ما توصلت إليه تلك الدراسات من نتائج قد تمثل في أن العلاج المعرفي السلوكي يعد هو من أفضل أنواع العلاج المستخدمة من حيث نتائجه بالنسبة للمرضى متفوقا في ذلك على العلاج السلوكي والعلاج التحليلي.

وفي السنوات الأخيرة، تم تطبيق العلاج المعرفي-السلوكي بشكل متزايد في التعامل مع اضطرابات مثل الاندفاعية والنشاط الزائد والقلق والاكتئاب واضطراب المسلك، والفكرة الأساسية هي تحسين القدرة على حل المشكلات والقدرة على التخطيط وتأجيل الإشباع، فمن خلال عمليات التقييم الداخلي والعبارات الذاتية، يتعلم الفرد إخضاع سلوكه السابق المشكل أو المزعج إلى قدر معقول من السيطرة العقلانية، والوسيلة التي يتم من خلالها تحقيق ذلك هي تعديل المكونات المعرفية، بحيث يكون الهدف النهائي هو تحقيق "نموذج تدبري" جديد وأكثر تكيفا (تيموثي، 2007).

المرتكزات النظرية للعلاج المعرفي السلوكي:

تتلخص الأصول الأساسية للعلاج المعرفي (كرين ورودل وبالمر، 2008: 30) في النقاط التالية:

- أن الأفكار يمكن أن تؤدي إلى الانفعالات والسلوك.
- أن الاضطراب الانفعالي (الوجداني) ينشأ من التفكير المنحرف السلبي (الذي يؤدي إلى انفعالات وسلوكيات غير مساعدة للفرد)
- هذا الاضطراب الوجداني يمكن علاجه بمجرد تغيير التفكير (الذي يفترض أنه متعلم) ويفترض النموذج المعرفي السلوكي وجود نوعان من التفكير تم التركيز عليهما في بؤرة العلاج المعرفي السلوكي وهما : الأفكار الآلية automatic thoughts، والمعتقدات المضمرة underlying beliefs كما يوجد نمط من الأفكار الوسيطة التي تساعد في ظهور الأفكار الآلية وتوجهها وسوف نشرح عمل هذه الأنواع من الأفكار في توجيه السلوك حسب النظرية المعرفية السلوكية:
- **الأفكار الآلية:** هي مصطلح أطلقه بيك Beck على الأفكار والصور الذهنية التي تظهر بشكل لا إرادي خلال تدفق الوعي الشخصي، وتوجد عدة مصطلحات شبيهة وتعد مرادفات لها من قبيل "العبارات الداخلية" internalized statements، والعبارات الذاتية Self-statments والأشياء التي تخبر بها نفسك Things you tell yourself والحديث الذاتي self-talk (كرين وآخرون، 2008)، وهذه الأفكار

كما يصفها Beck (جوديت بيك، 2007: 125) "هي تيار من التفكير يوجد مع تيار أكثر ظهوراً من الأفكار"، أي أن تيار التفكير الذي يجري أثناء أو بعد الحدث سوف يكون متحيزاً لإظهار أفكار معينة تفرض نفسها وتتشكل بطريقة تلقائية.

- **الأفكار المضمرة** : وهي المعتقدات والافتراضات التي تنتج الأفكار والصور الذهنية التي تشكل محتوى الأفكار الآلية، والمعتقدات المضمرة بالنظر بشكل موجز إلى مصطلح المخططات schemas، فالمخططات عبارة عن خطط عقلية مجردة تعمل كموجهات للفعل، وكإطار عمل منظم لحل لمشكلات problem solving، وكل فرد يتبنى مدى واسعاً من المخططات التي تمكننا تكوين حس عام للعالم، ووضع أي معلومة وخبرات جديدة داخل سياق، ويبدأ تشكل هذه الأنظمة منذ الطفولة المبكرة، وبمجرد تشكلها فهي ترشد معالجة المعلومات information processing وتوجهها كما توجه السلوك وتشكل كيفية تفكير الفرد، وكيف يشعر، وكيف يسلك ويتصرف ويدرك نفسه، والآخرين، والعالم وهي مرتبة تصاعدياً تبعاً للأهمية مثل حالات الهلع والشعور بالخوف في مواقف محددة (كرين وآخرون، 2008).

وحسب بيك Beck (2010) فإن المخططات المعرفية تنتج مجموعة من المعتقدات التي تتحكم في التفسيرات الشخصية التي يقيمها الشخص لواقعه، ومن خلال هذه المخططات يقوم الفرد بتفسير العالم الخارجي وعلاقاته بالآخرين من خلال وجهة نظره الخاصة، ولهذا فالمخططات مسؤولة إلى حد كبير في تطور الأفكار التلقائية المسؤولة عن ظهور اضطرابات الشخصية والمشاكل الانفعالية.

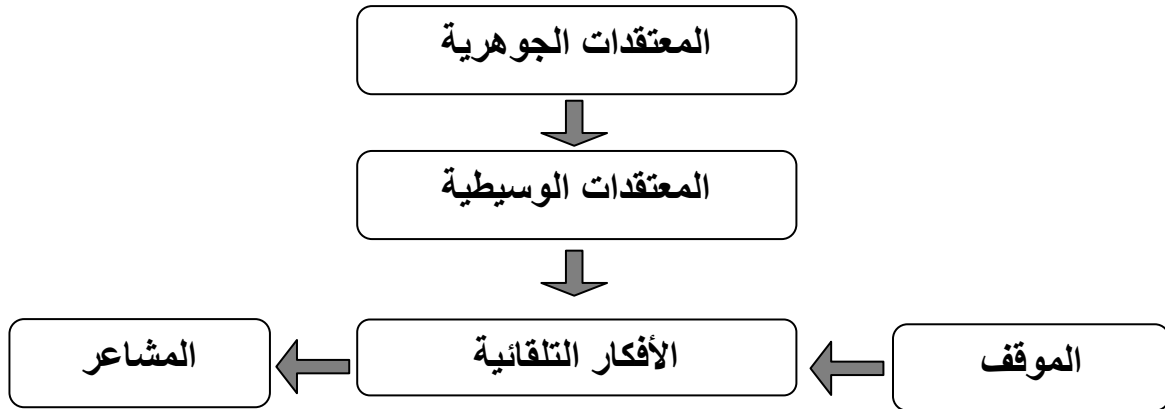
- **الأفكار الوسيطة**: تقع بين المعتقدات المحورية والأفكار الآلية عدد من المعتقدات الوسيطة التي تتركب من اتجاهات attitude وقواعد rules وافتراضات كما هو موضح في الجدول رقم (07)

جدول رقم (07) : موقع المعتقدات الوسيطة (كرين وآخرون، 2008: 32)

المعتقدات المحورية (الجوهرية)	المعتقدات الوسيطة	الأفكار الآلية (التلقائية)
كلية	اتجاهات	عاصفة من الأفكار
جامدة	قواعد / توقعات	الخيالات
عامة	افتراضات	كلمات عبارات

العلاقة بين السلوك والأفكار التلقائية الآلية:

في مواقف معينة تؤثر المعتقدات التحتية لشخص ما على إدراكه، والتي يعبر عنها بالأفكار التلقائية المرتبطة بموقف معين، وهذه الأفكار بدورها تؤثر في مشاعر الشخص، وإذا خطونا خطوة أكثر، فإن الأفكار التلقائية تؤثر كذلك في السلوك، وغالبا ما تؤدي إلى استجابة فسيولوجية كما هو مبين في الشكل رقم (06).



الشكل رقم (03): تأثير الموقف في ظهور الأفكار التلقائية والتغير المشاعر (جوديت، 2007: 41)

أخطاء التفكير:

تعرف أخطاء التفكير بأنها تشويهات معرفية cognitive distortions أو أنها تفكير ملتو twisted وتحديد الأفكار الآلية وأخطاء التفكير المتضمنة داخلها تؤدي دورا رئيسا في العلاج المعرفي السلوكي، ويميل العميل إلى عمل أخطاء ثابتة في التفكير، ويساعد المعالج العميل في تحديد هذه الأخطاء أو التشوهات المعرفية، وقد تم تحديد أنماط أخطاء التفكير في إحدى عشر نوعا (كرين وآخرون، 2008):

- تفكير الكل أو لا شيء (التفكير الثنائي): حيث يدرك الشخص نفسه والآخرين والمواقف وفقا لفئات حادة ومتطرفة، ويميل هذا النمط لأن يكون مطلقا ورؤيته للأشياء لا وسط فيها ويعد هذا النمط من التفكير نمطا غير واقعي تماما.

- الشخصية واللوم Personalization and blame: وفي هذا النوع من أخطاء التفكير، يلوم الفرد نفسه على كل ما يحدث من أخطاء، ويربطها بعجزه وعدم كفاءته الشخصية، أو العكس وجعل الآخرين مسؤولين على كل ما يحدث للفرد من مشاكل.
- التفكير الكوارثي (قراء المستقبل) Catastrophizing: وهنا يتوقع الفرد سوء الحظ وينظر الأسوء من المستقبل ويشيع هذا التفكير في مشكلات القلق حيث يستغرق الفرد في الاحتمالات الأسوء للموقف.
- الاستنتاج الانفعالي Emotional reasoning: وهنا يتبنى الأفراد استنتاجات بناء على انفعالاتهم واحساسهم الداخلي دون أي دلائل منطقية .
- عبارات يجب ولازم Should or must statements: وهنا يتبنى الفرد فكرة جامدة وثابتة عن نفسه وعن الآخرين، ويترجم هذه الأفكار في طلبات متصلبة من قبيل يجب أن يكون كذا أو ينبغي أن يصير كذا.
- التنقية العقلية (التجريد الانتقائي) Mental filter: يوجه الفرد انتباهه على أحد التفاصيل السلبية وينشغل بها بشكل لا نهائي، متجاهلا أي من التصورات الإيجابية الأخرى، ولا يرى الصورة بشكل كلي مركزا على الجانب السيئ فيها فقط.
- العجز أو عدم النظر للإيجابيات: Disqualifying or discounting the positive: حيث يتجاهل الفرد أي إيجابيات لأي موقف ويخبر نفسه أن هذه الخبرات الجيدة الإيجابية لا تحتسب.
- التعميم الزائد Overgeneralization: يمر الفرد بخبرة سيئة فيتوقع أن تحدث معه هذه الخبرة دائما، ويقوم بتعميم شامل على كل المواقف من خلال موقف واحد.
- التضخيم والتهوين Magnification and Minimization: يميل الفرد الذي يتبنى هذا النوع من التفكير إلى تضخيم المكونات السلبية ويقلل من الإيجابيات أو يسقطها.
- العنونة Labelling: يطلق الفرد عناوين غالبا ما تكون ازدرائية إما لنفسه أو الآخرين وذلك نتيجة لمواقف معينة وتعميمات خاطئة.
- القفز إلى النتائج (الاستدلال الجزافي) jumping to conclusion: الشخص ذو التفكير المشوه بهذا النوع من التفكير يعتقد أن النتائج ستكون سلبية دون وجود دليل على ذلك وحتى لو كانت هناك دلائل إيجابية فإنه يتجاوزها إلى نتائج سلبية، ويتم هذا النمط من التفكير إما عن طريق الإدعاء بقراءة العقل Mind reading حيث يعتقد الفرد أنه يعرف كيف يفكر الآخرين، أو عن طريق التنبؤ بالمستقبل Future telling حيث يتوقع الفرد أن أحداث المستقبل ستأتي على محمل سيئ.

مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

تحدد جوديت بيك (2007) مجموعة من المبادئ الأساسية التي يقوم عليها العلاج المعرفي بصفة عامة وهي:

- العلاج المعرفي يبنى أساسا على التقييم المتنامي والمستمر للمريض ومشاكله في صيغة مصطلحات معرفية.

- يتطلب العلاج تحالفا لاجيا سليما يظهر كل المقومات الأساسية اللازمة للمواقف العلاجية مثل الدفئ والمواجدة (Empathy) والرعاية والاحترام والكفاءة.

- يؤكد العلاج المعرفي التعاون والمشاركة الفعالة.

- إن العلاج المعرفي ذو هدف واضح ومتمركز حول مشكلة ما.

- يركز لا علاج المعرفي على الحاضر.

- العلاج المعرفي هو علاج تعليمي بالأساس يهدف إلى تعليم المريض كيف يكون معالجا لنفسه، وكيف يتجنب الانتكاسات.

- العلاج المعرفي محدد بزمن معين.

- جلسات العلاج المعرفي مقننة

- يستخدم العلاج المعرفي تقنيات وطرقا مختلفة لكي يغير التفكير والمزاج والسلوك.

وعليه فالعلاج المعرفي هو علاج مختصر مقيد ومقنن ومحدد في جلساته وأهدافه، وهو علاج قصير الأمد يستخدم بفعالية العلاقة المشتركة بين المعالج والمريض (خطاب، 2014).

ويركز العلاج المعرفي السلوكي في علاجه للأفراد طالبي العلاج على عدة مبادئ (بلميهوب وآخرون، 2014)، أهمها:

- النموذج المعرفي السلوكي للإضطرابات الانفعالية (مثل الأفكار تؤثر في المشاعر والسلوك)

- هو علاج موجز ومحدد

- يتطلب علاقة علاجية متينة وجهدا موحدا بين المعالج النفسي المؤهل والعميل طالب العلاج.

- توجيه العميل إلى اكتشاف جوانب جديدة من التفكير في نفسه من خلال طرح أسئلة محددة

- بنائي ، مباشر ، وموجه لحل المشاكل.

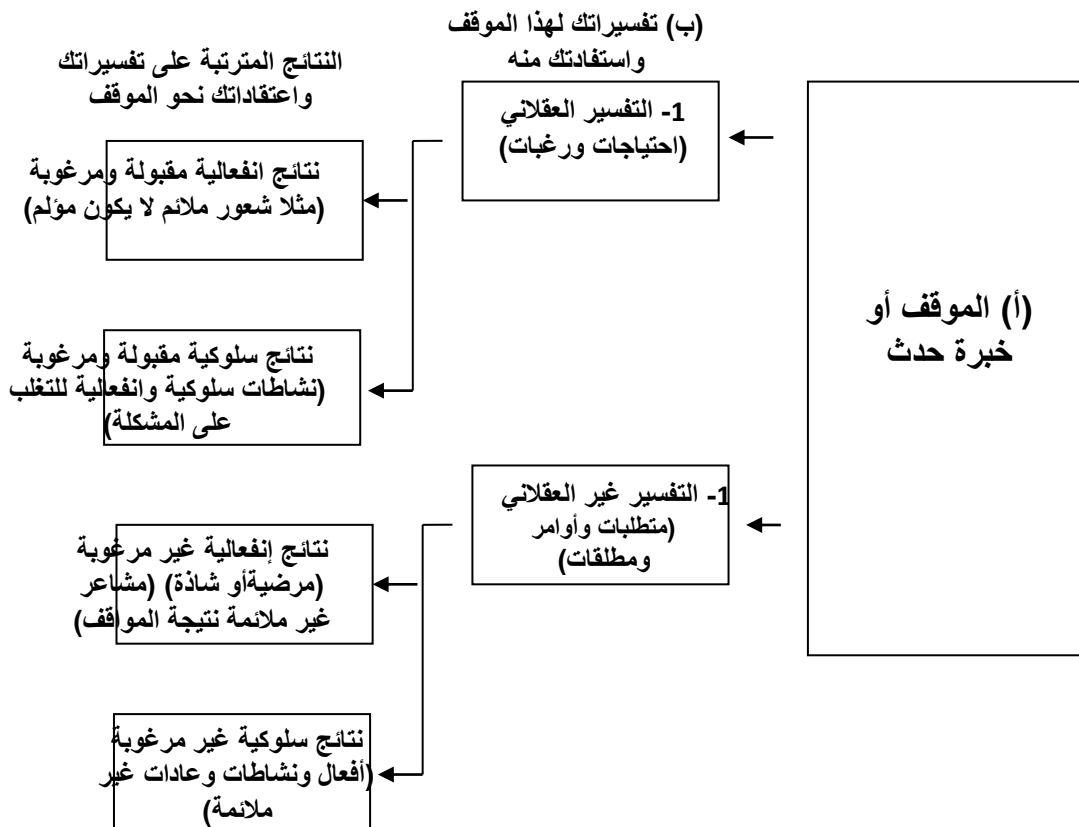
- يستند في الغالب على النموذج التعليمي (مثال: تفسير تأثير التصورات على الإستجابة الجسدية)

- يعتمد على الأسلوب الإستقرائي، الأساليب العلمية التي تستعمل المنطق والتفكير.

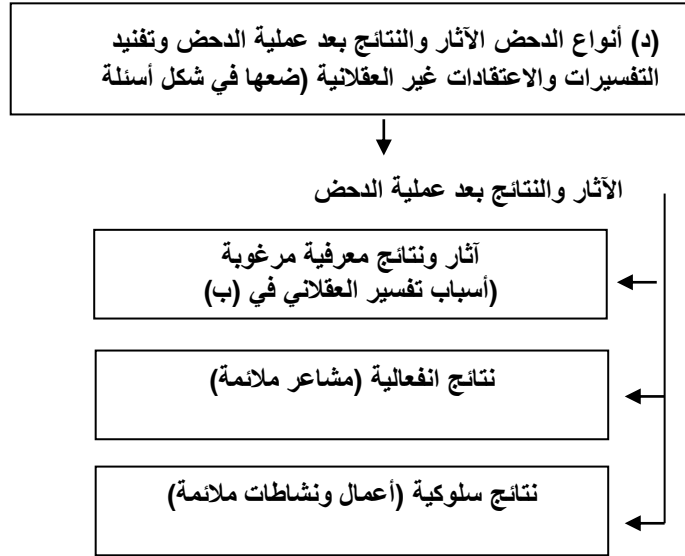
- يستعمل بين الجلسات الممارسة كميزة مركزية (للأفراد كي يجسّدوا بالممارسة الأشياء التي تعلموها) أي السلوكيات الجديدة التي قد تم فحصها مبدئياً في المواقف الآمنة (مثال: العيادة النفسية).

ولعل أهم مبدأ يقوم عليه العلاج المعرفي السلوكي هو تعديل المخططات المعرفية من أجل تغيير أساسي ومباشر في الإنفعالات وفي السلوك، كما أن الدمج بين الأساليب المعرفية في تعديل المخططات وكف توارد الأفكار التلقائية وبين الأدوات والأساليب المعتمدة في تعديل السلوك جاءت بنتائج إيجابية وسريعة في علاج الفوبيا وبعض المشاكل الإنفعالية، ولهذا فقد أصبح معروفاً في مجال العلاجات المعرفية السلوكية اعتماد تقنيات متنوعة ضمن الإطار السلوكي وكذا المعرفي واستخدامها في سياقات متنوعة من أجل تكثيف الفعل العلاجي وتركيزه على المشكل.

وقد حدد عبد الستار إبراهيم استمارة - الشكل 05 والشكل 06- تحدد أهم الخطوات التي يقوم بها المعالج النفسي المعرفي السلوكي في علاجه للإضطرابات النفسية.



الشكل (04) استمارة العلاج السلوكي المعرفي (إبراهيم، 1994: 226)



الشكل رقم (05) : دحض الأفكار غير العقلانية (إبراهيم، 1994: 226)

تقنيات العلاج المعرفي السلوكي:

يعتمد المعالجون المعرفيون السلوكيون على مجموعة من التقنيات التي تستند على التراث النظري سواء الخاص بالمدرسة السلوكية وتجاربها المتعددة على التعلم وتعديل السلوك، أو ما جاء به آرون بيك وإيليس وغيرهما ممن ركزوا على تغيير المخططات المعرفية وتعديل الأفكار التلقائية للمصابين بالاضطرابات الانفعالية الحادة، وعادة ما يتم تجميع هذه التقنيات والطرق المستعملة في العلاج المعرفي السلوكي حسب مستوياتها النظرية إلى ثلاث مجموعات (Bioy&Fouques، 2012:119) وهي:

- إزالة عدم التأقلم Déconditionnement باستعمال التشريط المضاد: مثل إزالة التحسس التدريجي من المثير، حيث ينظر إلى الاضطرابات النفسية على أنها سلوكيات غير متكيفة نتيجة اقترانات خاطئة.
- إعادة التعلم الاجتماعي L'apprentissage social: وتدرج تحت هذه التقنية تقنيات توكيد الذات وتقنية لعب الأدوار وغيرها من التقنيات التي تقوم بتدريب الفرد على المهارات الاجتماعية والسلوكيات المرغوبة.
- إعادة تنظيم البنية المعرفية La restructuration cognitive: وتستهدف هذه التقنيات تعديل الأفكار التلقائية والمخططات المعرفية.

وسوف نقوم بعرض أهم التقنيات المستعملة في العلاجات السلوكية المعرفية وهي:

- **تقنية التشريط بالنقيض:** وتتبلور هذه التقنية حول الفكرة التي مؤداها أن "الاستجابة لمنبه معين يمكننا إزالتها أو استبدالها بنمط سلوكي آخر نحو نفس المنبه، وتعتبر محاولة ماري كوفر جونز Mary

Cover Jones في إزالة مخاوف الطفل نموذجاً موقفاً لاستخدامات هذا المبدأ علاجياً" (الخالدي، 2015: 344).

وقد انبثقت فنيات كثيرة عن هذا المبدأ، نذكر منها تقنية العلاج التكريهي الذي يعمل بألية الكف المعاكس، حيث يعمد المعالج إلى تعديل الإستجابة غير المرغوبة بجعلها تتزامن مع مثير آخر منفرد، والأدوات الرئيسية المثيرة للنفور هي إما إثارة كهربائية قوية ولكنها غير مؤذية للصحة، أو أدوية مثيرة للغثيان والقيء أو تخيلات مثيرة للإقياء، ويتميز العلاج التكريهي عن العقاب كون الإثارة المنفردة أو المؤلمة تتزامن مع الاستجابة بهدف جعلها استجابة بهدف استبعادها أو تعديلها، بعكس العقاب الذي يلي الاستجابة لتثبيطها (حجار، 1999).

- **التطمين التدريجي المنظم:** وقد استخدم هذه التقنية جوزيف وولبي Joseph wolpy لعلاج حالات الأفراد الذين يعانون من القلق، حيث عمد إلى تشجيع العصابي أو المريض نفسياً على مواجهة المواقف المقلقة أو التي تثير الخوف بصورة تدريجية (الخالدي، 2015).
- ويعرض عبد الستار إبراهيم (1994) أربعة مراحل للتطمين التدريجي وهي:
- تدريب المريض على الاسترخاء العضلي.
- تحديد المواقف المثيرة للقلق.
- تدريج المنبهات المثيرة للقلق.
- التعرض لأقل المنبهات المثيرة للقلق (إما بطريقة التخيل أو في مواقف حية) مع الاسترخاء، ثم التدريج لمواقف أكثر إثارة لقلق فأكثر.

ففي حالة المخاوف يشير محمد حجار (1999) إلى ضرورة تجزئة الموقف المخوف إلى وحدات متصاعدة في إثارتها للخوف، ولا يتجاوز الفاصل بين موقف على السلم الهرمي وآخر في شدة الخوف أكثر من 10%، ومن ثم يتعامل المريض مع مواقف الخوف المجزأة بتناوب عملية التعرض والاسترخاء، فلا ينتقل من موقف مدرج على السلم الهرمي إلى آخر حتى تصبح شدة الخوف معدومة، ويتم وضع المواقف المثيرة للخوف وتجزئتها من قبل المعالج والمتعالج معاً.

- **الاسترخاء:** يشير عبد الستار إبراهيم (1994) إلى أن أسلوب الاسترخاء كان يستخدم في الطب والعلاج النفسي وعلم النفس الإكلينيكي بأساليب متعددة منذ فترة طويلة، ففي سنة 1929 أبدى طبيب نفسي اسمه جاكبسون Jacobson اهتمامه باكتشاف طرق الاسترخاء العضلي بطريقة منظمة، كما قرر أن استخدام هذه الطرق يؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة بين مرضى القلق، ويجمع علماء العلاج النفسي السلوكي اليوم على فائدة التدريب على الاسترخاء في خفض القلق وتطوير الصحة النفسية.

ويعرف الاسترخاء علمياً بأنه "توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر" (إبراهيم وعسكر، 2008: 286).

وعادة ما يسبق التمرين على الاسترخاء بعض الإيضاحات عن كيفية عمل الاسترخاء في الحالات العلاجية، إن شرح المعلومات اللازمة وتقديمها للمريض له وظيفة هامة في التقليل من تساؤلات المريض والحد من تنازل المريض عن سيطرته على حالة الاسترخاء بسبب عامل طارئ، والواقع إن مشاعر المريض وتساؤلاته عادة ما تزول بعد فترة من التدريب، وأن معظم المرضى يبدون تمتعهم بحالة الاسترخاء (بيتش، 1992: 101).

وعادة ما يتم الجمع بين أسلوب الاسترخاء وتقنية التطمين التدريجي أو إزالة التحسس التدريجي من المثير، فعلى المستوى الفسيولوجي يتم تثبيط القلق المثار عند المريض بفعل الاستجابة المعاكسة الاسترخائية للعضل، ويكون ذلك بتعريض المريض إلى المنبه الإشرطي الذي بدوره يثير الاستجابة اللاتكيفية العصابية وهو في حالة استرخاء نفسي-عضلي، ويستغرق التعريض عادة عدة ثوان، ويتكرر ليحدث التناوب بين التعريض والاسترخاء، حتى يتم إطفاء الاستجابة القلقية، فالمنبه الإشرطي بهذه الطريقة المتصاعدة يفقد قدرته على إثارة القلق (حجار، 1999).

- **التدعيم:** يشير عبد الستار إبراهيم (1994: 230) إلى أن التدعيم هو أي فعل يؤدي إلى زيادة في حدوث استجابة معينة أو تكرارها، وذلك مثل كلمات المدح والتشجيع أو الإثابة المادية أو المعنوية لنمط معين أو أنماط من الاستجابات الصادرة عن الشخص، وقد يكون التدعيم إيجابياً أو سلبياً.

والتدعيم مصطلح سلوكي يشير إلى إحدى المبادئ الأساسية المتعلقة بالتعلم وهو ما يعرف أيضاً بالتعزيز، ويشير في هذا الصدد بلدوين Baldwin في (الخطيب، 2003: 182) إلى أن "التعزيز يعرف وظيفياً، أي من خلال نتائجه على السلوك، فإذا أدت توابع السلوك إلى زيادة احتمال حدوثه في المستقبل تكون تلك التوابع معززة، ويكون ما حدث تعزيراً".

وهناك العديد من الطرق لتدعيم أو تعزيز السلوك المرغوب، ويسوق لويس كامل مليكة (1990) جملة من هذه الطرق المستعملة عادة وبكثرة في التعلم المبرمج وتعديل السلوك على طريقة سكينر Skinner نذكر منها:

- التدعيم الإيجابي: ويتضمن تقديم شيء سار للطفل مثل مدح أو ثناء أو منحه امتيازاً ما إذا نجح في الأداء المطلوب، ويكون هذا التدعيم أكثر تأثيراً وعد وقوع السلوك المرغوب.
- التدعيم السلبي: حيث يتم إزالة شيء غير مرغوب في مقابل ظهور السلوك الذي نريد تدعيمه.

▪ التدعيم الفارق أو التشكيل Shaping: ويستخدم حين يكون السلوك نادر الحدوث أو منعدم حيث يتضمن هذا النوع من التدعيم تعزيزا تدريجيا للسلوك إلى أن يحدث، وقد يلجأ في هذا النوع إلى تقنية النمذجة.

▪ الإذبال Fading: وهو أسلوب يستخدم لإظهار السلوك في مواقف مختارة، حيث يكون لدى الفرد القدرة على أداء السلوك ولكن في مواقف محدودة.

- **أسلوب توكيد الذات:** يعرف مفهوم تأكيد الذات بأنه القدرة على التعبير الملائم عن أي انفعال إزاء المواقف والأشخاص فيما عدا التعبير عن انفعال القلق، إننا بسبب مخاوفنا وعجزنا عن التعبير عن مشاعرنا في مواقف الاتصال بالناس مع رغبتنا في الشكوى من تصرف سخي، أو نكتم معارضتنا عند الاختلاف مع الناس والأصدقاء، أو نرغم أنفسنا على البقاء في جماعة مملّة (إبراهيم، 1994: 203).

كما يعرف وولبي (الخالدي، 2015: 347) مفهوم تأكيد الذات أنه: "القدرة على التعبير الملائم عن أي انفعال عدا التعبير عن القلق"، فالتوكيدية من فنيات التشريط بالنقيض، وتعني الحرية الانفعالية في التعبير عن الانفعالات الإيجابية والسلبية في مواقف الحياة المختلفة.

ويشرح لويس كامل مليكة (1990) هذه استعمال هذه التقنية حين يكون الفرد غير واع بالعلاقة بين السلوك وبين المشاعر غير السارة أو الاضطرابات السيكوسوماتية التي تنتابه، فيتم توضيح هذه العلاقة بشرح كامل ثم التدريب على تأكيد الذات في مواقف متنوعة، قد تكون هذه المواقف فعلية أو متخيلة أو إعادة تمثيل لمواقف سابقة، كأن يطلب المعالج من العميل أن يحتفظ بسجل لتفاعلاته اليومية ووصف شعوره خلال التفاعلات وبعدها، ويناقش المعالج في الجلسة وبالتفصيل هذه التفاعلات بحيث يحصل على معلومات كافية كما قاله كل شخص فيها، ثم يقترح بدائل للتعامل مع هذه التفاعلات ويحث العميل على تمثيل هذه البدائل بصورة لفضية أو تمثيلية، وقد يستخدم المعالج تقنية النمذجة أو لعب الأدوار من أجل جعل العميل يتمثل الموقف من جديد، وتلعب العبارات التوكيدية دورا في التحكم بالمشاعر والتخلص من المشاعر السلبية مثل الشعور بالذنب أو النقص وغير ذلك.

ويفيد هذا النوع من التدريب في كل المواقف التي يكون فيها المريض مثبطا من القيام بفعل نتيجة الخوف اجتماعي عصابي، وعلى المعالج أن يراعي الثقافة السائدة والمعتقدات الشخصية للشخص، ففي بعض الأحيان يكون الإذعان لرغبات الآخرين وحاجاتهم يرتبط بفلسفة عامة اجتماعية مقبولة أخلاقيا في تقديم مصالح الآخرين على مصلحة الفرد الشخصية، وعادة ما نجد مثل هذه السلوكيات لدى الشخص المتدين الذي ينكر رغباته ومصالحه، أما في الأحوال العادية فإن قبول رغبات الغير والرضوخ لسلوكيات الناس على حساب نزوات الفرد ومصالحه يعد كرما عصابيا (الحجار، 1999).

- **الواجبات المنزلية:** يستهدف العلاج المعرفي السلوكي حسب العاسمي (2016) إكساب الفرد مجموعة من المهارات والقدرات التي تساعد في استخدام النموذج المعرفي المناسب لتغيير الاضطرابات التي تنتابه، ويساهم الواجب المنزلي بدرجة كبيرة وفق هذا المنظور في تحسين السلوكيات ومراقبة النتائج.

وتلعب الواجبات المنزلية دورا هاما في كل العلاجات النفسية، ويستعملها المعالج النفسي بشكل أساسي في كل جلسة علاجية، وتساهم إلى حد كبير في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج والمتعالج، ويقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة التي يواجهها الفرد حديثا (بلميهوب وآخرون، 2014).

ويعتبر الواجب المنزلي حسب بيك (Beck et al، 1979) جزء من الجلسة العلاجية ومكمل لها، إذ هو صيرورة ممتدة خارج المجال الزمني والمكاني للجلسة، وهو ليس بالنشاط الاختياري الذي يمكن أن يتجاوزه المعالج.

كما ترى جوديت بيك (2007) أن مرضى العلاج المعرفي الذين يؤدون الواجب المنزلي يتقدمون أسرع من المرضى الذين لا يمارسونه، كما تشير أيضا إلى أنه كثير من المرضى يؤدون الواجب المنزلي باستعداد وسهولة، غير أنه يوجد حالات استثنائية لمرضى لا يبدون فيها التزاما بأداء الواجبات المنزلية، ولهذا وجب تفصيل الواجب المنزلي ليناسب كل مريض على حده وأن يتم إعداده بالتعاون بين العميل والمعالج ليقتنع العميل بأدائه.

- **التنظيم والضبط الذاتي:** يتضمن التنظيم الذاتي بوصفه استراتيجية علاجية كما يشير لويس مليكة (1990) تدعيم العميل من الضبط الخارجي لسلوكه إلى الضبط الداخلي، كما يحدث مع الفرد الخجول الذي يبادر إلى محادثة الآخرين بدل تجنبهم، ومن أساليب الضبط الذاتي نذكر الملاحظة الذاتية، تخطيط البيئة والبرمجة السلوكية.

ومن بين أساليب المراقبة الذاتية المستعملة في العلاج، يمكن تمكين الفرد من مشاهدة نفسه من خلال مرآة أو كاميرات تصوير (فيديو) وهو يتصرف في مواقف اجتماعية مختلفة، وبهذه الطريقة يستطيع الفرد أن يطور قدرته على ضبط ذاته وتصرفاته من خلال مراقبته لنفسه، كما أن لهذه الطريقة ميزة أخرى فهي تطلع الفرد بطريقة مباشرة الكيفية التي يدركه بها الآخرون. (إبراهيم وآخرون، 1993)

- **النمذجة Modeling**: وهي تقنية يقوم من خلالها عمل نموذج للسلوك المرغوب من أجل تعليمه للتعلم وفق طريقة الملاحظة والتقليد، فهو بذلك يتعلم بطريقة بديلة مهارات معينة وسلوكات محددة بدون الدخول في عملية تشكيل طويلة (فايد، 2006)، والنمذجة قد تحدث عفويا أو قد تكون نتيجة عملية هادفة وموجهة تشمل قيام نموذج بتأدية سلوك معين بهدف إيضاح ذلك لشخص آخر يطلب منه الملاحظة والتقليد.

ويطلق أديب الخالدي (2015) على هذه التقنية طريقة "العلاج بالقدوة" وهي طريقة مستقاة من نظريات باندورا Bandura في التعلم الاجتماعي، وأثبتت هذه الطريقة فاعليتها في علاج بعض المخاوف المرضية مثل الخوف من الثعابين، وإجراءات تنفيذ هذه الفنية تتطلب عدة طرق في عرض السلوك المطلوب وتنفيذه، فعرض النموذج يتم إما بطريقة فعليا عبر نموذج حي، أو عن طريق التخيل، أو بطريقة رمزية من خلال المشاهدة السينمائية أو الفيديو، أو النمذجة عن طريق المشاركة حيث يقوم العميل بأداء السلوك وملاحظة أدائه.

وعند الحديث عن النمذجة لا بد من التمييز بين اكتساب الاستجابة Acquisition وتأديتها Performance، فالكسب للشخص للاستجابة لا يعني بالضرورة أنه سيقوم بتأديتها، إذ أن تأديته لها يتوقف بشكل مباشر على نتائج تقليده للنموذج وعلى سلوك النموذج أيضا، فاحتمال تقليد الملاحظ الذي يرى أن سلوك النموذج تؤدي إلى نتائج إيجابية (تعزيز) والذي تكون نتائج تقليده لسلوك النموذج إيجابية أيضا أكبر من احتمال تقليد الملاحظ الذي يرى نتائج سلوك النموذج سلبية (عقاب) والذي تكون نتائج تقليده لسلوك النموذج سلبية (الخطيب، 2003).

ويرى لويس كامل مليكة (1990: 150) أن النمذجة "تكون أكثر فاعلية إذا جمع بينها وبين إجراءات أخرى، فمثلا في الإقلال من المخاوف يجمع بين إزالة الحساسية عن طريق الاتصال: النمذجة والاتصال المباشر، وأيضا في الإشراف الإجرائي حيث تكون النمذجة مرحلة مهمة لإحداث السلوك ثم يكون التدعيم كطريقة للاحتفاظ بالسلوك بعد حدوثه، وكذلك يمكن استخدام النموذج لتعليم السلوك في مختلف المراحل، وفي المواقف الإكلينيكية يكون لعب الأدوار والتدريب السلوكي إضافات مساندة مفيدة للنمذجة".

- **لعب الأدوار**: وهي طريقة من طرق توكيد الذات، وتستعمل مع الأشخاص المضطربين انفعاليا أو الأشخاص الذي يعانون مشاكل مختلفة في وضعيات الحياة اليومية (مع الزوج، رئيس العمل، زملاء العمل.. إلخ)، ويعمل الدور الذي يلعبه العميل على تغيير وجهة النظر من زوايا مختلفة لنفس الوضعية

مما يخفف من الانفعالات تبعا لتغير الأفكار حسب الأدوار، وهي طريقة فعالة ليفهم العميل سلوكه في مواقف مريحة وغير مشحونة، وتعزيز التحكم في هذا السلوك (Cottraux et all، 1995).

وتقنية لعب الأدوار هي أسلوب لتعليم المهارات العلائقية أو السلوكية بغرض تعديل السلوك، فهو عملية محاكاة للواقع وفق مواقف معينة، بهدف إكساب سلوكيات مرغوبة لا يتم تحقيقها بطريقة المقابلات أو عن طريق التحدث، ولهذا يقوم الشخص بأداء دور معين محدد سلفا واختراع حوار لأداء هذا الدور، ثم مراجعة هذا الحوار لاحقا وتقييمه، وهي طريقة مهمة لاكتشاف نماذج السلوك المختلفة وتعديلها أو تدعيمها (Prouct&Boutros، 2008).

وعلى هذا فلعاب الأدوار هو نشاط قائم على الافتراض Hypothétique من أجل التبصر بالمواقف المختلفة، بطريقة تسمح للفعل العلاجي أن يعدل من الأفكار التلقائية والمشاعر السلبية بطريقة ذاتية تعتمد على المهارات التوكيدية والتقمصات المتنوعة للأدوار.

ويرى نجله عبد الفتاح (2010: 29) أن لعب الأدوار يؤدي وظائف عديدة في العلاج النفسي، حيث "يساعد المعالج على أن يحدد أي المسالك تحتاج إلى أن يتم تغييرها في العميل بحيث يكون بمقدوره أن ينقل استجابات إيجابية من الناس المحيطين به في بيئته، وغنه ليزود أيضا المعالج بالمعلومات الضرورية، بحيث يمكن أن يتم نمذجة المسالك الملائمة له وتعزيزها في حضورهم بحيث يلعب الدور نفسه، وكذلك يكون من الممكن أن يتعلم العميل بشكل أفضل كيف يتنبأ باستجابات الناس المهمين في بيئته، وذلك عبر لعب أدوارهم".

- **تقنية إيقاف الأفكار:** وهي حسب محمد حجار (1999) طريقة لتبديل السلوك المعرفي (الفكري)، تقوم على إيقاف عادات الاستجابات الفكرية التي تقتحم ساحة وعي المريض المزعجة، والتي تؤثر على سلوك المريض (كالأفكار الوسواسية)، وتقوم هذه التقنية على تدريب المريض باستبعاد الفكرة المزعجة حالما تدخل نطاق وعيه، فيعلم المعالج العميل تقنية لإيقاف هذه الأفكار ويدربه عليها، ثم ينبهه إلى أن الأفكار ستعود إليه ثانية، وعليه كلما اجتاحت الفكرة المزعجة ساحة وعيه أن يتعامل معها بالأسلوب الذي تعلمه.

برامج العلاج المعرفي السلوكي لفوبيا المدرسة:

مفهوم البرنامج العلاجي:

إن لفظ البرنامج غالبا ما يستعمل في ميادين التقنية والأداء الآلي لمجموعة من الخطوات المدروسة، فهو مخطط أولي تقوم به الآلة أو الكمبيوتر ، وتشير المعاجم أن كلمة برنامج هي كلمة فارسية معربة، كما جاء في قاموس المعاني أنها تعني " هو عدد من المشروعات و الأنشطة التي يتم تخطيطها و إدارتها معاً لتحقيق مجموعة من الأهداف و النتائج الأخرى المترابطة" (المعجم الوسيط، 2008).

في حين يُعرف البرنامج على أنه "مجموعة أو سلسلة من النشاطات و العمليات التي ينبغي القيام بها لبلوغ هدف معين" (مبارك، 1989: 18).

ويعرف تريكر Trecker البرنامج في الإرشاد النفسي أنه: " أي شيء وكل شيء تمارسه الجماعة لتحقيق حاجاتها ورغباتها بمساعدة المرشد " (فهيمى، 1998: 212).

كما يعرف حامد زهران البرنامج الإرشادي على أنه: " برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس عملية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فرديا وجماعيا لجميع من تضمهم المؤسسة (المدرسة مثلا) بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو". (طه ، 2014: 282)

وعادة ما يستخدم مفهوم البرنامج في المجال التربوي، تحت مسمى البرامج التعليمية التي هي أنشطة ومضامين تستلزم التنظيم حسب الوقت المتاح والتخطيط في ضل الأهداف المسطرة، ويهدف البرنامج الإرشادي أو العلاجي في المدرسة إلى تحقيق الذات وتحقيق التوافق والصحة النفسية وتحسين العملية التربوية، ويمكن تلخيص هذه الأهداف حسب الدكتورين جودت عبد الهادي وسعيد حسني العزة (2007: 149) في النقاط التالية :

- العدول عن الارتجال ودراسة ما سيتخذ من إجراءات لتنفيذها.
- إتاحة الفرصة لوجود بيان مكتوب يحدد الهدف والوسيلة لبلوغه.
- تعيين الحدود التي تعمل في إطارها التوعية .
- وجود الإطار الذي يمكن على أساسه الحكم على الاتجاهات الجيدة وقياس النجاح أو الفشل.
- ضمان عدم انتكاس البرامج عند تغيير القائمين على.

ويرتكز البرنامج العلاجي السلوكي على مجموعة من الأهداف، ومجموعة من الخطوات الإجرائية التي تساعده في وضع برنامج متوازن ومنسجم مع ما يريد إحداثه من تعديل في السلوك، وقد أوضح بطرس حافظ بطرس (2010) أن أي برنامج إرشادي عليه أن ينطلق من تحديد دقيق لأهداف البرنامج والتي قسمها إلى أهداف عامة وأهداف خاصة.

- **أهداف عامة:** ونعني بها الأهداف العلاجية التي تهدف إلى خفض الاضطراب من خلال تدريب المسترشدين على استخدام بعض الأساليب المعرفية السلوكية، وهدف وقائي حيث يكتسب الأطفال بعض الفنيات المعرفية والسلوكية التي تساعدهم على مواجهة المواقف المثيرة للقلق لديهم في المستقبل.

- **أهداف إجرائية:** وتتحقق الأهداف الإجرائية من خلال العمل المثمر داخل الجلسات ومن خلال القيام بأداء الأنشطة داخل الجلسات، والواجبات المنزلية التي يكلف بها الأطفال والمتعلقة بالمواقف المثيرة للاضطرابات لديهم واستخدام الاسترخاء.

النموذج المعرفي للمصابين بفوبيا المدرسة:

يشير نموذج رابي وهيمبرغ Rapee & Heimberg (الحريري، 2014) أن مرضى القلق الاجتماعي يأتون للمواقف الاجتماعية ومعهم معتقدات وأساليب معالجة معلومات تتصف بالاضطراب لدرجة أن انتظار مواقف اجتماعية بعينها كاف بتنشيط الأفكار الخاطئة والانفعال الفسيولوجي، كذلك يقضي مرضى الرهاب الاجتماعي الكثير من الوقت يتذكرون فشلهم الاجتماعي في الماضي ويتنبؤون بفشلهم في المستقبل، كما يتوقع مرضى القلق الاجتماعي ردود فعل سلبية في المواقف الاجتماعية المختلفة وتهديدا محتملا من الجمهور، وتصورات ذهنية عن الآخر مبنية على النقد والاستهجان لسلوك الشخص وإدانة مبدئية لأي تصرف يقوم به، ولهذا ينقسم انتباه مرضى القلق الاجتماعي بين مراقبة البيئة للكشف عن التقييم السلبي ومراقبة مظهرهم وتصرفاتهم لتقييم الأخطاء، وأيضا على المهام والأدوار الاجتماعية التي يقومون بها مما يؤدي إلى اضطراب الأداء الاجتماعي، وهذا ما يجعلهم يميلون في الغالب إلى المبالغة في معايير تقدير الأداء لدى الجمهور ويصعب عليهم بعدها الوفاء بها.

وفي حالة فوبيا المدرسة يطور الطفل مجموعة من المواقف السلبية تجاه الوسط المدرسي تحديدا، ويحاول الهروب من أي موقف اجتماعي مدرسي علاوة على محاولات حثيثة لتجنب المدرسة، وقد يصاحب حالة الرفض الكلي للحضور بالمدرسة التعلل بالمرض والألم في بعض المناطق من الجسم التي قد يعاني منها التلميذ فعليا دون مرض واضح أو سبب طبي، كما قد يعزوا التلميذ أسباب تغيبه عن المدرسة إلى عوامل أخرى مثل معاملة التلاميذ الآخرين له وحالات التئمر عند الخروج آخر الدوام، ومعاملة المعلم السيئة وغير ذلك من الأشياء التي قد يذكرها التلميذ الفوبوي من المدرسة.

ويستهدف علاج فوبيا المدرسة إعادة هؤلاء الأطفال بأسرع وقت ممكن إلى المدرسة، وعلى الرغم من أن بعض الإكلينيكيين لا يوافقون على ما يقصد (بحالا Soon)، ويوصون بمعالجة الأطفال نفسياً لمساعدتهم على كشف وتحليل أسباب قلقهم قبل تواجدهم في المدرسة أو التفكير في الذهاب إليها، غير أن هناك براهين قوية تؤمن أن الاحتفاظ بالطفل طويلاً خارج المدرسة للعلاج النفسي قد أدى إلى تقوية عرض عدم الذهاب إلى المدرسة وكان سبباً في تأخير أثر العلاج، كما يلاحظ أن برامج العلاج التي تعمل على مساعدة الأطفال على فهم أسباب قلقهم من المدرسة مع الاحتفاظ بهم داخل الفصول المدرسية كانت ناجحة جداً، فمثل هذه البرامج ساعدت أكثر من 70% من أطفال الرهاب المدرسي على العودة إلى المدرسة خلال أيام إلى عدة شهور. (عبد الله، 2006: 247-249)

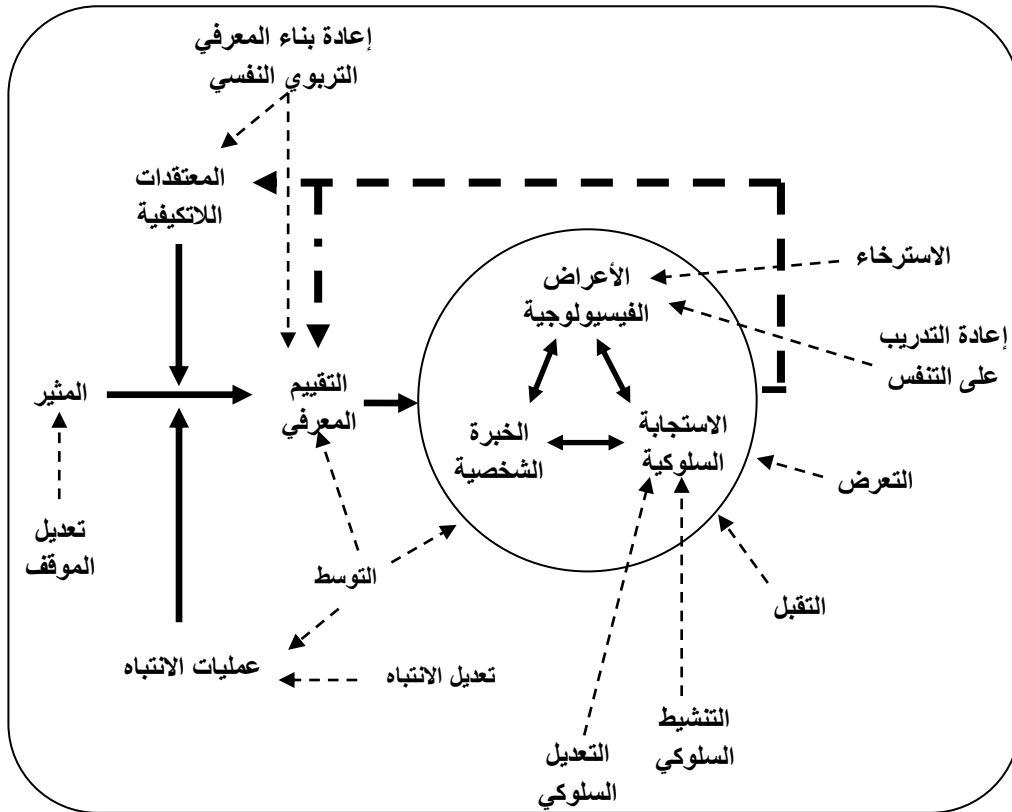
ويربط فاغنر Wagner (2002) (في رشا محمود حسين، 2014) بين بعض الأفكار لدى الأطفال الذين يعانون من فوبيا المدرسة وبين بعض الأنماط التشخيصية أو الأسباب المحتملة لسلوك رفض المدرسة، وهذه الأفكار في الأغلب ترتبط بفكرة أو مشكلة نفسية محتملة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (08): نموذج Wagner للأفكار المرتبطة بفوبيا المدرسة (رشا محمود حسين، 2014)

المشكلة	الفكر ذو العلاقة
قلق الانفصال	شيء ما سيحدث لأمي أثناء وجودي في المدرسة
قلق عام	سوف احصل على تقدير ضعيف في اختبار الإملاء
اضطراب الوسواس القهري	سوف أصاب بالأيدز والموت إذا لمس زملائي بالمدرسة أدواتي
فوبيا اجتماعية	لن يتكلم معي أحد في يوم العطلة
اضطراب الهلع أو الرعب	أنا غير قادر على المنافسة وسوف أموت لأنه لا يوجد شخص واحد يستطيع مساعدتي
قلق الأداء	أنا عصبي جداً وأنسى كل الأشياء
صعوبات التعلم	الرياضيات صعبة على يوف أصمت ولن أجيب عنها بأي شكل من الأشكال
مرض طبي وتغيب	أنا لن الحق بالأطفال الآخرين بالصف وأصاب بالمرض داخل الصف
الخوف من العدوان	زملائي يسخرون مني في أتوبيس المدرسة ويمزقون حقيبة كتبي الدراسية
الانضباط في قاعة الدروس	المعلمة دائماً تعندي علي لفظياً، وتشعرنني بانني غبي

ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي لفوبيا المدرسة على مجموعة من الخطوات التي تستهدف بالأساس الخبرة الشخصية للتلميذ عن طريق تعديل البناء المعرفي الناشئ عن المعتقدات اللاتكيفية، وتعديل الاستجابة السلوكية عن طريق التنشيط السلوكي والتعديل السلوكي باستعمال إستراتيجياتي التقبل

والتعرض، والتخفيف من الأعراض الفيسيولوجية والتقليل منها وذلك بإعادة التدريب على التنفس والاسترخاء.

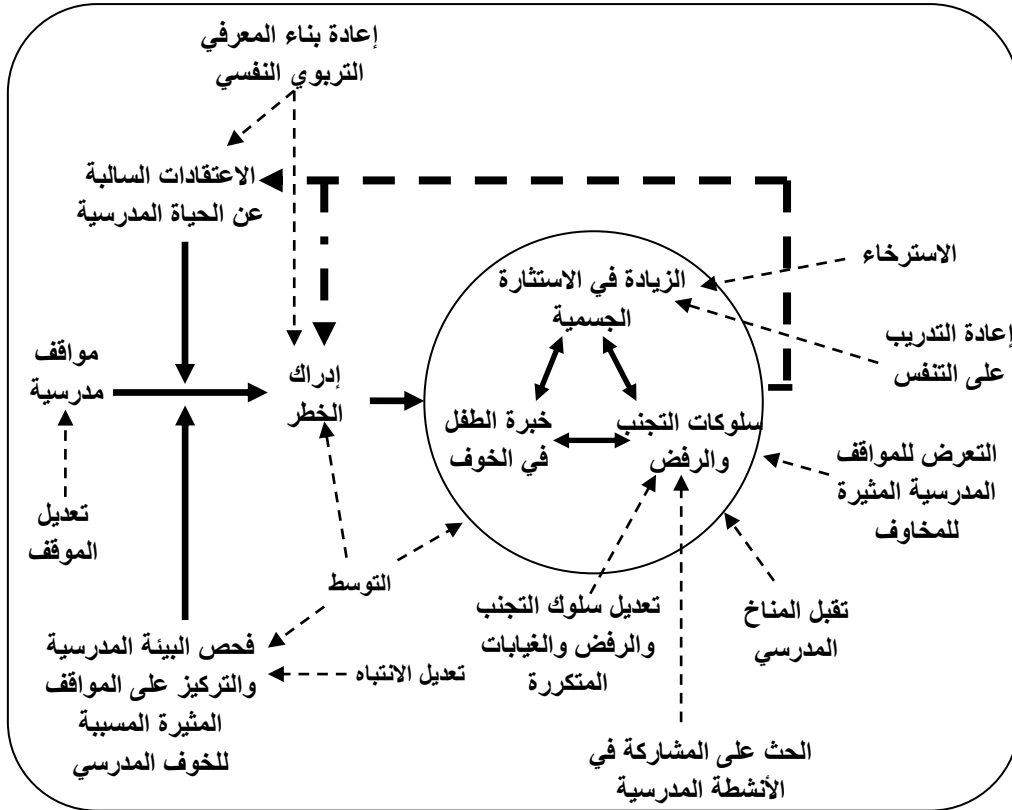


الشكل رقم (06): نموذج هوفمان لاستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي (هوفمان، 2012: 54)

وتعتمد استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي حسب هوفمان (2012) على مجموعة من الإجراءات التي تستهدف بالأساس إعادة البناء المعرفي للمخططات بالجوء إلى خطوات مدروسة وواضحة المعالم تنطلق من تعديل الانتباه للموقف بهدف تعديل الخبرة العامة للحدث أو الموقف تم إعادة التقييم المعرفي ثم التدخل لتعديل الاستجابة السلوكية والمظاهر الفيسيولوجية المرتبطة بها.

وفي حالة الأطفال الذين يعانون من فوبيا الحياة المدرسية يمكننا الانطلاق من هذا النموذج لبناء خطوات معقولة تتطابق مع متطلبات العلاج المعرفي السلوكي وتهدف بالأساس إلى إزالة المخاوف المرتبطة بالمدرسة انطلاقاً من عمليات الانتباه التي يقوم بها الطفل تجاه بعض المواقف المدرسية والتوسط من أجل بناء خبرة شخصية جديدة سارة وممتعة حول هذه المواقف نفسها، ومساعدة الطفل في تعديل الاستجابات السلوكية غير المتوافقة عن طريق التعرض التخيلي والفعلي للمواقف المدرسية المختلفة محاولاً في نفس الوقت ضبط وظائفه الفيسيولوجية عن طريق التدريب المستمر على التنفس والاسترخاء من أجل مساعدة الطفل على مواجهة مخاوفه دون تأثير التغيرات الفيسيولوجية المقلقة

والانفعالات المفاجئة والمضطربة، إنها خطوات متتالية ومتزامنة من أجل أن يتحكم الطفل في وضعه المدرسي بشكل لائق (الشكل رقم 07).



الشكل رقم (07): استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الفوبيا المدرسية

إعادة البناء المعرفي النفسي- التربوي:

ترتبط فوبيا الحياة المدرسية بمجموعة من المعتقدات اللاعقلانية عن الحياة المدرسية منشؤها عادة موقف مدرسي مثير لمشاعر التخوف وسلوك التجنب، فيتم تعميم هذا الموقف على الحياة المدرسية وتكوين مجموعة من الأفكار المرتبطة بهذه البيئة والتي تثير جملة من المخاوف، إن المنطلق الرئيس لعلاج هذه المخاوف هو تغيير المخططات المعرفية التي تجعل الأفكار المثيرة للمخاوف دائمة الظهور وكثيفة الانتشار فور التفكير أو التعرض للحياة المدرسية، كما انه من المفيد جدا التعرف إلى الموقف الذي تعرض له الطفل وجعله يطور هذه السلوكيات اللاتكيفية مع بيئته المدرسية، ولهذا يكون تغيير هذه الأفكار مرتبط بتغيير بعض المفاهيم حول البيئة المدرسية والتي يمكن للحوار السقراطي مع الطفل في جره لإدراك أن البيئة المدرسية بيئة آمنة له ولكثير من أصدقائه الذين هم في نفس سنه ونفس وضعه، كما أنها من الممكن أن تكون بيئة ممتعة يقوم فيها بالأنشطة المدرسية في جو جيد ومريح، ويمكن تعديل

بعض الأفكار حول احتمالية تعرض الطفل للضرب أو الإهانة من طرف بعض زملائه أو المعلم أو المدير بإشراك شهادة من مدير المدرسة نفسه أو المعلم بطريقة تسمح بها إجراءات العلاج ولا تخل بالجلسات، حيث تكون سندا لتغيير بعض الأفكار وإحاطة الطفل بجو يسوده التقبل والاهتمام، ويمكن الاستفادة بإجراءات تربوية علاجية مفيدة على شكل واجبات منزلية منها قراءة قصة مصورة بعنوان 'أحب مدرستي' هذه القصة التي قد تحوي على جميع الأفكار التي قد تخوف الطفل من المدرسة، والإجابة عنها بطريقة سرد قصصي من طرف بطل القصة الذي هو تلميذ بنفس صف وعمر الطفل نفسه وبطريقة تسهل عملية تقمص البطل ومناقشة الأفكار التلقائية وعقلنتها، ويتم مناقشة القصة مع الطفل بطريقة سقراطية تدفعه لتغيير بعض المفاهيم السلبية حول المدرسة.

الأسس النظرية لبرنامج مقترح لتخفيف فوبيا المدرسة:

تعديل الانتباه السلوكي: يرتبط الخوف المرضي من الحياة المدرسية بمرحلة يتم فيها تسجيل المثير الأولي حيث ينتشر الانتباه بشكل سريع وآلي نحو المعلومات التي تحمل التهديد، "وبالرغم من أن هذه العملية هي عملية تكيفية من الناحية الارتقائية إلا أنها تصبح مشكلة عندما تؤدي إلى الإفراط في الحذر" (هوفمان، 2012: 76) وتؤدي أيضا إلى زيادة أعراض القلق وتغيرات فيسيولوجية تجعل الطفل يعاني طيلة تواجده في المدرسة، ولهذا تبدأ خطوات العلاج المعرفي السلوكي عادة بمعالجة الانتباه إلى مثيرات أخرى غير مثيرة لمشاعر الخوف والقلق، والانتباه الانتقائي للطفل المصاب بفوبيا الحياة المدرسية يوجهه إلى مثيرات معينة من قبيل مكان وقوف مدير المدرسة ومسطرة الضرب البارزة من محفظة المعلم وطريقة نظر بواب المدرسة له وطريقة وحركة التلاميذ خلال وقوفه في الساحة والتي قد تكون شبه عدائية وتستهدفه هو بالخصوص، كل هذه المثيرات تدفع الطفل إلى إدراك جو المدرسة على أنه سجن وعذاب لا ينتهي إلا بعد الخروج منها، ويمكن أن توجه انتباه الطفل إلى أشياء أخرى تجعله ينخرط في جو من الراحة والمتعة وهو داخل المدرسة مثل تكليفه بإعطاء وردة إلى كل من بواب المدرسة ومديرها في بداية الدوام الصباحي والانتباه إلى الابتسامة التي ترتسم على وجوههم بعدها، كما يمكن للطفل أن يكون له نبتة يغرستها في إناء يضعه في مكان يكون ظاهر عند الدخول إلى المدرسة من أجل الانتباه له في كل مرة يقوم فيها التلميذ الدخول إلى المدرسة.

الاسترخاء وإعادة التدريب على التنفس: تثير المخاوف المرضية من الحياة المدرسية حالة من الذعر والهلع خاصة بعد التعرض للمواقف المثيرة للخوف كالقيام برفع العلم أمام التلاميذ في بداية الدوام الصباحي أو عند سؤال المعلم للتلميذ في القسم أو الصعود للسطور من أجل كتابة شيء ما وغيرها من المواقف التي يحس فيها الطفل بأنه محل تقييم وملاحظة من طرف الجميع، ولهذا يمكن إعادة استثارة

هذه المواقف بتعريض الطفل لها تخيليا ثم وبطريقة الإيحاء يمكن تدريبيه على التحكم في سرعة تنفسه وعلى الإسترخاء ومحاولة جعل الموقف مريحا في مخيلته وليس مثيرا للقلق والذعر.

التعرض: قبل ممارسة التعرض للمثير ينبغي معرفة أكثر المواقف المدرسية إثارة لحالات الهلع والخوف، وتتنظر المدرسة السلوكية إلى الخوف من المدرسة على أنه حالة استجابة تكيفية متعلمة ارتبطت ارتباطا شرطيا بالخوف من فقدان الأم، فالمدرسة كمثير محايد تصبح مقترنة شرطيا على المستوى اللفظي بالأفكار ذات الصلة بفقدان الأم (غيات، 2012: 44)، ولهذا يمكن اللجوء إلى قائمة بكل المواقف المدرسية التي يحتمل إثارتها للخوف وتقديمها للتلميذ والطلب منه أن يقدر الخوف الذي ينتابه في كل موقف على مقياس من 0 إلى 10، وبعدها يتم ترتيب المواقف من الأقل إثارة للخوف إلى أكثرها إثارة للخوف والهلع، ويتم تعريض التلميذ بعد كل جلسة إلى موقف معين بالتفاهم مع المعلم وولي التلميذ، كما يمكن تقسيم أي موقف لمجموعة من المثيرات الممهدة للموقف، ويبدأ في التعرض بالمثير الأقل إثارة لمشاعر الخوف كالتحدث إلى البواب أو مدير المدرسة في مكتبه على إنفراد على شكل واجب منزلي ثم رفع العلم وبعدها المشاركة في نشاط في القسم ثم الكتابة على السبورة وبعدها إلقاء كلمة حول مناسبة معينة في الطابور الصباحي، وليس سهلا أن ينساق تلميذ يعاني من فوبيا الحياة المدرسية في هذه الأنشطة طوعا ودون مشاكل، ولكن يمكن إشراك مجموعة من التلاميذ الآخرين في هذا النشاط لبعث الروح التنافسية كما يمكن أن يكون التلميذ المعني رئيسا لناد تربوي معين أو عضوا فيه يشرف عليه معلم أو عون تربوي، كما يمكن إيجاد صيغة أكثر قبولا من طرف المدرسة لجعل النشاط العلاجي ضمن الأنشطة المدرسية العادية التي يقوم بها التلميذ خلال تواجده في مؤسسة تربوية.

التقبل: إن من أهم النتائج المتوخاة من العلاج المعرفي السلوكي لحالات فوبيا الحياة المدرسية هو أن يتقبل التلميذ الحياة المدرسية ويعيشها بشكل طبيعي ومريح، بدل الشعور الدائم بالقلق والخوف والعيش مع أفكار لاعقلانية حولها، ولهذا يجب أن تختم جلسات العلاج بتقييم لمدى تقبل التلميذ لهذه البيئة ومدى تمكنه من إحراز تقدم ملحوظ أثناء مشاركته في الأنشطة المدرسية، وتكون حالة التقبل مصحوبة بتغيرات سلوكية ظاهرة للآباء والمعلمين على حد سواء، هذه السلوكيات الملاحظة قد تكون في حرص التلميذ على التبكير في الحضور إلى المدرسة عبر أقصر الطرق المؤدية إليها، والإقبال على المشاركة في الإجابة على أسئلة المعلم والتنافس على الصعود إلى السبورة والأنشطة في النوادي التربوية، وقد يكتفي المعالج بالتسجيل تراجع في نسبة الغيابات وعدم وجود مشاكل في الحضور إلى المدرسة وتسجيل تحسن في علامات التلميذ المدرسية.

خلاصة:

يسعى العلاج المعرفي السلوكي إلى تعديل السلوكات غير المرغوبة من خلال مجموعة من التقنيات المختلفة والتي تعتمد في الأساس على تعديل المخططات المعرفية للأفراد وتعديل السلوك اللاتوافقي، ومثل باقي العلاجات النفسية، فالعلاجات المعرفية السلوكية هي حصيلة جلسات موجهة ومخططة نحو هدف معين، يكون فيها جهد العميل لتغيير واقعه هو المحور الرئيس، وجهد المعالج محصور تطوير العلاقة والتخطيط للعلاج، ومن خلال تقنيات محددة توسع استبصار الفرد بواقعه وأفكاره، وتقلل من حساسيته تجاه مواقف الحياة الاعتيادية يسعى المعالج المعرفي السلوكي إلى خلق فرص جديدة وتجارب فريدة تجعل العميل يندمج في سياقات حياتية إيجابية تختلف عن التي كانت تحصره في بؤرة سلوكه غير السوي وأفكاره السلبية التي كانت تعيق نموه وتوافقته النفسي والاجتماعي، كما أن العلاج بحد ذاته يتيح للعميل اكتشاف سوء تعامله مع البيئة ويطور آليات جديدة لتكيف أفضل.

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية
للدراسة

تمهيد:

تهدف الدراسة الاستطلاعية في الأساس إلى اكتشاف ميدان الدراسة والوقوف على بعض الجوانب المختلفة للموضوع مثل تطبيق أدوات القياس تطبيقاً أولياً ومعرفة الطريقة المثلى من أجل اتباعها في الدراسة الأساسية، وقد شملت الدراسة الاستطلاعية استخراج التراخيص الخاصة بالعمل الميداني على مستوى المدارس والمؤسسات التعليمية، كما كان لها أهمية كبيرة في كشف مدى تفشي الظاهرة، والأساليب المتاحة في التشخيص والانتقاء، وقد كانت الدراسة الأساسية امتداداً للدراسة الاستطلاعية ومكملة لها، وكانت شاسعة وواسعة شملت خمس (05) مؤسسات تربوية، وكانت العينة في فترة الاستطلاع كبيرة ومتنوعة وكان التعامل مع الحالات يتطلب وقتاً طويلاً، إذا أن التعامل مع كل حالة على حدة كان يجابه في كل مرة بمشاكل عدة على مستوى اختيار المكان المناسب لإجراء المقابلات التشخيصية، والوقت الذي كان يؤخذ في غالب الأحيان من الوقت الرسمي للدراسة، وهذا ما يحتاج إلى أخذ الإذن من الأولياء والمعلمين علاوة على الإدارة كما واجهت الدراسة عديد الأمور الأخرى التي أخرتها وجعلتها أمراً مضنياً وشاقاً.

منهج الدراسة:

تعتمد الدراسة على المنهج الوصفي في التشخيص وقياس مستوى اضطراب الفوبيا المدرسية لدى العينة، معتمدة في ذلك على طريقة دراسة الحالة والأسلوب الإحصائي لتسجيل الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي، كما اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي العلاجي في تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المصمم لخفض مستوى فوبيا المدرسة لدى العينة الأساسية للدراسة، ولإجراء المقابلات العيادية الخاصة بجلوسات البرنامج العلاجي المقترح، ولهذا فسيتم تطبيق أدوات القياس المعتمدة في الدراسة لقياس مستوى الفوبيا المدرسية لاختيار العينة الأولية من تلاميذ المرحلة الابتدائية في الدراسة الاستطلاعية، وإخضاع العينة المختارة إلى أدوات القياس الرئيسية والإجراءات العيادية من أجل ضبط العينة الأساسية وتطبيق البرنامج العلاجي عليها ثم تطبيق أداة القياس مرة ثانية كعملية قياس بعدي.

الدراسة الاستطلاعية:

تم اعتماد الدراسة الاستطلاعية لغرض اكتشاف ميدان الدراسة وتطبيق أداة القياس ممثلة في مقياس الفوبيا المدرسية كما يدركه المعلم وكذا مقياس فوبيا المدرسة مطبقاً على التلاميذ، وفي نفس الوقت فقد كانت الدراسة الاستطلاعية بمثابة دراسة ميدانية ممهدة للدراسة الأساسية، فقد تم من خلالها الكشف عن العينة الاستطلاعية التي شملت مجموعة من التلاميذ الذي يعانون من مشاكل مدرسية قد تحوي بعض مظاهر الفوبيا المدرسية ولكنها في جوهرها مشاكل مدرسية من نوع آخر قد يكون ضعف

انتباه أو مشاكل في التعلم أو مشاكل اجتماعية لا علاقة لها بالخوف المدرسي، ولهذا فقد تم إخضاع العينة الاستطلاعية إلى تمحيص وكشف عن طريق المقابلات مع الحالات وكذا الاطلاع على ملف التلاميذ المدرسية، وكانت عينة الدراسة الاستطلاعية ممثلة في 93 تلميذ أقترحهم المعلمون للدراسة لاجتياز مقياس فوبيا المدرسة إعداد الباحثة زينب شقير، وقد امتدت فترة الدراسة الممتدة من استصدار التراخيص من مديرية التربية لولاية تلمسان بتاريخ 06 ديسمبر 2015 إلى 17 مارس 2016، وكانت العينة مقسمة كالتالي:

الجدول رقم (09) : توزيع التلاميذ على السنوات الدراسية حسب المدارس الذين شملتهم الدراسة الاستطلاعية

مدرسة دحو بومدين			مدرسة لاتي حاج أحمد			مدرسة مومن محمد			المدارس
عدد الإناث	عدد الذكور	عدد التلاميذ	عدد الإناث	عدد الذكور	عدد التلاميذ	عدد الإناث	عدد الذكور	عدد التلاميذ	المستويات
24	25	49	48	44	92	25	28	52	التحضيرى
23	23	46	26	27	53	18	24	42	السنة الأولى
23	22	45	39	42	81	37	24	61	السنة الثانية
46	17	63	56	47	103	38	45	83	السنة الثالثة
21	27	48	36	33	69	37	35	72	السنة الرابعة
36	21	57	25	28	53	23	22	45	السنة الخامسة

وقد تم تطبيق مقياس فوبيا المدرسة كما يراها المعلم بتاريخ 26 يناير 2016، ثم تطبيق مقياس فوبيا المدرسة على التلاميذ الذين اختارهم المعلمون حسب نتائج المقياس ممثلين في تلاميذ أقسام السنة الثالثة والرابعة والخامسة ابتدائي، وكانت العينة ممثلة في الجدول التالي:

الجدول رقم (10) : توزيع العينة الاستطلاعية على السنوات الدراسية في الابتدائيات قيد الدراسة

مدرسة دحو بومدين			مدرسة لاتي حاج أحمد			مدرسة مومن محمد			المستويات
عدد الإناث	عدد الذكور	عدد التلاميذ	عدد الإناث	عدد الذكور	عدد التلاميذ	عدد الإناث	عدد الذكور	عدد التلاميذ	
07	09	16	05	07	12	03	05	08	السنة الثالثة
07	05	12	13	05	18	04	06	10	السنة الرابعة
03	01	04	03	03	06	04	03	07	السنة الخامسة
17	15	32	21	15	36	11	14	25	المجموع

ملاحظات على الدراسة الاستطلاعية:

بعد دراسة إجابات العينة الاستطلاعية على مقياس فوبيا المدرسة لم يتوصل إلى حالات حقيقية لفوبيا المدرسة، كما تم الخروج بالملاحظات التالية:

- تأثر المعلم بالأحكام السابقة حول التلاميذ في إجابته على قائمة الاستبيان الخاص بالمعلم لتقييم حالات الفوبيا المدرسية، فمعظم الحالات كانوا يسببون مشاكل متعلقة بالفوضى والنظام للمعلمين، فحاول المعلمون توجيههم للبرنامج ظنا منهم أنه مناسب لكل التلاميذ ذوو المشاكل السلوكية.
- مراجعة طريقة الإجابة على الاستبيان من طريقة جماعية إلى طريقة فردية، حيث كان معظم التلاميذ يجيبون على جملة من الأسئلة دون قراءتها بتمعن.
- بعض ممن كانت لديهم علامات مرتفعة على المقياس كانت أعراض الفوبيا المدرسية غير ظاهرة لديهم بشكل مؤكد.
- ضرورة تخصيص مكان مناسب لإجراء الجلسات في كل ابتدائية.
- ضرورة إشراك الأولياء في التشخيص والبحث عن الأعراض الخاصة بفوبيا المدرسة في المحيط الأسري.

ولهذا فقد كان من الضروري القيام بمجموعة من الخطوات لتفادي تكرار المشاكل المنهجية التي تم مواجهتها في الدراسة الاستطلاعية، وتمثلت هذه الخطوات في التالي:

- توسيع رقعة الدراسة بإشراك مدارس مجاورة في نفس المنطقة الحضرية.
- إعطاء المعلم فكرة مسبقة عن مفهوم فوبيا المدرسة وأعراضها السلوكية والانفعالية والعضوية من أجل أن يحدد إجابته على الاستبيان، وذلك عن طريق مطوية تحوي الأعراض الأساسية المعتمدة في الدراسة.
- تدوين ملاحظات حول المظاهر السلوكية والانفعالية أمام كل تلميذ يقترحه المعلم للبرنامج.
- إجراء الجلسات في مكان مخصص ومريح بترخيص من مديرية التربية.
- إعداد مقابلة مقننة لأولياء التلاميذ الذين تنطبق عليهم الأعراض الخاصة بفوبيا المدرسة.
- التركيز على المشاكل الصحية المسجلة خلال شهرين على الأقل من إجراء المقابلة مع ولي التلميذ.
- مراقبة الملفات الصحية للتلاميذ المقترحين للدراسة والذين تم تشخيص حالات فوبيا مدرسية لديهم، وخاصة آخر زيارة من طرف الصحة العمومية والمشاكل الصحية المسجلة.

- إجراء المقاييس المطبقة في مقابلة مقننة مع التلميذ وبشكل فردي.

الدراسة الأساسية:

الإطار الزمني والمكاني للدراسة: تم القيام بالدراسة الأساسية على مستوى مدارس وابتدائيات بلدية سبدو ولاية تلمسان، وذلك ابتداء من تاريخ 06 نوفمبر 2016 حيث تم استصدار تراخيص جديدة من طرف مديرية التربية لولاية تلمسان، وامتدت الدراسة إلى 27 فبراير 2017 ليتم توسيع مجال الدراسة والباحث ليشمل خمس (05) ابتدائيات موزعة على تراب بلدية سبدو بولاية تلمسان، في مناطق حضرية.

العينة: تم اختيار العينة بطريقة قصدية عن طريق اختيار المعلم أو المعلمة حسب قائمة المشاكل السلوكية والانفعالية الموجودة في مقياس فوبيا المدرسة كما يدركه المعلم، ثم إجراء جلسة مع كل حالة وتطبيق مقياس فوبيا المدرسة بطريقة المقابلة نصف الموجهة، حيث يتم طرح السؤال وترك الحرية للحالة بأن تجيب بالطريقة التي تراها مناسبة، وقد يتم التوسع في الإجابة ليشمل خصائص نفسية عديدة، وهذا ما جعل الاختيار يكون عمليا ويجعل المقابلة تساهم مع المقياس في ضبط العينة الأساسية، حيث توجت المرحلة الأولى بعينة مكونة من 41 حالة قسمت على الابتدائيات كالتالي:

الجدول رقم (11) : توزيع العينة الأساسية حسب الابتدائيات

ابتدائية بوغاني	ابتدائية دحو	ابتدائية العربي	ابتدائية مومن	ابتدائية لاتي	
الحسين 01	بومدين 02	التيسي	محمد	حاج أحمد	
564	320	180	355	462	عدد التلاميذ الكلي
19	10	4	6	7	عدد الحالات المقترحة
03.37	03.13	02.22	01.69	01.52	النسبة المئوية
1	1	1	1	1	عدد الحالات الأساسية

وبعد المقابلة وتطبيق المقياس تم ضبط العينة الأساسية في 05 حالات بمعدل حالة واحدة عن كل ابتدائية.

وبعد ضبط العينة الأساسية، تم إعداد التراخيص والاتصال بأولياء التلاميذ عن طريق إدارة الابتدائية لإمضائها من أجل بدء إجراء تطبيق جلسات البرنامج العلاجي، وقد تم انتهاز فرصة توقيع

الآباء على التراخيص من أجل إجراء الجلسة التمهيدية الأولى مع الأولياء وملاً استمارة المعلومات الأولية لدراسة الحالة، وتم تأجيل هذه الجلسة التمهيدية بالنسبة لحالتين نظراً لارتباطات ولي أمر التلميذ.

الأدوات المستعملة في الدراسة:

مقياس فوبيا المدرسة (المخاوف المدرسية):

تم إعداد المقياس من طرف كل من الدكتورة زينب محمود شقير والدكتورة سميرة عبد الله الكردي، وتم نشره في طبعته الأولى سنة 2011، وتم إعداد المقياس من خلال التراث الأدبي والسيكولوجي ومن الدراسات السابقة والبحوث في مجال فوبيا المدرسة، والإطلاع على بعض المقاييس الخاصة بفوبيا المدرسة حيث تم التوصل إلى مجموعة من الخصائص والسمات والأعراض التي تعبر عن شخصية التلميذ الذي يعاني من فوبيا المدرسة تم تقسيمها إلى أربعة محاور:

- المحور الأول: الأعراض السلوكية (الحركية)
- المحور الثاني: الأعراض العضوية (الجسمية - الفيسيولوجية)
- المحور الثالث: الأعراض الانفعالية
- المحور الرابع: الأعراض العقلية المعرفية

وتم التوصل إلى مجموعة من العبارات عددها 64 عبارة موزعة على المحاور الأربعة حيث شمل المحور الأول (22) عبارة والثاني (10) عبارات، والثالث (19) عبارة والرابع (13) عبارة.

تم عرض الاختبار في صورته الأولى على (10) محكمين من أعضاء وعضوات هيئة التدريس في مجالي التربية الخاصة وعلم النفس بكل من جامعة الطائف، وجامعة الملك سعود بالمملكة العربية السعودية وأيضاً عشر (10) أساتذة من جمهورية مصر العربية، وتم حذف بعض العبارات التي بلغت نسبة الاتفاق أقل من 80% من المحكمين، كما تم إعادة صياغة بعض العبارات، وتم إخراج فقرات الاختبار في 50 عبارة موزعة إلى (08) عبارات في المحور الأول، و (16) عبارة في المحور الثاني، و(16) عبارة في المحور الثالث، و(10) عبارة في المحور الرابع. (الملحق رقم 01)

تقنين المقياس:

تم تقنين فقرات المقياس على بيئتين عربيتين مختلفتين، وهما البيئة السعودية ممثلة في ثلاث مدارس ابتدائية بالصف الرابع والخامس والسادس بمجموع 100 تلميذة بعمر زمني يتراوح من (10) -

12) سنة وكذلك على عينة من الكيفيات بلغت (30) تلميذة كفيفة، وعلى البيئة المصرية فد تم تقنين المقياس على عينة من (200) تلميذ وتلميذة (مناصفة)، بعمر زمني يتراوح من (10-12) سنة، كذلك على عينة من الكيفيات، (30) كفيفة تتراوح أعمارهن بين (07-14) سنة بمدارس النور للكيفيات بكل من طنطا وكفر الشيخ.

صدق وثبات المقياس:

بالإضافة إلى الصدق الظاهري من خلال عرض المقياس على مجموعة من المحكمين تم حساب معامل الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية لكل محور على حده على عينة التقنين الكلية التي بلغت (180) تلميذ، وقد تم التوصل من طرف مؤلفنا المقياس إلى ارتفاع معامل الارتباط لجميع العبارات والتي كانت جميعها دالة عند مستوى (0.01) مما يؤكد على صدق المقياس والاطمئنان على استخدامه في القياس، كما تم حساب معامل الارتباط بين محاور المقياس الأربعة وبين الدرجة الكلية، حيث تم التوصل إلى أن جميع معاملات الارتباط موجبة ودالة عند مستوى الدلالة (0.01) (الملحق رقم 03).

وقد تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية حيث كانت جميع معاملات الارتباط بين المحاور موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) كما بلغ معامل الارتباط للدرجة الكلية 0.95 ، وقد تم حساب الثبات أيضاً بطريقة الاتساق الداخلي عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ الذي كان يساوي 0.82 عند مستوى دلالة (0.01).

تصحيح المقياس:

يطلب من المفحوص الإجابة عن عبارات المقياس باختيار أحد الإجابات الثلاث التي تمثل انطباعاً دقيقاً وصحيحاً، بحيث تأخذ الإجابة (نعم) درجة (02) وتأخذ (إلى حد ما) درجة (01) وتأخذ (لا) درجة صفر (00).

- وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين صفر و 100 درجة
 - وتتراوح درجة المحور (01) الخاص بالأعراض السلوكية ما بين صفر و 20 درجة.
 - وتتراوح درجة المحور (02) الخاص بالأعراض العضوية ما بين صفر و 20 درجة
 - وتتراوح درجة المحور (3) الخاص بالأعراض الانفعالية ما بين صفر و 28 درجة
- وتشير الدرجة 00 إلى 32 إلى معدل منخفض لفوبيا المدرسة، والدرجة 33 إلى 68 إلى معدل متوسط لفوبيا المدرسة، والدرجة من 69 إلى 100 درجة إلى الارتفاع في معدل الأفكار السلبية.

وتشير الباحثتان أن البطارية بمقياسها على فئات أخرى من العاديين وغير العاديين في مرحلة الطفولة سواء بواسطة الحالة نفسها أو بمساعدة القائمين على رعايتها، حيث راعت معدتا البطارية ذلك أثناء صيغة عثرات المقياسين.

مقياس فوبيا المدرسة لدى الأطفال كما يدركه المعلم:

تم إعداد المقياس من طرف الباحثة سلوى السيد سليمان (2005) في دراستها الهادفة إلى إعداد برنامج سلوكي للتدريب على المهارات الاجتماعية والوقوف على مدى فاعليته في خفض فوبيا المدرسة لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية.

وقد قامت الباحثة بالاعتماد على مجموعة من المقاييس المعتمدة في قياس المخاوف المدرسية، منها اختبار المخاوف المرضية من المدرسة الذي كان من إعداد الباحث عبد الرحمن سيد سليمان عام 1988، ومقياس الخوف المرضي من المدرسة الذي أعده الباحث عباس عوض ومدحت عبد الحميد سنة 1990، واختبار المخاوف المرضية من المدرسة من إعداد عبد الباسط خضر سنة 1990، ومقياس المخاوف المدرسية من إعداد ربيع شعبان والسعيد غازي سنة 1996 (سليمان، 2005).

ويتكون المقياس في صورته النهائية من 46 عبارة (ملحق رقم 02) موزعة على بعدى المقياس المتمثلين في الخوف العام من المدرسة، والخوف من الآخرين وفقرات كل بعد هي كالتالي:

- **البعد الأول:** وهو الخوف العام من المدرسة ويمثله (22) عبارة أرقامها: 43، 41، 39، 37، 35، 33، 31، 29، 27، 25، 23، 21، 19، 17، 15، 13، 11، 9، 7، 5، 3، 1.
- **البعد الثاني:** وهو الخوف من الآخرين داخل المدرسة مكون من (24) عبارة ممثلة بالأرقام التالية: 36، 34، 32، 30، 28، 26، 24، 22، 20، 18، 16، 14، 12، 10، 7، 6، 4، 2.

صدق وثبات المقياس:

تم التحقق من الصدق الظاهري من خلال عرض المقياس في صورته الأولية على المحكمين، كما تم التأكد من صدق المقياس عن طريق صدق المحك باستعمال مقياس فوبيا المدرسة لدى الأطفال (كما يدركها الأطفال) الذي صممه الباحث رياض نايل العاسمي سنة 1995 الذي استعمل كمحك وحساب معامل الارتباط بين المقياسين، وقد وصل عامل الارتباط إلى 0.89 الذي كان دالا إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01. (سليمان، 2005)

كما تم حساب ثبات جوانب مقياس فويبا المدرسة لدى الأطفال كما يدركها المعلم باستخدام طريقة ألفا كرونباخ حيث توصلت الباحثة إلى معامل ارتباط 0.92 عند مستوى الدلالة 0.01 في بعد الخوف العام من المدرسة، ومعامل ارتباط 0.94 عند مستوى الدلالة 0.01 في بعد الخوف من الآخرين داخل المدرسة، ومعامل ارتباط 0.96 في الدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، وهذه المعاملات هي عالية ودالة إحصائياً وتعبر عن نسبة اتساق داخلي جيدة مما يؤشر على معامل جيد لثبات المقياس.

طريقة تصحيح المقياس

توجد ثلاث استجابات وعلى المفحوص أن يختار استجابة واحدة فقط والتي تنطبق عليه، وهذه الاستجابات هي كثيراً وأحياناً وقليلاً وتم تصحيحها كما يلي: كثيراً: 3 ، أحياناً: 2 ، نادراً: 1.

منهج دراسة الحالة :

وقد استخدم نموذج دراسة الحالة المفردة Single case study ، الذي يعتمد على دراسة الحالة المفردة من الناحية الشخصية والأسرية والاجتماعية والعضوية وإعطاء تقييم للوضع النفسي للحالة، وقد استعمل منهج دراسة الحالة كونها المنهج الملائم للبحث والفحص في علم النفس الإكلينيكي (عنو، 2014: 115)، كما أن بعض الزملاء المرضية شديدة الندرة بحيث تنعدم الفرصة لاستخدام التصميمات الجماعية لدراساتها، وتوفر بعض الاستدلالات الناتجة عن دراسة الحالة المفردة فروضاً لفحوص تالية باستخدام الدراسات الجماعية، وتقدم دراسة الحالة المفردة فائدة كبرى للأخصائي النفسي من أجل تصميم خطة علاجية ناجحة.

وقد صمم النموذج من خلال محك الخبرة والممارسة الفعلية في التشخيص النفسي، وبعض النماذج السابقة لدراسة الحالة المعدة في بيئات أجنبية، وتكييف بعض محتوياتها للبيئة العربية وملاءمتها لطبيعة عمل المؤسسات الصحية، كدراسة (ريتشارد Richards)، ودراسة (ويلز Wills و رويش Ruesch)، ودراسة (سونديبيرج Sundberg)، و(تايلر Tyler)، ونموذج جامعة بروتسلافيا (U.Proto)، كما تم الاستفادة من بناء هذا النموذج من خلال كتابات المتحدثين في مجال التشخيص النفسي الإكلينيكي ومنهم (عطية هنا، محمود الزيايدي، مصطفى فهمي، أحمد عكاشة، عطوف ياسين، محمود حمودة، لينزاي وبول). (عنو ، 2014)

وقد استخدم هذا النموذج مع عينات من المرضى الراقيدين في مستشفيات الأمراض العصبية والعقلية، وبعض المرضى المراجعين للعيادات الخارجية التابعة للمستشفيات الرسمية في بعض الأقطار العربية، وبصفة خاصة: مستشفى الرشاد (العراق)، ومستشفى الرازي(ليبيا)، ومستشفى العباسية (مصر)، كما استخدم مع بعض المرضى المترددين على العيادات النفسية، وقد حقق نتائج دقيقة في استخدامه لأعراض العلاج النفسي، كأداة تشخيصية في مجال البحوث والدراسات العليا في الصحة النفسية، وعلم النفس الإكلينيكي، وتضمن سنة أقسام هي:

الجدول رقم (12): ملخص نموذج دراسة الحالة (عنو ، 2014)

01	البيانات الأولية	الاسم والجنس والحالة الاجتماعية والمدرسة
02	التاريخ التعليمي	الاستجابة للدراسة، المستوى ، الرغبة في الدراسة ...
03	التاريخ المدرسي	معلومات عن الحالة المدرسية الراهنة والتحصيل والعلاقات في المدرسة
04	التاريخ الأسري	اسم الأب والأم ومستواهما التعليمي والإخوة ...
05	التاريخ الشخصي	معلومات عن الحل والولادة والتنشئة ..
06	الصحة النفسية	النوم والأكل والكلام والحالة الصحية الحالية....

البرنامج العلاجي:

أهمية البرنامج:

تكمن أهمية البرنامج في أنه يساعد على التخفيف من الأعراض الخاصة بفوبيا المدرسة، وقد يساعد في علاجها بشكل كامل مع مرور الوقت، حيث أنه يقوم على المعالجة المعرفية للأفكار التلقائية التي تجعل الطفل يكُون مخططات معرفية مشوهة عن المدرسة وعناصرها، كما يقدم البرنامج مجموعة من الخطوات والإجراءات السلوكية التي تخفف من المخاوف والمشاكل الانفعالية المتعلقة بالبيئة المدرسية.

التخطيط العام للبرنامج:

يعتمد البرنامج على مجموعة من الجلسات، حيث تكون كل جلسة وحدة منظمة ذات هدف محدد وتستعمل فيها تقنية محددة أو تقنيتين ضمن مجموع التقنيات المستعملة في إطار العلاج المعرفي السلوكي، ويتم التخطيط للجلسة الواحدة بهدف خاص، ومخطط لسير الجلسة يتضمن مناقشة وتقييم أداء الطفل في الواجب المنزلي، والنشاط الرئيسي الخاص بالجلسة، ثم تعزيز المكتسبات السلوكية والمعرفية في الجلسة عن طريق مكافأة إما معنوية أو محسوسة، ثم تختتم الجلسة بالواجب المنزلي الذي يعمل على أدائه الطفل بين الجلستين ويتم مناقشته في الجلسة اللاحقة، وعدد جلسات البرنامج إحدى عشر (11) جلسة عدا الجلسات التمهيديّة، وقت الجلسة الواحدة بين 30 دقيقة و40 دقيقة، وخصصت الجلسة الأخيرة لتطبيق القياس البعدي ومتابعة الحالة ومدى الحفاظ على المكتسبات ومنع الانتكاسة.

تقويم البرنامج:

يتم تقويم البرنامج من طرف الحالات نفسها عن طريقة دفتر التقييمات بتلوين وجه من ثلاثة وجود مطبوعة على الدفتر (الملحق رقم: 03)، حيث يكون كل وجه من الوجوه الثلاثة معبرا عن الرضا أو عدم الرضا على محتوى الجلسة وسيرها، كما يتم تقويم البرنامج بطريقة مستمرة آخر الجلسات عن طريق ورقة تقويم الجلسة (الملحق رقم: 06)، ثم في آخر البرنامج عن طريقة ورقة التقويم الأخيرة (الملحق رقم: 07)

الفئة المستهدفة في البرنامج: يستهدف البرنامج تلاميذ التعليم الابتدائي الذين يعانون من مشاكل خاصة برفض المدرسة أو فوبيا مدرسية وحتى المشاكل المتعلقة بقلق الانفصال التي تنجم عنه أعراض فوبيا مدرسة، وتمتد المرحلة العمرية للفئة المستهدفة من (08 سنوات إلى 10 سنوات).

أهداف البرنامج:

الهدف العام:

التخفيف من حدة الفوبيا المدرسية وأعراضها عن طريق دفع الطفل للتعامل مع الوسط المدرسي دون مخاوف والمساهمة فيه.

الأهداف الإجرائية:

- بناء الثقة
- التعرف على الأفكار التلقائية تجاه المدرسة
- التنفيس الانفعالي
- التعرض غير المباشر
- تقبل المناخ المدرسي
- المشاركة في الأنشطة المدرسية
- تقييم المناخ المدرسي
- التغلب على المخاوف
- الاندماج والتأثير في الوسط المدرسي
- تعزيز المكتسبات واختتام البرنامج
- المتابعة ومنع الانتكاسة

التقنيات المستعملة في البرنامج:

- **بناء مدرج القلق:** وقد وضع وولب عام 1962 (بيتش، 1992: 95) مدرج لسيدة (س) كانت تعاني من خوف مرضي من مواقف المرور، وقد وضع وولب هذا المدرج مستخدماً طريقة التنظيم التخيلي (أو التصوري)، كما وضع وصفاً دقيقاً لمراحل العلاج، وقد تضمن المدرج ست وثلاثون نقطة، وقد نظم وولب المراحل والمشاهد اللازمة لاجتياز هذه النقاط (المشاهد المثيرة) إلى المريض في الوقت المناسب مع إعطاء فكرة جيدة عن العملية العلاجية.
- **النمذجة:** وقد أوضحت الخبرات الكثيرة أنه يمكن تعديل السلوك عن طريق النمذجة في مواقف متنوعة منها: تغيير الاستجابات للمنبهات في المخاوف المرضية، اكتساب السلوك الاجتماعي والمعرفي، تحديد محكات ذاتية لسلوك الفرد والتحدث في صراحة عن الذات، وقد تكون النماذج أشخاصاً أحياء ولكن يمكن استخدام الأفلام أو أشرطة الفيديو لهذا الغرض. (مليكه، 1990: 105)
- **تأكيد الذات:** "بعد أن ينمي العميل مهارات التأكيد في العيادة، تعطى له تمرينات مسلسلة لممارستها في عالم الواقع وذلك من خلال التشكيل للمواقف وتدرجها من البسيط إلى المعقد" (مليكه، 1990: 113)

- **الملاحظة الذاتية:** "تمثل مهارات الملاحظة الذاتية طريقة لتنمية الوعي، أي معرفة المنبهات أو المعلومات التي قد تؤثر في أفعال الفرد، وهي بيانات يجمعها الشخص عن أفعاله هو". (مليكه، 1990:114)
- **التخطيط البيئي:** ويتضمن تغيير بيئة الفرد وإعادة تنظيمها بحيث تتغير ما تقدمه من مثيرات منبهة تسبق السلوك أو عواقبه مباشرة. (مليكه، 1990)
- **ضبط المثير:** حيث يمكن "تعديل السلوك بضبط توابعه من خلال ضبط المثيرات التمييزية التي تهيئ الفرصة لحدوثه" (الخطيب، 2003: 215)
- **التلقين:** كما أشار بلدوين Balwin (الخطيب، 2003: 215) "كثيرا ما يحتاج الإنسان إلى مساعدة إضافية أو تلميحات من الآخرين ليستطيع تأدية السلوك على النحو المطلوب، وهذه المساعدة قد تكون لفظية، أو جسدية، أو إيمائية"
- **مراجعة الجلسات السابقة:** وتشمل هذه المراجعة حسب جوديت بيك (2007: 378) "مراجعة قراءة ملاحظات قد كتبت في أثناء الجلسة أو بعدها مباشرة أو الاستماع إلى تسجيل صوتي للجلسة وكتابة النقاط الأساسية الواردة فيها أو ملخصا لما قيل في الجلسة، كذلك يمكن تسجيل الأفكار السلبية والاستجابات التكيفية التي تم التعرف عليها خلال الجلسة"
- **العلاج بالقراءة:** يعتبر العلاج بالقراءة من الواجبات النافعة، ومن المفيد أن نجعل الطفل يقرأ ويلاحظ ردود أفعاله تجاه ما يقرأ، وان نسأله بعد القراءة: ما الذي يوافق عليه، وما الذي لم يوافق عليه، وما الذي يريد الاستفسار عنه. (جوديت بيك: 2007)
- **رصد الأفكار التلقائية:** وهو أن يسأل الطفل نفسه "ما الذي يدور في رأسي الآن؟" وذلك كلما لاحظ تغيرا في مشاعره، وهو واجب مهم منذ الجلسة الأولى فصاعدا. (جوديت بيك، 2007)، ويكون رصد هذه الأفكار بغرض إيقافها وجعل المتعالج يقتنع بعدم جواها وتأثيرها السلبي على سلوكه، وعليه يصل المعالج والمتعالج إلى اتفاق للتخلص من هذه الأفكار ومقاومة تأثيرها. (حجار، 1999)
- **التخيل:** إذا كان الوصف اللفظي غير كاف لتوضيح الأفكار التلقائية، فإن على المعالج أن يطلب من المريض أن يتخيل ذلك الموقف كما لو كان يحدث الآن تماما وأن يشجعه لتحديد أكثر تفاصيل ممكنة مستخدما الزمن الحاضر. (كحلة، 2009: 30)
- **الحوار السقراطي:** ويتضمن كما يشير سيد عبد العظيم محمد (في: كحلة، 2009: 33) "مساعدة المريض في التوصل إلى الاستنتاج المنطقي القائم على الأسئلة المطروحة أثناء الجلسات العلاجية والتي تركز على توضيح وتحديد وتعريف المشكلات، تحديد الأفكار الكامنة وراء المشكلات، فحص معاني الأحداث لدى المريض، وتقييم النتائج التي يمكن أن تنتج عن الاحتفاظ بالأفكار والسلوكيات سيئة التكيف".

جلسات البرنامج:

تم تقسيم جلسات البرنامج إلى مجموعتين من الجلسات:

الجلسات التمهيدية:

كان الهدف من إجراء الجلسات التمهيدية هو ملاءمة استمارة دراسة الحالة، والاتصال بولي التلميذ من أجل رخصة القيام بالدراسة وأخذ معلومات عن الحالة ووضعها الصحي والأعراض التي يمكن مشاهدتها في المحيط الأسري والمشاكل داخل الأسرة، ثم الجلسات الخاصة بالمعلمين ومدير المدرسة التي يتمدرس بها الحالة وهذا بهدف جمع المعلومات وبناء الثقة والاستعداد من أجل البدء في الجلسات الأساسية للبرنامج.

الجلسة التمهيدية الأولى: (مع معلم (ة) الحالة)

- مناقشة أهم المظاهر السلوكية والانفعالية التي تم ملاحظتها على الطفل خلال التمدرس.
- مناقشة العلاقة (معلم / تلميذ)

الجلسة التمهيدية الثانية: (مع والدي الحالة أو أحدهما)

- مناقشة تاريخ الحالة (ظروف الحمل والولادة والمشاكل الصحية وعدد مرات زيارة الحالة للطبيب)
- العلاقة بالإخوة والأقرباء والجيران وعدد الأصدقاء.
- مناقشة المظاهر السلوكية والانفعالية في المنزل.
- مناقشة ظروف الحالة الراهنة.

الجلسة التمهيدية الثالثة: (مع مدير المدرسة)

- فتح ملف الحالة ومراجعة ملف التلميذ الصحي.
- احتمالية التعاون في تنفيذ بعض خطوات البرنامج.

الجلسة التمهيدية الرابعة: (مع الحالة)

- ملاءمة استمارة دراسة الحالة.

- تقييم الأعراض وتفسيرها.
- بناء الثقة والتخطيط لبدأ البرنامج العلاجي.

الجلسات الأساسية:

وعدها إحدى عشر (11) جلسة تحوي الإجراءات العلاجية الأساسية التي تعتمد على التقنيات والفنيات المعرفية السلوكية، وتهدف للتخفيف من فوبيا المدرسة، وكل جلسة من الجلسات الأساسية لها هدف وسيناريو يعتمد على مناقشة نشاط الحالة بين الجلسات ثم نشاط علاجي ثم تقييم وتلخيص لما جاء في الجلسة ثم تكليف الحالة بنشاط معين على شكل واجب منزلي (ملحق رقم 04).

أدوات الدراسة الإحصائية:

تم استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية من أجل حساب الفروق بين القياسين قبل تطبيق البرنامج العلاجي المقترح وبعده، وكذا بعض المعاملات الإحصائية الوصفية من أجل الوقوف على طبيعة توزيع البيانات قبل وبعد تطبيق البرنامج، وتمثلت هذه الأدوات الإحصائية في المعاملات التالية:

- **المتوسط الحسابي:** حيث تم الاعتماد على عليه للتعرف على الدرجة العامة للعينة الأساسية في مستوى الفوبيا المدرسية حسب المقياس المتعمد، والمقارنة الأولية بين متوسط الدرجات في القياس القبلي والقياس البعدي.

- **الانحراف المعياري:** وذلك لمعرفة درجة تباين وتشتت درجات العينة بعد تطبيق البرنامج والتي يفترض أو تكون متقاربة قبل تطبيق البرنامج، وهذا المعامل يعطينا فكرة على درجة تجاوب الحالات مع جلسات البرنامج العلاجي والتي قد لا تكون بنفس الدرجة ونفس التأثير وهذا ما يمكن ملاحظته على مستوى الانحراف المعياري للدرجات.

- **معامل T-test:** لحساب الفروق بين متوسطات بيانات مختلفة لنفس المجموعة: حيث تم اعتماد هذا المعامل لمعرفة مدى الدلالة الإحصائية في الفرق في الدرجات بين القياس قبل تطبيق البرنامج وبعده، والوقوف على أثر تطبيق جلسات البرنامج على العينة.

خلاصة:

كانت الدراسة الاستطلاعية شاملة وواسطة وممهدة بشكل كبير للدراسة الأساسية التي أفادت منها انتقاء الحالات المشخصة واكتشاف ميدان الدراسة والتدريب على استعمال أدوات القياس وتحسين استخدامها، أما الدراسة الأساسية فقد كانت موجهة وذات هدف تمت على مراحل مدروسة حسب ما تسمح به بيئة الدراسة والوقت المتاح لها، وقد شملت في الأساس الجلسات التمهيديّة للبرنامج والجلسات الأساسية وجلسات القياس البعدي، كما اتسمت باكتشاف أشمل وأوسع لمظاهر فوبيا المدرسة لدى التلاميذ المصابين بها، ومعاينة ميدانية فريدة للمظاهر الإكلينيكية لهذا الاضطراب بعد الوقوف عليها من الناحية النظرية، وتشريحها بناء على دراسات سابقة، حيث كانت الدراسة الأساسية مقننة بمجموعة من الضوابط المنهجية والأساليب والأدوات التي تسمح بها الاعتبارات البحثية المعتمدة في مثل هذه الدراسات.

الفصل السادس

عرض الحالات

ومناقشة النتائج

تمهيد:

بعد الإطلاع على التراث النظري الخاص بموضوع البحث واستكمال الإجراءات المنهجية الخاصة به، تم مباشرة العمل الميداني من أجل التحقق من فرضيات الدراسة والإجابة على تساؤلاتها الرئيسية، وقد كانت الدراسة الأساسية موزعة على الجلسات التمهيديّة للبرنامج العلاجي والتي كان الهدف منها تحضير الحالات المدروسة لتطبيق البرنامج عليها، وقد شملت هذه الجلسات التمهيديّة معلم الحالة ومدير المدرسة والوالدين وكذا جلسات التعارف وبناء الثقة، ثم الجلسات الأساسية التي كانت مخططة ضمن البرنامج العلاجي وتخضع بشكل مباشر لسيناريو عمل دقيق موجه نحو الأهداف التي كان يتوخاها البرنامج في جملته وفي كل جلسة من جلساته، كما شملت الدراسة الأساسية أيضا تطبيق أدوات القياس قبل تطبيق البرنامج وبعده من أجل الوقوف على الأثر الذي يتركه تطبيق البرنامج وتقييم هذا الأثر في ضوء المعطيات المسجلة في بداية جلسات العلاج، وقد كانت الدراسة الأساسية متنوعة وتحوي عديد الملاحظات التي تم تسجيلها على مراحل وحسب كل حالة على حدة، والتي ساعدت في تكوين تصور متكامل حول اضطراب فوبيا المدرسة، وقد تم من خلال هذا التصور العام الإجابة على تساؤلات وفرضيات الدراسة، وتقديم التوصيات والاقتراحات من أجل التكفل النفسي الجاد بهذه الشريحة من الأطفال والتلاميذ لمساعدتهم في العيش بشكل سوي ومتوافق مع أنفسهم ومجتمعهم ومؤسساتهم التعليمية.

عرض الحالات:

الحالة الأولى: (زينب.ي)

البيانات الأولية:

الاسم: زينب / الجنس: أنثى

الوزن: 22 كلغ / الطول: 120 سم

المستوى الدراسي: السنة الثالثة ابتدائي

تاريخ الازدياد: 2008/12/23 / العمر : 8سنوات و 9 أشهر

عنوان المدرسة: الشهيد بو عناني الحسين 01 - سبدو

الترتيب الميلادي بين الإخوة : الرابعة

أخ رضيع ، الحالة ، بنت في المدرسة، أخ عامل في العسكرية، بنت مأكثة في البيت

التحصيل الدراسي:حسن (معدل 7 على 10)

تاريخ الحالة:

السوابق الشخصية:

ظروف الحمل والولادة: عادية / حوادث الأم أثناء الولادة: ولادة طبيعية

الحالة الصحية للأم أثناء الحمل: لا حوادث تذكر

الرضاعة والقطام: رضاعة طبيعية، قطام (عادي.. عدم وجود معلومات حول المدة بدقة)

السوابق العائلية:

الأب: م / على قيد الحياة/ العمر : 48 سنة / المستوى التعليمي: ابتدائي/ المهنة : سائق طاكسي

الأم : ف / على قيد الحياة / العمر: 42/ المستوى التعليمي: ابتدائي/ المهنة: مأكثة في البيت

نوع السكن : عمارة (4 غرف)

المستوى الاقتصادي للأسرة : متوسط

الوضع النفسي للأسرة : غير مستقر

حالة شجار مستمرة بين الأب والأم وصل لحد تهديد الأب للأم بالقتل أمام الحالة، وتدخل الجيران لفض الشجار.

تروي الحالة اتهامات كثيرة من طرف الأم للأب بالإهمال وعلاقاته مع بنات الجيران.

السوابق الأسرية مع اضطراب الخوف المدرسي:

الأخ الأكبر كان لديه هروب متكرر من المدرسة تلاه انقطاع عن الدراسة في السنة الرابعة متوسط.

الحالة الراهنة:

العلاقات الأسرية:

العلاقة مع الإخوة: تعتقد الحالة أن الأم تحب الأخ أكثر الصغير أكثر منها، رغم أنها هي من تحبه أكثر (ماما تبغي خويا الصغير أكثر مني بصح أنا نبغيه أكثر منها)، وترى الحالة أن أباها الصغير يعرف مدى حبها له ويبتسم دائما لها (هو على باله بلي نبغيه وكي يشوفني يفرح ويبقى يتبتسم)، وتنفي الحالة غيرتها من أخيها (كيش نغير منه، هو راه عاد صغير ما يفهم والو).

العلاقة مع الأب: تدعي الحالة أنها تحب أباهما لأنه يشقى ويكدح من أجل أن يجلب القوت للعائلة (مسكين يضل يخدم باش يصرف علينا)، غير أن الحالة تخاف من أبيها حين الغضب (كي يبقى يزحف حتى واحد ما يقربه، نخاف منه)، وهو يهددها بالتوقيف عن الدراسة في وقت مبكر (يقولي نحبسك على القرابية، باه تقعدني في الدار).

العلاقة مع الأم: الحالة متعلقة بأمها أكثر من أبيها وتحاول أن تكون معها أينما كانت (نبغي نروح مع ماما وين تروح)، كما أنها تفكر أثناء الدراسة عن احتمال خروج الأم من المنزل:

- "بقى نخمم كي نكون في القرابية نقول ماما راهنا تحوس مع أختي وكي نولي ما نلقاهمش
- ولو كان تروحي للدار وما تلقايهمش واش يصرا؟

- نبقى نبكي ونطلب من بابا يروح يديني عندهم.
- عندهم وين؟
- في دار جدي ولا دار خالتي".

الحياة المدرسية :

محاولة عدم الذهاب إلى المدرسة، مخاوف من حدوث شجار بين الوالدين خلال وجود الحالة في المدرسة، شرود متكرر داخل الحصة، التعلل بوجود آلام على مستوى البطن والرأس في بداية الدوام الصباحي.

العلاقة مع الأصدقاء:

وجود صديقتين، الأولى بنت الخالة، والثانية تسكن في الجوار

العلاقة مع المعلمة (ح):

تشكو الحالة من خوف من المعلمة لأنها قاسية وتضربها بشكل متكرر، رغم أن المعلمة تنفي حالة الضرب المتكرر كون الحالة جيدة في الإجابات على الكراس ولا تحدث فوضى أو تشويش إلا في النادر، كما أنها حسب المعلمة (ح) فهي خجولة ولا تشارك في الأنشطة التعليمية التي تحوي على صعود إلى السبورة.

العلاقات الاجتماعية:

العلاقة بالجيران والأصدقاء: توجد صديقة واحدة تسكن في الجوار فقط، وباقي الأصدقاء تربطهم بالحالة علاقة قرابة (بنات الخالات)

العلاقة بالأقارب: علاقات جيدة مع بنات الخالات وبعض الأقارب الآخرين، وجود بعض المشاكل العائلية مع بعض الأقارب لا تتخالط معهم الحالة بسبب نصائح الأم.

الصحة العضوية:

بعد الاطلاع على ملف التلميذ المدرسي وكذا في المقابلة مع والد التلميذة، لاحظنا عدم تسجيل أمراض مزمنة أو أمراض حادة تطلبت البقاء في المستشفى، كما اشتكى والد الحالة من وجود نقص في

الوزن كون شهية الحالة سيئة، وقد ذكر ذلك للطبيب الذي زارته الحالة آخر مرة قبل 3 أسابيع حول السعال وقد سجل لها بعض الأدوية متمثلة في: بيسولفون مشروب - Bisolvon / Sp

الأعراض وتفسيرها:

تنطبق على الحالة الأعراض الخاصة بفوبيا المدرسة المصحوبة بأعراض عضوية (ألم الرأس وآلام في البطن)، التي كانت تظهر بشكل متكرر في بداية الدوام الصباحي خاصة ليوم الأحد بدون سبب عضوي واضح (وصفة آخر زيارة للطبيب)، كما كانت الأعراض الخاصة بفوبيا المدرسة مرفوعة بمشاكل خاصة بالتعلق وقلق الانفصال فالحالة لها تعلق زائد بالأم قد زاد من حدته ولادة أخيها الأصغر الذي جعلها تخشى خسارة أمها نتيجة استحواذ أخيها الأصغر للمكانة التي كانت تحوزها، ومما زاد من حدة ظهور الأعراض في الأونة الأخيرة والتي سجلتها المعلمة (ح) داخل القسم (شروود، تشتت الانتباه، خوف شديد، قلق، قضم الأظافر..). هو كثرة الشجار داخل البيت الذي وصل بحادثة الاعتداء والتهديد بالقتل التي شهدتها الحالة وأثرت فيها كثيرا.

ملخص سير جلسات البرنامج:

الجدول رقم (13): ملخص سير الجلسات العلاجية للحالة رقم 01

الجلسات	الهدف	محتوى الجلسة	الواجب المنزلي	ملاحظات عامة
الجلسة التمهيدية 2016/12/12 10:00-10:30 سا	جمع معلومات حول الحالة	/	/	تحمس في الإجابة عن الأسئلة
الجلسة الأولى 2017/01/08 10:00-10:35 سا	بناء الثقة	تجاوب واستعداد لبدء البرنامج	منح دفتر التقييمات	التساؤل في إشراك العائلة (الأم) في ملأ دفتر التقييمات
الجلسة الثانية 2017/01/15 10:00-10:40 سا	التعرف على الأفكار التلقائية تجاه المدرسة	حدوث مكروه للأم أو ذهابها إلى مكان آخر حين البقاء في المدرسة	الكتابة على دفتر التقييمات لكن ليس بالصورة المطلوبة	تدني الرغبة في التجاوب مع محتوى الجلسة
الجلسة الثالثة 2017/01/24 10:00-10:40 سا	التنفيس الانفعالي	التفكير في الأم باستمرار	تحسن في الأفكار الواردة المدرسة والسيطرة عليها	تجاوب وتفاعل مع الجلسة
الجلسة الرابعة 2017/01/29 10:00-10:40 سا	التعرض غير المباشر	ظهور الخوف والاشمئزاز أثناء تخيل الموقف	إدراك أن الكنغر يمثل الخوف	ملاحظة شعور الحالة بالراحة والطمأنينة بعد تجربة التعرض
الجلسة الخامسة 2017/02/05 10:00-10:40 سا	تقبل المناخ المدرسي	إلقاء التحية على المعلم والتلاميذ	إعطاء الورود للبوابة والمدير والمعلمة	بعض الخجل والتردد في تنفيذ محتوى الجلسة
الجلسة السادسة 2017/02/08 14:30-15:10 سا	المشاركة في الأنشطة المدرسية	التجاوب مع تجربة الصعود إلى السبورة	مشاركة التلميذ أثناء مشاركة درس محتشمة	تعاون المعلمة شجع التلميذة على أداء الواجب والتحسين
الجلسة السابعة 2017/02/19 10:00-10:40 سا	تقييم المدرسي	ضعف المبادرة في مناقشة محتوى الجلسة	تردد في مناقشة المدير حول المقترحات	بعض المخاوف من المدير
الجلسة الثامنة 2017/02/21 10:00-10:40 سا	التغلب على المخاوف	التجاوب مع جلسة الاسترخاء	لم تنجح الحالة في أداء الواجب المنزلي	ملاحظة بقاء مخاوف مرتبطة بالفشل الدراسي
الجلسة التاسعة 2017/02/22 10:00-10:40 سا	الاندماج والتأثير في الوسط المدرسي	الاستعداد لرفع العلم نهاية الدوام المسائي	اختيار نادي الشجرة واختيار صديقة واحدة فقط	تحسن ملحوظ في التفاعل مع الجلسات وأداء الواجبات
الجلسة العاشرة 2017/02/23 08:45-09:25 سا	تعزيز المكتسبات واختتام البرنامج	استعداد لاختتام البرنامج مع وعود بالمتابعة واللقاء في حصة قادمة الإجابة على فقرات مقياس فوبيا المدرسة	تم رفع العلم بمساعدة مدير المدرسة وتلميذ آخر	طلب الحالة مساعدتها في نشاطات النادي في المستقبل
جلسة التقييم والمتابعة 2017/03/05 10:00-10:40 سا	متابعة مدى الحفاظ على المكتسبات واحتمال الانتكاسة	الإجابة على فقرات المقياس الخاصة بالأفكار الخاطئة وترك انطباع حسن لدى الحالة	/	تحسن ملحوظ بشهادة معلمة الحالة

تقييم الحالة:

تعاني الحالة من فوبيا مدرسية من النوع المزمن وذلك لأن ظهور الأعراض كان ممتدا لسنوات ماضية، كما أن سبب ظهور فوبيا المدرسة لدى الحالة هو وجود قلق شديد مرتبط بالانفصال عن الأم، يفسره تكرر تفكير الحالة في الأم حين وجودها داخل المدرسة مع قلق مرتبط بإصابة أو أذى سوف يقع

للأشخاص المتعلق بهم الطفل أو خوفه من أنهم سوف يتركونه أو يخرجون من البيت دون علمه، وقد تأزم هذا الأمر نتيجة وجود مشاكل داخل البيت بين الأب والأم حيث شهدت الحالة تهديد من الأب للأم نتيجة تكرار المشاكل بينهما، وتذكر الحالة أن الأب دائم الانشغال وبعيد بشكل كبير عن البيت، والأم كثيرة الشكاوى من تصرفات الأب، حيث تذكر الحالة أن الأم تتهمه بأنه يقيم علاقات خارج البيت (قالتله ماما بلي راك تحوس على بنت جارنا) وهذا ما يحيلنا مباشرة إلى نظرية هيرسوف Hersov سنة 1960 (تم التطرق للنظرية في الفصل الثاني) حيث تكون فوبيا المدرسة متعلقة بشكل كبير بالجو العائلي والمشاكل الاجتماعية التي يعيشها الطفل خاصة بين الأب والأم، والحالة تحيلنا إلى النوع الثاني حيث تكون الأم قاسية ومتطلبة وتدير أطفالها دون مساعدة من زوجها السلبي، والطفل يكون في معظم الأحيان خجول وخائف بعيدا عن المنزل ومطيع ويأبى داخل المنزل، لكنه قد يصبح عنيدا ومتمردا في سن البلوغ.

كما تشير الأعراض بشكل جلي إلى فوبيا المدرسة حيث تمثلت الأعراض الرئيسية الملاحظة في:

- الرفض المستمر للذهاب إلى المدرسة والبقاء في البيت.
- الغياب من المدرسة دون سبب وجيه والبقاء في المنزل مع معرفة الوالدين بذلك.
- تعاني الحالة من الشكاوى الجسمية المتنوعة في الساعات الأولى قبل ذهابه إلى المدرسة مثل: الصداع، آلام المعدة أو الغثيان أو القيء... إلخ
- انزعاج مفرط متكرر عند توقع أو حدوث الانفصال عن البيت أو الأشخاص الذين يتعلق بهم بشدة.
- خوف مستمر ومفرط يتعلق بفقدان، أو بحدوث مشاكل أو حدث محتمل للأم

أما فيما يخص تجاوب الحالة مع جلسات البرنامج فقد كانت الحالة متحمسة منذ البداية لجلسات البرنامج، وقد أبدت تجاوبا جيدا مع أنشطة كل جلسة وقد أدت الواجبات المنزلية بشكل مقبول، وقد ساعدها في أداء الواجبات قدراتها المعرفية الجيدة وقد تحسن مستواها المدرسي من 7 في الفصل الأول إلى معدل قريب من 8 في الفصل الثاني، وقد كان انطباع المعلمة جيدا بعد أداء التلميذة لبعض الواجبات المنزلية في الجلسات الأخيرة التي تشترك فيها معلمة الحالة.

الحالة الثانية: (أحلام ب)

البيانات الأولية:

الاسم : أحلام / الجنس : أنثى

الوزن: 21 كلغ / الطول: 120 سم

المستوى الدراسي: السنة الخامسة ابتدائي

تاريخ الازدياد: 2006/11/17 / العمر : 10 سنوات و8 أشهر

عنوان المدرسة: الشهيد دحو بومدين - سبدو

الترتيب الميلادي بين الإخوة: الثالثة

الحالة هي الأصغر، أخ عامل في مقهى للانترنت، الأخت طالبة جامعية

التحصيل الدراسي: فوق المتوسط (معدل 6 على 10)

تاريخ الحالة:

السوابق الشخصية:

ظروف الحمل والولادة: عادية / حوادث الأم أثناء الولادة: ولادة قيصرية

الحالة الصحية للأم أثناء الحمل: حوادث بين الشهر السابع والثامن (استوجبت الدخول إلى

المستشفى)

الرضاعة والفظام: رضاعة طبيعية، فطام (أكثر من سنتين)

السوابق العائلية:

الأب: ق / على قيد الحياة/ العمر : 50 سنة / المستوى التعليمي: ابتدائي (نظام قديم ثنائي

اللغة)/المهنة : أجير في مخبزة

الأم: خ / على قيد الحياة / العمر: 43 /المستوى التعليمي: ابتدائي / المهنة: مأكثة في البيت

نوع السكن: عمارة (الانتقال من عمارة مؤجرة 3 غرف إلى شقة في عمارة ب أربعة غرف)

المستوى الاقتصادي للأسرة: دون المتوسط

الوضع النفسي للأسرة: مستقر

السوابق الأسرية مع اضطراب الخوف المدرسي:

انقطاع الأخ عن المدرسة في السنة الأولى متوسط، بعد أن فصل في السنة الرابعة متوسط وتمت إعادته إعادة استثنائية.

الحالة الراهنة

العلاقات الأسرية:

العلاقة مع الإخوة: تعاني الحالة من قسوة أخيها الأكبر (خويا الكبير يزحف عليا ويضربني) وما عدا هذا فهي في توائم وانسجام مع أختها والجو الأسري ولا تعاني الخجل أو الانطواء في الأسرة أو مع الجيران والأقارب.

العلاقة مع الأب: علاقة جيدة، تشكو الحالة أن الأب في الوقت الحالي عاطل عن العمل ولكنها تعرف أنه يبحث عن عمل (كان يخدم في مخبزة بصح دروك حبس وراه يحوس على خدمة)

العلاقة مع الأم: تفضل الحالة أمها عن أبيها في درجة حبها لهما (نحب بابا بصح ماما نحبها أكثر من بابا على خاطر تقعد معايا بزاف وتديني للمدرسة والطبيب).

الحياة المدرسية :

تعاني الحالة من تغييبات متكررة نتيجة مشاكل عضوية، كما تعاني الحالة خوفا شديدا من المعلمة (المعلمة واعرة نخاف منها) ، وأيضا المدير (نخاف يضربني المدير ولا يزحف عليا)، وعي تعاني من أعراض آلام الرأس والغثيان دائما قبل الحضور إلى المؤسسة (كي نكون جاية للمدرسة قلبي يطلع ونقول لماما تردني للدار)، كما أن الحالة خجولة ولا تشارك في الأنشطة التي فيها صعود للسيورة:

- " نخاف نطلع للسيورة

- علاه تخافي؟

- نخاف نغلط وتضربني المعلمة "

العلاقة مع الأصدقاء: وجود 3 أصدقاء، اثنان منهن يسكن في نفس العمارة التي كانت تسكن بها الحالة.

العلاقة مع المعلمة (خ): تخاف الحالة بشكل مفرط من المعلمة حتى أنها لم تستطع أن تصارحها بالخوف وتجلس في القسم بجانب الحائط في الطاولة ما قبل الأخيرة من الصف الذي يكون بجانب باب القسم، ورغم أن الحالة لا تشكو من حالة ضرب متكرر من طرف المعلمة إلا أنها تخاف من صراخها وتخشى أن تضربها أو تعنفها في القسم، وتنفي المعلمة معرفتها المسبقة بخوف الحالة منها (ر/ني متفاجأة على خاطر (أ) عاقلة ونبغيها).

العلاقات الاجتماعية:

علاقات جيدة مع الجيران والأقارب ومتشعبة، لا توجد ملاحظات انطواء أو عدوانية.

الصحة العضوية:

الحالة كثيرة التردد على الطبيب رغم عدم وجود ذكر لأمراض مزمنة محددة في ملف التلميذة الصحي، إلا أنها حسب والدتها تعاني من نقص شديد في الشهية ونقص في الوزن والقيء المستمر، كما تذكر المعلمة أنها لا تأكل في مطعم المدرسة فهي تكتفي بأخذ الفاكهة أو الزبادي فقط وتخرج، وقد كانت آخر زيارة للطبيب قبل أسبوعين وذلك بسبب الشعور بالدوار وعدم القدرة على المشي حين الذهاب إلى المدرسة: (كنت ماشا أنا وماما في الصباح للقرايا، أيا لارض دارت بيا، وما قديتش نتمشا، أيا ماما داتني للسيطار)

وقد كان التشخيص غير واضح مقتصر على أدوية خاصة بالمعدة وحسب الأم فالطبيب أرجع الأمر إلى المعدة العصبية (Insuffisance Vagale) ، كما وصف لها بعض الأدوية: Sulpuride /Sp وNobac/ Sirop ودواء الشهية: Appétit Sirop.

الأعراض وتفسيرها:

تتطابق الأعراض خاصة العضوية منها التي تسبق الدراسة بشكل متكرر مع أعراض الفوبيا المدرسية، فالحالة تعاني من آلام متعددة خاصة على مستوى البطن والعتيان الذي يصل بالحالة إلى التقيؤ والدوار وعدم القدرة على المشي حين الذهاب إلى المدرسة، وتذكر والدة الحالة أن الأعراض قد خفت في عطلة الشتاء، كما أن الحالة تعاني من هبوط حاد في الشهية والوزن بسبب اضطرابات عصبية حسب تشخيص الطبيب، وتفسير الأعراض أنها متعلقة بخوف شديد من المعلمة نظرا لحادث غير معروف لم تفصح عنه الحالة، وقد تم تعميم الخوف ليشمل المدير والبيئة المدرسية، وقد جاءت

الاضطرابات العصبية كردة فعل عضوية مصاحبة لحالة الفوبيا والقلق المستمر من التواجد في المدرسة.

ملخص سير جلسات البرنامج:

الجدول رقم (14): ملخص سير الجلسات العلاجية للحالة رقم 02

الجلسات	الهدف	محتوى الجلسة	الواجب المنزلي	ملاحظات عامة
الجلسة التمهيدية 2016/12/12 13:00 سا - 14:30 سا	جمع معلومات حول الحالة	/		تردد وتخوف في الإجابة عن الأسئلة
الجلسة الأولى 2017/01/08 13:00 سا - 14:40 سا	بناء الثقة	تجاوب واستعداد لبدء البرنامج	منح دفتر التقييمات	تجاوب جيد وتفاعل مع محتوى الجلسة
الجلسة الثانية 2017/01/15 13:00 سا - 14:40 سا	التعرف على الأفكار التلقائية تجاه المدرسة	تلقي العقاب أو الإهانة من طرف المعلمة أو المدير	بدء الكتابة بشكل جيد وبالتفصيل على دفتر التقييمات	تجاوب جيد مع الجلسة
الجلسة الثالثة 2017/01/24 13:00 سا - 14:40 سا	التنفيس الانفعالي	التفكير في القسم والمعلمة	ابتكاره وإبداع في الأجوبة	التجربة تركت أثرا جيدا
الجلسة الرابعة 2017/01/29 13:00 سا - 14:40 سا	التعرض غير المباشر	وضع العقاب البدني أعلى سلم المخاوف	فهم محتوى القصة في الفيديو	وجود تحمس لمواصلة الجلسات
الجلسة الخامسة 2017/02/05 13:00 سا - 14:40 سا	تقليل المناخ المدرسي	خوف من المعلمة وارتباك	إعطاء الورود للبواب والمدير والمعلمة	تنفيذ محتوى الجلسة وتردد في الاتصال بشكل مباشر بالمعلمة
الجلسة السادسة 2017/02/08 10:30 سا - 11:10 سا	المشاركة في الأنشطة المدرسية	التجاوب مع تجربة الصعود إلى السبورة	مشاركة التلميذ أثناء الدرس مشاركة جيدة	إعادة بناء العلاقة بين المعلمة والحالة
الجلسة السابعة 2017/02/19 13:00 سا - 14:30 سا	تقييم المناخ المدرسي	مناقشة محتوى الجلسة والإسهاب في وصف الجلسة السابقة	مناقشة المدير حول المقترحات بشكل جري	وعي الحالة ببعض المشاكل الموجودة في المؤسسة
الجلسة الثامنة 2017/02/22 13:00 سا - 14:30 سا	التغلب على المخاوف	التجاوب مع جلسة الاسترخاء	نجاح الحالة في اكتساب صداقات جديدة ومحاولة مساعدة أحدهم	تلاشي معظم المخاوف التي كانت مرتبطة بشكل أساسي بالمعلمة
الجلسة التاسعة 2017/02/23 14:30 سا - 15:10 سا	الاندماج والتأثير في الوسط المدرسي	الاستعداد لرفع العلم نهاية الدوام المسائي	اختيار نادي الصناعات التقليدية والمعارض	تجاوب جيد في التفاعل مع الجلسات وأداء الواجبات
الجلسة العاشرة 2017/02/24 14:30 سا - 15:10 سا	تعزيز المكتسبات واختتام البرنامج	استعداد لاختتام البرنامج مع وعود بالمتابعة واللقاء في حصة قادمة	تم رفع العلم بمساعدة مدير المدرسة وتلميذ آخر	عرض بعض الأنشطة اليدوية الخاصة بالنادي والتي صنعتها الحالة بتوجيه من المعلمة
جلسة التقييم والمتابعة 2017/03/05 14:30 سا - 15:10 سا	متابعة مدى الحفاظ على المكتسبات واحتمال الانتكاسة	الإجابة على فقرات المقياس الخاصة بالأفكار الخاطئة وترك انطباع حسن لدى الحالة	/	تحسن ملحوظ

تقييم الحالة:

تعاني الحالة من فوبيا مدرسة مزمن وذلك لوجود أعراض الفوبيا المدرسية لفترة ممتدة وبشكل متخف وليس ظاهراً، وقد تطور الاضطراب بالنسبة للحالة نتيجة خوف شديد من المعلمة تم تعميمه على المدرسة وكل مكوناتها بما فيها المديرية وغيرها، ويرجح أن الحالة قد عانت من خبرة صادمة في السابق من طرف المعلمة قد تكون ضرب أو توبيخ مبالغ فيه، ورغم عدم تصريحها بهذه ونفي المعلمة ضرب الحالة أو توبيخها، فيمكن أن تكون هذه الحادثة في السنوات السابقة، وقد زاد من حدة الخوف المعاملة التي تعامل بها الحالة تداخل البين كونها تعاني من مشاكل صحية خاصة بفقدان الوزن والشهية والتي تمتد إلى مرحلة الولادة التي كانت فيها صحة الأم والطفل ليست على ما يرام، وهذا ما يشير إلى وجود حساسية تجاه أي معاملة خشنة في الوسط المدرسي والتي يتم تعميمها على كل البيئة المدرسية، وقد زادت حدة المشاكل الصحية وارتبطت بشكل ظاهر مع المدرسة مشيرة إلى أعراض جسدية وشكاوى دون سبب طبي واضح سوى تشخيص اضطراب المعدة العصبي والذي يكون في العادة مرتبط بشكل وثيق بالاضطرابات النفسية، كما تشير أعراض فقدان الشهية والتقيؤ وتشخيص الطبيب والأدوية التي وصفها إلى اضطراب فقدان الشهية العصبي الذي يعرف على أنه اضطراب نفسي فسيولوجي يتصف بالتجوع الذاتي أو الإحجام عن تناول الطعام ومقاومته بكل الطرق، والفقدان الشديد في الوزن لدرجة الهزال، وعلى الرغم من أن الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي يشعرون بالجوع الشديد إلا أنهم يرفضون تناول الطعام، وبسبب التجوع الذاتي يتعرضون للعديد من الأضرار الجسمانية (الدسوقي، 2006).

فالامتناع عن الأكل والإقياء قد يشير إلى الرغبة في الإبقاء على حالة المرض وحالة الهزال الذي يستوجب الذهاب إلى الطبيب وبالمقابل الغياب عن المدرسة والبقاء في البيت، مع ما في حالة الامتناع عن الأكل والامتناع عن الذهاب إلى المدرسة من صلة على مستوى الهوامات النفسية للحالة، وهذا ما له علاقة مباشرة بالأعراض الجسمية لفوبيا المدرسة.

أما فيما يخص تجاوب الحالة مع جلسات البرنامج فقد كانت جيدة ابتداء من الجلسة الأولى وقد تحمست الحالة للجلسات وأدت بشكل جيد مع الواجبات المنزلية، وقد ساعدها في ذلك مستواها التعليمي الجيد وقدراتها المعرفية، كما ان الحالة أبدت تحسناً كبيراً بعد انتهاء البرنامج خاصة بعد أن ربطت علاقات جيدة مع المعلمة واصبحت تشارك بشكل دوري في النشاطات المدرسية، وقد تحسن أداءها المدرسي (تحسن المعدل العام من 7 في الفصل الأول إلى 8 في الفصل الثاني)

الحالة الثالثة: (أيوب. ب)

البيانات الأولية:

الاسم : أيوب / الجنس : ذكر

الوزن: 36 كلغ / الطول: 123 سم

المستوى الدراسي: السنة الثالثة ابتدائي

تاريخ الازدياد: 2008/05/06 / العمر : 08 سنوات و10 أشهر

عنوان المدرسة: الشهيد العربي التبسي

الترتيب الميلادي بين الإخوة: الرابعة

أخ 3 سنوات، الحالة، أخ 13 سنة يدرس مستوى ثالثة متوسط، أخ 16 سنة مستوى ثانية ثانوي،
أخ 18 يعيد في السنة الثالثة ثانوي.

التحصيل الدراسي: فوق المتوسط (معدل 6 على 10)

2-3-2 تاريخ الحالة:

السوابق الشخصية:

ظروف الحمل والولادة: عادية / حوادث الأم أثناء الولادة: طبيعية

الحالة الصحية للأم أثناء الحمل: عادية

الرضاعة والفطام: رضاعة طبيعية، فطام (سنتين)

السوابق العائلية:

الأب: ل/ على قيد الحياة / العمر : 46 سنة / المستوى التعليمي: أمي / المهنة: مساعد بناء

الأم : د / على قيد الحياة / العمر: 40 سنة / المستوى التعليمي: أمية / المهنة: ماکثة في البيت

نوع السكن : بيت (3 غرف)

المستوى الاقتصادي للأسرة: المتوسط

الوضع النفسي للأسرة : مستقر

السوابق الأسرية مع اضطراب الخوف المدرسي: لا توجد

الحالة الراهنة:

العلاقات الأسرية:

العلاقة مع الإخوة: جيدة

العلاقة مع الأب: علاقة جيدة، يفضل الحالة الأب عن الأم (ماما تبغي خويا الصغير وأنا بيغيني بابا، ويديني نحوس معاه)

العلاقة مع الأم : جيدة

الحياة المدرسية :

يتفادى الحالة الذهاب للمدرسة قدر الإمكان ورغم أن غياباته قليلة إلا أن أب الحالة وضح أنه يضغط عليه دائما من أجل النهوض في الصباح، كما يوجد لدى الحالة خوف من الصعود إلى السبورة، وخوف من الدخول في الشجار مع الزملاء، (نخاف ندبزر ...) خوف من الضرب من طرف بقية التلاميذ،(نخاف يضربني واحد ...)، كما أنه يتفادي الكلام داخل القسم أو مع المعلمة أو الطاقم التربوي بسبب وجود تأتأة خفيفة لدى الحالة.

العلاقة مع الأصدقاء: صديق واحد لا تربطه قرابة بالحالة ويسكن في مكان قريب نوعا ما عن مكان سكن الحالة.

العلاقة مع المعلمة (خ): علاقة الحالة بالمعلمة عادية (تبغي المعلمة عادي) ولكنه يتفادى الكلام داخل القسم مع المعلمة لأن التلاميذ يضحكون من تأتأته (بيقاو يضحكو من هدرتي)، كما أن مشاكله مع التأتأة تزداد حين حصة القراءة والتعبير (في حصة القراءة ولا التعبير نبقا ما نقدش نقرا وتبقا تجيني بزاف).

العلاقات الاجتماعية:

العلاقة بالجيران والأصدقاء: علاقات محدودة وتفاعل محدود مع البيئة الاجتماعية في مكان السكن.

العلاقة بالأقارب : محدودة

الصحة العضوية:

زار الحالة الطبيب بشكل متكرر قبل وفي بداية تعليمه الابتدائي حول التأتأة ومشاكل عضوية أخرى عابرة ولكن الطبيب أخبر الأم أن مشكل التأتأة ليس حادا وسوف تزول مع الزمن (قالي بالشوية بالشوية تبقا تروح ..)، كما أنه زار الطبيب قبل شهر تقريبا حول مشكل الزكام والسعال وقد شخصها الطبيب بأنها مشاكل الحساسية، كما لم يذكر في ملف التلميذ أمراض معينة بما فيها مشاكل التأتأة.

الأعراض وتفسيرها:

يعاني الحالة من خوف اجتماعي - الخوف من الصداقات والخوف من الشجار والخوف من الكلام مع الآخرين- وأيضا من الخجل وهذا راجع لشعوره بعدم قبوله لدى الآخرين بسبب ضعف أدائه اللغوي ومشاكل التأتأة، وقد أثر هذا الخوف على تدرسه مما طور لديه حساسية من مشاكل متعلقة بالمدرسة التي تطورت لتعطي بعض أعراض فوبيا المدرسة (محاولة البقاء في المنزل وعدم الذهاب إلى المدرسة).

ملخص سير الجلسات:

الجدول رقم (15): ملخص سير الجلسات العلاجية للحالة رقم 03

الجلسات	الهدف	محتوى الجلسة	الواجب المنزلي	ملاحظات عامة
الجلسة التمهيدية 2016/12/13 10:00 سا - 10:30 سا	جمع معلومات حول الحالة	/	/	تردد وتخوف في الإجابة عن الأسئلة
الجلسة الأولى 2017/01/09 10:00 سا - 10:35 سا	بناء الثقة	تجاوب واستعداد لبدء البرنامج	منح دفتر التقييمات	تجاوب متدني ومحاولة عدم الخوض في محادثة مطولة
الجلسة الثانية 2017/01/16 10:00 سا - 10:40 سا	التعرف على الأفكار التلقائية تجاه المدرسة	الإجابة أمام التلاميذ تلقي الضرب من طرف الزملاء	تسجيل الأنشطة وانطباع سبب عن الجلسات	تجاوب متوسط مع الجلسة
الجلسة الثالثة 2017/01/25 10:00 سا - 10:40 سا	التفيس الانفعالي	حالة من الخوف والتردد قبل الدخول في الاسترخاء	جمل فقيرة ومقتضية عن الانطباع عن المدرسة	لم تترك التجربة أثرا واضحا على الحالة
الجلسة الرابعة 2017/01/30 10:00 سا - 10:40 سا	التعرض المباشر غير	وضع الدخول في شجار أعلى القائمة ثم التعرض للإهانة والاستهزاء	لم يصل الحالة إلى إدراك جيد لمحتوى القصة في الفيديو	وجود بعض المؤشرات الجيدة بعد تلقي الحالة للمكافآت للجلسات المقبلة
الجلسة الخامسة 2017/02/06 10:00 سا - 10:40 سا	تقبل المدرسي	تفادي الدخول إلى القسم والظهور أمام التلاميذ والاكتماء بإلقاء التحية على المعلمة	إعطاء الورود للبواب والمدير والمعلمة	وجود مشاكل لدى الحالة في الظهور أمام باقي التلاميذ
الجلسة السادسة 2017/02/09 14:30 سا - 15:10 سا	المشاركة في الأنشطة المدرسية	الصعود إلى السبورة ووجود تآتأة شديدة في التعليق على الإجابة	مشاركة محتشمة	مساعدة المعلمة للتلميذ وتنبية باقي زملائه على مساعدته
الجلسة السابعة 2017/02/19 10:00 سا - 10:40 سا	تقييم المدرسي	تفادي الحديث عن التجربة التي خاضها التلميذ	مناقشة المدير حول المقترحات بشكل مقتضب	تركيز التلميذ على مشكلة التآتأة أكثر من تركيزه على جوانب البرنامج
الجلسة الثامنة 2017/02/20 10:00 سا - 10:40 سا	التغلب على المخاوف	التجاوب مع جلسة الاسترخاء	عدم نجاح الحالة في اكتساب صداقات جديدة	تلاشي المخاوف المرتبطة بالمعلمة والمدير وبقاء المخاوف الأخرى
الجلسة التاسعة 2017/02/21 08:45 سا - 09:25 سا	الاندماج والتأثير في الوسط المدرسي	الاستعداد لرفع العلم نهاية الدوام المسائي	لم يختر أي نادي فتم عرض نادي الرسم (ملاحظة أن الحالة لديه بعض الميول للرسم)	تجاوب جيد في التفاعل مع الجلسات وأداء الواجبات
الجلسة العاشرة 2017/02/23 10:10 سا - 10:50 سا	تعزيز المكتسبات واختتام البرنامج	استعداد لاختتام البرنامج مع وعود بالمتابعة واللقاء في حصة قادمة	تم رفع العلم بمساعدة المعلمة والمدير وتم اختيار الصديق المقرب للحالة لمشاركته في ذلك	تم استدعاء والد الحالة من أجل إعادة توجيهه إلى مختص أرطفوني
جلسة التقييم والمتابعة 2017/03/06 10:00 سا - 10:40 سا	متابعة مدى الحفاظ على المكتسبات واحتمال الانتكاسة	الإجابة على فقرات المقياس الخاصة بالأفكار الخاطئة وترك انطباع حسن لدى الحالة	/	تحسن طفيف

تقييم الحالة:

الحالة تعاني من مشاكل وظيفية في النطق متمثلة في التأثرة مما شكل مخاوف من عدم تقبل الآخرين له وسخريتهم منه وهذا ما تطور إلى حالة من الخجل، ومخاوف اجتماعية قد تكون مرتبطة بقلق عام تجاه المواقف المدرسية باعتبارها أوساطا اجتماعية، وحالة الخوف الاجتماعي في الوسط التربوي متشابك ومرتببط بشكل كبير مع الفوبيا المدرسة، ويتشارك فيها في كثير من الأعراض، ولهذا قد يكون أيوب مصاب بحالة فوبيا المدرسة ومخاوف من السخرية والتهميش والازدراء والتي عبر عنها بمخاوف من ضحك زملاء أو التعرض لشجار مع أحد التلاميذ (خاف لا ند/بز...)، وبالرغم من أن الحالة لم يسجل شكاوى جسدية أو عضوية للبقاء في البيت، كما أن تبريراته في البقاء في البيت عادة ما كانت عادية وموجودة لدى جل التلاميذ، غير أن الخوف الاجتماعي والانعزالية والخجل كان المسبب الأكبر والعامل المشترك في كل المشاكل التي كان يعانها أيوب مع مدرسته.

وقد كان تجاوب الحالة مع جلسات البرنامج في البداية سيئا جدا، ولكنه تحسن ابتداء من الجلسة الثالثة غير أن هذا التحسن ل يكن ثابتا في باقي الجلسات، وقد أدى الحالة الواجبات المنزلية بشكل مقبول ولكن تقييمه للجلسات كان متوسطا أو سيئا باستثناء جلسة أو جلستين، وكان تحسن الحالة بعد انتهاء البرنامج دون المستوى المأمول ولكنه نجح بشكل طفيف في تغيير بعض الأفكار الخاصة بضرب التلاميذ له أو الاستهزاء منه، كما أنه كان يشارك بتشجيع من المعلمة في بعض الأنشطة المدرسية.

الحالة الرابعة: (صارة ح.)

البيانات الأولية:

الاسم : صارة / الجنس : أنثى

الوزن: 25 كلغ / الطول: 122 سم

المستوى الدراسي: السنة الثالثة ابتدائي

تاريخ الازدياد: 2008/03/21 / العمر : 09 سنوات

عنوان المدرسة: الشهيد لاتي حاج أحمد 01 (مومن محمد حاليا) سبدو

الترتيب الميلادي بين الإخوة: الثانية

الحالة هي الأصغر ، أخ 12 سنة السنة الثانية متوسط

التحصيل الدراسي : متوسط (معدل 5 على 10)

تاريخ الحالة:

السوابق الشخصية:

ظروف الحمل والولادة: عادية / حوادث الأم أثناء الولادة: طبيعية

الحالة الصحية للأم أثناء الحمل: عادية

الرضاعة والفظام: رضاعة طبيعية، فطام (سنة و8 أشهر)

السوابق العائلية:

الأب: ع / على قيد الحياة / العمر: 43 سنة / المستوى التعليمي: ثانوي / المهنة: كهربائي

الأم : ل / على قيد الحياة / العمر: 38 / المستوى التعليمي: متوسط / المهنة : مأكثة في البيت

نوع السكن: بيت (6 غرف)

المستوى الاقتصادي للأسرة: فوق المتوسط

الوضع النفسي للأسرة: مستقر

السوابق الأسرية مع اضطراب الخوف المدرسي: لا توجد

الحالة الراهنة:

الحياة المدرسية: مشاركة ضعيفة، خوف من المدرسة، انطواء، شرود متكرر، شكاوى جسمية متكررة خاصة آخر يوم السبت، غيابات متكررة بسبب المرض.

العلاقة مع الأصدقاء: 4 أصدقاء منهم 3 يسكنون بجوار بيت الحالة.

العلاقة مع المعلم (أ): خوف من المعلم (معلم يضربنا)، ينفي المعلم تعرض الحالة للضرب كما أنه يستغرب لحالة الشرود والانطواء الذي تعيشه الحالة (تحسب عابثة في عالم آخر)، كما أن المعلم يرجع تردي مستوى الحالة الدراسي إلى المرض والغيابات المستمرة.

العلاقات الاجتماعية:

علاقات محدودة مع الجيران ومع الأقارب، والتواجد في معظم الوقت داخل البيت وإمضاء الوقت بالقرب من الأم أو مع التلفاز، مع ملاحظات عدم الرغبة في اللعب الجماعي وإظهار العدوانية تجاه الاقتراب من المقتنيات أو اللعب الخاصة.

العلاقات الأسرية:

العلاقة مع الإخوة: الدخول في حالة شجار متكررة مع الأخ وكذلك مع أبناء الأقارب المتقاربين مع الحالة في العمر حين زيارتهم لها، قليلة اللعب مع الآخرين ولا تحب مشاركتهم أغراضها.

العلاقة مع الأب: علاقة جيدة

العلاقة مع الأم: جيدة وتفضل الحالة الأم عن الأب وتصحبها حين تخرج من البيت في أيام العطل ونهاية الأسبوع.

الصحة العضوية:

لا توجد أمراض محددة في ملف الحالة الصحي، غير أنها كثيرة الغيابات بسبب الزيارات المتكررة للطبيب والتي كان آخرها قبل ثلاثة أيام بسبب آلام في الصدر وقد شخصها الطبيب بأنها نتيجة تعرض الحالة للبرد بعد أخذها حمام، وقد سجل لها الأدوية التالية: أموكسيل /Amoxil 500 Sp، وسابوفان Sapofen/Cp

الأعراض وتفسيرها:

الأعراض التي تعاني منها الحالة هي متطابقة مع أعراض الفوبيا المدرسية وخاصة الغيابات المتكررة عن المدرسة نتيجة المشاكل الجسمية دون سبب عضوي واضح مما أثر على المستوى الدراسي للحالة رغم شهادة المعلم أن لها قدرات تؤهلها لأن تأخذ علامات أكبر، كما أن والد الحالة لاحظ أن الشكاوي الجسمية تظهر بشكل متكرر في أيام الأحد ومساء يوم السبت وبعض أيام الدراسة، ويشتكى والد الحالة من عدائيتها في البيت وانشغالها بعالمها الخاص طيلة اليوم، كما يوجد لدى الحالة تعلق بالأم ولكنه ليس بالدرجة التي ينجم عنها مشاكل خاصة بالانفصال.

ملخص سير الجلسات:

الجدول رقم (16): ملخص سير الجلسات العلاجية للحالة رقم 04

الجلسات	الهدف	محتوى الجلسة	الواجب المنزلي	ملاحظات عامة
الجلسة التمهيدية 2016/12/14 14:00-14:30 سا	جمع معلومات حول الحالة	/	/	تردد وتخوف في الإجابة عن الأسئلة
الجلسة الأولى 2017/01/09 14:00-14:40 سا	بناء الثقة	تجاوب واستعداد لبدء البرنامج	منح دفتر التقييمات	تجاوب حذر والجلوس بعيدا نوعا ما عن الباحث
الجلسة الثانية 2017/01/16 14:00-14:40 سا	التعرف على الأفكار التلقائية تجاه المدرسة	الضرب على يد المعلم، الإغماء والسقوط، التعرض للاستهزاء	تسجيل الأنشطة بشكل منظم وتقييم جيد	تجاوب حسن مع الجلسة
الجلسة الثالثة 2017/01/25 14:00-14:40 سا	التنفيس الانفعالي	مقاومة الدخول في الاسترخاء وانقباض	تفضيل المنزل عن المدرسة والتطرق للمدرسة على أنها مكان سيئ	أثر جيد على الحالة وزوال الانقباض والخجل تدريجيا
الجلسة الرابعة 2017/01/30 14:00-14:40 سا	التعرض المباشر غير	وضع الضرب أعلى القائمة ثم الإغماء ثم الإهانة	فهم جزئي لمحتوى القصة الخاصة بالخوف	انسجام الحالة مع الجلسات
الجلسة الخامسة 2017/02/06 14:00-14:40 سا	تقبل المناخ المدرسي	القيام بالدخول إلى القسم وإلقاء التحية وسط تشجيع من المعلم وخجل الحالة قليلا	إعطاء الورود للبواب والمدير والمعلم	تنوع الحديث مع الحالة عن ذي قبل ووجود انسجام مع الجلسات
الجلسة السادسة 2017/02/09 10:20-11:00 سا	المشاركة في الأنشطة المدرسية	الصعود إلى السبورة والإجابة على السؤال بطريقة خجلة	مشاركة محتشمة	وجود علاقة جيدة مع المعلم
الجلسة السابعة 2017/02/20 14:00-14:40 سا	تقييم المدرسي	الحديث عن تجربة الحالة في الأنشطة المدرسية كانت جيدة	مناقشة المدير حول المقترحات بشكل حسن	تحرر التلميذة جزئيا من مشكلة الانطواء والعزلة
الجلسة الثامنة 2017/02/22 08:30-09:10 سا	التغلب على المخاوف	التجاوب مع جلسة الاسترخاء	النجاح في اكتساب بطاقة استحسان وتمتين الروابط مع الأصدقاء	تلاشي معظم المخاوف وخاصة المخاوف الخاصة بالإغماء والسقوط في ساحة المدرسة
الجلسة التاسعة 2017/02/26 14:45-15:25 سا	الاندماج والتأثير في الوسط المدرسي	الاستعداد لرفع العلم نهاية الدوام المسائي	اختيار نادي البيئة والاحضرار	تجاوب جيد في التفاعل مع الجلسات وأداء الواجبات
الجلسة العاشرة 2017/02/27 14:45-15:25 سا	تعزيز المكتسبات واختتام البرنامج	استعداد لاختتام البرنامج مع وعود بالمتابعة واللقاء في حصة قادمة الإجابة على فقرات مقياس فويا المدرسة	تم رفع العلم بمساعدة المعلم وصديقة الحالة المقربة	مناقشة بعض المقترحات لتطوير عمل نادي البيئة والاحضرار وبعض الأمنيات لدى الحالة
جلسة التقييم والمتابعة 2017/03/06 14:00-14:40 سا	متابعة مدى الحفاظ على المكتسبات واحتمال الانتكاسة	الإجابة على فقرات المقياس الخاصة بالأفكار الخاطئة وترك انطباع حسن لدى الحالة	/	تحسن ملحوظ بشهادة معلم الحالة

تقييم الحالة:

تعاني الحالة من مشاكل التكيف الاجتماعي مما أثر على توافقها مع البيئة المدرسية، والتي أظهرت رفضاً تجاهها وسلوكاً انسحابياً من الأنشطة المدرسية والحياة الاجتماعية المدرسية، وقد أظهرت الحالة تعلقاً بالألم لكن ليس إلى درجة التي يتسبب فيها الانفصال بظهور قلق الانفصال، ولكن ظهر لدى صارة حالة من العدوانية في بعض مواقف التفاعل الاجتماعي وكذلك انطوائية في الصف ومخاوف من العقاب البدني والفشل ومخاوف خاصة بالمرض، كما توجد لدى الحالة شكاوى عضوية غير مفهومة السبب خاصة قبل الذهاب إلى المدرسة أو أثناء الدراسة، وهذا ما يجعلنا نربط الأعراض التي ظهرت على الحالة بحالة فوبيا المدرسة.

وفيما يخص جلسات البرنامج فقد كانت الحالة متخوفة وحذرة في بداية الجلسات لكنها تجاوزت بشكل جيد ابتداءً من الجلسة الخامسة، وقد أدت الواجبات المنزلية بشكل مقبول وكان تقييمها للجلسات في البداية يدل على عدم الرضا أو اللامبالاة ولكنها قيمت الجلسات الأخيرة بأنها جيدة، وقد كان التحسن ملاحظاً على نتائج الحالة التي كانت علاماتها للفصل الثاني أحسن بكثير من الفصل الأول (من معدل 05 إلى معدل 07)، كما أنها نجحت في تكوين صداقات جديدة، وقد تم بالفعل من التخفيف ولو جزئياً من حالة الانطواء العامة التي كانت تعيشها الحالة بسبب مخاوفها غير المنطقية من البيئة المدرسية.

الحالة الخامسة: (إكرام . ب)

البيانات الأولية:

الاسم : إكرام / الجنس: أنثى

الوزن: 27 كلف / الطول: 126 سم

المستوى الدراسي: السنة الرابعة ابتدائي

تاريخ الازدياد: 2007/08/30 / العمر: 09 سنوات و 05 أشهر

عنوان المدرسة: الشهيد لاتي حاج أحمد 02

الترتيب الميلاد يبين الإخوة: الثالثة

أخ 3 سنوات، الحالة، أخ سنة خامسة ابتدائي، أخت 11 سنة السنة الأولى متوسط.

التحصيل الدراسي : متوسط (معدل 5 على 10)

تاريخ الحالة:

السوابق الشخصية:

ظروف الحمل والولادة: عادية / حوادث الأم أثناء الولادة: طبيعية

الحالة الصحية للأم أثناء الحمل: عادية / الرضاعة والطفام: رضاعة طبيعية، فطام (غير محدد بدقة)

السوابق العائلية:

الأب: أ / على قيد الحياة / العمر : 40 سنة / المستوى التعليمي: متوسط / المهنة: حارس

الأم : ح / على قيد الحياة/ العمر: 30 / المستوى التعليمي: ابتدائي / المهنة: مأكثة في البيت

نوع السكن: بيت (4 غرف)

المستوى الاقتصادي للأسرة: فوق المتوسط

الوضع النفسي للأسرة :مستقر

السوابق الأسرية مع اضطراب الخوف المدرسي: لا توجد

الحالة الراهنة:

الحياة المدرسية: خوف من المعلمة، خوف من العقاب، محاولات لتفادي الذهاب إلى بسبب سوء معاملة المعلمة أو سوء معاملة زملاء، شكاوى من صعوبة الدراسة، وصعوبة حل التمارين، وخوف من تلقي الضرب من طرف التلاميذ.

العلاقة مع الأصدقاء: 1 (بنت العمّة)

العلاقة مع المعلمة (خ): خوف من المعلمة، وتفادي التعامل معها والدخول في نوبة بكاء بمجرد تأنيبها أو التحدث إليها من طرف المعلمة.

العلاقات الاجتماعية:

تفادي الخروج من البيت إلا عند الضرورة أو عندما يطلب من الحالة الخروج لشراء أغراض معينة، علاقات محدودة مع بنات الجيران والالتزام بالبيت والبقاء بالقرب من الأم.

العلاقات الأسرية:

العلاقة مع الإخوة: الدخول في شجار مع الأخ الأكبر سنا (السنة الخامسة ابتدائي)، وغيره من الأخ الأصغر (يجيبوله كلشي ويوها فيه غي هو ...).

العلاقة مع الأب: علاقة جيدة

العلاقة مع الأم: تعلق بالأم التي كانت تأخذها معها في كل مكان وهي الآن تأخذ أخاها الأصغر عوضها وهذا ما ولد لدى الحالة حالة من الغيرة والدخول في بعض الأحيان في نوبة بكاء وتودد من أجل الذهاب مع الأم (كانت بكري تديني أنا ودرك راها تدي خويا الصغير ..)

الصحة العضوية:

لا توجد أمراض محددة في ملف الحالة غير أنها كثيرة الشكاوى الجسمية التي لا تتبع بالذهاب إلى الطبيب بل تبقى الحالة في معظم هذه الغيابات في المنزل حيث تقول الأم أنها تتركها في المنزل

فتتحسن وتذهب في اليوم الموالي إلى المدرسة (نخليها في الدار ونطيبلها الزعتر ولا حاجة أيا تريج) وقد زارت الطبيب آخر مرة قبل أسبوعين وذلك لالتهاب اللوزتين الذي أعطاه بعض المضادات الحيوية: أورابن مشروب Orapen /Sp.

الأعراض وتفسيرها:

الأعراض التي تعاني منها الحالة تتطابق مع أعراض الفوبيا المدرسية وخاصة الغيابات المتكررة التي تبررها الحالة بشتى المبررات من أجل البقاء في المنزل وكذا الشكاوى الجسمية التي تزول ببقاء الحالة بجانب أمها التي تعلقت بها وأصبحت تشعر بخسارتها بعد ولادة أخيها الأصغر، وهي تحاول أن تعوض عن خسارتها بشتى الطرق، كما أنها ترى في البيئة المدرسية السبب في ابتعادها عن أمها وتفضيل أمها لأخيها الذي لا يذهب إلى المدرسة ويبقى طول اليوم مع الأم، كما أن الحالة حسب المعلمة كثيرة الشكاوى (مرة تقولي فيا الدوخة مرة تقولي ما نشوفش مليح ...)، هذه الشكاوى التي أكدتها الحالة، وتتفادى الحالة الخروج واللعب مع الجيران لكي يبقى بجانب الأم ومحاولة منافسة الأخ الأصغر عليها (ما نبغيش نخرج نقعد في الدار نعاون ماما ..).

ملخص سير الجلسات:

الجدول رقم (17): ملخص سير الجلسات العلاجية للحالة رقم 05

الجلسات	الهدف	محتوى الجلسة	الواجب المنزلي	ملاحظات عامة
الجلسة التمهيدية 2016/12/15 10:00 سا - 10:30 سا	جمع معلومات حول الحالة	/	/	تردد وتخوف في الإجابة عن الأسئلة
الجلسة الأولى 2017/01/10 10:00 سا - 10:35 سا	بناء الثقة	تجاوب واستعداد لبدء البرنامج	منح دفتر التقييمات	تجاوب جيد واستعداد لجلسات البرنامج اللاحقة (فرح التلميذ حين خروجها من القسم لإجراء الجلسة)
الجلسة الثانية 2017/01/17 10:00 سا - 10:40 سا	التعرف على الأفكار التلقائية تجاه المدرسة	الضرب على يد المعلم، المرض، خروج الأم من البيت للتنزه	تسجيل الأنشطة بشكل حسن وتقييم جيد	تجاوب جيد مع الجلسة
الجلسة الثالثة 2017/01/26 10:00 سا - 10:40 سا	التنفيس الانفعالي	الدخول في الاسترخاء بسلاسة	التحدث بشكل مقتضب عن المدرسة وبشكل مسهب عن البيت	تجربة جيدة وانسجام مع أهداف الجلسة
الجلسة الرابعة 2017/01/31 10:00 سا - 10:40 سا	التعرض غير المباشر	وضع الضرب أعلى القائمة ثم الاستهزاء من طرف الأصدقاء ثم الرجوع إلى البيت وعدم وجود الأم فيه	إدراك حسن لمحتوى القصة والتعليق عليها	انسجام الحالة مع الجلسات
الجلسة الخامسة 2017/02/07 10:00 سا - 10:40 سا	تقبل المناخ المدرسي	القيام بالدخول إلى القسم وإلقاء التحية بشكل سلس وفعال	إعطاء الورد للبوابة والمدير والمعلمة	وجود مؤشرات عن تقبل الوسط المدرسي ومحاولة الاندماج فيه
الجلسة السادسة 2017/02/12 14:30 سا - 15:10 سا	المشاركة في الأنشطة المدرسية	الصعود إلى السبورة والإجابة على السؤال بطريقة جيدة	مشاركة ملحوظة وتحسن في الانتباه	وجود علاقة جيدة مع المعلمة والصديقات بعد أن كانت الحالة كثيرة التذمر من الأصدقاء
الجلسة السابعة 2017/02/15 10:00 سا - 10:40 سا	تقييم المناخ المدرسي	الحديث عن تجربة الحالة في الأنشطة المدرسية كانت جيدة	مناقشة المدير حول المقترحات بشكل حسن	حركية لدى التلميذة في إعطاء اقتراحات حسنة لتحسين الوسط المدرسي
الجلسة الثامنة 2017/02/22 14:45 سا - 15:25 سا	التغلب على المخاوف	التجاوب مع جلسة الاسترخاء	النجاح في اكتساب صداقات جديدة وتعزيز المكانة داخل القسم	تلاشي معظم المخاوف وعدم ظهور الشكاوى الجسمية خاصة تلك التي كانت تتعذر بها الحالة داخل القسم
الجلسة التاسعة 2017/02/28 14:45 سا - 15:25 سا	الاندماج والتأثير في الوسط المدرسي	الاستعداد لرفع العلم نهاية الدوام المسائي	اختيار نادي المجلة الحائطية	تجاوب جيد في التفاعل مع الجلسات وأداء الواجبات
الجلسة العاشرة 2017/03/01 14:45 سا - 15:25 سا	تعزيز المكتسبات واختتام البرنامج	استعداد لاختتام البرنامج مع وعود بالمتابعة واللقاء في حصة قادمة الإجابة على فقرات مقياس فوبيا المدرسة	تم رفع العلم بمساعدة المدير وأحد التلاميذ	مناقشة بعض المقترحات لتطوير عمل المجلة الحائطية وذلك بربط الحالة ببعض المعلمين الذين أبدوا استعدادهم في التوجيه والمساعدة
جلسة التقييم والمتابعة 2017/03/07 10:00 سا - 10:40 سا	متابعة مدى الحفاظ على المكتسبات واحتمال الانتكاسة	الإجابة على فقرات المقياس الخاصة بالأفكار الخاطئة وترك انطباع حسن لدى الحالة	/	تحسن ملحوظ بشهادة معلمة الحالة ووالدتها

تقييم الحالة:

تتطابق الأعراض التي أظهرتها الحالة مع أعراض فوبيا المدرسة والتي تمثلت أساسا في الغيابات المتكررة، والشكاوى الجسمية المختلفة قبل بداية الدوام المدرسي وفي نهاية العطلة الأسبوعية، والشروود بشكل متكرر داخل غرفة الصف والتفكير في الأم، وهذا ما يشير أيضا إلى وجود مشاكل خاصة بقلق الانفصال، ولعل مما ساعد في ظهور الأعراض بشكل أكبر هو وجود الأخ الأصغر الذي أثار غيرة إكرام وزاد من مشاكل الانفصال لديها الذي أصبح مرتبطا بالخوف من خسارة المكانة والاهتمام، وربما قد حولت الحالة لومها تجاه المدرسة أو المعلمة بشكل خاص التي اتهمتها بأنها تسيء معاملتها رغم نفي المعلمة ذلك، فحالة فوبيا المدرسة كانت ردة فعل تجاه البيئة الاجتماعية التي فرضت نفسها على الحالة وجعلت أمها تحول اهتمامها نحو أخيها الأصغر.

وقد تجاوبت الحالة بشكل جيد مع جلسات البرنامج، وتم تسجيل ارتياحا كبيرا لدى الحالة بعد انتهاء البرنامج وكان تقييمها للجلسات جيدا، وقد أدت معظم الواجبات المنزلية بشكل مقبول خاصة في الجلسات الأخيرة، وقد تم ملاحظة التحسن من طرف معلمة الحالة.

عرض النتائج الخاصة بتطبيق مقياس فوبيا المدرسة:

بعد التطبيق الأولي لمقياس فوبيا المدرسة والذي كان يحوي أربعة أبعاد رئيسية وهي بعد الأعراض السلوكية وبعد الأعراض العضوية وبعد الأعراض الانفعالية وكذا بعد الأعراض العقلية والمعرفية، تم إعادة القياس بعد تطبيق البرنامج، وتسجيل البيانات وحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للبيانات المسجلة والتي يلخصها الجدول التالي:

الجدول رقم (18) : التحليل الإحصائي الوصفي للدرجة على مقياس فوبيا المدرسة

الانحراف المعياري	العينة	المتوسط الحسابي	أبعاد مقياس فوبيا المدرسة	
5,760	50	19,80	قبل تطبيق البرنامج	الأعراض السلوكية
5,380	50	13,00	بعد تطبيق البرنامج	
3,630	50	12,20	قبل تطبيق البرنامج	الأعراض العضوية
1,580	50	6,000	بعد تطبيق البرنامج	
4,350	50	24,00	قبل تطبيق البرنامج	الأعراض الانفعالية
2,860	50	10,20	بعد تطبيق البرنامج	
2,440	50	15,00	قبل تطبيق البرنامج	الأعراض العقلية والمعرفية
3,030	50	8,200	بعد تطبيق البرنامج	
1,580	50	71,00	قبل تطبيق البرنامج	الدرجة الكلية على المقياس
8,500	50	37,40	بعد تطبيق البرنامج	

تحليل النتائج:

من الجدول رقم (18) نلاحظ ارتفاع متوسط درجات الحالات على مقياس فوبيا المدرسة الذي كان الدرجة 71، حيث يمثل حسب مفتاح تصحيح المقياس درجة مرتفعة من الفوبيا المدرسية، وهذا لأننا قمنا باختيار الحالات على هذا الأساس، ونلاحظ انخفاضا في المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للمقياس بعد تطبيق البرنامج العلاجي حيث كان 37 وهي درجة متوسطة وقريبة من مجال الدرجة المنخفضة على مقياس الفوبيا المدرسية، ومما يلاحظ أيضا في تحليل النتائج التغيرات الانحراف المعياري لصالح

القياس البعدي مما يدل على زيادة تشتت العينة بعد تطبيق البرنامج بعد أن متقاربة قبل تطبيقه، ونلاحظ انخفاضاً طفيفاً في المتوسط الحسابي في بعد الأعراض السلوكية للمقياس بعد تطبيق البرنامج العلاجي حيث كان 19 وأصبح 13 في القياس بعد تطبيق البرنامج، وانخفاضاً في المتوسط الحسابي لبعد الأعراض العضوية للمقياس بمقدار النصف بعد تطبيق البرنامج العلاجي حيث كان 12 وأصبح 06 في القياس بعد تطبيق البرنامج، وبالنظر إلى الانحراف المعياري فالعينة أصبحت أقل تشتتاً في هذا البعد حيث أصبحت العينة أقل تشتتاً بعد تطبيق البرنامج وأكثر تماثلاً.

وفي بعد الأعراض الانفعالية نلاحظ انخفاضاً في المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للمقياس في بعد الأعراض الانفعالية بعد تطبيق البرنامج العلاجي حيث كان 24 وأصبح 10 في القياس بعد تطبيق البرنامج وانخفاضاً في الانحراف المعياري مما يشير إلى تقارب وتمائل البيانات بعد أن كانت مشتتة في هذا البعد.

كما تم تسجيل انخفاض في المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للمقياس في بعد الأعراض العقلية والمعرفية بعد تطبيق البرنامج العلاجي حيث كان 15 وأصبح 8 في القياس بعد تطبيق البرنامج، ومما يلاحظ تغير الانحراف المعياري لصالح القياس البعدي.

تعقيب وتفسير:

من خلال ما سبق نلاحظ تغير في درجات العينة على مقياس الفوبيا المدرسية لصالح القياس البعدي حيث أصبحت أقل مما كانت عليه في القياس القبلي، وأصبحت أكثر تبايناً وهذا راجع بتأثير الأنشطة التي يقترحها البرنامج، كما يلاحظ أن تشتت درجات العينة كان أكبر بعد تطبيق البرنامج وهذا نتيجة لتعدد الاستجابة حسب كل حالة ودرجة التأثير للجلسات التي اختلفت من حالة لأخرى، ونستنتج أن للبرنامج العلاجي تأثير على الحالات ولكن يختلف هذا التأثير من حالة لأخرى.

ومن خلال ملاحظة بيانات الجدول رقم (18) ما سبق نلاحظ تغير في درجات العينة في بُعد الأعراض السلوكية على مقياس الفوبيا المدرسية لصالح القياس البعدي حيث أصبحت أقل مما كانت عليه في القياس القبلي ولكن بشكل طفيف، ولم يتأثر تباين الدرجات بعد تطبيق الأنشطة التي يقترحها البرنامج، وهذا راجع لأن الأعراض السلوكية كانت مختلفة بشكل كبير من حالة لحالة قبل تطبيق البرنامج، وتحتاج وقتاً أطول وتعزيزاً مستمراً لكي تصبح التعديلات السلوكية جزءاً من سلوك الحالات العام.

وفي بُعد الأعراض العضوية على مقياس الفوبيا المدرسية فقد كان هناك تغيراً في الدرجات لصالح القياس البعدي حيث أصبحت أقل مما كانت عليه في القياس القبلي وبشكل كبير، وقد أصبحت

الأعراض قليلة ومتمثلة لدى جميع الحالات وفي حدها الأدنى وذلك بعد تطبيق البرنامج، وهذا يدل على وجود تفاوت وتباين في هذه الأعراض وشدها وطريقة تعامل الأهل والمعلمون معها من زيارة الطبيب بشكل متكرر (الحالة 02) إلى عدم إعارتها الانتباه (الحالة 05)، لكن بعد تطبيق البرنامج تلاشت الأعراض وأصبحت أقل درجة على مقياس الفوبيا وهذا ما أكده في الواقع شهادات بعض أولياء الحالات (الحالة 01، 02، 05).

ونلاحظ أيضا تغيرا في درجات العينة في بُعد الأعراض الانفعالية على مقياس الفوبيا المدرسية لصالح القياس البعدي حيث أصبحت أقل مما كانت عليه في القياس القبلي بشكل كبير، وهذا راجع لتركيز البرنامج على المشاكل الانفعالية حيث خصص جلستين للاسترخاء والتنفيس الانفعالي، وتضمنت بعض الجلسات تدريب على التحكم في الانفعالات المصاحبة للخوف والقلق، كما أن العينة أصبحت أكثر تجانسا في ما يخص الجانب الانفعالي.

ويلاحظ أيضا تغيرا في درجات العينة في بُعد الأعراض العقلية والمعرفية على مقياس الفوبيا المدرسية لصالح القياس البعدي حيث أصبحت أقل مما كانت عليه في القياس القبلي بشكل كبير، كما أن الدرجات أصبحت أكثر تشتتا وأقل انسجاما وهذا راجع لأن تعديل الأفكار يخضع بشكل كبير للقدرات العقلية والميول واتجاهات كل حالة، والمخططات المعرفية تتأثر في تعديلها بالفروق الفردية أكثر منها بمحتوى جلسات البرنامج التي كانت أهدافها زحزحة الأفكار السلبية عن المدرسة وتحريض التعديل، ولهذا كانت الاستجابات متنوعة لهذا التحريض على التغيير.

عرض النتائج الخاصة بمقياس الأفكار الخاطئة المرتبطة بفوبيا المدرسة:

الجدول رقم (19) : التحليل الإحصائي الوصفي للدرجة على مقياس الأفكار الخاطئة المرتبطة فوبيا المدرسة

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	مقياس الأفكار السالبة المرتبطة بالمدرسة	
1,92354	13,2000	05	قبل تطبيق البرنامج	العوامل الشخصية
2,44949	8,0000	05	بعد تطبيق البرنامج	
1,81659	16,6000	05	قبل تطبيق البرنامج	العوامل الأسرية
2,07364	13,6000	05	بعد تطبيق البرنامج	
2,86356	19,2000	05	قبل تطبيق البرنامج	العوامل المدرسية
2,30217	11,6000	05	بعد تطبيق البرنامج	
0,707110	49,0000	05	قبل تطبيق البرنامج	الدرجة الكلية للمقياس
3,76829	33,2000	05	بعد تطبيق البرنامج	

تحليل النتائج:

من الجدول رقم (19) نلاحظ انخفاضا في المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للمقياس بعد تطبيق البرنامج العلاجي حيث كان 49 وهي درجة عالية على مقياس الأفكار الخاطئة المرتبطة بفوبيا المدرسة، وأصبح 33 في القياس بعد تطبيق البرنامج وهي درجة معتدلة في معدل الأفكار الخاطئة، ومما يلاحظ أيضا زيادة تشتت درجات العينة بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

ويلاحظ أيضا انخفاضا في المتوسط الحسابي لدرجات العينة في بعد العوامل الشخصية للمقياس بعد تطبيق البرنامج العلاجي حيث كان 13 وأصبح 08 في القياس بعد تطبيق البرنامج ، ومما يلاحظ أيضا الحفاظ تقريبا على الانحراف المعياري وتشتت درجات العينة بعد تطبيق البرنامج العلاجي، وزيادة تماثل درجات العينة بعد تطبيق البرنامج.

كما تم تسجيل انخفاضا في المتوسط الحسابي لدرجات العينة في بعد العوامل المدرسية للمقياس بعد تطبيق البرنامج العلاجي حيث كان 19 وأصبح 11 في القياس بعد تطبيق البرنامج، ومما يلاحظ أيضا الحفاظ تقريبا على المدى وعلى معاملات التشتت لدرجات العينة بعد تطبيق البرنامج العلاجي، وزيادة تماثل درجات العينة بعد تطبيق البرنامج.

وتم تسجيل انخفاضا في المتوسط الحسابي لدرجات العينة في بعد العوامل الأسرية للمقياس بعد تطبيق البرنامج العلاجي حيث كان 16 وأصبح 13 في القياس بعد تطبيق البرنامج، ومما يلاحظ أيضا زيادة في معاملات التثنت لدرجات العينة بعد تطبيق البرنامج العلاجي، مع الحفاظ على تماثل درجات العينة بعد تطبيق البرنامج.

تعقيب وتفسير:

من خلال ما سبق نلاحظ تغير في درجات العينة على مقياس الأفكار الخاطئة أو الأفكار السلبية حيث أصبحت أقل مما كانت عليه في القياس القبلي بشكل كبير، كما أن الدرجات أصبحت أكثر تشتتاً وأقل انسجاماً وهذا راجع لأن تعديل الأفكار يخضع للفروق الفردية ولهذا كانت الاستجابات متنوعة بعد التعرض للبرنامج.

ومن خلال ما سبق نلاحظ تغير في درجات العينة في العوامل الشخصية على مقياس الأفكار الخاطئة أو الأفكار السلبية حيث أصبحت أقل مما كانت عليه في القياس القبلي بشكل كبير، كما أن الدرجات حافظت تقريبا على تشتتها وكانت بنفس درجة الانسجام وهذا راجع إلى أن البرنامج أتاح الفرصة لكل حالة ليكيف الواجبات المنزلية حسب توجهاته وميوله وترك الحرية في النقاش والمبادرة للحالة مما جعل العوامل الشخصية تتغير طبعاً لميول واتجاهات الحالات (مثل اختيار النادي التربوي الملائم).

كما يلاحظ في الجدول رقم (19) تغير في متوسط درجات العينة في العوامل المدرسية على مقياس الأفكار الخاطئة أو الأفكار السلبية حيث أصبحت أقل مما كانت عليه في القياس القبلي، كما أن الدرجات حافظت تقريبا على تشتتها وكانت بنفس درجة الانسجام تقريبا وهذا راجع إلى أن البرنامج تناول تعديل البيئة المدرسية مما أثر على درجات الحالات، وبما أن المخاوف المدرسية لم تكن مرتبطة بالبيئة المدرسية نفسها لدى كل الحالات فقد حافظت الدرجات على تشتتها كما في القياس القبلي.

ومن خلال ما سبق نلاحظ تغير في متوسط درجات العينة في العوامل الأسرية على مقياس الأفكار الخاطئة أو الأفكار السلبية حيث أصبحت أقل مما كانت عليه في القياس القبلي، كما أن الدرجات حافظت على تشتتها مما يدل على أن الاستجابة لجلسات البرنامج الخاصة بتعديل الأفكار الخاصة بالبيئة الأسرية لم تكن نفسها لدى الحالات، وهذا راجع إلى أن الأفكار التلقائية المرتبطة بالأسرة والخاصة بالفوبيا المدرسية مختلفة من حالة إلى أخرى، فهي محورية لدى بعض الحالات (الحالة 01، الحالة 05) وهامشية لدى حالات أخرى (حالة 02 والحالة 03) ومتوسطة لدى بقية الحالات (الحالة 05)، ولهذا

فتعديل الأفكار المرتبط بالأسرة اختلف من حالة إلى أخرى وهذا واضح من بقاء الانحراف المعياري ثابتا بين القياسين.

حساب الفروق بين القياس القبلي والقياس بعد تطبيق البرنامج العلاجي:

مقياس فوبيا المدرسة بأبعادها المختلفة:

جدول رقم (20): الفروق بين التطبيق القبلي لمقياس فوبيا المدرسة وتطبيقه بعد البرنامج

Sig. (bilatérale)	درجة الحرية	t-test	
0,0010	4	7,885	الدرجة الكلية على مقياس فوبيا المدرسة في القياس البعدي مع الدرجة الكلية على نفس المقياس في القياس البعدي

من الجدول رقم (20) نجد أن قيمة سيق Sig هي أصغر من 0.01 ومنه فإنه توجد فروق دالة إحصائية بين الدرجة الكلية للقياس القبلي بتطبيق مقياس فوبيا المدرسة والدرجة الكلية على نفس المقياس بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

مقياس الأفكار الخاطئة المرتبطة بفوبيا المدرسة:

جدول رقم (21): الفروق بين التطبيق القبلي لمقياس الأفكار الخاطئة المرتبطة بفوبيا

المدرسة وتطبيقه بعد البرنامج العلاجي المقترح

Sig. (bilatérale)	درجة الحرية	t-test	
0,0001	4	11,344	الدرجة الكلية على مقياس فوبيا المدرسة في القياس البعدي مع الدرجة الكلية على نفس المقياس في القياس البعدي

من الجدول رقم (21) نجد أن قيمة سيق Sig هي أصغر من 0.01 ومنه فإنه توجد فروق دالة إحصائية بين الدرجة الكلية للقياس القبلي بتطبيق مقياس الأفكار الخاطئة (السالبة) المرتبطة بفوبيا المدرسة والدرجة الكلية على نفس المقياس بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

مناقشة الفرضيات البحث:

الفرضية الأولى:

- يوجد حالات فوبيا مدرسية مشخصة بعد تطبيق منهج دراسة الحالة لدى عينة التلاميذ الذين يعانون من مخاوف مدرسية.

على ضوء نتائج الدراسة وبالمقارنة مع الدراسات السابقة، ومن خلال منهج دراسة الحالة المطبق على الحالات الخمسة، ومن خلال الملاحظات المسجلة خلال الجلسات العلاجية مع كل حالة فقد تم ملاحظة التالي:

- **الحالة الأولى:** كانت الحالة الأولى حالة فوبيا مدرسية ظهرت بأعراضها الانفعالية والسلوكية والعضوية، وقد كانت هذه الأعراض مرتبطة بشكل رئيسي بقلق الانفصال وهذا ما يصادق على نظرية بولبي Bowlby حول الفوبيا المدرسية، ونظريات أخرى مشابهة.
- **الحالة الثانية:** كانت الحالة الثانية حالة فوبيا مدرسية مرتبطة بخوف من المعلمة تم تعميمه على البيئة المدرسية، وكانت الأعراض مرتبطة بشكل رئيسي بأعراض عضوية عصبية واضطرابات على مستوى الجهاز الهضمي بسبب القلق حسب تشخيص الطبيب الذي زارته الحالة مؤخرًا (العصب المعدي Insuffisance vagale)، هذا بالإضافة إلى الأعراض السلوكية والانفعالية الخاصة بالخوف والقلق.
- **الحالة الثالثة:** كانت الحالة الرابعة حالة تأتأة وظيفية أثرت على الحياة الطبيعية للحالة وظهرت نوعاً من الخوف الاجتماعي والخجل الذي تداخل في كثير من أعراضه مع الفوبيا المدرسية، بحيث ظهر ذلك جلياً في درجة الحالة على مقياس فوبيا المدرسة، ولكن تم ملاحظة التذبذب في الدرجة حسب الأبعاد مما يجعلنا نشكك في أن الحالة حالة فوبيا مدرسية حقيقية ولهذا فقد تم توجيه الحالة إلى أرتوفوني.
- **الحالة الرابعة:** كانت الحالة تعاني انطواء ومشاكل صحية واضطرابات عضوية غير معروفة السبب، وقد أثرت هذه المشاكل بشكل بالغ في تدمير الحالة وعلاقتها بصديقاتها، وتم تشخيص الأعراض الانفعالية والسلوكية والعضوية بأنها فوبيا مدرسية حيث لم يكن الانطواء نمطاً في شخصية الحالة، لأن الحالة اكتسبت صداقات جديدة بعد تطبيق بعض جلسات البرنامج.
- **الحالة الخامسة:** كانت الحالة تعاني من مشاكل عضوية لم تؤخذ بعين الاعتبار لدى الأم أو المعلمة، وكانت متعلقة بشكل كبير بالأم وزاد من أثر الانفصال بسبب المدرسة ولادة الأخ الأصغر وهذا ما يحيلنا إلى نظرية التعلق والخسارة وأثرها في ظهور فوبيا المدرسة، ولهذا فالحالة كانت حسب التشخيص تعاني من فوبيا مدرسية حقيقية.

ولهذا فالفرضية الأولى ليست صحيحة إذ يوجد حالات تتشابه مع أعراض الفوبيا المدرسية ولكنها ليست فوبيا مدرسية، بل قد تكون خوف اجتماعي نتيجة مشاكل في اللغة لدى التلاميذ تؤدي إلى مخاوف مدرسية.

الفرضية الثانية:

■ يسجل التلاميذ الذين يعانون من فوبيا المدرسة درجات أقل على المقياس المقترح لقياس مستوى فوبيا المدرسة بعد خضوعهم لجلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح. بعد الاطلاع على نتائج القياس القبلي والبعدي في الدرجة الكلية لمقياس فوبيا المدرسة وكذلك في الدرجات على مستوى الأبعاد الخاصة بهذا المقياس (الأعراض العضوية، الأعراض السلوكية، الأعراض الانفعالية، الأعراض العقلية المعرفية) الموضحة سابقا في الجداول (24)، (25)، (26) (27)، (28).

وحسب ما سبق في دراسة النتائج نستنتج أن درجات العينة من التلاميذ الذين يعانون من فوبيا المدرسة على مقياس فوبيا المدرسة كانت عالية في القياس قبل تطبيق البرنامج ، وأصبحت منخفضة بعد تطبيق البرنامج المقترح للتخفيف من فوبيا المدرسة.

الفرضية الثالثة:

■ يسجل التلاميذ الذين يعانون من فوبيا المدرسة درجات أقل على المقياس المقترح لقياس مستوى الأفكار الخاطئة المرتبطة بفوبيا المدرسة بعد خضوعهم لجلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح.

بعد الاطلاع على نتائج القياس القبلي والبعدي في الدرجة الكلية لمقياس الأفكار السالبة المرتبطة بفوبيا المدرسة وكذلك في الدرجات على مستوى الأبعاد الخاصة بهذا المقياس (العوامل الشخصية، الأعراض المدرسية، الأعراض الأسرية) الموضحة سابقا في الجداول (29)، (30)، (31) (32)، (33).

وحسب ما سبق في دراسة النتائج نستنتج أن درجات العينة من التلاميذ الذين يعانون من فوبيا المدرسة على مقياس الأفكار الخاطئة المرتبطة بفوبيا المدرسة كانت عالية في القياس قبل تطبيق البرنامج ، وأصبحت منخفضة بعد تطبيق البرنامج المقترح للتخفيف من فوبيا المدرسة.

الفرضية الرابعة:

■ توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب القياس قبل تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسطي رتب القياس بعد تطبيق البرنامج على مقياس فوبيا المدرسة لدى عينة التلاميذ الذين يعانون من فوبيا المدرسة.

بعد مناقشة النتائج الخاصة بالفروق بين متوسطي رتب تطبيق مقياس فوبيا المدرسة بأبعاده الأربعة (الأعراض السلوكية، والعضوية، والانفعالية، والمعرفية العقلية) في القياس القبلي، وتطبيقه بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي المقترح، ومن الجدول رقم (34) نجد أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي والقياس بعد تطبيق البرنامج المقترح لصالح القياس البعدي.

الفرضية الخامسة:

▪ توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب القياس قبل تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسطي رتب القياس بعد تطبيق البرنامج على مقياس الأفكار الخاطئة المرتبطة بفوبيا المدرسة لدى عينة التلاميذ الذين يعانون من فوبيا المدرسة.

بعد مناقشة النتائج الخاصة بالفروق بين متوسطي رتب تطبيق مقياس الأفكار السالبة المرتبطة بفوبيا المدرسة بأبعاده الثلاثة (العوامل الشخصية، والمدرسية، والأسرية) في القياس القبلي، وتطبيقه بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي المقترح، ومن الجدول رقم (35) نجد أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي والقياس بعد تطبيق البرنامج المقترح لصالح القياس البعدي.

مناقشة الفرضية العامة:

بعد دراسة النتائج ومناقشة الفرضيات الفرعية، فإننا نصادق على الفرضية العامة التي كانت مصاغة على النحو التالي:

▪ يوجد أثر للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح للتخفيف من مستوى فوبيا المدرسة على عينة التلاميذ الذين يعانون من فوبيا المدرسة في مرحلة التعليم الابتدائي.

حيث نجد أنها فرضية صادقة وصحيحة تبعا للدراسة التي تناولناها، حيث قمنا بتشخيص الحالات التي كانت تعاني من فوبيا مدرسية حقيقية أو أعراض متداخلة مع أعراض فوبيا المدرسة وذلك باستعمال منهج دراسة الحالة، ووجدنا عن طريق الدراسة الإحصائية أن هناك فروق في درجات العينة على مقياسي فوبيا المدرسة والأفكار الخاطئة المرتبطة بها لصالح القياس البعدي، كما سجلنا انخفاضا عاما في هذه الدرجات بعد تطبيق جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح.

وعليه فإننا نجيب عن التساؤل الرئيسي للدراسة أن للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح أثر في التخفيف من مستوى فوبيا المدرسة على التلاميذ الذين يعانون من فوبيا المدرسة في مرحلة التعليم الابتدائي.

هذا وقد جاءت الدراسة موافقة لكثير من الدراسات السابقة خاصة دراسة Atkinson&All (1987) التي أشارت إلى ارتباط فوبيا المدرسة بالعلاقة بين الأم والطفل والتي تكون في مجملها علاقة تتسم بالحماية المفرطة (حالة أحلام)، أو السيطرة (حالة زينب)، أو تجارب متعلقة بالانفصال المبكر أو فقدان مبكر (حالة إكرام)، كما جاءت الدراسة منسجمة مع جانب من دراسة دراسة رياض نايل العاسمي (1995) والتي تناولت البيئة النفسية الدينامية للطفل الذي يعاني فوبيا الحياة المدرسية، والتي تتسم حسب الباحث باضطراب العلاقة بين أفراد الأسرة والأم والأب والإخوة بعضهم البعض وبينهم وبين الطفل الفوبيائي، وقد تم ملاحظة هذا الجانب لدى بعض الحالات مثل (حالة زينب) التي تأثرت بشكل كبير بالصراعات الموجودة داخل الأسرة بين الأب والأم تحديداً، حيث الصورة الوالدية للأم والأب لدى الطفل مضطربة وقد بدت بالنسبة للطفل قاسية وموحشة يكتنفها الغموض والخوف، غير أنه لم يلاحظ بشكل واضح اضطراب الصورة الوالدية للأم والأب لدى الحالات كما ورد في الجانب الثاني من دراسة نايل العاسمي.

وقد أبدت أربع حالات من مجموع الحالات الخمس المدروسة أعراضاً واضحة وبيئة، وشديدة التطابق مع الأعراض التي حددها كل من والاس. أ كينيدي Wallace A. Kennedy (1965) حول الأعراض الأساسية لفوبيا المدرسة، وكذلك الأعراض التي ذكرها كل من كريستوفر كيرني وويندي سيلفرمان Christopher A.K ; Silverman.W (1993) في دراستهما لمظاهر الرفض المدرسي، وأهم الأعراض الملاحظة بشكل واضح وجود استجابة سلبية لمثيرات ذات صلة بالمدرسة، وجلب الانتباه بإحداث نوبات من البكاء والتظاهر بالمرض للبقاء في المنزل، فيما أبدت الحالة المتبقية (حالة أيوب) تطابقاً مع أعراض الخوف من التقييم الاجتماعي وعدم وضوح الأعراض الأخرى بشكل كاف لدى الحالة.

ومن ناحية أثر البرنامج العلاجي في الدراسة، فقد كانت نتائج تطبيق البرنامج الذي اعتمد على فنيات العلاج المعرفي السلوكي نتائج حسنة ومشجعة ومتوافقة مع نتائج تطبيق البرامج السلوكية التي تعتمد على النمذجة والتدعيم والواجبات المنزلية مثل دراسة سلوى السيد سليمان (2005)، والدراسات التي تعتمد على برامج تعديل السلوك وتقنيات تعديل المخططات المعرفية مثل دراسة نيفيل جي كينج وآخرون Neville.J King &All (1998)، ونتائج دراسة دافيد هايين وزملاؤه DAVID & ALL (2002) HEYNE.

كما تناولت الدراسة الدور الكبير للمخاوف الناشئة من البيئة المدرسية في تطورها لتصبح فوبيا مدرسية، وأهم هذه المخاوف كان الخوف من المعلم (حالة أحلام)، وكذا الخوف من الشجار (حالة أيوب) وهذا ما أشارت إليه دراسة مها أبو حطب (1995)، غياث سالمة (2012) التي ذكرت مجمل المخاوف المختلفة التي قد يعاني منها الأطفال بين الثالثة ابتدائي وبين الخامسة ابتدائي.

وقد كانت آثار المستوى الاقتصادي للأسرة غير واضحة ولم ترد كثيرا في المقابلة مع الحالات، ما عدا حالة أحلام التي أوردت تدمرها من وضعية الأب العاطل عن العمل، وقد كان واضحا أنها كانت تتدمر من كثرة المشاكل وتذبذب العلاقة بين الوالدين الناتجة عن هذه الوضعية، وغياب الأثر الاقتصادي للأسرة في ظهور المخاوف المدرسية يوافق الدراسة التي أجرتها مها أبو حطب (1995) في عدم تأثر الخوف من المدرسة ومن الامتحان بالمستوى المعيشي وحالة الأسرة الاقتصادية.

هذا وتجدر الإشارة أن معظم الدراسات السابقة لم تركز على التمثل الرمزي للمعلم لدى الطفل ونمط العلاقة (تلميذ- معلم) إلا في معرض الحديث عن الأسباب، غير أن تعديل الصورة الرمزية للمعلم لدى الطفل الفوبيائي من المدرسة مهم جدا وشكل جيد من أشكال العلاج، والذي كان أثره واضحا في البرنامج العلاجي الذي طبق في هذه الدراسة، وذلك بتعديل بعض الأفكار الخاصة بتصور العلاقة التي تكون بين المعلم والتلميذ، حيث كان التصور محبطا وملينًا بالأفكار الخاطئة، وتمثلت معظم هذه الأفكار في أن المعلم يكره التلميذ، أو المعلم يتلذذ بمعاقبة التلميذ، أو المعلم يحب التلاميذ المتفوقين فقط، وقد كان هذا واضحا لدى الحالة الثانية (حالة أحلام) التي كانت تصوراتها حول المعلمة تسبب لها فوبيا كبيرة من البيئة المدرسية ككل، ومعظم الحالات اشتكت من معاملة المعلم، رغم اندهاش المعلمين من ذلك ونفيه للشكاوى الصادرة ضدهم جملة وتفصيلا، وقد أسهم تصحيح التصورات القائمة حول المعلم لدى الحالات في تحسن كثير منها بشكل سريع، وهذا ما يلمح إلى أفراد دراسة خاصة بأنماط التواصل بين المعلم والتلميذ وأثره في ظهور الاضطرابات الانفعالية لدى التلميذ، باعتبار أن المعلم موضوع عادة ما يتقمص فيه التلميذ أحد والديه.

خاتمة

خاتمة:

حاولنا من خلال هذه الدراسة أن نقف على ظاهرة جديدة بالاهتمام، وهي فوبيا المدرسة أو الخوف المرضي من المدرسة، هذه الظاهرة وإن كانت مظاهرها ليست متاحة للملاحظة المباشرة إلا من خلال مراحل التعليم المبكرة، إلا أنها في الحقيقة تستمر مع كثير من التلاميذ إلى مراحل دراسية متقدمة، كما أنها تكون في غالب الأحيان سببا لأن يغادر التلميذ المدرسة في مرحلة متقدمة من تعليمه الأساسي، وعلى هذا الأساس فإن الدور الذي يقع على عاتق الأخصائيين النفسيين والعاملين في الميدان التربوي ومراكز التوجيه المدرسي هو رصد الظاهرة بكل أبعادها، وتصميم البرامج العلاجية والإرشادية التي تتكفل بالتلاميذ الذين يعانون من هذا الاضطراب، وكذلك متابعة وتقييم مدى تحسنهم واندماجهم في الوسط المدرسي ورضاهم بوضعهم التربوي ضمن هذه البيئة الغنية.

ومن خلال البرنامج العلاجي المقترح في هذه الدراسة الذي تم تصميمه على الأسس المعرفية السلوكية لعلاج، لاحظنا أن هؤلاء التلاميذ لم يكونوا ينتظرون غير اهتمام وفهم لمشاكلهم العميقة التي تجعلهم يخافون من البيئة المدرسية، وينظرون إليها بعين الريبة والاتهام، كما أن أنشطة وجلسات البرنامج كانت بالنسبة لهم متنفسا لهم من الضغوطات التي كانت تمارس عليهم باستمرار، وقد لمسنا من خلال تطبيق هذا البرنامج مدى التحسن والاستحسان الذي طرأ على التلاميذ الذين كانوا ضمن عينة الدراسة تجاه مدرستهم ومعلميهم، فقد كانوا كمن أصبح يرى بمنظار آخر ومن زاوية جديدة مفعمة بالحياة والأمل، وكانوا كمن زار موطنه بعد طول غياب، ولهذا فقد كانت الدراسة بمثابة تجربة تربوية فريدة علاوة على تفاصيلها الإنسانية المثيرة التي ربطت الباحث بالحالات المدروسة، ولهذا فقد تم تقديم توصيات إلى مديري المدارس قيد الدراسة والمعلمين، أهمها الاهتمام بالمشاكل النفسية والاجتماعية للتلاميذ، فقد لاحظنا ضعف الاهتمام بهذه الجوانب وإهمالها مما أثر سلبا على السواد الأعظم من تلاميذ المدارس.

وفي غياب الأخصائي النفسي الإكلينيكي والمراقبة النفسية المستمرة للطفل في المدرسة، والقصور العائلي الملاحظ في تغطية هذه الجوانب على ضوء المعطيات الاجتماعية المتاحة، فإن أهم ما يجب على المعلمين العمل عليه الآن، هو تطوير رصيدهم المعرفي بالمشاكل والاضطرابات النفسية المختلفة التي قد تصيب الأطفال في مرحلة التعليم الابتدائي، وكذا تعاونهم مع الأسرة عبر وشائج من العلاقات الإنسانية والتربوية من أجل التعاون لحل الأزمات التي تعترض طريق المدرسة، والتعاون لأن يحيا التلميذ أمنا من خوف قد يهدد استقراره وأمنه النفسي، كما كان من ضمن التوصيات المطروحة هو المتابعة النفسية للتلاميذ الذين لا يشاركون في الأنشطة المدرسية، والتلاميذ الذين لا يكونون صداقات مع أقرانهم، وكذلك التلاميذ الذين لديهم شكاوى جسمية وعضوية غير معروفة السبب.

وعلى اعتبار أن هذه الدراسة تفتح آفاقا عدة، فهي تفتح المجال لإمكانية تصميم برامج علاجية وفق أسس علاجية جديدة تستفيد من التقنيات المعرفية السلوكية وتسعى لإثرائها وفق أسس أخرى، قد تكون مغايرة ولكنها أكثر فعالية في العلاج والتأثير، ولا يسعنا في الأخير إلا أن ننوه بدور هذه الدراسات في فتح نقاش علمي مثمين ورضيين، حول المشاكل التي تجعل الأطفال يعانون في صمت وسط ضغوط من الأسرة والمدرسة والمجتمع، حيث يكون الهروب غير ممكن ويكون مواجهة الواقع بإمكانيات محدودة ضربا من الخيال، فمثل هذه المشاكل التي تقع بعيدا عن تناول التربويين في الميدان ستؤدي حتما إلى إعاقة نمو الطفل، وتتجه به في أغلب الحالات إلى الرسوب والترك المبكر من المدرسة، ومن هذا المنطلق أصبح لزاما على الباحثين تنويع الدراسات وتعميقها لتلامس المشاكل الحقيقية للطفل في المدرسة، وهذا بهدف إعطاء التشخيص والتفسير والتنبؤ وكذلك الحلول المناسبة، وبهدف مساعدة المدرسة في أداء مهمتها الحضارية ومسئوليتها تجاه الأجيال، فالمدرسة كما يقول ألفرد أدلر (2005: 281) "ما هي إلا ذلك المعهد الذي يمر من خلاله كل الأطفال خلال نموهم وتطورهم النفسي، ولهذا فإنه من الواجب أن تتوافر فيه كل الشروط والمتطلبات التي تسمح بحدوث نمو نفسي صحي، والمدرسة التي يمكنها أن تتعاطف مع احتياجات التلاميذ النفسية هي وحدها التي يمكن أن نطلق عليها مدرسة جيدة، وهي وحدها التي يمكنها أن توفر تعليما وصالحا ومفيدا للحياة الاجتماعية".

توصيات

من خلال الدراسة والنتائج المستقاة منها تم الوقوف على جملة من النقاط المهمة والجديرة بالانتفات إليها من طرف القائمين على المؤسسات التعليمية والوصاية الرسمية وكذا أولياء التلاميذ والمعلمين، وتمثل هذه النقاط في التالي:

- الاهتمام بالبرامج التربوية قبل المدرسية والتربوية التحضيرية وتضمينها التهيئة النفسية للتوافق مع البيئة المدرسية في المستقبل.
- ضرورة تعيين الأخصائي النفسي العيادي في المدارس لمتابعة الحالات التي تعاني من اضطرابات نفسية والتكفل بها.
- توسيع عمل مستشار التوجيه والإرشاد على المدارس وذلك بتضييق نطاق المقاطعة التي يتكفل بها كل مستشار، وذلك من أجل توجيهه للحالات التي تستدعي تكفلا نفسيا أو طبيا، وكذا قيامه بعمليات الإرشاد المدرسي للتلميذ وأولياء التلاميذ، ورصد الظواهر النفسية والاجتماعية في الوسط المدرسي وإعطائه تقارير دورية للوصاية من أجل تقييم الوضع التربوي وإيجاد الحلول والبدائل المناسبة.
- تنظيم الأبواب المفتوحة على الأطفال المقبلين على الدخول المدرسي في السنة الأولى للسنة القادمة وحملات التوعية للأولياء من أجل تهيئة أبناءهم لتقبل المناخ المدرسي.
- ترقية الحياة المدرسية بحيث يكون المناخ المدرسي ممتعا، وتكون البيئة المدرسية ثرية وجذابة وملينة بالألعاب والألوان والأشكال التي تثير الفضول، واستشارة الأخصائي النفسي والاجتماعي المدرسي في تصميم المدارس وبناء مرافقها المختلفة.
- تكوين المعلمين والمربين على التعامل الحذر والمهني مع التلميذ، والتركيز على بعض المواضيع الخاصة بعلم النفس النمو وعلم النفس التربوي وعلم النفس المرضي للطفل، ليكون المربي على وعي بالمشاكل التي قد تصيب الطفل وطريقة التعامل معها.
- تفعيل النشاطات الثقافية والرياضية بالمدارس والنوادي التربوية لإتاحة الفرصة للتلميذ من أجل صقل مهاراته وإبراز مواهبه والاستثمار في ميوله ضمن نشاطات لاصفية، يكون له فيها الحرية في الاختيار وفي النشاط وفي الحركة، وهذا ما يجعل الوسط المدرسي ممتعا ومحبوبا.
- تأسيس لجان الإصغاء والمتابعة لتكون همزة وصل بين المدرسة وبين الأسرة من أجل تكفل جدي بالتلاميذ الذين يعانون من مشاكل مدرسية، على أن تضم هذه اللجان ممثلين عن المربين ومدير المدرسة وأولياء التلاميذ، من أجل التخطيط لتهيئة الفضاء التربوي ليكون أكثر تشابها بين الأسرة والمدرسة وأكثر جاذبية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

- إبراهيم، عبد الستار (1994). *العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث- أساليبه وميادين تطبيقه*. القاهرة: الدار العربية للنشر والتوزيع.
- إبراهيم، عبد الستار (2008). *إنه من حقك يا أخي؟ دليل العلاج السلوكي المعرفي في تنمية التوكيدية والمهارات الاجتماعية*. ط01، سلسلة الممارس النفسي، القاهرة: دار الكتاب للنشر والتوزيع.
- إبراهيم، عبد الستار؛ الدخيل، عبد العزيز عبد الله؛ إبراهيم، رضوان (1993). *العلاج السلوكي للطفل- أساليبه ونماذج من حالاته*. ديسمبر، الكويت: سلسلة عالم المعرفة.
- إبراهيم، عبد الستار؛ عبد الله، عسكر (2008). *علم النفس الإكلينيكي*. ط04، القاهرة: المكتبة الأنجلومصرية.
- أديب محمد، الخالدي (2015). *علم النفس الإكلينيكي -في التدخل العلاجي*. ط01، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- أسعد، ميخائيل (2010). *دليل العلاج النفسي*. ط01، المنصورية (لبنان): كتابنا للنشر.
- إفت، كحلة (2009). *العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي لمرضى الاكتئاب*. القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر.
- ألفرد، أدلر (2005). *الطبيعة البشرية، تر: عادل نبيل بشري، ط01، القاهرة: المجلس الأعلى للثقافة*.
- باتل، فيكرام (2008). *كتاب الصحة النفسية للجميع -حيث لا يوجد طبيب نفسي*. ط01، تر: شركاء برنامج الصحة النفسية الإقليمي في ورشة الموارد العربية، بيروت: ورشة الموارد البشرية.
- بالماد، غي (1985). *مناهج التربية*. تر: جوزف عبو دكبة، ط03، بيروت: دار عويدات.
- بطرس، حافظ بطرس (2008). *المشكلات النفسية وعلاجها*. ط01، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- بطرس، حافظ بطرس (2010). *إرشاد الأطفال العاديين*، ط02، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- بيتش، هارولد ريجينالد (1992). *تعديل السلوك البشري*. تر: فيصل محمد الزراد، الرياض: دار المريخ للنشر.
- بيير، شلوتكة ؛ كاسبار، فرانز؛ روهلر، بارند (2016). *التشخيص النفسي الإكلينيكي- التشخيص النفسي للاضطرابات النفسية ومجالات التطبيق الأخرى*. ج02، ط01، العين: دار الكتاب الجامعي.
- تيموثي، ج. ترول (2007). *علم النفس الإكلينيكي*. تر: فوزي شاکر طعيمة داود، حنان لطفي زين الدين، ط01، عمان: دار الشروق.

- جابر، عبد الحميد جابر؛ كفاقي، علاء الدين (1991). معجم علم النفس والطب النفسي، القاهرة: دار النهضة العربية.
- جان، لابلانث؛ بونتاليس، ب.ج (1997). معجم مصطلحات التحليل النفسي. تر: مصطفى حجازي، بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- جاير، ميشال (2012). المدخل إلى المعالجة النفسية التفاعلية الدينامية - طرائق العلاج النفسي الفردي. تر: رضوان سمير جابر، ط01، الإمارات العربية المتحدة، العين: دار الكتاب الجامعي.
- جايسون، دينا (2013). سلوك الأطفال. تر: هنادي مزبودي، ط01، الرياض: المجلة العربية.
- الجريدة الرسمية للدولة الجزائرية (2016). المرسوم التنفيذي 16-226 المؤرخ في 25 أوت 2016. العدد 51، الجزائر: الأمانة العامة للحكومة المطبعة الرسمية.
- جمال، الخطيب (2003). تعديل السلوك الإنساني. ط01، عمان: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- جميل، حمداوي (2015). التنشيط التربوي مفهومه، تقنياته، وسائله. ط01، الرياض: شبكة الألوكة.
- جيزل، أرنولد؛ فرانك، ل؛ لويس، ب؛ جلينا، أ (1995). الطفل من الخامسة إلى العاشرة. تر: جاويد عبد العزيز توفيق، ط02، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- حامد، زهران (1986). علم نفس النمو الطفولة والمراهقة. ط05، القاهرة: دار المعارف.
- حسين، فالح حسين (2013). علم النفس المرضي والعلاج النفسي. ط01، عمان: مركز دبيونو لتعليم التفكير.
- حسين، فايد (2006). العلاج النفسي - أصوله - تطبيقاته - أخلاقياته. ط01، القاهرة: دار طيبة للنشر والتوزيع.
- حلمي، المليجي (2001). علم نفس الشخصية. ط01، بيروت: دار النهضة العربية.
- حمزة، الجبالي (2006). مشاكل الطفل والمراهق النفسية. ط01، عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- داود، حنا عزيز؛ الطيب، محمد عبد اللطيف. حنين، رشدي عبده. منسي، محمود عبد الحليم (1982). التلميذ في التعليم الأساسي، الإسكندرية: منشأة المعارف.
- رجب، الرفاتي عبد الرحمن (2011). الذكاء الانفعالي - النظرية والتطبيق في علم النفس الرياضي. عمان: دار المأمون للنشر والتوزيع.
- رشا، محمود حسين (2014). فوبيا الحياة المدرسية لدى تلاميذ المدارس. دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- رونيه، أوبير (1983). التربية العامة. تر: عبد الله، عبد الدايم، ط06، بيروت: دار العلم للملايين.
- رياض، العاسمي نايل (1999). دراسة إكلينيكية لبنية النفسية للأطفال الذين يعانون من الفوبيا المدرسية في المرحلة الابتدائية. رسالة ماجستير. معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.

- رياض، العاسمي نايل (2015). *سيكولوجية الطفل الراض للمدرسة*. ط01، عمان: دار الإعمار العلمي للنشر والتوزيع.
- رياض، العاسمي نايل (2016). *العلاج النفسي*. دمشق: منشورات جامعة دمشق، كلية التربية.
- زروالي، لطيفة (2014). *علم النفس المرضي للراشد*. وهران: منشورات دار الأديب.
- زينب، شقير محمود؛ سميرة، الكردي عبد الله (2011) *بطارية تشخيص فوبيا المدرسة والفكر المرتبطة بها في البيئة العربية*. ط01، طنطا: مطبعة الكتاب الجامعي لجامعة طنطا.
- سالمة، غياث (2012). *المخاوف المدرسية الشائعة لدى تلاميذ مرحلة التعليم الابتدائي- دراسة وصفية على تلاميذ مرحلة التعليم الابتدائي بدائرة تميمون ولاية أدرار*. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية، وهران: جامعة وهران.
- سعاد، قصبيا هاشم عبد السلام (2007). *علم نفس النمو - الطفولة والمراهقة*. ط04، مصراتة: دار مصراتة للكتاب.
- سعيد، العزة حسني؛ جودت، عبد الهادي (2007). ط01، *مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي*. عمان: دار الثقافية.
- سلوى، سليمان السيد (2005). *فعالية التدريب على المهارات الاجتماعية في خفض فوبيا المدرسة*. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الزقازيق: جامعة الزقازيق.
- سناء، سليمان محمد (2012). *مشكلة الخجل الاجتماعي لدى الصغار والمراهقين والكبار، القاهرة: عالم الكتب*.
- صبيحة، السامرائي (2014). *رعاية المعاقين والتكامل الأسري دراسة ميدانية على عينة من الأطفال*. ط01، لندن: دار الوركاء.
- طه، عبد العظيم حسين (2014). *الإرشاد النفسي النظرية-التطبيق-التكنولوجيا*. ط06، عمان: دار الفكر.
- عبد الرحمن، العيسوي (1997). *العلاج السلوكي*. بيروت: دار الراتب الجامعية.
- عبد الرحمن، العيسوي (2006). *الإرشاد والعلاج النفسي*. الدار الجامعية: الإسكندرية.
- عبد الفتاح، أبو معال (2000). *تنمية الاستعداد اللغوي عند الأطفال*. ط01، عمان: دار الشروق.
- عبد الفتاح، نجله (2010). *الدراما علاج نفسي فعال للطفل*. ط01، القاهرة: عالم الكتب.
- عبد الله، الحريري (2014). *الرهاب الاجتماعي رؤية معرفية-سلوكية*. ط01، بيروت: منشورات ضفاف.
- علاء الدين، كفاقي (1999). *الإرشاد والعلاج الأسري - من منظور نسقي اتصالي*. ط01، القاهرة: دار الفكر العربي .

- علي، قحوان قاسم (2011). *التسرب في المدارس الأساسية وعلاقته بخصائص المجتمع وأنشطته*، عمان: دار غيداء للنشر والتوزيع.
- عماد، الزغلول عبد الرحيم (2012). *الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال*. ط01، عمان: دار الشروق.
- عماد، الزغلول عبد الرحيم (2015). *الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال*. ط02، القاهرة: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- عمر، ماهر محمود (1987). *المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي*. ط02، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية
- غاستون، ميالاريه (1985). *مدخل إلى التربية*. تر: نسيم نصر، ط04، بيروت: منشورات عويدات.
- غرومباخ، س، ألكساندرو فاسكاي، أ (1995). *صحة الأطفال النفسية ودور المدرسة في حمايتها*، تر: المجيد، عبد الله. ط01، دمشق: دار معد للطباعة والنشر.
- غزوان، ناصيف (2012). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. ط01، دمشق: دار الكتاب العربي.
- غودفريد، ميشال (2010). *مصطلحات في علم النفس والطب النفسي*. تر: نصر الله، حبيب نصر الله، ط01، بيروت: مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- غينيش، كارين (2014). *علم النفس المرضي لدى الأطفال*. تر: مرح إبراهيم، بيروت: دار الكتاب العربي.
- فرج، صفوت (2008). *علم النفس الإكلينيكي*. القاهرة: المكتبة الأنجلومصرية.
- فيولا، الببلاوي (1990). *مشكلات السلوك عند الأطفال – نماذج من البحوث في تحليل السلوك وتعديل السلوك عند الأطفال*، القاهرة: المكتبة الأنجلومصرية.
- كاملة، شعبان الفرخ؛ تيم، عبد الجابر (1999). *النمو الانفعالي عند الطفل*. ط01، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- كريمان، بدير (2012). *الأسس النفسية لنمو الطفل*. ط01، عمان: دار المسيرة.
- كرينغ، م أن؛ جونسون، شري؛ نيال، م جون؛ دافيسون، سي جيرالد (2016). *علم النفس المرضي*. تر: الحويلة، أمثال هادي؛ عياد، فاطمة سلامة؛ شويخ، هناء؛ الرشيد، ملك جاسم؛ الحمدان، نادية عبد الله، ط02، القاهرة: المكتبة الأنجلومصرية.
- كلثوم، بلميهوب (2014). *تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية*. وهران: مركز البحث في الأنثروبولوجيا الإجتماعية والثقافية.
- لويس، مليكة كامل (1990). *العلاج السلوكي وتعديل السلوك*. ط01، الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

- ماركس، م، إيزاك (1999). *التعايش مع الخوف - فهم القلق ومكافحته*. - تر: نجاتي، محمد عثمان، القاهرة: دار الشروق.
- مالك، مخول سليمان (2015). *علم نفس الطفولة والمراهقة*. دمشق: منشورات جامعة دمشق، كلية التربية.
- مبارك ، بديع محمود (1989). *تخطيط البرنامج الإرشادي*، وزارة التربية- المديرية العامة للإعداد والتدريب، بغداد: مكتبة المنتصر، المتنبي.
- مجدى، الدسوقي محمد (2006). *اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد*. سلسلة الاضطرابات النفسية، القاهرة: المكتبة الأنجلومصرية.
- مجدى، الدسوقي محمد (2006). *فقدان الشهية العصبي*. سلسلة الاضطرابات النفسية، القاهرة: المكتبة الأنجلومصرية.
- محمد، الحجار (1999). *الوجيز في ممارسة فن العلاج النفسي-السلوكي*. ط01، بيروت: دار النفائس.
- محمد، زيدان مصطفى (1972). *النمو النفسي للطفل والمراهق وأسس الصحة النفسية*. ط01، طرابلس: منشورات الجامعة الليبية.
- محمد، سيد فهمي (1998). *التحليل في طريقة العمل مع الجماعات*، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- محمد، شحيمي أيوب (1994). *مشكلات الطفل كيف نفهمها؟ المشاكل والانحرافات الطفولية وكيف نعالجها*. ط01، بيروت: دار الفكر اللبناني.
- محمد، عبد الله مجدي أحمد (2006). *الاضطرابات النفسية للأطفال الأعراض والأسباب والعلاج*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- محمد، كريم عادل شكري (2005). *المخاوف المرضية قياسها وتصنيفها وتشخيصها*. السويس: دار المعرفة الجامعية.
- مختار، وفيق صفوت (1999). *مشكلات الأطفال السلوكية - الأسباب والعلاج*. ط01، القاهرة: دار العلم والثقافة.
- مريم، سليم (2002). *علم نفس النمو*. ط01، بيروت: دار النهضة العربية.
- مصطفى، حجازي (2004). *الصحة النفسية - منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة*. ط02، بيروت: المركز الثقافي العربي.
- نادية، شرادي (2006). *التكيف المدرسي للطفل والمراهق على ضوء التنظيم العقلي*. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

- نجمة، الزهراني بنت عبد الله محمد (2005). *النمو النفس-اجتماعي وفق نظرية إريكسون وعلاقته بالتوافق والتحصيل الدراسي لدى عينة من طلاب وطالبات المرحلة الثانوية بمدينة الطائف*. رسالة ماجستير غير منشورة، مكة: جامعة أم القرى ، كلية التربية.
- هالة، الأبلم (2016). *أسرار العلاج بالسيكودراما*. دبي: دار الهدد.
- هالة، الجرواني إبراهيم؛ نيللي، العطار محمد (2014). *مخاوف الأطفال- التشخيص والعلاج*. ط01، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- هند، العزازي عصام (2014). *صعوبات التعلم والخوف من المدرسة*. ط01، القاهرة: المكتب العربي للمعارف.
- هوفمان، س، ج (2012). *العلاج المعرفي السلوكي المعاصر- الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية*. تر: مراد علي عيسى، ط01، القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- وردة رشيد، بلحسيني، (2014). *اضطراب الهلع وثورة العلاج المعرفي السلوكي*. ط01، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- وردة، بلحسيني (2011). *أثر برنامج معرفي- سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة*. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الإنسنة والاجتماعية، ورقلة: جامعة قاصدي مرباح.
- وليام، كرين (1996). *نظريات النمو مفاهيم وتطبيقات*. تر: الأنصاري محمد، سلسلة الدراسات العلمية المتخصصة، العدد 25، الكويت: الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.
- وليد، العياصرة رفيق (2010). *الطفل-نموه-نكاؤه-تعلمه*. عمان: دار عماد الدين للنشر والتوزيع.
- وولمان، بنجامين، ب (2006). *مخاوف الأطفال*. تر: القوصي، عبد العزيز. الطيب، محمد عبد الظاهر، القاهرة: المكتبة الأنجلومصرية.
- يوسف، قطامي (2000). *نمو الطفل المعرفي واللغوي*. ط01، عمان: الأهلية للنشر والتوزيع.
- يوسف، محمد كمال (2009). *الخبرات التربوية المتكاملة لرياض الأطفال*. ط01، القاهرة: دار النشر للجامعات.
- André, C (2004). *Psychologie De La Peur – Craites, Angoisses et phobies*. Paris: ODILE JACOB.
- André, C. Légeron (2000). *La peur des autres- Trac, Timidité et phobie sociale*. 3^eEdition, Paris : Edition ODILE JACOB.
- Beck A. T . (2010). *La thérapie cognitive et les troubles émotionnels*. Tra : Bernard Pascal , 1^{er} Edution, Bruxelles : Groupe de boeck.

- Beck J.S. (2011). *Cognitive behavior Thérapy- Basic and beyond*. 2nd Edition, New York : The Guilford Press.
- Beck T. A , Rush A.J. , Shaw F.B. , Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York : The guilford press.
- Beoy, A., Fouque D. (2012). *Psychologie clinique et psychopathologie*. 2^e Edition, Paris : Dunod.
- Blaise P. (2003). *Le premier lien – Théorie de l'attachement*. Paris : ODILE JACOB.
- Bordin D. (2007). *La psychanalyse de Freud à aujourd'hui- Histoire, Concepts, Pratique*. Rome : Bréal.
- Bouteldja M. (2014). *La Phobie scolaire- Angoisse de séparation ou syndrome d'inadaptation scolaire*. Revue des sciences sociales, N° 18 Juin 2014. Université de Sétif 2
- Boyce M. W. (1978). *School Phobia: A Review of Some Issues*. Australian Journal of Teacher Education, posted at Research Online, <http://ro.ecu.edu.au/ajte/vol3/iss1/3>, 20/10/2016 , 22 :06.
- Cottraux J . (2004). *Les thérapies Comportementales et cognitives*. 4^eédition, Paris : Elsevier Masson.
- Cottraux, J , Fontaine O. , Ladouceur R. (1995). *Cliniques de thérapiecomportementale*. 2^eEdition, Bruxelles : Pierre Mardaga éditeur.
- CsÒti M.(2003). *School Phobia, Panic Attacks, And Anxiety in Children*. London : Jessica Kingsley Publisher.
- Danion-grilliat A. , BurszteinC . (2011). *Psychiatrie de l'enfant*. Paris : Lavoisier.
- Danvers F. (1994). *700 Mots-clefs pour l'éducation*. 2^e Ed, Lille : Presses universitaires de Lille.
- Denis P. (2011). *Les phobies* . 2^eEd, Paris: Presses universitaires de France (PUF)
- Dillens A-M. , Debru C. , De Courcelles D . , De Foucauld. J. B et Alt (2006). *La peur - émotion, passion, raison*. Bruxelles : Faculté universitaires Saint-Louis.
- Dumont, J-P . , Dunezat P. , Le dez-Alexandre M . , Prouff J. (2004). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Tome1, 2^e Ed, Paris : Heures de France.
- Emilien, G ;Durlach C . , FontaineD. ; Fontaine O. , BoyerP. (2003). *L'anxiété sociale*. Hyen : Pierre Mardaga éditeur.
- Ferrari P. ; Bonnot O. (2013). *Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Lavoisier.

- Freud, Sigmund (2011). *Cinq leçons sur la psychanalyse*. Tra : Yves le lay, Beirut : Symphonie Classique.
- Freud S.(2011). *Le petit Hans*. Tra : Cedric ,Cohen Skalli ; Smirou, Sébastien, Paris: Éditions Payot.
- Galloway D. (1985). *Schools and persistent absentees*. 1st Edition, New York :Perganon Pess.
- Granger B. (2003).*La psychiatrie d'aujourd'hui- Du diagnostique au traitement*. 1^{er} Ed , Paris : ODIL JACOB.
- Heyne DAVID; King NJ; Tonge BJ; Rollings S; Young D; Pritchard M; Ollendick, TH (2002). *Evaluation of child therapy and caregiver training in the treatment of school refusal*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Jun,41(6), P:687-95.
- Hofmann S.G. (2012). *An introduction to modern CBT-psychological solutions to mental health problems*. 1st Edution, New Jersey : Wiley-Blackwell.
- Kearney, A.Kristopher ; Silverman,K.Wendy (1993). *Measuring the function Of school refusal bihavior : The school assessment scale*, Journal of clinical child psychology, New Jersey : Lawrence Erlbaum associates , 22(01) , P :85-96
- Kearney, A.Christopher (2008). *Helping school refusing – Children & Thear parent*. USA, New York : Oxford Press, Ink.
- Kearney, A.Christopher (2008). *School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review*. *Clinical Psychology Review*, 28, Las Vegas: University of Nevada, p :451–471.
- Kennedy, W. A. (1965). *School phobia: Rapid treatment of fifty cases*. Washington : Journal of Abnormal Psychology, 70(4), P: 285-289.
- King Neville.J ; Tonge BJ ; Heyne D ; Pritchard M ; Rollings S ; Young D ; Myerson N ; Ollendick TH, (1998). *Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children: a controlled evaluation*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry-AACAP, April ;37(4), P:395-403.
- Laplanche J. ; Pontalis J.B (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*.1^{er} Edution, Paris : Presses Universitaires de France.
- Lauriane E. (2013). *Le refus scolaire anxieux à l'adolescence : une étude clinique de 183 cas accueillis dans un centre de consultations de 2009 à 2012*. Thèse pour le doctorat en

médecine, Académie d'Orléans –Tours Université François Rabelais: faculté de médecine de tours.

Leveau J. (2005). *Pour que votre enfant n'ait plus peur*. Paris : ODILE JACOB.

Marcelli, D. , Cohen D .(2012). *Enfance et psychopathologie*. 9e Edition, Paris: Elsevier MASSON.

Pastorino, E ,DoyleP. (2013). *What is psychology*. 2nd édition,USA, Belmont : Wadsworth.

Proust F. ;Boutros, Fikry (2008). *Jeux de rôle pour les formateurs*. Paris : Editions d'organisation Groupe Eyrolles.

Reynolds C.R , Fletcher-Jansen E .(2007). *Encyclopedia of special education- A referance for the education of chldren, adolescents, and adults with disabilities and other exceptional individuals*. Third edution, Vol03, USA, New Jersey : John Wiley& Sons, Ink.

Sérès A. (2008). *La prise en charge des phobies scolaires progresse*. Pub: le 28/10/2008 à 22:47, Le figaro, www.lefigaro.fr, 26/12/2016 à 23 :36.

Turner M S. (1984). *Behavioral Theories and Treatment Of Anxiety*. 1^{er} Edition, New York : Plenum Press.

Vandenbos G.R (2013). *APA dictionary of clinical psychology*. 1st Ed , Washington : American Psychological Association.

Vemette, J. ,Cloutier R. (1999). *La parole en public*. 2^{em} Ed, Canada, Sainte-Foy : Les Presses De L'université Laval.

الملاحق

قائمة الملاحق

الملحق رقم (01)

الملحق رقم 01: مقياس فوبيا المدرسة

(إعداد: الدكتورة زينب محمود شقير والدكتورة سميرة عبد الله الكردي)

الرقم	العبارة	دائما	أحيانا	لا تنطبق
الأعراض السلوكية				
01	أشعر بعدم الارتياح من وجودي في المدرسة			
02	أتصرف أمام زملائي بشكل فيه ارتباك			
03	أخشى التحدث مع زملائي في المدرسة			
04	أخاف وأتجنب المشاركة في أنشطة جماعية بالمدرسة			
05	أشعر بالتوتر والحرص عندما أقابل زملائي بالمدرسة			
06	أجد صعوبة في التعبير عن نفسي بسهولة أمام المعلم			
07	أتجنب الأكل أمام زملائي			
08	يمنعني خجلي من المشاركة في أنشطة المدرسة			
09	أخترق الأعذار حتى لا أذهب إلى المدرسة			
11	أبتعد عن أي مكان في المدرسة يجتمع فيه زملائي			
12	أشعر بالخوف عند سؤالي للمعلم عن شيء لم أفهمه			
13	أخشى رفع يدي للإجابة على سؤال المعلم			
14	أحرص من الذهاب إلى المقصف لشراء ما أحتاجه			
15	أخشى الذهاب بمفردي إلى حمامات المدرسة			
16	أخاف الذهاب لمكتب المدير إذا كان عندي مشكلة			
الأعراض العضوية (الفيسيولوجية الجسمية)				
01	أرتعش وتزداد ضربات قلبي عند دخول المدرسة			
02	يقطع نمومي من كثرة التفكير في ذهابي إلى المدرسة			
03	أشعر بصداخ كثيرا وأنا في المدرسة			
04	أشعر ببرودة ورعشة عندما أقف وأجيب على المعلم بصوت مرتفع			
05	كثيرا ما يحدث لي إسهال وأنا في المدرسة من شدة خوفي منا			
06	أشعر بغثيان وأوقات القيء وأنا في المدرسة			
07	أرى كوابيس وأحلام مؤلمة من كثرة تفكيري في المدرسة			
08	أتلجج في الكلام وأنا في المدرسة			
الأعراض الانفعالية				
01	أشعر بالتوتر والقلق وأنا في المدرسة			
02	أخاف من نقدي من نقد زملائي لي			
03	يتملكني الخوف والقلق إذا طلب مني المعلم التحدث بصوت مرتفع			
04	خجلي الشديد يمنعني من تحقيق النجاح			
05	أخاف وقد أبكي عندما أذهب إلى المدرسة			

الملاحق

			أشعر بخجل من زملائي في المدرسة	06
			أخاف من مواجهة مدير المدرسة	07
			أكره الذهاب إلى المدرسة	08
			أشعر بعدم ثقتي بنفسي وأنا في المدرسة	09
			أسعد أيامي وأنا أغيب عن المدرسة	10
			أتوتر وأرتبك عندما أتحدث مع معلمي	11
			أخاف أن أتكلم بصوت مرتفع في الصف	12
			أكون حزين وأنا في المدرسة	13
			أخاف من المعلم عندما يتكلم بصوت عال	14
			أشعر بالرعب من قدوم مدير المدرسة إلينا	15
			أشعر بالوحدة وأنا في المدرسة	16
الأعراض العقلية المعرفية				
			أنسى كل شيء عندما يسألني المعلم	01
			أفكر كثيرا في ترك المدرسة	02
			كثيرا ما أنسى ما ذاكرته عند دخول لامتحان من خوفي من المدرسة	03
			خوفي من المعلم يجعلني أشعر أن نظرته لي نظرة متدنية مقارنة بزملائي	04
			خوفي من المدرسة يجعلني أفكر كثيرا في أن المعلم ممكن يجرني أمام زملائي	05
			أظن أن خوفي من الفشل يؤثر على تفوقي	06
			أفضل عدم معرفة معلومة تجنبا لسؤال المعلم من خوفي منه	07
			خوفي من المدرسة يتسبب في انخفاض درجاتي في الامتحان مما يجعلني أشعر بالفشل	08
			أفكر كثيرا وأنا في المدرسة في وقت انصرافي منها	09
			وأنا في الفصل يكون تفكيري مضطرب	10

الملحق رقم (02)

الملحق رقم (02): مقياس الأفكار الخاطئة (السالبة) المرتبطة بفوبيا المدرسة

(إعداد: الدكتورة زينب محمود شقير والدكتورة سميرة عبد الله الكردي)

الرقم	العبارة	دائماً	أحياناً	لا تنطبق
العوامل الشخصية				
01	أعتقد أن المدرسة تسبب لي ضيق وألم			
02	أفكر كثيراً في تعطل السيارة وأنا ذاهب للمدرسة			
03	أفكر في أن تركي للمدرسة والدراسة أفضل شيء			
04	أتوقع إصابتي بالمرض وأنا في المدرسة			
05	أتوقع كوابيس من شدة خوفاً من المدرسة			
06	أعتقد أنني لا أكون في أمان وأنا في المدرسة			
07	أفكر كثيراً في أن زملائي ممكن أن يكتشفوا عيوبي			
08	أتوقع حدوث حادث لي وأنا في طريقي للمدرسة			
09	أخاف على بابا يعمل حادث وهو يوصلني للمدرسة			
10	أتوقع الرسوب والفشل في الدراسة			
العوامل الأسرية				
01	أفكر في بابا وماما وأنا في المدرسة			
02	أتوقع حدوث مكروه لي وأنا بعيد عن والدي			
03	أعتقد أن بعدي عن أبي وأمي يجعلني لا أفهم شيئاً في المدرسة			
04	أعتقد أن وجودي في البين يمنع حدوث مشاكل بين بابا وماما			
05	أفكر كثيراً في احتمال سرقة البيت وأنا في المدرسة بعيد عنه			
06	أفكر في إصابة أحد أخواتي (أو أقاربي) وأنا في المدرسة			
07	أعتقد أن شرح أبي وأمي أفضل من شرح المعلم			
08	أعتقد أن المعلم يضربني لما ألعب لأنني بعيد عن ماما وبابا			
09	أظن أنني في البيت أكون أسعد من وجودي في المدرسة			
10	أفكر وأنا في المدرسة إن أخي (أو أختي) سيأخذ أغراضي ولعبي			
العوامل المدرسية				
01	أعتقد أن الدروس صعبة ولا يمكن أن أفهمها			
02	في رأيي أن المدرسة سجن			
03	أفكر كثيراً في إحراج المعلم لي أمام زملائي			
04	أتوقع إن المعلم يستخدم العقاب أكثر من الثواب			
05	أتوقع الشعور بالتعب والإجهاد كثيراً في المدرسة بسبب الأنشطة المفروضة علينا			
06	أفكر كثيراً في أنني سأشعر بالخوف لو المعلم طلب مني أقرأ بصوت مرتفع			
07	أضن أن المعلم يتجاهل نشاطاتي داخل الفصل			
08	أعتقد أنني لا أفهم دروسي مهما ذاكرت			

الملاحق

			أفكر في إن زملائي في المدرسة عندهم فكرة عني أنني غير متفوق	09
			أعتقد أن المعلم يكرهني	10
			أفكر كثيرا في مضايقة المعلم لي	11
			أفكر كثيرا في الخوف من الامتحانات لأنها صعبة	12
			أعتقد أن زملائي لن يتعاونوا معي	13
			أعتقد أن زملائي يكرهونني	14

الملحق رقم (03)

الملحق رقم (03) : مقياس فوبيا المدرسة لدى الأطفال كما يدركه المعلم

عزيزي المعلم عزيزتي المعلمة:

أمامك بعض العبارات التي تتعلق بجوانب فوبيا المدرسة والتي تلاحظها على تلاميذك/ تلميذاتك أثناء قيامك بمهنة التدريس والرجاء من سيادتكم وضع علامة (x) تحت الكلمة التي تنطبق على العبارة، وليست هناك إجابة صحيحة وإجابة خاطئة وإنما تصف هذه العبارات حالة تلاميذك وتلميذاتك، من فضلك حاول أن تجيب على جميع العبارات، ولكم جزيل الشكر على حسن تعاونكم.

اسم المعلم (ة): اسم التلميذ(ة): الجنس:
اسم المدرسة: القسم: السن:
تاريخ إجراء الاختبار:

الرقم	العبارة	كثيرا	أحيانا	قليلا
01	صامت أثناء تواجده في المدرسة			
02	يخاف من المدرسين الجدد			
03	كثير الغضب			
04	يخاف عندما أنظر إليه في القسم			
05	شاحب الوجه			
06	يتجنب اللعب مع زملائه			
07	يشتكى من الصداع أثناء تواجده في المدرسة			
08	يضل منتظرا العقاب على خطأ لم يرتكبه			
09	كثير البكاء أثناء تواجده في المدرسة			
10	يخشي الحديث مع الآخرين			
11	يشتكى من الألم في المعدة أو الأمعاء			
12	يخاف ويرتعش عندما أمره بتوقيع ولي الأمر على الشهادة			
13	يخاف صعود أو نزول السلم لعدم تعرض زملائه له			
14	يشعر بعدم حب الجميع له			
15	حزين ومكتئب أثناء تواجده في المدرسة			
16	يشتكى من زملائه في المدرسة			
17	كثير الغياب			
18	يكن مشاعر العداء للآخرين			
19	يدعي المرض أثناء تواجده في المدرسة			
20	ليس له أصدقاء			
21	شارد التفكير أثناء تواجده في المدرسة			
22	يرتعش كلما اقتربت منه			
23	يرتعش			
24	يشعر بالضيق غالبا أثناء تواجده في المدرسة			
25	يحمر وجهه عندما أنظر إليه			
26	يرتعش كلما اقترب من الصبورة			

الملاحق

			27	يخشى الحديث معه أو مع غيره
			28	لا يحب عمل الواجب المنزلي
			29	يخاف التحدث مع المدير أو المدير
			30	يتضايق عندما يقرأ الدرس بصوت عالي في الفصل
			31	يخشى من اعتداء الآخرين عليه أثناء الذهاب أو الانصراف من المدرسة
			32	معتمد على الآخرين (اعتمادي)
			34	يرفض الذهاب إلى المدرسة
			35	شديد التعلق بوالديه
			36	يشعر بالخوف من الامتحانات
			37	يبدو منعزلاً عن بقية زملائه
			38	عادة ينسى كراسة الواجب
			39	يرفض التعاون والمشاركة مع زملائه
			40	يخاف عندما يعاقب أحد التلاميذ في الفصل
			41	يرفض الذهاب إلى المدرسة بمفرده
			42	يضل خانفا أثناء تواجده في المدرسة
			43	يشتكي من المدرسين في المدرسة
			44	يخاف من الزحام أو الضوضاء داخل المدرسة
			45	يخاف من الزحام أو الضوضاء داخل المدرسة
			46	يخاف الإجابة أو الاستفسار عن أي سؤال

الملحق رقم (04)

الملحق رقم (04) : البرنامج العلاجي

الجلسة الأولى:

الهدف: بناء الثقة

سيرورة الجلسة:

الترحيب بالطفل وإشعاره بالأمان، أسئلة عن الوالدين وعن الأسرة، إتاحة الفرصة للطفل للتكلم عن المشاعر التي تحدث له حين التوجه إلى المدرسة، وعن البيئة المدرسية، المعلم المفضل، الصديق المفضل، المشكلات الصحية.

سؤال الطفل عن المشاكل التي يواجهها في المدرسة، وإن كان مستعد لقبول المساعدة في حلها.

شرح الهدف من البرنامج وإعطاء فكرة عن طريقة تسيير الجلسات ووقتها ومكانها

الواجب المنزلي:

كراسة التقييم: منح الطفل كراسة للتقييم تحوي على الجلسات وبها أربعة وجوه، الوجه الأول حالة ابتهاج، الوجه الثاني حالة رضا، الوجه الثالث حالة تجهم، والوجه الرابع حالة سخط، ويلون الطفل بعد كل جلسة وجها من الأوجه من أجل تقييم الجلسة، كما تحوي كل ورقة على مجموعة النشاطات اليومية كوقت الاستيقاظ وتناول الفطور الطريق التي أخذها الطفل نحو المدرسة، الصديق الذي رافقه، وكذلك استفسار حول المشاعر التي حضرته.

المكافأة:

منح الطفل شيئا جميلا ومسليا يثير اهتمامه ويجعله يتحمس للجلسة الثانية.

الجلسة الثانية:

الهدف: التعرف على الأفكار التلقائية تجاه المدرسة

سيرورة الجلسة:

مناقشة ما كتب التلميذ على كراسة التقييم.

إعطاء التلميذ قصة أنا ومدرستي (قصة تحكي قصة الطفل "وسيم" - يمكن تغيير الشخصية بالنسبة للإناث- فيها الكثير من الصور التعبيرية والقليل من الكتابة)

قراءة القصة ومناقشة كل خطوة

التعرف على ما يفكر فيه وسيم في كل مرحلة من مراحل القصة

تقييم الأفكار وتصنيفها : فكرة جيدة/ فكرة سيئة

اقترح حلول ونصائح لوسيم.

المكافأة: منح الطفل إصيص bouquet به نبتة وإخباره أنها على وشك أن تصبح وردة بعد أسبوع أو أسبوعين، على أن يعتني به الطفل ويضعه في مكان مخصص بالمدرسة (بحيث تثير انتباه التلميذ حين دخوله إلى المدرسة لتركيز الانتباه على النبتة وإبطال الانتباه إلى المثيرات غير المرغوبة المتصلة بحالة الفوبيا لدى الطفل)

الواجب المنزلي: إعادة كتابة الجمل الواردة في القصة "أنا ومدرستي" ولكن بصيغة جديدة يكون وسيم فيها محبا للمدرسة وراغبا فيها. (يمكن إشراك المعلم في هذه الخطوة)

الجلسة الثالثة:

الهدف: التنفيس الانفعالي

سيرورة الجلسة:

مناقشة ما كتب على كراس التقييم.

مناقشة الواجب المنزلي: مراقبة الأفكار الواردة في القصة من جديد، وتعزيزها وتحسين الأفكار نحو المدرسة.

تحضير الطفل لجلسة استرخاء يتم تدريبه فيها على التنفس العميق ، يمكن استعمال موسيقى هادئة ووضعيات مريحة

المكافأة: شريط CD يحوي على رسوم متحركة، وفيها فيديو مدبلج للخوف الذي يكون على شكل كنغر ويرافق التلميذ إلى المدرسة.

الواجب المنزلي: التفرج على CD

الجلسة الرابعة:

الهدف: التعرض غير المباشر

سيرورة الجلسة:

مناقشة ما كتب على كراسة التقييم

مناقشة الواجب المنزلي: إعادة تشغيل فيديو الكنغر والطلب من الطفل التعليق عليه.

إعطاء مجموعة من الوضعيات المدرسية وإعطاء سلم تقدير من 00 إلى 10 حول الوضعية التي تثير انزعاجا كبيرا لدى الطفل.

الطلب من الطفل إغماض عينيه واتخاذ وضعية مريحة، ثم جعله يتخيل أن في الطابور الصباحي ونادى مدير المدرسة على اسمه ليقوم برفع العلم، والتلاميذ ينظرون إليه، ووصف المشهد بدقة مع ملاحظة انفعالات الطفل وإيماءاته.

مناقشة التجربة التخيلية وإعطاء بعض التعليمات حول التنفس والتحكم في الانفعال ثم إعادتها ولكن بالصعود إلى السبورة في القسم. (استعمال الوضعيات الأكثر إزعاجا حسب سلم التقدير)

المكافأة: مجموعة ورود

الواجب المنزلي: إعطاء وردة في صباح اليوم الموالي لكل من البواب والمعلم والمدير وشخص آخر، على أن يأخذ التلميذ شيئا ثميناً عن كل وردة يمنحها، ويتم ترتيب الهدايا الثمينة مع المعلم والمدير والبواب لتعزيز السلوك فور تسليم الوردة.

الجلسة الخامسة:

الهدف: تقبل المناخ المدرسي.

سيرورة الجلسة:

مناقشة ما كتب على كراسة التقييم.

مناقشة الواجب المنزلي: شعور التلميذ وهو يعطي الورود، وقيمة الهدايا التي منحه إياها، ومناقشته إذا كان في وسعه إعادة التجربة.

مناقشة إمكانية الذهاب في نزهة داخل المدرسة، وإمكانية الدخول إلى غرفة صف وإلقاء التحية على المعلم والتلاميذ (ترتيب الأمر مع المعلم سلفاً)

المكافأة: منح التلميذ شارة التحدي (une broche)

الواجب المنزلي: الإجابة على سؤال للمعلمة برفع الأيدي والصعود للسطح لكتابة الإجابة (ترتيب الأمر مع المعلمة سلفاً)

الجلسة السادسة:

الهدف: المشاركة في الأنشطة المدرسية

سيرورة الجلسة:

مناقشة ما كتب على كراسة التقييم.

مناقشة الواجب المنزلي: مشاركة التلميذ في الدرس ورفع الأيدي ومناقشة شعور التلميذ حين الصعود إلى السطح.

الذهاب إلى المعلم رفقة التلميذ ومناقشة تجربة الصعود إلى السطح معه (إعداد المقابلة سلفاً مع المعلم على أساس أن التجربة كانت جيدة ومشجعة)

المكافأة: إعطاء بطاقة استحسان من طرف المعلم للتلميذ

الواجب المنزلي: إعطاء مقترح للمدير بخصوص بعض الملاحظات حول الأنشطة المدرسية

الجلسة السابعة:

هدف: تقييم المناخ المدرسي

سيرورة الجلسة:

مناقشة ما كتب على كراسة التقييم، وضعية الوردية في الأصيلص الموضوع على مكتب المعلم.
مناقشة الواجب المنزلي: مناقشة المقترحات وردود المدير عليها ومدى نجاح الخطوة في إشراك التلميذ في الحياة المدرسية وتقبلها
مناقشة نقائص الحياة المدرسية وما هي الأشياء التي يجب أن يركز عليها المعلمون والمدير من وجهة نظر التلميذ، وتدوين مجموعة من المقترحات الجديدة والتي سيناقشها التلميذ مع المعلم بعد الحصص.

المكافأة: إعطاء بطاقة استحسان من طرف مدير المدرسة.

الواجب المنزلي: وضع مجموعة من الأعمال للأسبوع القادم تتضمن جملة من الأهداف:

الوصول إلى بطاقة استحسان

المشاركة في الأنشطة المدرسية داخل القسم والصعود إلى السبورة مرة على الأقل

اكتساب صداقات جديدة

تقديم يد المساعدة إلى أحد الأصدقاء

الجلسة الثامنة:

هدف: التغلب على المخاوف

سيرورة الجلسة:

مناقشة ما كتب على كراسة التقييم، وضعية الوردية في الأصيلص الموضوع على مكتب المعلم.
مناقشة الواجب المنزلي: مدى تحقيق الأهداف المسطرة وتقييمها، مناقشة المشاكل التي اعترضت تحقيق الأهداف ومقترحات لتحسين الأداء.
جلسة استرخاء (التنفس العميق مع موسيقى هادئة) والتدريب على التخيل بالنجاح والتميز وتكوين صداقات عديدة واكتساب تقدير وحب الجميع.

مناقشة ما تخيل التلميذ أثناء جلسة الاسترخاء والأمنيات التي يسعى لتحقيقها.

المكافأة: منح وسام التميز (une broche)

الواجب المنزلي: اقتراح النشاط الثقافي في نادي تربوي يترأسه التلميذ ووضع برنامج له يتضمن النقاط التالية:

أعضاء المكتب (نائب رئيس النادي، عضو مكلف بالإعلام، عضو مكلف بالأنشطة) ، الأنشطة (اقتراح مجموعة من الأنشطة)

الجلسة التاسعة:

هدف: الاندماج والتأثير في الوسط المدرسي

سيرورة الجلسة:

مناقشة ما كتب على كراسة التقييم، وضعية الوردية في الأصيلص الموضوع على مكتب المعلم.

مناقشة الواجب المنزلي: مناقشة النادي الذي يختاره التلميذ والأطراف التي شاورها في موضوع النادي، والأنشطة والأصدقاء الذين يريد إشراكهم في مكتب النادي.

إثراء النقاط التي وضعها الطفل لتأسيس النادي ووضع خطة عمل من أجل عرضها على مدير المدرسة من أجل الترخيص وبدء العمل.

مناقشة إمكانية رفع العلم في نهاية الدوام المسائي في الجلسة القادمة.

المكافأة: التوجه إلى مكتب المدير من أجل تعيينه كرئيس للنادي المقترح

الواجب المنزلي: مراجعة كل المراحل التي تم تدوينها في كراسة التقييم وإعطاء بعض تقييم عام للجلسات والخطوات السابقة وتقييم الناجحة منها والفاشلة.

الجلسة العاشرة:

هدف: تعزيز المكتسبات واختتام البرنامج

سيرورة الجلسة:

مناقشة الواجب المنزلي: أخذ انطباع التلميذ حول جوانب التحسن والخطوات السابقة الناجحة ومناقشة الخطوات التي فشل الطفل في أدائها وإمكانية إعادتها في المستقبل.

مناقشة بعض المخاوف التي مازالت موجودة لدى الطفل.

تقديم مقياس الفوبيا المدرسة للإجابة على فقراته.

تقديم مكافأة رمزية للطفل

التوجه رفقة الطفل إلى مكتب المدير أو المعلم المشرف ومناقشة النشاطات السنوية التي سيقوم بها التلميذ كرئيس للنادي الذي اختاره.

اختتام البرنامج وتحديد تاريخ مع إدارة المدرسة لمتابعة حالة الطفل.

الجلسة الحادية عشر:

الهدف: متابعة مدى الحفاظ على المكتسبات وعدم الانتكاسة

تقديم مقياس الأفكار الخاطئة المرتبطة بالفوبيا المدرسة للإجابة على فقراته.

مناقشة النتائج المدرسية ومدى تحسنها.

تقديم ملخص نشاط الجلسات إلى الإدارة وتوصيات إلى المعلم حول الحالة.

تشجيع الطفل على التحسن والمشاركة في الحياة المدرسية.

الملحق رقم (05)

الملحق رقم (05): نتائج تطبيق مقياس فوبيا المدرسة على العينة

نتائج التطبيق القبلي لمقياس فوبيا المدرسة على العينة

الدرجة الكلية	الأعراض العقلية المعرفية	الأعراض الانفعالية	الأعراض العضوية	الأعراض السلوكية	الجنس	المدارس	الحالات
69,00	16,00	25,00	15,00	13,00	أنثى	بوعناني	الحالة 01
71,00	18,00	23,00	14,00	16,00	أنثى	دحو	الحالة 02
70,00	16,00	28,00	6,00	20,00	أنثى	التبسي	الحالة 03
72,00	13,00	17,00	14,00	28,00	أنثى	مومن	الحالة 04
73,00	12,00	27,00	12,00	22,00	أنثى	لاتي	الحالة 05

نتائج التطبيق البعدي لمقياس فوبيا المدرسة على العينة

الدرجة الكلية	الأعراض العقلية المعرفية	الأعراض الانفعالية	الأعراض العضوية	الأعراض السلوكية	الجنس	المدارس	الحالات
37,00	8,00	12,00	7,00	10,00	أنثى	بوعناني	الحالة 01
35,00	7,00	8,00	8,00	12,00	أنثى	دحو	الحالة 02
52,00	10,00	14,00	6,00	22,00	أنثى	التبسي	الحالة 03
32,00	12,00	7,00	5,00	8,00	أنثى	مومن	الحالة 04
31,00	4,00	10,00	4,00	13,00	أنثى	لاتي	الحالة 05

الملحق رقم (06)

الملحق رقم (06) : نتائج تطبيق لمقياس الأفكار السالبة المرتبطة بفوبيا المدرسة

نتائج التطبيق القبلي لمقياس الأفكار الخاطئة المرتبط بفوبيا المدرسة على العينة

الدرجة الكلية	العوامل الأسرية	العوامل المدرسية	العوامل الشخصية	الجنس	المدارس	الحالات
17,00	19,00	14,00	2,00	أنثى	بوعناني	الحالة 01
21,00	17,00	11,00	2,00	أنثى	دحو	الحالة 02
23,00	14,00	12,00	1,00	ذكر	التبسي	الحالة 03
16,00	16,00	16,00	2,00	أنثى	مومن	الحالة 04
19,00	17,00	13,00	2,00	أنثى	لاتي	الحالة 05

نتائج التطبيق البعدي لمقياس الأفكار الخاطئة المرتبط بفوبيا المدرسة على العينة

الدرجة الكلية	العوامل الأسرية	العوامل المدرسية	العوامل الشخصية	الجنس	المدارس	الحالات
39,00	15,00	14,00	10,00	أنثى	بوعناني	الحالة 01
34,00	10,00	16,00	8,00	أنثى	دحو	الحالة 02
31,00	12,00	15,00	4,00	ذكر	التبسي	الحالة 03
29,00	9,00	12,00	8,00	أنثى	مومن	الحالة 04
33,00	12,00	11,00	10,00	أنثى	لاتي	الحالة 05

الملحق رقم (07)

الملحق رقم (07): دفتر التقييمات الخاص بالحالات

التوقيت	ما أقوم به	ما أفكر به	ما أفكر به حول المدرسة
الساعة 10:00			
الساعة: 14:30			
الساعة 16:00			
الساعة 21:00			
تقييم الجلسة السابق (ألون الوجه المناسب)			

الملحق رقم (08)

الملحق رقم (08): استمارة تقييم جلسة (خاصة بالباحث)

عنوان البرنامج: برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من فوبيا المدرسة لدى بعض التلاميذ المصابين بها في مرحلة التعليم الإبتدائي

الجلسة رقم :
تاريخ الجلسة :/...../..... التوقيت : من إلى

.....
مكان إجراء الجلسة:

.....
الهدف العام للجلسة:

1) تقييم أداء مسير الجلسة:

المعيار	ممتاز	جيد جداً	جيد	متوسط	مقبول	سيئ
01 بلوغ الأهداف المسطرة للجلسة						
02 إدارة الأنشطة						
03 الهدام						
04 كفاءة المدرب في التواصل مع المتدربين						
05 تفاعل التلاميذ مع الأنشطة						
06 المرونة في تنويع الأساليب حسب الوضعيات						
07 إدارة النقاش وتحفيز المشاركين						
08 الإلقاء واللغة						
09 الإيماءات ولغة الجسد						
10 مهارته في الإلقاء						
11 إدارة وقت الجلسة						
12 التعامل مع الأنماط المختلفة للتلاميذ						
13 الالتزام بالأنشطة						
14 القدرة على تحقيق أهداف الجلسات						
15 درجة التقبل اللامشروط للتلاميذ						

2) تقييم محتوى الجلسة:

المعيار	ممتاز	جيد جداً	جيد	متوسط	مقبول	سيئ
1 أهداف الجلسة واقعية						
2 اهداف الجلسة قابلة للقياس						
3 موازنة الأنشطة بين الأهداف النظرية والتطبيقية						
4 ملاءمة توزيع الأنشطة على الجدول الزمني						
5 كفاية الأنشطة لتحقيق أهداف البرنامج						
6 مناسبة الأنشطة لمستويات التلاميذ						
7 جاذبية الأنشطة						
8 توافق الأنشطة التدريبية مع الموضوعات						
09 درجة احتواء الأنشطة على المتعة والتشويق						

(3) تقييم الظروف الخارجية للجلسة:

المعيار	ممتاز	جيد جداً	جيد	متوسط	مقبول	سيئ
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

(4) نقاط القوة المسجلة :

.....

.....

.....

.....

(5) نقاط الضعف المسجلة:

.....

.....

.....

(6) التوصيات والاقتراحات للجلسة المقبلة:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Résumé :

« L'effet d'un programme thérapeutique cognitivo-comportemental sur l'apaisement de la phobie scolaire chez un échantillon d'élèves du primaire »

La présente étude vise à évaluer l'impact de l'application d'un programme thérapeutique cognitivo-comportemental déjà proposé afin de remédier les cas de la phobie scolaire. Ceci touche des cas dans le cycle primaire, signalons que la démarche descriptive a pris de l'ampleur tout au long de la recherche menée en but de cerner les plus principaux cas pour en tirer le model adéquat ; ainsi que choisir la façon de comment s'y prendre dans l'objectif de la certitude. Ajoutons à votre attention que notre étude se base sur une démarche clinique thérapeutique et touche cinq écoles primaires dans la ville de SEBDOU au sud de TLEMEN. Tenons à vous informer que la liste de nos modèles a été faite par l'ensemble des instituteurs qui veillent et évaluent en permanence les troubles et les déficits comportementaux dans l'école qui ont terminé par un choix de cinq cas principaux. Par conséquent, le résultat était une diminution de sensation de phobie chez les écoliers et l'enregistrement des différences statistiquement significatives entre la pré-mesure et la mesure après l'application des séances du programme au profit de la télémetrie.

Mots clés: La phobie scolaire . La peur de l'école . Programme thérapeutique . thérapie cognitivo-comportementale (TCC) . Enseignement primaire

Abstract :

«The effect of a cognitive behavioral therapy program on reducing school phobia in a sample of primary school pupils»

The aim of this study is to evaluate the effect of implementing a proposed cognitive behavioural therapy program to treat primary school students suffering from school-phobia. A descriptive approach was adopted to identify cases and choose the elementary sample. This methodology is used to study and analyse the cases to ensure that the indicators match the school-phobia indicators, and the statistical analysis to record and compare the differences between the pre-test measurements and the post-measurements. The study also adopted a clinical-approach in applying the proposed program sessions on the elementary samples. The study includes five primary schools in the city of Sabdou in the province of Tlemcen. The selection of samples was conducted by the teachers who identify the cases and select them according to the list of behavioural and emotional problems as listed in the school phobia scale, then conducting an individual session on each case and applying the school-phobia scale adopted in the study to finally select five cases as an elementary sample. The finding of this study suggested that the proposed therapy has a positive impact in improving the level of school phobia in primary school students. After the application of the sessions on the cases subject to this study, a general improvement was recorded on all cases. The static comparison recorded indicated also a positive difference between the pre-measurement and the post-measurement for the benefit to the post-measurement.

Keyword: School phobia . School fear . Therapy program . Cognitive-behavioural therapy (CBT) . Primary education.

المخلص:

"أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض فوبيا المدرسة لدى عينة من تلاميذ التعليم الابتدائي"

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم أثر تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح لعلاج حالات فوبيا المدرسة لدى التلاميذ المصابين بها في مرحلة التعليم الابتدائي، وقد تم اعتماد المنهج الوصفي للكشف عن الحالات واختيار العينة الأساسية، وطريقة دراسة الحالة للتشخيص والتأكد من تطابق الأعراض مع أعراض فوبيا المدرسة، والمعالجة الإحصائية لتسجيل الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي، كما اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي العلاجي في تطبيق جلسات البرنامج المقترح على العينة الأساسية، وقد شملت الدراسة خمس ابتدائيات في مدينة سبدو بولاية تلمسان، وتم اختيار العينة عن طريق تعيين الحالات التي يختارها المعلمون بناء على قائمة المشاكل السلوكية والانفعالية الموجودة في مقياس فوبيا المدرسة كما يدركه المعلم، ثم إجراء جلسة فردية مع كل حالة وتطبيق مقياس فوبيا المدرسة المعتمد في الدراسة، ليتم اختيار خمس حالات كعينة أساسية، وقد خلصت الدراسة إلى أن للبرنامج العلاجي المقترح في الدراسة أثر في التخفيف من مستوى فوبيا المدرسة لدى تلاميذ التعليم الابتدائي، وذلك بعد أن تم تسجيل تحسن عام لدى الحالات وتسجيل فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس بعد تطبيق جلسات البرنامج لصالح القياس البعدي.

كلمات مفتاحية: فوبيا المدرسة . خوف مدرسي . برنامج علاجي . علاج معرفي سلوكي . تعليم ابتدائي.