



# مدرسه هراسی<sup>۱</sup>

● مهرناز کمیجانی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی

دیگر، از قبیل تاریکی و تنها ماندن در خانه نیز بیان می‌کنند. البته باید توجه داشت که بعضی از این کودکان برای آن از رفتن به مدرسه خودداری می‌کنند که فعالیت‌های دیگر برای آنان تقویت‌کننده تر هستند. کودکان دیگر ممکن است نه به علت ترس از مدرسه بلکه به علت ترس از ترک خانه، از رفتن به مدرسه خودداری کنند. پاره‌ای از این کودکان ممکن است از این بیم داشته باشند که پدر یا مادر آنها بمیرد یا آنها را ترک کند و به این نتیجه رسیده باشند که با ماندن در کنار والدین، ترسشان کاهش می‌یابد. این کودکان دچار اضطراب جدایی هستند و اگر چه تاثیر این اضطراب نیز به صورت نرفتن به مدرسه تجلی می‌کند، این حالت را نباید با مدرسه هراسی اشتباه نمود (هوگان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱).



## مقدمه

بررسی‌هایی که در زمینه ترس‌های کودکان به عمل آمده نشان می‌دهد که تقریباً همه کودکان در برهه‌ای از زندگی خود به ترس‌های خاصی دچار می‌شوند. برخی از این ترس‌ها جنبه‌ی سازگارانه دارند، زیرا باعث می‌شوند که کودک از موقعیت‌های بسیار خطرناک پرهیز کند. بعضی از ترس‌های دوران کودکی با گذشت زمان فروکش می‌کنند و می‌توان آنها را نوعی پدیده رشدی پنداشت. در مقابل بعضی از ترس‌ها جنبه‌ی افراطی داشته و کودک را از تعقیب فعالیت‌ها و علایق مناسب با سن او باز می‌دارند. در این مقاله به بررسی ترسی خواهیم پرداخت که هم از لحاظ تعداد افراد مبتلا و هم تاثیر سوء بالقوه آن، یکی از ترس‌های مهم به شمار می‌آید.

## نشانه‌گان مدرسه هراسی

مدرسه هراسی یک نوع از اختلال‌های اضطرابی در کودکان است که با ترس شدید از رفتن به مدرسه مشخص می‌شود. کودکان مبتلا به این اختلال از ترس و نگرانی مبهمی در باره‌ی احتمال وقوع یک سانحه یا مصیبت صحبت می‌کنند و غالباً از ناراحتی‌های بدنی نظیر سردرد، دل‌درد یا حالت تهوع شکایت دارند. همچنین این کودکان ترس خود را از چیزهای مختلف

کندی<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) بین دو گونه ترس از مدرسه تفاوت قائل شده است. نوع اول دارای شروعی ناگهانی بوده و بیشتر در سال‌های اول مدرسه اتفاق می‌افتد. مشکل اغلب در روز اول هفته و به دنبال یک بیماری کوتاه مدت بروز می‌کند. وضع روانی والدین این قبیل کودکان معمولاً عادی است و بین آنها ارتباط متقابل خوبی برقرار است. آنان در مسوولیت اداره‌ی خانواده با هم سهیم بوده و به کوشش‌هایی که برای کمک به کودک انجام شود با تفاهم و همکاری واکنش نشان می‌دهند.

برنامه درمانی سریع، رویکردی است که برای مدرسه هراسی نوع اول توصیه می‌شود. این درمان مستلزم هماهنگی بین کارکنان مدرسه، ارجاع به موقع برای درمان، خودداری از تاکید بر روی شکایت‌های بدنی، حضور الزامی در مدرسه و اجازه دادن به مادر تا در صورت لزوم در حیاط منتظر کودک باقی بماند می‌باشد (هیوز<sup>۳</sup>، ترجمه تجاریان و همکاران، ۱۳۷۵).

به نظر کندی نوع دوم مدرسه هراسی، معرف کودکانی است که خودداری از رفتن به مدرسه قبلاً چندین بار در آنها دیده شده و شروع اولیه آن نیز تدریجی بوده است. این نوع ناراحتی بیشتر در کلاس‌های بالاتر بروز می‌کند و در هر یک از روزهای هفته ممکن است دیده شود. در این موارد، والدین کودک فاقد رابطه‌ی

## شیوع

میزان شیوع مدرسه هراسی در بین دانش آموزان از ۳۲٪ تا ۱۷ درصد گزارش شده است. شایع ترین میزان سیر در این اختلال بین سنین ۵ تا ۷ سال است، یعنی زمانی که کودکان نسبت به جدایی از والدین خود سازگار می شوند. افزایش شیوع دوباره اختلال تقریباً در زمان انتقال از مدرسه ابتدایی به مدرسه راهنمایی یا دبیرستان دیده می شود.

مطالعه‌ی انجام گرفته توسط بارک<sup>۱۱</sup> نشان می دهد که ۷۳ درصد نوجوانان ۱۴ تا ۱۶ ساله و ۷۴ تا ۴۷ درصد کودکان ۷ تا ۱۱ ساله از مدرسه هراسی رنج می کشند (لیندن<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۱).

## تشخیص افتراقی مدرسه هراسی از مدرسه گریزی<sup>۱۳</sup>

هراس از مدرسه با گریز از مدرسه تفاوت دارد. گریز از مدرسه اصولاً یک مساله‌ی اجتماعی است که پیامدهایی برای خود به همراه دارد حال آنکه هراس از مدرسه، مساله‌ای فردی و بالینی است و هنگامی مسایل اجتماعی به وجود می آیند که نشانه‌های مرضی در محیط آموزشی و به صورتی که مقررات اجتماعی را به مبارزه می خوانند، بروز می کنند. مدرسه گریز، کودکی است که بدون اجازه والدینش یا اولیای مدرسه، از مدرسه غایب می شود. در مقام مقایسه، کودکی که از مدرسه می هراسد ممکن است بخواهد که به مدرسه برود، ولی در می یابد که نمی تواند. او از یک مساله عاطفی رنج می برد که از اضطراب شدید ناشی از ترک خانه ریشه می گیرد. مساله اجتماعی مدرسه گریزی و مساله عاطفی و آسیب شناختی مدرسه هراسی از یکدیگر متفاوتند. غیبت از مدرسه، عامل مشترک آنهاست، ولی آنها درجه‌های مختلف یک مشکل نیستند، بلکه علل متفاوتی دارند. مدرسه گریز معمولاً به خانه‌ای تعلق دارد که در آن فقر مادی و عاطفی حاکم است و احتمالاً او از لحاظ هوشی، از حد متوسط پایین تر است، ولی کودکان مدرسه هراس، اغلب به خانه‌ای تعلق دارند که وضع مالی آن رضایت بخش و به احتمال زیاد به جای این که فاقد جو عاطفی مطلوب باشد از آن سرشار است.

هوش این کودکان از سطح متوسط بالاتر است (نورستن<sup>۱۴</sup> و همکاران، ترجمه سلطانی فر، ۱۳۷۰).

به طور کلی، مدرسه هراسی می تواند خودش را در قالب یکی از این چند مورد نشان دهد:

- تفکر مستمر و ترس درباره‌ی سلامت خود و والدین

- شکایت‌های متعدد از معده درد، سردرد و سایر بیماری‌های

## جسمی

- نگرانی شدید هنگام خوابیدن به دور از خانه

- وابستگی مفرط به والدین و نگرانی در باره آنها و یا درباره‌ی

مطلوب بوده و به نوبه‌ی خود مشکلات روانی یا رفتاری خاص را نشان می دهند. در واقع برای این افراد پرهیز از مدرسه فقط یکی از چند شکل دیگر، نظیر از هم پاشیدگی خانواده، رفتار ضد اجتماعی و اختلال‌های روانی عمیق است. کودکان مبتلا به این نوع از مدرسه هراسی به برنامه‌ی درمان پاسخگو نیستند. شروع حمله هراسی دیرپا تر بوده و برای درمانگر چالش یا مبارزه‌ی بیشتری را می طلبد (راس، ترجمه مهدیار، ۱۳۷۰).

بر اساس نظریه کرنی<sup>۱۵</sup> (۱۹۹۵) مدرسه هراسی دارای چهار مرجع کارکردی مختلف می باشد که عبارت اند از:

الف) خودداری از هیجان‌های منفی مانند: اضطراب و افسردگی

ب) فرار از جمع آزار دهنده و یا موقعیتی که فرد احساس می کند مورد ارزیابی دیگران قرار می گیرد. مانند: تعامل با هم کلاسان و امتحانات

ج) توجه طلبی مانند: رفتارهای آشوب طلبانه

د) دستیابی به تقویت کننده‌های مثبت مانند: تماشای تلویزیون، خوابیدن تا دیر وقت و غیره

در شرایط (الف و ب) کودک به علت حضور تقویت کننده‌های منفی از رفتن به مدرسه خودداری می کند در حالی که در شرایط (ج و د) کودک به علت حضور تقویت کننده‌های مثبت از مدرسه گریزان است (مش<sup>۱۶</sup> و باروکی<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۶).

## پدر و مادر باید با این موضوع به

## صورتی جدی برخورد کنند و به کودک

## تفہیم نمایند که رفتن به مدرسه وظیفه

## مورد انتظار و الزامی کودک است

مساله قابل تامل آن است که این پدیده اساساً تا چه حد در ارتباط با مقوله‌های تشخیصی متداول نظیر اختلال اضطراب جدایی، ترس مرضی و جمع هراسی می باشد.

نویسندگان متعددی (اکینسون؛ ۱۹۸۵<sup>۱۸</sup> برن اشتاین<sup>۱۹</sup> (۱۹۸۶) و سیلورمن<sup>۹</sup>، ۱۹۸۷) خاطر نشان کردند که این کودکان به دلایل گوناگونی از رفتن به مدرسه خودداری می کنند که می تواند شامل ترس از محرک‌های ویژه در مدرسه (ترس مرضی، فوبیا) ترس از جدایی از شخص مورد علاقه (اضطراب جدایی) ترس از موقعیت‌های اجتماعی معین مانند صحبت کردن در کلاس (جمع هراسی) باشد. یک چنین افتراقی مهم است، زیرا هر کدام از آنها طرح‌های درمانی مربوط به خود را دارند (مارچ<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۵).



آسیب زدن به خودشان

- داشتن مشکلاتی در خواب و دیدن کابوس های فراوان  
- داشتن ترس های غیر واقعی و اغراق آمیز از حیوانات، هیولا و

سارقان

- ترس از تنها بودن و تاریکی

- اوقات تلخی شدید و خلق تحریک هنگام رفتن به مدرسه  
(استات<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۹).

در مجموع می توان گفت کودکانی که مدرسه هراسی دارند به روش های گوناگونی برای ماندن در خانه متوسل می شوند. والدین باید با این روش ها آگاه بوده و تنها به از بین بردن نشانه های ظاهری اکتفا نکنند، بلکه لازم است مساله به صورت اصولی و ریشه ای حل شود.

**علل مدرسه هراسی**

کشمکش یا تعارض در والدین: بعضی از والدین به ویژه مادران، فرزند را در مرحله ی کودکی نگه می دارند و به طور ناخودآگاه، نشانه های وابستگی را در کودک خود تشویق می کنند. نشانه هایی که کودک بروز می دهد نوعی حس رادر مادر ارضاء می کند. به این گونه کودکان گفته می شود که به مدرسه بروند، زندگی مستقلی را در پیش بگیرند. ولی کودکان به جای اینکه به سخنان مادر عمل کنند به خواسته های نهانی او پاسخ می دهند (لینون<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۱).

این مساله در مورد کودکان معلول و با نیازهای ویژه شکلی ظریف و پیچیده به خود می گیرد. والدین این کودکان از یک سو به علت محدودیت فرزندشان، نگران حضور آنها در خارج از محیط خانه بوده، ولی از سوی دیگر تمایل دارند که فرزندشان به عنوان فردی بالغ، هویت مستقلی کسب کند.

**عدم موفقیت تحصیلی:** زمینه بسیاری از مدرسه هراسی ها در پایه های بالاتر شکست های تحصیلی است. این مساله به ویژه در مورد کودکان کم توان هوشی (مرزی) که از آموزش های ترمیمی بی بهره اند، مصداق بیشتری می یابد. کودک درس هارا نمی فهمد، قادر به رقابت با هم کلاسی های خود نمی باشد و هرچه تلاش می کند، نتیجه ای نمی گیرد. از این رو به مدرسه نمی رود. تحقیق (ایروین<sup>۱۷</sup>) نشان می دهد که ۴۳ درصد مدرسه هراسی کودکان به علت مشکلات تحصیلی بوده است.

جو نامناسب مدرسه: ترس از معلم خشک و سخت گیر، معلمی که سخنانش حاوی طعنه و کنایه است، ترس از تمسخر، تحکم، گزند و آسیب از سوی کودکان دیگر، نگرانی از تنبیه شدن و مورد عتاب قرار گرفتن از جمله عوامل موثر در مدرسه هراسی هستند.

مشکلات و کشمکش های والدین: گاهی اوقات کودک نه به علت مشکلات مدرسه بلکه به علت مشکلاتی که در خانه وجود دارد از رفتن به مدرسه خودداری می کند. در واقع ریشه ی مشکل نه در مدرسه، که در خانه است. پاره ای از این کودکان، ممکن است از این بیم داشته باشند که پدر یا مادر آنها بمیرد یا آنها را ترک کند. کشمکش ها و مشاجره های دایمی والدین، کودک را با این ترس روبه رو می سازد که در غیاب او، مادر خانه را ترک کند. والدینی که همواره کودکان و همسر خود را تهدید به جدایی و ترک می کنند، آنها را با اضطراب فراوانی روبه رو می سازد، که یکی از تظاهرات آن در مدرسه هراسی و ترس از ترک خانه می باشد.

وجود بیش از حد تقویت کننده های محیطی در خانه: رفتارهای پیچیده ای چون خودداری از مدرسه رفتن، دارای عناصر پیچیده ای است. اگر چه خودداری کودک از رفتن به مدرسه، تنها ترس را کاهش می دهد ولی این پاسخ ها، بعدا بر اثر تقویت هایی که در خانه در اختیار کودک قرار می گیرد، نگهداری شده و پیچیدگی بیشتری می یابد. ماندن در خانه و خصوصیات تقویت کننده ی ناشی از آن، مدرسه هراسی را در کودک تشدید می کند. اجازه تماشای تلویزیون، غذا گرفتن از مادر، دریافت محبت و توجه از محیط خانه، همگی دست به هم داده و بازگشت کودک را به مدرسه، دشوارتر خواهد ساخت (استات، ۱۹۹۹).



به علاوه، پس از چند روز غیبت از مدرسه، مشکل دیگری به وجود می آید و آن اینکه، کودک مباحثی از درس را از دست داده و به این ترتیب از بقیه دانش آموزان عقب می افتد و این عقب افتادگی متضمن پیامدهای نامطلوب دیگری خواهد بود.

**اقدام های درمانی**

بر خورد صحیح و اصولی والدین: پدر و مادر باید با این موضوع به صورتی جدی برخورد کنند و به کودک تفهیم نمایند



## زمینه بسیاری از مدرسه‌هراسی‌ها در پایه‌های بالاتر شکست‌های تحصیلی است

که رفتن به مدرسه وظیفه مورد انتظار و الزامی کودک است. از طرفی هرگاه والدین به پرس و جوی طولانی او در باره‌ی علت عدم علاقه به مدرسه بپردازند و پس از دریافت دلیل بافی‌های کم و بیش موجه و واقعی از کودک با ماندن او در خانه موافقت نمایند، پایه رفتار پرهیز از مدرسه در موقعیت‌های بعدی نیز گذاشته می‌شود.

**ایجاد جو دوستانه و مناسب در محیط مدرسه:** از آنجا که در طی ساعت‌های تحصیل، معلم کلاس در مقام مهم‌ترین شخص در زندگی کودک جانشین والدین می‌شود، دارای تاثیر قابل ملاحظه‌ای بر بسیاری از جنبه‌های رشد او می‌باشد. معلمی که کلاسش را به خوبی سازمان می‌دهد و با شرکت دادن دانش‌آموزان در برنامه‌ریزی و اتخاذ تصمیم، کلاس را با روشی آزاد منشانه اداره می‌کند، معلمی که از تنبیه، تحقیر و انتقاد استفاده نمی‌کند و در کنار جنبه‌های آموزشی به جنبه‌های پرورشی علاقه‌مند است، چنین معلمی کمتر احتمال دارد شاگردانی داشته باشد که از مدرسه گریزان باشند.

**استفاده از روش‌های رفتار درمانی<sup>۷</sup>:** یکی از روش‌های موثر در درمان اختلال‌های رفتاری استفاده از روش‌های رفتار درمانی است. این روش‌ها ضمن سهولت کاربرد برای والدین، آموزگاران و مربیان کم‌هزینه و آسان بوده و کارایی آن در تحقیقات مختلف به اثبات رسیده است. آنچه در پی می‌آید اشاره‌ی مختصری به چند مورد از این روش‌ها می‌باشد:

**الف) حساسیت‌زدایی منظم<sup>۸</sup>:** در روش حساسیت‌زدایی منظم از راه روبه‌رو کردن کودک با محرک‌های وابسته به مدرسه

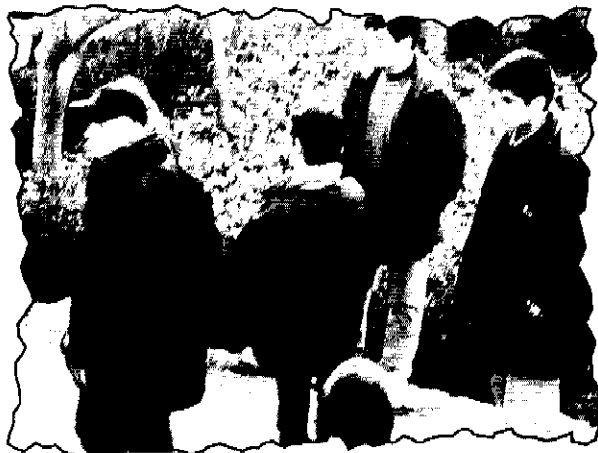
به صورت گام‌های مشکل‌تر و همراه کردن آنها با آرایه‌ی محرک‌های اضطراب‌زدا، ترس شدید از مدرسه کاهش می‌یابد. به عنوان مثال: ابتدا در روز جمعه مادر به همراه کودک از خانه تا حیاط مدرسه قدم می‌زند در حالی که در تمام مدت، مادر سعی می‌کند افکار و تصورات خوشایند و اضطراب‌زدایی را در ذهن کودک به وجود آورد. در روزهای بعد، کودک در ساعت‌های تعطیل مدرسه به کلاس درس خالی خود سرکشی نموده، بعد به اتفاق مادر خود برای گفت‌وگوی مختصری با معلم به کلاس درس وارد می‌شود. پس از یک هفته تمرین، از کودک خواسته می‌شود به تنهایی در کلاس درس حاضر شود. در حالی که مادر بیرون کلاس به انتظار ایستاده و کودک می‌تواند زنگ تفریح را با مادر خود سپری کند و کم‌کم کودک می‌تواند قبل از ظهر کاملی را در کلاس بگذراند.

**ب) تقویت تفکیکی رفتار ناهمساز (DRI)<sup>۹</sup>:** در این روش، هم‌زمان با تقویت نکردن رفتار نامطلوب، رفتار مطلوبی را که با آن رفتار ناهمساز یا مغایر است تقویت می‌کنیم. برای مثال اگر رفتار نامطلوب خودداری از رفتن به مدرسه است، رفتار مغایر با آن که آماده شدن، لباس پوشیدن و رفتارهای مربوط به مدرسه رفتن است را تقویت می‌کنیم. علت تاکید بر تقویت رفتار ناهمساز با رفتار نامطلوب به عنوان روشی برای کاهش رفتار نامطلوب این است که فرد عملاً نمی‌تواند دو رفتار متضاد را به طور هم‌زمان انجام دهد. در نتیجه، هنگامی که رفتار ناهمساز با رفتار نامطلوب را انجام می‌دهد و برای آن تقویت می‌شود، هم‌زمان هم رفتار نامطلوبش کاهش می‌یابد و هم رفتار مطلوب در او افزایش می‌یابد. در این روش سعی بر آن است که تقویت‌های موجود برای

### همه کودکانی که از رفتن به مدرسه

### خودداری می‌کنند دچار ترس از

### مدرسه نیستند



## مطالعه‌ی انجام گرفته توسط بارک نشان می‌دهد که ۱/۳ درصد نوجوانان ۱۴ تا ۱۶ ساله و ۱/۴ تا ۴/۷ درصد کودکان ۷ تا ۱۱ ساله از مدرسه‌های هراسی رنج می‌کشند



آزمودنی‌ها در گروه کنترل نشانه‌های اضطرابی بیشتری از خود نشان می‌دادند. گروه آزمایش بهبودی بیشتری را در میزان اضطراب از خود نشان دادند (مارچ، ۱۹۹۵).

مطالعه‌ی دیگری که در همین راستا، انجام شد نشان می‌دهد که استفاده از داروی بنزو دیازپام نیز در درمان اضطراب کودکان موثر بوده است (کاتچر<sup>۳۳</sup>، ریتر<sup>۳۴</sup> و گاردنر<sup>۳۵</sup>، ۱۹۹۲).

در تحقیقی که توسط برنی و کالوین<sup>۳۶</sup> (۱۹۸۱) انجام شد، در درمان مدرسه‌های هراسی به جای ایمی پرامین از کلومیپرامین<sup>۳۸</sup> استفاده شد. نتایج نشان داد که استفاده از این دارو تاثیری در بهبود مدرسه‌های هراسی کودکان نداشته است.

در پایان به منظور جلوگیری از عوامل ثانوی که باعث پیچیدگی و دشواری مدرسه‌های هراسی می‌شود، چند توصیه آورده می‌شود:

- ارجاع سریع کودک به درمانگر
- عدم تاکید و توجه به شکایت‌های بدنی کودک
- اصرار قاطعانه در مورد لزوم حضور کودک در مدرسه
- جلسه با والدین کودک که طی آن لزوم مقابله جدی و واقع بینانه با مشکل کودک و اهمیت تشویق و تحسین او برای رفتن به مدرسه مورد تاکید قرار گیرد.
- گفت و گوی کوتاه با کودک که باید بعد از ساعت‌های مدرسه انجام گیرد و در طی آن اهمیت حضور در مدرسه با وجود ترس و

ماندن کودک در خانه را کاهش داده و برعکس، شرایط تقویت را طوری تنظیم کند که هنگام حضور در مدرسه، نصیب کودک شود (سیف، ۱۳۷۹).

در مطالعه‌ای توسط کرنی و سیلورمن (۱۹۹۰) مدرسه‌های هراسی یک پسر ۹ ساله با استفاده از روش‌های رفتاری درمان شد. در این مطالعه به والدین کودک توصیه شد که در صورت در خانه ماندن توجهی به او نکنند. او باید در اتاقش بماند و تکلیف‌های مدرسه‌اش را به طور کامل انجام دهد. او تنها زمانی می‌تواند از تعطیلات آخر هفته استفاده کند که حداقل هفته‌ای دو روز در مدرسه حضور یافته باشد. این انتظار به تدریج با همراه کردن تقویت‌کننده‌های مثبت نظیر اجازه دادن برای تماشای کارتون دلخواه، گرفتن خوراکی‌های مطلوب... تا ۵ روز افزایش یافت. سرانجام بعد از شش هفته از شروع درمان، مدرسه‌های هراسی کودک با موفقیت درمان شد (مارچ، ۱۹۹۵).

**ج) تخیل همراه با احساس:** در این روش می‌توان با ایجاد تخیلات متناسب با سن کودک که دارای محتوای عاطفی مثبت می‌باشد، از بروز پاسخ‌های اضطرابی جلوگیری نمود. تخیلاتی که در ظاهر خاصیت جلوگیری یا مهار اضطراب را دارند تخیلاتی هستند که احساسات و عواطفی از قبیل اعتماد به نفس، غرور، محبت، شادی و بی‌باکی را در کودک به وجود می‌آورند. از کودک خواسته می‌شود تا موقعیتی را که با این قبیل احساسات همراه بود مجسم نماید. پس از آنکه این تصور در ذهن او ایجاد شد، در مانگر خیال‌ها و مناظر اضطراب‌انگیز را که از نظر درجه ایجاد اضطراب به دقت از کم تا زیاد مرتب شده اند به کودک ارائه می‌دهند. در هر گام از این سلسله مراتب اضطراب که از قبل مرتب شده است، تخیلات دلپذیر کودک با محرک‌های اضطراب‌انگیز همراه می‌گردند (راس، ترجمه مهریار، ۱۳۷۰).

### استفاده از دارو درمانی:

گنیلمن<sup>۳۷</sup> و کلین<sup>۳۳</sup> (۱۹۷۱-۷۳) در یک آزمایش کنترل شده، تاثیر استفاده از داروی ایمی پرامین<sup>۳۳</sup> را در درمان مدرسه‌های هراسی مورد تایید قرار دادند. این آزمایش بر روی ۳۵ کودک و نوجوان ۷ تا ۱۵ ساله که از رفتن به مدرسه خودداری می‌کردند انجام شد. این کودکان با وجود داشتن یک دوره روان‌درمانی قادر نبودند که به مدرسه برگردند. این کودکان به طور میانگین روزانه ۱۵۹ میلی‌گرم ایمی پرامین به مدت ۶ هفته دریافت کردند. در حالی که در گروه کنترل به جای ایمی پرامین از دارو نما استفاده شد و رفتار درمانی نیز در تمام مدت در مورد هر گروه کنترل و آزمایش ادامه داشت. در پایان مطالعه میزان بهبودی در گروه درمان شده با ایمی پرامین ۸۱ درصد و در گروه کنترل ۴۷ درصد بود. همچنین در حالی که،

عواملی از قبیل تقویت موجود در خانه و تشدید خودداری از رفتن مدرسه به علت عقب ماندن از درس، که ممکن است ترس از مردود شدن در صورت بازگشت به مدرسه را بر ترس قبلی، اضافه نماید، جلوگیری به عمل آید.

کوتاه و موقتی بودن این قبیل ترس ها مورد تاکید قرار گیرند. هدف اصرار قاطعانه بر حضور کودک در مدرسه که در اغلب روش های درمان مدرسه هراسی مورد تاکید قرار می گیرد، آن است که امکان مخلوط شدن و پیچیده تر گشتن مساله مدرسه هراسی با

## زیر نویس ها:

1. school phobia
2. Hogan
3. Kenedy
4. Kearney
5. Mash
6. Barkley
7. Atkinson
8. Bernstein
9. slierman
10. Marde
11. Burke
12. Linden
13. school truaney
14. Nursten
15. Stutt
16. Irwin
17. Behavior therapy
18. systematic desensitization
19. Differential reinforcement of incompatible behavior (DRI)
20. Emotire Imagery
21. Gittelman
22. Klein
23. Imipramine
24. Benzodiazepine
25. Kutucher
26. Reiter
27. Kolvin
28. Clomipramine

## منابع:

سیف، علی اکبر (۱۳۷۹) تغییر رفتار و رفتار درمانی. تهران: انتشارات دانا.  
راس، آلن. ا. (۱۳۷۰) اختلالات روانی کودکان. (امیر هوشنگ مهریار، مترجم). تهران: انتشارات رشد.  
نورستن، جین پی؛ هوارد، کارول؛ کان، جک. (۱۳۷۰) بیزاری از مدرسه (حسین سلطانی فر، مترجم) مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.  
هیوز، جان. ان (۱۳۷۵) روان شناسی بالینی کودک. (بهمن نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵). اهواز: انتشارات مردمک.

Berney, T; Kolvin, I (1981). school phobia: therapeutic trial with clompramine and short-term Outcom. British Journal of psychiatry .138.

Hogan.M(2001).Araile [online]. <http://www.fenichel.com/school-phobia.html>

Kutcher, S.P; Reiter, S; Gardner, D. (1992). The pharmacotherapy of anxiety disorder in children and adolescents . psychiatric clinics of North America.

Linden.C.(2001).Araible [online] <http://www.panic-anxiety.com/school-phobia.html>

March, J. (1995). Anxiety disorder in children and adolescents . New York , London . Guilford.

Mash, I; Barkley, R(1996). Child psychopathology . New Yourk, London. Guilford.

Stutt, E. (1996) . Availble [ online] . [http://www.Environmentalhealth, calphobia, html](http://www.Environmentalhealth.calphobia.html)

