

Forebyggende og behandlende tiltak ved angstbasert skolevegring

Ellen Aaquist Storeng



Masteroppgave ved Institutt for pedagogikk
Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

02.06.2014

TITTEL:

Forebyggende og behandlende tiltak ved angstbasert skolevegring

AV:

Ellen Aaquist Storeng

EKSAMEN:

Master i pedagogikk

SEMESTER:

Vår 2014

Studieretning pedagogisk-psykologisk rådgivning

STIKKORD:

Skolevegring

Angst

Risikofaktorer

Forebygging

Behandling

© Ellen Aaquist Storeng

2014

Forebyggende og behandlende tiltak ved angstbasert skolevegring

Ellen Aaquist Storeng

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn og formål

Masteroppgaven tar sikte på å få kunnskap om barn og unge med angstbasert skolevegring. Målet med oppgaven er å gi en oversikt over temaet, samt diskutere måter å forebygge og behandle på. Skolevegring er et område det synes å være lite kunnskap om, og lite fokus på. Økt kunnskap om temaet og hvordan det utvikler seg, kan være en viktig faktor for forebygging, tidlig intervensjon og behandling.

Skolevegring har ofte en høy sammenheng med fravær, men det er også viktig å merke seg at det ikke er ensbetydende. Noen barn og unge strever med skolevegring selv om de er på skolen. Disse elevene er vanskeligere å oppdage, da høyt fravær ofte er det første kjennetegnet ved skolevegring. Elever som møter opp på skolen har derimot ofte sporadisk fravær. På bakgrunn av dette ser vi viktigheten av god oppfølging av fravær.

Skolevegring er et kompleks og bredt tema som også ofte går under forskjellige navn. Slik som skolefobi, skulk, skoleangst og skolevegring. Jeg har derfor begrenset meg til angstbasert skolevegring, og tatt utgangspunkt i definisjonen til King og Bernstein (2001), som går ut på at vegring mot å gå skolen er assosiert med emosjonelle og sosiale vansker. Her har hovedfokuset vært på angst i forhold til skolevegring. Hvordan angsten påvirker skolefraværet.

Problemstilling

Problemstillingen for oppgaven er: *Hva er angstbasert skolevegring, hvilke risikofaktorer er aktuelle og hvordan kan man forebygge og behandle?* Problemstillingen blir besvart ved at den deles opp. Første delen av oppgaven vil gi en oversikt over hva skolevegring er, og hvordan angst kan sees i sammenheng. Andre delen er en diskusjonsdel, hvor målet er å se på hvordan en kan forebygge og behandle angstbasert skolevegring.

Metode

Problemstillingen har blitt besvart gjennom et litteraturstudie, og baserer seg derfor på en teoretisk gjennomgang av eksisterende forskningslitteratur på de aktuelle områdene. Kildematerialet i oppgaven er i hovedsak forskningsartikler av nyere tid, publisert på engelsk. Det er også blitt benyttet faglitteratur, rapporter og informasjonsbrosjyrer.

Resultater/hovedkonklusjon

De fleste studiene som tar for seg skolevegring knytter problematikken opp mot angst. Det ser derfor ut til at angst er en veldig vanlig risikofaktor knyttet til skolevegring. Når en skal forebygge, vil det være hensiktsmessig å se på risikofaktorene, og utføre tiltak basert på disse. Siden angst ofte ses i sammenheng med skolevegring, vil forebyggende arbeid blant annet innebære behandling eller forebygging av angst. Av behandling har kognitiv atferdsterapi vist seg å ha gode resultater. Men i de studiene hvor de har sett på foreldre- og lærertrening i tillegg til at barnet får behandling, har det vist seg å ha bedre resultater, enn når det kun er barnet som mottar behandling. En annen behandlingsmetode som kan trekkes frem, er et pedagogisk-støtteprogram. Her var det ingen frafall og barna begynte selv å returnere tilbake til skolen. Dette er et program som trenger mer forskning, da det kun er en studie som tar for seg dette. Avslutningsvis har det blitt diskutert hva skolens oppgave er og hva de kan gjøre for å hjelpe.

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lærerik, krevende og spennende periode. Det har vært mange opp- og nedturer når det gjelder både humør og arbeidsprosess. Jeg har hatt periode hvor jeg har vært sikker på at jeg selv har utviklet skolevegring. Heldigvis har jeg også skrevet om behandling, og har derfor drevet med både selvdiagnostisering og selvterapi.

Jeg har fått mye støtte og hjelp underveis i prosessen. I den anledningen vil jeg rette en stor takk til min veileder, Stein Erik Ulvund, for gode tilbakemeldinger, faglig støtte og veiledning.

Vil også rette en stor takk til venner og familie som hele tiden har hatt tro på meg, og for oppmuntring og god støtte i en lang og krevende periode. En spesiell takk til mamma, som med influensa og bronkitt har kjempet seg gjennom korrekturlesing. En stor takk går også til mine medstudenter, for både faglige og sosiale innspill. Dere er en fantastisk gjeng, som sprer mye humor og glede.

Oslo 25. Mai 2014

Ellen Aaquist Storeng

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Oppgavens formål	2
1.2	Begrepsavklaring	2
1.2.1	Skolevegring	2
1.2.2	Forebyggende og behandlende tiltak	3
1.2.3	Risikofaktorer	3
1.3	Avgrensning	4
1.4	Oppgavens struktur	4
2	Hva er skolevegring	6
2.1	Fire funksjoner for skolevegring	7
2.1.1	Unngåelse av skolerelatert stress	7
2.1.2	Flykte fra uønskede situasjoner	8
2.1.3	Ønske om oppmerksomhet	8
2.1.4	Ønske om konkrete belønninger	9
2.2	Thambirajahs og medarbeideres to inndelinger	9
2.2.1	Emosjonelt ubehag	10
2.2.2	Vegring knyttet til angst	10
2.3	Risikofaktorer	11
2.4	Beskyttende faktorer	12
2.5	Konsekvenser	13
2.6	Kartlegging	14
2.7	Oppsummering	16
3	Angstbasert skolevegring	18
3.1	Hva er angst?	18
3.1.1	Sosial angst	19
3.1.2	Separasjonsangst	20
3.2	Hva er angstbasert skolevegring?	21
3.2.1	Angst sett i forhold til fravær	23
3.2.2	Kognisjon og angstbasert skolevegring	26
3.3	Fører angst til skolevegring eller omvendt?	28
3.4	Oppsummering	29
4	Forebyggende arbeid	30
4.1	Hvordan forebygge i skolen?	30
4.1.1	Forebygging i skolen	30
4.2	Når angsten allerede er et faktum	33
4.2.1	Behandling av bakenforliggende årsaker	33
4.3	Forebygge angst	35
4.3.1	Hvem kan forebygge	42
4.4	Oppsummering	43
5	Behandling av angstbasert skolevegring	44
5.1	Rettigheter etter kartlegging	44
5.1.1	Målet med behandling	45
5.2	Tiltak i hjem og skole	46
5.2.1	Enkle tiltak i skolen	46
5.2.2	Tiltak i hjemmet	50
5.3	Behandling basert på Kearneys fire funksjoner	52
5.3.1	Behandling ved positive forsterkninger	52
5.3.2	Behandling ved negative forsterkninger	53

5.4 Kognitiv atferdsterapi.....	55
5.4.1 Avslapningsøvelser	56
5.4.2 Sosial kompetanse.....	56
5.4.3 Kognitiv terapi	57
5.4.4 Eksponeringsterapi.....	57
5.4.5 Foreldre- og lærertrening	57
5.5 Studier basert på kognitiv atferdsterapi.....	58
5.5.1 Kognitiv atferdsterapi og medisinsk behandling	63
5.6 Hvem har ansvar for implementering av tiltak	65
5.7 Oppsummering.....	67
6 Oppsummering og diskusjon	69
Litteraturliste	74

1 Introduksjon

Til tross for høyt fravær og manglende fraværsoppfølging i videregående skole finnes det lite forskning i Norge om skolefravær og svært lite om skolevegring (Kaspersen, Bungum, Buland, Slettebak & Ose, 2012; Ingul, 2005). Derimot av internasjonal forskning er det mye å hente. I tillegg har det vært vanskelig å sammenligne forskningsresultater, da det opp igjennom årene har vært ulike definisjoner og begreper rundt problematikken. For å beskrive skolefravær med utgangspunkt i emosjonelle problemer har det tidligere blitt brukt begreper som skulk, skolefobi, skoleangst, psykonevrotisk skulk og etter hvert skolevegring og skolevegringsatferd. Dette har resultert i at det har vært vanskelig å komme frem til klare retningslinjer for hva som er god utredning og hjelp for de barn og ungdommer som sliter med å møte opp på skolen (Ingul, 2005). Videre er det vanskelig å si noe om forekomst, da forekomststudier vanskelig lar seg sammenlignes. En mulig forklaring på dette kan være at begrepet skolevegring ofte defineres forskjellig i de ulike studiene (Myhrvold-Hanssen, 2007).

Fravær i skolen kan være gyldig eller ugyldig og skyldes ulike forhold; sykdom, skulk, foreldre som holder eleven hjemme, ferier med eller uten søknad om permisjon, og lignende (Solheim, Due-Tønnessen, Andersen & Grønvold, 2009). Utdanningsdirektoratet publiserte i september 2013 en statistikk over gjennomføring av videregående skole etter fem år. Statistikken viser kompetanseopptak fem år etter elevene begynte i videregående opplæring. Her kan man se at 69.3 prosent av elevene som begynte på videregående i 2007 fullfører og består innen fem år. For de som startet i 2006 var det 69.5 prosent. Tallene viser at vi er nasjonalt på samme nivå som ved nullpunktet, målt i 2004 hvor prosenten var 69. Vi ligger derfor bak skjema for å nå målet på 75 prosent innen 2015 (Utdanningsdirektoratet, 2013). Fravær og frafall i skolen og arbeidslivet kan ofte føre til store samfunnsøkonomiske kostnader (Kaspersen et al., 2012). Hvorfor er dette et tema som blir nedprioritert? Her kunne det vært interessant å se på hvorfor det er høyt frafall i videregående skole, og når frafallet er størst. Er det i overgang fra grunnskole til videregående? Hvor stor del av prosenten skyldes skolevegring?

Det er også viktig å poengtere at skolevegring ikke er synonymt med skolefravær. Kearney og Silverman (1996) skiller mellom fire måter skolevegring kan komme til uttrykk på. 1. Ikke møter opp på skolen i det hele tatt. 2. Møter opp på skolen men drar i løpet av dagen. 3.

Møter opp på skolen etter sinneutbrudd og krangling med foreldre. 4. Viser ubehag i løpet av skoledagen, dette kan etter hvert gå over til å ikke møte opp i det hele tatt. Videre poengterer de at dette som regel kommer til uttrykk i alderen 5-17 år. I denne oppgaven vil fokuset være på den gruppen elever som vegrer seg mot å gå på skolen og har høyt fravær. Hvordan få elevene tilbake til skolen? For å avgrense ytterligere vil skolevegringsproblematikken bli sett på i sammenheng med angstlidelser.

1.1 Oppgavens formål

Fokuset i denne oppgaven vil være forebygging og behandlende tiltak ved angstbasert skolevegring som igjen fører til høyt fravær. Det vil bli diskutert hvordan forebygge for å hindre en slik utvikling, og hvordan sette i gang behandlende tiltak når skolevegringen allerede har oppstått. Dette vil bli sett i lys av et pedagogisk perspektiv. Forholdet mellom skolevegring og angst vil bli diskutert, om hvorvidt den ene er utløsende for den andre eller omvendt.

Formålet med oppgaven er å belyse temaet angstbasert skolevegring med fokus på forebyggende og behandlende tiltak. Problemstillingen blir derfor: *Hva er angstbasert skolevegring, hvilke risikofaktorer er aktuelle og hvordan kan man forebygge og behandle?* Problemstillingen vil bli besvart og belyst i et pedagogisk perspektiv gjennom et litteraturstudie.

1.2 Begrepsavklaring

Nøkkelord i oppgaven er skolevegring, forebygging, behandlende tiltak og risikofaktorer. Her vil jeg gi en kort definisjon av hovedbegreper i oppgaven. Grundigere redegjørelser vil komme i de respektive kapitlene.

1.2.1 Skolevegring

Hva skolevegring angår, er det to definisjoner som ser ut til å gå igjen i litteraturen. Disse er Kearney og Silverman (1996) sin, som definerer skolevegring som vegring mot å gå på skolen eller oppholde seg på skolen en hel dag. Den andre definisjonen tilhører King og Bernstein (2001). De beskriver skolevegring som vansker med å møte på skolen som følge av

emosjonelt ubehag, da spesielt angst og depresjon (King & Bernstein, 2001). Det er den siste definisjonen oppgaven vil ha som grunnlag, da den er mest relevant og er av nyere tid.

1.2.2 Forebyggende og behandlende tiltak

Forebygging er alle tiltakene vi setter i gang før diagnostiserbar sykdom eller klinisk høyt symptomnivå har oppstått. Behandlende tiltak er alt vi setter i verk etter at diagnostiserbar sykdom eller klinisk høyt symptomnivå har oppstått. Et tiltak virker forebyggende dersom det over tid bidrar til å redusere antall nye sykdomstilfeller eller antall nye personer med klinisk høyt symptomnivå. Et tiltak har en behandlingseffekt dersom det bidrar til å redusere antallet som allerede er blitt syke eller allerede har fått et klinisk høyt symptomnivå (Major, Dalgard, Mathisen, Nord, Ose, Rognerud & Aarø, 2011).

En kan forebygge på forskjellige nivåer, universelt, gruppenivå og individnivå. Her vil grupperettet forebygging og individrettet forebygging være relevant. Grupperettet (selektiv) forebygging, er ofte rettet mot utvalgte grupper med forhøyet risiko. Individrettet (indikativ) forebygging er tiltak rettet mot individer med høy sykdomsrisiko eller høyt symptomnivå. Eksempelvis kan dette være individer som har symptomer på depresjon, angst eller andre lidelser, men som ikke møter kriterier for en mer alvorlig diagnose (Major et al., 2011). Heretter vil forebyggende tiltak bli omtalt som forebygging, og behandlende tiltak som behandling.

1.2.3 Risikofaktorer

Med risikofaktorer er det her snakk om faktorer i livet til barnet som kan utløse skolevegring. Dette kan være forhold hos barnet selv, i hjemmet eller på skolen. Jo flere risikofaktorer som er tilstede jo større er sannsynligheten for en negativ utvikling hos barnet (Solheim et al., 2009). Det er mange forskjellige risikofaktorer som bidrar til utviklingen av en enkelt lidelse, men en og samme risikofaktor kan også føre til utvikling av mange ulike lidelser. Derfor vil en innsats for å fjerne en risikofaktor kunne forebygge utvikling av flere typer psykiske lidelser samtidig (Major et al., 2011). Skolevegring i seg selv er ikke en psykisk lidelse, men det er mange likhetstrekk i risikofaktorene for psykiske lidelse og skolevegring. Dette er risikofaktorer som jeg vil komme nærmere inn på i kapittel to. Elever som viser sårbarhet for stress, er innadventd og sjenert kan være i risiko for å utvikle skolevegring. Imidlertid er ikke

elevens temperament i seg selv nok til å utvikle en vanske som skolevegring. Skole og hjem er også faktorer som har en innvirkning på dette (Solheim et al., 2009).

1.3 Avgrensning

Av tidsmessige hensyn vil det ikke være mulig å gjøre empiriske undersøkelser, temaet vil derfor bli belyst gjennom et litteraturstudie. Litteraturen som blir brukt er stort sett forskningsartikler og noe faglitteratur. Da det finnes svært lite norsk forskning på området vil mesteparten av forskningslitteraturen være internasjonal. Av hensyn til plass velger jeg å ikke ha med andre årsaker eller tilleggsvansker til skolevegring enn to former for angstlidelser. Jeg kommer heller ikke til å ta med langtidsutsikter, men heller fokusere på ”her og nå” situasjon. Da det ikke foreligger tall på hvor mange elever som sliter med skolevegring i Norge vil jeg heller ikke gå inn på forekomst. For å begrense ytterligere henviser jeg til alderen 10-18 år. Skolevegring oppstår ofte i overgangen til ny skole, og dette er en aldersgruppe som bytter skole 1-2 ganger.

1.4 Oppgavens struktur

Oppgaven vil bli delt i to deler. Første delen vil være en teoridel, som kommer til å legge det teoretiske grunnlaget for resten av oppgaven. Her vil det stort sett bli brukt faglitteratur. Denne delen vil ha tre kapitler. Første kapittel er en introduksjon som skal gi en kort innføring til temaet og hvordan oppgaven blir utført. Kapittel to gir et teoretisk grunnlag for hva skolevegring er. Hva kjennetegner en elev med skolevegring, hvordan kommer skolevegring til uttrykk? Hvilke risikofaktorer og beskyttende faktorer kan en se etter? Kapittel tre vil ha et teoretisk grunnlag for hvordan angst kan sees i sammenheng med skolevegring. Hvordan påvirker angst skolevegring? Her vil fokuset ligge særlig på to former for angst; separasjonsangst og sosial angst. Dette kapitlet vil også inneholde en kort diskusjon om hvorvidt angst er årsaken til skolevegring eller omvendt. Deretter følger del to. Her vil det i størst grad bli benyttet forskningsartikler. Denne delen vil bestå av to kapitler. Kapittel fire vil omhandle hvordan en kan forebygge skolevegring basert på det som kommer fram i kapittel to og tre. Kapittel fem omhandler behandlende tiltak når skolevegringen allerede har oppstått. Hva skal prioriteres, angsten eller å få eleven tilbake i skolen? Hvordan kan dette gjennomføres? Er noen av spørsmålene som vil bli besvart her. Av behandlende tiltak vil jeg i størst grad se på kognitiv atferdsterapi, da dette også er den mest brukte fremgangsmåten i forskningslitteraturen som blir brukt i oppgaven. Forskningsartiklene som blir brukt er for det

meste internasjonale, de fleste er amerikanske, australske og Nederlandske. Det er også to studier som er norske. Resultatene i disse studiene stemmer godt overens og skiller seg lite fra hverandre.

2 Hva er skolevegring

Skolevegring kan oppstå i hele den skolepliktige alder, men det er økt risiko i forbindelse med skolestart, overganger fra barneskole til ungdomsskole, skolebytte og sykdomsperioder (Ingul, 2005). Videre ser det ut til å være vanskeligere å hjelpe eleven tilbake til skolen jo eldre eleven er når skolevegringsatferden starter (Kearney, 2001). Dette kapitlet skal ta for seg det teoretiske grunnlaget for hva skolevegring er. Av plasshensyn vil det bli begrenset til angstbasert skolevegring. For å forstå hva skolevegring dreier seg om, vil jeg gå inn på ulike faktorer som er med på å bidra i utviklingen av skolevegringen. Først vil jeg gå litt i dybden på de fire funksjonene til Kearney (2008). Deretter vil jeg se på hvordan Thambirajah, Grandison og De-Hayes (2008) har delt skolevegring inn i to grupper. Disse forskjellige måtene å se skolevegring på har flere likhetstrekk, forskjellen er hvordan de har delt det inn i grupper og karakterisert deretter. Videre følger risiko- og beskyttende faktorer, konsekvenser og kartlegging.

Det benyttes ulike begreper når en elev har høyt fravær, blant annet skolemotstand, skulk og skolevegring (Kearney, 2001). Med skolemotstand er det snakk om ulike forstyrrende momenter som er subtile eller mer fremtredende. Dette kan være å lage forstyrrende lyder og protester i klasserommet. I utgangspunktet fører ikke denne typen til høyt fravær, men kan etter hvert utvikle seg til å bli det (Kearney, 2001). Som nevnt i kapittel 1 er det to definisjoner som ser ut til å gå igjen i litteraturen. Da denne oppgaven i hovedsak dreier seg om angstbasert skolevegring, vil jeg ta utgangspunkt i King og Bernstein (2001) sin definisjon. De beskriver skolevegring som *”vansker med å møte på skolen som følge av emosjonelt ubehag, da spesielt angst og depresjon”* (King & Bernstein, 2001, s. 197).

Det er ikke uvanlig at skolevegring oppstår i sammenheng med en psykisk lidelse, da elever som vegrer seg for å gå på skolen ofte er diagnostisert med en eller flere internaliserende vansker (Heyne & Sauter, 2013). Det er blitt gjort studier på dette, hvor det har blitt sett på psykiske lidelser i sammenheng med skolevegring. I en studie gjort av Kearney og Albano (2004) utførte de diagnostiske intervjuer hos barn og unge med skolevegring og foreldrene. Intervjuskjemaene som ble utført var *”Anxiety Disorders Interview Schedule for Children and Parents Version”* (ADIS-C/P) og *”School Refusal Assessment Scale”* (SRAS). SRAS måler styrken på skolevegringens fire funksjoner som blir gjort rede for senere i kapitlet (Kearney & Albano, 2004). Bakgrunnen for studien var å undersøke hva slags diagnoser som

er de vanligste å assosiere med de ulike funksjonene for skolevegring. Studien ble utført på 143 barn og unge i alderen 5 – 17 år som vegrer seg for å gå på skolen. Resultatene viste heterogenitet, og generelt ble de som hadde angstrelaterte diagnoser knyttet til skolevegring som opprettholdes av negative forsterkninger. Separasjonsangst ble knyttet opp mot skolevegring som opprettholdes av oppmerksomhetssøkende atferd. Til slutt knyttet opposisjonell atferdsforstyrrelse og atferdsvansker opp mot positive forsterkninger (Kearney & Albano, 2004). Resultatene viste at den vanligste angstlidelsen var separasjonsangst, men også mange møtte kriterier for andre angstlidelser, stemningslidelser og atferdsvansker (Kearney & Albano, 2004). Det ble ikke funnet kjønnsforskjeller, derimot ble det funnet forskjeller i alder. Resultatene viste tendenser til at de yngste vegrer seg for å gå på skolen for å unngå stimuli som fremprovoserer negative følelser eller at de vegrer seg for skolen for å oppnå oppmerksomhet. De eldste viste tendenser til å vise skolevegringsatferd ved å flykte fra uønskede sosiale eller evaluerende situasjoner eller for å oppnå konkrete forsterkninger utenfor skolen. Videre viste resultatene at de barna som viste skolevegringsatferd på bakgrunn av å unngå stimuli som framprovoserer negative følelser, var de som hadde den alvorligste diagnosen (Kearney & Albano, 2004).

2.1 Fire funksjoner for skolevegring

Kearney (2008) deler skolevegring inn i fire funksjoner. Av disse fire har vi: 1) Unngåelse av skolerelatert stress; 2) Unnslippe uønskede sosiale og/eller evaluerende situasjoner på skolen; 3) Oppnåelse av oppmerksomhet hos signifikante andre, som foreldre og 4) Oppnå håndgripelige belønninger utenfor skolen. For å snevre inn ytterligere her, kan en si at de to første inndelingene dreier seg om negative forsterkninger og de to siste dreier seg om positive forsterkninger. Negative forsterkninger vil si at barnet aktivt vegrer seg for å gå på skolen for å unngå uønskede situasjoner eller vonde opplevelser. Ved positive forsterkninger menes at barnet vegrer seg for å gå på skolen fordi det er aktiviteter hjemme eller ute som barnet heller vil drive med enn å gå på skolen (Kearney, 2008).

2.1.1 Unngåelse av skolerelatert stress

Unngåelse av skolerelatert stress, gjelder i hovedsak barn i alderen 5-10 år. Eksempler på slikt stress eller ubehag kan være brannalarm, skolebuss og overgangssituasjoner. Mange klarer seg fint når de først er kommet til klasserommet eller ut i skolegården, men det er tanken på forandringer og overganger som oppleves som stressende (Kearney, 2008). I noen

tilfeller klarer barnet å identifisere hva det er som gjør at skoledagen er preget av stress eller ubehag. Om barna ikke klarer å forklare hvorfor de opplever skoledagen slik, trenger ikke det nødvendigvis å være bekymringsfullt, da det er vanlig at så unge barn ikke har utviklet ferdig den kognitive evnen til å beskrive deres følelser eller hva de opplever som stressende. Videre er det ikke sikkert at de selv vet hva det er som gjør at skoledagen oppleves som stressende eller ubehagelig (Kearney, 2008). Reaksjoner på dette kan komme til uttrykk på ulike områder, som fysiske, kognitive og atferd. Fysiske reaksjoner er kroppslige symptomer som skjelving, magesmerter og hodepine, og anspente muskler. Kognitive reaksjoner kan være gjentatte spørsmål og klager over å måtte gå på skolen. Av atferdsreaksjoner kan vi se tilbaketrekking fra andre, og vansker med å konsentrere seg. Disse tre måtene å reagere på skjer gjerne samtidig (Kearney, 2008).

2.1.2 Flykte fra uønskede situasjoner

I den andre funksjonen som er å flykter fra uønskede sosiale eller evaluerende situasjoner, klarer barnet selv å identifisere hvilke situasjoner som fører til ubehag og angstreaksjoner. Noen eksempler på slike sosiale situasjoner kan være telefonsamtaler, be andre om hjelp – spesielt autoritære personer eller personer barnet ikke kjenner så godt, store grupper med mennesker, og å starte eller opprettholde samtaler med andre barn eller voksne – spesielt de barnet ikke kjenner så godt. Eksempler på evaluerende situasjoner eller der eleven må prestere, er når læreren stiller eleven et spørsmål, å spise sammen med andre i fellesskap, bli tatt bilde av, muntlige presentasjoner foran andre elever, gymtimer og prøver eller andre oppgaver som blir evaluert (Kearney, 2008). Aldersgruppen for denne funksjonen er ofte eldre enn i den første, og gjerne fra 11-17 år. Denne aldersgruppen er mer kognitivt utviklet, og kan skille ut situasjoner som gir angstrelaterte symptomer. Unge som vegrer seg mot å gå på skolen for å unngå uønskede sosiale og/eller evaluerende situasjoner opplever gjerne angstrelaterte symptomer når de kommer på skolen. Derfor er det vanlig at de skulker enkelte timer framfor hele dager. Svingning i fravær er derfor ikke uvanlig (Kearney, 2008).

2.1.3 Ønske om oppmerksomhet

I den tredje funksjonen, hvor aldersgruppen ofte er fra 5-10 år, er det ønsket om oppmerksomhet fra signifikante andre som gjør at barnet vegrer seg mot å gå på skolen. Signifikante andre er i hovedsak foreldre, men kan også gjelde besteforeldre, søsken eller andre personer som tar seg av barnet. I denne funksjonen opplever man gjerne ikke angst

eller stress med å dra på skolen slik som i de to foregående, men fungerer helt fint på skolen så lenge foreldre eller annen person de er knyttet til blir med på skolen. Hvis de ikke får med seg foreldre på skolen er ønske om å dra hjem eller til arbeidsplassen til foreldrene stort, og ofte noe de gjennomfører (Kearney, 2008). Atferdstrekk vi kan se her er sinneutbrudd, opposisjonell atferd, stahet og manipulativ atferd. Plager som magesmerter og hodepine er også vanlig uten at det ligger en medisinsk årsak bak (Kearney, 2008). Det er varierende fravær, da noen foreldre til tross for voldsomme sinneutbrudd hos barnet før avreise til skolen, får barna på skolen (Kearney, 2008). Denne typen for skolevegring kan minne om separasjonsangst. Noen av disse barna er nok redd for at det skal skje noe med foreldrene, men denne funksjonen dreier seg om mer enn bare frykten. Denne beskrivelsen innebefatter også de som vegrer seg kun fordi de vil være med foreldrene og for å få oppmerksomhet. Derfor er atferden også mer manipulerende og utagerende, da den ikke drives av frykt på samme måte som med separasjonsangst (Kearney, 2008).

2.1.4 Ønske om konkrete belønninger

I fjerde og siste funksjon er aldersgruppen mellom 11-17 år, her drives de av ønsket om å oppnå konkrete belønninger utenfor skolen. De drar ikke på skolen av den enkle årsaken at de har mer moro utenfor skolen enn de har på skolen. Aldersgruppen her er mellom 11-17 år. Med konkrete belønninger refereres det her til spesifikke ting eller aktiviteter som barnet heller vil og som er tilgjengelig utenfor skolen. Eksempler på dette kan være å sove lenge, se på tv, spille tv- eller dataspill. Av mer alvorlige aktiviteter kan rusmisbruk nevnes (Kearney, 2008). I denne funksjonen er det ofte ikke angst som fører til skolevegring, de uttrykker derimot at det er kjedelig og derfor ikke orker å være tilstede. Mange forlater skolen etter lunsj, er borte en hel dag eller kommer sent på skolen. Det å ikke møte opp på skolen er ofte noe de prøver å holde skjult, derfor vil det til å begynne med ikke være synlig at et faktisk problem har oppstått (Kearney, 2008).

2.2 Thambirajahs og medarbeideres to inndelinger

Thambirajah et al. (2008) deler skolevegring inn i to grupper, emosjonelt ubehag knyttet til å møte opp på skolen og atferd hos barnet som viser vansker med å være på skolen.

2.2.1 Emosjonelt ubehag

Den første gruppen kjennetegnes ved emosjonelt ubehag i forbindelse med å møte opp på skolen. Barnet viser normalt ingen tegn på emosjonelt ubehag fram til det blir tid for å gjøre seg klar om morgenen. Når det nærmer seg avreise begynner barnet å vise alvorlig emosjonelt ubehag, samt fysiske symptomer. Dette kan være kvalme, oppkast, skjelving, svette, diare og pustevansker. Samtidig nekter barnet å gjøre seg klar til å dra hjemmefra. Har foreldrene klart å få barnet til skolen nekter barnet å gå ut av bilen, og kjemper imot. Noen får panikkanfall og i tillegg vil at foreldrene skal ta de med hjem igjen. Det kan også oppleves som vanskelig å bli værende på skolen en hel dag (Thambirajah et al., 2008). Dette kan bli frustrerende for både barnet og foreldrene da de ikke er i stand til å identifisere følelsene til barnet. Ofte har ikke barnet rukket å utvikle et godt nok ordforråd slik at de kan forklare følelsene de opplever. Mange barn beskriver det som en frykt eller ukjent redsel. En gutt på 12 år beskriver at han *"får en følelse om at noe fryktelig kommer til å skje, men vet ikke hva"* (Thambirajah et al., 2008, s. 27). En jente på 13 beskriver følelsen som at *"noe tar over, og man blir en annen person, det er som om det er verdens undergang"* (Thambirajah et al., 2008, s. 27). Fordi barnet kan ha vansker med å uttrykke seg vil foreldre i noen tilfeller tro at barnet lurer foreldrene til å bli hjemme. Lærere tror ofte at foreldrene ikke er selvsikre nok, eller at de konspirer med barnet (Thambirajah et al., 2008). Her ser vi klare likhetstrekk mellom Thambirajah et al. (2008) og Kearney (2001) sin beskrivelser for de to første gruppene. Graden av emosjonelt ubehag varierer i stor grad hos barnet. Noen blir fysisk dårlig og "lammet av frykt", andre klarer å håndtere ubehaget og kommer seg på skolen. Et fremtredende trekk ved emosjonelt ubehag i forbindelse med skolevegring er at så fort avgjørelsen om at barnet kan være hjemme er tatt, blir barnet veldig fort friskt og tilbake til sitt normale "jeg". Det er denne reaksjonen som får foreldre og lærere til å stille spørsmål ved alvorlighetsgraden situasjonen egentlig har (Thambirajah et al., 2008). I de aller fleste slike tilfeller dreier det seg her om et barn som viser høy grad av angst som forsvinner så fort trusselen ikke er et faktum lenger. Det samme gjelder i helger og ferier. I disse periodene er barnet i fin form og viser ingen tegn til emosjonelt ubehag (Thambirajah et al., 2008).

2.2.2 Vegring knyttet til angst

Den andre gruppen har en større alvorlighetsgrad, da den ofte forbindes med en angstlidelse. Mange fortsetter å møte opp på skolen, dog med store vanskeligheter, og selv om foreldrene er klar over problemet er ikke nødvendigvis læreren det. For de elevene som mestrer å dra på

skolen og har 100 prosent oppmøte, er dette enten fordi foreldrene overtaler dem til det, eller fordi de har lært å håndtere angsten. Men dette vil gå på bekostning av andre faktorer i skolehverdagen. Hva blir kvaliteten på det faglige? Får barnet med seg undervisningen, eller er fokuset på å håndtere angsten så stor at barnet ikke får med seg undervisningen? Andre klarer å dra på skolen enkelte dager, for eksempel faste dager fordi det er et fag de liker godt. De resterende dagene føles det vanskelig og nesten umulig å være en hel dag eller i det hele tatt å møte opp (Thambirajah et al., 2008). Vegring knyttet til angst er noe jeg kommer til å komme nærmere inn på i neste kapittel som omhandler angstbasert skolevegring.

2.3 Risikofaktorer

Det er viktig å være klar over risikofaktorene slik at en kan forebygge tidlig. Risikofaktorer finner vi hos eleven, i hjemmet og på skolen. Av risikofaktorer kan det blant annet nevnes psykiske vansker (både hos foreldre og barnet), sårbarhet for stress, bekymringer, ekstremt innadvendthet, få eller ingen jevnaldningsrelasjoner og mangelfull sosial kompetanse (Solheim et al., 2009). I hjemmet har vi risikofaktorer som psykiske lidelser hos foreldrene, samspillsvansker i familien, vansker med grensesetting, negative holdninger eller erfaringer til skolen hos foreldre, store endringer i familiesituasjonen – for eksempel dødsfall, sykdom arbeidsledighet, skilsmisse og lignende (Solheim et al., 2009). Dette med skilsmisse kan være en belastning for barnet, og spesielt hvis foreldrene ikke kommer overens. I en rapport fra folkehelseinstituttet kan vi lese at forskning viser at foreldrekonflikter kan ha negative konsekvenser og føre til emosjonelle og sosiale vansker hos barnet (Borren & Helland, 2013). I skolen har vi risikofaktorer som mangelfulle rutiner, dårlig klasse- og læringsmiljø, mobbing, liten grad av forutsigbarhet og struktur, mangelfulle rutiner rundt skole-hjem samarbeid, stort lærerfravær eller mange lærerbytter og mangelfull kompetanse på psykiske vansker og angst hos barn (Solheim et al., 2009). Det er viktig å være klar over disse risikofaktorene for å kunne plukke opp elever som er i risikozonen, slik at en kan begynne å forebygge på et tidlig tidspunkt. Det vil være vanskeligere å få eleven tilbake til skolen når skolevegringen først er utviklet.

I en studie gjort av Ingul, Klöckner, Silverman og Nordahl (2012) ble det sett på risikofaktorer for skolevegring. Studien ble utført på 865 elever fra to videregående skoler i Norge. Skolefravær blir ofte delt i to grupper, skolevegring og skulk. Ved skolevegring er det snakk om internaliserende vansker, mens skulk omhandler eksternaliserende vansker. Det er

flere problemer med dette skillet, blant annet at de ofte overlapper med hverandre. Derfor har Ingul et al. (2012) valgt å bruke Kearneys (2008) definisjon på problematisk fravær: 1. Mistet mer enn 25 % av skolen i løpet av de to siste ukene; 2. Opplevd alvorlige vansker med å møte opp i timen de siste to ukene, eller; 3. Hatt mer enn 10 dager (eller 15 %) fravær i løpet av en periode på 15 uker i skoleåret (Kearney, 2008; Ingul et al., 2012). Risikofaktorene som ble sett på i denne studien er familiens helse, foreldrenes yrke, skolemiljø, eksternaliserende atferd, individuelle risikofaktorer og internaliserende vansker (Ingul et al., 2012). Resultatene viser at eksternaliserende vansker viste størst risiko. Overraskende viste internaliserende vansker liten risiko, spesielt hvis de ble sett på som risikofaktor alene. Derimot er det en høy korrelasjon mellom internaliserende og eksternaliserende vansker. I tillegg viste det høy sammenheng mellom fravær, angst og depresjoner. Familiens helse og foreldrenes yrke er også faktorer som viste sammenheng med fravær (Ingul et al., 2012).

Ingul et al. (2012) målte risikofaktorer på to nivåer, individuelt nivå og populasjonsnivå. På individuelt nivå viser alle målte faktorer, inkludert angst, depresjon, trygghet på skolen og foreldres arbeidsløshet, en risiko for skolefravær. På populasjonsnivå viste studien indikatorer på at den viktigste psykososiale risikofaktoren er eksternaliserende vansker, foreldres yrke og familiens helsetilstand. Ingul et al. (2012) presiserer at dette er et viktig funn med tanke på planlegging og prioritering av intervensjon og forebygging av skolefravær. En begrensning ved dette studiet er at det ikke var mulig å skille mellom skolevegring, skulk eller begge deler. Noe som gjorde det umulig å sammenligne mellom grupper (Ingul et al., 2012).

2.4 Beskyttende faktorer

I likhet med risikofaktorer finner vi beskyttende faktorer også hos eleven, i hjemmet og på skolen. Av beskyttende faktorer har vi blant annet god sosial kompetanse, personlige ferdigheter, minst en god venn, gode mestringsstrategier, skolefaglig mestring, positivt selvbilde og selvoppfatning (Solheim et al., 2009). Beskyttende faktorer i hjemmet kan være god psykisk helse hos foreldrene, tidlig grensesetting, godt samarbeid mellom foreldrene og godt samarbeid mellom foreldre og skole. Beskyttende faktorer er stort sett det motsatte av risikofaktorene og innebærer gode rutiner for å følge opp fravær, god klasseledelse, tilpasset opplæring, realistiske forventninger til eleven, trygg og god relasjon mellom lærer og elev.

Videre er det viktig med god handlingskompetanse på intervensjon ved skolevegring og etablerte samarbeidsrutiner med eksterne instanser (Solheim et al., 2009).

2.5 Konsekvenser

Hvis skolevegringen fortsetter uten at behandling blir satt i gang, øker problemet og det blir vanskeligere å overvinne vanskene. Skolevegring over lang tid gir også problemer på andre områder. Eleven går glipp av mye skole, og blir hengende etter. Det blir vanskeligere å komme tilbake til skolen. I tillegg kan det føre til mangel på rutiner og eleven blir vandt til å være hjemme med aktiviteter som er å foretrekke, slik som TV, PC-spill og lignende. Dette er positive forsterkninger som gjør at det frister mer å være hjemme fra skolen. Det å miste venner og kontakt med jevnaldrende kan føre til sosial isolasjon. De kan være redd for å møte på medelever ute og på butikken, blant annet fordi de er redd for å bli konfrontert med spørsmål om hvorfor de ikke er på skolen. Generalisering av angsten over til andre områder er heller ikke uvanlig. Etter hvert kan barnet utvikle en frykt mot å ta buss, dra på butikken, gå ut med foreldrene, og i det hele tatt gå ut av døra. Alle muligheter for å treffe andre mennesker, da spesielt jevnaldrende, blir et mareritt for barnet. De kommer seg derfor lite ut av huset og blir isolert, mister selvtillit og føler seg deprimert. Dermed kan det utvikle seg til å bli en ond sirkel (Thambirajah et al., 2008). Her ser vi også hvordan skolevegring kan utvikle seg til å også innebefatte en alvorlig angstlidelse. Det at angsten først begynner med å kun vise seg i forbindelse skolerelaterte områder, for deretter å overføres til andre områder. Det er derfor ingen tvil om at behandling må settes i gang så fort symptomene viser seg. En "vente å se" holdning, eller å håpe at det går over, vil kun bidra til at angsten får etablere seg hos eleven. Viser eleven tegn på skolevegring må det bli igangsatt tiltak for å forhindre en forverring av situasjonen. Skolevegring kan også gi konsekvenser innad i familien. Familiemedlemmer kan bli forvirret og det kan oppstå konflikter på bakgrunn av blant annet usikkerhet og følelsen av å være hjelpeløs. Det kan også føre til at foreldrene er mye borte fra jobb, og søsken blir preget av situasjonen, som igjen kan føre til at de også slutter å gå på skolen (Kearney, 2001).

Det å være borte fra skolen er i seg selv en viktig opprettholdende faktor for skolevegring. Eleven blir sosialt isolert, mister tilhørighet til jevnaldrende og får heller ikke avkreftet negative tanker om det å være på skolen. Dette vil igjen over tid gi økt angst og depresjonsfølelse. Det vil bli vanskeligere og vanskeligere å komme tilbake på skolen som

følge av disse konsekvensene. Eleven har ofte et ønske om å være som alle andre, men opplever å mislykkes, noe som påvirker selvbildet negativt. Mangel på mestring er også en opprettholdende faktor, og gjør det vanskeligere å komme tilbake på skolen (Solheim et al., 2009).

2.6 Kartlegging

Målet med kartlegging er å avklare hvilke vansker eleven har. Ved kartlegging samler man informasjon om de ulike faktorene ved eleven, skolen og hjemmet, som kan tenkes å bidra til skolevegringen eller opprettholdelse av vansken. Deretter sammenfattes informasjonen som blir utgangspunktet når plan for tiltakene skal utarbeides (Solheim et al., 2009). Handler det kun om skolevegring eller kan det være andre mulige forklaringsmodeller som passer bedre?

Det kan være greit å stille seg noen spørsmål rundt funksjoner for skolevegringen, nivå av ubehag og stress, og hvorfor eleven vegrer seg. Tre spørsmål bør besvares her. Hvordan kommer den uttrykk? Hvilken funksjon har den? Og hva er den beste intervensjonen? Med funksjon menes det her faktorer som opprettholder barnets skolevegring over tid. Det er viktig å vite hvorfor barnet vegrer seg. En god metode er å følge med på barnets skoledag, notere hvilke dager barnet er borte fra skolen, om eleven er der en hel dag eller drar tidlig/kommer sent. I tillegg til å observere atferden (Kearney, 2008). For å få svar på disse spørsmålene er det flere metoder å ta i bruk. Da har vi blant annet intervju, selvrapporteringsskjema, foreldre- og lærer-spørsmål, observasjon, daglig monitorering og rapportering fra skolen, som fraværsprotokoll. Det er viktig å få avklart når barnet begynte å vegre seg for å gå på skolen. Mange slutter å vegre seg etter kort tid. Hvis problemet har vart under to uker, kan kartleggingen vente. Dette er derimot situasjonsavhengig, og det kan være faktorer hos eleven eller i hjemmet som gjør at man må reagere med en gang. For eksempel kan eleven vise alvorlig atferd som selvskading for å unngå å dra på skolen, eller hvis barnet på et tidligere tidspunkt har vist skolevegringsatferd. Videre bør man stille spørsmål som dreier seg om atferden til barnet. Man bør også i den grad det er mulig finne ut om skolevegringen er primærvansken, eller om den er sekundærvansken (Kearney, 2001).

Fordi skolevegring kommer til uttrykk på forskjellige måter, er det viktig med forskjellige innfallsvinkler til kartleggingen (Ingul, 2005). Kartleggingen bør inneholde klinisk og diagnostisk intervju, spørreskjemaer, selvobservasjoner, selvrapporteringsskjemaer, en

gjennomgang av barnas fraværsprotokoll og funksjonell analyse av skolevegringen (Ingul, 2005). Intervju av barnet og foreldrene er viktig for å samle informasjon for å avdekke om det er et mønster for fraværet, hvordan skolevegringen kommer til uttrykk og hva slags funksjon denne har (Kearney, 2008). I et klinisk intervju får barnet/ungdommen, foreldre eller læreren muligheten til å beskrive og gi informasjon om problemet. Det kan lønne seg at man foretar intervjuet separat, da foreldre og barnet ofte har ulike syn på problematikken. Ved å utføre diagnostiske intervjuer kan man få en diagnostisk profil eller oversikt. Det er to skjemaer som er oversatt til norsk og som kan være til hjelp med å se omfang og alvorlighet i forhold til ulike diagnoser. Disse to er: "Anxiety Disorders Interview Schedule for Children" og "Affective Disorders and Schizophrenia" (Ingul, 2005).

Foreldre og lærere er sentrale i arbeidet med skolevegringen, og kilde til mye god informasjon. Ingul (2005) anbefaler bruk av loggbok hvor foreldre daglig svarer på relevante spørsmål. Det presiseres også at det kan være nyttig å skaffe seg oversikt over foreldre- og familiefungering (Ingul, 2005). Som nevnt tidligere har vi selvrapporteringskjemaer, selvobservasjon og foreldre/lærer-spørsmål. Selvrapporteringskjema er i hovedsak basert på eldre barn og unge med gode verbale og leseferdigheter (Kearney, 2001). Da yngre barn ofte ikke er i stand til å fylle ut ett selvrapporteringskjema, kan det være nyttig med et skjema foreldre og lærere fyller ut. Dette gir informasjon om barnet, i tillegg til informasjon om faktorer i familien og i skolen som kan påvirke skolevegringen (Kearney, 2001). Problemet med selvrapporteringer er at mange av de som finnes er av dårlig standard og gir lite relevant informasjon (Ingul, 2005). Selv-observasjoner er observasjoner barnet gjør av seg selv. Et eksempel er å be barnet gi seg selv en karakter hver morgen i forhold til hvor ubehagelig tanken på å dra til skolen er. Informasjonen vi får her kan blant annet brukes til å se endringer etter hvert, i tillegg er det et godt utgangspunkt for planlegging og gjennomføring av opplegg (Ingul, 2005). Videre vil en gjennomgang av barnets fraværsprotokoll gi nyttige opplysninger. Her kan vi finne mønster i fraværet. Vi kan se om fraværet er knyttet til "annerledes" dager på skolen (turer, kulturdager, utplassering), enkelte timer (gym, musikk), enkelte dager (Mandag og fredag), eller rett og slett etter ferier. Et annet viktig verktøy er "School Refusal Assesment Scale-Revised" (SRAS-R). I dette skjemaet skåres barnet ut med en profil på de viktigste opprettholdende funksjonene i forhold til skolevegring (se Kearneys fire funksjonsprofiler tidligere i kapitlet) (Ingul, 2005). SRAS-R har egne versjoner for barnet og foreldrene. Resultatene i SRAS-R må tolkes med forsiktighet, og må ikke ta for gitt at

man vet hvilken type funksjon det dreier seg om. Man må også supplere med andre kartleggingsresultater (Kearney, 2008).

Til slutt har vi observasjon av atferd som går ut på å observere barnet og foreldrene i naturlige omgivelser. Informasjonen man får her, kan brukes til å tolke hva det er som gjør at barnet vegrer seg for skolen. Et problem med denne metoden er at barnet ofte tilpasser atferden sin når det er andre tilstede. Et alternativ her er da en mindre systematisk observasjon, hvor man kan observere på avstand, for eksempel i skolegården (Kearney, 2008).

Når man nå har fått samlet inn mye informasjon, må man sette det sammen og tolke resultater, hvilket kan være en utfordring. Nå må man se etter flere faktorer, som blant annet mønster i fraværet, og om foreldrenes svar og barnets egne observasjoner stemmer overens, samt hva som opprettholder skolevegringen (Kearney, 2008). Er det nå mulig å svare på de tre spørsmålene man hadde før kartleggingen startet? Videre er det viktig at all den informasjonen som er samlet inn brukes til å utvikle en diagnostisk profil og en beskrivelse av barnet/ungdommen og problemet. Denne beskrivelsen bør inneholde individuelle, familiemessige og skolemessige forhold som påvirker utvikling og opprettholdelse av barnets/ungdommens skolevegring. Videre bør den inneholde faktorer og styrker som barnet/ungdommen, familien og skolemiljøet har. Når vi har denne informasjonen vil det være lettere å velge intervensjon og målet for intervensjonen (Ingul, 2005).

2.7 Oppsummering

Dette kapitlet er et teoretisk rammeverk som sammen med kapittel tre blir et grunnlag for resten av oppgaven. Ulike syn og forklaringer på skolevegring har blitt belyst, i tillegg til risikofaktorer og kartlegging av vansken. Forklaringer som vegring for å gå på skolen på bakgrunn av emosjonelle vansker, er gjennomgående. Skolevegring kan komme til uttrykk på ulike måter, og det er viktig å være klar over at begrepet ikke er synonymt med fravær. Til tross for at det ofte er slik det kommer til uttrykk, og det er den gruppen som er mer synlig enn de som mestrer å komme seg på skolen, men ikke får utbytte av det. Skolevegring blir ofte sett i sammenheng med angst, men det kan også komme av andre årsaker. Andre årsaker kan være blant annet mishandling i hjemmet, foreldre som holder barnet hjemmet og depresjoner. Årsaken kan variere mellom positive forsterkninger og negative forsterkninger.

Hvor positive forsterkninger dreier seg om konkrete belønninger utenfor skolen, altså at det er aktiviteter eller andre faktorer som virker mer forlokkende enn å gå på skolen. Negative forsterkninger kan dreie seg om vonde opplevelser og tanker knyttet til skolen, som gjør at eleven ikke klarer å gå på skolen. Hvis skolevegringen ikke blir plukket opp på et tidlig tidspunkt blir det vanskeligere å få eleven tilbake i skolen. Skolevegring kan også ha alvorlig konsekvenser for barnet, i tillegg vil det påvirke familien negativt. Foreldre kan bli frustrerte over at de ikke vet hva de skal gjøre, forvirringer oppstår, og søsken kan utvikle skolevegring selv. Konsekvenser hos barnet selv kan være isolering, mister kontakt med jevnaldrende og kan utvikle alvorlig form for sosial angst. I tillegg vil barnet miste mye av det faglige i skolen, og vil bli hengende langt etter resten av klassen. Avslutningsvis har det blitt sett på beskyttende- og risikofaktorer. Her er det mange faktorer som spiller inn på om en elev er i faresonen eller ikke. Av eksempler her kan det nevnes psykisk helse hos barnet og hos foreldrene, forhold i hjemmet, hvorvidt barnet har venner, trygghetsfølelse på skolen, lærevansker og kommunikasjon både i hjemmet og mellom hjem og skole. Det er ofte ikke en risikofaktor alene som utløser skolevegring, men gjerne en sammensetning av flere.

3 Angstbasert skolevegring

Hos barn med psykiske vansker antydes det at mange har store vanskeligheter med å fungere på skolen. Dog er dette noe det mangler gode nok undersøkelser på, og vil derfor bare være antakelser (Myhrvold-Hanssen, 2007). I dette kapitlet skal jeg gjøre et forsøk på å diskutere skolevegring og dens relasjon til angstlidelser. Jeg skal gå i dybden på hva det vil si å ha angstbasert skolevegring. Her vil jeg trekke frem studier som ser på angst i forhold til skolevegring, og hvilke typer angstlidelser som er de mest vanlige. Jeg skal også prøve å diskutere litt rundt hvorvidt det er angsten som fører til skolevegring, eller om skolevegring kan føre til angst. Før jeg redegjør for angstbasert skolevegring, skal jeg kort gjøre rede for hva det vil si å ha angst, hva er kriteriene og hva kjennetegner angst. For å begrense ytterligere vil jeg i hovedsak fokusere på to former for angstlidelser, separasjonsangst og sosial angst. Det vil også komme frem videre i kapitlet at disse to har høy forekomst sett i sammenheng med skolevegring.

3.1 Hva er angst?

Som nevnt innledningsvis i definisjonen til King og Bernstein (2001) er emosjonelle vansker en utløsende faktor. Haugen (2008a, s. 27) definerer emosjonelle vansker som *”relatert til negative følelser som angst, tristhet, skyld og lignende”*. Han deler dette i to forhold, hvor det ene er misforhold mellom miljøbegivenhetene, samt styrken på den emosjonelle reaksjonen. Det andre forholdet er varigheten eller det kroniske aspektet ved den emosjonelle reaksjonsformen. Videre kjennetegnes emosjonelle vansker ved en affektiv reaksjonsform som utgjør et markert misforhold med den reaksjonsformen som kunne forventes fra miljøbegivenheten og/eller en generell sinnstilstand som klart avviker fra normal sinnstilstand (Haugen, 2008a).

Alle barn kan av og til oppleve angst og frykt som en normal del av det å vokse opp. Men angsten og frykten endres gjennom hele barndommen og ungdomstiden, og hvordan angsten endrer seg i forhold til barnets kognitive utvikling til å gjenkjenne og tolke situasjoner som farlig (Essau, Olaya & Ollendick, 2013). Når angsten utgjør et problem i hverdagen til individet er det viktig at individet får behandling. Angstlidelser karakteriseres på ulike måter. Det som er felles for de ulike lidelsene er at angsten er dominerende. Den er så sterkt overdrevet og opptrer uten potensiell fare i miljøet. I tillegg opptrer den vanligvis sammen

med negative tanker om en selv og framtiden, samt flere ugunstige fysiologiske reaksjoner som hjertebank, svetting, skjelvinger og lignende (Haugen, 2008a). Angstlidelser kan komme til uttrykk på flere ulike måter. Jeg vil som nevnt tidligere kun fokusere på to av dem, henholdsvis sosial angst og separasjonsangst. Sosial angst er karakterisert som frykt for ulike sosiale situasjoner og muntlige presentasjoner. Individene frykter at de vil opptre på en måte (eller viser angst symptomer) som vil være ydmykende eller pinlige. Reaksjoner som kan vise seg er stamming, nøling og rødme (Essau et al. 2013). Separasjonsangst blir definert som en overdreven angst mot separasjon fra de personene individet er knyttet til (Essau et al. 2013).

3.1.1 Sosial angst

Sosial angst er veldig vanlig blant ungdom. Mange opplever sosial angst en eller flere ganger i løpet av livet. Det å oppleve normal sosial angst er vanlig og kortvarig. Et fåtall kan oppleve at denne angsten blir alvorlig og begrensende for livssituasjonen. Når denne angsten i sosiale situasjoner blir overdreven, ubegrunnet og begrensende kalles det sosial angstlidelse eller sosial fobi (Thambirajah et al., 2008).

Haugen (2008b) trekker frem prestasjonsangst som en årsak til angstlidelser. Når prestasjonsangsten blir for sterk og dominerende kan den gå over i en angstlidelse, for eksempel sosial angst. Prestasjonsengstelige barn eller ungdom synes ofte det er vanskelig å delta i ulike situasjoner hvor det inngår vurderingskomponenter. De går inn med en negativ forventning om å lykkes, og plages av å måtte være i prestasjonssituasjoner som de ikke kan unngå. Dette kan også ofte resultere i at barn og ungdom vegrer seg for å gå på skolen. Prestasjonsangst hører inn under normalangst. Normalangst vil si at man gruer seg eller bekymrer seg over enkelte hendelser, som for eksempel det å holde et foredrag for klassen – prestasjonsangst (Haugen, 2008b). Sosial angst hos barn og unge kjennetegnes ved at de har en vedvarende og markert angst for prestasjonssituasjoner eller sosiale situasjoner. Denne angsten kommer av at de er redd for å bli latterliggjort, ydmyket, flau eller kritisk gransket av andre. Av fysiologiske tilfeller som kan dukke opp i slike tilfeller har vi rødming, skjelving på hendene, vannlating og kvalme. Disse reaksjonene kan eventuelt resultere i panikkanfall. Her er ungdommen ofte selv klar over den overdrevne angsten, og vedkommende prøver å unngå prestasjonssituasjoner eller sosiale situasjoner (Pine & Klein, 2008; Haugen, 2008b).

ICD-10 og DSM-5 skiller seg fra hverandre på flere punkter når det gjelder sosial angst, også kalt sosial fobi. Først og fremst har ICD-10 unngåelse av sosiale situasjoner som en av hovedkriteriene. Videre har ICD-10 en egen kategori for sosial angst som gjelder i tidlig leveår (Verdens helseorganisasjon, 2011). DSM-5 har ikke egen kategori for sosial angst hos barn, men to av kriteriene er modifisert slik at det også passer for barn. Av disse to har vi: 1) At det må finnes tegn på at barnet er i stand til å vise aldersadekvat sosial relasjon med kjente personer og vise sosial angst i settinger med jevnaldrende, ikke bare ovenfor voksne; 2) angstreaksjonene kommer til uttrykk gjennom gråt, ”stivner”, klenger, raserianfall eller at de ikke mestrer å snakke i sosiale situasjoner. Videre er det ytterligere to kriterier til som kan nevnes; 3) barnet trenger nødvendigvis ikke være klar over selv at reaksjonen er overdreven; 4) må ha en varighet på minst seks måneder for at det skal kvalifiseres til en diagnose (American Psychiatric association, 2013). Det første kriteriet om at angstreaksjonen må vise seg blant jevnaldrende og ikke bare voksne, er et kriterie ICD-10 ikke har (Essau et al., 2013). I ICD-10 beskrives sosial angstlidelse i barndommen som frykt ovenfor fremmede, og sosial usikkerhet i uvante sosiale situasjoner. Diagnosen brukes kun når alvorlighetsgraden er uvanlig og gir tegn til vansker med sosial fungering i etterkant (Verdens helseorganisasjon, 2011).

Sosial angstlidelse er en frykt for å bli gransket, evaluert eller å være midtpunkt i en sosial sammenheng. Den reelle frykten grunner i å være redd for negative evalueringer, for eksempel at andre skal tenke at de er dumme, bli latterliggjort, tenke at andre ikke skal like en og lignende. Individuer med sosial angst vil lett finne feil ved seg selv og tenke at de er rare eller inkompetente. Situasjoner individene frykter er gjerne å snakke foran flere, fest eller andre store og mindre sammenkomster, stå i kø, snakke i telefon når andre er i nærheten, spise blant folk, og å starte en samtale. I skolen kan dette ofte gi seg til uttrykk ved at barnet eller ungdommen er redd for å lese høyt foran klassen, musikalske eller atletiske fremvisninger, delta i samtaler, snakke med voksne, starte samtaler og å skrive på tavlen (Thambirajah et al., 2008).

3.1.2 Separasjonsangst

Separasjonsangst er vanlig i utviklingen hos et spedbarn, fra rundt 7 måneder til 12 måneder. Det er når dette fortsetter at det kan bli et problem (Schneider & Lavalley, 2013). Sentrale aspekter ved separasjonsangst er urealistiske og overdreven angst mot separasjon eller tanken

på separasjon fra personer barnet er sterkt knyttet til. Denne angsten er ofte kjennetegnet ved bekymringer om at noe skal skje med dem selv, for eksempel å bli kidnappet, bli syk på skolen eller lignende, eller at noe skal skje personene de er sterkt knyttet til, for eksempel at foreldrene ikke skal komme hjem, bli utsatt for en ulykke og lignende (Schneider & Lavalley, 2013). I det tidsrommet barnet ikke er sammen med de personene de er sterkt knyttet til, vil de ha et stort behov for å holde kontakt, for eksempel via telefon, for å vite hva de driver med og hvor de er. Fysiske symptomer når et barn har separasjonsangst er ofte vondt i hodet, vondt i magen, kvalme, og noen ganger oppkast. Noen barn kan også vise opposisjonell atferd når separasjonen fra foreldrene er et faktum (Schneider & Lavalley, 2013).

Både DSM-5 og ICD-10 har flere likheter ved kriterier for separasjonsangst. Men skiller seg på noen områder. Disse forskjellene dreier seg om begrensninger, aldersspenn og varighet på symptomer (Essau et al., 2013). Ifølge DSM-5 vil separasjonsangst føre til begrensninger knyttet til områder som skole, familie og sosialt. ICD-10 derimot har bare begrensninger knyttet til sosial fungering. Når det gjelder alder, kan det ifølge DSM-5 også oppstå i voksen alder (Verdens helseorganisasjon, 2011; American Psychiatric Association, 2013). Mens ICD-10 har som kriterie at det må være i førskolealder (Essau et al., 2013). Symptomene må ha vært tilstede i fire uker hos barn, og seks måneder hos voksne for at det skal kunne diagnostisere som separasjonsangst ifølge DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), ICD-10 derimot har ingen krav om varighet (Essau et al., 2013).

3.2 Hva er angstbasert skolevegring?

Frykt for skolen er vanlig blant skolevegrere og ofte er den uten grunn mens andre ganger er den reell, for eksempel ved mobbing. Irrasjonell frykt er ofte assosiert med skolevegring. Flere studier har fokusert på diagnosekategorier og indikerer at enkle eller spesifikke fobier ofte er tilstede hos mange barn og unge med skolevegring (Kearney, 2001). Skolevegring i seg selv er ingen formell diagnose i verken DSM-5 eller ICD-10, men barn og unge med skolevegring har ofte en eller flere internaliserte lidelser (Essau et al., 2013), slik som angst og depresjon. Det har blitt gjort flere studier som ser på angst i forhold til skolevegring. Hvilke typer angstlidelser som er vanlig blant angstbasert skolevegring, og forekomst i forhold til tematikken, vil bli diskutert i resten av dette kapitlet.

Internaliserte symptomer og diagnoser sees ofte i sammenheng med skolevegring. Studier av skolefravær har historisk sett ofte blitt delt i to områder. Psykonevrotisk skulk- som gjerne innebærer skolevegring/fobi og ulovlig skulk. Første område er ofte assosiert med nevrotiske internaliserende symptomer mens det andre ofte er assosiert med atferdsvansker og eksternaliserende symptomer. Dette skillet er dog problematisk, da de ofte går over i hverandre. Det er et veldig forenklet skille, men kan også være en god hjelp for å danne seg en oversikt over temaet i første omgang (Kearney, 2001). Med internaliserende symptomer kan det her nevnes frykt/fobi, angst, somatiske plager, depresjon og generell negativ affekt (Kearney, 2001).

King og Bernstein (2001) utførte en studie hvor de samlet litteratur og forskning fra 1990 og ti år framover. Her så de på diagnoser som ofte oppstår sammen med skolevegring, familieforhold, hva slags kartlegging som har blitt brukt og hvilke tiltak. Når det gjelder sammenhengen mellom skolevegring og angst, så de blant annet på familiefunksjon, om foreldre hadde en angstlidelse og i så fall hvilke som hadde høyest prevalens. Av funnene i reviewet kan vi trekke frem problematiske familieforhold som foreldrenes angstlidelser og andre vansker innad i familien (King & Bernstein, 2001). Problematiske familieforhold har vist seg å være en viktig faktor for utvikling av skolevegring hos barn og unge. Foreldre til barn med skolevegring og separasjonsangst viste økt forekomst av panikkanfall og/eller agorafobi. Foreldre til barn med skolevegring og fobi hadde økt forekomst av fobi og sosial fobi/sosial angst (King & Bernstein, 2001). Studier som ser på barn og skolevegring og komorbiditet med separasjonsangst, indikerer at dysfunksjonelle mønstre i familien er tilstede. Disse familiene viser ofte lite tegn til samhold, familiemedlemmene er ofte distansert fra hverandre, liten grad av tilpasningsdyktighet, liten grad av fleksibilitet (Schneider & Lavalley, 2001; King & Bernstein, 2001). Videre konkluderer King og Bernstein (2001) med at det er klare tegn på at skolevegring er et kompleks fenomen, med varierende uttrykk. Men allikevel ser det ut til at tre grupper som gjør seg mer gjeldende, skolevegring med fobi, skolevegring med separasjonsangst og skolevegring med angst og/eller depresjon (King & Bernstein, 2001). Separasjonsangst sees som oftest hos de yngre barna, typisk under 12 år, mens sosial angst er den vanligste hos ungdom. Generalisert angst og panikkanfall kan også sees hos barn og unge med skolevegring, men vil ikke bli redegjort for her av hensyn til plass og fokusområdet (Thambirajah et al., 2008). Videre kan det nevnes at i enkelte studier som tas med i avsnittet under, kan man se at det ikke nødvendigvis er separasjonsangst eller sosial

angst som er de vanligste. Samtidig er det viktig å huske på at i disse studiene gjelder det kun et fåtall av barn og ungdom totalt sett som vegrer seg for å gå på skolen grunnet angst.

Angst og nevrose har i flere tiår blitt en viktig forklaring på barn og unge med skolevegring. Dette gjelder spesielt separasjonsangst som har vist seg å være mest gjeldende for denne gruppen, sammenlignet med barn som har andre nevrotiske lidelser (Kearney, 2001). Men det er viktig å huske på at skolevegring ikke nødvendigvis er resultat av angst, som nevnt i foregående kapittel er det flere faktorer som påvirker om en elev utvikler vegring mot skolen. Det kan være vegring på bakgrunn av konkrete belønninger utenfor skolen, som for eksempel aktiviteter utenfor skolen som virker mer fristende, som å sove lenge, se på tv og spille dataspill.

3.2.1 Angst sett i forhold til fravær

I en studie gjort av Egger, Costello og Angold (2003) ble det sett på sammenhengen mellom angstbasert skolevegring, skulk og andre psykiske lidelser. Utvalget ble tatt fra en større longitudinell undersøkelse, "*The Great Smokey Mountains Study (GSMS)*", som ble utført i North Carolina. Her så de på utvikling av psykiatriske lidelser hos barn og unge. I studien til Egger et al. (2003) har de plukket ut åtte årlige observasjoner, i alt 6 676 årlige observasjoner på de 1 422 barna i alderen 9-16 år. Barnet og foreldrene ble intervjuet separat, om barnets psykiatriske status ved bruk av "*Child And Adolescent Psychiatric Assessment*". Hvilket ga en rekke DSM-IV diagnoser (Egger et al., 2003).

Angstbasert skolevegring ble her definert som å ikke møte opp på skolen, dro tidlig fra skolen grunnet angst, eller nektet å være på skolen på grunn av angst slik at de måtte bli fulgt til skolen av foreldre minst en gang i løpet av periode på tre måneder (Egger et al., 2003). Målingene ble fordelt på fire variabler, hvor eleven: 1) Var borte fra skolen minst halve dager, kom sent eller dro tidlig; 2) ble hjemme fra skolen; 3) ikke rakk skolen bevisst eller dro tidlig; 4) måtte følges til skolen av foreldre. Bakgrunnen for de fire variablene er alle angst eller bekymringer (Egger et al., 2003). Skulk ble definert som å ikke dra på skolen eller dra tidlig fra skolen uten tillatelse fra skolepersonell. De hadde ingen gyldig grunn til å ikke være på skolen, som sykdom eller liknende. Målingene ble også her fordelt på fire variabler, hvor eleven: 1) Var borte fra skolen minst en halv dag; 2) ble hjemme fra skolen hele dager; 3) måtte bli fulgt til skolen av foreldre eller andre omsorgspersoner for å forsikre seg om at

de dro dit 4) ikke rakk skolen bevisst eller dro tidlig. Her er det ingen årsaker som kan knyttes til bekymringer eller angst (Egger et al., 2003).

Angstbasert skolevegring hadde høy sammenheng med depresjoner og separasjonsangst. De som skulket hadde høy sammenheng med opposisjonelle atferdsvansker, atferdsvansker og depresjon. En blanding av disse, elever som både har angstbasert skolevegring og skulker, hadde høyest sammenheng med psykiske lidelser. De hadde økt grad av emosjonelle- og atferdsvansker. Spesifikk frykt, søvnproblemer, somatiske plager og vansker med å danne relasjoner til jevnaldrende (Egger et al., 2003).

Egger et al. (2003) delte utvalget inn i fire grupper og så på forekomsten av disse; 1) Kombinasjon av skolevegring hvor det både er skulk og angstbasert skolevegring; 2) kun skulk; 3) kun angstbasert skolevegring og 4) de som ikke viste tegn til noen av de foregående – altså ingen fravær (Egger et al., 2003). Angstbasert skolevegring var i større grad knyttet til skulk/fravær enn de uten angst. Separasjonsangst var mindre enn forventet, men frykt for skolen var høy hos de som viste tegn til angstbasert skolevegring (Egger et al., 2003).

Egger et al. (2003) påpeker selv svakheter ved studien. De hadde ingen informasjon fra skolen om fraværet, atferden til barnet, skolefunksjon eller lærevansker. Det var mangel på data om hyppighet av fraværet, konteksten og funksjonen av skolevegringsatferden. Videre presiserer de at ved bruk av "*School Refusal Assessment Scale*" kunne styrket, gitt større forståelse og oversikt over funksjonene og atferden. Det var heller ingen data på kognitiv funksjon, med fokus på utviklingshemning, funksjonshemning, lærevansker, akademiske oppnåelser som kunne ha gitt oversikt over hvordan akademisk funksjon og evne former barnets aversjon. Til slutt kan det nevnes at utvalget gjaldt kun de som var registrert ved skolen, og kan derfor ha utelukket barn med angstbasert skolevegring som har vært så alvorlig at de har sluttet på skolen (Egger et al., 2003).

I en annen studie, som er gjort i Norge av Ingul og Nordahl (under publisering), har elever med angst blitt vurdert, og hva som skiller de som møter opp på skolen og de som ikke møter på skolen. Det var 865 deltakere i studien, hvor alderen var fra 16 til 21 år. Deltakerne i studien var ungdom fra to videregående skoler i Norge. Ni av ti starter på videregående skole i Norge, det er vanlig å fullføre videregående i løpet av tre år, men man har også mulighet til å ta det over fem år. De fleste fullfører etter tre år, og noen få fullfører etter fem år (Ingul &

Nordahl, under publisering). Meningen med studien var å finne hva som skiller mellom elever med angst som møter opp på skolen regelmessig og elever med angst og høyt fravær. De elevene som møtte opp på skolen var mindre påvirket av negative personlighetstrekk, risikofaktorer, sosial angst, panikk, atferdsproblemer og familieproblemer. Konklusjonen deres er at risikoen for problematisk skolefravær øker i takt med antall risikofaktorer, og at behandlingen for angstbasert skolevegring bør tilpasses individets risikofaktorer (Ingul & Nordahl, under publisering).

De 865 studentene ble delt inn i fire grupper basert på høyt eller lavt fravær og grad av angst; 1) Høy grad av angst og høyt fravær; 2) Høy grad av angst og lavt fravær; 3) Normal angst og høyt fravær; 4) Normal angst og lavt fravær. Analysene viste at i forhold til høy angst/lavt fravær-gruppen hadde høy angst/høyt fravær-gruppen mer atferdsproblemer, større psykiatrisk alvorlighet, og større hyppighet med narkotika. Videre viste de ingen forskjell med tanke på personlighetsproblemer, alkohol, cannabisbruk eller depressive symptomer. Ved måling av angst, viste det som forventet at høy angst/høyt fravær-gruppen hadde høyere skåre på sosial angst, de rapporterte også flere symptomer på panikkanfall og somatiske plager enn høy angst/lavt fravær-gruppen. Dette indikerer at typen angstlidelser er forskjellige i to gruppene med høy angst (Ingul & Nordahl, under publisering). Videre i forhold til angst og lite fravær har angst og høyt fravær flere negative personlighetstrekk og sosial angst, flere panikkanfall og atferdsproblemer. I tillegg til flere problemer innad i familien og færre venner. Funnene i studien er viktig, da det viser at å kun behandle angstproblematikken hos angstbasert skolevegring ikke nødvendigvis er nok. I tillegg bør klinikere være oppmerksom på sosial isolasjon, atferdsproblemer og familieproblemer (Ingul & Nordahl, under publisering).

Noen begrensninger ved studiet som kan trekkes frem er at man ikke kan si noe om forholdet mellom risikofaktorer og skoleoppmøte, og man kan derfor ikke trekke noen slutninger basert på årsak/virkning. Det er heller ingen målinger av kognitive funksjoner hos deltakerne, hvilket kan ha påvirket resultatet. Lavere kognitiv funksjon har i noen studier blitt assosiert med høyt fravær, men de fleste studiene har også støttet opp under at barn med høyt fravær ligger på gjennomsnittet når det gjelder intelligens og oppnår adekvat akademiske prestasjoner før de får høyt fravær (Ingul & Nordahl, under publisering). En kan derfor ikke trekke slutning rundt lav kognitiv funksjon som en årsak til skolevegring, men heller at høyt fravær muligens kan føre til en lavere kognitiv funksjon. Dette kan kanskje komme av at

barnet eller ungdommen mister mye av det faglige på skolen, blir hengende etter resten av klassen og får derfor ikke utviklet sin kognitive funksjon og akademiske prestasjoner på lik linje med jevnaldrende.

Videre kan det trekkes fram en studie gjort av Hughes, Gullone, Dudley og Tonge (2010) hvor de ser på emosjonsregulerende strategier. De har plukket ut et utvalg på 21 barn i alderen 10-14 år, som ble valgt ut fra en større studie med 859 deltakere. De var alle blitt henvist til en klinisk undersøkelse på bakgrunn av mistanke om skolevegring, alle deltakerne var diagnostisert med minst én angstlidelse. Deltakerne som ble plukket ut tilhørte en klinikk for skolevegring i Melbourne i Australia. Kriteriene for deltakelse var at de måtte ha et oppmøte på mindre enn 50 % de siste fire ukene. Foreldrene måtte være klar over at de ble hjemme, og de hadde en primærdiagnose som enten var sosial angst, separasjonsangst, generalisert angst eller panikkanfall. Av de typiske strategiene for å slippe skolen ble det registrert somatiske plager, emosjonelt ubehag, og opposisjonell atferd mot foreldre, søsken eller lærere (Hughes et al., 2010).

Med emosjonsregulerende strategier menes her prosessen hvor emosjonell bevissthet og erfaring blir vurdert, evaluert, opprettholdt og modifisert. Slike prosesser gjør det mulig for individet å påvirke hvilke emosjoner de har, når de dukker opp og hvordan de oppleves og kommer til uttrykk (Hughes et al., 2010). Av målinger som ble utført har vi: "Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents", "RCMAS" som måler angstsymptomer, "CDI" som måler depresjon og skiller mellom deprimert og ikke deprimert og til slutt "Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV" (Hughes et al., 2010).

Resultatene viste at generalisert angst var den vanligste, etterfulgt av sosial angst og separasjonsangst. 17 stykker hadde mer enn én diagnose, hvor 12 hadde stemningslidelser som en av dem. Videre viste studien at de med skolevegring hadde mindre emosjonsregulering (Hughes et al., 2010).

3.2.2 Kognisjon og angstbasert skolevegring

En annen vinkling på angstbasert skolevegring er å se på tankemønsteret, kognisjon, hos barn og unge. Hvorvidt negative tanker og kognitive svakheter gjør seg gjeldende ved angstbasert skolevegring. Er det høyere forekomst av negative tanker i denne gruppen? I en studie gjort

av Maric, Heyne, de Heus, van Widenfelt og Westenberg (2012) ser de nettopp på dette. De undersøker kognisjon ved angstbasert skolevegring i tillegg til automatisk tenkning og kognitive svakheter. Deltakerne ble plukket ut med bakgrunn av Bergs (2002) kriterier for skolevegring: 1) Motvillig eller vegrer seg mot å gå på skolen; 2) Barnet blir hjemme med foreldrenes kjennskap til det. Individet prøver ikke å skjule det slik som ved skulk; 3) Følelsesmessig opprørt av tanken på å måtte gå på skolen; 4) Individet viser ikke alvorlig antisosial atferd 5) Foreldrene gjør gjentatte forsøk på å hindre at eleven får mer fravær. Det ble plukket ut 50 deltakere med skolevegring, og en kontrollgruppe på 181 barn og unge. Alderen var fra 11-17 år. Deltakerne med skolevegring ble plukket ut fra en større undersøkelse hvor de undersøker behandlende tiltak hos barn og unge med skolevegring (Maric et al., 2012).

Kognitiv terapi blir sett på som en viktig komponent i behandling av skolevegring, men kunnskap om rollen av kognisjon blant skolevegring finnes det svært lite av. Denne studien representerer den første kontrollerte studien som ser på kognisjon. Bakgrunnen for denne studien var derfor å undersøke kognisjon hos barn og unge med angstbasert skolevegring. De kognitive konstruksjonene som ble undersøkt inkluderer negativ kognisjon som vanligvis linkes til unge med angst og positive automatiske tanker. Målinger som ble utført var "Children's Automatic Thoughts Scale-Negative/Positive" som er et selvrapporteringskjema som måler negative og positive tanker hos barn og unge i alderen 8-18 år. Her måles faktorer som sosiale trusler, personlige nederlag, fiendtlighet og positive tanker. Dette selvrapporteringskjemaet har vist å ha god retest validitet og god indre validitet (Maric et al., 2012). Det ble også brukt "Children's Negative Cognitive Error Questionnaire-Revised" som måler kognitive feiltenkning hos barn og unge i alderen 9-17 år (Maric et al., 2012). Et tredje selvrapporteringskjema som ble brukt var "Multidimensional Anxiety Scale for Children". Denne måler angst på fire nivåer, fysiske symptomer, sosial angst, separasjonsangst og unngåelse av skade. Denne har også vist seg og ha god retest validitet (Maric et al., 2012).

Antagelsen om at barn og unge med skolevegring ville vise flere negative automatiske tanker og flere kognitive svakheter i forhold til utvalget i kontrollgruppen ble delvis støttet. Deltakerne med skolevegring rapporterte høyere nivå av negative automatiske tanker omkring sosiale trusler, negative automatiske tanker rundt personlige nederlag og kognitive svakheter ved overgeneraliseringer. Videre rapporterte de lavere positive automatiske tanker i forhold til kontrollgruppen. Ved kontrollering av angst, viste skolevegringsgruppen høyere

nivåer av tanker omkring personlige nederlag, men signifikant lavere nivåer av tanker rundt fiendtlighet og signifikant lavere nivåer av positive tanker (Maric et al., 2012).

Maric et al. (2012) konkluderer avslutningsvis med at negativ kognisjon er en risikofaktor for skolevegring. Fordi ved å kontrollere for angst, viste deltakere med skolevegring flere negative automatiske tanker rundt personlig nederlag. I tillegg vil tilstedeværelse av skolevegring kunne forutse tanker om personlig nederlag og av kognitive svakheter rundt overgeneralisering. Tanker rundt personlig nederlag og tendenser til overgeneralisering av negative hendelser kan hindre skolevegrere i å ta ansvar med å jobbe med vanlig skoleoppmøte. Her kan vi trekke likhetstrekk til negativ selvoppfatning og forventning til egen mestring. Negativ forventning til egen mestring kan også overføres til andre områder. Dette vil jeg komme litt nærmere inn på i kapittel fem.

Da denne studien ser på tankemønsteret hos barn og unge med angstbasert skolevegring kan dette gi ideer til både forebygging og behandlende tiltak. Forebygging fordi en lettere kan jobbe med å snu negative tanker før de blir for dominerende og alvorlig, behandlende tiltak fordi en da kan se hvordan man skal jobbe med eleven for å snu tankene. Da alle barn og unge er forskjellige med ulike forutsetninger vil en kartlegging av tankemønsteret kunne gi en bedre oversikt og et skreddersydd tiltaksprogram.

3.3 Fører angst til skolevegring eller omvendt?

Er det angsten som fører til skolevegring eller kan skolevegring gi angst? Skolevegring med høyt fravær kan i lengden føre til sosial isolasjon og deretter sosial angst (Thambirajah et al., 2008). Med mindre det er angsten som gjør at eleven holder seg hjemme i utgangspunktet. Hvorvidt den ene fører til den andre finnes det svært lite, om ikke noen, studier på. Dette kunne ha vært et interessant tema å undersøke. Samtidig er det viktig å huske på at angst ikke nødvendigvis fører til skolevegring. Men angstlidelser og sosial angst kan med stor sikkerhet i noen tilfeller føre til at individet utvikler skolevegring som et resultat. Når det gjelder angst som baserer seg på frykt for evaluerende situasjoner, snakke høyt i klassen, være i samme rom med mange mennesker slik som i en klassesituasjon, vil dette være en stor risiko for skolevegring. Da det føles lettere å bli hjemme fra skolen, fordi det er nettopp skolesituasjoner eller tanken på det som utløser angstanfall. Studiene som ser på angst i forhold til skolevegring sier ingenting om elevene viste tegn til vegring før angstsymptomene

viste seg. Angst og skolevegring er ofte å se i sammenheng med hverandre, men det finnes andre årsaker og faktorer som gjør at en elev vegrer seg for skolen, slik det ble redegjort for i kapittel 2. Spørsmålet en kan stille seg i slike situasjoner, hvor det er andre faktorer bak vegringen enn angst, er hvorvidt det på sikt kan føre til at eleven utvikler en angstlidelse.

3.4 Oppsummering

Angstbasert skolevegring kan beskrives som frykt for å gå på skolen. Noen ganger er denne reell, slik som i tilfeller av mobbing. Andre ganger er den irrasjonell, slik som ved angstlidelser. Emosjonelle vansker er noe alle opplever igjennom livet. Når det begynner å begrense livskvaliteten til individet, og det blir et problem, kan det være snakk om blant annet en angstlidelse. Skolevegring blir ofte sett i sammenheng med angst, og de vanligste angstlidelsene er sosial angst og separasjonsangst. Separasjonsangst oppstår oftest hos de yngste, mens sosial angst oppstår oftest hos de eldre. Ved separasjonsangst viser barnet irrasjonell frykt ved å skilles fra foreldre eller andre omsorgspersoner, selv ved kun kort tid. Tanken på det kan også fremkalle reaksjoner. Sosial angst vil si frykt for sosiale situasjoner, individet har irrasjonell frykt for at andre skal tenke negativt om dem, frykt for å snakke høyt foran andre, frykt for evaluerende situasjoner og prestasjonssituasjoner. Unngåelse av slike situasjoner kan føre til at eleven vegrer seg for å gå på skolen.

Studier har vist at en eller flere angstlidelser hos foreldre og dysfunksjonelle familieforhold kan øke risikoen for angstbasert skolevegring hos barn og unge. Hvorvidt angst forårsaker skolevegring eller omvendt har blitt lite diskutert. Men innfallsvinklene i de fleste studier tyder på at det er snakk om angstlidelser som har utviklet seg til også innebefatte høyt fravær og dermed skolevegring i tillegg. Men en kan stille spørsmål rundt hvorvidt skolevegring på bakgrunn av konkrete belønninger som å sove lenge, bli hjemme for å se på tv, spille dataspill og lignende, kan føre til sosial isolasjon og dermed til sosial angst eller lignende.

4 Forebyggende arbeid

I kapittel to ble det redegjort for risikofaktorer. Når en er klar over disse risikofaktorene vil det være lettere å forebygge. I dette kapitlet vil det bli diskutert hvordan man kan forebygge. Da oppgaven i hovedsak dreier seg om angstbasert skolevegring, vil de forebyggende tiltak som her blir nevnt ha størst fokus på forebygging og behandling av angst for å hindre utvikling av skolevegring. Jeg vil først gjøre rede for hvordan skolen kan arbeide for å forebygge skolevegring. Hvilke rutiner og fokus bør de ha? Videre vil det bli presentert noen programmer skolen kan igangsette. Disse programmene dreier seg i hovedsak om mobbing eller atferdsvansker, men kan også gi positive utslag for skolevegring, da det går på trivsel og trygghet i skolen. Resten av kapitlet vil i hovedsak dreie seg om hvordan forebygge angst for å hindre en eventuell utvikling av skolevegring. Dette kapitlet vil ta utgangspunkt i kapittel 3 hvor det ble redegjort for angstbasert skolevegring, og kapittel 2 hvor det ble redegjort for skolevegring generelt samt risikofaktorene.

4.1 Hvordan forebygge i skolen?

Det vil være flere viktige faktorer å ta hensyn til når en skal sette i gang forbyggende tiltak. Lærerens kompetanse og kapasitet, foreldrenes kapasitet og ikke minst eleven selv. I tillegg ta hensyn til elevens forutsetninger og behov. Lærere har i utgangspunktet mye ansvar og mange elever å ta hensyn til. Det er derfor viktig at det også tilpasses lærerens tid og hva han eller hun har kapasitet til å ta på seg av ansvar. Læreren må derfor inkluderes i planleggingen fra starten (Kearney, 2008). Dette vil selvsagt også gjelde ved behandling. Noe som kommer frem i neste kapittel.

4.1.1 Forebygging i skolen

I kapittel 2 ble det gjort rede for de vanligste tegnene for skolevegring, tidlige tegn, samt risikofaktorene. Har man kjennskap til disse vil det være lettere å oppdage det på et tidlig tidspunkt. Det vil være viktig å være oppmerksom på disse tegnene og risikofaktorene, slik at en kan starte forebyggende tiltak før det utvikler seg til en alvorlig tilstand som angstbasert skolevegring. Måter å gjøre dette på er å ha et godt system for håndtering av fravær. Viktige faktorer for et slikt system kan være tidlig involvering av foreldre og relevante samarbeidsinstanser ved behov (Solheim et al., 2009). Noe av årsaken til at det er viktig med gode rutiner og systemer for registrering og oppfølging av fravær, er at før skolevegringen

blir alvorlig er det vanlig med mye sporadisk fravær over tid. En må derfor være oppmerksom på fravær av både enkelttimer eller dager. Det vil det også være viktig med rutiner for kontakt med foreldrene når barnet, eller ungdommen, har et bekymringsfullt høyt fravær, uavhengig av om dette er gyldig eller ugyldig. Skyldes det høye fraværet mange diffuse fysiske plager, vil det være en fordel å be om at det blir gjennomført en legeundersøkelse, for å bekrefte eller utelukke eventuelle sykdommer (Solheim et al., 2009).

Forebygging kan også foregå i form av opplæring i sosiale ferdigheter for elever i en risikogruppe, for eksempel hos elever som viser utrygghet i skolesituasjonen eller er sosialt umoden. Er dette tilfellet, vil det å arbeide med å styrke elevenes evne til positiv selvhverdelse, samt trening på sosiale ferdigheter være viktig. Dette kan gjennomføres ved å gi elevene oppgaver som å invitere andre medelever med på aktiviteter eller uttrykke egne meninger. Sosial ferdighetstrening kan utføres i tilrettelagte undervisningstimer eller naturlige situasjoner gjennom skoledagen. Videre vil det å arbeide for et bedre psykososialt miljø bidra til å legge til rette for at elever i risikogrupper utvikler gode relasjoner til medelever, og kan derfor medvirke til å hindre en utvikling av skolevegring (Solheim et al., 2009). Arbeid med sosiale ferdigheter er også noe resten av skolens elever kan engasjeres i, da dette kan medvirke til et generelt godt miljø på skolen.

Relevante tiltak for arbeid med et positivt psykososialt miljø vil ha som fokus å øke trygghet og tilhørighet for elevene på skolen, redusere mobbing, samt å øke elevenes sosiale kompetanse. Da angstbasert skolevegring i stor grad gir seg til uttrykk gjennom frykt for ulike situasjoner i skolen, kan en slik trygghet bidra til å redusere frykten. Aktuelle tiltak i slike tilfeller vil være systematisk implementering av skoleomfattende programmer for forebygging av mobbing, opplæring i sosial kompetanse og arbeid med klasseledelse, slik som Olweus, Connect og PALS (Solheim et al., 2009). Selv om disse programmene ikke direkte retter seg mot skolevegring, kan de ha en positiv effekt, da de kan bidra til et bedre skolemiljø, trivsel og trygghet. Trygghet er viktig for forebygging av skolevegring. Dersom eleven er utrygg på skolen, og mistrives vil både forebygging og behandling være ekstra utfordrende.

Programmet Olweus retter seg mot elever i grunnskolen og er utviklet for å forebygge, redusere eller fjerne mobbing og antisosial atferd i skolen. Programmet skal bidra til bedre vennskapsrelasjoner, og at alle elever, også de som mobber eller blir mobbet, trives og får et

bedre utbytte av skoledeltakelse (Ogden, 2009). Til tross for at dette programmet i hovedsak dreier seg om mobbing og antisosial atferd, kan det være et viktig forebyggende tiltak ved at det også skal bedre relasjoner med jevnaldrende og trivsel i skolen. Slike gode relasjoner og venner på skolen er en beskyttende faktor, og kan derfor gi positive utslag for en elev som vegrer seg mot å gå på skolen. Ved å fjerne eller redusere mobbing, som kan bidra til og opprettholde skolevegring, kan dette også fjerne frykten eleven har for å gå på skolen. Dette trenger nødvendigvis ikke være svaret på forebygging av skolevegring, da det som oftest er flere faktorer enn mobbing eller et problematisk miljø som utløser en skolevegringsatferd, spesielt hvis det dreier seg om angst.

Videre har vi programmet Connect, hvilket er et skoleomfattende program som er rettet mot læringsmiljøet i grunnskolen og er utviklet ved senter for atferdsforskning (SAF). Det primære fokusområdet for Connect er disiplin, konsentrasjon og mobbing, mens det sekundært fokuserer på vold, rasisme, negativ gjengdanning og ugyldig fravær (Ogden, 2009). Da dette programmet blant annet har ugyldig fravær som et sekundær innsatsområde, kan dette bidra positivt ved skolevegring som skyldes konkrete belønninger utenfor skolen. Ved å hindre vold, negative gjengdannelser og lignende, slik som nevnt, kan det i likhet med Olweus skape et bedre miljø på skolen, slik at negative assosiasjoner til skolen kan reduseres hos en elev som vegrer seg mot å gå på skolen.

Til slutt kan Positiv atferd, støttende læringsmiljø og samhandling i skolen (PALS) nevnes. Denne er utviklet for å styrke elevenes sosiale kompetanse, forebygge og mestre atferdsproblemer på grunnskolens barnetrinn. PALS har fire hovedprinsipper som går ut på:

- 1) En felles kultur for utvikling av positiv atferd, sosial kompetanse og god samhandling i hele skolens læringsmiljø. Dette fremmes gjennom sosial ferdighetstrening, undervisnings- og klasseledelse, tilsyn og veiledning og skole-hjem-samarbeid;
- 2) At elever og ansatte ved skolen lærer grunnleggende og enkle formulerte regler, slik som respekt, ansvar, trygghet, og har klare forventninger til positiv atferd;
- 3) At bekreftelse av positive atferdsmønstre også må vektlegges, fordi negative konsekvenser ikke er tilstrekkelig for å redusere atferdsproblemer. Systematisk bruk av oppmuntring og belønning brukes for å anerkjenne og motivere prososial atferd, mens negativ atferd gir milde og forutsigbare konsekvenser;
- 4) At systematisk kartlegging av elevatferd og implementering legger grunnlaget for å identifisere tiltaksbehov, problemløsning, planlegging, gjennomføring og evaluering (Ogden, 2009).

Dette er alle programmer som kan implementeres i den norske skolen, og kan gi positiv utvikling til alle elever, ikke bare for elever i risikogruppen. Et negativt aspekt med disse programmene er at det kan kreve ekstra ressurser og tid fra skolepersonell, det å starte på et nytt prosjekt i en allerede hektisk hverdag, er tidkrevende og utfordrende. Men får man inn rutiner og klarer å opprettholde en god utvikling vil det etter hvert gi positive utslag. Videre er det viktig å vurdere elevgruppen og se hva som vil passe den enkelte skolen. Hos noen vil det være tilstrekkelige med små endringer mens hos andre vil det være behov for store forandringer.

4.2 Når angsten allerede er et faktum

Da hovedfokuset her er angstbasert skolevegring vil det være naturlig å videre legge hovedvekten på angst som risikofaktor. Fokuset vil derfor være på behandling av angst, og forebygging mot angstlidelser.

4.2.1 Behandling av bakenforliggende årsaker

I dette avsnittet fremstilles to studier som behandler de bakenforliggende årsakene til skolevegring, hvorvidt de er de utløsende årsakene eller et resultat av skolevegring kommer ikke frem. Men de opprettholder skolevegringsatferden, og spørsmålet blir da om vegringen reduseres ved at angsten behandles i første omgang?

Heyne, King, Tonge, Rolling, Young, Pritchard og Ollendick (2002) utførte en randomisert studie med tre grupper for å se om det var en forskjell i resultatene på intervensjonen. Deltakerne ble delt inn i tre grupper. Den ene gruppen besto kun av terapi for eleven, den andre av foreldre- og lærertrening og den siste gruppen kombinerte terapi for eleven og foreldre- og lærertrening. Studien ble utført på barn og unge i Melbourne, Australia med skolevegring. Det var totalt 61 deltakere i alderen 7-14 år. Alle ble kartlagt før og etter behandling og ved 4,5 måneder oppfølging (Heyne et al., 2002).

Behandlingen foregikk over en periode på fire uker. I gruppen hvor det kun var elevene som fikk behandling ble det utført åtte terapitimer med en varighet på 50 minutter. Her ble det utført en rekke avslapningsøvelser, trening på sosial kompetanse, kognitiv terapi og desensitivering. Gruppen med foreldre- og lærertrening hadde også åtte terapitimer på 50 minutter, som bestod av instruksjoner rettet mot en rekke atferdsstrategier. Det ble brukt

kognitiv atferdsterapi til å hjelpe foreldrene med å se viktigheten av deres egen rolle i påvirkningen av forandringen, og til å hjelpe dem med å håndtere egen angst (Heyne et al., 2002). I kombinasjonsgruppen ble begge fremgangsmåtene som allerede er nevnt utført. I tillegg til det ble foreldrene og lærerne informert om fremgangsmåten til elevene, slik at de kunne følge med på, og oppmuntre dem til å bruke strategiene (Heyne et al., 2002).

Målingene som ble brukt var i stor grad selvrapporteringsskjemaer som måler angst, frykt, depresjoner, selvfølelse og måling av oppmøte i form av prosent. Oppmøte ble registrert både på begynnelsen av dagen og på slutten. Halve dager ble også registrert som fravær (Heyne et al., 2002). Resultatene fra disse målingene viste at deltakerne i gruppen med kombinasjon viste mindre frykt for det ukjente, psykisk stress, bekymringer, frykt for kritikk og nederlag. Gruppen med foreldre- og lærertraining og kombinasjonsgruppen resulterte i mindre fravær enn gruppen hvor kun eleven mottok intervensjon. I tillegg viste resultatene at terapi kun til elevene hadde minst effekt for å redusere fraværet (Heyne et al., 2002). Dette er et interessant resultat, da man ofte antar at dersom eleven mottar direkte intervensjon vil dette gi bedre resultat, enn hvis kun foreldrene mottar intervensjon. Dette kan tyde på at når foreldrene involveres i behandlingen, samt at foreldrene får oppfølging og veiledning i hvordan hjelpe barna sine, kan bidra til økt skoledeltakelse og minsker angstsymptomer.

I en annen studie som ble utført av Heyne, Sauter, Van Widenfelt, Vermeiren og Westenberg (2011) var målet å evaluere effekten av en sensitiv kognitiv atferdsterapi for angstbasert skolevegring hos barn og unge. Det ble valgt ut 20 barn og unge som alle møtte DSM-IV kriteriene for angstlidelse, sammen med foreldre og lærere. Utfallet ble kartlagt etter behandling og ved to måneders oppfølging (Heyne et al., 2011).

Intervensjonen i denne undersøkelsen kalles "the @school program". Programmet er delt inn i syv moduler, med fire obligatoriske og tre valgfrie. Første modul er en obligatorisk del, som enten foregår separat med elev, eller med foreldre. Modulen går ut på å sette problemer i perspektiv, målsetting og fremme fremgang. Andre modul er også en obligatorisk del, som går ut på problemløsning samt håndtering av stress. Tredje modul består av en valgfri del med eleven, hvor en jobber med å håndtere sosiale situasjoner. Fjerde modul er en obligatorisk del med foreldre, hvor de jobber med å redusere faktorer som opprettholder atferden til eleven. I denne modulen gis det instruksjoner for respons til atferd, som skal styrke elevens selvtillit. Femte modul er en valgfri del med foreldre, som går ut på å styrke

foreldrenes selvtillit. Sjette modul er en obligatorisk del med skolepersonell, orientering til intervensjon, organiseringsvansker, emosjonelle vansker, fremme fremgang. Syvende modul er en obligatorisk del med skolepersonell, hvor de går inn på atferdsvansker, akademiske vansker og sosiale vansker. Videre ble tre nye moduler introdusert til programmet: ”Thinking of the Teenage Years”, ”Dealing with Depression” og ”Solving Family Problems”. De individuelle intervensjonene foregikk over 10-14 ganger og varte i 60 minutter hver gang (Heyne et al., 2011).

Resultatet viste betydelig forskjell og vedvarende middels til stor effekt. Halvparten viste ingen tegn til angst ved oppfølgingstest. Det vises også til forbedring på sekundære variabler som depresjon, generell funksjonalitet, og selvfølelse hos foreldre. Av de som fortsatt viste tegn til angst ved oppfølgingstesten var det overvekt av sosial angst. Skolefraværet ble redusert betydelig og 55 % av elevene møtte ikke lenger de to kriteriene for skolevegring (Heyne et al., 2011).

På bakgrunn av resultatene fra disse undersøkelsene kan man anta at ved å behandle bakenforliggende årsaker eller redusere faktorer som opprettholder skolevegringsatferden, kan man minske skolefraværet og bedre skolehverdagen til barn og ungdom som er i risikogruppen for utvikling av skolevegring. Det kan også tyde på at ved slik behandling kan man behandle elever som allerede har utviklet angstbasert skolevegring. Men dette vil bli diskutert nærmere i neste kapittel. Fordi disse resultatene viser at behandling av bakenforliggende årsaker og opprettholdende faktorer kan redusere skolefravær, vil neste steg være å se på hvordan man kan forebygge for angst, og behandle angst for å hindre at barn og unge utvikler angstbasert skolevegring.

4.3 Forebygge angst

Det er ikke alltid angst fører til skolevegring. Men hvis en elev viser angstlignende symptomer, vil det uansett være hensiktsmessig med tidlig intervensjon slik at en angstlidelse ikke utvikles. På denne måten kan man redusere risikoen for utvikling av skolevegring samt andre komorbide lidelser og konsekvenser. Derfor vil dette avsnittet omhandle forebygging av angst hos barn og unge i risikogruppen. Det vil også bli presentert studier som ser på behandling når angst allerede har oppstått.

Gillham, Reivich, Freres, Lascher, Litzinger, Shatté og Seligman (2006) utførte en studie hvor de undersøkte et skolebasert program som skal forebygge angst og depresjoner i tidlig ungdomsår. Her tar også foreldrene del i intervensjonen. Studien var en pilotstudie som undersøkte effekten av et kognitiv atferdsprogram for forebygging av depresjon, ”Penn Resiliency Program for children and adolescent” (PRP-CA). PRP-CA kombineres med en foreldreintervensjonsdel. 44 ungdommer og deres foreldre ble tilfeldig valgt ut, og ungdommene utførte målinger for depresjon og angstlignende symptomer ved to uker, seks måneder og 1 år etter at intervensjonen ble avsluttet. De 44 deltakerne ble delt i to grupper, en kontrollgruppe og en gruppe som mottok intervensjonen. Det ble fordelt slik at det var 22 i hver gruppe. Før og underveis var det til sammen fire stykker som trakk seg, to i hver gruppe (Gillham et al., 2006).

PRP-CA manualen er et skolebasert intervensjonsprogram som er designet for å lære kognitive og problemløsningsevner. Den består av to store komponenter, hvorpå den ene er en kognitive atferdskomponent som i hovedsak baserer seg på kognitive atferdsteorier og terapi for depresjon. I tillegg lærer deltakerne om Ellis’ ABC modell for emosjoner (Gillham et al., 2006).

ABC-teorien til Ellis bygger på at det ikke er en ytre hendelse (A) i seg selv som forårsaker sosiale og emosjonelle vansker (C), men heller det mellomliggende punktet (B), hvordan vi tenker om det som skjedde ved A. Derfor vil det være viktig at man oppdager hvilke typer irrasjonelle tanker som viser seg ved punkt B. For deretter å bli konfrontert med dem og motiveres til rasjonell, logisk tenkning, som kan endre feiloppfatning og erstattes med en rasjonell tenkemåte (Vogt, 2008). I utgangspunktet lanserte Ellis elleve grunnleggende irrasjonelle tenkemåter, men etter hvert forenklet han disse og reduserte til tre: ”*Jeg må være perfekt, hvis ikke er dette grusomt for meg, og jeg er ikke noe tess*”; ”*Andre må behandle meg bra, hvis ikke er dette grusomt for meg, og jeg misliker den andre, som er et dårlig menneske*”; ”*Verden må være hyggelig og bra for meg og gi meg omtrent alt jeg ønsker straks, hvis ikke er dette grusomt for meg, og jeg orker ikke leve i en slik skrekkelig verden*” (Vogt, 2009, s. 356). Disse irrasjonelle tankene blir presentert i form av setninger som individet sier til seg selv. Første del av setningene er ikke nødvendigvis irrasjonell, men den oppfølgende tenkemåte som begynner med ”*hvis ikke*” viser hvordan ulike irrasjonelle tanker kan komme til uttrykk. Første setningen skal vise hvordan vi stiller for høye krav til oss selv. Alle utsagnene er i tillegg preget av det Ellis kaller katastrofetenkning og absolutistisk

tenkning (Vogt, 2008). Tankemåter som ligner første utsagn har lett for å lede til angst, usikkerhet og lav selvoppfatning. Den andre tenkemåten kan bidra til utagerende sosiale vansker, mens den tredje er en utløsende faktor for depresjon (Vogt, 2009). Det kan se ut til at Ellis legger for mye i makten tankene har. En kan stille seg spørsmål om hvorvidt det kun er hvordan en selv tenker som påvirker senere reaksjoner eller hva om et barn eller ungdom blir utsatt for overgrep? Er det da bare hvordan barnet prosesserer tankene som skaper etterfølgende? Likevel er det slik at ved alvorlige traumer kan negative effekter reduseres ved bruk av kognitiv bearbeiding (Vogt, 2008).

Deltakerne i studien lærer hvordan andre konfronterer motgang, hvordan dette blir tolket og hvilken effekt det har på det emosjonelle og på atferden. De lærer også hvordan tro og tolkning, spesielt de assosiert med tristhet og angst, ofte er ubegrunnet og unøyaktig (Gillham et al., 2006). I tillegg lærer deltakerne å påføre kognitive restriksjoner til negative tanker omkring fremtiden. Ved å sette i perspektiv og gjennom bruk av bestemte teknikker oppmuntres deltakerne til å tro på det beste og mest sannsynlig utfallet istedenfor ”det verst tenkelige” (Gillham et al., 2006).

Den andre komponenten i programmet fokuserer på en rekke sosiale problemløsningsstrategier som selvsikkerhet, å ta beslutninger, kreativ ”brainstorming” og problemløsning. I gjennom programmets konsepter og teknikker blir de oppmuntret til å overføre evnene de lærer til egne liv gjennom gruppediskusjoner og hjemmelekser/aktiviteter, og til å skrive dagbok om egne refleksjoner rundt det de opplever (Gillham et al., 2006).

Denne intervensjonen forebygget symptomer for depresjon og angst hos barna. Effekten på angstsymptomer var stor, mens på depresjon var den middels til liten, sammenlignet med kontrollgruppen. Hvorfor effekten var større hos de med angst er usikkert, en mulighet er at angstsymptomer er lettere å oppdage, og foreldrene kan da lettere tilpasse hvordan de bruker programmet når barnet viser tegn eller uttrykker angst (Gillham et al., 2006).

Ved oppfølgingstesten ett år etter endt intervensjon, var det 31 stykker som fullførte. Post-oppfølgingstester, som ble utført to uker etter at intervensjonen var avsluttet, viste liten effekt. Men ved oppfølgingstester utført seks og 12 måneder etter, viste bedring på kognitive og problemløsningsstrategier, i tillegg ble det rapportert lavere grad av angstsymptomer (Gillham et al., 2006).

Den kombinerte versjonen av PRP-CA viste signifikant reduksjon av symptomer på både angst og depresjon. Funnene viser derfor at skolebasert kognitiv atferdsintervensjon som inkluderer foreldre kan forebygge depresjon og angstsymptomer i de tidlige ungdomsårene (Gillham et al., 2006).

Av begrensninger som kan trekkes frem burde det ha vært flere deltakere, da det var et lite utvalg. Intervensjonen ble styrt av gruppen som utførte studien, men lærere og rådgivere ved skolen kan få opplæring i bruk av programmet. Det var heller ikke mulig å se hvor mye av effekten som skyldtes foreldrekomponenten, eller hvor mye som skyldtes intervensjon på barna (Gillham et al., 2006). Videre var det usikkert hvorvidt noen allerede hadde utviklet en klinisk diagnose, derfor vet man ikke hvorvidt programmet fungerte som en behandling eller var forebyggende. Til slutt var det liten variasjon i etnisk bakgrunn hos deltakerne, og man kan derfor ikke vite hvorvidt intervensjonen fungerte for flere etnisiteter. Programmet kan derfor ikke generaliseres (Gillham et al., 2006).

Da studien fra begynnelsen ikke skilte fra de som allerede har utviklet en klinisk lidelse og de som sto i fare for å utvikle det, ble det vanskelig å avgjøre om dette for noen fungerte mer som en behandling enn en forebyggende intervensjon. I neste studie som presenteres, utført av Lock og Barrett (2003), avklares det fra begynnelsen hvem som viser tegn til angst eller er risikoutsatt. De som var risikoutsatte gikk igjennom kliniske undersøkelser for å avdekke om de hadde utviklet en angstlidelse eller ikke. Derfor vil det i neste studie være tydelig hvorvidt intervensjonen fungerte som forebygging eller behandling. Den baserer seg også på kognitiv atferdsteoretiske teknikker, og har ett større utvalg.

Studien ble utført av Lock og Barrett (2003), og viser resultater fra en longitudinell studie hvor de evaluerer effekten av en universell skolebasert intervensjon for angst hos barn og unge på to forskjellige utviklingsstadier. Det var i alt 733 deltakere i to forskjellige aldersgrupper. Den første aldersgruppen var 9-10 og den andre på 14 og 16 år. Deltakerne ble delt i to grupper, hvor den ene gruppen mottok en skolebasert kognitiv atferdsterapi-intervensjon, den andre gruppen var en kontrollgruppe. Det ble utført standardiserte målinger for angst, depresjon og mestringsevner. De som ble identifisert i gruppen for "risikoutsatte" for å utvikle en angstlidelse ble også utredet for en klinisk diagnose med strukturerte diagnoseintervjuer (Lock & Barrett, 2003).

Det ble utført en rekke målinger i form av intervjueskjemaer som måler angst, depresjon og mestringsevne. Den kognitive atferdsintervensjonen som ble utført var et program som kalles "FRIENDS-program". Denne har vist seg tidligere å være effektiv for barn, familie og grupper i behandling, og ved tidlig intervensjon for angst hos barn. Kontrollgruppen gjennomgikk også de samme intervjueskjemaene, de som ble diagnostisert med en eller flere angstlidelser ble henvist til individuell behandling og ekskludert for videre oppfølgingsmålinger (Lock & Barrett, 2003).

Deltakerne ble delt inn i en "risikoutsatt-gruppe" og en "frisk-gruppe", basert på resultater fra målingene. Det ble funnet signifikante forskjeller hos risikoutsatte og "friske". Begge gruppene viste reduserte angstsymptomer ved post-intervensjonen, men som forventet rapporterte de i risikoutsatte gruppen høyere nivå av angstsymptomer. Denne trenden viste seg også ved 12 måneders oppfølging (Lock & Barrett, 2003). Generelt sett indikerer resultater på andre studier at "FRIENDS-programmet" potensielt kan redusere antall barn som er risikoutsatt for å utvikle en angstlidelse. Deltakerne i denne studien viste generelt redusert angst over tid (Lock & Barrett, 2003).

Funnene viste at en universell intervensjon kan ses på som en potensiell suksessfull metode for å redusere symptomer på angst i tillegg til å øke mestringsevner. Den yngste gruppen rapporterte i større grad forbedringer på angstsymptomer. Noe som antyder at jo tidligere forebyggende intervensjoner blir igangsatt, jo lettere vil man kunne hindre en negativ utvikling (Lock & Barrett, 2003). Funnene må dog tolkes med forsiktighet, da dette er en av få studier som blir gjennomført på denne måten, og det finnes derfor få andre studier å sammenligne med, eller som kan styrke eller svekke funnene (Lock & Barrett, 2003).

Av begrensninger ved studien kan et stort frafall nevnes, og det var mange som ikke utførte post-test. Videre kan det nevnes at intervjueskjemaene kun var basert på barnas egne rapporteringer. Det ville vært interessant å se hva lærere og foreldre ville ha svart på samme type målinger. Hva slags oppfatninger sitter de igjen med etter endt intervensjon? Dette ville også ha gitt ett bedre grunnlag for tolkningene av resultatene. At de kun var basert på barna sine egne rapporteringer bidrar til å redusere validiteten på studien (Lock & Barrett, 2003).

Resultatene indikerer at tidlig intervensjon og forebygging kan redusere angst. Da angst kan føre til vegring mot å forlate hjemmet, og derfor også vegring mot å gå skolen, kan en anta at

dette også er et godt forebyggende program mot angstbasert skolevegring. Med mindre skolevegring skyldes andre faktorer.

Av andre risikofaktorer i kapittel 2 kan vi også trekke frem dårlig psykisk helse hos foreldrene. Dette er noe Ginsburg (2009) ser på i sin studie, hvor det blir utført en intervensjon på familier hvor foreldrene hadde en angstlidelse. Målet var å se hvorvidt en kunne forebygge angstsymptomer og utvikling av en angstlidelse hos disse barna. Totalt 40 familier deltok i studien. Kriterier for at barna kunne delta var at: De måtte være mellom 7-12 år; de ikke viste tegn på angstlidelse; ingen medisinske eller psykiske lidelser var tilstede; og at de ikke allerede mottok behandling for angst. Kriterier for at foreldrene kunne delta var at: Det måtte være tilstedeværelse av en angstlidelse, hvorpå posttraumatisk stresslidelse og akutt stresslidelse ble ekskludert; og at det ikke var noen medisinske eller komorbide psykiatriske tilstander (komorbiditet av en annen angstlidelse ble godtatt). De angstlidelsene som viste seg hos foreldrene var stort sett generalisert angst, sosial fobi, panikkanfall med agorafobi, panikkanfall uten agorafobi, spesifikk fobi og tvangstanker (Ginsburg, 2009).

En rekke intervjueskjemaer ble utført på både foreldrene og barna. I tillegg til screeningverktøy på barna. De 40 familiene ble tilfeldig fordelt på to grupper. Den ene gruppen mottok intervensjonen, den andre gruppen ble satt på en venteliste (kontrollgruppe). Begge gruppene fullførte kartleggingen før og etter intervensjonen, i tillegg til seks måneder og ett år etter post-test. Familiene i begge gruppene ble kalt inn på månedlige basis for å kartlegge eventuelle forandringer (for eksempel en forverring) av angst symptomene. Seks stykker av totalt 20 i venteliste gruppen hadde utviklet en angstlidelse ved kartleggingen som ble utført ett år etter at intervensjonen var avsluttet. Disse seks ble henvist videre for behandling, ingen av de andre i denne gruppen mottok behandling i løpet av perioden. Ingen av barna i intervensjonsgruppen utviklet angstlidelser (Ginsburg, 2009).

Programmet som ble brukt, "Coping and Promoting strength program" (CAPS), hadde som mål å øke barnas styrke og motstand mot angst ved å lære spesifikke evner, som for eksempel problemløsning. I tillegg til å redusere kjente risikofaktorer, som ofte er assosiert med utviklingen og opprettholdelse av angst hos barn. Tilslutt var målet å øke kunnskapen om angst og dens lidelser for å bedre kommunikasjonen innad i familien og hjelpe barnet og familien med å håndtere foreldrenes psykiske lidelse (Ginsburg, 2009). CAPS intervensjonen besto av 6-8 intervensjoner og tre månedlige intensive intervensjoner, hvor hver intervensjon

hadde en varighet på rundt 60 minutter. Intervensjonskomponentene var i stor grad basert på kognitiv atferdsterapi (Ginsburg, 2009).

Tre risikofaktorer hos barnet og foreldrene ble spesielt fokusert på. Hos barnet var disse: 1) økende angstsymptomer og sosial unngåelse, 2) kognitive svakheter, 3) vansker med mestring og problemløsning. Hos foreldrene var disse: 1) Angstsymptomer, 2) angstpregede foreldrepraksis, kritikk og; 3) familiekonflikter innad i familien (Ginsburg, 2009).

Resultatene indikerte at en kort familiebasert forebyggende intervensjon reduserte angstlidelser i løpet av ett år, i tillegg til at den reduserte signifikant nivå av angstsymptomer hos barn av foreldre med en angstlidelse (Ginsburg, 2009). Til tross for at denne studien er liten, og bør etterprøves, er funnene lovende og viser potensiale for at den kan forebygge angst hos barn som er risikoutsatte. Resultatene fra oppfølgingstesten etter seks måneder og etter ett år, viser at intervensjonen hadde langtidseffekt (Ginsburg, 2009). Hvorvidt langtidseffekten skyldes intervensjonen eller andre faktorer er vanskelig å si noe om.

I studiene som er presentert ovenfor kan en se at kognitiv atferdsterapi og problemløsning er gjennomgående og ofte brukt. Derfor kan en si at dette er viktige komponenter i forebygging av angst hos barn og unge.

Ytterligere en studie som bruker kognitiv atferdsterapi er utført av Dadds, Spence, Holland, Barrett og Laurens (1997), og heter ”The Queensland Early Intervention and Prevention og Anxiety Project”. Studien evaluerer effekten av en kognitiv atferds og familiebasert gruppeintervensjon for å forebygge utviklingen av angst symptomer hos barn. Totalt 1786 barn og unge i alderen 7-14 år ble screenet for angst ved hjelp av lærerens vurderinger og barnas selvrapporteringsskjemaer. 128 barn og unge ble valgt ut til å delta i en 10 ukers skolebasert intervensjon eller en kontrollgruppe. Hver intervensjon varte i 1-2 timer, og foregikk i grupper. Gruppetørrelsen var fra 5-12 deltakere, og hensikten med at det foregikk i grupper var å hjelpe barnet med å lære positive strategier av hverandre tillegg til å styrke individuell innsats og forandring (Dadds et al., 1997).

Begge gruppene viste forbedring ganske raskt ved post-testen. Ved seks måneder oppfølging ble bedringen opprettholdt i intervensjonsgruppen, den reduserte graden av eksisterende angstlidelse og forebygget for videre utviklingen av en ny angstlidelse. Intervensjonen var

basert på ”The Coping Koala: Prevention Manual”, som er en forebyggende manual med et kognitivt atferdsterapi-program som lærer barna strategier for å håndtere angst i gruppesituasjoner. Disse strategiene baserer seg på Kendall’s ”FEAR Plan” hvor hvert barn utvikler og implementerer egne planer for gradvis eksponering til fryktede stimuli ved bruk av psykologiske kognitive og atferdsmestringsstrategier (Dadds et al., 1997). ”The Coping Koala” er også et program som har blitt oversatt til norsk, som da heter mestringskatten. Den er forholdsvis ny i Norge, og ble først introdusert i 2003. Forskningsmessig foreligger det få eller ingen effektstudier, men det er utført casestudier på enkeltindivider – som ikke kan generaliseres (Bratt, 2009).

4.3.1 Hvem kan forebygge

Ved forebyggende arbeid er det viktig at man har et godt samarbeid mellom skole og hjem. Dette kan foregå gjennom å ha åpne dialoger, og involvere foreldre i arbeidet med å forebygge. Et slik samarbeid kan være i form av å gi informasjon til foreldrene på begynnelsen av skoleåret om rutiner for fravær, samt å tydeliggjøre skolens holdninger til fravær. I løpet av skoleåret kan dette skje ved å informere, og å ha en åpen dialog med foreldrene på foreldremøter om hva som er gyldig og ugyldig fravær. I tillegg kan man gjennom ulike fora og nivåer som utviklingssamtaler, foreldremøter og lignende, engasjere foreldrene på områder som omhandler blant annet det psykososiale miljøet, fravær og mobbing (Solheim et al., 2009). Det vil også være viktig å benytte seg av foreldrenes kompetanse og deres kunnskaper, da de som oftest vet hva som er det beste for sitt barn, og er de som kjenner barnet sitt best.

Til slutt kan involvering av foreldre før skolestart være et viktig tiltak. Vil det være behov for ekstra tett oppfølging? Er det behov for å lage spesielle avtaler om skole-hjem kommunikasjon? (Solheim et al., 2009).

I den enkelte skolen bør det også foreligge en handlingsplan for håndtering av fravær. Denne bør være tilgjengelig og gjøres kjent for personale og foreldre. Handlingsplanen bør inneholde rutiner for melding av fravær, og hva som er foreldrenes ansvar. Det bør foreligge rutiner for føring av fravær, rutiner for kontakt mellom skole og hjem ved oppfølging av fravær. Den bør inneholde ansvarsdeling mellom ledelse, kontaktlærer, fag- og timelærere når det gjelder oppfølging av fravær. Videre bør det komme frem hva skolens grense for hva

som betraktes som bekymringsfullt fravær er, og hvem i skolen som har ansvar for å drøfte fravær, om det skal foregå i team/trinnmøter, ledermøter eller ressursteam møte (Solheim et al., 2009).

4.4 Oppsummering

I dette kapitlet har fokuset vært på forebyggende arbeid ved angstbasert skolevegring. Det finnes mange strategier, programmer og metoder for å forebygge. Først og fremst er det viktig at skolen har et godt system hvor de arbeider mot et godt psykososialt læringsmiljø. Samt et godt skole-hjem samarbeid. Det er viktig at foreldrene blir engasjert og inkludert i det skolen gjør. Det kommer også frem i en rekke studier at i de tilfeller hvor foreldrene har blitt involvert i intervensjonene og behandlingene, har resultatene vist en bedre effekt. Av programmer skolen kan ta i bruk har det blitt nevnt Olweus, Connect og Pals.

Vi har også sett at ved å behandle bakenforliggende årsaker eller reduserer faktorer som opprettholder skolevegringen, kan skolefraværet og angstsymptomene avta. Derfor kan man anta at ved å forebygge angst, vil det igjen forebygge høyt fravær og eventuell utvikling til angstbasert skolevegring. For å forebygge angst må man være klar over hvilke risikofaktorer en skal se etter, og et godt samarbeid allerede før barnet begynner på skolen er viktig dersom det skulle være spesielle behov. Hvilket tyder på at det også er avgjørende at barnehagene har en god kommunikasjon med skolen. Har foreldre en angstlidelse er det viktig at dette plukkes opp tidlig. En må alltid være i forkant av problemene, vite hva man skal se etter og ikke vente for lenge med å sette i gang forebyggende tiltak. Det har kommet frem at jo tidligere intervensjonen settes i gang, jo lettere vil man kunne hindre en negativ utvikling.

5 Behandling av angstbasert skolevegring

I dette kapitlet vil jeg ta for meg behandlende tiltak for angstbasert skolevegring. Det vil være størst fokus på kognitiv atferdsterapi som en tilnærming, men også kort om andre metoder, deriblant et pedagogisk støtteprogram. I tillegg vil jeg komme med noen forslag for skole og hjem. Til å begynne med vil jeg gå inn på hvilke rettigheter eleven har og hvilke mål behandlingen bør ha. Avslutningsvis kommer det en diskusjon om hvem som har ansvaret for utføring av behandling.

5.1 Rettigheter etter kartlegging

I kapittel 2 ble det redegjort for hvordan man kan kartlegge skolevegring. Når denne prosessen er fullført, og konklusjonen er angstbasert skolevegring, må en rekke passende tiltak igangsettes. Hvorvidt eleven har behov for behandling hos BUP eller ikke er individuelt, men skolehverdagen må uansett tilpasses elevens behov og forutsetninger.

I opplæringsloven § 1-3 (1998) tilpasset opplæring og tidlig innsats kan vi lese at:

”Opplæringa skal tilpassast evnene og føresetnadene hjå den enkelte eleven, lærlingen og læreandidaten.” At skolehverdagen skal tilpasses forutsetningene er en rettighet elever har, spørsmålet her blir hvordan skolen kan legge til rette og tilpasse opplæringen når eleven ikke er på skolen. Videre kan vi lese i opplæringsloven § 5-1 (1998) om Rett til spesialundervisning at: *”Elevar som ikkje har eller som ikkje kan få tilfredsstillande utbytte av det ordinære opplæringstilbodet, har rett til spesialundervisning.”*

En kan si at barn og unge med skolevegring ikke får tilfredsstillende utbytte, da de ofte ikke klarer å møte opp på skolen. Dersom de er mye borte, mister de også mye av det faglige og blir hengende etter resten av klassen. Selv om de ikke tidligere har vist tegn til å være faglige svake, kan høyt fravær føre til at de blir det. Også for de elevene som møter opp, men som opplever mye angst i løpet av skolen, og ikke klarer å følge med på undervisningen, kan også på den måten bli hengende etter. Videre i opplæringsloven § 5-1 (1998) kan vi lese at:

I vurderinga av kva for opplæringstilbod som skal givast, skal det særleg leggjast vekt på utviklingsutsiktene til eleven. Opplæringstilbodet skal ha eit slikt innhald at det samla tilbodet kan gi eleven eit forsvarleg utbytte av opplæringa i forhold til andre elevar og i forhold til dei opplæringsmåla som er realistiske for eleven. Elevar som får

spesialundervisning, skal ha det same totale undervisningstimetalet som gjeld andre elevar, jf. §2-2 og §3-2.

Selv om skolevegring ikke dreier seg om fagvansker eller lærevansker, har eleven en utfordring som går utover opplæringen. Når det som her dreier seg om angstbasert skolevegring, er det en psykisk lidelse som ligger bak som hindrer eleven i å få tilfredsstillende utbytte. Eleven kan være faglig sterk, men vil allikevel ha behov for at skoledagen tilrettelegges. Uansett vil det være hensiktsmessig å utrede eleven for eventuelle fagvansker/lærevansker. Er det en lærevanske tilstede, og dette ikke oppdages, vil det være begrenset hvor mye behandlingen vil hjelpe (Solheim et al., 2009). Dette vil komme frem i en sakkyndig vurdering fra PPT, hvor de foreslår en rekke tiltak og hvordan skolen kan tilrettelegge for eleven.

5.1.1 Målet med behandling

Når tiltak skal planlegges er det viktig å ha et mål. Hva er målet for tiltaket og behandling ved angstbasert skolevegring? Hovedmålet med behandling av skolevegring er selvsagt å hjelpe barnet eller ungdommen tilbake til en skolehverdag med tilnærmet normalt oppmøte (Heyne & Sauter, 2013). Veien til hovedmålet bør også ha andre delmål og fokus. Dette vil gjøre prosessen mer overkommelig og ikke virke skremmende for barnet. Delmålene bør dreie seg om å gi eleven trygghet og støtte i vanskelige situasjoner, samt bidra til å øke opplevelsen av mestring i løpet av skoledagen. Videre bør det innebære mål om trivsel samt å bygge opp elevens sosiale og faglige ferdigheter (Solheim et al., 2009). Ved å ha trivsel og trygghet i skolen som delmål, kan det gjøre tilbakeføringen til skolen lettere. I slike tilfeller hjelper det lite å kun jobbe med å få eleven tilbake til skolen uten å jobbe med det psykososiale miljøet. Hvis det psykososiale miljøet er dårlig på skolen, kan sjansen for at eleven får tilbakefall være veldig stor.

Spørsmålet og diskusjonen videre blir nå hvordan slike tiltak kan gjennomføres, og ikke minst hva slags tiltak? Uavhengig av alvorlighetsgrad og om BUP er inne i bildet, så kan tiltakene gjennomføres på flere arenaer. Tiltakene kan skje rundt eleven, i hjemmet, på skolen og direkte rettet på eleven. De neste avsnittene vil ta for seg tiltak som kan utføres på skolen og i hjemmet, fokuset her vil også ligge på hvordan skole og hjem kan samarbeide i gjennomføringen av tiltakene, og viktigheten av at dette samarbeidet er godt. At skole og hjem har et godt samarbeid er viktig for gjennomføringen og resultatet. Hvis skole og hjem

utfører tiltak på helt forskjellige måter, kan eleven risikere å bli forvirret og situasjonen kan forverres.

5.2 Tiltak i hjem og skole

Når tiltak i skolen planlegges er det viktig å vurdere ut ifra den enkelte situasjonen, det vil i noen situasjoner være behov for mer spesialisert kompetanse enn hva skolen kan tilby. Hvis eleven strever med alvorlig angst, kan det være nødvendig med tverrfaglig veiledning og assistanse i gjennomføringen av tiltak i skole og hjem (Solheim et al., 2009). Med tverrfaglig veiledning og assistanse menes det her at PPT og barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) involveres.

I mange tilfeller mangler skolen kompetanse på skolevegring. I andre tilfeller har de ikke tid, eller så tar de seg ikke tid, til å etablere trygge og hensiktsmessige relasjoner til disse elevene som har behov for omsorg og tålmodighet i tilnærmingen. Det er viktig at denne relasjonen, eller alliansen, er sterk. Er den ikke det så vil det bli vanskelig å nå målet som er satt (Myhrvold-Hanssen, 2007). Da barn og unge med angstbasert skolevegring ofte er veldig selektive med hvem de slipper inn, er det viktig å se på hvem eleven har god kontakt med og tillit til når alliansen skal bygges (Myhrvold-Hanssen, 2007). Er det en lærer eller annen skolepersonell som eleven har spesielt god kontakt med? Har eleven god kontakt med en av de voksne på skolen, kan det være nyttig å bygge opp under denne gode voksenrelasjonen. I slike tilfeller er det vesentlig at skoleledelsen gir støtte og prioriterer å frigi tid til den eller de som får denne oppgaven. Eksempler på dette kan være at kontaktlærer spiser lunsj med eleven, leker eller prater med eleven i storefri bestemte dager i en periode, og generelt tilbringer tid med eleven. Videre er det viktig å poengtere at denne voksenkontakten er en som er viktig i elevens skolehverdag (Solheim et al., 2009). Ved å ha en kontaktperson på skolen har man et godt utgangspunkt for samarbeid mellom skole og hjem. Da har foreldre en fast person å forholde seg til, og dette kan bidra til å gi stabilitet og forutsigbarhet for eleven, ved at man slipper å forholde seg til forskjellige personer hele tiden.

5.2.1 Enkle tiltak i skolen

Av tiltak som kan implementeres i skolen kan eksponeringsterapi nevnes. Herunder systematisk desensitivisering (SD) som er sentral innenfor eksponeringsterapi ved behandling av fobier. Systematisk desensitivisering deles vanligvis inn i tre deler: 1) fysiologisk

avslapning; 2) utarbeiding av et hierarki hvor angstsituasjoner blir rangert og; 3) selve SD-prosessen der barnet eller ungdommen tankemessige eksponeres for ett og ett av de rangerte angstsituasjonene. Dette vil si at situasjoner flettes inn i en historie eller fortelling, og foregår i avslappet tilstand (Haugen, 2008c). Fysiologisk avslapning innebærer at man trener på avslapning og pusteteknikker. Bakgrunnen for denne måten er tanken om at angst og fysiologisk avslapning hører sammen. Det vil si at angsten ikke får den samme innvirkningen hos en person som er fysiologisk avslappet (Haugen, 2008c). Videre til trinn to hvor man utarbeider et angsthierarki, starter man med den situasjonen som er minst angstfremkallende. Når denne ikke lenger gir angstsymptomer går man videre til neste angstfremkallende situasjon. Slik bygger man seg videre oppover til den situasjonen som individet frykter mest, det kan være å møte opp på skolen, eller delta i timen og lignende. Ved trinn tre, blir individet fortalt en historie som baserer seg på trinnene i hierarkiet. Før dette utføres må rådgiveren være helt sikker på at barnet mestrer avslapningsøvelsene og pusteteknikken. Denne typen eksponering kan også foregå med virkelige hendelser. For eksempel gradvis eksponering for folkemengder - hvis barnet har sosial angst (Haugen, 2008c).

Hvordan kan denne type eksponeringsterapi implementeres i skolen? En måte å gjøre dette på er å gradvis trappe opp og øke utfordringer på skolen. For eksempel kan en ta utgangspunkt i hvilke situasjoner, fag eller aktiviteter eleven opplever som vanskelige eller utfordrende. Her må kravene senkes til et nivå en er sikker på at eleven kan mestre. Når dette nivået mestres kan utfordringene økes gradvis. Det er viktig å starte med lave nok krav, og ikke øke før man er helt sikker på at eleven kan mestre det. Dersom et nederlag oppleves kan neste forsøk bli en større utfordring. Eksempler på krav som kan settes ned er å frita eleven fra enkelte aktiviteter, gi økt grad av støtte i vanskelige situasjoner og senke krav til oppmøte i en periode. Å senke krav til oppmøte bør kun gjøres dersom eleven har hatt en lang periode med fravær (Solheim et al., 2009). Hovedfokuset er ofte å få barnet, eller ungdommen, tilbake til skolen så tidlig som mulig. Av den grunn er ofte hjemmeundervisning frarådet (Heyne & King, 2004). Men i en overgangsperiode kan hjemmeundervisning være aktuelt, for eksempel når eleven har hatt veldig høyt fravær. I tilfeller hvor hjemmeundervisning blir vurdert er det viktig at hjemmeundervisningen inngår i en plan for tilbakeføring til skolen.

Hjemmeundervisning kan foregå ved at kontaktlærer gjennomfører undervisningen og slik styrker relasjonen til eleven (Solheim et al., 2009). Det sier seg selv at dette kan bli vanskelig å gjennomføre. En kontaktlærer har ofte ansvaret for flere elever samt undervisningstimer på skolen. Hvordan skal læreren få tid til hjemmeundervisning, uten at det går ut over resten av

klassen? Målet må uansett hele tiden være at eleven skal tilbake i skolen, og hjemmeundervisningen må derfor foregå over en så kort periode som mulig.

Ved at eleven får oversikt over hvordan dagen er lagt opp, den enkelte timen, hvilke tiltak som skal iverksettes, samt får informasjon i forkant av en endring, bidrar til forutsigbarhet og struktur i hverdagen (Solheim et al., 2009). Dette er viktige faktorer i prosessen med å få eleven tilbake til skolen, og det fører til at eleven opplever å få kontroll over skolehverdagen. Usikkerhet vil kun bidra med opprettholdelse av skolevegringen. Av andre viktige faktorer som kan hjelpe i prosessen med tilbakeføring til skolen er å bidra til mestringserfaringer (Solheim et al., 2009). Ved å gi eleven mestringserfaringer vil det øke forventninger til tilsvarende oppgaver. Dersom eleven mislykkes vil det svekke forventningene, samt svekke troen på egen mestring. Videre vil forventning om mestring også ha betydning på motivasjon, hvilket er viktig, da det er lettere med tilbakeføring til skolen dersom eleven er motivert til det (Skaalvik & Skaalvik, 2007). Videre må skole, elev og foreldre være forberedt på mulige utfordringer på forhånd. Her er det viktig at foreldre, elev og lærere har samtaler for å være forberedt dersom en hendelse utenom det vanlige skjer, for eksempel en skoletur. Det kan også dreie seg om det å komme tilbake til skolen etter ferier (Solheim et al., 2009). Dette kan føre til at det blir lettere for omgivelsene å reagere på en hensiktsmessig måte dersom det skulle oppstå utfordringer, fordi man er forberedt. Dette kan også bidra til å forebygge eventuelle tilbakefall.

Gode sosiale relasjoner til jevnaldrende i skolen er også en faktor som bidrar til at tilbakeføring til skolen kan gå lettere. Derfor vil det å bygge opp gode relasjoner være et positivt bidrag. Dette kan gjennomføres ved å planlegge og tilrettelegge gruppeaktiviteter eller å skape en oversiktlige og trygg sosial arena i friminuttet ved å legge til rette ulike aktiviteter (Solheim et al., 2009). Eleven bør også oppmuntres til å oppsøke medelever på fritiden. Dette kan være et godt tiltak, da eleven kanskje opplever det lettere å ta kontakt utenfor skolen, hvis det er skolen i seg selv som er angstfremkallende. Dersom eleven opplever det som vanskelig å ta kontakt med medelever og andre jevnaldrende kan det å styrke elevens sosiale kompetanse gi en positiv utvikling. Sosial kompetanse blir også omtalt i kapittel 4, og som et eget punkt under avsnittet kognitiv atferdsterapi. Andre måter å gjøre dette på er å styrke elevens evne til positiv selvhevdelse (Solheim et al., 2009).

Selvhevdelsestrening passer for barn som har lav selvoppfatning, er tilbaketrukkne, passive og ikke hevder sine egne meninger eller står opp for sine rettigheter. Årsaker til dette kan være

angst og/eller at de ikke har lært de sosiale ferdighetene som er knyttet til selvhevdelse (Vogt, 2008). Lav selvpoffatning kan også styrkes ved å jobbe med mestringserfaring slik som nevnt tidligere i avsnittet. Selvpoffatning er individets oppfatning og vurdering av seg selv samt forventninger om å mestre en bestemt handling (Skaalvik & Skaalvik, 2007). Å styrke selvpoffatningen kan bidra til positive forventninger om mestringer, samt styrke evnen til selvhevdelse, nettopp fordi individet vil ha en styrket tro på å mestre handlingen som skal utføres.

Selvhevdelsestrening kan sammenlignes med systematisk desensitivisering. Likheten er at man i økende grad tilnærmer seg situasjoner som er utfordrende og krever selvhevdelse. Selvhevdelsestrening kan enten foregå individuelt eller i grupper. Ved individuell rådgivning vil rådgiveren hjelpe barnet med å spesifisere situasjoner der barnet ikke er selvhevdende. Rådgiveren viser deretter barnet selvhevdende responser, hvorpå barnet imiterer og det blir satt i gang rollespill. Gruppebasert rådgivning kan foregå i små grupper, på rundt 4-8 deltakere. Her legges det vekt på en ikke-truende atmosfære og trening på gradvis vanskeligere oppgaver. Fordelen med slike grupper er at det utgjør en realistisk sosial situasjon. Det er lettere å øve på selvhevdelse i små grupper, enn i en stor klasse. Det blir også gitt ”hjemmelekser”, som øker i vanskelighetsgrad. ”Hjemmelekser” kan være noe de har trent på i små grupper som deretter skal overføres til klasse eller friminutt. Eksempler på slike øvelser er bruk av øyekontakt, høytlesning, ta ordet i grupper eller klassen, si klart og tydelig ”nei”, hevde sin mening, samt tåle kritikk. Slike øvelser utføres gjennom rollespill, imitasjonsøvelser, diskusjon, evaluering og annen direkte deltakelse i gruppen (Vogt, 2008).

Dersom eleven opplever mye angst kan det være et godt alternativ å avtale en mulig ”fluktrute”. Det vil si at eleven har mulighet for å trekke seg ut ved behov av situasjoner som oppleves som vanskelig. Slike muligheter kan blant annet være å sende med hjem en prøve. En slik fluktrute kan også være at eleven får mulighet til å gå ut av klasserommet og være på sosiallærerens kontor. Det å vite at det finnes en lovlig ”fluktrute” kan i seg selv være betryggende (Solheim et al., 2009). Men da er det viktig at stedet eleven ”flykter” til, er et sted der eleven føler seg komfortabel. Slike tiltak bør være en del av en plan der kravene til eleven øker gradvis. Etter hvert bør også støtten fra foreldrene i skolesituasjoner trappes ned. Det betyr at det etter hvert bør foregå en nedtrapping av at foreldrene følger eleven inn i klasserommet eller antall telefonsamtaler mellom foreldre og elev i løpet av skoledagen reduseres (Solheim et al., 2009).

Men hva kan foreldre gjøre for å hjelpe barnet sitt? Hvordan kan skolen hjelpe foreldrene som muligens opplever å være i en fortvilet situasjon? Frem til nå har det vært mye om tiltak som skolen kan igangsette, men lite om hvordan dette kan gjøres i samarbeid med foreldre. Det neste avsnittet vil omhandle hva foreldre kan gjøre og hvordan skole og hjem kan bistå hverandre for å hjelpe barnet.

5.2.2 Tiltak i hjemmet

Som nevnt i kapittel 2 kan morgensituasjonen ofte oppleves vanskelig for både barnet og foreldrene. Barnet opplever somatiske plager og foreldrene kan oppleve engstelse og håpløshet. Da vil det være viktig at barnet har trygge, faste og forutsigbare rammer i hjemmet, spesielt knyttet til skoleoppmøte, slik som faste morgenrutiner. Det blir da viktig at skolen og andre involverte instanser bidrar til at foreldrene lykkes med å sende barnet til skolen (Solheim et al., 2009). Dette kan gjennomføres ved å gi informasjon om skolevegring, hvordan skolehverdagen forløper seg, hva skolen kan gjøre for at eleven skal trives, samt veiledning og informasjon om relevante tiltak i hjemmet (Thambirajah et al., 2007). Videre kan skolen også gi foreldrene informasjon om hvordan barnet har det på skolen, ved for eksempel å sende e-post hver ettermiddag med en kort tilbakemelding om hvordan dagen har vært. Skolen kan på denne måten bidra til at foreldrene opplever økt trygghet ved å sende barnet til skolen eller når det gjelder å trappe ned på eventuelle tiltak (Solheim et al., 2009). Barnet vil merke hvis foreldrene er positive og trygge i forhold til skolen. Dersom barnet merker at foreldrene er usikre og utrygge i forhold til skolen, vil barnet også bli det. I tillegg vil det å gi foreldrene informasjon om hvordan dagen kommer til bli berolige foreldrene, og deretter barnet. Dette er med på å gi forutsigbarhet, og som nevnt tidligere er dette en viktig faktor.

Foreldrene bør tydelig vise at det er de som bestemmer om barnet skal på skolen eller ikke. Men de bør også vise forståelse for at dette er vanskelig for barnet, samt hjelpe med å sette ord på følelsene sine, dersom barnet ikke klarer dette selv. Det er også viktig at foreldrene setter av tid til samtaler med barnet. Dette kan være samtaler som dreier seg om vanskelige situasjoner i forkant. Her bør barnets egne opplevelser og tanker stå i fokus, ikke barnets vanskelige atferd (Thambirajah et al., 2007).

At begge foreldrene er engasjert er veldig viktig, og de bør være like mye involvert i tiltakene samt vise barnet at det er enighet om målene og tiltakene. Dersom foreldrene bor hver for seg bør de samarbeide om å ha like regler hos begge (Thambirajah et al., 2007). Slik vil barnet oppleve å ha en stabil hverdag, uten for mye nytt å forholde seg til. I tillegg kan det at foreldrene viser godt samarbeid til tross for at de er skilt, berolige barnet. Undersøkelser har vist at barn av foreldre som ofte er i konflikt, har høyere forekomst av blant annet angst og depresjon (Nilsen, Skipstein & Gustavson, 2012). Derfor er det viktig at foreldrene kan komme overens. Videre må foreldrene fokusere på barnets mestring av delmål, gi ros og positive tilbakemeldinger for både innsatsen og prestasjonen. For eksempel kan det å ha feiringer når barnet viser mestring være en fin belønning. Av feiringer kan dette være små hyggelige aktiviteter familien gjør sammen, som en god middag, filmkveld og lignende (Solheim et al., 2009). Det er viktig å være konsekvent ved belønninger og at de kun kommer etter at barnet har klart å nå et konkret og avtalt delmål. Belønninger som barnet har oppnådd, skal ikke trekkes tilbake dersom barnet ikke gjennomfører neste gang (Solheim et al., 2009). Dersom man havner i fastlåste situasjoner, bør man prøve nye. I noen tilfeller kan det være tilstrekkelig å bytte roller. Dersom det er mor som vanligvis tar morgenrutinene med barnet, kan hun overlate ansvaret til far (Solheim et al., 2009). Samtidig bør det ikke være endringer i rutinene for ofte, da forutsigbarhet er et viktig punkt. Om et tiltak ikke skulle virke, bør en vurdere om man skal gi det litt tid, slik at barnet blir vant til det og komfortabel med situasjonen, eller om man skal prøve en annen løsning med en gang. Her er det viktig å hele tiden se an situasjonen og individet.

Foreldrene har ansvar for at barnet kommer til skolen og i spesielle tilfeller hvor dette likevel ikke skjer, kan det være aktuelt å involvere andre instanser. Det å involvere andre instanser kan bety at skolen eller barnevernet bistår i å følge barnet til skolen. Et slikt tiltak bør kun skje i ekstreme tilfeller, i en begrenset periode og være en del av opptrappingsplanen for tilbakeføring til skolen (Solheim et al., 2009). Det er viktig at slike drastiske tiltak blir gjennomført på en måte som ikke oppleves traumatisk. Da kan det å dra til skolen få en enda større negativ assosiasjon. I de tilfellene hvor barnet ikke kommer seg til skolen, bør en unngå at barnet oppnår positive forsterkninger som kan bidra til å opprettholde skolevegningen. Barnet skal i størst mulig grad jobbe med skoleoppgaver i skoletiden, og unngå dataspill, TV og lignende (Solheim et al., 2009). Hvis barnet nekter å dra på skolen om morgenen, bør man allikevel prøve å få barnet til å dra på skolen litt senere (Thambirajah et al., 2007). Foreldrene bør uansett oppmuntre barnet til å møte venner/jevngaldrende og

fortsette eller begynne med en fritidsaktivitet utenfor skoletiden, uavhengig av skoleoppmøte (Solheim et al., 2009). Ved å gjøre dette ønsker man å hindre at eleven blir isolert, men heller får en tilhørighet og får en tilknytning til et miljø. Det å returnere til skolen vil også være lettere hvis en har venner og tilknytninger til skolen. Videre er det viktig at skolevegringen ikke blir et altoppslukende tema som preger hverdagen og store deler av samspillet i familien. Dette kan hindres ved å sette av tid til samvær i familien der en gjør hyggelige ting sammen, etter skoletid og i helgene. Foreldrene har også mulighet til å vurdere om de skal søke støtte til avlastning, eller annen hjelp. Slik støtte kan blant annet finnes i nettverk som familie og venner (Solheim et al., 2009).

Frem til nå har det blitt diskutert ulike tiltak skole og hjem kan ta i bruk. Dette er tiltak de kan sette i gang uten hjelp fra andre instanser, og dermed brukes som tidlig intervensjon, eller i en prosess hvor man venter på en utredning eller sakkyndig rapport. I enkelte tilfeller kan disse tiltakene være tilstrekkelig, avhengig av alvorlighetsgrad. I neste avsnitt vil jeg trekke fram tiltak på de fire funksjonene til Kearney, som baserer seg på de bakenforliggende årsakene eller de opprettholdende faktorene.

5.3 Behandling basert på Kearneys fire funksjoner

I kapittel to presenterte jeg fire forskjellige funksjoner for skolevegring. Som nevnt kan disse deles i to grupper, negative forsterkninger og positive forsterkninger. Til disse fire forskjellige funksjonene er det også utarbeidet tiltak. Tiltakene er tilpasset til hvorvidt vegringen skyldes positive eller negative forsterkninger.

5.3.1 Behandling ved positive forsterkninger

Ved positive forsterkninger dreier det seg om søken etter oppmerksomhet fra signifikante andre, slik som foreldre, samt ønsket om konkrete belønninger (Kearney, 2008). I motsetning til negative forsterkninger hvor man kan bruke samme type behandling for de to forskjellige funksjonene, kan en ikke det ved positive forsterkninger. Dette skyldes at det er ulike årsaker til skolevegring, og trenger tilnærminger tilpasset disse årsakene (Kearney, 2008). Ved ønske om oppmerksomhet fra signifikante andre, er det i hovedsak foreldrene som bør stå i fokus. Målet blir å øke foreldrenes evne til belønning av skoleoppmøte samt ignorere og kanskje også gi konsekvenser når barnet nekter å dra på skolen (Kearney, 2008). Når det gjelder de barna som vegrer seg for skolen på bakgrunn av konkrete belønninger utenfor skolen, må

skole, foreldre og barnet samarbeidet tett. Intervensjon her kan dreie seg om økt oppfølging, skrevne kontrakter rundt skoleoppmøte, følge barnet fra time til time, og oppfordre barnet til å si nei til tilbud som fører til at barnet skulker (Kearney, 2008). Da denne oppgaven i hovedsak omhandler angstbasert skolevegring, kommer jeg ikke til å gå nærmere inn på disse funksjonene. Derimot er funksjoner basert på negative forsterkninger mer relevant for temaet.

5.3.2 Behandling ved negative forsterkninger

En god start på behandling av negative forsterkninger er å snakke med barnet og foreldrene om angsten eller uroen barnet føler. For eksempel forklare hvorfor barnet får disse reaksjonene. Det vil selvsagt være viktig at rådgiveren har god kjennskap til hvordan barnet reagerer, når reaksjonene kommer og i hvilke situasjoner. Hvordan angst og uro kan komme til uttrykk kan sees på tre forskjellige måter. Den ene måten er fysisk, som vil si skjelving, spente muskler, urolig i magen, kvalme eller andre sykdomstegn. Den andre måten er kognitive komponenter, som kan vise seg gjennom irrasjonelle og ubegrunnede forventninger om at alle misliker en. Atferdskomponenter vil si unngåelse av enkelte hendelser, flykter fra situasjoner som skaper uro, gråt eller sinneutbrudd (Kearney, 2008). Når barnet og foreldrene forstår hvordan angsten eller uroen påvirker hverdagen til barnet, kan man gå over til neste steg. Her skal barnet lære å mestre angsten eller uroen. For mange kan de fysiske plagene som dukker opp ved angst eller uro være veldig forstyrrende. De vanligste, og mest effektive metodene ved fysiske plager som barnet kan lære seg, er pusteøvelser og avslapningsøvelser. En enkel måte å redusere plagene på kan være å lære barnet å puste riktig. Når angstplagene viser seg kan man ofte puste tungt, kort, og begynne å hyperventilere. Dette kan gjøre angsten verre. Derfor vil det være viktig å lære barnet en god pusteteknikk. En slik øvelse kan gjennomføres ved at barnet sitter på en stol, får beskjed om å puste dypt inn med nesene, og deretter ut med munnen. Det er viktig at barnet klarer å puste dypt ned i magen. Noen ganger kan det være lurt å be barnet om å forestille seg at de blåser opp en ballong, eller at de selv er en flyvende ballong. Når de puster inn fylles de med energi, og når de puster ut ser de for seg at det ubehagelige forsvinner (Kearney, 2008). Når barnet opplever angst eller uro er det også vanlig å spenne musklene. Her kan avspenningsøvelser være såpass enkle at rådgiveren ber barnet om å ”knyte” den ene hånda så hardt som mulig i 5-10 sekunder, deretter slippe opp raskt. Dette gjentas to til tre ganger, og gjentas på den andre hånden, og samme gjøres med musklene i ansiktet, strammer alle musklene i ansiktet. Lignende kan man også gjøre med føttene, ved at barnet trækker med den ene foten ned i gulvet så hardt som

mulig og slipper opp etter omtrent 5-10 sekunder. Videre kan dette også gjøres med magen, ved å stramme inn magen, og tennene ved å bite sammen så hardt som mulig. Etter slike øvelser er det flere som beskriver at de får en slags varmende og kriblende følelse i musklene, i tillegg til å bli avslappet (Kearney, 2008). Det finnes selvsagt flere måter å gjennomføre slike øvelser på, men hovedpoenget er at barnet skal kjenne på det å føle seg avslappet etterpå (Kearney, 2008). Kognitive reaksjoner er også viktig å fokusere på ved behandling. Her vil dette dreie seg om å endre irrasjonelle tankemønstre. Dette vil jeg redegjøre for i neste avsnitt som omhandler kognitiv atferdsterapi.

Som nevnt tidligere fører ikke skolevegring automatisk til høyt fravær. For de som går glipp av mye skole, er det viktig at man lager en plan for gradvis tilbakeføring til skolen. For de som møter opp på skolen, men opplever mye ubehag, vil det være viktig å finne situasjoner som bidrar til mest ubehag og redusere disse. Tiltak i forhold til dette kan derfor deles inn i to. De som ikke er på skolen, og de som er på skolen (Kearney, 2008).

Hvis barnet har mye fravær, og man allerede har gått igjennom de fysiske og kognitive øvelsene, er det på tide å gradvis få barnet tilbake til skolen. Det bør settes opp en plan som er laget i samarbeid med foreldre og barnet (Kearney, 2008). Det er forskjellige måter dette kan gjennomføres på, en må vurdere ut ifra situasjonen, alvorlighetsgraden og barnet. Det er viktig at alle parter er enige i hvordan planen skal gjennomføres. Det kan dreie seg om å måtte møte til første time, samt være der en gitt tid, for eksempel en time, eller fram til lunsj. Det kan også være at barnet møter opp til den timen, eller det faget, barnet liker best. Eller det kan være å kun møte opp til lunsj, ett friminutt, eventuelt å bare være tilstede på skolens område for å bli trygg på området (Kearney, 2008). Dersom det dukker opp situasjoner underveis hvor barnet får en angstreaksjon, er det viktig å hele tiden huske på øvelsene barnet lærte tidligere, avslapningsøvelsene og pustøvelsene (Kearney, 2008).

Hos barn som møter opp på skolen, men mister flere enkelttimer og opplever mye angst og ubehag, må man først identifisere hvilken timer barnet ikke møter opp på, er det et mønster? Hvilke situasjoner er mest utfordrende for barnet? En må lage en gradvis plan også i dette tilfellet. Til tross for at barnet møter opp på skolen i større grad, er det fortsatt en del periodevis fravær som man må finne årsaken til. Når årsakene er identifisert, vil det være lettere å hjelpe barnet. Disse situasjonene skal være mulig å finne underveis i kartleggingen og gjennom samtaler med barnet, foreldre og lærere (Kearney, 2008). Dersom det dreier seg i

hovedsak om fag som ofte innebærer prestasjonssituasjoner, kan det å øve seg hjemme i trygge omgivelser foran foreldre, eller i et rom alene med lærer være et tiltak. Dette kan bidra til å skape trygghet og ro for eleven. Hvis måltider er problemet, kan foreldrene ta med barnet ut å spise på offentlige steder, som i parken, på restaurant og lignende. Da har barnet med seg personer som gir trygghet, som igjen kan skape trygge rammer der og da. Her er det også viktig å huske på øvelsene for å roe ned hvis barnet begynner å kjenne angstreaksjoner. Ved å utføre slike tiltak utenfor skolen, i situasjoner som kan minne om skolen, og dermed gjøre disse til trygge og komfortable situasjoner, vil det å overføre disse til skolen være lettere (Kearney, 2008).

Disse tiltakene kan utføres ved å lage et hierarki sammen med barnet over hvilke situasjoner barnet frykter, rangert fra minst til mest. Når en situasjon er mestret, går en over til neste. Andre tiltak kan være å forberede eleven på spørsmål læreren kommer til å stille i timen, ved å gi barnet spørsmålene på forhånd. Etter hvert utvikles disse utfordringene. Ved at neste gang må barnet selv øve og forberede seg uten å ha fått spørsmålene på forhånd, videre vil en øvelse være å skrive på tavla, og muntlige fremføringer. Disse øvelsene blir først utført alene, deretter foran hele klassen (Kearney, 2008).

Tiltakene Kearney (2008) har tilpasset til negative forsterkninger har flere elementer som ligner på kognitiv atferdsterapi og man kan si at den bærer preg av å være basert på denne tilnærmingen. Da negative forsterkninger dreier seg om stress og angst hos barnet, og kognitiv atferdsterapi ofte blir brukt i forbindelse med behandling av angstlidelser er det ikke unaturlig å tenke seg at den er basert på kognitiv atferdsterapi. I neste avsnitt vil jeg derfor gjøre rede for kognitiv atferdsterapi, og deretter diskutere resultater fra studier som har brukt kognitiv atferdsterapi i behandling av angstbasert skolevegring.

5.4 Kognitiv atferdsterapi

Hos barn og unge med generalisert angst, sosial angst og separasjonsangst, har kognitiv atferdsterapi vist seg å ha stor effekt. Enten i grupper eller individuelt. Muligens er også dette årsaken til at det oftest blir brukt ved angstbasert skolevegring. Elementer innenfor denne formen for terapi har generelt involvert: a) Gjenkjennelse av angstlignende følelser og somatiske reaksjoner som er relatert til angst; b) klargjøring av urealistiske eller negative forventninger samt angstlignende tanker i situasjoner som er angstfremkallende; c) Utvikling

av mestringsstrategier; d) evaluere og administrere forsterkninger på egen hånd (Kearney 2001).

Kognitiv atferdsterapi er noe som går igjen i forskningslitteraturen når det gjelder behandling av skolevegring. Denne tilnærmingen består som regel av fire hovedkomponenter:

Avslapningsøvelser, trening på sosial kompetanse, kognitiv terapi og eksponering (Heyne & King, 2004). Nedenfor kommer jeg til å kort redegjøre for hva disse fire hovedkomponentene innebærer. Dette er alle komponenter som blir brukt i studiene som blir presentert senere i kapitlet.

5.4.1 Avslapningsøvelser

Avslapningsøvelser kan benyttes som stresshåndtering for barn og unge med angstlidelser, eller ved bruk av desensitivering. Ved å lære å håndtere ukomfortable følelser, blir barna bedre forberedt til å konfrontere utfordrende situasjoner samt å overføre andre evner og strategier i prosessen med å håndtere deltakelse i skolen (Heyne & King, 2004). Metoder for slike øvelser er nevnt tidligere i kapitlet, under behandling ved negative forsterkninger.

5.4.2 Sosial kompetanse

Ved sosial kompetanse er det spesielt to situasjoner som står i fokus. Den første er hvordan elever som vegrer seg mot å gå på skolen ofte rapporterer at de opplever angstsymptomer rundt det å håndtere spørsmål relatert til fravær fra medelever og lærere. Den andre er barnas evne til å opprettholde og etablere nye vennskap, samt håndtere mobbing. Hvis eleven ikke mestrer dette øker risikoen for sårbarhet for isolasjon, de søker derfor å unngå skolesituasjoner (Heyne & King, 2004). Trening på sosial kompetanse kan foregå ved at barnet eller ungdommen får beskjed om å øve gjennom rollespill. I denne prosessen er det viktig at det blir gitt oppmuntringer og konstruktiv tilbakemeldinger på rollespillet. Målet er at individet gradvis skal erfare økende grad av utfordringer i sosiale situasjoner i løpet av treningen. Dette for at sosiale situasjoner som kan oppstå i virkeligheten ikke kommer overraskende på, men at man er forberedt. Individets suksess i responsen på mer utfordrende rollespill situasjoner kan bygge selvtilliten ved å mestre slike sosiale situasjoner i virkeligheten (Heyne & King 2004).

5.4.3 Kognitiv terapi

Det er viktig med fokus på hvordan prosessering av hendelser og tanker foregår. Emosjonelt ubehag ved skolevegring kan føre til at prosesseringen av hendelser skjer på en ugunstig måte. Dette kan skje gjennom ubegrunnet frykt for at noe negativt skal skje, for eksempel at en av foreldrene skal bli syke mens barnet er på skolen. Det kan også omfatte undervurdering av egen mestringsevne, for eksempel *”jeg vet ikke hva jeg skal gjøre hvis læreren stiller meg et spørsmål”* (Heyne & King, 2004 s. 260). Dette kan også føre til negative forventinger til egne evner. Denne terapien har som mål å modifisere feiltenkning ved å påvirke tankeprosessen i en mer positiv retning, og dermed en positiv endring i individets emosjoner og atferd, som forhåpentligvis da skal mobilisere dem mot skoledeltakelse (Heyne & King, 2004).

En måte å gjennomføre kognitiv terapi på, er gjennom en prosess kalt ”The seven D’s”. Denne har som mål å endre negative tankeretninger. Disse D’ene er: ”describing”, ”detecting”, ”determine”, ”disputing”, ”discovering”, ”doing” og ”discussing”. Meningen her er å oppdage kognisjon, finne hva som er feiltenkning, oppdage hensiktsmessig/riktig tenkning, gjennomføre en øvelse mellom møtene og tilslutt å diskutere utfallet av oppgaven som ble utført (Heyne & King, 2004).

5.4.4 Eksponeringsterapi

Eksponeringsterapi ble nevnt tidligere i dette kapitlet, sammen med desensitivisering. Jeg vil derfor ikke utdype det mer her, med unntak av hvorfor denne brukes innenfor kognitiv atferdsterapi og angstbasert skolevegring. Eksponeringsterapi er en nøkkelkomponent ved kognitiv atferdsterapi hos skolevegrere. Når eleven har vært borte fra skolen over lang tid, er målet å returnere til skolen halvveis ut i behandlingen. Dette gir individet tilstrekkelig med tid til å få erfaring, samt utvikle evner innenfor de overnevnte komponentene før de eksponeres til skolens område. Dette gir et grunnlag for å håndtere situasjoner i skolehverdagen som gir angstsymptomer. I tillegg gir dette mulighet for å hindre og fange opp utfordringer som kan dukke opp rundt det å returnere til skolen (Heyne & King, 2004).

5.4.5 Foreldre- og lærertrening

Andre faktorer som også ofte er en del av behandlingen er foreldre/lærertrening. I arbeidet med foreldre er det viktig med fokus på faktorer som bidrar til å opprettholde skolevegringen

og prosessen fram mot retur til skolen. De vil få opplæring i utvikling av mestringsstrategier samt implementering av planen for tilbakeføring til skolen. I arbeidet med skolepersonell er det viktig å jobbe med forberedelser for elevens retur og viktigheten av mestringsstrategier som skal støtte eleven på skolen. Når det nærmer seg tiden for at barnet skal tilbake til skolen, får foreldrene hjelp til å planlegge og gjennomføre morgenrutiner som bør være rolige, behagelige og realistiske. Foreldrene får øvelser i å gi tydelige beskjeder, da enkelte ofte gir vage og utydelige beskjeder som kan være forvirrende og uforståelig for barnet (Heyne & King, 2004). Her ser vi igjen hvor viktig det er at foreldrene kan samarbeide med hverandre, også de som er skilt. Vi ser også viktigheten av at skole og hjem har et godt samarbeid.

5.5 Studier basert på kognitiv atferdsterapi

Nå som det har blitt redegjort for kognitiv atferdsterapi, vil jeg trekke frem studier som ser på denne tilnærmingen i behandling av angstbasert skolevegring. Hvor effektive er disse? Det vil også bli presentert en annen tilnærming som ble brukt for å sammenligne progresjonen med kognitiv atferdsterapi. I tillegg vil jeg mot slutten gjøre en kort sammenligning med kognitiv atferdsterapi sammen med medikamenter.

King, Tonge, Heyne, Pritchard, Rollings, Young, Myerson og Ollendick (1998) utførte en studie hvor målet var å evaluere effekten av et fire ukers kognitiv atferdsbehandlingsprogram for barn som vegrer seg for å gå på skolen. Her ble 34 barn og unge med skolevegring i alderen 5-15 år tilfeldig fordelt til enten den kognitive atferdsbehandlingen eller til en venteliste (kontrollgruppe). Behandlingen besto av en individuell kognitiv atferdsterapi for barn i tillegg til foreldre- og lærertrening i atferdsmestring hos barn.

Det ble utført en rekke målinger både før og etter behandlingen. Av målinger som ble utført kan det nevnes skoleoppmøte, selvrapporteringsskjema, målinger som undersøker emosjonelt stress og mestringserfaring, i tillegg til foreldrenes vurderinger på det emosjonelle og på atferdsproblemer. Til slutt ble det også utført kliniske målinger for generell fungering (King et al., 1998).

Terapien til barnet tok i bruk kognitive og atferdsteoretiske tilnærminger direkte med barnet. Intervensjonen hadde som mål å hjelpe barnet med å håndtere stress assosiert med tanken på

å returnere til skolen eller regelmessig skoleoppmøte. Terapitimene foregikk over seks møter med en varighet på 50 minutter i løpet av en periode på fire uker. Den første terapitimen ble brukt til å identifisere spesifikke angstfremkallende situasjoner på skolen eller hjemme, og hvordan barnet, eller ungdommen, responderte til angsten. Det ble også planlagt hvordan resten av behandlingen skulle foregå gjennom å lage et program, samt sette opp individuelle målsettinger. Andre og tredje terapitime fokuserte på trening i mestringsstrategier i angstfremkallende situasjoner, slik som separasjon fra foreldre og mobbing. I tillegg lærte deltakerne avslapningsøvelser (King et al., 1998). I fjerde til sjette terapitime ble barnet bedt om å overføre disse øvelsene til forestilte hendelser i hverdagen. Typiske angstfremkallende situasjoner ble presentert i en hierarkisk rekkefølge, rangert fra minst angstfremkallende til mest. I tillegg ble barna bedt om å returnere til skolen gradvis (King et al., 1998).

Når foreldrene og lærere involveres anses dette ofte som optimalt for utfallet (King et al., 1998). Treningen for foreldre og lærere fokuserte på utviklingen av barnets mestringsstrategier som ble benyttet hjemme for å fremme regelmessig og frivillig skoleoppmøte (King et al., 1998). Hvordan foreldrene kunne hjelpe med dette, og hva de kunne gjøre er noe av det foreldrene fikk hjelp med. Foreldre- og lærertreningen foregikk over fem møter med en varighet på 50 minutter. Her var fokuset satt på barnets atferdsmønster i skolesammenheng. Ved det første møte ble det informert om behandlingsforløpet og det ble lagt vekt på viktigheten av foreldrenes rolle i å hjelpe barnet med å overvinne angsten og skolevegringen. Det andre og tredje møte bestod av å trene på å ta kontroll hjemme. Her ble det fokusert på å etablere enkle rutiner for oppgaver i hjemmet (vaske opp og lignende), ignorere somatiske klager (som man er helt sikre på er irrasjonelle), samt negative kommentarer om skolen. Fjerde og femte møte var satt av til en diskusjon rundt fremgangen i arbeidet med å få barnet tilbake til en regelmessig skolehverdag. Et aspekt ved denne treningen innebar å hindre skyldfølelse hos foreldre, samt deres frykt for avvising av barnet som resultat av å innføre stramme og konsekvente regler i hjemmet. Det ble også holdt et møte med lærer for å diskutere behandlingsplanen og rollen til læreren i prosessen (King et al., 1998). Det ble gjennomført regelmessig telefonkontakt med læreren for å følge med på fremgangen på skolen, og for å oppdage eventuelle utfordringer i behandlingen (King et al., 1998). Det er viktig at skolen involveres og er klar over intervensjonen slik at de lettere kan legge til rette, og vite hva de skal være oppmerksom på.

Resultatene viste sammenlignet med ventelistegruppen, at gruppen som mottok kognitiv atferdsterapi hadde større forbedring på skoleoppmøte. Denne gruppen viste også forbedring på selvrapporeringer som målte frykt, angst, depresjon og håndtering. Signifikante forbedringer viste seg også i forhold til omsorgsgivers rapporteringer og kliniske målinger. Resultatene indikerer derfor at behandlingen var effektiv (King et al., 1998).

De fleste barna i studien hadde en angst eller fobisk lidelse, flere komorbide lidelser og alvorlig oppmøtevanter på skolen. Selvrapporeringsskjemaene viste også reduserte negative emosjoner (frykt, angst og depresjon). I tillegg utviklet barna selvsikkerhet i evnen til å håndtere angstfremkallende situasjoner (King et al., 1998). Resultatene indikerer at kognitiv atferdsterapi er en effektiv behandling for skolevegring. Det bør også poengteres at det ikke var noe frafall i løpet av intervensjonen.

Til tross for gode resultater, er det noen begrensinger ved studien som må trekkes frem. Blant dem har vi placeboeffekten. Den går ut på at bedringen kom fordi det var forventet, på grunn av oppmerksomhet og positive forventninger til utfall. Men graden av forbedring og omfanget gjør sannsynligheten for en placeboeffekt mindre. Videre er det usikkert hvorvidt det var den kognitive atferdsterapien eller foreldrenes og lærerens involvering som ga størst utslag. Kan forandringer i rutine og reglene hjemme, eller at både foreldrene og lærere var mer engasjert, ha vært nok til at eleven returnerte til skolen? (King et al., 1998). Her kan vi trekke frem en studie som ble presentert i kapittel 4, der gruppen som kun mottok foreldre- og lærertrening og kombinasjonsgruppen hadde et bedre utfall ved endt intervensjon, enn gruppen hvor det kun var barna som mottok behandling (Heyne et al., 2002). Det kan derfor tyde på at ved å inkludere foreldre og lærere vil intervensjonen ha bedre effekt.

King, Tonge, Heyne, Turner, Pritchard, Young, Rollings, Myerson og Ollendick (2001) utførte en 3-5 års oppfølgingsstudie av studien nevnt ovenfor. King et al. (2001) påpeker viktigheten og begrunner med at det er få studier som ser på langtidseffekten etter en kort og intensiv kognitiv atferdsbehandling for skolevegring. Oppfølgingsstudien ble gjennomført ved å samle inn informasjon fra foreldrene og lærerne til 16 av de 17 som mottok kognitiv atferdsterapi. Det ble utført strukturerte telefonintervjuer for å fastslå om: a) Den signifikante bedringen i skoledeltakelse var blitt opprettholdt; b) det hadde oppstått nye vansker på skolen eller hjemme; c) Hvordan den akademiske progresjonen hadde forløpt. Ventelistegruppen ble

ikke inkludert i denne oppfølgingen, da de hadde blitt tilbudt behandling etter at intervensjonen var utført (King et al., 2001).

Resultatene her viste at 13 av de 16 hadde et normalt oppmøte på skole ved oppfølgingen. Foreldrene bekreftet at disse 13 barna ikke viste noen form for skolevegringsatferd etter intervensjonen. Flere var ivrige etter å dra på skolen. Ytterligere behandling etter intervensjonen hadde ikke vært nødvendig hos disse 13. De viste heller ingen tegn til nye psykiske vansker. De ble generelt beskrevet som mer selvsikre, resistente og bedre forberedt til å håndtere normale stressfaktorer både hjemme og på skolen (King et al., 2001). Det ble ikke rapportert om sinneutbrudd eller fortvilelse ved avreise eller ankomst til skolen, tegn til ulykkelig eller mistilpasset atferd gjennom skoledagen, sosial isolasjon eller aggressiv atferd, vanskelig atferd rundt det å ta i mot beskjeder gitt av læreren, og de gikk ikke glipp av enkelttimer når de var på skolen. De hadde fått flere nære venner på skolen og kom overens med læreren. På skoleresultater ble de fleste beskrevet som gjennomsnittlig. Av de 16 rapporterte tre stykker å ha opplevd vansker med oppmøte på skolen etter behandling. Hos disse tre ble det også rapportert blant annet mangel på støtte fra foreldrene, lærevansker, ADHD og atferdsvansker (King et al., 2001). Til tross for gode resultater, må disse tolkes med forsiktighet. Dette skyldes at det kun ble utført intervjuer over telefon med foreldre, men ingen samtaler med barna eller kliniske tester. Hadde dette blitt utført, kunne resultatene ha vært noe annerledes. Barnas egne opplevelser og erfaringer kunne ha vært interessant å få med.

Last, Hansen og Franco (1998) har også utført en studie som måler effekten av kognitiv atferdsterapi sammenlignet med en kontrollgruppe. Her ble 56 barn og unge med angstbasert skolevegring tilfeldig fordelt i to grupper, enten kognitiv atferdsterapi eller et pedagogisk-støtteprogram (Educational-support therapy). Behandlingen foregikk en gang i uken over en periode på 12 uker, hvor hver terapitime varte i 60 minutter (Last et al., 1998).

Kriterier for å kunne delta var at deltakerne: 1) Hadde angstbasert skolevegring; 2) gikk på barne-, ungdom-, eller videregående skole; 3) hadde en form for angstlidelse; 4) hadde minst ti prosent fravær en måned før intervensjonen startet; 5) ikke hadde en alvorlig depressiv lidelse; 6) ikke brukte medisiner mot en eller flere psykiske lidelser (Last et al., 1998).

Den kognitive atferdsterapien besto av to hovedkomponenter. Første komponenten var gradvis eksponering, den andre var selvhevdelsestrening. Eksponeringsterapien fokuserte på å få barnet tilbake på skolen gradvis. I løpet av første terapitime ble det utviklet et hierarki over hvilke situasjoner som gir frykt og unngåelsesatferd basert på informasjon fra barnet og foreldrene. Hierarkiet bestod av 10 faktorer som dekker varierte skolerelaterte situasjoner som barnet frykter og unngår. Etter hver terapitime fikk barnet en hjemmelekkse, hvor det blir tatt utgangspunkt i en av de ti faktorene i hierarkiet, som barnet skal øve på hver dag frem til neste terapitime. Her startet man på de situasjonene som ga minst frykt og unngåelsesatferd, og dette økte gradvis ved mestring. Terapeuten følger med på utviklingen ved å ha telefonkontakt, samt jevnlig kontakt med en kontaktperson på skolen (Last et al., 1998). Underveis i intervensjonen lærer barnet å identifisere feiltenkning som dukker opp ved forventning av og konfrontasjon av angstfremkallende situasjoner. De lærer deretter å bytte ut disse tankene med rasjonelle og hensiktsmessige tanker, i tillegg til å øve på selvhevdelse i slike situasjoner (Last et al., 1998).

Den pedagogiske-støtteterapien (ES) er en kombinasjon av en pedagogisk fremstilling og psykoterapi hvor barna oppmuntres til å snakke om deres frykt og lærer å skille mellom frykt, angst og fobier. Ved hver behandlingstime får deltakerne utdelt plan for neste møte og spørsmål som de skal tenke på. Det blir da levert inn skrevne notater på bakgrunn av dette på neste møte, og diskusjonen videre baserer seg på disse spørsmålene (Last et al., 1998). Barna ble bedt om å skrive dagbok i løpet av perioden for å følge med på det de frykter, og hvilke tanker og følelser de assosierte med denne redselen, hvor ofte dukket de opp og hvordan frykten ble håndtert. Dette ble tatt opp i første del av timen. Barna ble da spurt om å dele spesifikke redsler som dukket opp i løpet av den siste uken (Last et al., 1998). I motsetning til kognitiv atferdsterapi, frastår terapeuten fra å oppmuntre eller instruere barnet til å konfrontere de fryktede situasjonene, de blir heller ikke oppmuntret til å returnere til skolen. De lærte heller ikke strategier for å bearbeide feiltenkning (Last et al., 1998).

Foreldrene og barna var generelt godt fornøyd både med hvordan intervensjonen foregikk samt resultatene. Oppmøte på skolen viste signifikant bedring for begge grupper, i tillegg til ingen eller liten forskjell i resultatene mellom gruppene. Gruppen som mottok ES fikk ingen instruksjoner om å returnere til skolen, men halvveis i programmet begynte de gradvis å returnere til skolen. I motsetning til kognitiv atferdsterapi som spesifikt og direkte inneholdt

instruksjoner for barnet til å gradvis øke eksponering til skolen. Denne tilnærmingen kan ha økt angstnivået, og kan være en forklarende faktor på frafallet på 16 % (Last et al., 1998).

ES kan ha gitt barna et grunnlag som bidro til å øke oppmøte i skolen gradvis, ved at de lærte å identifisere feiltenkning. En forklarende faktor kan være at barna selv klarte å ta dette neste steget, å bearbeide selv, uten spesifikke instruksjoner. Hvis dette er tilfellet kan en stille spørsmål til hvorvidt det er nødvendig med kognitiv atferdsterapi ved behandling av angstbasert skolevegring. Den relativt høye prosenten av frafall i gruppen som mottok kognitiv atferdsterapi kan støtte opp mot å bruke ES framfor kognitiv atferdsterapi (Last et al., 1998). Som nevnt i kapittel 2 er det ikke alltid barnet selv vet hvor frykten kommer fra. Ved å identifisere frykten og angsten, og situasjoner disse oppstår i, blir barnet mer oppmerksom på og kan lettere forberede seg selv på det som skal skje. Kanskje utvikler de gjennom dette også evnen til å sette ord på følelsene og frykten? Ved å snakke om det som plager en, kan være tilstrekkelig for at barnet selv ser at det er irrasjonelle tanker. Men dette er bare antagelser, og er noe som bør undersøkes nærmere.

5.5.1 Kognitiv atferdsterapi og medisinsk behandling

Bernstein, Borchardt, Perwien, Crosby, Kushner, Thuras og Last (2000) utførte en studie hvor de så på effekten av medisinsk behandling (Imipramine) og kognitiv atferdsterapi. Studien ble gjennomført gjennom en åtte ukers behandlingsperiode på to grupper som enten mottok imipramine eller placebo. Begge i kombinasjon av kognitiv atferdsterapi for behandling av skolevegring med angst og/eller depresjon. Deltakerne ble tilfeldig fordelt i to grupper, og studien var dobbeltblindende for deltakere og de som utførte studien. Det var i alt 63 deltakere, hvorav 47 fullførte (Bernstein et al., 2000).

Kriteriene for å kunne delta var at de måtte ha minimum 20 % fravær fra skolen i løpet av de fire ukene før kartleggingen, alderen var mellom 12-18 år, minimum en angstlidelse og depresjon av alvorlig grad. Ekskluderende kriterier var ADHD diagnose, atferdsvansker, bipolar lidelse, spiseforstyrrelser, alkohol- eller narkotikamisbruk, eller medisinske diagnoser (Bernstein et al., 2000).

Den kognitive atferdsterapien besto av åtte terapitimer med varighet på 45-60 minutter. I hovedsak med eleven, men en forelder deltok i hver terapitime i omtrent 5-10 minutter, dette for å ta del i samhandling og for å informere om de ukentlige hjemmeoppgavene. I den første

og andre terapitimen gikk terapeuten igjennom hvordan behandlingen skulle foregå, de utviklet en individuell plan for gradvis tilbakeføring til skolen, denne var basert på frykt og unngåelse som ble rangert hierarkisk. Det ble utført øvelser for å identifisere negative tanker rundt skoledeltakelse og å erstatte disse med mer adaptive mestringsstrategier. Fra andre til syvende terapitime ble det gitt eksponeringsterapi, og hjemmelekser basert på hierarkiet over frykt og unngåelsesfaktorer. Det ble også avtalt et belønningssystem (Bernstein et al., 2000).

Den medisinske behandlingen ble nøye fulgt opp av en psykiater som også var den eneste som visste hvem som var i placebogruppen og hvem som var i imipraminegruppen. Psykiateren fulgte med på bivirkningene, justerte mengden ved behov. Det ble også justert tilfeldig for placebogruppen for å unngå mistanke om hvem som var i hvilken gruppe (Bernstein et al., 2000).

Dersom noen mistet 22 eller flere doser av medisinen, eller ikke møtte opp til to eller flere terapitimer ble det regnet som frafall. Av de 63 deltakerne var det 16 frafall. Årsaken til frafallet var de to nevnte ovenfor, i tillegg til at noen utviklet maniske symptomer, hadde behov for innleggelse, utviklet psykiatriske symptomer eller at de selv valgte å avslutte. Det var ingen signifikante forskjeller i frafallet mellom gruppene (Bernstein et al., 2000).

I løpet av de åtte ukene med behandling var det signifikant forskjell mellom gruppene på oppmøte på skolen, hvor imipramine gruppen hadde større oppmøte. Angst og depresjon reduserte også signifikant i begge gruppene, men det var raskere for imipramine gruppen (Bernstein et al., 2000). Nivå av angst ble redusert betydelig på tvers av behandlingsperioden for begge gruppene, samme gjaldt depresjon. Resultatene viser at gruppen som mottok imipramine sammen med kognitiv atferdsterapi, hadde en betydelig bedring. Bedringen her var i tillegg til å være større enn placebo gruppen, også raskere (Bernstein et al., 2000).

Disse resultatene viser at kognitiv atferdsterapi kombinert med imipramine er effektiv i behandling av skolevegring. Behandling av angstbasert skolevegring har generelt sett også vist seg å være ganske effektiv kun med kognitiv atferdsterapi behandling, og uten bruk av medikamenter. Men ikke like effektiv som i denne undersøkelsen. Det kan ha noe med at samtlige av deltakerne i denne studien hadde en alvorlig form for depresjon i tillegg til angst, og at medikamentene reduserte de depressive symptomer betydelig (Bernstein et al., 2000).

Av svakheter ved studien kan det nevnes etnisk homogenitet, det var ingen elever med kun angstlidelse, kun kombinasjon av angst og depresjon. Resultatet kan derfor ikke si noe om hvorvidt det hadde vært mer eller mindre effektivt for barn og unge med kun en angstlidelse og skolevegring. Resultatene kan av den grunn ikke generaliseres. Behandlingsperioden var også veldig kort, og det kan derfor være vanskelig å si noe om langtidsvirkning (Bernstein et al., 2000). Når det gjelder langtidsvirkning er det verdt å merke seg at de gjorde en oppfølgingsstudie ett år etter endt intervensjon. Her var det 41 av de 63 deltakerne som møtte opp til en evaluering. Målingene her bestod av diagnostiske intervjuer, kliniske tester for angst og depresjon, i tillegg til at de vurderte familiefungering. Resultatene viste at det var færre med depresjon, men at de fleste fortsatt hadde en angstlidelse (Bernstein, Hektner, Borchardt & McMillan, 2001). Bernstein et al. (2001) mener dette kan skyldes at en depressiv episode ofte kun varer i 7-9 måneder, og at angst har en lengre varighet. Videre hevder de, ut ifra innsamlet data, at så lenge depresjonen er tilstede ser det ut til at de fleste også fortsetter å ha angst. I oppfølgingsstudien har de ingen målinger for skoleoppmøte, kun for angst og depresjoner. Over halvparten av deltakerne, medberegnet de i placebo gruppen, fortsatte på en eller flere medikamenter etter endt intervensjon, og gikk fortsatt på disse ved oppfølgingsevalueringen (Bernstein et al., 2001).

5.6 Hvem har ansvar for implementering av tiltak

En rekke avanserte tiltak er foreslått i forbindelse med både forebyggende og behandlende tiltak. Spørsmålet eller utfordringen videre vil omhandle implementeringen i skolen. Hvem har ansvaret for at det blir igangsatt, hvem skal utrede, PPT eller BUP? Hvor langt kan skolen strekke seg i arbeidet med tiltakene?

Helsesøster er gjerne den første som blir kontaktet ved bekymring rundt skolevegring, deretter kobles PPT, barnevernet eller BUP inn. Som oftest også i denne rekkefølge (Myhrvold-Hanssen, 2007). I St.meld. nr. 18 kan vi lese at Opplæringsloven stiller krav til at hver kommune og fylkeskommune skal ha en PP-tjeneste. Oppgaven til PPT er å hjelpe skolen i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å legge opplæringen bedre til rette for elever med særlige behov, og den skal sørge for at det blir utarbeidet sakkyndige vurderinger i de tilfeller loven krever det (Kunnskapsdepartementet, 2011). Hva er så PPT sine oppgaver i forhold til BUP? En henvisning vil i første omgang bli sendt til PPT. Der vil PPT foreta kartlegging og utredning, og dersom de mistenker alvorlige psykiske

lidelser blir foreldrene bedt om å henvende seg til sin fastlege som kan henvise til BUP (Nilsen, 2008). Når dette er utført og kartleggingen samt utformingen av tiltakene er ferdig, gjenstår det å starte med implementeringen.

Noen generelle prinsipper for en god gjennomføring er at skoleledelsen må gi nødvendig støtte til kontaktlærer eller andre som arbeider med skolevegring, slik at de kan sette av nok tid til å følge opp eleven i den perioden tiltakene skal gjennomføres. For eksempel kan dette innebære at kontaktlærer og/eller andre sentrale voksne frigjøres fra andre fellesoppgaver, teamarbeid, andre samarbeidsmøter, eller undervisningstid. Sett opp faste og hyppige møter i oppstartsperioden for å evaluere og justere tiltakene fortløpende (Solheim et al., 2009). En må være konsekvent i gjennomføringen av avtalen som er satt og ikke endre reglene underveis. Alle involverte parter må forplikte seg og følge opp avtalen over tid. Dette krever ofte utholdenhet og vilje til å prøve igjen ved tilbakefall og uforutsette hindringer. Når tiltakene fungerer bør eleven likevel følges opp videre med ekstra oppmerksomhet. For eksempel ved å ha overføringsmøter ved overgangen til ny skole (Solheim et al., 2009). I en tolkning av regelverket rundt spesialundervisning, har utdanningsdirektoratet skrevet en veileder som tar opp dette temaet. Her legger de vekt på at samarbeid mellom barnehage og skole og samarbeid mellom ulike skoler er en forutsetning for å skape en god overgang for barnet. Overgangen kan være vanskelig for barnet, og det er viktig at denne prosessen er tilpasset barnet mest mulig (Utdanningsdirektoratet, 2012). Alle parter, inkludert eleven, skal til enhver tid vite hva som er eksisterende plan for tiltak (Solheim et al., 2009).

En av utfordringene ved behandlingen er at det er vanskelig å nå frem, ofte fordi barnet, eller ungdommen, vegrer seg for å ta imot hjelp. Dette kan blant annet skyldes at de mangler tillit og har liten tro på at det hjelper (Myhrvold-Hanssen, 2007). Dersom barnet er lite motivert for å gjennomføre tiltakene må de voksne være tydelige på at det er de som bestemmer om eleven skal på skolen. I tilfeller hvor det blir utøvet press er det viktig å finne en balanse hvor en også tar elevens opplevelser på alvor. Press skal i minst mulig grad virke krenkende for barnet, og det bør føres en løpende vurdering om det fører til bedring eller ikke (Solheim et al., 2009).

Tidligere i kapitlet har det kort blitt nevnt viktigheten av relasjon mellom barnet og en voksenkontakt i skolen. Den terapeutiske relasjonen, eller alliansen, innebærer at relasjonen utgjør et emosjonelt bånd mellom barn og terapeut (i dette tilfellet en trygg voksenkontakt)

(Myhrvold-Hanssen, 2007). Hvordan knytte dette båndet? Relasjonen i terapi er definert som følelser og holdninger som deltakerne har mot hverandre, og hvordan disse uttrykkes. En av de mest kjente innenfor psykologisk rådgivning er Carl Roger, som formulerte nødvendigheten og behovet for effektiv terapi. Han la frem tre betingelser for å skape god relasjon: empatisk forståelse, ubetinget positiv aktelse og kongruens (Gelso og Fretz, 2001). Timing er også vesentlig, terapeutens timing av å presentere mål må være i tråd med klientens, og være så nær som mulig det som lar seg gjennomføre (Myhrvold-Hanssen, 2007). Tiltak må også tilrettelegges og gjennomføres på en slik måte at eleven i minst mulig grad opplever seg stigmatisert (Solheim et al., 2009). Det er derfor viktig at den enkelte elev får uttale seg om sin opplevelse knyttet til de tiltakene som skal gjennomføres, og at dette tas hensyn til i den grad det er mulig (Solheim et al., 2009). Dette kan også bidra til at eleven utvikler en egenmotivasjon. En kan fremme elevens egenmotivasjon ved å forklare hvordan tiltakene bidrar til å nå målene og gjennom å uttrykke håp om bedring. Eksempel kan være å snakke med eleven om hvordan det å delta i en situasjon blir lettere etter hvert som en øver seg. Elevens motivasjon vil også kunne fremmes av det å bli sett og kunne delta i prosessen med å utforme og evaluere tiltak (Solheim et al., 2009).

5.7 Oppsummering

I dette kapitlet er det blitt sett på hvilke tiltak skole og hjem kan ta i bruk. Her er det mye skolen kan gjøre for å bidra til at skolehverdagen til eleven blir bedre. Det er snakk om enkle, men viktige tiltak. Videre er det blitt vektlagt viktigheten av skole-hjem samarbeidet. Det er også viktig at eleven blir inkludert når tiltakene skal planlegges. Spesielt viktig er dette i tilfeller med angst, da eleven har behov for en forutsigbar hverdag.

Av behandlingsmetoder er det stort sett kognitiv atferdsterapi jeg har tatt for meg av tilnæringsmetoder. Målet med behandlingen er at eleven skal tilbake til en tilnærmet normal skolehverdag med regelmessig oppmøte. Derfor lærer de først avslapningsøvelser i forhold til et hierarki som elev og terapeut setter opp sammen. Etter hvert når eleven har lært seg teknikkene her, begynner eksponeringsterapien og tilbakeføringen i skolen. I tiltakene skolen kan ta i bruk, er det flere elementer som kan minne om eksponeringsterapi og bruk av hierarki. Det kan derfor se ut til at ved å plukke ut noen elementer fra kognitiv atferdsterapi kan også skolen utføre hensiktsmessige tiltak. At skolen tar del i behandlingen har i flere av

studien blitt lagt vekt på, i tillegg til foreldretrening. Flere studier har vist at resultatene får bedre effekt dersom foreldrene og lærerne også mottar intervensjon.

Avslutningsvis har det kort blitt diskutert hvem som har ansvaret for implementering av tiltak. Alvorlighetsgraden av angsten og vegringen har betydning her. I noen tilfeller vil eleven ha behov for terapi hos BUP, men for andre vil det kanskje være nok at skolen legger til rette og gir eleven trygge rammer på skolen.

Det kan virke lett å planlegge en intervensjon og man kan ha mange tanker rundt dette. Men man må huske på at eleven ikke nødvendigvis mener det er behov for intervensjon. Noen vil ha en innstilling om at det ikke vil virke uansett. Her er det tydelig at eleven har mistet troen på egen mestring, og det er derfor viktig at også dette blir vektlagt, sammen med selvhverdelse.

6 Oppsummering og diskusjon

I dette kapitlet er formålet å samle oppgavens helhet og drøfte de funnene som er blitt gjort. Først vil jeg starte med å se på styrker og svakheter ved oppgaven, for deretter å kort oppsummere og få frem hovedpunktene i oppgaven. Påfølgende vil jeg drøfte hovedfunnene som jeg kommer til å bruke i drøftingen av forebyggende og behandlende tiltak. Videre vil jeg diskutere de forebyggende og behandlende tiltakene som har blitt brukt i oppgaven. Helt til slutt i kapitlet vil jeg foreslå videre forskning på hva jeg mener mangler på området.

Når det gjelder oppgavens styrker kan jeg trekke frem bruken av flere ulike studier som ser på samme tilnæringsmetode, og får relativt like gode resultater. Noe som indikerer at dette er en god tilnærming for angstbasert skolevegring, og at den kan generaliseres. Av svakheter kan det trekkes frem at det er lite variasjon av behandlingsmetoder, derfor lite å sammenligne med. Det er også veldig lite norsk forskning på området, og derfor vanskelig å si noe om hvorvidt dette kan implementeres i den norske skolen. Til slutt kan forekomst trekkes frem som ytterligere en svakhet. På grunn av temaets vide begrepsbruk opp igjennom årene, og at det er veldig lite norsk forskning på området, er det også vanskelig å si noe om forekomst hos norske elever.

I de påfølgende avsnittene skal jeg forsøke å samle oppgavens helhet og på den måten komme med en konklusjon på problemstillingen. Da temaet er såpass kompleks og bredt, er det vanskelig å komme med en konklusjon på generelt grunnlag, men ut ifra valgt fokus og hvordan oppgaven er utformet skal jeg på grunnlag av dette prøve. Problemstillingen for oppgaven er: *Hva er angstbasert skolevegring, hvilke risikofaktorer er aktuelle og hvordan kan man forebygge og behandle?* Ved å dele opp problemstillingen skal jeg nå prøve å svare på disse spørsmålene.

Hva er angstbasert skolevegring? Skolevegring kan komme til uttrykk på flere forskjellige måter, og er ikke alltid lett å oppdage, da det kan ha forskjellige bakgrunner og årsaker. Skolevegring er noe som kan oppstå i hele den skolepliktige alderen, og har økt risiko i forbindelse med blant annet skolestart. Det ser også ut til å være vanskeligere å hjelpe eleven jo eldre eleven er. At skolevegring oppstår sammen med psykiske lidelser er ikke uvanlig. Dette har vi også sett i forskningen som har blitt brukt i oppgaven, at det ofte er diagnostisert en eller flere psykiske lidelser. Dog er det viktig å huske på at skolevegring ikke er synonymt

med fravær. Enkelte har mye fravær fordi de ikke klarer eller vil gå på skolen. Enten er dette på grunn av konkrete belønninger utenfor skolen eller emosjonelt ubehag knyttet til det å delta i skolesammenheng. Vi har også den gruppen som har mye fravær fra enkelttimer, eller at de er tilstede men opplever allikevel mye ubehag knyttet til det å være der. Det er selvsagt også mange flere årsaker, men disse har ikke vært fokuset i oppgaven. For å lettere skille mellom de ulike måtene skolevegring kan komme til uttrykk, kan vi trekke frem de fire funksjonene til Kearney (2008). Disse ble redegjort for i kapittel 2, unngåelse av skolerelatert stress, flykte fra uønskede situasjoner, ønsket om konkrete belønninger og ønske om oppmerksomhet. De fire blir deretter delt i negative forsterkninger og positive forsterkninger. Videre kan vi også trekke frem Thambirajahs et al (2008) sine to inndelinger. Disse dreier seg i hovedsak om negative forsterkninger samt emosjonelt ubehag og vegring knyttet til angst.

Angst i forhold til skolevegring har også blitt diskutert. Da temaet for oppgaven er angstbasert skolevegring, er det derfor naturlig at dette ble hovedfokuset for resten av oppgaven og diskusjonen. For å begrense ytterligere valgte jeg å fokusere på separasjonsangst og sosial angst. En kan stille spørsmål rundt om det er angst som fører til skolevegring eller omvendt, noe som har blitt diskutert i kapittel 3. I forskningsartiklene brukt i oppgaven har det vært angst som har vært den utløsende faktoren. Spørsmålet videre er hvorvidt skolevegring kan føre til sosial isolasjon og deretter sosial angst.

Hvilke risikofaktorer er det? Det ideelle hadde vært om man kunne hindre at barn og unge utvikler skolevegring gjennom å forebygge. For å forebygge kan en innfallsvinkel blant annet være å se på hvilke risikofaktorer som er tilstede. Risikofaktorer kan man finne hos barnet, i hjemmet og på skolen. Noen eksempler på risikofaktorer som kan nevnes er psykiske lidelser hos foreldre, få eller ingen jevnaldrende relasjoner, mobbing og liten oppfølging hjemmefra. Ingul et al. (2012) gjorde en undersøkelse hvor de så på risikofaktorer for skolevegring. Resultatene viste at eksternaliserende vansker hadde størst risiko forbundet med seg. Internaliserende vansker derimot viste liten risiko, spesielt hvis dette ble sett på alene. Når eksternaliserende og internaliserende ble sett på sammen, viste det seg å ha høy risiko. Videre var sammenhengen mellom fravær, angst og depresjon høy. I tillegg til risikofaktorer er det verdt å nevne at det også finnes beskyttende faktorer. Disse er gjerne det motsatte av risikofaktorene, og innebærer blant annet god psykisk helse hos både foreldre og barnet, god sosial kompetanse og godt samspill innad i familie, for å nevne noen få.

Hvordan forebygge og behandle angstbasert skolevegring? På bakgrunn av at temaet her er angstbasert skolevegring, vil det forebyggende arbeidet i stor grad dreie seg om forebygging av angst for å hindre en utvikling til skolevegring. Dersom angsten allerede er et faktum vil det forebyggende arbeidet være behandling av angsten. Blant forebyggende arbeid kan det trekkes frem trening på sosiale ferdigheter. Videre har det blitt sett på behandling av de bakenforliggende faktorene til skolevegringen. Resultater på slike studier, som hos Heyne et al. (2011) presentert i kapittel 4, fant de at ved å behandle angsten og opprettholdende faktorer, kan man minske skolefraværet samt bedre skolehverdagen til eleven. Det har også blitt diskutert hvordan man kan forebygge angstlidelser. Selv om angstlidelser hos barn og unge ikke er ensbetydende med skolevegring, vil det uansett være hensiktsmessig å hindre en utvikling her, da angstlidelser ofte har en sammenheng med problematisk fravær.

I likhet med forebygging kan behandlende tiltak utføres i ulike arenaer, skole og hjem. Det finnes en rekke tiltak skolen kan igangsette i samarbeid med foreldrene. For noen barn og unge kan det være tilstrekkelig med enkle tiltak, mens andre vil ha behov for ytterligere behandling, eksempelvis dersom angstlidelsen er for sterk, som nevnt tidligere i kapittel 2 kan skolevegring for noen elever gå over av seg selv. Men for de som trenger ytterligere hjelp – vil de enkle tiltakene som utføres i samarbeid mellom skole og hjem være godt bidrag. Da må PPT inn og muligens også BUP. Videre er det viktig at eleven hele tiden er med i planleggingsprosessen når en plan for behandling skal skisseres.

Her kan vi også trekke frem Kearneys (2008) tiltak basert på de fire funksjonene presentert i kapittel 2. Fokuset på disse tiltakene er årsaken til skolevegringen, og for negative forsterkninger kan behandlingen minne om kognitiv atferdsterapi. Kognitiv atferdsterapi er den mest brukte formen for behandling ved angstbasert skolevegring, og de fleste studier som ser på behandling av angstbasert skolevegring benytter seg av denne som behandlingsmetode. Kognitiv atferdsterapi har også vist seg å ha god effekt. Videre hvis man ser på bruk av medikamenter har forskning vist at effekten har vært raskere.

Av hovedfunn kan det først trekkes frem at det ikke har vist seg å være forskjell på kjønn når det gjelder forekomst av skolevegring. Dette har vært gjennomgående i studiene som er brukt. Ytterligere funn er at de fleste studiene som tar for seg skolevegring knytter problematikken opp mot angst, og angst ser derfor ut til å være en vanlig lidelse knyttet til skolevegring. Når det gjelder behandling er kognitiv atferdsterapi den metoden som oftest

dukker opp i studier som tar for seg behandling. Den har også gjennomgående gode resultater. Men i de studiene hvor de har sett på foreldre og lærertrening, har denne innfallsvinklingen bedre resultater, enn når det kun er barnet som mottar behandling. En annen god tilnærming som kan nevnes, er et pedagogisk-støtteprogram som ble omtalt i kapittel 5. Denne har også gode resultater, og i motsetning til den kognitive atferdstilnærmingen har den ingen frafall. Da det kun er en studie som har sett på denne metoden, kan ikke resultatet generaliseres. Til slutt presenterte jeg kort en studie hvor de så på kognitiv atferdsterapi sammen med medikamenter. Denne hadde en raskere effekt på skoleoppmøte og bedring av angst og depresjoner. Men over halvparten av deltakerne rapporterte i oppfølgingsstudien at de fortsatt bruker medikamenter, og da også gjerne flere typer. Men også her, siden jeg kun har tatt for meg én slik studie, kan jeg ikke generalisere resultatet og har derfor ikke grunnlag for å si at dette er et gyldig resultat. Bruken av medikamenter, kognitiv atferdsterapi og det pedagogiske-støtteprogrammet vil jeg diskutere nærmere i neste avsnitt.

Når det viser seg at kognitiv atferdsterapi har god effekt, kanskje ikke like raskt, som med medikamenter men dog en bedring, vil det ikke da være bedre med kognitiv atferdsterapi uten medikamenter? Hvor mye er den hurtige bedringen verdt, når det viser seg at de fortsetter og også ta i bruk flere typer medikamenter? I tillegg kan jeg trekke frem det pedagogiske-støtteprogrammet som et alternativ, den hadde god effekt samt ingen frafall. Eleven lærte selv å bearbeide feilteknningen, og kanskje dette har bidratt til at eleven selv ha klart å snu på tankemønsteret, og som et resultat begynt å gå på skolen igjen.

En rekke avanserte tiltak er foreslått i forbindelse med både forebyggende og behandlende tiltak. Spørsmålet eller utfordringen videre vil omhandle implementeringen i skolen. Hvem har ansvaret for at det blir igangsatt, hvem skal utrede, PPT eller BUP? Hvor langt kan skolen strekke seg i arbeidet med tiltakene? Det har blitt nevnt en rekke tiltak skolen kan bruke. Metodene som er brukt i studiene som blir presentert i oppgaven er også relativt kostbare. Og en kan stille spørsmål rundt hvorvidt vi kan kreve at skole skal ta i bruk slike metoder. Men samtidig er kognitiv atferdsterapi også noe som blir brukt i Norge, da helst i BUP. Er skolepersonell kompetente til å hjelpe elever med angstbasert skolevegning? Kan skolen gi ansatte kurs i slik behandling? Hvis skolen kan ta i bruk slike metoder for å behandle angstbasert skolevegning, kunne dette muligens ha vært et godt tiltak, da ansatte på skole ofte kjenner eleven bedre enn en terapeut som kommer utenifra. Målet er også at eleven skal få et

tilnærmet normalt oppmøte på skolen, og den personen i skolen som er elevens trygge voksenkontakt kan lettere hjelpe eleven dersom han eller hun har kjennskap til behandlingen, eller foretar behandling selv. Videre har det vist seg at å behandle på bakgrunn av årsaken til skolevegringen er hensiktsmessig. Dette kan også tyde på at ved å forebygge, kan man se på årsaker som ofte er knyttet til skolevegring. Ser man slike risikofaktorer kan man ved å utføre tiltak på disse, mulig også forebygge. Hvis en eleven viser tegn til angstlignende symptomer, må man raskt i gang med behandling, og håpe at dette vil hindre en utvikling til skolevegring. Nå er det ikke slik at angst i alle tilfeller fører til skolevegring, men å behandle angst vil uansett være en hensiktsmessig tilnærming for å gi barn og ungdom en bedre hverdag. Her kan man også trekke frem diskusjonen om hvorvidt det er angst som fører til skolevegring, eller om skolevegring kan føre til angst. Det kan oppstå alvorlige konsekvenser dersom skolevegringen ikke blir tatt alvorlig og man ikke får den behandlingen man har behov for. Av konsekvenser kan sosial isolasjon nevnes, ikke fullfører utdanning samt andre psykiske lidelser.

Underveis i arbeidet med oppgaven har det dukket opp en rekke spørsmål. Dette er spørsmål som omhandler diskusjonen om angst forårsaker skolevegring eller omvendt. Hvor mye av frafallet i videregående skole skyldes psykiske lidelser og skolevegring? Det er også lite forskning om skolevegring i Norge, her kunne det vært interessant å se på forekomsten, utfallet og tilleggsvansker. Som nevnt i kapittel 1 ligger vi bak skjema for å nå målet på 75 prosent som fullfører videregående skole. Hvorfor ligger vi så langt bak? Det er lite forskning som ser på hvorfor det er høyt frafall i den videregående skole. Kan dette ha bakgrunn i faktorer tidligere i livet, slik som psykiske vansker, er det for lite oppfølging i videregående skoler? Hvor mange av disse elevene har sluttet på grunn av psykiske vansker og/eller skolevegring?

Litteraturliste

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Berg, I. (2002). School Avoidance, School Phobia, and Truancy. I M. Lewis (Red.), *Child and Adolescent Psychiatry – A comprehensive Textbook* (s. 1260-1266). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Bernstein, G. A., Borchardt, C. M., Perwien, A. R., Crosby, R. D., Kushner, M. G., Thuras, P. D., & Last, C. G. (2000). Imipramine Plus Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of School Refusal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(3), 276-283. Doi: 10.1097/00004583-200003000-00008
- Bernstein, G. A., Hektner, J. M., Borchardt, C. M., & McMillan, M. H. (2001). Treatment of School Refusal: One-Year Follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 206-213. Doi: 10.1097/00004583-200102000-00015
- Borren, I., & Helland, S. S. (2013). *Intervensjoner for å dempe foreldrekonflikt – en kunnskapsoversikt* (Rapport nr 2013:6). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Bratt, C. (2009, 5. november). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Mestringskatten (Coping Cat). Hentet fra <http://uit.no/Content/158847/mestringskatten%20%20%20oppdatering%20051109%20-%20pdf.pdf>
- Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barrett, P. M., & Laurens, K. R. (1997). Prevention and Early Intervention for Anxiety Disorders: A Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 627-635. Doi: 10.1037/0022-006X.65.4.627

- Egger, H. L., Costello, E. J., & Angold, A. (2003). School Refusal and Psychiatric Disorders: A Community Study. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(7), 797-807. Doi: 10.1097/01.CHI.0000046865.56865.79
- Essau, C. A., Olaya, B., & Ollendick, T. H. (2013). Classification of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. I C. A. Essau, & T. H. Ollendick (Red.), *The Wiley-Blackwell Handbook of the Treatment of Childhood and Adolescent Anxiety* (s. 1-21). West Sussex: Wiley-Blackwell
- Gelso, C. J., & Fretz, B. R. (2001). *Counseling psychology – second edition*. California: Wadsworth, Cengage Learning
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Lascher, M., Litzinger, S., Shatté, A., & Seligman, M. E. P. (2006). School-based prevention of depression and anxiety symptoms in early adolescence: A pilot of a parent intervention component. *School Psychology Quarterly*, 21(3), 323-348. Doi: 10.1521/scpq.2006.21.3.323
- Ginsburg, G. S. (2009). The Child Anxiety Prevention Study: Intervention Model and Primary Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 580-587. Doi: 10.1037/a0014486
- Haugen, R. (2008a). Hva er sosiale og emosjonelle vansker? I R. Haugen (red.), *Barn og unges læringsmiljø 3 – med vekt på sosiale og emosjonelle vansker*. (s. 15-42). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Haugen, R. (2008b). Emosjonelle vansker i form av angstlidelser og stemningslidelser. Hvordan kommer de til uttrykk? I R. Haugen (Red.), *Barn og unges læringsmiljø 3 – med vekt på sosiale og emosjonelle vansker* (s. 107-134). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Haugen, R. (2008c). Hvordan kan man hjelpe barn og ungdom med angstlidelser og stemningslidelser? I R. Haugen (Red.), *Barn og unges læringsmiljø 3 – med vekt på sosiale og emosjonelle vansker* (s. 449-482). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

- Heyne, D. & King, N. J. (2004). Treatment of School Refusal. I P. M. Barrett & T. H. Ollendick (Red.), *Handbook of Interventions That Works With Children and Adolescents – Prevention and Treatment* (s. 243-272). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Heyne, D., King, N. J., Tonge, B. J., Rollings, S., Young, D., Pritchard, M., Ollendick, T. H. (2002). Evaluation of Child Therapy and Caregiver Training in the Treatment of School Refusal. *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 687-695. Doi: 10.1097/00004583-200206000-00008
- Heyne, D. A. & Sauter, F. M. (2013). School Refusal. I C. A. Essau, & T. H. Ollendick (Red.), *The Wiley-Blackwell Handbook of The Treatment of Childhood and Adolescent Anxiety* (s. 471-517). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Heyne, D., Sauter, F. M., Van Widenfelt, B. M., Vermeiren, R., Westenberg, M. (2011). School Refusal and Anxiety in adolescence: Non-randomized trial of a developmentally sensitive cognitive behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 25 (7), 870-878. Doi: 10.1016/j.janxdis.2011.04.006
- Hughes, E. K., Gullone, E., Dudley, A. & Tonge, B. (2010). A Case-Control Study of Emotion Regulation and School Refusal in Children and Adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 30(5), 691-706. Doi: 10.1177/0272431609341049
- Ingul, J. M. (2005). Skolevegning hos barn og unge. I E. Befring, R. Talseth, og I. Veia (red.), *Se meg! Barn i Norge 2005 – Årsrapport om barn og unges psykiske helse*. Oslo: Voksne for Barn.
- Ingul, J. M., Klöckner, C. A., Silverman, W. K. & Nordahl, H. M. (2012). Adolescent School absenteeism: modelling social and individual risk factors. *Child and Adolescent Mental Health*, 14(2), 93-100. Doi: 10.1111/j.1475-3588.2011.00615.x
- Ingul, J. M., Nordahl, H. M. (Under publisering). Anxiety as a risk factor for school absenteeism: what differentiates anxious school attenders from non-attenders? *Annals of General Psychiatry*.

Kaspersen, S. L., Bungum, B., Buland, T., Slettebak, R., & Ose, S. O. (2012). *Holdninger til fravær og nærvær i skole og arbeidsliv* (SINTEF Rapport A23298). Hentet fra <https://www.sintef.no/uploadpages/282716/Sammendrag%20og%20hovedfunn.pdf>

Kearney, C. A. (2001). *School Refusal Behavior in Youth - A Functional Approach to Assessment and Treatment*. Washington, DC: American Psychology Association.

Kearney, C. A. (2008). *Helping School Refusing Children and Their Parents – A guide for School-Based Professionals*. New York: Oxford University Press

Kearney, C. A., & Albano, A. M. (2004). The Functional Profiles of School Refusal Behavior: Diagnostic Aspects. *Behavior Modification*, 28(1), 147-161. Doi: 10.1177/0145445503259263

Kearney, C. A., & Silverman, W.K. (1996). The evolution and reconciliation of taxonomic strategies for school refusal behavior. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(4), 339-354. Doi: 10.1111/j.1468-2850.1996.tb00087.x

King, N. J., & Bernstein, G. A. (2001). School Refusal in Children and Adolescents: A review of the past 10 years. *Child and Adolescence Psychiatry*, 40(2), 197-205. Doi: 10.1097/00004583-200102000-00014

King, N. J., Tonge, B. J., Heyne, D., Pritchard, M., Rollings, S., Young, D., Myerson, N., & Ollendick, T. H. (1998). Cognitive-Behavioral Treatment of School-Refusing Children: A Controlled Evaluation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(4), 395-403. Doi: 10.1097/00004583-199804000-00017

King, N., Tonge, B. J., Heyne, D., Turner, S., Pritchard, M., Young, D., Rollings, S., Myerson, N., & Ollendick, T. H. (2001). Cognitive-Behavioural Treatment of School-Refusing Children: Maintenance of improvement at 3- to 5-year follow-up. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(2), 85-89. Doi: 10.1080/02845710117011

- Kunnskapsdepartementet. (2011). *Læring og fellesskap – tidlig innsats og gode læringsmiljøer for barn, unge og voksne med særlige behov*. (St.meld. nr 18 2010-2011). Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Last, C. G., Hansen, C., Franco, N. (1998). Cognitive-Behavioral Treatment of School Phobia. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(4), 404-411. Doi: 10.1097/00004583-199804000-00018
- Lock, S., & Barrett, P. M. (2003). A Longitudinal Study of Developmental Differences in Universal Preventive Intervention for Child Anxiety. *Behaviour Change*, 20(3), 183-199. Doi: 10.1375/behc.20.4.183.29383
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Rapport nr. 2011:1). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Maric, M., Heyne, D. A., De Heus, P., Van Widenfelt, B. M., og Westenberg, P. M. (2012). The Role of Cognition in School Refusal: An Investigation of Automatic Thoughts and Cognitive Errors. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(3), 255-269. Doi: 10.1017/S1352465811000427
- Myhrvold-Hanssen, J. (2007). *Skolevegring – om å rulle ut en rød løper*. Hentet fra <http://www.psykiskhelseiskolen.no/postmann/dbase/bilder/SKOLEVEGRING%20Jan%20Myhrvold-Hanssen.pdf>
- Nilsen, V. (2008). Tiltaksmodeller med utgangspunkt i førstelinjetjeneste og andrelinjetjeneste. I R. Haugen (Red.), *Barn og unges læringsmiljø 3 – med vekt på sosiale og emosjonelle vansker* (s. 189-228). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Nilsen, W., Skipstein, A., og Gustavson, K. (2012). *Foreldrekonflikt, samlivsbrudd og meklingskonsekvenser for barn og unge* (Rapport nr 2012:2): Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Ogden, T. (2009). *Sosial Kompetanse og Problematferd i Skolen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Opplæringslova, LOV-1998-07-17-61. § 1 og § 5. (1998). Hentet fra <http://www.lovdatab.no>

Pine, D. S., & Klein, R. G. (2008). Anxiety Disorders. I M. Rutter, D. V. M. Bishop, D. S. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Red.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry (Fifth edition)* (s. 628-647). Oxford: Blackwell Publishing.

Schneider, S., & Lavalley, K. L. (2013). Separation Anxiety Disorder. I C. A. Essau, & T. H. Ollendick (Red.), *The Wiley-Blackwell Handbook of The Treatment of Childhood and Adolescent Anxiety* (s. 301-334). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (2007). *Skolen som læringsarena – Selvoppfatning, motivasjon og læring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Solheim, L., Due-Tønnessen, M., Andersen, T. G., & Grønvold, H. (2009). *Skolevegring – en praktisk og faglig veileder*. Oslo kommune: Utdanningsetaten.

Thambirajah, M. S., Grandison, K. J., & De-Hayes, L. (2008). *Understanding School Refusal: A handbook for professionals in education, Health and Social Care*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Utdanningsdirektoratet. (2012, 19. mars). Spesialpedagogisk hjelp og spesialundervisning – veileder til opplæringsloven om spesialpedagogisk hjelp og spesialundervisning.

Hentet fra

<http://www.udir.no/Regelverk/Tolkning-av-regelverket/Elever-med-sarskilte-behov/Spesialundervisning/Spesialundervisning/>

Utdanningsdirektoratet. (2013, 2. September). Gjennomføringstall videregående opplæring – status per september 2013. Hentet fra

http://www.udir.no/Upload/Statistikk/Gjennomforing/gjennomforing_2013.pdf?epslanguage=no

Verdens helseorganisasjon, WHO. (2011). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (10. Revisjon, norsk utgave)*. Oslo: Helsedirektoratet.

Vogt, A. (2008). Direkte rådgivning for barn og unge med sosiale og emosjonelle vansker. I R. Haugen (Red.), *Barn og unges læringsmiljø 3 – med vekt på sosiale og emosjonelle vansker* (s. 339-386). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.