

*Hvilke resultater viser forskningen på kognitiv-
atferdsterapi mot skolevegring hos barn og
ungdom?*

Linn Jeanett Lehre



Masteroppgave ved IPED

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2015

Copyright Forfatter

År 2015

Tittel: Hvilke resultater viser forskningen på kognitiv-atferdsterapi mot skolevegring hos barn og ungdom?

Forfatter: Linn Jeanett Lehre

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

<u>TITTEL:</u>	Hvilken effekt viser kognitiv atferdsterapi mot angstbasert skolevegring hos barn og ungdom?
<u>AV:</u>	Linn Jeanett Lehre
<u>RETNING:</u>	Pedagogisk-psykologisk rådgivning
<u>EMNE:</u>	Master i pedagogikk
<u>EKSAMEN:</u>	Vår 2015
<u>STIKKORD:</u>	Skolevegring, Skolenekting, Skolefravær, Angst, Kognitiv atferdsterapi

Problemområde og problemstilling

I denne litteraturgjennomgangen undersøkes effekten av kognitiv atferdsterapi mot skolevegring hos barn og unge. Jeg valgte å skrive om dette fordi jeg mener det er viktig med strukturerte, forskningsbaserte tiltak i behandlingen av barn og unge. Og fordi skolevegringsproblematikk er et felt som ikke ennå er blitt utforsket så mye i norsk sammenheng. Resultatene av denne studien kan ha betydning for praksis i forhold til behandling av skolevegrere i norsk skole. Skolevegring er en form for ugyldig fravær som skiller seg fra skulk ved at eleven ofte ønsker å gå på skolen, men at den ikke får det til på grunn av at det oppleves som vanskelig. Skolevegring er et komplekst tema som går under mange navn, eksempler er skolefobi og skoleangst. Denne oppgaven tar utgangspunkt i angstbasert skolevegring.

Angst oppstår av en rekke ulike årsaker, og utviklingen av angst avhenger av individets risiko- og beskyttelsesfaktorer samt dets erfaringer. Angst karakteriseres av overdreven engstelse eller bekymring som kan ha sammenheng med et spesielt objekt, en situasjon eller mer dyptgående. Kognitiv atferdsterapi bygger på en grunntanke om at menneskers emosjoner og atferd blir påvirket av deres persepsjon av hendelser. I kognitiv atferdsterapi eksisterer det ulike teoretiske modeller for ulike lidelser, men felles for alle er at man arbeider med å endre tanker i ulike situasjoner, i håp om at følelser og handlinger også endres. En viktig del av

terapien er å la modellen og strukturen i terapien drive endringsarbeidet. Dette gir muligheter for å behandle angstreaksjoner ved at individet lærer hva som er årsaken til angsten og alternative tolkninger av disse følelsene.

Metode og kilder

Den metodologiske tilnærmingen som er benyttet er en litteraturgjennomgang av studier på feltet. For å undersøke styrken på studiene er det tatt utgangspunkt i validitetsspørsmålet (Cook og Campbell). Undersøkelsen bygger på seks intervensjonsstudier som tar utgangspunkt i kognitiv atferdsterapi mot skolevegring, samt to oppfølgingsstudier. Disse drøftes mot metodologiske krav samt empiriske funn og teori på feltet.

Resultater/hovedkonklusjoner

Hovedfunnene i denne studien er at kognitiv atferdsterapi synes å være lovende som tiltak mot skolevegring. Spesielt fordi de inneholder behandlingselementer som bedrer angst, fobi, depresjon og styrking av selvfølelse. Effekten er derimot ikke entydig da denne gjennomgangen viser noen svakheter ved studiene, slik som frafall og mangel på kontrollgrupper. Derfor er det fremdeles et behov for videre forskning, og gjerne i norsk sammenheng. Studiene viser at problemene som barnet har kan være omfattende. Dette tyder på at tiltakene må være individuelt tilpasset, selv om manualbaserte programmer også anbefales, da de har vist effekt på spesifikke emosjonelle problemer som er vanlig blant barn med skolevegring. Eksempler på dette er angst, og fobi. Gjennomgangen i denne studien viser at kognitiv atferdsterapi kan være til nytte for barn med skolevegring, men det forebyggende arbeid ved skolene og i familiene er også viktig. Kognitiv atferdsterapi må ikke fungere som en ansvarsfraskrivelse for skolen, men som en behandling som er til hjelp i tillegg til andre tiltak.

Forord

Denne oppgaven er skrevet som avslutning på min mastergrad i pedagogikk, studieretning pedagogisk-psykologisk rådgivning. Valget om å skrive om skolevegring ble tatt fordi jeg opplevde problematikken som litt utforsket og jeg satt med et inntrykk av at det var ulik praksis i forhold til problematikken i Norge. Fordi jeg mener det er viktig med konkrete, evidensbaserte tiltak valgte jeg å undersøke om kognitiv atferdsterapi kan ha effekt mot skolevegring. Arbeidet med masteroppgaven har vært inspirerende og lærerik. Jeg har mange å takke for dette.

Jeg vil rekke en stor takk til veilederne mine. Jeg er veldig heldig som har fått veiledning av dere i prosessen med å skrive masteroppgaven. Thormod Idsø - takk for gode råd og konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele prosessen, din rause veiledning har hjulpet meg til å komme i land med oppgaven. Klara Øverland - du har kjempe mye kunnskap på spennende fagområder, takk for at du har delt av dette med meg, med gode innspill om kognitiv atferdsterapi og skolevegring.

Takk for at dere har bidratt i korrekturlesingen Martin, Hilde, og Vegar. Jeg vet at det finnes mye mer spennende ting å bruke fritiden på. Christoffer, tusen takk for nødhjelp på dataen. Yngve, takk for den støtten du har gitt meg gjennom hele studieløpet.

Studietiden hadde ikke blitt det samme uten alle de fine menneskene jeg har møtt. Tiden på Blindern har vært læringsrik både faglig og sosialt. Jeg setter stor pris på de mange kaffepausene, og til tider ganske lange lunsjene, med latter og gode samtaler.

Takk for nå, Helga Engs.

Oslo, 25. mai

Linn Jeanett Lehre

Innholdsfortegnelse

1	INTRODUKSJON/TEORI	1
1.1	Innledning	1
1.2	Skolevegring	2
1.2.1	Fravær fra skolen	3
1.2.2	Skolenekting	5
1.2.3	Skolevegring	7
1.2.4	Forekomst av skolevegring	9
1.2.5	Praksis i Norge	10
1.2.6	Årsaker til vegring	11
1.2.7	Angst som årsak til skolevegring	17
1.3	KOGNITIV ATFERDSTERAPI	22
1.3.1	Den kognitive modell	22
1.3.2	Grunnleggende prinsipp i kognitiv terapi	25
1.3.3	Kognitiv atferdsterapi	25
1.3.4	Kognitiv atferdsterapi for barn og unge	26
1.3.5	Generelt om effekten av kognitiv atferdsterapi	27
1.3.6	Kognitiv atferdsterapi og vegring	27
1.3.7	Kritikk	29
1.4	Problemstilling	30
2	METODE	31
2.1	Innledning	31
2.2	Søkestrategi for fremskaffelse av relevante studier	31
2.3	Inklusjonskriterier	33
2.4	Forskningsdesign	33
2.4.1	Eksperimentelt design	33
2.5	Validitet	35
2.5.1	Trusler mot statistisk validitet	36
2.5.2	Trusler mot indre validitet	36
2.5.3	Trusler mot begrepsvaliditet	38
2.5.4	Trusler mot ytre validitet	39
2.5.5	Kriterier for empirisk støttede behandlingsopplegg	40
2.6	Effektstørrelse	40
2.7	Oppsummering av metodiske kriterier for utvalg av studier	41
3	RESULTATER	42
3.1	Innledning	42
3.2	Gjennomgang av studier som er funnet	43
3.3	Oppsummering av funn	52
4	DISKUSJON	56
4.1	Målet med denne oppgaven	56
4.2	Kriterier for utvalgelse av studier	56
4.3	Oppsummering av resultater	57
4.3.1	Metodologiske begrensninger	57
4.3.2	Validitet oppsummert	63
4.4	Hvilken effekt viser kognitiv atferdsterapi mot skolevegring	64
4.4.1	Hvilke komponenter fører til bedring?	68

4.5	Er resultatene overførbare til praksis	71
4.5.1	Praktiske konsekvenser	74
4.6	Konklusjoner og videre forskningsbehov.....	78
	Litteraturliste	81

1 INTRODUKSJON/TEORI

1.1 Innledning

Noen elever kommer seg av ulike grunner ikke på skolen, og noen føler et så stort ubehag når de først kommer på skolen at de ikke orker å fullføre skoledagen og heller drar hjem. At elever ikke dukker opp på skolen, eller ikke orker å være på skolen hele dagen er alvorlig, og må vies oppmerksomhet. At elever ikke møter på skolen kan påvirke deres valg angående skole, deres arbeidsmuligheter og deres helse (Havik, 2015; Ingul, 2014; Last & Strauss, 1990; Reid, 2005). Dette kan være belastende for barnet selv, men også for personene rundt eleven, som foreldre, søsken og lærere. For å unngå slike uheldige konsekvenser er det viktig å sette inn virksomme tiltak for å få eleven tilbake til skolen.

I denne oppgaven vil kunnskapsstatus på kognitiv atferdsterapi mot skolevegring undersøkes. Først og fremst vil fokus være på om denne typen intervensjon har noen effekt på barn som sliter med skolevegring. Ifølge en metastudie gjennomført i 2000 er det etter hvert blitt en rekke studier som indikerer at kognitiv atferdsterapi er et effektivt tiltak mot skolevegring, men det er likevel behov for videre empirisk forskning for å etablere en god empirisk status (King, Tonge, Heyne, & Ollendick, 2000). Metastudien tar opp en rekke metodologiske og teoretiske utfordringer, og det påpekes at disse bør tas i betraktning når ny forskning på feltet gjennomføres. Derfor vil denne litteraturgjennomgangen ha hovedfokus på forskning som er gjort siden den gang. Det rettes fokus på hvorvidt de nye studiene følger de metodologiske retningslinjer som ble forespurt i metastudien, men hovedspørsmålet i denne oppgaven er *«Hvilke resultater viser forskningen på kognitiv atferdsterapi for barn og unge som sliter med skolevegring»*.

Som bakgrunn for denne litteraturgjennomgangen behandles relevant teori for å belyse skolevegring og kognitiv atferdsterapi i kapittel én. I kapittel to gjennomgås metodologiske krav og søkekriterier for litteraturgjennomgangen. I kapittel tre gjennomgås resultatene systematisk, og i kapittel fire drøftes disse resultatene opp mot teori, tidligere empiriske funn og metodologiske krav.

De fleste studiene, både på skolevegring og på kognitiv atferdsterapi, og ikke minst på kognitiv atferdsterapi ved skolevegring er gjort utenfor Norge, ofte i amerikansk

sammenheng. Derfor blir det i hovedsak amerikanske studier som analyseres og sammenlignes i denne oppgaven. Visse forbehold må derfor tas ved overføring til norsk sammenheng. Havik (2015) og Inguls (2014) doktoravhandlinger er viktige norske bidrag til skolevegringsfeltet den senere tid.

Det pågår ulike forskningsprosjekter på kognitiv terapi i Norge. Eksempelvis er det for tiden et prosjekt ved Atferdssenteret i Oslo som tar for seg effekten av kognitiv terapi på ungdom som sliter med mild depresjon, hvor hensikten er å se om den kognitive terapien reduserer symptomer og forebygger utvikling og tilbakefall, samtidig som man ønsker å undersøke om man ser bedring i funksjonsnivå og om frafallet fra videregående skole reduseres (Kristiansen, 2015). I R-BUP Øst og Sør testes det ut et program innen kognitiv atferdsterapi. Der ser de på hvorvidt mestringskatten for barn og unge har noen effekt mot angst (Kjølbi, Maurseth, & Slinning, 2013) og muligens også skolevegring (Ingul, 2005) Dette er pågående studier, og utenom dette er det få studier som har tatt for seg kognitiv atferdsterapi mot skolevegring i norsk sammenheng.

Det gjøres oppmerksom om at individuell behandling av skolevegring er utgangspunktet i denne oppgaven. Likevel kan faktorer både i familien og ved skolen ha innvirkning på skolevegring (Havik, 2015; Thambirajah, Grandison, & De-Hayes, 2008). Det hadde vært mulig å ta utgangspunkt i en mer systemrettet innfallsvinkel, for eksempel om en ønsket å undersøke skolevegringens årsaker eller preventive tiltak. Skolemiljøets betydning i forebyggingen er diskutert blant annet av Havik (2015). Intervensjoner på skolevegringsfeltet kan deles inn i preventive tiltak, tidlig intervensjon og målrettet intervensjon, ifølge Havik (2015). Det er i denne oppgaven tatt utgangspunkt i en intervensjon som kan benyttes på de elevene som allerede har falt ut fra skolen, eller sliter med å komme seg dit. Denne oppgaven tar dermed for seg effekten av en form for målrettet intervensjon.

1.2 Skolevegring

Når elever av ulike årsaker ikke kommer seg på skolen er det et pedagogisk problem. Begrepet skolevegring viser til et fenomen, det er ikke en diagnose beskrevet i diagnosemanualene, men heller et symptom som kan oppstå av ulike årsaker.

Skolevegringsfeltet er komplekst, og hele feltet kan ikke dekkes i denne gjennomgangen. For å belyse teorien rundt skolevegring er noen av de mest brukte teoriene tatt med, og satt opp mot hverandre. Det er en del uenighet på feltet når det kommer til avgrensning av begrepet skolevegring. Ifølge Shilvock (2010) skyldes vansker med å forstå fenomenet skolevegring mangfoldet av begreper som er benyttet på feltet for å beskrive skolefravær, dette tas opp i det første delkapittelet. Deretter rettes fokus mot forekomsten av skolevegring, noe som endrer seg ut fra hvordan skolevegring avgrenses. For å gi en bedre forståelse av feltet er vanlig praksis ved skolevegring i Norge tatt med som et eget punkt. Deretter tas årsaker til skolevegring opp, spesielt med tanke på skolevegring forårsaket av angst. Dette legger grunnlaget for introduksjonen av kognitiv terapi som behandling av skolevegring.

Det er vid variasjon i hvordan både forskere og praktikere forstå begrepet skolevegring, og et bredt spekter av terminologi er brukt på feltet. Noen forfattere bruker skolevegringsbegrepet generelt, og refererer både til fravær som skulk og fravær med emosjonelle årsaker (C. Kearney & Silverman, 1996) mens andre forbeholder skolevegringsbegrepet til fravær som har med emosjonelt ubehag å gjøre (King & Bernstein, 2001; Ingul, 2005). Flere forfattere argumenterer for at det er viktig å skille mellom skolevegring og skulk, fordi disse er forskjellige på flere områder (Havik, Bru, & Ertesvåg, 2014; Mcshane, Walter, & Rey, 2001; Shilvock, 2010). Denne oppgaven vil skille mellom skolevegring og skulk da oppfatningen er at disse ulike formene for fravær trenger ulike former for intervensjon. All lesing og vurdering av skolevegringsproblematikk bør ta hensyn til hva skolevegringsbegrepet i den enkelte sammenhengen innebærer, påpeker King og Bernstein (2001). Dette fordi forskningen på feltet har benyttet det samme begrep men operasjonaliserer det på ulike måter.

1.2.1 Fravær fra skolen

Skolen representerer en arena der elevene blir sett og hvor problemer kan oppdages.

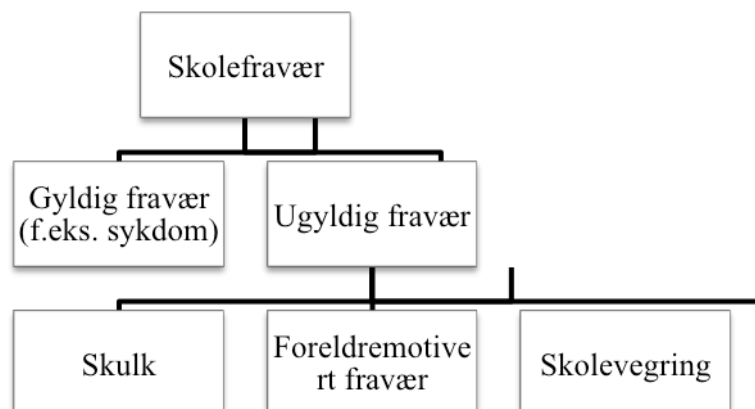
Skolefravær er et åpenbart tegn på at noe er galt (Ingul, 2014).

Begrepene som brukes om skolefravær er mange og temaet skolevegring er komplekst. Dette forsøker Thambirajah et al. (2008) å rydde opp i ved å systematisere skolefravær.

Skolefravær er hver gang en elev er borte fra skolen. Det kan være ulike grunner til at elever er borte, og avhengig av årsaken til fraværet kan det karakteriseres som gyldig eller ugyldig fravær. Gyldig fravær er i hovedsak fravær som skyldes sykdom, innvilget permisjon eller forhold som eleven selv ikke rår over, eksempelvis begravelser. Ugyldig fravær kan være

vanskeligere å identifisere, og det finnes ulike former for ugyldig fravær. Skulk og skolevegring faller inn under denne formen for fravær.

Det er utviklet et forslag for hvordan man kan gå gjennom og identifisere hvilken form for fravær man har med å gjøre (Thambirajah et al., 2008). Dersom eleven er syk er det en form for gyldig fravær fra skolen og eleven skal tas hånd av det medisinske apparatet dersom det er nødvendig. Om eleven ikke er syk, men likevel borte fra skolen må man klargjøre om foreldrene vet at barnet er borte fra skolen. Hvis foreldrene ikke er klar over fraværet kommer det ofte innunder det som kalles skulk. Dette er en form for ugyldig fravær. Den typiske oppfatningen av skulk er at elevene er ute fra hjemmet, reiser til byer eller andre oppholdssteder og oppsøker annen ungdom. Det er vanlig at elevene forsøker å skjule dette fraværet fra foreldrene. En annen form for ugyldig fravær er dersom foreldrene er klar over at barnet ikke møter på skolen, men ikke er bekymret. Dette kan karakteriseres som foreldremotivert fravær. Et eksempel på dette er hvis barn og ungdom blir hjemme for å hjelpe til med gjøremål i huset, stelle syke foreldre eller hjelpe til med å passe småsøsken. Den formen for fravær som karakteriseres som skolevegring er dersom foreldrene er klar over at barna er hjemme fra skolen og at dette gjør dem bekymret, samtidig som barnet viser et følelsesmessig ubehag (Thambirajah et al., 2008). Et eksempel på denne formen for fravær er en elev som viser emosjonelt ubehag når hun må gå på skolen, men hvor ubehaget forsvinner når hun får lov til å være hjemme fra skolen. En annen form for slikt emosjonelt ubehag kan vise seg når en elev føler seg dårlig i løpet av skoleuken som når helgen kommer ikke lenger viser noe tegn til sykdom, men ubehaget er tilbake mandag morgen. Elever med skolevegring kan ofte klage på ulike vage plager som eksempelvis hodepine eller mageknip (Maric, Heyne, de Heus, van Widenfelt, & Westenberg, 2012).



Figur 1: Thambirajah et al. (2008)

Figur 1 visualiserer Thambirajah et al. (2008) sitt forsøk på å kategorisere skolefravær. Dette er ikke feilfritt, da det fremdeles kan være vanskelig å kategorisere fravær helt og fullt. Eksempelvis kan det stilles spørsmål ved hva som i realiteten skjer når elever har fått diagnoser med psykisk sykdom og er borte på skolen på grunn av dette. Denne formen for fravær skal etter klassifiseringen ovenfor komme inn under gyldig fravær.

1.2.2 Skolenekting

«School refusal» (Kearney & Silverman, 1996) oversettes til skolenekting i Holden og Sällman (2010). Også i denne oppgaven oversettes «school refusal» til skolenekting. Dette begrepet innebærer alle former for elevmotivert fravær fra skolen, ikke bare de som har et emosjonelt ubehag ved å ikke møte på skolen. Kearney (2003) forklarer skolenekting som et paraplybegrep som inneholder både skulk og skolevegring. Begrepet skolenekting innebærer både elever som ikke kommer på skolen fordi de er redd for å gå på skolen og elever som ikke kommer fordi de har andre mer attraktive ting de vil bruke tiden sin på, som av andre karakteriseres som skulk (King & Bernstein, 2001; Thambirajah et al., 2008).

Skolenektingsbegrepet er et forsøk på å skape et generelt begrep som omfatter alle former for ureglementert, elevmotivert fravær av et visst omfang, uavhengig av årsaken til fraværet.

Kearney og Silvermans definisjon inkluderer unge mellom 5 og 17 år som i en viss forstand er a) helt fraværende fra skolen og/eller b) kommer på skolen i utgangspunktet men forlater skolen i løpet av skoledagen, og/eller c) drar på skolen etter atferdsproblemer som temperamentsanfall, og/eller d) som viser uvanlig mye ubehag og uro i løpet av skoledagen og som spør om å slippe å gå videre på skolen (Kearney & Silverman, 1996).

Kearney (2001) påpeker at svært mange av skolenekterne har både internaliserende og eksternaliserende symptomer. Internaliserende symptomer kan være angst, depresjon og somatiske symptomer. De eksternaliserende kan være at eleven skulker og driver med andre, mer spennende, aktiviteter ved siden av skolen. Kearney (2001) påpeker at disse elevene også kan ha emosjonelle vansker som fører til at de ikke kommer på skolen, og at skillet mellom skulkeren og skolevegreren ikke er så stort som man tidligere har antatt. Likevel er en vanlig oppfatningen at skulk er relatert til atferdsforstyrrelse, og skolevegring til emosjonell forstyrrelse (King & Bernstein, 2001; Sundby, 2011). Med utgangspunkt i tanken om at skulkerne også har emosjonelle vansker kan muligens disse også komme inn under King og

Bernsteins (2001) skolevegringsdefinisjon. Det kan stilles spørsmål ved om kognitiv atferdsterapi like godt kan bli brukt på ungdom som skulker skolen. Dette er det imidlertid ikke så mye forskning på foreløpig, og det faller utenfor rammene til denne oppgaven å se på dette.

Når man i tillegg vet at kun 16-17 % av ungdommer med behov for hjelp knyttet til psykiske helse har vært i kontakt med helsetjenesten i forbindelse med dette (Helland & Mathiesen, 2009), at de mest vanlige diagnosene hos unge mennesker som ikke går på skolen er depresjon, separasjonsangst og sosial fobi (Egger, Costello, & Angold, 2003), og at omtrent 90 % av alle elevene som ikke går på skolen har en form for psykiatrisk diagnose (Egger et al., 2003) kan være naturlig å tenke seg at for mange av elevene som skulker skolen er det også emosjonelle vansker involvert, som de kan ha behov for å få hjelp til å håndtere.

Samtidig må det påpekes at skillet mellom skolevegring og skulk også av andre årsaker kan være problematisk. Dersom en elev har skulket skolen i lang tid kan det oppstå en frykt eller angst for å dra tilbake til skolen selv om eleven ikke opprinnelig unnlot å dra på skolen fordi den fryktet skolen (Sundby, 2011). I tillegg kan skolevegrende elever også til tider oppsøke andre steder, og skillet mellom skulk og skolevegring blir da vanskelig (Havik, 2015). Årsaken til at det er så vanskelig å skille de ulike fenomenene fra hverandre er fordi hver situasjon er unik og skolevegring og skulk er veldig komplekse fenomener. Dette kan igjen være en av grunnene til at begreper som skolevegring og skulk blir definert upresist.

En av årsakene til at begrepet skolenekting har oppstått er nettopp fordi Kearney (2008) mener begrepene skulk, skolevegring og skolefobi blir brukt om hverandre og defineres inkonsistent. I en metastudie konkluderer Kearney (2008) med at det trengs bedre koordinering, og mer samarbeid i definisjonene på feltet for at forskningen skal gå fremover. Han kritiserer bruken av begrepet angstbasert skolevegring og samtidig studiene der kognitiv atferdsterapi er tatt i bruk siden disse studiene har begrenset seg til angstbasert skolevegring. Kearney ønsker i stede definisjoner og tiltak som tar for seg hele spekteret av skolenektere. Muligens krever de ulike utgangspunktene ulike tilnærminger. Med tanke på at man har veldig ulike problemstillinger, alt fra skulking til depresjoner og angst, kan det tenkes at det ikke er effektivt å intervensere på samme måte i ulike former for skolefravær. Likevel kan det være fruktbart at man forsker på et fenomen overordnet, slik man gjør når man tar for seg

skolenektingsbegrepet. Men intervensjonene bør tilpasses den enkelte eleven med dens ulike forutsetninger og problemstillinger (Havik, 2015).

Havik (2015) argumenterer sterkt for å skille mellom skulk og skolevegring.

Hun referer til en diskusjon om hvorvidt skolevegreren er den introverte mens skulkeren er den ekstroverte, men påpeker samtidig elever kan komme inn under begge kategoriene (Jenni, 1997 i Havik, 2015). I Haviks forskning legges årsaker til å skille mellom skulk og skolevegring frem. Skolevegring var nært knyttet til emosjonell ustabilitet og lite støttende relasjoner med jevngamle på skolen samt høyere forekomst av subjektive helseproblemer, disse linkene ble ikke funnet når det gjaldt skulk (Havik, 2015; Havik et al., 2014). Disse funnene brukes av Havik (2014; 2015) som en argumentasjon for at skolevegring og skulk er separate begreper. Foreldre som ble spurt mente også det var viktig å skille mellom skulk og skolevegring. Det kommer frem at hvilke definisjoner man bruker påvirker valget av intervensjoner, dersom skolevegring og skulk defineres likt kan man få problemer med å gi gode intervensjoner. Her spiller hva som skal behandles. I situasjoner hvor man bruker KAT- og individuell behandling er det nok viktig å skille mellom disse begreper, men dersom man ser på situasjonen som helhet, den angstskapende situasjonen, som fører til at eleven får «flykt eller kjemp reaksjonen» kan muligens begrepet skolenekting fungere som en reaksjon på en situasjon som ikke er utholdelig, hvor skulk eller skolevegring kan være underkategorier ut fra hvilken av reaksjonene som velges. Hvordan eleven reagerer, om den reagerer med flykt eller kjemp er likevel med på å påvirke situasjonen, og også hvordan man bør behandle når man skal hjelpe elever som sliter med skolevegring kontra skulk. Haviks funn støtter tanken at skolevegring og skulk bør ses på som to ulike begrep, og at elever som viser skolevegrende atferd og skulk sannsynligvis har ulike personlighetskarakteristikk, samt persepsjoner av skolen (Havik, 2015).

1.2.3 Skolevegring

King og Bernstein (2001) definerer «school refusal» som vansker med å møte på skolen som følge av et emosjonelt ubehag. «School refusal» i den betydningen oversettes i denne oppgaven til skolevegring. Andre som har skrevet med utgangspunkt i en lignende definisjon på «school refusal» har benyttet begrep som skoleangst eller skolefobi. Begrepene skoleangst og skolefobi ses av noen som utdaterte begrep i dag. Argumentasjonen for det er blant annet basert på at elevenes angstreaksjon ikke er knyttet opp mot skolen i seg selv, men at den har

sin årsak i andre faktorer som eksempelvis separasjonsangst og sosial angst.

Skolevegringsbegrepet på den andre siden er et mer inkluderende begrep, som åpner for at en rekke ulike faktorer kan bidra mot barns emosjonelle plager og vegringsatferd (King & Bernstein, 2001; Shilvock, 2010). King og Bernstein (2001) begrunner sitt valg av begrepet skolevegring med at det er deskriptivt og helhetlig.

Skolevegring er ikke en diagnose, men at en elev vegrer seg for å gå på skolen er et tegn på at noe er galt i elevens situasjon. Skolevegring består av ulike komponenter som kan karakteriseres som atferdsmessige, affektive og fysiologiske. De atferdsmessige komponentene er eksempelvis at eleven ikke går på skolen, de affektive komponentene kan være angst, frykt og depresjon, og de fysiologiske kan være hodepine, mageknip og kvalme (Maric et al., 2012) Skolevegring karakteriseres ved at eleven ikke kommer på skolen eller går hjem fra skolen i løpet av skoledagen. Dette forbindes ofte med et emosjonelt ubehag, men fysisk ubehag er heller ikke uvanlig.

Å lage en operasjonell definisjon av fenomenet skolevegring byr på utfordringer (Thambirajah et al., 2008). Det vil for eksempel være uenighet om hvor mange dager eleven kan være borte før man skal begynne å kalle det skolevegring. Dette kan igjen medføre problemer når man skal sammenligne studier på feltet, og innvirkning på utvalg av personer til forskning (Wilkins, 2008). Et eksempel er Berg og kollegers (Berg, Nichols, & Pritchard, 1969) kriterier for skolevegring. Det er også av disse kriteriene utviklet ulike versjoner, men i hovedsak består de fem kriterier av 1) oppmøte mindre enn 80% siste 2 uker, 2) emosjonell utilpasshet ved å gå på skolen, operasjonalisert ved tilstedeværelse av en DSM-IV angstlidelse, 3) foreldrene måtte vite hvor barna var dager de var borte fra skolen, 4) eleven skulle være innskrevet ved en skole og 5) foreldrene måtte vise engasjement for at eleven skulle komme tilbake til skolen. Samtidig skulle ikke eleven kjennetegnes ved stjeling, løgn og destruktive handlinger. Ifølge Havik (2015) har ulike begreper og definisjoner styrker og svakheter, og de fører til ulike konsekvenser for forståelse, intervensjon og samarbeid. Begrepene er også verdiladet og det skinner gjennom hvorvidt synet på barnet er positivt eller negativt, ulike begrep som skolevegring og skulk har ulike konnotasjoner som vekker forskjellige følelser hos mennesker (Havik, 2015).

Generelt har skolevegring bedre prognose når det oppdages tidlig. Det er og større sannsynlighet for at skolevegring oppstår i forbindelse med skoleferier, sykdom, skolebytter, og overganger fra barne- til ungdomstrinn, men skolevegring kan også oppstå i løpet av hele skoleløpet (Elliott, 1999; King & Bernstein, 2001).

1.2.4 Forekomst av skolevegring

Forekomsten av fravær fra skolen ble undersøkt i 2009, utgangspunktet i denne undersøkelsen var både det som karakteriseres som gyldig og ugyldig fravær. Av alle ungdomsskoleelevene i en norsk bykommune med 2200 elever, fant man at 1,2 % av elevene hadde mer en 50 % fravær i en periode på rundt 4 uker, mens 3,4 % hadde mellom 25-50 % fravær over den samme perioden. Fraværet var likt fordelt blant jenter og gutter (Bauger, Warholm, & Sundby, 2009; Sundby, 2011)

På ethvert gitt tidspunkt viser mellom 5 og 28 % av alle barn, ett eller flere tegn på skolenekting, ifølge Kearney (2009). Når det gjelder skolevegring er forekomstraten lavere. En studie fra Venezuela ser på forekomsten av skolevegring med utgangspunkt i emosjonelle vansker, jamfør definisjonen til King og Bernstein (2001). Studien tar utgangspunkt i situasjoner hvor det er enighet mellom lærer, elev og forelder om at eleven sliter med skolevegring som har opprinnelse i emosjoner. I denne studien kommer de frem til at det er en forekomst på 0,4 % av befolkningen. Når de tar utgangspunkt i kun en av kildene finner de en forekomst på 5,4 %, det vil si at det er en forekomst på 5,4 % hvis man ser bort fra at det må være enighet mellom foreldre, lærere og elev (Granell de Aldaz, Vivas, Gelfand, & Feldman, 1984). King, Tonge og Heyne (1998) påstår at 1-2 % av elever til enhver tid sliter med skolevegring, denne forekomstraten er bredt akseptert (Elliott, 1999; Thambirajah et al., 2008).

Ved skolevegring er det av ulike årsaker ikke godt dokumentert hvor stor forekomst det er i Norge. Likevel er det sett tendenser til økninger i forekomsten her (Holden & Sällman, 2010; Ingul, 2005). Havik (2015) har kommet frem at cirka 3,6 % av elevene i hennes utvalg har vært borte fra skolen av vegringsrelaterte årsaker. Internasjonalt er det generell enighet om at forekomsten av skolevegring er økende (Elliott, 1999). Som nevnt tidligere gjør vansker med å finne nøyaktige definisjoner på skolevegring det vanskelig å vite forekomstraten av skolevegring (Holden og Sällman, 2010). Ingul (2005) viser til lignende problematikk når

han påpeker at det har blitt brukt mange ulike begrep på feltet og det derfor har vært vanskelig å sammenfatte forskningen. Dermed er det vanskelig å sammenligne forekomststudier på feltet.

I en oppsummering av forskningen på feltet hevdes det at det ikke er grunnlag for å si at det er et skille mellom jenter og gutter når det kommer til skolevegring. Likevel påpekes det at det kan være et skille ved at det er flest jenter blant de yngste skolevegrerne, mens det er flest gutter blant de eldste. Dette konkluderes det ikke med, men det legges frem for å vise at funnene ikke er helt entydige (Elliott, 1999).

1.2.5 Praksis i Norge

Skolen har et ansvar for å gjøre noe med forhold på skolen som kan ha betydning for skolenekting, ifølge Holden og Sällman (2010). Dette dreier seg blant annet om å registrere og følge opp fravær, tilpasse skolemiljøet og tilpasse undervisningen til den enkelte eleven. Flere kommuner og skoler har opprettet handlingsplaner for hvordan de skal gå frem i tilfeller med skolevegring. Blant annet har Utdanningsetaten i Oslo kommune opprettet en praktisk og faglig veileder for grunnskolen og dens medarbeidere. Ved skolevegringsproblematikk kan det være flere instanser som er involvert, blant annet pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), barne- og ungdomspsykiatri (BUP), barnevern og et kommunalt utviklings-, veilednings- og innsatsteam (Bauger et al., 2009; Holden & Sällman, 2010).

Det kan hevdes at problematisk skolefravær i Norge i dag faller innenfor flere, og kanskje mellom ulike, instansers problemområder. Dette kan være med på å bidra til at det blir uklare begrep og modeller for å beskrive og forstå fenomenet, og det kan dermed oppstå usikkerhet rundt hvem som har ansvaret for å yte hjelp (Sundby, 2011). Denne problemstillingen ser vi ikke bare i Norge, Thambirajah (2008) problematiserer at skolevegringsproblematikken har fått utvikle seg i to retninger uten at de har hatt betydningsmessig kontakt med hverandre. Hun henviser da til en pedagogisk og en medisinsk tilnærming til begrepet. Dette mener hun har ført til to forskningstradisjoner som ikke har tatt hensyn til hverandres begrep og behandling. Ifølge Shilvock (2010) har mange medisinske og kliniske behandlere av skolevegring, med lite kunnskap om utdannessituasjonen, ført unge menneskers ubehag og utilpasshet inn i kliniske kategorier av sykdom, uten at det pedagogiske blir tatt i betraktning.

1.2.6 Årsaker til vegring

For å kunne behandle skolevegring på best mulig måte må man vite hva som er årsaken til at elever ikke kommer seg på skolen. Dersom man antar at skolevegringens årsak er angst, vil det være naturlig å benytte behandling som er effektiv mot angst mot skolevegring.

Skolevegring er ikke en spesifikk psykiatrisk diagnose, det er et sett av relaterte symptomer eller atferd som kan bli assosiert med en rekke mulige diagnoser eller bakenforliggende årsaker (Elliott, 1999). Skolevegringsproblematikk kan oppstå både plutselig og gradvis, og fraværet kommer som nevnt ofte etter perioder med gyldig fravær, som sykdom eller ferier (Thambirajah et al., 2008). Ifølge Thambirajah et al. (2008) er skolevegring, samt andre problemer hos barn og unge bestemt av ulike faktorer som opererer på ulike nivå. Det er dermed vanskelig å finne én faktor som leder til skolevegring. Skolevegring oppstår når individets påkjenninger eller stress blir større, eller oppleves større enn beskyttelsesfaktorene (Lazarus, 2006). Det er vanligvis ulike faktorer og kombinasjonene mellom disse som leder til skolevegring. En faktor kan være mer fremtredende hos et barn enn hos andre.

Som nevnt innledningsvis påvirker faktorer ved individet og faktorer ved omgivelsene utviklingen av skolevegring, og de ulike faktorene påvirker hverandre. Man skal være varsom med å sykeliggjøre alt skolefravær, påpeker Sundby (2011), men heller tolke oppmøte og fravær ut fra andre forståelsesmodeller. Eksempler på slike forståelsesmodeller er motivasjon for skolefag og læring, kjedsomhet i skolen, maktkamp mellom voksne og barn, mobbing og kulturelle forskjeller i synet på skolegang.

Det utviklingspsykologiske perspektivet tar utgangspunkt i at psykopatologi er et resultat av en mengde ulike årsaker, men ingen av disse er nødvendige for at skolevegringen skal oppstå. En dynamisk transaksjon mellom ulike risiko og beskyttelsesfaktorer bestemmer utviklingen av psykopatologi, og kun et fåtall av sammensetningene fører til vansker (Cicchetti & Cohen, 1995).

Her gjennomgås noen faktorene ved skolen, individet og hjemmet hver for seg. Selv om disse faktorer i tas opp hver for seg er de ikke i realiteten uavhengige av hverandre. Dette kan forankres teoretisk i Bronfenbrenners bio-økologiske perspektiver, med fokus på miljøets betydning i sammenheng med individet (Bronfenbrenner, 2005). Det handler om hvordan intrapersonlige, interpersonlige og sosiokulturelle forhold virker inn på hverandre. Individet påvirker miljøet samtidig som miljøet påvirker individet. Nedenfor kommenteres forskning

på enkeltårsaker til skolevegring inn i dette miljøperspektivet. Bronfenbrenner (2005) legger vekt på det subjektivt erfarte som noe som får konsekvens for den enkelte og dermed for andre i samspill med omgivelsene. Et viktig element er at ethvert miljø er et eget miljø for hver enkelt elev. Hvert individ har ulike erfaringer, emosjonelle forutsetninger og temperament, som benyttes i og påvirker mestring av hverdagen. Ifølge Lazarus (2006) benytter hvert individ ulike strategier basert på sine forutsetninger for å mestre stress. Hvilke ressurser man har og hvilke mestringsstrategier man har lært seg spiller inn her. I kognitiv atferdsterapi tar man utgangspunkt i de ressursene individet har og jobber med å styrke mestringsstrategier. En dynamisk transaksjon mellom ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer bestemmer utviklingsretningen.

Faktorer ved individet

Bronfenbrenner (2005) tar for seg personkarakteristikk som kan fremme eller hemme proksimale effekter hos individet. Disse deles inn i disposisjoner, ressurser og krav. Med utgangspunkt i forskning gjennomgås nå eksempler på personkarakteristikk som kan føre til skolevegrende atferd.

Disposisjoner, eksempel emosjonell sårbarhet

Disposisjoner handler om ulike trekk i individets atferd. Som eksempelvis impulsivitet eller sosial isolasjon. Emosjonell sårbarhet kan være en konsekvens av biologisk eller miljømessig sårbarhet (Havik, 2015; Heyne & Rollings, 2002). Når et menneske er emosjonelt sårbart er det større sannsynlighet for at det opplever negative emosjoner som angst, sinne og depresjon. På grunn av tendenser til å oppleve ordinære situasjoner som truende kan emosjonelt ustabile, sårbare elever, ha større risiko for å utvikle skolevegring (Brandibas, Jeunier, Clanet, & Fourasté, 2004; Havik, 2015; Kearney & Albano, 2000). Elevers nivå av emosjonell stabilitet kan påvirke deres oppfatning av læringsmiljøet.

Lav forventning om mestring og lavt selvbilde

Studier fra Heyne (1998), og McNamara (1988) antyder at elever med skolevegringsatferd har en tendens til å ha forventninger om svak mestring og at de har mer angstvekkende tanker i situasjoner som oppleves som utrygge eller truende. Et individ som føler at det ikke kommer til å mestre situasjoner i skolen, vil kunne være tilbøyelig til å ønske å være hjemme. Spesielt dersom skolemiljøet legger opp til mange situasjoner som det er fare for at eleven ikke mestrer. Lav mestringsforventning kan være et resultat av lite tilpasset opplæring, for

eksempel i sammenheng med lærevansker. I sosiale sammenhenger er mobbing et eksempel på en faktor som kan påvirke elever så de føler at de ikke mestrer den sosiale situasjonen og dette kan igjen skape lav forventning om mestring. Mobbing og lærevansker fungerer her som eksempler på faktorer som kan gi elever svak forventning om mestring, som igjen kan påvirke deres selvbilde (Hawker & Boulton, 2000; Lazarus, 2006). Mobbing og manglende mestring er de alvorligste faktorene for barn og unges psykiske helse (Major et al., 2011). Maric et al. (2012) sin studie tyder på at negativ kognisjon er en risikofaktor i skolevegring. Selv når man kontrollerer for angst rapporterte skolevegrere mer negative automatiske tanker om personlig feiling og forekomsten av skolevegring var predikert av tanker om personlig feiling, av kognitiv «error» og feilgeneralisering (Maric et al., 2012). Maric et al. (2012) påpeker at uavhengig av om denne formen for kognisjon er involvert i utviklingen av skolevegring, eller om det er en konsekvens av skolevegring bidrar den til opprettholdelse av skolevegring for å gå på skolen.

Ressurser (eks. som årsak til skolevegring: Lærevansker)

Ressurser handler om hvilke kunnskaper og forutsetninger individet har, men også biopsykologiske begrensninger, som genetisk baserte skader. Ressursene kan hemme eller fremme mulighetene til individet (Bronfenbrenner, 2005). Et eksempel på en form for begrensning som kan være aktuell når man tar skolevegring i betraktning er lærevansker. Skolevegring i sammenheng med lære- og språkvansker er et lite utforsket tema (King & Bernstein, 2001). Men i en studie med skolevegrende, deprimert ungdom hadde signifikant flere av skolevegrerne lære- og språkvansker sett opp mot kontrollgruppen. Dermed konkluderte forskerne med at frustrasjon over både akademiske ferdigheter, kommunikasjonsferdigheter og ungdommenes manglende evner til å møte sosiale og akademiske krav kan spille en rolle i utvikling av skolevegring (Naylor, Staskowski, Kenney, & King, 1994). Dette kan være spesielt uheldig i og med at elever som sliter med det sosiale og faglige, som igjen stenger seg ute fra faglig og sosial samhandling vil få færre erfaringer, og dette kan gjøre at de kommer enda lenger bak sine medlever både faglig og sosialt. Videre viste det seg at dette i stor grad var vansker som ikke ennå var avdekket, og forfatterne foreslo at alle elever med skolevegring burde testes både for språk- og lærevansker.

Krav (Sosiale ferdigheter)

Krav handler ifølge Bronfenbrenner (2015) om de mulighetene barnet har til å påvirke miljøets reaksjon på egen atferd, slik at de styrker eller svekker de proksimale prosessene.

Her kan det kan være snakk om hvorvidt individet har sosiale ferdigheter og hvordan dette påvirker skolevegring. Eksempelvis har skolevegrende elever ofte svake vennerelasjoner. Noen stiller spørsmål ved om de svake vennerelasjonene fører til at elevene ikke går på skolen, eller fører det at elevene ikke går på skolen ført til at de har fått svake vennerelasjoner. Imidlertid ser det ut som at det her ikke er enten eller, men en resiprok påvirkning (Thambirajah et al., 2008). Dermed vil det kunne argumenteres for at elevenes sosiale ferdigheter kan ha innvirkning på utviklingen av skolevegring. Det er viktig å huske på at når eleven isolerer seg fra skolen kan en negativ sirkel oppstå der svake sosiale ferdigheter oppstår som følge av få muligheter til sosial samhandling, barnet går glipp av viktig sosial interaksjon med medelever og lærere. Som et resultat av dette kan tilbakeføring til skolen bli enda mer utfordrende, i og med at eleven ikke bare ligger etter faglig men også er utenfor sosialt.

Faktorer ved skolen

Skolen er i et økologisk, kontekstuel perspektiv en viktig del av mikrosystemet (Bronfenbrenner, 2005). Skolen er en av de arenaene som har mest innflytelse i barn og unges liv. Dersom noe er galt i situasjonen på skolen kan ulike reaksjoner oppstå. Ifølge Pilkington og Piersel (1991) er skolevegring en reaksjon på et ubehagelig, ikke tilfredsstillende, og muligens fiendtlig miljø. Det er naturlig at et individ gjør det det kan for å unngå et fiendtlig og usikkert miljø. Skolemiljøet er svært viktig for barn og unges helse og livskvalitet (Major et al., 2011). Det er viktig å anerkjenne at det kan være faktorer ved skolemiljøet som påvirker elevene til vegre seg for å gå dit. Og her er det på sin plass å igjen poengtere at miljø oppleves forskjellig fra individ til individ. Utrygge læringsmiljø, med blant annet mye bråk og uro kan føre til økt stress som igjen kan føre til høyere skolefravær og skolevegring, ifølge Havik (2015). Eksempler på faktorer som fører til utrygge læringsmiljø kan være mye vikarbruk og hyppig bytte av lærere. Overgangssituasjoner som flytting, eller nye klasser er også mer risikofylte. Elevene er da mer utsatt for andres dømming og utestenging, samtidig som de er mer sårbare og sensitive i disse sammenhengene. Mobbing er en risikofaktor for skolevegring og skolefravær (Havik, 2015). Thambirajah et al. (2008) skriver at de fleste barna som blir mobbet lider i stillhet. Havik (2015) viser at skolevegring og mobbing ofte har stor samforekomst på mellomtrinnet, men på ungdomstrinnet er det ikke så stor sammenheng. Dette kan skyldes at mobbingen på ungdomstrinnet er mer skjult, og det kan da være vanskeligere å oppdage mobbingen. Havik (2015) peker på viktigheten av å stoppe mobbingen tidlig.

Tidligere ble det nevnt at elevers nivå av emosjonell stabilitet påvirker læringsmiljøet, men læringsmiljøet vil også virke inn på den enkelte elevs emosjonelle stabilitet. Ifølge Havik (2015) kan støy og forstyrrelser i klasserommet individualiseres til hvert enkelt individs emosjonelle stabilitet, og alle elever opplever et eget, individuelt skolemiljø, jamfør Bronfenbrenner (2005). Sårbare og/eller ustabile elever kan oppleve et utrygt læringsmiljø som ødeleggende og angstprovoserende.

Et perspektiv som er viktig å ta i betraktning er at skolevegring ikke nødvendigvis er negativt. Skolevegring kan være en respons på en fiendtlig, umenneskelig og krevende situasjon. Da kan vegringen være en måte å bevisst eller ubevisst gi uttrykk for at det er noe galt med situasjonen. Derfor må alltid skolesituasjonen undersøkes i situasjoner med skolevegring.

Faktorer ved familien

Familien spiller en viktig rolle i mikrosystemet i barnets utvikling (Bronfenbrenner, 2005). Ulike forhold i familien kan ha innvirkning på skolevegringens utvikling. Det ser ut til å spille en rolle om foreldre stiller spørsmål, følger opp og sjekker om deres barn er for syke til å gå på skolen, ifølge Havik (2015). Faktorer i hjemmet som er identifisert hos skolevegrere er eksempelvis familier med kun en forelder, problemer med rollemodeller og kommunikasjon, uenighet om oppdragelsen og vansker med å oppdra som en enhet, svake foreldreferdigheter og høye forekomster av angst og depresjoner (Havik, 2015). Funn antyder at problemer med skolevegring ofte har opprinnelse i hjemmet, men at faktorer som sosial angst, bytte av klasse, og frykt for skolemiljøet kan trigge eller forverre skolevegringen (Archer, Filmer-Sankey, & Fletcher-Campbell, 2003). Ifølge Thambirajah et al. (2008) er hendelser i familier som skilsmisse, separasjon, fødsel av nytt søsken, dødsfall i familien, familie- og sosialt stress faktorer som kan spille en rolle ved utviklingen av skolevegring.

Ulike årsaker til at skolevegringsatferden opprettholdes

Elliot (1999) argumenterer for å rette fokus mot funksjonene skolevegringen har, i stede for å fokusere i så stor grad på symptomene som viser seg hos skolevegrere. Som sett ovenfor er det mange ulike faktorer som kan bidra til skolevegring. I kognitiv atferdsterapi rettes fokus i stor grad til hva som opprettholder den situasjonen personen er i, og ikke så mye hva som i utgangspunktet gjorde at personen fikk det sånn (Seligman & Ollendick, 2011). Derfor

presenteres ulike faktorer som fører til at skolevegringsatferden opprettholdes her. Det ser ut til å være ulike årsaker til at barn ikke går på skolen, disse kan være ganske komplekse og kontekstuelle variabler vil ha innvirkning (Kearney, 2008). Det finnes en forklaringsmodell på hvorfor denne type atferd opprettholdes (Kearney & Albano, 2000). Uavhengig av den opprinnelige årsaken til at eleven begynte å vegre seg for å gå på skolen, viser angstreduksjon assosiert med unngåelse fra ubehagelige opplevelser, og positiv forsterkning for å være hjemme seg å være en sterk motivatorer for barn og ungdom til å fortsette å bli hjemme. Disse funksjonelle forholdene kan være bedre bestemmende faktorer for graden av skolevegring enn psykopatologi, hevder Kearney (2007; Walter, Hauntman, Rizk, Lehmkuhl, & Doepner, 2014).

Negativ forsterkning ved å unngå skolesituasjon:

1. å unngå skolerelaterte objekter eller situasjoner som fremkaller negative følelser eksempelvis frykt, angst, depresjon og andre psykologiske symptomer. Elever kan være redd for prøvesituasjoner, spesifikke lærere eller å oppholde seg i gangene. Dette kan knyttes opp mot generalisert angst som gjennomgås senere.
2. å unngå uønskede sosiale situasjoner og/eller vurderingssituasjoner på skolen, dette kan eksempelvis være basert på negative forhold til andre personer, som lærere eller medelever. Dette kan knyttes opp mot sosial angst.

Forsterkning utenfor skolen

1. for å oppnå oppmerksomhet fra signifikante andre utenfor skolen, dette knyttes ofte opp mot separasjonsangst.
2. for å oppnå forsterkning utenfor skolen, forsterkningen finner her sted ved at eleven får mulighet til å engasjere seg i ulike aktiviteter som de foretrekker. Dette ligner den formen for skolefravær som kalles skulk.

Selv om de deler inn i ulike årsaker til skolevegringsatferd poengterer Kearney og Albano (2000) at så mye som en tredjedel av elevene som viser skolenektingsatferd kan ha to eller flere av årsakene som er nevnt ovenfor. Dette illustrerer kompleksiteten ved skolevegring og med tanke på behandling kreves det, om det er ulike årsaker som fører til vegringen, komplekse behandlinger ifølge Kearney og Albano (2000). Det bør nevnes at denne modellen ikke kun er rettet mot skolevegring, men mot skolefravær generelt.

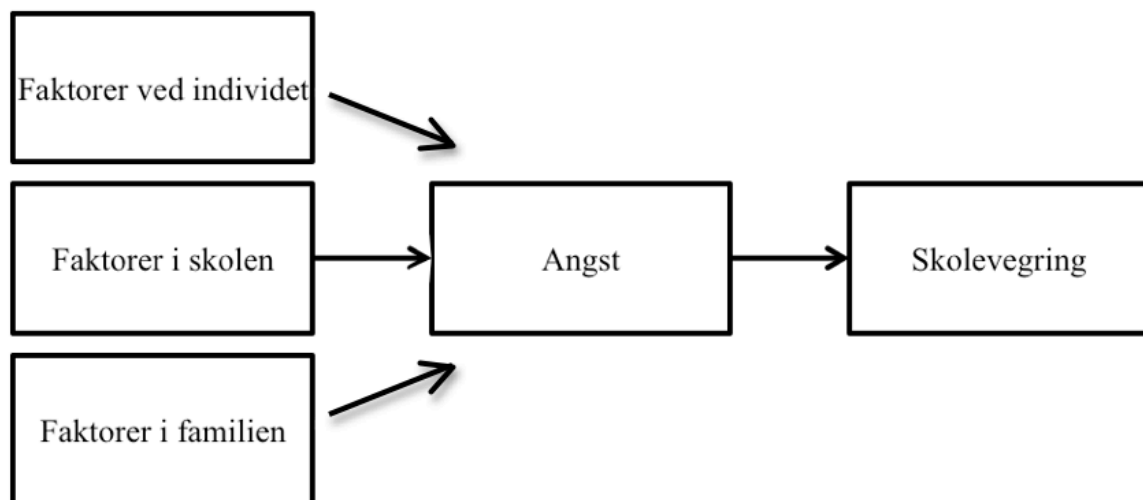
Denne modellen er ifølge Havik (2015) utviklet og testet på små grupper, mens hun har laget en modell prøvd ut på store grupper. Den er også benyttet på elever som ikke kommer inn under kategorien skolevegring, og Havik argumenterer for at denne modellen kan byttes ut med den hun har laget.

1.2.7 Angst som årsak til skolevegring

Ifølge Ingul et al. (2014) viser mange studier at angst er knyttet til skolevegring. Blant annet har det blitt rapportert at vanlige diagnoser for elever med problematisk skolefravær er separasjonsangst, generalisert angst, sosial fobi, opposisjonell atferdsforstyrrelse og depresjon (Kearney & Albano, 2000). Flere andre studier knytter problematisk skolefravær opp mot angst (Egger et al., 2003; Heyne, Sauter, Van Widenfelt, Vermeiren, & Westenberg, 2011; Mcshane et al., 2001). Det er ifølge disse studiene klare indikasjoner på at angstsymptomer og angstlidelser er assosiert med skolefravær, men samtidig viste studiene at også andre faktorer er involvert når individene utvikler skolefravær (Ingul, 2014).

Thambirajah et al. (2008) hevder at de fleste tilfeller av skolevegring er angstbasert. På bakgrunn av dette tas det utgangspunkt i skolevegring i sammenheng med angst når det effekten av kognitiv atferdsterapi undersøkes i denne oppgaven.

Ulike årsaker ved hjem, skole og ved individet kan føre til at eleven får reaksjoner som gjør det vanskelig å gå på skolen. Én forståelsesmodell innebærer at faktorer ved skolen, i familien og i individet til sammen fører til angst, som igjen kan føre til at individet ikke drar på skolen.



Figur 2: Thambirajah et al. (2008)

Figur 2 er en forenklet figur for å forstå de ulike faktorene som bidrar til skolevegring. De ulike faktorene er ikke uavhengig av hverandre, og det er ikke en ensidig innvirkning i virkeligheten, men resiproke forhold (Thambirajah et al., 2008).

Angst oppstår av en rekke ulike årsaker, og utviklingen av angst avhenger av individets risiko- og beskyttelsesfaktorer samt dets erfaringer (Ingul, 2014). Å lage en generell definisjon av angst er utfordrende, ifølge Barlow (2002), men angst er vanligvis å betrakte som en negativ følellestilstand karakterisert ved visse kroppslige spenningstilstander og bekymringer for fremtiden. Ifølge DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) karakteriseres angst av overdreven engstelse eller bekymring som kan ha sammenheng med et spesielt objekt, en situasjon eller mer dyptgående. I tillegg kan angst innebære rastløshet, dårlig konsentrasjon, irritabilitet, søvn- eller spiseproblemer, gråt eller klamring. Angst er blant de mest vanlige psykiske vanskene hos ungdom (Chavira et al, 2004, Costello, et al. 2004).

Følelse av engstelse er en del av hverdagen og de fleste barn og voksne takler det relativt bra. En viss mengde engstelse kan være nyttig for å konsentrere seg om den oppgaven man har foran seg. Men dersom denne engstelse eller frykt blir overdrevet og ikke passer barnets alder, samtidig som den er dysfunksjonell blir det en tilstand som krever behandling. Det er grunn til bekymring, og igangsetting av tiltak dersom angstsymptomer er langvarige, alvorlige og hvis de fører til at individet bryter med hverdagslige aktiviteter (Thambirajah et al., 2008), som at det ikke går på skolen. Angst blir gruppert i ulike kategorier ut fra hva angsten grunner i. Ulike typer angst er blant annet panikkangst, angorafobi, spesifikke fobier, sosial angst, posttraumatiske stresslidelse og generalisert angstlidelse. Angsten som hovedsakelig forekommer i skolevegringssituasjoner er generalisert angst, separasjonsangst og sosial angst (Kearney, 2001), disse presenteres senere.

Vanlige kroppslige reaksjoner ved angst er følelse av frykt, hjertebank, smerte i brystet, kortpustethet og svetting. Disse følelsene gjør at personer kjenner en trang til å gjøre noe aktivt med situasjonen. «Flykt eller kjemp-responsen» er en teori som om hvordan kroppen reagerer i truende situasjoner. Det handler om at kroppens primitive, medfødte, automatiske respons forbereder kroppen på enten å gå til angrep eller flykte fra et nært forestående angrep (Cannon, 1987; McCarty, 2007). I tilfeller med angst oppstår de samme mekanismene, men

uten at den reelle faren er tilstede. Det blir en tenkt fare. Flukt kan ses på som en form for unngåelsesatferd, og er den vanligste reaksjonen ved angst. Ved skolevegringsatferd kan elever med angst for ulike faktorer ved skolen, unngå å gå på skolen for å slippe å føle et slikt ubehag. Med tanke på skolesituasjonen kan muligens det å flykte fra situasjonen knyttes til det å vise skolevegringsatferd, mens det å kjempe eller krangle knyttes til å heller konfrontere lærere, eller situasjonen de er i. Dette kan igjen knyttes til internaliserte og eksternaliserte personlighetstrekk. Muligens er det to sider av de samme emosjonene, men måten eleven agerer på er ulik. Årsaker til dette kan være ulike personlighetstrekk. Samtidig er angst komorbid med andre vansker som depresjoner, og av og til også eksternaliserende vansker (Barlow, 2002).

I tilfeller med skolevegring vil det at eleven gir etter for angsten og unngår å gå på skolen kunne negativt forsterke skolefravær. Reduksjonen av det man frykter kommer til å bli en ubehagelig tilstand kan føre til at man fortsetter å unngå denne tilstanden. Eksempelvis kan opplevelsen av å måtte gå på skolen være ubehagelig, og denne opplevelsen kan bli redusert ved at eleven lar være å gå på skolen. Dermed føler eleven behag, forsterkning, og vil ved senere anledninger være tilbøyelig til å velge den samme «vellykkede» metoden for å unngå ubehag. Det er skjedd en negativ forsterkning. Skolevegringsatferden produserer en midlertidig redusering av angsten som negativt forsterker skolefravær (Thambirajah et al., 2008). Elevers frykt kan være betinget og ha opprinnelse i virkeligheten. For eksempel hvis elever har blitt mobbet, eller har hatt andre negative opplevelser i skolen eller på skoleveien. Da er andre former for tiltak nødvendig.

Når man opplever veldig stressende eller angstfylte situasjoner er engstelsen størst de første minuttene, før den når en topp og går ned igjen. Dersom eleven lykkes med å unngå situasjonen den frykter, vil ikke eleven oppleve at følelsen av angst dempes igjen i den stressede situasjonen, og de vil sitte igjen med en opplevelse av at kun unngåelse hjelper for å dempe den stressede situasjonen (Thambirajah et al., 2008). Dersom eleven hadde stått ut situasjonen, ville antageligvis angsten gitt seg etter hvert. Situasjonen kunne dermed oppleves som mindre ubehagelig. Dette kalles vanedannelse, man blir vant til den fryktede situasjonen. Som nevnt over er de vanligste formene for angst i skolevegringssammenheng separasjonsangst, sosial angst og generalisert angst.

Separasjonsangst (SAD)

Hovedtrekkene ved separasjonsangst er at eleven har en urealistisk uro for at noe fælt skal skje med hovedtilknytningspersonen (Verdens Helseorganisasjon, 2011). De kan også ha en frykt for å være alene, dette fører til at de klenger, og er motvillig til å sove hvis ikke foreldrene er i nærheten. De viser sterkt ubehag når de blir separert, eller i forkant av separasjon fra forelderen. Barna kan vise fysiske symptomer av angst som kvalme, oppkast, magesmerter. Dette kan vise seg når barna blir levert på skolen, og de ikke vil la foreldrene dra fra dem. Denne formen for angst er vanligst mellom 7 og 12 år, med en merkbar nedgang hos ungdom og i tidlig voksen alder (Thambirajah et al., 2008).

Sosial angst/fobi (SP)

Sosial angst er vanligere hos eldre barn (Thambirajah et al., 2008). Begrepet sosial fobi er byttet ut med sosial angst i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) men ICD 10 (Verdens Helseorganisasjon, 2011) benytter fremdeles begrepet sosial fobi. Et individ som sliter med sosial fobi frykter andre personers granskning dem, og dette fører til unngåelse av sosiale situasjoner (Verdens Helseorganisasjon, 2011). De mest alvorlige sosiale fobiene forbindes ofte med lav selvfølelse og frykt for kritikk. Vanlige symptomer er blant annet skjelvinger på hender, kvalme og rødming. I noen tilfeller begynner personen med den sosiale angsten å tro at symptomene er deres hovedproblem. Sosial angst i barndommen kan vise seg som skepsis ovenfor fremmede, sosial usikkerhet eller angst i møte med nye, uvante situasjoner. Sosial angst er den mest vanlige formen for angstlidelse, og den tredje vanligste mentale forstyrrelsen (Hoffman & Barlow, 2002). Eksempelvis kan personer med sosial angst slite med å skrive på tavlen foran klassen. Personer som sliter med sosial angst har ikke problemer med gjøre den type handlinger når de er alene, men andres nærvær og frykten for at andre skal dømme dem gjør det vanskelig å utføre disse oppgavene (Hoffman & Barlow, 2002). Det er vanlig med negativt selvsnakk, og elever kan si til seg selv at de andre kommer til å le, at de er dumme, eller at andre ikke kommer til å like dem. Elever med sosial angst er vanligvis engstelige i forbindelse med høytlesning foran klassen, musikk- og idrettssituasjoner, å bli med i samtaler, snakke med voksne, starte en samtale og å skrive på tavlen, og prøver ofte å unngå disse situasjonene (Beidel, Turner, & Morris 1995; Thambirajah et al., 2008). Dette er situasjoner som preger skolesituasjonen i stor grad, og sosial angst kan gi store begrensninger i individets akademiske, sosiale og yrkesmessige fungering (Thambirajah et al., 2008).

Generalisert angst (GAD)

I generalisert angst er ikke angsten knyttet spesielt til sosiale situasjoner eller det å separeres fra foreldrene. Denne typen angst er mer generell, tilstede stort sett hele tiden, og ikke knyttet til spesifikke situasjoner. Bekymringene er ikke veldig ulike de bekymringene folk flest har, men mennesker med generalisert angst opplever disse bekymringene som overdrevne og ukontrollerbare (Hjemdal, Hagen, Nordahl, & Wells, 2013). Generalisert angst skilles fra hverdagslige bekymringer grunnet alvorlighet og varighet, samt at den påvirker individet i det sosiale, i utdanningen og i fritidsaktiviteter. I noen tilfeller utvikler elever med generalisert angst skolevegringsatferd. Individuer med generalisert angst har i høy grad bekymringer over bekymringene, eksempelvis kan engstelsen for å få angstreaksjoner føre til at eleven engster seg store deler av tiden, dette kalles «metabekymringer» (Wells & Carter, 1999). Elever med generalisert angst kan oppleve angst i flere situasjoner i løpet av skolehverdagen, for eksempel i utførelse og forberedelse av oppgaver, i spisesituasjoner, i gymnastikk. Dersom eleven i tillegg engster seg for å bli engstelig vil det i stor grad gå ut over skolehverdagen.

I den enkelte situasjon kan det være vanskelig å vite hvorvidt angst fører til at eleven unngår skolen. I noen situasjoner kan noe som begynner som skolenekting eller skulk føre til at eleven siden begynner å engste seg for å gå på skolen, og etter hvert kan eleven utvikle angst for å gå på skolen. I slike situasjoner kan man likevel behandle angsten (Schniering, Hudson, & Rapee, 2000). Noen stiller spørsmålsteget ved hvorvidt det er hensiktsmessig å fin-diagnostisere angst hos barn og ungdom, og videre hvorvidt det er hensiktsmessig å utvikle ulike behandlingsformer for ulike lidelser, med tanke på at det er lav stabilitet når det gjelder angstlidelser hos gruppen (Schniering et al., 2000). Dette kan fungere som et argument for kognitiv atferdsterapi som behandling. Dette fordi det er behov for en behandling som tar for seg angst som helhet. Dette kan knyttes opp mot hvorvidt de elevene som sliter med separasjonsangst er de samme som senere får sosial angst, da vil det å behandle separasjonsangst kunne forebygge den sosiale angsten. Kognitiv atferdsterapi er en form for behandling som er anvendbar mot ulike former for angst og problematikk og kan dermed være et godt tiltak i denne sammenheng.

Angst i forbindelse med kognitiv atferdsterapi

Emosjoner generelt og angst spesielt, gjenkjennes av A. Beck (1976), som komplekse, «biopsykososiale» responser, med viktige komponenter med tanke på affekt, kognisjon og evolusjon. A. Beck (1976) anerkjente de fleste basis-emosjonene som medfødte,

overlevelsesorienterte responser på et miljø som har endret seg mye og hele tiden er under endring. Utgangspunktet i A. Becks (1976) teori handler om tilstander der frykten er overdrevet eller feiltolkes av individet (Barlow, 2002). Med dette som utgangspunkt er det muligheter for å behandle angstreaksjoner ved at individet lærer seg å se hva som er årsaken til angsten og alternative tolkninger av disse følelsene. Dette retter fokus over på kognitiv atferdsterapi.

1.3 KOGNITIV ATFERDSTERAPI

Kognitiv atferdsterapi bygger på tradisjoner fra kognitiv terapi og atferdsterapi, disse har etter tilnærmet seg hverandre, og benyttes i dag som én terapi (Gelso & Fretz, 2001).

I dette delkapittelet gjennomgås kognitiv atferdsterapi generelt og hvilket teoretiske utgangspunkt det bygger på. Det tas kort opp hva grunnprinsippene i kognitiv terapi er, og hva som er viktig når man benytter kognitiv atferdsterapi på barn. Deretter rettes fokus mot forskningsresultater på effekten av kognitiv atferdsterapi. Avslutningsvis kobles kognitiv atferdsterapi opp mot skolevegring.

1.3.1 Den kognitive modell

Kognitiv terapi bygger på en grunntanke om at menneskers emosjoner og atferd blir påvirket av deres persepsjon av hendelser. Det er ikke situasjonen i seg selv, men heller hvordan individet fortolker situasjoner som bestemmer hvordan det opplever situasjonen. Dermed bestemmer ikke situasjonen i seg selv hvordan mennesket føler seg, men deres emosjonelle responser medieres av deres oppfatning av situasjonen (Barlow, 2002).

ABC-modellen illustrerer dette (Ellis, 2001):

A (hendelse) → **B** (tanke) → **C** (følelse)

Figur 3: Ellis (2001)

I kognitiv terapi er det menneskets tanke om hendelsen, og ikke hendelsen i seg selv som fører til den følelsen som oppstår. Når en tar utgangspunkt i at følelser oppstår slik er det nærliggende å gå ut fra at det å lære mennesker å tenke positive tanker i situasjoner vil føre til at andre følelser oppstår og at dette kan hjelpe dem ut av negative tankemønster, som kan være opphopet hos mennesker med angst og depresjoner. I kognitiv terapi går man aktivt inn og «argumenterer mot» lite funksjonelle, eller irrasjonelle oppfatninger individet har, for å

hjelpet det til å få mer funksjonelle tanker. Målet er at individet skal få en sunnere måte å tenke på (Ellis, 2001). Ifølge J. Beck (1995) opererer man i kognitiv terapi med tre nivå av kognisjon.

Grunnleggende antakelser (kjerneantagelser) (J. Beck, 1995)

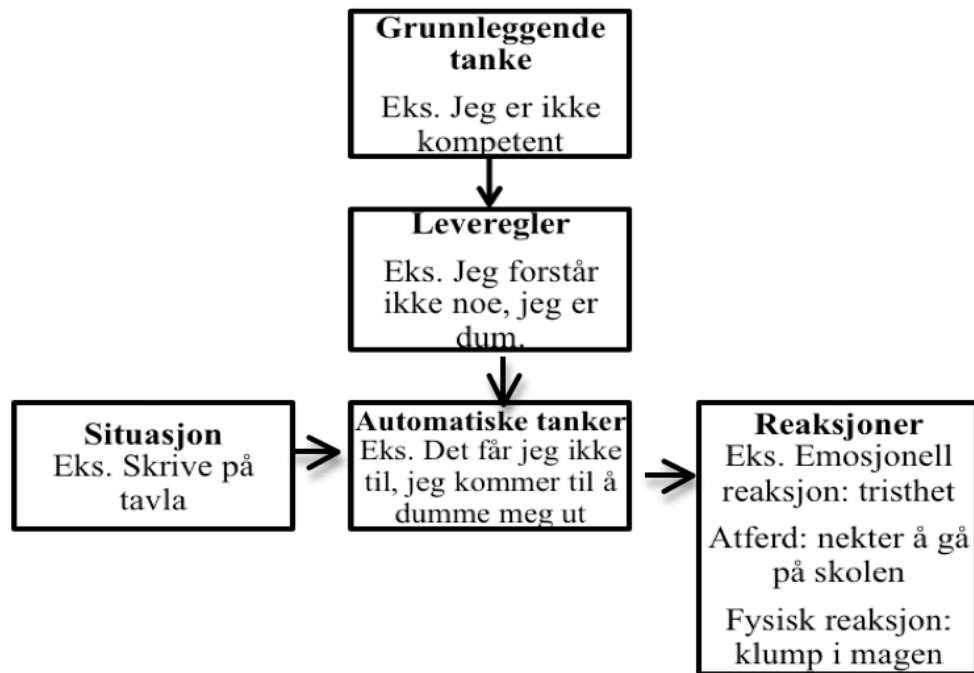
De grunnleggende antakelsene dannes tidlig i barndommen, dette er fastholdte oppfatninger som en person har om seg selv, andre eller verden. Disse er absolutte og rigide forestillinger. Det er vanskelig for individet å oppdage disse, og de oppleves ofte som sanne (J. Beck, 1995). Disse antagelsene kan være både negative og positive, det er imidlertid de negative antagelsene som fokuseres på i kognitiv terapi, i og med at man antar at disse har en negativ effekt på individets oppfatning av seg selv (J. Beck, 1995).

Leveregler (J. Beck, 1995)

Leveregler er forestillinger man har om hvordan man best kan beskytte seg mot at de negative, grunnleggende antagelsene man har skal bli aktivert. Levereglene er «regler» individet har konstruert for å mestre sine negative kjerneantagelser. Regler for mestring blir her omsatt i handling (Hagen & Martinsen, 2012)

Automatiske tanker (J. Beck, 1995)

Automatiske tanker kalles automatiske fordi de dukker opp i bevisstheten uten at vi gjør noe spesielt for å fremkalle de (Hagen & Martinsen, 2012). Disse tankene kan sees på som en del av den indre dialogen som alle mennesker har, og de automatiske tankene er som regel korte, spesifikke og de fremkommer hurtig, nesten samtidig som ulike hendelser. Som med grunnleggende antagelser er det også med automatiske tanker de negative tankene man forsøker å identifisere og endre i kognitiv terapi.



Figur 4: Hagen og Martinsen (2012)

I kognitiv terapi er den grunnleggende oppfatning at tanker, følelser og atferd har en gjensidig innvirkning på hverandre. Endringer i en av disse komponentene vil føre til endringer i de andre. Man reagerer på bakgrunn av sin tolkning av hendelsen, og ikke bare på grunn av hendelsen i seg selv. Dette kan illustreres ved ett barn som engster seg for å skrive på tavlen. Dette barnet kan frykte situasjoner der det er mulighet for at det må skrive på tavlen. Tanker om dette kan gjøre barnet engstelig og dette kan resultere i at barnet finner på unnskyldninger for å slippe unna. Her blir elevens grunnleggende tanke at den ikke er kompetent. Leveregele til eleven kan være at den ikke forstår noe og er dum. I situasjoner hvor eleven blir bedt om å skrive på tavla gjør automatiske tanker om at eleven ikke kommer til å klare å skrive på tavla seg gjeldende, og dermed tenker eleven at den kommer til å dumme seg ut. Eleven kan oppleve både emosjonelle, atferdsmessige og fysiske reaksjoner i en slik sammenheng. Eksempler på en emosjonelle reaksjon kan være tristhet, atferdsmessig reaksjon kan være at eleven nekter å gå på skolen og fysisk reaksjon kan være at eleven får klump i magen. Slike tanker kan bli så overveldende at barnet vegrer seg for å gå på skolen, og finner på ulike forklaringer til foreldrene for å slippe å gå. Dette er en type unngåelsesatferd og vil igjen kunne påvirke barnets tanker og antagelser om andre sosiale situasjoner, siden unngåelse kan opprettholde barnets feilaktige antagelser om at skolen er et farlig sted å være, eller grunnleggende tanker om at barnet ikke er kompetent (J. Beck, 1995).

1.3.2 Grunnleggende prinsipp i kognitiv terapi

Kognitiv terapi bygger på en teori om at det i alle psykologiske forstyrrelser er vanlig at dysfunksjonelle forestillinger påvirker pasientens humør og atferd. Disse dysfunksjonelle tankene kan påvirkes ved at man gjennomgår en evaluering og modifisering av tankene, og dette kan føre til en forbedring i humør og atferd. For å få vedvarende endring må pasientens underliggende dysfunksjonelle forestillinger endres. Målet i kognitiv terapi er å produsere kognitiv endring for emosjonell og atferdsmessig endring (Ellis, 2001; Hagen & Martinsen, 2012).

Kognitiv terapi må tilpasses det enkelte individets problematikk og personlighet. Likevel er det noen prinsipper som ligger til grunn for kognitiv terapi for alle pasienter. Disse oppsummeres her. Kognitiv terapi er basert på en formulering av pasienten og pasientens problemer, i kognitive termer, som er under stadig utvikling. Kognitiv terapi krever en solid terapeutisk allianse. Det legges vekt på samarbeid og aktiv deltakelse i terapien. Terapien er målorientert og problemfokuset. Fokus er i hovedsak på nåtiden, men i de situasjonene det er behov for det brukes det også tid på barndommen og eventuell utvikling av lite hensiktsmessige mestringsstrategier. Kognitiv terapi er undervisende og har som mål å lære pasienten å bli sin egen terapeut, og det er fokus på å forebygge tilbakefall. Det er et mål om at terapien skal være tidsbegrenset, og at pasienten i hovedsak skal ha utviklet nye tanke- og handlingsmønstre som skal hjelpe dem i hverdagen til å unngå å komme i den samme negative situasjonen. Kognitiv terapitimer følger en fast struktur, som gjør at pasienten kan kjenne igjen timene, samt at det blir lettere at pasienten selv kan bidra. Etter hvert som klienten blir kjent med timene og rutineene får de større ansvar for å styre timen selv. Kognitiv terapi skal lære klienten å identifisere, evaluere og respondere på sine dysfunksjonelle tanker og oppfatninger. Det benyttes en variasjon av teknikker for å endre tanker, humør og atferd (J. Beck, 1995).

1.3.3 Kognitiv atferdsterapi

Rådgivning med røtter i kognitive tradisjoner, og rådgivning med røtter i atferds-teoretiske tradisjoner har de siste årene nærmet seg hverandre betraktelig (Gelso & Fretz, 2001). I kognitiv terapi hjelper rådgiver med å endre klientens tanker, ved sokratiske dialog, logiske analyser, diskusjon av konsekvenser av tenkningen og med å foreslå alternative tanker. Fokuset er på konkrete mål, og man arbeider med å endre tanker og utføre aktive handlinger

for å oppnå endring. I kognitiv terapi tar man utgangspunkt i at emosjonelle problemer som angst og depresjon kan knyttes tilbake til fordreide og forvrengte tanker. I atferdsterapi ser man på forstyrret atferd som lært av tidligere erfaringer. Disse to utgangspunktene kan være forenelige og mange terapeuter forsøker både å korrigere vrent tankegang og å trene personen i ny atferd. Når de to rådgivningstradisjonene kombineres kalles det kognitiv atferdsterapi. Det er fokus på hvordan atferd bidrar til at problemer opprettholdes, og det legges vekt på systematisk innlæring og utprøving av ferdigheter (Gelso & Fretz, 2001). I kognitiv atferdsterapi eksisterer det ulike teoretiske modeller for ulike lidelser, men felles for alle er at man arbeider med å endre tanker i ulike situasjoner, i håp om at følelser og handlinger også endres. En viktig del av terapien er å la modellen og strukturen i terapien drive endringsarbeidet. I kognitiv atferdsterapi er monitorering og belønning en viktig del, for å oppnå endring (Kendall, Martinsen, & Neumer, 2006). Eksempelvis kan individer med angst ha som vane å overtolke og generalisere sine frykter og bekymringer, og tendenser til å lage katastrofale prediksjoner for seg selv. Kognitiv atferdsterapi tar utgangspunkt i at disse negative og katastrofale tankene leder til angstfulle følelser, og til unngåelsesatferd. Hovedmålet i kognitiv atferdsterapi blir å identifisere og endre slike tanker til mer positive tanker og atferd.

1.3.4 Kognitiv atferdsterapi for barn og unge

Kognitiv atferdsterapi kan benyttes på barn i alle aldre. Det er viktig at metoden tilpasses barnets utviklingsnivå og kommunikasjonsferdigheter. Mens forenklede teknikker fra kognitiv terapi med voksne kan benyttes på større barn, vil lek og mer atferdsmessig tilnærming vektlegges når man har med yngre barn å gjøre (Gelso & Fretz, 2001).

Det legges stor vekt på psykoedukasjon i arbeid med barn og unge, dette går ut på at barnet blir opplært i hvorfor følelsene og reaksjonene oppstår og hvordan man kan forholde seg til disse (Fredriksen, Aune, & Aarseth, 2008). Følelser som frykt og angst kan være vanskelig å sette ord på og forstå, ikke minst for barn som kanskje ikke skjønner hvilke reaksjoner de får, og hvorfor de tenker, føler og handler slik de gjør. Dette er fordi barn og ungdom ofte ikke klarer å forstå hvorfor de får de reaksjonene de får, og det å lære om hva som forårsaker vanskelige følelser, og hvordan man kan påvirke følelsene og tankene kan gjøre tankene og situasjonene mindre skumle og situasjonene mer håndterlig.

Eksempler på faktorer det er viktig å være oppmerksom på i behandling av barn og unge kommenteres kort her. At familier informeres og oppfordres til samarbeid er viktig. Utvikling av terapeutisk allianse er kanskje enda viktigere i arbeidet med barn og unge, samtidig som det muligens er vanskeligere enn med voksne. Barn og unges problemer kommer til uttrykk på mange ulike måter, som ofte kan være forvirrende og motsetningsfylte. Derfor kan det ta lang tid å få en god faglig forståelse som fundament for behandlingen (Fredriksen et al., 2008).

1.3.5 Generelt om effekten av kognitiv atferdsterapi

I 2005 var det publisert 325 utfallsstudier om kognitiv atferdsterapi og det ble gjennomgått en metastudie som ønsket å svare på hvor effektiv kognitiv atferdsterapi er mot ulike diagnoser. Det ble konkludert med at kognitiv atferdsterapi har god effekt på mange ulike diagnoser, der i blant voksne og ungdom med unipolar depresjon, og barn og unge med angst (Fredriksen et al., 2008). En litteraturstudie konkluderer også med at kognitiv atferdsterapi har god effekt ved ulike diagnoser (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). Her ble kun studier med randomisert kontrollerte design tatt med. Det hevdes i studien at mange studier ennå ikke har sett på langtidseffekt og at dette gjør at det er et hull i kunnskapen på dette feltet, men likevel viser kognitiv atferdsterapi lovende resultater. Det ble poengtert i begge disse studiene at videre forskning på ulike fenomen eller diagnoser er nødvendig.

Et program basert på kognitiv atferdsterapi som er utviklet spesifikt for å behandle barn og ungdom med angstproblemer er «Mestringskatten for barn og ungdom» (Kendall et al., 2006). Noe forskning påstår at mellom halvparten til to tredjedeler av barna som gjennomgår programmet ikke lenger kvalifiserer til angstdiagnose ved avslutning av programmet, mens tall fra kontrollgruppen kun viste bedring hos fire til åtte prosent. Det hevdes samtidig at det er god langtidseffekt av behandlingen (Fredriksen et al., 2008).

1.3.6 Kognitiv atferdsterapi og vegring

Kognitiv atferdsterapi sees på som virkningsfullt både mot angst og depresjon (Butler et al., 2006). Gitt at man tar utgangspunkt i at angst og depresjon er viktige komponenter i utviklingen og opprettholdelse av skolevegring er det grunn til å tro at kognitiv atferdsterapi har virkning også på skolevegring. De siste årene har kognitiv atferdsterapi vokst frem som en mulig kostnads- og tidseffektiv intervensjon ved skolevegring (Leichsenring, Hiller,

Weissberg, & Leibing, 2006). Ved en kognitiv-atferdsterapeutisk tilnærming gjør terapeuten en analyse av funksjonen skolefraværet har (King et al., 2000).

Allerede i 1984 antydte studier effekt av atferdsterapi mot skolevegring. Her ble 30 skolevegrere som fikk atferdsterapi sammenlignet med 16 skolevegrere innlagt ved en sengepost og 20 skolevegrere som fikk psykoterapi og undervisning hjemme. Elevene som fikk atferdsterapi fikk bedre resultat enn de to andre gruppene (Blagg & Yule, 1984). En studie fra 1998 av kognitiv atferdsterapi mot skolefobi viser at omtrent to tredjedeler av unge med angst som mottok kognitiv atferdsterapi var frie for sin primære angstdiagnose i løpet av behandlingen, resultatene ble funnet i en studie med 56 ungdom tilfeldig fordelt på en gruppe med kognitiv atferdsterapi og en gruppe med en annen form for intervensjon. Men kognitiv atferdsterapi viste seg ikke å ha signifikant bedre effekt enn en annen intervensjon kalt «Educational support intervention» (Last, Hansen, & Franco, 1998).

Når det gjelder individer med angst så feiltolker ufarlige stimuli som indikasjoner på fare (A. Beck, 1976). Problemet til mennesker som sliter med angst er ikke å merke et stimuli, men de betydningen som legges til det bestemte stimuli er problematisk, ifølge A. Beck (1976). Denne typen feiltolkninger av situasjoner utgjør kognitiv forvrengning, fra milde misforståelser til grove feiltolkninger. Prinsippet når en forholder seg til angstbasert skolevegring er at eleven antageligvis sitter inne med en del erfaringer og fortolkninger av skolesituasjonen av at det er ubehagelig og nærmest farlig å gå på skolen. Kognitive og atferdsmessige teknikker kan benyttes på disse feiltolkningene for å forsøke å endre oppfatningene og få eleven tilbake på skolebenken igjen (Sundby, 2011). Som antydte tidligere er det selvfølgelig også situasjoner der frykten eleven opplever er reell. Dette er eksempelvis i situasjoner med mobbing. Da er det svært viktig at man ikke bagatelliserer dette og setter inn tiltak mot mobbesituasjonen. En tredjedel av engstelige elever med skolevegring ble mobbet eller ertet av medelever, og de hadde problemer med å få og holde på venner, ifølge Egger et al. (2003). Oversees dette kan konsekvenser som at elevene får inntrykk av at de ikke blir trodd, og opplever at terapeuten hevder eleven kun har en følelse av å bli mobbet, som skal endre ved hjelp av kognitiv atferdsterapi. Mobbeproblematikk må man som nevnt tidligere forholde seg til på en annen måte. Dersom eleven fremdeles er engstelig etter mobbeepisoder som er ryddet opp i, kan ulike teknikker fra kognitiv atferdsterapi muligens være til hjelp for elevene (Ehlers & Clark, 2000).

Det er utviklet ulike program som bygger på kognitivatferdsterapi, selve programmene kan variere relativt mye, men de bygger likevel på de samme grunnleggende prinsippene.

Det blir benyttet ulike programmer som bygger på kognitiv atferdsterapi mot skolevegring. For eksempel «The @school program» (Heyne et al., 2011).

1.3.7 Kritikk

Kognitiv atferdsterapi kan delvis skrives inn under en form for behandling med fokus på selvhjelp, som i dag er veldig vanlig. Noen mener selvhjelp er en form for fraskrivelse av ansvar ved psykiske lidelser (Repål, 2008). Sosial- og helsedirektoratet (2004) la frem en rapport der det ble presisert at målet er at selvhjelp skal være et alternativ eller supplement som ikke skal ta over for annen behandling. Kognitiv atferdsterapi som en form for selvhjelp omfatter alle former for hjelp til å mestre psykiske plager der den som har lidelsen bidrar med egenaktivitet basert i den kognitive modell (Repål, 2008). Eksempler på selvhjelp i kognitiv atferdsterapi er hjemmeoppgaver, når klienten leser bøker om kognitiv terapi, eller benytter behandlingsprogrammer på nett.

Madsen (2010) kritiserer hvordan man i samfunnet i dag har stort individuelt fokus hvor man ser på selvhjelp som løsningen på mange ulike problemer, uten å tenke på at faktorer ved samfunnet kan være årsak til utviklingen av disse problemene. Kognitiv atferdsterapi i denne sammenhengen kan ses på som en form for selvhjelp hvor individet skal lære seg å tenke andre tanker, så vil «alt bli bedre». Det er viktig at barnet ikke får en oppfatningen at det er noe feil med det. Sett i lys av Madsen (2010) kan skolevegringen være en reaksjon en utvikling ved skolen eller samfunnet som helhet som seg det er vanskelig å forholde seg til. Dette kan sees i sammenheng med det som tidligere har blitt tatt opp om eksempelvis mobbing, man skal ikke behandle problemer som ligger utenfor individet med individrettet terapi. I enhver situasjon som barnet befinner seg i er det viktig å undersøke hvilke problemer som eksisterer, for å sikre at det ikke er opprettholdende faktorer i miljøet som opprettholder problemene. Vold i familie eller på skolen er eksempler på forhold som det må ryddes opp i før det iverksettes kognitiv atferdsterapi.

Det kan tenkes at den terapeutiske alliansen vil være til hjelp for å unngå og for å hjelpe til å rette opp i mulige tanker som oppstår hos barnet om at de alene har skylden i at de ikke kommer seg på skolen.

Som nevnt innledningsvis er det viktig at man har en konkret og effektiv metode som man kan benytte når barnet først ikke kommer på skolen. Dette kan muligens kognitiv atferdsterapi være, og det har denne oppgaven til hensikt å finne ut mer om.

1.4 Problemstilling

Når barn ikke går på skolen, bør skole, foreldre og PPT ha effektive råd som kan hjelpe elevene tilbake til skolebenken. Det råder en bred enighet om at det god og virksom hjelp for barn som sliter med psykiske problemer bør være tilgjengelig (Kjøbli et al., 2013). Derfor tar denne oppgaven for seg kognitiv atferdsterapi som en et behandlingsalternativ ved skolevegring. Jeg undersøker hvilken effekt man ser av kognitiv atferdsterapi ved angstbasert skolevegring.

Hensikten med oppgaven er å undersøke det internasjonale kunnskapsfeltet når det kommer til effekten av kognitiv atferdsterapi når det gjelder barn og ungdom som kommer inn under skolevegringsproblematikken. For å gjøre dette har jeg gjennomgått forskningsartikler på feltet og sett i hvilken grad intervensjonene fører til endring. Hensikten med dette er blant annet å se hvorvidt dette kan benyttes i norsk sammenheng. Det er erklært at evidensbaserte intervensjoner bør benyttes der det er mulig (Psykologforening, 2007).

2 METODE

2.1 Innledning

Hensikten med denne oppgaven er å ta for seg gjeldende forskningsfunn av effekten kognitiv-atferdsterapi har på skolevegringsproblematikk for barn og ungdom. Brede søk i databaser er gjennomført for å nå hovedfunnene på feltet. I dette kapitlet beskrives først søkestrategier for å finne frem til relevante artikler. Deretter rettes fokus mot forskningsdesign, validitet og effektstørrelse, samt hvilke mål som benyttes når effekt måles. Til slutt beskrives kriteriene for utvelgelse av studier til denne oppgaven.

Å oppnå perfekt validitet i empirisk forskning er så godt som umulig, men slutningene kan være valide i ulik grad (Walker, Hernandez, & Kattan, 2008). Derfor kan det være relevant å sammenfatte flere undersøkelser, og se hvor vidt ulike studier har oppnådd lignende resultater. Dersom flere uavhengige forskningsprosjekt viser like resultater vil det styrke inntrykket av at det som er forsket på faktisk har en effekt. Derfor er det valgt ut studier som forhåpentligvis representerer funnene på feltet. Det gjøres oppmerksom på at søkingen etter studier er utført etter beste evne, men likevel kan viktige bidrag på feltet ha blitt oversett og utelatt fra gjennomgangen.

Det må tas i betraktning at forskningsprosjekt som fører til publisering som regel er prosjekt som har funnet effekt, og derfor kan studiene som er publisert være skjeve, ettersom studier som ikke viser effekt kan ha vært gjennomført, men forskeren ikke har fått støtte til å gjennomføre forskningsprosessen. Dette kan påvirke funnene i denne studien. Søkemotorene i de ulike databasene, samt søkeordene jeg har valgt ut kan også ha innvirkning på hvilke artikler som blir funnet (Walker et al., 2008). I en viss grad kan vide søk kompensere for sistnevnte utfordring.

2.2 Søkestrategi for fremskaffelse av relevante studier

For å finne frem til studier om resultatene forskning på kognitiv-atferdsterapi har gitt når det gjelder skolevegring, er det foretatt søk i ulike databaser. Her legges det frem en oversikt over de ulike søkene som er gjennomført for å finne artikler på temaet. Dette er viktig med tanke på etterprøving av resultatene. Søkene er foretatt i databasene ERIC, Psycinfo, Web of Science og Medline/Pubmed. Søkeordene som er benyttet er «Cognitive Behavioral

Therapy», «School Refusal», «School Phobia», «Separation Anxiety», «Cognitive Restructuring» samt diverse kombinasjoner av disse søkeordene. I og med at forskningen på fenomenet har foregått på ulike måter var det nødvendig å bruke mange kombinasjoner for å finne frem til artiklene som er valgt ut. Dette utvalget av databaser og søkeord stemmer overens med problemstillingen til oppgaven og benyttes for å få en oversikt over studier på feltet. Databasene inneholder flere av de samme artiklene, og det ble derfor treff på de samme artiklene flere ganger.

TABELL 1. Søkeord og resultater

SØKEORD		DATABASER				
		PSYC-INFO	ERIC	SCOPUS	WEB OF SCIENCE	Pub-med
1.	Cognitive Behavioral Therapy	12401	-	44463	17487	60917
2.	School Refusal	307	71	1273	459	2875
3.	School Absenteeism	220	96	1618	637	2367
4.	School Phobia	354	160	1205	476	243
5.	Anxiety based School Refusal	11	1	36	7	35
6.	School Refusal OR School Phobia OR Separation Anxiety	1977	725	12867	4327	13591
7.	Cognitive Behavioral Therapy AND School Refusal OR School Phobia OR Separation Anxiety	64	-	-	204	1148
8.	Cognitive Behavioral Therapy AND Anxiety based School Refusal	2	-	20	4	8
9.	Cognitive Restructuring	-	2416	1181	1109	720
10.	Cognitive Restructuring AND School Refusal	-	8	-	2	2
11.	School Refusal OR School Phobia	635	196	791	1547	13591
12.	School Refusal OR School Phobia AND Cognitive Restructuring	1	10	-	5	61
13.	School Absenteeism OR School refusal AND Cognitive Behavioral Therapy	2	-	29	94	11571
14.	School Refusal AND Cognitive Behavioral Therapy	36	-	306	46	77
15.	School Absenteeism AND Cognitive Behavioral Therapy	7	-	71	11	30

2.3 Inklusjonskriterier

I utgangspunktet ønskes det kun ekte-eksperiment, men dersom det ikke finnes nok slike studier åpnes det for å ta med kvasi-eksperiment. Studiene skal ha intervensjoner av kognitiv atferdsterapi og elevene må ha skolevegrende atferd som er knyttet opp mot angst. På bakgrunn av at det i 2000 ble gjort en gjennomgang av studier på feltet som la frem et behov for ytterligere forskning på feltet er det tatt utgangspunkt i forskning publisert etter denne gjennomgangen for å undersøke hvorvidt kognitiv atferdsterapi har effekt mot skolevegring for barn og unge. Oppgaven har også en bi-ambisjon om å se i hvilken grad studier som ble gjort etter dette har tatt de faktorene i betraktning.

Denne litteraturgjennomgangen består av studier på barn og ungdom, som har en form for angstbasert skolevegring. Et kriterium for utvelgelse er at skolefraværet er målt, og at målemetoden er beskrevet. Skolefraværet som forsøkes behandles må antas å være angstbasert skolefravær. Som intervensjon må de ha satt i gang kognitiv atferdsterapi. Effekten måles i hvor stort fravær eleven har fra skolen før og etter intervensjon. Herunder gjennomgås forskningsdesign, validitet, kriterier for empirisk støttede forskningsopplegg og effektstørrelse.

2.4 Forskningsdesign

Ulike måter å organisere forskningen på omtales som design. Det finnes mange alternative design for å måle effekt, og disse varierer med hensyn til hvor sikkert man kan konkludere med effekt (Lund, 2002). For å studere effekten av tiltak er ekte eksperiment den sterkeste forskningsmetoden. Standard forskningsdesign kan karakteriseres som eksperimentelle eller ikke eksperimentelle design. I denne oppgaven er det mest relevant med ekte-eksperiment eller kvasi-eksperiment. Derfor gjennomgås de herunder. Alle forskningsprosjektene som gjennomgås her er eksperimentelle design, da en effekt av en intervensjon skal studeres. Et design som faller mellom ekte eksperimentelle og ikke-eksperiment er kvasi-eksperiment. Kvasi-eksperiment skiller seg i hovedsak fra ekte eksperiment med tanke på grad av kontroll.

2.4.1 Eksperimentelt design

Ekte eksperiment omtales som «gullstandarden» i metodelitteratur (Lund, 1996). Et kontrollert eksperiment kan karakteriseres ved tre kriterier, 1) manipulasjon

2) sterk kontroll og 3) minst to forsøksbetingelser (Lund, 2002). Det første kriteriet handler om at forskeren intervenserer i forsøkssituasjonen og administrerer den operasjonelle årsaksfaktoren. Det andre kriteriet innebærer sterk kontroll av forstyrrende faktorer. Faktorer kan ha tilfeldig eller systematisk innvirkning på effektmålingen, og kan kontrolleres på ulike måter. Eksempelvis ved bruk av kontrollgruppe, tilfeldig individfordeling over forsøksbetingelser, rotasjon av rekkefølgen av forsøksbetingelsene for å hindre læringseffekt, standardisering av instruksjoner, årsaks-administrering, responsmåling, statistisk kontroll og mer. I det tredje kriteriet vil en eller flere forsøksbetingelser ofte representere kontroll av irrelevante situasjonskomponenter.

I ekte eksperiment er det tilfeldig fordeling av forsøks- og kontrollpersoner i grupper, kalt randomisering. Formålet med å randomisere er å lage to grupper som i gjennomsnittet er like, både når det gjelder egenskaper de tar med inn i tiltaksperioden, og hendelser som skjer med gruppene i perioden med tiltak. Ved å randomisere gruppene oppnår man kontroll for andre faktorer enn tiltaket. Det kontrolleres for alle andre variabler enn årsaks-variabler. Dersom en ikke har kontrollgruppe kan man ikke være sikker på om det er intervensjonen i seg selv som endrer situasjonen, eller om andre faktorer kan ha hatt innvirkning. Dette er en av faktorene som skiller ekte eksperiment fra kvasi-eksperiment (Lund, 2002).

Det sterkeste designet og dermed de sikreste resultatene i skolevegringssammenheng vil komme av å fordele elevene som sliter med skolevegring i to ulike grupper. Hvor den ene gruppen får intervensjon, mens man kontrollerer begge gruppen etter perioden med intervensjon. Dersom tiltaket skal kunne sies å ha effekt må endringen i den avhengige variabelen være signifikant forskjellig i eksperimentgruppen og kontrollgruppen. Imidlertid kan dette by på etiske problemer. Det vil ikke være riktig å la være å behandle en elev som ikke kommer på skolen for å bruke eleven i en kontrollgruppe i en studie. Ekte eksperiment har fordeler når det kommer til indre validitet, men situasjonene kan bli kunstige og atypisk sett opp mot situasjoner som det kan være nyttig å generalisere til, og dermed svekkes ytre validitet (Lund, 2002). Dette kan føre til problemer i pedagogisk og psykologisk forskning, da man ofte ønsker å undersøke hvor vidt en intervensjonseffekt kan generaliseres. Derfor benyttes ofte kvasi-eksperiment.

Kvasi-eksperiment

I kvasi-eksperiment gis minst en gruppe påvirkning, men forsøkspersonene er ikke tilfeldig fordelt i grupper (Lund, 2002). Det er ikke helt klare skiller mellom kvasi-eksperiment og ikke-eksperiment. Som nevnt er det i noen, spesielt pedagogiske eller psykologiske tilfeller, praktisk eller etisk umulig å anvende et ekte eksperiment, og da kan kvasi-eksperiment være en mulighet. Gruppene eksperimentgruppen sammenlignes med fungerer ikke som egentlige kontrollgrupper i kvasi-eksperiment, fordi man ikke vet om de egentlig er sammenlignbare (Kleven, 2005). Kvasi-eksperiment design kan være mer sårbare for trusler mot indre validitet, mens ekte eksperiment har svakheter som kan knyttes til ytre validitet og muligheten for generaliseringen av studiens resultater.

2.5 Validitet

Validitet handler om hvorvidt en studie måler det den er designet for å måle og om studien er reliabel. Som nevnt tidligere er 100% validitet så godt som umulig å få til i eksperimentelle studier. Derfor måles validitet ofte i grader. Det er viktig å maksimere validiteten i all forskning (Morgan, 2007). Cook & Campbell (1979) definerer validitet som det beste tilgjengelige målet på sannheten til en gitt slutning, forslag eller konklusjon. De har utarbeidet et generelt validitetssystem for kausale undersøkelser (Lund, 2002), dette systemet er universelt akseptert i moderne kvalitativ metodologi, ifølge Lund (Lund, 2005). Systemet bygger på fire kvalitetskrav i forbindelse med kausale undersøkelser. Disse kravene er statistisk validitet, indre validitet, begrepsvaliditet og ytre validitet. Cook og Campbell har for hver av disse validitetstypene identifisert ulike trusler, som kan gjøre det vanskelig å oppnå valide slutninger (Lund, 2002). Forskeren må være bevisst mulige trusler mot sine design og sette i gang forebyggende tiltak mot disse. Studiers mulige svakheter må redegjøres for, og hele forskningsprosessen skal beskrives slik at det blir mulig å etterprøve dataene.

Statistisk validitet er en studies resultater i tall. Det viser om sammenhengen mellom den avhengige variabelen og den uavhengige er statistisk signifikant. Denne tendensen må ha en viss styrke for å ha praktisk eller teoretisk betydning (Lund, 1996). Indre validitet handler om hvorvidt man kan stole på den tolkningen som fremsettes på bakgrunn av relasjoner mellom variabler (Lund, 2002). Dermed er det et krav å kunne utelukke at den avhengige variabelen ikke er utsatt for andre faktorer enn intervensjonen. Begrepsvaliditet handler om studien måler det den utgir seg for å måle, dette avhenger av om operasjonaliseringen av begreper er

godt gjennomført (Kleven, 2005). I hvilken grad funnene i studiene kan overføres til andre sammenhenger, om man kan generalisere fra studien til andre personer, tider og steder handler om ytre validitet (Kleven, 2005). Nå gjennomgås de trusler mot validitet som kan gjøre seg gjeldende i denne litteraturgjennomgangen.

2.5.1 Trusler mot statistisk validitet

Trekkes det riktige konklusjoner med tanke på kovarians igjennom de statistiske analysene kan man si at slutningen har høy statistisk validitet. Statistisk validitet er graden av tallmessig nøyaktighet, feilfrihet og representativitet i resultatene av en undersøkelse (Lund, 2002).

Trusler mot statistisk validitet kan være brudd på statistiske forutsetninger og lav statistisk styrke. Eksempler på brudd på statistiske forutsetninger kan være brudd på forutsetninger om normalitet, lik varians og uavhengighet av observasjoner ved vanlig t-test for uavhengige data (Lund, 2002). Statistisk styrke er definert som det motsatte av sannsynligheten for type 2 feil, altså som sannsynligheten for gjøre en riktig beslutning om å forkaste en gal nullhypotese (Lund, 2002). Dersom en studie har lav statistisk styrke vil det dermed være høyere sannsynlighet for at man har beholdt en gal nullhypotese. Cook og Campbell tar nærmest et forbehold om at statistisk validitet må være tilstrekkelig for at det skal være et poeng å snakke om de andre kvalitetskravene (Lund, 2002).

2.5.2 Trusler mot indre validitet

I dette tilfellet handler indre validitet som nevnt om hvorvidt effekten skyldes kognitiv atferdsterapi slik det er operasjonalisert, eller om andre systematiske faktorer kan ha hatt innvirkning. Nedenfor presenteres de truslene mot slutningens indre validitet som er relevante i denne litteraturgjennomgangen.

Historie

Dersom andre faktorer enn intervensjonen virker inn på forsøkspersonene er historietrusselen relevant. Hendelser som skjer likt som intervensjonen kan antas å ha innvirkning på individene, dette gjør det usikkert hvor vidt endringene skyldes intervensjonen. Randomisert fordelte kontrollgrupper utelukker denne trusselen, siden disse hendelsene vil påvirke likt i de ulike gruppene (Lund, 2002). Dersom man tar med studier som ikke har randomisert fordelte kontrollgrupper gjør historietrusselen seg gjeldende.

Modning

Modning handler om biologiske eller miljømessige faktorer som virker inn på individet, som gjør at individet kan ha hatt en annen utvikling enn det man har tatt utgangspunkt i (Lund, 2002). Dette kan gjøre seg gjeldene i studier hvor forsøkspersonene er barn og ungdommer, i og med at de er i en periode i av livet med mye endring. Kontrollgruppe og korte forsøksperioder kan være med på å minske modningstrusselen. Denne trusselen gjør seg gjeldende i denne litteraturgjennomgangen da eksempelvis barn og unges angst kan gå over av seg selv som en del av barnets utvikling.

Testing

Denne trusselen innebærer at måling ved en anledning kan ha innvirkning på resultatet ved en senere anledning. Her kan et problem blant annet være at eleven har lært hvordan man svarer fra forrige gang. Dette gjelder kun hvis det har vært gjort en pretestmåling (Lund, 2002). I studier av kognitiv atferdsterapi og skolevegring er det naturlig å ta i bruk pretestmåling, derfor må man være oppmerksom på denne trusselen.

Instrumentering

Trusselen instrumentering viser til forhold ved måleinstrumentene og måleprosedyren som resulterer i kunstige resultat. Eksempler ved måleinstrumentene som kan påvirke resultatene er gulv- eller takeffekt på skalaer, ikke-konstante enheter, eller systematiske endringer i skåringskriterier (Lund, 2002). Knyttet til denne litteraturgjennomgangen kan instrumentering blant annet handle om hvordan angstbasert skolevegring måles. Desto mer standardiserte testene er, jo mindre blir instrumenteringstrusselen. Det vil være en styrke ved studiene dersom de har standardiserte målinger for angstbasert skolevegring og for skolefravær.

Seleksjon

Innebærer at det er skjevhet mellom utvalgene fra starten av undersøkelsen. Eksempelvis kan man i en studie ha en elevgruppe som i utgangspunktet setter skoleoppmøte høyt, og en som ikke setter nevneverdig pris på det. For å minke denne trusselen kan man ha tilfeldig fordeling på grupper, da forsikrer man seg om at eksperimentgruppene og kontrollgruppene på forhånd fremstår som like. Seleksjonstrusselen forutsetter minst to persongrupper. Dersom randomisere ikke lar seg gjøre er det mulig å bruke statistisk korrigerings for utgangspunkter for å motvirke denne feilkilden.

Frafall

Dersom forsøkspersoner trekker seg fra studiene underveis kan det føre til at kontroll- og intervensjonsgruppen ikke blir sammenlignbare (Lund, 2002). Også her er det en styrke med randomiserte kontrollgrupper - at gruppen deles tilfeldig inn i to grupper.

Statistisk regresjon

Statistisk regresjon kan forklares med at resultater i de ekstreme delene, enten gode eller dårlige, tenderer mot det normale ved neste test. Bruk av kontrollgruppe vil motvirke denne trusselen. I studier med fokus på skolevegring vil dette kunne gjøre seg gjeldende ved at disse elevene har relativt stort skolefravær når de blir utvalgt, og dette kan tendere mot det normale ved neste måling. Dersom skolefraværet kun har blitt målt i en kort periode er dette ekstra sårbart.

Atypisk kontrollgruppeatferd

Dersom kontrollgruppen oppfatter tildelingen av et tiltak til kontrollgruppen som urettferdig gjør atypisk kontrollgruppeatferd-trusselen seg gjeldende. Det er flere ulike utfall av dette, eksempelvis at de som er i kontrollgruppen boikotter studien, eller at de yter usedvanlig høy innsats. Dette gjør seg gjeldende i de studier som opererer med kontrollgrupper.

2.5.3 Trusler mot begrepsvaliditet

Begrepsvaliditeten handler om operasjonaliseringen på årsaks- og effektsiden måler de relevante begrepene. Ulike trusler mot begrepsvaliditet varierer fra undersøkelse til undersøkelse. Relevante komponenter på årsaks- eller effektsiden kan for eksempel være evalueringsforståelse, hypotesegjetning, eksperimentatorforventninger og generell oppmerksomhet (Lund, 2002).

Evalueringsforståelse er hvis forsøkspersonene spiller en rolle som samarbeidsvillige fordi de er klar over at de blir vurdert. Da blir samarbeidsvilje målt av avhengig variabel.

Hypotesegjetning vil si at tiltaksgruppen prøver å gjette hva formålet med undersøkelsen er, og at de oppfører seg atypisk som resultat av denne gjettingen eller forventningen.

Dersom en forsøksleders hypotese virker inn på data slik at det finner sted en kunstig verifisering av hypotesen kalles det eksperimentatorforventninger. I denne oppgaven kan eksperimentatorforventninger gjøre seg gjeldende både når hver enkelt forsker har

gjennomført sine studier, og når jeg som forsker gjennomgår resultatene i deres studier for å skrive denne gjennomgangen. Dersom jeg forventer at kognitiv atferdsterapi vil vise en effekt, kan jeg gjøre den feilen at jeg overvurdere de resultatene jeg finner selv om jeg forsøker å være objektiv.

Trusselen om generell oppmerksomhet vil si at oppmerksomhet som gis en tiltaksgruppe i seg selv virker inn på effektmålingen. Dette kan gjøre seg gjeldende dersom elevene som vegret seg for å gå på skolen ikke har fått den oppmerksomheten de burde ha fått tidligere, og plutselig får et støtteapparat rundt seg. Dermed kan den oppmerksomheten de skolevegrende elevene får føre til endring i tilstanden, og da er det ikke nødvendigvis den tildelte intervensjonen som har hatt effekt.

2.5.4 Trusler mot ytre validitet

Ytre validitet handler som nevnt om resultatene kan generaliseres fra et utvalg til populasjonen. Til-generaliseringer er generaliseringer som kan relateres til en bestemt individpopulasjon, situasjon, eller tider, mens overgeneraliseringer har med hvor bredt en kan generalisere å gjøre (Lund, 2002). Trusler mot ytre validitet er forhold som vanskeliggjør den eventuelle generaliseringen av resultatene. Dersom eksperimentet gjøres på en relativt ensartet gruppe er det fare for at gruppen er så spesiell at resultatet ikke kan generaliseres til en større gruppe. Dette kalles individhomogenitet (Lund, 2002). Det er mulig å forebygge dette, ved å velge en mer heterogen gruppe. Å velge en mer heterogen gruppe kan være vanskelig når man studerer skolevegring, i og med at den skolevegrende gruppen «gir seg selv», og man kan ikke velge hvem man vil. Styrking av ytre validitet fører til svekkelse i statistisk validitet. Et ikke-representativt individutvalg antyder usikker generaliseringen til en bestemt populasjon fordi forsøkspersonene ikke er representative for populasjonen. Risikoen for at generaliseringen er ugyldig er avhengig av hvor skjevt utvalget er fra populasjonen. Skjevere utvalg fra populasjonen fører med seg større risiko (Lund, 2002). Dette kan gjøre seg gjeldende siden det er store individuelle forskjeller hos elevene som sliter med skolevegring. Til sist bør det nevnes at ytre validitet ofte kan styrkes ved å anvende teori og resultater fra annen forskning (Lund, 2002). Dette kan knyttes opp mot litteraturstudier generelt. Dersom en studie har flere studier som tyder på det samme vil det styrke muligheten for at man kan generalisere på bakgrunn av disse resultatene.

Reliabilitet

Reliabilitet er en del av validiteten og refererer til gjentakelse og nøyaktighet. Et funn blir sett på som reliabelt når liknende resultater blir funnet ved flere anledninger. En forsker må demonstrere at funnene stammer fra dataene og ikke fra hans eller hennes forventninger. Reliabilitet fordrer en gjennomiktig forskningsprosess, med minimal subjektiv innflytelse.

2.5.5 Kriterier for empirisk støttede behandlingsopplegg

Her gjennomgås kriterier for empirisk støttede behandlingsopplegg. Dette handler om hva som skal til for at man kan kalle en effekt av en behandling vitenskapelig bevist. Dersom en behandling skal klassifiseres som «godt etablert» må det være minst to eksperimenter av typen mellomgruppe design som demonstrerer effekt på en av følgende måter a) overlegen til medisinsk eller psykologisk placebo eller annen behandling, eller b) ekvivalent til en allerede etablert behandling i eksperimenter med adekvat statistisk styrke ($n \geq 30$ per gruppe) (Lonigan, Elbert, & Johnson, 1998). For at et mellom-gruppe design skal bli ansett som «godt» må det være tilfeldig fordeling til kontrollgrupper. Samtidig må utvalgsriteriene være detaljert beskrevet av forskerne, og intervensjonseffekten demonstrert av minst to ulike «forskere» eller «forskningslag». For at en intervensjon skal ses på som «sannsynligvis effektiv» må enten to eksperimenter vise at intervensjonen er mer effektiv enn ved venteliste, eller minst et eksperiment må møte alle kriteriene for en godt etablert behandling, unntatt kravet om at behandlingseffekten vises av to ulike «forsker-team».

2.6 Effektstørrelse

Effektstørrelse benyttes for å se i hvilken grad studier har praktisk betydning, og for å kunne gjøre sammenligninger mellom studier med ulike utvalgsstørrelse. De fleste effektstørrelsesmål er basert på korrelasjoner. Alle korrelasjonskoeffisienter uttrykker grad av sammenheng, og kan følgelig benyttes som mål på effektstørrelser (Lund, 2002). Det finnes en rekke ulike mål på effektstørrelse. Et vanlig mål er Pearsons korrelasjonskoeffisient, et annet er Cohens D. I flere av studiene som er gjennomgått i denne oppgaven er Cohens D benyttet. Derfor gjennomgås Cohens d her.

Cohens D

Cohens D er en effektstørrelse som benyttes for å indikere standardiserte forskjeller mellom to gjennomsnitt. Cohens d er gitt ved forskjellen mellom gjennomsnittene delt på standardavvikene til skårene satt sammen i en gruppe (Kleven, 2013).

$$\text{Cohens D} = \frac{M_A - M_B}{\sqrt{[(\sigma_A^2 + \sigma_B^2) / 2]}}$$

M_A , M_B og σ_A , σ_B angir henholdsvis gjennomsnittet og standardavviket til utvalgene A og B, som man ønsker å måle effektstørrelsen mellom.

Cohen utviklet en veiledende tabell for effektstørrelse. Ved sammenligning av utvalgenes gjennomsnitt blir en effekt fra 0 til 0,2 sett på som lav, resultatet 0,2 til 0,5 viser en moderat effekt og 0,8 eller høyere viser høy effekt. Imidlertid kan slike tommelfingerregler være vilkårlige og bør brukes med forsiktighet (Howitt & Cramer, 2011).

2.7 Oppsummering av metodiske kriterier for utvalg av studier

Kriteriene for utvalg av studier oppsummeres her.

1. Det må ha vært utført en intervensjon med kognitiv atferdsterapi.
2. Deltakerne har en form for angstbasert skolevegring
3. Standardiserte instrumenter må ha vært brukt for å måle symptomer og respons på intervensjon, i dette tilfellet angstsymptomer og oppmøte på skolen.
4. Designet må ha vært ekte-eksperimentelt eller kvasi-eksperimentelt.
5. Personene som har vært utsatt for intervensjon må være barn og unge i grunn- og videregående skole.

3 RESULTATER

3.1 Innledning

Her introduseres de ulike forskningsartiklene som er gjennomgått for å studere effekten av kognitiv atferdsterapi mot skolevegring. Siden studien publisert i 2000 (King et al., 2000) konkluderte et forskningsbehov på feltet, og at det ble antydnet metodologiske krav til hvorledes den videre forskningen burde være, antok jeg at det siden den gang var gjennomført en del studier på området. Det er publisert noe færre studier på feltet enn antatt da denne litteraturgjennomgangen ble igangsatt. Studiene som er valgt ut har gjennomført intervensjoner med utgangspunkt i kognitiv atferdsterapi på barn og/eller unge med skolevegring. Siste inkluderte studie i King et al. sin litteraturgjennomgang er fra 1998 (King et al., 2000), derfor tar denne litteraturgjennomgangen utgangspunkt i studier som er publisert etter den gang. Totalt består gjennomgang av seks intervensjonsstudier, samt to oppfølgingsstudier.

Denne litteraturgjennomgangen består av studier gjort på barn og ungdom, med en form for angstbasert skolevegring. Et kriterium for utvelgelse var at skolefraværet var målt, og målemetoden beskrevet. I tillegg skulle skolefraværet være angstbasert skolefravær. Angsten er ikke like tydelig beskrevet i alle studiene men det er rimelig å anta at skolefraværet er angstbasert i de studiene som er gjennomgått. Intervensjonen er kognitiv atferdsterapi. Og effekten av intervensjonen måles i hvor stort fravær eleven har fra skolen før og etter intervensjon. I utgangspunktet var det et ønske om kun å ta med studier med et ekte-eksperimentelt design, med oppfølgingsstudier for å se i hvilken grad det ble funnet noen langtidseffekt, men jeg fant kun tre studier med ekte-eksperiment og inkluderte derfor studier med andre design i gjennomgangen.

Studiene er alle basert på kognitiv atferdsterapi, men de har ulike fokusområder og måter å gå frem på. I noen studier er angstdiagnose et inklusjonskriterium, men studier som hadde andre faktorer, som eksempelvis depresjon som fører til inkludering i studien ble også tatt med i denne gjennomgangen. Dette forklares i forbindelse med hver enkel studie. I noen av studiene tas implikasjoner for praksis som følge av studien opp, der dette er gjort nevnes det i resultatene nedenfor. I dette kapittelet forkortes kognitiv atferdsterapi til KAT. I de ulike artiklene er det er gjort ulike målinger for å identifisere vansker elevene har, og for å kunne

måle om elevenes vansker har utviklet seg i noen retning i løpet av intervensjonene. når det kommer til skolevegring og skolefravær er ulike måleinstrumenter benyttet. Hvordan målingen er gjort har naturligvis innvirkning på resultatet man får, derfor presenteres også de ulike måleinstrumentene.

3.2 Gjennomgang av studier som er funnet

King, Tonge, Heyne, Pritchard, Rollings, Young, Myerson og Ollendick, gjorde i 1998 en studie med mål om å evaluere effektiviteten av et KAT-program for skolevegrende barn. Studien ble foretatt i USA og publisert i 1998. Dennes studien er med i King et al. (2000) sin gjennomgang men i og med at denne studien har en oppfølgingsstudie som er gjennomført etter 2000 er den også tatt med i denne litteraturgjennomgangen. Utvalget bestod av 34 barn og ungdommer i alderen 5 til 15 år som tok del i et 4 ukers program. Omsorgspersoner, i form av foreldre og lærere, tok også del i behandlingen. Barn som ble valgt ut til studien ble tilfeldig fordelt til et 4 ukers KAT-program eller venteliste-kontrollgruppe. Pre-behandlingsmåling og screeningintervjuer ble gjennomført 2 uker før behandlingen.

Studien hadde en hypotese om at KAT ville bli sett i sammenheng med større bedring i målingen av barnets fungering enn venteliste-kontroll og at KAT ville produsere holdbare terapeutiske mål. Alle barna og ungdommene møtte Berg og kollegers (1969) kriterier for skolevegring. Barna ble ekskludert dersom de hadde fysiske eller psykiske utviklingshemninger, viste psykotiske symptomer eller var suicidale, dersom de tok noen form for medisin mot angst eller antidepressiva, hadde en nåværende somatisk sykdom, eller foreldre som gjennomgikk akutt samlivsbrudd. Alle 20 ungdommer møtte kriteriet om angstlidelse, enten som primærdiagnose (85%) eller sekundærdiagnose (15%). Barnet og foreldrene gjennomgikk diagnostiske intervjuer. «ADIS-C angstlidelse intervju -for barn», og «ADIS-P - for foreldre» basert på «DSM-III-R». Behandlerne var tre registrerte psykologer og cirka 30% av terapitimene ble videotapet, og sjekket med tanke på behandlingsetterlevelse av en uavhengig «rater», det viste seg å være høy grad av etterlevelse på vegne av terapeutene.

Signifikant innen-gruppe forandringer fra pre-behandling til post-behandling ble kun funnet i KAT-gruppen, ($T_{16} = 4,09$, $p < .01$). Behandlingsforbedringer i skoleoppmøte ble opprettholdt

ved oppfølgingen. King et al. (1998) avslutter ved å konkludere med at funnene relatert til skoleoppmøte kan sees både som klinisk signifikant og statistisk signifikant.

King, Tonge, Heyne, Turner, Pritchard, Young, Rollings, Myerson og Ollendick gjorde i 2001 en oppfølgingsstudie av studien presentert over. Tre til fem år etter at behandlingen var avsluttet ble 16 av de 17 barna fulgt opp. Data ble samlet inn ved hjelp av et strukturert telefonintervju. Intervjuet tok for seg a) hvorvidt signifikant bedring i skoleoppmøtet var opprettholdt, b) om det hadde oppstått noen nye problemer på skolen eller i hjemmet og c) den akademiske progresjonen til ungdommen. Som i den opprinnelige studien ble lærere bedt om å sjekke oppmøteprotokollen og gi tilbakemelding om hvor mange dager eleven hadde vært på skolen de siste to ukene. Foreldrene ble også spurt om de husket noen episoder av skolevegring de siste 3 til 5 årene. «Ventelistekontrolldeltagere» ble ikke innlemmet i denne rapporten, da disse barna fikk tilbud om behandling etter at forsøket var fullført. Ved oppfølging viste det seg at 13 av de 16 barna som var tilgjengelige viste normalt oppmøte på skolen ved oppfølgingsstudien. Normalt skoleoppmøte ble i denne studien målt som 90% oppmøte de siste 2 ukene. Disse ungdommene hadde ikke mottatt ytterligere psykologisk behandling mot skolevegring, rapporterte ikke noen nye psykologiske problemer, og positiv tilpasning til skolen viste seg i alle tilfellene. Det var gjennomgående at disse elevene hadde flere nære venner på skolen, og kom overens med lærerne. Generelt ble elevene beskrevet som tryggere på seg selv og mer motstandsdyktige. Akademisk oppnåelse ble beskrevet som gjennomsnittlig. Blant de tre elevene som hadde skoleoppmøteproblemer, så det ut som at lærevansker hadde bidratt til at disse elevene hadde problemer med å komme tilbake til skolen. Én av disse elevene var under gjennomsnittet og to var langt under gjennomsnittet med tanke på akademisk oppnåelse. Generelt støtter disse resultatene langtidseffektiviteten av behandlingsprogrammet samt opprettholdelse av forbedring i oppmøte på skolen.

Ingul et al. (2014) gjennomførte en studie i Norge. Der en individuell kognitiv terapi basert på Clark og Wells (1995) modell ble sammenlignet med en gruppebasert kognitiv atferdsterapi, samt oppmerksomhetsplacebo. Utvalget bestod av 57 ungdom (32 jenter) mellom 13 og 16 år, gjennomsnittsalder var 14.50. Elevene i denne gjennomgangen hadde sosial fobi. De mest vanlige komorbide lidelsene var spesifikk fobi (49%) og generalisert angstlidelse (GAD) (28%). Fraværet ble målt i en 15 ukers periode i det første semesteret. Læreren rapporterte fraværet i hver enkelt time. Eleven hadde så en uke på seg til å forklare

fraværet, og basert på om fraværet ble ansett som gyldig eller ikke, ble det stående eller slettet. På slutten av perioden ble fraværet levert inn, anonymisert og kalkulert. Skolefravær fungerte her som en indikator for forskerne og lærerne på at det var noen galt i elevenes situasjon. Det utgjorde et utgangspunkt for å ta diagnostiske intervjuer på elevene. Dermed kunne flere elever som til vanlig ikke fanges opp bli inkludert i studien. Intervju ble gjennomført ved hjelp av barneverksjonen av «Anxiety Disorder Interview Schedule» for DSM-IV. Intervjuene ble gjennomført på skolene av sykepleiere utdannet innen psykiatri og avgangsstudenter i klinisk psykologi. Inklusjonskriterier i studien var fravær fra skole, elevene måtte gå i 8 til 10 klasse og ha sosial fobi som primærproblem. Forekomsten av psykisk utviklingshemning eller psykoser var eksklusjonskriterier. Deltakere som allerede ble behandlet for mental helseproblematikk ble også ekskludert.

Behandlingen varte i 4 måneder. Den ble utført på skolen. I form av enten Gruppe-KAT rett etter skoletid, individuell KAT i skoletiden eller oppmerksomhetskontroll, også i skoletiden. Terapeutene ble fulgt opp, og sjekket for behandlingsintegritet og following av protokoll ved hjelp av videofilmer og lydband. Målinger ble gjennomført før behandling, etter behandling og ved 12-måneders oppfølging. I denne randomiserte kontrollerte studien viser individuell kognitiv terapi basert på Clark og Wells (1995) modell at ungdom med sosial fobi får signifikante reduksjoner på symptomatologi og funksjonsforstyrrelse like etter behandling og ved 12 måneders oppfølging. Sammenlignet med en KAT-gruppebehandling og en gruppe som kun får «oppmerksomhet», viser opplegget signifikant bedre effekt. Individuell KAT ga bedre effekt enn både gruppe-KAT og placebo. Den individuelle KAT-en viste signifikant reduksjon på symptomer, funksjonsnedsettelse og diagnostiske kriterier både ved post-behandling og 12-måneders oppfølging. Sammenlignet med gruppe-KAT og placebo viste individuell KAT signifikant større effekter både på symptomreduksjon og funksjonsnedsettelse. Det var ingen signifikant forskjell når det kom til gruppe-KAT og placebo. Effektstørrelse for individuell KAT var på 2.07 på symptomer og 2.49 på funksjonsnedsettelse.

Heyne, Sauter, Widenfelt, Vermeinen og Westerberg (2011) undersøkte hvorvidt «The @school program» viste effekt. «The @School program» er et modulbasert program i kognitiv atferdsterapi, der terapien tilpasses utviklingsnivået til individet og hver enkelt families unike problemer. Denne studien tok utgangspunkt i at KAT har effekt, og undersøkte om KAT som er tilpasset det enkelte individ kan være mer effektivt enn ordinær KAT.

Eksempler på behandlingsmoduler utviklet for ungdommen er «å sette seg mål», «mestre stress», og «å takle tankene». Eksempler på moduler utviklet for foreldrene er «å redusere opprettholdende faktorer», «respons på atferd», «styrke en ung persons selvtillit» og «tilrettelegging for skoleoppmøte». I første del av behandlingen, forberedelsesfasen, fikk elevene to timer behandling i uken. I andre del, implementasjonsfasen, var det i snitt en behandlingstime i uken. Studien ble foretatt på «The @school clinic» i Nederland, der 19 familier gjennomgikk hele behandlingsprogrammet. 15 av familiene tok også del i en oppfølgingsstudie etter to måneder. Familiene som deltok i studien fikk ingen betaling for dette. Elevene var mellom 11 og 17 år ($M=14,6$ $SD=1,7$), med snitt-IQ på 100 ($SD:11.2$). Inklusjonskriterier var at elevene skulle være mellom 10 og 18 år, og passe inn i Berg og kollegers kriterier for skolevegning (Berg et al., 1969). Opprinnelig oppnådde 20 familier disse kravene, men én trakk seg for å utrede en mulig autismediagnose. 19 fullførte behandling og 15 familier deltok i oppfølgingsstudiet etter 2 måneder. Alle 20 ungdommer møtte kriteriet om angstlidelse, enten som primærdiagnose (85%) eller som sekundærdiagnose (15).

I denne studien ble oppmøte på skolen, frykt forbundet med å gå på skolen og angst målt. Oppmøte på skolen ble undersøkt av læreren to ganger daglig, for også å fange opp de elevene som forlater skolen i løpet av skoletiden. Skolerelatert frykt ble målt ved «school fear thermometer (SFT)» som er en visuell, analog skala fra 0 til 100 hvor skolevegrende elever rangerer sin frykt for å gå på skolen de siste to ukene (SFT-I), og sitt nivå av frykt for å gå på skolen den neste dagen (SFT-II). Frykt for å gå på skolen, forandret seg ikke mellom pre- og post-behandling, men sank signifikant fra post-behandling til oppfølging ($F(1,15) = 5,93$, $p < .05$). Skolerelatert frykt (målt ved hjelp av FSSC-R og «skoleelementer») sank signifikant mellom pre-behandling og oppfølging. Signifikant reduksjon viste seg mellom pre-behandling og post-behandling ($F(1,15)=14,52$, $p < .01$). Når det kommer til alle ungdommene i utvalget, var det 11 (55%) som ikke møtte det første og andre kriteriet for skolevegning lenger, henholdsvis oppmøte mindre enn 80% og angstlidelse, primær eller sekundær. Forskerne påpeker at det er flere begrensninger ved denne studien som er verdt å kommentere. For det første var designet ikke-kontrollert, ikke randomisert. For det andre hadde studien et lite og etnisk homogent utvalg. Og for det tredje ville det være interessant å undersøke om utviklingssensitiv KAT er mer effektiv enn tradisjonell KAT, dette kunne man undersøkt dersom en kontrollgruppe hadde gjennomgått tradisjonell KAT.

Maric, Heyne, MacKinnon, VanWidenfelt og Westenberg (2013) har på bakgrunn av Heyne et al. (2011) sine data undersøkt hvilke mekanismer som ligger bak endringer i skolevegringen grunnet KAT. Ifølge forfatterne av denne studien (Maric et al., 2013). er det den første som tok for seg hvordan kognitiv atferdsterapi mot skolevegring virker. Det ble undersøkt i hvilken grad mestringsforventning spiller inn på effekten av KAT. Fokuset var rettet mot hvordan KAT mot skolevegring virker og hvilke mekanismer som fører eleven tilbake til skolen. Denne studien hadde som målsetning å undersøke i hvilken grad mestringsstro (self-efficacy) medier KAT-resultater for angstbasert skolevegring. «The Self-efficacy Questionnaire for School Situations- Nederlandsk versjon» ble benyttet. Dette er et selvrapporteringsinstrument utviklet for å måle barn og unges opplevelse av sin evne til å mestre situasjoner assosiert med skoleoppmøte. Spørsmål, som eksempelvis «hvor sikker er du på at du kan takle spørsmål angående hvorfor du har vært borte fra skolen?», besvares på en 5-punktsskala hvor 1=helt sikkert ikke og 5= helt sikkert. Resultater ved post-behandling viste at øking i skoleoppmøte og senkning i frykt angående å gå på skolen dagen etter, ser ut til å medieres av mestringsstro. Den medierende effekten ble ikke sett ved 2-måneders oppfølging. Det ble konkludert med at disse funnene viser delvis støtte for rollen mestringsstro har ved å mediere resultatet av KAT for skolevegring. Trusler som gjør seg gjeldende her er modning, historie og begrepsvaliditet.

Walter, Hautmann, Rizk, Peterman, Minkus, Sinzig, Lehmkuhl og Doepfner (2010)

gjennomførte en studie for å bygge opp kunnskap om hvilken effekt man så av KAT ved innleggelse ved en sengepost. Studien var basert på en hypotese om at det blir en klinisk signifikant reduksjon av skolefravær under terapi ved innleggelse, at denne effekten forblir stabil, og vises ved måling etter en 2-måneders oppfølgingsperiode. Samtidig forventet de en klinisk signifikant reduksjon i andre mentale helseproblemer fra opptak til oppfølging.

Målingene ble gjort ved flere anledninger. Målingene ble gjennomført to måneder før behandlingen (pre1). Dag én av behandlingen (pre2). Måling siste dag av behandling (post) og oppfølgingsmåling to måneder etter behandlingen ble avsluttet (FU1). Studiet hadde ingen kontrollgruppe, men man benyttet pre1 resultatene og gjorde «ventelistekontroll». Walter et al. (2010) undersøkte hvilken effekt en «sengepost» med KAT har på elever med mye skolefravær og samtidig depresjon og/eller angst. Behandlingen fant sted ved innleggelse på en sengepost. Elevene fikk dra hjem på en kort visitt i helgene. Intervensjonen fant sted i nærheten av Köln i Tyskland, mellom januar 2004 og august 2008. Studien bestod av 147

ungdommer, 163 kom innenfor kriteriene, men 16 stoppet behandlingen den første dagen. (Walter et al., 2010).

Inklusjonskriterier var at elevene var mellom 12 og 18 år og hadde kronisk skolefravær. Skolevegring ble målt ved minst 14 dager uten skoleoppmøte eller minst 50 unnlatte timer på den forrige «skolerapporten». I tillegg måtte eleven møte ICD-10 kriteriene for minst en av de følgende diagnosene: spesifikk fobi, andre angst diagnoser, depressiv episode, blandet vanske av atferd eller emosjoner. Ungdommen måtte være referert til behandling ved sengepost på en institusjon, grunnet gjentatte intervensjoner ved andre institusjoner som ikke ga ønskede resultater. I tillegg måtte foreldrene forplikte seg til å møte på ukentlige møter med skolen.

Hovedanalysene gikk ut på å sammenligne pretestene og oppfølgingstestene. Resultat i henhold til skoleoppmøte viste at skolefravær innen de to foregående ukene ved hver måling var signifikant redusert fra de forrige. Ingen av de 147 ungdommene hadde kontinuerlig skoleoppmøte ved første test, men ved posttesten var det 128 som hadde kontinuerlig skoleoppmøte ($p < 0.001$). Det var en signifikant økning fra post til FU1, da 121 elever (82,3%) hadde kontinuerlig skoleoppmøte ($p < 0.001$). Sett som helhet var det stor signifikant oppgang i skoleoppmøte fra pre1 og pre2 til FU1.

Walter et al. (2010) påpekte følgende begrensninger ved denne studien. KAT var ikke eneste faktor som ble endret i studien. Elevene fikk blant annet leksehjelp og ble elever ved en spesialskole. 14% av elevene gikk på medisiner, samtidig som de var plassert på en institusjon, og dermed tatt bort fra situasjonen i hjemmet. Derfor kan ikke de observerte effektene tilskrives den manualbasert KAT-en alene. Videre undersøkelser som har en kontrollgruppe som ikke inkluderer KAT vil kunne avgjøre om det er spesifikk effekt ved denne studien. Forfatterne kommer med følgende konklusjon og anbefaling. Intensiv, midlertidig innleggelse på institusjon kan føre til kontinuerlig skoleoppmøte og gjenopprette muligheten for behandling utenfor institusjonen. Innleggelse ved institusjon er kostbart og tidkrevende, og derfor bør det kun benyttes i situasjoner der andre intervensjoner er forsøkt og ikke fører til bedring (Walter et al., 2010).

Walter, Hautmann, Rizk, Lemkuhl og Doepner (2014) tar for seg langtidseffekten av intervensjonen som er fremstilt ovenfor. Målingene ble foretatt 2 og 9 måneder etter at behandlingen ble avsluttet. Utgangspunktet i oppfølgingsstudien var ungdom identifisert med lite skoleoppmøte mellom desember 2006 og februar 2008. 61 ungdom ble identifisert og 41 ungdom oppfylte inklusjonskriteriene. 39 begynte behandlingen og 36 fullførte. Ved pre 1 og pre 2 var ingen av de 36 ungdommene som fullførte behandlingen regelmessig ansatte eller gikk på skolen, men ved POST, oppfølging 1 etter to måneder (FU1) og oppfølging 2 etter ni måneder (FU2), var det henholdsvis 88,9, 86,1 og 63,9 % av ungdommen som hadde regelmessig skoleoppmøte eller arbeid. På grunn av lite varians mellom pre1 og pre2 ble ikke multilevel analyse gjennomført. Skolefravær sank signifikant fra pre2 til FU2. Fra FU1 til FU2 avtok denne nedgangen noe. Standardisert koeffisient: B PRE2-FU2: 0.28. Det viste seg å være en signifikant forskjell fra pre1 til FU2 selv om det var noe mindre enn fra pre1 til post. Ut fra denne studien kan det hevdes at kognitiv atferdsterapi ved sengepost har positiv effekt på skolevegring, også 2 og 9 måneder etter at behandlingen er fullført og avsluttet. Det var en viss nedgang fra FU1 til FU2 men det var fremdeles signifikant bedring fra pre1. Forfatterne foreslår at man i fremtidige forskningsprosjekt tar i bruk et randomisert kontrollert design og et større utvalg, for å få bedre forståelse av effekten av behandlingen hos pasienter med komorbide mentale helseproblemer.

Beidas, Crawley, Mychailysyn, Comer og Kendall, (2010) testet effekten av «Mestringskatten for barn og unge» (Kendall et al., 2006) mot skolevegringsproblematikk hvor angst ser ut til å være den prinsipielle vansken. Mestringskatten er et modulbasert KAT-program, for barn og ungdom med separasjons-, sosial- eller generalisert angstforstyrrelse (SAD, SP, GAD). Mestringskatten er utviklet av Kendall (2006), som også er bidragsyter i studien. Studien gir en klinisk beskrivelse av ungdom som presenteres for en «outpatient anxiety disorders clinic» med en hoveddiagnose av GAD, SP og SAD og samtidig skolevegring, og evaluerer effektiviteten av KAT. Studien tar utgangspunkt i en hypotese om at både angst og depresjonssymptomer vil synke signifikant i løpet av behandlingen, og at ungdommen vil respondere på KAT.

Studien hadde et opprinnelig utvalg på 27 barn og unge mellom 7 og 16 år (M 11.03, SD 2.50) som har angst med komorbid skolevegring (Beidas, Crawley, Mychailysyn, Comer, & Kendall, 2010). Utvalget bestod av 27 barn (17 gutter), men av ulike årsaker fullførte kun 12 barn behandlingen. For å bli med i behandlingen måtte barna møte kriteriene i en

klassifisering av skolevegringsatferd. Skolevegringsatferd ble i denne studien identifisert ved at de var på minst nivå 4 i en rangering av klinisk alvorlighetsgrad. Nivå 4 vil si at eleven gjentatte ganger kommer for sent på skolen, har perioder med fravær hele dager eller timer, at de møter opp på skolen, men forlater den i løpet av dagen. Eleven har minst 14 dager fravær dette semesteret. Samt hyppige møter hos helsesøster som følge av at eleven har mistet mer enn 14 timer dette semesteret.

Studien benyttet et ukontrollert, pre-post behandlingsdesign. Barna ble inkludert i behandlingen dersom deres primærvanske var separasjons-, sosial- eller generalisert-angstforstyrrelse. Barn med andre vansker ble inkludert, så lenge det ikke var primærvansken, eksempelvis opposisjonell atferdsforstyrrelse, ADHD eller depresjon. Barna fikk enten individuell eller familiebasert KAT. Behandlingen var fra 16 til 20 timer. Del én av behandlingen gikk var psykoedukasjon. Forenklet består det av å lære barna å gjenkjenne angstvekkende følelser, erkjenne sine tanker, og lære ferdigheter for å lindre eller mestre angst. Del to av behandlingen går ut på konkrete teknikker barna kan benytte når angst oppstår.

75% (N=9) av elevene som viste skolevegrende atferd ved «pre-behandling» viste ikke tegn til skolevegring ved «post-behandling». Denne studien hadde et lite utvalg og 41 % av barna droppet ut av studien. Ifølge forfatterne er mulige faktorer som kan ha bidratt til den høye frafallsraten at programmet ikke var rettet spesielt mot skolevegring, og at mer alvorlige tilfeller av angst tok oppmerksomheten fra deltagelse i studien. Det er mulig at de mekanismene som førte til at elevene ikke ville gå på skolen også førte til at elevene droppet ut av denne studien.

Beidas et al. (2010) konkluderte med at denne studien kan vise til en indikasjon på at ungdom med angstproblematikk som sliter med skolevegring viser en bedring i angst og i skolevegringsproblematikk etter intervensjon med mestringskatten. De påpeker at det er en del begrensninger ved studien. Blant annet veldig små utvalgsgrupper, spesielt når man ser på de ulike diagnosene. I tillegg så ikke studien på hvilke faktorer som kunne ha ført til skolevegringsproblematikken. Og studien mangler kontrollgruppe.

Layne, Bernstein, Egan og Kushner (2003) forsøkte i denne studien å identifisere predikatorer av behandlingsrespons på behandlingen av et KAT-program hos elever som mottok medisin eller placebo ved siden av. Målet var å se hvorvidt KAT og medisiner ga sterkere resultater enn KAT og placebo.

Layne et al. (2003) tar for seg to grupper med barn som sliter med skolevegring og angst eller depresjon. Studien var en randomisert, kontrollert studie. En gruppe på 21 elever får KAT og imipramin, og en gruppe på 20 får KAT og placebo. Utvalget til studien baserer seg på en tidligere studie (Bernstein et al., 2000) som inkluderte 63 ungdommer. I behandlingsstudiet droppet 25% (n=16) ut, her er de 41 gjenværende tatt med. Utvalget bestod av 23 jenter og 18 gutter, fra 12-18 år (m=14,7 år). Inklusjonskriteriene i denne studien var 1) fravær minst 20% av skoledagene de siste 4 uker før første måling, 2) postpubertal, 3) diagnostisert med minst en angstlidelse og/eller depresjon, 4) skåren ≥ 5 på «anxiety rating for Children-revised», og 5) skåre på ≥ 35 på «Children depression rating scale-revised». Eksklusjonskriterier var diagnosene ADHD, atferdsforstyrrelse, bipolar affektiv lidelse, spiseforstyrrelser, psykoser, misbruk av rusmidler og/eller at eleven hadde utviklingshemning.

Elevene hadde en «renselsesuke» hvor alle fikk placebo før intervensjonen startet, med hensikt om at eventuelle medisiner de hadde i kroppen skulle renses ut. Slik forsøkte forskerne å legge til rette for at elevene hadde så likt utgangspunkt som mulig før intervensjonen. Deretter ble deltagerne tilfeldig fordelt til en gruppe med placebo og KAT og en gruppe med Imipramin og KAT. Behandlingen bestod av et individuelt, manualbasert, KAT-program som innebar åtte uker med terapibehandlinger på 45-60 minutter. Elevene møtte også en psykiater en gang i uken, som ikke var klar over om eleven fikk placebo eller imipramin, og psykiateren skulle overvåke bivirkninger, etterlevelse til programmet, og måle generell bedring. Det var forventet at elever med alvorlig skolevegring ville ha svakere respons på KAT sett i sammenheng med elever med mindre alvorlig skolevegring. Tilføyelsen av en medisin i tillegg til KAT resulterte i signifikant høyere sannsynlighet for å få en positiv respons på behandlingen.

Det ble benyttet en hierarkisk multippel regresjonsanalyse. Det er en analyse hvor man forsøker å se hvilken effekt hver enkelt faktor har på utfallet. Forskeren velger selv i hvilken rekkefølge de ulike faktorene skal innlemmes. Dermed kan man sjekke for og utelate faktorer som kjønn og sosiokulturell bakgrunns innvirkning på effekten av behandlingen.

Alvorlighetsgraden av skolefraværet i utgangspunktet, hvilken «medisingruppe» eleven

tilhørte og diagnosene separasjonsangst (SAD) og unngående personlighetsforstyrrelse (Avoidant disorder - AD) viste seg å være signifikante predikatorer for responsen på KAT. Svake resultater på behandlingen var predikert av 1) lavere skoleoppmøte ved start, 2) motta placebo istedenfor imipramin 3) å være diagnostisert med SAD eller AD. Til sammen sto disse variablene for en betydelig mengde av behandlingsresponsvariansen (51%). Den sterkeste predikatoren for behandlingsutfall var grad av oppmøte på skolen ved oppstart og deltagelse i medisingruppe.

Svakheter ved denne studien var at utvalgsstørrelse ifølge forfatterne var for liten til å muliggjøre omfattende evaluering av predikatorer og måling av potensielle moderatorer av behandlingsrespons. Undersøkelsen har også begrensninger når det gjelder andre antidepressive medisiner, i og med at det kun er imipramin som er undersøkt kan man ikke vite om den samme effekten vil oppstå ved bruk av KAT og andre medisiner. Denne studien indikerer at en multimodell tilnærming som inkluderer både KAT og imipramin predikerer en bedre respons på behandling hos ungdommer med skolevegring, sammenlignet med KAT og placebo. Forfatterne kom med følgende konklusjon og anbefalinger på basis av studiens resultater: Ungdom med skolevegring er en heterogen gruppe, dette krever individuell behandlingsplanlegging. Variabler som diagnose og alvorlighetsgrad må tas i betraktning når man planlegger behandlingen og behandling med KAT i sammenheng med medisin kan være effektivt.

3.3 Oppsummering av funn

Her presenteres alle artiklene i kortform slik de lettere kan sees opp mot hverandre. Se tabell neste side. Måleinstrument for angst og skolevegring er forkortet, se s. 55 for fullt navn og referanse, samt en kort gjennomgang. Dersom det er ønsket å lese mer om disse instrumentene henvises leseren til den respektive kilden.

Hovedtendensene i studiene var at kognitiv atferdsterapi viste effekt mot skolevegring. Men ulike faktorer kunne vært undersøkt nøyere. I studien til King et al.(1998) ble signifikant innengruppe forandring fra prebehandling til postbehandling funnet i KAT gruppen, og opprettholdt ved 12 måneder, forfatterne konkluderte med at resultatene i studien hadde klinisk og statistisk signifikans (King et al., 1998). Når disse resultatene i tillegg viser seg å være stabile ved 3 til 5 års oppfølging (King et al., 2001), tyder denne studien på at kognitiv

atferdsterapi mot skolevegring viser effekt. Resultatene i Ingul et al. (2014) viser også en signifikant effekt. Resultatene indikerer at individuell-KAT er signifikant bedre enn både gruppe-KAT og oppmerksomhetskontroll. Effekttørrelse for individuell KAT er på 2.07 på symptomer og 2.49 på funksjonsforstyrrelse. Dette er en høy effekt ifølge Cohens D skalaen som er referert til tidligere. I denne studien ble resultatene fulgt opp etter 12 måneder, dette styrker grunnlaget for å tro at kognitiv atferdsterapi har effekt. I studien til Walter et al. (2010) viste alle studentene omfattende eller kronisk skolevegring sammen med andre mentale helseproblemer ved inntak til studien, og det hadde vært gjort forsøk på å utføre tiltak uten noen bedring. Ved en sengepost viste det seg signifikant bedring fra post til oppfølging, da 121 elever (82,3%) hadde kontinuerlig skoleoppmøte ($p < 0.001$). I oppfølgingsstudien (Walter et al., 2014) sank skolefraværet signifikant fra pre2 til FU2. Disse studiene indikerer en effekt av kognitiv atferdsterapi mot skolevegring ved innleggelse på institusjon, men man kan ikke med sikkerhet konkludere med at det er kognitiv atferdsterapi som har ført til bedring da det ikke er noen kontrollgruppe i denne studien. I studien til Heyne et al. (2011) var nedgang i skolerelatert frykt signifikant fra pre til oppfølging. Behandlingen viste fra middels til stor effekt. Men dette var en ukontrollert studie, med etnisk homogent utvalg, og det gjør det vanskelig å generalisere resultatene på bakgrunn av denne studien. I studien til Beidas et al. (2010) viste intervensjonen effekt sett opp mot ventelistekontroll, men det var i denne studien høyt frafall, samtidig som det ikke var kontrollgruppe. Dette gjør disse resultatene vanskelig å generalisere, og studien blir sett på som en pilotstudie, som fordrer mer dyptgående forskning for å kunne konkludere med effekt av mestringskatten mot skolevegring. I studien til Layne et al. (2003) viste KAT og imipramin seg signifikant mer effektiv enn KAT og placebo, men det er vanskelig å generalisere på bakgrunn av denne studien grunnet inklusjonskriteriene som ble brukt. Kliniske implikasjoner som følge av denne studien er at kognitiv atferdsterapi sammen med medisin gir større effekt for noen diagnosegrupper. Men hovedsakelig er funnet i denne studien at elever med skolevegring er en heterogen gruppe som trenger individuell behandling, som både tar i betraktning elevens diagnoser og alvorlighetsgrad.

Som vist ovenfor peker alle studiene i samme retning, men det mangler fremdeles noe dokumentasjon i forhold til konklusjoner og generaliseringer angående effektiviteten av kognitiv atferdsterapi mot skolevegring hos barn og ungdom.

TABELL 2. Resultater oppsummer

Forfattere	Design	Kontroll-gruppe	Alders gruppe	Utvalg	Tiltsakskomponent/ kontrollgruppe	Måleinstrument skolevegring	Måleinstrument angst	Resultat
King et al., 1998)	Randomisert kontrollert design	Ja	5-15 år	34	1. KAT (17) 2. Kontrollgruppe (17)	Berg og kollegers kriterier (1969)	DSM-angstlidelse. ADIS-C/P	Signifikant inngangsgruppe forandring fra pre til post funnet i KAT gruppe, opprettholdt ved 12.mnd.
King et al., 2001	Oppfølgingsstudie	Ja	(5-15 år)	16	KAT	Berg og kollegers kriterier (1969)	DSM-angstlidelse. ADIS-C/P, ICD krit: SD, SPD, GAD	13 av 16 elever hadde i oppfølgningen normalt oppmøte i skolen
Walter et al., 2010	Ikke-randomisert	Venteliste-kontroll	12-18 år	163 (147)	KAT ved sengepost	14 dager skolefravær/50 timer forrige skolerapport	DIPSYS-KJ, ICD krit: SD, SPD, GAD	Signifikant økning fra post til FU1, da 121 elever (82,3%) hadde kontinuerlig skoleoppmøte (p<0.001).
Walter et al., 2014	Oppfølgingsstudie	Venteliste-kontroll	(12-18 år)	41 (34 fullførte)	KAT ved sengepost – oppfølging etter 3-5 år	14 dager skolefravær/50 timer forrige skolerapport	DIPSYS-KJ	Skolefravær sank signifikant fra pre2 til FU2.
Ingul et al., 2014	Randomisert-kontrollert studie	Ja	13-16 år	57	1. KAT-individuell 2. KAT-gruppe 3. Oppmerksomhets-kontroll	Skolefravær og sosial fobi	ADIS-C, SPAI-C, STABS	Resultatene indikerer at KAT-1 er sign. bedre enn KAT-G og placebo. Effektsørrelse for individuell KAT: 2.07 på symptomer og 2.49 på funksjonsforstyrrelse.
Heyne et al., 2011	Ikke-randomisert (2 mnd. oppfølging)	Nei	10-18 år	20	The @School Program (familie-/individuell KAT)	Berg og kollegers skala, SFT	MASC, FSSC-R, ADIS-C/P	Nedgang i skolerelatert frykt, signifikant fra pre til oppfølging.
Beidas et al., 2010	Ikke-randomisert Ukontrollert, pre-post behandling	Nei	7-16 år	27 (12 fullførte)	Mestringskatten (familie-/individuell KAT)	Nivå 4 – klimisk alvorlighetsgrad, gjentatte ganger for sent, perioder med fravær hele dagen, møter opp forlater skolen i løpet av dagen, minst 14 dager fravær	MASC, ADIS-C/P, CGAS	Effekt sett opp mot venteliste-kontroll, men høyt frafall
Layne et al., 2003	Randomisert kontrollert studie	Ja	12-18 år	41	1. KAT og imipramin 2. KAT og placebo	Basert på ukentlige opptellinger av skoleoppmøte	ARC-R	KAT og imipramin signifikant mer effektiv enn KAT og placebo

TABELL 3. Måleinstrument

Måleinstrument skolevegring	
SFT (Heyne & Rollings, 2002)	School fear thermometer – Skolefrykt termometer
Berg og kollegers kriterier for skolevegring (Berg et al., 1969; Bernstein, Crosby, Perwien, & Borchardt, 1996)	Skolevegring operasjonalisert som følger, A) Mindre enn 80% oppmøte i de siste to ukene (sett bort fra gyldig fravær). B) tilstedeværelse av DSM-IV angstlidelse (unntatt OCD eller PTSD). C) foreldre visste hvor barna var når de var borte fra skolen (dvs. ikke skulk). D) ingen DSM: atferdsforstyrrelse på nåværende tidspunkt. E) Foreldre måtte nylig ha uttrykt at de ønsket at deres barn skal oppnå normalt skolefravær.
Måleinstrument angst	
ADIS-C/P (Albano & Silverman, 1996; Silverman & Albano, 1996)	«Anxiety Disorders Interview Schedule-Child/Parent» Et semistrukturert diagnostisk intervju for å samle informasjon om et barns symptomer og bestemme DSM-diagnoser. Denne inkluderer en skolevegringsmodell – med spørsmål om skoleangst, situasjoner/objekter som fører til angst i skolen, og alvorlighetsgrad samt lengde når det kommer til fravær fra skolen.
ARC-R (Bernstein et al., 1996)	Klinisk rangeringsmål av angstsymptomer
FSSC-R (Ollendick, 1983)	«The Fear Survey Schedule of children revised» Skolerelaterte elementer, som differensierer mellom skolevegrere og barn og unge med angst som ikke er skolevegrere.
MASC (March, Parker, Sullivan, Stallings, & Conners, 1997)	«Multidimensional Anxiety scale for Children» en selvrporteringsundersøkelse basert på fire hovedskalaer, rangert fra 0-aldri til 3-ofte. Fysiske symptomer (eksempel: spenning), sosial angst, skadeunngåelse (eksempel: perfektjonisme) og separasjonsangst.
DIPSYS-KJ (Döpfner & Lehmkuhl, 1998)	«German semistructured clinical interview» basert på diagnosekriteriene fra DSM-IV og ICD-10.
CGAS (Shaffer et al., 1983)	«Childrens global assessment scale» Mål av barnets globale psykologiske funksjon i en spesifikk tidsperiode fra 1-100.
ICD krit: SD, SPD, GAD (Verdens Helseorganisasjon, 2011)	Kriterium om en ICD diagnose av enten sosial angst, separasjonsangst eller generalisert angst
SPAI-C (Beidel et al., 1995)	«Social-phobia and anxiety intervention for children» en selvrporteringsundersøkelse designet for å måle symptomer på sosial fobi basert på DSM-IV.
STABS (Turner, Johnson, Beidel, Heiser, & Lydiard, 2003)	«Social Thought and belief scale» en selvrporteringsundersøkelse designet for å måle kognisjon hos individer med sosial fobi.
Måleinstrument annet	
SEQ-SS-NL (Heyne et al., 1998)	«Self-efficacy Questionnaire for school situations» Nederlandsk versjon.

4 DISKUSJON

4.1 Målet med denne oppgaven

I oppgaven undersøkes kunnskapsstatus når det kommer til effekten av kognitiv atferdsterapi mot skolevegring hos barn og ungdom. Forskningsartikler som tar for seg kognitiv atferdsterapi mot skolevegring er gjennomgått. Disse studiene må sees i sammenheng for å undersøke om kognitiv atferdsterapi kan ha effekt mot skolevegring. En tidligere litteraturgjennomgang publisert for 15 år siden vurderte denne type tiltak som lovende, men etterlyste flere studier med bedre design (King et al., 2000). For å undersøke effekten av kognitiv atferdsterapi må resultatene i kapittel 3 vurderes opp mot metodekriterier fra kapittel 2. Med utgangspunkt i informasjon som kom frem i de to foregående kapitlene drøftes det nå hvorvidt det er mulig å konkludere med at kognitiv atferdsterapi har effekt mot skolevegring og hvordan dette samsvarer med teori og tidligere forskning. I tillegg drøftes det i hvilken grad resultater fra disse studiene kan overføres til norsk praksis og hvordan dette kan foregå.

4.2 Kriterier for utvelgelse av studier

Forskningen som er gjort på feltet tidligere spriker i stor grad, både metodisk og med hensyn til inklusjonskriterier for deltakere. Det var derfor utfordrende å velge kriterier for utvelgelse av artikler til litteraturgjennomgangen. Kriteriene for utvelgelse av studier i denne oppgaven er 1) at det må ha vært utført en type kognitiv atferdsterapi, 2) deltakerne har angstbasert skolevegring, 3) standardiserte instrumenter må ha vært brukt for å måle symptomer og respons på intervensjon, i dette tilfellet angstsymptomer og oppmøte på skolen, 4) forsøkene må være et kvasi- eller ekte-eksperiment og 5) personene i undersøkelsene må være barn og unge i grunn- og videregående skole.

Fordi at både skolevegring og angst har blitt definert på ulike måter, måtte søkene i databasene gjøres med utgangspunkt i ulike begrep. Dette gjorde det omfattende å gjennomføre søk i de ulike databasene, og det kan ikke utelukkes at noen studier er blitt oversett i denne prosessen. For å redusere risikoen for dette er det forsøkt å være systematisk og nøye i søkeprosessen, samt deltatt på søkeveiledning på Universitetsbiblioteket i Oslo. I tillegg er referanselistene i studiene som er inkludert i undersøkelsen gjennomgått for å lete etter ytterligere studier.

4.3 Oppsummering av resultater

I de ulike studiene som ble inkludert i litteraturgjennomgangen har effektiviteten av kognitiv atferdsterapi mot skolevegring blitt undersøkt. Alle studiene har til en viss grad funnet effekt av intervensjonen. I studiene er det benyttet ulike design og begrepene er operasjonalisert på ulike måter. Dermed stiller disse studiene ulikt med tanke på generalisering. Det kan videre stilles spørsmål om resultatene virkelig reflekterer en effekt av intervensjonen. Hvorvidt man med bakgrunn i disse studiene kan konkludere med en generell effekt av kognitiv atferdsterapi mot skolevegring drøftes herunder med utgangspunkt i krav til vitenskapelig metode.

4.3.1 Metodologiske begrensninger

For å undersøke om det er mulig å trekke slutninger på bakgrunn av de resultatene som kom frem i resultatdelen undersøkes metodologiske utfordringer i studiene som er gjennomgått.

Eksperimenter vs. kvasi-eksperimenter

Flere av studiene er designet som kvasi-eksperimenter. Kvasi-eksperimenter er i en mellomposisjon med tanke på indre validitet. Selv om ekte eksperimentelle design som regel er fordelaktige ved måling av kausal effekt på grunn av den effektive kontrollen med irrelevante faktorer er det store forskjeller innen kvasi-eksperimentelle design som gir mulighet for å trekke ulike konklusjoner (Shadish, Cook, & Campbell, 2002). Som nevnt i metodekapittelet er det i mange tilfeller praktisk og etisk umulig å bruke ekte eksperimentelt design og et kvasi-eksperimentelt opplegg kan da være et alternativ (Lund, 2002). En svakhet ved flere av studiene er mangel på kontrollgrupper. Studien av Walter et al. (2014) brukte ventelistekontroll. De påpeker selv at en stor svakhet var at studien deres manglet kontrollgruppe. Dermed er det vanskelig å attribuere forandringen til behandlingen i seg selv, og utelukke at andre faktorer kan ha bidratt til endring. Studien av Heyne et al. (2011) manglet også kontrollgruppe da effekten av utviklingssensitiv KAT ble undersøkt, og det ville vært interessant om programmet kunne sammenlignes med ordinær KAT. Først da kunne man konkludere med tanke på effekt ved utviklingssensitiv KAT. Ventelistekontroll i stedet for ekte eksperimentelle design figurerer i flere av studiene. Dette fungerer som en kompensasjon for kontrollgrupper, ved at man undersøker endringer i elevenes skolevegringsatferd etter intervensjon mot endringer i tiden de sto på venteliste. Dermed opptrer elevene som kontrollgruppe for seg selv. En bakdel med denne form for design er at faktorer som modning

og historie kan være med på å påvirke resultatene. Når det kommer til denne litteraturgjennomgangens studier er det som tidligere nevnt stor variasjon i valg av design, men studiene til King et al. (1998; 2001) Ingul et al. (2014), og Layne et al. (2003) har randomiserte eksperimentelle design. Derfor gir disse studiene størst grunn til å tilskrive KAT endringer. Likevel kan ekte eksperimentelle design føre til kunstige situasjoner, og gjøre det vanskelig å generalisere på bakgrunn av forskningen Lund (2002). Dette er ofte et mål i pedagogisk-psykologisk forskning og det er en av årsakene til at det ofte benyttes kvasi-eksperimentelle design.

Utvalg

Det er ulike fremgangsmåter for å få et utvalg, og hvordan man gjør det får konsekvenser for representativiteten og generaliseringen. Kun studien av Walter et al. (2010) er gjennomført på et utvalg med over 100 elever. Walter et al. (2010) har et klinisk utvalg, og varsomhet må vises med hensyn til generalisering. Utvalget som blir brukt i kliniske studier er ofte skjeve og er ikke nødvendigvis generaliserbare til det brede spekteret av skolevegring, hevder Shilvock (2010). Muligheten for generalisering avhenger av hvilken grad utvalget representerer populasjonen, og små utvalg kan være mer representative enn store. Små grupper er ikke nødvendigvis et problem. Hovedspørsmålet er om utvalget er representativt for populasjonen. Små grupper reduserer statistisk styrke og dermed blir muligheten for å gjøre type 2 feil større. Det vil si at man ikke klarer å påvise en effekt som faktisk er tilstede i populasjonen. Utvalget blir dermed for lite til å vise signifikant effekt, for å kunne generalisere resultatene til større deler av populasjonen. For eksempel er det et lite og samtidig etnisk homogent utvalg i studien til Heyne et al. (2011). Dermed kan det være vanskelig å trekke slutninger om effekten kan overføres til andre grupper på bakgrunn av denne studien. I denne sammenheng er det viktig å huske at skolevegrere er en heterogen gruppe (Thambirajah et al., 2008). Derfor kan det være vanskelig å finne representative utvalg. I tillegg kan det være etisk utfordrende å ikke tilby hjelp til alle elever som sliter med skolevegring. Muligens viser heterogeniteten i skolevegring at det også må tas subjektive hensyn i behandlingen av skolevegreren.

Når man ser på utvalget i de ulike studiene, er det varierende i hvilken grad utvalget er tatt fra en heterogen gruppe. Det er også varierende hvorvidt den populasjonen utvalget tas fra representerer populasjonen som helhet. Den skolevegrende gruppen gir seg selv, og det kan være vanskelig for forskeren å aktivt velge en mer heterogen gruppe. Ytre validitet kan i

denne litteraturgjennomgangen styrkes ved å anvende teori og resultater fra annen forskning (Lund, 2002). Det at alle de seks studiene antyder de samme resultat styrker muligheten for generalisering, selv om ikke utvalget i hver enkelt studie er representativt for populasjonen.

Oppfølging

Oppfølgingsstudier kan gi svar på om intervensjonene har effekt kun gjennom intervensjonsprosessen, eller om de også gir langvarig virkning. Dersom intervensjonene har virkning på lang sikt, gir det antydninger om at man bør benytte denne formen for intervensjoner. Det kan også gi indikasjoner på om det er hensiktsmessig med støtteprogram for å opprettholde behandlingseffekten i tiden etter at behandlingen er ferdig, samt hvor lenge det er behov for behandling. Oppfølgingsstudier kan også gi svar på hvorvidt studier er valide. Dette gjelder eksempelvis i forhold til oppmerksomhetseffekten, da den vanligvis vil bli svekket. Det kan stilles spørsmål ved om det var oppmerksomheten elevene fikk som gjorde at de kom tilbake til skolen, eller KAT-behandlingen. I studien til Ingul et al. (2014) ble en kontrollgruppe kun tilført «oppmerksomhet», og man sjekket dermed om oppmerksomhet alene hadde effekt. Imidlertid er det å gi klienten oppmerksomhet i seg selv en del av KAT, ved at terapeuten etablerer en relasjon. Det å bli sett og anerkjent som menneske kan ha stor betydning dersom dette mennesket til vanlig ikke blir sett. Dermed kan det også være en del av den kognitive atferdsterapeutiske behandlingen. Selv om dette er en del av KAT er det likevel nyttig å undersøke om KAT gir effekt utover oppmerksomhet. Dersom oppmerksomhet alene hadde ført til like god bedring som KAT alene, ville de andre faktorene i behandlingen kunne sees på som unødvendige.

Dersom alle studiene hadde hatt oppfølging, ville det styrket muligheten for sammenligning og gitt verdifull informasjon med tanke på langtidseffekten av intervensjonen. Med hensyn til litteraturgjennomgangen er det funnet to studier med egne oppfølgingsstudier, henholdsvis tre til fem år etter intervensjonen og to og ni måneder etter intervensjonen (King et al., 2001; Walter et al., 2014). I tillegg undersøker Ingul et al. (2014) sin studie effekten etter 12 måneder. I alle disse oppfølgingsstudiene viste intervensjonene fremdeles effekt. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at elevene som har opplevd god virkning av intervensjonen ofte er de samme elevene som sier ja til å delta i oppfølgingsstudier. Dermed kan resultatene i oppfølgingsstudiene bli unaturlig høye. I studien til King et al. (2001) samlet de inn resultater i oppfølgingsstudien per telefon. Dette kan ha redusert muligheten for at kun elever som har fått effekt av intervensjonen deltar ved oppfølging.

Selvrapportering og instrumentering

I denne litteraturgjennomgangen er det stort sett elevene selv som rapporterer følelsen av angst. Selvrapportering kan føre med seg enkelte problemer med hensyn til validering. Det er likevel flere av disse selvrapporteringsskjemaene som er standardiserte og utprøvd, men på grunn av oppgavens omfang har det ikke latt seg gjøre å undersøke hver enkelt studies måleinstrumenter.

Datainnsamlingen i flere av studiene er basert på barnets egne uttalelser om vansker og dette kan påvirke validiteten til studien. Dette vil avhenge av det enkelte spørreskjema, og noen former for selvrapportering kan i visse aldersgrupper og for noen emosjonelle problemer samsvare med andre former for testing. Blant annet viser Norwood (2007) at barn og unge i skolealder kan være i stand til å rapportere egne problemer, da spesielt med tanke på emosjonelle og internaliserende problemer. Selvrapportering og kliniske intervjuer for å undersøke endring fordrer likevel varsomhet i henhold til konklusjoner. For å måle skolevegring er angsten målt ved elevens følelse av frykt for å komme på skolen, mens skolefravær er målt ved å se på det faktiske antall timer eller dager eleven er borte fra skolen. Ustandardiserte prosedyrer for hvordan man måler gir økt fare for instrumentering. Instrumentering handler om forhold ved måleinstrumentene og måleprosessene som kan resultere i kunstige resultater på gruppenivå. Eksempelvis kan det omfatte gulv- og takeffekter, ikke-konstante enheter og systematiske endringer. Standardiserte måleinstrumenter minsker instrumenteringstruslene. En styrke ved flere av studiene i denne gjennomgangen er at de har brukt standardiserte målinger. Eksempelvis bruker Beidas et al. ADIS-CP, CGAS, MASC, CDI og CBCL som er alle har høy eller moderat retest reliabilitet ifølge Beidas et al. (2010). Angstbasert skolevegring er i de ulike studiene i denne gjennomgangen målt med ulike tester (se tabell s. 55) og med varierende validitet. Med tanke på studiene gjennomgått i denne litteraturstudien er selvrapportering, lærer- og foreldrerapportering, samt ulike diagnoseintervjuer mye brukt. Derfor tror jeg at instrumenteringstrusselene ikke gjør seg gjeldende i stor grad, men oppfordrer til varsomhet i forhold til generaliseringer, da jeg ikke har gått inn i hvert enkelt måleinstrument for å undersøke reliabiliteten.

Inklusjonskriterier

De ulike intervensjonsstudiene har ulike inklusjonskriterier. Det kommer frem i gjennomgangen av disse artiklene, som diskutert innledningsvis, at skolevegring blir ulikt operasjonalisert. Dette kan gjøre det vanskelig å trekke konklusjoner med utgangspunkt i disse studiene. Det var forskjeller mellom studiene med tanke på om de inkluderte elever med komorbide vansker. Eksempelvis ble alle elever med blant annet AD/HD eller spiseforstyrrelser ekskludert fra Heyne et al. (2011), mens i Beidas et al. (2010) ble barn med slike forstyrrelser inkludert i studiene, så lenge de ikke var primærforstyrrelser. På samme måte ble elever som gikk på medisiner ekskludert i King et al. (1998) mens elever som gikk på medisiner ble inkludert i Layne et al. (2003). Konsekvensen av ulike inklusjonskriterier er blant annet at det er vanskeligere å sammenligne behandlingseffektene.

Samtidig viser studiene at skolevegring er en svært heterogen vanske, med opprinnelse i ulike miljømessige, skolemessige og individuelle faktorer. Kognitiv atferdsterapi ser ut til å ha en viss effekt i alle disse studiene. Så lenge man er klar over, og har et bevisst forholdt til operasjonaliseringene av skolevegring, bør det være mulig å se på disse studiene i sammenheng, til tross for at det kan være vanskelig å trekke sikre konklusjoner.

Statistisk regresjon

Når det kommer til statistisk validitet kan regresjon mot gjennomsnittet gjøre seg gjeldende i denne litteraturgjennomgangen. Ved skårer i enden av skalaen det økt sannsynlighet for å få resultater som er nærmere normalen ved andre måling. For eksempel vil det ved målinger av høyt fravær være mer sannsynlig at elevene har lavere fravær ved neste testsituasjon. Dette kan være aktuelt i studiene som er gjennomgått her, fordi alle elevene har relativt stort skolefravær. I denne sammenhengen er dette en ekstremskåre, som kan tendere mot det normale ved neste måling. Dette er ekstra viktig dersom skolefravær kun har blitt målt i en kort periode. På den annen side kan dette aldri utelukkes i effektstudier.

Manualbaserte intervensjoner

Dersom studien mangler manual kan man risikere at behandlingen ikke blir lik for alle deltakerne. Samtidig gjør man det vanskelig å gjenta studien senere for å sjekke resultatene. Dette er det tatt hensyn til i studiene i denne litteraturgjennomgangen og behandlingen i alle studiene er manualbasert (Beidas et al., 2010; Heyne et al., 2011; Ingul, 2014; King et al., 2001; King et al., 1998; Layne et al., 2003; Walter et al., 2014; Walter et al., 2010). Dette

fører til større sannsynlighet for at elevene får lik behandling hver gang, noe som kan styrke reliabiliteten ved fremtidige målinger. Reliabilitet innenfor de respektive studiene kan også måles i forhold til manualene. I studien til Heyne et al. (2011) ble terapitimene filmet slik at man kunne sjekke manualssensitivitet i etterkant. Her viste det seg at manualene var fulgt godt. Denne gode reliabiliteten kan skyldes at behandlerne visste at de ble filmet og derfor fulgte manualene nøye. I Ingul et al. (2014) ble terapeutene sjekket for manualsensitivitet ved hjelp av video og lydbånd. I Walter et al. (2010; 2014) ble også terapeutene sjekket for manualsensitivitet men her ved overvåkning av prosjektlederen to timer i uken. I denne litteraturgjennomgangen har alle studiene basert intervensjonen på en manual, og flere av studiene har fulgt opp hvorvidt forskerne har holdt seg til manualen i behandlingen. Dermed ser det ut til det er mulig å etterprøve resultatene i disse studiene.

Frafall fra studiene

I noen av studiene var det spesielt stort frafall (Beidas et al., 2010; Layne et al., 2003). Frafallet må tas i betraktning når man ser på resultatene til studiene. Frafall fra studien er alvorlig dersom det virker inn på en systematisk måte. Det er ikke nødvendigvis slik at alle elevene som er tatt ut i disse studiene er skolevegrere. For eksempel kan elever ha blitt valgt ut på bakgrunn av at de har vært borte fra skolen i 2 uker, fordi de har vært syke, og i tillegg har angst. Dermed blir dette en mulig feilkilde. Det kan hende at de elevene som falt fra studiene er de elevene med mest alvorlig skolevegringsproblematikk. Blant elevene som ble med i behandlingen kan det være elever i tidlig utvikling av skolevegring, eller elever som feilaktig er tatt med i kategorien skolevegring. Når det kommer til frafall kan det hende at de mest engasjerte og motiverte elevene, med svakest grad av skolevegring, er overrepresentert blant de som tok del i hele behandlingen. Samtidig kan det tenkes at de med en mer alvorlig grad av skolevegring muligens er vanskeligere å behandle, og at det er større sannsynlighet for å falt fra behandlingen. Dette kan settes i sammenheng med forskning som antyder at skolevegrere som får behandling tidlig er de som får best virkning av intervensjonen (Elliott, 1999; King & Bernstein, 2001). I Layne et al. (2013) sin studie så det ut til at høyt fravær før behandling predikerer dårlige resultater av behandlingen.

Det kan også stilles spørsmålsteget ved om frafall fra behandlingen reflekter skolevegringen som fenomen, og når elever slutter å delta i behandling kan det være et tegn på deres utfordringer. Dette kan være med på å indikere at de har betydelige emosjonelle problemer. I den forbindelse kan man stille spørsmål ved om denne formen for intervensjon er godt nok

tilpasset de skolevegrende ungdommene. Når det gjelder frafall fra studiene kan man muligens kompensere for dette når man behandler barn og ungdom i praksis. Eksempelvis vil man kunne ha tettere oppfølging av elever som ikke møter til rådgivning, samt mer tilpassede og kanskje oppsøkende intervensjoner. Dette bør undersøkes på en vitenskapelig måte. Som nevnt i teorikapittelet har KAT vist lovende resultater for behandling av angst (Fredriksen et al., 2008). Derimot viser studien til Beidas et al. (2010) høyt frafall. Dette kan tyde på at kognitiv atferdsterapi tilpasset angst alene, ikke er nok for de som strever med skolevegring. Dette kan skyldes at KAT tradisjonelt gjennomføres på en poliklinikk, men det er kanskje nødvendig med alternative møtesteder for skolevegrende barn og ungdom. Det kan også hende det brukes for mye tid på psykoedukasjon i oppstartsfasen av behandlingen, dette kommer jeg tilbake til i kapittel 4.4.1.

4.3.2 Validitet oppsummert

Her summeres validitet på bakgrunn av diskusjonen ovenfor. Det er som nevnt tidligere ulik validitet i de ulike studiene som er gjennomgått. Statistisk validitet er en studies resultater i tall. Det at det ikke er så store utvalg i de ulike studiene trekker ned den statistiske validiteten. I studiene i denne undersøkelsen er det som nevnt ovenfor benyttet ulike standardiserte måleinstrument som det blir tatt utgangspunkt i at har god reliabilitet. Dette kan styrke den statistiske validiteten. Ideelt sett bør det settes inn intervensjon ved tilfeldig utvalgte individer, men det lar seg vanskelig gjøre i denne type studier. Dette kan være trusler mot den statistiske validiteten. Likevel tas det her utgangspunkt i at den statistiske validitet er god nok. Dette fordi de ulike studiene operer med ulike effektstørrelser og selv hevder de er statistisk valide. Det er også, som nevnt tidligere en forutsetning at studier har statistisk validitet for å ta de andre formene for validitet i betraktning (Cook & Campbell, 1979). Indre validitet handler om hvorvidt det er intervensjonen som har ført til bedring eller om andre faktorer har hatt innvirkning. Det er ikke benyttet kontrollgruppe i alle studiene, og man kan ikke med sikkerhet si at KAT er det elementet som har ført til endring i alle studiene. Truslene frafall, instrumentering, testing, og statistisk regresjon i sammenheng med studiene er drøftet ovenfor og har ulik grad av innflytelse på resultatene i gjennomgangen. Historie, modning og atypisk kontrollgruppeatferd kan også ha hatt innvirkning. Det er viktig at forskeren er oppmerksom på alle disse forskningsmessige utfordringer og etter beste evne forsøker å utarbeide design som tar de i betraktning. Jeg opplever at forskerne er klar over truslene, og de kommenterer det selv i artiklene de har skrevet, dette ser jeg på som en styrke ved studiene. Begrepsvaliditet handler om studien måler det den er ment til å måle. Når man forholder seg

til skolevegring er det viktig å være klar over hvordan forskeren operasjonaliserer begrepet. I denne gjennomgangen ble kun studier med skolefravær i forbindelse med angst inkludert, men likevel er skolevegring målt på ulike måter i alle studiene. Dette skyldes antageligvis skolevegringens heterogenitet, og vil være vanskelig å endre på. Som nevnt tidligere er det viktig at man er oppmerksom på dette når man sammenligner studier. Ytre validitet handler om man kan generalisere fra studien til andre personer, tider og steder. I denne studien vil det være mulig å generalisere på bakgrunn av studiene til Ingul et al. (2014) og King et al. (1998; 2001). Mens det kliniske utvalget i Walter et al. (2010; 2014) kan gjøre det vanskelig å generalisere på bakgrunn av den studien. Når det kommer til studiene til Beidas et al. (2010), Heyne et al. (2011) og Layne et al. (2003) kan de betraktes som pilotstudier som undersøker om kognitiv atferdsterapi er effektiv i ulike settinger. Og de operer ikke med kontrollgrupper, derfor er det ikke så aktuelt å generalisere på bakgrunn av disse studiene. De tre sistnevnte studiene hevder at kognitiv atferdsterapi tidligere er vist effektiv mot skolevegring, men som kilde på dette henviser de til litteraturgjennomgangen av King og Bernstein (2000) som egentlig krever mer gjennomgang av effekten av kognitiv atferdsterapi før man kan snakke om en klinisk effekt.

4.4 Hvilken effekt viser kognitiv atferdsterapi mot skolevegring

Innledningsvis viste jeg til en litteraturgjennomgang gjennomført i 2000 der forfatterne konkluderte med en sannsynlig effekt av kognitiv atferdsterapi, men etterlyste mer forskning som oppfylte diverse krav til metode for å kunne konkludere med en effekt av kognitiv atferdsterapi mot skolevegring (King & Bernstein, 2001). Denne masteroppgaven ser på forskningen på feltet siden den gang for å se om det er gjennomført forskning som styrker muligheten for å konkludere med effekt av kognitiv atferdsterapi i dag. For å besvare problemstillingen undersøkes det om studiene som er gjort siden den gang er gjennomført basert på disse metodologiske kravene. Disse kravene gjennomgås i metodekapittelet under kriterier for empirisk støttede behandlingsopplegg.

Tidligere empirisk støtte for behandlingsopplegg

For å undersøke om et behandlingsopplegg har empirisk grunnlag for å hevde effekt kan man benytte et etablert sett av kriterier for empirisk støttede behandlingsopplegg (Lonigan et al., 1998). Artikkene som dannet grunnlaget for studien i 2000 viste to randomiserte forsøk som

tok for seg effekten av kognitiv atferdsterapi mot skolevegring (King, et al., 2000; King et al., 1998; Last et al., 1998). Sett i sammenheng med kriteriene som ble gjennomgått i metodekapittelet fant den ene studien kognitiv atferdsterapi like effektiv som, men ikke overlegen til et psykologisk placebo (King, et al., 2000; Last et al., 1998), mens den andre randomiserte studien fant modulbasert kognitiv-atferdsterapi overlegen til venteliste-kontroll (King, et al., 2000; King et al., 1998). Ifølge King et al. (2000) var man med disse studiene et steg nærmere tilfredsstillelse av kriteriene for sannsynlig effektiv behandling, men minst en studie til med positive resultater var nødvendig (King, et al., 2000). Studiene som er gjennomgått i denne masteroppgaven skriver seg inn i rekken av studier som støtter effekten av kognitiv atferdsterapi mot skolevegring.

Resultat av studiene

I King et al. (1998) sin studie ble signifikant innengruppe forandring funnet. Forbedringer i skoleoppmøte ble opprettholdt ved oppfølging. I oppfølgingsstudien King et al. (2001) viste det seg at etter 3-5 år hadde 13 av 16 barn normalt oppmøte på skolen. På bakgrunn av det konkluderte forfatterne med at det var god opprettholdelse av resultatene. Ingul et al. (2014) sin studie viste effekt av individuell kognitiv atferdsterapi. Denne studien er en randomisert studie som samtidig har stort utvalg, studien viste signifikant effekt når det kom til individuell KAT, mens gruppe-KAT ikke viste signifikant forskjell fra placebo. Studien til Walter et al. (2010; 2014) viste effekt med hensyn til ventelistekontroll og langtidseffekt, men manglet en kontrollgruppe, og effekten kan ikke tilskrives intervensjonen alene. Heyne et al. (2011) sin studie viste også effekt, men her var det et lite og homogent utvalg uten kontrollgruppe. Denne studien opptrer mer som ekstra støtte til resultatene i denne litteraturgjennomgangen. I Layne et al. (2003) sin studie viste kognitiv atferdsterapi med placebo seg ikke overlegen medisin og kognitiv atferdsterapi. KAT og placebo viste noe mindre effekt. I denne studien var deprimerte elever med skolefravær også tatt med. Forfatterne poengterte at disse elevene antagelig klarte å konsentrere seg om behandlingsopplegget etter medisiner, samt å stå opp, og dette kan være grunnlaget for at KAT med medisin fikk sterkere resultater enn KAT med placebo. Det kan hende denne bedringen ikke ville vært så fremtredende dersom denne studien ikke hadde inkludert elever med depresjon. Fordi medisinen hjelper for konsentrasjon og for å stå opp om morgenen, noe som kan være utfordrende for mennesker med depresjon. På den annen side vil angst også kunne virke inn på konsentrasjon. Studien til Beidas et al. (2010) forsøkte å benytte en behandling basert på kognitiv atferdsterapi som opprinnelig ble utarbeidet mot angst, mot skolevegring. Denne viste effekt sett opp mot ventelistekontroll,

men studien hadde høyt frafall. Studien viste resultater på angst for de som deltok, men det høye frafallet kan indikere at skolevegrerne bør nås på alternativt vis. For å nå disse barna må hjelpesystemet tenke alternativt og gå inn på elevenes arenaer. For de som sliter med skolevegring kan KAT være til hjelp, men da må opplegget rundt være annerledes.

I studier der det er små utvalg er det ikke alltid mulig å trekke generelle konklusjoner. Likevel kan denne form for studier i sammenheng med de andre studiene gi større grunnlag for å trekke konklusjoner om at det er effekt av intervensjonen. Det relevante sannsynlighetsspørsmålet når studiene sees under ett må tas i betraktning, ifølge Kleven (2013). Dette går ut på hvor sannsynlig det er at flere undersøkelser som er gjennomført uavhengig av hverandre viser effekt. På bakgrunn av dette kan man argumentere for en sterkere effekt enn hva man kunne dersom man ikke hadde tatt med resultatene fra de ikke-randomiserte studiene.

Viktig presisering

I tilfeller der skolemiljøet er årsaken til at skolevegring oppstår vil man ikke bli kvitt skolevegringsproblematikken ved hjelp av KAT. Da må tiltak settes inn for å bedre skolemiljøet. For eksempel ved tiltak mot mobbing eller styrking av klasseledelse. Mye bråk og uro gjør det ofte vanskelig i skolen for de elevene som sliter med skolevegring. Sterk klasseledelse, som kjennetegnes ved forutsigbarhet og kontinuitet kan være med på å forebygge skolevegring i slike tilfeller (Havik, 2015). Faktorer som kan føre til lav forutsigbarhet og lite kontinuitet kan være høyt lærerfravær, mye vikarbruk, mange ulike lærere, samt hyppig bytte av lærere. Skolefaktorer må alltid tas i betraktning i saker som har med skolevegring å gjøre, ifølge Havik (2015). Det bør gjøres gode analyser på systemnivå, men også i klassen, for å avdekke om det finnes problemer der. Det er viktig i denne sammenheng å huske på at elevs oppfatning av klasserommet er ulikt fra individ til individ, og et skolemiljø som er bra for noen elever ikke nødvendigvis er bra for andre. Lærerens evne til relasjonsbygging, og forhold til den enkelte elev er svært viktig (Pianta, Stuhlman, & Hamre, 2002). I Havik (2015) ytret foreldre av skolevegrende barn et ønske om større grad av forutsigbarhet og lærerstøtte. Utrygge læringsmiljø kan lede til stress, og dermed til høyere skolefravær. Havik (2015) hevder at lærere ofte skyldte på manglende tid og ressurser i forebyggingen av skolevegring, men at dette kan skyldes uvitenhet og usikkerhet, ettersom effektive tiltak mot skolevegring ikke nødvendigvis trenger være tidstyver, eller kreve ekstra ressurser. Samtidig vil hele klassen kunne dra nytte av slike tiltak. Skolemiljøet er viktig for

barn og unges helse og livskvalitet. En helsefremmende skole kjennetegnes av Major et al. (2011) ved et miljø der elevene ikke blir mobbet, hvor de er en del av et fellesskap med jevnaldrende og hvor de opplever å mestre skolearbeid. Mobbing er som nevnt tidligere en sterk risikofaktor for psykiske problemer hos barn og unge. Mobbing og manglende mestring er av de alvorligste risikofaktorene for barn og unges psykiske helse (Major et al., 2011). Ved skolevegring må skolen analyseres, det er lett å skyve ansvar på skolevegrere, men vegringen kan ofte skyldes reelle problemer på skolen og i klassen. Det må alltid gjennomføres gode analyser på systemnivå, også i klassen for å avdekke om det eksisterer problemer der. Av og til kan små tiltak ha effekt. Lærerens evne til relasjonsbygging og forhold til eleven er svært viktig (Pianta et al., 2002).

Idsøe, Dyregrov og Idsøe (2012) viste at å være offer for mobbing er en alvorlig belastning for de fleste barn, og har en sterk sammenheng med symptomer på posttraumatisk stress forstyrrelse (PTSD). Havik (2015) påpeker at det ikke er overraskende at skolevegring oftere oppstår i forbindelse med mobbing. I tilfeller der mobbing fører til skolevegring blir man ikke kvitt skolevegringsproblematikken med KAT eller andre terapiformer. I tilfeller der skolevegring har oppstått som følge av mobbing, og mobbingen er blitt stoppet, kan traumefokusert KAT være et alternativ (Ehlers & Clark, 2000). Det viser gode resultater i behandling av traumer og kan ha effekt også når det gjelder skolevegring.

KAT har en fast struktur i behandlingen og det kan tenkes at det i seg selv er svært bra for barn med skolevegring, da elementene handler om å: 1) bygge relasjon, 2) kontrollere at hjemmearbeidet er gjort, 3) ha en klar agenda som skaper trygghet over hva som skal skje, 4) kognitive teknikker skal brukes, det vil si at problemet skal utfordres, 5) nytt hjemmearbeid skal gis og 6) terapitimenes innhold skal evalueres og klient skal gi tilbakemelding til terapeuten. Disse elementene kan ha betydning for å trygge elevene og gi bedringen en retning, koblet opp til tilknytningsteori innebærer dette at klienten blir sett og får respons på sine handlinger. Ved psykiske problemer bruker KAT ulike modeller, alt etter hva elevene sliter med. For eksempel brukes KAT depresjonsmodell ved depresjon (A. Beck, 1976). På den måten er det en fordel med KAT og psykologer som mestrer denne terapiformen. Det betyr ikke at alle skolevegrere må behandles av psykolog, men at de bør evalueres av psykologer. Da kan for eksempel skole-, eller kommunepsykologer som også kan brukes for å veilede i dette arbeidet være til nytte. Barn behøver lærere, foreldre eller miljøterapeuter som kan benytte seg av strukturen i KAT med faste møtetider møtesteder, og klare forventninger til barna, samtidig som de må ha et veldig fleksibelt opplegg som evalueres kontinuerlig.

Ifølge Ingul og Nordahl (2013) predikerer ikke angst alene skolevegring. Det er interessant å se hva som skiller elever med angst som møter opp i skolen fra de med angst som ikke møter opp. De som møter opp er ikke så sosialt engstelige, har flere venner og blir mindre redd av somatiske symptomer. Mengden av panikksymptomer hos elevene, hadde sammenheng med sannsynligheten for at de var borte fra skolen, stor grad av panikk førte med seg mer fravær (Ingul & Nordahl, 2013). For å forklare problematisk skolefravær må man ta i betraktning samforekomst av andre psykiatriske, somatiske eller sosiale problemer i tillegg til angstproblematikk. Studier har antydnet at risikofaktorer ser ut til å «samles opp» for så tilslutt lede til problematisk skolefravær (Ingul & Nordahl, 2013) jamfør årsaker til vegring som ble gjennomgått i teorikapittelet. Angst kan sies å være av risiko både på grunn av biologisk, miljømessig og systemisk art (Ingul, 2005). Nylig forskning på temaet antyder at angst alene ikke predikerer skolefravær (Ingul & Nordahl, 2013). Et viktig poeng er at de engstelige elever som går på skolen har færre generelle problemer enn de elevene som ikke møter på skolen. Dette indikerer at intervensjoner som kun tar for seg elevens angstproblematikk kan være for snevre, og at det vil være nyttig at intervensjoner mot skolevegring fikk en videre innfallsvinkel (Ingul & Nordahl, 2013). Eksempler på faktorer som man burde ta i betraktning er sosial isolasjon, atferdsproblemer og familieproblemer. Å utvikle motstandsdyktighet og å få eleven til å delta i prososiale aktiviteter har vært med på å bidra å senke skolefravær. Dette er distinksjoner som er viktig å ta i betraktning. Det kan være interessant å se i hvor stor grad intervensjonene har innvirkning på sosial isolasjon, atferdsproblemer og familieproblemer.

4.4.1 Hvilke komponenter fører til bedring?

Kognitiv atferdsterapi blant barn og unge er stort sett basert på ulike komponenter som involverer barne- og ungdomsterapi samt «foreldre- og lærertrening». Mange ulike faktorer kan derfor være med på å påvirke behandlingseffekten. Ifølge King et al. (2000) er det viktig at videre forskning undersøker hvilke komponenter ved kognitiv atferdsterapi som fører til endring. En begrensning som gjør seg gjeldende når man skal se på hvilke komponenter som fører til bedring er at flere av tiltaksstudiene ikke har kontrollgrupper, da kan man ikke med sikkerhet vite om tiltaket i seg selv fører til bedring. Momenter som økt fokus på barnet, foreldrekontakt, barnets utvikling eller andre faktorer ved situasjonen kan ha ført til at barnets situasjon endret seg til det bedre. Med dette i bakhodet kan man likevel undersøke hvilke komponenter som ser ut til å føre til endring.

Innledningsvis ble det antydnet at elever med skolevegringsatferd viser tendenser til svak forventning om mestring, og at de har mer angstvekkende tanker i situasjoner som oppleves som utrygge eller truende. Disse funnene blir delvis styrket av forskningen til Maric et al. (2013), som undersøkte hvorvidt mestringstro hadde sammenheng med at elevene kom tilbake til skolen. Resultatene i undersøkelsen viste at økning i skoleoppmøte og nedgang i frykt for å gå på skolen kunne medieres av mestringstro og konkluderte med delvis støtte for rollen mestringstro har ved å mediere resultatet av KAT for skolevegring. Som nevnt innledningsvis er negativt selvsnakk viktig å ta i betraktning for terapeuten, for å unngå opprettholdelse av skolevegringsatferd. Funnene til Maric et al. (2013) er delvis med på å styrke dette.

Heyne et al. (2011) sin studie undersøkte om modulbasert utviklingssensitiv kognitiv atferdsterapi har effekt mot skolevegring. I studien ble den enkelte elevens situasjon vurdert og behandlingen ble tilpasset den enkelte elevens utfordringer. Basert på validitetsproblemer som beskrevet tidligere er det vanskelig å si om denne formen for behandling er mer hensiktsmessig enn ordinær KAT. Samtidig er det usikkert om det er noen reell forskjell fra modulbasert KAT da behandleren alltid skal benytte de behandlingselementene som behandleren mener passer i den enkelte situasjon. Studien antyder en effekt, men det hadde vært interessant å se den modulbaserte intervensjonen opp mot elever som ikke får intervensjon, og elever som får tradisjonell KAT.

En av studiene som hadde høyt frafall i starten av intervensjonen var Beidas et al. (2010). Forfatterne i denne studien indikerer at den store raten av frafall skyldes at deres program, «Mestringskatten for barn og unge», ikke var direkte rettet mot skolevegrere. De påpekte at det kanskje var brukt for mye tid på psykoedukasjon i startfasen, og at det kunne føre til den høye graden av frafall. Dermed kan man undres om psykoedukasjon bør benyttes i mindre grad i situasjoner hvor elevene ikke kommer seg på skolen, muligens må man benytte seg av andre faktorer ved den kognitive atferdsterapien i slike situasjoner. Dette stemmer overens med funn gjort av Ingul og Nordahl (2013) som tyder på at intervensjonene bør være spesifikt tilpasset skolevegringsproblematikk for å føre til best mulig effekt mot skolevegring. I Beidas et al. (2010) studie tar intervensjonen utgangspunkt i en behandling som opprinnelig har til hensikt å behandle barn med angst, og man ser om den har innvirkning på barn med angstbasert skolevegring. I forbindelse med skolevegringsproblematikk kan denne studien tyde på at KAT-program med fokus på skolevegringsproblematikk vil gi bedre resultater enn et generelt KAT-program mot angst.

I King et al. (2001) viste det seg at de barna som fremdeles viste skolevegrede atferd i oppfølgingsstudier hadde lærevansker som ikke var blitt oppdaget. Man kan ut fra dette stille spørsmålsteget om skolevegring som følge av lærevansker har mindre effekt av tiltaket enn når skolevegreren ikke har lærevansker i tillegg. Dette kan bety at i tilfeller med lærevansker kan det være behov for intervensjon på det skolefaglige. Muligens er det en følelse eleven har om ikke å strekke til som til slutt gjør at den unngår skolen, eller utvikler angst, som igjen fører til at eleven ikke kommer seg på skolen. Lærevansker kan føre til at eleven blir mer usikker på seg selv, fordi den ikke lykkes som forventet, og dermed kan eleven også få et negativt selvbilde (Myhrvold-Hansen, 2005). Dersom elever sliter med lav selvfølelse som følge av lærevansker kan det bli vanskelig å behandle denne formen for skolevegring kun ved hjelp av kognitiv atferdsterapi. Andre faktorer som det å tilpasse opplæringen til individets evner, samt å utrede eleven for lærevansker blir viktig. Dette stemmer overens med det som innledningsvis ble påpekt om at elever som hadde lærevansker kan få svak mestringsforventning som følge av få erfaringer av å mestre skolesituasjonen. Dette kan man tilrettelegge for ved å tilpasse opplæringen til elevens evner, samtidig kan man benytte kognitiv atferdsterapi hvor terapeuten kan ta tak i vegringsatferden, samt negativt selvsnakk (Maric et al., 2012). Et viktig perspektiv i denne sammenheng er hvorvidt skolevegringen skyldes faktiske diagnosespesifikke lærevansker eller om fravær fra skolen førte til at eleven fikk store hull i sin kunnskap, som siden kan se ut som lærevansker.

Ingul (2014) sin studie konkluderer med at ungdom med høyt skolefravær har store og mange psykososiale vansker, og det er indikasjoner som tyder på at summen av disse heller enn enkeltfaktorene bidrar til å skape et høyt skolefravær. Dette gir indikasjoner om et behov for å legge intervensjoner bredt og koordinert. Dette stemmer overens med hvordan årsaker til skolevegring blir beskrevet i teorikapittelet (Havik, 2015; Thambirajah et al., 2008). Angst hos ungdom fluktuerer og dette bør man i større grad ta hensyn til i klinisk praksis enn man gjør i dag. Resultatene viser også at ungdom med sosial fobi viser god effekt av målrettet tidsavgrenset behandling som er rettet mot de opprettholdende faktorene i lidelsen (Ingul, 2014).

I Layne et al. (2003) viste det seg at svake resultater på behandling var predikert av 1) lavere skoleoppmøte ved start, 2) motta placebo istedenfor imipramin og 3) å være diagnostisert med AD/HD (Layne et al., 2003). Til sammen sto disse variablene for en betydelig mengde av

behandlingsrespons-variansen (51%). Den sterkeste predikatoren for behandlingsutfall var grad av oppmøte på skolen ved oppstart og deltagelse i medisingruppe. Funnene om at høyere andel skolefravær før behandling predikerte lavere behandlingsresultater er ifølge forfatterne ikke overraskende og i samsvar med tidligere funn. Medisin hjalp antageligvis med å redusere depressive symptomer som påvirker skoleoppmøte i Layne et al. (2003) sin studie. Slike symptomer er blant annet at elever kan sove for mye, føle seg håpløse, og mangle følelse av glede og lyst, anhedoni. Med andre ord tyder denne studien på at skolevegrere i depressive perioder kan dra nytte av å bruke medisiner samtidig med KAT, slik at ikke depresjonen påvirker individet ytterligere til ikke å gå på skolen. Muligens gjorde medisinen de deprimerede elevene mer aktivt engasjert i KAT, blant annet ved at det var mer sannsynlig at de gjorde KAT-leksene mellom terapien. En viktig del av KAT er at elevene skal ta i bruk det de lærer i terapien også i hverdagslivet. Klientene får lekser fra time til time som fører til at de implementerer prinsippene i terapien i sine liv, og gradvis får mer ansvar i gjennomføring av terapien selv. Dermed blir tankemåtene og handlingene noe elevene approprierer og en del av deres egen tankemåte.

I forlengelse av disse funnene kan man tenke seg at det muligens er ulike komponenter som fører til endring ved kognitiv atferdsterapi i de ulike tilfellene, ut fra hva som i utgangspunktet førte til at eleven utviklet den skolevegrende atferden. Dermed blir det viktig å utføre en funksjonell analyse for å avgjøre hvorfor eleven utvikler angst, og skolevegrende atferd jamfør Kearney og Albano (2000). Da må man også ta utgangspunkt i de ulike faktorene i individets liv som kan ha innvirkning på atferd, som individuelle faktorer, skolefaktorer og familiefaktorer. Fleksibel, individtilpasset terapi, basert på evidensbasert KAT, men som også involverer systemisk arbeid som veiledning til familie og skole, fritidstilbud, og så videre.

4.5 Er resultatene overførbare til praksis

Hvorvidt forskningsresultater kan være relevante for praksis kan undersøkes blant annet ved å besvare spørsmål om deltakerne i undersøkelsene er representative for praksis, om det er etisk forsvarlig å utføre tiltaket og om det er mulig å argumentere for ressursbruken ved denne formen for praksis, ifølge Larun (2008). For å undersøke om resultatene i denne litteraturgjennomgangen er overførbare til praksis vil disse spørsmålene blir forsøkt besvart. Deretter kommenteres problematikk i forbindelse med implementering. Før eventuelle

praktiske konsekvenser av denne litteraturgjennomgangen tas opp. Spørsmål som hvor slik behandling bør foregå og hvem som bør ha ansvar for behandlingen gjør seg gjeldende.

Er deltakerne i undersøkelsene representative for vår praksis

En vanlig kritikk av evidensbaserte behandlingstiltak er at de retter seg mot avgrensede klientgrupper og dermed ikke er fleksible nok til å oppleves som nyttige i klinisk praksis, ifølge Kjølbi et al. (2013). Som nevnt innledningsvis er det meste av forskning på skolevegring og kognitiv atferdsterapi gjort utenfor Norge i en annen kulturell, sosial og økonomisk kontekst, dermed må man være forsiktig med å konkludere med effekt i norsk sammenheng. Likevel er det de siste årene publisert forskning på skolevegringsproblematikk i Norge (Havik, 2015; Ingul, 2014). Studien til Ingul (2014) er inkludert i denne litteraturgjennomgangen. Positive resultater fra Inguls avhandling gjør det naturlig å anta at kognitiv atferdsterapi vil være effektivt mot skolevegring i Norge med tanke på den kulturelle konteksten, og overføring til norsk praksis kan med bakgrunn i dette være aktuelt.

Er det etisk forsvarlig å utføre tiltaket i praksis

Noen kritiserer kognitiv atferdsterapi blant annet ved å spørre hvor langt kan man gå i å forme et annet menneske ved å modifisere hans eller hennes kognisjon og atferd (Johannessen, Kokkersvold, & Vedeler, 2010). Under hvilke omstendigheter og i hvilken grad skal det kreves frivillig samtykke fra klienten? Hvem skal ha hovedansvaret for å sette mål? Dette synspunktet er ifølge Beck (1995) basert på misforståelser angående kognitiv atferdsterapi. Disse misforståelsene går på kognitiv atferdsterapi nedtoner viktigheten av en terapeutisk allianse, og at terapien hovedsakelig består av et sett av teknikker. J. Beck (1995) poengterer at den terapeutiske allianse er viktig i kognitiv terapi, og at egenskaper som å bry seg, å lytte og komme med tilbakemeldinger på følelser er en viktig del av terapien. I tillegg lager terapeuten og klienten mål for terapien sammen, og målene er ikke noe som blir prasket på klienten. Jeg vil støtte meg på denne argumentasjonen, og jeg tror det er etisk forsvarlig å utføre tiltaket i norsk praksis.

På den annen side vil det være uforsvarlig å behandle et barn for «samfunnets problemer», jamfør Madsen (2010). Dersom årsaken til skolevegringsproblematikken ligger på samfunnsnivå vil det være problematisk å symptom-behandle individene for samfunnets utfordringer.

Finnes det ressurser til å gjøre dette tiltaket?

Problemer kan gjøre seg gjeldende når det kommer til ressurser. Dette er individuell behandling, og muligens ville vært mer kostnadseffektivt å ha en form for gruppebehandling. Når det kommer til om samfunnet har ressurser til å gjennomføre denne behandlingen må man se effekten av behandlingen opp mot konsekvensene av skolevegring på lang sikt. Som nevnt tidligere kan skolevegring føre til færre muligheter i valg av høyere utdanning og av arbeidsplass, arbeidsledighet og høyere risiko for psykisk sykdom (Last & Strauss, 1990). Ifølge Major et al. (2011) er samlede samfunnsøkonomiske kostnader for psykiske lidelser i Norge på om lag 60-70 milliarder i året. Disse tallene omfatter tapt arbeidsfortjeneste, sykepenges, trygdeutgifter, sosiale ytelser og behandlingskostnader. Anslagsvis halvparten av disse kostnadene skyldes angst og depresjoner. Dette kan bety at behandling av skolevegring, som kan være et resultat av angst i individet bør prioriteres. Det er ifølge Major et al. (2011) utfordrende å vurdere helsetiltak på bakgrunn av kostnader, spesielt de som er av forebyggende karakter. Det er likevel viktig å kunne regne på kostnad og nytte når det kommer til behandling. Det menneskelige perspektivet må selvsagt tas i betraktning at det ikke bare er penger som spiller inn i regnskapet av hva god psykisk helse er verdt.

Ut fra disse tre spørsmålene ser jeg det som naturlig at forskningsresultatene også kan ha innvirkning i norsk sammenheng. Derfor blir ulike problemer rundt implementeringen av forskningen nå tatt opp.

Implementering

Implementeringen sikrer at forskningsbasert kunnskap ligger bak handlingene i praksisfeltet (Kjøbli et al., 2013), dette er bindeleddet mellom forskning og praksis (Breitenstein et al., 2010). I dette avsnittet vil problemer som kan gjøre seg gjeldende ved gjennomføring av tiltakene i praksis bli poengtert. Dette baserer seg blant annet på hvordan intervensjonene har foregått i de ulike studiene og spørsmålene om dette er naturlig eller mulig å gjennomføre i praksis. Kvaliteten på intervensjonen er ofte bedre når intervensjonen gjøres i effektstudien, enn når den gjennomføres i det ordinære behandlingsapparatet (Breitenstein et al., 2010; Kjøbli et al., 2013). Årsaker til dette er blant annet faktorer som at man ofte har bedre finansiering i forskningsprosjektene, at behandlerne ikke har god nok tid «i virkeligheten» og at kunnskapen på institusjonene vannes ut etter hvert (Kjøbli et al., 2013). Dette er faktorer de som jobber med implementering av intervensjoner bør være oppmerksom på, og arbeide for at ikke skal få for stor innvirkning på effekten av intervensjonen. Kvaliteten på opplæringen av

behandlerne er en viktig faktor når intervensjoner skal settes inn. Den som skal utføre intervensjonene må få grundig, systematisk opplæring. Blant annet for å sikre seg at intervensjonen gjennomføres kvalitativt godt og at den gis til riktig målgruppe. Dette er både tid- og ressurskrevende. For å sikre at effektive tiltak når ut til sårbare barn og unge er det viktig at det lages gode implementeringsstrategier, som er mulig å gjennomføre. Forskningen på implementering viser at det er nødvendig å følge opp behandlere også etter at de er opplært, slik at de følger manualene (Breitenstein et al., 2010). I studiene som er gjennomgått er det for eksempel studenter med utdanning som har utført en rekke av intervensjonene, samtidig er noen av intervensjonene har vært gjort ved innleggelse på institusjon. Det har også vært oppfølging av terapeutene slik at man vet at manualene for terapien er fulgt.

4.5.1 Praktiske konsekvenser

Behandlingsmessig er det mulig å argumentere for at kognitiv atferdsterapi bør benyttes for barn og unge som sliter med angstbasert skolevegring, ettersom flere av studiene viste en viss effekt. Behandling i Norge skal være basert på forskning, og det er viktig at elevene får intervensjoner som har dokumentert effekt. De fleste av studiene tar for seg praktiske konsekvenser av de resultatene de har fått. Og kommer med forslag til hvordan dette kan benyttes i behandling av barn med skolevegring. Blant annet konkluderes det med at innleggelse ved sengepost kan være effektivt i behandlingen av skolevegring, men at dette kun skal gjøres dersom andre intervensjoner ikke har ført til bedring, og gjøres i overgangssituasjoner der det er nødvendig for å iverksette tiltak og komme i gang med behandling (Walter et al., 2014; Walter et al., 2010). Andre praktiske konsekvenser som trekkes frem i studiene er at behandling bør begynne så fort som mulig, uten mye forsinkelser grunnet henvisning og ventetid ved behandlingsinstitusjoner. Det bør også forsøk på tilbakeføring til skolen. Dette kan gjøres gradvis, med en stødig og progressiv eksponering for den fryktede situasjonen. Det bør også være involvering av skolen fra første øyeblikk (Beidas et al., 2010).

Arena for behandling

Viktige spørsmål som reiser seg i denne sammenheng er hvor behandlingen av skolevegring bør finne sted. I dag er det ofte BUP og PPT som utreder og setter inn tiltak ved skolevegring. I hovedsak er det BUP som setter i gang tiltak som kognitiv atferdsterapi, men det kan også hende noe kognitiv atferdsterapi skjer på PP-kontor rundt i Norge. Selv om PPTs hovedoppgave ikke er å drive med behandling, men heller utredning og rådgivning av lærere

og familie, samt å foreslå tiltak som kan settes inn. Det kan være vanskelig å vise empirisk at behandlingen av psykiske lidelser er mest effektivt i BUP, ifølge Nytingnes (2003).

Behandlere gir uttrykk for at de formidler holdninger, elementer, arbeids- og tenkemåter til skolen som vanligvis benyttes i psykiatrien. Når skolen utfører behandling brukes ofte begrep som individuelle tiltak, tett oppfølging, motiveringsarbeid, bevisstgjøring eller realitetsorientering (Nytingnes, 2003). Med hensyn til samarbeidet mellom skole og BUP er diskusjonene om skolen som behandlingsutfører viktig både faglig og prinsipielt, ifølge Nytingnes (2003). I forlengelse av dette kan man undres om KAT kan benyttes i skolen som behandling mot skolevegring. I Ingul et al. (2014) sin studie ble behandlingen utført ved skolen, men av profesjonelle behandlere, og dette viste seg å være effektivt. Samtidig har en metastudie vist at KAT mot angst som ble innlemmet i skolen generelt har middels god effekt, og mild effekt for depresjon (Mychailyszyn, Brodman, Read, & Kendall, 2012). Selv om det ennå ikke er gjort studier på KAT mot skolevegring innlemmet i skolen kan dette indikere at det vil være lovende resultater også for KAT og skolevegring. Eksempelvis om man kan nå elever som viser tegn til angst og depresjon før de eventuelt begynner å vegre seg for å gå på skolen.

Et spørsmål som reiser seg er om det mulig å flette kognitiv atferdsterapi inn i skolen, som en del av undervisningen for alle barn. Er det mulig at det stadig økende fokuset på skolevegring må tas med i diskusjonen om et fag i skolen om psykisk helse, og er da muligens teknikker og tankemønstre fra kognitiv atferdsterapi mulig å implementere i et slikt fag. Muligens kan det argumenteres for at alle kan lære å benytte slike teknikker, og at om man har lært det i barne- og ungdomsårene er man bedre rustet for å møte livskriser når de oppstår. Dette kan muligens samfunnet som helhet, men også enkeltindivider tjene mye på. Skolen kan kanskje ved hjelp av lærer, sosiallærer, helsesøster eller PPT gjøre denne formen for opprustning uavhengig av BUP. Spørsmålet om KAT er mulig å benytte forebyggende bør undersøkes i videre forskning. Teknikker fra KAT kan da muligens fungere som buffere for å takle overveldende stress (Lazarus, 1996) som kan lede til skolevegring. Dermed får alle elever et grunnlag som er til hjelp dersom de begynner å vegre seg for skolen, og til å møte andre former for kriser som livet byr på. Det eksempelvis vært et fag i psykisk helse hvor elevene kan lære viktige teknikker og tankemetoder som de kan ha bruk for senere i livet. Med hensyn til funn kommentert innledningsvis som antydte at skolevegring ofte har opprinnelse i hjemmet, men at faktorer som sosial angst, bytte av klasse, og frykt for skolemiljøet kan trigge eller forverre skolevegringen (Archer et al., 2003) blir det naturlig å tenke at en opprustning av kognitive

strategier kan være fruktbart. En slik form for opprustning kan hjelpe barnet til lettere å mestre denne type problemer uten at utfordringer som skolevegring får utvikle seg.

Et viktig tema å reflektere over i denne sammenheng hvor grensen for hva som er terapi går. Dersom eleven selv kan kontrollere hva som skjer, selv kan sette premissene for å snakke, hvor mye og i hvilke forbindelser er det ikke å betrakte som terapi, ifølge Raundalen og Schultz (2006). Det er fullt mulig for en pedagog å drive fornuftig pedagogikk som kan gi en terapeutisk effekt, med veiledning og rettleiding fra BUP og/eller PPT (Raundalen & Schultz, 2006). Ifølge Major et al. (2011) har PPT et medansvar til å hjelpe skoler i arbeidet med psykisk helse blant barn og unge. Det er mange punkter som gjør skolen til et yndet sted for ta tak i mental helseproblematikk (Mychailyszyn et al., 2012). Et argument for å utføre behandling i skolen er at de ser barnet i større grad enn for eksempel BUP. Tilgangen på behandling kan maksimeres ved å tilby behandling på skolen der barnet er (Weist, Evans, & Lever, 2003). Dette gjelder i første omgang når eleven fremdeles møter på skolen. Når eleven ikke møter vil det være viktig at skolene med en gang setter i gang tiltak, da vil et behandlingsapparat knyttet opp mot skolen være til fordel siden skolen har full oversikt over elevens fravær. Dette kan øke muligheten for tidlig oppdaging, og for at tiltak blir satt i gang tidlig. Samtidig kan det være belastende for barnet å snakke om sine problemer med for mange personer. Behandling av mentale helseproblemer i skolen kan eliminere hindringer mot å oppsøke hjelp som mange barn opplever, og dermed føre til at hjelpetrengende søker hjelp tidligere (Flaherty, Weist, & Warner, 1996). Det har blitt hevdet at et atferds-terapeutisk virkemiddel kan få mye større effekt hvis den gjennomføres av skolepersonalet fremfor behandlingspersonalet, selv om det muligens er av dårligere kvalitet (Martinsen, 1999; Nytingnes, 2003). Siden læreren ser elevene oftere kan behandling ved skolen muligens føre til større effekt av behandlingen. Dette blant annet på grunn av at lærere allerede har en relasjon til barna, og man da ikke å bruke tid på å opparbeide en relasjon i starten av behandlingen (Nytingnes, 2003). På den annen side kan det være nyttig å få inn en ny person i behandlingssituasjonen dersom forholdet mellom lærer og elev er utfordrende. Det er også viktig å huske på at relasjonen mellom læreren og eleven skal være, og i hovedsak skal ha andre funksjoner enn behandling. Ikke alle lærere vil ha tid til å utføre behandling på en forsvarlig måte, og det kan føre til vanskeligheter dersom mange elever i en klasse har behov for hjelp. Dermed blir dette en problemstilling som må tas opp i hvert enkelt tilfelle for best mulig å tilpasse terapien til barnets situasjon. Et annet aspekt som er viktig å ta i betraktning er hvorvidt elevens skolevegring reflekterer skolemiljøet generelt eller er knyttet mot læreren

spesielt. Om læreren da er personen som skal utøve terapien vil kanskje barnets frykt for læreren være så stor at det ikke vil dra nytte av hjelp fra læreren. Et tenkt scenario kan være at årsaker som svak klasseledelse eller andre negative faktorer i klasserommet blir oversett fordi læreren ikke ønsker å gjøre noe med det. Samtidig har lærere i norsk skole det ofte veldig travelt, og dersom de skal ha en aktiv rolle i forbindelse med avhjelping og forebygging mot skolevegring må antageligvis ressursene styrkes, selv om enkelttiltak kan gjøres uten at det krever mer ressurser.

Som antydnet tidligere er det tenkelig at elever som ikke kommer på skolen heller ikke vil møte opp ved en poliklinikk for behandling. Dette betyr at behandlere må tenke alternativt og møte eleven der den er. For eksempel vil det være aktuelt å sette i gang et opplegg i hjemmet for å starte der barnet er. For så gradvis å gi barnet utfordringer på vei tilbake mot skolen. Med hensyn til hvem som skal utføre den terapeutiske intervensjonen er det mulig å rette øynene mot kommunepsykologene, som nylig har blitt en del av hver enkelt kommune. Det går an å tenke seg en utvidelse av denne ordningen hvor man får egne skolepsykologer som et tiltak for å bedre den psykiske helsen i norske skoler. Disse kommune- eller skolepsykologene vil inneha nødvendig kompetanse når det gjelder kognitiv atferdsterapi, og det kan tenkes at de blant annet kan lede skolevegringsteam ved skolen. Disse kan være et viktig bidrag da KAT-behandling krever utdanning, kursing og oppfølging som det antageligvis er usannsynlig at hver enkelt lærer skal erverve seg. På den annen side må hvem som skal gjøre den direkte terapeutiske innsatsen i forhold til skolevegrende elever velges ut fra hvem som er i posisjon til å lykkes i den enkelte situasjon, ifølge Myhrvold-Hansen (2005). Han påpeker at skolevegrende barn er selektive på hvem de slipper inn, og det er nødvendig at den personen eleven slipper inn har den kompetanse som trengs for å hjelpe barnet tilbake på skolen, nettopp fordi barnet vegrer seg for å ta i mot hjelp.

Det faktiske samarbeid mellom pedagogiske og psykologiske instanser når det gjelder behandling av barn og unges psykologiske lidelser er varierende, men med tanke på skolevegring er det nokså stor enighet mellom foreldre, BUP og skolen om at samarbeid i behandlingen er viktig (Nyttingnes, 2003). Som nevnt innledningsvis er forståelse av skolevegring utviklet ved to arenaer uten noe særlig samarbeid. Dette har antageligvis ledet til utfordringer i behandlingen av skolevegring. Muligens har skolen og BUP ulike forståelser av hva skolevegringen handler om, i og med at de tar utgangspunkt i ulike «teoretiske modeller». Med tanke på kommunikasjon antydnet foreldre at skolen ikke tok problemer de rapporterte

om alvorlig før problemer begynte å vise seg (Havik, 2015). Havik (2015) mener dette er uheldig, og at slike problemer bør tas alvorlig med en gang, så man kan sette inn preventive tiltak, og forebygge skolevegring.

4.6 Konklusjoner og videre forskningsbehov

Denne studien viser en stadig økende empirisk bakgrunn for kognitiv atferdsterapi mot skolevegring. På bakgrunn av denne litteraturgjennomgangen kan man konkludere med at kunnskapsstatus rundt kognitiv atferdsterapi mot skolevegring har utviklet seg de siste årene, og mye tyder på at det er en effekt når av kognitiv atferdsterapi mot skolevegring. Det å forbedre elevenes evne til å mestre med stressende og vanskelige situasjoner, og forbedre deres sosiale ferdigheter ser ut til å være svært viktig. Og når dette kombineres med arbeid innen familiene kan det gi barna best mulighet for å reetablere seg ved skolen (Place, Hulsmeier, Davies, & Taylor, 2000). Muligens kan en multisystemisk kognitiv atferdsterapi være et godt alternativ når eleven vegrer seg for å gå på skolen. Behandlingen skjer da i samarbeid mellom skole, hjem og ulike fritidsarenaer. Dette knyttes opp mot teorien som tar for seg hvordan ulike faktorer både i hjemmet, ved skolen og ved individet sammen fører til skolevegring. Behandling som omfatter alle disse arenaene kan muligens styrke sannsynligheten for langvarig virkning.

Det er viktig å huske på at skolevegrere er en kompleks og heterogen gruppe der årsaker og opprettholdende faktorer varierer fra kasus til kasus. Kognitiv atferdsterapi har elementer som synes å være lovende som tiltak mot skolevegring, spesielt fordi de inneholder behandlingselementer som bedrer angst, fobi, depresjon og styrking av selvfølelse, men effekten er ikke entydig da denne gjennomgangen viser noen svakheter ved studiene, slik som frafall og mangel på kontrollgrupper. Studiene viser at problemene som barnet har kan være omfattende, noe som tyder på at tiltakene må være individuelt tilpasset, selv om manualbaserte programmer også anbefales, da de har vist effekt på spesifikke emosjonelle problemer som er vanlig blant barn med skolevegring, eksempler på dette er angst, og fobi (Heyne, Sauter, Ollendick, Van Widenfelt, & Westenberg, 2014; Ingul, 2014; King et al., 1998). Denne kompleksiteten som ligger i arbeidet med skolevegring utfordrer myndighetene til å finansiere videre forskning og tiltaksutprøving, for å finne gode individtilpassede behandlingsmetoder. Gjennomgangen i denne studien viser at KAT kan være til nytte for barn med skolevegring, men det forebyggende arbeid ved skolene og i familiene er også viktig.

Kognitiv atferdsterapi må ikke fungere som en form for ansvarsfraskrivelse for skolen, men som en behandling som er til hjelp i tillegg til andre tiltak. Mye tyder på at kognitive og atferdsmessige strategier kan benyttes for å takle ulike stressende situasjoner i livet.

Det sees som nødvendig i videre forskning at man tar i bruk en definisjon når det gjelder skolevegringsatferd. Det kan være nødvendig at skolevegring diskuteres i form av en mer generell definisjon slik at forskningen kan bli mer helhetlig og sammenlignbar. Samtidig er det ikke vanskelig å forså at de ulike «leirene» har ønsker om å forske med utgangspunkt i de ulike operasjonaliseringene. Det er fremdeles ubesvarte spørsmål når det kommer til effektiviteten av kognitiv atferdsterapi, og hvilke elementer ved den kognitive terapien som fører til endring i skolevegringssituasjoner. Andre spørsmål som reiser seg er også om man bør benytte medisin ved siden av KAT-behandlingen. Dette kan avhenge av i hvilken grad eleven har komorbide vansker som depresjoner i tillegg til skolevegringen.

Det kan stilles spørsmål om det stadig økende fokuset på skolevegring må tas med i diskusjonen om et fag om psykisk helse i skolen, og om teknikker fra kognitiv atferdsterapi er mulig å implementere i et slikt fag. Det at alle elevene kan lære å benytte slike teknikker i barne- og ungdomsårene kan muligens ruste mennesker til å møte livskriser når de oppstår. Disse teknikkene kan muligens fungere som buffere for å takle det overveldende stresset (Lazarus, 2006), som ble beskrevet innledningsvis, som kan lede til skolevegring. Kanskje kan teknikker benyttes forebyggende mot skolevegring, dette bør undersøkes i videre forskning.

Litteraturliste

- Albano, A. M., & Silverman, W. K. (1996). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV: child version; clinician manual*: OUP.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Archer, T., Filmer-Sankey, C., & Fletcher-Campbell, F. (2003). *School phobia and school refusal: research into causes and remedies*: National Foundation for Educational Research.
- Barlow, D. H. (2002). Fear, Anxiety and Theories of Emotion. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and Its Disorders* (Vol. 2, s. 37-63). New York: The Guildford Press.
- Bauger, L., Warholm, V. S., & Sundby, J. (2009). Problematisk skolefravær i ungdomsskolen. En studie av forekomst, mulige årsaker og tiltak i en stor bykommune. *Skolepsykologi 2009*, 44 (2), 39 - 47.
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, Inc.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy, Basics and Beyond*. New York: The Guildford Press.
- Beidas, R. S., Crawley, S. A., Mychailysyn, M. P., Comer, J., & Kendall, P. C. (2010). Cognitive-behavioral treatment of anxious youth with comorbid school refusal: Clinical presentation and treatment response. *Psihologijske Teme*, 19(2), 255-271.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychol Assess*, 7, 73-79.
- Berg, I., Nichols, K., & Pritchard, C. (1969). School phobia - its classifications and relationship to dependency. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 10(2), 123-141. doi: 10.1111/j.1469-7610.1969.tb02074.x
- 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 & Adolescent Psychiatry*, 39(3), 276-283. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200003000-00008>
- Bernstein, G. A., Crosby, R. D., Perwien, A. R., & Borchardt, C. M. (1996). Anxiety Rating for Children — Revised: Reliability and validity. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(2), 97-114. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0887-6185\(95\)00039-9](http://dx.doi.org/10.1016/0887-6185(95)00039-9)
- Blagg, N. R., & Yule, W. (1984). The behavioral treatment of school refusal - a comparative study. *Behaviour research and therapy*, 22(2), 119-127.

- Brandibas, G., Jeunier, B., Clanet, C., & Fourasté, R. (2004). Truancy, School Refusal and Anxiety. *School Psychology International*, 25(1), 117-126.
- Breitenstein, S. M., Gross, D., Garvey, C. A., Hill, C., Fogg, L., & Resnick, B. (2010). Implementation fidelity in community-based interventions. *Research in Nursing & Health*, 33(2), 164-173. doi: 10.1002/nur.20373
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*: Los Angeles: Sage.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Cannon, W. B. (1987). The James-Lange Theory of Emotions: A Critical Examination and an Alternative Theory. *The American Journal of Psychology*, 100(3/4), 567-586. doi: 10.2307/1422695
- Cicchetti, D. E., & Cohen, D. J. (1995). *Developmental psychopathology, Vol. 1: Theory and methods*: Oxford: John Wiley & Sons.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*, 21(68), 69-93.
- Cook, T. D., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis for field settings*: Rand McNally.
- Döpfner, M., & Lehmkuhl, G. (1998). *Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes-und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)*: Hogrefe & Huber.
- Egger, H. L., Costello, J. E., & Angold, A. (2003). School Refusal and Psychiatric Disorders: A Community Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(7), 797-807. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.CHI.0000046865.56865.79>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345.
- Elliott, J. G. (1999). Practioner Review: School Refusal: Issues og Conceptualisation, Assesment, and Treatment. *J. Child Psychol. Psychiat*, 40(7), 1001-1012.
- Ellis, A. (2001). Behavior Psychotherapy: Rational and Emotive. In N. J. S. B. Baltes (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (s. 1072-1076). Oxford: Pergamon.
- Flaherty, L. T., Weist, M. D., & Warner, B. S. (1996). School-based mental health services in the United States: History, current models and needs. *Community Mental Health Journal*, 32(4), 341-352.

- Fredriksen, A., Aune, T., & Aarseth, J. (2008). Kognitiv terapi for barn og unge. In T. Berge & A. Repål (Eds.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 617-651). Oslo: Gyldendal.
- Gelso, C., & Fretz, B. (2001). *Counseling Psychology* (Vol. 2). Belmont: Wadsworth Cengage Learning.
- Granell de Aldaz, E., Vivas, E., Gelfand, D., & Feldman, L. (1984). Estimating the prevalence of school refusal and school-related fears. A venezuelan sample. *The journal of nervous and mental disease*, 172(12), 722-729.
- Hagen, R., & Martinsen, K. (Eds.). (2012). *Håndbok i kognitiv atferdsterapi i behandling med barn og unge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Havik, T. (2015). *School non-attendance. A study of the role of school factors in school refusal*. (PhD), University of Stavanger, Stavanger.
- Havik, T., Bru, E., & Ertesvåg, S. (2014). Assessing reasons for school non-attendance. *Scandinavian journal of educational research*, 1-21. doi: DOI:10.1080/00313831.2014.904424
- Hawker, D. S. J., & Boulton, M. J. (2000). Twenty Years' Research on Peer Victimization and Psychosocial Maladjustment: A Meta-analytic Review of Cross-sectional Studies. . *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 41(4), 441-469. doi: 10.1111/1469-7610.00629
- Helland, M. J., & Mathiesen, K. S. (2009). 13-15-åringer fra vanlige familier i Norge - hverdagsliv og psykisk helse (Vol. 1): Folkehelseinstituttet.
- Heyne, D., King, N., Tonge, B., Rollings, S., Pritchard, M., Young, D., & Myerson, N. (1998). The self-efficacy questionnaire for school situations: Development and psychometric evaluation. . *Behavior change*, 15(1), 31-40.
- Heyne, D., & Rollings, S. (2002). *School refusal*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Heyne, D., Sauter, F. M., Van Widenfelt, B. M., Vermeiren, R., & Westenberg, P. 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
- Heyne, D., Sauter, F. M., Ollendick, T. H., Van Widenfelt, B. M., & Westenberg, P. M. (2014). Developmentally Sensitive Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent School Refusal: Rationale and Case Illustration. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(2), 191-215. doi: 10.1007/s10567-013-0160-0
- Hjemdal, O., Hagen, R., Nordahl, H. M., & Wells, A. (2013). Metacognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Nature, Evidence and an Individual Case Illustration. *Cognitive and behavioral practice*, 20 (3), 301-313. doi: 10.1016/j.cbpra.2013.01.002

- Hoffman, S. F., & Barlow, D. H. (2002). Social Phobia (Social Anxiety Disorder). In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders* (Vol. 2, s. 454-476). New York: The Guildford Press.
- Holden, B., & Sállman, J. (2010). *Skolenekting*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Howitt, D., & Cramer, D. (2011). Meta-analysis *Introduction to statistics in psychology* (Vol. 5, s. 426-442). Essex: Pearson Education Limited.
- Idsoe, T., Dyregrov, A., & Idsoe, E. C. (2012). Bullying and PTSD symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(6), 901-911.
- Ingul, J. M. (2005). Skolevegring hos barn og ungdom. 27-38. Barn i Norge: «Se meg». Rapport. www.vfb.no/xp/pub/venstre/rod/tema/skolevegring/240112
- Ingul, J. M. (2014). *Anxiety and social phobia in Norwegian adolescents: studies of risk factors, school absenteeism and treatment effects* (Vol. 2014:303). Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Ingul, J. M., & Nordahl, H. M. (2013). Anxiety as a risk factor for school absenteeism: What differentiates anxious school attenders from non-attenders? *Annals of General Psychiatry*, 25. doi: 10.1186/1744-859X-12-25
- Johannessen, E., Kokkersvold, E., & Vedeler, L. (2010). *Rådgivning. Tradisjoner, teoretiske perspektiver og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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. (2000). *When children refuse school. A cognitive-behavioral therapy approach*. New York: Oxford University Press.
- Kearney, C. A., & Silverman, W. (1996). The Evolution and Reconciliation of Taxonomic Strategies for School Refusal Behavior. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(4), 339-354.
- Kearney, C. A. (2001). *What is school refusal behavior?* Washington: American Psychological Association.
- Kearney, C. A. (2007). Forms and functions of school refusal behavior in youth: an empirical analysis of absenteeism severity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 53-61. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01634.x
- Kendall, P. C., Martinsen, K., & Neumer, S. P. (2006). *Mestringskatten (Coping Cat) terapeutmanual, kognitiv adferdsterapi for barn med angst*. Oslo: Universitetsforlaget.
- King, N., J., Tonge, B., Heyne, D., & Ollendick, T. H. (2000). Research on the cognitive-behavioral treatment of school refusal: A review and recommendations. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 495-507.

- King, N. J., 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.
- King, N. J., & Bernstein, G. A. (2001). School refusal in Children and Adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 40 (2), 197-205.
- King, N. J., Tonge, B. J., Heyne, D., Pritchard, M., Rollings, S., Young, D., Rollings, S., Ollendick, T. H. (1998). Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children: A controlled evaluation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(4), 395-403.
- Kjøbli, J., Maurseth, T., & Slinning, K. (2013). Virksomme intervensjoner og effektive implementeringsstrategier øker sannsynligheten for gode resultater i praksisfeltet. *Tidsskrift for Psykisk helsearbeid*, 10(3), 239-247. doi: Universitetsforlaget
- Kleven, T. A. (2005). Hvilke alternative forklaringer er mulige? - Spørsmålet om indre validitet. In T. A. Kleven (Ed.), *Pedagogisk forskningsmetode* (s. 139-158). Oslo: Unipub AS.
- Kleven, T. A. (2013). Effektstørrelse. Hentet 05.03.2015, fra <http://www.uio.no/studier/emner/uv/iped/PED4010/h14/effektstorrelse1.pdf>
- Kristiansen, I. H. (2015, 18.02.2015). Depresjonsmestring for ungdom. Hentet 06.03.2015, fra <http://www.atferdssenteret.no/aktuelt/depresjonsmestring-for-ungdom-article2110-119.html>
- Larun, L. (2008). Kritisk vurdering - hvordan og hvorfor. *Ergoterapeuten*. Hentet 23.04.2015, fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/files/565148a56e1d32858.pdf>
- Last, C. G., Hansen, C., & Franco, N. (1998). Cognitive-behavioral treatment of school phobia. *The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(4), 404-411.
- Last, C. G., & Strauss, C. C. (1990). School Refusal in Anxiety-Disordered Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(1), 31-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199001000-00006>
- Layne, A. E., Bernstein, G. A., Egan, E. A., & Kushner, M. G. (2003). Predictors of treatment response in anxious-depressed adolescents with school refusal. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 319-326.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Leichsenring, F., Hiller, Weissberg, & Leibing, E. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: Techniques, efficacy, and indications. *American Journal of Psychotherapy*, 60(3), 233-259.

- Lonigan, C. J., Elbert, J. C., & Johnson, S. B. (1998). Empirically supported psychosocial interventions for children: An overview. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(2), 138-145. doi: 10.1207/s15374424jccp2702_1
- Lund, T. (1996). *Metoder i kausal samfunnsforskning - en kortfattet og enkel innføring*. Gjøvik: Universitetsforlaget AS.
- Lund, T. (2002). *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub.
- Lund, T. (2005). The qualitative–quantitative distinction: Some comments. *Scandinavian journal of educational research*, 49(2), 115-132.
- Madsen, O. J. (2010). *Den terapeutiske kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Major, E., Dalgard, O. S., Mathiesen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var*. Oslo: Norsk folkehelseinstitutt.
- March, J. S., Parker, J., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 554-565.
- Maric, M., Heyne, D., de Heus, P., van Widenfelt, B. M., & Westenberg, P. M. (2012). The Role of Cognition in School Refusal: An Investigation of Automatic Thoughts and Cognitive Errors. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(03), 255-269. doi:10.1017/S1352465811000427
- Maric, M., Heyne, D., MacKinnon, D. P., van Widenfelt, B. M., & Westenberg, P. M. (2013). Cognitive Mediation of Cognitive-Behavioural Therapy Outcomes for Anxiety-Based School Refusal. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(5), 549-564. doi: 10.1017/s1352465812000756
- Martinsen, A. (1999). *Samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og skole*. Universitetet i Oslo, Oslo.
- McCarty, R. (2007). Fight-or-Flight Response. In G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of Stress (Second Edition)* (s. 62-64). New York: Academic Press.
- McNamara, E. (1988). The self-management of school phobia: a case study. *Behavioural psychotherapy*, 16(03), 217-229.
- Meshane, G., Walter, G., & Rey, J. M. (2001). Characteristics of Adolescents with School Refusal. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6), 822-826. doi: 10.1046/j.1440-1614.2001.00955.x
- Morgan, D. L. (2007). Paradigms Lost and Pragmatism Regained: Methodological implications of combining Qualitative and Quantitative methods. *Journal of mixed methods research*, 1(1), 46-76.

- Mychailyszyn, M. P., Brodman, D. M., Read, K. L., & Kendall, P. C. (2012). Cognitive-Behavioral School-Based Interventions for Anxious and Depressed Youth: A Meta-Analysis of Outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(12), 129-153.
- Myhrvold-Hansen, J. (2005). Skolevegring - om å rulle ut en rød løper. *Psykisk helse i skolen*, [http://www.psykiskhelseiskolen.no/postmann/dbase/bilder/SKOLEVEGRING Jan Myhrvold-Hanssen.pdf](http://www.psykiskhelseiskolen.no/postmann/dbase/bilder/SKOLEVEGRING%20Jan%20Myhrvold-Hanssen.pdf), 5-14. doi:
- Naylor, M. W., Staskowski, M., Kenney, M. C., & King, C. A. (1994). Language Disorders and Learning Disabilities in School-Refusing Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(9), 1331-1337. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199411000-00016>
- Norwood, S. (2007). Validity of self-reports of psychopathology from children of 4–11 years of age. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 2(2), 89-99. doi: 10.1080/17450120701403136
- Nytingnes, O. (2003). BUP og skole. Hvorfor og hvordan kan de samarbeide. In E. Befring (Ed.), *Årsrapport om barn og unges psykiske helse*. (s. 39-48): Voksne for barn.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSC-R). *Behaviour research and therapy*, 21(6), 685-692.
- Pianta, R. C., Stuhlman, M. W., & Hamre, B. K. (2002). How schools can do better: Fostering stronger connections between teachers and students. *New Directions for Youth Development*, 2002(93), 91-107.
- Pilkington, C. L., & Piersel, W. C. (1991). School phobia: A critical analysis of the separation anxiety theory and an alternative conceptualization. *Psychology in the schools*, 28(4), 290-303.
- Place, M., Hulsmeier, J., Davies, S., & Taylor, E. (2000). School refusal: A changing problem which requires a change of approach? *Clinical child psychology and psychiatry*, 5(3), 345-355.
- Psykologforening. (2007). Evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 802.
- Raundalen, M., & Schultz, J.-H. (2006). *Krisepedagogikk: hjelp til barn og ungdom i krise*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Reid, K. (2005). The causes, views and traits of school absenteeism and truancy: An analytical review. *Research in Education*, 74(1), 59-82.
- Repål, A. (2008). En kognitiv tilnærming til selvhjelp. In T. Berge & A. Repål (Eds.), *Håndbok i kognitiv terapi* (Vol. 1, s. 61-78). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Schniering, C. A., Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2000). Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 20*(4), 453-478. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00037-9
- Seligman, L. D., & Ollendick, T. H. (2011). Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 20*(2), 217-238. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.003>
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. New York: Wadsworth Cengage Learning.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General psychiatry, 40*(11), 1228-1231.
- Shilvock, G. G. (2010). *Investigating the factors associated with emotionally-based nonattendance at school from young people's perspective*. (Doctoral dissertation), University of Birmingham.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV.: Parent interview schedule* (Vol. 1): Oxford University Press.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Nasjonal plan for selvhjelp*. Hentet 06.02.2015 fra <http://www.linklillehammer.no/filestore/Bilder/NasjonalPlanforSelvhjelp.pdf>
- Sundby, J. (2011). Problematisk skolefravær. In F. Svartdal (Ed.), *Psykologi i praksis* (Vol. 1, s. 147-152). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thambirajah, M. S., Grandison, K., J., & De-Hayes, L. (2008). *Understanding school refusal*. London: Jessica Kingsley Publisher.
- Turner, S. M., Johnson, M. R., Beidel, D. C., Heiser, N. A., & Lydiard, R. B. (2003). The Social Thoughts and Beliefs Scale: a new inventory for assessing cognitions in social phobia. *Psychol Assess, 15*, 384-391.
- Verdens Helseorganisasjon. (2011). *ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (Vol. 10). Oslo: Helsedirektoratet.
- Walker, E., Hernandez, A., & Kattan, M. (2008). Meta-analysis: Its strengths and limitations. *Cleveland Clinic Journal of Medicine, 75*(6), 431-439.
- Walter, D., Hautman, C., Rizk, S., Lehmkuhl, G., & Doepner, M. (2014). Short- and long-term effects of inpatient cognitive-behavioral treatment of adolescents with anxious-depressed school absenteeism: A within-subject comparison of changes. *Child & family behavior therapy, 36*(3), 171-190.
- Walter, D., Hautmann, C., Rizk, S., Petermann, M., Minkus, J., Sinzig, J., Lehmkuhl, G. & Doepfner, M. (2010). Short term effects of inpatient cognitive behavioral treatment of adolescents with anxious-depressed school absenteeism: an observational study.

European Child & Adolescent Psychiatry, 19(11), 835-844. doi: 10.1007/s00787-010-0133-5

Weist, M. D., Evans, S. W., & Lever, N. A. (2003). Introduction: Advancing mental health practice and research in schools. In M. D. Weist, S. W. Evans & N. A. Lever (Eds.), *Handbook of school mental health: Advancing practice and research* (s. 1-7). New York: Springer Science & Business Media.

Wells, A., & Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 37(6), 585-594. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00156-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00156-9)

Wilkins, J. (2008). School characteristics that influence student attendance: Experiences of students in a school avoidance program. *The high school journal*, 91(3), 12-24.