



UiO • Universitetet i Oslo

Angstbasert skolevegring – hva sier litteraturen om forebyggende og behandlende tiltak?

Qendresa Plana

Masteroppgave i pedagogisk-psykologisk rådgivning

Institutt for pedagogikk

Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2020

Angstbasert skolevegring

Forebyggende og behandlende tiltak i arbeid med angstbasert skolevegring hos barn og unge.

© Qendresa Plana

2020

Angstbasert skolevegring – hva sier litteraturen om forebyggende og behandlende tiltak?

Qendresa Plana

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

Trykk: Representeren, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn og formål

Skolevegring er et spredt problem i verden, og et aktuelt tema. Det trengs derfor god kunnskap som kan gi sikker informasjon om forebygging og behandling. Av den grunn er økt kunnskap om temaet og dets utvikling, en viktig faktor for forebygging, tidlig intervensjon og behandling. Oppgaven skal ta for seg skolevegring og tar sikte på å få kunnskap om barn og unge med angstbasert skolevegring, hvor fokuset retter seg mot forebygging og behandling. Forebygging og tiltak vil være rettet mot individet (eks. Redusere barnets angst gjennom kognitiv atferdsterapi som en eventuell metode), skolen (øke deres kunnskap, skape godt psykososialt miljø), og hjemmet (etablere gode rutiner, gode kommunikasjons- og samhandlingsmønstre i familien). Avslutningsvis vil jeg fokusere på hvordan sette i gang behandlende tiltak når skolevegringen allerede har oppstått.

Problemstilling

Den overordnede problemstillingen for masteroppgaven min er: «angstbasert skolevegring – hva sier litteraturen om forebyggende og behandlende tiltak?». Problemstillingen vil bli besvart og belyst i et pedagogisk perspektiv gjennom en litteraturstudie

Metode

Oppgaven er en systematisk kunnskapsoversikt, som skal oppnå sitt formål og besvare oppgavens problemstilling gjennom eksisterende forskningslitteratur på de aktuelle områdene.

Resultater

Forskning og litteratur tyder på at det er sammenheng mellom skolevegring og angst. Seperasjonsangst er vanligst blant de yngre barna, mens sosial angst er vanlig i ungdomsskole og videregående skole. Forebygging og behandling av angstbasert skolevegring bør gjøres på tre nivåer, individet, foreldrene/hjemmet og skolen. Ved forebygging er det hensiktsmessig å se på risikofaktorer og basere tiltak på disse. Spesielt ved behandling blir kognitiv atferdsterapi vist å gi gode effekter, både alene og i kombinasjon med medisinsk behandling. Likevel blir kognitiv atferdsterapi også benyttet i det forebyggende arbeidet.

Forord

Jeg har lenge vært interessert i kognisjonens rolle og hvordan det kognitive preger og påvirker oss. I forhold til kognisjon, har jeg opplevd angst å være et spennende tema. Skolevegring fanget min interesse i løpet av praksisperioden på PPT, og dermed åpnet det opp for muligheten å skrive om skolevegring basert på angst og hvordan hjelpe barn og unge med angstbasert skolevegring best mulig. Oppgaven min tar dermed for seg forebyggende og behandlende tiltak av angstbasert skolevegring. Prosessen har vært lang, men også lærerik og givende. Jeg har lært meg mye om både angstbasert skolevegring og om hvordan skrive en større akademisk tekst.

Det har vært en krevende og spesiell periode, med utfordringer med den globale pandemien som resulterte i nedstengning av Norge. En felles nasjonal dugnad har likevel brakt mennesker sammen og lettet på frykten for det ukjente viruset.

Til tross for utfordringer på veien, har jeg mottatt mye støtte og veiledning. Dermed vil jeg ønske å takke alle som har vist forståelse og støttet meg gjennom denne skriveprosessen. En spesielt stor takk vil jeg rette til min veileder, Kristin Rogde, som har stilt opp med gode råd, veiledning og motiverende tilbakemeldinger.

I tillegg vil jeg rette en stor takk til venner og familie som har hatt tro på meg, og vist støtte i en lang og krevende periode.

Juni 2020

Qendresa Plana

Innholdsfortegnelse

ANGSTBASERT SKOLEVEGRING	III
SAMMENDRAG	V
FORORD.....	VII
1 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 AVGRENSNING OG BEGREPSAVKLARING	2
1.3 OPPGAVENS STRUKTUR.....	2
1.4 METODE.....	3
1.4.1 ERIC og PsycINFO	3
1.4.2 Web of Science.....	4
1.4.3 Education Research Complete	4
1.4.4 Norart	4
1.4.5 Oria.....	4
1.4.6 Google Scholar.....	4
1.4.7 Flow-diagram over søkestrategi for fremskaffelse av relevante studier	5
1.4.8 Liste over 19 studier som blir drøftet i oppgaven.....	5
2 HVA ER SKOLEVEGRING?	8
2.1 ELEV MOTIVERT OG FORELDRE MOTIVERT SKOLEVEGRING	9
2.2 KEARNEYS FUNKSJONS MODELL AV SKOLEVEGRING	10
2.3 HVEM STÅR ANSVARLIG?	11
2.4 RISIKOFAKTORER.....	12
2.4.1 Individuelle risikofaktorer	13
2.4.2 Risikofaktorer i hjem	14
2.4.3 Skolerelaterte faktorer.....	14
2.5 BESKYTTELSES FAKTORER.....	15
2.6 KARTLEGGING	15
2.6.1 Deskriptiv funksjonell analyse.....	16
2.6.2 Eksperimentell funksjonell analyse	17
2.7 PSYKISK TILNÆRMING TIL SKOLEVEGRING	18
2.8 OPPSUMMERING	19
3 ANGSTBASERT SKOLEVEGRING	20
3.1 ANGST SETT I FORHOLD TIL FRAVÆR	20
3.2 ANGST I FORHOLD TIL SKOLEVEGRINGENS FUNKSJONS MODELL	23
3.3 ANGSTLIDELSER RELATERT TIL SKOLEVEGRING	25
3.4 KOGNISJONENS ROLLE VED ANGSTBASERT SKOLEVEGRING.....	27
3.5 OPPSUMMERING	29
4 FOREBYGGING AV ANGSTBASERT SKOLEVEGRING	31
4.1 TILNÆRMINGER TIL FOREBYGGING	31
4.2 FOREBYGGENDE INTERVENSJONER	32

4.3	RESPONS TO INTERVENTION (RTI) – TILTAK PÅ ULIKE NIVÅER.....	34
4.3.1	<i>Universelt og forebyggende nivå</i>	36
4.3.2	<i>Målrettet, tidlig intervensjon</i>	36
4.3.3	<i>Intensiv behandling</i>	37
4.4	FOREBYGGENDE TILTAK AV FRAVÆR OG ANGST.....	37
4.4.1	<i>Skolebaserte programmer for angstbasert skolevegring</i>	40
4.5	STUDIER OM ANGSTFOREBYGGING.....	42
4.6	OPPSUMMERING.....	46
5	BEHANDLING AV ANGSTBASERT SKOLEVEGRING	47
5.1	BEHANDLINGSMETODER	47
5.1.1	<i>Utfordringer med behandling av angstbasert skolevegring?</i>	47
5.2	GENERELLE TILTAK.....	49
5.3	BEHANDLING BASERT PÅ KEARNEYS FUNKSJONSMODELL.....	50
5.3.1	<i>Negative forsterkninger</i>	50
5.3.2	<i>Positive forsterkninger</i>	52
5.4	KOGNITIV ATFERDSTERAPI.....	54
5.4.1	<i>Kognitiv omstilling</i>	55
5.4.2	<i>Avspenning og mindfulness</i>	55
5.4.3	<i>Eksponering</i>	56
5.4.4	<i>Sosial ferdighetstrening</i>	57
5.5	EFFEKTEN AV KOGNITIV ATFERDSTERAPI (CBT).....	57
5.6	MEDISINSK BEHANDLING OG KOGNITIV ATFERDSTERAPI.....	64
5.7	OPPSUMMERING.....	68
6	KRITISK VALIDITETSVURDERING AV STUDIER OM FOREBYGGING OG BEHANDLING	
	70	
6.1	STUDIER INKLUDERT I FOREBYGGINGSKAPITELET	70
6.1.1	<i>Begrepsoperasjonalisering</i>	70
6.1.2	<i>Statistisk validitet</i>	71
6.1.3	<i>Indre og ytre validitet</i>	71
6.2	STUDIER FRA BEHANDLINGSKAPITELET	72
6.2.1	<i>Begrepsoperasjonalisering</i>	72
6.2.2	<i>Indre validitet</i>	73
6.2.3	<i>Ytre validitet</i>	74
6.2.4	<i>Reliabilitet</i>	74
6.2.5	<i>Statistisk validitet</i>	74
7	KONKLUSJON OG AVSLUTNING.....	75
	LITTERATURLISTE.....	78
	VEDLEGG 1.....	84

1 Innledning

Over lang tid, har skolevegring vært et komplekst problem for både foreldre og fagpersoner, et problem som har vært vanskelig å beskrive og klassifisere (Kearney 2007). Kearney og kollegaer (2004b) brukte begrepet «school refusal behavior» (skolevegringsatferd) for å referere til alle barn og unge som vegrer seg fra å gå på skolen, enten det er angstrelatert eller ikke (Kearney et al., 2004b). Det er av betydning å nevne at det er vanskelig å skille behandling av skolevegring og behandling av skolevegringsatferd, da de henger sammen. For å lykkes med behandling av skolevegring, kreves det behandling av skolevegringsatferd (Holden & Sällmann, 2010). Kognitiv atferdsterapi har vært en populær behandlingsmetode i arbeidet med angstbasert skolevegring (Maynard, 2018), og skal bli nærmere beskrevet i oppgaven. Skolevegring er ikke en diagnose, men heller en tilstand, som oppstår ved sterkt emosjonelt ubehag, som angst. Tidlige tegn på skolevegring er at barnet eller den unge klager på kvalme, hodepine, eller magesmerter på morgenkvisten eller ved leggetid. Skolen kan oppleves som vanskelig og samtidig vekke negative emosjonelle reaksjoner, som fører til at de heller vil bli hjemme (Havik, 2018). Med andre ord opplever elever utfordringer med å møte opp på skolen, og gruer seg til det som følge av engstelighet (Cresswell & Willets, 2012). Barn og unges skolevegring oppleves som utfordrende for hjem, skolen og støtteapparater også. Tidligere studier belyser viktigheten av å oppdage og stoppe skolevegring tidligst mulig, blant annet fordi skolevegring ved økt alder kan føre til mer alvorlig problematikk og dermed gi dårlige behandlingsresultater (Havik, 2018). Denne oppgaven vil fokusere på barn og unge som er i ferd med å utvikle angstbasert skolevegring og som allerede har etablert det.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom masterprogrammet har jeg fått kunnskap om ulike temaer. Skolevegring har det derimot vært veldig lite av i studieløpet. Som støttekontakt for en jente som har vist skolevegringstegn og strevet med sosial angst, har det vekket en interesse hos meg om fenomenet. Det satte preg på meg og gjorde meg oppmerksom på å lære mer om det, uten å ta ordentlig tak i det. I praksisperioden på PPT ble temaet tatt opp som et forslag til min masteroppgave da det er et aktuelt tema. Dette økte min interesse og avgjorde mitt endelige valg. Jeg synes og opplever at det er viktig å skape en forståelse for barn og unge som utvikler

skolevegringsatferd og skolevegring. Samt finner jeg det viktig å øke kunnskap om skolevegring for å stadig utvikle gode strategier ved forebygging og finne riktige tiltak.

1.2 Avgrensning og begrepsavklaring

Litteraturen som blir brukt er stort sett forskningsartikler og noe faglitteratur. Forekomst av skolevegring er vanskelig å finne nøyaktig tall på fordi skolevegring blir definert på forskjellige måter i ulike studier, dermed velger jeg å ikke gå i dybden på det. Mesteparten av faglitteraturen vil være internasjonal for å finne ut av hvordan best mulig jobbe med barn og unge med angstbasert skolevegring. Oppgaven min har jeg valgt å begrense til sosial angst som tilleggsvanske i forbindelse med skolevegring. I oppgaven henviser jeg til barn og unge i barneskole, ungdomsskole og videregående skole nivå. Skolevegring oppstår ofte i overgangen til ny skole (Ingul, 2005), og dette er en aldersgruppe som bytter skole 1-2 ganger. Nøkkelbegreper som oppgaven i hovedsak dreier seg om og gjennomgår, er blant annet skolevegring, angst, risiko- og beskyttende faktorer, forebyggende tiltak, intervensjoner, og behandlende tiltak. Oppgaven fokuserer på angstbasert skolevegring hos barn og unge, men noen ganger referer jeg til de som elever også, eller som den unge. Angstbegrepet operasjonaliserer åpent og ukritisk i oppgaven. Angstbegrepet brukes både for barn og unge som har diagnosen, men også som viser tegn til angst, frykt, uro og bekymring,

1.3 Oppgavens struktur

Oppgaven er fordelt utover 5 kapitler, hvorav første kapittel er den innledende delen. Kapittel to og tre omhandler teori om skolevegring og angst, og er det teoretiske grunnlaget for de to siste kapitlene som tar for seg den forebyggende og behandlende delen. En nærmere beskrivelse av skolevegring vil bli gjennomgått i kapittel to. Forholdet mellom angst og skolevegring vil bli gjennomgått i kapittel tre. I kapittel 2 og 3 vil jeg diskutere inkluderte studier og kritisk vurdere validiteten på dem, på generell basis. Deretter vil kapittel fire dreie seg om forebygging og forebyggende tiltak og intervensjoner i arbeidet med angstbasert skolevegring. Videre fokuserer kapittel fem på behandling av skolevegring, hvor flere studier blir trukket inn for å se på viktige funn. Avslutningsvis foretar jeg en helhetlig kritisk validitetsvurdering av kapittel 4 og 5, basert på Cook og Campbells validitetssystem. Validitetssystemet inkluderer begrepsoperasjonalisering (hvor godt det teoretiske begrepet er representert i studiene), indre validitet (sammenhengen mellom årsak og virkning), ytre

validitet (om studier passer til andre kontekster), reliabilitet (om man måler det man ønsker å måle), og statistisk validitet (om funn er store og viktige nok). Oppgaven avsluttes med en helhetlig oppsummering,

1.4 Metode

For å få en grundig oversikt over hvordan databaser og datasøk jeg bør gjøre i forbindelse med min oppgave, har jeg tatt kontakt med Nini Ebeltoft (fagreferent ved pedagogikk) og avtalt en veiledningstime for å få hjelp med søkeord og databaser til masteroppgaven min. Sammen prøvde vi oss fram på ulike databaser med ulike søketermer, og jeg ble tillært hvordan snevre det godt inn og hvordan lagre mine søk. Hun viste meg også hvordan å sammenkoble to databaser sammen. Like før veiledningstimen var jeg på Zotero kurs (Zotero er et program for å samle inn, sitere og håndtere litteraturreferanser og bibliografier). Sammen med Nini prøvde vi sette inn artikler fra databaser inn i Zotero, og kilder og referanser i teksten. Deretter prøvde jeg meg frem på egenhånd ved å systematisk utføre et søk slik jeg ønsket og se hvilke treff jeg endte med. Databasene jeg valgte å benytte var ERIC, psycINFO, Education Research Complete, Web of Science, Norart og Google Scholar. Noen av hovedsøkene mine var: «school refusal», «school absenteeism», «treatment». De spesifikke søkene til hver database med antall treff kan finnes i vedlegg 1. Artiklene jeg har bestemt meg for å bruke, har jeg lagret på Zotero. Der har jeg også sett gjennom dupliserte artikler for å utelukke duplikater.

1.4.1 ERIC og PsycINFO

ERIC er en database som er spesifisert for utdanningsforskning. PsycINFO er en database med sammendrag av litteratur innen psykologi. Jeg søkte meg frem på ERIC med ulike begreper og ord som jeg opplevde som relevante og koblet ERIC og psycINFO databasene sammen i det samme søket, og fikk da opp 40 søk uten søkestrengen angst. Men når jeg tok med angst så ble søket begrenset til 23. Jeg gjennomgikk artiklene på begge treffene. Jeg begrenset søket ved å velge ut kun engelsk i språk, fulle tekster, og artikler som var peer reviewed. Jeg valgte å se på artikler mellom årstallene 2000-2020, for å ha nok utvalg. De artiklene jeg ville ha videre i prosessen lagret jeg på Zotero.

1.4.2 Web of Science

Et nettsted som gir tilgang til flere databaser som gir omfattende situasjonsdata for mange forskjellige akademiske fagområder. På denne databasen gjorde jeg ganske likt søk som på ERIC og psycINFO. Tidslinjen og søkestrengene ser like ut, men antall treff her var 51. Jeg valgte å ha med angst isteden for sosial angst (som ga 7 treff) fordi det ga mer treff (51 treff). Her fikk jeg grei oversikt over «times cited» artikler (hvilke artikler som var mest sett på).

1.4.3 Education Research Complete

Denne inkluderer samtlige utdanningsnivåer og de fleste pedagogiske forskningsfelt. Søkemetoden på denne databasen ser litt annerledes ut enn de andre, da det var en av de første jeg brukte, men jeg fikk nok treff med relevante artikler og gjorde meg dermed fornøyd med det. Tidslinjen er den samme som de andre databasene.

1.4.4 Norart

Dette er database for norske og nordiske tidsskriftartikler. jeg brukte denne databasen for å se hvilke norske forfattere jeg får opp av å søke skolevegring, og hvilke tidsskrifter og årstall de tilhører.

1.4.5 Oria

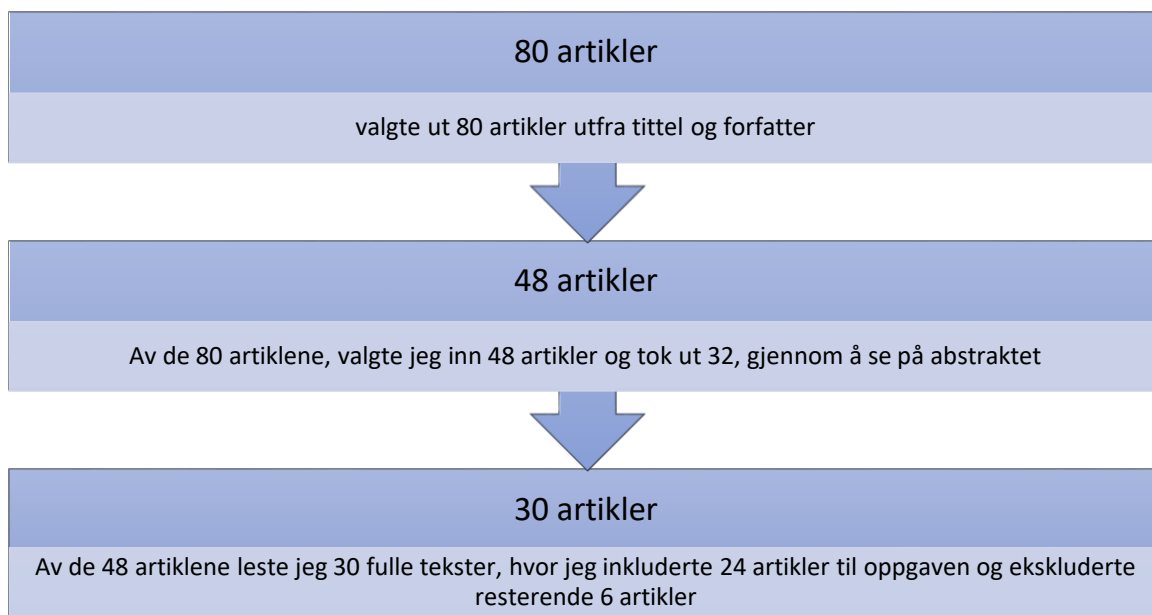
Oria er en felles portal til det samlede materialet som finnes ved de fleste norske fag- og forskningsbibliotek. Her fant jeg fram til bøker ved å skrive inn enten «skolevegring» eller «school refusal»

1.4.6 Google Scholar

Dette er en søkemotor som indekserer fulltekst eller metadata for akademisk litteratur innen de fleste typer formater og på tvers av disipliner. Her skrev jeg inn navnet på forfattere jeg visste var relevante innenfor feltet, som en sikker kilde på at jeg har med de fleste artiklene fra nettopp disse forfatterne. Her fant jeg også noen artikler utfra snøball metoden, hvor jeg så referanser fra andre artikler og søkte direkte på de her. I tillegg fikk jeg funnet noen relevante bøker som var nyttige å bruke.

Avslutningsvis er det verdt å nevne at jeg har vært i kontakt med flinke fagpersoner (Havik, Heyne og Gentle-Genitty) innenfor feltet, både skriftlig og muntlig, som har bidratt med relevante artikler og generell veiledning angående litteratursøk.

1.4.7 Flow-diagram over søkestrategi for fremskaffelse av relevante studier



- ➔ Jeg prøvde i utgangspunktet å finne gode randomiserte kontrollerte studier som ser på effekten av forebygging og behandling av angstbasert skolevegring. Da det ikke var mange av dem, har jeg også valgt studier med andre forskningsdesign som har sett på effekt av tiltak.
- ➔ Jeg valgte å inkludere en blanding av gamle og nye artikler da det var en del gode artikler fra tidligere år.
- ➔ Jeg valgte å utelukke studier som fokuserte på tilleggsvansker som atferds-lidelser og autisme, da det var irrelevant for min oppgave.
- ➔ Ytterligere 6 studier ble brukt som jeg fant gjennom snøball metoden, og som jeg ble tipset om fra David Heyne. Utenom en studie som er fra 1998, som jeg fant underveis i skriveprosessen, så er alle artikler fra årstallene 2000-2020.
- ➔ Totalt 19 av artiklene er brukt i dypere redegjørelse og diskusjon for å belyse problemstillingen.

1.4.8 Liste over 19 studier som blir drøftet i oppgaven

Studie	Design	Tittel
Gubbels et al., 2018	Meta-analytisk gjennomgang	Risk Factors for School Absenteeism and Dropout: A Meta-analytic Review.
Kearney & Albano., 2004a	Omfattende klinisk studie	The Functional Profiles of School Refusal Behavior.
Egger et al., 2003	Omfattende samfunnsbasert studie	School Refusal and Psychiatric Disorders: A community Study
Ingul & Nordahl, 2013	Kontrollert studie	Anxiety as a Risk Factor for School Absenteeism: What Differentiates Anxious School Attenders From Non-Attenders
Gonzalves et al., 2018	kvantitativ studie med clusteranalyse	Functional Profiles of School Refusal Behavior and Their Relationship With Depression, Anxiety, and Stress.
Maric et al., 2012	Samfunnsbasert studie	The Role of Cognition in School Refusal: An Investigation of Automatic Thoughts and Cognitive Errors.
Melvin et al., 2019	Teoretisk systematisk gjennomgang	The Kids and Teens at School (KiTeS) Framework: An Inclusive Bioecological Systems Approach to Understanding School Absenteeism and School Attendance Problems
Ingul et al., 2019	Teoretisk gjennomgang	Emerging school refusal: a school-based framework for identifying early signs and risk factors.
Kearney & Graczyk, 2014	Teoretisk systematisk artikkel	Response to Intervention Model to Promote School Attendance and Decrease School Absenteeism.
Werner-Seidler et al., 2017	Gjennomgang og metaanalyse	School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis
Shortt et al., 2001	RCT	Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents.
Lock & Barrett, 2003	Longitudinell studie	A Longitudinal Study of Developmental Differences in

Lock & Barrett, 2003	Longitudinell studie	A Longitudinal Study of Developmental Differences in Universal Preventive Intervention for Child Anxiety
Maynard et al., 2018	Gjennomgang og metaanalyse	Treatment for School Refusal Among Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis.
Heyne et al., 2002	RCT	Evaluation of Child Therapy and Caregiver Training in the Treatment of School Refusal.
Heyne et al., 2011	Ikke-randomisert studie	School Refusal and Anxiety in Adolescence: Non-Randomized Trial of A Developmentally Sensitive Cognitive Behavioral Therapy.
King et al., 1998	RCT	Cognitive-Behavioral Treatment of School-Refusing Children: A Controlled Evaluation.
King et al., 2001	Oppfølgingsstudie	Cognitive-Behavioral Treatment of School Refusing Children: Maintenance of Improvement at 3-5 Year Follow-up.
Bernstein et al., 2000	RCT	Imipramine Plus Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of School Refusal.
Bernstein et al., 2001	Oppfølgingsstudie	Treatment of School Refusal: One year Follow-up.
Melvin et al., 2017	RCT	Augmenting Cognitive Behavior Therapy for School Refusal with Fluoxetine: A Randomized Controlled Trial
Melvin & Gordon, 2019	Narrativ gjennomgang	Antidepressant medication: Is it a viable and valuable adjunct to cognitive-behavioral therapy for school refusal?

2 Hva er skolevegring?

Relatert til oppgavens hensikt, som er å skrive om angstbasert skolevegring, er King og Bernstein (2001) sin definisjon aktuell, hvor de beskriver skolevegring som: ” *vansker med å møte på skolen som følge av emosjonelt ubehag, da spesielt angst og depresjon* ” (King & Bernstein, 2001, s. 197). Skolevegring kjennetegnes av barn som går miste av skoletid. I tillegg kjennetegner det også barn med skolevegringsatferd som retter seg mot eventuell manglende skoletid, men som ikke har nådd det målet enda. Skolevegringsatferd oppstår før selve skolevegringen og defineres av at et barn vil men ikke kan gå på skolen på grunn av at hindringer i form av emosjonelt ubehag (Havik, 2018). Videre vil kapitlet omhandle angstbasert skolevegring, og ta for seg forskjellen på skulk og skolevegring, samt skillet mellom foreldremotivert- og elevmotivert skolevegring, før vi fordyper oss Kearneys funksjonsmodell. Deretter redegjør oppgaven for hvem som står ansvarlig med grunnlag i Bronfenbrennes bioøkologiske utviklingsteori. Risiko- og beskyttelsesfaktorer vil etterhvert bli gått gjennom før vi går over til en redegjøring av kartlegging av angstbasert skolevegring. Avslutningsvis tar oppgaven for seg den psykiske tilnærmingen til skolevegring.

Kearney, 2008, definerer problematisk fravær til barn og unge ved at de blant annet 1) har gått glipp av minst 25% av skoletiden i løpet av minst to uker, 2) opplevd alvorlig vanskelighetsgrad med å møte opp i klassen med betydelig innblanding av barnets eller familiens daglige rutine, og/eller 3) er fraværende i minst ti skoledager i løpet av femten-ukers periode. Den sistnevnte går ut på at eleven er fraværende fra skolen minst 25% av skoledagen (Kearney, 2008b). Barn og unge kan vise til skolevegringsatferd uavhengig av alder, men man ser det som oftest hos barn mellom 10 og 13 år (Kearney & Albano, 2018). Skolevegring hos barn og unge kan oppstå når som helst i skoleløpet, men spesielt utsatte er de i forbindelse med skolestart, overganger fra for eksempel barneskole til ungdomsskole, skolebytte, og sykdomsperioder (Ingul, 2005). Barn og unge med skolevegring, som går glipp av mye skole, kjennetegnes av at de dropper klassetimer eller perioder av skoledagen, kommer for sent til skolestart, viser utfordrende oppførsel om morgenen i et forsøk om å slippe skolen, og har ekstrem frykt for å møte opp på skolen (Kearney, 2007). Begrepet «school refusal» (skolevegring) har med tiden erstattet andre tilsvarende begreper, som «school phobia» (skolefobi) og «school avoidance» (Skole unngåelse) ved å inkludere den faktiske atferden og skille disse fra barn og ungdom som skulker (Thambirajah et al., 2008).

2.1 Elevmotivert og foreldremotivert skolevegring

Skolevegring kan oppstå både som elevmotivert og som foreldremotivert og det er vanlig å skille disse to type fravær (Havik, 2018). Skolefravær deles som oftest i to deler, hvor en form for fravær defineres som dokumenterte eller gyldige grunner som sykdom og godkjent permisjon, og den andre som udokumenterte eller ugyldige grunner. Sistnevnte kan føre til fravær motivert fra barnet selv (som skulk, skolevegring eller separasjonsangst), eller motivert fra foreldrene. Foreldremotivert skolefravær dreier seg om foreldre som holder barna sine hjemme og ikke på skolen på grunn av deres egne behov og grunner til det (Havik, 2018). Skolevegringsatferd er som regel motivert av barnet eller ungdommen selv, og kjennetegner vegring mot å møte opp på skolen og/eller forbli i klasserommet en hel dag (Kearney & Albano, 2004a). Skolevegringsatferd rammer omtrent 5-28 prosent barn i skolealder en eller annen gang i skoleløpet (Kearney et al., 2004). Havik (2018) referer til en nærliggende definisjon: «*fravær motivert fra eleven selv som er relatert til emosjonelt ubehag og nød erfart i møte med faglige eller sosiale situasjoner på skolen*» (Havik, 2018, s. 28). Slike definisjoner beskriver barn og unge som blant annet holder seg helt unna skolen, klarer å komme seg på skolen men går hjem igjen i løpet av dagen, går til skolen til tross for å ha opplevd somatiske plager eller morgenraseri («tantrum»), og som uttrykker ubehag på skolen og ønsker å bli værende hjemme (King & Bernstein, 2001).

Spesielt viktig er det å kunne skille skulk fra skolevegring, fordi de har mange fellestrekk men ikke kan omtales som det samme. Både skulk og skolevegring kjennetegner barn som ikke er på skolen i skoletiden og mangler dokumentasjon på fravær. Denne form for fravær dreier seg om ugyldige grunner til å ikke befinne seg på skolen. Skulk og skolevegring er begge fravær motivert fra barnet/ungdommen selv, som vil si at det skjer utfra barnets egne faktorer og ikke for eksempel at foreldre holder dem hjemme på grunn av sine behov eller ønsker. Begrepenes fellestrekk gjør at de blir forstått som det samme og dermed også fører til iverksetting av samme tiltak som kan føre til at tiltakene rett og slett ikke er virkningsbare (Havik, 2018). Bortsett fra hva de har til felles, er det viktig å få forståelse for hva som faktisk skiller begrepene. Et eksempel er at, i motsetning til skulk som defineres ved at barn misliker skolearbeid og kjeder seg i timene fordi de er lite interessert og motivert, så er skolevegrere både interessert og motivert men engstelige og dermed ikke klarer være på skolen. Elever som viser kjennetegn til både skulk og skolevegring kan ofte bli omtalt i en såkalt «blandet gruppe» og har behov for mer omfattende oppfølging og behandling fordi de har mer

alvorlige belastende faktorer innenfor psykopatologi, flere sårbarhetsfaktorer, og ulike former for angst (Havik, 2018).

2.2 Kearneys funksjonsmodell av skolevegring

På grunn av fenomenets kompleksitet og heterogenitet har det blitt utviklet og utformet en funksjonell modell som deler skolevegring i fire hovedfunksjoner. Funksjonsmodellen går ut på å øke forståelsen om hvorfor barnet ikke vil på skolen og hva som eventuelt forsterker eller belønner et barns oppførsel når barnet ikke er på skolen. Modellen er delt i fire funksjoner, hvor de to første dreier seg om negativ forsterkning, og referer til barn og unge som vegrer seg fra å gå på skolen for å slippe ubehagelig eller uønskede situasjoner. De to siste derimot er knyttet til positive forsterkninger hvor barn ikke vil på skolen fordi de opplever mer fristende aktiviteter hjemme eller utenfor skolen (Kearney et al., 2004b). Av disse fire funksjonene som skal presenteres heretter, er den andre funksjonen mest relevant for denne oppgaven, og vil dermed bli gjennomgått mer i dybden videre i teksten. Kearneys funksjonsmodell dreier seg altså om barn og unge som tas i betraktning for å unngå skolen på grunn av en eller flere av disse fire grunnene.

Første funksjonen er unngåelse av skolerelaterte negative emosjonelle ubehag i form av angst eller depresjon. Denne tilstanden referer som oftest til yngre barn som ikke vil gå på skolen for å unngå somatiske plager og andre ubehag. Disse barna kan til tider identifisere spesifikke situasjoner som forsterker sin skolevegringsatferd relatert til trusler fra jevnaldrende, men da begrunner det som at de føler seg dårlig og vil hjem. Andre tilfeller hvor stimuli fører til negativ forsterkning er overganger fra en situasjon til en annen, hvor barnet for eksempel må ta buss til skolen, må gå fra klassen til kantinen, eller fra en lekeplass til klassesetimen. Denne funksjonelle tilstanden hos barn skjer sporadisk på skolen hvor de ber foreldrene sine om å bli hjemme (Kearney et al., 2004b).

Videre handler andre funksjonen om unngåelse av ubehagelige skolerelaterte sosiale situasjoner og/eller situasjoner som innebærer å bli vurdert av andre. Tilstanden knyttes ofte opp til eldre barn og ungdommer som ikke vil gå på skolen for å slippe sosiale eller evaluerende situasjoner. Sosiale situasjoner som barn og unge opplever som problematiske er blant annet situasjoner som består av å starte samtaler med jevnaldrende og holde samtalen gående, spille og samarbeide med ande, delta i gruppeaktiviteter, og spise sammen med andre

på kantina. Gjeldende evalueringssituasjoner hvor elevene føler seg vurdert av andre inkluderer skoletester, muntlige presentasjoner, å skrive på tavla, gå i gangen eller inn i klasserommet, og delta fysisk i gym eller musikals. I mange tilfeller nekter ungdommer å gå på skolen på grunnlag av en kombinasjon av den første og andre funksjonelle funksjonene (Kearney et al., 2004b). De neste to tilstandene relateres mest til skulk.

Den tredje funksjonen, som er oppnåelse av oppmerksomhet fra foreldre eller betydningsfulle andre. Denne tilstanden referer gjerne til yngre barn som i mange tilfeller foretrekker mer lokkene stimuli som er utenfor skoleområdet. De går glipp av skole for å søke oppmerksomhet fra sine primære forsørgere. I stedet for å befinne seg på skolen vil de heller være hjemme eller eventuelt bli med foreldrene på jobb gjennom forsøk med å vise vanskelig atferd på morgenen. Hovedtrekket hos disse barna er oppmerksomhetsøkende oppførsel, men denne atferden er også å se hos barn med separasjonsangst (Kearney et al., 2004b).

Siste funksjonen er oppnåelse av goder/belønninger utenfor skoleområdet. Ungdommer som denne tilstanden referer til går glipp av skolen for å søke positivt forsterkning utenfor skolen. Dette inkluderer som regel aktiviteter med venner, sykle, bli hjemme for å sove eller se på tv, eller i verste fall engasjere seg i stoffmisbruk eller kriminelle handlinger. Skolevegringsatferd i denne gruppen viser til ungdommer som i fare for mer kronisk skolevegring og er ofte assosiert med omfattende familiekonflikter eller problematisk familiedynamikk (Kearney et al., 2004b).

2.3 Hvem står ansvarlig?

Skolevegring er ikke bare krevende for barna, men også for foreldrene og samt skolen. Når det kommer til foreldrene, er det å oppdra et barn naturligvis en vanskelig oppgave. Barnas atferd og utvikling forventes å være bra, hvor de trives på hjemmebasis og på skolebasis. Når barn derimot begynner å vise engstelighet overfor skolen, vil også foreldrene påvirkes. De havner i en ubehagelig og forstyrrende livserfaring, i den forstand at foreldrene for eksempel må bli hjemme fra jobb eller gå fra jobb, fordi barnet nekter å komme seg ut av sengen på morgenen eller løper vekk fra skolen ved middagstid (Kearney 2001). Dette fører til utfordringer for familien i form av arbeidssvikt, forekommende stressfaktorer og forvirring (Kearney 2001). Det utvikles med andre ord en sirkel av utfordringer på alle tre områder.

Tidligere har forskning gjerne vært opptatt av å se kun på forhold ved eleven og problemer ved eleven. Det nevnes at årsaken til forskernes fokus på individperspektivet som forklaring på frafall, sannsynligvis skyldes at det er enklere å undersøke enkeltindividet enn systemperspektivet. Det er derimot av viktig betydning å se på forholdet mellom individperspektiv og systemperspektiv for å få bedre gjennomføring og ha god effekt av arbeidet som blir gjort med skolevegringsbarn (Olsen & Holmen, 2018). Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell er et godt utgangspunkt for å forstå påvirkningsprosessen mellom forholdet i samarbeid. I følge Bronfenbrenner (1979), baseres hans bioøkologiske modell på menneskets utvikling og vekst drevet av pågående samspill mellom individet og elementer i nærmiljøet. Individets nærmiljø omtales som mikro-, meso-, ekso-, og makrosystemer, og er sammen med individet med på å forme sosiale interaksjoner (Bronfenbrenner, 1979). Bronfenbrenners (1979) sosialøkologiske perspektiv, legger vekt på et helhets- og samhandlingsperspektiv fra et systemperspektiv. Det legges her vekt på den gjensidige påvirkningen mellom individ og miljø, og dermed lønner det seg ikke alltid fullt ut å arbeide med kun individet. Et eksempel er at behandling av angstlidelser hos barn alene, lukker muligheten til å forebygge og behandle opprettholdende faktorer i hjemme- og skolemiljøet, som kan føles som utrygt og angstfremkallende (Havik, 2018).

2.4 Risikofaktorer

Kearney (2001) tar opp distinksjonen mellom internaliserte og eksternaliserte problemer, referert fra Young et al., (1990). Internaliserte problemer knyttet til skolevegring kjennetegnes av konflikter, angst, ubehag av angstsymptomer, og symptomer av andre emosjonelle vansker. Eksternaliserte vansker derimot relateres til skulk og kjennetegnes av impulsive, ikke-kompatibel atferd, og andre symptomer av atferdsvansker, inkludert ikke-oppmøte på skolen, med tegn av litt angst (Kearney 2001). En nylig metaanalytisk gjennomgang gjort av Gubbels og kollegaer (2019), beskriver effekten av risikofaktorer for både skolefravær (delvis fravær) og frafall (langvarig fravær), som begge er forbundet med forskjellige livsløpsproblemer. Denne type metaanalysen tar utgangspunkt i Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell, som beskriver barnet i interaksjon med ulike sosiale økologiske systemer rundt barnet. Slike systemer kan være familien, jevnaldrende, skolemiljøet og går under det Bronfenbrenner kaller for barnets nærmeste system, mikrosystemet (Bronfenbrenner, 1979). Barnets nest-nærmeste miljø heter eksosystem og inkluderer andre familiemedlemmer utenfor

kjernefamilien. Det siste systemet i Bronfenbrenners teori er makrosystemet som inkluderer kultur, lover, og sosial-politiske tilstander.

Gubbel og kollegaer (2019), tar opp at risikofaktorer som forsterker barnets negative atferd, som skolevegring, er å finne på alle disse systemene. Risikofaktorer på de proksimale sosiale systemene (mikrosystemet), har betydelig større effekt på barnet enn de distale sosiale systemene. Dermed ser man på risikofaktorer ved barnet, og familie, - jevnaldrende, - og skolerelaterte faktorer. Resultater av metaanalysen viser til at flere risikofaktorer ved barnet, jevnaldrende, skolen og familien er med på å øke risikoen for både skolefravær og skolefrafall. Gjeldende fravær på skolen ble det funnet en rekke betydelige effekter for risikoer som refererer til fysiske og mentale problemer hos barnet, rusmisbruk, antisosial eller risikabel atferd, kjennetegn ved skolen, problemer og vanskeligheter ved foreldrene, og familieproblemer. Når det kommer til frafall fra skolen, var risiko identifisert i likhet med karakteristikker eller sosial status ved jevnaldrende. Resultatene antyder at en multi-faktoriell tilnærming anses som betydelig nødvendig i arbeid med intervensjoner rettet mot å redusere eller forhindre fravær og frafall fra skolen. Noen risikofaktorer hos individet, familien og skolen vil herved bli presentert (Gubbels et al., 2019).

2.4.1 Individuelle risikofaktorer

Individuelle faktorer inkluderer kjennetegn hos individet som øker risiko for skolevegring. Noen eksempler er å introvertere, lav selvtillit, emosjonell sårbarhet, overdreven frykt, ulike typer angst, stemningslidelser, sosial fobi, depresjon og andre emosjonelle plager (Havik, 2018). Innadvendte, sjenerte og utrygge elever på skolen er i størst fare for å utvikle skolevegring, spesielt ved skolestart og skolebytte. Disse elevene trekker seg gjerne tilbake ved sosiale interaksjoner og aktiviteter, prater helst med voksne, og endring av atferd kan også oppstå i denne populasjonen. Sjenanse som blir sett hos barn kjennetegnes blant annet ved at de i sosiale settinger er stille, anspente og nervøse, og unngår øyekontakt (Willets & Cresswell, 2007). Stressende situasjoner oppfattes og oppleves som vanskelig å håndtere og deres tiltro til å selv takle slike situasjoner er lavt (Havik, 2018). De er dermed kritiske til seg selv og emosjonelt sårbare, selv om det ikke er funnet noe forskjell på deres intelligens i forhold til jevnaldrende (Thambirajah et al., 2008).

2.4.2 Risikofaktorer i hjem

Familiefaktorer er blant annet stress i hjemmet eller psykiske og mentale helseproblemer hos foreldrene (Thambirajah et al., 2008). Foreldre med depresjon, angst og stress tilegner utfordringer med å håndtere sine barn som sliter med å gå på skolen, og klarer dermed ikke å bistå med den støtten barna trenger (Havik, 2018). Ingul (2005) referer til Bernstein (1990) som hevdet at økt alvorlig skolevegring i form av angst hos barnet, førte til flere familieproblemer hjemme. Overbeskyttelse i familien representerer spesielt mors overbeskyttelse, mens far er mer fraværende og passiv (Thambirajah et al., 2008). Dette ser vi i Last og Strauss (1990) sin studie som Havik (2018) legger frem, hvor studien tar opp at mødre til skolevegrere mellom 7-17 år rapporterte høyt behov for kommunikasjon med sine barn, noe som indikerer til høy grad av avhengighet og overbeskyttelse. Utfall ved slike situasjoner er at barnet hindres i å utvikle evnen til å skille seg fra sine mødre, og får utfordringer med å bli selvstendige (Havik, 2018). Derimot er kommunikasjonen svært viktig innad familien, og er en utfordring som dermed påvirker skolevegring i form av manglende grensesetting hos foreldrene (Ingul, 2005).

2.4.3 Skolerelaterte faktorer

Risikofaktorer ved skolen som er med på å utvikle skolevegringen hos elever er blant annet utrygt skolemiljø, mobbing, ensomhet, sosiale faktorer. Risikofaktorer i skolemiljøet er mangel på orden, ro, struktur og organisering i klasserommet (Havik, 2018). Svake lærer-elev-relasjoner og uforutsigbarhet bidrar til skolevegring (Kearney, 2001). Thambirajah (2008) tar opp mobbing som ene aktuell risikofaktor for skolevegring som bidrar til å påvirke barnets evne til selvutvikling (Thambirajah et al., 2008). Mobbing kan skje i form av fysiske overgrep, verbal ydmykelse eller aktiv utstøting fra en sosial gruppe (Havik, 2018). Barn som har vansker med å takle sosiale interaksjon og vennskap, får en følelse av ensomhet i form av å ønske å ha venner men som ikke har det. Det fører til at de mister sosial tilhørighet og dermed heller ønsker å bli hjemmeværende, noe som fører til økt isolasjon og eksklusjon blant jevnaldrende (Havik, 2018). Overganger mellom trinn og skoler kan føles vanskelig for skolevegrere, spesielt i oppstart til 1 klasse, overgang mellom småskoletrinn og mellomtrinn (fjerde til femte klasse), og overgang mellom ungdomsskole og videregående skole. Dette kan skyldes redusert forutsigbarhet og følelse av tilhørighet, samt økt usikkerhet og stress (Havik, 2018).

2.5 Beskyttelses faktorer

Beskyttende faktorer er, i motsetning til risikofaktorer, det som hindrer utvikling av skolevegring, og er på samme måte som risikofaktorer å finne i barnets nærmeste system. Beskyttende faktorer hos individet er barnets evne til motstandsdyktighet, og blir gjerne referert til det norske uttrykket «løvetannbarn» (Berg, 2005). I henhold til sosial angst er løvetannbarn flinke til å motstå negative aspekter ved seg selv som å tenke på at man ikke er bra nok. Sosiale faktorer ved skolen kan være grunn for utvikling av skolevegring, når barns emosjonelle og sårbarhet og sentrale forhold i familien er kontrollert for» (Berg, 2005). Blant familien er foreldrenes evne til grensesetting en beskyttende faktor (Thambirajah et al., 2008). Rollefordeling blant foreldre er også viktig slik at en ikke blir mer overbeskyttende mens den andre blir mer fraværende (Havik, 2018). Andre faktorer er lite familiekonflikter, involvering av foreldre på en positiv måte (Holden og Sällmann, 2010). På skolenivå vektlegger man skoleklima og engasjement som refererer til beskyttende faktorer som elevens relasjon til læreren, elevens relasjon til jevnaldrende samt tilhørighet. Herunder gjelder det å bli akseptert av jevnaldrende og oppleve sosial tilhørighet for å få tildekket grunnleggende sosiale behov (Havik, 2018).

2.6 Kartlegging

Kartlegging av skolevegring bør fokusere på tre områder hos barnet; 1) fraværsform, 2) spesifikke internaliserende og eksternaliserte atferdsproblemer, og 3) faktorer som er nyttige for tiltaksprosessen. I tillegg bør det legges fokus på individuelle, familie og skole relaterte forhold som bidrar til å påvirke og opprettholde skolevegring (Ingul, 2005). Hensikten med kartlegging av skolevegring er å undersøke hva slags problem dreier det seg om, hva er det som opprettholder skolevegringen, og hvilken behandling som er best egnet for skolevegring? (Kearney, 2018). I forhold til det første spørsmålet, dreier det seg om hva barnet gjør når han eller hun nekter å gå på skolen, og hvilke faktorer som er med på å opprettholde skolevegringen over tid (Kearney, 2008a).

Noen barn vegrer seg i kort tid, og dersom denne tiden er under 2 uker, så kan kartleggingen vente, med mindre det oppstår faktorer hos barnet eller hjemmet som krever umiddelbar reaksjon. Det kan være utfall av alvorlig atferd hos barnet for å unngå å gå på skolen, som selvskading, eller at barnet tidligere har vist skolevegringsatferd (Kearney, 2001). Kearney (2018) har utviklet en god strategi for vurdering av barn med skolevegringsatferd, nemlig en

funksjonell analyse, delt i to typer: deskriptive og eksperimentelle funksjonelle analyser. De er med på å identifisere opprettholdende skolevegringsatferd og hvordan behandle det (Kearney, 2018). Deskriptive analysen blir delt i to, og inkluderer barns og foreldres svar på hvorfor barnet vegrer seg fra å gå på skolen. Innad dette spørsmålet er intervju, barnets selvrapportering, og foreldre/lærer vurderinger relevante å bruke. Den eksperimentelle analysen involverer direkte observasjon av hvorfor et barn vegrer seg, og svarer på de to siste grunnleggende spørsmålene gjeldende opprettholdende faktorer og hvilke behandlinger som er nyttige. Denne delen inkluderer spørreskjemaer for å identifisere opprettholdende variabler av skolevegringsatferd, og 2) eksperimentelle prosedyrer i form av observasjoner. Når man har utført deskriptive og eksperimentelle funksjonsanalyser, er preskriptiv en tredje alternativ for komplett avdekning. Preskriptiv behandling går ut på individualisert terapi basert på en spesifikk vanske eller problem (Kearney, 2018).

2.6.1 Deskriptiv funksjonell analyse

Semistrukturert intervju basert på systematisk klinisk observasjon beskrives som reliabel og valid ved diagnostisk evaluering. Skjemaet som blir brukt her er «*Anxiety Disorders Interview Schedule: Child and Parent Versions (for DSM-5)*». I Norge har en eldre versjon blitt oversatt, nemlig: «*Anxiety disorders interview schedule for children (ADIS-C)*» (Ingul, 2005), som går ut på kriterier fra DSM IV/4 (King & Bernstein, 2001). I begge versjonene blir intervju hos foreldre og barn foretatt hver for seg med hensikt til at foreldre og barn ofte opplever og ser ulikt på skolevegringsproblematikken (Ingul, 2005). En generell regel er at man foretar intervju på barnet først, for å formidle at barnets innspill blir tatt på alvor og er like verdifullt som foreldrenes input, i tillegg til å understreke for barnet at man er på barnets side i samarbeid med foreldrene (Kearney, 2018a). Det er også av betydning å få oversikt over hvordan foreldre og lærere betrakter barnets problemer, da deres roller er viktige i arbeid med skolevegring. Det vil være nyttig for foreldre å føre en logg med daglige svar på viktige spørsmål. Videre anbefaler Kearney (2008a) at foreldre og skolen noterer hvor mye tid som blir tilbragt på skolen og hvilke dager barnet er borte fra skolen og når på dagen barnet eventuelt forlater skolen (Kearney, 2008a). Mange typer av barns selvrapporteringsmål er spesifikt rettet mot internaliserende problemer og vil dermed ikke alltid avdekke all relevant atferd. Dermed blir foreldre og lærer vurderinger anbefalt i tillegg (Kearney, 2018), hvor de fyller ut informasjon om barnets, faktorer i familien, samt faktorer på skolen som er med på å påvirke skolevegring (Kearney, 2001).

Et godt egnet verktøy å bruke ved deskriptiv funksjonsanalyse er «*School Refusal Assessment Scale-Revised (SRAS-R)*», som er et skjema som måler styrken av fire funksjonelle tilstander ved skolevegring (*se Kearneys funksjonsmodell ovenfor i kapitlet*) (Kearney, 2018), der barnet skåres ut med en profil på de viktigste opprettholdende funksjonene hos barnet i forhold til skolevegring (Ingul, 2005). SRAS-R er tilgjengelig i både barnevernsversion (SRAS-C) og foreldreversion (SRAS-P) og begge består av 24 spørsmål fordelt på de fire funksjonene (Kearney, 2008a). Skjemaet bør utføres med forsiktighet og resultatene bør ikke tas for gitt. For å få en helhetlig kartlegging bør andre kartleggingsresultater suppleres (Kearney, 2008a).

2.6.2 Eksperimentell funksjonell analyse

Den beste måten å observere barnets atferd på er under morgenstellet for å få bedre tilegnet informasjon og spørsmål som er med på å definere skolevegringsatferd og bekrefte opprettholdende faktorer. Tre spesifikke punkter for observasjonen inkluderer foreldre-barn interaksjon, og foregår 2) i hjemmet før man går ut, og 2) i skolegården før skolestart og 3) momenter foreldre separeres med barnet (eksempel utenfor klasserommet). I tillegg til observasjoner fra foreldre, er det nyttig at lærere observerer atferd på skolen. Barnet kan også foreta selvobservasjoner, som for eksempel å gi seg selv en karakter hver morgen som beskriver hvor ubehagelig tanken av å dra på skolen er. Samlet informasjon gir et bilde på eventuelle endringer med tiden og vil være nyttig i forhold til planlegging og gjennomføring av opplegg (Ingul, 2005). Det er også av betydning å observere både barnets og foreldrenes atferd under forskjellige omstendigheter. Endringer i barnets atferd fra en situasjon til en annen kan indikere til funksjon av skolevegringsatferd. Dersom en slik formell observasjon ikke er mulig, kan man også observere barnet systematisk, for eksempel i kontoret. Dersom barnet viser tegn for passivitet og tilbaketrekking, og tårer, kan det være at de nekter skolen på grunnlag av frykt for akademisk omgivelse. Et annet eksempel er i samhandling med klinikere. Hvis barnet for eksempel viser engstelighet i samhandling med de i klinikken, kan det vise til at barnet nekter skolen for å unngå aversive sosiale og/eller evaluerende situasjoner (Kearney, 2018).

Avslutningsvis i kartleggingen er det viktig å sette sammen informasjonen man har fått og tolke resultater, hvor man ser på faktorer, mønster i fravær, og om det er overensstemmelse i barnets og foreldrenes svar, i tillegg til hva som opprettholder skolevegringen (Kearney,

2008). Blir de tre grunnleggende spørsmålene besvart? Når man har fått all informasjonen som trengs blir det utviklet en diagnostisk profil og en beskrivelse av barnet og problemet, som bør inneholde individuelle, familiemessige og skolemessig forhold som er med på å påvirke utvikling og opprettholdelse av barnets skolevegring (Ingul, 2006)

2.7 Psykisk tilnærming til skolevegring

Fraværproblematikken har en tendens å havne under psykisk helse, hvor fraværet legitimeres og skaper en ventende holdning (Olsen & Holmen, 2018). Dette skyldes skolens usikkerhet rundt psykisk helse da begrepet fortsatt til en viss grad er tabubelagt og det generelt sett er mye usikkerhet kring det (Olsen & Holmen, 2018). I følge Kearney (2008b) har ungdom med skolevegringsatferd ofte psykiatrisk tilstand som bidrar til å opprettholde fravær eller som kommer som følge av utvidet fravær (Kearney, 2008b). Generelt sett rammer psykiske problemer 15-20 prosent av barn og unge, og rundt 8 prosent med alvorlige psykiske problemer går under definisjonen psykisk lidelse (Havik, 2018).

Tidligere forklarte man skolevegring med hjelp av diagnoser, noe det ikke er like stort fokus på lenger i dag. Likevel er det noen studier som viser forekomst av psykiatriske diagnoser hos elever med skolevegring (Holden & Sällmann, 2010). Kearney, 2008b, har i sin artikkel nevnt to studier som hadde omfattende syn på psykiatrisk komorbiditet blant unge med problematisk fravær (Kearney, 2008b). En av studiene, er en klinisk studie utført av Kearney og Albano (2004a), og gikk ut på å undersøke hvilke diagnoser som oftest er i sammenheng med skolevegringsfunksjoner. Studiene tok utgangspunkt i 143 barn og unge mellom 5-17 år med skolevegring, som ble vurdert sammen med foreldrene sine. I studien ble det utført diagnostiske intervjuer, og intervjukjemaene som ble brukt til å måle skolevegringsfunksjoner var «*Anxiety Disorders Interview Schedule for Children and Parents Version*» (ADIS-C/P) og «*school Refusal Assessment Scale*» (SRAS). Målet var å se assosiasjonen mellom diagnoser og funksjonene for skolevegring. Skolevegringsfunksjonene ble fordelt i to kategorier, negative og positive forsterkninger. Negative forsterkninger hos barn og unge med skolevegring referer til barn og unge som vegrer seg for å gå på skolen for å få oppmerksomhet, og/eller unngå uønskede situasjoner eller opplevelser, mens positive forsterkninger relateres til barn som vegrer seg for å gå på skolen på grunn av mer fristende situasjoner, som for eksempel aktiviteter hjemme.

Resultater fra studien står til forventninger om at det er heterogenitet mellom skolevegring og diagnostiske lidelser, og bidrar til å opprettholde skolevegring. Størst sammenheng er å se mellom angstrelaterte lidelser og negative forsterkninger. Separasjonsangst for eksempel sto i sammenheng med oppmerksomhetssøkende atferd. Opposisjonell atferdsforstyrrelse og atferdsvansker, derimot, var knyttet opp mot positive forsterkninger (Kearney & Albano, 2004a). Resultatene viser blant annet at separasjonsangst som oftest blir sett bland de yngre barna som vegrer seg fra å gå på skolen på grunn av oppmerksomhetssøking eller for å unngå adskillelse fra foreldre. I motsetning til de yngre barna som opplever separasjonsangst, så viser de eldre barna tendenser til å vise bekymring for sosiale stimuli ved å unngå sosiale uønskede sosiale situasjoner (Kearney & Albano, 2004a).

Validiteten og reliabiliteten i denne studien er relativ høy, da de først og fremst har brukt gode strukturerte diagnostiske intervjuer, som har blitt brukt til å måle skolevegringsfunksjoner med standardiserte måleinstrumenter for både angst og skolevegring («*Anxiety Disorders Interview Schedule for Children and Parents Version*» (ADIS-C/P) og «*school Refusal Assessment Scale*» (SRAS)). Dette igjen er med på å styrke begrepsoperasjonaliseringen, til tross for temaet kompleksitet og heterogenitet.

2.8 Oppsummering

Dette kapitlet har gjort rede for begrepet skolevegring og kjennetegn knyttet til skolevegring. Det er et komplekst tema, og den store heterogeniteten blant skolevegrere gjør at man forstår og behandler det ulikt. Forskningen indikerer skolevegring ikke er ensbetydende med fravær, men at andre faktorer spiller inn. Kearneys funksjonsmodell gir oversikt over positive og negative forsterkninger til barn og unges skolevegring, hvor negative forsterkning er mest relater til oppgavens tema. Risiko- og beskyttelsesfaktorer ble også redegjort for i kapitlet. Det er som regel en sammensetning av flere risikofaktorer som er med på å utløse skolevegring. Avslutningsvis belyste kapitlet kartlegging av skolevegring, og den psykiske tilnærmingen til skolevegring da forskning tyder på at emosjonelt ubehag er tett knyttet til skolevegring.

3 ANGSTBASERT SKOLEVEGRING

Skolevegring karakteriseres av barnets emosjonelle ubehag, og barnets emosjonelle ubehag er ofte relatert til angstlidelser (Heyne et al., 2001). Siden skolevegring er assosiert med angst, er det av betydning å forstå hva det er som utgjør angst (Thambirajah et al., 2008). Dette kapitlet skal ta for seg generelt om angst sett i forhold til fravær, med videre fordypning i sosial- og separasjonsangst. Deretter blir angst redegjort i forhold til skolevegringens funksjonsmodell, før jeg avslutningsvis i kapitlet tar opp kognisjonens rolle ved angstbasert skolevegring.

3.1 Angst sett i forhold til fravær

Thambirajah og kollegaer (2008) skiller mellom to komponenter til skolevegring: 1) emosjonelt ubehag samtidig som barnet befinner seg på skolen, og 2) hos barnet som viser til at barnet frykter å møte opp på skolen på grunn av økt alvorlighetsgrad og eventuell angstlidelse. Den første gruppen kjennetegnes av at barnet viser utfordrende atferd ved morgenstell før skolestart. Vegring blir fremstilt i form av fysiske symptomer som kvalme, oppkast, pustevansker etc. Når de først blir overtalt og kjørt til skolen nekter mange å komme seg ut av bilen og inn i skolebygget, mens andre som kommer seg på skolen kan ha vansker med å bli igjen i timene og ønsker å gå hjem. Til tross for at det er barn og unge på skolen som opplever tilstanden, så fører det til utfordringer for foreldre og skoleansatte også. Det er ikke alltid foreldrene klarer å identifisere hvilke følelser som er med på å underbygge motviljen barn viser mot å gå på skolen, og barnet har også vansker med å uttrykke sine følelser verbalt og sette ord på sine erfaringer. Når beslutninger om at barnet ikke skal på skolen er tatt, ser man fort endret atferd og trekk av bedring hos barnet. Barnet blir seg selv igjen og det er nettopp denne normaliteten som barnet går tilbake til som fører til foreldres og lærers vansker med å forstå. Det er i de fleste tilfeller vist at den høye grad av angst som barn viser, raskt forsvinner når den opplevde trusselen avtar eller blir fjernet.

Den andre gruppen inkluderer en større alvorlighetsgrad og er som oftest relatert til angstlidelser. Vansker som barn opplever med å møte på skolen, varierer fra full deltagelse til direkte motvilje og vegring, noe som fører til et etablert mønster av sporadisk fravær..

Den tiden lærere og andre profesjonelle bruker på å identifisere og forstå barnets skolevegring, kan betydelig skoletid bli tapt for barnet, hvor barnet eller ungdommen først og fremst henger bak med skolearbeid. Det øker vanskene med å komme tilbake på skolen fordi frykten av å mislykkes forsterkes. De mister de daglige rutine og blir komfortable med å bli hjemme og se på tv, spille spill etc. Enda en viktig konsekvens er tap av venner og jevnaldrende som fører videre til sosial isolasjon, hvor de frykter å møte dem ute. Til slutt blir angsten forverret på grunnlag av barnets unngåelse av fryktede situasjoner, og med tiden blir angsten forankret til barnets frykt for å gå på skolen. Dessuten utvides angsten til en generalisert angst i situasjoner utenfor skolen, som å ta bussen, dra på butikken, og gå ut med familie. Barnets isolasjon resulterer dermed til tap av det lille av selvtillit som var igjen og føler seg deprimerte, noe som kan føre til hemming i det sosiale og personlige (Thambirajah et al., 2008).

Man har tidligere lurt på om det eventuelt er angsten som fører til skolevegring eller skolevegring til angst. Det er generelt sett lite forskning på det, men Thambirajah og kollegaer (2008) trekker frem noen sammenhenger mellom skolevegring og angst. Først og fremst kan skolevegring med høyt fravær føre til sosial isolasjon og deretter sosial angst, med unntak dersom det er angsten som gjør at eleven holder seg hjemme. Det ikke nødvendigvis angsten som fører til skolevegring, men det kan i noen tilfeller føre til at individet utvikler skolevegring som et resultat. Angst basert på frykt for evaluerende situasjoner, som å snakke høyt i klassen og være i samme rom med mange mennesker, kan være en stor risiko for skolevegring (Thambirajah et al., 2008).

I sammenheng med Thambirajahs (2008) fordelinger, har studien til Egger og kollegaer sett på skolevegring relatert til skulk og psykiske lidelser, som angst og depresjon. Utvalget til studien baserer seg på en tidligere longitudinell undersøkelse («The Great Smokey Mountains Study») fra North Carolina, som så på psykiatriske lidelser hos barn og unge, og hvordan de utvikler seg. Egger og kollegaers (2003) studie har inkludert åtte årlige observasjoner på 1422 barn mellom 9-16 år. Intervjuer ble foretatt separat mellom barn og foreldre. «*Child And Adolescent Psychiatric Assessment*» ble brukt til å kartlegge psykiatriske status hos deltakerne (Egger et al., 2003). De definerte angstbasert skolevegring som å ikke gå på skolen, dra tidlig hjem fra skolen på grunn av angsten, eller måtte bli fulgt til skolen av foreldrene minst en gang i løpet av tre måneder fordi de nektet å være på skolen grunnet angsten sin. Basert på

angst og bekymringer, evaluerte de videre elevene ut fra fire variabler, hvor de evaluerte 1) om eleven var borte fra skolen i minst en halv dag, kom for sent til skolen eller gikk hjem fra skolen tidlig, 2) om eleven holdt seg hjemme fra skolen hele dagen, 3) om eleven bevisst holdt seg hjemme fra skolen eller dro tidlig og 4) om eleven måtte bli fulgt til skolen. Skulk derimot ble vurdert i forhold til å ikke gå på skolen eller gå fra skolen tidlig uten gyldig grunn eller tillatelse fra skolen. Skulk ble også målt fordelt på de samme fire variablene (Egger et al., 2003).

Resultater fra studiene viser sammenheng mellom skulk og atferds komponenter, mens angstbasert skolevegring ble sett i sammenheng med depresjon og separasjonsangst. Elever med både skolevegring og skulk hadde både emosjonelle og atferdsmessig vansker. I likhet med studien til Kearney og kollegaer (2004a), ser denne studiens validitet også ut til å være sterk med tanke på begrepsoperasjonalisering, da de har brukt gode kartleggingsverktøy for angst og skolevegring, samt styrket den indre validiteten da de har brukt strukturert diagnostiske intervjuer. I tillegg er studiens store utvalg med på å styrke den statistiske validiteten. Studiens validitet kan likevel diskuteres i forhold til begrensninger i studien. Til tross for god operasjonalisering av angst, så hadde det vært av betydning om studien også hadde brukt SRAS («School Refusal Assessment Scale») til å måle skolevegring. Det hadde bidratt til å styrke og gi større forståelse om de overnevnte variablene. Videre manglet studien informasjon om skolefravær, barnets atferd, skolefunksjonen og eventuelle lærevansker er et eksempel. Det hadde vært interessant å se hvilke resultater studien hadde gitt dersom disse var inkludert. I tillegg var det ikke nok hyppighet i fraværdataen, konteksten eller funksjonen til skolevegringsatferden. I tillegg var det mangel av data på kognitiv funksjon. Den ytre validiteten kan også anses som truet da studien er fra USA, noe som ikke sikrer for at den er passende i norsk setting.

Videre over til en annen studie utført av Ingul og Nordahl (2013), tar de for seg skillet mellom engstelige elever som går på skolen regelmessig og engstelige elever med høyt fravær.

Studien er norsk og inkluderer 865 videregående elever mellom 16-21 år, som ble delt opp i fire grupper basert på angst og fravær: 1) høyt fravær og høy grad av angst, 2) høy grad av angst og mindre fravær, 3) vanlig angst og høyt fravær, 4) vanlig angst og lite fravær. Studien inkluderte 865 ungdommer fra to videregående skole. Grunnen til at ungdommer opp til 21 år ble inkludert, er fordi at ungdommer i Norge kan fullføre videregående frem til en alder av 21

år. Angst ble målt med selvrapporterings-instrumentet: «*Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED)*». Videre ble deltagerne kartlagt for en rekke andre variabler som depresjon, personlighet, eksternaliserte problemer, narkotika misbruk, resiliens, signifikante livshendelser, skolefaktorer og demografiske variabler. Gruppen med høyt fravær og høy grad av angst hadde mer atferdsproblemer, større psykiatrisk alvorlighet og større hyppighet med narkotika enn gruppen med høy grad av angst og mindre fravær. I tillegg hadde de også høyere grad av sosial angst, flere symptomer på panikkanfall og somatiske plager. Videre hadde tredje gruppen bestående av vanlig angst og høyt fravær større sjanse for å få negative personlighetstrekk, sosial angst, atferdsproblemer og panikkanfall enn siste gruppen med vanlig angst og lite fravær. Samt fler familieproblemer og færre venner.

I likhet med Egger et al., (2003) sin studie, mangler studiene kognitive funksjoner hos forsøkspersonene, og man kan dermed ikke trekke kognitiv funksjon som en årsak til skolevegring. Noe som også svekker den indre validiteten i studiene. Videre brukte de selvrapporteringer til å måle angst, noe som kan ha svekket den indre validiteten og begrepsoperasjonaliseringen. I tillegg målte de ikke skolevegringsfunksjoner. Videre kan man anta en styrking av den ytre validiteten for bruk av studien i norsk kontekst, da studien ble utført i Norge. Elever med angst som går på skolen opplever engstelse og smerte når de er på skolen, men er dessverre vanskelige å oppdage og hjelpe. Til tross for trusler, blir studien høynet med tanke på den statistiske validiteten, da studien inkluderte et stort utvalg. Elever med angst som ikke blir oppdaget, kartlagt eller tilrettelagt for, kan dermed oppleve skolen som mer krevende enn det andre gjør (Havik, 2018). Studien gir uttrykk for økt risiko av problematisk skolevegring, dermed bør forebygging og behandling av angstbasert skolevegring være basert på en profil av den enkeltes risikofaktorer (Ingul & Nordahl, 2013). Videre skal oppgaven se på en studie om angst i forhold til skolevegrings-funksjoner.

3.2 Angst i forhold til skolevegringens funksjonsmodell

Negative emosjonelle tilstander er vanlige blant ungdommer med problematisk fravær, dermed er det lite kjent om deres tilstedeværelse på tvers av ulike skolevegringsprofiler (Gonzálvez et al., 2018). Det ble nylig gjort en studie av Gonzálvez et al., (2018) om de funksjonelle profilene til skolevegrere i relasjon med angst, depresjon og stress. Studien er fra Ecuadoria og inkluderte randomisert utvalgt bestående av 1582 ecuadoriske ungdommer

mellom 12-18 år, med bruk av det reviderte kartleggingskjemaet SRAS-R («*School Refusal Assessment – Revised*»).

I studien har man undersøkt skoleoppmøte problemer forstått som en bredere konstruksjon av skolevegringsatferd, og målet med studien er todelt. Første målet dreiet seg om å identifisere forskjellige klyngeløsninger på tvers av de funksjonelle profilene av skolevegringsatferd (se *Kearneys funksjonelle modell, kapitel 2*). Det andre målet gikk ut på å vurdere om disse profilene skiller seg fra hverandre med tanke på dimensjoner på depresjon, angst og stress. Gjennom latente klasseanalyser ble tre skolevegringsprofiler avdekket: 1) ikke-skolevegringsatferd, 2) skolevegringsatferd ved konkrete forsterkninger og 3) skolevegringsatferd av flere forsterkninger (González et al., 2018).

Resultater i forhold til skolevegringsprofiler viser at 709 deltakere, som også utgjorde den største gruppen, ble ansett som ikke-skolevegrere. Den neststørste gruppen besto av 680 deltakere som ble karakterisert under skolevegringsprofilen av håndgripelige forsterkninger. Den siste gruppen besto av 198 deltakere og hadde en skolevegringsprofil bestående av flere forsterkere. Resultater knyttet til studiens andre mål viser betydelig forskjell mellom skolevegringsprofiler ved alle tre variablene. Størst signifikans var å finne mellom skolevegringsatferd av flere forsterkninger og depresjon, angst og stress, imens lavest signifikans var mellom ikke-skolevegringsatferd og depresjon, angst og stress. Til slutt var det også stor signifikans på håndgripelig forsterkning og de tre psykologiske tilstandene (González et al., 2018).

Ikke-skolevegringsatferds profilen som viste lavest skårer i de tre emosjonelle tilstandene, indikerer til bedre psykologisk tilpasning. Flerdimensjonale profilen derimot viste høye skårer på alle emosjonelle tilstander. Skolevegringsprofilen med håndgripelig forsterkning fremkom som den nest mest maladaptive profilen. Disse resultatene viser også overensstemmelse med studiens andre hypotese om at flerforsterkningsprofilen ble foreslått som den mest ubehagelige (maladaptive gruppen). Avslutningsvis kan utfra studiens funn antyde at siste gruppen kjennetegnes av internaliserende problemer, mens profilen med håndgripelig forsterkning kjennetegnes av eksternaliserte problemer (González et al., 2018).

Resultater blir forklart med tanke på at høyere skårer i den fjerde funksjonelle tilstanden (forsterket stimuli for goder) målt med SRAS-R, er mer hyppig i ungdomsalder enn barndommen. Studien til González og kollegaer (2018), inneholder videre noen begrensninger. Validiteten til studiet kunne vært større, hvis utvalget var større og gjerne inkluderte studenter fra andre land, for å øke den statistiske og ytre validiteten. I tillegg ble skolevegring målt kun gjennom selvrapporteringsskjemaer, noe som truer den indre validiteten. Det forslås bruk av flere kilder som foreldre, skolen og ungdom i studien, samt et multimetodisk kartlegging. Likevel styrkes den indre validiteten da de brukte eksperimentell studie, og kom frem til signifikante funn. Begrepsoperasjonaliseringen derimot, kan anses som god da de brukte et godt og valid måleinstrument. Avslutningsvis konkluderes det i artikkelen at i forhold til denne studien som kun fant internaliserende vansker assosiert med skolevegring, har andre studier kommet frem til funn som viser både internaliserende og eksternaliserende vansker hos barn med skolevegring (se Ingul og Nordahl's studie over) (González et al., 2018). Studien er viktig i den forstand at det indikerer til at fremmet mental helse er av betydning i denne gruppen på grunn av deres kobling til negative emosjonelle tilstander. Forebyggingstiltak for å styrk emosjonell selvregulering bør dermed vurderes. Når man identifiserer skolevegringsprofiler, er det også viktig å identifisere de psykologiske profilene til barnet. Det bidrar til å kunne avgrense målrettet vurdering, forebygging og intervensjon (González et al., 2018).

3.3 Angstlidelser relatert til skolevegring

Angst blir delt i flere kategorier, men to av kategoriene som heretter blir redegjort for er separasjonsangst og sosial angst. Til tross for at separasjonsangst og sosial angst er de vanligste formene av angst vi ser hos skolevegrere, er det vanlig med en blandet angsttilstand (Thambirajah et al., 2008).

Blant de yngre barna er separasjonsangst den vanligste formen for angst. Små barn rundt ettårsalder kan oppleve separasjonsangst skiller fra personen som barnet er særlig knyttet til, som for eksempel foreldrene (Thambirajah et al., 2008), og denne separasjonsangsten er en naturlig del av barnets utvikling frem til seksårsalderen (Havik, 2018). De føler redsel når de skal bli atskilt fra personer de sterkt knyttet til. Separasjonsangsten som vedvarer og forsterkes kan utvikles til seperasjonsangstlidelse, som er en vanlig mental lidelse i

barndommen (Havik, 2018). Ved diagnostisering av separasjonslidelse ser man på antall symptomer og om det påvirker den sosiale fungeringen. Barn med separasjonsangstlidelse vil blant annet at, ved situasjoner som krever adskillelse, protestere høylytt, bli sinte, gråte og gi uttrykk for magevondt, kvalme eller vondt i hode (Havik, 2018). Samtidig oppstår også redsel for å sove alene og for å bli kidnappet eller drept (Thambirajah et al., 2008). Utover de nevnte indre bekymringene de føler i situasjoner som de blir preget av, viser de også bekymring overfor morens sikkerhet (Thambirajah et al., 2008). De blir engstelige for hva som kan skje med foreldrene sine når de ikke er hjemme, og føre til at de blir hindret i å gå på skolen. Denne bekymringen kan oppstå som følge av overdreven kontroll og overbeskyttelse hos foreldre, der de skjerner barnet fra utfordrende og angstprovoserende situasjoner. Barnet opplever deretter verden som farlig (Havik, 2018). Dette fører til sosial tilbaketrekning, og angsten vil dermed gjøre det vanskelig for barnet å kunne delta i aktiviteter som krever adskillelse, som for eksempel komme seg på skolen, være med i fritidsaktiviteter sammen med jevnaldrende, og det å sove alene (Cresswell & Willetts, 2007). Ved sosial tilbaketrekning, hindres også normal utvikling av sosiale ferdigheter, og vil dermed forsterke en sosial angst (Flaten, 2019).

Sosial angst skiller seg fra separasjonsangst ved at separasjonsangst utløses ved å vær borte fra foreldre eller andre som står barnet nærmest, mens sosial angst utløses av å være sammen med andre enn sine trygge og nære voksenpersoner (Flaten, 2019). Sosial angst er i tillegg som oftest relatert til unge mellom 12-16 år (Havik, 2018). Det blir ansett som normalt og kortvarig tilstand som kan oppstå en eller flere ganger i løpet av livet (Thambirajah et al., 2008). Ved sosial angst føles en rekke situasjoner som skumle og man blir redd for å gjøre noe pinlig eller flaut (Cresswell & Willetts, 2007). Det er når den sosiale angsten blir overdreven, urimelig og skadende for barnet, som kaller vi det for sosial angstlidelse eller sosial fobi (Thambirajah et al., 2008). Diagnostiske retningslinjer som beskriver sosial angst er unngåelse i sosiale situasjoner, overdreven sjenanse og reserverthet overfor fremmede, vansker med å fungere sosialt, kraftig emosjonelle reaksjoner og begrenset utfoldelse. Derimot er sosiale reaksjoner normale når de er sammen med personer de er godt kjent med (Flaten, 2019). Sosial angst markerer en vedvarende frykt for en eller flere sosiale aktiviteter som består av ukjente mennesker, eller en evaluering av andre (Flaten, 2019). Når de blir sett på av andre tror de at de trekker til seg all oppmerksomhet og at de deretter vil bli dømt, latterliggjort eller ikke bli likt. De er redde for at folk skal finne feil ved dem og tenke at de er

rare (Thambirajah et al., 2008). Disse barna karakteriseres altså av å ha en nedvurderende oppfatning av seg selv (Flaten, 2019). Generelle sosiale situasjoner de som oftest frykter er fester, hvor de må å snakke høyt offentlig, å stå i kø, spisesteder, og å starte samtaler. På skolen frykter de situasjoner hvor de må skrive på tavlen, lese høyt i klassen, delta i musikalske eller atletiske fremvisninger, og snakke med voksne (Thambirajah et al., 2008).

3.4 Kognisjonens rolle ved angstbasert skolevegring

Angst kan være overveldende og har en betydningsfull effekt på menneskers følelser, tanker og oppfattelsesevne. Tanker er med på å forsterke angsten. Flaten (2019) redegjør for Langs modell for å kunne forstå angst bedre. Denne modellen viser angstens innvirkning på flere tankemessige funksjoner samtidig. Dersom man lærer å kjenne hvilke funksjoner som blir aktivert når angsten oppstår, blir det lettere å få en forståelse av hvordan hjelpe barnet med å håndtere sin angst. Langs modell består av tre kognitive responssystemer som aktiveres når det oppstår angst: 1) engstelige tanker/tanker om å være redd – «dette er skummelt», 2) negativ oppfatning av egen evne til å håndtere situasjonen – «jeg vet ikke hva jeg skal gjøre», 3) Forventning/antagelse om at noe galt skal skje – «dette kommer til å ende med fysisk smerte eller noe annet negativt». Disse systemene indikerer til at angst er svært omfattende (Flaten, 2019).

Komplekse og sammensatte reaksjoner i situasjoner som utløser angst, er at man opplever subjektive ubehagelige følelser, utvikler unngåelsesatferd, i tillegg til at tankeprosesser og fysiske reaksjoner blir påvirket. En ond sirkel oppstår hvor tanker forsterker den ubehagelige følelsen man har ved angst, som videre fører til atferd for å unngå det angstutløsende ubehaget. På grunn av barnets unngåelsesatferd som fører til mangel av erfaring til å håndtere angsten, fortsetter den onde sirkelen med en forsterkning av tankene om det som utløser angsten. Det påvirker barn både motorisk, kognitivt og følelsesmessig og det blir dermed veldig overveldende (Flaten, 2019). Omtrent 1 til 2 prosent unge mennesker og mellom 5 og 16 prosent opplever angstbasert skolevegring. Dette fører til betydelig ubehag hos den unge, i tillegg til deres familie og skolen (Maric et al., 2012).

En studie som er relevant i forhold til kognisjonens rolle ved angstbasert skolevegring, er utført av Maric og kollegaer (2012). Målet med studien var å undersøke hva som foregikk i hodet til engstelige skolevegrere. De undersøkte kognitive konstruksjoner som inkluderte

negative tanker, ofte knyttet til angst hos ungdommer (automatiske tanker og kognitive feil), samt positive automatiske tanker. Studien ble utført på 231 barn og unge mellom 11 og 17 år. En gruppe besto av 50 skolevegrings barn og ungdom, mens den andre gruppen besto av 181 barn og unge valgt fra et samfunnsutvalg. Barn og ungdommer ble inkludert i skolevegringsutvalget dersom de utfylte kriteriene til Berg (2002): 1) motvillig eller nekter å gå på skolen, 2) blir heller hjemme i skoletiden enn å skjule fravær fra foreldre, 3) følelsesmessig ubehag med å gå på skolen, gjenspeilet i overdreven redsel, temperament raserianfall, ulykkelighet, eller i form av fysiske symptomer, 4) fravær av alvorlig antisosiale tendenser, til tross for den unges motstand på foreldrenes forsøk med å få dem til skolen, og 5) rimelig innsats fra foreldre for å sikre deltakelse på skolen (Maric et al., 2012).

Studiens undersøkelse baserte seg på to forskningsspørsmål, 1) forskjeller i kognisjon mellom ungdom med skolevegring og ungdom fra samfunnsutvalget, og 2) prediksjon om skolevegring på grunnlag av automatiske tanker og kognitive feil. Kartleggingen besto av selvrapporteringsskjemaer og spørreskjema. Et selvrapporteringsskjema som ble brukt til å undersøke negative og positive automatiske tanker var «*Children's Automatic Thoughts Scale- Negative/Positive*». Her ble faktorer som sosiale trusler, personlig nederlag, fiendtlighet og positive tanker målt. Spørreskjemaet som ble brukt var «*Children's Negative Cognitive Error Questionnaire - Revised*». Den målte kognitiv feilteknig hos barn og unge mellom 9-17 år. Til slutt ble selvrapporteringsskjemaet «*Multidimensional Anxiety Scale for Children*» brukt, og målte fire angstnivåer: fysiske symptomer, separasjonsangst, sosial angst og unngåelse av skade.

Med hensikt til det første forskningsspørsmålet, viser barn og unge med skolevegring betydelig høyere nivåer av tanker omkring sosial trussel og personlig nederlag, i forhold samfunnsutvalget (kontrollgruppen). Videre viste de betydelig lavere nivå av tanker omkring fiendtlighet, samt betydelig lavere nivåer av positive tanker. I forhold til det andre forskningsspørsmålet konkluderer det med at, ved kontroll av angst, ble skolevegringsgruppen assosiert med mer automatiske tanker om personlig nederlag, færre automatiske tanker om fiendtlighet og en større tendens til kognitive svakheter ved overgeneralisering, enn kontrollgruppen. Hypotesen til studien om at barn og unge som går glipp av skole opplever mer negative automatiske tanker og flere kognitive svakheter enn normalutvalget, blir delvis

støttet. Det som derimot ikke sto i samsvar med hypotesen var de lave nivåene av negative automatiske tanker angående fiendtlighet (Maric et al., 2012).

I følge Maric og kollegaer (2012) viste begge selvrapporteringskjemaene god re-test validitet, som referer til validitet over tid. I tillegg hadde imidlertid også det første selvrapporteringskjemaet (CATS-N/P) god indrevaliditet (Maric et al., 2012). Videre nevner de begrensinger ved egen studie. Først og fremst trekker ikke studien noen konklusjoner om kausalitet, for eksempel om overgeneralisering av negative tanker bidrar til utvikling av skolevegring, eller om denne tankegangen dukker opp som resultat av kroniske vansker med å gå på skolen. En annen begrensning dreier seg om mangel på måling av depresjon. Det er fordi skolevegring ofte er assosiert med depresjon, og for å sikre at det ikke er tilfellet her bør fremtidig forskning inkludere depresjon som en kontrollvariabel. Disse punktene er med på å true den indre validiteten. Avslutningsvis foreslår de forskning med større utvalg som tillater undersøkelser av faktorer som modererer forholdet mellom skolevegring på den ene siden og automatiske tanker på den andre siden (Maric et al., 2012).

I studien oppsummerer de med å si at kognisjon er en risikofaktor for skolevegring. Selv ved kontrollert angst viste skolevegrere fler negative tanker av personlig nederlag, og tilstedeværelsen av skolevegring vil kunne forutse tanker om personlig nederlag og kognitive svakheter ved overgeneralisering. Dermed foreslås kognitiv terapi som en viktig komponent ved behandling av skolevegring. Overgeneralisering av negative tanker og personlig nederlag vil fortsette hindre skolevegreren fra å møte opp på skolen. Funnene i studien indikerer til viktigheten av å se på kognisjonens rolle i utvikling, vedlikehold og behandling av angstbasert skolevegring. Gjennom å tilegne seg kunnskap om tankemønsteret hos barn og unge med skolevegring, øker også muligheten for å gripe inn med forebyggende og behandlende tiltak, hvor målet er å snu negative tanker til å bli mer positive og mindre alvorlige (Maric et al., 2012).

3.5 Oppsummering

Kapitlet har gjort rede for og belyst angstbasert skolevegring, ved å ta for seg angstens funksjon relatert til skolevegring. Skolevegring i form av angst kjennetegner barn og unge som opplever en viss frykt for å gå på skolen. Barn og unge med emosjonelt ubehag kan fortsatt gå på skolen, og er vanskelige å oppdage, mens andre vegrer seg helt. Det fører til

nødvendig behov til å iverksette tiltak for både forebygging og behandling. Videre ble angst sett i forhold til skolevegringens funksjoner (Kearneys funksjonsmodell), hvor en studie undersøkte negative emosjonelle tilstander på tvers av ulike skolevegringsprofiler. Størst signifikans var å finne mellom skolevegringsatferd av flere forsterkninger og depresjon, angst og stress. Blant de yngste ser man at skolevegring gjerne knyttes til separasjonsangst, mens sosial angst er mer relevant blant de eldre. Avslutningsvis tok kapitlet for seg kognisjonens rolle ved angstbasert skolevegring, som tyder på at negative tanker og følelser knytter seg til skolevegring. Gjennom å belyse for kunnskap om tankemønsteret til barn og unge med skolevegring, øker muligheten til å forbedre arbeidet med forebyggende og behandlende tiltak, hvor målet er å snu negative tanker til å bli mer positive og mindre alvorlige.

4 Forebygging av angstbasert skolevegring

Dersom en elev har skolevegring eller viser tegn til det, er det viktig å stabilisere tilstedeværelsen på skolen, da fravær kan føre til mer fravær. Fraværet må derfor stoppes så tidlig som mulig. Måten dette gjøres på, er avhengig av hvilke risikofaktorer som spiller inn på den unge, hvor stort fraværet er, og hvilke opprettholdende faktorer som er til stede. Dette kapitlet tar for seg tilnærminger til forebygging før vi går videre til forebyggende intervensjoner for å kunne iverksette effektive tiltak. Deretter blir skolebasert forebygging utdypet. Vi vil gå nærmere inn på Kearney og Graczyk, 2014, sin RtI modell (Response to Intervention), som har fokus på universelle, målrettede og intensive intervensjoner for barn og unge med problematisk fravær. Ulike skolebaserte programmer for angstbasert skolevegring vil også bli nevnt før vi avslutter med forebygging av angst.

4.1 Tilnærminger til forebygging

I arbeid med fraværproblematikk er ulike systemer under utvikling i et dynamisk samspill med omgivelser. System kan forklares som enkelte deler som hører sammen er med på å skape et helhetlig bilde (Olsen & Holmen, 2018). Fraværproblemer og skolepersonellproblemer inkluderer et bredt spekter av individuelle, foreldre, familiære og miljømessige faktorer. Dermed har forskere foreslått bioøkologiske modeller for å presentere tilnærminger til forebygging og intervensjon (Melvin et al., 2019). Bronfenbrenner's utviklingsøkologiske perspektiv er et godt eksempel som bidrar til å synliggjøre utviklingsprosessen til barn og unge i interaksjon og samhandling med mennesker i ulike miljøer, settinger og systemer. Han stiller seg kritisk mot psykologiske tilnærminger som kun fokuserer på den enkelte individs egenskaper (Olsen & holmen, 2019). Psykologer har en tendens til å fokusere på kun de internaliserende og umiddelbare proksimale faktorer, og dermed ekskluderer resten. I tillegg blir kontekstuelle faktorer som påvirker skoledeltakelsen ignorert, spesielt skole- og samfunnsbaserte faktorer (Kearney, 2008b). Derfor legger Bronfenbrenner's forskning sterk vekt og fokus på gjensidig samspill mellom individets egenskaper og faktorer i omgivelsen til individet (Olsen & Holmen, 2018).

Melvin og kollegaer (2019) har utviklet et rammeverk ved navn KiTeS («Kids and Teens at School»). KiTeS er et rammeverk som bruker denne konseptuelle strukturen til

Bronfenbrenner's bioøkologiske modell for å organisere faktorer som er med på å påvirke menneskets utvikling. Rammeverket tilbyr en omfattende kontekst for å utforske både risiko- og beskyttelsesfaktorer for å forklare fravær og skoleoppmøte problemer, samt utvikle passende intervensjoner (Melvin et al., 2019). Skolen er en viktig arena for barns utvikling, kognitivt, sosialt og emosjonelt. Her forberedes de for livet utenfor skolen også, og det er dermed viktig å forebygge og hindre at de blir fraværende fra skolen over tid. Forskning tyder på at en kombinasjon av ulike risikofaktorer gir en bedre forklaring på utvikling og opprettholdning av fravær og skole-oppmøte problemer. KiTeS plasserer barnets karakteristikk i sentrum av rammeverket. De identifiserte en rekke familie, foreldre og skolefaktorer i mikro- og mesonivå, som er med på å påvirke barnets skolevegring. I tillegg er foreldrenes involvering i barnets skolegang også viktig. På familienivået blir familiefunksjon og familiedynamikken sett i relasjon med skolevegring. Skolefaktorer inkluderer aspekter av skoleklima og relasjoner mellom elev og lærere, og lærere-foreldrerelasjoner. Positivt skoleklima fremmer positive skolerestater, minsker atferdsproblemer og øker oppmøte på skolen. I tillegg identifiserer de faktorer utenfor den unges nærmiljø, det vil si på eksosystem (eks: skole- og klasseorganisering), makrosystem (kulturelle faktorer) og chronosystem (skoleår og varighet på fravær). KiTeS er gjeldende for alle elevpopulasjoner, og viser til at utvikling av intervensjoner for å forhindre og redusere skole-oppmøte problemer, vil være nødt til å rette seg mot reduksjon av risikofaktorer og økning i beskyttelsesfaktorer. KiTeS indikerer til at et inkluderende rammeverk kan bidra til å redusere ulikhetene på lengre sikt ved å sikre at organisasjoner og systemer er i stand til å utvikle seg. Samtidig viser de til håp om at deres forskning innenfor rammen vil gi data som er relevant til forebyggingsprogrammer og skreddersy intervensjoner for de som viser skole-oppmøte problemer. Dette for å forbedre skoledeltakelse, utdanningsresultater og sosialt og emosjonelt velvære (Melvin et al., 2019). Videre skal vi se på forebyggende intervensjoner.

4.2 Forebyggende intervensjoner

Det anbefales å tidlig utarbeide en plan som inneholder bestemte tider på dagen eleven skal gå på skolen, hvor raskt kravet om fremmøte bør økes, hvilke justeringer som bør gjøres hjemme og på skolen, hvem som har ansvaret for hva (elev, foreldre og skole), konkret hva som skal gjøres om tiltakene ikke virker (dersom vegringen øker), og til slutt en dato for når planen skal evalueres. Ofte kan det være vanskelig å identifisere barn og unge som har vansker med å

møte opp på skolen. Det kan føre til alvorlig og kronisk skolevegring og byr deretter også på utfordringer for skolene og utøvere. Ved riktig identifisering av skolevegring problemer, blir intervensjonen og eventuell full skolegang, også lettere gjennomført (Heyne, 2019)

Måltrettet intervensjon krever riktig identifisering av utviklende skolevegring og risiko for skolevegring. Tidligere arbeid fokuserte på skulk snarere enn skolevegring. Basert på litteraturgjennomgang gir artikkelen til Ingul et al., (2019) en redegjørelse for sannsynlige tegn og risiko for fremvoksende skolevegring. En skolebasert ramme blir gitt for å støtte foreldre og skolepersonell i å samarbeide for å identifisere disse tegnene og risikoene. Videre belyser de viktigheten av tidlige intervensjoner av skolevegring. Dette understrekes ved at skolevegring ofte vedvarer når det ikke er behandlet og at hver fraværsdag har en effekt på akademisk oppnåelse. Artikkelen summerer opp tidligere forskning for å kunne informere om status til problemområdet per i dag, identifiserer relasjoner, motsetninger, gap og inkonsistens i litteraturen. Samt introduserer de neste trinn for hvordan problemet kan løses. Metodikken baserer seg på å gi en god og tydelig innføring av ulike skolevegrings faktorer på individuelt, skolebasert og familiebasert område. Dette viser de gjennom å introdusere en skolebasert ramme for hvordan skolen skal i samarbeid med barnets foreldre og andre som er kjent med den unge og deres familie, bidra med å gi forslag til vurdering, inkludert instrumenter eller prosedyrer som er nyttige for å samle informasjon. Rammene baserer seg på en gjennomgang av empiriske studier som antyder koblinger mellom kjennetegn hos individ, familie, og skole på den ene siden, og (gryende) skolevegring på den andre (Ingul et al, 2019).

Studien til Ingul og kollegaer (2019) skriver om et etablert team som sammen deler ideer eller samarbeider om faktorer som er knyttet til fravær. Deltaker-teamet sørger for klargjørelse av begrepet skolevegring, tegn og risikofaktorer, samt administrerer prosesser for overvåking av tegn og risikofaktorer ved å ta hensyn til enkelttilfeller av framvoksende skolevegring. Avgjørelser tas om behovet for videre vurdering, tidlig intervensjon og fremdriftsovervåking. Informasjonen av observasjoner brukes til å vurdere hvilke tilfeller som fører til eventuell videre vurdering eller påbegynt målrettet intervensjon (Ingul et al, 2019).

Fordi skolevegring er et komplekst tema, ble det også problematisk med skoleomfattende rammer med teambaserte deltagere, fordi det først og fremst er krevende å blant annet kunne vurdere alle mulige risikofaktorer og selv om man fokuserer mer på tegn enn risiko, så vil deltakerne ha vanskeligheter med å svare på alle tegn på fremvoksende skolevegring. I tillegg

kan det være problematisk å bruke lokale data (eks; fravær fra skole) som en terskel, fordi fraværet kan være uvanlig høyt på en spesifikk skole, noe som kan føre til forsinket identifikasjon av fremvoksende skolevegring. I tillegg er noen indikasjoner på fremvoksende skolevegring mindre åpenbare enn andre for både skolen og foreldre, og det kan dermed bli uoppdaget. Enda en begrensning er at det ikke var stort nok utvalg av studier, som da også begrenser bruk av flere analytiske teknikker. Til tross for begrensinger så vil godt samarbeid mellom skole og hjem være nyttig og deltakerteamet kan oppmuntre og støtte lærere til å være aktive i å observere og rapportere tegn og risiko (Ingul et al, 2019).

Ingul og kollegaer (2019) konkluderer med å belyse at det kan gis større validitet i studier, hvor for eksempel skolebaserte rammer kan bidra til å minske skolevegring gjennom empirisk støttet rammeverk som vil gi fordeler for ungdom, foreldre, skoler og samfunn. Måltrettet intervensjon for de som er identifisert for å være i faresonen eller viser fremvoksende skolevegring kan avverge det mer alvorlige og noen ganger behandlingsresistente problemet med etablert skolevegring.

4.3 Respons to Intervention (RtI) – tiltak på ulike nivåer

Forebygging innen problemer med skoleoppmøte oppnås best gjennom tverrfaglig samarbeid for å bedre forstå og gripe inn i disse problemene. Avansering innen skoleoppmøte-problemer oppnås best gjennom tverrfaglig samarbeid for å forstå og gripe inn i disse problemene (Heyne et al, 2019). Kearney og Graczyk (2014) sin artikkel tar opp en tredelt intervensjonsmodell, Response to Intervention (RtI), som er rettet mot elever med problematisk fravær fra skolen, for å fremme oppmøte og redusere skolefravær. De antyder at behandling av alle slags problematiske fravær kan fungere effektivt innenfor RtI rammen. Målet er å skape struktur i arbeidet med tiltak basert på situasjonens alvorlighetsgrad (Kearney & Graczyk, 2014). Komponenter som er inkludert er tidlig identifisering, funksjonell vurdering av problematferd og overvåking av fremgang etter intervensjoner.

Response to Intervention» (RtI) har fått godt gjennomslag i arbeidet med internaliserende problemer, og er virkningsfullt for angstbaserte skolevegrere. Ulike RtI modeller varierer men inneholder sentrale prinsipper som inkluderer tilnærming på systemnivå, proaktiv og forebyggende innsats, tilpasning av intervensjoner til elevenes behov, problemløsning og beslutninger basert på innhentet data, samt effektiv praksis. De siste 25 årene har det blitt lagt

vekt på viktigheten av tidlig identifisering og intervensjon, overvåking av progresjon, funksjonell atferds vurdering, empirisk støttende rammeverk og teambasert tilnærming. Mange skoler gjør den feilen med at de venter med å gripe inntil til en elev har overgått en lovlig grense (Kearney & Graczyk, 2014). RtI derimot, unngår en «vente til å feile» tilnærming og fokuserer heller på tidlig identifikasjon og behandling, nettopp for å minske negative resultater for elevene. I tillegg blir funksjonell atferds vurdering analysert hvor man identifiserer opprettholdende faktorer for problematferd og deretter utformer intervensjoner skreddersydd for disse variablene. Denne tilnærmingen er av betydning for skolevegrings funksjoner (se Kearneys funksjonsmodell på kapitel 1). Det vil bli nærmere diskutert om behandling av disse i neste kapitel. Videre har modellen fått empirisk støtte og viser til forbedring i intervensjoner for fravær. En spesiell fordel med en RtI-tilnærming er at den kan resonere bedre med pedagogiske fagperson og andre som er kjent med dens rammeverk. Å danne en teamtilnærming i arbeid med skolevegring kreves i arbeid med skolevegring (Kearney & Graczyk, 2014). Oppgaven vil videre ta for seg alle tre nivåer. Nivå en og to knyttes opp til forebygging. I tillegg knyttes også nivå 2 opp til behandling sammen med nivå 3.

Modellen består av tre nivåer: 1) universelle og forebyggende nivå, 2) målrettet, tidlig intervensjon, og 3) intensiv, senere intervensjon. Rammeverket baserer seg på alle tre nivåer, gjennom fokus av å fremme oppmøte for alle studenter på nivå 1, ha målrettede intervensjoner for utsatte elever på nivå 2, og intense og individualiserte intervensjoner med kronisk fravær på nivå 3. Nivå 1 fokuserer på tiltak for alle, gjennom å ha fokus på relasjonsbygging, opplæring av regler, positive tilbakemeldinger, opplæring i sosiale ferdigheter, klasseledelse, og tilsyn på alle skolens områder. De to siste nivåene inkluderer psykologiske tilnærminger for fravær basert på angst og uten, elevengasjering, og programmer for jevnaldrende og overvåking. Tilnærmingene blir derimot enda mer utvidet i nivå 3 enn nivå 2, med alternative læringsprogrammer i tillegg. De primære målene med nivå 2 er å stabilisere skoleoppmøte, utvikle en klar og gradvis strategi for å orientere barnet til skolen, redusere påbegynnende plager og hindringer til å møte opp, samt utelukke konkurrerende forklaringer på fravær som skolebaserte trusler (eksempel mobbing). I tillegg er samarbeidet mellom skolen og foreldrene helt sentralt. Barn som befinner seg på nivå 3 har større vansker med å komme tilbake til skolen, og krever dermed også mer utvidet og intensivt arbeid i forhold til nivå 2 (Kearney & Graczyk, 2014)..

4.3.1 Universelt og forebyggende nivå

Universelle intervensjoner finner vi på nivå 1, og de retter seg mot alle elever og innebærer et kjernesett med strategier og regelmessig screening for å identifisere de elevene som ikke dra nytte av disse strategiene. Nivå 1 i RtI modellen forebygger skolevegring før symptomer oppstår, og tiltak fra nivået vil bidra til å redusere fravær og forebygge fraværspromatikk fremover. Modellen inkluderer arbeid som fremmer et positivt og trygt skolemiljø, sikkerhet, fysisk og psykisk helse, sosio-emosjonell læring, personlig karakterutvikling og foreldreinvolvering. Dette nivået bidrar også til å gi elevene en enklere overgang til en ny skole. Det er lagt stor vekt på hvilke regler som utspiller seg på skolen og hvilke forventninger man har til elevenes atferd, slik at foreldre og elever er klare over rutiner og regler relatert til skoleoppmøte. I forhold til skoleoppmøte, er det også fokus på emosjonell og sosiale læringsprogrammer. Et program inkludert i artikkelen, utformet av Snyder og kollegaer (2010) rettet sine læringsøkter mot forholdet mellom tanker, følelser og atferd, 2) fysiske og intellektuelle handlinger 3) sosiale og emosjonelle handlinger, som selvkontroll, 4) mellommenneskelige ferdigheter, som empati, 5) integritet og egenvurdering, og 6) selvforbedring, ved å sette seg selv mål, lære å ha utholdenhet osv. I tillegg til fokus på eleven og skolen, er foreldrenes involvering av stor betydning for å øke skoleoppmøte. Det er viktig å kartlegge for identifisering av elever i risiko for utvikling av problemer, som krever nivå 2 intervensjoner (Kearney & Graczyk, 2014).

4.3.2 Målrettet, tidlig intervensjon

Målrettede intervensjoner på nivå 2 referer til risikofylte elever som trenger ytterligere støtte utover de universelle strategiene. Modellen er rettet mot elever som er i fare for å utvikle fraværspromatikk. Elever på dette nivået utgjør omtrent 5-10 prosent. Hovedmålet med dette nivået er å stabilisere elevens skoledeltakelse, utvikle en klar og gradvis strategi for tilbakeføring til skolen, redusere risikofaktorer og eventuelle hindringer mot å møte opp på skolen, samt hente inn informasjon om elevens fraværårsaker. Dette krever felles målsetninger, samarbeid mellom skole og foreldre, samt andre støtteinstanser. Sekundære mål inkluderer pågående kontakt mellom skole og hjem, følge med på om eleven forlater skolen

eller klasserommet tidligere enn bestemt tid, samt tilby akademisk arbeid dersom eleven blir hjemme fra skolen (Kearney & Graczyk, 2014). Tiltak som blir brukt baserer seg vanligvis på kognitiv atferdsterapi som vi vil gå nærmere inn på i kapittel 5, da det blir benyttet i arbeid med behandling av angstbasert skolevegring, med empirisk støtte for dens effekt. Strategier innen kognitiv atferdsterapi på dette nivået inkluderer avslapningstrening, kognitiv restrukturering, systematisk desensitivisering, sosial ferdighetstrening, og trening på tilbakefall (Kearney & Graczyk, 2014).

4.3.3 Intensiv behandling

Siste trinnet som inneholder intensive intervensjoner retter seg mot elever med alvorlige problemer som krever individualisert og konsentrert tilnærming, samt hyppigere progressovervåking. Denne gruppen utgjør 1-5 prosent. Nivå 3 kreves for å hjelpe de som er på alvorlighetsgraden, og dermed har etablert skolevegring. Det blir ikke oppgitt noen eksakte fraværsgrenser for å omtales under nivå 3, men det kjennetegner elever som overstiger akseptabelt ugyldig fravær, viser til sporadisk fravær, og eventuelt forlater skolen før dagens skoleslutt. Nivået innebærer en utvidelse av intervensjonene fra nivå 2, og krever dermed også utvidelse av RtI teamet. Her også blir kognitiv atferdsterapi benyttet som behandling. Familieterapi, opplæring av foreldreferdigheter, sosial ferdighetstrening, reduksjon av alvorlig psykopatologi og krisehåndtering er ofte nødvendig på nivå 3 (Kearney & Graczyk, 2014).

RtI blir altså konseptualisert som en tre-lags metode som inneholder universelle, målrettede og intensive intervensjoner. Grunnen til at denne modellen er viktig i arbeid med skolevegring er fordi barn trenger muligheten til å utvikle ferdigheter faglig, språklig, sosialt og arbeidsmessig. Dermed må forskere, fagpersoner innen pedagogikk og psykisk helse, samt foreldre samarbeide og utvikle denne modellen. Ved ytterligere forsterkning av modellens bruk, håper man å jobbe mot redusert skolefravær og økt skoleoppmøte. Økt fokus på forebygging av skolevegring bidrar til å gjøre modellen mer effektiv og minske henvisninger til tier 2 og tier 3 (Kearney & Graczyk, 2014).

4.4 Forebyggende tiltak av fravær og angst

Forebyggende tiltak er aktuelt for alle elever og kan bidra til å hindre skolefravær problemer generelt, og spesifikt skolevegring. Ved nøyaktig fraværsregistrering og gjennom å se etter fraværsmønstre, kan man se tegn til skolevegring. For eksempel om det er fravær på bestemte dager (eks kun mandager og idrettsdager) eller fra enkelte timer (eks musikk eller kroppsøving), og se om det oppstår mer fravær etter ferier eller langvarig sykdom. Det er viktig at læreren ved oppdagelse av fraværsmønstre tar kontakt med foreldre og elevens andre lærere, eventuelt sosial- eller spesialpedagogisk ansvarlig på skolen, helsesøster, og PPT. I tillegg er det av betydning at foreldrene også melder fravær og at det er kontinuerlig/gjennomgående kontakt mellom skole og hjem angående barnets fravær (Havik, 2018). Noen elever oppfatter stor grad av eksponering og prestasjoner som krevende fordi de blir målt på hva de mestrer og ikke. Dermed er forutsigbarhet og trygghet viktige elementer for eleven. Gjennom å gi dem kontroll følelse ved å få god informasjon på forhånd om hva, hvem, hvor og hvordan, ha klare avtaler og får tett oppfølging av voksne, kan de bli utsatt for minst mulig overraskelser. Dessuten bidrar foreldrenes involvering med å styrke barnets kontroll. Ved å utvikle et trygt og godt læringsmiljø med etablering av gode relasjoner mellom elev og lærer, kan man skape en forutsigbar og trygg skolehverdag (Havik, 2018). Relasjoner mellom lærer og elev som baserer seg på varme og støtte fører videre til at læreren blir brukt som en ressurs av elevene for å danne gode relasjoner med andre. I tillegg kan de møte sine klassekamerater med en mer positiv forventning enn om forholdet til læreren er svakt og krenkende.

Det er spesielt i overganger skolevegrere sliter, og derfor er det betydningsfullt å oppleve støtte fra lærere og medelever. Forberedelse av overganger kan for eksempel være å møte eleven før oppstart av skolen. Tidlige avtaler om foreldremøter og utviklingssamtaler til høsten er viktig for å bli kjent med eleven og foreldrene. Å få tilsendt ukeplanen på forhånd er også nyttig. Andre tiltak er å gå sammen med en venn til skolen på første skoledag, eller å bli møtt ved skoleporten i en periode ved oppstart. Overganger for skolevegrere bør gjøres gradvis og forsiktig, av og til kan det være behov for å gi et "dytt" men med en støttende hånd. Dette gjelder spesielt barn med angstbasert skolevegring (Havik, 2018). Et gjensidig samarbeid mellom hjem og skole bidrar til å forebygge skolefravær. Som en del av det forebyggende arbeidet har skolen som oppgave å initiere til samarbeid med hjem før eventuelle problemer dukker opp. Det fører videre til at foreldrene også blir mer åpne for å kontakte skolen om de sliter med å få barnet sitt på skolen dersom kontakten allerede er etablert.

Foreldrene har som ansvar å få barnet sitt på skolen og når de har utfordringer med det kan de føle seg utilstrekkelige og ikke gode nok. Her er det ekstra viktig at skolen er bevisst, lyttende og forståelsesfulle, samtidig som krav til hva foreldrene bør gjøre blir stilt (Havik, 2018).

I tillegg til de generelle tiltakene som er rettet mot skolefravær, må man tilrettelegge mer spesifikt for tiltak av skolevegring. Ved tegn til skolevegring er det av betydning at skolen utarbeider en tidlig plan som inneholder hvilke timer eleven skal vær på skolen, hvor raskt kravet om fremmøte bør økes, hvilke justeringer som kan gjøres hjemme og på skolen (etablere gode kveld-og morgensrutiner hjemme for eksempel), hvem som har ansvaret for hva, konkret hva som bør gjøres dersom tiltakene ikke virker og vegringen øker, og avslutningsvis en dato for når planen bør evalueres (Havik, 2018). Elever har ofte frykt for å mislykkes og for å få kritikk, og det øker vanligvis hos eldre elever. Fokus på å prestere og konkurrere på skolen fører til at elever, og spesielt de med frykt og angst vil slite. Om de i tillegg har liten tiltro til egne ferdigheter for å takle slike krav, vil de slite ytterligere. Dette kan videre føre til at elever kan ønske å heller bli hjemme fordi de føler seg utrygge på skolen. Andre elever er engstelige for å bli sammenlignet med andre og kan føle at de blir uthengt, eller føle seg mislykket. Derfor er det viktig at lærerne i størst mulig grad tilrettelegger for et mestrings- og læringsorientert læringsmiljø og unngår for mye vekt på konkurranse og testing (Havik, 2018).

Skolen kan bidra med å forbygge angst gjennom 1) positiv lærerstøtte med sensitiv tilnærming, ros og oppmuntring, 2) sosial ferdighetsopplæring, 3) utvikling av mestringsferdigheter, 4) å bidra til utvikling av en positiv selvoppfatning, 5) å etablere sosial støtte fra voksne og medelever, 6) å fremme positive sosiale relasjoner og samhandling med lærere og 7) sosial skjerming og smågruppeaktiviteter. Lærere som gir elever gode skolefaglige og sosiale mestringsmuligheter, bidrar som forebyggende, beskyttende og problemreducerende roller. Hvorfor er det slik at det er få tilbud og svak kompetanse på skolen i det forebyggende arbeidet med internaliserende problemer (eks. angst) hos elever? Ogden (2009) skriver at innadvendte og engstelige elever kan fort bli ignorert og glemt bort fordi de utadvendte og selvhevdende medelevene tar alt fokus (Ogden, 2009). Derfor er det av betydning å ha forebyggende og virkningsfulle tiltak.

Dermed er det viktig at skolen og hjemmet reagerer raskt når de ser tegn til angst hos barnet/eleven. Gjennom å iverksette tiltak tidlig, kan man hindre skolevegring. Daglige eller ukentlige møter mellom lærer og eleven, hvor dagen eller uken kan oppsummeres er av betydning. Samt gjennomgå dagen eller uken etter for å sammen være klare over hva som skal skje, hvorfor og hvordan, og med hvem, er av stor betydning. Det kan bidra til å få klarhet over hva som forventes av skolen og eleven, og gir større grad av kontroll. Gjennom å skape gode relasjoner mellom lærer og elev, får eleven mulighet til å ytre seg om hva som oppleves som vanskelig, noe som også gir læreren større forståelse over situasjonen og dermed kan legge til rette for en trygg hverdag for eleven. Denne tryggheten kan oppnås ved å for eksempel ha et ledig rom tilgjengelig dersom eleven trenger å forlate klasserommet en liten stund, for å kunne slappe av litt før han eller hun går tilbake til klasserommet. Det bidrar til at eleven slipper å ville gå hjem når han eller hun føler seg uvel eller engstelig. I samtale med eleven om emosjonelle ubehaget han eller hun føler, er et angst/-uro-termometer nyttig, hvor 0 betyr ingen angst, uro eller andre problemer, mens 10 betyr maksimal angst. Den er med på å poengtere hvor konkret angsten er og gir eleven mulighet til å snakke om det som er vanskelig. Gjennom å få en oversikt over hvordan angsten kan gi utslag, kan skolen bidra med å hindre eventuell utvikling av skolevegring ved å tilpasse skoledagen for eleven utfra elevens forutsetninger psykisk, og helst i samarbeid med eleven. Dersom generelle tiltak for angst ikke er tilstrekkelig, må det legges vekt på tettere oppfølging og henvisning til BUP (barne- og ungdomspsykiatri) for utredning og eventuell behandling (Havik, 2018).

4.4.1 Skolebaserte programmer for angstbasert skolevegring

Noen gode forebyggings og behandlings programmer som kan brukes i praksis for norske elever med angstbasert skolevegring er «Zippys venner», «Mestringskatten» og «psykologisk førstehjelp». 'Zippys venner' er relevant for barn som er i overgangen fra barnehage til barneskolen, det vil si barn i alderen 5-7 år. Programmet er egnet for å hjelpe barn med å bedre mestre stress og vanskeligheter gjennom å utvikle positiv selvfølelse og sosiale ferdigheter. Mestringsstrategier som blir tillært går ut på å hjelpe hverandre, respektere andre, ha empati og samarbeide sammen. Programmet har et sosialøkonomisk perspektiv og baserer seg på interaksjon med venner, familie, lærere og andre i ulike miljøer. I løpet av 24 uker med en time per uke er følgende temaer sentrale: følelser, kommunikasjon, venner og uvenner, å takle konflikter, å takle forandringer og tap, og å mestre sammen. Aktivitetene deltakere inngår i er blant annet samtale, rollespill, øvelser og tegning. Ogden (2009) referer til en

studie gjort av Holden (2012) som har vist betydningsfull positiv effekt på klassemiljø og faglig fungering hos elevene, samtidig som lærere rapporterte at mobbing også ble redusert. Foreldrene som også deltok i studien så forbedring i barnas evne til å søke støtte og hjelp i løpet av programmet. Elevene så forandring i egne reaksjoner og rapporterte at de ikke skrek, hylte eller skyldte på andre like mye (Ogden, 2009). Programmet antydes å være virkningsfullt og er klassifisert med tilfredsstillende dokumentasjon på effekt, med evidensnivå 4 på ungsinn.no (https://ungsinn.no/post_tiltak_arkiv/zippys-venner-2-utg/)

Et annet program, implementert i Norge, er 'mestringskatten' og fokuserer på barn i alderen 7-14 år med angst. Det blir benyttet kognitiv atferdsterapi, både individuelt og i grupper. Individuell behandling handler om at barn lærer om signaler som er med på å utløse angstrelaterte tanker og fysiske symptomer. I tillegg lærer de også ferdigheter av mestring som de kan praktisere i både hjemmebasis og på skolen. Gruppebasert behandling konsentrerer seg om barnas atferd og omfatter eksponeringsteknikker som hjelper barn å nærme seg det de frykter, gradvis og forsiktig. Eksponeringstreningen gjør at eleven lærer å endre uhensiktsmessige måter å tenke på, samt å endre unngåelsesatferd. Programmet legger opp for god mestring av angstutløsende situasjoner gjennom: differensiering av følelser, avslapning, kognitiv restrukturering, modellering, problemløsning og endring av forsterkningsbetingelser. Programmet har vist seg å gi positive resultater (Ogden, 2009). Mestringskatten er et tiltak med noe dokumentasjon på effekt, og kategoriserer med evidensnivå 3 på ungsinn.no (https://ungsinn.no/post_tiltak_arkiv/mestringskatten-2-utg/) På videregående nivå kan man implementere VIP-makkenskap som er et konkret tiltak i å bedre relasjoner mellom elever og øke trivsel på skolen. VIP går ut på at elevene blir delt inn i to og to av læreren, hvor målet er å hindre ensomhet blant elevene og sørge for inkludering og akseptering. I tillegg får de mulighet til å bli kjent med hverandre (Havik, 2018). Undervisningen foregår på 5 timer totalt, hvor de første tre timene er sammen med læreren og temaet omhandler psykisk helse. De to siste timene foregår med helsepersonell. Programmet hjelper alle parter med å innta informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser, i tillegg til å lære ungdommer å håndtere slike vansker. I følge Ungsinn.no, er dette tiltaket kategorisert som evidens 3, som betyr at VIP klassifiseres som et funksjonelt tiltak (https://ungsinn.no/post_tiltak_arkiv/mestringskatten-2-utg/).

Enda et program er 'psykologisk førstehjelp i skolen' og er en metode som bidrar med mestring av følelsesmessige vanskelige situasjoner for elever med angst eller depresjon. Metoden tar utgangspunkt i grunnprinsipper ved kognitiv atferds tilnærming med fokus på gjensidig forhold mellom tanker, atferd, kroppsreaksjoner og følelser. I tillegg bygger det på kognitiv atferdsterapi. Programmet hjelper barn med bevisstgjøring og endring av tanker eller atferd for å kunne mestre negative følelser som angst på en bedre måte. Opplegget utarbeides av et skrin som inneholder et hefte beregnet på barn, to figurer der den grønne illustrer positive tanker og den røde illustrerer negative tanker. I tillegg kan man «fylle ut en hjelpehånd». Den hjelpende hånden har en kategori på hver finger (Havik, 2018), og hjelper barn med å analysere og beskrive sammenhengen mellom hendelser, følelser, tanker og handlinger (Ogden, 2009). Det er uansett verdt å merke seg at programmet er kategorisert som evidens 2, noe som betyr at tiltaket «sannsynligvis» er virksomt.

4.5 Studier om angstforebygging

En systematisk gjennomføring og metaanalyse utført av Werner-Seidler et al (2017) har valgt å se på hvilken effekt skolebaserte forebyggende programmer for angst og depresjon har. Dette gjør de ved å gjennomgå omfattende evaluering av randomiserte-kontrollerte studier av psykologiske programmer, designet for å forhindre depresjon og / eller angst hos barn og ungdom på skolen. Samt foreta en metaanalyse av intervensjonseffekter. Artikkelen inkluderer 89 randomiserte kontrollert studier som involverte totalt 31 794 deltakere. Målet var å 1) identifisere den overordnede effekten av skolebaserte depresjon og/eller angstforebyggende programmer på angst og depresjonssymptomer, 2) identifisere tidsperioden som opprettholder effekt fra behandling, 3) etablere den relative effekten av disse programmene og 4) vurdere påliteligheten av programimplementering, programdeltagelse, og kostnadene til disse intervensjonene. Studiene som omhandlet depresjon indikerte til liten effekt ved intervensjon og kortvarig oppfølging, i tillegg til mellomlang oppfølging som varte mellom 6-12 måneder, og langvarig oppfølging (12 måneder). Ved forebygging er det viktig med oppfølgingsintervaller, noe 14 av studiene hadde, hvor det endelige målet var å oppdage forebyggingseffekter som kan bli tydelige over tid. Det ble likevek antydnet fra flere studier utenfor disse 14, som inkluderte oppfølging i lengre perioder, at «gevinster» kan opprettholdes ved oppfølgingsperiode på 24 måneder. Videre ser man likheter i funn fra angstforebyggende programmer og depresjonsprogrammer, hvor begge resulterte i liten effekt ved etterintervensjon, opprettholdt både ved kortsiktig og mellomlang oppfølging. Langsiktige

oppfølginger ved angstprogrammer var mindre vanlige, med totalt 5 studier, og viste også marginell effekt. Dette viser til at effekten av angstbaserte forebyggende programmer opprettholdes mellom 6 og 12 måneder etter at programmet er ferdig, og fremhever behovet for langsiktige oppfølgingsvurderinger for å fastslå om effekter forblir på og utenfor dette punktet (Werner-Seidler et al., 2017). langsiktige oppfølgingsintervaller er et godt tilskudd i metaanalysen for å styrke reliabiliteten.

Forebyggingsprogrammer blir ofte assosiert med små effektstørrelser, og mer forskning kreves for å nøyaktig vurdere forebyggingsprogrammernes potensial for langvarige effekter. Fremtidige studier bør identifisere hvilke forebyggings effekter som blir best opprettholdt.. Det er viktig å huske at i forebygging, sammenlignet med behandling, vil selv små effektstørrelser være forbundet med betydningsfulle resultater. I henhold til studien vil liten forskjell i effektstørrelse ha konsekvenser for forhindring av angst og depresjon. Påstanden blir støttet av andre analyser som er utført for diagnostiske utfall etter forebyggingsprogrammer. Dette ser man via gjennomganger som viser at forebyggende programmer er assosiert med 53 prosent reduksjon i risiko for utbrudd av internaliseringsvansker i løpet av 6 til 9 måneder etter programmet. Variasjon i estimater av effektstørrelse skyldes en rekke faktorer, inkludert manglende samlede effektstørrelser i tidligere anmeldelser. Dette fører til at kvalitetsvurderingen av studien trues, da 80 av de 81 RCT-studiene inkluderte en viss grad av skjevhet. Videre blir det foreslått forbedringer i strenghet og kvalitet på forskning som blir utført innen dette feltet og i rapportering av studiemetoder og utfall. Moderat nivå av heterogenitet ble også funnet på tvers av studiene inkludert i denne gjennomgangen og metaanalysen, noe som kan bidra til å true begrepsoperasjonaliseringen og skape utfordringer med å trekke konklusjoner. Dette funnet var ikke overraskende, gitt at forebyggingsforsøk kan variere enormt med tanke på utvalget, type program evaluert og hvordan det implementeres. Resultatene fra undergruppeanalyser avdekker noen mulige årsaker til denne heterogeniteten, som diskutert nedenfor (Werner-Seidler et al., 2017).

Begrensninger funnet i relasjon med resultater fra metaanalysen er først og fremst at metaanalysen var utelukkende basert på selvrapporing av symptomtiltak og ikke klinisk rapporterte tiltak. Flere av studiene oppfylte ikke kriterier for klinisk-klassifiserte diagnostiske utfall. En annen begrensning er at studier ikke ekskluderte deltagere med

signifikante symptomer. I tillegg var den totale kvaliteten på de inkluderte RCT studiene lav. Totalt sett antydes det at det er viktig med fortsettelse av evaluering og implemetering av skolebaserte forebyggingsprogrammer for depresjon og angst. Det er behov for mer forskning for å identifisere hvordan fullføring og reliabilitet ved programmene påvirker utfallet, og om det eventuelt er behov for å involvere foreldre (Werner-Seidler et al., 2017). Videre skal et forebyggende program for angst presenteres.

FRIENDS-programmet er et forebyggende program inkludert i Shortt og kollegaers (2001) studie, basert på kognitiv atferdsterapi (CBT). Studien er en randomisert kontrollert studie som inkluderer 71 deltakere mellom 6-10 år, som møtte diagnostiske kriterier for angst. Deltakerne var fra Australia, Europa og Asia, og ble tilfeldig tildelt FRIENDS intervensjonsgruppen (familiebasert CBT gruppe) eller kontrollgruppen. Evaluering av intervensjonens effektivitet ble gjort ved etterbehandling og ved 12-måneders oppfølging. Studien inkluderte også barnas foreldre, og hadde som mål og evaluerer effekten av programmet. FRIENDS programmet består av 10 ukentlige økter og tilleggs økter som gjennomføres en måned og tre måneder etter avsluttet behandling. Programmet inkluderer instruksjoner som beskriver aktiviteten som terapeutene skal implementere i hver økt. Programmet inkluderer i tillegg en familiekompetansekomponeent, som skal lære foreldrene å gjenkjenne og håndtere sin egen angst på riktig måte gjennom rollespill, opplæring av forsterkningsstrategier, opplæring av kognitive teknikker, og opplæring i kommunikasjon, partnerstøtte og problemløsningsferdigheter. I slutten av behandlingen fullførte barna og foreldrene selvrapporeringer angående hvor fornøyde de var med programmet (Shortt et al., 2001).

Resultater indikerer at 69% av barna som fullførte intervensjonen ble diagnosefrie, mens kun 6% fra kontrollgruppen ble diagnosefrie. Resultater fra intervensjoner møtte studiens forventninger om opprettholdende effekt, da disse forbedringene var opprettholdt ved 12 måneders oppfølging. Totalt 68% av deltakerne var fortsatt diagnosefrie ved 12 måneders oppfølging. Både barna og foreldrene rapporterte høy behandlingstilfredshet. Resultatene tyder på at FRIENDS programmet er en effektiv behandling av klinisk engstelige barn. Før vi foretar spekulasjoner kring funn og behandlingens virkning, er det av betydning å vurdere studiens begrensninger. For det første ble diagnostiske intervjuer kun gjennomført med foreldrene. Disse intervjuene var basert på foreldrenes subjektive tolkning av barnets

oppførsel og kan være partiske. Det anbefales generelt at flere kilder brukes til å vurdere angst hos barn. For det andre var påliteligheten av diagnoser basert på en uavhengig observatør som gjennomgikk videobåndene til de diagnostiske intervjuene, som kan ha ført til at individuelle egenskaper hos observatøren kan ha påvirket resultater. (Shortt et al., 2001).

Målet med studien var å undersøke effekten av FRIENDS programmet. Foreldre rapporterte at alle strategiene som ble brukt i programmet var nyttige for deres barn og for seg selv som foreldre. Disse rapportene ble gitt etter ved slutten av behandlingen, noe som kan ha ført til at resultater fra behandlingen har gitt de denne oppfatningen. Dermed indikerer det til at en kontrollert sammenligning av effektiviteten av atferdsmessige, kognitive og relasjonsorienterte intervensjoner med engstelige barn i forskjellige aldre, er nødvendig. Studien undersøkte effekten av barnevernsjonen da deltakerne var mellom 6-10 år. Dermed er det interessant å se hvordan intervensjonen fungerer på ungdommer. Studien til Lock og Barrett (2003) vurderer programmet på både barn og unge.

For å se på ytterligere effekt av programmet, har Lock og Barrett (2003) utført en longitudinell studie, hvor de evaluerer effekten av en universell skolebasert intervensjon med FRIENDS-programmet, for angst hos barn og unge fordelt i to ulike utviklingsstadier. Totalt 733 deltakere ble inkludert og fordelt i to ulike aldersgrupper, hvor den inkluderte aldersgruppen 9-10 år, og den andre 14-16 år. To grupper ble sammenlignet, hvor den ene gruppen var intervensjonsgruppen som involverte kognitiv atferdsterapi (også kalt FRIENDS-program), og den andre var en kontrollgruppe. Det ble i studien gjennomgått målinger i form av intervjueskjemaer på begge gruppene for å måle mestringssevne, angst og depresjon. Deltakere som gikk under gruppen for risikoutsatte for utvikling av angstlidelser ble i tillegg utredet for eventuell klinisk diagnose (Lock & Barrett, 2003). Basert på målingsresultatene ble deltakerne fordelt i to grupper, en risikoutsatt gruppe og en frisk gruppe. Resultater viser til signifikante forskjeller hos de to gruppene, hvor selv om begge grupper viste reduksjon i angstsymptomer ved etterbehandling, så viste risikoutsatte gruppen større nivå av angstsymptomer enn den friske gruppen. Det ble rapportert større grad av forbedringer på angstsymptomer blant den yngre gruppen, noe som indikerer til at tidlig innsats letter hindring av negativ utvikling. Resultatene viser funn av forebyggende effekt som indikerer at FRIENDS-programmet potensielt kan redusere antall barn med risiko for å utvikle en angstlidelse. Totalt sett hadde barna (9-10 år) større utbytte av programmet enn ungdommene

(14-16 år). Dette kan skyldes at barna rapporterte større nivåer av angst, mindre depressive symptomer, og større respons på intervensjoner sammenlignet med ungdommene. Dette indikerer videre at tidlig igangsetting av forebyggende intervensjoner kan hindre negativ utvikling. Derimot taklet ungdommer stressende situasjoner bedre enn barna, noe som kan indikere på økning av sosialkognitive evner, som er karakteristiske i denne utviklingsfasen. Generelt sett er resultater fra funn oppmuntrende da det ble funnet bevis av forebyggende effekt som indikerer at FRIENDS programmet har potensial til å redusere risiko for utvikling av angstlidelser hos barn. Funn må likevel vurderes med forsiktighet da studien er en av få som blir gjennomført på denne måten. Noen begrensninger verdt å nevne er blant annet at ikke alle gjennomførte etterbehandling, og at intervju skjemaene basert seg på egenrapporteringer. Det anbefales derfor å ha flere kilder å vurdere angsten med, som for eksempel foreldre- eller lærermål for barns fungering (Lock & Barrett, 2003).

4.6 Oppsummering

Dette kapitlet har belyst forebygging av angstbasert skolevegring. Ulike tilnærminger til forebygging er redegjort for. Det er viktig å stoppe fraværet tidligst mulig, og måten dette gjøres på er avhengig av hvilke risikofaktorer og opprettholdende faktorer som spiller inn. Skolebaserte rammeverk har også blitt diskutert, hvor Studien til Melvin og kollegaer (2019) og Ingul og kollegaer (2019) tar opp vitenskapelige og praktiske fordeler knyttet til rammeverk på skolen for å forhindre skolevegring. Begge artiklene tar også opp viktigheten av skole-hjem samarbeidet. Videre er det av betydning å ha et system over risikofaktorer til angstbasert skolevegring. Videre ble det også redegjort for intervensjoner og forebyggende tiltak for fravær, spesifikt skolevegring og angst. Kearney og Grczyk (2017) sin RtI modell viser til tiltak for å forhindre fravær for alle elever på skolen, basert på tre nivåer: universelt nivå, målrettet nivå, og intensivt nivå. Mer spesifikt arbeid med skolevegring omfatter ulike skolebaserte programmer, som «zippys venner» som bidrar til en god overgang til barneskolen, «mestringskatten» som fokuserer på angst hos barn og benytter kognitiv atferdsterapi, og «psykologisk førstehjelp i skolen», som er en metode som bidrar med mestring av følelsesmessige vanskelige situasjoner for barn med angst eller depresjon. Avslutningsvis har kapitlet inkludert studier som ser på forebygging av angst. Funn viser at reduisering av angst, kan forbedre skoledeltakelsen. Dermed kan man anta at ved å forebygge angst, kan man videre forebygge fravær og eventuelt utvikling til angstbasert skolevegring.

5 Behandling av angstbasert skolevegring

Intro: I mangel av behandling, fortsetter de fleste barn og unge med skolevegring å vise problematisk skoledeltakelse og emosjonell nød, noe som fører til skadelige konsekvenser på kort og lang sikt. Behandlingen har dermed som mål å redusere emosjonell nød og øke skoledeltakelse slik at de kan fortsette ene normal utviklingsvei (Maynard et al., 2018).

Videre skal vi på forskjellige behandlingsmåter og utfordringer knyttet til behandling, før vi beveger oss mot generelle tiltak. Blant tiltak har det blitt mer oppmerksom til skoletiltak på grunn av oppgavens målgruppe. Men tiltak hjemme blir nevnt gjennomgående i oppgaven. Deretter vil oppgaven fordype teori om behandling basert på de fire funksjonene i Kearneys funksjonsmodell. Avslutningsvis tar oppgaven for seg kognitiv atferdsterapi som behandling for angstbasert skolevegring, og studier som har inkludert denne formen for behandling både alene og i kombinasjon med medisinske behandlingsformer. Begrepet kognitiv atferdsterapi vil på noen steder bli erstattet med engelske forkortelsen «CBT».

5.1 Behandlingsmetoder

Kearney og Bates (2005) legger til rette for tre ulike behandlingsmetoder i arbeidet med angst og skolevegring. Kognitiv atferdsterapi er en av dem, og blir brukt for å adressere barns og unges angst til å gå på skolen. Videre blir foreldretrening nevnt som en behandlingsmetode, som vektlegger arbeid med regelmessig morgen, dag, og kveldsrutiner, opplæring av implementering av prosedyrer for å lære å belønne deltakelse på skolen og straffe ikke-deltakelse, redusere overdreven trygghetssøkende oppførsel, og prøve å forfølge skoledeltakelse ved passende og relevant anledninger. Siste metodetypen han nevner er familiebaserte behandlingsmetoder som inkluderer trening i kommunikasjonsferdigheter og problemløsningsferdigheter, beredskap for å motivere til oppmøte og redusere insentiv til ikke-oppmøte. I tillegg inkluderes økt tilsyn av barnet og følging fra klasse til klasse (Kearney & Bates, 2005).

5.1.1 utfordringer med behandling av angstbasert skolevegring?

Et problem som tidligere har blitt diskutert i forhold til behandling av skolevegring og angst, er at skolepersonell, foreldre og andre utenom spesialiserte terapeuter har hatt utfordringer

knyttet til behandlingen, som for eksempel å bestemme seg for en intervensjon. Det anbefales en tverrfaglig tilnærming som fokuserer på å fjerne problemer og hindringer til skoleoppmøte og samtidig utvikle ferdigheter nødvendig for å kontrollere angst, impulser og andre problematferd. Dermed er det viktig å opprettholde en teambasert tilnærming gjennom hele behandlingen. En annen utfordring har vært å bestemme når det har vært på tide å endre en intervensjonsstrategi dersom den innledende planen ikke funket. Generelt anbefales det at den første behandlingsplanen implementeres i minst to uker før man vurderer noen større endring i strategien. Familier som blir kontaktet med jevne mellomrom har en tendens til å ha bedre motivasjon og lettere for å overholde intervensjonsprosedyrer enn familier som er igjen på egen hånd. Videre har det vært utfordringer med perspektivsyn angående skolevegringsatferd, det vil si å ha forskjellig informasjon fra forskjellige parter om barnets oppmøte og atferd. I disse tilfeller bør førstelinje-personell, dersom mulig, observere et barn, konsultere skoleposter om oppmøte, og nøye se på relevante parter for mer detaljert informasjon. Den mest kritiske utfordringen er avvik fra en eller flere parter som ikke klarer å implementere behandlingsplanen. Hyppigst kan slik avvik også stamme fra lærere og andre skoleansatte som er pessimistiske om atferdsendring. Adressering av avvik må starte med en forståelse av hvorfor problemet oppstår. Andre relevante utfordringer er å bestemme hvem som skal gjennomføre intervensjoner, håndtere begrensede ressurser, og håndtering av henvisning og oppfølging (Kearney & Bates, 2005).

Intervensjoner for barn og unge med skolevegring bør som nevnt involvere teambasert tilnærming som inkluderer skolepersonal, rådgivere, skolepsykolog, rektor, andre skolepersonell, foreldre og barnet. Skolepersonalet bør tilby å jobbe tett med familien for å hjelpe barnet deres. Mange foreldre er ubevisste over sine barns skolevegringsproblemer og er også villig å løse problemet når de blir informert om det. Andre foreldre er mer motvillige angående sine barns deltakelse på skolen, og har vansker med å innrømme at det kan utvikles til å bli et problem. De er motvillige til å stole på skolen, er skeptiske til informasjon og ideer til intervensjon, samt pessimistiske angående mulige løsninger. De kan av og til også bare ønske å fikse problemet kjapt og overlater dermed problemet til skolen. De er generelt sett usikre på hvilken vei de skal gå og kan dermed forsinke sine valg angående intervensjon. Førstelinje-personell bør dermed gi detaljerte begrunnelser for umiddelbar og intense intervensjoner. Man kan for eksempel fortelle foreldre om mulige konsekvenser for barnet, samt fortelle de at man er villig til å jobbe tett med de for å øke barnets skoledeltakelse. Noen motstandsdyktige foreldre blir mer lydhøre når de forstår at skolebasert intervensjon kan

skreddersys for å hjelpe dem med å løse en rekke problemer og ikke bare barnets fravær (Kearney & Bates, 2005).

5.2 Generelle tiltak

Skolens ansatte har som oppgave å sørge for at elever ikke føler seg ensomme og fremmede i klassen. De bør alltid ha i bakhodet at elevene er sosiale vesener som utvikler seg i fellesskapet. Dermed er deres opplevelse av inkludering i skolehverdagen av betydning. Alle elever har krav på tilpasning av undervisning etter deres evner og forutsetninger, og da er det viktig at personalet har innsikt i barn og unges læringsprosesser og vet hvordan man legger til rette for gode vilkår for læring. I tillegg er et godt psykososialt læringsmiljø helt nødvendig, hvor det kreves at den enkelte lærer er bevisst over sin rolle til å bidra med å utvikle elevens selvoppfatning. Elever skal ha et trygt og godt skolemiljø fremmet av helse, trivsel og læring. Spesielt blant de yngste arbeides det mye med klassemiljø, noe man ser mindre av i høyere trinn. Ved behandling av skolevegring for å begrense frafall i videregående, er det vanskelig å si hvilke tiltak som har hatt størst effekt og dermed opererer man med målrettede intervensjoner som bør følges med metodisk solide målinger av effekter av tiltak. Et godt skole-hjem-samarbeid påvirker elevens trivsel og gjør det lettere å gjennomføre tiltak ved vanskelige situasjoner i skolen (Olsen & Holmen, 2018).

I arbeid med skolevegring og læringsmiljø, er pedagogisk analysemodell utformet av Thomas Nordahl, et godt redskap. Det blir lagt vekt på helhetlig forståelse av problemet, slik at man på en systematisk måte kan analysere utfordringer for å videre komme frem til hensiktsmessige tiltak. Et eksempel er at man spør om opprettholdende faktorer og hva som kan bidra til økt deltakelse i timene. Som nevnt i kapittel 1 ser man på eksisterende opprettholdende faktorer, og kartlegger faktorer som er med på å bryte et fastlåst mønster. I tillegg ser man på de beskyttende faktorene som finnes. Et slikt mønster kan beskrives som at eleven opplever angst og uro i forbindelse med å gå inn i skolebygget. Det krever arbeid med pedagogiske tiltak og strategi for å bryte dette mønsteret. Da kan man for eksempel møte eleven utenfor skolen, noe som gir grunnlag for relasjonsbygging og det å være i posisjon til eleven. Pedagogisk analyse handler dessuten om å skape sammenheng og at lærere og ledelsen har felles retning på arbeidet (Olsen & Holmen, 2018). Vi skal videre se på behandling basert på Kearneys funksjonsmodell.

5.3 Behandling basert på Kearneys funksjonsmodell

Kearneys funksjonsmodell (se kap. 2) inneholder fire funksjoner delt i to grupper, positive forsterkninger og negative forsterkninger. For hver funksjon er det utarbeidede tiltak tilpasset for skolevegring i enten retning positive forsterkninger eller negative forsterkninger. De negative forsterkningene er relatert til oppgaven, mens de positive relaterer seg mer mot skulk. Behandling ved negative forsterkninger inkluderer barn og unge som unngår stimuli til generell negativ affekt, og barn og unge som nekter å gå på skolen for å unngå sosiale og evaluerende situasjoner. Positive forsterkninger inkluderer barn og unge som nekter å gå på skolen for enten å oppnå oppmerksomhet fra signifikante andre eller for å få belønninger/goder.

5.3.1 Negative forsterkninger

Her blir kognitiv atferdsterapi vanligvis benyttet, med involvering av både kognitive og atferdsmessige komponenter. Psykoedukasjon er en viktig komponent og vil si læren om psykiske lidelser og behandling. I dette tilfellet handler det om at barn og unge lærer å forstå sine følelser, irrasjonelle tanker, og atferd som omfatter angst. Et eksempel er morgenrutinen for barn med skolevegring, som ofte består av negative tanker hos barnet i samsvar med det å gå på skolen, atferd i form av å unngå det gjennom å gråte og/eller temperament raserianfall. Samt fysisk ubehag, som muskelspenning, vondt i magen, kvalme eller andre lignende fysiske symptomer. Her er det viktig at man for eksempel forklarer for både barnet og foreldrene om hvorfor slike reaksjoner oppstår. Når de har forstått dette kan man gå fremover i behandling trinnvis gjennom oppbygging av et ubehagelig hierarki, hvor barn og unge skal lære å mestre sin angst eller uro. Man kan starte med å se hva som trigger barnets angst og til hvilken grad. Ved fysiske ubehag som dukker opp ved angst eller uro, er avslapningsøvelser og pusteøvelser de vanligste og mest effektive metodene (Kearney, 2001).

Avslapningstrening refererer til å slappe av i muskler i kroppen, og føle en indre ro. Her kan man be barnet eller ungdommen om å «knyte» ene hånden så hardt som mulig i 5-10 sekunder før man deretter raskt slipper. I tillegg kan man også jobbe med foten, gjennom å trække hardt

ned i gulvet og slippe opp etter 5-10 sekunder. Magen kan også brukes til å slappe av, gjennom å stramme inn magen og bite sammen tennene så hardt som mulig, før man slipper opp. Disse øvelsene kan gjentas 2-3 ganger på hender, føtter, og mage. Målet med øvelsene er å kjenne på det for å så føle seg avslappet (Kearney, 2008). Dyp pust bidrar også til avslapning, ved at de puster godt og dypt inn før de langsomt puster ut igjen (Kearney, 2001). Når barn og unge får angstplager, begynner de også å puste tungt og hyperventilere, noe som gir behov for gode pusteteknikker. Et eksempel er å sette individet på en stol og gi beskjed om å puste dypt inn med nesene og puste ut med munnen. Pusten de trekker helt inn til magen gir økt energi og slipper opp for det ubehagelige når de puster ut (Kearney, 2008).

Deretter er desensibilisering nødvendig, og inneholder eksponering eller re-eksponering av skolerelaterte settinger under avslappende tilstander og forhold. Prosessen består av å eksponere barnet for den skolerelaterte frykten de føler. Et eksempel kan være å lære barnet å komme seg inn i skolebygningen igjen, hvor barnet blir påminnet om følelser, tanker og atferd som er assosiert med å komme seg inn på skolen igjen. Øvelsen kan være provoserende og smertefullt, men gjennom øvelse lærer de å kontrollere negativ affekt, og dermed også overkommer plagene og skolevegringen. Å utføre denne behandlingspakken og komme seg ut av angsten er målet, men i løpet av prosessen er det samtidig viktig å oppfordre barn til å rose seg selv for innsats og suksess under somatisk kontroll og eksponeringsbasert praksis. I tillegg er det av betydning at foreldre, lærere og andre støtter barnet og oppmuntrer barnet på veien. Målet er å styrke barnets utholdenhet i lekser og eksponeringsoppgaver, samt opprettholde behandlingen og ære sine prestasjoner. Enda en viktig komponent under dette og alle funksjonsbaserte behandlinger er at barnet og familien bør opprettholde en normal morgenplan. Med normal vil det si å sove tidsnok, spise og kle seg tidlig på dagen før skolestart, og være forberedt på at skoledagen ikke blir like morsom som da man unngikk å gå på skolen. Dette refererer til barn som har vært utenfor skolen en stund og dermed ikke har hatt en vanlig og stabil morgenplan. En streng morgen-rutine som gjør det gjør behandlingene lettere. I tillegg blir det lettere å utføre eksponering in vivo, og minner familiemedlemmer om behandlingsmålet (tilbakevending til skolen på heltid, uten nød) (Kearney, 2001).

Disse tiltakene er relevante for begge funksjonene som går under negative forsterkning. Barn som unngår skolen for å unngå sosiale/evaluerende situasjoner legger i tillegg vekt på intervensjoner spesifisert for sosial angst og vansker med sosiale ferdigheter, og det er vanligvis de eldre barna og ungdommer som går under denne funksjonelle tilstanden. Barn og

unge som nekter å gå på skolen for å unngå sosiale og evaluerende situasjoner, kjennetegnes som regel av sosial angst og sosiale ferdighetsvansker, og fokuserer dermed først og fremst på å redusere angsten i slike situasjoner. Før man retter fokuset mot selve skolevegringen er det dermed viktig å adressere mangelfulle sosiale ferdigheter (Kearney, 2001). I tillegg til psykoedukasjon og det å identifisere spesifikke situasjoner som kan være problematiske, er spesielt kognitiv omstilling og atferds eksponering svært effektive for denne funksjonen.

Barn og unge i denne kategorien plages gjerne av kognitive forvrenginger, som vil si at de tenker på sine utseende, potensielle negative hendelser og hva andre tenker om dem, som katastrofalt. Deres negative tanker påvirker dermed også deres realistiske syn på en gitt situasjon, nøyaktig vurdering av hva man kan gjøre for å styre en situasjon, et problemløsende fokus og evne til sunn tenkning. Den sunne tenkningen blir med andre ord hemmet når barnets sosiale og evaluerende angst forverres i en gitt situasjon. I tillegg kan det overvelde ungdommen og dermed føre til unngåelse (Kearney, 2001). For å gi barn og unge fler muligheter til å evaluere og endre egne tanker og demonstrere deres evne til å håndtere engstelige situasjoner, blir kognitive prosedyrer ofte innlemmet i mange forskjellige rollespill eller atferdsmessige eksponeringer. De blir vanligvis kombinert for å provosere angstreaksjoner, gi muligheter til å praktisere kognitive prosedyrer, øke skoledeltagelse og hjelpe ungdom til å mestre angstprovoserende situasjoner. Hos barn er det blant annet viktig å fokusere på lignende situasjoner som et barn har mestret i fortiden. I arbeid med ungdommer kan man i tillegg be de om å sammenligne sine egne engstelige erfaringer (samtaler på skolen) med lignende situasjoner som ikke er angstfremkallende (samtaler på kjøpesenter). Disse eksemplene viser til barnets evne å håndtere og mestre nervepirrende situasjoner (Kearney, 2001).

5.3.2 Positive forsterkninger

Barn som unngår skolen for positiv forsterkning, gjør det for å få oppmerksomhet fra signifikante andre, som for eksempel foreldre, eller for å få belønninger/goder (Kearney 2008). Det er som regel skulkere som går under denne kategorien, og ikke skolevegrere, selv om mange som skulker for de nevnte årsaken også kan føle ubehag på skolen. De yngre barna er de som nekter å gå på skole for oppmerksomhet, mens de eldre barna gjør det for å oppleve goder. I behandling av negative forsterkning hos barn som nektet å gå på skole, ble

angstbaserte prosedyrer brukt for å hjelpe barn fra begge funksjonene, med å håndtere angst. Ved behandling av positive forsterkninger derimot, kan man ikke bruke samme behandling for de to forskjellige positive forsterkninger (Kearney, 2008).

Oppmerksomhetssøkende barn relateres ofte til barn med separasjonsangst, og inneholder mange like situasjoner og symptomer. Et eksempel er det problematiske morgenstellet og rutinene, samt familiedynamikken som bidrar til barnets problematiske atferd. Dermed inkluderer behandling fokus på foreldretrening, normal morgen-rutine, utvikling av passende atferd og forminskning av problematisk atferd, belønning for skoledeltakelse, og straff for ikke-deltakelse. Mest fokus blir satt på foreldrene, da målet med intervensjonen er å øke foreldrenes evne til å ivareta og belønne barnets passende oppførsel for skoledeltakelse. Samtidig skal de ignorere eller straffe skolevegringsatferd. «Å staffe barnet» er aktuelt når ignorering av barnets problematiske atferd ikke fungerer, og barnet fortsatt velger å nekte å gå på skolen. Straff bør skje enten før leggetid eller på morgenen, og kan baseres av å la barnet gå til sengs tidlig, stå i skamkroken, eller miste/gå glipp en morsom aktivitet med foreldrene. Ved noen tilfeller kan man ta bort/ redusere tv-tid og spille-tid. Belønninger på andre siden, kan være i form av å la barnet være opp litt lenger på kveldstid, lese sammen, eller inngå i morsomme aktiviteter sammen. I tillegg kan foreldre ha behov for hjelp til å etablere klare, strukturerte morgenrutiner. Grunnlaget for intervensjonen for denne funksjonen er å gjenopprette foreldrekontroll, gjennom rutiner, regler, belønninger og straff, slik at barnet på en passende måte responderer til foreldredirektiv (Kearney, 2008).

Barn og unge som forfølger konkrete belønninger eller goder utenfor skolen krever behandling i form av fokus på både ungdommen og foreldrene, skrevne og muntlige kontrakter rundt skoleoppmøte, å følge ungdommen fra time til time, og lære å si nei til fristelser som fører til skulking. Det er vanligvis eldre barn eller ungdommer som går under denne funksjonen, og som forlater skolen for å kunne henge med venner og gjøre morsomme aktiviteter utenfor skolen. Samarbeid mellom foreldre, skolen og de unge kreves ved behandling av funksjonen, slik at man til enhver tid vet om barnet er på skolen eller har blitt fristet til å skulke, og dermed prøve å få tilbake ungdommen til skolen. Målet med intervensjonen for unge innen denne funksjonen er å fremme skoledeltakelse og redusere skolefravær. Med hensikt til at barn og unge er forskjellige, så vil en god strategi hos unge være å komme til en enighet med dem. Skrevne kontrakter er overenskomster mellom foreldre

og ungdommen, som eksplisitt angir konsekvenser ved å vise eller ikke vise spesifikk atferd. Det er også av betydning at ungdommen og foreldre sammen diskuterer i noen minutter på kveldstid, om kontrakten (Kearney, 2008).

5.4 Kognitiv atferdsterapi

Kognisjon refererer til menneskets evne til å bearbeide informasjon kontinuerlig. Vi bearbeider våre følelser, tanker og hendelser. Våre tanker om en hendelse påvirker hvilke følelser som utløses i oss, og på den måten vil en slik hendelse eller lignende hendelser være knyttet til disse følelsene. Utvikling og opprettholdelse av skolevegring er knyttet til kognisjon, og siden skolevegring ofte relateres til angst, kan kognitiv atferdsterapi være nyttig (Havik, 2018). Barn og unges evne til å håndtere angst blir ofte undervurdert. De har derfor behov til hjelp med å få tiltro til sin mestring av angsthåndtering gjennom målrettede tiltak. Kognitiv atferdsterapi er nyttig i arbeid med angstbasert skolevegring, og omfatter strategier som iverksettes i samarbeid mellom barnet, skolen og foreldrene (Havik, 2018). Å bli kvitt angstbasert skolevegring er ikke enkelt, og krever å villighet til å utsette seg selv for angstfremkallende situasjoner. Kognitiv atferdsterapi har som hovedmål å redusere negative tanker som fører til vansker med å gå på skolen, samt utvikle ferdigheter som letter skoleoppmøte (Holden & Sällman, 2010). Annet viktig mål med denne form av terapi er eksponering av situasjoner som oppleves som farlige eller fryktfulle, gjennom å gradvis returnere til skolen (Thambirajah, 2008). Det har blitt en populær atferdsterapi som blir stadig brukt i nye sammenhenger og går igjen i de fleste behandlingsstudier om angstbasert skolevegring.

Komponenter i kognitiv atferdsterapi (CBT) kan variere, men tilnærmingen trekker vanligvis en blanding av kognitiv omstilling, avspenning og mindfulness (oppmerksomhetstrening), eksponering, samt øvelse på sosial ferdighetstrening. Disse tiltakene er spesielt rettet mot skolen og skal bli dypere redegjort for. Tiltak rettet mot foreldre derimot, kan blant annet være å ignorere uønsket atferd, etablere og opprettholde stabile og rutinerte morgen-og kveldsstell, samt fokusere på å forsterke mestringsatferd og redusere forhold som opprettholder fravær. Strategier brukt i kognitiv atferdsterapi iverksettes som regel i samarbeid med barnet, foreldre og skolen (Havik, 2018).

5.4.1 Kognitiv omstilling

Barn med angstbasert skolevegring lar sine negative tanker determinere deres følelser og atferd. Negative tanker relatert til skolen som går igjen, er blant annet at de tror noe katastrofalt kommer til å skje, at de ikke klarer å komme seg inn på skolen, og at de ikke er bra nok. (Thambirajah, 2008). Et negativt tankemønster bidrar til å utvikle skolevegring. Kognitiv omstilling er som regel brukt mot angst, men er også nyttig for skolevegring. Metoden består av både innledende faser og mer avanserte faser. Det første fokuset ved omstilling er å øke bevisstheten om primære utløsere som fører til engstelige reaksjoner. Små barn kan for eksempel tegne bilder av generelle hendelser og situasjoner som gjør dem engstelige, mens eldre barn og unge kan opprettholde en daglig logg over generelle angstutløsende evalueringssituasjoner. I de avanserte fasene fokuserer man på å metodisk analysere problematiske tanker. Man søker etter mer tilpasningsdyktige, nøyaktige eller realistiske tanker som er relevante for en situasjon. Et av hovedmålene er at ungdommer lærer å vurdere og utfordre problematiske tanker, gjennom å for eksempel bli lært opp til å undersøke alle bevis for en gitt tanke og dermed bestride negative tanker med rasjonell og realistisk tankegang. De kan for eksempel spørre seg selv: «er jeg 100 prosent sikker på at dette vil skje?», «kan jeg virkelig vite hva personen synes om meg?», og «hva er det verste som kan skje?» (Kearney, 2001). Barn og unge får altså hjelp til å identifisere negative tanker hos eleven. Irrasjonelle tanker blir erstattet med mer rasjonelle tanker. Et eksempel er å tenke at man ikke er god nok til noe og ikke klarer å mestre skolen, og få hjelp til å tenke at man klarer det selv om det er vanskelig. Denne øvelsen kan utføres daglig og gjerne brukes i sammenheng med avspenningstrening (Havik, 2018).

5.4.2 Avspenning og mindfulness

I motsetning til kognitiv restrukturering som fokuserer på å jobbe med tanker, så handler avspenning og mindfulness om å jobbe med de somatiske symptomene på angst, som for eksempel magesmerter, pustevansker og muskelspenninger (Cresswell & Willetts, 2007). Avslapningsteknikker har som mål å redusere muskelspenninger, kontrollere pusten og skape beroligende mentale bilder. Ved forekommende skolevegring er avspenning og mindfulness gode strategier å bruke for å enklere håndtere stress i vanskelige situasjoner. Alle barn og unge er pliktet til å gå på skolen, og dette kan oppleves stressende for elever som er i ferd med

å utvikle skolevegring (Havik, 2018). Mindfulness har som mål å lære barn og unge å akseptere og ikke dømme de somatiske symptomer de føler ved angstbasert skolevegring (Havik, 2018). Avspenningstrening og mindfulness i sammenheng med kognitiv restrukturering er med på å kontrollere frykten og bekymringene, og bør trenes på daglig.

5.4.3 Eksponering

For å gi barn og unge fler muligheter til å evaluere og endre egne tanker og demonstrere deres evne til å håndtere engstelige situasjoner, blir kognitive prosedyrer ofte innlemmet i mange forskjellige rollespill eller atferdsmessige eksponeringer. De blir vanligvis kombinert for å provosere angstreaksjoner, gi muligheter til å praktisere kognitive prosedyrer, øke skoledeltagelse og hjelpe ungdom til å mestre angstprovoserende situasjoner. Hos barn er det blant annet viktig å fokusere på lignende situasjoner som et barn har mestret i fortiden. I arbeid med ungdommer kan man i tillegg be de om å sammenligne sine egne engstelige erfaringer (samtaler på skolen) med lignende situasjoner som ikke er angstfremkallende (samtaler på kjøpesenter). Disse eksemplene viser til barnets evne å håndtere og mestre nervepirrende situasjoner. Eksponering handler om å utsette seg for angstutløsende situasjoner og dermed lære å få kontroll over angsten. Denne strategien er nyttig for barn og unge som både er i ferd med å utvikle skolevegring og som allerede har etablert skolevegring. Eksponering handler om å planlegge og gradvis møte situasjoner som oppleves som vanskelige. Eksempler på slike situasjoner er å stille spørsmål høyt i klasserommet, delta i gymtimen, eller holde en presentasjon foran hele klassen. Eksponering har som mål å fremme tilstedeværelse på skolen og redusere vegring. Det er dessuten viktig å huske at eksponering gjøres over lang tid og bør skje gradvis, slik at barnet tilegner en viss kontroll over situasjonen. Ved presentasjon for eksempel, kan eleven starte med å presentere kun for læreren, og etterhvert foran hele klassen (Havik, 2018). I samarbeid med skolen og støtteapparater, er kombinasjon av eksponeringsteknikker, avslapping og kognitiv restrukturering er med på å hjelpe elever og foreldre med å håndtere vanskelige situasjoner og angst.

5.4.4 Sosial ferdighetstrening

Barn og unge med skolevegring velger å trekke seg tilbake i sosiale sammenhenger, og denne unngåelsesatferden kan dermed hindre normal utvikling av sosiale ferdigheter. Sosial ferdighetstrening har som mål å øke sosial kompetanse og hjelpe eleven å redusere engsteligheten de opplever i for eksempel friminutt. En god strategi er dermed rollespill og andre alternative strategier for å gjøre skoledeltagelsen gøy og behagelig igjen (Doobay, 2008). Å adressere sosial kompetanse er viktig når skolevegring er relatert til sosial tilbaketrekning eller spesifikke sosiale ferdighetsvansker. Kompetanse forbedres ved å gi informasjon om effektiv interaksjon, utøving av modellering av de spesifikke sosiale ferdighetene og rollespill (Heyne, 2001).

5.5 Effekten av kognitiv atferdsterapi (CBT)

En relativt ny metaanalyse av Maynard et al., 2018, viser effekten av psykososiale behandlingsformer, som kognitiv atferdsterapi. Tidlige systematiske teoretiske artikler har ikke adressert systematisk eller kvantitativt spørsmålene om og hvilke tiltak som er effektive for å redusere angst og øke skoleoppmøte. Artikkelen handler om å fremme skoleoppmøte og går gjennom en kompleks prosess, ved å systematisk og kvantitativt evaluere effekten av psykososiale behandlinger for barn og unge med skolevegring. Artikkelen tar opp et viktig punkt som angår barn og unge som ikke får behandling, og dermed viser problematisk skoledeltagelse og emosjonell nød, noe som fører videre til skadelige konsekvenser på både kort og lang sikt. De primære forskningsspørsmålene som står i fokus i metaanalysen er: 1) reduserer psykososiale behandlinger for barn og unge med skolevegring angst? Og 2) er psykososiale behandlinger for barn og unge med skolevegring med på å øke skoledeltakelse?

En omfattende søkeprosess har blitt brukt for å finne kvalifiserte randomiserte kontrollerte studier og kvasi-eksperimentelle studier som vurderer effekten av psykososiale behandlinger på angst eller deltakelsesresultater. Randomiserte kontrollerte studier vil si at populasjonen fordeles tilfeldig (randomiseres) til grupper hvor en gruppe mottar tiltaket som skal evalueres, og den andre gruppen får et kontrolltiltak. Dette vil gi mer blandede grupper, og fokus på effekt av tiltak forsterkes. Kvasi-eksperimentelle studier bygger på kausalt design hvor deltakerne i gruppene ikke er tilfeldige, og hvor man ikke tester ut tiltak men har som mål å

påvise årsaks- og effektsammenhenger. Det vil si at man eliminerer tilfeldige forklaringer og reduserer målefeil (Bryman, 2016). Cochrane collaborations verktøy, som er en database med systematiske gjennomganger, ble brukt for å vurdere risiko for skjevhet (metodefeil) i studiene. Risikoen for skjevhet adresserer blant annet seleksjonsskjevhet, som vil si at det er systematisk forskjell mellom gruppene som skal sammenlignes. Totalt åtte studier ble inkludert i metaanalysen, hvor seks av studiene brukte randomisert design (måling av effekt) og vurderte effekten av psykososial behandling. Resterende to studier brukte en QED (sammenligning av to grupper som får ulik behandling), hvor de vurderte relative effekter av psykososial behandling med eller uten medikasjon. I alt var det 435 deltakere med skolevegring inkludert i de åtte studiene, fra Australia, USA, Canada, England, Kuwait og Kina. Av disse, var 204 i behandlingsgruppen og 195 i sammenligningsgruppen. Samt 36 til i en ytterligere sammenligningsgruppe som ikke var inkludert i metaanalysen. Alle studier, utenom en, vurderte effekten av en variant av kognitiv atferdsterapi. Kognitiv atferdsterapi (CBT) behandlingene ble utført med barnet selv, med minimal involvering av foreldrene, eller med betydelig involvering av foreldre og lærere. Behandlingene var relativt korte, alt fra fire til tolv økter. For de studiene som vurderte effekten av medisiner, ble den samme kognitive atferdsbehandlingen brukt på tvers av behandlings- og kontrollgruppene i hver studie. Forfattere testet imidlertid forskjellige medisiner (Maynard et al., 2018).

Totalt seks av de inkludert studiene vurderte effekten av angst (begge medisinstudiene, og fire av de resterende CBT studiene), mens alle åtte studien vurderte effekten av skoledeltakelse. Det faller naturlig å tro og forvente økt skoledeltakelse på grunn av reduksjon av angst, men resultater fra metaanalyser viser til at det ikke ble observert noen signifikant effekt på angst. Behandlingen viste seg derimot å ha effekt på skoledeltakelsen. Det kan oppfattes som forvirrende, da kognitiv atferdsterapi fokuserer som regel på å redusere angst og fremme skoleoppmøte. En forklaring kan være at mange ofte fokuserer på skoleoppmøte som det primære resultatmålet, selv om det ikke er det eneste interessante resultatet å se etter. Eksponeringsterapi er for eksempel rettet mot å øke eksponering for skole, og dermed øke skoledeltakelsen, men det kan videre føre til økt angst på kort sikt. Derimot kan angsten avta på lengre sikt som følge av at barnet eller ungdommen fortsetter å gå på skolen. Det er av betydning å fremme skoleoppmøte for å videre redusere angsten, ved at den ikke blir ytterligere forsterket gjennom unngåelse. Metaanalysen har ikke undersøkt effekter av skolevegringsbehandlinger på fremmøte og angst på lengre sikt, fordi kun en av studiene

inkludert i metaanalysen gjorde det. Det er likevel hensiktsmessig å nevne at den studien alene viser til at barn og ungdom opprettholdt forbedringer i skoledeltakelse ved 4,5 måneders oppfølging og at de opplevde signifikante reduksjoner i selvrapportert frykt og angst. Det vil si at angsten kan fortsette å avta etter at skoledeltakelse øker. Videre kan man ikke konkludere med noe spesifikt, da det er behov for mer forskning på langtidseffekter av behandling for barn og unge med skolevegring (Maynard et al., 2018).

I forhold til tidligere metaanalyser, brukte denne strengere inkluderingskriterier for å forbedre troverdigheten til gjennomgang for årsakssammenheng. Resultatene viser at forbedringer skjer for barn og unge med skolevegring som får psykososial behandling. Positive og signifikante middeffekter for skoledeltakelse ble funnet. Metaanalysen evaluerte effekter for seks psykososiale behandlinger i sammenheng med medisinske behandlinger, og kun psykososiale behandlinger for skolevegring. Alle utenom en var intervensjon i form av kognitiv atferdsterapi. Resultater fra denne gjennomgangen gir foreløpig støtte til kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge med skolevegring, og å jobbe for å fremme tidlig deltakelse. Validiteten og reliabiliteten til metaanalysen anses å være sterk da gjennomgangen representerer en utvidelse av eksisterende arbeid. Å kombinere flere studier til å oppdage meningsfulle effekter er relevant for skolevegring fordi det er relativt lite antall studier om det, og omhandler ofte små utvalgsstørrelser. Dermed er metaanalyser en omfattende måte å undersøke skolevegring på da de bidrar til å begrense skjevhet og øker gjennomsiktighet, gir mer pålitelige resultater, og samtidig gir mulighet for senere utvidelse av andre forsker. Det er uansett av betydning å nevne at metaanalyser ikke gir garanti for valide resultater, da begrensinger muligvis kan oppstå (Maynard et al., 2018). Videre skal vi se på studier som har sett på effekten av kognitiv atferdsterapi (CBT).

En studie som har inkludert, i tillegg til eleven, både foreldre og lærere, er utført av Heyne et al., (2002). De har utført en randomisert kontrollstudie for å vurdere effekten og endringen i resultater på behandling av barneterapi og foreldre/lærer trening, sammenlignet med en kombinert behandling av begge terapimetodene sammen. Studien tar for seg to hypoteser: 1) en kombinert behandling vil være mer effektiv enn barneterapi alene, eller foreldre/lærer trening alene, og 2) den kombinerte gruppen vil være den mest effektive ved oppfølging. Totalt 61 skolevegrere fra Australia, i alderen 7-14 år ble inkludert i studien. Deltakerne i studien ble tilfeldig plassert på enten barneterapi program, foreldre- og lærertreningsprogram,

eller en kombinasjon av begge. Vurdering av deltakerne ble gjort både før og etter behandling, samt ved 4,5 måneders oppfølging. Vurderingen ble gjort ved hjelp av oppmøtere registreringer, egenrapportering av emosjonell nød og egeneffektivitet, rapporter fra foreldre og lærere om emosjonell nød og klinikervurderinger av generell funksjon.

Barnegruppen omfattet åtte økter med varighet på 50 minutter, bestående av avslapningstrening, kognitiv terapi, desentivisering, og trening i sosiale ferdigheter. Foreldre/lærer gruppen hadde i likhet med elevgruppen åtte 50 minutters terapiøkter, og inkluderte ulike instruksjoner for en rekke atferds strategier. Studien tok i bruk kognitiv atferdsterapi som middel for foreldrene å forstå deres viktige rolle ved å utføre endring, samt lære å kontrollere egen angst. Konsultasjon med skolepersonell skjedde under terapeutens besøk på skolen og gjennom telefon. Samme fremgangsmåter som nevnt gjaldt også kombinasjonsgruppen, men i tillegg fikk foreldre og lærere i denne gruppen informasjon om elevens fremgangsmåter, med hensikt om å kunne følge de opp og oppmuntre dem til å ta i bruk strategiene (Heyne et al., 2002). Angst ble målt av selvrapporteringsskjemaer. I tillegg ble fravær og oppmøte registrert, både på begynnelsen av dagen og på slutten av dagen. Halve dager ble også registrert som fravær.

Resultater fra studien viste til redusert frykt blant deltakerne i kombinasjonsgruppen. De viste mindre frykt for ukjente situasjoner, psykisk stress, bekymringer, kritikk og nederlag. Det var derimot både statistisk og klinisk signifikans på forskjell mellom pre-behandling og post-behandling for gruppene. Gruppen med foreldre-og lærertrening og kombinasjonsgruppen resulterte i mindre fravær enn gruppen hvor kun elevene mottok intervensjon. Med andre ord stemmer studiens første hypotese til en viss grad, da kombinert behandling var mer effektiv enn kun barneterapi. Barn gikk oftere på skolen når foreldre var involvert i behandlingen, enten ved at de fikk oppfølging og veiledning i hvordan hjelpe barna sine, eller da de mottok behandling sammen med barna deres (Heyne et al., 2002). I forhold til den andre hypotesen, fant man ingen forskjeller mellom gruppene i etterbehandling eller oppfølging. Det vil dermed si at, i motsetning til forventningene, ga kombinert barneterapi og opplæring av foreldre / lærere ikke bedre resultater ved etterbehandling eller oppfølging. Likevel kan man antyde at involveringen av foreldre i behandling, samt foreldretrening i hvordan hjelpe barna sine, kan bidra til økt skoledeltakelse for elevene og reduserte angstsymptomer. Samlet sett

støtter resultatene bruken av kognitive atferds strategier i behandlingen av skolevegring (Heyne et al., 2002).

Begrensninger ved studien som er verdt å nevne, er blant annet at gruppen som inkluderte både barneterapi og foreldre/lærer trening, fikk dobbelt så mye tid sammen med klinikere enn barneterapi alene eller foreldre/lærer terapi alene. Det ville blitt regnet som mer bekymringsfullt dersom hypotesene hadde fått større støtte. For det andre ble vurderingsinstrumentene administrert av terapeutene som var klare over hvilke oppgaver barneterapi gruppen hadde ved etterbehandling og oppfølging. For det tredje gjenstår det å se om resultatene blir opprettholdt ved langsiktige oppfølgingsvurderinger. Utfra studiens nåværende resultater kan man tenke seg at forskjellen på effekten mellom etterbehandling og oppfølging for barneterapi gruppen kan bli større over tid.

En annen studie evaluerte effekten av sensitiv kognitiv atferdsterapi for angstbasert skolevegring ble utført av Heyne og kollegaer (2011). Studien var en ikke-randomisert studie, og inkluderte 20 deltakere i alderen 12-17 år, som oppfylte kriterier for DSM-IV angstlidelse. I tillegg ble også skoleansatte og foreldre inkludert. Utfall ble vurdert etter behandling, samt ved to måneders oppfølging. Studien inkluderer @school programmet som er en intervensjon basert på kognitiv atferdsterapi. Programmet ble delt inn i syv intervensjonsmoduler, hvor fire av modulene var obligatoriske, mens tre var frivillige. Den første obligatoriske utspiller seg enten med individet alene, eller med foreldrene, og fokuserer på å se problemer fra ulike perspektiv, samt sette seg mål og oppnå fremgang. Modul nummer to, som også er obligatorisk, handler om å løse problemer og takle stress. Tredje modulen derimot, er frivillig og består av arbeid med å håndtere sosiale situasjoner sammen med eleven. Fjerde modulen er obligatorisk del med involvering av foreldre for å jobbe med å redusere opprettholdende faktorer til elevens atferd, gjennom gitte instruksjoner for respons til atferd. Hensikten er at elevens selvtillit skal styrkes. Femte modulen involverer også foreldre, men er frivillig, hvor de øver på å styrke selvtilliten til foreldrene. De to siste modulene er begge obligatoriske. Den sjette modulen involverer skolepersonell og inkluderer flere komponenter, deriblant intervensjonsorientering, emosjonelle vansker, orienteringsvansker, samt arbeid med å fremme fremgang. Siste og syvende modulen involverer også skolepersonell og fokuserer på arbeid med atferdsvansker, sosiale vansker og akademiske vansker. Hver intervensjon ble utført i 60 minutter hver, over 10-14 ganger (Heyne, 2011).

Resultater viste til at intervensjonen ga betydelig effekt med vedvarende middels til stor effekt. Det ble ikke funnet tegn til angstlidelse hos halvparten av deltakerne ved oppfølging, samtidig som det ga forbedringer på depresjon, generell funksjonalitet og foreldrenes selvfølelse (sekundære variabler). Blant halvparten som fremdeles oppfylte kriteriene for angstlidelser, var sosial angstlidelse den vanligste og vanskeligste å behandle. Videre ser man at 55 prosent ikke oppfylte kriterier for skolevegring lenger. Relatert til oppgavens tema, indikerer disse funnene at man kan redusere skolevegring gjennom å for eksempel behandle angst og andre opprettholdende faktorer (Heyne, 2011). Resultater indikerer til at behandling av angst kan føre til at fraværet reduseres og skolehverdagen forbedres for barn og unge som er utsatt for å utvikle skolevegring. Dette antyder en akseptabilitet av utviklingssensitiv behandling som bidrar til å hjelpe engstelige skolevegrende ungdommer til å gjenoppta en mer normal utviklingsbane. Ytterligere tilpasninger til behandlingsprotokollen kan være nødvendig for å bedre svare på behovene til skolevegrings ungdommer med sosial angstlidelse. Blant annet manglet studien en kontrollgruppe ved evaluering av utviklingssensitiv CBT, og en sammenligning av intervensjonsgruppen og en eventuell kontrollgruppe hadde vært interessant å se for å kunne konkludere effekten mer spesifikt.

King og kollegaer (2001) vektlegger viktigheten og behovet for langtids oppfølgings-studier. De utførte en studie som dermed vurderer langtidseffekten av kognitiv atferdsterapi basert på en manuellbasert kognitiv atferdsterapi program for skolevegring, utført av King og kollegaer (1998). Studien til King og kollegaer (1998) er en randomisert klinisk studie, og hadde som mål å evaluere effekten av et 4-ukers kognitivt atferdsbehandlings program for barn som nekter å gå på skolen. Det var i alt 34 barn i alderen 5-15 år inkludert i studien. Deltakerne ble tilfeldig fordelt i en gruppe med kognitiv atferdsbehandling og en kontrollgruppe. Kriterier til inklusjon i studien var deltakere som møtte skolevegringskriteriene til Berg og kollegaer (1969). Kriteriene refererte til vansker med å møte opp på skolen, emosjonelt ubehag, hjemmeværende med foreldrenes viten om det, og mangel av sosiale karakteristikk. Studien ekskluderte blant annet barn som hadde intellektuelle eller fysiske hemninger, barn som viste psykotiske symptomer eller selvmordsatferd, og barn som mottok medisinsk behandling. Behandlingen besto av seks økter med individuell kognitiv atferdsterapi for barn, samt seks økter med foreldre- og lærer trening i ferdigheter til å håndtere barnets atferd. Ingen frafall oppsto under behandlingen, og til tross for kort behandlingsperiode, indikerer resultater fra

studien til effektivitet av kognitiv atferdsterapi i behandling av barn med skolevegring. De fleste barna hadde angstsymptomer eller fobisk lidelse, og noen hadde komorbide lidelser og alvorlige skolevegringsproblemer. Behandlingen viser videre reduksjon i frykt, angst og depresjon hos deltakerne, og utvikling av mestring til å takle angstfremkallende situasjoner (King et al., 1998).

Den langsiktige oppfølgingsstudien vurderte effekten av kognitiv atferdsterapi behandlingen 3-5 år senere, hvorav informasjon ble innhentet fra foreldre og skoler for 16 av 17 deltakere (King et al., 2001). Kontrollgruppen ble ikke inkludert i denne studien. Gjennom strukturerte telefonintervjuer ble det fastslått om a) vesentlige opprettholdende forbedringer i skoledeltakelse, b) nye problemer hadde oppstått hjemme eller på skolen, og c) faglig fremgang på skolen. Resultater fra oppfølgingsstudien indikerer til positive utfall i skoledeltakelse og psykologiske problemer de fleste. Økt og normalt nivå av skoledeltakelse ble funnet hos 13 av de 16 barna, som frivillig gikk på skolen, selv om de til tider følte ubehag. Foreldrene rapporterte ikke behov for ytterligere behandling for barnet deres. I tillegg var alle tretten barn fri for nye psykologiske problemer, og hadde tilegnet seg økt selvsikkerhet og var mer resistente for stress både på hjemmefronten og på skolen. Gjeldene faglig ytelse, lå de på et gjennomsnittsnivå. Tre av de 16 opplevde skolevegringsvansker etter behandling. Blant de fant man mangel på støtte fra familien, ADHD og lærevansker. Sammenlignet med Bernstein et al., 2000, sin studie som inkluderte kliniske vurderinger, er denne studien begrenset til telefonintervjuer, og mangler dermed kliniske vurderinger. Selv om man har funnet langsiktige fordeler med kognitiv atferdsterapi, bør resultatene bli sett på med passende forsiktighet (King et al., 2001).

Resultater fra King og kollegaer (1998) indikerte til klinisk og statistisk signifikans. I tillegg ble disse resultatene støttet opp i oppfølgingsstudien til King og kollegaer (2001), som viste at resultater fortsatt var opprettholdt og stabile ved 3-5 års oppfølging. Funn fra studiene tyder på at kognitiv atferdsterapi gir effekt, og ser ut til å være den mest evidensbaserte behandlingen for skolevegring. Imidlertid er det ikke mange randomiserte kontrollerte studier som evaluerer effekten av kognitiv atferdsterapi, og en betydelig andel svarer ikke på behandlingen (Melvin et al., 2017). Oppgaven skal videre se på kombinasjonen av medisinsk behandling og kognitiv atferdsterapi.

5.6 Medisinsk behandling og kognitiv atferdsterapi

Da skolevegring som regel er assosiert med angst, og kombinasjonen av kognitiv atferdsterapi og antidepressiv medisinerer bidrar til å forbedre resultater i behandling av angst, så kan man påstå at en kombinert behandling kan være effektiv for skolevegring (Melvin & Gordon, 2019). Derfor skal vi nå gå gjennom studier kombinert av medisinsk behandling og kognitiv atferdsterapi.

Bernstein og kollegaer (2000) utførte en randomisert dobbeltblindet studie hvor de undersøkte effekten av medisinsk behandling og kognitiv atferdsterapi hos skolevegrere med komorbide angst-og depresjonslidelser. Det var totalt 63 deltakere i alderen 12-18 år, tilfeldig fordelt i to grupper. Den ene gruppen inkluderte imipramin (antidepressivt legemiddel) med kognitiv atferdsterapi og den andre gruppen var placebo med kognitiv atferdsterapi. I placebogruppen tester man medisinsk terapi, hvor gruppen får behandling som er spesifikt designet til å ikke ha noen reell effekt. Siden studien er en blindet studie betyr det også at deltakerne i placebogruppen ikke vet om de får reell eller placebo behandling. Av totalt 63 deltakere var det 47 som fullførte. Angst ble målt med både strukturerte intervjueskjemaer og selvrappoteringer. Strukturerte intervjuer som ble inkludert er: «*Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised-Adolescent Version -and Parent Version*», som er et semistrukturert intervjueskjema, samt «*NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children, Version 2.3, Child Form and Parent Form*», som er et strukturert diagnostisk intervjueskjema. «*Revised Children's Manifest Anxiety Scale*» ble brukt som selvrappoteringskjema til å måle angsten. Kriterier for deltakelse var minimum en angstlidelse og depresjon av alvorlig grad, og man ekskluderte ADHD, atferdsvansker, spiseforstyrrelser og andre medisinske diagnoser. Kognitiv atferdsterapien besto av åtte terapiøkter på 45-60 minutter hver, hvor en forelder fikk delta i rundt 5-10 minutter per økt slik at de kunne skape samhandling og få informasjon om ukentlige hjemmeoppgaver. De første to terapiøktene besto av informasjon fra terapeuten angående behandlingen, samt utvikling av en individuell plan for gradvis tilbakeføring til skolen. I tillegg ble det gjennomført øvelser for identifisering av irrasjonelle og negative tanker om skolen, og erstatte de med rasjonelle tanker gjennom adaptive mestringsstrategier. De andre terapitimene besto av eksponering og hjemmelekser (Bernstein et al., 2000).

Gruppen som mottok medisinsk behandling fikk god og nøye oppfølging av psykiater som var den eneste som hadde informasjonstilgang om hvem som var i placebo og imipraminegruppene. Bivirkninger hos deltakerne ble fulgt med på, samt justering av mengde ved behov. Frafall ble registrert dersom man ikke møtte opp til to eller flere terapitimer, eller mistet 22 doser eller fler av medisinen. Av 63 deltakere i studien var det totalt 16 frafall, grunnet de to årsakene, samt utvikling av maniske symptomer, behov for innleggelse, utvikling av psykiatriske symptomer eller selvvalgt frafall (Bernstein et al., 2000).

Resultater fra behandlingen på åtte uker indikerte til signifikante forskjeller i oppmøte på skolen blant gruppene. Imipramine viste signifikant større effekt på skoleoppmøte og raskere reduksjon av angst og depresjon. Likevel ble angst og depresjon redusert betydelig i begge behandlingsgruppene. Ifølge Bernstein og kollegaer (2000), kan angstbasert skolevegring behandlet med kognitiv atferdsterapi uten noe form for medikamenter, generelt sett være relativt effektiv behandling. Han vektlegger likevel kognitiv atferdsterapi i kombinasjon med imipramine, da det gir størst effekt i denne undersøkelsen. Grunnen til det kan være påviste alvorlige former for angst og depresjon hos deltakerne, som dermed førte til at medikamentene reduserte depressive symptomer betydelig (Bernstein et al., 2000)

Noen begrensninger ved studien verdt å nevne, er blant annet at deltakere hadde både angst og depresjon, og ikke kun en av diagnosene. Dermed kan man ikke si noe om hvor effektiv behandlingen hadde vært uten depresjonsdiagnose. Generalisering blir dermed ikke mulig. En annen begrensning er at behandlingen var kort og gjorde det derfor vanskelig å kunne si noe om langtidsvirkning (Bernstein et al., 2000). Derimot ble det utført en oppfølgingsstudie av Bernstein (2001) 12 måneder etter intervensjonen. Av totalt 63 deltakere, var det 41 som møtte opp til evaluering bestående av diagnostiske intervjuer, kliniske tester for angst og depresjon, samt vurdering av familiefungering. Resultater indikerte til reduksjon i depresjon men pågående angstlidelse. Dette kan skyldes at varigheten til angst foregår over lenger tid enn depresjon. Samtidig blir det hevdet at så lenge depresjonen er til stede, så vil angsten opprettholdes. Studien gjorde ingen målinger for skoleoppmøte, noe som hadde vært interessant å se på i tillegg til angst og depresjon (Bernstein et al., 2001).

En nyere studie utført av Melvin og kollegaer (2017) undersøker kognitiv atferdsterapi med fluoxine/fluoksetin (medisinsk behandling), for å se om det forbedrer resultater hos

angstbaserte barn og unge. Studien er en randomisert kontrollert studie, med totalt 62 deltakere i alderen 11-16,5 år, som møtte kriterier Bergs kriterier: alvorlige oppmøtevaner, alvorlige emosjonelle ubehagsvaner, hjemmевærende i skoletid med foreldrenes vitne om det, mangel av diagnose på atferdsslidelse, og innsats fra foreldre til å fremme oppmøte. Deltakerne ble tilfeldig tildelt kognitiv atferdsterapi alene, kognitiv atferdsterapi kombinert med fluoksetin eller kognitiv atferdsterapi med placebo. Angst ble mål av flere strukturerte målingsinstrumenter, blant annet «*The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Child Version (ADIS-C)*». Det ble derimot ikke brukt strukturerte målingsverktøy for skoleoppmøte. Det ble gjennomgått vurderinger før behandling, ved akutt behandling, ved 6 måneders oppfølging og ved 12 måneders oppfølging. Kognitiv atferdsterapi inkluderte 12 økter, hvor de første fire ble administrert to ganger ukentlig, med 50-60 minutters varighet. Deretter utførtes de resterende 8 øktene ukentlig. Det var obligatorisk oppmøte på minst åtte av øktene for å kvalifisere for fullført behandling (Melvin et al., 2017).

CBT programmet inkluderte intervensjoner med både eleven, foreldrene og lærerne. Elevterapi inkluderte både kjerne- og valgfrie komponenter. Kjernekomponentene refererte til psykoedukasjon på angst og skolevegring, målsetting, avslapningstrening, sosial ferdighetstrening, problemløsningsferdigheter, kognitiv terapi, gradvis eksponering og en gjennomgang av behandlingen. Etter 4-5 behandlingsøkter, utviklet de en plan for tilbakeføring til skolen, sammen med foreldre, eleven og skoleansatte. Planen inkluderte gradvise trinn mot deltakelse på heltid. Valgfrie komponenter inkluderte håndtering av atferd og humør, og videre sosiale ferdigheter. Basert på behandlingen progresjon fokuserte man også på forebygging av tilbakefall, med mål om å opprettholde skoleoppmøte. Videre inkluderte foreldreterapitimer mange like komponenter som elevterapi, derav psykoedukasjon, problemløsningsferdigheter, bevissthet om sosial ferdighetstrening hos ungdommer, og kommunikasjonstrening for å styrke foreldrenes ferdigheter og familiefunksjonen. I tillegg fokuserte behandlingen på å styrke foreldrenes evne til å få tilbake barnet på skolen. Avslutningsvis krevdes det minst et møte med relevant skolepersonell for å diskutere planer for returnering til skolen og rollen som skoleansatt har for å tilrettelegge for denne prosessen (Melvin et al., 2017). Terapitimer med fluoksetin og placebo medisinerings inkluderte en barnepsykiater som tildelte medisiner uten at pasienten fikk vite hva slags medisiner de fikk (fluoksetin eller placebo). Barnepsykiateren så eleven sammen med foreldrene sine ukentlige evalueringer, for å overvåke dose og uønskede hendelser.

Vedlikehold av medisiner i 3 måneder var påkrevd for å kvalifiser seg som å ha fullført behandlingen (Melvin et al., 2017).

Resultater viste til at behandlinger i gjennomsnitt førte til forbedringer på middels effekt i skoleoppmøte, og lav til middels effekt i reduksjon i angst og depressive symptomer. Fremmøte på skolen var imidlertid lavere enn det som kreves i videregående heltidsopplæring. Jo eldre eleven var, jo mindre effektiv var behandlingen. Dette kan skyldes at ungdommen at de eldre har hatt vansker i over lenger tid enn de yngre eller at angstrelaterte vansker kan være spesielt plagsomme hos de eldre ungdommene, mens de yngre står overfor utviklingsoppgaver som autonomiutvikling. Det ble ikke funnet betydelige forskjeller mellom de ulike gruppene, men man kan likevel påstå at kognitiv atferdsterapi kombinert med fluoksetin ga forbedrende resultater, med økning i skoledeltakelse og mindre risiko for selvmord. Alle tre behandlingene resulterte i forbedret og opprettholdende skoleoppmøte både ved 6 måneders og 12 måneder oppfølging. Betydelig større behandlingsglede ble funnet blant elevene i gruppen med kognitiv atferdsterapi kombinert med fluoksetin, noe som indikerer til at to behandlinger kan være bedre enn en.

Funn ved studien kan være påvirket av flere begrensninger. Utvalgsstørrelsen i studien var relativt liten og kan ha påvirket kapasiteten til å se forskjell i gruppene. I tillegg var deltakerne fra kognitiv atferdsterapi alene, klare over at de tilhørte den gruppen. Avslutningsvis var det begrensede muligheter for å legge til en annen form for psykoterapibehandling som kontrollgruppe, på grunn av ressursbegrensninger gitt behovet for større utvalgsstørrelse. Melvin og kollegaer (2017) konkluderer med at selv om kognitiv atferdsterapi anses å ha god effekt på skoledeltakelse og angst, er det behov for videre innovasjon og nye tilnærmingen for skolevegring. I tillegg er det nødvendig med langtids(longitudinelle) oppfølgingsstudier for å bestemme langsgående forløp for skolevegring (Melvin et al., 2017).

Evidensgrunnlag for kognitiv atferdsterapi og medisinsk behandling

Ved angstbasert skolevegring går man som oftest for to typer behandlinger, medisinsk behandling og kognitiv atferds behandling. Nåværende intervensjoner med kognitiv atferdsterapi fører til økt deltagelse for de fleste barn og unge, men ikke all, spesielt ikke alle ungdommer (Melvin & Gordon, 2019). Melvin og Gordon (2019) har utført en narrativ

vurderingsstudie/gjennomgang som evaluerer det nåværende evidensgrunnlaget for å legge til antidepressiv behandling til kognitiv atferdsterapi for skolevegring. Gjennomgangen inkluderte 6 randomiserte kontrollerte studier, to åpne studier, 6 casestudier, og en observasjons studie. Begge artiklene ovenfor var inkludert i Melvin og Gordons (2019) undersøkning. Videre viser gjennomgangen til funn som støtter for kombinert CBT og imipramin, men at dette legemidlet vanligvis ikke brukes på grunn av risiko for bivirkninger. Nyere studier har dermed brukt den mer tålelige medisinen fluoksetin i kombinasjon med CBT. Derimot har de ikke vært i stand til å gi bevis for bedre effekt av kombinert CBT og fluoksetin, over CBT alene. Det kreves dermed ytterligere forskning på dette området (Melvin & Gordon, 2019).

Forskere har tidligere etterlyst mer systematiske inngrep i forbindelse med medisinske og kliniske skolevegringsproblemer. Systematisk intervensjon for skolefravær refererer til skolemessige eller samfunnsmessige tilnærminger for å redusere fravær hos barn og unge. Systematiske strategier er nødvendige for å redusere fravær (Kearney, 2008c). Kearney (2001) poengterer viktigheten av andre behandlingsstrategier som er med på å forbedre økt skoleoppmøte. Eksempler er foreldrenes holdning til barnets grad av deltakelse på skolen, samarbeid mellom foreldre og skoleansatte, kombinasjoner av behandling og psykoterapi, samt skolebasert støtte (Kearney, 2001).

5.7 Oppsummering

Kapitelet starter med redegjørelse av behandlingsmetoder som involverer både foreldre og de unge, samt eventuelle utfordringer med behandling. Videre blir generelle tiltak nevnt, som i hovedsak er skolebasert på grunn av aldersgruppen, men tiltak som hjem kan ta i bruk blir også tatt opp gjennomgående teksten. Kearneys funksjonsmodell har også vært gjennomgående i oppgaven, og her ble den forklart i sammenheng med behandling basert på skolevegringsfunksjoner. Kapitelets andre halvdel har fokusert på kognitiv atferdsterapi, og studier som har basert seg på denne behandlingsmetoden både alene og i kombinasjon med medisinsk behandling. Studier viser at kognitiv atferdsterapi er en evidensbasert behandling for skolevegring. Likevel er det behov for flere tilnærminger for å hjelpe de som ikke svarer på CBT. Medisinsk intervensjon fokuserer på personer med angstbaserte problemer,

medisinske behandlinger som imipramin og fluoksetin har blitt funnet å være virkningsfulle hos barn og unge med angst og depresjon, samt komorbid skolevegring. Kognitive atferds strategier er empirisk støttet og uformet for å hjelpe barn effektivt med håndtering av fysiske symptomer på stress og angst, endring av irrasjonelle tanker omkring skoleoppmøte, og gradvis integrere seg i et bestemt skolemiljø. En kombinasjon av disse som behandling kan dermed gi virkningsfulle resultater i arbeid med angstbasert skolevegring. Derimot viser funn også til hindringer ved behandlingsmetodene som fører til krav om ytterligere forskning. Derfor kan tillegg av systematiske inngrep i forbindelse av medisinske og kliniske skolevegringsproblemer være betydningsfullt. Derimot kreves det evidensbasert forskning på dette.

6 Kritisk validitetsvurdering av studier om forebygging og behandling

Cook og Campbell har utformet et validitetssystem som inkluderer begrepsvaliditet, statistisk validitet, samt indre og ytre validitet (Kleven, 2008). Jeg vil videre redegjøre for hver av disse før jeg gjør en validitetsvurdering av studier fra kapitel 4 og 5. Begrepsvaliditet omhandler operasjonalisering av begrepet, og hvor godt det teoretiske begrepet er representert i studiene. Statistisk validitet er resultater i tall, og handler om å stille seg kritisk til om funn fra studier er store og viktige nok. Indre validitet referer til å se på sammenhengen mellom årsak og virkning, for å se om alternative årsaksforklaringer blir vurdert. Ytre validitet vurderer generaliserbarheten til studier, for å se om resultater eventuelt er gyldige i andre kontekster også. Reliabilitet handler om hvorvidt studien måler det den skal måle, og om studien er reliabel. (Kleven, 2008).

6.1 Studier inkludert i forebyggingskapitlet

Forskningsartikler som ble inkludert og dypere forklart er: 1) Melvin og kollegaer (2019) – KiTeS rammeverk for å organisere faktorer til skolevegring, 2) Ingul og kollegaer (2019) – Metaanalyse om effekten av tidlige intervensjoner, 3) Kearney og Graczyk (2014) – utvikler Rtl modell for alle skolens elever, 4) Werner-Seidler og kollegaer (2017) – metaanalyse om effekten av skolebaserte program for angst og depresjon, 5) Shortt og kollegaer (2001) – randomisert kontrollert studie om intervensjonen FRIENDS basert på kognitiv atferdsterapi, og 6) Lock og Barrett (2003) – longitudinell studie om langvarig effekt av FRIENDS programmet

De tre første er teoretiske artikler som belyser viktigheten av forebygging. Da de ikke har spesifikke metoder er det også vanskelig å foreta en kritisk vurdering, men artiklene er gjennomført av dyktige fagpersoner innen skolevegringsfeltet og belyser også viktige aspekter ved forebygging. De tre siste artiklene derimot, er det litt å si om gjeldende deres validitet og reliabilitet. Disse tre studiene baserte seg på forebygging av angst.

6.1.1 Begrepsoperasjonalisering

Studiene mangler valide og statistiske operasjonaliseringer av angstbegrepet, noe som anbefales å ha i studier om angst. Likevel forklarer de angst på en grei måte.

6.1.2 Statistisk validitet

Den statistiske validiteten svekkes dersom studier inkluderer mindre utvalg. Likevel er den statistiske validiteten god til tross for små utvalg, dersom gode måleinstrumenter blir tatt i bruk, og studiene konkluderes med statistiske resultater. Metaanalyser er gode eksempler med høy statistisk validitet, da det å kombinere flere studier til å oppdage meningsfulle effekter er relevant for skolevegring fordi det er relativt lite antall studier om det, og omhandler ofte små utvalgsstørrelser. Derfor er metaanalyser en omfattende måte å undersøke skolevegring på fordi de bidrar til å begrense skjevhet, øker gjennomsiktighet, gir mer pålitelige resultater og samtidig gir mulighet for senere utvidelse av andre forskere. Det vil tross alt ikke bety at metaanalyser gir garanti for valide resultater, da begrensinger kan oppstå (Ingul et al, 2019). Studien til Werner-Seidler (2017) inkluderte 81 randomiserte kontrollerte (RCT) studier som involverte totalt 31 794 deltakere, noe som kan anses å gi statistisk validitet. Likevel viste resultater lav kvalitet på de inkluderte RCT studiene, noe som viser viktigheten av å se den helhetlige validiteten basert på validitetssystemet. Selv om randomiserte eksperimenter er den mest effektive måten å vurdere årsaks-virkningen av mange intervensjoner, er de på ingen måte fri for trusler mot deres validitet.

6.1.3 Indre og ytre validitet

Indre validiteten ble truet da studien til Werner-Seidler og kollegaer (2017) kun besto av selvrapporteringer. Samtidig viste Studien til Shortt og kollegaer (2001) inkluderte diagnostiske intervjuer som er en god målingsmetode, men den var kun gjennomført med foreldrene, og intervjuene var basert på foreldrenes subjektive tolkning av barnets oppførsel. Dermed kan det anbefales flere kilder til å vurdere angst hos barn. Den indre validiteten til studiene til Lock og Barrett (2003) og Shortt og kollegaer (2001) er også truet da de kun brukte intervjueskjemaer basert på egenrapporteringer. Dermed anbefales å ha flere kilder til å vurdere angsten. Shortt og kollegaers (2001) studie er en randomisert kontrollert studie, noe som øker sannsynlig for å gi økt indre validitet.

Studien til Shortt og kollegaer (2001) har videre sterk ytre validitet da de inkluderte deltakere fra Australia, Europa og Asia, noe som gjør studien generaliserbar. Samtidig inkluderte de kun barn mellom 6-10, noe som kan ha truet den ytre validiteten. Derimot ser vi at Lock og Barretts (2003) studie inkluderte 733 både barn og unge, hvor de evaluerte samme program (FRIENDS) som Short og kollegaer (2001). Denne studien var derimot en longitudinell studie som evaluerte den langsiktige effekten, noe som styrker den indre validiteten til studien. I Norge har FRIENDS blitt implementert i to norske versjoner tilpasset barnets utviklingsnivå, og blir brukt som behandling for barn og unge med angst. Den ene versjonen er en barneverisjon (8-12 år) og den andre er en ungdomsversjon (12-15 år). Dette igjen styrker studienes ytre validitet. da programmet har vært overførbart og passet til norske kontekster.

6.2 Studier fra behandlingskapitelet

Studier diskutert i kapitelet om behandling er: 1) Maynard og kollegaer (2018) – Gjennomgang og metaanalyse som vurderte effekten av psykososiale behandlingsformer, som kognitiv atferdsterapi, 2) Heyne og kollegaer (2002) – randomisert kontrollert studie som evaluerte effekten av behandling med barn, foreldre og lærere, 3) Heyne og kollegaer (2011) – ikke-randomisert studie som evaluerte sensitiv kognitiv atferdsterapi for angstbasert skolevegring, 4) King og kollegaer (1998) – randomisert kontrollert studie som evaluerte effekten av kognitiv atferdsterapi, 5) King og kollegaer (2001) – oppfølgingsstudie på 3-5 år, av studien til King og kollegaer (1998), 6) Bernstein og kollegaer (2000) – undersøkte effekten av imipramin og kognitiv atferdsterapi hos skolevegrere med både angst og depresjon, 7) Bernstein og kollegaer (2001) – oppfølgingsstudie av Bernstein og kollegaers (2000) studie, 8) Melvin og kollegaer (2017) – undersøkte fluoksetin med kognitiv atferdsterapi, og 9) Melvin og Gordon (2019) - narrativ vurderingsstudie som evaluerer det nåværende evidensgrunnlaget for å tillegge medisinsk behandling til kognitiv atferdsterapi.

6.2.1 Begrepsoperasjonalisering

skolevegringsbegrepet blir ulik operasjonalisert i de forskjellige studiene, noe som kan skape utfordringer med å trekke konklusjoner. På grunn av at skolevegring kjennetegner en heterogen gruppe, blir det også vanskelig å operasjonalisere begrepet. Til tross for utfordringer, er det likevel av betydning å nevne at noen av studiene operasjonaliserte

både angst- og skolevegringsbegrepet på teoretisk grunnlag, og ble vurdert med måleinstrumenter som anses å være anerkjente og valide. Dette gjelder blant annet studien til Heyne og kollegaer (2002). Alle studiene (sett bort fra metaanalysen og narrative gjennomgangen) inkluderte gode strukturerte intervjueskjemaer for angst, mens skoleoppmøte enten ble rapportert gjennom selvrapportering, basert på Bergs kriterier, eller basert på oppmøteføringer av foreldre eller skolen. Videre truer den indre validiteten av studiene. Likevel forklarer de begrepet skolebegrepet godt basert på teoretisk grunnlag.

6.2.2 Indre validitet

Den indre validiteten relatert til effekten av kognitiv atferdsterapi, ser på hvorvidt effekten baserer seg på selve kognitiv atferds (CBT) behandlingen, eller om det kan ha skyldtes andre innvirkende faktorer. Et eksempel på andre som kan påvirke validiteten er oppmerksomheten deltakerne får som kan gjøre at det trekker dem tilbake til skolen. Det fører til at man stiller seg kritisk til om det var kognitiv atferdsterapi som førte til endring eller oppmerksomheten. Da er oppfølgingsstudier nyttige og nødvendige for å se slike forhold. De fleste studiene er klare over og beskriver begrensninger av egne studier, noe som reflekterer en viss styrke. Studier som har blitt gjennomgått i dette kapittelet har inkludert selvrapportering, og kan dermed ha bidratt til å true den indre validiteten. Selv om truslene ikke er store, fordrer de til varsomhet med tanke på konklusjoner. Studien til King og kollegaer (1998) ekskluderte blant annet barn som hadde intellektuelle eller fysiske hemninger, barn som viste psykotiske symptomer eller selvmordsatferd, og barn som mottok medisinsk behandling, noe som kan ha bidratt til å styrke den indre validiteten.

Validiteten til effekten av kognitiv atferdsterapi er relativt høy, da lignende resultater har blitt funnet i de forskjellige studiene. Studien til King og kollegaer (1998), King og kollegaer (2001), og Heyne og kollegaer (2011) har alle inkludert manualbaserte CBT-behandlinger, som vil si at de følger en manual for behandlingen. Dette styrker validiteten i studiene, da det øker sjansen for at behandlinger er relativt like, og gir rom for videre vurdering av resultater. Ytterligere styrking av studien til Heyne og kollegaer (2011) representeres av at manualsensitiviteten ble observert gjennom video og lydbånd, og øker muligheten for etterprøving av resultater.

Indre validiteten hos visse av studiene har blitt forsterket av oppfølgingsstudier som har gitt bevis for langvarig effekt. Oppfølgingsstudier bidrar til å si noe om hvorvidt effekt skyldtes

kun intervensjonsprosessen, eller om intervensjoner også bidrar til langvarig virkning. Ved å inkludere oppfølgingsstudier, man kan se hvor pålitelige tiltak er, gjennom å se variasjon i resultater over tid fra en studie til en annen. Oppfølgingsstudiene til King og kollegaer (2001) og Bernstein og kollegaer (2001) har bidratt til å styrke den indre validiteten i den form at de har gitt bevis på vedvarende effekter, men samtidig har den indre validiteten og blitt truet på grunn av studienes svake målinger av skolevegring.

6.2.3 Ytre validitet

Skolevegrere er en heterogen gruppe som og gjør det dermed også mulig for studier å generalisere funn til større grupper. Samtidig har spesifikke studier inkludert data fra flere land; Maynard og kollegaer (2018) er en av dem, og har på så vis styrket sin ytre validitet. De andre studiene (bortsett fra Melvin og Gordon (2019), har som regel ikke benyttet seg av flere land, noe som kan være med på å true ytre validiteten.

6.2.4 Reliabilitet

Reliabiliteten er relativt god da de har målt det de skal måle. I dag har man gode standardiserte instrumenter for å måle begrepene, og har også blitt godt brukt for å måle angst i de overnevnte studiene. Likevel har ikke måleinstrumenter for skoleoppmøte blitt like godt brukt. Flere av studiene inkludert i oppgaven har likevel selv vært klare over og tydeliggjort bevissthet over egne begrensninger.

6.2.5 Statistisk validitet

Meta-analyser som har blitt brukt i kapitlet er: Maynard og kollegaer (2018). Maynard og kollegaers (2018) meta-analyse inkluderte en omfattende prosess for å finne kvalifiserte randomiserte kontrollerte studier og kvasi-eksperimentelle studier som vurderte psykososiale behandlingseffekter på angst eller deltakelse. I alt var det 435 deltakere i de inkluderte studiene, noe som gir vei for statistisk validitet. Resten av studiene inkluderte relativt små utvalg, noe som kan ha truet den statistiske validiteten.

7 Konklusjon og avslutning

Målet med denne oppgaven har vært å gå gjennom tidligere forskning og litteratur for å vurdere forebygging og behandling av angstbasert skolevegring. Både eldre litteratur og nyere litteratur har bidratt med å belyse oppgavens problemstilling: «**Angstbasert skolevegring – hva sier litteraturen om forebyggende og behandlende tiltak?**». Samtidig har de bidratt med perspektiv og innsikt i det komplekse begrepet skolevegring, og hvordan hjelpe barn og unge som sliter med det i relasjon med angst. Videre har oppgaven fokusert på forebygging og behandling basert på Bronfenbrenners økologiske modell som grunnlag for å få et helhetlig bilde av alle involverte, da skolevegring er en gjennomgripende utfordring for den enkelte og omgivelser rundt.

Da skolevegring er et komplekst tema med heterogenitet, kan det også være utfordrende for den unges miljø å identifisere, forstå og hjelpe for å skape en trygg skolehverdag. Derfor er Kearneys funksjonsmodell gjennomgående i oppgaven og relevant i forhold til å lettere skill mellom de ulike måtene skolevegring kommer til uttrykk på. Funksjonsmodellen inneholder fire funksjoner fordelt i to grupper, positive og negative forsterkninger. Tiltak er utarbeidet tilpasset skolevegrere i retning av enten positive eller negative forsterkninger. Behandling ved negative forsterkninger inkluderer barn og unge som unngår stimuli til generell negativ affekt, og barn og unge som nekter å gå på skolen for å unngå sosiale og evaluerende situasjoner. Positive forsterkninger inkluderer barn og unge som nekter å gå på skolen for enten å oppnå oppmerksomhet fra signifikante andre eller for å få belønninger/goder. Denne oppgaven har fokusert på skolevegring i retning av negative forsterkninger.

Det er vanlig at skolevegring oppstår i sammenheng med psykiske lidelser som angst, og noen klarer å gå på skolen til tross for emosjonelt ubehag, mens andre vegrer seg totalt fra å gå på skolen. Oppgaven har valgt å ta for seg skolevegring relatert til separasjonsangst og sosial angst som er to vanlige angstlidelser i forhold til skolevegring. Forskningsartikler brukt om angst har antydnet at negative tanker og følelser knytter seg til skolevegring. Det er behov for kunnskap om tankemønsteret til barn og unge med angstbasert skolevegring for å øke muligheten til å forbedre arbeidet med forebyggende og behandlende tiltak, hvor målet er å snu negative tanker til mer positive og mindre alvorlige tanker.

Ved forebygging er det av betydning å vite hvilke risikofaktorer som bidrar til utvikling av skolevegring. Gjennom å ha et system på risikofaktorer hos den unges og miljøet til vedkommende, kan det lette for det forebyggende arbeidet. KiTeS er et rammeverk som bruker denne konseptuelle strukturen til Bronfenbrenner's bioøkologiske modell for å organisere faktorer som er med på å påvirke menneskets utvikling. Rammeverket tilbyr en omfattende kontekst for å utforske både risiko- og beskyttelsesfaktorer for å forklare fravær og skoleoppmøte problemer, samt utvikle passende intervensjoner. Samtidig er det av betydning å få oversikt over hvilke tiltak som er virkningsfulle, da funksjoner ved skolevegring kan variere. Det kan se ut som at skolevegring oppdages sent, spesielt hos de som opplever angst men likevel går på skolen. Kearney og Graczyk (2014) har utformet en intervensjonsmodell av tiltak på tre ulike nivåer: universelle tiltak, målrettede tiltak og intensive tiltak. Forebyggende tiltak iverksettes på målrettet nivå, mens behandling benytter seg av tiltak på både målrettet og intensivt nivå. Deres beskrivelse av tiltak stemmer godt med forskningslitteratur.

I kapitel tre ble det diskutert om angst fører til skolevegring eller omvendt, og det viser seg å være slik at angst er en utløsende faktor, og ved å forebygge for angst kan man også forebygge for skolevegring. Jo eldre eleven er, jo vanskeligere å hjelpe. Videre har studier kommet frem til funn som har vist at barn har større utbytte av intervensjoner enn ungdommer, noe som kan indikere til at forebygging kan forhindre negativ utvikling. Ungdom har en tendens til å ha en større følelse autonomi enn de yngre, samtidig som de også opplever mer alvorlige symptomer på dette stadiet. Det var ikke mange studier med eksperimentelle forskningsdesign som belyste forebyggingseffekten, men det var likevel gode teoretiske gjennomganger, en longitudinell studie, en meta-analyse og en randomisert kontrollert studie, som sa noe om forebygging og intervensjoner.

Når det kommer til behandling, viser litteraturen at det er lite variasjon i behandlingsmetoder, og derfor gir det lite å sammenligne med. Samtidig er det ikke mye norsk forskning på temaet, derfor benyttet jeg meg mest av internasjonal litteratur. Dette igjen kan ha truet reliabiliteten i studiene, da det ikke med sikkerhet kan trekke konklusjoner på om studiene for eksempel passer i norsk setting også. Likevel er det både styrker og svakheter blant de studiene som allerede er, noe som skal diskuteres heretter. Et bredt spekter av behandlinger kan brukes, tilpasset den enkeltes behov. Ved angstbasert skolevegring er kognitiv atferdsterapi en

populær og mye brukt tilnærming, med avslapningsøvelser og eksponeringer. Ved noen tilfeller anbefales medisinsk behandling og systematiske inngrep som familiarbeid også. Jeg ønsket å bruke eksperimentelle design i form av randomiserte kontrollerte studier, da deres dataanalyse kan være veldig grei og gir resultater av effekter. Imidlertid var det ikke mange randomiserte kontrollerte studier å få tak i, men longitudinelle undersøkelser og meta-analyser er også gode å bruke da longitudinelle undersøkelser viser effekten av noe over tid, mens meta-analyser gir en overordnet oversikt over effekt fra flere studier. Spesielt i behandlingskapitlet har jeg brukt en blanding av disse forskningsdesignene for å belyse problemstillingen.

Kognitiv atferdsterapi for angstbasert skolevegring har vist seg å gi gode effekter i å redusere angst og fravær, men ikke alle deltakerne har svart på denne behandlingsmetoden, spesielt ungdommer. Man har også prøvd å se effekten av kognitiv atferdsterapi i kombinasjon med medisinsk behandling. Denne oppgaven inkluderte studier som benyttet medisinsk behandling i form av fluoksetin og imipramine (antidepressiva) i kombinasjon med atferdsterapi. Resultater fra funn i studiene viser til at ytterligere forskning er nødvendig for å gi tydeligere bevis på behandlingenes effekt. En tilnærming av både kliniske, medisinske og systematiske inngrep er etterlyst av forskere. Med systematiske tilnærminger mener vi for eksempel familiefungering eller foreldrenes holdning til barnets grad av deltakelse på skolen.

Generelt sett er studiene inkludert i denne oppgaven gode, men på grunn av den heterogene karakteren av begrepet skolevegring, som man ikke klassifiserer som en diagnose, har det også vært vanskelig å dra valide konklusjoner i studier. For å oppnå det, er det av betydning å legge opp klare kriterier for skolevegring som kan bli brukt i studier.

Litteraturliste

- Bernstein, G. A., Borchardt, C. M., Perwien, A. R., Crosby, R. D., Kushner, M. G., Thuras, P. D., & Last, C. G. (2000). Imipramine Plus Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of School Refusal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(3), 276-283. Doi: 10.1097/00004583-200003000-00008
- Bernstein, G. A., Hektner, J. M., Borchardt, C. M., & McMillan, M. H. (2001). Treatment of School Refusal: One-Year Follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 206-213. Doi: 10.1097/00004583-200102000-00015
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods (5 utg.)*. New York: Oxford University Press.
- Creswell, C., & Willetts, L. (2012). *Å bekjempe frykt og bekymring hos barn*. Tapir akademisk
- Doobay, A. F. (2008). School refusal behavior associated with separation anxiety disorder: A cognitive-behavioral approach to treatment. *Psychology in the Schools*, 45(4), 261-272. DOI: 10.1002/pits.20299
- Egger, H. L., Costello, E. J., & Angold, A. (2003). School Refusal and Psychiatric Disorders: A Community Study. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(7), 797-807. Doi: 10.1097/01.CHI.0000046865.56865.79
- Flaten, K. H. (2013). *Barnehagebarn og angst*. Gyldendal Akademisk.
- Gonzálvez, C., Kearney, C. A., Jiménez-Ayala, C. E., Sanmartín, R., Vicent, M., Inglés, C. J., & García-Fernández, J. M. (2018). Functional profiles of school refusal behavior and their relationship with depression, anxiety, and stress. *Psychiatry research*, 269, 140-144. Doi: 10.1016/j.psychres.2018.08.069

- Gubbels, J., van der Put, C. E., & Assink, M. (2019). Risk factors for school absenteeism and dropout: a meta-analytic review. *Journal of youth and adolescence, 48*(9), 1637-1667. Doi: 10.1007/s10964-019-01072-5
- Havik, T. (2018). Skolefravær: Å forstå og håndtere skolefravær og skolevegring. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Heyne, D. (2019). Developments in classification, identification, and intervention for school refusal and other attendance problems: Introduction to the special series. *Cognitive and Behavioral Practice, 26*(1), 1-7. Doi: 10.1016/j.cbpra.2018.12.003
- Heyne, D., King, N. J., Tonge, B. J., & Cooper, H. (2001). School refusal: epidemiology and management. *Paediatric drugs, 3*(10), 719-732. Doi: 10.2165/00128072-200103100-00002
- Heyne, D., King, N. J., Tonge, B. J., Rollings, S., Young, D., Pritchard, M., Ollendick, T. H. (2002). Evaluation of Child Therapy and Caregiver Training in the Treatment of School Refusal. *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(6), 687-695. Doi: 10.1097/00004583-200206000-00008
- Heyne, D., Sauter, F. M., Van Widenfelt, B. M., Vermeiren, R., Westenberg, M. (2011). School Refusal and Anxiety in adolescence: Non-randomized trial of A developmentally sensitive cognitive behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders, 25* (7), 870-878. Doi: 10.1016/j.janxdis.2011.04.006
- Holden, B., & Sällman, J. I. (2010). *Skolenekting: årsaker, kartlegging og behandling*. Kommuneforl..
- Ingul, J. M. (2005). Skolevegring hos barn og unge. I E. Befring, R. Talseth, og I. Veia (red.), *Se meg! Barn i Norge 2005 – Årsrapport om barn og unges psykiske helse*. Oslo: Voksne for Barn.
- Ingul, J. M., Havik, T., & Heyne, D. (2019). Emerging school refusal: a school-based

- framework for identifying early signs and risk factors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 46-62. Doi: 10.1016/j.cbpra.2018.03.005
- 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*, 12(1), 1-9. Doi: 10.1186/1744-859X-12-25
- Kearney, C. A. (2003). Bridging the gap among professionals who address youths with school absenteeism: Overview and suggestions for consensus. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), 57. Doi: 10.1037/0735-7028.34.1.57
- 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
- Kearney, C. A. (2001). *School Refusal Behavior in Youth - A Functional Approach to Assessment and Treatment*. Washington, DC: American Psychology Association.
- Kearney, C. A. (2008a). *Helping School Refusing Children and Their Parents – A guide for School-Based Professionals*. New York: Oxford University Press
- Kearney, C. (2008b). An Interdisciplinary Model of School Absenteeism in Youth to Inform Professional Practice and Public Policy. *Educational Psychology Review*, 20, 257-282. doi:10.1007/s10648-008-9078-3
- Kearney, C. A. (2008c). School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical psychology review*, 28(3), 451-471. Doi: 10.1016/j.cpr.2007.07.012
- Kearney, C. A., & Albano, A. M. (2004a). The Functional Profiles of School Refusal Behavior: Diagnostic Aspects. *Behavior Modification*, 28(1), 147-161. Doi: 10.1177/0145445503259263

- Kearney, C. A., Lemos, A., & Silverman, J. (2004b). The functional assessment of school refusal behavior. *The Behavior Analyst Today*, 5(3), 275. Doi: 10.1037/h0100040
- Kearney, C. A., & Albano, A. M. (2018). *When children refuse school: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Kearney, C., & Graczyk, P. (2014). A Response to Intervention Model to Promote School Attendance and Decrease School Absenteeism. *Child Youth Care Forum*, 43, 1-25. doi:10.1007/s10566-013-9222-1
- King, N. J., & Bernstein, G. A. (2001). School Refusal in Children and Adolescents: A review of the past 10 years. *Child and Adolescence Psychiatry*, 40(2), 197-205. Doi: 10.1097/00004583-200102000-00014
- King, N. J., Tonge, B. J., Heyne, D., Pritchard, M., Rollings, S., Young, D., Myerson, N., & Ollendick, T. H. (1998). Cognitive-Behavioral Treatment of School-Refusing Children: A Controlled Evaluation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(4), 395-403. Doi: 10.1097/00004583-199804000-00017
- King, N., Tonge, B. J., Heyne, D., Turner, S., Pritchard, M., Young, D., Rollings, S., Myerson, N., & Ollendick, T. H. (2001). Cognitive-Behavioural Treatment of School Refusing Children: Maintenance of improvement at 3- to 5-year follow-up. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(2), 85-89. Doi: 10.1080/02845710117011
- Kleven, T. A. (2008). Validity and validation in qualitative and quantitative research. *Nordic Studies in Education*, 28 (3), 219-233.
- Lock, S., & Barrett, P. M. (2003). A longitudinal Study of Developmental Differences in Universal Preventive Intervention for Child Anxiety. *Behaviour Change*, 20(4), 183-199. Doi: 10.1375/behc.20.4.183.29383
- Maric, M., Heyne, D. A., De Heus, P., Van Widenfelt, B. M., og Westenberg, P. M. (2012).

The Role of Cognition in School Refusal: An Investigation of Automatic Thoughts and Cognitive Errors. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(3), 255-269. Doi: 10.1017/S1352465811000427

Maynard, B., Heyne, D., Brendel, K. E., Bulanda, J., Thompson, A., & Pigott, T. (2018). Treatment for School Refusal Among Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*, 28(1), 56-67. doi:10.1177/1049731515598619

Melvin, G. A., Dudley, A. L., Gordon, M. S., Klimkeit, E., Gullone, E., Taffe, J., & Tonge, B. J. (2017). Augmenting cognitive behavior therapy for school refusal with fluoxetine: A randomized controlled trial. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(3), 485-497. Doi: 10.1007/s10578-016-0675-y

Melvin, G. A., Heyne, D., Gray, K. M., Hastings, R. P., Totsika, V., Tonge, B. J., & Freeman, M. M. (2019). The Kids and Teens at School (KiTeS) Framework: An Inclusive Bioecological Systems Approach to Understanding School Absenteeism and School Attendance Problems. In *Frontiers in Education* (Vol. 4). Frontiers Media SA. Doi: 10.3389/educ.2019.00061

Melvin, G. A., & Gordon, M. S. (2019). Antidepressant medication: Is it a viable and valuable adjunct to cognitive-behavioral therapy for school refusal?. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 107-118. Doi: 10.1016/j.cbpra.2018.07.005

Olsen, M. I., & Holmen, L. (2018). *Tett på: Frafall i skolen og psykisk helse*. Fagbokforl..

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

Shortt, A. L., Barrett, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of clinical child psychology*, 30(4), 525-535. Doi: 10.1207/S15374424JCCP3004_09

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

Thapar, A., Pine, D., Leckman, J., Scott, S., Snowling, M., & Taylor, E. (2015). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (6 utg.). Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.

<https://ungsinn.no/tiltak/?filterdata=14%2C22%2C24>

Werner-Seidler, A., Perry, Y., Callear, A. L., Newby, J. M., & Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, *51*, 30-47. Doi: 10.1016/j.cpr.2016.10.005

Vedlegg 1

Dato for søk	Navn på database	Søkestermer	Antall treff
29.01.2020	ERIC and PsycINFO (OVID)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ("school refus*" or "school absenteeism" or "school phobia").m_titl. 2. limit 1 to (full text and english language and peer reviewed and yr="2000 - 2020") 3. (treatment or program or intervention or prevention).mp. [mp=abstract, title, heading word, identifiers] 4. limit 3 to (full text and english language and peer reviewed) 5. (student* or school* or child* or adolescen*).mp. [mp=abstract, title, heading word, identifiers] 6. limit 5 to (full text and english language and peer reviewed and yr="2000 - 2020") 7. 2 and 4 and 6 (40 treff) 8. anxiety.mp. [mp=ab, ti, hw, id, tc, ot, tm, mh] 9. limit 8 to english language 10. limit 9 to full text 11. limit 10 to peer reviewed 12. limit 11 to yr="2000 - 2020" 13. 7 and 12 (23 treff) <p>TIMESPAN: 2000-2020</p>	40 / W anxiety=23
29.01.2020	Web of Science	<ol style="list-style-type: none"> 1. TI=("school refus*" or "school absenteeism" or "school phobia") AND TS=(treatment or program or intervention or prevention) AND TS=(student* or school* or child* or adolescen*) AND LANGUAGE: (English) AND DOCUMENT TYPES: (Article) <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=2000-2020</i> 2. (TS=anxiety) AND LANGUAGE: (English) AND DOCUMENT TYPES: (Article) <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=2000-2020</i> 3. #2 AND #1, <i>Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI Timespan=2000-2020</i> <p>TIMESPAN: 2000-2020</p>	51
29.01.2020	Education Research Complete	<ol style="list-style-type: none"> 1. (school refusal or school non-attendance or school absenteeism) AND (treatment or intervention) 2. attendance or absence or absenteeism or truancy or non-attendance 3. risk factors 4. S1 AND S2 AND S3 5. treatment or intervention or therapy 	17

		6. S1 AND S2 AND S5 7. anxiety 8. S6 AND S7 9. S6 AND S7 10. S6 AND S7 TIMESPAN: 2000 - 2020	
03.02.2020	Norart	«skolevegring»	30
03.02.2020	Oria	«skolevegring». Brukt til å finne bøker	43
03.02.2020	Google scholar	Søkt på forfattere: Trude Havik, Christopher Kearney, David Heyne, Magne Ingul, King, Haugen, R (relevante innenfor det temaet). Funnet både relevante artikler og bøker.	