

# Behandling av angst og skolevegring hos ung gutt ved hjelp av enkle atferdsanalytiske prinsipper

Jan-Ivar Sållman

Habiliteringstjenesten i Hedmark, Sykehuset Innlandet HF

## Resymé

Artikkelen beskriver behandling av skolevegring hos en gutt som ikke hadde vært på skolen på ett og trekvart år. Gutten hadde angst, og hadde i tillegg lært relativt sofistisert unngåelsesatferd. Behandlingen gikk ut på eksponering og responsprevensjon. Sistnevnte skjedde i form av ekstinksjon av unnslippelse. Behandlingen ga meget gode resultater, og gutten viste raskt tilnærmet normal atferd i forhold til å møte opp og være på skolen. Tidligere behandling, og virkningsmekanismer og etiske aspekter ved den atferdsanalytiske behandlingen, drøftes.

Stikkord: Skolevegring; Angst; Eksponering; Responsprevensjon; Ekstinksjon; Unnslippelse

## Innledning

Angst og frykt er helt normale følelser hos mennesker i en rekke situasjoner. En viss angst er heller ikke nødvendigvis uønsket eller negativt, tvert om må vi ofte utsette oss for angst dersom vi skal ta imot nye utfordringer og utvide våre repertoarer. Angst kan også holde oss unna farlige situasjoner. Som alt annet arter angst seg forskjellig fra menneske til menneske, både når det gjelder grad og i hvilke situasjoner den forekommer. Noen er mer sensitive enn andre, og de fleste har mer angst i noen situasjoner enn i andre. Angstlidelser utgjør også en stor del av de psykiske lidelsene og atferdsforstyrrelsene som mennesker søker behandling for. Angstlidelser opptrer i en rekke ulike former. Diagnoseverket ICD-10 (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) opererer med fobiske angstlidelser (som agorafobi, sosiale fobier og spesifikke fobier), andre angstlidelser som for eksempel panikkklidelse, generalisert angstlidelse, separasjonsangst og sosial angstlidelse i barndommen, for å nevne de viktigste. Et hovedskille går mellom generell angst og angst

---

\*Hjertelig takk til gutten og hans foreldre for gjennomlesning, og for godkjenning av publikasjon av manuskriptet. Gutten godkjente publikasjon under forutsetning av at han ble anonymisert og at vi brukte pseudonymet Jan Børge, sammensatt av fornavnene til to av behandlerne! Takk også til Børge Holden og to konsulenter for veiledning på manuset.

---

Kontakt: Jan Ivar Sållman, Habiliteringstjenesten for voksne, Hedmark næringspark Bygg 15, 2312 Ottestad. Telefon: 62 55 65 13. E-post: JanIvar.Sallman@sykehuset-innlandet.no

som er utløst av spesielle situasjoner, såkalt situasjonsspesifikk angst. Årsaker til utvikling av angstlidelser er ikke hovedtema i denne sammenheng, men i likhet med alt annet er enkelte mennesker mer disponert for å utvikle angst enn andre. Mye tyder på at arvelighet forklarer ca. en tredjedel av variasjonen når det gjelder angstlidelser generelt (Götestam, 2003). Dette medfører at miljøfaktorer, som negative erfaringer, observasjon av andre som har negative erfaringer eller viser angst, og manglende eksponering for situasjoner som kan vekke angst, også spiller en viktig rolle. Arvelighet kan imidlertid være vanskelig å avgjøre, selv om opplysninger om slektninger kan gi en viss pekepinn. Selv om angst hos enkelte individer i stor grad kan forklares med biologisk arv, kan angsten likevel være mulig å behandle. Sterk mistanke om arvelighet er altså ingen kontraindikasjon for behandling (Götestam 2003).

I følge nyere atferdsanalytisk forståelse av utvikling av angstlidelser spiller det verbale en viktig rolle i utvikling av alvorlige angstlidelser, vel og merke hos verbale personer, logisk nok (Wilson, Hayes & Zettle, 2001). Mange prøver å regulere hva de føler ved hjelp av privat verbal atferd, eller tenkning. Å føle ubehag er noe mange ofte vil unngå. Innenfor Acceptance and commitment therapy (ACT), eller "aksepterings- og forpliktelsesterapi", som er en nyere atferdsanalytisk psykoterapi, kalles slik unngåelse "experiential avoidance" (opplevelsesmessig unngåelse) (Wilson, Hayes & Zettle, 2001). Resultatet kan bli enda sterkere unngåelse av situasjoner hvor vi har for eksempel angst, og i tillegg "reason giving" (begrunnelse): Vi kan ikke gjøre bestemte ting på grunn av angsten. ACT er også opptatt av at mange tilfeller av angst ikke har noe med det verbale å gjøre. Det går an å føle et umiddelbart ubehag som har de kvaliteter vi kaller angst uten at det skyldes noen verbal aktivitet.

Angst behandles på en rekke måter. Psykologisk behandling skjer i form av ulike former for psykoterapi, gruppeterapi, rådgivning, veiledning, og i form av pusteøvelser og trening i å oppnå generell avspenning. De beste resultatene i behandling av mer situasjonsspesifikk angst oppnås gjerne når ulike former for eksponering inngår i behandlingen (Götestam, 2003). Dette innebærer at personen oppsøker og er til stede i situasjonen som vekker angst, slik at personen får mulighet til å habituere til den stimuleringen som utløser angst. Fra et ACT-perspektiv er det viktig å eliminere eller redusere opplevelsesmessig unngåelse og begrunnelse, som ofte er en forutsetning for at pasienten skal bli villig til å utsette seg for eksponering for selve situasjonen. Når det gjelder behandling av angst hos barn kan det være viktig at foreldre tolererer og ikke unngår barnets angst, og at de lar være å lære barnet en stil hvor opplevelsesmessig unngåelse og begrunnelse inngår. Det er kort og godt viktig å få foreldre til å akseptere det ubehagelige og å lære barna det samme. I mer langvarig *medikamentell* behandling av angst benyttes oftest antidepressiva, men også antipsykotiske midler. Problemet er imidlertid at angsten som regel kommer tilbake når medikasjonen seponeres.

Et problem som ser ut til å gripe om seg i samfunnet er vegring mot å gå på skolen. Fra min egen grunnskoleetid på 1970- og 80-tallet kan jeg knapt huske noen elever som systematisk uteble fra skolen. Når barn i dag uteblir fra skolen over tid oppgis ofte angst som hovedårsak. I så fall er det grunnlag for en angstdiagnose i ICD-10. Alt etter hva som er problemet kan det være tale om en fobi. Dersom frykt for å forlate hjemmet og å oppsøke offentlige steder dominerer, er F.40.0 Agorafobi mest aktuell. Dersom det er frykten for å bli sosialt vurdert kan det være tale om F40.1 Sosial fobi. Angst mer eller mindre utelukker F91.2 Sosialisert atferdsforstyrrelse med skoleskulking, som er forbundet med dyssosial eller aggressiv atferd. I en artikkel om årsaker til skolevegring nevner Kearney og Silverman (1990) fire hovedklasser av årsaker: (1) Unngåelse av spesiell frykt eller overengstelighet på skolen, (2) Unngåelse av aversive sosiale situasjoner på skolen, (3) søking etter oppmerksomhet, eller separasjonsangst, og (4) konkrete forsterkere som tilgang til TV og venner. Dette er basert

på vanlige, atferdsanalytiske funksjonelle analyser. I tillegg er det en sammenheng mellom funksjoner og psykiatriske diagnoser: Kearney & Albano (2004) fant at barn med negativt forsterket skolevegring ofte har ulike angstdiagnoser, at barn med skolevegring som skyldes innhenting av forsterkere utenfor skolen ofte har F91 Atferdsforstyrrelse, ikke minst F91.3 Opposisjonell atferdsforstyrrelse, og at barn med oppmerksomhetssøkende skolevegring ofte har F93.0 Separasjonsangst i barndommen.

I fortsettelsen skal jeg beskrive et behandlingsopplegg som gikk ut på å få en gutt i barneskolen til å begynne på skolen igjen. Gutten hadde vært borte fra skolen i ett og trekvart år, og fraværet var forbundet med alle de fire faktorene, og ikke minst angst.

## Metode

### *Gutten som fikk behandling, og hvor*

Jan Børge ble henvist til oss, det vil si Habiliteringstjenesten, fra Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Da behandlingen startet var han 11 år gammel. Han er intellektuelt sterk, med skåre godt over gjennomsnittet på WISC-R. BUP hadde diagnostisert ham med F41.1 Generalisert angstlidelse, det vil si ”angst som er generalisert og vedvarende, men ikke begrenset til noen bestemte situasjoner eller omstendigheter, det vil si at den er frittflytende. De sentrale symptomene veksler, men omfatter klager over vedvarende nervøsitet, skjelving, muskelspenninger, svetting, ørhet, hjertebank, svimmelhet og ubehag i epigastriet. Det uttrykkes ofte frykt for at pasienten selv eller en slektning av vedkommende snart vil bli syk eller utsatt for en ulykke” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). BUP hadde også mistanke om at gutten kunne ha Aspergers syndrom. Psykolog hos oss fant ikke grunnlag for denne diagnosen, og denne diagnosen ble utelukket.

Jan Børge har siden siste skolestart, fem år før nåværende behandling startet, hatt perioder med vegring i form av at han ikke har villet gå på skolen. Vegringen mot å gå på skole tiltok og gutten hadde så å si ikke vært på skolen i ett og trekvart år før nåværende behandling startet. Han hadde litt hjemmeundervisning fra lærerassistente, men svært begrenset. I tillegg til at han ikke gikk på skolen protesterte han stadig mer mot å være med familien på turer og i butikken, og mot å besøke kjente og gjøre andre ting utenfor hjemmet som barn vanligvis liker. Han har protestert kraftig og vist angstlignende og vegrende atferd i forhold til tre hovedområder. Når en ville ha ham til å gå på skole eller på andre måter forlate hjemmet, protesterte han ved å nekte å stå opp eller forlate sengen, nekte å forlate rommet, høylytt klaging, gråt, samt å si ”nei det vil jeg ikke”, ”jeg blir syk”, ”jeg blir kvalm” eller ”nå kaster jeg opp”. Protesten begynte gjerne på en rolig måte, men gikk som regel over til hiksting, gråt og hyl dersom forsøkene på å få ham til å gå på skole eller forlate hjemmet vedvarte. De gangene det lyktes å få ham med ut de siste par årene, det vil si andre steder enn til skolen, hendte det at han slo om og reagerte med angst og gråt, slik at en måtte dra hjem igjen. Uten at psykolog hos oss tillot det så stor betydning, ble diagnosen endret til F40.0 Agorafobi.

### *Tidligere forsøk på behandling*

Ulike forsøk på å tilrettelegge skoletilbudet for ham førte ikke til at han kom på skolen. Det var også forsøkt å få ham til å gå på skolen ved å love ham spesielle goder som han fikk dersom han møtte fram. Han hadde individuell samtalebehandling hos psykolog ved BUP store deler av det siste året før nåværende behandling startet. Behandlingen ble beskrevet som vanskelig fordi han hadde ”så liten tilgang til egne følelser”, som det står i journal.

Behandlingen hadde ingen effekt på angst og skolevegring. BUP ga også anbefalinger om at gutten ikke måtte presses til noe han ikke ville, eller ga uttrykk for at han ikke klarte, inkludert å gå på skole. Halvannet år før nåværende behandling ble han medisineret med Seroquel, som er et moderne antipsykotisk medikament, uten at det førte til at han begynte å gå på skolen igjen. Formålet med medikasjonen skulle være å ”filtrere ut inntrykk”. (Felleskatalogen nevner kun indikasjonene akutt og kronisk schizofreni.) Like før nåværende behandling startet, det vil si ved inngangen til ferien før siste skoleår, ble dosen økt til 100 mg. Ingenting tydet på at dette gjorde ham mer villig til å bli med ut.

Behandlingsopplegget som vi skal beskrive fant sted hjemme hos gutten, i drosje på vei til skolen, og på selve skolen.

### *Funksjonelle vurderinger*

Protestene kom alltid når en ville ha han med ut på ulike situasjoner, ikke minst skole. Jan Børge unnslett å gå på skole ved å protestere og å vise engstelig atferd. Det er rimelig å anta at de var forsøk på å unngå eller unnslette disse situasjonene, det vil si negativ forsterkning. Guttens historie viste at protestene hadde utviklet seg over lang tid, det vil si at han hadde lært hva som var effektiv atferd med tanke på å få være hjemme. Han hadde også lært et ganske avansert repertoar av beskrivelser av egen angst, som bidro til at han unnslett. Etter hvert ble det også et godt alternativ for ham å være hjemme, rett og slett fordi hjemmesituasjonen bød på mange aktiviteter som han foretrakk.

De funksjonelle vurderingene så langt betyr ikke på noen måte at Jan Børge ”bare drev skuespill”. Det er ingen tvil om at Jan Børge hadde virkelig angst. I situasjoner hvor han følte angst viste han i tillegg den nevnte protestatferden. Denne førte til at han ikke ble eksponert for det han viste angst for. En ond sirkel hadde med andre ord vært i gang i flere år. Vi kan lure på opphavet til det hele. Det er ikke spesielle holdepunkter for at gutten er spesielt biologisk disponert for å utvikle angst. Det er imidlertid interessant at hans noen år yngre søster var mye syk da hun var liten. Selvfølgelig kom hun mye i sentrum, og det var vel vanskelig å unngå at dette til en viss grad satte Jan Børge til siden. Jan Børge oppfattet trolig at sykdom kunne være et viktig virkemiddel for å få oppmerksomhet i form av kontakt og omsorg, jfr. hans hyppige rapporter om kvalme og redsel for å bli syk. Dette har ikke usannsynlig vært starten på det hele, og viser i så fall hvor lite som skal til før problemer kan oppstå og ”balle på seg”. Det er også i tråd med den nyere atferdsanalytiske forståelsen av utvikling av for eksempel angstlidelser som jeg refererer i innledningen. De funksjonelle vurderingene viser for øvrig at alle av Kearney og Silvermans (1990) hovedårsaker var aktuelle (se innledning).

### *Responsdefinisjon og måling*

Målatferd var tilstedeværelse i undervisningen på skolen. Fravær på grunn av somatisk sykdom og høst- og juleferie ble regnet som tilstedeværelse.

### *Reliabilitet*

For den aktuelle målatferdene anså jeg det ikke som nødvendig å foreta målinger av inter-rater reliabilitet. Grunnen til dette var at det var nokså opplagt om gutten var på skolen eller ikke, og det var aldri noen uenighet om dette. Bl.a. fører skolen temmelig pålitelig statistikk over dette. Når det gjelder fravær på grunn av sykdom har vi ikke annen dokumentasjon enn det foreldre fortalte. Det er imidlertid ingen grunn til å tvile på disse opplysningene, som vi senere skal se.

*Design*

Behandlingen ble utført i en enkel, kvasiekperimentell AB-design, det vil si at det er målinger av forekomst av atferd før og etter tiltak, uten noen form for reversering og uten at komponenter av behandlingen innføres trinnvis (se Kazdin, 1982).

*Prosedyre*

De to første ukene ble behandlingen utført av mor eller far sammen med forfatter og to andre fra Habiliteringstjenesten. Behandlingen gikk ut på å stille krav om at gutten skulle forlate hjemmet, dra på skolen, og være på skolen til skoledagen var over. En hovedkomponent i behandlingen var eksponering for det som utløste angst og det som han ville unngå, nemlig å forlate hjemmet, gå til og sitte på i drosje, komme til skolen og være på skolen. Vi forsøkte å oppnå dette ved hjelp av den andre hovedkomponenten i behandlingen, responsprevensjon. I atferdsanalytisk behandling kan dette skje i form av ekstinksjon av unnslippelse, i Jan Børges tilfelle ved at vi aktivt hindret ham i å unnslippe det han ønsket og prøvde å unnslippe. Vi gjentok beskjeden om at han måtte dra på skolen, og at han måtte finne sekken og kle på seg. Vi brukte lett håndledning for å få ham til å bevege seg mot ytterdøren, og stengte veien slik at han ikke kunne gå bort fra utgangsdøren og i retning rommet. (Fysisk berøring ble brukt bare noen få ganger.) Når eksponeringsbehandling med responsprevensjon er vellykket fører den til at pasienten habituerer til situasjonen som vekker angst og forsøk på unnslippelse, og gir opp forsøkene på å unnslippe. Det siste er selvfølgelig også hjulpet av habitueringen; det blir mindre å unnslippe. Vi brukte sosiale forsterkere i form av ros og å snakke med ham om hans største interesser ved tendenser til at han ikke protesterte. Vi brukte ingen form for ”kunstig” forsterkning, da målsetningen var at forsterkere for å forlate hjemmet etter hvert skulle erstattes av forsterkere som fulgte av å være på skolen, sosial samhandling og hyggelige hendelser på skolen. Før behandlingen startet forklarte vi ham også hva den ville gå ut på. Vi fokuserte mindre på begrunnelsen, som foreldrene hadde gitt ham.

Før selve behandlingen startet, mens det ennå var skoleferie, gjorde vi to forsøk (probes). Den ene gangen reiste vi til senteret i kommunen og besøkte biblioteket og en dyrebutikk. Etter ca. ti minutter med beskjeder om å bli med ble han med. Den andre gangen, noen dager senere, dro vi til den nye skolen han skulle begynne på. Da var han klar på trappen da vi kom hjem til ham til avtalt tid.

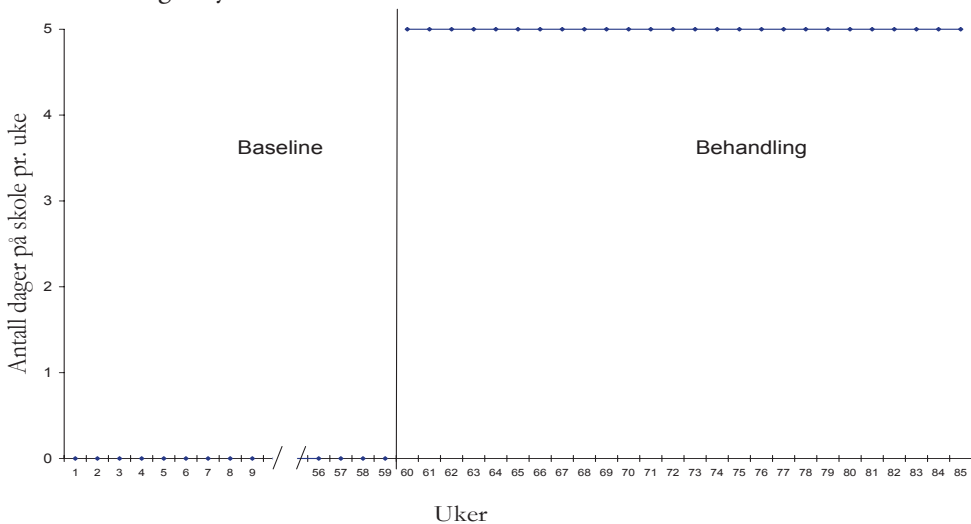
Da skolen begynte, skjedde behandlingen i følgende faser:

1. Den første skoledagen var en person fra vår tjenesten med Jan Børge, helt fra han skulle dra hjemmefra og til halve skoledagen var gjennomført. Både denne og mor var med i drosjen.
2. De neste to skoledagene ble gjennomført ved at en fra vår tjeneste kom hjem på morgenen og veiledet mor i gjennomføringen. Disse to dagene var bare per sonen fra vår tjeneste med i drosjen.
3. De tre skoledagene deretter ble gjennomført på samme måte, men Jan Børge tok drosje alene.
4. De fem skoledagene deretter ble gjennomført av mor, med en person fra vår tjeneste i beredskap dersom han ikke kom av gårde. Bare én gang var det nødvendig å dra hjem og assistere i form av veiledning av mor.
5. Etter litt over to uker, eller 11 skoledager, var det fullt og helt opp til mor og far å utføre behandlingen, uten noen fra vår tjeneste i beredskap.

Helt fra første skoledag hadde han tilgang på en assistent som han kunne henvende seg til ved behov.

## Resultater

I ett og trekvart skoleår forut for behandlingen var Jan Børge ikke på skolen i hele tatt. Fra begynnelsen av skoleåret og til midten av februar, som er den perioden vi har data for, var det 125 skoledager. Gutten hadde i denne perioden fire fraværsdager, som alle skyldtes vanlig sykdom og som ikke hadde noe å gjøre med angst og protester. Det forekom med andre ord ikke fravær på grunn av angst og protester. Tilstedeværelse i undervisningen var altså 100 %, når vi ser bort fra gyldig fravær (figur 1). De første to ukene etter skolestart klaget han en del før han skulle av gårde. Men etter ca. to uker ble protestene så godt som helt borte. I begynnelsen av skoleåret hadde klassen en overnattingstur. Han deltok på selve turen, unntatt selve overnattingen. Det ble heller ikke gjort noe *forsøk* på å få ham til å overnatte, og vi vet ikke om dette ville ha lyktes. Noen få ganger måtte han motiveres litt ekstra til å delta på større utflukter, som bl.a. en dagstur til Oslo. Etter jul ble han fritatt fra noen timer med ski og skøyter.



Figur 1. Fravær og frammøte på skolen før og etter at behandling ble satt i gang.

## Diskusjon

Resultatene viser at enkle atferdsanalytiske grep kan gjøre store utslag, etter at det var gjort mislykkede forsøk på behandling. Det er liten grunn til å tvile på at eksponering og responsprevensjon og form av ekstinksjon av unnslippelse var årsak til endringen. For det første anses en AB-design som akseptabel dokumentasjon i tilfeller hvor effekten bl.a. er stor og umiddelbar (se Kazdin, 1982). Det var også nødvendig å anvende ekstinksjon av unnslippelse: Han protesterte tydelig mot å gå på skolen, og ingenting tydet på at han i løpet av sommeren var blitt mer villig til å gå på skolen.

En veldig positiv side ved behandlingen var at selv lette, fysiske inngrep knapt var nødven-

dige, og at foreldrene veldig raskt klarte å få ham på skolen selv. Jan Børge viste minimal angst på skolen den første tiden, og viste etter nokså kort tid knapt noen tegn på angst overhode. Også i hverdagen ellers er angsten så godt som borte og han gleder seg over det meste som skjer. Han er med familien ut uten å protestere slik han gjorde tidligere. Effekten av behandlingen mot skolevegning har med andre ord etter alt å dømme generalisert til andre situasjoner. Protester forekommer kun i forhold til nye og ukjente gjøremål eller oppgaver han får, men også dette utfører han når han ikke slipper unna. Forhåpentligvis vil også dette gå av seg selv etter hvert. Jeg kan heller ikke se at den svært beskjedne fysiske berøringen, som knapt kan kalles maktbruk, representerer noe problem rent etisk. Dette må opplagt ligge innenfor det som er akseptabelt, og til og med ønskelig, i barneoppdragelse. Det er imidlertid viktig å være rimelig sikker på å lykkes når en setter i gang slik behandling, og avbryte den dersom den ikke gir ønsket resultat raskt. Jan Børge ser også tilbake på starten av skoleåret på en humoristisk måte. Han fortalte bl.a. at han hadde husket noe av det første vi sa til ham, at "det er like godt å hoppe i det som å krype i det". Han parodierte til og med den som hadde sagt det, med dialekt og det hele!

I tillegg til selve behandlingsmetodene var vår arbeidsmodell en viktig grunn til at vi lyktes. Ved å arbeide ambulant var vi til stede "der det skjedde". Vi kunne observere gutten direkte, prøve oss fram selv, rose gutten og snakke med ham, diskutere fortløpende med foreldrene, og gi foreldrene direkte veiledning, ikke minst gjennom å være modeller for dem. Ikke minst hadde vi muligheten til å observere at Jan Børge ikke viste problematiske reaksjoner på ekstinksjon, ikke minst i form av extinction burst (ekstinksjonssprekk), det vil si en økning i hyppighet av den atferd som ikke lenger forsterkes eller andre ekstinksjonsfenomener i form av opptrapping til mer alvorlig atferd (se bl.a. Lerman & Iwata, 1996). Vi håper at en slik arbeidsmodell blir mer og mer vanlig.

Jeg har noen kommentarer til tidligere behandling. Medikamenter, attpå til antipsykotiske i form av Seroquel, ble etter mitt syn gitt på svake indikasjoner. I kliniske retningsslinjer for utredning og behandling av angstlidelser (Statens helsetilsyn, 2000) står det faktisk at medikamenter ikke er særlig effektive ved agorafobi. De ble også seponert utpå høsten, uten at det førte til noen negative endringer. Jeg ser heller ikke at sjansen for at samtalebehandling skulle føre til at han begynte på skolen var særlig stor, eller at den var indikert overhode. Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved disse formene for behandling, og hvorfor det ikke ble tilbudt mer effektive, evidensbaserte metoder. Generelt er det ønskelig at behandling skjer mest mulig ut fra evidensbaserte metoder, som i stor grad finnes for angstlidelser (Statens helsetilsyn, 2000). Jeg vet ikke om behandlingen som ble gitt er representativ for norsk barne- og ungdomspsykiatri. For øvrig vil jeg selvfølgelig presisere at den foreliggende studien ikke må generaliseres ukritisk til alle tilfeller av skolevegning. Jeg understreker betydningen av å analysere årsaker til skolevegningen grundig (se Kearney & Albano, 2004; Kearney og Silverman, 1990). Dette har følger for valg av behandlingsstrategi, som i all behandling.

Jeg vil også kommentere anbefalingene fra BUP om at Jan Børge ikke måtte presses til noe han ikke ville eller ga uttrykk for at han ikke mestret. Tvert om kom vi raskt fram til at han kunne utsettes for situasjoner og krav omtrent på lik linje med andre 11-åringer. Jeg har en mistanke om at en slik overbeskyttende anbefaling kan skyldes manglende kunnskaper om funksjonelle analyser av atferd, det vil si om hva som utløser og opprettholder atferdsproblemer og -forstyrrelser. Formålet med å foreta funksjonelle analyser er at vi kan bli i stand til å utforme behandling som er baserte på en forståelse av årsaker til atferden (Holden, 1997). Det er imidlertid vanlig at foreldre blir veiledet til å møte barnets behov

for trygghet ved å ikke utsette det for unødvendige angstprovoserende situasjoner (se Oftedal 2000). Problemet er imidlertid hva som er ”unødvendige”. Jeg ser ikke bort fra at slike generelle formuleringer kan bidra til hyperforsiktighet og dermed manglende eksponering for situasjoner som det er viktig at barnet venner seg til og som barnet har forutsetninger for å venne seg til. Faren kan være at barnet lærer å vise atferd som ser ut som angst og som fører til unnslippelse. Dessuten må en alltid vurdere *graden* av angst. Ved kliniske tilstander er det selvfølgelig viktig at eksponering skjer under veiledning av personer med stor kyndighet.

Det er hyggelig for alle parter med slike resultater som er oppnådd gjennom så avgrenset innsats. Det er heller ikke noe negativt at behandlingen bygger på enkle prinsipper. Jeg tror det var Goethe som sa noe slikt som at alle intelligente tanker er allerede tenkt, det er bare nødvendig at noen tenker dem om igjen. Det enkleste kan til og med være det beste. For atferdsanalysens utbredelse er det viktig at den anvendes overfor vanlige problemer som folk kjenner igjen, gjerne problemer som klassifiseres ved hjelp av psykiatriske diagnoser. I mange tilfeller kan atferdsanalysen vise til bedre behandlingsresultater enn andre paradigmer (Eikeseth & Svartdal 2003). Det er også veldig viktig for atferdsanalysen at den kan bistå der andre instanser, som arbeider ut fra andre perspektiver, ”står fast”. Det kan styrke samarbeidet mellom atferdsanalytikere og andre fagfolk, og dempe vår isolasjon.

### Referanser

- Eikeseth, S. & Svartdal, F. (2003). Atferdsanalysen: hvor går vi? I S. Eikeseth & F. Svartdal (Red.), *Anvendt atferdsanalyse. Teori og praksis* (ss. 448–460). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gøtestam, K. G. (2003). Angstlidelser: Diagnostikk og behandling. I S. Eikeseth & F. Svartdal (Red.), *Anvendt atferdsanalyse. Teori og praksis* (ss. 339–357). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Holden, B. (1997). Funksjonelle analyser av utfordrende atferd: En begrepsavklaring og literaturgjennomgang. *Diskriminanten*, 24, 4, 5–23.
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press.
- Kearney, C. A., & Albano, A. M. (2004). The functional profiles of school refusal behavior. Diagnostic aspects. *Behavior Modification*, 28, 147–161.
- Kearney, C. A., & Silverman, W. K. (1990). A preliminary analysis of a functional model of assessment and treatment for school refusal behavior. *Behavior Modification*, 14, 340–366.
- Lerman, D. C., & Iwata, B. A. (1996). Developing a technology for the use of operant extinction in clinical settings: an examination of basic and applied research. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 345–382.
- Oftedal, G. (2000). *Angst hos barn*. www.doktoronline.no
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. revisjon. ICD-10*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Statens helsetilsyn (2000). *Angstlidelser - Kliniske retningslinjer for behandling*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., & Zettle, R. D. (2001). Psychopathology and psychotherapy. I S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes & B. Roche (Eds.), *Relational frame theory. A post-Skinnerian account of human language and cognition* (ss. 211–237). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.