

# Fobia escolar

**María Jesús Mardomingo**

*Jefe de la Sección de Psiquiatría Pediátrica  
del Hospital Provincial de Madrid  
Profesora de la Universidad Complutense  
de Madrid*

## **Resumen**

Se revisan la clínica, etiología, prevalencia, etiopatogenia y tratamiento de la Fobia Escolar. La ansiedad a la separación aparece como el mecanismo clave en los niños pequeños, cobrando progresiva importancia los factores depresivos en los niños mayores. Se describen los criterios para el diagnóstico diferencial entre la fobia escolar y el absentismo por novillos.

Palabras clave, fobia escolar, rechazo escolar, absentismo por novillos.

## **Abstract**

The clinical picture of school phobia, aetiology, prevalence, psychological mechanisms and treatment are revised. School refusal has historically been understood as primarily a consequence of separation anxiety, depression appears as a common factor in older school refusers thought. Criteria for a clear differential diagnosis between truancy and school phobia are described.

Key words, school phobia, school refusal, truancy.

Se entiende por fobia escolar la incapacidad total o parcial del niño de acudir al colegio como consecuencia de un miedo irracional a algún aspecto de la situación escolar. El temor a acudir al colegio puede producirse en verdaderas crisis de pánico cuando se aproxima el momento de ir, o en las horas previas, con amplia sintomatología fisiológica acompañante, consistente fundamentalmente en náuseas, vómitos, anorexia, diarrea, dolores abdominales, cefaleas y otros síntomas.

A veces el niño no expresa abiertamente el

miedo al colegio, pero la presencia de los síntomas citados durante los días escolares y su ausencia en vacaciones delata el problema.

El niño puede referir el miedo a un profesor, asignatura, compañero o examen, y a veces a nada en concreto.

La ausencia al colegio en los casos de fobia escolar tiene un significado claramente distinto al de aquellos casos en que el niño hace simplemente novillos. Las características de conducta y los factores sociofamiliares y geográficos son bien diferentes en ambos casos.

## PREVALENCIA

Es difícil de establecer y varía de unos estudios a otros, desde un 1 % (Chagan, 1962) hasta un 8 % (Khan and Nursten, 1962), de todos los niños referidos a los servicios de Psiquiatría Infantil. Nosotros hemos encontrado una prevalencia de un 0,5 % en la población que acude a nuestro centro. Esta cifra tan baja seguramente se debe a las características socioeconómicas de la muestra, procedente de clase social muy desfavorecida con predominio por tanto de los casos de absentismo escolar por novillos (Tabla 1).

No suele haber predominio de ninguno de los dos sexos.

La mayoría de los trabajos señalan una mayor prevalencia entre los 5 y 7 años, a los 11 años y a partir de los 14 años.

Nuestra muestra de un total de 12 casos, 6 varones y 6 hembras, se distribuía por edades de la siguiente manera (Tabla 2). Puede observarse un predominio en el comienzo de la segunda etapa y en el comienzo del Bachillerato. Asimismo existe un predominio de las niñas durante los primeros años de colegio (de los 5 a los 10 años) y un predominio de los varones a partir de los 11 años, resultando que no coincide con otros trabajos y que debe ser objeto de posteriores investigaciones.

## CLÍNICA

La fobia escolar puede iniciarse por protestas en relación con el colegio poco intensas, que se siguen de dificultades para no asistir algunos días, evolucionando hacia un rechazo total a acudir a clase. La negativa a asistir al colegio puede acompañarse de síntomas de ansiedad e incluso de verdaderas crisis de pánico cuando se aproxima la hora de ir. Muchos niños insisten en que descan ir al colegio e incluso hacen los preparativos pertinentes, pero llegado el momento son incapaces de ir,

Tabla 1

Frecuencia de la fobia escolar				
Chazan 1962	Kahn 1962	Smith 1970	Rutter 1970	Experiencia propia 1986
1,0*	8,0	3,8	3,0	0,5

\* % del total de la población infantil referida a los servicios de Psiquiatría.

Tabla 2

Fobia escolar, distribución por edades. N = 12														
EDAD														
EN AÑOS	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
NÚM.														
DE CASOS	2H		2H		1H 2V		2V						2V	
	1H													

V = Varones

H = Hembras

o se vuelven a mitad de camino o incluso una vez que ya están en la escuela.

El comienzo suele tener carácter brusco durante la primera enseñanza y manifestarse de un modo insidioso en los niños más mayores y en los adolescentes. En ocasiones puede señalarse un factor precipitante tal como un pequeño traumatismo o proceso intercurrente sin importancia. Otras veces se trata de una enfermedad de la madre o de otro familiar, un cambio de colegio o de etapa escolar, etc. Estas circunstancias parecen desencadenar en el niño un estado de intensa ansiedad que es incapaz de controlar.

En los niños adolescentes suele darse un cambio lento pero progresivo de conducta que se traduce en dificultades de socialización fundamentalmente, con tendencia al aislamiento, negativa a salir con amigos, actitudes críticas marcadas hacia el medio ambiente exterior y tendencia a las discusiones con los padres que contrastan con actitudes previas de docilidad. Son también frecuentes los síntomas depresivos.

En cuanto a la evolución de la fobia escolar, estudios longitudinales refieren que un

50 % de estos niños tienen problemas de socialización de adultos. Se han señalado también la presencia de trastornos emocionales (Berg et al., 1976).

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE FOBIA ESCOLAR Y «HACER NOVILLOS»

Broadwin describe en 1932 una variante de la ausencia al colegio (clásicamente «hacer novillos») que será denominada posteriormente «fobia escolar» por unos autores (Johnson et al., 1941) y «rechazo al colegio» por otros (Warren, 1948).

En realidad se trataría de dos entidades diferentes con características bien definidas. En nuestra experiencia personal el diagnóstico diferencial se basaría en los siguientes datos: (Tabla 3).

En la fobia escolar son frecuentes los antecedentes familiares de Neurosis, la asistencia

al colegio es percibida como un valor, la familia es de clase social media o alta y predomina la sobreprotección como pauta educativa y la pasividad y dependencia del niño. En el niño predomina la ansiedad y no se observan conductas antisociales.

La familia del niño que hace novillos suele pertenecer a una clase social desfavorecida que vive en los barrios periféricos de las grandes ciudades. El control rígido de la conducta del hijo y el uso del castigo físico son frecuentes como método educativo. La madre suele estar ausente del medio familiar durante los primeros años de la vida del niño y el padre en los posteriores. La asistencia a la escuela no es percibida como un valor importante y la presencia de conductas antisociales o claramente delictivas es relativamente frecuente. El rechazo y la ausencia del colegio aparece en estos niños como un trastorno de conducta que implica otros modos de inadaptación social. Por el contrario, la fobia escolar propiamente dicha suele ser expresión de un trastorno neurótico en el cual los síntomas predominantes son la ansiedad y los sentimientos depresivos.

Tabla 3

### Diagnóstico diferencial entre fobia escolar y «hacer novillos»

	<i>Fobia escolar</i>	<i>Novillos</i>
1. Características del medio familiar:		
— Antec. famil. de neurosis	+	—
— Antec. famil. de conducta antisocial	—	+
— Familia numerosa	—	+
— Vivienda en barrio periférico	—	+
— Clase social media y alta	+	—
— Ausencia de la madre en los primeros años de vida	—	+
2. Características educativas:		
— La asistencia al colegio es un valor	+	—
— Pautas educativas inconsistentes	+	+
— Pasividad, dependencia y sobreprotección del niño	+	—
— Control rígido y uso del castigo físico	—	+
3. Características del niño:		
— Buen rendimiento escolar	+	—
— Conductas antisociales	—	+
— Predominio trastorno emocional con ansiedad	+	—
— Conducta adecuada en el colegio	+	—
— La asistencia al colegio percibida como un valor	+	—

## PSICOPATOLOGÍA

No existe un acuerdo común acerca de los mecanismos etiopatogénicos presentes en la fobia escolar, aunque la mayoría de los autores coinciden en considerarla como expresión de un trastorno emocional. El término fobia escolar es utilizado preferentemente por aquellos que destacan la psicopatología individual en la génesis del trastorno tal como la escuela psicoanalítica, abogando por el tratamiento individual (Broadwin, 1932; Partridge, 1939).

Las teorías del Aprendizaje destacan asimismo la patología individual. El aprendizaje de respuestas inadecuadas a través de condicionamiento, condicionamiento operante o ambos, lleva a evitar determinadas conductas como medio de reducir la ansiedad, lo cual se traduce en la aparición de la fobia escolar (Ross, 1972).

Otros autores como Rutter proponen el término de Rechazo Escolar como más adecuado, ya que no hace referencia a un enfoque determinado y permite la consideración no sólo de los factores intrapersonales, sino también de los interpersonales con especial referencia a los mecanismos de interacción entre el niño, la familia y la escuela.

La fobia escolar debe entenderse ante todo como un problema de relación padre-madre-niño. Johnson en su trabajo de 1957 señala en la base de la fobia escolar una relación de dependencia madre-hijo, mal resuelta. Hersov describe tres modelos de interacción familiar fundamentales:

1. Madre superindulgente - Padre permisivo - Hijo obstinado y dominante.
2. Madre severa dominante - Padre pasivo - Hijo tímido y medroso que se revela en la adolescencia.
3. Madre superindulgente - Padre firme - Hijo obstinado y exigente.

Para Ajuriaguerra la ansiedad a la separación juega un papel muy importante en la fobia escolar. No obstante, en ciertos casos el comportamiento fóbico respondería a mecanismos más complejos bien de tipo reaccional depresivo, bien de tipo neurótico más or-

ganizado o más infrecuentemente prepsicótico.

La ansiedad a la separación es considerada como mecanismo clave de la fobia escolar por la mayoría de los autores, señalando que no se trata tanto de miedo o rechazo al colegio como de ansiedad y temor a la separación de la madre (Gittelman-Klein and Klein, 1980). Yates (1970), a partir de este concepto ha desarrollado un modelo interaccional basado en principios de la teoría del aprendizaje. En algunos niños la ansiedad se asocia a situaciones de separación, asociación generada y reforzada por la madre. Cuando el niño va al colegio, puede desarrollar miedo al mismo, en mayor o menor intensidad, dependiendo de sus propias experiencias acerca de la escuela y de la mayor o menor ansiedad desarrollada por la madre ante esta circunstancia.

La relación del niño con la madre se caracteriza por sentimientos ambivalentes de dependencia y hostilidad compatibles con un marcado temor a la separación (Eisenberg, 1958) (Esquema 1). El miedo del niño a abandonar la casa representa el miedo del niño a separarse de la madre. El niño teme que durante su ausencia algo trágico puede sucederle a su madre. Su permanencia en casa asegura su protección.

El tema de si la fobia escolar es una verdadera fobia o no, es todavía motivo de discusión. Algunos autores tales como Rutter prefieren hablar de Rechazo del Colegio, sosteniendo que el cuadro es una forma más de ansiedad a la separación. Otros autores opinan que es correcto usar el término de fobia ya que implica el desplazamiento de la ansiedad que se origina en el temor del niño a separarse de la madre hacia otro objeto externo tal como la escuela o alguna circunstancia en relación con ella.

Bowlby (1973) sugiere cuatro tipos de interacción familiar predominantes en la Fobia Escolar:

1. La madre, y menos frecuentemente el padre, padece un trastorno crónico de tipo ansioso y retiene al niño en casa como un modo de paliarlo.

**Psicopatología de la fobia escolar**

(Eisenberg 1958)



Esquema 1

**DEPRESIÓN Y RECHAZO ESCOLAR**

La presencia de síntomas depresivos en niños con fobia escolar ha sido descrita por numerosos autores (Warren, 1948; Harrington y Hassan, 1958; Clyne, 1966; Kohn et al., 1981). Hersov (1960) refiere reacciones depresivas en 10 casos de 50 niños con fobia escolar. A su vez el 10 % de las madres y el 8 % de los padres habían recibido tratamiento psiquiátrico por depresión. Davidson (1960) encuentra sintomatología depresiva en 23 de un total de 30 casos de fobia escolar, de los cuales el 50 % de las madres habían padecido una depresión. Asimismo esta autora refiere una mayor incidencia de muertes o amenazas de muerte por enfermedad severa en los familiares o amigos de la familia de los niños, precediendo el comienzo de la fobia escolar. Frommer (1967) entiende la fobia escolar como un síntoma de depresión en la infancia y opina que una vez tratada la depresión, la fobia desaparece por sí sola.

2. El niño teme que algo malo suceda al padre o a la madre mientras él está en el colegio, permanece por tanto en casa para evitarlo.

3. El niño teme que algo malo pueda sucederle a él mismo mientras está fuera de casa. Permanece por tanto en casa para evitarlo.

4. La madre, y más raramente el padre, temen que algo malo pueda suceder al niño mientras está en el colegio y por tanto lo retienen en casa.

El primer tipo es el más frecuente y también puede presentarse en combinación con alguno de los otros.

El temor del niño a que pueda suceder algo malo a la madre suele estar en relación con enfermedades o amenazas reales, en opinión de Bowlby, y no tanto en relación con el temor del niño a que sus sentimientos hostiles hacia la madre se hagan realidad.

Por su parte, Gittelman-Klein y Klein (1971-1973) utilizando como definición de depresión la incapacidad para experimentar placer y el sentimiento de incompetencia, no encuentran síntomas depresivos en su muestra de 34 niños con fobia escolar.

El 69 % de los adolescentes afectos de fobia escolar estudiados por Bernstein y Garfinkel (1986) cumplen los criterios diagnósticos de depresión de la DSM-III; el 62 % cumplen los criterios de un trastorno de la ansiedad y el 50 % cumplen los criterios de ambos trastornos.

En nuestra experiencia personal la ansiedad a la separación predomina hasta los 13 años de edad, y a partir de esa edad hay un incremento en la incidencia de trastornos depresivos. En nuestra muestra tuvimos tres pacientes, una hembra de 15 años y dos varones de 12 y 15 años respectivamente con marcado componente depresivo, predominando la ansiedad en todos los demás. Esta proporción es similar a la obtenida por Hersov.

## TRATAMIENTO

La fobia escolar o el rechazo del colegio, es un trastorno emocional, presente en problemas psiquiátricos diversos, que puede aparecer en distintas edades en el intervalo comprendido desde el inicio de la escolaridad hasta su fin. Tanto el comienzo del cuadro como los mecanismos por los que se llega al comportamiento fóbico son variados. Por tanto no puede hablarse de una etiología, mecanismos psicopatológicos y pronóstico comunes a todos los casos, y por lo mismo no puede patrocinarsse un tratamiento único. El objetivo terapéutico común es la reincorporación del niño al colegio, pero la estrategia terapéutica debe ser planeada cuidadosamente en cada caso individual.

En algunos casos el niño es remitido a la consulta de psiquiatría infantil por el médico general o por el pediatra, al cual ha acudido la familia por síntomas somáticos variados, tales como cefaleas, dolores abdominales, vómitos, náuseas, etc. La actitud del médico contribuirá, o no, a ratificar a los padres en la creencia de que su hijo tiene una enfermedad física que le impide asistir al colegio. Esta actitud primera del médico repercutirá en el tratamiento posterior y en la evolución.

Otras veces el niño es remitido directamente desde el colegio. En cualquier caso, los problemas de fondo pueden haber permanecido ocultos en ambas circunstancias. Es importante reseñar con detalle los síntomas, así como los posibles factores precipitantes, las características del medio escolar, relaciones del niño con los profesores, compañeros, dificultad de determinadas asignaturas, temores específicos o indefinidos, etc. Asimismo la edad del niño, grado de independencia, capacidad para establecer contactos sociales, cambios de nivel escolar que exigen nuevos procesos de adaptación, etc.

Los factores genéticos y hereditarios, así como las características temperamentales del niño y la estructura de la personalidad son también importantes. El nivel de aspiración

del niño, la imagen personal y aquellas circunstancias que son percibidas como una amenaza para la autoestima, deben ser evaluadas. La habilidad del niño para manipular a los miembros de la familia es un factor importantísimo.

Los factores familiares son también esenciales, especialmente los métodos educativos y concretamente los modos de reacción de la familia ante situaciones generadoras de ansiedad, agresividad, desvalimiento y muerte. Amenazas de abandono de la casa por parte de la madre o de suicidio, como medios de control de la conducta del hijo, son especialmente importantes, produciendo en el niño marcado temor a abandonar la casa, lo cual provocaría que dichas amenazas se convirtieran en hechos.

Es necesario investigar la relación entre los padres y el papel que juega el resto de los hermanos en el mantenimiento del equilibrio familiar. La actitud familiar ante la escolarización es también importante pudiendo darse factores de resistencia a que el niño acuda al colegio que permanecen ocultos y son transmitidos al niño.

La presencia de patología psiquiátrica en uno de los padres puede estar implicando al hijo en la sintomatología. Por ejemplo: depresión o temores fóbicos de la madre.

El estudio físico del niño es importante para tranquilizar a los padres. En ocasiones un defecto físico concreto, por ejemplo la talla corta de uno de nuestros pacientes, puede jugar un papel decisivo.

El diagnóstico debe ser formulado de modo comprensivo, con el diseño de hipótesis explicativas, que la posterior evolución y la respuesta al tratamiento descartarán o confirmarán.

En primer lugar debe distinguirse si se trata de un trastorno de conducta que forma parte de un cuadro más amplio de conductas antisociales o de un verdadero rechazo de la escuela. En este caso es preciso discriminar si se trata de un problema de adaptación transitorio que suele darse al comienzo de la escolaridad o bien de una auténtica fobia al cole-

gio con marcada ansiedad a la separación.

En la pubertad y en la adolescencia es muy importante investigar la presencia de un trastorno depresivo o de una esquizofrenia. En algunos casos existen trastornos psiquiátricos en uno de los padres, preferentemente una depresión de la madre.

Gran número de autores se inclinan por una reincorporación del niño al colegio lo más rápida posible, lo cual implica establecer contacto con el colegio y discutir ampliamente el plan con los padres. Esta incorporación debe ser siempre gradual. Se discute qué persona debe acompañar al niño al colegio, lo mejor es que sea uno o ambos padres, previamente entrenados para afrontar las reacciones de ansiedad y pánico del niño. Es importante que los padres comprendan que la firmeza y decisión representan un apoyo y ayuda al niño y no un rechazo de sus problemas.

Miller et al., 1974, resume el tratamiento en cuatro fases:

- a) Establecer una relación de confianza con el niño y la familia.
- b) Aclarar qué situaciones en la familia y en la escuela desencadenan ansiedad.
- c) Desensibilización del niño respecto de las situaciones que le producen temor empleando el método que se considere oportuno.
- d) Confrontación y diálogo sobre dichas situaciones.

Si el niño no mejora o se incrementan los sentimientos depresivos, o los padres no son capaces de manejar la situación, puede estar indicado el tratamiento en régimen de hospital de día o incluso el ingreso hospitalario. Durante este tiempo puede producirse una mejoría de los síntomas del niño y un cambio en las actitudes de la familia que permitan la reincorporación al colegio al ser dado de alta.

Una vez reincorporado el niño al colegio, van a ser momentos de riesgo: los fines de semana, la ausencia por enfermedad, el cambio de curso, etapa escolar o colegio, la enfermedad de un miembro de la familia.

El tratamiento de la fobia escolar fue preferentemente de tipo psicoanalítico hasta la aparición de las terapias de conducta.

Los métodos de desensibilización sistemática han dado excelentes resultados. Independientemente del enfoque terapéutico que se elija, un alto porcentaje de fobias escolares se curan. El pronóstico está íntimamente ligado a la severidad del trastorno, al tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y la intervención terapéutica y a la edad del niño, siendo tanto peor cuanto mayor es éste. En general los niños mayores suelen presentar problemas más severos. Rodríguez (1959) obtiene resultados positivos en el 89 % de los niños menores de 11 años y en el 36 % de los mayores de esta edad.

En nuestra experiencia personal, 10 de los pacientes se reincorporaron al colegio en un período breve de tiempo con buena evolución posterior. Un varón de 15 años no volvió a la escuela permaneciendo con serias dificultades de adaptación familiar y otros problemas de conducta. Otro varón de 12 años no volvió a la consulta siendo ingresado por los padres en un centro hospitalario con el convencimiento de que el niño tenía una enfermedad, concretamente un tumor cerebral.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Ha sido utilizada preferentemente la medicación antidepresiva con resultados a veces discrepantes y existiendo pocos trabajos rigurosos y controlados.

Gittelman-Klein y Klein (1971, 1980), realizaron un estudio doble ciego con Imipramina y placebo en 45 niños con fobia escolar de edades comprendidas entre los 7 y 16 años... La dosis de Imipramina eran desde 25 mgr/día hasta 220 mgr/día durante seis semanas. Después de este tiempo el 70 % de los pacientes tratados con Imipramina se habían incorporado al colegio y el 44 % de los pacientes que habían recibido placebo. Berney (1981), por su parte, no obtiene mejores resultados mediante la administración de clorimipramina a dosis de 40 mg/día en los niños pequeños y 75 mg/día en los mayores usando placebo.

Esta disparidad de criterios tal vez sea atribuible a que las dosis del segundo trabajo fueron insuficientes.

Nosotros hemos utilizado Imipramina en dosis de 1 a 5 mg/día en niños mayores de 10 años que presentaban sintomatología depresiva con buenos resultados. Es probable que la fobia escolar en estos niños fuera un síntoma más del cuadro depresivo.

El tratamiento farmacológico debe acompañarse siempre de otras formas de intervención terapéutica.

## Bibliografía

- BERG, I., BUTLER, A. y HALL, G. (1976): *The outcome of adolescent school phobia*. Brit. J. Psychiat. 128: 80-85.
- BERNEY, T., KOLVIN, I., BHATE, S., GARSIDE, F., JEANS, B., KAY, B. y SCARTH, L. (1981): *School Phobia: a therapeutic trial with clomipramine and short-term outcome*. Brit. J. Psychiat. 138: 110-118.
- BERNSTEIN, G. A. y GARFINKEL, B. D. (1986): *School Phobia: the overlap of affective and anxiety disorders*. J. Am. Academy Child Psychiat. 25, 2: 235-241.
- BOWLBY, J. (1973). *Attachment and Loss*. Vol. 2: Separation, Anxiety and Anger. Hogart Press, London.
- CHAZAN, M. (1962): *School Phobia*. Brit. J. Educ. Psychol. 32: 209-217.
- CLYNE, M. B. (1966) *Absent: School Refusal as an example of disturbed family relationship*. Tavistock Publications, London.
- DAVIDSON, S. (1960): *School phobia as a manifestation of family disturbance*. Its structure and treatment. J. Child. Psychol. Psychiat. 1, 270-287.
- EISENBERG, L. (1958): *School phobia - a study in the communication of anxiety*. Am. J. Orthopsychiat. 114: 712-718.
- FROMMER, E. (1967): *Diagnosis and treatment in Clinical Child. Psychiat*. Heinemann, London.
- GITTELMAN-KLEIN, R. y KLEIN, D. F. (1971): *Controlled imipramine treatment of school phobia*. Arch. Gen. Psychiat. 25: 204-207.
- GITTELMAN-KLEIN, R. y KLEIN, D. F. (1980): *Separation anxiety in school refusal and its treatment with drugs*. En Hersov, L. y Berg, I. (eds.) *Out of School - Modern perspectives in school refusal and truancy*, pp. 321-341. Wiley, Chichester.
- HERSOV, L. A. (1940): *Refusal to go to school*. J. Child. Psychol. Psychiat. 1: 137-145.
- JOHNSON, A. M. (1957): *School Phobia: discussion*. Am. J. Orthopsychiat. 27: 307-309.
- JOHNSON, A. M., FALSTEIN, E. I., SZUREK, S. A. y SVENDSEN, M. (1941): *School Phobia*. Amer. J. Orthopsychiat. 11: 702-711.
- KAHN, J. H. y NURSTEN, J. P. (1962): *School refusal: a comprehensive view of school phobia and others failures of school attendance*. Amer. J. Orthopsychiat. 32: 707-718.
- KAHN, J. H., NURSTEN, J. P. y CARROLL, H. C. (1981): *Unwillingly to school* (3.<sup>a</sup> ed.) Pergamon, Oxford.
- MILLER, L. C., BARRET, C. L. y HAMPE, A. A. (1974): *Phobias of Childhood in a prescientific era*. En Davids, A. (ed.) *Child Personality and Psychopathology: Current Topics*, vol. 1. Wiley-Interscience, New York.
- PARTRIDGE, J. M. (1939): *Truancy*. J. Ment. Sci. 85: 45-81.
- RODRÍGUEZ, A., RODRÍGUEZ, M. y EISENBERG (1959): *The outcome of school phobia: a follow-up study based on 41 cases*. Amer. J. Psychiat. 116: 540-544.
- WARREN, W. (1948): *Acute neurotic breakdown in children with refusal to go to school*. Arch. Dis. Child. 23: 266-272.
- YATES (1970): *Behavior Therapy*. Wiley, New York.