

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Systeembenadering bij schoolweigering

Martin van Geffen
en Hub Engelen
*Martin van Geffen*¹
werkt als
GZ-psycholoog/
psychotherapeut
bij de afdeling
Jeugd van de Gel-
derse Roos Arnhem
en Hub Engelen is
als maatschappelijk
werkende en
schakelfunctionaris
onderwijs
verbonden aan
Bureau Jeugdzorg
te Arnhem

Samenvatting Schoolweigering wordt in de GGZ onvoldoende onderkend. Het gebruik van het DSM-IV classificatiesysteem is daar mede debet aan. Hieronder volgt een uitgebreide beschrijving van de problematiek en de formulering van de diagnostische criteria. De samenhang met andere angstklachten en het onderscheid met andere vormen van schoolverzuim komt aan bod evenals de luxerende gebeurtenissen. Vervolgens wordt beschreven hoe de problematiek van schoolweigering samenhangt met een aantal gezinsfactoren en wat de gevolgen zijn voor kind en gezin. Ook is er aandacht voor de rol die instanties spelen bij het instandhouden van de problematiek.

De gevolgen van schoolweigering kunnen vrij ernstig zijn. Het kind krijgt een leerachterstand, geraakt na enige tijd in een sociaal isolement en wordt vaak depressief. In het gezin ontstaat een heel gespannen sfeer met onmachtige ouders, die het vaak ook nog oneens zijn met elkaar over de oorzaak van het niet naar school gaan en de aanpak van het probleem. Er dient bij schoolweigering dan ook altijd snel ingegrepen te worden. Bij de hier beschreven systeemtherapeutische behandeling spelen ouders een centrale rol. Uitgangspunt bij deze behandeling is dat de ouders verantwoordelijk zijn voor het schoolbezoek van hun kind. Bij hardnekkige schoolweigering wordt in samenwerking met ouders en kind en betrokken instanties een stappenplan gemaakt dat moet leiden tot herstel van schoolbezoek en herstel van de hiërarchie in het gezin.

1 INLEIDING

Veel kinderen en adolescenten die gezien worden bij Bureau Jeugdzorg, de Jeugdafdeling van de RIAGG of een kinder- en jeugdpsychiatrische polikliniek geven aan niet graag naar school te gaan. Er is vaak sprake van een al langer bestaande, soms wisselende tegenzin. Hier valt voor ouders en kind nog wel mee te

1 Correspondentieadres: De Gelderse Roos, Klingelbeekseweg 19, 6812 DE Arnhem.

MARTIN VAN GEFFEN
EN HUB ENGELÉN

leven. Een ander verhaal wordt het als het kind op een goed moment categorisch weigert nog langer naar school te gaan. Als ouders er dan niet in slagen te voorkomen dat het kind de daad bij het woord voegt, ontstaat er al vrij snel een ernstig probleem in het gezin. Bij ouders groeit de frustratie en ontstaan gevoelens van onmacht als zij er niet in slagen hun leerplichtige kind te bewegen naar school te gaan. De ouders begrijpen ook vaak niet wat er met hun kind aan de hand is en worden wanhopig.

Schoolweigering wordt, ook door hulpverleners, onvoldoende onderkend. Een van de redenen hiervoor is dat het fenomeen vaak gecamoufleerd wordt door lichamelijke klachten en/of depressie bij het kind. De DSM-IV (APA, 1994) kent schoolweigering niet als een aparte classificatie, maar als een onderdeel van de separatieangststoornis.

2 KLINISCH BEELD

2.1 *Diagnostische criteria*

Schoolweigering wordt voor het eerst en ook heel treffend beschreven in 1932 door de Amerikaanse psychiater Broadwin, die schoolweigering ziet als een variant van *truancy* ofwel spijbelen: 'Het kind is afwezig van school gedurende periodes die variëren tussen meerdere maanden tot een jaar. De afwezigheid is blijvend; op alle ogenblikken weten de ouders waar het kind is. Het is bij zijn moeder of dicht bij huis. De reden voor de schoolafwezigheid is voor ouders niet te begrijpen, noch voor de school. Soms zegt het kind dat het bang is om naar school te gaan, bang voor de leraar, of soms zegt het dat het niet weet waarom het niet naar school wenst te gaan; als het kind thuis is, is het gelukkig en blijkbaar zonder zorgen. Als het naar school gebracht wordt is het triestig, vol vrees, en zodra het maar kan, loopt het naar huis, ook al weet het dat het lichamelijke straffen zal krijgen. Het beeld begint meestal vrij plotseling. Het werk en het gedrag op school is tot dan toe vrij behoorlijk geweest.'

In de literatuur is het fenomeen in de loop der jaren afwisselend als schoolfobie en schoolweigering beschreven. De laatste tijd geeft men de voorkeur aan de benaming 'schoolweigering'. Het is een wat ruimere omschrijving dan 'schoolfobie', waarbij de angst voor en de vermijding van het schoolgebeuren centraal staan. Kearny & Silverman (1996) hanteren als definitie 'de weigering van een kind de school te bezoeken of het moeilijk te vinden er een hele dag te blijven'. In deze definitie worden ook de

kinderen inbegrepen die wel met veel moeite naar school gaan, maar halverwege de dag weer naar huis gaan.

In de praktijk valt men meestal terug op de omschrijving van Berg e.a. (1969), die als de vier belangrijkste kenmerken van schoolweigerings formuleerde:

- ernstige problemen bij het bezoeken van de school;
- ernstige emotionele opwinding of lichamelijke klachten bij het vooruitzicht naar school te gaan;
- thuisblijven met medeweten van ouders;
- afwezigheid van belangrijke antisociale gedragsstoornissen, zoals stelen, liegen en vandalisme.

Soms geeft het kind ronduit toe angstig te zijn voor het schoolgebeuren en zijn er weinig lichamelijke klachten. Vaak echter overheersen de lichamelijke klachten, zoals hoofdpijn, buikpijn, misselijkheid en braken, en kan het kind niet aangeven waar het angstig voor is. Eisenburg (1958) spreekt in dit geval van *somatic disguise*, dat wil zeggen de angst wordt vermomd of gemaskeerd door lichamelijke klachten. Deze klachten treden in de regel 's ochtends op, voordat de school begint, en ook aan het eind van het weekend. Eenmaal op school verminderen de klachten.

Schoolweigerings komt volgens Burke & Silverman (1987) bij 1% van alle schoolgaande kinderen voor. Daarbij bestaat er geen onderscheid tussen jongens en meisjes. De ervaring in de praktijk leert dat verreweg de meeste schoolweigeraars in de leeftijdscategorie tien tot vijftien jaar vallen. Dit komt overeen met de bevindingen van Berg e.a. (1972), die berekende dat de gemiddelde leeftijd van de kinderen met schoolweigerings die hij onderzocht had dertien jaar was.

2.2 Samenhang met andere vormen van angst

Bij vrijwel alle gevallen van schoolweigerings staat angst centraal. Vanuit deze optiek is er veel voor te zeggen om schoolweigerings te beschouwen als een angststoornis.

Zoals we hierboven zagen kent de DSM-IV de schoolweigerings enkel als een onderdeel van de separatieangststoornis. Last e.a. (1987) concluderen na onderzoek echter dat schoolweigerings niet alleen als symptoom van een separatieangststoornis kan optreden maar ook als symptoom van uiteenlopende angststoornissen, zoals de sociale fobie of een overmatige angststoornis. In de praktijk betekent dit dat een behandelaar bij schoolweigerings niet alleen alert moet zijn op separatieangst, maar ook moet

nagaan of sprake is van andere vormen van angst zoals sociale angst of overmatige angst. Ook faalangst kan een rol spelen. Dit is vaak het geval als er leerproblemen zijn die onvoldoende onderkend zijn. Als een kind op de school zelf of op de route van school naar huis of omgekeerd ingrijpende gebeurtenissen heeft meegemaakt zoals pesterijen, mishandeling of seksueel misbruik, kan traumatische stress een rol spelen.

MARTIN VAN GEFFEN
EN HUB ENGELÉN

2.3 Onderscheid met andere vormen van schoolverzuim

Het is belangrijk schoolweigering te onderscheiden van vormen van schoolverzuim. Scharree (1995) onderscheidt de volgende drie hoofdgroepen:

- a. Kinderen die pijnlijken. Schoolweigerers onderscheiden zich van pijnlijken in een aantal opzichten:
 - ze hebben hoge werknormen en zijn ijverig, in tegenstelling tot pijnlijken;
 - de ouders hechten meestal veel belang aan schoolbezoek, wat bij ouders van pijnlijke kinderen vaak veel minder het geval is;
 - schoolweigerende kinderen hangen aan hun ouders, terwijl pijnlijken in gezinnen leven waar veel minder hecht contact is met de ouders.
- b. Kinderen die afwezig zijn vanwege een somatische ziekte.
Wanneer kinderen ziek zijn betekent dat niet dat ze niet naar school willen. Een schoolweigering kan overigens wel ontstaan in aansluiting op een lichamelijke ziekte of gepaard gaan met lichamelijke klachten als buikpijn, hoofdpijn en misselijkheid. Dit is meestal het geval als kinderen toch al angstig zijn om naar school te gaan.
- c. Kinderen die thuis worden gehouden, bijvoorbeeld om te zorgen voor een zieke of fobische ouder. Deze ouders doen doorgaans geen pogingen het kind naar school te sturen. Ouders van schoolweigerende kinderen doen dat meestal wel.

Daarnaast zijn er nog kinderen die een reële angst hebben om naar school te gaan, bijvoorbeeld wanneer een kind in extreme mate gepest of zelfs gemolesteerd wordt door medeleerlingen, of wanneer de leerkracht in hoge mate inadequaaf omgaat met het kind. Er kan ook ernstige psychiatrische problematiek aan de orde zijn die maakt dat het kind weigert nog langer naar school te gaan, zoals een depressie, ernstige dwangverschijnselen of een psychose.

2.4 Luxerende gebeurtenissen

Schoolweigering ontstaat vaak op momenten dat het schoolritme onderbroken is. Hierbij kan gedacht worden aan de dag na een schoolvakantie, na een periode van ziek thuis zijn, na een ziekenhuisopname, na een weekend, na een verhuizing of na verandering van klas of school. Hersov (1979) noemt ook nog het vertrek of verlies van een schoolvriend, de dood of de ziekte van een naaste aan wie het kind erg gehecht was. Hansen en Tromp (2001) geven aan dat veranderingen die met school en/of thuis te maken hebben in dit verband belangrijke factoren zijn.

SYSTEEM-
BENADERING
BIJ SCHOOL-
WEIGERING

2.5 Gevolgen voor kind en gezin en gezinsfactoren

De gevolgen van schoolweigering zijn ingrijpend. Op korte termijn raakt een leerling die weigert naar school te gaan achter met leren. De contacten met andere kinderen worden snel minder. De angst om naar school te gaan neemt toe. Op langere termijn ontstaat vaak een onoverbrugbare leerachterstand. Daarnaast geraakt het kind geleidelijk in een sociaal isolement en wordt het vrijwel altijd in meer of mindere mate depressief.

In de gezinnen ontstaat gewoonlijk een zeer gespannen sfeer. Meestal doen zich in de eerste weken heftige conflicten voor tussen het kind en een van de ouders over de weigering van het kind om naar school te gaan. Een kind kan heel extreem gedrag laten zien om maar niet naar school te hoeven, zoals hysterische schreeuwpartijen, suïcidale uitlatingen of zich opsluiten op badkamer of wc. De ouders zelf voelen zich vaak tekortschieten en krijgen nogal eens onderling ruzie over de juiste aanpak van dit probleem. Ook als ouders zich na verloop van tijd neergelegd hebben bij het niet naar school gaan van hun kind blijft een latente spanning in het gezin aanwezig.

Hersov (1979) en Coolidge (1960) wijzen erop dat in het gezin van een schoolweigerend kind complexe, reeds langer bestaande gezinspathologie voorkomt. Onze ervaring is dat dit met name het geval is als bij het kind sprake is van een combinatie van separatieangst en sociale angst. Vaak is er dan sprake van een gezinspatroon waarbij tussen moeder en het schoolweigerend kind een zeer hechte maar ambivalente relatie ontstaan is, terwijl vader in het gezin een perifere positie inneemt. Deze symbiotische moeder-kindrelatie is in de loop van de jaren ontstaan. Het kind gedraagt zich voor zijn leeftijd afhankelijk en onzelfstandig en de moeder neigt ertoe tegemoet te komen en veelvuldig toe te geven aan de kinderlijke verlangens en eisen. Coolidge (1960) merkt op dat dit type moeders sterk de neiging heeft hun

MARTIN VAN GEFFEN
EN HUB ENGELÉN

kind de hand boven het hoofd te houden, bijvoorbeeld als de vader (terecht) boos is. Zij is ook geneigd het kind te beschermen tegen de als vijandig beleefde school. Hierdoor krijgt het kind veel macht binnen het gezin, maar leert het niet om te voldoen aan de eisen die in de buitenwereld gesteld worden. Als het kind dan ook nog weigert om naar school te gaan zonder dat ouders dat kunnen voorkomen, is de hiërarchie in het gezin helemaal verstoord.

Opvallend is dat over de rol van de vader in de literatuur veel minder terug te vinden is dan over de rol van de moeder. In het hierboven beschreven gezinspatroon is hij ook niet echt aanwezig in het gezin. Vanwege verschil van inzichten kan hij zijn partner onvoldoende ondersteunen in de opvoeding en trekt hij zich terug. Moeder en kind raken steeds meer gevangen in een te sterke betrokkenheid op elkaar.

2.6 Varianten van schoolweigering

In de praktijk ziet men grofweg twee varianten van schoolweigering, afhankelijk van de fase waarin het proces zich bevindt.

- a. Schoolweigering in de beginfase. Dit is aan de orde als een kind gedurende enkele weken weigert naar school te gaan. Er is nog geen grote leerachterstand opgetreden. Meestal is er ook nog regelmatig contact met school via klasgenootjes of een leerkracht. Het kind voelt zich niet prettig, maar is meestal nog niet depressief gestemd. In het gezin zijn veel spanningen tussen ouders en kind en soms ook tussen de ouders onderling over de aanpak van het probleem. Ouders hebben zich nog niet neergelegd bij de ontstane situatie, maar weten niet hoe ze ermee om moeten gaan.
- b. Hardnekkige schoolweigering. Hiervan is sprake als het kind meer dan zes weken thuis zit. Ouders hebben zich noodgedwongen min of meer bij de situatie neergelegd en voeren niet meer elke dag strijd om het kind te bewegen naar school te gaan. Het kind zelf heeft meestal een flinke leerachterstand opgelopen en realiseert zich dat het waarschijnlijk dit schooljaar niet meer zal halen. Er is nauwelijks nog contact met school. Het kind is sociaal geïsoleerd geraakt en vaak ook depressief gestemd. Ruzie komt niet meer elke dag voor, maar er heerst veel latente onvrede over de ontstane situatie en er is sprake van onmacht om daar verandering in aan te brengen.

Zoals we later zullen zien is het voor de behandeling belangrijk om dit onderscheid aan te brengen.

2.7 Rol van instanties bij instandhouden van problematiek

Er zijn meerdere instanties die een rol kunnen spelen bij het oplossen of instandhouden van de schoolweigerings.

Op de eerste plaats is daar de huisarts, waar ouders met hun kind dat lichamelijke klachten heeft naar toe gaan. Zoals Scharree (1995) vermeldt, is het vaak de huisarts die het kind als eerste ziet. Zo gauw hij weet dat een kind niet meer naar school gaat, dient de huisarts een inschatting te maken of sprake is van echte lichamelijke klachten of dat er iets anders aan de hand is, zoals gewoon thuishouden, spijbelen, schoolweigerings of een ernstige psychiatrische stoornis. Als het kind alleen aangeeft last te hebben van lichamelijke klachten, maakt de huisarts soms een verkeerde inschatting. We maakten mee dat een huisarts van mening was dat een kind dat weigerde naar school te gaan overspannen was en het advies gaf het kind maar een tijdje thuis te houden en tot rust te laten komen. Op deze manier bevestigt de huisarts ouders en kind in het idee dat het kind ziek is en beter een tijdje thuis kan blijven om op te knappen.

Ook op scholen wordt niet altijd even adequaat gereageerd. Meestal begint een schoolweigerings met van tijd tot tijd een ziekmelding. Soms wordt van school uit niet nagevraagd wat er aan de hand is. Het komt regelmatig voor dat er geen of te laat melding gedaan wordt bij de afdeling Leerlingzaken van de gemeente. Tot voor kort gebeurde het dat de afdeling Leerlingzaken niet of pas na verloop van tijd contact opnam met de ouders. Dit was vaak het geval als er toch al een hulpverlener met de casus bezig was.

In het verleden bleven kinderen met schoolweigerings op de wachtlijst van Bureau Jeugdzorg staan, terwijl ondertussen de problematiek verergerde. Vervolgens werd het kind, dat als gevolg van langdurig thuiszitten in mineurstemming was geraakt, met depressieve klachten verwezen naar de Gelderse Roos².

SYSTEEM-
BENADERING
BIJ SCHOOL-
WEIGERING

3 DE SYSTEEMTHERAPEUTISCHE BEHANDEL- METHODIEK

In onze opvatting behoort schoolweigerings bij uitstek tot de kinderpsychiatrische beelden waarbij kind- en gezinsfactoren in hoge mate verweven zijn. Juist de interactionele context is medebepalend voor het ontstaan en voortbestaan van deze problematiek. Tot deze interactionele context rekenen wij niet alleen de

2 De Gelderse Roos is de overkoepelende GGZ-instelling in de regio's Arnhem, Tiel en Ede.

MARTIN VAN GEFFEN
EN HUB ENGELÉN

gezinsfactoren maar ook de betrokken instanties, zoals school, huisarts, Leerlingzaken of andere hulpverleners. Om deze reden hebben wij gekozen voor een integrale systeemaanpak, waarbij naast het gezin ook school en andere instanties die een rol spelen betrokken worden.

Tijdens de sessies werken wij in hoofdzaak met het gezin waarbij het accent ligt op de driehoek vader-moeder-kind. Een van de eerste doelen is de communicatie tussen de ouders onderling zodanig te verbeteren dat ze elkaar weer steunen bij de aanpak van de schoolweigering. Dit is een voorwaarde om het kind uiteindelijk te bewegen weer naar school te gaan. Door uitgebreid stil te staan bij de gevolgen van schoolweigering op korte en op lange termijn, lukt dit vrijwel altijd. Bij de behandeling van schoolweigering hanteren wij de volgende uitgangspunten.

- a. Het kind moet zo snel mogelijk terug naar school.
- b. De ouders zijn verantwoordelijk voor het schoolbezoek van hun kind.
- c. Een kind met deze problematiek is meestal niet in staat om op eigen kracht weer terug naar school te gaan. Het heeft daarbij de hulp nodig van zijn ouders, die bereid moeten zijn zo nodig enige dwang uit te oefenen.
- d. Als het probleem korter dan zes weken bestaat, is het beleid: zo snel mogelijk volledig terug naar school. Ook bij jongere kinderen verdient dit de voorkeur. Duurt de afwezigheid van school langer dan zes weken, dan wordt meestal gekozen voor een geleidelijke, stapsgewijze terugkeer naar school.

Deze uitgangspunten worden ook met ouders doorgenomen, zodat ze de achtergrond van de therapeutische interventies begrijpen.

3.1 Schoolweigering in de beginfase

Wanneer er nog niet zo lang sprake is van schoolweigering, wordt een kind meestal aangemeld bij Bureau Jeugdzorg. Hier wordt al bij de telefonische aanmelding middels een checklist (zie bijlage) nagegaan of er sprake is van schoolweigering. Daardoor kan het snel gesignaleerd worden. Er wordt dan kortdurende interventie van pakweg drie contacten aangeboden. Daarbij wordt voorlichting gegeven over de gevolgen van schoolweigering. Men probeert de ouders ervan te doordringen dat zij verantwoordelijk zijn voor het schoolbezoek van hun kind, dat dit probleem niet op eigen kracht kan oplossen. Daarna maakt de hulpverlener concrete afspraken over de terugkeer van het kind

naar school. Het is in deze fase aan te bevelen om het kind meteen hele dagen naar school te laten gaan.

Meestal is deze interventie effectief in die zin dat het kind binnen vrij korte tijd weer volledig de school bezoekt. Soms wordt dit doel al met een enkel contact bereikt. Als deze interventie helemaal geen effect blijkt te sorteren, volgt doorverwijzing naar de afdeling Jeugd van de Gelderse Roos.

3.2 *Hardnekkige schoolweigering*

Bij de Gelderse Roos wordt de casus toegewezen aan een op dit terrein deskundige medewerker, die op korte termijn een eerste afspraak maakt met ouders en kind. Bij hardnekkige schoolweigering is het raadzaam te kiezen voor een geleidelijke terugkeer naar school. Eerst wordt een inschatting gemaakt van alle kind- en gezinsfactoren die een bijdrage leveren aan de problematiek en wordt nagegaan welke rol betrokken instanties in dit opzicht spelen. Voordat de behandelaar samen met de ouders kan starten met het opzetten van een stappenplan dat moet leiden tot het weer volledig bezoeken van de school door het kind, zet hij zelf ook een aantal stappen in het contact met ouders en kind.

- a. Bij de eerste afspraak gaat de behandelaar na wat er tot op dat moment gebeurd is, wie er bij de problematiek betrokken zijn en wat de reden is dat het tot nu toe niet gelukt is het kind naar school te doen gaan.
- b. Daarna geeft de behandelaar voorlichting over de gevolgen van schoolweigering op korte en op lange termijn en maakt hij de ouders duidelijk dat zij verantwoordelijk zijn voor het schoolbezoek van hun kind. Hierdoor worden ouders zich bewust van de wenselijkheid snel in te grijpen en wordt duidelijk dat zij zelf ook een belangrijke taak hebben bij de oplossing van het probleem.
- c. Vervolgens doet de behandelaar bij de gezinsleden navraag naar de opvattingen die bij hen leven omtrent de problematiek van de schoolweigering. Als ze het idee hebben dat het kind niet meer naar school gaat vanwege een lichamelijke oorzaak, verwijst de therapeut hen naar de huisarts voor een lichamelijk onderzoek. Een enkele keer komt het voor dat er nog helemaal geen contact geweest is met de huisarts. Soms heeft de huisarts het kind al wel gezien, maar heeft hij zich nog niet zo duidelijk uitgesproken over wat hij denkt dat er met het kind aan de

hand is. Soms blijven ouders en kind, ook al zijn ze bij de huisarts geweest, zich vastbijten in een lichamelijke oorzaak van de klachten. In ieder geval is deze stap nodig om lichamelijke oorzaken uit te sluiten en ouders en kind te helpen inzien dat de klachten niet alleen maar een lichamelijke achtergrond hebben.

Vaak wordt in het begin van de behandeling met het hele gezin gewerkt om ook zicht te krijgen op de positie van de andere kinderen in het gezin. Daarna werkt de hulpverlener meestal alleen met ouders en het schoolweigerend kind verder.

MARTIN VAN GEFFEN
EN HUB ENGELÉN

- d. In een eerste behandelcontact maakt de therapeut ook een heldere afspraak met ouders en kind over het behandel doel, namelijk herstel van het normale schoolbezoek van het kind. Het is belangrijk bij de gezinsleden na te gaan of ze hiermee kunnen instemmen. Ook vraagt de behandelaar aan de ouders of ze er al aan toe zijn om nu al te participeren in het behandelplan, omdat dit nu eenmaal veel van ouders vergt, met name in de beginfase van de behandeling.

Ter afronding van de voorbereidingsfase moet een keuze gemaakt worden tussen een volledige terugkeer naar school in één keer of een geleidelijke terugkeer. Ouders en kind worden betrokken in deze keuze, maar de stem van de behandelaar, die zich beroept op zijn ervaring, geeft hierbij de doorslag.

- e. Als er afspraken worden gemaakt over een terugkeer naar school, is het belangrijk dat niet alleen de dag afgesproken wordt waarop dit gaat gebeuren, maar dat ook alle belangrijke details besproken worden. Wie begeleidt het kind? Wie licht de school in en maakt afspraken over eventuele opvang op school? Is het nodig dat beide ouders 's ochtends thuis zijn en is dit ook op korte termijn te regelen? Wat zou er mis kunnen gaan waardoor het ouders niet zou lukken? Er moet door ouders, kind en therapeut een oplossing gevonden worden voor alles wat er eventueel mis zou kunnen gaan.

Als gekozen wordt voor een stappenplan, spreekt de behandelaar met ouders en kind af wat de eerste stap in dit plan wordt. In ieder geval maakt men de afspraak dat vanaf dat moment het kind zijn slaap-/waakritme aanpast aan dat van schoolgaande kinderen. Bij jonge adolescenten wil het nog wel eens gebeuren dat zij hun slaap-/waakritme zodanig gewijzigd hebben dat ze er eerst weer aan moeten wennen om op een normale tijd op te staan en naar bed te gaan. Daarnaast is het raadzaam dat een kind dat al een tijd thuis zit zonder zich met

SYSTEEM-
BENADERING
BIJ SCHOOL-
WEIGERING

schoolwerk bezig te houden, zo snel mogelijk weer wat oppakt om de leerachterstand te beperken. Zolang ouders hun kind nog niet hebben kunnen bewegen naar school te gaan, is het wel raadzaam dat zij zorgen voor een dagprogramma waarin huiswerk en huishoudelijke taken een plaats krijgen. Ouders en kind kunnen vragen of de school zorg wil dragen voor een weektaak voor het huiswerk en voor de correctie van het maakwerk. Een eerste stap zou kunnen zijn dat een van de ouders met het kind naar school gaat om het gemaakte huiswerk in te leveren en nieuwe opdrachten voor de komende week af te halen.

Om een beeld te krijgen op de dagindeling van het schoolweigerende kind dat thuis zit, vraagt de therapeut het kind een dagboek bij te houden waarin het noteert hoe laat het is opgestaan en wat het van uur tot uur gedaan heeft die dag. Vaak leidt dit ertoe dat het kind zich ervan bewust wordt dat zijn leven er op dat moment maar saai uitziet, omdat hij zich vaak loopt te vervelen. Dit versterkt over het algemeen de meestal minimale motivatie om weer naar school te gaan. Een volgende stap zou kunnen zijn dat een van de ouders en het kind met de contactpersoon op school gaan bespreken wanneer daadwerkelijk weer met de lessen begonnen wordt en met welk programma in de eerste week.

Afspraken maken over te zetten stappen is een kwestie van samen bespreken wat een zinvolle en haalbare stap is in de gewenste richting. Belangrijk is het kind hierin mee te laten denken en mee te krijgen.

Voordat op school concrete afspraken gemaakt worden over de terugkeer van het kind in de lessen, moet dit goed voorbesproken worden met het gezin. Ook is het belangrijk dat de therapeut met ouders en kind doorneemt welke problemen er op school te verwachten zijn en welke oplossing daarvoor gekozen zou kunnen worden. Door het kind hierin te betrekken wordt de motivatie om mee te werken aan de uitvoering van het stappenplan versterkt.

Als het kind erg angstig of depressief is of wanneer het slaappatroon ernstig verstoord is, wordt soms tijdelijk medicatie voorgeschreven om de uitvoering van het stappenplan te ondersteunen.

- f. Als de normale gang naar school weer hersteld is, maakt de therapeut nog een aantal afspraken met de ouders om hun onderlinge afstemming bij de aanpak van het kind verder te versterken. Vaak is het zo dat de onderlinge relatie van de

ouders door de problematiek behoorlijk te lijden heeft gehad, zeker als die relatie vóór de periode van de schoolweigering al niet al te best was. Doordat de ouders er samen in geslaagd zijn hun kind eindelijk te bewegen weer naar school te gaan, is de sfeer in het gezin weer opgeklaard en zijn ook onderlinge geschilpunten met betrekking tot de opvoeding van hun kind beter bespreekbaar. Het wegwerken van nog onopgeloste conflictstof is ook nodig om te voorkomen dat ouders in de toekomst bij spanningen weer tegenover elkaar komen te staan.

Als een van de ouders een perifere positie had in het gezin, is het van belang dat eraan gewerkt wordt de relatie van deze ouder met het kind te versterken. Als de andere ouder overbetrokken is op het kind kost het vaak moeite om de medewerking van deze ouder hiervoor te krijgen.

MARTIN VAN GEFFEN
EN HUB ENGELÉN

Hieronder de beschrijving van de behandeling van de schoolweigering van Kees, die een combinatie van separatieangst en sociale angst laat zien.

Een huisarts belt naar het spreekuur van de Gelderse Roos met de mededeling dat hij een elfjarige jongen met suïcidale uitingen wil verwijzen. Kees gaat al een dag of tien niet meer naar school. Zijn moeder is wanhopig. De huisarts vindt dat er met spoed naar gekeken moet worden en de volgende dag wordt een afspraak gemaakt met ouders en kind.

Kees ziet er witjes uit, zegt weinig en laat weinig gezichtsmimiek zien. Hij heeft lichamelijke klachten in de vorm van hoofdpijn, buikpijn, misselijkheid en overgeven en daarnaast heeft hij last van gedachten die zich manifesteren als stilstaan-de of bewegende plaatjes. Hij is enig kind.

Moeder wordt al heel snel emotioneel, zij voert het woord en maakt duidelijk dat zij het meest op de hoogte is van het probleem van haar zoon. Kees bespreekt alleen met haar zijn problemen. Vader toont zich ook bezorgd, maar is niet zo op de hoogte van de details. Moeder geeft aan dat haar zoon niet zo goed tegen de harde stem van vader kan, evenmin als zij-zelf. Bovendien is zij van mening dat vader ook niet begrijpt wat er aan de hand is met Kees.

Als Kees 's avonds niet kan slapen, roept hij zijn moeder die dan langdurig met hem gaat praten over wat er in zijn hoofd omgaat. Ze tracht hem gerust te stellen en soms ook wat af te leiden. Uiteindelijk valt Kees pas na twaalf uur in slaap. 's Ochtends is hij dan zo moe dat zijn moeder hem maar laat uit-

slapen en hem ook thuis houdt als hij aangeeft dat hij niet naar school wil. Omdat Kees in de loop van de afgelopen tijd een paar keer heeft gezegd dat hij niet verder wil leven, worden de ouders zeer bezorgd en gaat moeder naar de huisarts.

Nu Kees al zo'n dag of tien niet meer naar school gaat en er door alle gezinsleden ook nog slecht geslapen wordt, raakt iedereen steeds meer uitgeput. Moeder vertelt dat de klachten het laatst half jaar zijn ontstaan. Een paar maanden eerder had zij zelf ontslag gekregen op haar werk. In diezelfde periode is Kees op school regelmatig gepest door een paar grotere jongens, die hem op de grond duwden.

De behandelaar stelt voor om het normale slaap-/waakritme dat voor schoolgaande kinderen geldt weer te herstellen. Als de ouders aangeven dat Kees inslaapproblemen heeft, wordt met de ouders overeengekomen dat Kees lichte slaapmedicatie krijgt. Omdat Kees zich bij vader niet laat gaan, stelt de behandelaar voor dat vader zich over Kees zal ontfemen als hij in bed ligt en klaagt dat hij niet kan slapen vanwege de gedachten in zijn hoofd. Daarmee ontlast vader moeder die zo langzamerhand ook helemaal op is. Daarnaast stelt de behandelaar voor dat Kees, zolang hij nog niet naar school gaat, thuis elke dag een paar uur huiswerk gaat maken om te voorkomen dat hij een leerachterstand oploopt.

Bij de volgende afspraak blijkt dat Kees eerder in slaap is gevallen wanneer vader naar hem toe ging. Moeder oppert dat Kees aan vader niet alles vertelt omdat hij het toch niet begrijpt. Moeder blijft zich ernstige zorgen maken omdat Kees nog steeds aangeeft dat hij hoofdpijn en andere lichamelijke klachten heeft. Kees zelf maakt een vermoeide en prikkelbare indruk. De kinderpsychiater concludeert na onderzoek dat bij Kees sprake is van een depressief gedragsbeeld met dwangmatige trekken.

De lastige gedachten van Kees verdwijnen wel als hij medicatie krijgt. Daarnaast bespreekt de behandelaar met de ouders dat het voor zijn herstel nodig is dat hij weer een start gaat maken op school. Omdat Kees nog vermoeid oogt, wordt gekozen voor het eerste deel van het ochtendprogramma tot de pauze. De afspraak is dat vader er voor zal zorgen dat hij thuis is als Kees naar school gebracht moet worden. Het is zijn taak ervoor te zorgen dat Kees volgens het afgesproken programma naar school gaat. Moeder ondersteunt vader bij deze taak. Als vader enige dwang moet gebruiken en zij kan dit niet aanzien, zorgt ze ervoor dat ze even niet thuis is op dat moment.

SYSTEEM-
BENADERING
BIJ SCHOOL-
WEIGERING

Kees gaat met wisselend succes naar school zoals afgesproken. Op school is Kees wel een keer ziek geworden. Als de leerkracht even de klas uitgaat, reageert de klas onrustig en Kees wordt daarop ziek. Hij moet dan in de wc overgeven. Dan blijft hij weer een dag thuis. Verder lukt het redelijk. Maar de ouders maken zich nog wel steeds zorgen over de lichamelijke klachten van hun zoon, waarvan hij vooral bij moeder melding maakt.

MARTIN VAN GEFFEN
EN HUB ENGELÉN

In de weken hierna wordt met kleine stapjes vooruitgang geboekt. Het duurt ongeveer twee maanden voordat Kees weer het volledige schoolprogramma volgt. Hij ziet er nu veel beter uit, heeft weer kleur op de wangen. Hij is nu ook opener. De lichamelijke klachten zijn bijna, maar nog niet helemaal, verdwenen. De ouders zijn ook opgelucht en tonen zich veel minder bezorgd.

Omdat Kees nog zo weinig eigenheid laat zien, krijgt hij individuele begeleiding om die eigenheid te versterken en hem te ondersteunen bij zijn moeizaam verlopende contacten met klasgenoten. Met de ouders apart worden de gesprekken voortgezet over hoe het thuis gaat met Kees. Doel van deze contacten is om de symbiose van moeder en Kees te verzwakken en de relatie tussen vader en Kees te versterken. Dit vraagt wel de nodige tact en geduld van de behandelaar. Geleidelijk verbetert ook de relatie tussen de ouders onderling. Ruim een half jaar na de aanmelding kan de behandeling worden afgesloten naar tevredenheid van de ouders en van Kees zelf.

3.3 Afstemming met alle betrokken instanties

Afstemming met alle betrokken personen en instanties is niet alleen essentieel bij de behandeling van reeds bestaande gevallen van schoolweigering, maar is ook van belang in het kader van vroegsignalering en preventie. Door in een pril stadium in te grijpen, kan voorkomen worden dat een kind dat weigert naar school te gaan in de loop van de tijd ook nog een depressieve stoornis of angststoornis ontwikkelt. In deze fase aangeland, is er meestal een impasse ontstaan waar ouders en kind zich in arren moede maar bij hebben neergelegd en die ook in een behandeling moeilijk te doorbreken is. Om dit soort situaties te voorkomen is het van belang om gevallen van schoolweigering tijdig te onderkennen zodat ook snel en adequaat geïntervenieerd kan worden. Daartoe is in de regio Arnhem door medewerkers van Bureau Jeugdzorg en de afdeling Jeugd van de Gelderse Roos een checklist opgesteld waarmee schoolweigering snel gesignaleerd kan

worden. In een protocol is het volgende plan van aanpak vastgesteld.

1. Bij een aanmelding die doet denken aan schoolweigering bekijkt Bureau Jeugdzorg aan de hand van de checklist of er sprake is van schoolweigering.
2. Als dit het geval is, wordt beslist of een medewerker van dit bureau ermee gaat werken of dat meteen wordt doorverwezen naar de Gelderse Roos.
3. Als een medewerker van Bureau Jeugdzorg de casus op zich neemt, neemt deze binnen een week contact op met het gezin. Deze medewerker geeft in een beperkt aantal contacten met de ouders voorlichting over de gevolgen van schoolweigering en geeft richtlijnen om het dagritme van het kind en de hiërarchie in het gezin te herstellen.

SYSTEEM-
BENADERING
BIJ SCHOOL-
WEIGERING

In het voortgezet onderwijs, en met name in het vmbo, zijn sinds enkele jaren zorgteams opgestart in het kader van een integraal jeugdbeleid van de gemeenten. In de zorgteams worden leerlingen met gedragsproblemen besproken. Het is de bedoeling in een vroeg stadium de jongeren met problemen op school te bespreken en in te grijpen om schooluitval te voorkomen. In deze zorgteams hebben zitting een mentor, een zorgcoördinator, een schakelfunctionaris onderwijs van Bureau Jeugdzorg, een leerplichtambtenaar, een schoolarts, een schoolmaatschappelijk werker en een schoolpsycholoog.

De checklist en het 'protocol schoolweigering' zijn in ongeveer twintig zorgteams in de regio besproken om scholen alert te maken op schoolweigering. Het is de bedoeling dat scholen op deze manier kinderen met schoolweigering snel signaleren en bespreken in de zorgteams. Een volgende stap is om de checklist en het 'protocol schoolweigering' ook te bespreken in de teams van de schoolartsen, huisartsen en ambtenaren van de afdeling Leerlingzaken van de gemeenten. Afspraak is dat scholen altijd een melding doen bij de afdeling Leerlingzaken als een kind met onduidelijke redenen school blijft verzuimen, en dat vervolgens een ambtenaar Leerlingzaken contact opneemt met de ouders en een afspraak maakt om ouders te wijzen op hun verantwoordelijkheid. Tevens gaat hij dan na wat de reden is van het schoolverzuim en of ouders ook hulpverlening hebben ingeschakeld. In sommige gevallen kan het geen kwaad als er vanuit Leerlingzaken een zekere druk wordt uitgeoefend op ouders om ervoor te zorgen dat hun kind op redelijk korte termijn weer op school verschijnt. Ook voor onmachtige ouders kan dit een steun in de rug zijn.

4 DISCUSSIE

MARTIN VAN GEFFEN
EN HUB ENGELN

Het door Coolidge (1960) beschreven gezinspatroon komt regelmatig voor, vooral daar waar het kind een combinatie van separatieangst en sociale angst laat zien. In de praktijk komen ook tal van andere gezinspatronen voor, met name in eenoudergezinnen met een schoolweigerend kind. Zo zagen we een jonge adolescente die thuisbleef om te zorgen voor haar moeder die kampte met ernstige psychiatrische problematiek. In een ander eenoudergezin bleef een jonge adolescent thuis nadat zich in de familie en in de omgeving in een kort tijdbestek meerdere sterfgevallen hadden voorgedaan die hem in rouw gedompeld hadden. Ook in dit geval is voorlichting geven over de gevolgen van schoolweigeren belangrijk, omdat ouders zich hier vaak helemaal niet van bewust zijn. Vaak heeft men zich neergelegd bij de ontstane situatie en wordt afgewacht wat voor acties de hulpverlener gaat ondernemen.

Bij eenoudergezinnen is het nog belangrijker het kind te winnen voor het behandeldoel, omdat in deze gevallen het gevaar van afhaken groter is dan bij tweeoudergezinnen. Bij een jonge adolescent kan de angst om weer naar school te gaan zo groot zijn dat het vermijdingsgedrag zich gaat uitbreiden naar de therapie. Als er twee ouders zijn, lukt het hen meestal wel hun zoon of dochter toch mee te krijgen naar de therapie. In een eenoudergezin met een moeder kan dit wel een probleem worden. In dat geval moet men constateren dat de hiërarchie ernstig verstoord is en rest de behandelaar alleen om met moeder te bespreken hoe die hiërarchie hersteld kan worden in het gezin. Daarnaast is het in zo'n geval zinvol om mensen van buiten het gezin in te schakelen die moeder kunnen ondersteunen bij haar taak. Daarbij valt te denken aan familie, vrienden, en niet te vergeten aan de afdeling Leerlingzaken van de gemeente.

Een kind dat eenmaal weer volledig naar school gaat, knapt daar geweldig van op. Maar soms is het nog gebaat bij een vervolghandeling. Zo kan een sociaal angstig kind geholpen zijn met een sociale vaardigheidstraining. Een ik-zwak kind kan door een individuele behandeling wat sterker in de schoenen komen te staan, waardoor het beter opgewassen is tegen de eisen die in de buitenwereld aan hem gesteld worden.

Literatuurlijst

SYSTEEM-
BENADERING
BIJ SCHOOL-
WEIGERING

- APA (American Psychiatry Association) (1994). *Diagnostic en statistical manual of mental disorders (4th edition)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Berg, I., Nichols, K. & Pritschard, C. (1969). School Phobia: its Classification and Relationship to Dependency. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 10, 123-141.
- Broadwin, I.T. (1932). A Contribution to the Study of Truancy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2, 253-259.
- Burke, A.E. & Silverman, W.K. (1987). The prescriptive treatment of school refusal. *Clinical Psychology Reviews*, 7, 353-362.
- Coolidge, J.C., Willer, M.J., Tessman, E. & Waldvogel, S. (1960). School Phobia in Adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 30, 599-608.
- Eisenburg, G. (1958). School phobia: a study in the communication of anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 114, 7112-18.
- Hansen, A.D.M. & Tromp, M.J.H. (2001). Schoolfobie. In: E. de Haan & C. Dolman Hansen (red.), *Directieve therapie bij kinderen en adolescenten*. Houten: Bohn, Stafleu & Van Loghum.
- Hersov, L.A. (1979). Schoolweigering: diagnose en behandeling. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek en Kinderpsychiatrie*, IV, 2, 77-94.
- Kearny, C.A. & Silverman, W.K. (1996). The evolution and reconciliation of taxonomic strategies for school refusal behaviour. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 3, 339-359.
- Last, C.G., Hansen, C. & Franco, N. (1998). Cognitive-behavioral treatment of schoolphobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 404-411.
- Scharree, C.J. (1995). Gedragstherapeutische behandeling van schoolweigering. In: Ph.D.A. Treffers, F. Boers & M. Meier (red.), *Capita selecta uit de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden.