



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

**The @school project : developmental considerations in the design and delivery of cognitive-behavioural therapy for adolescent school refusal**

Sauter, F.M.

**Citation**

Sauter, F. M. (2010, June 23). *The @school project : developmental considerations in the design and delivery of cognitive-behavioural therapy for adolescent school refusal*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/15718>

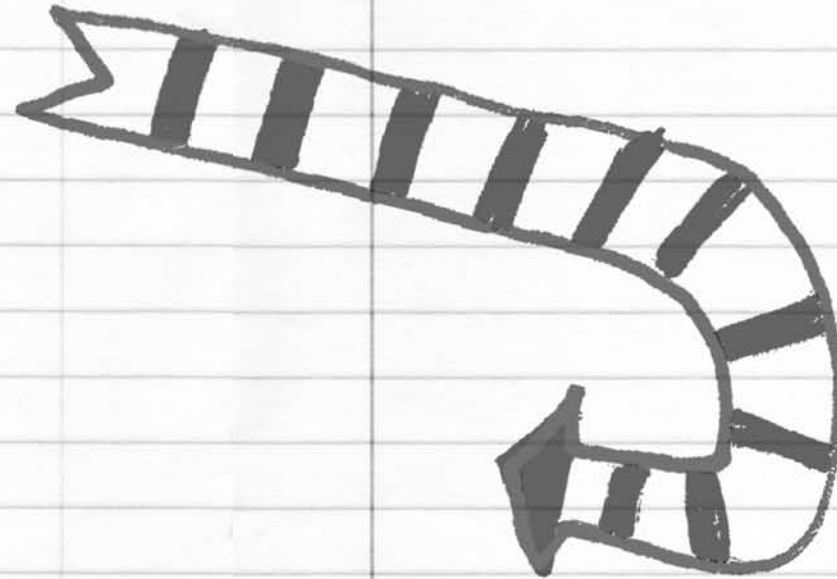
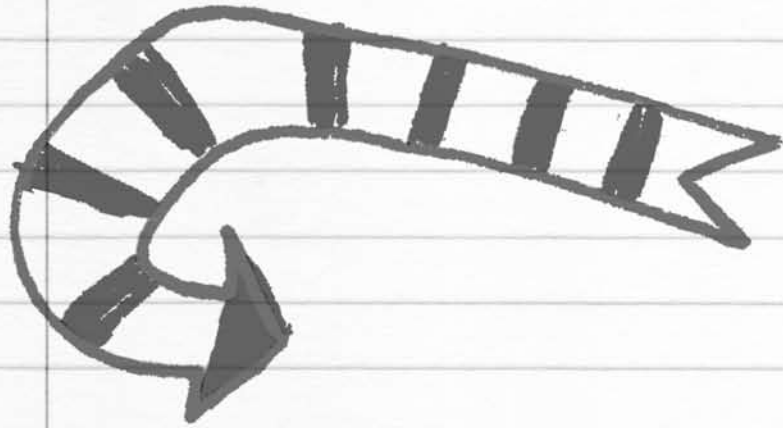
Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/15718>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Nederlandse Samenvatting



## Inleiding

Iedere jongere heeft wel eens een dag dat hij of zij niet naar school wil. Angstgerelateerde schoolweigering (hierna: schoolweigering) wordt gekenmerkt door: i) het feit dat een jongere het moeilijk vindt om regelmatig naar school te gaan; ii) de jongere thuis blijft als hij of zij niet op school is (d.w.z. de jongere verbergt het schoolverzuim niet voor de ouders); iii) internaliserende problematiek die verbonden is met het naar school gaan (vaak angst, soms in combinatie met stemmingsproblemen); iv) de afwezigheid van gedragsproblemen behalve verzet tegen het naar school 'moeten' gaan; en v) pogingen van ouders (nu of in het verleden) om hun kind naar school te krijgen. Vaak hebben schoolweigerende jongeren ook last van lichamelijke klachten als hoofdpijn, buikpijn en misselijkheid zonder dat hier een medische oorzaak voor te vinden is. Schoolweigering is anders dan een andere veelbesproken vorm van schoolverzuim: 'spijbelen'. Spijbelen wordt namelijk gekenmerkt door een gebrek aan interesse en motivatie van de jongere om naar school te gaan. Ook gaat spijbelen vaak gepaard met antisociaal gedrag (zie verder Hoofdstuk 1 voor een volledige beschrijving van het begrip 'schoolweigering').

Als een jongere regelmatig afwezig is van school kan dat een probleem worden voor de jongere zelf, voor de ouders en voor de school. De jongere kan het bijvoorbeeld als frustrerend ervaren dat het hem/haar bij herhaling niet lukt om terug naar school te gaan. Ouders kunnen zich zorgen maken over hun aanpak: doen ze er wel goed aan te blijven proberen hun kind naar school te krijgen? Ook kan schoolweigering veel administratieve en praktische problemen veroorzaken voor het schoolpersoneel. Langdurige schoolweigering heeft vaak negatieve gevolgen voor de sociale, emotionele en academische ontwikkeling van de jongere en kan leiden tot ernstige problemen binnen het gezin. Efficiënte en doeltreffende behandelingen voor schoolweigering zijn daarom noodzakelijk. Er bestaan verschillende interventies voor de behandeling van schoolweigering. Recent wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat cognitieve gedragstherapie (CGT) effectief is in de behandeling van schoolweigering bij jongeren. Uit onderzoek is echter ook gebleken dat schoolweigerende adolescenten ernstigere problemen vertonen dan schoolweigerende kinderen (bijvoorbeeld, meer verzuim; ernstigere angst- en stemmingsproblemen). Daarom zijn de betreffende adolescenten mogelijke minder vatbaar voor CGT dan kinderen.

Om bovenstaande redenen werd een bestaande en bewezen effectieve CGT voor schoolweigering aangepast voor gebruik met adolescenten. De resulterende behandeling, het '@school project', werd uitgevoerd en geëvalueerd in een behandelstudie die ontstond door een samenwerking tussen de Universiteit Leiden Sectie Ontwikkelings- en Onderwijspsychologie en Curium-LUMC Academisch Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie. De '@school project' behandeling is vanaf januari 2007 uitgevoerd op Curium-LUMC. Het behandelen van jongeren en hun ouders voor het wetenschappelijk onderzoek is in mei 2009 afgerond.

Drie doelen van de behandelstudie waren: i) een ontwikkelingsgevoelige

CGT voor schoolweigerende jongeren te ontwikkelen en een geschikte testbatterij samen te stellen voor gebruik in de behandelstudie; ii) te bepalen of CGT voor schoolweigering in adolescentie gepaard gaat met verbeteringen in het functioneren van jongeren en ouders en acceptabel is voor alle deelnemers; en iii) te bepalen of de behandeluitkomsten van CBT voor schoolweigering in adolescentie worden beïnvloed door ontwikkelingsfactoren van de jongere en door het ontwikkelingsgevoelig toedienen van de behandeling door de clinicus. De werkhypothesen die onderzocht werden in relatie tot het eerste doel waren: (i) dat de jongere en de ouders na de behandeling verbeteringen zouden tonen in een aantal gebieden van hun functioneren (bijv., schoolaanwezigheid, internaliserende klachten en self-efficacy) en (ii) dat de deelnemers de behandeling als acceptabel zouden ervaren. De vraag of ontwikkelingsfactoren van de jongere en de ontwikkelingsgevoelige aflevering van de behandeling de behandeluitkomst zou beïnvloeden, was exploratief van aard.

Scholen, leerplichtambtenaren, huisartsen, Bureaus Jeugdzorg en andere GGZ-instellingen verwezen jongeren tussen de 11 en 18 jaar en hun ouders naar het '@school project'. Dit was ondergebracht bij het Angst en Depressie team van de Polikliniek van Curium-LUMC. Voorafgaand aan de behandeling vond er een psychologisch onderzoek plaats om een goede inschatting te kunnen maken van de geschiktheid van de behandeling voor de jongere. De gegevens die uit het psychologische onderzoek naar voren kwamen werden gebruikt om de behandeling af te stemmen op de specifieke behoeften van de jongere en zijn/haar ouders. Tevens diende het psychologisch onderzoek als een basismeting waarmee in kaart gebracht kon worden welke veranderingen er optraden ten gevolge van de behandeling. Om het effect van de behandeling te evalueren vonden twee nametingen plaats: de eerste twee weken na afronding van de behandeling; de tweede twee maanden na afronding van de behandeling.

Het '@school project' hanteerde een 'drie-sporen beleid': de jongere, zijn/haar ouders en de school werden alle drie intensief betrokken bij de behandeling. De behandeling bestond uit tien tot zestien bijeenkomsten. In de bijeenkomsten vonden gesprekken plaats met de jongere, met de ouders en met beiden gezamenlijk. Ook werden er consultatieve gesprekken gevoerd met de school. De behandeling bestond uit een modulair behandelprotocol en bevatte zowel elementen (modules) uit de cognitieve als uit de gedragstherapie. Aan de cognitieve therapie werd bijvoorbeeld het opsporen en uitdagen van niet-helpende gedachten en de training in oplossingsvaardigheden ontleend. Uit de gedragstherapie stammen het (gradueel) blootstellen aan de gevreesde situatie, het oefenen van ontspanningstechnieken (beide voor de jongere) en de begeleiding van de schoolgang met strategieën. Voorbeelden hiervan zijn het belonen van gewenst gedrag en het negeren van ongewenst gedrag door de ouders.

Aan de behandeling werden ontwikkelingsgevoelige elementen toegevoegd. Bijvoorbeeld, de behandeling bevatte een module voor het omgaan met

stemmingsklachten en een module met psychoeducatie over de tienerjaren. De clinici werden gestimuleerd om gebruik te maken van leeftijdsadequate taal, materialen (zoals werkbladen) en activiteiten. De clinici hielden rekening met de niveau van CGT-relevante cognitieve vaardigheden van de jongere bij de keuze en uitvoering van cognitieve therapeutische strategieën. Ook werden de clinici aangemoedigd de ouders bij de behandeling te betrekken op een manier die paste bij het ontwikkelingsniveau van de jongeren en de vaardigheden van de ouders zelf (zie Hoofdstuk 4 voor een uitgebreid overzicht van de behandeling en het proces van behandelplanning).

Dit proefschrift beschrijft de voorbereidingen, de implementatie en de evaluatie van deze ontwikkelingsgevoelige cognitieve gedragstherapie voor schoolweigerende adolescenten. Na een beschrijving van het begrip 'schoolweigerend' (Hoofdstuk 1) is er een literatuurstudie uitgevoerd om te kijken 'waarom' het belangrijk zou zijn om rekening te houden met ontwikkelingsfactoren bij de behandeling van angstige jongeren. Ook is daarbij aan bod gekomen 'hoe' clinici die met deze doelgroep werken dit het beste zouden kunnen doen (Hoofdstuk 2). Daarna is een vragenlijst aangepast en vertaald naar het Nederlands voor gebruik bij het onderzoek. Deze vragenlijst meet vaardigheden die mogelijk belangrijk zijn voor het kunnen profiteren van cognitieve gedragstherapie, namelijk zelfreflectie en inzicht in gedachten, gevoelens en gedrag (Hoofdstuk 3).

De behandeling is vervolgens toegepast in een behandelstudie. Het proces en de uitkomsten van de behandeling zijn eerst beschreven aan de hand van een casus (Hoofdstuk 4). Daarna is er bij een groep van 20 jongeren gekeken naar de effectiviteit van de behandeling op de korte en de langere termijn (Hoofdstuk 5). In hetzelfde hoofdstuk worden ook de voorspellende waarde van een aantal ontwikkelingsfactoren en de vraag hoe acceptabel de behandeling was voor de deelnemers aan de orde gesteld. In het laatste hoofdstuk (Hoofdstuk 6) zijn de resultaten van de bovengenoemde studies samengevat en geïntegreerd. Op basis hiervan is een aantal suggesties opgesteld voor clinici en onderzoekers die werken met deze doelgroep.

## **Interpretaties en implicaties van de bevindingen voor de klinische praktijk en voor het wetenschappelijk onderzoek**

Uit de literatuurstudie in Hoofdstuk 2 komt een aantal kernpunten naar voren die relevant zijn voor clinici en onderzoekers die werken met CGT voor angstige jongeren. Ten eerste blijkt dat er weinig onderzoek is gedaan naar de rol van ontwikkelingsfactoren in de behandeluitkomsten van angstige jongeren. Überhaupt blijkt er zeer weinig bekend te zijn over de behandeluitkomsten van deze doelgroep. Op basis van de aanwezige literatuur over het behandelen van jongeren in het algemeen en het behandelen van angstige jongeren in het bijzonder zijn zes aandachtspunten geïdentificeerd die belangrijk zijn voor het ontwikkelingsgevoelig behandelen van angstige jongeren: i) het onderzoeken (voor en tijdens de behandeling) van CGT-

relevante (cognitieve) vaardigheden; ii) het gebruik van een 'case formulation' of probleemanalyse tijdens het plannen van behandelingen en het maken van een passende selectie van elementen van CGT; iii) aandacht voor de motivatie en betrokkenheid van de jongere tijdens de behandeling; iv) het aanpassen van de taal, de materialen, de activiteiten en het tempo van de behandeling aan de vaardigheden en behoeftes van de jongeren; v) ouders op een ontwikkelingsgevoelige manier betrekken bij de behandeling; en vi) overwegen of het nuttig kan zijn leeftijdsgenoten bij de behandeling te betrekken. Onderzoekers zouden zich in de toekomst meer bezig moeten houden met: i) het ontwikkelen van ontwikkelingsgevoelige cognitieve gedragstheorieën over het ontstaan en voortbestaan van angst bij jongeren; ii) het systematisch evalueren van ontwikkelingsgevoelige CGT's voor angstige jongeren en iii) het nader in kaart brengen van de vraag of ontwikkelingsfactoren invloed hebben op de uitkomsten van CGT's voor angstige jongeren.

Bovenstaande suggesties zijn ook relevant voor het werken met schoolweigerende jongeren. De invloed van de autonomieontwikkeling van schoolweigerende jongeren op de behandeling en met name op de terugkeer naar regelmatige schoolaanwezigheid is iets waar clinici in het bijzonder rekening mee moeten houden. De interactie tussen angst voor schoolgerelateerde situaties en de behoefte aan autonomie kan leiden tot extreme vormen van vermijding, en verzet tegen pogingen van ouders en de clinicus om de jongere naar school te krijgen. Als het overmatige streven naar autonomie een grote rol lijkt te spelen in het onderhouden van de schoolweigerendheid en training in gezinsprobleemoplossende- en communicatievaardigheden geen oplossing biedt, kunnen aanvullende therapeutische strategieën nodig zijn. Deze strategieën (bijvoorbeeld motivationele technieken) dienen erop gericht te zijn de jongere te stimuleren om het streven naar autonomie voort te zetten op een meer leeftijdsadequate manier en weer naar school te laten gaan. Ook hebben zij als doel de ouders in staat te stellen beter om te gaan met het verzet van de jongere. Dit kan bijvoorbeeld door andere bronnen van steun in te zetten in de thuissituatie op de 'cruciale' momenten, zoals 's ochtends voor het vertrek naar school.

Uit de resultaten van de studie gepresenteerd in Hoofdstuk 3 blijkt dat de Self-Reflection and Insight Scale for Youth [Zelfreflectie en Inzicht Vragenlijst voor Jongeren] een psychometrisch valide en betrouwbaar instrument is dat geschikt is voor afname bij jongeren. De Zelfreflectie subschaal lijkt aanvankelijk minder bruikbaar voor het meten van functioneel en adaptief reflectie over eigen gedachten en gevoelens dan de Inzicht subschaal. Dit komt voort uit het feit dat de laatst genoemde subschaal samenhangt met scores op een mate van internaliserende problematiek. Verder onderzoek is nodig om deze resultaten te bevestigen. Vervolgonderzoek zal ook uit moeten wijzen of het gebruik van vragenlijsten de meest geschikte manier is om CGT-relevante cognitieve vaardigheden te meten. Andere methoden om deze vaardigheden te meten zijn informele inschattingen van de clinicus tijdens de sessies

(bijvoorbeeld door vragen te stellen over de relaties tussen gedachten, gevoelens en gedrag) of (computer) taken. Ook zou de relatie tussen zelfreflectie, inzicht en bepaalde vormen van psychopathologie die vaak voorkomen bij schoolweigerende jongeren (bijvoorbeeld sociale angst en depressie) onderzocht moeten worden. Op deze wijze kan meer inzicht verkregen worden in de werking van CGT. Ook kan dan de vraag beter beantwoord worden voor wie CGT werkt.

De casusbeschrijving in Hoofdstuk 4 is een eerste aanwijzing van de effectiviteit van de ontwikkelingsgevoelige CGT voor schoolweigerende jongeren zoals toegepast in het '@school project'. Klinisch en statisch significante veranderingen in schoolaanwezigheid, angst- en depressiesymptomen en schoolgerelateerde self-efficacy (ofwel, de vraag in hoeverre de jongere zich in staat acht om te kunnen gaan met schoolaanwezigheid) waren direct na de behandeling aantoonbaar. Twee maanden na afronding van de behandeling waren deze veranderingen nog steeds aanwezig.

De casus illustreert treffend hoe ingewikkeld het ontstaan en de instandhouding van schoolweigerende jongeren in de adolescentie kan zijn: kind, ouder, en schoolfactoren waren allemaal opgenomen in de probleemanalyse die een belangrijk onderdeel vormde van de behandeling. De casus laat ook zien hoe een modulaire behandeling er 'in het echt' uitziet; hoe, op basis van de probleemanalyse, verschillende elementen van de behandeling (modules) flexibel toegepast moeten worden om de behandeling zo goed mogelijk af te stemmen op de individuele cliënt. Ook een ander belangrijk facet van de '@school project' behandeling tekent zich in deze casus duidelijk af: de verschillende manieren waarop ouders betrokken kunnen worden bij een behandeling voor schoolweigerende jongeren in de adolescentie. Ouders kunnen een essentiële rol spelen in het proces van terugkeer naar regelmatige schoolaanwezigheid, vooral in gevallen waar het de jongeren zelf niet lukt om zijn of haar aanwezigheid op te bouwen. Ouders kunnen een 'steunende' aanpak hanteren. Voorbeelden van deze aanpak zijn de jongere te herinneren aan zijn eigen strategieën in de omgang met angst; pogingen van de jongere om naar school te gaan te belonen; lichamelijke of andere klachten te negeren, en vertrouwen uit te stralen. Ook kunnen ouders een meer 'sturende' aanpak toepassen. Voorbeelden daarvan zijn: duidelijke boodschappen geven over schoolaanwezigheid; en meer verantwoordelijkheid nemen in beslissingen over het 'wanneer' en 'hoe' van de terugkeer naar regelmatige schoolaanwezigheid; een daadkrachtige en doortastende rol spelen in het uit bed komen/naar school gaan. Clinici moeten er echter zorg voor dragen dat de rol van de ouders aansluit bij de vaardigheden en de behoeftes van de jongere, én bij de vaardigheden en draagkracht van de ouders zelf. Confrontaties tussen ouders en jongeren over de terugkeer naar school kunnen een problematische gezinsdynamiek teweegbrengen. Binnen het huidige behandelprotocol kan het voor klinici lastig zijn hiermee om te gaan. In dergelijke gevallen zou bekeken moeten worden of het toevoegen van systemische/gezinstherapeutische behandelstrategieën aan de huidige CGT behandeling behandelwinst op zou kunnen leveren.

In Hoofdstuk 5 blijkt dat, naast de positieve resultaten van de bovengenoemde n = 1 studie, de ontwikkelingsgevoelige CGT voor schoolweigerende jongeren in de adolescentie ook voor een grotere groep effectief is. Twee maanden na afronding van de behandeling ging bijna de helft van de 20 jongeren die begonnen waren aan de behandeling meer dan 80 procent van de tijd naar school en hadden ze geen angststoornis meer. Vrijwel alle jongeren met een stemmingsstoornis hadden die diagnose niet meer twee weken na de behandeling. Twee maanden na afronding van de behandeling waren ze nog steeds vrij van een stemmingsstoornis. De behandeling werd door alle deelnemers aan de studie (jongeren, ouders, scholen en klinici) als acceptabel beoordeeld. Deze resultaten laten zien dat deze moeilijke doelgroep baat kan hebben bij een kortdurende CGT. Met name de toevoeging van de module die strategieën bevat voor de aanpak van stemmingsklachten lijkt een vooruitgang te zijn ten opzichte van eerdere CGT's voor schoolweigerende adolescenten. Ondanks de toepassing van een aanvullende module met sociale vaardigheden bleek de behandeling bij jongeren met een sociale angststoornis echter minder goed aan te slaan. Mogelijk biedt de module deze jongeren onvoldoende handvatten. Schoolweigerende jongeren met sociale angst zouden mogelijk gebaat zijn bij aanvullende behandel-elementen. Voorbeelden hiervan zijn het groepsgewijs oefenen van sociale vaardigheden en medicatie.

Inzicht in gedachten, gevoelens en gedrag, het autonomeniveau van de betreffende jongere én de ontwikkelingsgevoeligheid van de klinici waren gerelateerd aan een aantal behandeluitkomsten. Ondanks dat de ontwikkelingsgevoeligheid van de klinici een positieve impact had op de uitkomsten van de behandeling was het voor hen mogelijk lastig de behandeling in alle gevallen zo aan te passen dat rekening gehouden werd met alle ontwikkelingsfactoren. Een voorbeeld hiervan is dat problemen gerelateerd aan de autonomieontwikkeling van de jongere die zich afspeelden in de gezinscontext (zoals ruzies die plaatsvonden wanneer ouders grenzen stelden aan het gedrag van de jongere) moeilijk te behandelen waren in individuele sessies met de betreffende jongere.

Dit proefschrift beschreef een stapsgewijs proces waardoor men een innovatieve behandeling kan ontwikkelen, toepassen en evalueren. Het feit dat een aantal voorbereidende studies (bijvoorbeeld de literatuur studie en de evaluatie van de SRIS-Y) uitgevoerd werden voordat de behandeling werd ingezet is een kracht van het huidige onderzoeksproject. Het onderzoek naar deze ontwikkelingsgevoelige CGT voor schoolweigerende jongeren had ook echter een aantal beperkingen. Bijvoorbeeld, er was geen controle conditie. Dit betekent dat verder onderzoek moet uitwijzen of de resultaten echt specifiek zijn voor de '@school project' behandeling.

Een aantal aanbevelingen voor de klinische praktijk vloeide voort uit de resultaten van de studies die beschreven zijn in dit proefschrift. Het is belangrijk dat klinici rekening houden met een aantal kenmerken van schoolweigerende adolescenten (bijvoorbeeld, de aanwezigheid van stemmingsproblemen en sociale angst; de cognitieve en autonomieontwikkeling van de jongere, factoren die de

draagkracht van de ouders en dus hun deelname aan de behandeling kan beïnvloeden) om zo goed mogelijk de behandeling aan te laten sluiten bij cliënten en hun ouders. Clinici moeten ook overwegen hoe ze de leerplichtambtenaar op de meest effectieve manier kunnen betrekken bij de behandeling. Bij cliënten die minder baat hebben bij de '@school project' behandeling, zouden klinici een 'stepped care' benadering kunnen toepassen. Bijvoorbeeld, na de standaard behandeling van 16 sessies zouden extra behandelsessies ingepland kunnen worden, medicatie toegediend, of andere behandel-elementen zoals sociale vaardigheidstraining of systemische behandelstrategieën ingezet kunnen worden. Intensievere behandelvormen, zoals dagbehandeling of een klinische opname, kunnen worden overwogen als deze strategieën niet voldoende verbeteringen teweegbrengen.

Een aantal aanbevelingen voor verder onderzoek kwamen voort uit de studies die beschreven zijn in dit proefschrift. Zoals eerder benoemd is het belangrijk dat een gerandomiseerde klinische trial uitgevoerd wordt om de resultaten van Hoofdstuk 5 te repliceren en te bevestigen. In deze trial zou er gekeken moeten worden naar de effectiviteit van de behandeling bij een grotere, meer etnisch diverse steekproef, op korte en langere termijn. Verder onderzoek naar de behandeling van schoolweigerende adolescenten zou ook gericht moeten zijn op het opsporen van factoren die de behandel-effecten beïnvloeden, zogenaamde 'mediators' en 'moderators'.

## Conclusie

Gezien de ernstige korte- en lange termijn gevolgen van langdurig schoolverzuim is een effectieve en efficiënte behandeling van schoolweigerend bij jongeren van groot belang. Dit proefschrift beschrijft een wetenschappelijk onderbouwd en stapsgewijs proces dat gebruikt is om een ontwikkelingsgevoelige CGT voor schoolweigerende jongeren te ontwikkelen, uit te voeren en systematisch te evalueren. De resultaten met betrekking tot de effectiviteit van deze behandeling zijn veelbelovend. Een aanzienlijk deel van de jongeren die deel namen aan de behandeling gingen bij de tweede meting weer regelmatig naar school en hadden geen angstdiagnose meer. De resultaten wijzen ook op de potentiële invloed van ontwikkelingsfactoren als autonomie ontwikkeling en cognitieve vaardigheden bij de behandeling van schoolweigerend in de adolescentie. Hoewel het werken aan het opbouwen van schoolaanwezigheid erg uitdagend kan zijn voor zowel schoolweigerende jongeren als hun ouders waren de deelnemers van het '@school project' zeer tevreden met de behandeling. Het '@school project' kan daarom een waardevolle en laagdrempelige eerste stap zijn voor schoolweigerende jongeren en hun ouders bij het hervatten van een normaal en leeftijdsadequaat ontwikkelingstraject.