



UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM

**Helpt MDFT bij Schoolweigerings?**

**Een verkenning van de werkzame elementen van integraal behandelen bij schoolweigerings**

Masterscriptie Orthopedagogiek  
Pedagogische en Onderwijskundige Wetenschappen  
Universiteit van Amsterdam

Jacolien Kaljouw

12459623

Begeleider: Prof. dr. Peter de Jong

Tweede beoordelaar: Dr. Bonny van Steensel

Amsterdam, oktober 2021

### Abstract

Interventies voor schoolweigering (SW) zijn schaars en nog onvoldoende onderzocht. De bedoeling van het huidige onderzoek was om de toepassing van Multidimensionele familietherapie (MDFT) bij jongeren met SW te toetsen. MDFT is een bewezen effectieve interventie voor jongeren met middelengebruik en delinquentie. De effectiviteit bij SW is onbekend. Bij acht jongeren (14 – 17 jr) werd gedurende tien weken behandeling de mate van verzuim, het individuele- en het gezinsfunctioneren gemeten. Zeven jongeren hadden 100% SW (1 – 30 maanden). Eén jongere had 40% SW (6 maanden). Twee jongeren volgden een ambulante MDFT traject. De overige jongeren volgden MDFT in combinatie met een Onderwijszorgcentrum (MDFT-OZC). Twee jongeren met een MDFT-OZC traject herstelden van SW. Twee jongeren met ambulante MDFT stabiliseerden of verslechterden. Vier jongeren met een MDFT-OZC traject lieten slechts gedeeltelijk herstel of stabilisatie zien. Het achterwege blijven van herstel komt mogelijk door de ernst van de problemen en/of de lage frequentie van de blootstelling aan OZC deelname. Het lijkt er op dat het geïntegreerde aanbod MDFT-OZC bijdroeg aan herstel van SW vanwege de veilige omgeving en ondersteunende relaties. Hierdoor ontstond een positieve wisselwerking tussen schoolgang en het individuele- en gezinsfunctioneren. Vervolgonderzoek is nodig om de houdbaarheid van de conclusies te kunnen bepalen.

### Abstract

Treatments for Schoolrefusal (SR) are scarce and insufficiently researched. The aim of the present study was to examine the application from Multidimensional Family Therapy (MDFT) for adolescents with SR. MDFT is an evidence-based treatment for adolescents showing substance abuse and delinquency. The effectiveness in reducing SR is unknown. The degree of absenteeism, individual- and family functioning was measured in eight young people (14 – 17 yrs) during ten weeks of treatment. Seven youths had 100% SR (1-30 months). One had 40% (6 months). Two youths followed an ambulatory MDFT program. The others followed MDFT integrated with an Educational Care Centre (OZC-MDFT). Two youths with an MDFT-OZC trajectory recovered from SW. Two youths with ambulatory MDFT stabilized or deteriorated. Four young people with an MDFT-OZC trajectory showed only partial recovery or stabilization. The lack of recovery may be due to the seriousness of the problems and/or the low frequency of exposure to OZC participation. It appears that the integrated MDFT-OZC program contributed to SW recovery due to its safe environment and supportive relationships. This created a positive interaction between school attendance and individual and family functioning. Follow-up research is needed to determine the tenability of the conclusions.

## Inleiding

### Introductie

De meeste jongeren gaan gewoon naar school, ook als ze leren niet persé leuk vinden. Veel van deze jongeren compenseren dit met de vrienden die ze op school hebben. Ook de steun en betrokkenheid van hun ouders helpt (Barger et al., 2019). Schoolweigering (SW) komt gelukkig weinig voor. Het gaat slechts om een deel van de enkele duizenden thuiszitters die er volgens de evaluatie Passend Onderwijs zijn (Ledoux et al., 2020). Maar de gevolgen van SW zijn ernstig (Ingul et al., 2019). Allereerst voor de jongere zelf die vaak in een negatieve spiraal terecht komt van faalangst, sociale angst en somberheid (Elliot et al., 2019; Kearney, 2016). Jongeren met SW halen vaker geen diploma en krijgen op volwassen leeftijd vaker te maken met werkloosheid, financiële-, gezondheids- en relatieproblemen (Kearney et al., 2020). Niet alleen de jongeren zelf ervaren negatieve gevolgen. Ook de ouders van jongeren met SW ondervinden stress, druk van de omgeving en conflicten in hun gezin (Maynard et al., 2018). Ten slotte zorgt SW voor extra werkdruk bij docenten (Heyne et al., 2020; Balu, 2018) en kost het de maatschappij veel geld (Heyne et al., 2020).

Er zijn verschillende gedragsmatige en cognitieve gedragstherapeutische interventies ontwikkeld om SW te behandelen, maar omdat deze niet voor iedereen effectief zijn, is er nog steeds veel behoefte aan het ontwikkelen van nieuwe interventies (Heyne, 2019; McKay-Brown et al., 2019). Een mogelijke nieuwe interventie zou Multidimensionele Familietherapie (MDFT) kunnen zijn, een systemische interventie die zich al heeft bewezen in de behandeling van adolescenten met middelengebruik en gedragsproblemen. Het huidige onderzoek toetst wat de behandel-effecten zijn van de toepassing van MDFT bij jongeren met SW die begeleid worden door Stichting Timon.

### Schoolweigering

Schoolweigering (SW) en spijbelen zijn twee verschillende vormen van problematisch schoolverzuim die in de praktijk vaak met elkaar verwisseld worden (Heyne et al., 2020; Kearney et al., 2020). Om de effectiviteit van interventies voor schoolverzuim te bepalen is echter een juiste definiëring en analyse van de problematiek nodig (Heyne, 2019). Want het is duidelijk dat de factoren die bijdragen aan deze twee types schoolverzuim verschillend van aard zijn (Elliot et al., 2019). Dit heeft consequenties voor preventie en behandeling. In dit onderzoek worden de criteria voor SW gehanteerd die door meerdere onderzoekers en klinici worden onderschreven (Heyne et al., 2020; Kearney et al., 2020).

Een jongere met SW laat de volgende vier kenmerken zien (Heyne et al., 2019, p. 22): (1) De jongere weigert om naar school te gaan of gaat met tegenzin. Dit gaat gepaard met ofwel uitingen van tijdelijke emotionele stress die duiden op een aversie tegen school (bijvoorbeeld overmatig angstig, woedeaanvallen, verdriet, onverklaarbare fysieke symptomen); of chronische stress die het naar school gaan bemoeilijkt (bijvoorbeeld depressiviteit, slaapproblemen). (2) De jongere probeert het verzuim niet (meer) te verbergen voor ouders. (3) De jongere laat geen ernstig antisociaal gedrag zien, behalve verzet bij pogingen van ouders om hem of haar naar school te krijgen. (4) Ouders hebben redelijk wat inspanningen gedaan, recent of eerder in de ontstaansgeschiedenis van het verzuim, om hun kind naar school te krijgen. Bij dit laatste criterium hoort dat ouders duidelijk maken dat hun intentie is dat hun kind (hele dagen) naar school gaat. Het tweede en derde criterium maakt het onderscheid duidelijk met spijbelen. Jongeren die spijbelen proberen dit voor ouders te verbergen door bijvoorbeeld 's morgens op de normale tijd van huis weg te gaan. De uren die ze verzuimen brengen ze vaker buiten door of met vrienden, terwijl jongeren met SW vaker thuis

blijven. Ook is er bij hen vaker sprake van gedragsproblemen. Het onderscheid tussen deze groepen jongeren lijkt wat kunstmatig maar volgens Heyne en collega's (2019) is door de jaren heen voldoende wetenschappelijke onderbouwing gevonden voor zowel verschil in de aard van het verzuim als ook verschil in de onderliggende problematiek waar deze jongeren mee kampen. Zo is herhaaldelijk aangetoond dat jongeren met SW vaker internaliserende problematiek hebben en negatieve verwachtingen hebben ten opzichte van zichzelf (Egger, 2003; Maric et al., 2011; Maynard et al., 2018). Jongeren met spijbelproblematiek laten vaker externaliserend gedrag zien (Egger, 2003; Maric et al., 2011; Heyne et al., 2019; Ingul et al., 2019).

### **Risicofactoren van schoolweigering**

Meerdere onderzoekers verklaren SW vanuit het systemische perspectief dat uitgaat van de wisselwerking van het individu met zijn of haar omgeving (Bronfenbrenner, 1979; Kearney et al., 2020; Nuttal et al., 2013). In die omgeving zijn verschillende domeinen te onderscheiden die direct of indirect impact hebben op het individu. Deze benadering doet recht aan de complexiteit van SW, dat zich gedurende de tijd ontwikkelt door een wisselwerking tussen meerdere risicofactoren in verschillende domeinen (Maynard et al., 2018; Thambirajah et al., 2007). Sommige factoren zetten het proces in gang, andere versnellen het proces of houden eenmaal ontstane problematiek in stand. De risicofactoren bevinden zich op het domein van de jongere, de ouders, het gezin en de school (Maynard et al., 2018). Hieronder worden per domein enkele risicofactoren beschreven die een belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling van SW.

Ruim 50% van de jongeren met SW heeft angstproblemen (Egger, 2003; Ingul et al., 2019). Vaak is er sprake van een separatieangststoornis, sociale angststoornis of gegeneraliseerde angststoornis maar ook wanneer er geen duidelijke diagnose is, kan er sprake zijn van onderliggende angst (Egger et al., 2003; Maynard et al., 2018). De angst van de jongere met SW kan betrekking hebben op school maar het kan ook zijn dat de jongere zich bijvoorbeeld zorgen maakt om zijn ouders of om wat er thuis gebeurt tijdens zijn afwezigheid (Egger et al., 2003; Ingul et al., 2019). Ingul en collega's (2019) vermoeden dat angst die al bij jongeren aanwezig is in de loop van de tijd kan leiden tot specifieke angst voor school en dat dit vervolgens leidt tot SW. Angst hoeft niet persé SW te veroorzaken, veel jongeren met angsten gaan wel naar school (Jones et al., 2015). Het lijkt erop dat de ervaring van angst wel een risico factor is maar pas in combinatie met andere factoren tot SW leidt (Ingul et al., 2019; Jones et al., 2015). In een onderzoek van Jones en collega's (2015) werd gevonden dat angstige jongeren met SW meer somatische klachten hebben dan jongeren die ook angstig zijn maar wel naar school gaan. Mogelijk geven ouders hun kinderen eerder toestemming om thuis te blijven wanneer zij fysieke klachten hebben. Wanneer dit vaker voorkomt of langer duurt, wordt daarmee de drempel om naar school te gaan hoger (Ingul et al., 2019). Een andere hypothese is dat fysieke klachten leiden tot minder concentratie, meer moeite met het reguleren van emoties en meer moeite met het vormgeven van interacties (Jones et al., 2015). De behoefte om school te vermijden wordt daarmee groter.

Ook de al genoemde gebrekkige emotieregulatie van jongeren met SW is een belangrijke risicofactor (Ingul et al., 2019; Jones et al., 2015). Hun emoties worden niet gezien en begrepen door anderen, waarschijnlijk door de onhandige manier waarop ze geuit worden, zoals "mood swings". Dit wordt afgeleid uit de zelfrapportage van jongeren met SW waarin emoties als angst, negatieve gedachten en weinig zelfvertrouwen naar voren komen die niet gerapporteerd worden door hun ouders en leerkrachten (Ingul et al., 2019; Jones et al., 2015).

Ten slotte is depressiviteit een risicofactor voor SW. Bij spijbelen komt dit ook voor, echter minder vaak dan bij SW (Maynard et al., 2018; Ingul et al., 2019). Daarbij verschilt de inhoud van de negatieve cognities die bij jongeren met SW worden aangetroffen (Maric et al., 2011). Vergeleken met de gemiddelde jongere verwachten jongeren met SW vaker ergens in te falen. Ook generaliseren ze vaker negatieve gebeurtenissen maar hebben juist minder vaak vijandige gedachten.

Ouders van jongeren met SW hebben vaker zelf psychische problematiek en/of een geschiedenis van SW (Ingul et al., 2019). Wanneer ouders zelf angstproblematiek hebben kan dit ertoe leiden dat zij de omgeving waarnemen als bedreigend, niet alleen voor zichzelf maar ook voor hun kind (Lester et al., 2008). Deze negatieve cognities kunnen zij vervolgens overdragen aan hun kind. Ook wanneer ouders geen angstproblematiek hebben maar wel negatieve ervaringen hebben met school speelt dit mechanisme mogelijk een rol. Heyne en collega's (2013; 2019) signaleren bij sommige ouders een overmatig beschermende en controlerende opvoedstijl. Deze opvoedstijl hoeft op zichzelf geen SW te veroorzaken, maar in combinatie met internaliserende problematiek van de jongeren vormt deze mogelijk wel een risicofactor (Ingul et al., 2019). Ten slotte kan het gemis van vertrouwen van ouders in hun eigen opvoedvaardigheden een rol spelen bij het ontstaan van SW (Carless et al., 2015).

De helft tot twee derde van de gezinnen met SW functioneert minder goed dan gezinnen waar geen SW speelt maar wel enkelvoudige problematiek zoals angst of depressie (Ingul et al., 2019; Heyne, 2015). Zowel de gezinsstructuur, de communicatie als de cohesie is minder sterk dan bij andere gezinnen (Fornander et al., 2019). Dit komt onder meer tot uiting in weinig aanpassingsvermogen en onduidelijke rollen. De gezinsleden hebben weinig begrip voor elkaar, tonen hun affectie minder en missen probleemoplossend vermogen, betrokkenheid en steun. Er is geen empirisch bewijs voor de samenhang tussen conflict en het ontstaan van SW. De klinische veronderstelling is echter dat het effect heeft op zowel de motivatie als het vermogen van de jongere om met schoolse situaties om te gaan waarbij communicatieve- en probleemoplossende vaardigheden nodig zijn (McShane, 2001). Ook conflicten tussen ouders kunnen een rol spelen in het ontstaan van SW, zowel bij gescheiden ouders als bij ouders die bij elkaar zijn. Door de conflicten zijn ze minder goed in staat om in de aanpak van de SW goed samen te werken (Ingul et al., 2019).

Ook op het domein van school zijn belangrijke risicofactoren zoals: onvoldoende veiligheid en toezicht (Egger, 2003), negatief klasmanagement en negatieve relaties met een docent (Havik et al., 2014), onvoldoende adaptief onderwijs (Ingul et al., 2019) en sociale uitsluiting (Jones et al., 2015). Opvallend is het hoge percentage jongeren met SW dat gepest is, namelijk dertig tot vijftig procent (Brouwer-Borghuis et al., 2019; Havik et al., 2014; Ingul et al., 2019). Factoren die hiermee samen kunnen hangen zijn kindfactoren zoals verlegenheid, moeite met vrienden maken (Egger et al., 2003) en autisme (Brouwer-Borghuis et al., 2019). Havik en collega's (2015) vermoeden echter ook een verband met negatief klasmanagement. Positief en ondersteunend gedrag van docenten kan namelijk vanwege het modelling effect interacties tussen leerlingen op een positieve manier beïnvloeden. Wanneer dit ontbreekt vallen veel kansen op het stimuleren van positieve interacties weg. Ten slotte zou een goede samenwerking tussen school en ouders SW kunnen voorkomen omdat goede afstemming met ouders en jongeren de kans op effectieve aanpassingen groter maakt (Havik et al., 2014). Maar in de praktijk blijkt dit lastig omdat docenten SW vaak te laat signaleren. Daarbij hebben veel ouders en jongeren de ervaring dat school hen de schuld geeft van het verzuim (Havik et al., 2015).

### **In stand houdende factoren**

Om beter zicht te krijgen op factoren die SW in stand houden is het helpend deze vanuit meerdere perspectieven te onderzoeken. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden tussen het gedragsmatige-, het cognitieve- en het systemische perspectief. Kearney (2002, p. 235) beschreef vanuit gedragsmatig perspectief vier functies van SW: (1) Het vermijden van prikkels in school die een algeheel negatief gevoel zoals angst of depressiviteit oproepen. (2) Ontsnappen aan specifieke negatieve situaties (sociale of beoordelingsmomenten, zoals geven van presentaties, sport). (3) Aandacht zoeken van belangrijke anderen. (4) Verkrijgen van tastbare beloningen buiten school, zoals middelengebruik/hangen met vrienden. De eerste twee functies verwijzen naar negatieve bekrachtiging. Ook wel omschreven als “pushen”, het mechanisme waarbij kinderen weggeduwd worden van school (Kearney, 2008). De andere twee functies verwijzen naar positieve bekrachtiging, “pulling”, dit is het mechanisme waarbij kinderen elders heen getrokken worden. Het is mogelijk dat meerdere functies tegelijk spelen (Kearney et al., 2004) en elkaar in stand houden in een complex samenspel (Nuttal et al., 2013).

Vanuit het cognitieve perspectief bekeken zijn het met name de negatieve gedachten over eigen falen en andere negatieve gebeurtenissen die SW mede veroorzaken dan wel in stand houden (Maric et al., 2011). De mislukte pogingen om de schoolgang te herstellen zorgen voor faalervaringen die gedachten oproepen als “ik maak er een bende van, dit komt nooit meer goed”. Deze gedachten leiden tot een gevoel van hopeloosheid. Zo ontstaat een vicieuze cirkel van negatieve gedachten, gevoelens en gedrag (Heyne et al., 2013).

Het systemische perspectief verklaart de instandhouding van SW met de wisselwerking tussen de jongere en diens omgeving (Nuttal et al., 2013; Bronfenbrenner, 1979). De risicofactoren in de omgeving die een rol spelen bij het ontstaan van SW, kunnen andersom ook weer versterkt worden door SW. Bijvoorbeeld het gebrek aan vertrouwen van ouders in de eigen opvoedvaardigheden kan in combinatie met andere risicofactoren aanleiding zijn voor SW maar andersom kan SW dit gebrek aan vertrouwen versterken (Carless et al., 2015) en een in stand houdende factor zijn van negatieve gezinspatronen bij schoolweigeraars (Carless et al., 2015; Galle, 2019). Een ander voorbeeld is dat wanneer ouders pogingen ondernemen om SW te herstellen dit veel spanning oproept (McKay-Brown et al., 2019). Dit kan leiden tot conflicten (Maynard et al., 2018) die vervolgens weer effect hebben op de gezinscohesie: Ouders gaan vaak eerst het conflict aan maar geven dit op en trekken zich gefrustreerd terug als ze merken dat dit geen effect heeft (Fornander et al., 2019). Het gemis aan cohesie ten slotte kan de stress bij de jongere doen toenemen (Heyne et al., 2014) en de SW verergeren.

### **Kenmerken van interventies bij schoolweigering**

De complexe aard van SW maakt dat interventies moeten voldoen aan verschillende kenmerken. Omdat de in standhoudende factoren zich op verschillende domeinen bevinden moet een interventie uit meerdere onderdelen bestaan die geïntegreerd worden aangeboden (Reissner et al., 2019). Dit om te voorkomen dat bepaalde risicofactoren SW in stand blijven houden (Kearney et al., 2020). Daarbij is flexibiliteit en maatwerk nodig omdat zowel de afzonderlijke in stand houdende factoren als het samenspel tussen factoren per jongere verschillend kunnen zijn. Dit betekent dat de start van een interventie moet bestaan uit een analyse zodat er een individueel en integratief beeld ontstaat (Heyne et al., 2021). Vervolgens kan de behandeling op maat gemaakt worden. Er kan een versterkend effect ontstaan wanneer de behandeling verder reikt dan het individuele niveau van de jongere (Nuttal et al., 2013). Ouders en jongeren die beter leren communiceren en meer

probleemoplossende vaardigheden ontwikkelen, zullen meer verbinding met elkaar en minder conflicten en stress ervaren (Heyne et al., 2013). Ook school moet betrokken worden bij de analyse en behandeling van een jongere met SW omdat zich ook op het domein van school in standhoudende risicofactoren bevinden (Brouwer-Borghuis et al., 2019; Kearney, 2008b; McKay-Brown et al., 2019).

Op het domein van de jongere wordt vanuit gedragsmatig perspectief geadviseerd de specifieke functie van SW te onderzoeken en op basis daarvan een interventie in te zetten (Kearney, 2008b). In het geval van de eerste functie, “het vermijden van prikkels in school die een algeheel negatief gevoel zoals angst of depressiviteit oproepen”, is het advies angstreductietraining op basis van exposure. Bij de tweede functie, “het ontsnappen aan specifieke negatieve situaties (sociale of beoordelingsmomenten, zoals geven van presentaties, sport)”, worden cognitieve herstructurering en mindfulness aanbevolen. In het geval van de derde functie, “het aandacht zoeken van belangrijke anderen”, is het advies oudertraining. Bij de vierde functie, “het verkrijgen van tastbare beloningen buiten school, zoals middelengebruik en hangen met vrienden” is het advies gezinsbehandeling. Bij ernstige SW spelen vaak meerdere functies een rol en wordt een combinatie van deze interventies aanbevolen (Kearney et al., 2020). Bij het cognitieve perspectief hoort Cognitieve gedragstherapie (CGT), eventueel aangevuld met exposure. Meerdere onderzoekers bevestigen het effect van deze behandeling (Heyne et al., 2013; Elliot., 2019). De therapie moet zich richten op de negatieve gedachten van de jongere omdat zij de terugkeer naar school verhinderen (Maric et al., 2011). Heyne en collega’s (2014) voegen er nog aan toe dat de therapie aan moet sluiten bij de ontwikkelingsfase van adolescenten. Een voorbeeld vanuit het systemische perspectief is het reïntegratiemodel van Nuttal en collega (2013), gebaseerd op de ecologische systeemtheorie van Bronfenbrenner (1979). Dit model neemt als uitgangspunt de psychologische basisbehoeften van jongeren: gevoelens van veiligheid, geborgenheid, erbij horen, zelfvertrouwen, eigenwaarde, ambitie en motivatie. In de schillen eromheen (gezin, school, buurt, samenleving) bevinden zich allerlei factoren die direct of indirect tegemoet kunnen komen aan de psychologische basisbehoeften van de jongere. Interventies die in de casereview werden beschreven waren gericht op het versterken van deze factoren, zoals begrip voor de jongere, het creëren van successen door aanpassingen in het schoolprogramma en door ouders en school te ondersteunen in hun begeleiding van de jongere. Volgens Nuttal (2013) droeg met name de ondersteuning van het gezin en de positieve samenwerking tussen thuis en school bij aan het succes van de jongere.

In het ouder- en gezinsdomein moeten volgens gedragsmatig perspectief doelen gericht zijn op het doorbreken van de bekrachtiging van ongewenst gedrag van de jongere met SW (Fornander et al., 2019). Een interventie is dan contingency management, het bekrachtigen van gewenst gedrag en negeren van ongewenst gedrag (Kearney et al., 1995). Het cognitieve perspectief ondersteunt het betrekken van ouders op basis van klinische waarneming. Er is geen eenduidig empirisch bewijs voor het betrekken van ouders bij de behandeling van angst in het algemeen, maar wanneer de angst gerelateerd is aan SW pleiten meerdere onderzoekers voor het betrekken van ouders (Elliot et al., 2019; Heyne et al., 2019). Ouders zijn bijvoorbeeld nodig ter ondersteuning van de exposure bij de jongere (Lomholt et al., 2020; Reissner et al., 2019). Verder is een doel voor ouders van jongeren met angst die een overbeschermd opvoedstijl hebben het ontwikkelen van een meer flexibele autonomie-ondersteunende opvoedstijl (Heyne et al., 2013). Ook het opsporen en uitdagen van negatieve cognities van de ouders zelf ten opzichte van de mogelijke terugkeer naar school en/of de eigen competenties om daarmee om te gaan is een belangrijk behandeldoel (McKay-Brown et al., 2019; Heyne et al., 2020). Het belang van dit doel wordt onderbouwd door de gevonden samenhang

tussen toegenomen bekwaamheid die ouders ervaren en het afnemen van SW (Carless et al., 2015; McKay-Brown et al., 2019). Volgens het systemische perspectief zijn positieve communicatie (Reissner et al., 2019) en cohesie (Nuttal et al., 2013) belangrijke gezinsdoelen.

Interventies op het schooldomein moeten bestaan uit aanpassingen van het onderwijstraject (Heyne et al., 2021). Voor veel jongeren geldt dat school weer een veilige omgeving moet worden, waar ze zich erbij voelen horen en waar achterstanden geaccepteerd worden (Nuttal et al., 2013) en geoefend kan worden met sociale vaardigheden. Om dit te bereiken is psycho-educatie nodig (Heyne, 2014) en coaching van de leerkrachten (McKay-Brown et al., 2019). De therapeut kan als advocaat voor de jongere fungeren om zo de blokkades weg te nemen (Heyne et al., 2013). Soms kan de drempel naar school verlaagd worden door middel van taxi-transport, soms is een toegankelijke en veilige tussenvoorziening nodig om te re-integreren (McShane, 2007).

### **Interventies voor schoolweigering**

In de afgelopen jaren zijn meerdere interventies ontwikkeld en onderzocht die aan bovenstaande criteria voldoen, bijvoorbeeld: Back2school (Lomholt, 2020), De Link (Brouwer-Borghuis et al., 2019), Multimodal treatment (Reissner et al., 2019), In2School (McKayBrown et al., 2019), @ School Program (Heyne et al., 2014). Vanwege de focus van dit onderzoek is gekozen voor interventies gericht op adolescenten met SW. Overeenkomsten tussen de gekozen interventies zijn de flexibele en geïntegreerde aanpak, het bieden van individueel maatwerk op basis van een analyse van de instandhoudende factoren en het betrekken van zowel ouders als school. Tegelijk zijn er enkele interessante verschillen, bijvoorbeeld in de mate waarin school en ouders onderdeel zijn van de behandeling. Hier volgt een korte beschrijving:

Het programma Back2school bestaat uit tien sessies met ouders en jongere gedurende twee tot vier maanden (Lomholt et al., 2020). Daarnaast zijn er vier bijeenkomsten met de (reguliere) school van de jongere. De kern van de behandeling is CGT, uitgevoerd door een psycholoog. Uit een onderzoek met voor- en nameting en een follow-up na een jaar bij 22 gezinnen bleek een toename van schoolaanwezigheid, afname van onderliggende problematiek en een toename van zelfvertrouwen bij zowel jongere als ouders. Jongeren die deelnamen hadden een gemiddelde leeftijd van 12,7 jaar en verzuim vanaf 10 %. Een kwart van de jongeren had 100% verzuim in de laatste 4 weken voor behandeling. Bij de follow-up had 67 % van de jongeren minder dan 10% verzuim. De feedback van deelnemende docenten was dat ze eerder in het traject betrokken hadden willen worden zodat de therapeut informatie over de klasomgeving had kunnen benutten.

Een interventie waarbij het programma juist gecentreerd is rondom de docenten is De Link (Brouwer-Borghuis et al., 2019). Dit is een alternatief schoolprogramma van ongeveer een jaar met leerkrachten die geschoold zijn in CGT principes. Zij voeren geen CGT uit maar helpen de jongeren in de dagelijkse onderwijspraktijk met het oefenen van meer helpende gedachten en het overwinnen van moeilijke situaties. Een belangrijke pijler van het werk is de nauwe samenwerking met GGZ en ouders, maar er is geen behandeling gericht op ouders. Deelname aan het programma wordt geleidelijk opgebouwd, aan het einde van de interventie wordt schoolgang naar ander onderwijs ook weer geleidelijk opgebouwd. Uit dossieronderzoek naar 30 cases blijkt dat jongeren met een gemiddelde leeftijd van 15,2 jaar 10% verzuim hadden gedurende 5 tot 87 weken voorafgaand aan de opname. Na deelname aan de Link keerden geen enkele jongere terug naar de school van herkomst, maar wel stroomden alle jongeren uit naar één of andere vorm van onderwijs of dagbesteding.



Het programma In2School lijkt op de Link in zoverre dat de jongeren het 20 weken durende programma volgen in een tussenvoorziening (McKay-Brown et al., 2019). Deze is gevestigd bij een GGZ instelling en bestaat uit zowel onderwijs als zorg. Er is een opbouw in de aanwezigheid, evenals in het aantal leerlingen waar de jongere het programma mee volgt. Een eerste verschil met de Link en overeenkomst met Back2School is het onderdeel CGT dat wordt uitgevoerd door een therapeut. Een verschil met beide eerstgenoemde interventies is het programma voor ouders (los van de jongere) dat bestaat uit vijf ouderbijeenkomsten zonodig aangevuld met huisbezoeken en gezinssessies. Naast psycho-educatie is er aandacht voor het onderzoeken en uitdagen van de eigen blokkades van ouders, zoals negatieve cognities ten opzichte van de mogelijke terugkeer naar school en/of de eigen competenties om daarmee om te gaan. Bij zeven jongeren van 12 tot 14 jaar ( $M = 13$ ) is een voor- en nameting gedaan en een follow-up meting zes maanden na afloop van de interventie. Vier jongeren hadden 100% verzuim, gemiddeld was er 13,2 maanden verzuim. Er werden positieve effecten gevonden in hun schoolgang, welbevinden en sociale vaardigheden evenals in schoolse prestaties. Van deze zeven jongeren keerden er zes terug naar het regulier onderwijs.

Multimodal treatment is net als Back2School een ambulante programma en verschilt daarmee van de Link en Back2School (Reissner et al., 2019; Reissner et al., 2015). De gemiddelde duur van het traject is 23 weken. Een overeenkomst met Back2School en In2School zijn de wekelijkse CGT-sessies. Een overeenkomst met In2School is het intensieve programma voor ouders, er zijn wekelijkse sessies met ouders apart en wanneer nodig als gezin. Ook school wordt betrokken door bijvoorbeeld het consulteren van de mentor. Het programma valt op in vergelijking met de andere interventies door de expliciete aandacht voor het motiveren van de jongere en diens ouders. Allereerst door het wekelijkse sport aanbod. Het doel hiervan is niet alleen de fysieke training, het werken aan sociale vaardigheden en teambuilding maar het wordt ook gezien als een motivatiebevorderend onderdeel. Een tweede interventie om de samenwerking en motivatie te verbeteren zijn huisbezoeken. Door middel van gesprekstechnieken uit Motiverende gespreksvoering worden veranderwensen en doelen van de jongeren "uitgelokt". Ten slotte wordt de jongere gevolgd in zijn plan van terugkeer naar school om tegemoet te komen aan de bij adolescenten behorende autonomiebehoefte en zo zijn betrokkenheid en motivatie te vergroten. Vooraf wordt met de jongere en ouders nagedacht over aanpassingen van het plan wanneer het hem niet op eigen kracht lukt. In een post-hoc analyse van een eerder onderzoek werd een nameting bij 29 jongeren gedaan, één jaar na de behandeling. Hierbij werden de resultaten van jongeren met SW en jongeren die spijbelden vergeleken. Van de jongeren met SW hield 75% nog het normale schoolritme vast, bij de jongeren met spijbelen of de gemixte groep lag dit percentage lager, namelijk 60% en 50%.

Ook het @School program voor adolescenten heeft expliciete aandacht voor de autonomiebehoefte van jongeren (Heyne et al., 2011; Heyne et al., 2013). Dit programma kiest echter een andere invalshoek, namelijk het begeleiden van ouders bij het ontwikkelen van een autonomie-ondersteunende opvoedstijl. Hierdoor krijgt de jongere ruimte om het tijdens de CGT sessies geleerde zelf toe te passen, ook met betrekking tot de schoolgang. Pas wanneer na enige tijd blijkt dat de jongere de schoolgang niet oppakt gaan ouders over op een directieve rol door zelf meer verantwoordelijkheid te nemen. Onderbouwing van een meer autonomie-ondersteunende opvoedstijl van ouders is ook te vinden in de literatuur over angst bij jongeren (Sauter et al., 2009). Een overeenkomst met In2School is dat ouders ook begeleiding krijgen in het uitdagen en reconstrueren van hun eigen negatieve cognities. Een overeenkomst met Multimodal treatment is het regelmatige contact met school. Onderzoek met voor- en nameting en follow-up met 20

jongeren die een gemiddelde duur van zes maanden SW hadden liet significante vermindering van angst en depressie en een regelmatige schoolgang zien, 45% had een schoolgang van 80% of meer.

Concluderend zien we bij deze interventies als gemeenschappelijk kenmerk de flexibele en geïntegreerde aanpak. De interventies zijn gericht op in stand houdende risicofactoren op het domein van de jongere, ouders/het gezin en school. De mate waarin ouders en school worden betrokken is verschillend evenals de wijze waarop onderwijs en behandeling geïntegreerd wordt. Twee interventies bieden onderwijs in een tussenvoorziening, waarbij in het éne geval docenten getraind worden om therapeutische principes toe te passen en in het andere geval de therapeut nauw samenwerkt met de docenten. Enkele interventies hebben expliciet aandacht voor het motiveren van de jongeren, ofwel in sessies met de jongere of via een meer autonomie-ondersteunende opvoedstijl van ouders. De interventies die uitgevoerd worden in een tussenvoorziening hebben zeer goede resultaten, meer dan 80% van de jongeren herstelden van SW. Bij de ambulante interventies varieerde dit percentage van 45-75%.

### **Vergelijking met MDFT**

De eerste uitkomsten van bovenstaande interventies zijn positief maar er is meer onderzoek nodig. Daarbij zijn ze niet allemaal in Nederland beschikbaar. Veel jongeren met SW worden aangemeld bij Sociale wijkteams en Jeugdteams die op zoek zijn naar specialistische interventies. Zij komen dan regelmatig uit bij Multidimensionele familietherapie (MDFT). Dit is een uitvoerig onderzochte behandeling, voor jongeren van 12 tot 18 jaar en hun ouders. MDFT is effectief gebleken bij jongeren met middelengebruik, delinquentie en comorbide gedragsproblemen (Van der Pol et al., 2017). De Databank Effectieve Jeugdinterventies geeft aan dat MDFT effectief is volgens sterke aanwijzingen voor delinquentie, gedragsproblemen en middelengebruik (Nji, 2021). In Nederland verzorgt Stichting Jeugdinterventies de opleiding en de monitoring van de 39 teams met opgeleide therapeuten (MDFT, 2021).

MDFT is nog niet onderzocht op de effecten van behandeling bij SW maar een vergelijking van de elementen van MDFT met de in de vorige paragraaf beschreven interventies levert interessante overeenkomsten op. MDFT is een behandeling gericht op de domeinen van respectievelijk de jongere, ouders, gezin en extern (school en vrije tijd) (Liddle et al., 2009). De behandeling gaat uit van het ecologische systemische perspectief en is zowel gericht op wat jongeren nodig hebben van hun omgeving, als ook op wat ouders nodig hebben om destructieve patronen te doorbreken (Hoogeveen et al., 2017). Het beschrijven van de casusconceptualisatie is, naast werken aan de behandelrelatie en motivatie, een belangrijk onderdeel van de eerste fase (Hoogeveen et al., 2017). De casusconceptualisatie bestaat ondermeer uit de inventarisatie van de risico- en beschermende factoren binnen elk van de vier eerder genoemde domeinen. Het gesprek hierover met jongere en ouders leidt tot het opstellen van doelen. De behandeling tijdens de tweede fase wordt op basis van deze analyse en doelen vormgegeven. Hiermee voldoet MDFT aan het criterium: flexibel en geïntegreerd op basis van een analyse van in standhoudende factoren.

Interventies in het domein van de jongere richten zich op emotieregulatie en communicatie (Liddle et al., 2009). Interventies in het ouderdomein richten zich op het vergroten van de emotionele en gedragsmatige betrokkenheid van ouders, het monitoren van hun kind en het stellen van grenzen (Liddle et al., 2009). De therapeut laat de ouder nadenken over zijn relatie met zijn kind en over het verschil tussen controle en invloed (Liddle et al., 2001). Interventies in het gezinsdomein zijn gericht op het verbeteren van de onderlinge relaties en communicatie, de vermindering van conflicten en het vergroten van probleemoplossende vaardigheden (Hoogeveen et al., 2017; Liddle

et al., 2009). Door middel van enactment laat de therapeut ouders en jongere werken aan nieuwe interactiepatronen (Liddle et al., 2001). De hiervoor beschreven interventies richten zich dus op belangrijke in stand houdende factoren voor SW op zowel het domein van de jongere als het ouder- en gezinsdomein. MDFT richt zich daarnaast ook op het schooldomein door gezamenlijke sessies met jongere, ouders en de mentor of schoolleiding te organiseren. Hierbij is de therapeut advocaat voor de jongere en pleit bijvoorbeeld voor aanpassingen in het rooster en helpt ouders en school om beter te gaan samenwerken. MDFT richt zich hiermee ook in dit domein op enkele in stand houdende factoren voor SW. Daarnaast zijn er nog enkele andere overeenkomsten met de onderzochte interventies. Net als Multimodal Treatment maakt MDFT gebruik van technieken uit Motiverende gespreksvoering. Een overeenkomst met @School Program is de aandacht voor het aanpassen van de ouderlijke rol aan de adolescentiefase naar een meer autonomieondersteunende opvoedstijl.

Er is echter nog geen onderzoek gedaan naar het effect van MDFT bij SW. Uit een meta-analyse blijkt dat de grootste effecten zijn gevonden bij jongeren met de meest ernstige gedragsproblemen, zoals middelengebruik en ODD (Van der Pol et al., 2017). Onderzoek naar het effect van MDFT op schoolaanwezigheid leverde wisselende resultaten op, waarbij het erop lijkt dat wanneer de aanwezigheid verbeterde dit kwam door vermindering van gedragsproblemen en middelengebruik (Hoogeveen et al., 2017; Liddle et al., 2004; Liddle et al., 2001). Uit de gebruikte vragenlijsten blijkt dat het verzuim gerelateerd was aan gedragsproblemen, agressie, weinig motivatie, weggestuurd worden en middelengebruik. Dit geeft de indruk dat er geen sprake was van SW maar van spijbelen, een andere vorm van problematisch schoolverzuim.

Het huidige onderzoek wil daarom het effect van MDFT op SW toetsen, door middel van een voor- en nameting van SW bij jongeren die een MDFT traject volgen. Omdat de verwachting is dat MDFT effect heeft op enkele belangrijke in stand houdende factoren van SW worden ook de volgende variabelen gemeten: internaliserende problemen van de jongere en gezinsfunctioneren. Verwacht wordt dat MDFT effect zal hebben bij de jongeren met korterdurend of mild SW en bij de jongeren die tegelijkertijd onderwijs in een tussenvoorziening volgen. Waarschijnlijk hebben jongeren met ernstig SW naast MDFT ook grotere aanpassingen op het onderwijstraject nodig (Kearney et al., 2019; McShane, 2007), omdat naarmate SW langer duurt er een toename is van leerachterstand, verzet en emotionele- en gedragsproblemen (Hancock et al., 2013; Kearney et al., 2014; Lenzen et al., 2013).

## **Methode**

### **Deelnemers**

Het onderzoek werd gedaan bij gezinnen met jongeren die in de periode van februari tot en met juli 2021 een MDFT-traject volgden bij Stichting Timon, een organisatie voor specialistische jeugdhulp. Zij werden aangemeld vanwege SW. De aanmeldende instanties waren Jeugd-of Wijkteams van verschillende gemeentes in de regio's Utrecht, Flevopolder en Rotterdam. Om vast te stellen of er sprake was van SW werd gebruik gemaakt van het kwantitatieve criterium voor problematisch schoolverzuim en tevens de kwalitatieve criteria voor SW. Aan het kwantitatieve criterium werd voldaan als er in ten minste een periode van twee weken minimaal 25% verzuim was (Kearney, 2008a, p.265). Aan het kwalitatieve criterium werd voldaan als uit de aanmeldinformatie de volgende kenmerken konden worden afgeleid: (1) De jongere weigert om naar school te gaan of gaat met tegenzin. Dit gaat gepaard met ofwel uitingen van tijdelijke emotionele stress die duiden op een

aversie tegen school (bijvoorbeeld overmatig angstig, woedeaanvallen, verdriet, onverklaarbare fysieke symptomen); of chronische stress die het naar school gaan bemoeilijkt (bijvoorbeeld depressiviteit, slaapproblemen). (2) De jongere probeert het verzuim niet (meer) te verbergen voor ouders. (3) De jongere laat geen ernstig antisociaal gedrag zien, behalve verzet bij pogingen van ouders om hem of haar naar school te krijgen. (4) Ouders hebben redelijk wat inspanningen gedaan, recent of eerder in de ontstaansgeschiedenis van het verzuim, om hun kind naar school te krijgen (Heyne et al., 2019, p. 22).

In totaal kwamen twaalf jongeren met SW in aanmerking voor het onderzoek. Vier trajecten vielen af: Eén traject werd in de eerste fase afgebroken omdat ouders andere verwachtingen hadden van MDFT en hun kind hulpverlening weigerde. In een ander traject was de ouder overbelast en weigerde de jongere hulpverlening. In twee trajecten ontstond ernstige crises die leidde tot opname en/of uithuisplaatsing. Eén ouder kon niet deelnemen vanwege overbelasting maar in dit traject kon de respons van de jongere wel meegenomen worden. Met enige aanpassingen aan het onderzoek deden uiteindelijk acht jongeren en zeven ouders mee. Alle acht jongeren waren jongens en hun leeftijd was bij de start van het traject tussen de 14 en 17 jaar ( $M = 15.38$ ,  $SD = 1.06$ ). Zeven jongeren hadden 100% verzuim, één jongere had 40% verzuim ( $M = 92,5\%$ ). Dit percentage is vastgesteld op basis van informatie bij de aanmelding, van de verwijzer of de school waar de jongere ingeschreven stond. De duur van de SW voorafgaand aan de start variëerde van één tot 30 maanden ( $M = 11,3$ ). Het bepalen van de exacte duur van SW was ingewikkeld omdat er vaak elkaar afwisselende periodes van (sluimerend) verzuim, interventies en korte periodes van herstel waren. Er is voor gekozen om de laatste periode van onafgebroken verzuim aan te houden.

Zes jongeren volgden MDFT als onderdeel van hun behandeling op het Onderwijszorgcentrum (OZC) in Odijk of het Zorgonderwijscentrum in Rotterdam. In het vervolg van het onderzoek verwijst de afkorting MDFT-OZC naar deze gekoppelde trajecten. Twee jongeren volgden alleen MDFT, in het vervolg ook wel benoemd als ambulante MDFT trajecten.

## Procedure

Om deelnemers te werven werden de intakecoördinatoren van St Timon benaderd met de vraag om aanmeldingen te screenen en te registreren op de duur en mate van SW. Deze screening en registratie werd voorafgaand aan de start van MDFT nogmaals gedaan, door de MDFT-therapeut, zodat er een dubbele baseline kon worden vastgesteld. Aan zowel de intakecoördinatoren als de MDFT-therapeuten is informatie over de criteria van SW en de opzet van het onderzoek gegeven door middel van een presentatie. Gedurende het onderzoek is met de therapeuten regelmatig contact gelegd, zowel via de mail als telefonisch, over de afname van de vragenlijsten en over de toepassing van de interventies.

Het onderzoek is goedgekeurd door de Commissie Ethiek van de Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen van de Universiteit van Amsterdam. Toestemming voor deelname vond plaats via actieve consent. Na afloop van het startgesprek voor MDFT kregen zowel de ouders als de jongere mondelinge uitleg over het doel van het onderzoek en wat dit voor hen zou betekenen. Er werd uitgelegd dat hun gegevens zouden worden geanonimiseerd en dat deelname vrijwillig was. Ook werd expliciet vermeld dat wanneer ze niet mee wilden doen dit geen consequenties zou hebben voor de behandeling. Deze uitleg stond ook in een brief die zij op dat moment van de MDFT-therapeut kregen. De jongere en de ouders kregen een eigen versie van de brief. Ze kregen enkele dagen de tijd om na te denken over deelname aan het onderzoek. Wanneer zij mee wilden doen aan het onderzoek tekenden zij de toestemmingsformulieren en gaven deze bij de volgende afspraak aan

de MDFT-therapeut. Om de anonimiteit van de jongeren en hun ouders te waarborgen, werden de vragenlijsten door de MDFT-therapeuten voorzien van de initialen van de betreffende therapeut. De toestemmingsformulieren werden in het cliëntsysteem van Timon opgeslagen.

### **Design**

In de eerste opzet van het onderzoek was het de bedoeling tijdens de eerste tien weken van de behandelfase van MDFT herhaalde metingen te verrichten. Deze fase volgt op de zogenaamde eerste fase, dit is een analysefase van vier tot zes weken waarin nog niet actief aan doelen wordt gewerkt. De behandelfase duurt ongeveer vier maanden en het onderzoek zou dus tot iets meer dan de helft van de behandeling plaatsvinden. Er zouden wekelijks korte vragenlijsten worden afgenomen bij zowel de jongere als de ouder, voorafgaand aan de individuele sessies die wekelijks volgens het MDFT-protocol plaats hebben. Om verschillende redenen bleef de respons ernstig achter. Door voortijdige uitval, crises, overbelasting bij ouders en weerstand bij jongeren kwamen therapeuten niet toe aan de afname van vragenlijsten. Ook wanneer lijsten gemaïld werden kwam er geen respons, onvolledige respons of respons met onwaarschijnlijke scores (bij elk item een 0). Om het onderzoek minder belastend te maken is vervolgens voor een andere opzet gekozen, namelijk een onderzoeksopzet met een voor- en nameting gecombineerd met kwalitatief onderzoek. Hiervoor is gebruik gemaakt van de YSR, CBCL en GVL die standaard bij de instelling worden afgenomen als begin- en eindmeting. De beginmeting wordt in de eerste 21 dagen na start afgenomen. De eindmeting wordt normaal gesproken in een periode van 21 dagen voor of na de afsluiting van een traject afgenomen, maar is in deze trajecten in week 16 van het traject afgenomen. De onderzoeksduur bestond daarmee uit ongeveer tien weken.

### **Interventie**

MDFT is een intensieve semi-geprotocolleerde therapie die zich richt op vier domeinen: de jongere, ouders, gezin en extern (Liddle et al., 2009). Het traject duurt gemiddeld zes maanden en bestaat uit zowel individuele sessies met de jongere, individuele oudersessies als gezinssessies. Ook sessies met de mentor of zorgcoördinator van school zijn onderdeel van de behandeling. MDFT bestaat uit drie fases. De eerste fase duurt vier tot zes weken en is geprotocolleerd. Hierin staat het werken aan motivatie en behandelrelatie centraal en wordt samen met ouders en jongere een casusconceptualisatie opgesteld. Deze bestaat uit een inventarisatie van beschermende- en risicofactoren op de verschillende domeinen en de wensen van de verschillende gezinsleden. Tijdens de tweede fase, van ongeveer 16 weken, wordt gewerkt aan de doelen en thema's die op basis van deze casusconceptualisatie zijn vastgesteld. Met de jongere wordt bijvoorbeeld geoefend in het constructief omgaan met emoties. Interventies in het ouderdomein richten zich op het vergroten van de emotionele en gedragsmatige betrokkenheid van ouders, het monitoren van hun kind en het stellen van grenzen. Interventies in het gezinsdomein zijn gericht op het verbeteren van de onderlinge relaties en communicatie, de vermindering van conflicten en het vergroten van probleemoplossende vaardigheden. Samen met ouders, jongere en school wordt een plan voor het hervatten van de schoolgang opgesteld. Tijdens de derde fase, van ongeveer vier weken, staat afronding van het traject en de borging van de opbrengst centraal. In Nederland is het behandelprotocol in het beheer van Stichting Jeugdinterventies. Deze stichting leidt de MDFT-therapeuten op en monitort ook na de opleiding het methodegetrouw werken van de aangesloten instellingen en therapeuten door middel van trainingen en audits. Daarnaast hebben de therapeuten wekelijks supervisie of casuïstiekbespreking met de MDFT-supervisor van Timon. Er waren zeven

MDFT-therapeuten betrokken bij de deelnemende jongeren (3 vrouwen, 4 mannen). Hun leeftijd was tussen 28 en 50 jaar oud. Twee MDFT-therapeuten hadden eerder ook ervaring als trajectbegeleider in een OZC. Eén therapeut had zeven jaar ervaring met MDFT, waarvan zes jaar bij het OZC. Eén therapeut had drie jaar ervaring, één therapeut had twee jaar ervaring en vier therapeuten hadden een half jaar ervaring als MDFT-therapeut.

Het OZC in Odijk is een samenwerking tussen Beukenrode Onderwijs en Stichting Timon. Het OZC is een tussenvoorziening, gevestigd in een neutraal pand, waar de jongeren hun eigen school en behandelprogramma volgen. Met de jongere wordt naar aanleiding van de intakeprocedure een behandelplan opgesteld. De individuele onderwijs- en zorgbehoeften zijn hierbij leidend. Door ervaren docenten wordt de leerachterstand onderzocht en de aangeboden leerstof zo aangepast dat de jongere succeservaringen kan opdoen. Trajectbegeleiders zorgen voor een veilige omgeving en begeleiden de jongeren bij het ontwikkelen van zelfvertrouwen, helpende gedachten, zelfcontrole en sociale vaardigheden. Hiervoor zijn verschillende modules beschikbaar zoals sport, creatieve activiteiten en een cognitief-gedragstherapeutische module. MDFT-therapeuten begeleiden jongeren en ouders bij de blokkades die zij tegenkomen, bijvoorbeeld het herstel van dag- en nachtritme en het ochtendritueel. Het Zorgonderwijscentrum in Rotterdam heeft dezelfde opzet als het OZC in Odijk, het onderwijsdeel wordt hier verzorgd door Educé-onderwijs.

## **Meetinstrumenten**

### ***Schoolweigering***

In het geval van deelname aan een OZC werd schoolverzuim dagelijks geregistreerd door de teamleider. Aan het einde van de onderzoeksperiode kreeg de onderzoeker inzage in het registratiesysteem. In de andere gevallen hielden de ouders en therapeut het schoolverzuim bij en bracht de therapeut verslag uit aan de onderzoeker. De eindscore was het gemiddelde percentage verzuim over de laatste vier weken van de behandeling. Om vast te stellen of er nog sprake was van SW werd het kwantitatieve criterium toegepast van 25% of meer verzuim.

### ***Functioneren van de jongere***

In dit onderzoek werden vragenlijsten bij zowel de jongere als de ouders afgenomen om een indruk te krijgen van eventuele internaliserende problemen bij de jongere, omdat deze een mogelijke in standhoudende factor voor SW zijn (Heyne et al., 2019). Hiervoor werden de Youth Self report (YSR) en Child Behaviour Checklist 6-18 (CBCL) gebruikt (Verhulst et al., 2013). Door deze meting aan het begin van de interventie en na ongeveer 10 weken uit te voeren kon een inschatting gemaakt worden van eventuele veranderingen in de beleving van internaliserende problemen. Om te checken of er sprake was van SW of mogelijk (ook) van spijbelen werden ook de scores op externaliserende problemen bekeken. De CBCL en YSR zijn gestandaardiseerde vragenlijsten. Volgens de Cotan (cotandocumentatie, 2021) is de begripsvaliditeit goed, dat wil zeggen dat de lijsten geschikt zijn om een vergelijking te maken tussen jongeren met en zonder klachten. Ook zijn ze volgens de Cotan geschikt om het effect van een interventie te meten. Cronbach Alpha varieert van .69 tot .88 op de verschillende probleemschalen. Voor het verwerken van de vragenlijsten is gebruik gemaakt van het BergOp Programma dat voor Timon de logistiek en analyse van vragenlijsten verzorgt (Praktikon, 2021). Dit systeem gaf de uitkomsten weer met profielen, ruwe scores en T-scores. Daarbij werd ook aangegeven of scores op normaal, sub-klinisch of klinisch niveau zijn, vergeleken met de gemiddelde jongere in dezelfde leeftijd. Ook voor het bepalen van het verschil tussen de begin- en eindmeting van de vragenlijsten en het berekenen van de Reliable Change Index (RCI) is gebruik gemaakt van het BergOp Programma.

**Youth Self Report (YSR):** Bijna alle jongeren vulden aan het begin van het traject een YSR in. Het gedeelte van de YSR dat de emotionele en gedragsproblemen meet bestaat uit 112 stellingen over het gedrag van de jongere. De stellingen kunnen met 0 (helemaal niet), 1 (een beetje of soms) of 2 (duidelijk of vaak) beantwoord worden. Een voorbeeldstelling is: "Ik ben te angstig of bang". Met de antwoorden worden acht syndroomschalen berekend: angstig/depressief, teruggetrokken/depressief, lichamelijke klachten, sociale problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen, regelovertrekend gedrag en agressief gedrag. De eerste drie syndroomschalen vormen samen de dimensie internaliseren. Deze bestaat uit 31 items en de maximale score die hierop behaald kan worden is 62. De laatste twee syndroomschalen, regelovertrekend en agressief gedrag vormen samen de dimensie externaliserende problemen. Deze bestaat uit 32 items en de maximaal te halen score is 64.

**Child Behaviour Checklist 6-18 (CBCL):** In de meeste trajecten vulde alleen de moeder de lijsten in. In één traject de vader. De CBCL meet net als de YSR emotionele-en gedragsproblemen en berekent dezelfde syndroomschalen en dimensies. De CBCL bestaat uit 118 items die met 0 (helemaal niet), 1 (een beetje of soms) of 2 (duidelijk of vaak) beantwoord worden. Een voorbeelditem is: "Mijn kind is erg moe zonder reden". De dimensie internaliserende problemen bestaat uit 32 items en de maximale score is 64. De dimensie externaliserende problemen bestaat uit 35 items en de maximale score die behaald kan worden is 70.

### **Gezinsfunctioneren**

De gezinsvragenlijst (GVL) is afgenomen om een beeld te krijgen van het gezinsfunctioneren omdat dit een mogelijke instandhoudende factor voor SW is (Heyne et al., 2014; McKay-Brown et al., 2019; Maynard et al., 2018). Door het afnemen van een begin- en eindmeting kon onderzocht worden of ouders gedurende het traject verbetering ervoeren. De GVL is genormeerd op basis van de algemene Nederlandse bevolking met schoolgaande kinderen van 4 t/m 18 jaar (n = 2450) (vd Ploeg et al., 2009). De COTAN heeft in 2008 de GVL op alle onderdelen goed beoordeeld. De interne consistentie ligt tussen de .80 en .90 voor alle schalen. De GVL bestaat uit 45 items. Deze stellingen kunnen op een 5-punts Likertschaal beantwoord worden met 1 "Volledig oneens", 2 "Tamelijk oneens", 3 "Eens noch oneens", 4 "Tamelijk eens" of 5 "Volledig eens". De stellingen zijn verdeeld over vijf schalen: responsiviteit, communicatie, organisatie, partnerrelatie en netwerk. Voor ouders zonder partners is er een versie zonder de schaal partnerrelatie. Alle schalen bestaan uit negen items en de maximale score per schaal is 45. Hoe hoger de scores, hoe meer problemen er worden ervaren. Een voorbeelditem van de schaal responsiviteit is: "In ons gezin houden we rekening met elkaar." Een voorbeelditem van de schaal communicatie is: "We vinden het moeilijk ons kind te begrijpen". Een voorbeelditem van de schaal organisatie is: "Bij ons thuis zijn de taken (werk, huishouden) duidelijk en vast verdeeld." Een voorbeelditem van de schaal partnerrelatie is: "Mijn partner en ik denken vaak anders over de opvoeding van ons kind." Een voorbeelditem van de schaal netwerk is: "In moeilijke situaties voelen we ons gesteund door familie." Voor het verwerken van de GVL is gebruik gemaakt van het BergOp Programma dat voor Stichting Timon de logistiek en analyse van vragenlijsten verzorgt (Praktikon, 2021). Dit systeem gaf de uitkomsten weer met profielen, ruwe scores en T-scores. Daarbij werd ook aangegeven of scores op normaal, sub-klinisch of klinisch niveau zijn, vergeleken met gemiddelde gezinnen. Ook voor het bepalen van het verschil tussen de begin- en eindmeting van de GVL en het berekenen van de RCI is gebruik gemaakt van het BergOp Programma.

## Analyse

De mate van herstel van SW werd beoordeeld met behulp van het kwantitatieve criterium van SW, namelijk 25% of meer schoolverzuim. Met dit criterium wordt normaal gesproken de schoolgang van de laatste twee weken getoetst. Om het effect van uitschieters te minimaliseren werd dit nu op de schoolgang van de laatste vier weken van de onderzoeksperiode toegepast. De kwalitatieve criteria van SW werden beoordeeld met behulp van de uitkomst van de vragenlijsten. Door de uitkomsten van de vragenlijsten en de mate van SW met elkaar te vergelijken ontstond er een indruk van de wisselwerking tussen deze factoren. Ook is met behulp van verslaglegging van de MDFT-therapeuten en de OZC-trajectbegeleiders gepoogd inzicht te krijgen in het effect van hun interventies op het functioneren van de jongeren en hun gezinnen.

## Resultaten

Eerst worden de resultaten op de beginmeting weergegeven voor de variabelen SW, individueel functioneren, gezinsfunctioneren en enkele gegevens over het schooldomein. Daarna volgen de uitkomsten op deze variabelen op de eindmeting. Ten slotte volgt een beschrijving van het verloop van de individuele interventies waarbij gepoogd wordt inzicht te krijgen in welke interventies al of niet hebben bijgedragen aan herstel van SW. In de tekst wordt regelmatig verwezen naar de deelnemers, met gebruik van gefingeerde namen.

### Beginmeting

In Tabel 1 staan per jongere de leeftijd, omvang en duur van de SW, en de uitkomsten op de beginmeting weergegeven. Zeven jongeren hadden 100% SW met een duur variërend van één tot dertig maanden. Eén jongere had 40% SW met een duur van zes maanden. Van de acht jongeren volgden er twee een ambulantly traject, namelijk Daan en Finn. De duur van de SW was bij hen respectievelijk 7 en 18 maanden. De overige jongeren volgden een MDFT traject gekoppeld aan een OZC.

**Tabel 1**

*Situatie/functioneren bij startmeting*

Jongere		Sem	Liam	Noah	Orlando	Daan	Samir	Levi	Finn
SW	Leeftijd	15	16	15	16	14	16	17	14
	Omvang	100	40	100	100	100	100	100	100
	Duur	1	6	30	12	7	8	8	18
YSR	Angstig-depressief	51	50		57	72 ++	54	65 +	50
	Teruggetrokken-depr	63	50		65 +	87 ++	51	68 +	50
	Internaliserend	51	42		66 ++	76 ++	53	64 ++	35
	Externaliserend	52	47		62 +	57	44	52	52
CBCL	Angstig-depressief	50	57	60	79 ++	65 +		61	50
	Teruggetrokken-depr	66 +	63	53	68 +	86 ++		57	54
	Internaliserend	55	62 +	63 +	72 ++	71 ++		60+	57
	Externaliserend	72 ++	53	50	66 ++	60 +		45	59
GVL	Responsiviteit	1,9 +	1,3	1	1,7	2,1 ++	1	2,1 ++	2,4 ++
	Communicatie	3,3 +++	1,9	1,2	3 ++	4,2 +++	2,7	2,9 ++	2,4 +



Organisatie	2,6 ++	1,6	1	2,7 ++	1,7	1,1	2,7 ++	2,9 ++
Partnerrelatie	2,9 ++	1	-	-	-	-	-	1,8
Netwerk	2,2	1	1	2,6 +	2,3 +	1	2,4 +	3,7 +++

Noot. + = subklinische waarde, ++ = klinische waarde, +++ = klinisch hoog.

Het individuele functioneren van de jongeren vertoonde grote verschillen. Vier jongeren hadden in hun beleving helemaal geen problemen. Drie jongeren ervoeren zelf internaliserende problemen, dit werd bevestigd door hun ouders. Volgens de ouders hadden vijf jongeren internaliserende problemen. De vader van Noah signaleerde vooral somatische klachten bij zijn zoon en de moeder van Liam rapporteerde internaliserende problemen zoals bezorgdheid, spanning en slaapproblemen bij haar zoon. Verder zagen drie ouders bij hun kind externaliserende problemen. Dit bleken bij analyse op schaal- en itemniveau vooral aandachts- en denkproblemen bij Orlando en Daan, passend bij hun ADHD en depressieproblematiek. Bij Sem werd op de schalen regelovertrekend- en agressieproblematiek gescoord. De gescoorde items kunnen samenhangen met bij hem gediagnosticeerde trauma- en hechtingsproblemen. De externaliserende problemen werden door deze drie jongeren niet bevestigd. Alle drie de ouders signaleerden daarnaast ook internaliserende problemen en/of problemen op de schaal teruggetrokken depressief, zoals geslotenheid en ongelukkig voelen. Externaliserende problemen kunnen een risicofactor zijn voor spijbelen, maar bij de jongeren in dit onderzoek lijken de gesignaleerde klachten vooral uitingen van verzet ten aanzien van school. Er is geen samenhang te zien tussen het functioneren van de jongere en de duur van SW. Finn bijvoorbeeld had relatief lang SW (18 maanden) maar weinig problemen.

Er was ook grote variatie in het gezinsfunctioneren. Drie gezinnen hadden lage scores op alle schalen en functioneerden op normaal niveau. Dit betrof één gezin waar de ouders nog bij elkaar zijn en twee gezinnen waar ouders gescheiden zijn. Vijf gezinnen ervoeren gezinsproblemen. Drie van deze vijf gezinnen zijn één-oudergezinnen. De meeste ouders scoorden het hoogst op de schaal communicatie en uit de gescoorde items bleek dat deze ouders het moeilijk vonden hun kind te begrijpen, geen greep op hun kind hadden en dat er veel ruzie en geschreeuw was. Eén gezin scoorde het hoogst op organisatie, deze ouder was niet tevreden met de gang van zaken rondom bedtijden, maaltijden en taken. Bij het onderzoeken van een mogelijke samenhang valt weer op dat er geen verband is met de duur van SW. Het gezin van Noah, de jongere met de langste SW duur heeft de gunstigste scores. Het is opvallend dat er vooral hoog gescoord wordt op de schaal communicatie in gezinnen met jongeren bij wie externaliserende problemen en problemen op de schaal teruggetrokken-depressief werden gezien. De richting van het verband is echter onduidelijk. Bij Daan zijn depressieve problemen begonnen in de periode dat zijn ouders uit elkaar gingen. Bij Noah gingen de ruzies tussen ouders, toen ze nog bij elkaar waren, juist over de aanpak van SW.

Bij het analyseren van de dossiers kwam voor SW relevante informatie naar voren over het functioneren van de jongeren op het schooldomein en over risicofactoren in het schooldomein. Zo werd door de ouders (en hulpverleners) bij de meeste jongeren faalangst gerapporteerd. Dit werd bij Liam bijvoorbeeld afgeleid uit de hevige buikpijn die hij 's morgens had wanneer een toets gepland stond. Een ander voorbeeld is Finn die op de basisschool al weigerde om Cito-toetsen te maken. Er werd een verband gelegd met overvraging vanwege leer- of concentratieproblemen (Sem, Liam, Daan, Orlando, Samir, Finn), en/of een disharmonisch IQ (Sem, Orlando, Samir) of autisme (Levi). Deze klachten bleken niet (altijd) uit de vragenlijsten, maar vormden vaak een lange aanloop voor het volledige verzuim. Twee jongeren (Liam en Finn) die al vanaf het begin van de basisschool last hadden van concentratieproblemen en hier medicatie voor gebruikten, besloten hiermee te stoppen

vanwege de bijwerkingen die zij al lange tijd als hinderlijk ervoeren. Hierna ontstond een geleidelijke terugval in prestaties en aanwezigheid. Ook gaven verschillende jongeren aan gepest of buitengesloten te zijn (Sem, Noah, Orlando, Levi) en/of dat docenten hen niet begrepen of niet mochten (Sem, Liam, Noah, Orlando, Samir, Finn). Een opmerking van Noah over de docenten was: "Als ze me beter hadden begrepen, hadden ze me kunnen helpen." Pestincidenten of conflicten waren voor sommigen het laatste zetje om volledig thuis te blijven. Zo weigerde Noah nog naar school te gaan na een schorsing die hij kreeg omdat hij terugvloeg na het zoveelste pestincident. Voor Samir was het laatste "duwtje" voor volledig thuis zitten dat hij zonder overleg ingedeeld werd in een ander vakkenprofiel.

Ook kwam er informatie naar voren die iets zegt over de samenwerking tussen jongeren en hulpverlening. Levi noemde naast de school ook de hulpverlening door wie hij zich onbegrepen voelde. Hij voelde zich gedwongen om in het kader van relatieherstel naar zijn vader in het buitenland te gaan. Hierdoor miste hij een toetsweek waardoor hij zijn achterstand niet meer kon inhalen waarna hij het opgaf om naar school te gaan. Ook ouders misten steun en begrip van school en/of hulpverlening. De moeder van Levi voelde zich door de hulpverlening niet gehoord toen ze aangaf te vermoeden dat Levi autisme had en voelde zich door school gediskwalificeerd. Ook de ouders van Sem kregen de indruk dat school en instanties niet hun zorg over hun kind wilden horen, maar wel hun opvoedkundig handelen in twijfel trok.

Ondanks de op het eerste gezicht grote verschillen tussen de jongeren is een gemeenschappelijk kenmerk dat meerdere factoren op verschillende domeinen een rol spelen bij het in stand houden van SW. Er is een wisselwerking te zien tussen kindfactoren die een risico vormen voor SW en negatieve ervaringen met presteren, andere leerlingen en docenten. Ook lijkt er bij ruim de helft van de jongeren sprake van een negatieve wisselwerking tussen de spanning vanwege SW en het gezinsfunctioneren.

### **Eindmeting**

In deze paragraaf volgt een beschrijving van de uitkomsten op de eindmeting, achtereenvolgens op SW, het functioneren van de jongere, het gezinsfunctioneren en de toegepaste interventies.

### **SW**

In Tabel 2 staat het verloop van de schoolgang aangegeven. In de eerste twee rijen staan de duur en omvang van de SW bij start, in percentage afwezigheid. Vervolgens staat het percentage *aanwezigheid*, afgezet tegen de hoeveelheid verwachte uren tijdens de behandeling. Dit wordt over twee periodes aangegeven, namelijk de eerste vier weken (Wk4) en de laatste vier weken (Wk10). Het aantal verwachte uren is in de eerste periode meestal lager dan de 24 uur die regulier in een schoolweek verwacht wordt. In de tweede periode is afhankelijk van de groei van de jongere een hoger aantal uren afgesproken. Ook hier staat het percentage ten opzichte van wat er verwacht werd. Dit laat in sommige gevallen zien dat er al wel groei is in de mate waarin de jongere zich aan de afspraken kon houden. Of anders geformuleerd, of de gemaakte aanpassingen voldeden aan wat de jongere nodig had. In de onderste regel wordt de SW bij einde aangegeven, hier wordt dus weer het percentage *afwezigheid* weergegeven omdat hiermee het SW-criterium getoetst kan worden. Dit is het percentage van het aantal uren dat in reguliere schoolweken wordt gevraagd, namelijk 24 uur. Dit zegt iets over of de jongere nog voldoet aan het criterium voor SW (< 25% verzuim in afgelopen vier weken).

**Tabel 2***Verloop schoolgang gedurende het onderzoek*

	Jongere	Sem		Liam		Noah		Orlando		Daan		Samir		Levi		Finn		
Duur <sup>1</sup>	1			6		30		12		7		8		8		18		
Omv <sup>2</sup>	100			40		100		100		100		100		100		100		
Aanw <sup>3</sup>	%Aw <sup>4</sup>	VwU <sup>5</sup>	%Aw	VwU	%Aw	VwU	%Aw	VwU	%Aw	VwU	%Aw	VwU	%Aw	VwU	%Aw	VwU	%Aw	VwU
	Wk4 <sup>6</sup>	89	12	44	12	20	6	0	0	0	9	90	6	50	7	0	24	
	Wk10 <sup>7</sup>	100	24	83	24	50	6	85	9	0	9	100	6	100	9	0	10	
SW-E <sup>8</sup>	0	24	17	24	87	24	68	24	100	24	75	24	62	24	100	24		

Noot. <sup>1</sup>Duur van SW bij start in maanden. <sup>2</sup>Omvang SW bij start in percentage. <sup>3</sup>Aanwezigheid gedurende de onderzoeksperiode weergegeven met hulp van 2 kolommen per jongere. <sup>4</sup>Kolom 1: percentage aanwezigheid ten opzichte van wat er verwacht werd. <sup>5</sup> Kolom 2: De verwachte uren per week. <sup>6</sup>Gemiddelde meting over de eerste vier weken. <sup>7</sup>Gemiddelde meting over de laatste vier weken. <sup>8</sup>SW bij eind: gemiddelde percentage afwezigheid over laatste 4 weken.

Uit deze tabel blijkt dat vijf jongeren wel groei hebben laten zien en mee konden in het programma dat op dat moment van ze werd gevraagd. Uit het percentage ten opzichte van een reguliere schoolweek blijkt echter dat slechts twee jongeren minder dan 25% afwezig waren en daarmee niet meer voldeden aan het kwantitatieve criterium voor SW. Bij deze twee jongeren was er bij de start van hun traject sprake van iets minder ernstig SW, in duur of omvang. Sem had 1 maand SW van 100%, Liam een half jaar SW van 40%. Beiden volgden een MDFT-OZC traject. Zes jongeren hebben nog geen of te weinig herstel laten zien. Vier van deze zes jongeren volgden een MDFT traject gekoppeld aan een OZC. Zij begonnen vanwege hun problematiek met kleine stappen die voorzichtig uitgebreid werden, maar in sommige gevallen beperkt bleven tot enkele uren schoolgang per week (Samir en Levi) of door een terugval (Noah) in een langzaam tempo verliepen. Levi zat nog niet op het niveau van een reguliere schoolweek omdat besloten was dat hij voorlopig een beperkt aangepast programma mocht volgen. Twee jongeren hebben op een enkele poging na helemaal geen stappen genomen (Daan en Finn). Deze jongeren hadden bij aanvang van de behandeling beiden een SW-duur van meer dan een half jaar. Daan liet bij aanvang ernstige problemen zien, bij Finn waren de scores op normaal niveau. Daan heeft in de vijfde week een poging gedaan om naar school te gaan maar liep halverwege de afgesproken tijd weg en bleef de volgende dag in bed liggen. Daan ondernam deze poging nadat de leerplichtambtenaar dreigde een proces-verbaal te geven. Tegen de therapeute zei Daan dat het zinloos was om naar school te gaan en het toch nooit genoeg was, wat hij ook liet zien. Finn is enkele keren naar school gebracht, ook na een gesprek met de leerplichtambtenaar waarin deze waarschuwde voor een taakstraf, maar bleef de dagen erna in bed liggen. Beide jongeren (Daan en Finn) volgden een MDFT-traject *zonder* OZC, met als doel terugkeer naar de school van herkomst.

### **Individuele functioneren**

In Tabel 3 staan de uitkomsten op de variabelen individueel functioneren en gezinsfunctioneren. De twee jongeren met herstel in de schoolgang lieten ook herstel in hun functioneren zien. Op de dimensie internaliserende problemen was er sterke verbetering bij Liam ( $RCI = 1,72$ ). Bij Sem was er een sterke afname van externaliserende problemen ( $RCI = 2,75$ ) en op de schaal teruggetrokken-depressief was er een afname van sub-klinisch naar normaal niveau. Beide jongeren functioneerden dus bij de eindmeting op normaal niveau.

De andere jongeren die een MDFT-OZC traject volgden en kleine stappen maakten qua schoolgang, lieten nog weinig herstel in hun functioneren zien, al was er stabilisatie op klinisch niveau (Noah, Orlando) en rapporteerde Levi minder internaliserende problemen. Dit verschil kan toe te schrijven zijn aan de spanning die het proces van exposure met zich meebrengt. Levi heeft niet het niveau van een reguliere schoolweek behaald, maar omdat gedurende het traject de diagnose autisme bleek, is in overleg met hem besloten een programma aan te bieden met betere aanpassingen. Dit kan de afname van internaliserende problemen bij Levi verklaren. Bij Orlando was er een toename op de schaal teruggetrokken-depressief van sub-klinisch naar klinisch ( $RCI = -1,62$ ) en de internaliserende problemen stabiliseerden. De toename op de schaal angstig-depressief is gerelateerd aan de items waardeloos voelen en suïcidale uitingen. Orlando ging nog maar enkele weken naar het OZC, dit vroeg mogelijk veel van hem en de periode was nog te kort om zelfvertrouwen en/of perspectief te krijgen. Noah kon na een goede start tijdelijk niet komen vanwege een blessure en het ontbreken van vervoer en moest vervolgens opnieuw de uitdaging aangaan, met de daarbij behorende spanning. Ook merkte de trajectbegeleidster dat hij dichtklapte toen ze met hem sprak over de mogelijkheid om toetsen af te gaan nemen. De onverwachte confrontatie hiermee zonder al successen te hebben ervaren riep mogelijk veel faalangst op. Een

andere verklaring voor de geringe afname van problemen is de ernst van de problemen bij aanvang. In tegenstelling tot Sem en Liam die zelf geen problemen rapporteerden, ervoer Orlando wel problemen en zag Noah's vader ernstige internaliserende problemen. Door de ernst van met name de internaliserende problemen bij aanvang kan ook de stap naar het OZC toe groter zijn geweest voor deze jongeren.

Bij de jongeren die helemaal niet naar school gingen was ook geen verbetering van hun functioneren te zien. De internaliserende problemen van Daan bleven op klinisch niveau en er was bijna geen verbetering op de schaal externaliserende problemen ( $RCI = 0,59$ ). Bij Finn was zelfs sprake van enige toename op de schaal externaliserende problemen van normaal naar klinisch niveau ( $RCI = -1,37$ ). Dit komt door hogere scores op liegen en weglopen. De internaliserende problemen waren nog op normaal niveau, al waren ze wel hoog en zien we bij nadere analyse van de CBCL sub-klinische scores op de DSM-schaal depressieve problemen ( $T = 66$ ). Items die hier werden gescoord zijn slaapproblemen, schuldig voelen en suïcidale uitingen. Deze scores geven een indruk van de vicieuze cirkel van weglopen en vermijden, negatieve cognities en depressieve gevoelens waar Finn in terecht kwam na de afspraken over schoolgang.

Samenvattend lijkt het erop dat er bij herstel van SW op het kwantitatieve criterium ook verbetering was in het individuele functioneren. Bij de jongeren die nog bezig waren met de opbouw van schoolgang was geen verbetering zichtbaar. Bij de jongeren die helemaal geen vooruitgang lieten zien op de schoolgang was ook geen sprake van verbetering van het individuele functioneren en bij één jongere zelfs een toename van problemen. Bij de jongeren met volledige schoolgang was er sterke verbetering, zij functioneerden op normaal niveau.

**Tabel 3:**

*Functioneren van de jongere en het gezin bij eindmeting vergeleken met beginmeting en individuele therapietijd*

		Sem		Liam		Noah		Orlando		Daan		Samir		Levi		Finn	
Ther <sup>1</sup>		60-90	60	60-90		120		60-90		30-60		75		45		40	
Mt <sup>2</sup>		begin	eind	begin	eind	begin	eind	begin	eind	begin	eind	begin	eind	begin	eind	begin	eind
YSR <sup>3</sup>	Angst	51	50	50				57		72 ++		54	51	65 +	62	50	
	Terug	63	57	50				65 +		87 ++		51	60	68 +	63	50	
	Int	51	44	42				66 ++		76 ++		53	53	64 ++	59	35	
	Extern	52	56	47				62 +		57		44	40	52	52	52	
CBCL <sup>4</sup>	Angst	50	50	57	51	60	57	79 ++	76 ++	65 +	51			61	66 +	50	57
	Terug	66 + <sup>6</sup>	60	63	54	53	60	68 +	78 ++	86 ++	75 ++			57	60	54	53
	Int	55	52	62 +	52	63 ++	65 ++	72 ++	77 ++	71 ++	65 ++			60+	68 ++	57	57
	Ext	72 ++	58	53	46	50	55	66 ++	66 ++	60 +	57			45	46	59	66 ++
GVL <sup>5</sup>	Resp	1,9 +	1,9 +	1,3	1,3	1	1,2	1,7	2,6 ++	2,1 ++	1,9 +	1		2,1 ++	1,9 +	2,4 ++	2,2 ++
	Comm	3,3+++	2,3	1,9	1,9	1,2	1,4	3 ++	3,3 +++	4,2 +++	3,6 +++	2,7		2,9 ++	1,8	2,4 +	3 ++
	Org	2,6 ++	3 +++	1,6	1,9	1	1,3	2,7 ++	3 +++	1,7	1,9	1,1		2,7 ++	2,1 +	2,9 ++	2,2 +
	Partn	2,9 ++	2,9 ++	1	1									-		1,8	2,3 +
	Netw	2,2	2,4 +	1	1,1	1	1,7	2,6 +	2,9 ++	2,3 +	2,2	1		2,4 +	2	3,7+++	3

*Noot.* <sup>1</sup> Wekelijkse therapietijd met jongere in minuten. <sup>2</sup> Uitkomst van de vragenlijsten, bij de begin-en eindmeting. <sup>3</sup> YSR schalen, achtereenvolgens angstig-depressief, teruggetrokken-depressief, internaliserend en externaliserend. <sup>4</sup> CBCL-schalen, achtereenvolgens angstig-depressief, teruggetrokken-depressief, internaliserend en externaliserend. <sup>5</sup> GVL-schalen, achtereenvolgens responsiviteit, communicatie, organisatie, partnerrelatie (indien aanwezig) en netwerk. <sup>6</sup> + subklinisch, ++ klinisch, +++ klinisch hoog

### **Gezinsfunctioneren**

Bij alle jongeren is gedurende het onderzoek weinig veranderd in het totale gezinsfunctioneren. Het gezinsfunctioneren bij Liam was op normaal niveau en dit is zo gebleven. In het gezin van Sem was er wel sterke verbetering op de schaal communicatie ( $RCI = 2.43$ ), echter niet op de andere schalen. Het totale gezinsfunctioneren was hierdoor nog steeds op klinisch niveau. Verbetering in de schoolgang ging hier niet samen met verbetering in het totale gezinsfunctioneren ( $RCI = 0.43$ ), al wijst de verbetering op de schaal communicatie wel op minder ruzies en schreeuwen. Wanneer deze uitkomsten samen met het individuele functioneren van Sem worden bekeken, valt op dat de verbeterde communicatie gelijk op gaat met vermindering van externaliserende problemen en problemen op de schaal teruggetrokken-depressief. Deze samenhang blijkt ook uit de mondelinge toelichting van moeder die zegt dat Sem vaker beneden kwam en weer plezier had met zijn zusje.

De trajecten met gedeeltelijk herstel lieten alle mogelijke variatie zien: bij Noah en Samir waren bij aanvang van de behandeling geen gezinsproblemen, dit is bij Noah zo gebleven, van Samir is dat onbekend. Orlando en Levi hadden bij start wel gezinsproblemen. De eindmeting liet bij Orlando verslechtering zien ( $RCI = -1,73$ ). Moeder geeft aan dat er iets meer ruzie is, nog evenveel geschreeuwd wordt, dat ze weinig greep ervaart en weinig begrip heeft voor haar kind. Ook vindt ze dat er weinig rekening gehouden wordt met elkaar en mist ze orde en regelmaat. De toename van gezinsproblemen leek bij Orlando samen te gaan met een toename van eigen problemen op de schaal teruggetrokken-depressief van sub-klinisch naar klinisch. Moeder signaleerde een toename bij hem in weinig energie hebben en liever alleen zijn. De voor Orlando recente stap naar het OZC vroeg waarschijnlijk veel van hem én moeder. Bij Levi was er op de schaal communicatie een sterke verbetering van klinisch naar normaal ( $RCI = 2.13$ ), ondanks het beperkte aantal uren van zijn programma. Wellicht heeft de ontstane duidelijkheid over de problematiek van Levi moeder geholpen in wat zij wel en niet kon verwachten van hem. Bij Levi was er zowel verbetering in het individuele functioneren als in het gezinsfunctioneren.

Het gezinsfunctioneren bij de jongeren zonder SW-herstel, Daan en Finn, is op klinisch niveau gebleven. In het gezin van Daan bleef de schaal communicatie op klinisch hoog niveau en in het gezin van Finn is deze toegenomen naar klinisch niveau ( $RCI = -1.22$ ). Bij Finn lijkt de toename veroorzaakt te worden door de items snel boos worden en geduld verliezen. Ook hier gaan de gezinsproblemen gepaard met externaliserende problemen en angstig of teruggetrokken-depressief gedrag van de jongeren.

Bij de eindmeting was het gezinsfunctioneren alleen bij jongeren met geheel of gedeeltelijk SW-herstel op normaal niveau. Ook verbetering van gezinsfunctioneren vond alleen plaats bij jongeren met geheel of gedeeltelijk SW-herstel. Bij de meeste jongeren ging verbetering of toename van gezinsproblemen gelijk op met respectievelijk afname of toename van hun eigen problematiek. Het valt daarbij op dat met name verbetering in de communicatie gepaard leek te gaan met vermindering van teruggetrokken-depressief gedrag én externaliserend gedrag.

### **Toepassing interventies**

#### ***MDFT trajecten zonder een OZC***

Twee jongeren volgden een MDFT-traject zonder OZC met het doel om hen terug te leiden naar de school van herkomst. In beide gevallen is er geen groei gezien in de schoolgang. Het gezinsfunctioneren is in beide gezinnen op klinisch niveau gebleven. MDFT gaat uit van de gedachte dat inzetten op gezinsinteracties zal leiden tot verbetering van het gezinsfunctioneren en daarmee

op het functioneren van de jongeren op alle levensgebieden (Rigter, 2013, p. 86). Dat roept in deze gevallen de vraag op of MDFT is toegepast zoals het protocol voorschrijft. In beide trajecten is dit gelukt, de therapeuten hadden wekelijks zowel jongerensessies als ouder- en gezinssessies. Vanwege de concentratieproblemen van Daan konden de sessies niet langer dan een half uur duren, maar de therapeute loste dit op door met hem te wandelen. De gezinssessies verliepen moeizaam omdat moeder snel verwijtend was. De therapeute investeerde daarom veel in aparte sessies met moeder, enerzijds om moeder de ruimte te geven haar gevoelens te uiten, anderzijds om begrip voor Daan te creëren door inzicht in zijn problematiek te geven. Deze toepassing van het MDFT-protocol is echter gebruikelijk. Ondanks de investeringen van de therapeute bleef moeder teleurgesteld en verwijtend reageren als Daan zich niet aan afspraken hield. Dat versterkte het gevoel van Daan dat “het nooit genoeg was, wat hij ook probeerde.” Daarbij kreeg hij ook het gevoel dat herstel van de schoolgang meer moeder’s doel was dan zijn doel, ook al probeerde de therapeute hem zoveel mogelijk bij het opstellen van het terugkeerplan te betrekken. Onderdeel van dit plan was dat Daan alleen in een apart lokaal zou zitten, omdat hij “een vol hoofd had en behoefte had aan rust.” Ook de sessies bij Finn konden volgens protocol toegepast worden. De therapeut hielp Finn om aan ouders uit te leggen hoe zwaar school voor hem was, vanwege alle prikkels die hij niet kon verwerken. Ook ondersteunde hij ouders en Finn bij de gesprekken met de leerplichtambtenaar. Hij wist te bereiken dat ouders geen boetes zouden krijgen, in plaats daarvan kreeg Finn een waarschuwing dat hij bij langer verzuim een taakstraf zou krijgen. De gedachte hierachter was dat een boete ouders zou uitlokken tot strijd, dit had voorheen geleid tot ernstige escalaties en het had niet het gewenste effect op de schoolgang. Er werd gehoopt dat wanneer Finn zelf consequenties zou ervaren hij toch naar school zou gaan. Deze interventie, “the good cop and the bad cop” is een bij MDFT gebruikelijke strategie. Ook was er weinig verschil in ervaring van de therapeuten ten opzichte van andere jongeren. De therapeute in het gezin van Daan had relatief weinig ervaring met MDFT (half jaar), de therapeut van Finn iets langer (2 jaar) maar de therapeute van het gezin van Sem werkte even lang als MDFT therapeut. MDFT kon dus bij Daan en Finn op vergelijkbare wijze toegepast worden, maar heeft niet geleid tot verbetering in het gezinsfunctioneren en herstel van de schoolgang.

### **MDFT- OZC trajecten**

De jongeren die een OZC-MDFT traject volgden, kregen niet alleen begeleiding van een MDFT-therapeut, zoals de jongeren zonder OZC-traject, maar werden ook begeleid door een trajectbegeleidster. De extra inzet van een trajectbegeleidster gaf specifieke interventiemogelijkheden op het schooldomein door bijvoorbeeld begeleiding in schoolse vaardigheden en groepsprocessen. De trajectbegeleidster van Sem hielp hem met de module “Talent Talk” om meer zicht op zijn kwaliteiten te krijgen, zodat hij een keus kon maken voor een MBO-richting. Daarmee werd aangesloten bij zijn wens om niet terug te gaan naar de school van herkomst. Ze ontdekte daarbij dat hij opdrachten en keuzemomenten moeilijk overzag en dan in paniek raakte. Hij deed dan uitspraken als: “Dat doe ik echt niet!” Hierop paste ze haar aanpak aan door al langer van te voren bepaalde opdrachten aan te kondigen. Na een dag of twee nam hij vervolgens vaak zelf het initiatief voor de opdracht. De docenten op het OZC konden met de leerstof aansluiten op zijn niveau door middel van terugtoetsen, dat wil zeggen dat er onderzocht werd welke leerstof nog bekend was bij Sem. Hier kreeg hij toetsen over zodat hij successen kon behalen en zelfvertrouwen kreeg. Doordat duidelijk werd dat hij met deelcertificaten naar het MBO kon, kreeg hij een haalbaar perspectief. In de beleving van Sem “hoefde hij niet zoveel op het OZC”. Kennelijk doordat er zo goed werd aangesloten bij zijn mogelijkheden dat leren niet meer gepaard ging met stress. Ook de nauwe samenwerking van docenten, trajectbegeleiders en MDFT gaf extra interventiemogelijkheden. De



MDFT-therapeut signaleerde spanningen in het gezin wanneer Sem's ochtendritueel niet vlot verliep. Doordat ze regelde dat de trajectbegeleidster Sem voortaan zou bellen als hij niet op tijd kwam, hoefden ouders hierover niet de strijd met hem aan te gaan. Vaak hielp het als de trajectbegeleidster hem geruststelde door te zeggen dat hij alsnog welkom was. Dit zorgde ervoor dat de spanning bij Sem omlaag ging en hij niet vastliep in de vicieuze cirkel van negatieve gedachten, faalangst, vermijding van school en ruzie met ouders. De MDFT-therapeut hielp ouders om deze spannende momenten los te laten, dit was een uitdaging voor moeder die zelf 's avonds al de spanning voelde opkomen over hoe het de volgende morgen zou gaan verlopen. De therapeute oefende met ouders hoe ze op een constructieve manier met Sem op situaties terug konden komen en hoe ze onduidelijke situaties beter met hem konden voorbespreken. Hierdoor kwamen er minder escalaties voor. Ook in het traject van Liam bood het OZC extra interventiemogelijkheden. De moeder van Liam was gewend om hem ziek te melden wanneer hij zich ziek voelde voor toetsmomenten. De MDFT-therapeut hielp moeder samen met Liam in gesprek te gaan met de trajectbegeleidster en docent. Hierdoor konden afspraken gemaakt worden over wat Liam van hen nodig had om beter met de spanning om te gaan. De trajectbegeleidster hielp hem met het opdelen van grote opdrachten in kleine deelopdrachten, plannen en indelen van voorbereidingstijd en vooral ook het monitoren en evalueren van de planning. Dit zorgde ervoor dat hij successen ging ervaren, de spanning minder werd en de schoolgang verbeterde. Hij durfde na verloop van tijd zelf hulp te vragen als hij bij een opdracht blokkeerde. Ook ging hij meer initiatief nemen in het contact met anderen. Uit deze trajecten en uit gesprekken met de therapeuten blijkt dat het OZC door de individuele aanpak en ondersteuning op het schooldomein een belangrijke rol speelde in het herstel van SW.

Hoe komt het dat de andere vier jongeren met een MDFT-OZC traject nog niet zulke grote stappen konden nemen? Wellicht speelt hier de ernst van de SW mee. Alle vier de jongeren hadden gedurende langer dan een half jaar 100% SW en internaliserende problemen en/of externaliserende problemen. Levi kreeg een aangepast programma omdat de in verhouding toch nog prikkelrijke omgeving van het OZC veel van hem vroeg, vanwege zijn autisme. Samir's scores waren niet klinisch en van moeder was geen respons, wel is er door de trajectbegeleider veel angst geobserveerd. Deze was zo heftig dat Samir de eerste keren niet naar binnen durfde. De SW is dus bij alle vier de jongeren zowel in kwantitatief als kwalitatief opzicht ernstiger dan die van de eerder beschreven jongeren Sem en Liam, waar wel vermindering van SW plaatsvond. In de opbouw van het programma is hier rekening mee gehouden door met kleine stappen te beginnen, één of twee keer per week twee uur. Een kleine eerste stap hielp Samir de angst hanteerbaar te houden, door de eerste keer een rondje met zijn TB-er om het gebouw te lopen en geleidelijk aan de exposure te vergroten. Ook Noah startte met kleine stappen, vanwege de lange SW duur (30 maanden). De eerste weken gingen goed, maar door een blessure en het ontbreken van tijdig alternatief vervoer ontstond er vertraging in de opbouw. Het verschil in opbouw met Sem en Liam is groot, met name in de frequentie. Sem en Liam startten direct met vier korte dagdelen. Ook zij misten de eerste weken een enkele keer, maar doordat ze de volgende dag weer verwacht werden kon er met een enkele interventie snel succes geboekt worden. Bij de lage frequentie van Noah en Samir kon er bij ziekte echter snel een week "verloren" gaan. Het duurde daardoor waarschijnlijk langer om te wennen en om een band op te bouwen met zowel de medewerkers als de andere jongeren. Door de geringe aanwezigheid waren ook nog nauwelijks interventies mogelijk op het gebied van cognitief presteren en schoolse vaardigheden. Daarmee bleven de zo noodzakelijke successen op dit gebied uit. Naast de ernst van de problematiek kan dus een te lage frequentie in de opbouw ook een rol gespeeld hebben in het beperkte herstel.

## Samenvatting

Twee jongeren met een MDFT-OZC traject herstelden van SW, zowel op het kwantitatieve criterium van de schoolgang als op individueel- en gezinsfunctioneren. Vier jongeren met een MDFT-OZC traject lieten deels herstel zien in de schoolgang en er was stabilisatie of in één geval verbetering van het functioneren van de jongere en het gezin. Bij de twee jongeren met een MDFT-traject zonder OZC werden geen stappen genomen in de schoolgang en was er stabilisatie of verslechtering in het functioneren, zowel bij de jongere als in het gezin. Het lijkt er op dat in trajecten waarin de MDFT-therapeut en trajectbegeleider beiden een rol konden spelen een positieve wisselwerking ontstond tussen de schoolgang, het functioneren van de jongere en het gezinsfunctioneren.

## Discussie

De bedoeling van het huidige onderzoek was om de toepassing van MDFT bij jongeren met SW te toetsen. Bij acht jongeren werd via registratie van het verzuim en vragenlijsten over het functioneren van de jongere en het gezin het effect na ongeveer 10 weken behandeling nagegaan. Zeven jongeren hadden 100% SW met een duur variërend van één tot dertig maanden. Eén jongere had 40% SW met een duur van zes maanden. Van de acht jongeren volgden er twee een ambulante MDFT traject, de duur van de SW was bij hen respectievelijk 7 en 18 maanden. De overige jongeren volgden een MDFT traject gekoppeld aan een OZC. Er waren grote verschillen tussen de jongeren, zowel in het individuele functioneren als in het gezinsfunctioneren. Een gemeenschappelijk kenmerk was dat meerdere factoren op verschillende domeinen een rol speelden bij het in stand houden van SW. Er was een wisselwerking te zien tussen kindfactoren die een risico vormen voor SW en negatieve ervaringen met presteren, andere leerlingen en docenten. Ook leek er bij ruim de helft van de jongeren sprake van een negatieve wisselwerking tussen de spanning vanwege SW en het gezinsfunctioneren. Vanuit literatuuronderzoek ontstond de indruk dat MDFT effect zou kunnen hebben, vanwege de mogelijkheid om te interveniëren op meerdere domeinen.

## Ambulante trajecten

Bij de twee jongeren met een ambulante MDFT-traject, dus zonder OZC, werden geen stappen genomen in de schoolgang. Een verklaring voor het uitblijven van succes zou kunnen zijn dat een ambulante traject niet passend was vanwege de ernst van de SW bij deze jongeren. Volgens het Multi-tiered system of supports (MTSS) (Kearney et al., 2020) kunnen ambulante trajecten bij beginnend of mild SW effect sorteren. Wellicht was hier ook sprake van bij de jongeren die succesvol deelnamen aan de in de inleiding besproken ambulante interventies (Back2School, MultiModalTreatment en @School). Van de deelnemers aan de besproken interventies had 30 tot 50% nog een gedeeltelijke schoolgang. In de twee ambulante trajecten van het huidige onderzoek ging het echter om SW van 100%. Terugkeer naar de school van herkomst was waarschijnlijk een grote stap omdat deze omgeving een sterke 'pushfactor' was. De schoolomgeving riep veel negatieve herinneringen en angst op. MDFT heeft dit niet kunnen doorbreken, wellicht omdat de interventiemogelijkheden op het schoolse domein toch te beperkt waren. Ook was er geen effect van MDFT zichtbaar op het overige functioneren van de jongeren. Het individuele functioneren stabiliseerde op klinisch niveau of verslechterde naar klinisch niveau, met zorgelijke signalen zoals suïcidale uitingen. De scores geven een indruk van de vicieuze cirkel van weggelopen en vermijden, negatieve cognities en depressieve gevoelens die de jongeren ervoeren en die mogelijk versterkt

werden door de druk van de afspraken met de leerplichtambtenaar. Het totale gezinsfunctioneren is op klinisch niveau gebleven. De schaal communicatie bleef in het éne gezin op klinisch hoog niveau en in het andere gezin is deze toegenomen naar klinisch niveau. Het lijkt erop dat problemen op het gebied van communicatie samenhangen met depressieve problemen van de jongeren en dat de inzet van MDFT op het gezinsdomein onvoldoende effect kan hebben wanneer herstel op de andere domeinen uitblijft.

### **MDFT-OZC trajecten**

Twee jongeren met een MDFT-OZC traject herstelden van SW, zowel op het kwantitatieve criterium van de schoolgang als op individueel- en gezinsfunctioneren. Er was sterke verbetering van zowel externaliserende als internaliserende problemen, zij functioneerden tijdens de eindmeting op normaal niveau. Het gezinsfunctioneren stabiliseerde in het éne gezin op normaal niveau en in het andere gezin was er een verbetering naar normaal niveau. Het succes van de twee trajecten met herstel van SW is waarschijnlijk toe te schrijven aan het geïntegreerde aanbod van MDFT-OZC. Het lijkt erop dat doordat de MDFT-therapeut en trajectbegeleider beiden een rol konden spelen een positieve wisselwerking ontstond tussen de schoolgang, het functioneren van de jongere en het gezin. Ook hier ondersteunt het MTSS-model onze bevindingen. Jongeren met ernstige SW hebben volgens het MTSS- model behandeling nodig op niveau drie, dit is het niveau waarin behandeling zich ook richt op aanpassingen in de omgeving om verandering van gedrag mogelijk te maken (Kearney et al., 2020, p.324). Onderwijs en behandeling worden geïntegreerd aangeboden in een veilige en kleinschalige omgeving, waar behandelaren en docenten een volledig op de individuele jongere afgestemd programma kunnen bieden.

### ***Aansluiting theoretisch model op instandhoudende factoren***

Het succes van de combinatie MDFT-OZC kunnen we begrijpen vanuit het effect op de instandhoudende factoren van SW. Zoals in de inleiding werd beschreven kunnen deze vanuit meerdere perspectieven bekeken worden. We lopen ze hier weer één voor één langs.

Vanuit gedragsmatig perspectief wordt de functie van SW, vermijding van negatieve prikkels en situaties, gezien als instandhoudende factor voor SW (Kearney, 2002, 2008b). De bijbehorende interventies die in de literatuur worden aanbevolen zijn exposure en cognitieve herstructurering. De MDFT-OZC trajecten bevatten een cognitief-gedragstherapeutische module, die echter tijdens het onderzoek nauwelijks werd aangeboden. Toch zagen we bij de jongeren met iets minder ernstige SW, die vrij snel met opdrachten en schoolwerk aan de slag konden, volledig herstel van SW. De Zelfdeterminatietheorie (ZDT) helpt te begrijpen waarom de “pushfactor”, de noodzaak van vermijding, wegviel. Volgens de ZDT hebben jongeren behoefte aan verbinding, autonomie en competentie (Ryan et al., 2008). Door nauwkeurig de leerachterstand in kaart te brengen konden docenten aansluiten op de zone van naaste ontwikkeling (Shabani et al., 2010) waardoor faalervaringen bespaard bleven. In overleg met de jongere werden schoolse taken en activiteiten met de andere jongeren uitgebreid, waardoor zij zowel op cognitief als sociaal vlak successen konden ervaren. Hierdoor ontwikkelden de jongeren een gevoel van competentie, zoals Sem zei: “ik hoef niet zoveel op het OZC”. De bekrachtiging van vermijding werd wellicht ook doorbroken door de jongeren op een positieve manier actief te benaderen bij dreigend verzuim of ziekmeldingen. Aan de jongeren zonder herstel zien we echter dat het geforceerd doorbreken van vermijding met een repressieve aanpak niet helpt, maar eerder de gevoelens van falen en waardeloosheid versterkt. Dit komt waarschijnlijk doordat de pushfactor met de dreiging van boetes/taakstraf niet werd weggenomen. De noodzaak om negatieve prikkels en situaties te vermijden komt voort uit angst en het gevoel niet

weerbaar of competent genoeg te zijn om hiermee om te gaan. Een repressieve aanpak komt niet tegemoet aan de basisbehoeftes verbinding, autonomie en competentie. Het stapsgewijs aanbieden van oefenmogelijkheden binnen een warme autonomie-ondersteunende omgeving leidt daarentegen tot successen en daarmee een gevoel van competentie zodat de noodzaak van de vermijdingsfunctie vervalst.

Vanuit het cognitieve perspectief wordt de instandhouding van SW verklaard als een wisselwerking tussen negatieve gedachten, gevoelens en gedrag (Heyne et al., 2013). Die wisselwerking kan doorbroken worden door het uitdagen van negatieve gedachten (Maric et al., 2011) en nieuwe ervaringen (McKayBrown., 2019) die de negatieve gedachten en gevoelens laten uitdoven. Het OZC bood een veilige omgeving waarbinnen de jongeren konden experimenteren met nieuwe ervaringen. Maar hoe kwamen deze tot stand? Uit verslaglegging blijkt de grote rol die trajectbegeleiders hierin spelen. In vergelijking tot de docenten op het OZC en de MDFT-therapeuten brengen zij de meeste uren door met de jongeren. Dit geeft gelegenheid tot het opbouwen van een band ofwel hechtingsrelatie. De hechtingstheorie beschreef voorheen met name de ouder-kind relatie als context voor de ontwikkeling van kinderen (Verschueren et al., 2012, 2020). In de afgelopen decennia is echter veel onderzoek gedaan naar hechtingsrelaties met andere volwassenen, zoals docenten. Docenten blijken juist voor kwetsbare kinderen te kunnen fungeren als een veilige basis van waaruit ze de schoolse omgeving kunnen exploreren (Linn et al., 2021; Sabol et al., 2012). Er zijn aanwijzingen dat leerlingen met internaliserende problemen hun sociale en schoolse vaardigheden kunnen ontwikkelen wanneer zij nabijheid van een docent ervaren (Linn et al., 2021; Sabol et al., 2012). Zowel voor jongeren met internaliserende als externaliserende problemen is nabijheid een beschermende factor tegen stress en verbetert het functioneren (Longobardi et al., 2019). Waarschijnlijk doordat warme ondersteuning helpt bij het reguleren van gedachten en emoties en de docent model staat voor het exploreren van interacties met anderen (Longobardi et al., 2020). Veel van deze onderzoeken zijn met kinderen in de basisschoolleeftijd gedaan. Maar ook bij jongeren op de middelbare school leeftijd werd het belang van positieve relaties met docenten aangetoond, deze hadden met name effect op de betrokkenheid (Roorda et al., 2011, 2019). Bij één van de deelnemende jongeren, Liam, werd dit effect op twee manieren gezien. Hij durfde na verloop van tijd zelf hulp te vragen als hij bij een opdracht blokkeerde. Ook ging hij meer initiatief nemen in het contact met anderen. Jongeren gaan de interactie met de docent aan vanuit het interne werkmodel dat ze op basis van hun relatie met ouders en eerdere relaties met andere docenten ontwikkeld hebben. Jongeren met SW hebben waarschijnlijk een beeld over zichzelf dat ze niet in staat zijn om te gaan met de eisen die docenten aan hen stellen en ze hebben het beeld dat hier niet over te praten valt omdat docenten toch niet luisteren of geen begrip hebben. Een sensitieve docent zou dit model echter kunnen bijstellen (Sabol & Pianta, 2012). Een mooi voorbeeld hiervan zagen we bij de trajectbegeleider van Sem die begreep wat er onder zijn uitspraak “dat doe ik echt niet!” zat en niet de strijd aanging maar op zoek ging naar wat hij nodig had. Hierdoor kreeg hij de ervaring van een docent die wel luisterde en begrip toonde en hem hielp. Het effect was dat hij in contact bleef en zelf initiatief voor de opdracht nam, dus ook een nieuwe ervaring met betrekking tot zichzelf opdeed. De hechtingstheorie ondersteunt dus het belang van de nabijheid van de trajectbegeleider. Vanuit deze emotionele veiligheid kan de jongere tot exploratie komen en zo de negatieve wisselwerking van negatieve gedachten, emoties en vermijding doorbreken.

Volgens het systemische perspectief houdt de wisselwerking tussen de jongere en diens omgeving, zowel het gezinsdomein als het schooldomein, de SW in stand (Nuttal et al., 2013; Bronfenbrenner, 1979). Het reïntegratiemodel (Nuttal et al., 2013) adviseert als interventie onder

meer het bevorderen van de samenwerking tussen ouders en school. Bij de deelnemende gezinnen zagen we verschillende dynamieken. Sommige ouders voelden zich gediskwalificeerd en onder druk gezet door instanties als leerplicht of jeugdhulp. Uit angst voor boetes of uithuisplaatsing van hun kind gingen zij de strijd aan met hun kind om deze naar school te krijgen. Hierdoor ontstonden er grote spanningen in de relatie met hun kind en/of partner. Andere ouders hadden veel begrip voor hun kind en vonden het soms moeilijk om hun kind naar het OZC te sturen. Door de samenwerking tussen school en ouders, trajectbegeleider en MDFT-therapeut konden in enkele gezinnen de verschillende dynamieken gesignaleerd en doorbroken worden. Eén van de interventies was het geven van psycho-educatie over SW en angst. Ook werd er uitleg gegeven over de dynamiek in gezinnen bij SW. Een belangrijke interventie was om ouders niet te beschuldigen of te beoordelen maar hun beschermende of strijdende houding als signaalfunctie te zien en deze te benutten. Wanneer ouders hun kind ziek meldden werd dit gezien als kans om meer zicht te krijgen op de in standhoudende factoren op het OZC. Dit wordt ondersteund vanuit de literatuur: “het is moeilijk voor ouders om hun kind naar school te sturen als het bang is..omdat schoolfactoren een grote rol spelen”, (Havik, 2015, p. 231). Hierdoor werd ontdekt dat één van de jongeren nog intensievere begeleiding nodig had ter voorbereiding op toetsen. Andere ouders werden gehoord door pro-actief steun aan te bieden, op het moeilijkste moment in de ochtend wanneer hun kind treuzelde en daardoor de bus dreigde te missen. Het effect hiervan was tweeledig. De conflicten tussen ouders en kind verminderden én de bekrachtiging van vermijding werd doorbroken. Door de nauwe samenwerking met ouders kon de behandeling van het OZC dus verbeterd worden én ouders werden “ontzorgd” doordat ze enkele zorgen aan het OZC konden “delegeren”. De relatie tussen jongere en ouders verbeterde doordat ouders meer (autonomie)-ondersteunend konden zijn in plaats van strijdend of beschermend. Op wellicht indirecte wijze geeft de hechtingstheorie ook hier inzicht. Wanneer ouders ervaren dat er een hechtingsfiguur op school is, helpt dit hen deze functie als het ware tijdelijk over te dragen.

#### ***Belang van goede analyse en match***

Vier van de zes jongeren met een MDFT-OZC traject maakten slechts gedeeltelijke groei door, zowel in schoolgang als in functioneren. Een mogelijke verklaring hiervoor is allereerst de ernst van hun problematiek, in omvang en duur van de SW en/of de mate van de internaliserende problemen. Eén jongere kreeg een beperkt programma aangeboden omdat de prikkelrijke omgeving van het OZC, waar ook jongeren met externaliserende problematiek komen, veel van hem vroeg door zijn autisme. Een andere jongere had internaliserende problemen op klinisch niveau in combinatie met externaliserende problemen die waarschijnlijk samenhangen met depressieve problemen. Comorbide problematiek maakt behandeling complex (Heyne et al., 2014) en de aanwezigheid van depressieve problemen kan actieve deelname aan de behandeling verstoren (Bernstein et al., 2001). Wellicht had deze jongere baat gehad bij aanvullende individuele cognitieve therapie of ondersteunende medicatie. Een verklaring voor de twee andere jongeren met lange SW duur is dat er meer tijd nodig was voor verder herstel van de schoolgang. De onderzoeksduur was tien weken terwijl de behandeling een half jaar duurt. Deze jongeren hadden dus nog tien weken te gaan. Een andere verklaring is wellicht de voorzichtige start van het opbouwschema. Doordat er soms grote periodes tussen de afgesproken OZC-uren waren, bleef mogelijk de spanning hoog terwijl er nog weinig positieve ervaringen tegenover stonden. Deze jongeren hadden wellicht baat gehad bij een hogere frequentie van de blootstelling aan het OZC. Deze bevindingen bevestigen het belang van een goede probleemanalyse bij de start van de behandeling om hiermee vervolgens de trajecten individueel op maat te kunnen maken.

### **Sterke punten en beperkingen**

Een sterk punt van het onderzoek is dat er een baseline vastgesteld kon worden. Er was sprake van langerdurend en ernstig SW. Uit de literatuur blijkt dat elke dag schoolverzuim bijdraagt aan een grotere leerachterstand en verergering van de problematiek en dat afwachten tot SW “vanzelf” overgaat niet realistisch is (Hancock et al., 2013; Kearney et al., 2014; Lenzen et al., 2013). Hierdoor is het aannemelijk dat de verandering in SW samenhangt met de interventie. Doordat zowel jongeren met ambulante MDFT-trajecten als jongeren met MDFT-OZC trajecten deelnamen konden effecten vergeleken worden. De combinatie van literatuuronderzoek, vragenlijsten en verslaglegging gaf de mogelijkheid enig inzicht te krijgen in de werkzame elementen van de verschillende toegepaste interventies.

Er zijn meerdere beperkingen aan dit onderzoek. Allereerst is het vanwege de geringe respons niet mogelijk om statistisch onderbouwde conclusies aan de resultaten te verbinden. De resultaten komen echter wel overeen met de ervaringen in de praktijk. Een tweede beperking is dat alle acht jongeren die aan het onderzoek meededen ernstig SW vertoonden. Het was dus niet mogelijk om het effect van MDFT te onderzoeken bij jongeren met minder ernstig SW. Ook is er geen follow-up meting gedaan waardoor niet duidelijk is of het herstel stabiliseert en/of generaliseert naar vervolgonderwijs. Ten slotte is gaandeweg het onderzoek de opzet gewijzigd in meer kwalitatief onderzoek. Hierdoor ontbrak een voorbereiding met bijvoorbeeld gestandaardiseerde vragenlijsten voor de betrokken hulpverleners, waardoor geen systematische analyse van alle interventies heeft plaatsgevonden. Het voordeel hiervan is wel dat er geen sturing is geweest. Er is tijdens het onderzoek wel contact geweest met de MDFT-therapeuten over de afname van vragenlijsten. Met de trajectbegeleiders is echter tijdens de onderzoeksperiode geen enkel contact geweest waardoor zeker is dat hun interventies niet beïnvloed zijn door het onderzoek.

### **Aanbevelingen**

Er is onderzoek nodig met grotere groepen deelnemende jongeren om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de effecten van ambulante MDFT trajecten bij SW. Dit moet dan gaan om jongeren met beginnend SW, dus jongeren die minimaal 75% schoolgang hebben zodat er nog een reële kans is op herstel. Ook moet de combinatie van OZC-MDFT bij ernstig SW onderzocht worden bij een grotere groep deelnemers om onderbouwde uitspraken te kunnen doen over deze combinatie. Daarin zijn wel enkele aanpassingen nodig, zoals bijvoorbeeld aanvullende behandeling wanneer er ernstige internaliserende problemen zijn en wellicht een hogere frequentie van het opbouwschema. Voor de begeleiding van gezinnen is het relevant om onderzoek te doen naar de wisselwerking tussen schoolproblematiek en gezinsfunctioneren. Al te vaak worden interventies slechts op één domein toegepast. In dit onderzoek deelden ouders en jongeren ervaringen over interventies die alleen op gezinsniveau gedaan werden waarbij weinig oog was voor de impact van schoolproblematiek op de gezinsinteracties. Een interessante onderzoeksvraag is in hoeverre de relaties van jongeren met hun ouders beschadigd zijn door de strijd over school of door negatieve ervaringen op school.

Voor de praktijk betekent de uitkomst van dit onderzoek dat de inzet van MDFT bij elke jongere met SW opnieuw zorgvuldig afgewogen moet worden. Bij ernstiger en langdurige SW en/of SW van 15-60% is volgens de literatuur een combinatie nodig van MDFT en een aangepaste onderwijssetting (Heyne et al., 2019; Skedgel et al., 2016). Onderzoek naar de Link, een interventie

met de focus op onderwijs, liet ook goede uitkomsten zien bij jongeren met 100% SW. Bij jongeren met mild en beginnend SW zou ook een combinatie van MDFT en ambulante trajectbegeleiding overwogen kunnen worden. In beide gevallen kan de MDFT-therapeut profiteren van het MDFT-protocol dat goede aanknopingspunten biedt voor analyse en geïntegreerd interveniëren op verschillende domeinen. Tegelijkertijd moet voor de interventies op het schooldomein aanvullende expertise gezocht worden. Een aanbeveling voor de stichting waar het huidige onderzoek heeft plaatsgevonden, is om de uitvoering van de ambulante MDFT-trajecten voor SW onder te brengen bij de OZC's. MDFT-therapeuten die aan deze centra verbonden zijn hebben namelijk de expertise betreffende SW en kunnen snel de samenwerking met trajectbegeleiders zoeken. Deze expertise is nodig om goed aan te sluiten bij de ouders en de jongere en op sommige onderdelen een vertaalslag te maken vanuit het MDFT-protocol.

Een andere aanbeveling is het ontwikkelen van aanvullende methodiekhandleidingen voor jeugdhulpwerkers en gezins- en systeemtherapeuten. Uit het huidige onderzoek bleek dat in enkele trajecten eerder systemische interventies zijn ingezet zonder resultaat, vanuit de hypothese dat herstel van gezinsfunctioneren zou leiden tot herstel van SW. De valkuil voor gezins- en systeemtherapeuten is om te eenzijdig op het gezinsdomein te interveniëren omdat dit nu eenmaal het terrein is van hun expertise. Het schooldomein en kindfactoren waar binnen het schooldomein een groot beroep op worden gedaan dreigen dan echter buiten beschouwing te worden gelaten. Er moet meer oog zijn voor de rol van school en aanpassingen die binnen het schooldomein nodig zijn (Brouwer-Borghuis et al., 2019). Kennis van de instandhoudende factoren op het schooldomein is dus een vereiste evenals vaardigheden en mogelijkheden om samen te werken met verschillende ketenpartners, zoals jeugdgezondheidszorg, leerplicht en samenwerkingsverbanden binnen het onderwijs. Daarom is een aanbeveling voor onder meer Stichting Jeugdinterventies het ontwikkelen van een methodiekhandleiding voor de toepassing van MDFT bij SW. Het is belangrijk dat MDFT-therapeuten zich bewust zijn van de verschillen tussen spijbelen en SW, hun interventies daarop leren afstemmen en nauwe samenwerking zoeken met trajectbegeleiders, OZC's of andere specialisten rondom SW.

## **Conclusie**

Uit dit onderzoek kunnen enkele belangrijke inzichten afgeleid worden. Wanneer jongeren en hun ouders met ernstige SW te maken hebben, is een intensieve en geïntegreerde interventie nodig die zich op alle domeinen richt. Om de negatieve spiraal van faalangst en vermijding te doorbreken, is een aangepaste en (autonomie)-ondersteunende schoolomgeving nodig waarbinnen jongeren succeservaringen kunnen opdoen. MDFT kan bijdragen aan een betere samenwerking tussen deze onderwijszorgcentra en ouders. De behandeling kan profiteren van de signalen die ouders geven en andersom kunnen ouders geholpen worden uit de dynamiek van strijd of bescherming los te komen wanneer de school of het OZC bepaalde aspecten van hun taken overneemt. Dan kunnen ouders en school samen een veilige basis worden van waaruit de jongere de (aangepaste) schoolwereld durft te exploreren.

### Literatuurlijst

- Balu R, Ehrlich SB (2018). Making sense out of incentives: a framework for considering the design, use, and implementation of incentives to improve attendance. *J Educ Stud Placed Risk (JESPAR)* 23:93–106.  
<https://doi.org/10.1080/10824669.2018.1438898>
- Barger, M. M., Kim, E. M., Kuncel, N. R., & Pomerantz, E. M. (2019). The relation between parents' involvement in children's schooling and children's adjustment: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 145(9), 855.  
[doi.org/10.1037/bul0000201](https://doi.org/10.1037/bul0000201)
- Bernstein, G. A., Hektner, J. M., Borchardt, C. M., & McMillan, M. H. (2001). Treatment of school refusal: one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), 206-213.  
<https://doi.org/10.1097/00004583-200102000-00015>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brouwer-Borghuis, M. L., Heyne, D., Sauter, F. M., & Scholte, R. H. (2019). The link: an alternative educational program in the Netherlands to reengage school-refusing adolescents with schooling. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 75-91. [1077-7229/18/](https://doi.org/10.1077-7229/18/)
- Carless, B., Melvin, G. A., Tonge, B. J., & Newman, L. K. (2015). The role of parental self-efficacy in adolescent school-refusal. *Journal of Family Psychology*, 29(2), 162. <http://dx.doi.org/10.1037/fam0000050>
- Cotandocumentatie, (2021, 3 mei).  
<https://www.cotandocumentatie.nl/beoordelingen/b/14737/aseba-vragenlijsten/>
- Egger, H. L., Costello, J. E., & Angold, A. (2003). School refusal and psychiatric disorders: A community study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(7), 797-807.  
<https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046865.56865.79>
- Elliott, J. G., & Place, M. (2019). Practitioner review: school refusal: developments in conceptualisation and treatment since 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(1), 4-15. doi:10.1111/jcpp.12848
- Fornander, M. J., & Kearney, C. A. (2019). Family environment variables as predictors of school absenteeism severity at multiple levels: ensemble and classification and regression tree analysis. *Frontiers in psychology*, 10, 2381. [doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02381](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02381)
- Gallé-Tessonneau, M., & Gana, K. (2019). Development and validation of the school refusal evaluation scale for adolescents. *Journal of pediatric psychology*, 44(2), 153-163. doi: 10.1093/jpepsy/jsy061



- Gallé-Tessonneau, M., & Heyne, D. (2020). Behind the SCREEN: identifying school refusal themes and sub-themes. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 25(2), 139-154. Doi: 10.1080/13632752.2020.1733309
- Havik, T., Bru, E., & Ertesvåg, S. K. (2014). Parental perspectives of the role of school factors in school refusal. *Emotional and behavioural difficulties*, 19(2), 131-153.  
<https://doi.org/10.1080/13632752.2013.816199>
- Havik, T., Bru, E., & Ertesvåg, S. K. (2015). School factors associated with school refusal- and truancy-related reasons for school non-attendance. *Social Psychology of Education*, 18(2), 221–240. <https://doi.org/10.1007/s11218-015-9293-y>
- Hancock, K. J., Shepherd, C. C. J., Lawrence, D., & Zubrick, S. R. (2013). Student attendance and educational outcomes: Every day counts. Canberra: Department of Education, Employment and Workplace Relations.
- Heyne, D., King, N. J., Tonge, B. J., Rollings, S., Young, D., Pritchard, M., & Ollendick, T. H. (2002). Evaluation of child therapy and caregiver training in the treatment of school refusal. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 687-695.
- Heyne, D., Sauter, F. M., Van Widenfelt, B. M., Vermeiren, R., & Westenberg, P. M. (2011). School refusal and anxiety in adolescence: Non-randomized trial of a developmentally sensitive cognitive behavioral therapy. *Journal of anxiety disorders*, 25(7), 870-878. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.04.006
- Heyne, D., Sauter, F. M., Ollendick, T. H., Van Widenfelt, B. M., & Westenberg, P. M. (2013). Developmentally sensitive cognitive behavioral therapy for adolescent school refusal: Rationale and case illustration. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(2), 191-215. DOI 10.1007/s10567-013 - 0160-0
- Heyne, D. (2019). Developments in classification, identification, and intervention for school refusal and other attendance problems: introduction to the special series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 1-7.
- Heyne, D., Gren-Landell, M., Melvin, G., & Gentle-Genitty, C. (2019). Differentiation between school attendance problems: why and how? *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 8-34. 1077-7229/18
- Heyne, D., Gentle-Genitty, C., Landell, M. G., Melvin, G., Chu, B., Gallé-Tessonneau, M., ... & Kearney, C. A. (2020). Improving school attendance by enhancing communication among stakeholders: establishment of the International Network for School Attendance (INSA). *European child & adolescent psychiatry*, 29(7), 1023-1030. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01380-y>.

- Heyne, D., Brouwer-Borghuis, M. (2021) Weten Wat Werkt, Op Weg Naar Een Roadmap: interventies bij Schoolweigering (presentatie 16 juni 2021, Kennisteam Schoolweigering. Artikel verschijnt in 2022)
- Hughes, E. K., Gullone, E., Dudley, A., & Tonge, B. (2010). A casecontrol study of emotion regulation and school refusal in children and adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 30, 691–707. doi:10.1177/0272431609341049.
- Ingul, J. M., Havik, T., & Heyne, D. (2019). Emerging school refusal: a school-based framework for identifying early signs and risk factors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 46-62.
- Jones, A. M., & Suveg, C. (2015). Flying under the radar: School reluctance in anxious youth. *School Mental Health*, 7(3), 212-223. DOI 10.1007/s12310-015-9148-x.
- Kearney, C. A., & Silverman, W. K. (1995). Family environment of youngsters with school refusal behavior: A synopsis with implications for assessment and treatment. *The American Journal of Family Therapy*, 23(1), 59-72. <https://doi.org/10.1080/01926189508251336>
- Kearney, C. A. (2002). Identifying the function of school refusal behavior: A revision of the School Refusal Assessment Scale. *Journal of psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(4), 235-245.
- Kearney, C. A., & Albano, A. M. (2004). The functional profiles of school refusal behavior: Diagnostic aspects. *Behavior Modification*, 28(1), 147-161. DOI: 10.1177/0145445503259263
- Kearney, C. A., & Bensaheb, A. (2006). School absenteeism and school refusal behavior: A review and suggestions for school-based health professionals. *Journal of school health*, 76(1), 3-7.
- Kearney, C. A., & Silverman, W. K. (1996). The evolution and reconciliation of taxonomic strategies for school refusal behavior. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(4), 339–354. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1996.tb00087>.
- Kearney, C. A. (2008). School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical psychology review*, 28(3), 451-471. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.012>.
- Kearney, C. A. (2008a). An interdisciplinary model of school absenteeism in youth to inform professional practice and public policy. *Educational Psychology Review*, 20(3), 257-282. DOI 10.1007/s10648-008-9078-3
- Kearney, C. A., & Graczyk, P. (2014). A response to intervention model to promote school attendance and decrease school absenteeism. *Child Youth Care Forum*, 43(1), 1–25. <https://doi.org/10.1007/s10566-013-9222-1>

- Kearney, C. A., & Graczyk, P. A. (2020). A multidimensional, multi-tiered system of supports model to promote school attendance and address school absenteeism. *Clinical child and family psychology review*, 23(3), 316-337. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00317-1>
- Ledoux, G., & Waslander, S. (2020). Evaluatie passend onderwijs. *Eindrapport*. Amsterdam: Kohnstamm Instituut/Tilburg: TIAS School for Business and Society, Tilburg University/Nijmegen: KBA.
- Lenzen, C., Fischer, G., Jentzsch, A., Kaess, M., Parzer, P., Carli, V., ... & Brunner, R. (2013). School absenteeism in Germany: Prevalence of excused and unexcused absenteeism and its correlation with emotional and behavioural problems. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 62(8), 570-582. <https://doi.org/10.13109/prkk.2013.62.8.570>
- Lester, K. J., Field, A. P., Oliver, S., & Cartwright-Hatton, S. (2009). Do anxious parents interpretive biases towards threat extend into their child's environment? *Behaviour Research and Therapy*, 47(2), 170-174. doi:10.1016/j.brat.2008.11.005
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A., & Henderson, C. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(1), 2-37.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(1), 12. DOI: 10.1037/a0014160
- Lin, S., Fabris, M. A., & Longobardi, C. (2021). Closeness in Student–Teacher Relationships and Students’ Psychological Well-Being: The Mediating Role of Hope. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10634266211013756. DOI: 10.1177/10634266211013756 [jebd.sagepub.com](https://jebd.sagepub.com)
- Lomholt, J. J., Johnsen, D. B., Silverman, W. K., Heyne, D., Jeppesen, P., & Thastum, M. (2020). Feasibility study of Back2School, a modular cognitive behavioral intervention for youth with school attendance problems. *Frontiers in psychology*, 11, 586. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00586
- Longobardi, C., Prino, L. E., Marengo, D., & Settanni, M. (2016). Student-teacher relationships as a protective factor for school adjustment during the transition from middle to high school. *Frontiers in psychology*, 7, 1988. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01988>
- Longobardi, C., Settanni, M., Prino, L. E., Fabris, M. A., & Marengo, D. (2019). Students’ psychological

- adjustment in normative school transitions from kindergarten to high school: Investigating the role of teacher-student relationship quality. *Frontiers in psychology*, *10*, 1238.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01238>
- Maric, M., Heyne, D. A., de Heus, P., van Widenfelt, B. M., & Westenberg, P. M. (2012). The role of cognition in school refusal: an investigation of automatic thoughts and cognitive errors. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *40*(3), 255. <https://doi.org/10.1017/S1352465811000427>
- Maynard, B. R., Heyne, D., Brendel, K. E., Bulanda, J. J., Thompson, A. M., & Pigott, T. D. (2018). Treatment for school refusal among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, *28*(1), 56-67. DOI: 10.1177/1049731515598619
- McKay-Brown, L., McGrath, R., Dalton, L., Graham, L., Smith, A., Ring, J., & Eyre, K. (2019). Reengagement with education: a multidisciplinary home-school-clinic approach developed in Australia for school-refusing youth. *Cognitive and Behavioral Practice*, *26*(1), 92-106.
- Mcshane, G., Bazzano, C., Walter, G., & Barton, G. (2007). Outcome of patients attending a specialist educational and mental health service for social anxiety disorders. *Clinical child psychology and psychiatry*, *12*(1), 117-124. <https://doi.org/10.1177/1359104507071090>
- MDFT, (2021, 7 juli). [https://www.mdft.nl/waar\\_\\_\\_hoe/](https://www.mdft.nl/waar___hoe/)
- NJi, (2021, 7 juli). <https://www.nji.nl/interventies/multidimensionele-familietherapie-mdft>
- Nuttall, C., & Woods, K. (2013). Effective intervention for school refusal behaviour. *Educational Psychology in Practice*, *29*, 347–366. <https://doi.org/10.1080/02667363.2013.846848>
- Pina, A. A., Zerr, A. A., Gonzales, N. A., & Ortiz, C. D. (2009). Psychosocial interventions for school refusal behavior in children and adolescents. *Child development perspectives*, *3*(1), 11-20.
- Ploeg, J. D., Scholte, E. M., van der Ploeg, J. D., & van der Ploeg, J. (2009). *Handleiding Gezinsvragenlijst (GVL)*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Praktikon, (2021, 7 augustus). <https://www.praktikon.nl/>
- Reissner, V., Jost, D., Krahn, U., Knollmann, M., Weschenfelder, A. K., Neumann, A., Wasem, J., & Hebebrand, J. (2015). The treatment of school avoidance in children and adolescents with psychiatric illness. *Deutsches Ärzteblatt International*, *112*, 655–662. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0655>
- Reissner, V., Knollmann, M., Spie, S., Jost, D., Neumann, A., & Hebebrand, J. (2019). Modular treatment for

- children and adolescents with problematic school absenteeism: development and description of a program in Germany. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 63-74.
- Rigter, H., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., ... & Rowe, C. L. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and alcohol dependence*, 130(1-3), 85-93. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.10>
- Roorda, D. L., Koomen, H. M., Spilt, J. L., & Oort, F. J. (2011). The influence of affective teacher–student relationships on students’ school engagement and achievement: A meta-analytic approach. *Review of educational research*, 81(4), 493-529. DOI: 10.3102/0034654311421793
- Roorda, D. L., Jorgensen, T. D., & Koomen, H. M. (2019). Different teachers, different relationships? Student-teacher relationships and engagement in secondary education. *Learning and Individual Differences*, 75, 101761. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2019.101761>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 186. DOI: 10.1037/a0012753
- Sauter, F. M., Heyne, D., & Westenberg, P. M. (2009). Cognitive behavior therapy for anxious adolescents: developmental influences on treatment design and delivery. *Clinical child and family psychology review*, 12(4), 310-335. DOI 10.1007/s10567-009-0058-z
- Scholte, E.M. & Ploeg, van der, J.D. (2008). *Gezinsvragenlijst GVL*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Shabani, K., Khatib, M., & Ebadi, S. (2010). Vygotsky's zone of proximal development: Instructional implications and teachers' professional development. *English language teaching*, 3(4), 237-248.
- Skedgell, K., & Kearney, C. A. (2016). Predictors of absenteeism severity in truant youth: A dimensional and categorical analysis. *American Secondary Education*, 45, 46–58.
- Thambirajah, M. S., Karen J. Grandison, and Louise De-Hayes. *Understanding school refusal: A handbook for professionals in education, health and social care*. Jessica Kingsley Publishers, 2008.
- Van der Pol, T. M., Hoeve, M., Noom, M. J., Stams, G. J. J., Doreleijers, T. A., van Domburgh, L., & Vermeiren, R. (2017). Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems—a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 532-545. doi:10.1111/jcpp.12685

Verhulst, F. C., & van der Ende, J. (2013). *Handleiding ASEBA: vragenlijsten voor leeftijden 6 t/m 18 jaar: CBCL/6-18, YSR, TRF*. ASEBA Nederland.

Verschuere, K., & Koomen, H. M. (2012). Teacher–child relationships from an attachment perspective. *Attachment & human development, 14*(3), 205-211.

<https://doi.org/10.1080/14616734.2012.672260>