

Schoolfobie*

DOOR MEJ. J. E. KENTIE

Als assistente op de kinderpsychiatrische polikliniek werden door mij in één jaar drie kinderen met schoolfobie gezien. De overeenkomst in de achtergronden van hun problemen en de langdurige bemoeienissen, met name van de desbetreffende huisartsen, waren voor mij aanleiding een en ander over dit onderwerp en over de ziektegeschiedenissen van deze drie jongens mede te delen.

Reële schoolangsten. Kinderen zijn ook mensen, men moet hun problemen met de school niet anders zien dan die welke wij hebben met ons werk. Doorgaans denkt men dat „alle gezonde kinderen graag naar school gaan”. In sommige gevallen lijkt de houding van de moeder dan op die uit het cartoon, waar een angstig, bibberend jongetje in de sneeuw staat en zijn moeder roept: „It's great fun, to have snowballs thrown at you”. De angst voor de onderwijzer, de klasgenoten, de leerstof en het milieu van de school kan reëel zijn. Onderwijzers zijn mensen en er kan bij hen een groeiende irritatie ontstaan voor dat ene kind, met andere woorden: „Hij heeft de pik op hem”.

Even bedreigend voor een stille, timide jongen kunnen de klasgenoten zijn, misschien is hij het mikpunt voor plagerijen, waarbij opvalt dat tegenwoordig werkelijk geweld en „gang”-formatie het onschuldig plagen verre overschrijdt. Als zodanig kan een zwak kind door de sterkeren worden uitgebuit. Sommigen kiezen dan door delinquent gedrag, als overcompensatie voor de angst, een rol in een dergelijke bende.

In de klas kan het kind gaan „clownen”. Aanvankelijk werd het kind zelf belachelijk gemaakt, maar nu hijzelf de clown uithangt, is hij zijn klasgenoten voor. Hij wacht niet meer passief af, hijzelf zal het moment van lachen bepalen en zijn tegenstanders ontwapenen.

De angst voor slechte schoolprestaties, vooral bij adolescenten, kan het kind doen besluiten niet meer naar school te gaan. Een onevenredig grote ambitie, bijvoorbeeld bij kinderen met een middelmatige intelligentie, kan dit veroorzaken. Een dergelijke ambitie kan worden overgenomen van de

ouders, bij wie voor hun kind een academische studie voor ogen zweeft. De schoolprestaties worden dan inzet bij het gevoel van waardering en liefde van de ouders. Hierbij moet worden opgemerkt dat overdreven lof en uitbundig toejuichen van prestaties het kind zo mogelijk nog meer onder druk zetten, dan de meest afbrekende kritiek dat doet. Blijkt de school zeer streng, autoritair of juist zeer vrij en creatief, dan kan een kind, dat uit een geheel ander milieu komt, zich moeilijk aanpassen. In het bovenbeschrevene heeft het kind zeer duidelijke redenen om niet naar school te willen en slechts zeer zijdelings heeft men met psychopathologie te maken.

Schoolfobie. Schoolfobie is een werkelijke neurose, die — zoals elke neurose — is gebaseerd op een onbewust conflict; de redenen welke het kind opgeeft om de school niet te bezoeken, zijn vaak gelijk aan de hierboven vermelde. Het zijn echter slechts rationalisaties. Dit is een belangrijke vaststelling, omdat men anders geneigd zou zijn te handelen met een „common sense” benadering, zoals geruststelling, overreding, beloning, straf of — zoals bij casus 1 —, overplaatsing naar een andere school. Het is duidelijk dat geen van deze methoden dan blijvend resultaat kan hebben. Het kind gaat wellicht naar school (met libriummedicatie gedurende twee jaar, zie casus 1), maar aan de neurotische problematiek gaat men voorbij.

Onder welke verschijnselen uit zich een schoolfobie?

Het kind vertoont een weersin om naar school te gaan tengevolge van een irreële angst. Hij richt dit op één facet van de schoolsituatie. Het kind vertelt vage verhalen thuis, hoe onaardig de onderwijzer is, hoe vervelend de kinderen, hoe onvriendelijk de conciërge of hoe vreselijk de pauze. Soms dit alles tegelijkertijd of soms weet hij het zelf niet. Een en ander kan bijna elk detail van het schoolleven betreffen, alleen is het niet waar of beter, het gaat niet om dat detail.

Freud liet ons zien dat het bij deze ernstige angsten niet om het object zelf — bijvoorbeeld het beest — gaat, maar om inwendige angsten, die naar buiten worden verplaatst in een object en verschoven naar bijvoorbeeld de onderwijzer. In de meeste gevallen zijn er ook lichamelijke klach-

* Voordracht, gehouden tijdens de studiedag „Kinderen zijn ook mensen”, Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, november 1971.

ten, vaak gastro-intestinale verschijnselen: misselijkheid en braken aan het ontbijt of klagen over buikpijn, keelpijn of hoofdpijn; in het weekend zijn dergelijke klachten echter afwezig. Bij verdere navraag blijken soms ook andere fobische verschijnselen te bestaan zoals angst voor beesten, voor lawaai, voor donker en wat dies meer zij. Op zichzelf zijn fobieën in de kindertijd als lichte voorbijgaande verschijnselen een onderdeel van de normale ontwikkeling. Een schoolfobie is dat niet. De basisangst, de kern van de schoolfobie is de angst voor de scheiding van de moeder. Er bestaat zonder uitzondering een extreem sterke band tussen moeder en kind, die voortkomt uit een geheel complex van oorzaken.

Het gezin waaruit de schoolfobie voortkomt. Door Johnson werd in 1941 voor het eerst de schoolfobie en de achtergronden daarvan beschreven. De moeders zijn zelf doorgaans vrouwen die een slecht opgeloste afhankelijkheidsproblematiek met hun eigen moeder hadden. Zelf voelen zij zich als moeder onvolwaardig. Dit maakt dat zij zeer gepreoccupeerd blijven met het kind en het voortdurend menen te moeten blijven beschermen tegen de harde kanten van het leven zoals ziekte, geboorte, sex en dood. Zij offert haar eigen leven op voor dat van het kind, voor wie zij elke shock, frustratie of pijn uit de weg wil houden. Het kind is vaak de jongste of enig kind in de familie en behoudt lang — ook in onze gevallen — de rol van „the baby of the family”.

De sterke afhankelijkheid van de moeder met haar ouders vindt men bijvoorbeeld terug in het feit dat het gezin in de buurt is blijven wonen of herhaaldelijk soms meermalen per dag telefonisch contact onderhoudt. Deze moeders hebben zelf weinig contacten naar buiten, zij hebben geen vriendinnen. Uiteraard is ook de huwelijkskeuze door deze onrijpe levenshouding bepaald. Ondanks dat de huwelijken bij deze gezinnen vaak slecht zijn, komen althans in de literatuur geen echtscheidingen voor.

Het seksuele contact van de ouders is meestal gering, dit wordt vaak gerationaliseerd, „de kinderen zouden het horen en dergelijke”. De aandacht voor het kind is groter dan voor de partner. De vader zelf heeft ook met zijn ouders, broers en zusters de banden nog niet verbroken. Voor hem gaan deze in wezen vaak vóór, boven het eigen gezin. Ook is het mogelijk dat de ouders beiden, als twee angstige moeders om het kind heen-draaien of dat de vader zichzelf met dit angstige kind identificeert.

Het onbewuste conflict. De sterke band met zijn moeder beleeft het kind als positief en als negatief;

het gevolg is een uitgesproken ambivalentie. Theoretisch blijkt angst voor separatie en angst voor de dood dicht naast elkaar te liggen. Het fobische element wordt gekenmerkt door de onduidelijke, vage grens tussen wens en realiteit. De onbewuste wens te ontsnappen aan de knellende moederband, deze slechte gedachte, zou misschien in vervulling kunnen gaan. Ook de moeder heeft haar eigen aandeel in deze angst voor separatie. De dood speelt in deze families een belangrijke rol. De moeder kan over de dood van een familielid, twintig jaar geleden, spreken met een bewogenheid alsof het gisteren was gebeurd.

Aan de andere kant wordt in het gezin de dood ontkend en hoort het kind soms slechts zijdelings — bijvoorbeeld tijdens telefoongesprekken van zijn moeder — over ziekten en dood praten. Een recente dood of ziekte ging vaak aan de acute manifestatie van het schoolverzuim vooraf. Door de dubieuze houding van de ouders komt in het onbewuste van het kind een onzeker beeld over separatie en dood.

Ziektegeschiedenissen

Casus 1. Jan van I., elf jaar, ging gedurende tien maanden niet naar school. De klachten waren dat, behalve deze angst voor school, de jongen bijzonder agressief was. Hij vernielde van alles in huis en de moeder toonde ons regelmatig hematomen, ontstaan nadat hij haar had geknepen of geslagen. Bij het uitbreken van de acute fase trad de ziekte van Pfeiffer op. Jan is de jongste van zeven kinderen. Hij is een duidelijk nakomertje. Met het kind boven hem scheelt hij elf jaar. Het huwelijk was voor de ouders een teleurstelling. Beiden zochten bevrediging van hun afhankelijkheid bij elkander. Het kind ging vanaf de kleuterschool moeilijk naar school. Aanvankelijk werd de jongen, die klaagde over zijn onderwijzer, door bemiddeling van een psychologe op een andere school geplaatst. De schoolprestaties waren uitstekend. Hij hield het daar echter maar veertien dagen uit. Sinds september is hij op zijn vroegere school teruggekeerd. De ouders leven nog in het ouderlijk huis van de vader. Beide ouders werden in behandeling genomen.

Casus 2. Jan B., tien jaar, kreeg gedurende twee jaar librium. De kleuterschool was voor Jan vanaf het begin een ramp. In de tweede klas kreeg hij een vergiftigingsangst. Elke ochtend braakte hij het ontbijt weer uit. De schoolprestaties zijn overigens uitstekend. Jan is enig kind, geboren na een ongewilde steriliteit van zeven jaar. De moeder is nog steeds zeer onder de invloed van de dood van haar vader, waarvan zij ten onrechte de schuldige meent te zijn. De familie woont in het ouderlijk huis van de moeder. Beide ouders werden in behandeling genomen. Jan gaat nu gemakkelijker naar school.

Casus 3. Peter van der Z., twaalf jaar, gaat nu reeds gedurende een jaar niet naar school. Behalve de angst om naar school te gaan, is hij bang om te zullen gaan braken en om te gaan slapen. Peter is de jongste van twee kinderen. Zijn ouders leven gescheiden. Voor de moeder is Peter de levensvulling. Ondanks zijn leeftijd wast zij hem en slaapt hij bij haar in bed. Een poliklinische behandeling liep vast op de wisselvalligheid van de moeder. De Raad voor de Kinderbescherming werd ingelicht en opnemings in een psychiatrische kliniek werd gerealiseerd.

De behandeling. Gezien de totale problematiek van het gehele gezin, zal de behandeling zich doorgaans richten op de ouders, het kind en de school. Zonder enige twijfel is de prognose des te beter, naarmate des te vroeger wordt begonnen. Het kind kan immers beter worden behandeld voordat zich door het verzuim secundaire complicaties (achterstand in leerstof) voordoen. Ook de secundaire ziektewinst, dat wil zeggen het voordeel dat het ziek zijn, casu quo het thuis zijn, biedt, is een belangrijk aspect. De voorkeur gaat dus ernaar uit het kind — met speciale maatregelen — zo snel mogelijk naar school terug te krijgen. Een direct en regelmatig contact met de school is nodig, ook al om te voorkomen dat de onderwijzer, die ten onrechte door het kind als boeman wordt aangewezen, tot negatieve gevoelens ten opzichte van kind en gezin wordt gebracht.

Op het spreekuur van de huisarts zal de moeder wellicht een zelfstandige, „sophisticated” indruk maken, maar men moet goed luisteren, wanneer zij over het kind begint. Omdat de moeder niet spontaan de moederrol kan voelen, zal zij dit bij voorkeur compenseren door het „willen weten”. Voor de huisarts is de verleiding groot met pasklare adviezen te komen, aangezien de moeder herhaaldelijk hierom vraagt. Het goede begin zal echter liggen in het aanvaarden dat het hier een emotioneel probleem betreft. Komt de moeder geheel ten einde raad op het spreekuur, dan is een duidelijke steun noodzakelijk. Voor de huisarts kan die steun eruit bestaan dat de moeder toestemming krijgt een eigen persoonlijk leven ten opzichte van het kind te eisen. Naarmate haar angst daalt en haar zekerheid toeneemt, zal haar omgang met het kind rustiger, effectiever en meer consequent zijn.

Een direct advies roept altijd ambivalentie op en komt tegemoet aan haar afhankelijkheidsbehoeften. Laat men de afhankelijkheid te zeer gelijken op die welke zij met het kind heeft, dan komt men op het terrein van de psychiatrische behandeling, waar in de „overdracht” de gevoelens zich herhalen. Een snelle verwijzing, als ware het een spoed-geval, is te rechtvaardigen. Ook wanneer het kind

weer naar school gaat, is het van belang dat de huisarts achter de verwijzing blijft staan. De moeder denkt dan: „Waarom moet het nog?” . . .

Is het kind niet te bewegen naar school te gaan, dan lijkt huisonderwijs wenselijk, bij voorkeur bij de onderwijzer thuis of op neutraal terrein, omdat bij het kind thuis te zeer aan de pathologie wordt tegemoet gekomen. Komt het kind in kinderpsychiatrische behandeling, dan zal beëindiging daarvan het kritieke probleem opnieuw oproepen. Op zichzelf geeft dit een therapeutische mogelijkheid die, goed onderkend, tot het uiterste zal kunnen worden benut. Wanneer de beëindiging lang van te voren wordt aangekondigd, kunnen de gevoelens van alle kanten worden bekeken.

Opneming in de kliniek kan in ernstige gevallen zijn geïndiceerd. De uiteindelijke resultaten, vastgesteld bij een onderzoek vijf tot tien jaar na opneming, laten zien, dat bij deze ernstige gevallen de oorspronkelijke persoonlijkheidsstructuur niet was veranderd. Wel bereikte het kind een beter emotioneel en intellectueel inzicht in de eigen problematiek.

Het voornaamste voor allen, huisartsen en kinderpsychiaters, is om de positieve wens van het kind om te groeien en onafhankelijk te worden, waar mogelijk, te beveiligen en te steunen.

- Berg, I., K. Nichols en C. Pritchard, (1970) *Brit. J. Psychiat.* 116, 407-408.
- Burlingham, D., A. Goldberger en A. Lussier, (1955) *Psychoanal. Stud. Child.* 10, 165-186.
- Coolidge, J. C., M. L. Willer, E. Tessman en S. Waldgogel, (1960) *Amer. J. Orthopsychiat.* 30, 599-606.
- Freud, S., *Analysis of a phobia in a five-years-old boy*, (1909) *Standard edition.* 10: 3-149.
- Garvey, W. P. en J. R. Hegrenes, (1966) *Amer. J. Orthopsychiat.* 36, 147-152.
- Hellman, I., O. Friedmann en E. Shephard, (1960) *Psychoanal. Stud. Child.* 15, 359-377.
- Johnson, A. M., E. I. Falstein, S. A. Szurch en M. Svendsen, (1941) *Amer. J. Orthopsychiat.* 11, 702-711.
- Kahn, J. H., J. P. Nursten, (1962) *Amer. J. Orthopsychiat.* 32, 707-718.
- Klein, E., (1945) *Psychoanal. Stud. Child.* 1, 263-279.
- Levy, K., (1960) *Psychoanal. Stud. Child.* 15, 378-391.
- Talbot, M., (1957) *Amer. J. Orthopsychiat.* 27, 286-295.
- Waldgogel, S., J. C. Coolidge en P. B. Haku, (1957) *Amer. J. Orthopsychiat.* 27, 754-780.