

BOAM

zelfdiagnostiek

Gezinsbehandeling voor kinderen en jongeren
met psychische problemen

Therapeutenhandleiding

0%
labels

Damiët Truijens



Boom

BOAM-zelfdiagnostiek

BOAM

zelfdiagnostiek

Gezinsbehandeling voor kinderen en jongeren
met psychische problemen

Therapeutenhandleiding

Damiët Truijens

Boom

© D. Truijens, p/a Boom, 2026

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Auteursrecht ten aanzien van tekst- en datamining en machinelearning is nadrukkelijk voorbehouden.

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

Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher. No part of this publication may be reproduced in the context of text and data mining for any other purpose which is not expressly permitted by law without permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Omslag en binnenwerk: Steven Boland

Illustraties en omslagontwerp: Damiët Truijens

ISBN 978 90 2447 168 3

ISBN 300 90 1000 794 5 (online only)

NUR 777

www.boom.nl

www.boam.eu

Inhoud

Voorwoord Susan Bögels	11
Inleiding	13
1 Zelfdiagnostiek van onze jeugdzorg	17
1.1 Het probleem	17
1.2 De ontwikkelingsanamnese	18
1.3 De werkdiagnose	20
1.4 De symptoombeschrijving	21
1.5 Behandelplan	25
2 BOAM-zelfdiagnostiek	27
2.1 De opzet van BOAM-zelfdiagnostiek	27
2.2 Inclusiviteit	35
2.3 Bijkomende behandel effecten van BOAM-zelfdiagnostiek	36
2.4 Opvoedautonomie van het gezin	40
2.5 Wetenschappelijk onderzoek	42
2.6 BOAM-zelfdiagnostiek leren gebruiken	44
3 Het BOAM-basisprotocol	45
3.1 Opbouw van het basisprotocol	45
3.2 De standaardbehandeldoelen	48
3.3 Opbouw van de sessies	49

4	Rollen en vaardigheden	53
4.1	Afwisselen tussen drie rollen	53
4.2	Rol 1: leraar psycho-educatie	54
4.3	Rol 2: projectleider diagnostiek	54
4.4	Rol 3: therapeut	60
5	De intake	67
5.1	Pre-intake en contra-indicaties	67
5.2	Een intake met de ouders in vijf stappen	68
5.3	Aparte intake met een jongere	71
5.4	Verkorte intake tijdens de eerste sessie	71
6	Het BOAM-procesformulier	73
6.1	Keuze tussen twee BOAM-procesformulieren	73
6.2	Invullen van het BOAM-procesformulier	74
7	Model 1: het BOAM-ontwikkelmodel	79
7.1	Aanwijzingen bij het geven van de psycho-educatie	79
7.2	Psycho-educatie bij het BOAM-ontwikkelmodel	79
8	Model 2: het BOAM-basismodel	87
8.1	Aanwijzingen bij het geven van de psycho-educatie	87
8.2	Psycho-educatie bij het BOAM-basismodel	88
8.3	Aanwijzing bij de diagnostische toepassing	95
9	Model 3: het BOAM-autonomiemodel	99
9.1	Aanwijzingen bij het geven van de psycho-educatie	99
9.2	Psycho-educatie bij het BOAM-autonomiemodel	100
10	Model 4: het BOAM-verstoringmodel	111
10.1	Aanwijzingen bij het geven van de psycho-educatie	111
10.2	Psycho-educatie bij het BOAM-verstoringmodel	112
10.3	Aanwijzingen bij de diagnostische toepassing	123
10.4	Aanwijzingen bij de gezinsbegeleiding	123

11 Model 5: het BOAM-gevolgmodel	129
11.1 Aanwijzingen bij het geven van de psycho-educatie	129
11.2 Psycho-educatie bij het BOAM-gevolgmodel	129
11.3 Aanwijzingen bij de diagnostische toepassing	133
12 Model 6: het BOAM-ordeningmodel	139
12.1 Aanwijzingen bij het geven van de psycho-educatie	139
12.2 Psycho-educatie bij het BOAM-ordeningmodel	139
12.3 Aanwijzingen bij de diagnostische toepassing	144
13 Model 7: het BOAM-zelfbevestigingmodel	151
13.1 Aanwijzingen bij het geven van de psycho-educatie	151
13.2 Psycho-educatie bij het BOAM-zelfbevestigingmodel	151
13.3 Aanwijzingen bij de diagnostische toepassing	156
13.4 Aanwijzingen bij de gezinsbegeleiding	158
14 Model 8: het BOAM-gedragmodel	163
14.1 Voorbereiding bij het geven van de psycho-educatie	163
14.2 Aanwijzingen bij het uitleggen van de gedragshypotheses	166
14.3 Psycho-educatie bij het BOAM-gedragmodel: deel 1 – gedragspatronen in de kindertijd	168
14.4 Psycho-educatie bij het BOAM-gedragmodel: deel 2 – de jongere en de volwassene	177
14.5 Psycho-educatie bij het BOAM-gedragmodel: deel 3 – lijst met secundaire gedragingen	179
14.6 Aanwijzingen bij de diagnostische toepassing	190
14.7 Aanwijzingen bij de gezinsbegeleiding	193
15 Behandelinterventies voor de standaardbehandeldoelen	199
15.1 Behandelinterventie bij verzet tegen zelfinzicht	199
15.2 Behandelinterventie voor herstel van de ouder-kindrelatie	202
15.3 Behalen van de drie standaardbehandeldoelen	205
16 De BOAM-persoonsdiagnoses en BOAM-opvoeddiagnose(s) stellen	211
16.1 De BOAM-persoonsdiagnose van het kind of de jongere	211
16.2 De individuele BOAM-opvoeddiagnoses van de ouders	212

17 Model 9: het BOAM-relatiemodel	215
17.1 Aanwijzingen bij het geven van de psycho-educatie	215
17.2 Psycho-educatie bij het BOAM-relatiemodel	215
17.3 Aanwijzingen bij de diagnostische toepassing	222
17.4 Behalen van de diagnostische doelen	223
18 Model 10: het BOAM-herstelmodel	227
18.1 Aanwijzingen bij het geven van de psycho-educatie	227
18.2 Psycho-educatie bij het BOAM-herstelmodel	228
18.3 Aanwijzing bij de opvoedkundige toepassing	238
18.4 Aanwijzingen bij de gezinsbegeleiding	243
19 Het herstelplan maken	249
19.1 Het gezin als uitgangspunt voor psychisch herstel	249
19.2 Keuzes maken voor het herstelplan	249
19.3 De herstelacties	250
19.4 Afronding van het herstelplan	259
20 Afronding van BOAM-zelfdiagnostiek	261
20.1 Follow-upsessie	261
20.2 Netwerkgesprek	262
20.3 Ouderbegeleiding bij kinderen	262
20.4 Gezinsbegeleiding bij jongeren	262
20.5 Verwerking van (indirect) trauma met Write Junior	262
20.6 Bij hardnekkige dwang en angst: SPACE	263
20.7 Bij hardnekkig (zelf-)destructief gedrag: Geweldloos Verzet	263
Bijlagen	265
BOAM-procesformulier voor ouders van een kind	267
BOAM-procesformulier voor ouders van een jongere	273
Referenties	277
Dankwoord	287
Over de auteur	289

Voor mijn kinderen, kleinkinderen en onze toekomst.

Voorwoord

Ik ontmoette Damiët Truijens op een moeilijk moment in mijn leven. Ik zat midden in een scheiding, de eerste overgangsklachten dienden zich aan en mijn kind worstelde op school. Op zoek naar hulp voor de problemen waar ons gezin mee kampte, kwam ik bij Damiët terecht. Tijdens ons eerste gesprek zaten mijn kind en ik bij haar aan tafel. Ze haalde een aantal poppetjes tevoorschijn om ons gezinssysteem zichtbaar te maken, evenals de ‘draken’ die dat systeem teisterden – een metafoor voor disfunctionele gedragspatronen. Vervolgens introduceerde ze de modellen van BOAM-zelfdiagnostiek. We spraken over ordeningsproblemen, een begrip waarvan ik nog nooit had gehoord. Mijn hoofd ontplofte. Opeens vielen de puzzelstukjes op hun plaats. Damiëts BOAM-theorie vond ik ronduit baanbrekend, en haar korte interventie bleek voor mij en mijn gezin van onschatbare waarde.

Ik was destijds directeur van UvA minds, een academisch behandelcentrum dat ik had opgericht om kinderen met psychopathologie en hun ouders betere, evidencebased zorg te bieden. Hier moest Damiët komen werken, zodat veel meer mensen van BOAM-zelfdiagnostiek zouden kunnen profiteren, hulpverleners erin getraind konden worden en het wetenschappelijk onderzocht kon worden. En er moest natuurlijk een boek komen. Aldus geschiedde.

Ik zou het boek graag de subtitel *Een kleine geschiedenis van bijna alles* willen meegeven, omdat het zo zorgvuldig de ontwikkeling van de menselijke psyche beschrijft én laat zien hoe nature (aanleg, waaronder ordening/informatieverwerking en neurodiversiteit) en nurture (de baarmoeder, opvoeding, school, maatschappij) daarop van invloed zijn. Daarmee biedt het

niet alleen inzicht in de gevolgen van chronische overvraging en trauma voor de ontwikkeling, opvoeding en relaties, maar wijst het ook een weg naar de oplossing: nurture beter afstemmen op nature.

Truijens breekt een lans voor het beschermen van kinderen – én volwassenen – tegen chronische overvraging. Ze laat zien hoe ieder mens een eigen ontwikkeltempo heeft, dat we moeten respecteren om ‘scheefgroei’ te voorkomen. Daarbij is de analogie van de boom bijzonder verhelderend. We leren (psycho)pathologisch gedrag niet langer te zien als een individueel probleem, maar als een vorm van overleven in een omgeving die onvoldoende aansluit op onze kernbehoeften, waarvan ordening er een is. Opeens begrijpen we waarom een kind (of partner) zo lastig is, zichzelf beschadigt of zo passief is.

Het bijzondere van de BOAM-modellen is dat ze op iedereen van toepassing zijn en dat er geen classificerende diagnostiek (labels) aan te pas komt. Door middel van zélfdiagnostiek leren alle betrokkenen, van jong tot oud, zichzelf begrijpen aan de hand van dezelfde visuele modellen. Dat werkt ontschuldigend, bevordert het onderlinge begrip en versterkt de relaties. Zo draagt de methode op een natuurlijk manier bij aan de autonomie van alle gezinsleden.

Ik hoop van harte dat dit boek zijn weg vindt naar de behandelkamer van hulpverleners in de jeugdzorg en jeugd-ggz, én naar iedereen die zichzelf, diens kinderen, partner of co-ouder beter wil begrijpen. Want verandering begint bij het afstemmen van onze omgeving op onze aanleg.

Prof. dr. Susan Bögels

Hoogleraar Family Mental Health, Universiteit van Amsterdam, psychotherapeut en ontwikkelaar van Mindful Parenting, mymind en Parenting Ourselves.

Inleiding

In 2008 begon ik als therapeut in de jeugdzorg, waar ik traumatherapie gaf aan kinderen en jongeren uit multiprobleemgezinnen. Hun ouders waren meestal praktisch opgeleid, er speelden geldzorgen, taalproblemen en/of criminaliteit, en soms een verstandelijke beperking. Een groot deel van de gezinnen stond onder toezicht van de jeugdbescherming en een deel van de kinderen en jongeren was uit huis geplaatst vanwege verwaarlozing, mishandeling of seksueel misbruik. Hun levensverhalen en levenspijn waren overweldigend.

De therapie werkte, waardoor de psychische beschermingsmechanismen van deze kinderen en jongeren afbrokkelden. Regelmatig kwamen er traumatische herinneringen bij hen boven waarvan hun (pleeg)ouders niets wisten. Agressieve kinderen en jongeren voelden hun kwetsbaarheid. Ze begonnen thuis verdriet te uiten en bescherming te zoeken, vaak op een vroegkinderlijke manier. Angstige kinderen en jongeren herkenden dat hun grenzen te vaak waren overschreden. Zij begonnen thuis boosheid en verzet te tonen, vaak op onhandige momenten en op een onredelijke manier. Om het psychisch herstelproces van mijn jonge cliënten te waarborgen, moest ik hun ontwikkelingen steeds goed uitleggen aan hun (pleeg)ouders. Zo begon kennisoverdracht over psychische processen een centrale rol te spelen in mijn werk.

Tijdens een gesprek met een tienjarige jongen en zijn Chinese moeder tekende ik intuïtief een boom om psychische processen uit te leggen. De moeder begreep hierdoor voor het eerst hoe het gebrek aan vriendschappen en schoolprestaties van haar kind samenhangen met zijn trauma, en concludeerde dat hij op school overvraagd werd. Pas door het begrip van

zijn moeder ontstond een doorbraak in het psychisch herstel van de jongen. Na deze sessie vertoonde zij ander opvoedgedrag en korte tijd later maakte ze een paar effectieve opvoedkeuzes in samenwerking met zijn school. Voor het eerst van zijn leven begon haar zoon uit zichzelf te spelen en contact te maken met leeftijdsgenoten. Vanaf dat moment tekende ik bij alle oudergesprekken mindmaps. Al snel ontstonden er drie ‘modellen’ over wetmatige psychische processen en een vierde met de wetmatige ‘herstelformule’ voor de opvoedkundige aanpak van psychische problemen.

Pleegouders konden hun opvoedkeuzes echter niet zomaar veranderen. Zij moesten verantwoording afleggen aan de voogden, pleegzorgwerkers en biologische ouders, en natuurlijk speelden daarbij bovengemiddeld veel zorgen, spanningen en conflicten. Daarom gebruikte ik de modellen ook om miscommunicatie, inschattingsfouten en disfunctionele gedragingen van de volwassenen in deze complexe opvoedsystemen ontschuldigend te verklaren. Dit leidde tot onderling begrip, betere samenwerking en versneld herstel bij kinderen.

Mij werd duidelijk dat de universele toepasbaarheid van de vier modellen betekende dat ik universele psycho-educatie had ontwikkeld en ik noemde ze ‘BOAM-modellen’. BOAM staat voor: basisbehoeften, ordening, autonomie en *meaning* (zingeving). Vanaf 2012 bood ik standaard gezinsbehandeling aan op basis van BOAM.

In 2014 nodigde prof. dr. Susan Bögels mij uit om bij UvA Minds (academisch behandelcentrum voor kind en jeugd, in het centrum van Amsterdam) BOAM wetenschappelijk te onderzoeken, onder leiding van dr. Eva Potharst. Ook in de gezinnen die ik hier behandelde, bleken de BOAM-modellen effectief en zagen we de zelfreflectie en gezinsrelaties verbeteren, de opvoedautonomie van de ouders toenemen, en de meeste kinderen en jongeren herstellen. Met de voortdurende feedback van de kinderen, jongeren en volwassenen ontwikkelde ik aanvullende modellen. Ik leerde hun de modellen zelf toepassen op nieuwe situaties. Zo werden de rollen omgedraaid; niet langer legde ik aan het gezin uit wat er speelde, maar nu vertelden zij het aan mij. Ze deden aan zelfdiagnostiek. Deze werkwijze bleek hulpmijdende jongeren over de hulpverleningsdrempel te helpen en dat overtuigde mij om BOAM daadwerkelijk zelfdiagnostiek te noemen. Ook voor volwassenen bleek BOAM-zelfdiagnostiek te werken en door de systemische aanpak leidde dit tot een vorm van relatietherapie.

Deze therapeutenhandleiding en bijbehorende werkmaterialen zijn gericht op gezinsbehandeling maar zijn met wat aanpassingen ook te gebruiken rondom volwassen cliënten. Buiten de hulpverlening kunnen de BOAM-modellen met bijbehorende teksten een vorm van zelfhulp of opvoedhulp bieden. Met de verschijning is na 18 jaar de ontwikkeling van BOAM-zelfdiagnostiek eindelijk voltooid. Ik hoop dat ook andere therapeuten met plezier BOAM-zelfdiagnostiek gaan gebruiken en veel gezinnen gaan ervaren hoe zelfkennis leidt tot autonomie.

Damiët Truijens

Hoe langer ik met BOAM werk, des te beter ik zie hoe breed inzetbaar deze methode is, en des te meer de BOAM-theorie mijn eerdere psychologische referentiekaders begint te vervangen. Het schrijven van de wetenschappelijke onderbouwing bevestigde voor mij dat dit niet alleen een instrument is dat families verder kan helpen door inzicht te bieden in de psychologische processen van alle gezinsleden, maar dat begrip van de BOAM-theorie van belang is op alle plekken waar met kinderen wordt gewerkt. De platen zijn toegankelijk, ze normaliseren, ontschuldigen, maken moeilijke onderwerpen bespreekbaar en maken helder wat helpend is in het voorkomen en omgaan met problemen.

Eva Potharst

1

Zelfdiagnostiek van onze jeugdzorg

1.1 Het probleem

De vraag naar psychische hulp voor kinderen en jongeren neemt al jaren toe: van 1 op de 27 kinderen rond 2000 naar 1 op de 7 kinderen in 2023 (CBS, 2024; NJI, 2019). In Nederland zijn de emotionele problemen van kinderen op de basisschool tussen 2017 en 2021 verdubbeld en 43 procent van de meisjes op de middelbare school ervaart psychische problemen (De Lange & Braakhekke, 2025). Ook wereldwijd zijn psychische problemen bij kinderen en jongeren enorm toegenomen tussen 1990 en 2019, met name angststoornissen, depressies, gedragsstoornissen, en eetstoornissen (Piao et al., 2022). Tegelijkertijd kampt de jeugdzorg met te weinig geld en personeel, lange wachtlijsten en onvoldoende effectiviteit (Jeugdautoriteit, 2024).

Ondertussen is in de psychische hulpverlening een verschuiving gaande richting ‘transdiagnostisch werken’ en *shared decision making*, oftewel gezamenlijke besluitvorming (Harvey et al., 2004; Légaré et al., 2008). Bij transdiagnostisch werken wil men voorkomen dat bij individuele diagnostiek de nadruk ligt op de toewijzing van een ‘stoornis’ uit de DSM, omdat cliënten hun psychische problemen daardoor kunnen gaan zien als een permanent persoonskenmerk in plaats van als een tijdelijke staat van zijn waarbij onderliggende psychische processen en omgevingsfactoren een grote rol spelen. Bij gezamenlijke besluitvorming wordt de hulp idealiter volledig samen met de cliënt vormgegeven en in de jeugdzorg ook met meer betrokkenheid van de ouders. Maar we bevinden ons nog midden in het leerproces dat nodig is om ‘het transdiagnostisch werken met gezamenlijke

besluitvorming' in de praktijk te kunnen brengen, terwijl de toenemende hulpvraag van kinderen en jongeren ons ondertussen overspoelt.

Volgens het model van de Vier Stadia van Competentie bestaan leerprocessen uit vier fases (De Phillips et al., 1960). We starten 'onbewust onbekwaam' en worden pas door confrontatie met het effect van ons gedrag 'bewust onbekwaam'. In deze fase ontstaat chaos in het denken, een onzeker zelfbeeld en is de lijdensdruk het hoogst. Op dit punt lijken we ons in de transdiagnostische jeugdzorg te bevinden. We begrijpen al wel hoe het niet meer moet, maar nog niet precies hoe het wel moet zonder daarbij de waardevolle kennis en interventies die op de DSM-classificaties gebaseerd zijn overboord te gooien. Juist deze lijdensdruk is cruciaal om open te kunnen staan voor de nieuwe inzichten en mogelijkheden waarmee we 'bewust bekwaam' kunnen worden, en na lang oefenen zelfs 'onbewust bekwaam'. Net zoals cliënten beter herstellen wanneer zij hun psychische problemen zelf begrijpen, geldt dat ook voor de jeugdzorg als geheel. Daarom heeft dit hoofdstuk de opbouw van een zelfonderzoek dat eindigt met een behandelplan voor meer bewuste bekwaamheid in de transdiagnostische jeugdzorg.

1.2 De ontwikkelingsanamnese

Halverwege de vorige eeuw maakten de DSM-classificaties voor het eerst in de geschiedenis onderzoek mogelijk onder grote groepen mensen met psychische problemen uit verschillende westerse landen (APA, 1952). Dit heeft ons wetenschappelijk succes gebracht. Maar vervolgens werd ditzelfde classificatiesysteem ook gebruikt als uitgangspunt voor individuele diagnostiek, en met deze cruciale stap transformeerden de DSM-classificaties in de westerse wereld tot het dominante denkkader voor het begrijpen van psychische problemen (Etkin & Cuthbert, 2014; Hyman, 2010). Westerse therapeuten worden al generaties lang opgeleid om vanuit het DSM-denkkader te observeren, diagnosticeren, psycho-educatie te geven en te behandelen. Achteraf gezien blijkt dit een aantal grote nadelen te hebben.

De DSM gebruikt van oudsher de term 'stoornis' voor een classificatie. Deze term is misleidend en stelt ons bloot aan meerdere, ernstige denkfouten (Kinderman et al., 2013). De eerste denkfout is 'reïficatie' (Te Meerman et al., 2022). Door het woord 'stoornis' denken we dat een DSM-classificatie

de psychische symptomen verklaart, terwijl die de symptomen in werkelijkheid slechts beschrijft en categoriseert.

Hieruit komt automatisch de tweede denkfout voort en dat is ‘identificatie’ (Korteling, 2014). Dit betekent dat we onterecht de beleving hebben dat het individu afwijkt van normale mensen door een onveranderlijk persoonlijk kenmerk. In werkelijkheid kent ieder mens in meerdere of mindere mate psychische problemen en ervaren we daarbij slechtere en betere levensperiodes. Bovendien kunnen we ons als mens levenslang blijven ontwikkelen waardoor psychische problemen kunnen verminderen of zelfs verdwijnen. Dit geldt extra sterk voor kinderen en jongeren die nog volop in (psychische) ontwikkeling zijn.

Vanuit reïficatie en identificatie kan als derde denkfout makkelijk ‘stigmatisering’ ontstaan (Kriegler & Bester, 2014; Pasma, 2011). Dit leidt tot een minderwaardig zelfbeeld en/of sociale positie. De laatste jaren is het stigmatiserende effect van een ‘stoornis’ afgenomen door meer openheid over psychische problemen (DVJ Insights, 2021; Zhang et al., 2024). Het is echter zorgwekkend dat deze ontwikkeling deels veroorzaakt lijkt te worden door de wens om een ‘stoornis’ te hebben als middel om te ontsnappen aan de ‘succesverplichting’ die voortkomt uit het moderne westerse ‘maakbaarheidsgeloof’ (Cederström & Spicer, 2015; Ehrenberg, 2017; Kraak & Kleinjan, 2021; Verhaeghe, 2012). Het idee dat succes volledig maakbaar is, blijkt onhoudbaar door aangeboren factoren en omstandigheden.

De huidige generatie kinderen en jongeren groeit op in een omgeving met veel zintuiglijke prikkels, stress, competitie, een hoog levenstempo en een gebrek aan slaap en rust (Althof, 2020). Dit kan op zichzelf al problemen geven bij de psychische ontwikkeling. De onbewuste kernovertuiging dat succes een verplichting is, is in deze omstandigheden extra zwaar voor veel kinderen, jongeren en hun ouders. Als de prestaties tegenvallen, kan een stoornis verklarend werken. Steeds meer kinderen diagnosticeren zichzelf (of worden gediagnosticeerd) met bijvoorbeeld autisme of aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) (Atladdottir et al., 2015; Bougeard et al., 2021; Bowden, 2023; Brinkmann, 2016; Corzine & Roy, 2024), wat kan leiden tot reïficatie en identificatie.

Tot slot is een vierde denkfout ‘stoornisentiteiten’: verschillende ‘stoornissen’ lijken ten onrechte te duiden op verschillende oorzaken voor de psychische problemen. Als iemand wordt gediagnosticeerd met meerdere ‘stoornissen’ tegelijk, kan dit het negatieve effect van reïficatie, identificatie

en eventuele stigmatisering logischerwijs nog versterken. In werkelijkheid zijn deze classificaties echter een door mensen bedacht systeem om veelvoorkomende symptoomcombinaties overzichtelijk te maken. Als unieke individuen kunnen we een persoonlijke symptoomcombinatie ontwikkelen die niet binnen één categorie valt, maar verschillende classificaties overlapt.

1.3 De werkdiagnose

Met de DSM-classificaties zelf is niets mis als ze waren gebleven wat ze zijn: veelvoorkomende symptoomcombinaties die een kader bieden waarbinnen we psychische problemen kunnen *beschrijven*. Destijds werd echter de keuze gemaakt om de classificaties ‘stoornissen’ te noemen, wat suggereert dat ze psychische problemen verklaren. Taal bepaalt hoe we als mens de realiteit ordenen en begrijpen, onze identiteit ervaren en problemen emotioneel verwerken (Waters & Fivush, 2015). Hierdoor hebben de ‘stoornissen’ de genoemde denkfouten kunnen veroorzaken. Ondanks dat de term ‘stoornis’ wel recht kan doen aan de ernst van de problemen die ervaren worden door cliënten, wordt daarom het professionele gebruik ervan door de meeste vakgenoten inmiddels als wetenschappelijk onjuist en schadelijk voor cliënten beschouwd (De Ridder & Van Hulst, 2023; Kinderman et al., 2013).

Deze wetenschappelijke dwaling in de psychologie zijn we ‘het stoornisdenken’ gaan noemen (Althof, 2020; Batstra, 2022; De Ridder & Van Hulst, 2023). Het stoornisdenken vormt het raamwerk van onze westerse ‘klassieke psychologie’. Al ruim een halve eeuw bieden we van daaruit individuele diagnostiek, psycho-educatie en behandeling. Daardoor ligt het stoornisdenken ook ten grondslag aan de ‘klassieke hulpverlening’ aan kinderen, jongeren en volwassenen (Etkin & Cuthbert, 2014; Hyman, 2010). Tot op de dag van vandaag vindt nog ‘klassieke wetenschapscommunicatie’ plaats op basis van het stoornisdenken via folders, boeken, websites, filmpjes en andere digitale media. Zo heeft binnen de (wetenschaps)communicatie over de symptoombeelden ADHD en autismespectrumstoornis (ASS) een eenzijdige nadruk gelegen op de rol van het brein en de afwijkingen in het brein die zijn gevonden in onderzoek, waardoor ze steeds vaker ‘aangeboren’ worden genoemd. Maar deze ‘afwijkingen’ in de hersenen kunnen evengoed ontstaan zijn als *gevolg* van psychische problemen als dat ze er

de *oorzaak* van zouden kunnen zijn (Scheepers, 2021). In het onbewuste, sociaal-culturele denkkader van kinderen, jongeren en volwassenen heeft het stoornisdenken zo een onjuist ‘fatalistisch stoornisverhaal’ gevormd over psychische problemen (Sukmawati et al., 2023).

1.4 De symptoombeschrijving

Het onbewuste, sociaal-culturele stoornisverhaal geeft ook in de transdiagnostische jeugdzorg problemen. Aangeleerde hulpeloosheid, bekrachtiging van onjuiste overtuigingen en culturele componenten leiden ertoe dat de rol van ouders en hun manier van opvoeden onvoldoende effectief kan worden meegenomen in de behandeling.

Aangeleerde hulpeloosheid en bekrachtiging van onjuiste overtuigingen

Het fatalistische stoornisverhaal heeft kinderen, jongeren en hun ouders generaties lang blootgesteld aan aangeleerde hulpeloosheid en bijgedragen aan een gebrek aan psychische weerbaarheid (Deacon, 2013). Terwijl kinderen, jongeren en hun ouders in werkelijkheid zelfreflectieve vermogens bezitten die geactiveerd kunnen worden en ontwikkelmogelijkheden en opvoedmogelijkheden die gestimuleerd kunnen worden (Cropp et al., 2019; Steele et al., 2015). Of dit tijdens een therapie gebeurt, bepaalt in sterke mate het psychische herstel van het kind of de jongere (Everett et al., 2021). Het gezin beschouwt de problemen door het stoornisverhaal echter onbewust als onveranderlijke ‘stoornissen’ en dit belemmert psychisch herstel en ontwikkeling (Dehue, 2010; Rose, 2018).

De beleving is ontstaan dat we recht hebben op de hulp van een arts en dat medicatie daar vanzelfsprekend bij hoort, zoals bij een medische ‘chronische ziekte’ (Rapley et al., 2011). Klassieke behandeling, medicatie, prestatieverhogende *tips and tricks* en aanpassingen op school helpen vaak op de korte termijn om de psychische problemen te verminderen en het zelfbeeld te verbeteren. Maar dat gebeurt meestal zonder dat het gezin op een diep niveau heeft begrepen dat we niet alleen onjuiste overtuigingen over *onszelf* kunnen hebben, maar dat de succesverplichting en het maakbaarheidsgeleuf onrealistische overtuigingen over het *leven* zijn die, in combinatie met het hoge levenstempo, psychische problemen veroorzaken.

Extra risico's voor gezinnen met een niet-westerse achtergrond

Veel gezinnen in onze samenleving hebben een niet-westerse achtergrond. Juist daardoor kunnen zij soms herkennen dat het stoornisverhaal een typisch westerse denkwijze is en intuïtief aanvoelen dat daar de risico's aanleven van stigmatisering, reïficatie en identificatie. Dit kan voor hen de hulpverleningsdrempel verhogen. Vanuit het stoornisdenken lopen deze gezinnen bovendien ook meer risico om verkeerd begrepen te worden, zowel binnen de hulpverlening als daarbuiten (op school en in de maatschappij). Dat komt doordat het DSM-handboek en veelgebruikte diagnostische vragenlijsten ontwikkeld zijn in de westerse samenleving (Devgun, 2023). Hierdoor signaleren en beoordelen we al meer dan een halve eeuw 'afwijkingen' op basis van specifiek westerse normen, en is dit onderdeel van het stoornisverhaal dat gecommuniceerd is in de media. Terwijl de manier waarop we emoties ervaren, hoe we ze uiten en communiceren, en wat daarin als acceptabel wordt gezien, sterk wordt beïnvloed door onze culturele achtergrond (Campo-Arias et al., 2021; Golson et al., 2022; Watabe et al., 2024). Gezond gedrag van een kind of jongere kan vanuit het onbewuste stoornisdenken onterecht als problematisch worden beoordeeld. Andersom kunnen ernstige problemen ook onterecht worden toegeschreven aan de niet-westerse culturele achtergrond, waardoor er juist onvoldoende onderkenning en hulp komt (Begeer et al., 2009; Pham & Charles, 2023).

Geen optimale inzet van mogelijkheden ouders en de opvoeding

Doordat de 'stoornissen' zich op het individu richten, gaat er in het onbewuste stoornisverhaal van kinderen, jongeren en ouders nauwelijks tot geen aandacht uit naar de omgevingsfactoren die bijgedragen kunnen hebben aan het ontstaan van de problemen (De Ridder & Van Hulst, 2023; Whooley, 2014). Maar kinderen en jongeren zijn psychisch nog volop in ontwikkeling en daarbij sterk afhankelijk van hun omgeving en vooral van hun ouders. Het eigen welzijn van de ouders, hun manier van opvoeden en hun relatie met hun kind spelen een rol bij het ontstaan en in stand houden van psychische problemen bij kinderen (Pinquart, 2017; Yap & Jorm, 2015). Niet alleen het directe opvoedgedrag van de ouders speelt een belangrijke rol, maar ook hun indirecte opvoedkeuzes met betrekking tot de bredere omgeving, zoals het gebruik van sociale media (Girela-Serrano et

al., 2024). De grootste *gamechangers* bij de aanpak van de psychische problemen van hun kind of jongere zijn dan ook de ouders, want als opvoeders, rolmodellen en hechtingsfiguren hebben zij de positie om dagelijks impactvolle opvoedkeuzes te maken in het belang van psychisch herstel.

Maar door de ouders vragen te stellen over hun invloed bij de ontwikkeling van de problemen komt de therapeut vaak voor een dilemma te staan. Het onbewuste stoornisverhaal maakt dat de ouders makkelijk de indruk krijgen dat de therapeut met deze vragen indirect suggereert dat hun kind of jongere door hun 'schuld' een 'stoornis' heeft ontwikkeld (Eaton et al., 2016; Moses et al., 2010). Zo wordt dit gesprek snel als beladen, schokkend en emotioneel onveilig ervaren door ouders. Dit maakt dat de ouderlijke invloed alleen maar met de grootste omzichtigheid besproken worden (Marks, 2020). Zodra de behandelrelatie met de ouders dreigt te verslechteren, kan de therapeut de ouderlijke invloed niet constructief bespreken als onderdeel van de diagnostiek van hun kind of jongere (Marks, 2020). Het stoornisverhaal vormt zo een belangrijke reden voor individuele diagnostiek van kinderen en jongeren, terwijl gezinsdiagnostiek meer bruikbare inzichten zou opleveren.

Vanuit individuele diagnostiek is logischerwijs ook psycho-educatie ontwikkeld die gefocust is op de 'stoornis' van het individu (Marks, 2020). Psycho-educatie is een effectief behandelonderdeel waarbij het gezin begrip kan krijgen van de psychische processen die onderliggend zijn aan de psychische symptomen van het kind of de jongere (Becker et al., 2018). Dat inzicht is voorspellend voor een positief behandelresultaat (Dudley et al., 2011). Maar veel traditionele psycho-educatie bekrachtigt het stoornisdenken. Vanuit de transdiagnostische benadering is het belangrijk dat de psycho-educatie die gegeven wordt niet alleen stoornisvrij is, maar dat daarin ook wordt meegenomen welke rol de opvoeding, gezinsdynamiek en de omgevingsinvloeden spelen bij de psychische processen van het kind of de jongere.

Doordat de ouderlijke invloed vanwege het stoornisverhaal binnen de diagnostiek en psycho-educatie geen optimale rol kan spelen, kan ook in de behandeling de ouderlijke invloed niet optimaal worden meegenomen. Terwijl ouders die zich bewuster zijn van hun invloed deze ook effectiever kunnen aanwenden voor het herstel van hun kind of jongere. De mate van actieve betrokkenheid en inzet van de ouders bij de behandeling van kinderen en jongeren bepaalt dan ook sterk de effectiviteit daarvan (Carr,

2019; Line et al., 2024; Pine et al., 2024) en gezinsbehandeling blijkt bij alle psychische problemen van kinderen en jongeren effectief (Carr, 2014; Line et al., 2024).

Toch krijgen kinderen en jongeren ook in het transdiagnostische werken en na gezamenlijke besluitvorming nog meestal individuele behandeling en draait de aanvullende ouderbegeleiding nog voornamelijk om het beter leren omgaan met de problemen van hun kind. Dit kan het stoornisdenken indirect valideren en versterken.

In de transdiagnostische jeugdzorg lijkt een domino-effect te spelen dat nog voortkomt uit de klassieke hulpverlening: het stoornisverhaal belemmert onbewust de zelfreflectieve vermogens van de ouders; dit belemmert onbewust het vertrouwen van hulpverleners in de samenwerking met de ouders; en dat belemmert vervolgens onbewust de transdiagnostische jeugdzorg om ouders een integraal onderdeel te laten zijn van de diagnostiek, psycho-educatie en behandeling van de psychische problemen van hun kind of jongere.

Belemmeringen bij effectief vormgeven van transdiagnostische jeugdzorg

Onderzoek laat zien dat de transdiagnostische benadering tot nu toe nog onvoldoende geloofwaardig tegenwicht biedt aan het stoornisverhaal (Fusar-Poli et al., 2019). Dat is deels om praktische redenen, maar waarschijnlijk ook doordat we zelf nog onbewuste overtuigingen hebben die gebaseerd zijn op onze klassieke hulpverleningservaringen. Cognitieve herstructurering van het stoornisverhaal vraagt tijd.

Dat we daarbij nog in een leerproces zitten, wordt misschien wel benadrukt door de term ‘transdiagnostisch’ zelf. Letterlijk betekent dit dat we ‘over de diagnoses heen kijken door die te ontstijgen’. Toen deze term werd geïntroduceerd stelden we ‘diagnoses’ kennelijk nog onbewust gelijk aan ‘DSM-classificaties’. Maar het is niet de diagnostiek *zelf* die we willen ontstijgen en waar we overheen willen kijken, maar de diagnostische nadruk op de classificaties als onhandig *middel* om cliënten zelfinzicht te geven en hun herstellende vermogens aan te boren. We willen nog steeds ‘diagnostisch werken’, maar dan door de nadruk te leggen op de factoren en psychische processen die *onderliggend* zijn aan de symptomen. Als professionals begrijpen we dat waarschijnlijk wel. Net zoals de professionals die de DSM-classificaties samenstelden wel begrepen dat de ‘stoornissen’ geen

oorzaak verklarende diagnoses waren. Maar met de term transdiagnostisch bedoelen we dus iets anders dan we letterlijk zeggen.

Het stoornisdenken, het stoornisverhaal en de meerdere ernstige gevolgen die hieruit zijn voortgekomen laten zien dat het niet overdreven is om als wetenschappers en hulpverleners zorgvuldig te zijn in onze taal en terminologie. In de gedigitaliseerde kenniseconomie en sociale media worden overtuigingen en verhalen snel gevormd en daarom is goede wetenschapscommunicatie extra belangrijk. Laten we bijtijds bedenken welke nieuwe denkfouten de term transdiagnostisch zou kunnen veroorzaken en voorkomen dat het onjuiste verhaal ontstaat dat deze wetenschappelijk onderbouwde benadering bagatelliseert welke essentiële rol diagnostiek speelt bij de aanpak van psychische problemen. Kinderen, jongeren en hun ouders komen juist naar ons toe voor het onderzoeken en begrijpen van hun psychische problemen. Ze hebben behoefte aan diagnostiek en duidelijkheid daarover.

Het lijkt daarom tijd voor een ‘transclassificerende’ benadering in de hulpverlening, waarin aan kinderen, jongeren, ouders en de maatschappij duidelijk wordt uitgelegd dat ‘transclassificerende diagnostiek’ wordt toegepast in volledige samenwerking met hen. Hierbij kan worden benadrukt dat het stoornisverhaal schadelijk werkt, maar dat dit niet geldt voor de wetenschappelijke kennis en taal voor de symptomen die we dankzij de classificaties hebben ontwikkeld. In begrijpelijke spreektaal kan worden verduidelijkt dat verklarende diagnostiek altijd ‘stoornisvrij’ is, en dat samen met de betrokkenen de symptomen kunnen worden *verklaard* die eventueel te *herkennen en beschrijven* zijn met behulp van de classificaties. Deze aanpak is wetenschappelijk verantwoord en draagt op een veilige manier bij aan psychisch herstel. Door de term transclassificerend te gebruiken kan zorgvuldige, verklarende diagnostiek een duidelijk onderdeel blijven van de moderne jeugdzorg en van het verhaal dat we daarover maatschappelijk vertellen.

1.5 Behandelplan

Elk effectief hulpverleningsproces start met een vorm van diagnostiek en voor het eerst is er nu dus de wens om daarbij volledig samen te werken met de kinderen, jongeren en hun ouders. Maar zonder voldoende ken-

nis van psychische processen en de rol van de opvoeding en omgeving, kunnen kinderen, jongeren en hun ouders hun problemen niet optimaal verwoorden, analyseren en begrijpen. Daarom kan stoornisvrije diagnostiek in volledige samenwerking met het gezin alleen zorgvuldig en zinvol gebeuren op basis van *kennisoverdracht*, ofwel psycho-educatie. Het geven van stoornisvrije psycho-educatie als basis voor een gezamenlijke, stoornisvrije diagnostiek lijkt dus de sleutel.

Als de psycho-educatie niet langer gebaseerd is op ‘stoornissen’, moet het automatisch ‘universele psycho-educatie’ zijn. Voor een optimale kennisoverdracht moet deze universele psycho-educatie uit voldoende basis-kennis van de psychologie bestaan. Gezinnen moeten leren hoe onze psyche zich in de kindertijd ontwikkelt en vervolgens dagelijks functioneert, wat psychische basisbehoeften zijn, door welke verschillende omstandigheden die onder druk kunnen staan, hoe onbewuste psychische processen verlopen, wat onbewuste overtuigingen zijn, dat onze realiteitsbeleving altijd subjectief is, dat we in reactie daarop gedachten, gevoelens en gedragsstrategieën krijgen die ons functioneren bepalen, en hoe ons gedrag vervolgens weer onze relaties bepaalt.

Door aan de start van de behandeling deze universele psycho-educatie te geven, ontstaat een duidelijk verhaal over de psyche dat ook toepasbaar is op de ouders en de basis kan vormen voor gezamenlijke gezinsdiagnostiek. Zo kan een ‘functioneel opvoedverhaal’ ontstaan waaraan ouders houvast hebben bij de aanpak van de specifieke psychische problemen van hun kind en dat tegenwicht biedt aan het stoornisverhaal.

Wat zou er gebeuren als een transclassificerende jeugdzorg de pijlen op deze manier secuur kon richten op het versterken van de opvoedautonomie van de ouders in relatie tot de specifieke psychische problemen van hun kind of jongere? Wat zou dat betekenen voor de gezinnen zelf? Welk effect zou het hebben op de wachtlijsten? En wat zou het vertellen van een universeel opvoedverhaal kunnen betekenen bij de preventie van psychische problemen bij kinderen en jongeren?

In een poging om een bijdrage te leveren aan het oplossen van verschillende vraagstukken binnen de jeugdzorg, biedt BOAM-zelfdiagnostiek een vorm van universele psycho-educatie als basis voor stoornisvrije, verklarende gezinsdiagnostiek, standaard gezinsbehandeling en het versterken van de opvoeding.

‘Zelden zie ik iemand vanuit kritiek op het stoornisdenken een werkbare methode maken. Truijens doet dat. Ze legt de definitiemacht bij het gezin, verklaart problemen ontschuldigend en werkt met gevoeligheden die we allemaal delen in plaats van met een stoornis die een kind zou “hebben”. Van kritiek naar een herstelgerichte praktijk van zeven sessies. Chapeau.’

– Prof. dr. Jim van Os

Psychische problemen zijn vaak beter te begrijpen dan we denken. Volgens de BOAM-theorie ontstaan zij wanneer onze opvoeding, omgeving en levenservaringen (nurture) onvoldoende afgestemd zijn op onze aangeboren basisbehoeften en ontwikkeltempo (nature). Vanuit die overtuiging ontwikkelde gezinstherapeut Damiët Truijens een vernieuwende vorm van zelfdiagnostiek en gezinsbehandeling, waarin het gezin zelf leert begrijpen wat er speelt en wat zij kunnen doen om de psychische problemen aan te pakken.

BOAM staat voor *Basisbehoeften, Ordening, Autonomie en Meaning* (zingeving). Deze pijlers vormen de basis van tien visuele modellen met universele psycho-educatie. Kinderen, jongeren en hun ouders passen deze modellen toe in diagnostische opdrachten die inzicht geven in hun psychische processen, opvoedingsvraagstukken en gezinsdynamiek.

Deze therapeutenhandleiding beschrijft stap voor stap hoe professionals gezinnen begeleiden bij het gezamenlijk opstellen van een stoornisvrije persoons-, opvoed- en gezinsdiagnose en een concreet herstelplan. De gestructureerde methode is inzetbaar bij uiteenlopende psychische problemen en ondersteunt reflectie, communicatie en opvoedautonomie binnen het gezin.

Dit boek bevat het volledige behandelprotocol, de wetenschappelijke onderbouwing – door dr. Eva Potharst – en praktische richtlijnen voor toepassing in de praktijk. Voor de uitvoering zijn de BOAM-tafelflip-over en het BOAM-werkboek nodig.

BOAM-zelfdiagnostiek is een inspirerende, praktische en stoornisvrije methode voor begeleiders, pedagogen, psychologen en andere professionals die gezinnen willen helpen in hun eigen kracht te komen en duurzaam te herstellen.

www.boom.nl
www.boam.eu

