Anders Bedraad, Anders Belast:

Oplossingsgerichte Perspectieven op Stress bij Neurodivergentie

Eindwerk Oplossingsgericht Expert Counselor
Tom Pattyn, 2025

Inhoudstabel

Over de auteur p. 03

Inleiding p. 04

HOOFDSTUK 1: Een rondleiding door neurodivergentie en stress

1) Wat is neurodivergentie? p. 06
2) Stress, angst en spanning onder de loep p. 10
   2.1) Algemene omschrijving p. 10
   2.2) De fysiologie in het kort p. 11
   2.3) Stress in de evolutie p. 12
3) Stressmodellen p. 16
   3.1) Window of Tolerance p. 16
   3.2) Polyvagaal theorie p. 18
4) Stressreacties p. 21
   4.1) Veel verder dan Fight&Flight p. 21
   4.2) Dynamisch model van autisme p. 22
5) Prikkels in onze samenleving p. 24
   5.1) Tijdsdruk p. 25
   5.2) Sociale media en de Fear of Missing Out p. 27
   5.3) Ziektevrees en Hypochondrie p. 29
   5.4) Angst om er niet bij te horen p. 30
   5.5) Rejection Sensitive Dysphoria (RSD) p. 30
   5.6) Imposter Syndrome p. 32

HOOFDSTUK 2: Oplossingsgericht aan de slag met een neurodivergent publiek

1) Oplossingsgerichte basisconcepten p. 34
   1.1) De client is de expert van hun eigen leven p. 34
   1.2) Beperkingen, keuzevrijheid en oikos p. 35
   1.3) Je handleiding: wat werkt voor jou? p. 36
   1.4) Therapeutische alliantie p. 37
   1.5) Joinen p. 39
2) Coping Mechanismes p. 39
3) Monotropisme p. 40
4) Spanning: van probleem naar resource p. 41

HOOFDSTUK 3: Een praktijkonderzoek p. 42

EINDWOORD p. 48

BRONNEN p. 50

Over mezelf

Ik ben Tom, en dit is mijn *eind*werk voor mijn opleiding bij het Korzybski Instituut.

Ik zou het echter liever een *begin*werk, of beter nog, een *verder*werk noemen. Het onderwerp van dit werk houdt me namelijk al veel langer bezig, zowel in mijn professionele bezigheden als in mijn persoonlijke ervaringen en interesses. Zowel het onderwerp van neurodivergentie als dat van de fysiologie en psychologie achter stress, hebben erg veel raakvlakken in mijn leven.

Doorheen de vier jaren van mijn opleiding tot Expert Counselor, werd alle informatie, ervaring en inzicht hierrond verder uitgebouwd, gekristalliseerd en gefinetuned. Vooral doorheen de modules over trauma en autisme werd er veel op positieve wijze getriggerd in mij en ook buiten de opleiding was ik gretig bezig met het verruimen van mijn kennis en inzicht in deze onderwerpen.

Nog belangrijker dan de kennis en inzichten die ik de laatste jaren opdeed, was de oplossingsgerichte visie die alles in het juiste kader plaatste. Het is niet mijn doel een encyclopedie te worden, ik wil iets *doen* met wat ik *weet*. Dat deed ik al langere tijd in mijn job als opvoeder en de laatste 3 jaar ook als therapeut in mijn praktijk. Maar waar ik soms moeite had om theorie naar praktijk te vertalen, helpt de oplossingsgerichte visie en aanpak mij met heel praktische handvaten.

De “oplossing” ligt niet in mijn kennis en vaardigheid, maar in de persoon die je wil helpen zelf. Ik reik enkel aan waar een nood aan is, en ben verder een gids op het pad dat mijn cliënten kiezen om te bewandelen.

Dit eindwerk is niet altijd 100% puur wetenschappelijk, maar ook vaak gebaseerd op individuele ervaringen van de neurodivergente gemeenschap. Aangezien ik zelf ook neurodivergent ben, past mijn eigen beleving daar ook in. Naast de inspanningen die onderzoekers en diagnostici leveren in het verbeteren van inzichten in de menselijke geest, via onder andere de DSM, is er ook een heel sterke stroming van neurodivergente wetenschappers en ervaringsdeskundigen bezig met het collectieve bewustzijn rond zaken als autisme, adhd, hoogbegaafdheid, … Naast de droge, wetenschappelijke en vaak onpersoonlijke theorie, werpt de neurodivergente community vooral een licht op de ervaring die dit allemaal met zich meebrengt. Het gaat niet enkele om wat bv autisme is, maar hoe het voelt en wat het met je doet. Deze menselijke factor is erg belangrijk en ik ben graag een deel in deze gezamenlijke inspanning.
Dit is naar mijn mening ook een erg oplossingsgerichte benadering, aangezien deze gebaseerd is op de verzameling van persoonlijke ervaringen en unieke manieren van “zijn” van deze groep mensen.
Wetenschappelijke inzichten zijn belangrijk, maar dit eindwerk gaat in mindere mate over de klinische beschrijving van neurodivergentie en stress, en des te meer over de ervaring ervan.

Inleiding

Stress, angst en spanning bij neurodivergente mensen…

Zoals reeds vermeld, werd dit eindwerk geïnspireerd door mijn jarenlange ervaring en fascinatie met het onderwerp, zowel op persoonlijk vlak, alsook professioneel vanuit mijn werk met kinderen en jongeren in “uitdagende” situaties. Ik gebruik deze eufemistische omschrijving omdat kinderen en jongeren vaak erg veel veerkracht hebben en unieke coping skills aan de dag leggen om om te gaan met de soms vreselijke moeilijkheden waar ze door moeten tijdens de start van hun leven.
Het is dan ook vaak fascinerend om te observeren hoe kinderen die de vreselijkste zaken meemaken, er relatief goed in slagen om zonder al te veel kleerscheuren de innerlijke scherven terug te lijmen en met de nodige hulp een positieve start nemen in de hulpverlening.
En andere kinderen maken, in onze subjectieve beoordeling, eerder “lichtere” zaken mee. Maar de impact lijkt wel immens veel groter en na elke stap voorwaarts, lijken ze er 2 terug achteruit geduwd te worden.

De zwaarte van de uitdaging om succesvol om te gaan met chronische stress, angst, spanning, trauma, … is vaak niet evenredig aan de som van de externe negatieve prikkels die op een persoon afgevuurd worden. Er zijn overlevers van de Holocaust, die nadien een gelukkig en vredevol leven leidden, terwijl andere mensen hun hele leven een chronisch gebrek aan veiligheid ervaren enkel doordat er in hun eerste levensjaar niet aan hun basisnoden voldaan werd. En als de vorm en intensiteit van de externe prikkels die als bedreigend ervaren worden, niet eenduidig bepalen in welke mate de persoon er “last” van heeft, welke interne factoren bepalen dit dan wel?

In dit eindwerk zal onder andere naar voor komen dat de uitkomst van het omgaan met moeilijkheden en opgroeien in een onveilige situatie, vaak grotendeels bepaald wordt door het netwerk dat je ter beschikking hebt**. In welke mate je verbinding kan maken met mensen die het goed met je voor hebben, bepaalt mee hoe je omgaat met stress, angst en spanning.**

En dit leidt mij tot het tweede luik van het onderwerp: neurodivergentie. Mensen die “anders” zijn dan de “norm”. Ook hier maak ik weer kwistig gebruik van aanhalingstekens. Woorden als “normaal”, “anders”, “norm”, … leunen vaak erg dicht aan tegen “juist en fout”, “gezond en ziek” en “productiviteit en beperking”.
Zij ervaren vaak net op dat vlak moeilijkheden, bij het verbinding maken met anderen, het vinden van coregulatie in alledaagse contacten.

Daarom wil ik graag onder de loep nemen op welke manieren neurodivergente mensen omgaan met stress, angst en spanning. Welke extra uitdagingen ervaren zij en hebben zij nood aan andere ondersteuning dan een neurotypisch persoon?

Dit vraagstuk heb ik onder andere onderzocht via een bevraging bij neurodivergente personen en een individueel gesprek met een selectie van deelnemers. Het doel hiervan was zeker geen wetenschappelijke studie, maar wel inzichten vanuit de doelgroep registreren. De resultaten van dit onderzoek werden mee gebruikt om de theorie in dit eindwerk te vertalen naar de praktijk.

Wat ik wil bereiken met dit eindwerk is de lezers een mogelijk nieuwe bril aan te reiken, waarmee ze op een andere manier naar stress, angsten en spanning kunnen kijken. De theorie die ik aanreik is uiteraard niet nieuw, en mijn manier om deze naar de praktijk te vertalen is dat ook niet. Maar desondanks wordt er te weinig stilgestaan bij stress en angst, worden deze vaak gepathologiseerd als iets dat “opgelost” moet worden, in plaats van geïntegreerd en in balans gebracht.

Maar als het niet “opgelost” moet worden, hoe past dat dan in een oplossingsgericht kader? Wel, dat zit hem in het correct definiëren van het “probleem”, de juiste hulpvraag stellen is, zoals altijd, cruciaal in het omgaan met uitdagingen rond stress, angst en spanning…

HOOFDSTUK 1: Een rondleiding door neurodivergentie en stress

1) Wat is neurodivergentie?

Neurodivergentie is een redelijk recent begrip, dat opdook rond de eeuwwisseling. Het komt voor uit het concept van neurodiversiteit, en geeft weer dat het brein en de neurologie van elk individu uniek is. Een groep mensen is dus altijd neurodivers; er is diversiteit in de neurologie.

De term neurodivergent is dus geen medische term, maar werd in gebruik genomen als alternatief voor “normaal” en “abnormaal”. Het draait inderdaad wel om “de norm” en afwijken daarvan, maar normaal en abnormaal hebben een heel negatieve bijklank, waarbij het voor veel mensen goed is om “normaal” te zijn en abnormaal… ja, dan is er toch iets mis.

Je kan dus in plaats van “normaal” gebruik maken van neurotypisch. Neurotypisch zijn de mensen met parameters in hun neurologische ontwikkeling die overeenkomen met de grootste groep. Zij zijn nog altijd neurologisch uniek, met een uniek brein, maar in grote lijnen delen zijn wel de meeste kenmerken met de “gemiddelde” mens. Neurodivergent ben je, wanneer je op enkele belangrijke vlakken afwijkt van dat gemiddelde.

Belangrijk is dat het in deze visie niet om een defect gaat, maar om anders zijn. Dit werkt in twee richtingen, want dit anders zijn kan evengoed een voordeel als een nadeel opleveren ten opzichte van neurotypische mensen.
Een ander belangrijk onderdeel van deze visie is ook dat onze maatschappij vanzelfsprekend is opgebouwd om het beste afgestemd te zijn op de grootste groep, de neurotypische mensen. Neurodivergente mensen botsen daarom wel vaak op moeilijkheden en uitdagingen, niet omdat ze “defect” zijn, maar omdat het systeem waarin ze moeten functioneren niet gemaakt is voor hen.

Dit zorgt voor problemen op sociaal vlak, communicatie, overprikkeling, etc… Op basis van die problemen krijgen zij vaak een diagnose vanuit de DSM, die terecht een combinatie van schijnbare tekortkomingen bundelt als een psychische stoornis of aandoening. Maar waar vaak overgekeken wordt, is dat vele van deze tekortkomingen en moeilijkheden enkel bestaan in functie van hun context.
Bij problemen in de communicatie is er een storing tussen zender en ontvanger, maar de fout wordt gelegd bij degene die het “anders” doet dan de norm.
Bij overprikkeling kan je zeggen dat een individu een defect vertoont in het verwerken van prikkels, maar je kan ook bekijken of er mogelijk te veel prikkels worden afgevuurd richting die persoon. Elke mens heeft een grens aan wat comfortabel voelt en waarboven er sprake is van overprikkeling. Dat bij neurodivergente mensen die grens vaak lager ligt dan bij het neurotypische gemiddelde, toont niet per se een defect aan, maar een “anders” zijn.

Je zou kunnen stellen dat het extreme focussen op detail bij sommige autisten een evolutionair voordeel zou kunnen zijn wanneer je je voedsel moet foerageren in een bos. Welke bessen zijn giftig en welke heel voedzaam? Welke paddenstoelen mag ik plukken en opeten? Of iemand met ADHD ontwijkt met zijn impulsiviteit en hyperactiviteit mogelijk beter roofdieren of ander gevaar.
Wat in de ene context een nadeel is, kan in de andere een voordeel zijn. Het feit dat deze ontwikkelingsstoornissen, zoals ze klassiek genoemd worden, nog niet evolutionair weggeslecteerd zijn, doet toch vermoeden dat ze in sommige omstandigheden van nut zijn of op zijn minst geen nadeel opleveren.

Uiteindelijk komt het op semantiek aan, de uitdagingen en moeilijkheden blijven hetzelfde, maar wanneer je erover praat in een context van “anders zijn”, in plaats van minder zijn of beperkt zijn, is de stap naar oplossingen bedenken ook sneller gemaakt. Autisme, adhd en de rest van de lijst, het brengt beperkingen met zich mee, maar ook oplossingen. Maar wanneer je de mensen zelf labelt met een beperking, een stoornis, of andere negatieve verwoordingen, trek je als het ware al een lijn in de maatschappij waar ze niet over kunnen.
Daarom is in mijn ogen het gebruik van de woorden neurodivergent versus neurotypisch ook een oplossingsgerichte manier om ernaar te kijken. Je staart je niet blind op wat er niet lukt, maar zoekt welke oplossingen je kan vinden voor de uitdagingen, zonder de zwaarte van deze ervaring te ontkennen.

Wat valt er nu juist onder die neurodivergentie? De lijst is uiteraard niet exhaustief, en het is ook grotendeels aan het individu om zichzelf wel of niet te identificeren als neurodivergent, maar over het algemeen tikken mensen die zich neurodivergent noemen een of meerdere items aan van onderstaande lijst:

- Autismespectrumstoornis
- Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)
- Downsyndroom
- Dyscalculie, Dysgraphie, Dyslexie, Dyspraxie
- Laag- en hoogbegaafd
- Bipolaire stoornis
- OCD
- (Sociale) Angststoornis
- Tourette syndroom
- …

Net zozeer als de meeste zaken op deze lijst zich presenteren als een spectrum, is ook neurodivergentie zelf een spectrum: er is niet 1 beschrijving van wat neurodivergentie inhoudt, elk individu kan een unieke mix hebben. Je kan bijvoorbeeld Downsyndroom hebben zondermeer, maar je kan ook Downsyndroom hebben én autistisch zijn én ADHD hebben, met een intellectuele laagbegaafdheid.

De term neurodivergent schrapt dus het stigma van “abnormaal” zijn en focust op anders zijn. Maar tegelijkertijd moeten we natuurlijk ook realistisch blijven kijken naar de ervaring van elk neurodivergent individu. Want het neurodivergent zijn op zich hoeft niet meteen als een defect bekeken te worden, maar dat wil niet zeggen dat een neurodivergent individu geen kleine en grote beperkingen kan hebben. Er zijn ook vaak comorbiditeiten aanwezig in het bovenstaande lijstje, en voor de buitenwereld is het niet altijd mogelijk om al die aspecten te onderscheiden en een juiste plaats te geven.

Vooral bij autisme wordt dit stilaan heel duidelijk: in het verleden kwamen vooral de autisten in beeld met een erg hoge ondersteuningsnood, zowel in de gezondheidszorg als in de media. Deze mensen waren vaak niet verbaal en hadden zo goed als altijd een mentale beperking, of dat leek toch zo. Ze vertoonden vreemde tics, ontploffen bij het minste dat anders loopt dan verwacht en soms hebben ze geniale savant-trekjes. Jarenlang na het verschijnen van de film Rain Man, was dat het stereotiepe beeld van de autist. Ondertussen weten we dat er ook heel veel autisten zijn met een lage ondersteuningsnood, het type autist dat vroeger onder de radar bleef en nooit een diagnose kreeg. Ze waren niet voldoende “anders” om het label autisme te krijgen, maar hadden wel heel vaak ernstige uitdagingen in hun leven die dan maar op andere oorzaken gestoken werden. Maar omdat ze “anders” waren, werkten de oplossingen die hen aangereikt werden niet zoals ze bij neurotypische mensen wel werkten.
Decennialang was er een ernstige onderdiagnostisering bij meisjes en vrouwen, omdat zij vaak op een andere deel van het spectrum zitten, en het autisme zich bij hen nog heel anders uit dan bij dit grotendeels mannelijke stereotype.
Het gebruik van termen als “ernstig” of “zwaar” autistisch tegenover “licht” autistisch, doet deze mensen met een lage ondersteuningsnood een groot onrecht aan. Zij kunnen hun anders zijn grotendeels verstoppen, zodat het voor de buitenwereld inderdaad lijkt alsof zij er “in mindere mate” last van hebben. Licht autistisch *lijkt* dan een correcte term. Maar voor deze autisten zelf is de interne ervaring vaak even zwaar om mee om te gaan, er is voor hen helemaal niets “licht” aan.

De term neurodivergentie komt dus tegemoet aan een menselijke kijk op het anders zijn, zonder te vervallen in termen als abnormaal, defect, ziek, beperkt, … Maar tegelijkertijd velt het ook geen oordeel over de “zwaarte” van de ervaring voor het individu zelf.

In dit eindwerk focus ik ook voornamelijk op autisme, ADHD en de combinatie van beiden. Voornamelijk door beperkingen in tijd, om ervoor te zorgen dat het onderwerp overzichtelijk blijft, maar ook omdat ik over die twee reeds de meeste ervaring en kennis heb opgebouwd.
Daarnaast beschrijf ik grotendeels zaken en processen die voor elke mens min of meer gelijkaardig werken. Het is niet omdat je neurodivergent bent, dat je een alien bent met een volledig originele anatomie. Er zijn neurologische verschillen, maar de basis blijft

wel bij zo goed als elke mens hetzelfde. Om die reden is dit eindwerk in mijn ogen even zinvol om iets bij te leren over mensen met Tourette, Down, of een van de andere zaken op de lijst, je moet het enkel vertalen naar de unieke situatie van het individu dat je voor je hebt, of dat naar je kijkt in de spiegel.

2) Stress, angst en spanning onder de loep

2.1) Algemene omschrijving

De term *stress* is een van de meest gebruikte woorden wanneer we het hebben over onze mentale gezondheid, maar tegelijkertijd is het voor veel mensen toch nog altijd een vaag begrip. Iets waar ze meestal wel “last” van hebben, maar niet goed weten wat het is of hoe het juist ontstaat.
Ook *angst* is voor veel mensen niet altijd even duidelijk. Angst voor een reëel fysiek gevaar is redelijk vanzelfsprekend, maar veel mensen catalogiseren piekeren en jezelf zorgen maken over de toekomst, ook als angst, wat niet altijd helemaal terecht is.
Spanning (anxiety) veroorzaakt ook bij vele mensen klachten. Ze kunnen daar meestal ook wel een oorzaak voor aanwijzen, maar die vertelt in de meeste gevallen niet het hele verhaal.

Stress

Stress is een fysiologische of psychologische reactie op een verwachting die gesteld wordt aan je mentale of fysieke capaciteiten. Dit is vrijwel altijd gekoppeld aan een specifieke situatie op een specifiek moment. De oorzaak is duidelijk en kan intern of extern zijn, afhankelijk van of je omgeving of jezelf de verwachting stelt. Wanneer de situatie en de verwachting verdwijnt of opgelost is, verdwijnt meestal de stress mee.

*Stress is gebaseerd op het **heden** en een reactie op een **duidelijke interne** of **externe** prikkel. Deze hoeft echter geen dreiging te zijn, maar kan ook bestaan uit een **motivatie** om iets positief te verwezenlijken of iets negatief te vermijden.*

Angst

Angst is een automatische reactie op input via de zintuigen die wijst op gevaar. De zintuiglijke prikkel activeert ons autonoom zenuwstelsel om ons lichaam klaar te maken om te vechten of te vluchten. Je hartslag gaat omhoog, je ademhaling wordt sneller en oppervlakkiger en een hoop andere lichaamsfuncties komen in staat van paraatheid. De emotie die we daarbij voelen is angst, maar evolutionair gezien is het nut van de schrikreflex om lichamelijk te kunnen reageren op gevaar, de emotie angst zou je ook een bijproduct van die reflex kunnen noemen.

*Angst is gebaseerd op het **heden** en een reactie op een **externe** prikkel die wijst op **gevaar** of een dreiging, die reëel en **duidelijk** is.*

Spanning (anxiety)

*Spanning is gebaseerd op de **toekomst**. Het is een reactie op een **interne** gedachte, vaak vaag en **onduidelijk**.*

Stress en angst zijn over het algemeen zinvolle reacties op een duidelijke, reële prikkel vanuit de omgeving of de persoon zelf. Ze zijn bedoeld als (zeer) korte reacties die ook redelijk snel terug verdwijnen. Een chronische staat van stress of angst is onnatuurlijk en ongezond en kan tot mentale en fysieke aandoeningen leiden.

Spanning is vergelijkbaar met angst, maar is een toestand die bedoeld is om langer te duren. Als je dit evolutionair bekijkt, is angst bv de reactie van een prooidier op een roofdier dat uit de bosjes tevoorschijn springt. Spanning is dan de behoedzaamheid wanneer een prooidier aan een waterplas gaat drinken waar er mogelijk een roofdier kan rondhangen. Bij angst is de dreiging er, bij spanning is er een toekomstprojectie van een mogelijke dreiging. Spanning zou eveneens moeten verdwijnen nadat de mogelijk toekomstige dreiging over is, maar ook spanning kan chronisch worden met alle gevolgen vandien.

Vaak worden de 3 begrippen wat door elkaar gebruikt, zelfs door hulpverleners. Dit hoeft niet altijd problematisch te zijn, zolang het voor beide partijen duidelijk is waar ze het over hebben. Een duidelijk zicht op welke prikkels welke reacties veroorzaken is het belangrijkste.

2.2) De fysiologie in het kort

Hoe ons lichaam prikkels verwerkt kan, in het kort en erg vereenvoudigd, samengevat worden in volgende stappen:

1) Een prikkel wordt door de hersenen opgepikt. Dit kan een externe prikkel zijn die via de zintuigen binnenkomt, of een interne prikkel in de vorm van een gedachte.
2) De geregistreerde prikkel wordt naar de Amygdala gestuurd, die de prikkel beoordeelt binnen een kader van emoties.
3) De emotionele interpretatie van de prikkel wordt vervolgens doorgestuurd naar de Hypothalamus. Deze functioneert als een soort van commandocentrum, van waaruit de rest van het lichaam aangestuurd wordt. De Hypothalamus stuurt, onder andere, het Autonome Zenuwstelsel aan.
4) Het Autonome Zenuwstelsel bestaat uit meerdere subsystemen, waaronder het Sympathische Zenuwstelsel en het Parasympathische Zenuwstelsel. Deze twee zou je kunnen vergelijken met het gas- en rempedaal in een auto. Door ze samen te gebruiken, bereik je de gewenste snelheid in de auto. In je lichaam bepalen ze samen de mate van activatie/arousal.

5) Het autonome zenuwstelsel regelt deze activatie via hormoonproductie. Deze hormonen beïnvloeden op hun beurt de autonome lichaamsfuncties:
   - Hartslag
   - Bloeddruk
   - Ademhaling
   - Spierspanning
   - Spijsvertering
   - Bloedsuikerspiegel
   - Vetverbranding/opslag
   - Immuunsysteem
   - ...

Via dit schema wordt ons lichaam en onze geest aangestuurd om meer en minder in activatie/rust te gaan. Niet enkel de objectieve prikkel is van belang, maar ook de emotie die we eraan koppelen.

We kunnen dus stress en angst opnieuw herbekijken in dit fysiologische model

- Stress is het neurologisch en hormonaal geactiveerd zijn, met invloed op de rest van het lichaam en de geest. Dit kan zowel positief als negatief ervaren worden, afhankelijk van de emotie die aan de stressprikkel gekoppeld wordt.
- Angst is een emotie die de Amygdala aan een prikkel kan koppelen. Dit zorg er mee voor dat er voldoende stress ontstaat om te kunnen reageren op gevaar.

Ook spanning kunnen we in dit model plaatsen: bij angst wordt het gaspedaal volledig ingedrukt, maar bij spanning wordt de snelheid enkel wat verhoogd. Of er wordt, in de analogie met een auto, geschakeld naar een andere versnelling om snel te kunnen optrekken indien het nodig zou blijken.

Wanneer we stress, angst en spanning in dit fysiologisch model bekijken, zien we zeer duidelijk dat ze elkaar beïnvloeden, overlappen en ook zeer nuttig zijn. Nuttig, zolang ze gepaste reacties zijn en er ook ruimte is om nadien terug te ontspannen.

2.3) Stress in de evolutie

Doorheen de evolutie van de fauna op aarde, zien we deze systemen ook terug. De vecht/vlucht respons is een van de oudste instinctieve responses die dieren hebben op de confrontatie met gevaar. Dieren die deze respons niet hadden, overleefden minder vaak lang genoeg om zich voort te planten. Het resultaat is dat deze respons in bijna alle dieren in een of andere vorm aanwezig is. Onderzoek wijst zelfs in de richting dat een of andere proto-vorm van deze respons reeds aanwezig was nog voor de dieren zich opsplitsten in aparte groepen zoals insecten, reptielen, vogels, ...

Uiteraard komt deze anders tot uiting in die verscheidenheid aan dieren. Insecten hebben evengoed een soort fight/flight systeem, maar hierbij vervullen compleet andere hormonen in een compleet andere fysiologie gelijkaardige functies.

Ook bij reptielen is er een duidelijke stressrespons bij gevaar. Lang werd er gedacht dat emoties bij zoogdieren ontstaan zijn en dat reptielen, noch insecten, emoties ervaren. Ook dit wordt in twijfel getrokken door recent onderzoek. Reptielen en insecten zouden evengoed emoties ervaren, of toch hun eigen vorm daarvan. Ze zouden gezichten van soortgenoten herkennen en complexe sociale relaties aangaan.
Maar aangezien reptielen in de wetenschappelijke geschiedenis bestempeld werden als emotieloos, kreeg een deel van onze hersenen het label “reptielenbrein”; hiermee wordt voornamelijk de hersenstam bedoeld. Dit gebied houdt zich enerzijds bezig met de basisregulatie van het lichaam, de automatisch functies, en anderzijds met de bovenvermelde vecht/vlucht reacties. Dit hersengebied domineert inderdaad in reptielenhersenen, maar dit betekent niet dat reptielen tot niet meer in staat zijn dan enkel overleven via een automatische reactie op gevaar. Mogelijk was dit bij veel oudere dierensoorten, veel vroeger in de evolutie wel het geval.

Boven de hersenstam, die we dus best niet meer met “reptielenbrein” bestempelen, zit het “zoogdierenbrein”, of wederom, iets dat we doorheen de wetenschappelijke geschiedenis zo hebben gelabeld. Er werd namelijk gedacht dat emoties enkel bij zoogdieren voorkwamen, en dat complexe cognitieve functies voorbehouden waren aan mensen, of hooguit mensapen. Het “zoogdierenbrein” wordt gebruikt om het limbisch systeem aan te duiden, bestaande uit onder andere de hippocampus, amygdala en hypothalamus. Het limbisch systeem verwerkt alles dat te maken heeft met o.a. emoties, herinneringen, affectief leren en het aansturen van het autonome zenuwstelsel (bij reacties op emotionele fluctuaties).
Net zoals bij de misvatting over het reptielenbrein, ging men er dus van uit dat zoogdieren enkel instinctief en emotioneel konden reageren. Maar aangezien er ook overduidelijk bewijs is van hogere intelligentie en probleemoplossende

DE METAFOOR BLIJVEN GEBRUIKEN?

Vaak wordt de bij therapeuten, pedagogen, dokters, … deze metafoor van het reptielenbrein, zoogdierenbrein en mensenbrein gebruikt. Op zich is die metafoor niet “fout”, de achterliggende boodschap is waardevol. Maar vanuit fysiologisch, evolutionair inzicht, klopt de uitleg niet. En soms brengt het gebruik van de metafoor ook een gevaar met zich mee, namelijk een waardeoordeel plakken op de verschillende hersendelen; Het reptielen-brein is minderwaardig aan het zoogdierenbrein, dat minderwaardig is aan het mensenbrein.

Wanneer de uitleg met voldoende nuance gegeven wordt, met ook aandacht voor de essentiële interactie tussen de drie, kan deze wel helpend zijn.
Maar vooral bij cliënten die moeite hebben met context en dingen letterlijk nemen, moet je als therapeut voorzichtig zijn met deze metafoor vol valkuilen.

capaciteiten bij knaagdieren, dolfijnen, walvissen, octopussen, vogels en nog veel meer, mag ook het label “zoogdierenbrein” de vuilbak in.

Boven het limbisch systeem, dat we dus best niet meer als “zoogdierenbrein” bestempelen, zit de cerebrale cortex. Deze wordt ook wel het “mensenbrein” genoemd, maar is een onderdeel van alle gewervelde dieren. Enerzijds komen alle zintuigen hier binnen voor verwerking en anderzijds vinden ook alle “hogere” functies hier hun oorsprong: taal, gedachten, redeneren, geheugen, leren, beslissingen nemen, intelligentie, persoonlijkheid, motorische vaardigheden, …
Ook zelfregulatie, het reguleren van emoties en gedrag, wordt hier geregeld.

Deze 3 systemen “praten” dus met elkaar en beïnvloeden elkaar. De zelfregulatie is een mooi voorbeeld. Ook al triggert het limbisch systeem emoties, of wil de hersenstam het overnemen bij een gevoel van gevaar, toch kan zelfregulatie via de cortex deze emoties en dit gedrag bijsturen wanneer er via ratio een alternatieve interpretatie van de veroorzakende prikkels kan geboden worden.
Maar er zijn evengoed interacties in alle richtingen, met positieve of minder positieve gevolgen. Bij zo goed als alles in het leven, speelt de interactie van de 3 systemen een grote rol:

- wanneer je honger hebt, oordeel je strenger over de misstappen van anderen
- je denkt na over je sterfelijkheid en automatisch gaat je hart sneller slaan
- je ziet op het nieuws beelden van oorlog aan de andere kant van de wereld, je voelt je overstuur daardoor en de hersenstam brengt je lichaam in hogere activatie
- …

Als we deze interactie tussen hersenstam, limbisch systeem en cortex plaatsen in het kader van stress, angst en spanning, dan wordt meteen duidelijk dat dit een erg delicaat systeem oplevert: onderbewust beïnvloeden je gedachten je emoties en je gevoel van veiligheid, emoties hebben hun invloed op je gedachten en veiligheidsgevoel, en je veiligheidsgevoel via directe zintuigelijke prikkels sturen je emoties en gedachtes. Een complexe dans van zintuigen, elektrische prikkels, hormonen, emoties en gedachten.

Hoewel er niets speciaal is aan “de mens”, en we op een punt gekomen zijn dat we begrijpen dat er qua hardware niets fundamenteel verschilt van andere dieren, lijkt onze soort toch een iets ander pad ingeslagen door enkele zaken die ons uniek maken. Of deze inderdaad zo uniek zijn voor de mens, of dit enkel zo lijkt en we via onderzoek ook deze stelling ooit moeten ontkrachten, maakt op zich niet zoveel uit. Voldoende is dat we kunnen inzien dat we als mens in elk geval enkele grote uitdagingen hebben op vlak van prikkels en hoe we er mee om gaan. We hebben voor onszelf een unieke habitat gecreëerd, die mijlenver af staat van de natuurlijke omgeving waarin ons lichaam geëvolueerd is.

In het volgende hoofdstuk kijken we naar welke specifieke uitdagingen er dan juist zijn in de wereld zoals we hem zelf vormgegeven hebben. Als we hier oplossingsgericht naar kijken, kunnen we uitdagingen blootleggen, maar ook beperkingen identificeren. En van daaruit kunnen we ook resources blootleggen.

DE KIP OF HET EI?

De moeilijkheden rond prikkelverwerking bij neurodivergente mensen kan je op verschillende manieren bekijken:

Enerzijds hebben zij vaak een andere manier om om te gaan met prikkels. Afhankelijk van hoe je ernaar kijkt, betekent dat ofwel dat het voor hen gewoon fysiek en mentaal moeilijk is om prikkels te verwerken en zich te reguleren. Of je kan ook zeggen dat zij tevergeefs proberen te overleven met de handleiding van een neurotypisch persoon, terwijl ze net hun eigen handleiding moeten leren ontdekken en gebruiken. Ze proberen de resources te gebruiken die vaak werken voor neurotypische medemensen, maar geen of een contraproductief effect hebben bij hen.

Anderzijds is de maatschappij ook grotendeels afgestemd op "de norm" en wordt er weinig ademruimte voorzien voor mensen die niet beantwoorden aan de verwachtingen. "Anders zijn" wordt enkel aanvaard of zelf toegejuicht, als er ook verhoogde productiviteit en resultaten aan gekoppeld zijn.

3) Stressmodellen

Wat stress fysiologisch met je doet, is concreet bestudeerd, maar redelijk complex. Als je mensen wil helpen die het lastig hebben om om te gaan met stress en de bijhorende angsten en spanning, dan werk je idealiter op heel veel niveaus, houd je rekening met de specifieke, unieke fysiologie en neurologie van die persoon, maar ook alle mogelijke factoren die deze in positieve of negatieve zin beïnvloeden : genetische aanleg, opvoeding, positieve en negatieve ervaringen, gezinssituatie, school of werk, relaties, levensfilosofie, ambities, talenten en uitdagingen, woonsituatie, financiële situatie, politieke stabiliteit in de ruime regio, basisveiligheid, …

Kortom “De mens, zijn systeem (micro én macro) en de relaties daartussen”

Hoe je omgeving je beïnvloedt op het vlak van stress, angsten en spanning, kunnen de meeste mensen wel inzien. Soms is er wel een heleboel analyse nodig en moet je een stapje achteruit nemen om het grotere plaatje te zien, maar dat de omgeving voor stress kan zorgen, weet iedereen.

Hoe je vanbinnen in elkaar zit en wat voor effect stress, angst en spanning heeft op jouw gedrag en emoties, daar hebben veel mensen dan weer een veel minder duidelijk zicht op. Twee modellen om dit duidelijk uit te leggen en voor te stellen, zijn de Window of Tolerance en de Polyvagaal theorie. Om deze modellen tot in het kleinste detail te bekijken, zou ik er een apart eindwerk over moeten maken, dus beperk ik mij tot een toelichting van het algemene idee erachter en hoe dit gerelateerd is aan stress, angst en spanning.

3.1 Window of Tolerance

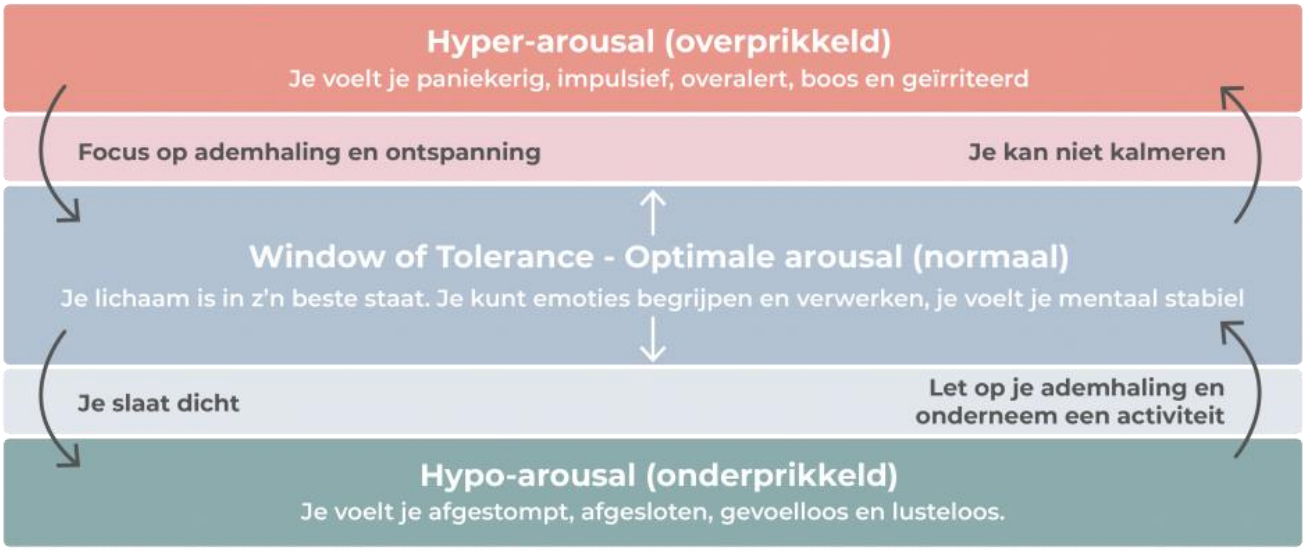
Kort omschreven is het Window of Tolerance een abstracte weergave van de toestand van je zenuwstelsel. Centraal staat een toestand waarin je een goede balans hebt tussen spanning en ontspanning, je bent gereguleerd, in “rust” maar ook in staat om uitdagingen aan te gaan. Alle onderdelen van je hersenen zijn toegankelijk, je kan logisch redeneren en je bent je bewust van je eigen emoties en die van anderen. Deze optimale toestand heeft een boven- en ondergrens.

Wanneer er te veel prikkels binnenkomen, of wanneer de prikkels geïnterpreteerd worden als gevaar, beweeg je richting bovengrens. Je komt in een overgangszone terecht, waarin het moeilijker wordt om kalm te blijven. Je raakt “geactiveerd”, je lichaam en geest maken zich al klaar om te reageren op de druk. Slaag je er niet in om bij te sturen, dan beweegt je innerlijke toestand zich verder en kom je van de overgangszone terecht in een staat van overprikkeling (hyper-arousal). Deze wordt vaak geassocieerd met de stressreacties vechten of vluchten, soms een toestand van recht-toe-recht-aan overlevingsdrang of soms ook gewoon paniek. Maar het beeld van een

overprikkeld persoon is natuurlijk veel ruimer: irritatie, impulsiviteit, boosheid, weglopen, ongeduld, ...

Daarnaast heb je ook de andere richting waar je vanuit de optimale zone naartoe kan bewegen. Hierbij is er eveneens een overgangszone, waarna je belandt in de toestand van onderprikkeling, of hypo-arousal. De oorzaak van onderprikkeling kan enerzijds zijn omdat je effectief te weinig prikkels binnenkrijgt, om wat voor reden dan ook. Of je kan hier belanden door te lang in de staat van hyper-arousal gezeten te hebben. Je lichaam is dan op en reageert op de aanhoudende stressprikkels door zichzelf op een bepaalde manier “uit te schakelen”. Wat de oorzaak ook juist is, onderprikkeling toont zich in een passiviteit, lusteloosheid, niets voelen, afgesloten zijn van je omgeving, ...

Zowel de overgangszones naar hyper- als naar hypo-arousal spelen een belangrijke rol. Als je ze herkent, kan je actie ondernemen om niet ongewenst in hyper- of hypo-arousal te schieten. Anderzijds zijn het ook de groeizones; net zoals je een spier kan trainen door grenzen van belasting op te zoeken, kan ook je zenuwstelsel en je bijhorende zelfregulatie sterker worden. Kom je vrijwel nooit in de overgangszones, maar schiet je meteen door naar hyper- of hypo-arousal, dan krijg je minder kansen om jezelf te leren reguleren en in je optimale zone te blijven.



3.2 Polyvagaal theorie

De polyvagaal theorie is een gelijkaardig model dat onze reacties op stress en prikkels weergeeft. Je zou kunnen zeggen dat het ongeveer hetzelfde zegt als het Window of Tolerance, maar dan met veel meer diepgang en gekoppeld aan onze neurologie.

Beiden blijven voorlopig wel werkmodellen, hypotheses om concepten te visualiseren, om inzichten en concrete handvaten aan te reiken aan cliënten en hulpverleners.

Wanneer we bekijken hoe stressprikkels binnenkomen in ons lichaam (zie hoofdstuk 2.2, p11), dan speelt ons autonome zenuwstelsel daar de grootste rol in, via de onbewuste en automatische regeling van onze lichaamsfuncties. De 2 voornaamste sub-zenuwstelsels daarvoor zijn het sympathische en parasympathische zenuwstelsel.

In deze theorie speelt de Nervus Vagus ook een van de hoofdrollen, deze is de langste hersenzenuw en het voornaamste deel van het parasympathische zenuwstelsel. De Nervus Vagus bestaat opnieuw uit 2 subsystemen, namelijk de Ventrale Vagus en de Dorsale Vagus. Dit brengt ons dus bij de drie hoofdrolspelers van de Polyvagaal theorie, met elk hun eigen cruciale functie in hoe we reageren op stressprikkels.

Sympathische Zenuwstelsel

Dit onderdeel van ons zenuwstelsel zorgt voor “activatie” van het lichaam. Bij een sympathische reactie verhogen de hartslag, bloeddruk, spierspanning, etc. zodat er maximale energie en potentieel is om bv te vechten of te vluchten.
Om voorrang te geven aan deze dingen, verlaagt ook de activiteit in het lichaam waar op dat moment geen noodzaak toe is: het immuniteitssysteem, het spijsverteringstelsel, …
Je kan de Sympathicus ook bekijken als het “gaspedaal”.

Parasympathische Zenuwstelsel

Dit zenuwstelsel zorgt voor de Parasympathische reactie, de tegenhanger van de Sympathische. Waar de Sympathicus kan gezien worden als het gaspedaal, werkt de parasympathicus als rem. Wat het Parasympathisch Zenuwstelsel juist doet en het effect van die rem is, wordt bepaald hoe je je omgeving interpreteert; ben ik veilig of in gevaar?
Het voornaamste deel van het Parasympathische zenuwstelsel, de Nervus Vagus, bestaat uit twee delen: dorsaal en ventraal. De vraag of je veilig bent, of in gevaar, bepaalt welke van deze twee delen de bovenhand krijgt en hoe je je opstelt ten opzichte van je omgeving.

Dorsale Vagus

Deze reguleert onder andere de organen onder het middenrif (maag, lever, nieren, darmen, …). Wanneer de Dorsale Vagus de bovenhand krijgt, meestal bij extreem gevaar en te grote druk op het systeem, dan wordt de **handrem** opgetrokken en het rempedaal abrupt ingedrukt. De stressreactie op het gevaar dat ervaren wordt is er een van shutdown, stilstand en afsluiten.
In een meer veilige omgeving kan ook bij een gevoel van complete ontspanning (meditatie, massage, …) de Dorsale Vagus dominant zijn.

Ventrale Vagus

De Ventrale Vagus reguleert de organen boven het middenrif zoals hart en longen, en ook andere zaken zoals de stembanden, binnenoor, gezichtsspieren, …
In een toestand van veiligheid heeft de Ventrale Vagus de bovenhand en komt lichaam en geest in een hersteltoestand, “Rest and Digest”. De Sympathische reactie wordt ook afgeremd, maar zachtjes. Niet om tot stilstand te komen, maar op een rustig, gezapig tempo verder te blijven cruisen.
Het ventrale vagale systeem wordt ook het “sociale zenuwstelsel” genoemd. In deze rustige, evenwichtige toestand kan je positieve sociale interacties aangaan, ontspannen in verbinding gaan met anderen.
Deze toestand kan je ook zien als de batterijlader van de wagen, zorgt voor mentale en fysieke energie.

Wat het effect van de Sympathische en Parasympathische reacties juist is, hoe dit tot uiting komt, hangt af van een van de belangrijkste vragen in het leven: “Ben ik veilig?” Onze zintuigen en zenuwstelsel scannen de omgeving voortdurend via neuroceptie en evalueert de veiligheidsvraag meerdere keren per seconde.
Afhankelijk van dat gevoel van veiligheid versus gevaar, kan je de reacties van je lichaam en geest op interne en externe prikkels samenvatten in onderstaand schema’s.



Ondanks dat de polyvagaal theorie en het Window of Tolerance vanuit heel andere invalshoeken ontstaan zijn, en ook niet helemaal hetzelfde verhaal schetsen, zijn er toch heel duidelijke gelijkenissen.
Hyper-arousal = Sympathische reactie
Optimal Arousal = Ventrale Vagus
Hypo-arousal = Dorsale Vagus

Je kan ook stellen dat het eenvoudigere model, het Window of Tolerance, visueel weergeeft wat er gebeurt bij stress, de optimale spanningsboog en hyper/hypo-arousal. De polyvagaal theorie breidt dit uit in een poging om de verschillende reacties ook neurologisch te verklaren. Deze neurologische kant blijft voorlopig wel een hypothese, zij het een zeer herkenbare en praktisch bruikbare. Ook als hypothese kan dit model een resource zijn.

Vanuit deze 2 modellen kunnen we dus ook eens kijken naar de mogelijke stressreacties in het volgende hoofdstuk.

Wegwijs in stressreacties

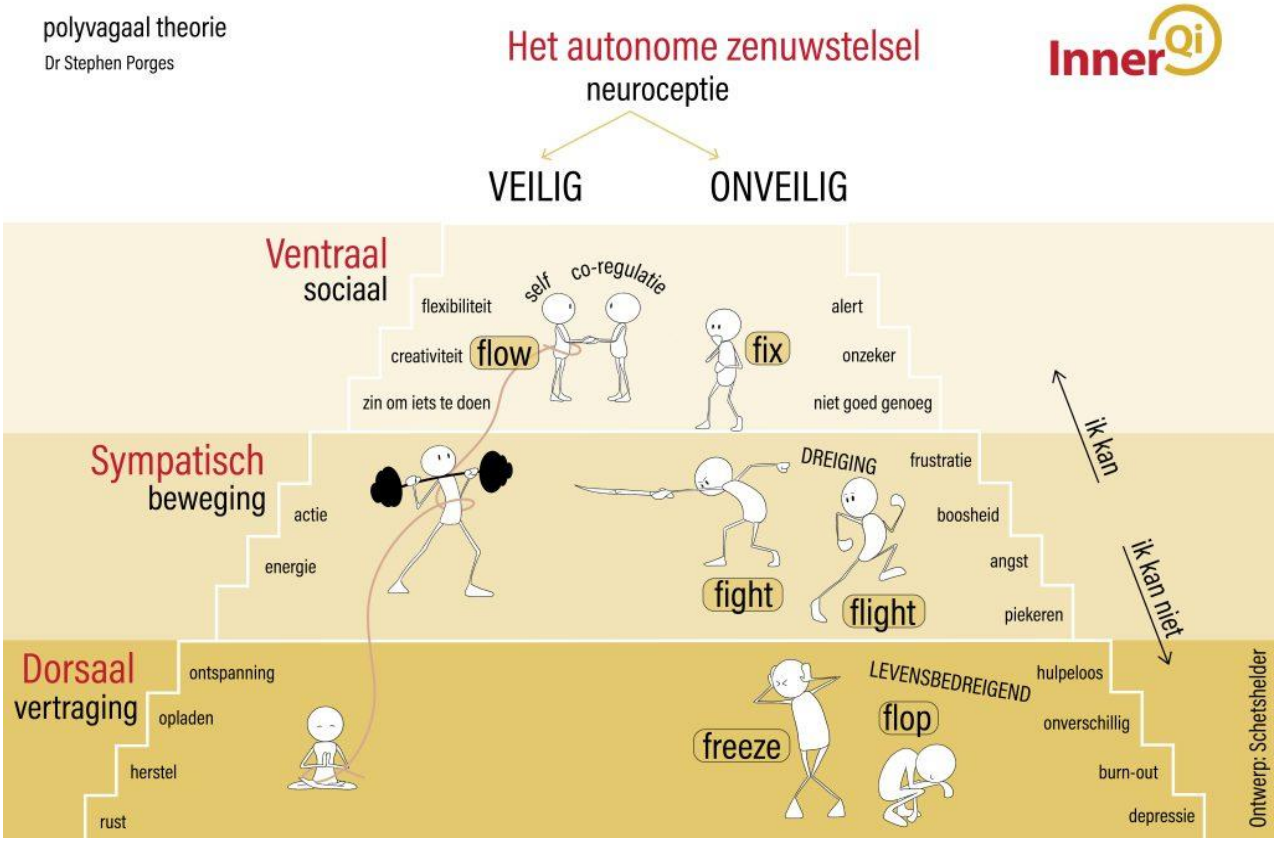
Als therapeut is het belangrijk dat je de theorie achter stressreacties kent, maar ook de verschillende manieren waarop die reacties tot uiting kunnen komen. Dat kan namelijk ook nog sterk verschillen van persoon tot persoon. Het kan heel zinvol zijn om met een cliënt wat tijd te spenderen aan het in kaart brengen van de verschillende staten en hoe die zich manifesteren bij de cliënt. Zeker bij neurodivergente cliënten kan dit heel verhelderend zijn, als het zenuwstelsel anders reageert of dan bij neurotypische mensen. Een kenmerk van bv autistische mensen is dat ze hyper- of hyposensitief kunnen zijn. Prikkels komen intenser of minder intens binnen dan bij neurotypische mensen. Daarnaast kunnen ze ook hyperresponsief (of hyperreactief) zijn; de reactie op de prikkel is veel groter en zichtbaarder dan wat je zou verwachten.
Voor zo'n cliënt kan het heel zinvol zijn, alsook voor hun nabije omgeving, dat je onderstaand schema overloopt, reacties verklaart en mogelijk werkt om van de onveilige as naar de veilige te bewegen waar mogelijk. Dit is **maatwerk**, je gaat aan de slag met de uniekheid van je client. Je peilt naar resources die de client kunnen helpen om bewust te navigeren op het schema: *van onveilig naar veilig en van "ik kan niet" naar "ik kan"*.

4) Stressreacties

4.1) Veel verder dan Fight & Flight

Stressreacties zijn niet negatief, het zijn reacties op hoe je jezelf en de omgeving ervaart. De meeste bekende reacties zijn uiteraard vechten en vluchten, daar heeft iedereen al wel van gehoord.

Het is een interessant geheugensteuntje om alle stressreacties te omschrijven met een woord dat begint met "f". Fight, Flight, Freeze, … Onderstaand schema vult dit nog aan met Fix, Flow, Flop. Er zijn nog wel meer woorden te vinden die de verschillende toestanden labelen.



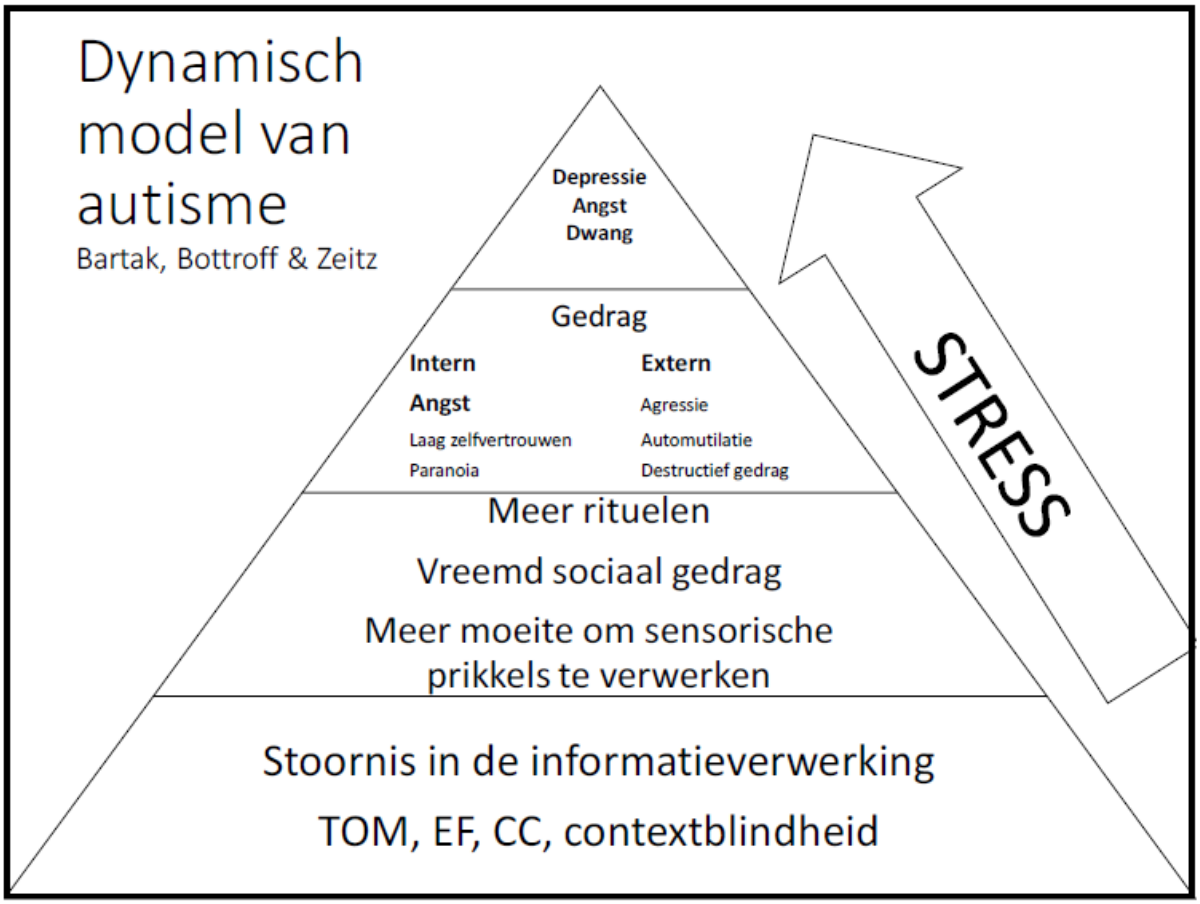
4.2) Dynamisch model van autisme

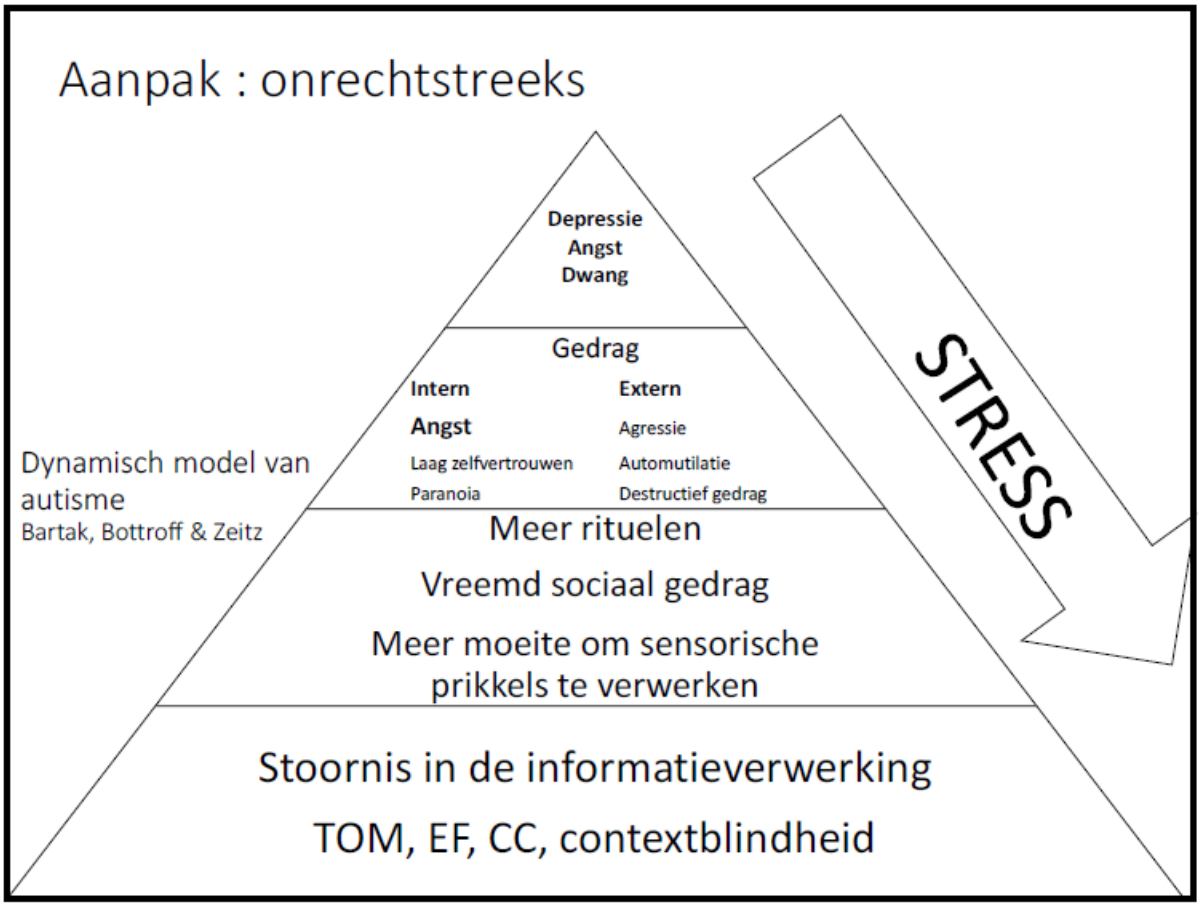
Bij autisten (en deels ook bij andere types van neurodivergentie) kan je stress ook nog in een ander model bekijken, namelijk het Dynamisch Model. Dit model werd ontwikkeld door Bartak, Bottroff en Zeitz in hun publicatie “Therapist insights in working with stress in people with autism spectrum disorder”. Kort samengevat vertrekt dit vanuit het idee dat er een uitzonderlijke wisselwerking is tussen het stressniveau en de kenmerken van autisme en ADHD: Hoe meer stress een autist ervaart, hoe meer kenmerken van autisme deze vertoont. Vele kenmerken zijn sowieso een coping mechanisme om om te gaan met over- of onderprikkeling.
Zoals je in onderstaande piramide kan zien, is er sowieso altijd de basis van de autistische kenmerken aanwezig, de onderste trede. Het rituele en sociaal vreemde gedrag is ook vaak aanwezig in overprikkelende situaties.
De twee bovenste treden, de meer pathologische kant van het verhaal, bevatten verstoringen van de emoties, angsten, agressie, … In vele gevallen evolueert dit zelfs naar een “stoornis”: depressie, angststoornis, dwangneuroses, … Alleen blijkt uit onderzoek en praktijk dat deze symptomen die we bij neurotypische mensen associëren met bv depressie of dwangstoornis, bij autistische personen bijna volledig toe te schrijven zijn aan de stress en het overprikkeld zijn (al dan niet chronisch).

Vaak hebben traditionele behandelingen geen enkel effect bij deze mensen. Bv een autistische cliënt met alle symptomen van een depressie lijkt niet vatbaar te zijn voor traditionele therapie of medicatie voor depressieve stoornissen. Maar wanneer de client erin slaagt om zijn stressniveau te optimaliseren, blijken ook de depressieve symptomen verdwenen te zijn. Daarom dat correcte diagnoses rond autisme, zelfs op latere leeftijd, van groot belang zijn.

Uiteraard kan een autist ook gewoon “echte” depressieve stemmingen of angststoornissen hebben. Het is echter interessant om eerst het stressniveau onder de loep te nemen en te kijken of daar ook stappen in gezet kunnen worden en het resultaat te evalueren.

Daarnaast valt er ook veel voor te zeggen dat bij iedereen, neurotypisch en neurodivergent, stress een grotere rol speelt op de mentale gezondheid dan soms op het eerste zicht door therapeuten en artsen gedacht wordt…


Dynamisch model van autisme
Bartak, Bottroff & Zeitz
Depressie
Angst
Dwang
Gedrag
Intern
Angst
Laag zelfvertrouwen
Paranoia
Extern
Agressie
Automutilatie
Destructief gedrag
Meer rituelen
Vreemd sociaal gedrag
Meer moeite om sensorische prikkels te verwerken
Stoornis in de informatieverwerking
TOM, EF, CC, contextblindheid
STRESS


Aanpak : onrechtstreeks
Dynamisch model van autisme
Bartak, Bottroff & Zeitz
Depressie
Angst
Dwang
Gedrag
Intern
Angst
Laag zelfvertrouwen
Paranoia
Extern
Agressie
Automutilatie
Destructief gedrag
Meer rituelen
Vreemd sociaal gedrag
Meer moeite om sensorische prikkels te verwerken
Stoornis in de informatieverwerking
TOM, EF, CC, contextblindheid
STRESS

5) Prikkels in onze samenleving

De meeste stressprikkels in ons dagelijks leven, degene waar mensen het vaak het moeilijkst mee hebben, komen rechtstreeks voort uit hoe we als mens onze omgeving zijn beginnen inrichten, de activiteiten die we doen om te overleven en hoe we omgaan met elkaar. Het beste voorbeeld daarvan is dat als mensen “overprikkeld” zijn, we hen aanraden om de natuur in te trekken, even weg van “het dagelijkse leven”. Om even ergens naartoe te trekken waar er niet al te veel mensen zijn. Waar er even “niets moet”.
We zien het dus allemaal wel, bewust of onbewust, dat er in de meeste mensen hun leven wat “te veel” gaande is.
Sommige factoren zijn recent opgedoken, in de laatste generaties, maar andere contraproductieve factoren doken reeds op in de oudheid, bij de overgang van jagers naar landbouw, of bij het ontstaan van de steden.

Het is natuurlijk moeilijk, of eerder onmogelijk, om dit wetenschappelijk te gaan onderzoeken, hoe de subjectieve ervaringen van mensen die eeuwen geleden leefden zich verhouden tot subjectieve ervaringen van verschillende bevolkingsgroepen vandaag. Er zijn uiteraard altijd al mensen geweest zijn die een leven vol stress, angst en spanning gekend hebben, soms zelfs hele bevolkingsgroepen. Moesten we echter een kwalitatief onderzoek kunnen doen met mensen doorheen de eeuwen, zou volgens mij wel een groot verschil duidelijk worden; het verschil tussen reëel gevaar en gepercipieerd gevaar.

In het verleden was er vaak de dreiging van heel echte, levensbedreigende gevaren: roofdieren, hongersnood, oorlog, koude, geweld, natuurrampen, epidemieën, …
Kortom, de zaken die we op de onderste trap van de piramide van Maslow terugvinden, dingen die onze basisveiligheid bedreigen.
De meeste mensen die vandaag de dag, toch zeker in “ontwikkelde landen”, lijden onder de druk van stress en angsten, maar komen eigenlijk objectief gezien nooit in aanraking met deze levensbedreigende zaken. Ze kunnen zich er wel zorgen over maken en dit piekeren kan wel stress geven, maar eigenlijk zijn de grootste stressfactoren eerder “kleinere” dingen die er wel permanent zijn. Kleine druppels uit een kraan die nooit helemaal dichtgedraaid wordt en die ervoor zorgen dat de emmer op termijn overloopt.

Wat zijn enkele belangrijke “permanent aanwezige” prikkels waar vele mensen mee worstelen, en *neurodivergente mensen in het bijzonder*?

5.1) Tijdsdruk

Iedereen ervaart, eerder vaak dan sporadisch, de beperking die tijd met zich meebrengt. De psychologische oorzaken en impact van dit fenomeen kan nog wel meer wetenschappelijk onderzoek gebruiken, aangezien zelfs een degelijke, wetenschappelijke definitie ontbreekt. Maar iedereen herkent dit wel intuïtief, vooral het gevoel dat het met zich meebrengt.
Tijdsbeperkingen draaien om deadlines die we onszelf opleggen, of die ons extern opgelegd worden. Of deze beperkingen ervaren worden als tijdsdruk of tijdstress, hangt van de persoon en situatie af, de achterliggende mechanismes zijn nog niet duidelijk bestudeerd.

Tijdsdruk, of tijdstress, is het subjectieve gevoel dat je minder tijd hebt dan nodig om een bepaalde taak te voltooien of beslissing te nemen en het gebrek aan motivatie dat daaruit voortvloeit. Niet alle tijdsbeperkingen worden ervaren als tijdsdruk, de beperktheid aan tijd om tot resultaat te komen kan een motiverende factor zijn en het kan aanzetten om het proces in te korten op een manier die de kwaliteit van het eindresultaat niet al te zwaar beïnvloedt. Het kan aanmoedigen om “slimmer” te werk te gaan, in plaats van “harder” te werken.
Onderzoek toont ook aan dat tijdsbeperkingen meestal leiden tot minder risico’s nemen en een voorkeur voor de “veilige optie”.

Maar hoe hebben die gevolgen van tijdsbeperkingen en tijdsdruk een impact op ons dagelijkse leven, en ons welzijn? Zoals met zoveel dingen is het op zich geen probleem om beperkt te zijn in tijd die we aan een taak kunnen besteden. En ook de tijdsdruk die we daar eventueel bij ervaren, helpt ons op zijn minst gedeeltelijk om tot een goed resultaat te komen. De echte moeilijkheid ligt hem erin wanneer de tijdsbeperkingen te vaak opduiken en het subjectieve gevoel van tijdsdruk een chronisch gevoel wordt. Dit is niet iets uniek voor onze moderne tijd. Altijd al hebben omgevingsfactoren mensen onder druk gezet, ook chronisch. Denk aan slavernij, oorlog, hongersnood, … Dit waren echter overduidelijk altijd “ongewenste”, negatieve contexten om in te leven, en deze brachten heel veel stress, angst en spanning met zich mee, onder andere in de vorm van tijdsdruk: taken op tijd afkrijgen als slaaf, op tijd vluchten van de vijand in oorlog, tijdig voedsel vinden in hongersnood, … De focus wordt verlegd van leven naar overleven, in de hoop dat de negatieve situatie terug zou opgelost geraken en er betere tijden zouden aanbreken.

In de laatste generaties sloop tijdsdruk ook binnen in ons dagelijkse leven, zonder duidelijke “negatieve” context. De laatste jaren/decennia wordt echter gelukkig wel duidelijk welke ongezonde impact de gejaagdheid van onze Westerse maatschappij met zich mee kan brengen:

- Productiviteit op de werkvloer: of je nu arbeider bent in een fabriek, een kantoorjob hebt, zorgverlener of manager: vrijwel elke job stelt tijdsbeperkingen in om tot een gewenst resultaat te komen.
- Socio-economische verschuivingen: het traditionele model van een gezin met 1 kostwinner is al een hele tijd niet meer de norm. In vele gezinnen moeten beide partners gaan werken om voldoende te verdienen om hun gewenste levensstandaard te kunnen bekostigen. Er wordt meer tijd besteed aan de job, zodat er minder tijd overschiet voor de andere levensdomeinen. Deze komen hierdoor ook terecht in een kader van tijdsbeperkingen.
- Gezinsleven: De tijd die ouders over hebben om met de kinderen door te brengen, voelt voor velen als te weinig. Er moeten ook hier keuzes gemaakt worden en soms voelt het ook alsof er een resultaat aan gekoppeld moet zijn.
- Vrije tijd: Ook de momenten die zouden moeten dienen om te ontspannen, de stress te laten zakken, worden volgepropt met “verplichte” dingen. Sociale contacten, sporten, social media. Zaken die op zich wel fijn zijn, kunnen zo ook iets worden waarop we het gevoel krijgen beoordeeld te worden.

Over het algemeen weten de meeste mensen dit ook wel, maar ze zijn soms wat contextblind als het erop aankomt de effecten bij zichzelf te herkennen. Hypes met acroniemen duiken op en verdwijnen terug: YOLO, FOMO, …

Als we dan kijken naar neurodivergente mensen, en specifiek autisten en mensen met ADHD, dan zien we vaak grote uitdagingen op het vlak van tijdsbeperkingen en tijdsdruk. Moeilijkheden kunnen ervaren worden op volgende vlakken:

- Executieve functies, planning
- Verstoord tijdsgevoel, tijdsblindheid
- Autistische inertie
- Aandachtsproblemen bij ADHD

Omdat ze door deze factoren meer moeite hebben met taken initiëren, uitvoeren en afronden, binnen een redelijke tijd, of voor een bepaalde deadline, ervaren neurodivergente mensen nog meer tijdsdruk. Deze voortdurende tijdstress vergroot op zich opnieuw bovenstaande factoren in een vicieuze cirkel waaraan het vaak moeilijk ontsnappen is. Dit draagt in grote mate bij aan het gevoel van chronische spanning bij neurodivergente mensen.

5.2) Sociale media en de Fear of Missing Out

De angst om dingen te missen waar anderen van geniet, om niet optimaal te genieten van alles in het leven, nieuwe ervaringen op te doen… De afkorting FOMO is de meeste mensen wel bekend, en dook het eerst op in 2004, in de context van Social Media.

Dit gevoel heeft altijd wel bestaan in de vorm van jaloezie en afgunst, maar ook van motivatie en opkijken naar anderen. Je wil bereiken en ervaren wat anderen rond jou bereiken en ervaren, mensen in je gezin, familie en ruimere omgeving.

Afgunst of niet “achter willen lopen” op je nabije omgeving was altijd al een valkuil waar mensen in gevallen zijn. In het Engels heb je de uitdrukking “keeping up with the Joneses”, even rijk en succesvol proberen te blijven als de buren (of wat ze toch laten uitschijnen), een gevoel waar het Amerika van de jaren 40-50 mee is groot geworden. De “schone schijn” waarin je naar de buitenwereld enkel het beste van jezelf wil tonen, conform de “idealen du jour”. Je zou zelfs kunnen stellen dat deze emotie ook reeds een thema was in het ontstaan van de grote religies. In de 10 geboden van het Judaïsme (“En begeer nooit iemands goed”), in de onthechting van het Boeddhisme en Hindoeïsme, …

Voor de opkomst van social media was dit gevoel er dus ook al, en er hebben altijd al mensen mee geworsteld. In de gewone media, maar ook daarvoor in verhalen, sprookjes en mythes, werden hele mooie zaken afgeschilderd waar mensen verlangend naar kunnen uitkijken. Maar de “verleiding” was redelijk beperkt, sommige mensen konden zich erin verliezen, maar voor de meerderheid van de mensen werkte dit niet als het verlammende effect dat we vandaag bij FOMO zien.

Toen Facebook op de wereld losgelaten werd, gevolgd door de vele andere social media, deed zich op redelijk korte tijd een grote verschuiving voor: vanaf toen kon je in theorie binnenkijken bij miljoenen mensen, die uiteraard enkel de mooiste zaken uit hun leven etaleerden, vergezeld van al dan niet bewerkte foto’s. Hoe meer je aanwezig was op social media, hoe meer je geconfronteerd werd met alles wat je oude klasgenoten bereikten, je vriendengroep, collega’s, beroemdheden, … Of toch met die dingen die zij bewust kozen om te etaleren, uit context getrokken en met een filter over om het extra te laten blinken. De wereld was op zich niet echt veranderd, maar er waren wel veel meer personen om jezelf aan te spiegelen. Personen waarvan je dan ook nog enkel de positieve, oppervlakkige dingen ziet…

FOMO op zich is niet problematisch, het is geen “ziektebeeld” op zich. Maar het kan wel bijdragen tot verhoogde stress, spanningsklachten en alles daaraan gerelateerd.
Uit onderzoeken bleek dat er een duidelijke correlatie is tussen sociale media gebruik en anxiety disorders. Waar zit die link dan juist?

Zowel het overdreven gebruik van sociale media, als het gevoel van FOMO, is gerelateerd aan het aangaan van sociale verbinding en het gebrek daaraan. Verbinding aangaan is een basisbehoefte (zie ook polyvagaal theorie p 18) en voor sommige mensen is het gebruik van sociale media een manier om die verbinding te zoeken, maar het is twijfelachtig of deze echt gevonden kan worden op Facebook of Twitter. Je kan je meer betrokken voelen bij de gemeenschap of de wereld, maar de echte verbinding die voor coregulatie kan zorgen, is niet te vinden op social media.

Maar hoe zit het nu juist met neurodivergente mensen en het gebruik van social media? Vreemd genoeg lijken sommige negatieve aspecten van het gebruik van social media minder sterk aanwezig bij mensen met autisme. Sowieso is er bij vele van hen een moeilijkheid in verbale en non-verbale communicatie; bij social media en chatten zijn er minder verwachtingen rond sociaal gedrag als oogcontact, intonatie, tempo, wederkerigheid, minder noodzaak aan maskeren, … Voor velen kan het een minder stresserende vorm van communicatie zijn. Social media kan dan ook voor mensen met autisme net wel een manier zijn om in verbinding te treden met andere mensen. Misschien niet de meest optimale manier, maar wel de meest haalbare manier. Daarnaast blijven er natuurlijk wel valkuilen:

- Als je social media gebruikt als manier om “vrienden” te maken, kan het soms ook moeilijk zijn wanneer blijkt dat de online vriendschap voor de personen aan de andere kant van het scherm minder waarde lijkt te hebben.
- Geschreven taal, vooral online, is zeer fluïde en hoogst subjectief. Dit kan ook lastig zijn voor mensen die taal eerder als iets zwart-wit zien en vasthouden aan de objectieve betekenis van woorden.

Voor mensen met ADHD geldt ook dat het soms eenvoudiger is om in verbinding te treden met anderen via social media, maar voor hen zijn ook vooral de “valkuilen” van social media groter. De manier waarop er massaal gebruik wordt gemaakt van likes, pings, flashende beelden, notificaties, … zijn sowieso voor iedereen niet zonder gevaar. Social media speelt heel erg in op FOMO en is verslavend door de micro-shots van dopamine die er vrijkomen telkens er interactie plaatsvindt. Mensen met ADHD zijn extra gevoelig aan die dopamine, aangezien ze hier van nature al een tekort aan hebben. Er is altijd wel iets dat je aandacht trekt, en de “positieve” feedback die je krijgt van de interactie, trekt je aandacht er nog vaker naar toe.

De conclusie is dat, net zoals bij neurotypische mensen, social media de laatste jaren een grote bron van stress en spanning is geworden voor de neurodivergente populatie, met nog enkele extra valkuilen specifiek voor hen.

5.3) Ziektevrees en Hypochondrie

Ziektevrees (Health Anxiety), is het bezorgd zijn om je gezondheid, dat je misschien iets mankeert, of ziek gaat worden. Soms is dit een verbonden aan een terechte angst, gebaseerd op feiten, maar vaker is dit een irrationele angst die af en toe opduikt.

Hypochondrie, tegenwoordig bekend in de DSM-V als Illness Anxiety Disorder, uit zich in het ervaren van de angst dat je aan een ernstige medische conditie lijdt, of de angst om ernstig ziek te worden. Hierbij worden kleine symptomen overdreven geanalyseerd tot ze passen in een ernstig ziektebeeld, of worden zelfs normale lichamelijke processen mis geïnterpreteerd als tekenen van ziekte. Het verschil met de eerder "lichtere" vorm ziektevrees is dat de hypochondrie, net zoals andere angststoornissen, een ernstige impact heeft op het dagelijks leven en algemeen functioneren.

Deze angststoornis is niet gebaseerd op ratio, maar eerder op emotie en signalen van gevaar. Medische tests en geruststellingen van dokters lossen het probleem niet op, er is hooguit een tijdelijke verlichting, of het onderwerp van ongerustheid springt naar een ander symptoom en een nieuwe misinterpretatie. Het resultaat kan zowel zijn dat deze mensen extra zorg en medische hulp gaan zoeken, of net deze gaan vermijden. Oorzaken van deze angststoornis zijn genetisch, maar ook trauma, extreme stress en misinterpretatie van lichamelijke gewaarwordingen.

Ongeveer 20% van de algemene populatie heeft "last" van ziektevrees, bij 0,1% evolueert dit naar hypochondrie. Bij mensen met autisme heeft ongeveer 30% last van ziektevrees, toch 50% meer dan bij neurotypische mensen. Er zijn geen duidelijke cijfers over hoeveel autisten hypochondrie ontwikkelen, vermoedelijk omdat er al zoveel spanning en angst aanwezig is bij mensen met autisme, dat het moeilijk is om te ontleden waar de oorzaak en het onderwerp van de angsten en spanning juist ligt.

Extra factoren die vanuit neurodivergentie kunnen bijdragen aan ziektevrees of hypochondrie:

- Impulsiviteit zorgt ervoor dat het opmerken van een lichamelijk signaal meteen gevolgd wordt door een actie, zoals medische bijstand zoeken of zelf online opzoeken wat er "mis" kan zijn.
- Grotere aanwezigheid van trauma in het leven van neurodivergente mensen.
- Sowieso verhoogde stressniveaus en spanning zorgen voor meer lichamelijke klachten en sensaties die uit het niets lijken te komen en vaak geen duidelijk aanwijsbare of "onschuldige" oorzaak hebben.
- Problemen met interoceptie (signalen voelen van wat er in je lichaam gebeurt, zoals pijn, temperatuur, honger, …) en alexythimia (= moeite met voelen van emoties) zorgen ervoor dat het soms onduidelijk is wat je juist "voelt". Vaak wordt er dan rationeel naar verklaringen gezocht en deze zoektocht eindigt vaker bij ernstige problemen dan onschuldige gewaarwordingen.

5.4) Angst om er niet bij te horen

Voor veel mensen is het belangrijk om ergens bij te horen. Dat kan zich uiten in het gevoel om “normaal” te willen zijn, om zoals de meeste mensen te zijn. Of het kan een specifieke subcultuur zijn waar iemand deel van wil uitmaken, een religie, een sociale klasse, … Mensen zoeken naar “peers”, gelijken, om in verbinding te gaan, om positieve feedback van te krijgen. Wanneer dat “ergens bij horen” niet zo vlot gaat, kan zich dit ook uiten in angst of spanning rond dit thema. Zelfs als het wel vlot gaat, kan het idee om er in de toekomst niet meer bij te horen ook voor angst en spanning zorgen.

Dit is een extra moeilijk thema bij vele neurodivergente mensen, omdat ze per definitie al “anders” zijn, vaak met een officiële diagnose er bovenop:
Positief omgaan met je neurodivergentie betekent ook jezelf kunnen zijn, zonder belangrijke kenmerken van jezelf te moeten verbergen uit angst om niet aanvaard te worden. Want wegstoppen wie je bent en wat je behoeftes zijn, resulteert meestal ook in veel stress en spanning. Maar als jezelf zijn botst met wat anderen van je verwachten, dan is het niet zo eenvoudig om aanvaard te worden.

Wanneer je je niet bewust van je neurodivergentie of je eigen noden, en de impact dat dit kan hebben op sociale interacties, is het gevaar nog groter dat er conflicten ontstaan of dat je niet aanvaard wordt door anderen. Je mist dan de nodige verbinding met anderen waardoor je een deel coregulatie mist, maar ook je zelfbeeld en -vertrouwen gaan omlaag.

Veel neurodivergente mensen “maskeren” hun anders zijn, ze leren sociale verwachtingen en proberen hieraan te voldoen, tegen hun eigen behoeftes in. Er is dan een voortdurende evenwichtsoefening tussen je eigen noden en de verwachtingen van de anderen. Sommigen kunnen hun masker afzetten thuis, in hun veilige omgeving, of bij mensen die ze als veilig ervaren. Anderen zijn zich zelfs niet bewust dat ze maskeren en kunnen het masker zo goed als nooit afzetten.
Hoe dan ook kost dit erg veel energie, maar er is ook de constante alertheid voor dingen die mis kunnen lopen op sociaal vlak. Dit zorgt voor een onaflatende stroom van stress en spanning.

5.5) Rejection Sensitive Dysphoria (RSD)

Naast de angst om er niet bij te horen, is er soms ook de effectieve afwijzing door anderen. De meeste mensen leren hiermee omgaan, maar uiteraard blijft dit terecht gepaard gaan met onaangename emoties. Vanuit de sociaal-emotionele ontwikkeling en hechting leren kinderen omgaan met deze gevoelens van afwijzing en verlatingsangst, en hoe ze op een gezonde manier te verwerken.

Mensen die het hier, als kind maar ook als volwassene, moeilijk mee blijven hebben, hebben een verhoogde Rejection Sensitivity, of gevoeligheid voor afwijzing.

Wanneer deze gevoeligheid erg grote proporties aanneemt, kan er sprake zijn van Rejection Sensitive Dysphoria (RSD). Dit is een recente term, die zijn oorsprong vindt binnen de neurodivergente community, maar die ook door psychologen en dokters gebruikt wordt.

Iedereen kan last hebben van RSD, maar voornamelijk bij ADHD treedt dit op als comorbiditeit, alsook bij andere vormen van neurodivergentie. Als je de ontwikkeling van een neurodivergent persoon onder de loep neemt, hoeft dit uiteraard niet te verbazen. Net zoals het moeilijker is om er “bij te horen” wanneer je op vele vlakken fundamenteel anders in elkaar zit, is de kans op afwijzing om diezelfde reden groter tijdens de kindertijd van neurodivergente personen. Dit heeft zijn invloed op de hechtingsstijl en het aangaan van relaties.
Mensen met RSD hebben niet enkel problemen wanneer ze effectief afgewezen worden, maar piekeren en hebben fatalistische gedachten over de kans dat ze afgewezen zullen worden in de toekomst.

Het specifieke concept RSD kan zich op volgende manieren tonen:

- Onschuldige zaken mis interpreteren als afwijzing
- Hoge gevoeligheid voor (de kans om) afgewezen te worden
- Hoge eisen stellen aan jezelf om afwijzing te vermijden
- De neiging hebben om mensen rondom je te “pleasen”
- Je snel schuldig voelen of schamen
- Jezelf isoleren om afwijzing te vermijden
- Agressie of razernij richting de persoon die als afwijzend ervaren wordt, of extreem verdriet ervaren
- Regelmatig fysiek ongemak ervaren wanneer je er “niet bij hoort” of misbegrepen wordt
- Zelfvertrouwen en zelfbeeld zijn volledig gebaseerd op wat anderen denken en is onderhevig aan schommelingen
- Piekeren na een sociale interactie over wat er mogelijk misgegaan is

Belangrijk bij RSD is dat de symptomen zich niet enkel beperken tot je ongemakkelijk voelen na een negatief sociaal contact, maar dat de symptomen ook kunnen opduiken na een positief contact dat fout geïnterpreteerd wordt. De reactie is zo hevig dat het zenuwstelsel ontregeld raakt en stressreactie zoals fight, flight en freeze kan triggeren (zie polyvagaal theorie p18), maar de emotionele pijn kan zo intens zijn dat deze ervaren wordt als fysieke pijn.

Het hoeft dus niet te verbazen dat ook RSD een grote bron van ongezonde stress, angst en spanning kan zijn bij neurodivergente mensen.

5.6) Imposter syndrome

Imposter syndroom, of oplichterssyndroom, draait om het gevoel dat goed tot hoog-presterende mensen kunnen hebben dat ze helemaal niet zo getalenteerd of efficiënt zijn als anderen geloven. En daarbij hoort ook de angst dat ze op een dag door de mand zullen vallen. Wanneer je last hebt van Imposter Syndrome en een belangrijke taak moet uitvoeren, kunnen er twee scenario's zich voordoen.

Ofwel ga je beginnen piekeren dat je de taak niet goed gaat uitvoeren en stel je tot het laatste nippertje uit om eraan te beginnen. Wanneer je toch een goed resultaat aflevert, doe je dit af als puur geluk en zeker niet een teken dat je echt goed bent in de materie.

Of je gaat net veel meer tijd en energie steken in de taak dan eigenlijk nodig is. En achteraf denk je dan dat iemand die echt goed is, er niet zoveel moeite zou voor moeten doen.

Welke van de twee scenario's zich ook voordoen, je voelt wel even het aangename gevoel van een taak succesvol volbracht te hebben. Maar dit wordt dus snel gevolgd door het gevoel dat je eigenlijk de boel maar aan het belazeren bent. Je begint dan ook meteen al te piekeren over de volgende taak die op de agenda staat en verzeild opnieuw in een van de twee scenario's, als een vicieuze cirkel.

Gevoelens en gedachtes die gepaard gaan met Imposter Syndrome:

- Je denkt dat iedereen meer weet dan jij
- Je denkt dat anderen geloven dat je bekwamer bent dan je echt bent
- Als je succes behaalt, is dit puur geluk, of door connecties, of omdat anderen een fout oordeel vellen
- Je hoort er niet echt bij en anderen gaan dit binnenkort doorhebben
- Je moet altijd je uiterste best doen, of zelfs meer dan wat gevraagd wordt
- Je voelt je ongemakkelijk bij complimenten
- Je bent bang om anderen teleur te stellen
- Je houdt jezelf tegen om doelen te bereiken
- Je hebt het moeilijk om vergissingen of fouten los te laten, zelfs onbelangrijke zaken
- Je vindt de bevestiging van anderen erg belangrijk
- Je zou niet zo aan jezelf twijfelen als je maar wat slimmer/beter was

Imposter Syndrome hangt dus heel erg samen met andere zaken als perfectionisme en faalangst, maar ook angst om te slagen en het ontkennen van successen.
Want beter worden in wat je doet, vergroot enkel de kans op falen en afwijzing in de toekomst. Imposter syndrome komt vaak voor in professionele situaties, maar kan evengoed opduiken op school, in romantische- of vriendschapsrelaties, als ouder, ...

Mogelijke oorzaken kunnen zijn:

- Gevoeligheid voor stress, spanning en een laag zelfbeeld
- Opgevoed worden met grote verwachtingen en onduidelijke feedback
- Je als een buitenstaander voelen, je anders voelen dan de groep
- Imposter Syndrome is ook heel erg gelinkt aan de angst om er niet bij het horen en de angst voor afwijzing, zoals hierboven beschreven

En laat deze punten nu net thema's zijn waar veel neurodivergente kinderen tegenaan lopen in hun kindertijd en als adolescent.
Er is dan ook vaak sprake van Autistisch Imposter Syndrome of ADHD Imposter Syndrome, het gevoel dat de diagnose niet terecht is, je je aanstelt en nog wel door de mand zal vallen. Wanneer mensen op latere leeftijd een diagnose krijgen van autisme of ADHD, dan is dit initieel vaak een opluchting, een verklaring voor zoveel zaken. Maar na een tijdje komen de gedachtes op: "Zocht ik niet gewoon een uitvlucht? Ben ik niet gewoon lui en stel ik met niet gewoon aan? Moet ik niet gewoon wat harder mijn best doen?"
Het feit dat in films en series vaak eerder stereotiepe clichés getoond worden van hoe neurodivergente mensen eruitzien helpt natuurlijk zeker niet hierbij. Rain Man, Sheldon Cooper, Spock, … Het is niet moeilijk om dan te denken dat je diagnose op niets slaagt, als je niet de extreme persoonlijkheidskenmerken hebt die er op tv mee geassocieerd zijn…

-

Hoofdstuk 2: Oplossingsgericht aan de slag met een neurodivergent publiek

1) Oplossingsgerichte basisconcepten

Werken met neurodivergente mensen is grotendeels werken op onbekend terrein. Zelfs al heb je de nodige kennis opgebouwd over autisme en adhd, dan nog zitten de kenmerken verspreid over een spectrum; elke persoon met autisme en/of adhd vertoont een uniek beeld dat je pas kan inschatten als je die persoon beter leert kennen. Daarnaast is het neurodivergente model ook veel breder dan enkel autisme en adhd. Als er ook sprake is van hoog- en laagbegaafdheid, krijg je weer een heel verschillend beeld. De oplossingsgerichte methodiek sluit perfect aan op deze uitdaging. Laten we even enkele kerngedachtes van oplossingsgerichte therapie overlopen in het kader van neurodivergentie.

1.1) De client is de expert van hun eigen leven

Sowieso vertrekt de oplossingsgerichte methodiek vanuit het idee dat de client uniek is en zichzelf het beste kent. Vanuit deze expertise van zichzelf wordt er met een cliënt gezocht naar interventies en resources die passend zijn om een gewenste situatie te bereiken. Er wordt niet gekeken naar wat zou moeten werken voor een gemiddeld persoon, maar er wordt op maat gewerkt.

VAN THEORIE NAAR PRAKTIJK

Therapie voor neurodivergenten gaat vaak over het omgaan met prikkels en input van de omgeving, emoties die bij over/onderprikkeling horen (angst/boos/apathie/...), constante spanning... De theorie in het vorige hoofdstuk, over de fysiologie van stress, spanning en angst is bijna altijd van toepassing. Je moet als therapeut natuurlijk wel aanvoelen wanneer er plaats is voor psycho-educatie, dit is niet het hoofddoel van de therapie.

Werken met neurodivergente mensen is niet per se heel verschillend van werken met neurotypische mensen. Vele van de zaken in dit hoofdstuk zijn van toepassing op vrijwel elke cliënt, en daarom sluit oplossingsgericht werken zo goed aan bij neurodivergente cliënten.

Het is goed om alert te blijven en niets voor vanzelfsprekend te nemen. Alles goed bevragen vanuit de uniekheid van de cliënt, is de belangrijkste basishouding om met deze cliënten te werken.

Dit gegeven is nog veel sterker van toepassing op neurodivergente mensen. Zij zijn per definitie “afwijkend van de norm” op neurologisch niveau. Ze gaan anders om met zintuiglijke prikkels, verwerken deze informatie anders en hebben een andere manier om sociaal in interactie te gaan. Er zijn vaak uitdagingen qua emotieregulatie. Op vlak van concentratie loopt een en ander ook anders dan wat de omgeving verwacht.

Al deze zaken hebben een impact op de meeste aspecten van het dagelijks leven. Conflicten en uitdagingen die deze mensen ervaren, zijn bijna altijd op een of andere manier wel gelinkt aan hun neurodivergent zijn. Neurodivergentie is niet iets dat je “er bovenop krijgt”, het ligt mee aan de kern van je identiteit.

Wanneer de cliënt zijn of haar “anders zijn” niet aanvaardt, of zich er zelfs niet van bewust is, brengt dit uiteraard wel extra uitdagingen mee in de therapeutische relatie.

1.2) Beperkingen, keuzevrijheid en oikos

Beperkingen zijn een heel complex en gevoelig onderwerp wanneer we het hebben over neurodivergentie. Het hele doel van het neurodivergente model is net om zaken als autisme en adhd niet onnodig te pathologiseren, om het niet te zien als een beperking, wel als een alternatieve ontwikkeling op neurologisch vlak.

Het is ook niet omdat de neurodivergentie zelf niet als beperking gezien moet worden, dat het geen beperkingen met zich mee kan brengen. Vaak bevinden die beperkingen zich dan in de interactie met de omgeving en in verwachtingen op het vlak van sociaal gedrag, werk, …

Daarnaast is er ook de vraag of wanneer je iets “kan”, het dan ook gezond is om dit vaak te doen. Zelfs bij neurotypische mensen kan je dit stellen: is er niet evenzeer sprake van een beperking als je iets wel *kan*, maar enkel door chronisch over je eigen grenzen te gaan?

Bij neurodivergente mensen zien we vaak maskeergedrag. Dit begint al van in de kindertijd en zet zich voort in het volwassen leven, soms zelfs zonder dat de persoon in kwestie dit nog zelf doorheeft. Een eenvoudig voorbeeld: een autistisch kind reguleert zichzelf door met zijn handen te flapperen. Het kindje doet dit in de kleuterschool, en wordt er vreemd voor bekeken. Anderen doen dit niet en het kind “past zich aan”, laat zichzelf beperken in zijn keuzevrijheid. Enkele jaren later start het de lagere school zonder flapperende handen, en dit kost enorm veel energie: zowel om dit te onderdrukken als door gebrek aan een efficiënte regulatietechniek. Thuis stort het kindje dagelijks in, overprikkeld en uitgeput. Waar ligt de beperking dan juist? In de zelfregulatie? In de prikkelverwerking? Of in de verwachting van de omgeving dat er niet geflapperd wordt?

Waar bij neurotypische mensen vaak naar beperkingen gekeken wordt als iets niet “kunnen”, moet je bij neurodivergente mensen ook vaak kijken naar iets niet “willen” of “mogen”. Het grote breekpunt tussen neurotypisch en neurodivergent ligt erin dat er andere coping mechanismes en behoeftes zijn op het vlak van omgaan met stress en prikkels. Is het een beperking als je niet kan omgaan met stress en sociale interactie op de manier waarop de meesten (neurotypisch) dat doen? In de ogen van vele neurotypische mensen wel, omdat het niet strookt met de verwachtingen die gelden in de maatschappij die opgebouwd is voor neurotypische mensen.
Moest je echter een groep neurodivergente mensen van nul laten starten en hen een eigen, op zichzelf staande gemeenschap laten uitbouwen, dan zouden de meeste van deze “beperkingen” vanzelf verdwijnen.

Wanneer je werkt met neurodivergente mensen is het goed om de term beperking heel fluïde te houden en lang genoeg stil te staan of er wel sprake is van een beperking, of misschien eerder van moeilijkheden om af te wijken van de verwachtingen van de "norm". Met de nodige creativiteit kan je mogelijk wel resources vinden om de beperking om te buigen naar een uitdaging, zolang je voldoende "out of the box" kan en wil denken.

Sowieso is oplossingsgerichte therapie voor iedereen een verhaal van het hertekenen van de context/oikos, om zo de keuzevrijheid te hervinden. Bij neurodivergente mensen is dit des te meer de uitdaging: hoe kan ik fundamenteel "anders zijn" en toch aanvaard worden door mijn omgeving, hoe kan ik zinvolle keuzes maken vanuit mijn eigen behoeftes zonder dat deze als "minderwaardig" of "vreemd" bestempeld worden door mijn omgeving?

1.3) Je handleiding: wat werkt voor jou?

Een goeie start in elke therapie met neurodivergente mensen die worstelen met stress, angst en spanning, is het in kaart brengen van de eigen handleiding. Deze oneliner hoor je op vele plekken als het gaat over neurodivergente kinderen: het is er eentje met een handleiding. Jammer genoeg wordt dit minder aanvaard wanneer de kinderen volwassenen worden.

Die handleiding ontcijferen, dat is op zich een andere verwoording voor de oplossingsgerichte mantra:

Werkt er iets, doe er meer van. Werkt er iets niet, probeer iets anders.

Probeer ouders van neurodivergente kinderen dit belangrijk inzicht te schenken. Wat er werkt, dat gaan we gebruiken, ook al hebben anderen daar hun commentaar op. En wat er niet werkt, dat laten we zoveel mogelijk los, ook al worden we daar raar voor bekeken.
En probeer dit ook de neurodivergente mensen op het hart te drukken: hou je handleiding in ere, ook al is deze "chinees" voor anderen. Het is jouw handleiding, en als er iets anders werkt dan bij anderen, dan is dat omdat je anders gebouwd bent.

"Je bent niet slecht in elkaar gestoken, jij bent gewoon een limited edition!"

Als we de fysiologische kant van de handleiding bekijken, hoe ons lichaam omgaat met zijn omgeving, zou je een beetje ondeugend kunnen stellen dat onze manier van omgaan met prikkels en emoties, zowel positieve als negatieve, een beperking is. Er gebeurt heel veel via het autonome zenuwstelsel, onbewust, met weinig tot geen controle erover.
Maar evengoed kan het een resource zijn. Want als je weet hoe het, al dan niet onbewust, werkt, kan je ook bewust prikkels opzoeken die je in een bepaalde richting duwen. Ons lichaam en geest, de ultieme beperking en resource...

Heel veel nuttige zaken zijn zo al duizenden jaren onze menselijke cultuur binnengeslopen. We noemen het oude wijsheid, boerenverstand, spiritualiteit, religie, … Wat we wetenschappelijk ontdekken de laatste eeuwen, en vooral de laatste decennia, is vaak een wetenschappelijke confirmatie van hoe we het al lang doen. Bv sauna's en ijsbaden worden al duizenden jaren gebruikt, omdat mensen vanuit de ervaring de positieve impact voelden. Dat er recenter wetenschappelijk kan onderbouwd worden welke invloed warmte en koude juist heeft op ons lichaam en zenuwstelsel, is de kers op de taart. We doen heel veel zaken al omdat we als mens geleerd hebben wat heilzaam is, en dit door de generaties doorgegeven hebben.

Maar wat als je neurodivergent bent? Je bent "anders". Prikkels komen anders binnen, worden anders verwerkt en ervaren. Traditionele wijsheid werkt niet altijd. Wetenschappelijke inzichten zijn ook niet altijd even nuttig.
Natuurlijk blijf je als neurodivergent persoon ook een mens, je bent niet zo erg "anders" dat je de anatomie en fysiologie van buitenaards leven benaderd. Maar je voelt je soms wel een alien, zelfs door die kleine verschillen.
Dus is het zinvol om je eigen handleiding te leren kennen, of die van je neurodivergent kind als ouder. En wat is er meer oplossingsgericht dan je eigen, unieke handleiding ontdekken en toepassen?

<u>1.4) Therapeutische alliantie</u>

Een succesvolle therapie staat of valt bij de alliantie, de "klik" tussen therapeut en cliënt. In de oplossingsgerichte methodiek, en ook bij andere vormen van therapie, levert het veel winst op om te investeren in deze alliantie. Het zou verkeerd zijn om te stellen dat het bij neurodivergente cliënten *nog* belangrijker is, want de alliantie is gewoon altijd een cruciale factor, bij *elke* cliënt.
Wat wel gesteld kan worden, is dat het een grotere uitdaging is voor therapeuten om aan de alliantie te werken met neurodivergente cliënten.

Enkele factoren waardoor er "storing op de lijn" kan voorvallen, al dan niet in beide richtingen, zijn:

- Verkeerde interpretatie, of ontbreken van, lichaamstaal
- Letterlijk begrijpen van taal, moeite met metaforen of figuurlijke taal
- Focus op details en het grotere verhaal niet zien
- Zintuiglijke overprikkeling door omgevingsprikkels in de praktijkruimte
- Moeilijkheden om de juiste taal te vinden bij het praten over emoties
- Alexithymie (moeite met herkennen en benoemen van de eigen gevoelens)
- Moeilijkheden met executieve functies bij opdrachten voor thuis
- Cliënten die het zo gewend zijn hun "anders zijn" te maskeren dat ze hun echte noden niet kunnen verwoorden
- ….

Als we kijken naar de flowchart van het Brugs Model, kunnen we hierbij ook met een neurodivergente bril nog enkele aantekeningen maken. Bij neurodivergente cliënten is het vaak een uitdaging om duidelijk te kunnen zien waar je staat op de flowchart, welk type relatie er is tussen de therapeut en cliënt. Niet enkel spelen de factoren een rol die hierboven opgesomd werden, maar ook in hoeverre de cliënt zichzelf kent en accepteert. Een werkbare, realistische hulpvraag zal enkel kunnen geformuleerd worden als deze niet ingaat tegen de “beperking” die het neurodivergent zijn met zich meebrengt. Soms komt de hulpvraag van een autist neer op “help mij om niet autistisch te zijn”, of een gelijkaardige vraag bij mensen met ADHD, hoogbegaafdheid, …

In sommige therapievormen die zich voornamelijk focussen op gedrag en hoe dit gedrag aan te passen, is dat exact wat men probeert. Daarom dat bijvoorbeeld ABA-therapie (Applied Behavior Analysis) een erg slechte naam gekregen heeft binnen de neurodivergente gemeenschap. Deze therapie is erop gericht om ongewenst gedrag af te leren, zondermeer. Vanuit de oplossingsgerichte visie vertrekt ABA al vanuit een “niet-opdracht” en werkt dit niet. Zeker als je “ongewenst” ook definieert als “afwijkend van de norm”. Gedrag dat een neurodivergent persoon helpt om zichzelf te reguleren is nooit ongewenst, het is het beste gedrag dat de cliënt voorhanden geeft om tegemoet te komen aan een behoefte. Je kan hooguit proberen om een coping skill te vervangen door een “betere” coping skill.

Vanuit die gedachte past oplossingsgerichte therapie wel heel goed bij een neurodivergent doelpubliek. Als therapeut ga je meekijken naar het nut achter bepaald gedrag, je begeleidt de cliënt in het zichzelf leren kennen en accepteren. Nog meer dan bij een neurotypische cliënt is het bij neurodivergente mensen ontzettend belangrijk om de hulpvraag te herformuleren als “Wat zijn jouw behoeftes?”

Wat zijn jouw behoeftes om jezelf te kunnen reguleren? Om tevreden te zijn? Wat is belangrijk in je leven en wat geeft het voor jou betekenis? Wat doe je nu al om die behoeftes in te vullen? Wat zijn jouw resources hiervoor?
Botst dit met de verwachtingen van je omgeving? Wat zouden dan betere resources kunnen zijn die niet botsen? Of misschien is er niets mis met de resources en moet je inzetten op verandering van de omgeving?
De hulpvraag realistisch en werkbaar maken is bij veel neurodivergente cliënten de grootste stap. Eenmaal dit duidelijk is, valt er vaak al veel op zijn plaats. Vaak “voelen” deze cliënten wel aan wat ze nodig hebben, maar staat een “dat wordt niet getolereerd” in de weg, vanuit henzelf of hun omgeving.

Jezelf serieus genomen voelen in een therapeutische relatie is niet vanzelfsprekend als neurodivergent cliënt. De nodige inzichten in neurodivergentie en de specifieke zaken die daaronder vallen, zijn essentieel voor de therapeut om valkuilen en veronderstellingen te vermijden.

1.5) Joinen

Vanuit dezelfde bedenkingen over het “matchen” van verbale en non-verbale communicatie, zoals hierboven beschreven over de therapeutische alliantie, kunnen we ook stellen dat joinen niet zo evident is bij neurodivergente cliënten.

Een goed voorbeeld is stimmen. Alle mensen hebben bepaalde stims om zichzelf te reguleren, bij neurodivergente mensen is dit vaak erg uitvergroot. Bijvoorbeeld prullen met objecten, spelen met baard of haar, neuriën, echolalie, rondlopen, wiegen, … Wanneer je dit als therapeut gaat spiegelen, leidt dit niet meteen tot iets constructiefs.

Ook wanneer cliënten hun stims, of ander atypisch gedrag, maskeren en verborgen houden, kan joinen een mijnenveld zijn. Want door het maskerend gedrag te spiegelen, spiegel je eigenlijk niet de cliënt maar enkel zijn masker. Ben je dan in verbinding aan het gaan, of bereik je daar net het tegenovergestelde mee?

Opnieuw is het beste advies om je cliënten te leren kennen, interesse te tonen in wie ze zijn en van daaruit de verbinding aan te gaan. Sta er bij stil, reflecteer er regelmatig over en zet jezelf niet in automatische piloot. Joinen op zich blijft heel belangrijk en onontbeerlijk voor de “klik” tussen therapeut en cliënt, en het is als therapeut belangrijk om jezelf in vraag te blijven stellen; waar de joinende houding bij andere cliënten als iets heel natuurlijk aanvoelt en je dit als therapeut bijna zonder na te denken doet, kan dit bij neurodivergente cliënten een averechts effect hebben. Denk regelmatig na over hoe je kan joinen bij elke specifieke neurodivergente cliënt, zonder dat het gemaakt over komt. Stap uit aannames over “normaal” gedrag, pas je communicatie aan, vraag naar voorkeuren van de cliënt, wees nieuwsgierig naar hun ervaringen en normaliseer deze, wees duidelijk en transparant, …

2) Coping Mechanismes

In het oplossingsgerichte model wordt ook vaak gekeken naar “symptomen” als iets nuttig. Misschien niet de meest ideale manier om om te gaan met moeilijkheden, maar meestal wel de beste manier die de cliënt op dat moment ter beschikking heeft.

Wanneer je als oplossingsgericht therapeut gaat kijken naar welke moeilijkheden een neurodivergent cliënt ervaart in het leven, kom je ook automatisch op de vraag “Hoe ga je daar mee om? Hoe hou je dat vol? De coping mechanismes die heel erg op de voorgrond staan in het neurodivergente model, staan evenzeer in het oplossingsgerichte model vooraan. Ze zijn resources van de cliënt die doorheen de jaren opgebouwd zijn om om te gaan met over- of onderprikkeling en specifieke uitdagingen in onze maatschappij (Zie hoofdstuk 6: Prikkels in onze samenleving), alsook het moeilijke thema van “anders zijn”. Ook al zijn deze coping mechanismes niet altijd ideaal, ze hebben hun nut.

Soms komen deze cliënten bij een therapeut omdat ze bepaalde coping skills niet langer wensen. Als oplossingsgericht therapeut begeleid je je cliënt dan doorheen de “crisis”, de weg van de ongewenste coping skill naar een meer gewenste coping skill. Het is zeker niet de bedoeling om enkel het ongewenste gedrag of de ongewenste gedachtestromen te verwijderen, net omdat ze een nut hebben, omdat ze een rol spelen om om te gaan met uitdagingen en moeilijkheden. Psycho-educatie over het nut van ongewenst gedrag kan erg helpend zijn bij neurodivergente mensen, om te helpen inzien wat er juist aan de basis ligt, welke noden en behoeftes dit ongewenst gedrag in het leven geroepen hebben. Deze psycho-educatie moet echter evenzeer rekening houden met de neurodivergentie, de therapeut moet op zoek gaan naar hoe het juist werkt voor de cliënt en niet de cliënt in het neurotypische model proberen te passen.

Wanneer er dan een duidelijk beeld ontstaat bij zowel cliënt als therapeut, kan er bekeken worden of er “betere” coping skills zouden kunnen zijn om aan die behoeftes tegemoet te komen. “Beter” kan verschillende vormen aannemen: minder schadelijk, sociaal aanvaardbaarder, gezonder, emanciperend, … Wat er ook maar past binnen het toekomstbeeld naar waar de cliënt op weg wil gaan.

Op zich is er niet erg veel verschil in hoe het oplossingsgerichte model kijkt naar coping skills bij neurotypische en neurodivergente cliënten. Ze worden bij beiden als resources benaderd, niet *enkel* als ongewenst gedrag en vanuit een respect voor de eigenheid van het individu. De coping mechanismes van neurodivergente mensen, ook al worden ze als vervelend of raar bestempeld door anderen, zijn niet een deel van een probleem, maar een deel van een oplossing.

3) Monotropisme

Monotropisme is een concept, een theoretisch kader om vooral naar autisme te kijken, maar ook naar andere “verstoringen” van de concentratie zoals AD(H)D en leerstoornissen. In het neurodivergente model wordt er niet graag over stoornissen gepraat, en ook monotropisme past in het positievere model van “anders zijn dan de norm”.

Monotropisme beschrijft een cognitieve staat waarbij de aandacht meestal op een beperkte waaier van interesses en activiteiten gericht wordt en zo’n focus op 1 bepaald onderwerp (of een cluster van gelijkaardige onderwerpen) wordt dan een aandachtstunnel genoemd. Dit staat in tegenstelling tot een polytropische aandacht, waarbij de aandacht meer gelijk verdeeld wordt over een brede verzameling van onderwerpen.

Monotropisme is geen bewuste keuze. Het is het gevolg van een andere neurologische ontwikkeling, die ook een andere manier van *zijn* meebrengt, een andere manier van

interactie met de omgeving. De term is een hypothese, een poging om de belangrijke aandachtskenmerken binnen autisme, ad(h)d en andere neurodivergentie deels te verklaren:

- Intense focus op “speciale interesses”
- Moeite met overgangen, met wisselen tussen onderwerpen en context
- Uitdagingen om aandacht te verdelen
- De ervaring van “flow” en aandachtstunnels bij focus op de interesses
- Moeilijkheden met zintuiglijke prikkels die de aandacht afleiden

Als therapeut is het ook raadzaam om hier rekening mee te houden in de therapie. Prikkelarme inrichting van de praktijkruimte kan helpend zijn, alsook het integreren van de interesses van de cliënt in de therapie; bv de diepe interesses die een autist ontwikkeld heeft, zijn bronnen van expertise. Daarnaast kan het ook erg zinvol zijn om per sessie bij 1 onderwerp te blijven.

4) Spanning: van probleem naar resource

Zoals in het onderzoek naar voor kwam, ervaren de meeste neurodivergente mensen een bijna constante spanning. Spanning die voortkomt uit hun interne prikkelverwerking, moeite met sociale situaties, conflicten met de omgeving, …

In het begin van dit eindwerk werd spanning gedefinieerd als “op de hoede zijn”. Een toestand die evolutionair zeer voordelig was om bv als prooidier voorzichtig te zijn wanneer er een mogelijk gevaar was dat er een roofdier zou toeslaan. De zintuigen werden tijdelijk op scherp gezet, en het lichaam maakte zich al klaar om eventueel te vechten of te vluchten. En wanneer deze mogelijk gevaarlijke situatie voorbij was, kon het dier terug naar de “rest and digest” staat overgaan.

De mens in de huidige samenleving blijft vaak op scherp staan en zeker neurodivergente mensen hebben het hier vaak heel moeilijk mee. Die spanning op zich is niet het probleem, ik zou zelfs durven stellen dat spanning in feite een heel zinvolle resource is: Spanning is je neurologische thermometer. Een mooi signaal van je lichaam om onder de loep te nemen of er echt een gevaar is. Zoja? Los het op! Is er geen reëel gevaar? Gebruik dan je tools om je lichaam te helpen uit de ongewenste staat te stappen.

HOOFDSTUK 3: Een praktijkonderzoek

Als deel van dit eindwerk organiseerde ik een bevraging bij een aantal neurodivergente personen. Het doel was niet om statistische resultaten te genereren, maar wel om persoonlijke ervaringen vast te leggen en een poging om deze ook deels verder in de diepte te verkennen.

Vanuit een oplossingsgerichte gedachte leek het mij interessant om informatie te verzamelen over de unieke belevingen die (neurodivergente) mensen kunnen hebben als het aankomt op stress, spanning en angst. De resultaten van deze bevraging zijn dus geen wetenschappelijke data, maar wel ervaringsgerichte weerspiegelingen van hoe de doelgroep stress, spanning en angst ervaart.

Ik plaatste een oproep via verschillende social media platformen in groepen waar neurodivergente personen zich verzamelen. Er hebben 17 personen deelgenomen en de vragenlijst ingevuld. Vanuit die groep van 17 heb ik van 4 personen ook nog een interview afgenomen over het onderwerp, via een online videogesprek.

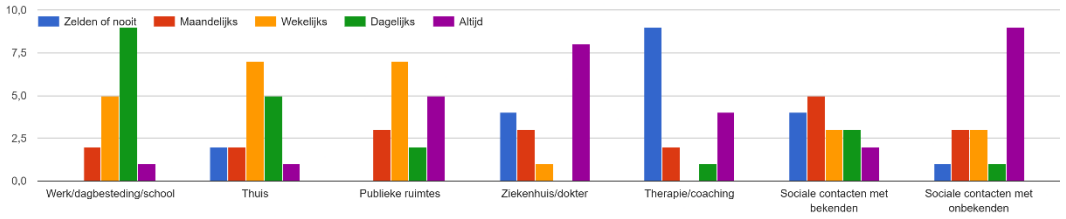
De leeftijd van de deelnemers was redelijk goed gespreid en lag tussen de 18 en 42 jaar. Qua gender waren dit 8 cis-mannen, 7 cis-vrouwen en 2 personen non-binair of gender-non-confirming.

Qua diagnoses waren er vooral personen met Autisme (10), ADHD (2), Autisme+ADHD (5), maar ook personen met diagnoses van dyslexie, hoogsensitiviteit en hoogbegaafdheid.

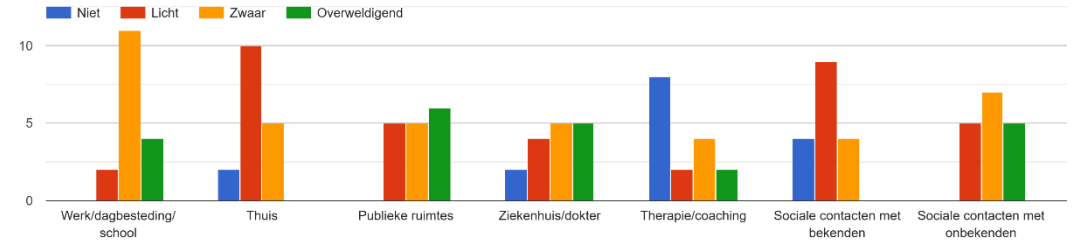
Op de vraag of de deelnemers naast deze diagnose(s) ook op medisch vlak chronische moeilijkheden ervaarden, antwoorden meer dan de helft ja. Het ging dan om o.a. hartproblematiek, chronische ontstekingen, gewrichtspijnen door hypermobiliteit, CVS, endometriose, sarcoïdose, maagbreuk en Barrett-slokdarm, ...
Zaken die toch ook een grote impact hebben op het dagelijkse functioneren.

Het hoofdgedeelte van de bevraging ging over de frequentie waarop stress, angst en spanning aanwezig zijn in verschillende domeinen van het dagelijkse leven en de intensiteit waarmee deze beleefd wordt. Er werd een duidelijk uitleg voorzien om de deelnemers het uit te leggen tussen stress, spanning en angst en hoe deze in dit eindwerk geïnterpreteerd worden. Hieronder volgen de grafieken hiervoor.

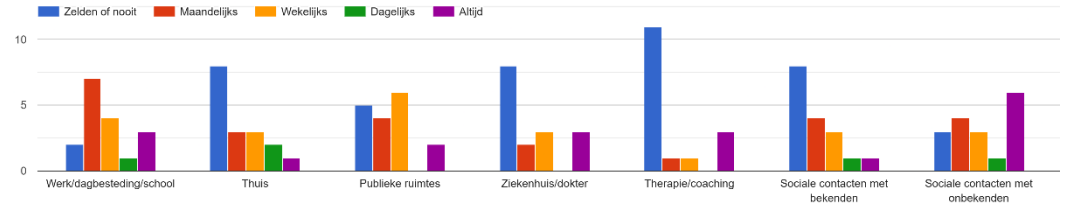
Hoe vaak ervaar je stress in onderstaande situaties?



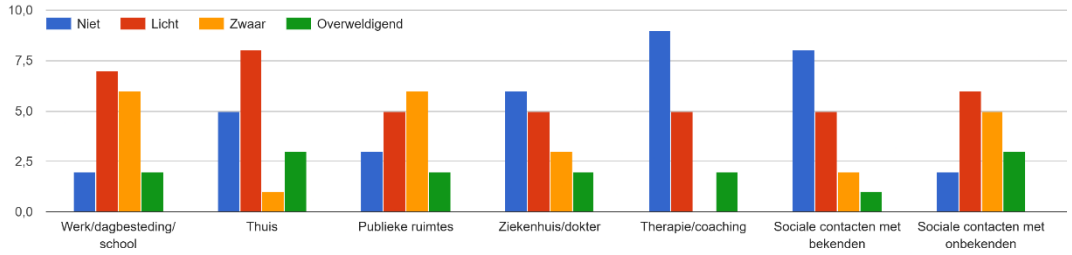
Hoe intens ervaar je stress in deze situaties?



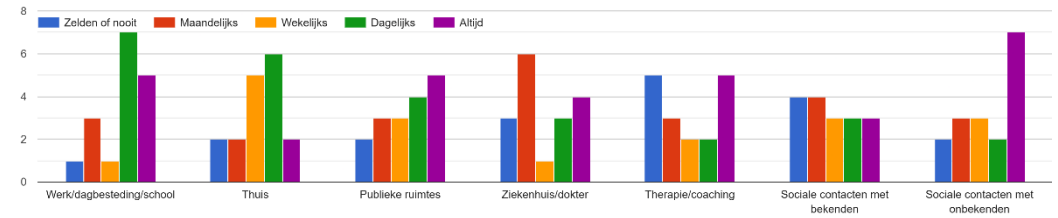
Hoe vaak ervaar je angst in onderstaande situaties?



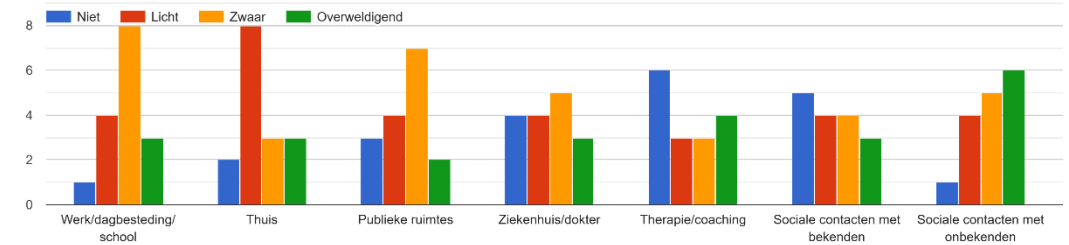
Hoe intens ervaar je angst in deze situaties?



Hoe vaak ervaar je spanning in onderstaande situaties?



Hoe intens ervaar je spanning in deze situaties?



Hieruit leid ik volgende conclusies af:

- Stress, als fenomeen dat een reactie veroorzaakt op externe of interne prikkels, door fysieke en mentale activatie, is iets dat de meeste deelnemers herkennen thuis en op het werk. In publieke ruimtes is dit voor velen ook frequent en intens aanwezig. Ook medische settings geven vaak stress, vaak ook overweldigend.
- In therapie- of coachingsessies valt dan weer op dat er zelden of nooit stress aanwezig is.
- Sociale contacten brengen ook stress met zich mee, maar dan vooral bij onbekenden; bij de meesten elke keer en zwaar tot overweldigend. Bij bekende personen is sociaal contact minder stresserend.

- Als we kijken naar angst, dan merken we dat de resultaten aangeven dat angst veel minder ervaren wordt. Sommige personen ervaren wel vaak angst, en dan vooral in contacten met onbekenden. Maar over het algemeen geven de respondenten aan dat een gevoel van angst eerder zeldzaam is en over het algemeen ook minder intens of overweldigend.

- Bij spanning zijn de resultaten overduidelijk: de meeste personen die deze vragenlijst invulden ervaren vaak/dagelijks/altijd spanning op een heel zware of overweldigende manier.
- Terwijl stress meestal nog afhangt van de context, zien we dat spanning op elk domein hoog scoort. Zowel publiek, werk/school als thuis en in sociale situaties met onbekenden én bekenden.

Dit is geen vergelijkende studie, de resultaten worden niet naast die van neurotypische mensen gelegd. Als we kijken naar algemenere cijfers voor de gehele bevolking, dan zien we bijvoorbeeld 20% last hebben van overspanning en burn-out (zelfrapportage, studie volksgezondheid Nederland 2023). Onder de neurodivergente deelnemers van dit onderzoek ligt dit cijfer gevoelig hoger.

Dit gedeelte van de vragenlijst werd nog afgesloten met de vraag waar de deelnemers eigenlijk net *weinig* stress en spanning ervaren. Hierop kwamen volgende antwoorden:

- Nergens.
- Wanneer ik iets kan doen wat ik graag doe en ik daar ongestoord mee bezig mag zijn.
- In mijn bed wat minder. Maar dan nog vaak veel spanning.
- Door mijn perfectionisme is er altijd spanning.
- Ik woon nog bij mijn ouders en ben werkloos. Dit geeft mij altijd spanning, ik voel me in een luxegevangenis.
- Ik ervaar minder spanning in mijn safe space en wanneer ik kunst maak.

- Wanneer ik iets doe dat ik graag doe en er gaan andere taken meer op mij staan te wachten. En wanneer ik mijn lief een knuffel geef.
- De enige periode waarin ik de laatste jaren minder spanning ervaarde, was een weekje vakantie op Kreta in 2023.
- Wanneer ik ervaar dat ik mezelf mag zijn en dat “goed genoeg” is. Maar hoe minder spanning/stress, hoe meer de praktische taken in het honderd lopen.
- Als ik alleen ben.

Dit geeft nogmaals weer dat neurodivergente mensen vaak onder permanente spanning staan in onze maatschappij. Dat verwachtingen van de omgeving meer stress geven dan bij neurotypische mensen, zeker als er een vorm van perfectionisme aanwezig is. Dat spanning wegvalt wanneer er ruimte is om ondergedompeld te worden in de eigen interesses, of wanneer je je thuis of op vakantie kan afsluiten van alle maatschappelijke verwachtingen.

Het tweede deel van de bevraging ging over de subjectieve ervaring van stress, angst en spanning bij de deelnemers. Daaruit bleek dat deze heel intens ervaren worden als heel fysieke sensaties, met weinig onderscheid tussen de drie.

De meeste deelnemers vermeldden een of meer van de volgende sensaties:

Hartkloppingen, licht/ijl gevoel in hoofd, zweten, huilen, naar het toilet moeten, stress-eten, druk op borstkas misslijk, diarree, hoofdpijn, stijve spieren, kaak klemmen, buikpijn, te warm voelen, flauwvallen, hol gevoel, overprikkeling, verlamde lichaamsdelen, mezelf pijn doen, beven en trillen, snelle ademhaling, fidget/frullen, slapeloosheid, krampen, vermoeidheid, tics, fysiek bevriezen, wegvluchten.

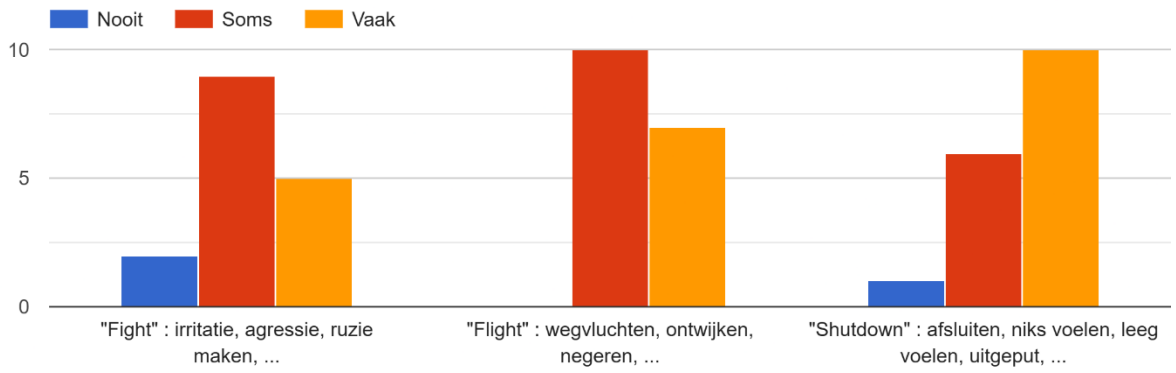
Emoties en gedachten komen minder voor (of worden minder opgemerkt), in volgende vorm:

Onrust, racende gedachten, piekeren, boosheid, moedeloos, frustratie, teleurstelling, overweldigd, uitstelgedrag, mentaal bevriezen, doemgedachten.

Er werden veel meer fysieke kenmerken gegeven dan mentale/emotionele, maar sowieso passen alle antwoorden in het plaatje van extreme stressreacties. De omschrijvingen die de deelnemers geven passen allemaal bij de hyper- en hypo-arousal van het Window of Tolerance, en bij de vecht/vlucht/bevries/… reacties. (Zie 1.3 Stressmodellen, p 16)

Op de vraag welke van de drie grote reacties, vechten/vluchten/bevriezen, de deelnemers bij zichzelf herkennen, kwam deze respons:

Extreme en/of langdurige stress, angst en spanning kunnen overweldigende reacties veroorzaken, zoals vechten, vluchten of een shutdown. Welke herken je in jezelf?



De volgende vraag peilde naar hoelang zo'n stressreactie duurt en welke impact deze heeft.

Heb je het gevoel dat je na zo'n reactie snel je zelfbeheersing kan terugvinden?
16 antwoorden



De meeste deelnemers ervaren op regelmatige basis duidelijke stressreacties, die ook uren of dagen impact blijven hebben op hun gemoedstoestand.

Het derde deel van de bevraging ging over resources. Wat heb je al gevonden dat werkt? (Intuïtief vanuit jezelf, of via internet/boeken, of via therapie). Daaruit kwamen volgende hulpmiddelen:

- Workshops/psycho-educatie om alert te zijn voor stress-signalen en hoe er mee om te gaan.
- Mezelf uit de situatie verwijderen.
- Lichaamsgerichte zaken (ademhaling, sporten, bad nemen, verzwaringsdeken)
- Praten met partner/omgeving
- Prikkels verminderen (koptelefoon, focussen op spel/tv)

Alle deelnemers hebben in het verleden al professionele hulp opgezocht, in de vorm van een psychiater, psycholoog, psychotherapeut en auti-coach.
6 deelnemers zochten reeds hulp bij allevier, 4 deelnemers bij 3 van bovenstaande disciplines, 6 deelnemers bij 2 van bovenstaande.
Geen enkele van de deelnemers had enkel bij 1 persoon ondersteuning gezocht.

Bij de meeste deelnemers vond deze ondersteuning plaats in de vorm van gesprekstherapie, psycho-educatie, gedragstherapie, aandachtstraining en lichaamswerk. 1 persoon had brainspotting gevolgd.

Op de vraag of ze tevreden waren over de methode van ondersteuning, waren de meningen verdeeld. De helft zag duidelijke verbetering in de moeilijkheden waar ze tegenaan botsten, de andere helft zag geen resultaten in de ondersteuning.

Op de vraag of hun omgang met en kijk op stress, angst en spanning veranderd was door de ondersteuning, waren de antwoorden ook niet unaniem. Bij drie deelnemers waren er geen nieuwe inzichten gekomen en geen verandering in hoe ze er mee omgaan. Bij vijf anderen was er wel nieuw inzicht gekomen, maar ze slaagden er niet in om deze te vertalen naar de praktijk om er beter mee om te gaan. Negen deelnemers merkte wel lichte tot grote verbetering in het omgaan met de spanning die ze ervaren.

<u>Conclusie</u>

Conclusies trekken uit dit beperkte, kwantitatieve onderzoek is niet evident. De motivatie om deel te nemen aan dit onderzoek kan zelfs al de resultaten kleuren, mogelijk vonden net degenen dit het moeilijk hebben met stress, angsten en spanning het interessant om deel te nemen.
Maar uit deze beperkte deelnemersgroep kunnen we wel concluderen dat ze allemaal bovengemiddeld last ervaren met stress, angst en spanning. Omgaan met de stressreacties van het lichaam is een grote uitdaging. De meesten hebben al veelvuldig ondersteuning gezocht, maar niet altijd met voldoende resultaat om echt een verschil te maken.

Eindwoord

Ik zou de essentie van dit eindwerk in het kort willen samenvatten in volgende zinnen.

- Stress op zich is niet positief of negatief, het is een toestand van je lichaam en geest die je in staat stelt om (hopelijk) gepast te reageren op situaties waarin actie vereist is.

- Spanning is op zich ook een zinvolle overlevingsstrategie, het is een anticipatie op een situatie waar gepaste actie vereist zal zijn.

- Angsten, zonder concrete dreiging in het hier en nu, zijn vaak mentalisaties van spanning. Onze geest gaat op zoek naar redenen waarom ons lichaam zich in die gespannen staat bevindt.

- Stress en spanning spelen evolutionair gezien een erg grote rol. Aanwezig bij vrijwel alle dieren, in een of andere vorm. Deze biologische functie is echter bedoeld voor kortdurende situaties, het komt in de natuur zelden voor dat een organisme lang of permanent onder de invloed van stress of spanning staat.

- (Positieve) Sociale interactie is een signaal van veiligheid voor dieren die in groep leven, zo ook voor de mens. Na elke periode van stress en spanning, zou er een periode van rust moeten volgen. Op een ontspannen manier in verbinding gaan met “de groep”, familie, vrienden, peers, … verstevigt en bewaart deze rusttoestand en geeft ruimte voor herstellende en versterkende fysiologische processen.

- Ontspannen in verbinding gaan met anderen is vaak een grote uitdaging voor neurodivergente mensen. Zowel vanuit hun omgang met externe prikkels als door het anders bedraad zijn op sociaal vlak. Dit zorgt voor storing op de lijn, verwachtingen waaraan moeilijk voldaan kan worden en verhoogt op allerlei manieren de reeds aanwezige spanning nog door extra complicaties (zie hoofdstuk 1.5) Prikkels in onze samenleving, p 24)

- Een goede manier om als therapeut neurodivergente mensen te begeleiden naar rust, is oplossingsgericht aan de slag te gaan:
    - Verken samen met de cliënt zijn handleiding, samen achter het masker en de verwachtingen durven kijken, zonder gehinderd te worden door dogma's of vooroordelen.
    - Waar botsen de behoeftes van de client met de verwachtingen van zijn omgeving?
    - Welke resources heeft de cliënt om aan die behoeftes te voldoen én om te gaan met die verwachtingen?
    - Welke resources en inzichten kan je als therapeut samen met de cliënt verkennen om nog beter met dit alles om te gaan?
    - Deze resources en inzichten integreren met de client door samen hier mee te oefenen, op een manier die de cliënt zelf kiest.

En om af te sluiten zou ik graag nog mijn docenten bedanken voor vier inzichtrijke jaren en mijn medestudenten voor de fijne momenten samen in de les en inzichten tijdens intervisie sessies.

Bronnen

Boeken

Angst, van klacht naar kracht – Gerbert Bakx
The neurodivergent Playbook - dr Matt Zakreski
Thinking Fast and Slow – Daniel Kahneman

Podcasts (o.a. op Spotify te vinden)

Ologies Podcast – Fearology part 1&2
AuDHD Flourishing

Online Artikels & Studies

https://www.nami.org/anxiety-disorders/anxiety-and-fear-whats-the-difference/

https://anxiety.org.nz/resources/understanding-fear-anxiety-and-stress

https://www.health.harvard.edu/staying-healthy/understanding-the-stress-response

https://www.webmd.com/brain/amygdala-what-to-know

https://my.clevelandclinic.org/health/symptoms/23154-neurodivergent

https://www.frontiersin.org/journals/neuroscience/articles/10.3389/fnins.2012.00118/full

https://www.discovermagazine.com/planet-earth/reptiles-are-highly-emotional-contrary-to-their-cold-reputation

https://www.scientificamerican.com/article/do-insects-feel-joy-and-pain/

https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/triune-brain#:~:text=The%20oldest%20layer%20of%20the,brains%20of%20snakes%20and%20lizards

https://en.wikipedia.org/wiki/Limbic_system

https://bigthink.com/the-well/3-layers-of-the-brain/#:~:text=The%20brain%20consists%20of%20three,anger%2C%20joy%2C%20and%20gratitude

https://my.clevelandclinic.org/health/articles/23073-cerebral-cortex

https://www.psychologytoday.com/intl/blog/modern-world-modern-mind/202302/time-pressure-leaves-us-depleted-is-there-a-way-back

https://www.researchgate.net/publication/270757523_Time_Pressure_Perception_and_Decision_Making

https://health.clevelandclinic.org/understanding-fomo

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8283615/

https://psychcentral.com/autism/using-social-media-on-the-autism-spectrum

https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9886-illness-anxiety-disorder-hypochondria-hypochondriasis

https://neurolaunch.com/adhd-and-hypochondria/

https://theunmaskedautistic.com/rejection-sensitive-dysphoria-and-its-connection-to-autism/

https://www.psychologytoday.com/us/basics/rejection-sensitivity

https://www.newportinstitute.com/resources/mental-health/rejection-sensitive-dysphoria/

https://www.psychologytoday.com/us/basics/imposter-syndrome

https://www.getinflow.io/post/adhd-imposter-syndrome#what-is-adhd-imposter-syndrome

https://embrace-autism.com/introducing-autistic-impostor-syndrome/

https://www.polyvagalinstitute.org/whatispolyvagaltheory

https://drarielleschwartz.com/polyvagal-theory-unlocks-symptoms-of-ptsd-dr-arielle-schwartz/