Vrouwen met ADHD in de expert positie

Joke Ferfers

Eindwerk postgraduaat Oplossingsgericht Cognitief Systemisch psychotherapie

2024-2025/ Korzybski instituut Brugge

Inhoudsopgave

1) Inleiding 2

Waarom kies ik vrouwen ? 3

Experten? 4

Het Brugs stroomschema 5

Expert positie 5

2) Methode 6

3) Oplossingsgerichte blik op wat werkt volgens de experten 7

Belang van keuze 7

Onderscheid beperking en probleem 9

Doelen formuleren in positieve termen 11

Resourceful past en Preferred Future 13

4) Conclusie 16

5) Belofte naar de toekomst toe 16

6) Bronnenlijst 18

7) Bijlagen 19

1) Inleiding

Ik werk als zelfstandig klinisch psycholoog en specialiseer me in het begeleiden van volwassenen met AD(H)D en autisme. Ik ben deze richting uit gegaan omdat ik op verschillende werkplekken merkte dat ik bleef terug keren naar deze doelgroepen. Zowel met kinderen, volwassenen als forensisch kwam dit terug. Het oprecht samen zoeken naar wat voor cliënten werkt vind ik erg interessant en uitdagend. En beide doelgroepen doen mij nog wekelijks versteld staan van hoe creatief ze hun leven inrichten en oplossen zodat het voor hen werkt.

Het valt mij frequent op dat best veel onderzoek de focus legt op het effect van therapie op AD(H)D en er slechts beperkt onderzoek voorhanden is naar wat voor de cliënten zelf werkt, los van therapie. Eigenlijk de client als "expert" laten spreken over wat voor hen werkt.
Ik vind steeds meer literatuur over AD(H)D als "superkracht" of "de sterktes van AHDH" (Honos-Webb, L. (2008). The gift of adult ADD : how to transform you challenges and build on your strenghts. New Harbouring Publications, Inc.). Maar opnieuw vaak geschreven door professionals en niet door "AD(H)D'ers" zelf. Denk maar bijvoorbeeld aan het boek de kracht van AD(H)D (Hansen, A. (2024). De kracht van AD(H)D. A.W. Bruna Uitgevers). Dr. Hansen is een Zweedse psychiater en spreekt vanuit de ervaring van een professional. Een zeldzame uitzondering die ik gevonden heb is de podcast "vrouwen met AD(H)D" van Jorna Postma aangezien ze zowel zelf AHDH heeft als AD(H)D coach is. Ik merk dan ook dat deze podcast frequent als "helpend" naar voorkomt tijdens therapie.

Over wat deze doelgroep zelf aangeeft als werkend vind ik opnieuw beperkt informatie. Sommige van mijn cliënten zijn dan ook lid bij beroepen waar vrouwen zich online verenigen. Groepen waarin ze zich herkennen, erkenning krijgen en lezen hoe anderen het aanpakken. Ik vermoed dat hierom de podcast "AD(H)D bij vrouwen" door Jorna Postma zo populair is. Buiten kennis over hoe het werkt bied het ook veel herkenbare voorbeelden van wat werkt voor sommige mensen.

Het concreet idee voor dit eindwerk kwam voort uit het boek van Blijd-Hoogewys et al. (Blijd-Hoogewys, E., Bezemer, M., Mol, A., & Spek, A. (Red.). (2023). *Lifehacks voor vrouwen met autisme – deel 1.)* waarin zowel ervaringsdeskundigen als professionele hulpverleners aan het woord komen. Het boek is in korte duidelijke onderwerpen opgedeeld van telkens een 3 tal pagina's. Dit maakt het ook zeer toegankelijk.

Waarom lijkt mij nuttig om deze informatie te verzamelen? Mensen met AD(H)D kampen meer met een laag zelfbeeld en depressie in het volwassen leven dan de gemiddelde bevolking (Pedersen, A. B., Edvardsen, B. V., Messina, S. M., Volden, M. R., Weyandt, L. L., & Lundervold, A. J. (2024). Self-Esteem in Adults With AD(H)D Using the Rosenberg Self-Esteem Scale: A Systematic Review. *Journal of Attention Disorders*, *28*(7), 1124-1138.). Daarom leek het mij extra nuttig om net deze doelgroep vanuit een expert positie te laten spreken.

Ik wil zeker niet argumenteren dat iedereen met kenmerken moet gediagnostiseerd worden. Enkel wanneer deze diagnose een nut of meerwaarde voor het individu betekent. De redenen die vrouwelijke cliënten geven dat voor hun een diagnose nuttig was zijn onder andere: zelfacceptatie, een omgeving die na de diagnose met hun samen werkt in plaats van verwachtingen stelt die niet haalbaar zijn, rust over hun verleden vinden en erkenning krijgen voor het gevoel anders te zijn.

Mijn hypothese stelt dat oplossingen aangereikt door deze vrouwen met AD(H)D nauw aansluiten bij het oplossingsgericht gedachtengoed. Sowieso is schrijven vanuit de oplossingen van deze vrouwen oplossingsgericht aan zich. Er zijn al artikelen waar aangetoond wordt dat oplossingsgerichte therapie mensen met AD(H)D kan helpen (Karakaya, D., & Özgür, G. (2019). Effect of a solution-focused approach on self-efficacy and self-esteem in Turkish adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 57*(11), 45–55.)

Waarom kies ik voor vrouwen ?

AD(H)D wordt bij vrouwen onder-gediagnostiseerd. Gelukkig steeds minder. Maar vrouwen ontwikkelen vaak succesvolle coping mechanismes om hier onopvallend mee om te gaan waardoor het minder storend is voor de omgeving en vrouwen minder snel gediagnostiseerd worden. (Rucklidge, J. J., & Kaplan, B. J. (1997). Psychological functioning of women identified in adulthood with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention disorders*, *2*(3), 167-176.). Maar het feit dat er minder externaliserende problemen zijn (agressie, storend gedrag,…) betekent niet dat er geen internaliserende problematiek (laag zelfbeeld, depressie, burn-out,…) aanwezig is. Kortom, dat er geen zou lijden zijn. Ik zou graag het feit dat ze meer coping mechanismes vinden om ongedetecteerd te blijven willen omdraaien naar een extra reden om ze in expert positie te zetten. Ze beschikken duidelijk over de kennis en capaciteit.

Nog steeds doen vrouwen- in vergelijking met mannen- meer dan 50% van het huishouden en werken daarnaast full time/ part time. Nog steeds nemen meer vrouwen het leeuwendeel van de zorg rol naar de kinderen op dan mannen. Wat maakt dat eens mensen met AD(H)D afstuderen het lijden eerder bij mannen vermindert/verdwijnt dan bij vrouwen. Voor best wat vrouwen met AD(H)D verergert het lijden na afstuderen. Net omdat ze al deze rollen (carrière, partner, huishouden, kinderen,…) proberen vol te houden. Want dat is toch normaal, niet? Dan hebben we het nog niet over het feit dat best wat AD(H)D vriendelijke jobs nog steeds net minder door vrouwen worden gekozen of bij jonge meisjes gestimuleerd worden. Denk bijvoorbeeld aan de bouw waar veel jobs een opeenvolging van duidelijke korte taken zijn waarbij je mag bewegen op je werk. Dit fenomeen komt vaak terug in mijn therapie ruimte bij volwassenen.

Experten

Hieronder kies ik dan ook verder voor de term “experten” in plaats van ervaringsdeskundige. Dit omdat ervaringsdeskundige als volgt gedefinieerd word: “Iemand die cliëntervaring heeft in de zorg, deze ervaring heeft omgezet in ervaringskennis en in staat is om deze kennis ook professioneel in te zetten en over te dragen” (Woorden.org. (z.j.). *Ervaringsdeskundige*. Geraadpleegd op [19/02/2025], van https://www.woorden.org/woord/ervaringsdeskundige).

De opdracht die ik aan mijn AD(H)D experten groep heb gegeven had tot doel om iets te schrijven (gedachten, beelden, tips) die andere vrouwen met AD(H)D kunnen helpen. Dit betekent dus niet dat deze experten noodzakelijk een clientervaring heeft of in staat is deze kennis professioneel over te dragen. Er zitten vrouwen tussen die nooit een hulpvraag omtrent AD(H)D op zich gehad hebben en een adequaat coping mechanisme hebben ontwikkelt om hier mee om te gaan.

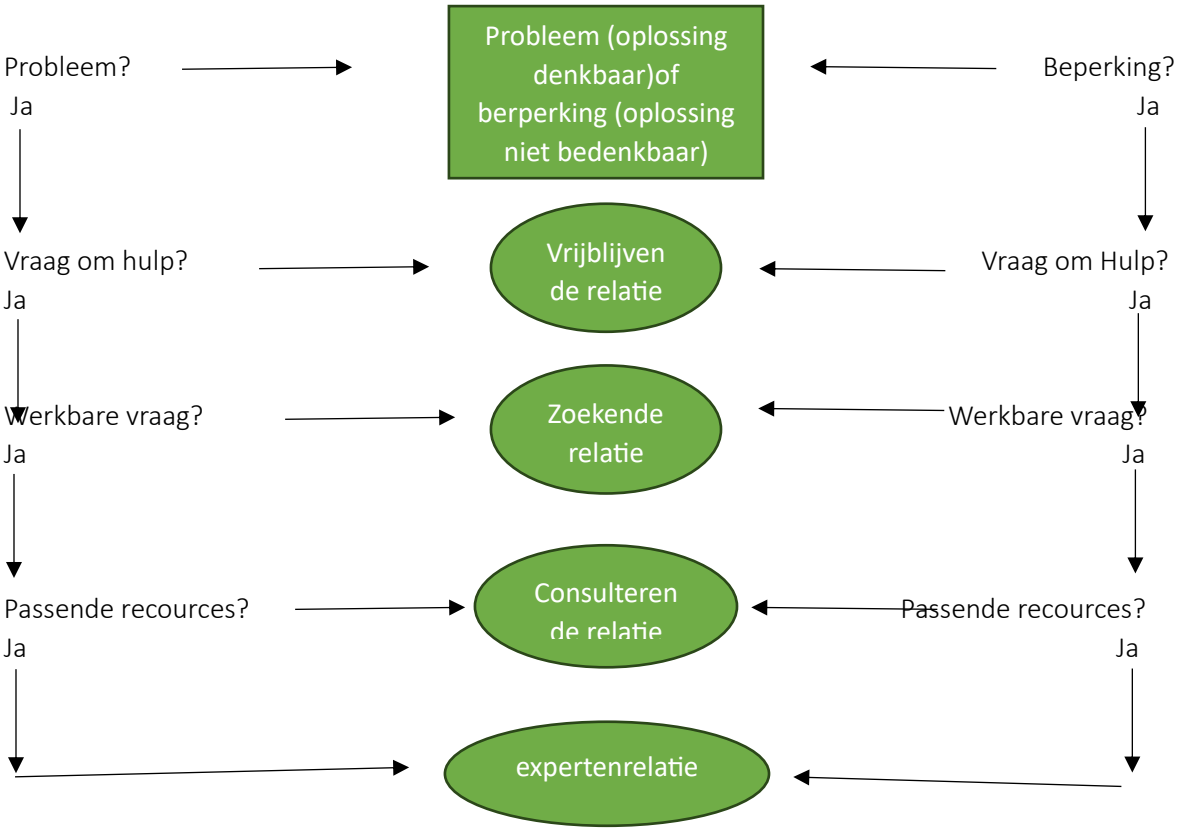
Ik besef dat technisch gezien sommige van deze vrouwen dan niet meer kwalificeren als AD(H)D volgens DSM-V-TR aangezien er geen of licht lijden is. Het ervaren van lijden is een noodzakelijke voorwaarde volgens DSM-V-TR. (American Psychiatric association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association).

Aangezien AD(H)D meer en meer bekeken wordt als een neurobiologische variatie (neurodivers) ga ik er verder van uit dat, indien de participanten van mijn experten-groep ergens in hun leven na uitgebreid onderzoek een AD(H)D diagnose hebben ontvangen, ze blijven kwalificeren voor deze opdracht ongeacht of er sprake is van huidig lijden. Hun hersenstructuur/DNA kan tenslotte niet spontaan volledig veranderen door het al dan niet (meer) ervaren van lijden.

Meer en meer stemmen gaan op om AD(H)D niet meer noodzakelijk als een “Disorder” te bestempelen, maar eerder als een manier van zijn. Hier sluit ik mij aan bij Eef Van Looij die in haar thesis stelt dat “Zelf benoemen ze het frequent als anders zijn in de plaats van een aandoening. Wat een veel bruikbaardere benaming is voor de persoon zelf. “ *Van Looij, E. (2023). De diagnose van AD(H)D – Anders dan het dagelijkse [Eindwerk].* pg 7. *Korsybski Instituut*. Kortom, AD(H)D meer als “structuratie type” (indien nuttig voor de client) dan als stoornis.

Daarnaast kies ik ook voor de term “expert” omdat deze terug te vinden is in het Brugs stroomschema.

Het Brugs Stroomschema



Expert positie, Brugs stroom model (Pg 116, Isebaert, L. (2007). *Praktijkboek Oplossingsgerichte cognitieve therapie*. De Tijdstroom. Maar aangepast naar moderne versie).

Het Brugs stroommodel begint met de vraag of het een probleem of een beperking is. We kunnen AD(H)D op zich bekijken als een beperking (aangezien het een Neurologische variatie is). Hierbij wil ik wel even de kanttekening maken dat een beperking hier iets betekent waar we geen controle over hebben of niet kunnen “oplossen”. Een beperking is in dit schema heeft dan ook niet noodzakelijk een negatieve connotatie. Hoe we het percipiëren of er mee omgaan kunnen we zien als een probleem. Want dit is iets dat veranderbaar is of waar mensen controle over hebben. Dit wil ik graag in het achterhoofd houden als ik later de tips analyseer van de experten.

Expert positie

“De client is expert met betrekking tot zichzelf. De therapeut is de expert in de algemene zin. De therapie word zo een conversatie tussen deskundigen”. (Pg 194 in Isebaert, L. (2007). *Praktijkboek Oplossingsgerichte cognitieve therapie*. De Tijdstroom.)

In deze opdracht is er minder sprake van een therapeutische relatie aangezien dit niet noodzakelijk vrouwen zijn die bij mij therapie volgen/gevolgd hebben. Maar wel een conversatie tussen deskundigen.

"De veranderingen en oplossingen die de client zelf aandraagt, hebben voorrang. Ze stimuleren de zelfwerkzaamheid van de client" (Pg 194 in Isebaert, L. (2007). *Praktijkboek Oplossingsgerichte cognitieve therapie*. De Tijdstroom.)

En dit is net waar ik benieuwd naar ben. Alle oplossingen, strategieën en beelden die de experten zelf aanbrengen hebben voor mij dan ook voorrang op wat mijn professioneel geschreven handboeken omtrent AD(H)D en behandeling voorschrijven.

2) Methode.

Ik vroeg volwassen (jongste 28j oud, oudste 37j) vrouwen met een AD(H)D diagnose (die een uitgebreide testprocedure ergens in hun levensloop hebben doorlopen) om kort iets te schrijven dat andere vrouwen zou kunnen helpen die zelf de diagnose net gekregen hebben of vast zitten in het gevoel gefaald te zijn, geen normale toekomst tegemoet te gaan of zich incapabel voelen. Dit heb ik gedaan via mail, mond aan mond reclame, vriendinnen en binnen mijn praktijk.

Niet geheel onverwacht -gezien mijn specifieke doelgroep- kreeg ik mails met andere antwoorden dan de gevraagde opdracht, 2 half afgewerkte brieven, enkele halve memories,… De meest bruikbare antwoorden werden geselecteerd voor deze thesis. Alhoewel sommige niet geselecteerde teksten mij zeker niet onberoerd hebben gelaten. Het toont wel opnieuw de capaciteit van deze doelgroep om creatief te zijn of naast het kader te denken. Ik koos 4 brieven/mails uit om de lengte van deze thesis te beperken. De citaten die ik voor dit eindwerk bespreek werden integraal overgenomen uit de toegestuurde teksten, inclusief weglatingen, spellingsfouten en onvolledigheden.

Deze 4 teksten werden vervolgens bekeken vanuit 4 verschillende oplossingsgerichte concepten om na te gaan of de oplossingen aangereikt door de experten inderdaad aansluiten bij het gedachtengoed van oplossingsgerichte systeemtherapie. De concepten waaruit ik de brieven wil analyseren zijn "het belang van keuze", "onderscheid tussen probleem en beperking", "doelen formuleren in positieve termen" en "Resourceful past en Preferred future". Eigenlijk hoop ik de experten te betrappen op waar ze al oplossingsgericht zijn.

3) Oplossingsgerichte blik op wat er werkt volgens de experten.

Belang van keuze

"*ik geloof dat er nog een andere reden is waarom je AD(H)D vaker ziet bij kinderen dan volwassenen, en dat is dat een volwassenen meer controle over zijn leven heeft"*. Hansen, A. (2024). De kracht van AD(H)D. A.W. Bruna Uitgevers.

De eerste reden die Hansens aanhaalt heeft te maken met de late maturatie van de pre-frontale cortex (wat instaat voor geheugen, planning,…). Maar haar 2de reden, zoals hierboven geciteerd, onderstreept opnieuw mooi het belang van keuze. Het valt mij op dat er vaak minder lijden wordt ervaren door cliënten met AD(H)D wanneer ze keuzes zien en durven maken. Ik hoor nog steeds professor Paul Verhaeghe in het 5de jaar zeggen "normaliteit is keuze hebben". Een zin die ik tot de dag van vandaag herhaal tegen cliënten.

In meerdere brieven wordt de "puzzel analogie" een stuk bevestigd in de ervaring van deze personen. Wat het beste lijkt te werken is je leven aanpassen naar het puzzelstukje dat je bent en niet het puzzelstukje dat je denkt te horen zijn. En kiezen voor puzzelstukjes die bij jou passen. Denk maar aan job keuze, studie keuze, partner keuze, keuze in vrienden,… Maar ook de keuzes waar we minder bij stil staan dat er keuze is bijvoorbeeld hoeveel keer per dag we eten en of elke dag 1 maaltijd boterhammen wel iets voor ons als individu werkt. Enkele voorbeelden uit de brieven hiervan zijn:

Bijlage 1 S.V.K.

" Zo heb ik beter geleerd om keuzes te maken, niet alles tegelijk te willen doen. Ik ben bewust een avondje of twee 'me-time' per week gaan inbouwen waar ik bewust kies om even geen mensen te zien. Zij bracht mij bij dat ik mild mag zijn voor mezelf en de lat gerust wat lager mag leggen."

Hier zien we hoe deze expert oude "moeten" en verwachtingen los liet en plaats maakte voor de keuzes die voor haar werken. Handig voor mijn hypothese dat wat werkt voor deze experten best oplossingsgericht is, ze benoemt zelf letterlijk: "Zo heb ik beter geleerd om KEUZES te maken."

"Daarnaast heb ik heel waardevolle vriendschappen. Het zijn er weinig, maar wel heel écht en intens. Dit is ook waar ik als persoon het meeste behoefte aan heb, contact met mensen die heel puur en oprecht zijn. Deze mensen kennen mijn kwetsbaarheden en kunnen er ook begrip voor opbrengen. Ze begrijpen mij wanneer ik mij even terug trek, even moet opladen. Ze nemen het mij niet kwalijk als ik zaken vergeet of als bepaalde zaken niet tot mij zijn doorgedrongen in een gesprek. Ze accepteren mij gewoon voor wie ik ben. Het inzicht dat ik zelf mijn mensen kies, dat ik niet iedereen zijn beste maat kan zijn, dat niet iedereen met mij kan omgaan en ik niet met iedereen, geeft mij ongelofelijk veel rust en genoegen met mezelf en waar ik dankbaar voor ben."

In dit stuk stelt deze expert zich niet op als een passief ondergaand wezen omtrent vriendschappen en de mensen in haar omgeving. Maar als personen die zij rond zich heeft verzameld en toelaat die haar accepteren zo als ze is. Ook dat “niet iedereen haar beste maat kan zijn” impliceert keuze.

Bijlage 3 C.E.

“Het zijn geen "kuren" of dingen die ik doe om aandacht te krijgen. Het is echt gewoon wie ik ben. Hoera!”

De best uitzonderlijke levenswijze van C.E. beschrijft ze hier als een keuze die ze elke dag opnieuw mag maken. En niet als een fase waarna ze veroordeeld wordt tot de saaiheid van de toekomst. Dit is dan ook een van de meest beschreven sterktes van mensen met AD(H)D. De kracht om het leven kleurrijk en uniek te maken.

Bijlage 4 D.L.

“Ik heb AD(H)D maar geen disorder. Maar vraag het mij niet wanneer ik weer een bluts in mijn auto heb gereden. Want dan vind ik het even echt een disorder voor enkele minuten. Hierom heb ik ook voor een job gekozen met zo weinig mogelijk auto rijden.”

De job keuze met zo min mogelijk auto rijden is een goed voorbeeld van iemand die de keuze maakt om voor een puzzelstukje te kiezen die past bij wie ze zijn.

“je moet niet 1 hobby hebben waar je dan met de jaren heel goed in word. Je mag ook manusje van alles als hobby hebben (om de paar jaar een nieuwe hobby).”

Het idee dat je expert moet worden of een passie hebben voor 1 vak of kunstvorm is iets waar ik vaak met cliënten op bots. Hiervoor hebben ze geen AD(H)D diagnose nodig. Dit werkt zeker voor een deel van de mensheid. Maar ook voor een groot deel niet. Dit idee is dan ook beperkend voor veel mensen met AD(H)D omdat regelmatig iets nieuws doen net hen veel brengt. Een vrouwelijke client met AD(H)D had zichzelf de ere titel gegeven van “creatieve duizendpoot”. Waarmee ze zichzelf de toestemming gaf om gewoon elk jaar zich in te schrijven voor een andere creatieve hobby in plaats van zich te moeten verdiepen in bv pottenbakken. Terwijl ze origineel zichzelf als gefaald zag omdat ze “in geen enkele hobby kon doorzetten”.

“*Kies een partner die hoe je ineenzit graag ziet. En niet een partner die je herbevestigd in het idee van faalt of je het gevoel heeft een stoornis te hebben. We zijn zo ver in mijn relatie dat mijn partner piep zegt en ik dan terug piep. Anders weet hij dat ik er niet met mijn aandacht bij ben. Hij vind dit dan ook best hilarisch en verteld mij soms verzonnen absurde verhalen om te kijken wanneer ik het door heb. “*

Opnieuw een voorbeeld van het belang een puzzelstukje te kiezen die bij je past. Zeker een stukje waar je zo veel tijd mee samen door brengt als een partner. Binnen relatie therapie zie

ik dan ook een enorme verscheidenheid aan hoe er met de “beperkingen” van een partner wordt omgegaan.

Onderscheid beperking en probleem

Zoals beschreven in het Brugs stroomschema: voor een beperking is er geen oplossing denkbaar. Een beperking is iets waar we geen controle over hebben. In contrast hiermee staat een probleem met een denkbare oplossing en waarvoor we een plan van aanpak kunnen ontwikkelen.

Aangezien AD(H)D een neurodiversiteit is, zijn delen er van een beperking. Let hier wel op dat het woord “beperking” in deze context geen negatieve co notatie heeft. Het is iets dat zo is en we niet kunnen veranderen. Dit komt ook duidelijk terug in de brieven.

Bijlage 1 S.V.K.

"Mijn symptomen zijn er dan uiteraard nog steeds, alleen zijn de scherpe kantjes er wat meer vanaf en kan ik er ook beter mee omgaan."

Deze expert spreekt hier niet over het proberen oplossen van haar scherpe kantjes. Maar wel over het er mee omgaan. Waardoor ze de beperking accepteert en werkt met de keuzes die ze wel heeft.

Bijlage 2 A.D.

"Trappen lopen bij energiekick waardoor ik rap buiten de ben."

Deze expert gebruik haar resources (trappen lopen) om met een energiekick om te gaan. In de plaats van deze energiekick weg te krijgen zet de expert het om in iets nuttig voor haar. Ze maakt er een sport moment van waar haar energie kick er mag zijn.

“Gamification (opruimen een spel maken, race tegen de klok of tegen dat iemand komt is een classic) maar soms maak ik een saaie taak gewoon leuker door er een game van te maken. Meestal geeft dit ook wel 'stress' gezien dat je hart sneller klopt etc.”

Hier hebben we even geen aanvaarden van een beperking. Een hart hoort sneller te kloppen wanneer we actief bezig zijn. Een hart dat sneller klopt betekend niet noodzakelijk negatieve stress. Stress is ook vaak best nuttig. Adrenaline en Cortisol zijn beide systemen die we nodig hebben in ons leven.

Bijlage 4 D.L.

“Ik heb AD(H)D maar geen stoornis. Maar vraag het mij niet wanneer ik weer een bluts in mijn auto heb gereden. Want dan vind ik het even echt een stoornis voor enkele minuten. Hierom heb ik ook voor een job gekozen met zo weinig mogelijk auto rijden.”

In het eerste citaat benoemd ze zelf dat dit kan kantelen wanneer ze bijvoorbeeld een bluts in haar auto rijdt. Wanneer het lijden even groter wordt waardoor de beperkingen aanvaarden (even) lastig is.

"Geef toe dat je het niet gaan onthouden dus vertrouw het extern toe (agenda, bordje met "WAS" op de trap, lijstje, notities, alarm zetten…). Geloof niet het foefje dat je het gaat onthouden."

Dit speelt ook opnieuw in op de verwachting die zo ligt dat er geen of minder lijden is. Als je niet verwacht dat je onthoud dat je was ingestoken hebt, heb je ook geen faalervaring achteraf. Maar dit leidt hier opnieuw geen passief aanvaarden en opgeven. Maar tot aanvaarden en een systeem uitbouwen dat voor haar werkt. Aanvaarden van een beperking word enkel gevaarlijk wanneer we tegelijkertijd stoppen met onze keuzes te zien en niet meer actor zijn in ons leven. Deze mooie balans tussen aanvaarden maar niet verlamd worden komt hier naar voren.

"Je bent niet gefaald omdat je beter functioneert in groep of met sociale controle. Zo nodig ik regelmatig vrienden/familie uit zodat ik kuis of sport ik met mensen samen. Alleen kuis ik enkel als het te erg word of ga ik niet sporten."

Hier zien we de expert duidelijk maken dat aanvaarden van een beperking niet noodzakelijk een negatieve co-notatie inhoud. "je bent niet gefaald".

"Het is niet erg om soms emoties te voelen die niet gelijk zijn aan de ernst van de situatie. Zo lang we dit durven toegeven en verantwoordelijkheid over durven opnemen is dat niet erg. Ik heb jaren in relaties te veel mijn gelijk proberen halen of mijn gedrag telkens te verantwoorden. Ook wanneer de intensiteit van reactie misschien gewoon niet nodig was."

Dit citaat toont aan hoe de door de expert beleefde emoties worden aanvaard als hoe ze ineenzit. Maar opnieuw niet op een passieve manier. Ja, soms ervaart de expert intensere emoties. Maar daarvoor neemt ze wel de verantwoordelijkheid naar anderen toe. Ik denk dat dit citaat aansluit bij een angst of frustratie dat ik frequent in de praktijk hoor. Je verstopt je achter je diagnose. Dit citaat ontkracht deze angst door begrip te hebben voor de herkomst van het gedrag zonder de verantwoordelijkheid van eigen daden te verloochenen.

"Kies een partner die hoe je ineenzit graag ziet. En niet een partner die je herbevestigd in het idee van faalt of je het gevoel heeft een stoornis te hebben. We zijn zo ver in mijn relatie dat mijn partner piep zegt en ik dan terug piep. Anders weet hij dat ik er niet met mijn aandacht bij ben en niet luister. Hij vind dit dan ook best hilarisch en verteld mij soms verzonnen absurde verhalen om te kijken wanneer ik het door heb."

Bijlage 4 zit staat vol met tips van een expert die heeft aanvaard wat ze niet kan veranderen en creatief oplossingen zoekt hoe ze daar mee kan omgaan.

Doelen formuleren in positieve termen

Doelen formuleren in positieve termen betekend dat de focus ligt op het gewenste en niet op het probleem of het te kort. Wat bij een doel in negatieve termen niet het geval is, wat contra productief werkt. Want op dat moment visualiseer je het ongewenste, wat het versterkt. Een voorbeeld van een negatief doel is: Ik wil geen depressieve gevoelens meer. Dit is moeilijk werkbaar. We proberen dan ook binnen het oplossingsgericht net het gewenste te visualiseren. Hier haal ik even opnieuw het Brugs stroomschema er bij. Een negatief doel is geen werkbare hulpvraag. Een positief doel daarentegen wel. Een positief geformuleerd doel in dit voorbeeld zou kunnen zijn: ik wens neer te genieten van de tijd die ik heb met de mensen waar ik om geef. Heel kort en simpel uitgelegd als een kleuter honger heeft, heeft hij er niets aan als je zegt dat hij nu geen koekje mag. Want wat mag hij dan wel eten en wanneer? Dit klinkt logisch. Maar ik hoor doelen in negatief geformuleerd frequent terug komen in het begin van therapie.

Doelen formuleren in positieve termen is een nuttige bril om deze vier teksten door te bekijken. Wanneer de experten in staat zijn om meer positieve doelen te formulieren in de plaats van negatieve doelen, steunt dit de hypothese dat een oplossingsgerichte blik helpt met het omgaan met hun neurovariatie.

Bijlage 1 S.V.K.

"Wat mij het meeste helpt om mijn leven met deze diagnose leefbaarder te maken is het besef dat het tegemoet komen aan mijn basisbehoeftes een enorm grote invloed heeft op mijn symptomen."

Er word gesproken vanuit het tegemoet komen van basis behoeftes in de plaats van een te kort er aan. Dit geeft richting in haar zelfzorg. Dit is wel al een wens richting het gewenste maar is nog niet duidelijk werkbaar. Ik zou het graag doorvragen om het “tegemoet komen aan mijn basisbehoeftes” om een concreet scenario om te zetten. Dit om nog meer de inductie naar het gewenste te versterken. Dit als een soort positieve self fulfilling prophecy.

"Structuur, terugkerende activiteiten op steeds dezelfde tijdstippen en voorspelbaarheid zijn heel belangrijk in mijn leven. Structuur in mijn dag staat voor minder chaos in mijn hoofd."
"*Ik ben bewust een avondje of twee ‘me-time’ per week gaan inbouwen waar ik bewust kies om even geen mensen te zien."*

Dit zijn duidelijke doelen. Structuur, een vast kader en voorspelbaarheid in plaats van het doel te formuleren al “ik wil minder chaos in mijn hoofd”. Deze doelen zijn werkbaar. Ze benoemt onder “me-time” dan ook een gepaste coping die voor haar werkt. Wat een scenario is van het gewenste en dus oplossingsgericht.

"Momenteel zijn we aan het werken omtrent assertiviteit."

Van " ik wil mij minder laten doen" naar "ik wil assertiever worden en daar gaan we aan werken". Dit is een positief geformuleerd doel. Al zou ik hier wel graag concreet doorvragen om te weten hoe ze dit concreet al doet. Want dit is wel al het begin van een positief doel maar is nog niet visualiseerbaar om werkbaar te zijn.

"Voor mij werkt dit systeem omdat ik zelf kan plannen, één op één kan werken, regelmatig alleen kan zijn, meer bewegingsvrijheid en voldoende uitdaging heb."

Hier worden haar reeds werkende resources benoemd en elementen die duidelijk aanwezig zijn.

Bijlage 3 C.E.

"Met ouder worden vind ik inderdaad meer rust, maar ik vind die in mijn enthousiasme, mijn expressie en mijn avonturen."

Ik vermoed dat enthousiasme, expressie, avontuur en rust door deze expert in concreet gedrag kunnen vernoemd worden. En dus de aanwezigheid van het gewenste. Maar we hebben hier opnieuw iets te weinig informatie.

Bijlage 4 D.L.

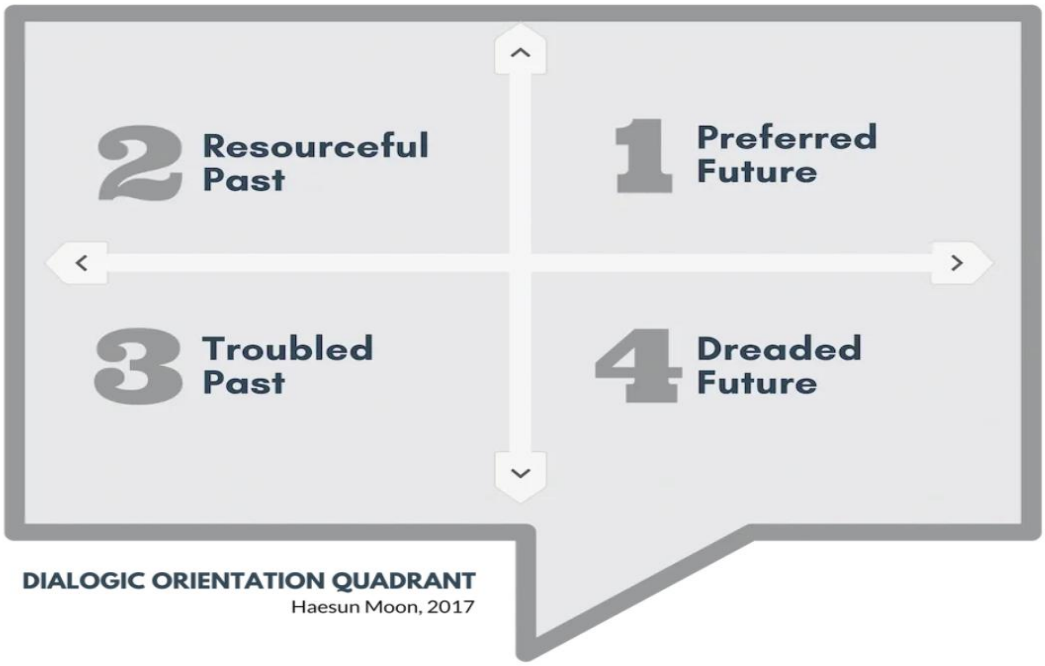
"Zo nodig ik regelmatig vrienden/familie uit zodat ik kuis of sport ik met mensen samen."

Het doel is hier meer kuisen en sporten. Hier bemerken we zowel een positief geformuleerd werkbaar doel als het gebruik van beschikbare resources op een best creatieve manier.

Resourceful past en Preferred future

Het leek mij nuttig de brieven ook te bekijken vanuit "the dialogic orientation quadrand" van Haesun Moon (Moon, H. (z.j.). *Dialogic orientation quadrant.* Brief Coaching Canada. Geraadpleegd op [12/03/2025], van https://www.briefcoaching.ca/blog/dialogic-orientation quadrant).

De horizontale pijlen stellen tijd voor. Van links het verleden naar rechts de toekomst. De verticale as gaat van negatieve inhoud onderaan naar positieve bovenaan.



Dit geeft ons 4 mogelijke kwadranten: negatief, verleden tijd wordt het "verontruste verleden"; een negatieve toekomt wordt gelabeld als "gevreesde toekomst"; Positief verleden is er het "vindingrijk verleden" en tenslotte positief toekomst hebben we de "verkozen toekomst". Je hebt de horizontale as tijd (rechts verleden en links de toekomst) en de verticale as is gepercipieerde ervaring (bovenaan goeie dingen, onderaan negatieve dingen). Waarbij ik hoop elementen van "resourceful past" en mogelijks "preferred future" tegen te komen.

Waarom kies ik er voor door deze bril de brieven in dit onderdeel te bekijken? Omdat ik merk dat de shift van onder in het kwadrant naar de bovenkant maakt dat cliënten net in die expert positie omtrent AD(H)D terecht komen tijdens therapie.

Je zou hier de vraag kunnen stellen of dit model voldoende rekening houdt met het heden waaruit alle 4 deze kwadranten starten. Maar ik hoop met de andere oplossingsgerichte brillen (probleem beperking, doelen positief formuleren en belang van keuze) wel voldoende aandacht aan het nu te schenken. Vanuit een therapeutisch stadpunt lijkt mij het narratief verleden en toekomst net zeer interessant. Ik merk vaak dat éénmaal cliënten een werkbaar

narratief over het verleden of toekomst hebben, er minder nood is aan therapie. Waardoor stilstaan bij de gewenste toekomst en vindingrijk verleden nuttig is. Een kanttekening hierbij is dat we binnen het Brugs model wel vertrekken vanuit het heden in tegenstelling met het Dialogic orientation quadrant model van Moon. In dit model is er geen aandacht voor het heden. Het Brugs model schenkt bijgevolg dan ook meer aandacht aan wat maakt het symptoom nuttig maakt. Een soort symptoomwinst waar we vaak eerst niet bij stil staan.

Een veelvuldig terugkerend voorbeeld binnen de praktijk rond het nut van het symptoom en AD(H)D is hyperactiviteit. Dit wordt frequent eerst als iets negatiefs ervaren (al dan niet voornamelijk door de omgeving). Terwijl ik vaak merk dat dit net een soort ingebouwd ventiel is bij mijn cliënten wat helpt met de interne onrust. Ik ondervind dan ook vaak dat cliënten minder piekeren of stress ervaren wanneer ze wel "hyper" mogen zijn. Dit is een mooie illustratie van symptoomwinst. Door aan de winst van het symptoom binnen het Brugs model aandacht te schenken valoriseren we onze cliënten hun eigen handleiding. Wat een groot deel van het therapie succes is. Het Dialogic orientation quadrant van Haesun Moon (met gebrek aan het heden) wordt hier dan ook alleen maar gebruikt als een kader om de experten hun woorden mee te bekijken. Niet als een deel van het Brugs model.

Resourceful Past

Bijlage 2 A.D.

"*Repetitieve spelletjes breinloos om m'n focus net op de les te houden."*

Door in het verleden te ontdekken dat ze door prikkels toe te voegen soms beter haar aandacht kan houden (vindingrijk verleden) kan ze deze hulpbron tijdens haar werk nu ook inzetten.

Bijlage 4 D.L.

"Hormonen en AD(H)D symptomen werken op elkaar in. Durf dit ook toegeven. Het is niet erg om soms emoties te voelen die niet gelijk zijn aan de ernst van de situatie. Zo lang we dit durven toegeven en verantwoordelijkheid over durven opnemen is dat niet erg. Ik heb jaren in relaties te veel mijn gelijk proberen halen of mijn gedrag telkens te verantwoorden. Ook wanneer de intensiteit van reactie misschien gewoon niet nodig was."

Hier zien we de schakeling van "troubled past" (spijt van een verkeerde reactie) naar leren verantwoordelijkheid opnemen over eigen gedrag. De feiten blijven hetzelfde maar hoe dit narratief verteld wordt veranderd veel voor de expert.

Preferred Future

Bijlage 3 C.E.

"Alle deze delen die ik graag zie aan mezelf leken vooral verbonden met jong zijn en ik zou nog wel bescheidener worden met ouder worden. Settelen. Gematigder worden. Rustiger aan doen. Minder willen opvallen. Dit leek me een zeer ongure en donkere toekomst waarbij ik

bij iedere reis het gevoel had dat het misschien mijn laatste zou zijn en ik het hierna niet meer zou willen. Of zou kunnen. Maar sinds mijn diagnose heb ik begrepen dat het er helemaal niet zo uit hoeft te zien. Met ouder worden vind ik inderdaad meer rust, maar ik vind die in mijn enthousiasme, mijn expressie en mijn avonturen. Het is heerlijk om hierin te kunnen ontspannen en dit zelfs te vieren, trots te kunnen zijn op deze delen van mezelf."

In dit stuk word de stap van gevreesde toekomst (Settelen, Gematigder worden, rustiger doen, minder opvallen,…) naar verkozen toekomst gezet (expressie, avontuur en mijn enthousiasme behouden in de toekomst). Dit leidt tot meer rust in het heden. Opnieuw zijn de feiten an sich niet veranderd. Alleen hoe de expert naar haarzelf en de toekomt kijkt met dezelfde feiten. We kunnen hier wel even bij halen dat deze expert bij haarzelf ontdekt heeft wat al goed was. Wat toch best oplossingsgericht is.

Bijlage 4 D.L.

"Wanneer de filter even weg is en je iets niet doordacht zegt: Wat jij zelf als schaamtelijk ervaart zien anderen misschien net als een deel wat kleur geeft aan je persoonlijkheid. Toch bij de juiste mensen. Dit is dan ook de grootste tip: omring je met de mensen die je graag zien om wie je echt bent. Kwetsbaarheden en al."

Een predispositie voor meer onbewust gedrag veranderd hier van gevoelswaarde. Van een negatieve interpretatie in het verleden (schamen) naar iets dat vrienden net appreciëren en je authentiek maakt.

"Kies een partner die je graag ziet zoals je bent, niet iemand die je herbevestigt in het gevoel dat je een stoornis hebt."

Bijlage 4 kwam sterk naar voor in het onderdeel probleem versus beperking. In deze bijlage lezen we duidelijk dat de expert best al wat zaken heeft aanvaard als beperkingen. Waardoor de stap naar een gewenste toekomst een logische volgende stap is. Dus lezen we hier ook een pleidooi voor een partner keuze waarbij je een toekomst ziet in het nu die je wilt tegemoet gaan.Wat mij opvalt is dat het advies van deze experten eigenlijk algemeen goed advies is. Niet alleen voor deze doelgroep.

4) Conclusie

Dit eindwerk is gestart uit een interesse om te weten wat de zelf aangebrachte tips en helpende ideeën zijn van vrouwen met AD(H)D. Dit om ze verder te bekrachtigen in de expert positie in hun leven en om deze verzamelde teksten/brieven later toegankelijk te maken voor anderen.

De hypothese was dat deze zelf aangebrachte oplossingen/ helpende tips passen bij het oplossingsgericht gedachtengoed. Deze vier getuigenissen heb ik dan bekeken vanuit vier verschillende oplossingsgerichte concepten of belangrijke kern stellingen. Deze vier waren "het belang van keuze", "onderscheid tussen probleem en beperking", "doelen formuleren in positieve termen" en "Resourceful past en Preferred future".

Bij analyse van de teksten kwam er een opvallend consistent patroon naar voor. De experten geven hun leven vorm op een actieve manier die past bij hun noden en talenten waarbij ze hun beperkingen (h)erkennen. Er wordt telkens gesproken vanuit een actieve actor positie die zelf keuzes maakt. De vaak best wel creatieve tips van onze experten bevestigen de sterktes van deze doelgroep om zich te adapteren aan de realiteit.

Wat opvalt is dat deze teksten van de experten niet enkel waardevol is voor mensen met AD(H)D. Hoe ze het aanpakken en hun adviezen zijn eigenlijk universeel toepasbaar. Maar dit is een logische bevinding achteraf aangezien deze teksten grotendeels passen bij het oplossingsgericht gedachtengoed wat universeel inzetbaar is en niet alleen als therapeutische techniek.

5) Belofte naar de toekomst toe

Ik ben eigenlijk wel benieuwd hoe het is voor de participanten om te schrijven vanuit een expert positie en ik heb spijt dat ik dit niet gedaan heb. Dit wil ik dan ook vragen in de toekomst.

Daarnaast ga ik ook de tips/brieven verzamelen met een meer gestructureerd format. Niet te veel want het is echt fantastisch om te zien wat ik allemaal binnen krijg. Halve handgeschreven boeken, een korte mail om 3 uur s' nachts, een tekening van een zelfbeeld (die de persoon liever achteraf niet publiek wou),…
Maar ik denk dat concreet de vraag meegeven geen slecht idee zou zijn. Ik heb ook best wel wat antwoorden gekregen op een andere vraag omdat ze mijn vraag vergeten waren. Interessant, maar minder bruikbaar.

Deze getuigenissen/tips/… wil ik graag in de toekomst aan anderen doorgeven (aan mensen die hier zelf vragende partij voor zijn). Online of via een boek/bundel waar mensen de experten hun verhalen, ervaringen en tips kunnen lezen en er zelf iets kunnen uithalen wat

voor hen zou kunnen werken, zodat ook zij kunnen doorgroeien en de stap naar expert kunnen maken.

Ik heb nu al enkele cliënten die hier om vragen wat mij sterkt in mijn engagement om meer getuigenissen te verzamelen in de toekomst.

6) Bronnenlijst

1) Honos-Webb, L. (2008).The gift of adult ADD : how to transform you challenges and buildon your strenghts. New Harbouring Publications, Inc.

2) Hansen, A. (2024). De kracht van AD(H)D. A.W. Bruna Uitgevers.

3) De podcast “vrouwen met AD(H)D” van Jorna Postma

4) Blijd-Hoogewys, E., Bezemer, M., Mol, A., & Spek, A. (Red.). (2023). *Lifehacks voor vrouwen met autisme – deel 1*.

5) Pedersen, A. B., Edvardsen, B. V., Messina, S. M., Volden, M. R., Weyandt, L. L., & Lundervold, A. J. (2024). Self-Esteem in Adults With AD(H)D Using the Rosenberg Self-Esteem Scale: A Systematic Review. *Journal of Attention Disorders*, *28*(7), 1124-1138.

6) Karakaya, D., & Özgür, G. (2019). Effect of a solution-focused approach on self-efficacy and self-esteem in Turkish adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 57*(11), 45–55.)

7) Rucklidge, J. J., & Kaplan, B. J. (1997). Psychological functioning of women identified in adulthood with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention disorders*, *2*(3), 167-176

8) Woorden.org. (z.j.). *Ervaringsdeskundige*. Geraadpleegd op [19/02/2025], van https://www.woorden.org/woord/ervaringsdeskundige

9) American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association.

10) Van Looij, E. (2023). *De diagnose van AD(H)D – Anders dan het dagelijkse* [Eindwerk]. [Korzybski Instituut].

11) Isebaert, L. (2007). *Praktijkboek Oplossingsgerichte cognitieve therapie*. De Tijdstroom.

12) Moon, H. (z.j.). *Dialogic orientation quadrant.* Brief Coaching Canada. Geraadpleegd op [12/03/2025], van https://www.briefcoaching.ca/blog/dialogic-orientation-quadrant

7) Bijlage

Document 1 S.V.K

Ik ben 31 jaar, werk als mobiele thuisbegeleider met mensen met een beperking en ik heb ADD (Attention Deflict Disorder). Eigenlijk is het AD(H)D (Attention Deflict Hyperactivity Disorder) gezien de term ADD sinds 1993 niet meer in de DSM staat. Toch zeg ik liever niet AD(H)D omdat ik me helemaal niet zo hyper voel, uiterlijk toch niet. Ik ben geen tijgertje uit Winnie The Pooh die van her naar der stuitert. Misschien van daar ook dat het dertig jaar duurde voor ik een diagnose kreeg, ik ben minder opvallend 'aanwezig'. Hoe dan ook worden beide termen onder dezelfde noemer gebracht en omschreven als een aandachtstekort stoornis. Afgezien van het feit dat ik de stempel 'stoornis' op mij draag en mijn best doe om mezelf niet gestoord te voelen, kan ik mezelf wel herkennen in dat 'aandachtstekort'. Nu ja, deels toch… Ik heb aandacht tekort in die zin dat ik vaak zo verblind ben door de mist in mijn hoofd dat ik jou mogelijks niet gehoord of gezien zal hebben, ook al heb je mij rechtstreeks aangesproken of stond je vlak voor mijn neus. Mist dus? Mij leeg voelen, niets voelen, niets denken, gewoon écht niets. Soms een minuut, soms vijf, soms een kwartier,… Alles samengeteld heb ik het gevoel dat er dagen, weken, maanden aan mij zijn voorbij zijn gegaan, zonder dat ik er zelf bij ben geweest. Mijn brein is precies even uitgevallen. Hier is waar mijn diagnose overigens begon. Ik stapte naar de neuroloog om te onderzoeken wat er juist met mijn hoofd scheelde. Hij verklaarde dat mijn hersenen kerngezond waren en dat ik waarschijnlijk beter in een andere richting ging kijken samen met een psychiater.
Tevens zie ik veel dingen gewoon niet, terwijl anderen (neurotypische mensen) die wel of sneller zien. Ik kan afspraken in de agenda hebben en er los over kijken, een bepaalde zin gewoonweg niet lezen in een mail, een obstakel op de weg niet zien waardoor ik struikel, stappen overslaan in een instructie om mij nadien af te vragen waarom het niet wil lukken,… Verder ben ik de lompste persoon die ik ken, die mijn omgeving hoogstwaarschijnlijk kent. Mijn lichaam is permanent een fraai schilderijtje van blauwe plekken. Ik betaal een fortuin aan autoblutsen en kapot servies, gewoon door zo onoplettend te zijn. Ik voel me hierdoor ook heel onveilig, roekeloos, ongecontroleerd. In groep functioneer ik al helemaal niet, meer dan de helft van het gesprek heb ik niet eens opgevangen. Verder is mijn reactievermogen ontzettend traag. Het besef dat dit komt doordat mijn informatieverwerking gewoon trager is heeft dit wel gekaderd en gezorgd dat ik milder ben
geworden voor mezelf.
MAAAAAR…. Is het nu altijd een aandachtstekort? Absoluut niet! Ik heb soms juist aandacht te veel heb ik het gevoel. Mijn zintuigen zijn heel snel en vaak overprikkeld. Prikkels zoals fel licht, bepaalde geluiden, bepaalde texturen in voeding, die vervelende etiketjes in mijn kledij komen keihard binnen.
Ze maken mij ontzettend moe. Mijn gedachten slaan soms op hol. Ik denk soms aan niets, maar soms ook aan 101 dingen tegelijk, vaak op ongepaste momenten. Verder ben ik een heel emotioneel beestje. Ik voel me heel snel aangesproken, ben voortdurend bezig met het oordeel van de ander en slorp emoties van anderen op als een spons. Ook dit maakt dat ik uitgeput ben aan het einde van de dag. Dan heb ik ook nog eens een job gekozen die perfect

in dit plaatje past. Elke dag een andere planning, andere plaatsen, straffe verhalen, mensen die hun pakje emoties en problemen bij mij droppen, enzovoort.
Tevens heb ik 101 interesses en brand ik mezelf helemaal op omdat ik ze allemaal tegelijk aandacht wil schenken. Ik zie er misschien niet hyper uit, maar ik spring terwijl toch van her naar der. Thema's die ik interessant vind kunnen1 mij talloze uren bezig houden, hyperfocus wordt dat genoemd.

Ik ben vaak zo hard met iets bezig dat ik vergeet te eten, drinken en veel te laat naar bed durf te gaan. Ik voel mij vaak zo moe van alles wat op mij af is gekomen, dat ik mij vervolgens volledig afsluit.
Ik kan soms niet meer luisteren naar wat mijn partner nog tegen mij te vertellen heeft 's avonds. Hier voel ik mij vaak schuldig over. Ik hou alle ballen hoog tot ik ze allemaal tegelijk op de grond laat vallen. Dan moet ik altijd even bijtanken, mij terugtrekken. Verder ben ik snel afgeleid omdat ik iets zie, hoor, voel wat op dat moment vaak niet van belang of aan de orde is. Ik poets minstens dubbel zo lang als mijn partner of vriendinnen, gewoon door die nutteloze detailtjes die mij onderweg altijd maar bezig houden. Ik heb niets gezien of gehoord en tegelijk heb ik het gevoel dat ik het allemaal gezien en gehoord heb. Achteraf blijkt vaak dat ik het helemaal anders heb beleefd dan de ander.
Bij deze heb ik als inleiding alvast een beeld weergegeven van hoe die diagnose zich manifesteert in mijn dagelijks functioneren. Het werkstuk van Joke gaat over coping mechanismes. Met andere woorden, wat heb ik zelf gedaan om mijn leven met AD(H)D leefbaarder te maken? Ik ben mijzelf hier niet steeds van bewust, maar die mechanismes zijn er zeker. Ik tracht ze hieronder te omschrijven.
Wat mij het meeste helpt om mijn leven met deze diagnose leefbaarder te maken is het besef dat het tegemoet komen aan mijn basisbehoeftes een enorm grote invloed heeft op mijn symptomen.
Met basisbehoeften bedoel ik voldoende rust, slaap, gezond eten, drinken en beweging. Dit zijn dingen die voor mensen zonder stoornis ook gewoon heel helpend zijn. Mijn symptomen zijn er dan uiteraard nog steeds, alleen zijn de scherpe kantjes er wat meer vanaf en kan ik er ook beter mee omgaan. Over het belang van bewegen specifiek voor mensen met AD(H)D zijn er ook heel wat onderzoeken. Wij maken echter veel trager dopamine aan dan neurotypische mensen en beweging gaat dit proces versnellen.
Het lijkt heel eenvoudig om aan deze basis behoeften tegemoet te komen, hoewel het voor mij absoluut geen gemakkelijke klus is geweest. Mijn partner is hier zeker een verrijking in geweest doordat hij wel een goede slaaphygiëne heeft en mij af en toe eens met mijn neus op de feiten drukt als hij ziet dat ik in overdrive ga. Mijn smartwatch is voor mij ook een heel goed middel: een timer voor de inname van medicatie, een timer om mijn cliëntentijd te helpen begrenzen, een alarm die zegt wanneer ik moet opstaan en een visueel overzicht van de uren die ik slaap. Dit laatste kan best confronterend zijn na een paar veel te korte nachtjes. Met zo een horloge heb ik ook altijd de tijd bij de hand want tijd is voor mij moeilijk hanteerbaar en mijn telefoon laat ik toch overal rondslingeren.
Verder heb ik mede door mijn werk en de drukke planning van mijn omgeving beter leren plannen en organiseren. Samen met mijn partner heb ik een gemeenschappelijke agenda app genaamd 'Time Tree' voor privézaken. Er staat een alarmfunctie op en we zijn ook elkaars

reminder. Ik heb ook een kleine zakagenda die ik gebruik voor werk en privé zaken en die perfect in mijn tas past. Sommige
collega's geven aan dat die agenda veel te klein is, maar voor mij is dit voldoende, ik schrijf gewoon heel kort 9u persoon x, 11u persoon y, 19u sporten, enzovoort. Meer hoeft er voor mij niet in want de kans is groter dat ik dan dingen over het hoofd zie als het te vol staat. Zowel voor privé als werk heb ik een klein TO DO schriftje om af te vinken. Structuur, terugkerende activiteiten op steeds dezelfde tijdstippen en voorspelbaarheid zijn heel belangrijk in mijn leven. Structuur in mijn dag staat voor minder chaos in mijn hoofd. Op tijd komen is een groot werkpunt want in mijn 'bezig zijn' ligt er een zee van tijd, tot ik op een gegeven moment om 8u55 besef dat ik eigenlijk om 9u bij de kinesist moet zijn en er nog tien minuten zal op wandelen. Mezelf beliegen dat de afspraak een kwartier vroeger plaats vind werkt op rustige momenten. Helaas werkt dit niet altijd omdat mijn verstand weet dat ik nog een kwartier heb om veel te veel te doen.

Op vlak van persoonlijke groei heb ik heel wat dingen opgestoken van mijn psychologe. Die persoonlijke groei heeft zeker een invloed op mijn symptomen, mijn staat van zijn in het algemeen. Zo heb ik beter geleerd om keuzes te maken, niet alles tegelijk te willen doen. Ik ben bewust een avondje of twee 'me-time' per week gaan inbouwen waar ik bewust kies om even geen mensen te zien. Zij bracht mij bij dat ik mild mag zijn voor mezelf en de lat gerust wat lager mag leggen.
Inzichten over hechtingsstijlen, kwetsbaarheid, het reptielenbrein, enzovoort hebben gemaakt dat ik bepaalde emoties en gedragingen beter heb kunnen plaatsen. Momenteel zijn we aan het werken omtrent assertiviteit. Verder heb ik de deugden van ademhalingstechnieken ontdekt, ik heb wel nog wat werk aan de winkel om ze te implementeren. Ik heb niet de meest 'gezonde' kindertijd gehad en heb een aantal ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt. Ze hebben er wel voor gezorgd dat ik veel meer getrokken werd naar thema's omtrent mentale gezondheid en dat ik het geluk van die persoonlijke groei mocht ontdekken.
Daarnaast heb ik heel waardevolle vriendschappen. Het zijn er weinig, maar wel heel écht en intens.
Dit is ook waar ik als persoon het meeste behoefte aan heb, contact met mensen die heel puur en oprecht zijn. Deze mensen kennen mijn kwetsbaarheden en kunnen er ook begrip voor opbrengen. Ze begrijpen mij wanneer ik mij even terug trek, even moet opladen. Ze nemen het mij niet kwalijk als ik zaken vergeet of als bepaalde zaken niet tot mij zijn doorgedrongen in een gesprek. Ze accepteren mij gewoon voor wie ik ben. Het inzicht dat ik zelf mijn mensen kies, dat ik niet iedereen zijn beste maat kan zijn, dat niet iedereen met mij kan omgaan en ik niet met iedereen, geeft mij ongelofelijk veel rust en genoegen met mezelf en waar ik dankbaar voor ben. Net zoals de keuzes in mijn activiteiten en met welke mensen ik omga, vind ik de keuze in mijn job wel een belangrijke. Hoewel mijn job soms heel veel van mij vraagt, krijg ik er ook heel veel van terug. Ik ben regelmatig alleen op de baan en zie mijn collega's één keer per week. Voor mij werkt dit systeem omdat ik zelf kan plannen, één op één kan werken, regelmatig alleen kan zijn, meer bewegingsvrijheid en voldoende uitdaging heb. Voorheen werkte ik op het OCMW en voelde ik mij doodongelukkig: ik zat constant bij andere collega's, werd constant overprikkeld, zat een hele dag binnen, was vaak teveel met hetzelfde bezig, had het gevoel dat ik zo weinig voor de mensen kon betekenen, enzovoort.

Overigens wil ik het nog graag hebben over AD(H)D medicatie. Dit werkt voor iedereen anders en heeft niet voor iedereen een goed effect. Sommige mensen ervaren helaas bijwerkingen. Ik ben echter één van de gelukkigen voor wie de medicatie wel heel effectief is, zonder bijwerkingen. Toen ik het voor de eerste keer nam voelde alsof ik dertig jaar in een glazen bokaal heb geleefd: Ik pikte zaken sneller op, had minder mist in mijn hoofd, kon helderder horen en zien en voelde mij een pak rustiger en opgewekter. Het is uiteraard ook geen toverdrank, mijn symptomen blijven er zijn, maar voor mij is het wel een wezenlijk verschil. Het fijne eraan is dat ik het gewoon eens een keer niet mag nemen als ik er geen behoefte aan heb. Ik merk wel heel fel wanneer de medicatie is uitgewerkt, mijn dipje komt net iets harder aan. Verder neem ik ze ook niet als ik slecht heb geslapen, het verschil tussen het wel of niet nemen is dan te klein voor mij. Ten slotte zou ik mijn mede-AD(H)D-genoten eventueel ook een aantal educatieve bronnen willen aanraden waar ik zelf wat tips en inzichten uithaalde die rechtstreeks of onrechtstreeks aan onze diagnose gekoppeld zijn:

Ted Talk ‘De kracht van Kwetsbaarheid’ van Brené Brown
Boek ‘Leven Zonder Filter’ van Fleur Van Groningen
Boek ‘Het Verstrooide Brein’ van Gabor Maté
Podcast ‘AD(H)D Bij Vrouwen’ van Jorna Postma
Podcast ‘Hartcoherentie’ van Katrien Geeraerts

Bijlage 2 A.D.

AD(H)D hacks

- Trappen lopen bij energiekickwaardoor ik rap buiten de ben (gewoon lopen in huis helpt dan niet)
- Repetitieve spelletjes breinloos om m'n focus net op de les te houden
- Hakken aandoen om me tegen te houden om uit te gaan
-Repetitieve beweging benen, zodat focus ergens anders ligt
- Gamification (opruimen een spel maken, race tegen de klok of tegen dat iemand komt is een classic) maar soms maak ik een saaie taak gewoon leuker door er een game van te maken. Meestal geeft dit ook wel 'stress' gezien dat je hart sneller klopt etc. Dus niet ideaal. Maar ben het nog aan het verfijnen haha

Bijlage 3 C.E.

Hoi!
Onder het mom van als ik het nu niet doe, doe ik het nooit ;)

"Ik ben eigenlijk blij dat ik AD(H)D heb.
Mijn hele leven voelde ik me anders maar ik kreeg er ook steeds de boodschap bij dat dit allemaal wel zou overgaan naarmate ik ouder en volwassener zou worden: mijn enthousiasme, mijn activisme en passie voor rechtvaardigheid, mijn opvallende kleren, piercings of kapsels, dat ik graag alleen en op de bots op reis ga, dat ik graag nieuwe mensen

ontmoeten en me makkelijk kan openstellen voor nieuwe verhalen en ervaringen, dat ik daardoor vaak avonturen meemaak, ...
Alle deze delen die ik graag zie aan mezelf leken vooral verbonden met jong zijn en ik zou nog wel bescheidener worden met ouder worden. Settelen. Gematigder worden. Rustiger aan doen. Minder willen opvallen.
Dit leek me een zeer ongure en donkere toekomst waarbij ik bij iedere reis het gevoel had dat het misschien mijn laatste zou zijn en ik het hierna niet meer zou willen. Of zou kunnen.
Maar sinds mijn diagnose heb ik begrepen dat het er helemaal niet zo uit hoeft te zien.
Met ouder worden vind ik inderdaad meer rust, maar ik vind die in mijn enthousiasme, mijn expressie en mijn avonturen. Het is heerlijk om hierin te kunnen ontspannen en dit zelfs te vieren, trots te kunnen zijn op deze delen van mezelf.
Het zijn geen "kuren" of dingen die ik doe om aandacht te krijgen. Het is echt gewoon wie ik ben. Hoera!"

kan je hier iets mee?
Groetjessss

Bijlage 4 D.L.

Ik heb AD(H)D maar geen stoornis. Maar vraag het mij niet wanneer ik weer een bluts in mijn auto heb gereden. Want dan vind ik het even echt een stoornis voor enkele minuten. Hierom heb ik ook voor een job gekozen met zo weinig mogelijk auto rijden.

Dit zijn dingen die mij helpen:

-Geef toe dat je het niet gaan onthouden dus vertrouw het extern toe (agenda, bordje met “WAS” op de trap, lijstje, notities, alarm zetten…). Geloof niet het foefje dat je het gaat onthouden.

-Je bent niet gefaald omdat je beter functioneert in groep of met sociale controle. Zo nodig ik regelmatig vrienden/familie uit zodat ik kuis of sport ik met mensen samen. Alleen kuis ik enkel als het te erg word of ga ik niet sporten.

-Een visuele week planner. Niet een maand want dan onthoud ik het toch niet. Niet een dag wat dan weet ik niet wat ik aan het doen ben.

-Duurt het minder dan 2 minuten ? Doe het direct.

-Chaining: als je nieuw klein gedrag wil volhouden koppel het aan reeds bestaand gedrag dat je wel al doet. Bv als ik medicatie moet nemen dan liggen ze in mijn ontbijt kommetjes. Als ik wil gaan zwemmen neem ik mijn zwemgerief mee naar een familie bezoek of werk. Want er na onmiddellijk gaan zwemmen lukt beter dan vanuit de magnetische zetel te moeten komen.

-Wanneer de filter even weg is en je iets niet doordacht zegt: Wat jij zelf als schaamtelijk ervaart zien anderen misschien net als een deel wat kleur geeft aan je persoonlijkheid. Toch bij de juiste mensen. Dit is dan ook de grootste tip: omring je met de mensen die je graag zien om wie je echt bent. Kwetsbaarheden en al.

-Soms helpt net prikkels toevoegen. BV een aflevering kijken terwijl je afwast, een luisterboek terwijl je kuist, via een filmpje mediteren/adem halen ipv zelf saai te zitten tellen.

-Hormonen en AD(H)D symptomen werken op elkaar in. Durf dit ook toegeven. Het is niet erg om soms emoties te voelen die niet gelijk zijn aan de ernst van de situatie. Zo lang we dit durven toegeven en verantwoordelijkheid over durven opnemen is dat niet erg. Ik heb jaren in relaties te veel mijn gelijk proberen halen of mijn gedrag telkens te verantwoorden. Ook wanneer de intensiteit van reactie misschien gewoon niet nodig was.

-je moet niet 1 hobby hebben waar je dan met de jaren heel goed in word. Je mag ook manusje van alles als hobby hebben (om de paar jaar een nieuwe hobby).

-Kies een partner die hoe je ineenzit graag ziet. En niet een partner die je herbevestigd in het idee van faalt of je het gevoel heeft een stoornis te hebben. We zijn zo ver in mijn relatie dat mijn partner piep zegt en ik dan terug piep. Anders weet hij dat ik er niet met mijn aandacht bij ben en niet luister. Hij vind dit dan ook best hilarisch en verteld mij soms verzonnen absurde verhalen om te kijken wanneer ik het door heb.