

Een lijntje kopen of hardlopen.

Een onderzoek naar de effecten van
runningtherapie bij een cocaïneverslaving.



Naam student: M. R. Tuinhof

Naam begeleider: C.M.A.C. Peeters

Datum: 05-06-2008

School: School of human movement & sports.

Opleiding: Bewegingsagogie en psychomotorische therapie

Inhoudsopgave

Titelblad	1
Inhoudsopgave	2
Voorwoord	3
Samenvatting	4
Inleiding	5
Theoretisch kader	7
Methode	9
Resultaten	11
Conclusie	13
Discussie	16
Aanbevelingen	17
Literatuurlijst	18
Bijlage 1	19
Bijlage 2	20
Bijlage 3	21

Voorwoord

Bij het kiezen voor een onderwerp voor mijn scriptie kwam ik al snel bij een onderzoek uit. Ik vind het belangrijk dat er binnen de Psychomotorische Therapie (PMT) onderzoek wordt gedaan. Als professionele psychomotorische therapeut (PMT-er) moet je kunnen verantwoorden waarom je voor bepaalde interventies of activiteiten kiest. Hiermee onderscheid je jezelf als professional. Door binnen het werkveld onderzoek te doen en misschien zelfs bepaalde methodes “evidence based” te maken, wordt het voor de PMT-er makkelijker om zich te verantwoorden zowel naar de cliënt als naar collega’s en andere instanties zoals verzekeringmaatschappijen.

In mijn onderzoek combineer ik runningtherapie met een doelgroep waar ik de afgelopen zes maanden via stage mee in aanraking ben gekomen. Runningtherapie is een middel dat al door vele PMT-ers wordt ingezet als werkwijze. Het is een werkwijze die goed bij de PMT past omdat het bewegingsgericht is en het aanbod genoeg mogelijkheden biedt om de PMT-modaliteiten te behandelen (Verkennen, herkennen en erkennen). Binnen het lopen komen er veel thema’s aan bod waarmee een transfer naar het dagelijkse leven kan worden gemaakt. Om runningtherapie te kunnen geven moet je zicht hebben op het menselijke lichaam (fysiek) maar ook op het denken, voelen en handelen kunnen ingaan en hierin een transfer naar het dagelijkse leven kunnen maken.

Dit onderzoek had niet plaats kunnen vinden zonder de hulp van de deelnemers aan het onderzoek en de hulp van Gonny van Riessen (Runningtherapeut, De Brijder, Alkmaar) die de deelnemers heeft begeleid. Ik wil Carla Peeters (Scriptiebegeleider) bedanken voor het vele malen doorlezen van mijn scriptie en Hans Knegtering (Docent School of Human Movement en Sports) voor het helpen met het rond krijgen van de theorie rondom deze scriptie.

Marrit Tuinhof

Zwolle, Juni 2008

Samenvatting

In dit onderzoeksverslag kunt u lezen over het onderzoek waar ik me de afgelopen zes maanden mee bezig heb gehouden. Het doel van het onderzoek is ervoor te zorgen dat het voor de PMT-er gemakkelijker wordt om te verantwoorden waarom runningtherapie geschikt is voor mensen die ontwenningsverschijnselen ervaren van cocaïneonthouding. Mijn onderzoeksvraag behorende bij dit onderzoek is:

Heeft runningtherapie een positieve invloed op onthoudingsverschijnselen bij cocaïneonthouding?

Runningtherapie is een middel dat op verschillende manieren invloed kan uitoefenen op de deelnemer en diens problematiek. Eén van die invloeden heeft een psychische component. De therapeut biedt niet alleen een bewegingssituatie maar biedt ook interventies aan waardoor de deelnemer zijn denken, voelen en handelen ter discussie kan stellen. Er wordt vaak gebruik gemaakt van een cognitieve visie waarbij er wordt ingegaan op verschillende thema's zoals omgaan met tegenslagen en grenzen. Dit is ook de reden dat runningtherapie erg geschikt is om door een psychomotorische therapeut te laten aanbieden (Bosscher, 2001).

Runningtherapie heeft ook een biologische component. In mijn onderzoek richt ik me vooral op dit deel. Mijn onderzoeksvraag komt voort uit de theorie over dopamine. Zowel runningtherapie als cocaïne beïnvloedt dit systeem. Het dopaminesysteem wordt van nature in werking gezet door het endorfinesysteem. Er zijn ook andere verslavende middelen zoals opiaten en alcohol die invloed hebben op dit systeem maar ik beperk me in dit onderzoek tot cocaïne (Gerrits & Ree, 2002).

Volgens het biopsychosociaal model hebben de biologische en psychische componenten ook invloed op het sociale component.

Bij runningtherapie wordt er als je op 80% van je VO₂max traint, direct endorfine aangemaakt die het dopaminesysteem ook in werking zet en wordt er een prikkel doorgegeven. Je VO₂max is de maximale inspanning die je minimaal tien minuten kunt leveren (Bosscher, 2001).

Als je cocaïne gebruikt wordt de dopamine die vrijkomt niet heropgenomen waardoor er meer dopamine in de synaptische spleet blijft. Doordat er meer dopamine in de spleet blijft is er meer kans op prikkeloverdracht. Dit zou in de praktijk inhouden dat er zowel bij runningtherapie als cocaïnegebruik dezelfde prikkeloverdracht plaatsvindt en dat dit hetzelfde effect heeft op de deelnemer, maar bij runningtherapie in mindere mate.

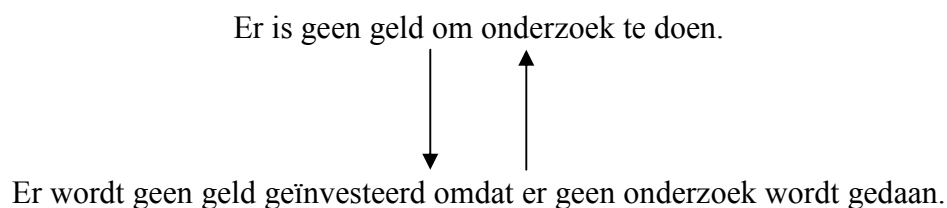
Om dit te testen heb ik een vragenlijst opgesteld. Deze vragenlijst is door de onderzoeksgroep acht weken lang, voor en na het lopen ingevuld. De deelnemers werden begeleid door een ervaren runningtherapeut. Op deze vragenlijst konden ze invullen in welke mate ze onthoudingsverschijnselen ervaren van onthouding van cocaïne (Bosscher, 2001).

In het onderzoek komt naar voren dat de onthoudingsverschijnselen voor de deelnemers aan het onderzoek positief werden beïnvloed door het lopen. Gezien de kleine onderzoeksgroep kan er niet van uitgegaan worden dat de resultaten generaliseerbaar zijn. Wel is het aannemelijker geworden dat runningtherapie een positieve invloed kan hebben op onthoudingsverschijnselen bij cocaïneonthouding.

Inleiding

In de praktijk wordt er in de verslavingszorg al gebruik gemaakt van runningtherapie. In deze setting zie je momenteel veel cliënten met een cocaïneverslaving. Bij de instelling waar ik mijn onderzoek heb gedaan is runningtherapie een vast onderdeel van het behandelprogramma. Zowel de deelnemers als de therapeuten merken dat het hardlopen een positieve invloed heeft op de ontwenningsverschijnselen. Deze ervaringen zijn alleen nog niet terug te vinden in een onderzoek met mensen. Er is wel onderzoek gedaan met ratten. Uit zowel de theorie, onderzoek met ratten en praktijkervaringen komt naar voren dat het aannemelijk is dat runningtherapie invloed heeft op de dopamineafgifte (Werme et al., 2000). Dit is dan ook de aanleiding geweest voor mijn onderzoek.

Op dit moment wordt er in de zorg (ook op de PMT) veel bezuinigd. Hierdoor komen onderzoeken naar effecten van therapieën in de volgende vicieuze cirkel terecht.



Ik hoop met mijn onderzoek deze cirkel op het gebied van onderzoek naar runningtherapie in combinatie met verslavende middelen te kunnen doorbreken.

Doel van onderzoek/probleemstelling/doelstelling:

Het doel van het onderzoek is ervoor te zorgen dat PMT-ers zich beter kunnen verantwoorden voor de geschiktheid van runningtherapie voor cliënten met een cocaïneverslaving.

Als blijkt dat de runningtherapie effect heeft op de onthoudingsverschijnselen zou dit door de cliënt gebruikt kunnen worden als terugvalpreventie. Mocht de cliënt onthoudingsverschijnselen signaleren dan kan hij ervoor kiezen om te gaan hardlopen of een runningprogramma te volgen.

Doel in onderzoek/vraagstelling:

Heeft runningtherapie een positieve invloed op onthoudingsverschijnselen bij cocaïneonthouding?

Onderzoeksvragen:

In welke mate ervaren de cliënten afkickverschijnselen voor de therapie/training?

In welke mate ervaren de cliënten afkickverschijnselen na de therapie/training?

Opbouw van het onderzoeksverslag.

Na deze inleiding zal ik u informatie geven over hoe in theorie blijkt dat runningtherapie een invloed kan hebben op de onthoudingsverschijnselen bij cocaïneonthouding. Dit doe ik in een theoretisch kader.

In het hoofdstuk “Methode” kunt u lezen hoe ik mijn onderzoek heb vormgegeven en hoe het onderzoek is verlopen. In het daaropvolgende hoofdstuk “resultaten” omschrijf ik de resultaten van de twee deelnemers die het onderzoek hebben afgerond. Hier kunt u ook lezen waardoor de derde deelnemer gestopt is met het onderzoek.

Daarna interpreteer en verklaar ik in het hoofdstuk “conclusie” de resultaten uit de vragenlijsten die de deelnemers hebben ingevuld. Ook zal ik in dat hoofdstuk een antwoord geven op de vraagstelling en de doelstelling die ik voor dit onderzoek geformuleerd heb. Vervolgens reflecteer in het hoofdstuk ”Discussie” op de methode, de resultaten en de conclusie. In het laatste hoofdstuk “aanbevelingen” doe ik een aanbeveling die aansluit op het doel van het onderzoek.

Tot slot vind u aan het eind van deze scriptie een literatuurlijst waar ik u verwijs naar de literatuur waar ik gebruik van heb gemaakt.

Theoretisch kader

Binnen de psychomotorische therapie wordt er al veel gebruik gemaakt van runningtherapie. Dit gebeurt nu vooral bij cliënten die last hebben van een depressie. Naar de effecten van runningtherapie op een depressie zijn verschillende onderzoeken gedaan. Bijvoorbeeld door Dr. R.J. Bosscher die in 1991 runningtherapie vergeleek met steunende gesprekscontacten en in 1996 met medicamenteuze behandeling.

Het eerste onderzoek werd gedaan met 11 vrouwen en 19 mannen, het tweede onderzoek met 17 vrouwen en 12 mannen. Bosscher (2001) schrijft naar aanleiding van het tweede onderzoek het volgende: “Hoewel met deze aantallen patiënten natuurlijk weinig gegeneraliseerd is te zeggen, blijkt het loopprogramma het op zijn minst niet slechter te doen dan een klassiek aanbod: medicatie en steunend contact.” (Bosscher, 1991, p.150).

In de praktijk wordt ook runningtherapie gedaan met mensen met verslavingsproblematiek. De reden hiervoor is theoretisch goed te onderbouwen maar er is in de praktijk nog geen onderzoek over gepubliceerd. Om te laten zien dat in theorie runningtherapie invloed kan hebben op onthoudingsverschijnselen zal ik in dit theoretische kader uitleggen hoe het dopaminerge systeem werkt en hoe cocaïne en runningtherapie allebei een invloed op dit systeem kunnen hebben.

De werking van het dopaminerge systeem

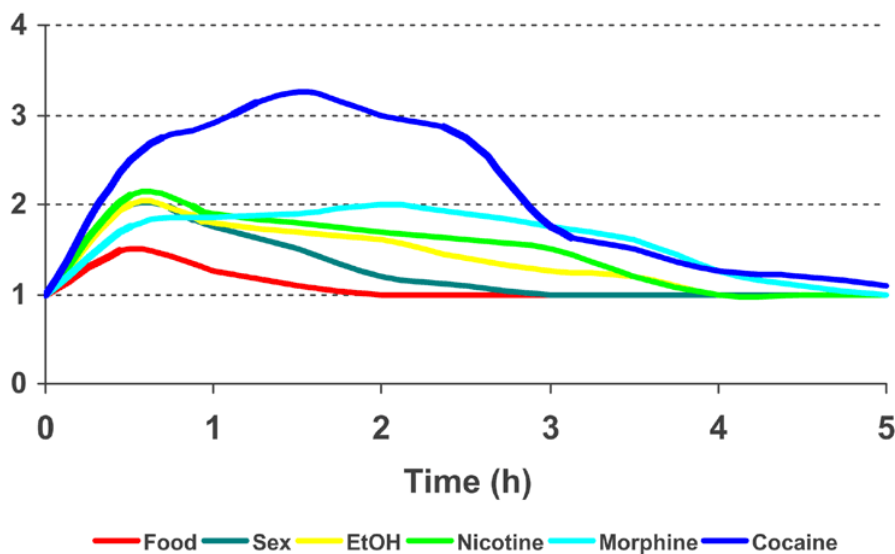
In je lichaam wordt endorfine aangemaakt, bijvoorbeeld als je moet vluchten of als je pijn hebt. Deze endorfine kan je dopaminerge systeem in werking zetten. Dit gebeurt doordat er neurotransmitters worden gestuurd naar de opiaatreceptoren (Zie bijlage 1). Het dopaminerge systeem laat dan de neurotransmitter dopamine in de synaptische spleet vrij die zich bindt aan receptoren waardoor de prikkel weer wordt doorgegeven. Nadat de prikkel is doorgegeven wordt de dopamine door heropname-eiwitten weer teruggebracht om gerecycled te worden. Het dopaminesysteem stuurt de volgende hersendelen aan: de prefrontale cortex, de nucleus accumbens en het ventrale tegmentale gebied. De nucleus accumbens speelt een belangrijke rol bij verslavende middelen. Het is ook bekend als het beloningscentrum. De prikkeling van dit centrum zorgt voor een gevoel van beloning. In een proef met ratten waarbij de dieren zichzelf door middel van een hendel cocaïne konden toedienen werd dit deel van de hersenen geprikkeld. Het dier bleef zichzelf door middel van de hendel het middel toedienen en raakte hier verslaafd aan (Gerrits & Ree, 2002).

De werking van cocaïne op het dopaminerge systeem

Cocaïne bindt zich vast aan de heropname-eiwitten zodat de dopamine niet meer gerecycled kan worden. Hierdoor kan de dopamine niet meer uit de synaptische spleet waardoor de receptoren keer op keer een prikkel doorkrijgen. Doordat de dopamineafgifte door blijft gaan komt er steeds meer dopamine in de synaptische spleet en worden er steeds meer prikkels doorgegeven (Zie bijlage 1).¹ Als de cocaïne uitgewerkt is kan de dopamine weer heropgenomen worden waardoor er minder prikkels worden doorgegeven. Het gevolg hiervan is een crash. Hierbij is er een snelle daling te zien van de hoeveelheid dopamine die wordt doorgegeven. In afbeelding 1.1 op de volgende pagina wordt er een crash weergegeven in de grafiek en daarin is ook te zien dat cocaïne in verhouding tot andere beïnvloeders zorgt dat er snel en veel dopamine vrij komt. Doordat er minder prikkels worden doorgegeven wordt de nucleus accumbens minder geprikkeld en gaat het prettige gevoel van gebruik weer weg. De verschijnselen die de gebruiker ervaart zijn psychisch en niet lichamelijk.

¹ <http://www.jellinek.nl/vraagenantwoord>

Dopamine Release: Cocaine



Chris Hurt. Reprinted with permission. Adapted from Rawson, R. FRONTLINE: The Meth Epidemic. 2006.

Afbeelding 1.1.²

De werking van runningtherapie op het dopaminerge systeem

Bij 80 % van de VO₂max kun je in je bloed meten dat er endorfine is vrijgekomen. Het gaat hier om beta-endorfine. De VO₂max is de maximale inspanning die je kunt leveren gedurende een periode van minstens tien minuten. McMurray, Forsythe, Mar & Hardy (1987) hebben hier onderzoek naar gedaan. Bij dit onderzoek hebben ze de concentratie beta-endorfinen gemeten bij verschillende VO₂max-percentages. Ze hebben daarbij 40, 60, 80 en 100% met elkaar vergeleken en daaruit bleek dat op 80% van de VO₂max de meeste beta-endorfinen zijn gemeten. Zoals u in het kopje “Hoe werkt het dopaminerge systeem” hebt kunnen lezen wordt het dopaminerge systeem in werking gezet door endorfinen³ (Bosscher, 1991, p. 57)

Zoals ik hierboven beschreef heeft zowel cocaïne als runningtherapie invloed op het dopaminesysteem. Beide zorgen ervoor dat er door de dopamine meer prikkels worden doorgegeven en de nucleus accumbens meer wordt geprikkeld. Het effect is in beide gevallen dat de persoon een prettig gevoel ervaart. Dit effect is biologisch. Volgens het biopsychosociaal model hebben biologische factoren ook invloed op de psychologische factoren (Rigter, 1996). Eén van deze factoren is bijvoorbeeld hoe de cliënt over zichzelf denkt en wat zijn overtuigingen zijn. Tussen deze aspecten bestaat een wisselwerking.

² http://img.thebody.com/journalview/images/2008/dopamine_cocaine-800px.gif

³ http://www.dehardloopkrant.com/print_artikel.php?date=2005-12-27%2009:18&id=Hardlopen%20werkt%20verslavend

Methode

Doelgroep:

De doelgroep waarvan ik ben uitgegaan in dit onderzoek zijn cliënten die onthoudingsverschijnselen ervaren van cocaïneonthouding. Ik heb gekozen voor cocaïne omdat deze drugs momenteel veel wordt gebruikt en daardoor zie je deze doelgroep ook meer in de hulpverlening terug. Bij heroïne is ook een effect te verwachten maar dit wordt momenteel minder gebruikt.

Onderzoeksgroep:

Voor mijn onderzoek ben ik op zoek gegaan naar een onderzoeksgroep die een weerspiegeling geeft van de doelgroep.

Om het onderzoek zo helder mogelijk te houden heb ik gekozen voor een doelgroep zonder dubbele diagnose. Dit houdt in dat de deelnemers naast hun verslaving geen andere psychische aandoeningen hebben. Deze doelgroep is niet zo groot aangezien veel deelnemers die cocaïneafhankelijk zijn vaak ook een andere aandoening hebben. Andersom geldt ook dat mensen met een aandoening vaak een aan een middel gebonden aandoening hebben. Een veelvoorkomende combinatie is ADHD en cocaïnegebruik. Cliënten met ADHD hebben bijvoorbeeld behoefte aan meer prikkels. Cocaïnegebruik kan deze behoefte vervullen. Als ik ervoor had gekozen deelnemers met een dubbele diagnose niet uit te sluiten kunnen de resultaten van het onderzoek ook worden toegeschreven aan de aandoening in plaats van de verslaving.

Ook mogen de deelnemers op het tijdstip van lopen niet onder invloed zijn van cocaïne en andere verslavende middelen. De deelnemers die meededen aan het onderzoek zitten niet meer in de detoxfase. De behandeling is gericht op terugvalpreventie.

Bij “De Brijder”, een instituut voor verslavingszorg in Alkmaar, heb ik drie geschikte deelnemers gevonden voor het onderzoek:

Deelnemer A is een 47 jarige man. Hij is momenteel twee en een half jaar clean van cocaïne. Hij gaat hij drie keer per week hardlopen. Hij neemt al vier jaar deel aan de runningtherapie.

Deelnemer B is een 44 jarige man. Hij is bijna drie kwart jaar clean van cocaïne. Hij gaat drie keer per week hardlopen. Hij neemt nu vijf maanden deel aan running therapie.

Deelnemer C is een 38 jarige man. Hij heeft af en toe nog een terugval. Hij is wel steeds een langere tijd schoon. Hij heeft een half jaar runningtherapie gevolgd en loopt nu zelfstandig.

Methodiek:

Om het onderzoek zo helder mogelijk te houden heb ik gekozen voor een deelnemersgroep die geen dubbele diagnose heeft. Om ervoor te zorgen dat tijdens de meting zo weinig mogelijk andere factoren worden meegenomen in de meting is er voor en na het lopen een meting gedaan. Deze metingen vergelijk ik in het hoofdstuk “resultaten” met elkaar. De resultaten van voor en na het lopen vergelijk ik per individu van voor en daarnaast vergelijk ik de resultaten van beide deelnemers met elkaar. Ik vergelijk ze niet met andere aandoeningen zoals een depressie omdat de bijhorende verschijnselen per aandoening kunnen verschillen. Ik vergelijk de resultaten niet met andere vormen van behandeling omdat dat niet van belang is om het effect van runningtherapie bij cocaïneonthouding te meten.

Het onderzoek duurt acht weken. Ik heb ervoor gekozen om het onderzoek niet langer te laten duren omdat ik verwacht dat de deelnemers bij langer invullen niet genoeg motivatie hebben om de lijsten goed in te vullen waardoor de resultaten per week minder zuiver worden.

De runningtherapie wordt gegeven door Gonny van Riessen van “De Brijder” verslavingszorg te Alkmaar. Ze is daar werkzaam als runningtherapeut. Als er cliënten worden opgenomen bij “De Brijder” is de runningtherapie een vast onderdeel van het weekprogramma. Als ze starten met de runningtherapie krijgen ze eerst looptraining om blessures te voorkomen. Na verloop van tijd worden de looptrainingen gecombineerd met het lopen van langere afstanden. Een onderdeel van het programma is ook het bespreken van thema’s die de deelnemers tegenkomen tijdens het lopen. Deze thema’s worden besproken er word een link gelegd met het gebruiken. Bijvoorbeeld het thema “doorzetten”.

Onderzoeksinstrumenten:

Als onderzoeksinstrument heb ik een vragenlijst gebruikt. Op deze vragenlijst staan verschillende verschijnselen die de de deelnemers kunnen ervaren. Ten eerste zijn dit verschijnselen die kunnen voorkomen bij onthouding van cocaïne zoals “craving”⁴, prikkelbaar/snel geïrriteerd, depressieve gevoelens, vermoeidheid en rusteloosheid. Hieraan heb ik hier euforie aan toegevoegd, een verschijnsel dat voorkomt bij het gebruiken van cocaïne. Tot slot kunnen de deelnemers zelf ook nog verschijnselen invullen.

De deelnemers kunnen deze lijst per week invullen. Dit gebeurt door voor en na het lopen in te vullen in welke mate je een verschijnsel ervaart. De vragenlijst heeft een schaalverdeling van één tot vijf, waarbij één het verschijnsel geheel niet aanwezig is en bij vijf in hoge mate (Zie bijlage 2).

De vragenlijst heb ik zelf ontworpen aan de hand van literatuur. De verschijnselen zijn geen lichamelijke verschijnselen, omdat cocaïne niet voor een lichamelijke verslaving zorgt maar voor geestelijke afhankelijkheid. De gebruiker wordt tijdens de fase van onthouding aangespoord om weer te gaan gebruiken doordat hij negatieve gevoelens ervaart zoals depressieve gevoelens, rusteloosheid en zich geïrriteerd voelen (Hellinga, 2008). Ook beschrijft Hellinga (2008) dat als iemand gebruikt, zich verheven voelt boven andere mensen (euforie). Volgens de site van het gezondheidsnet ervaart de gebruiker hevige vermoeidheid als hij niet meer gebruikt. Hoe deze verschijnselen kunnen ontstaan, is terug te vinden in het theoretische kader.

⁴ Craving = Onbeheersbare behoefte om opnieuw te gebruiken.

Resultaten

Omschrijving van de resultaten van deelnemer A

Bij deelnemer A is te zien dat hij bij “craving” een constante score heeft ingevuld. Zowel bij voor als na het lopen is dit de laagst mogelijke score. Dit is terug te zien in alle grafieken (Bijlage 3 grafiek 1.1 t/m 1.8 en grafiek 3.1).

Bij het punt prikkelbaar/snel geïrriteerd scoort deelnemer A in het algemeen laag. In de weken zes en acht is te zien dat de score iets hoger ligt, ook is te zien dat na het lopen deze score iets daalt (Bijlage 3. grafiek 1.6 en 1.8). De daling in deze twee weken is één meetéénheid.

Het gevoel van euforie blijft in twee grafieken gelijk en stijgt in zes gevallen. In de gemiddelde grafiek van deelnemer A is ook te zien dat dit in ruime mate stijgt vergeleken met de andere resultaten (Bijlage 3. grafiek 3.1).

Depressieve gevoelens dalen in zeven van de acht weken. In week twee blijven deze gelijk. Gemiddeld daalt deze score met 0,88 (Bijlage 3. grafiek 3.1).

“Vermoeid en moe” worden op verschillende manieren gewaardeerd. De ene week daalt de score en de andere week stijgt het.

De deelnemer ervaart in zeven van de acht weken rusteloosheid en deze daalt tijdens het lopen. Gemiddeld is deze daling 0,88 (Bijlage 3. grafiek 3.1).

Omschrijving van de resultaten van deelnemer B

Bij deelnemer B geeft in zes van de acht weken aan dat hij behoefte heeft om te gebruiken (craving). Er is te zien dat in die zes gevallen de behoefte daalt. Gemiddeld is deze daling 1,38 (Bijlage 3. Grafiek 3.2).

Bij het onderdeel prikkelbaar/snel geïrriteerd scoort deze deelnemer hoog. Ook hier is te zien dat na het lopen de score daalt, ditmaal met een gemiddelde van 1,63 (Bijlage 3. Grafiek 3.2). Bij euforie is te zien dat dit in bijna alle weken stijgt. Gemiddeld is de stijging 1,25 (Bijlage 3. Grafiek 3.2).

Het onderdeel depressieve gevoelens laat bijna iedere week een daling zien. In week acht heeft de deelnemer geen score toegekend aan dit onderdeel na het lopen. In de andere weken is te zien dat er een forse daling van gemiddeld 2,71 meetéénheden (Bijlage 3. Grafiek 3.2). Ook bij deze cliënt is erbij vermoeidheid niet een eenduidig beeld te zien. De waarden die hij aan dit onderdeel geeft verschillen per week en zijn soms ook het tegenovergestelde van de week ervoor bijvoorbeeld week vijf en zes (Bijlage 3. Grafiek 2.5 en 2.6).

Het onderdeel rusteloosheid laat ook een flinke daling in waardering zien na het lopen.

Deze deelnemer heeft in twee van de acht weken zelf een onderdeel toegevoegd. In week één geeft hij aan dat hij geïrriteerd is en geeft hier een waarde van 5 aan. Na het lopen daalt deze score met twee meetéénheden. In week vijf heeft hij “verveling” toegevoegd. Voor het lopen is de score die hij geeft 4 en dit daalt tot 2 na het lopen (Bijlage 3. Grafiek 2.1 en 2.5).

Omschrijving van de resultaten van deelnemer C

Deelnemer C heeft tijdens het onderzoek een terugval gehad. Hij wilde daarom niet meer meewerken aan het onderzoek. Dit is een reactie die past bij de doelgroep. Een kenmerk voor deze doelgroep is moeite hebben met het nakomen van afspraken. Dit maakt dat de doelgroep niet de meest betrouwbare doelgroep is om aan een onderzoek mee te doen.

Omschrijving van de gemiddelde resultaten.

Als je de resultaten van deelnemer A en B met elkaar vergelijkt zie je verschillen en overeenkomsten. Wat mij als eerste opvalt, is het verschil in de mate waarmee de onderdelen worden gewaardeerd. Bij deelnemer B zie je grotere verschillen tussen de voormeting en de nameting dan bij deelnemer A. Deelnemer A geeft wekelijks aan dat het geheel niet aanwezig is en deelnemer B ervaart dat wel.

Bij beide deelnemers is te zien dat prikkelbaarheid/snel geïrriteerd zijn, depressieve gevoelens en rusteloosheid positief worden beïnvloed.

Euforie wordt door beide deelnemers ervaren na het lopen.

Een opvallend verschil als je de gemiddelde grafieken van de deelnemers met elkaar vergelijkt is het onderdeel vermoeid/moe. Hier komen twee tegenovergestelde resultaten uit.

Ook waren de deelnemers zelf niet eenduidig over dit onderdeel.

Conclusie

Bij deelnemer A is in de grafieken te zien dat hij geen onbeheersbare behoefte heeft om te gaan gebruiken (craving). Je ziet in alle grafieken (1.1 t/m 1.8 en 3.1) de laagst mogelijke score, geheel niet aanwezig, terug. Dit kan komen omdat deze deelnemer al een behoorlijke periode clean is.

Bij het punt prikkelbaar/snel geïrriteerd scoort hij over het algemeen laag. In weken zes en acht is te zien dat de score iets hoger ligt, ook is te zien dat na het lopen deze score iets daalt. Het lopen heeft voor deze deelnemer invloed gehad op dit onderdeel en deze positief beïnvloed. Dat dit gevoel in mindere mate aanwezig is kan voor de deelnemer betekenen dat hij minder behoefte heeft om te gaan gebruiken. Gerben Hellinga (2007) schrijft dat negatieve gevoelens de gebruiker opnieuw kan stimuleren om te gaan gebruiken.

Euforie stijgt in zes van de acht situaties. De ruime stijging geeft aan dat de deelnemer het gevoel heeft alles aan te kunnen. Dit kan de deelnemer een positiever zelfbeeld geven. Een positiever zelfbeeld kan een beschermende factor zijn voor de deelnemer om niet terug te vallen in gebruik.

Depressieve gevoelens dalen in zeven van de acht weken. In week twee blijven deze scores gelijk. Je kunt stellen dat het lopen voor deze deelnemer in bijna alle gevallen van invloed is geweest op dit onderdeel. Naar depressieve gevoelens is door Bosscher (1991) onderzoek gedaan. De resultaten van dat onderzoek wezen in dezelfde richting.

“Vermoeid en moe” worden op verschillende manieren gewaardeerd. De ene week daalt de score en de andere week stijgt het. De reden dat hier geen eenduidig beeld uitkomt, komt doordat vermoeidheid en moe zijn op verschillende manieren kunnen worden opgevat. Je kunt fysiek maar ook geestelijk moe zijn. Dit werd ook door de deelnemer aangegeven.

De deelnemer ervaart zeven van de acht weken rusteloosheid en deze daalt tijdens het lopen. Ook op dit punt kun je dus zeggen dat het lopen voor deze deelnemer invloed heeft gehad. Samengevat kun je stellen dat deelnemer A geen craving ervaart. Dat negatieve gevoelens zoals prikkelbaar/snel geïrriteerd zijn, depressieve gevoelens en rusteloosheid positief worden beïnvloed door het lopen. Dat euforie na het lopen hoger scoort geeft aan dat de deelnemers na het lopen positiever over zichzelf denken. Over vermoeidheid kan ik geen conclusie geven omdat de term op verschillende manieren kan worden opgevat.

Bij deelnemer B is in zes van de acht weken er behoefte om te gebruiken (craving). Ook is te zien dat in die zes gevallen de behoefte daalt. Voor deze deelnemer is er in de meeste gevallen een positieve invloed van het lopen op dit onderdeel.

Bij het onderdeel prikkelbaar/snel geïrriteerd scoort deze deelnemer hoog. Hier is te zien dat na het lopen de score daalt. Dit onderdeel wordt door het lopen positief beïnvloed.

Bij euforie is te zien dat dit in bijna alle weken stijgt. Zoals ik al bij de vorige deelnemer omschreef kan dit een beschermende factor voor de deelnemer zijn.

Depressieve gevoelens laat bijna iedere week een daling zien. Deze daling is voor deze deelnemer een positieve beïnvloeding door het lopen.

Ook bij deze cliënt is erbij vermoeidheid niet een eenduidig beeld. Doordat de term verschillende associaties op kan roepen zijn de resultaten niet zuiver.

Het onderdeel rusteloosheid laat ook een flinke daling in waardering zien na het lopen.

Samengevat wordt voor deze deelnemer craving, prikkelbaar/geïrriteerd zijn, depressieve gevoelens en rusteloosheid positief beïnvloed door het lopen. Euforie scoort bij deze deelnemer ook hoog na het lopen. Ook hier kan ik geen conclusie verbinden aan de resultaten over vermoeidheid.

Bij het vergelijken van de resultaten van deelnemer A en B zijn er enkele opvallendheden. Als je meet hoeveel meetéenheden verschil er tussen de voor- en nameting zitten dan valt het op dat er bij deelnemer B de verschillen groter zijn. Dit zou mogelijk kunnen doordat deelnemer A een langere tijd clean is en daardoor ook stabiel is. Dit zie je ook terug in waardering voor “craving”. Deelnemer A geeft wekelijks aan dat het geheel niet aanwezig is en deelnemer B ervaart dat wel.

Bij beide deelnemers is te zien dat prikkelbaarheid, snel geïrriteerd zijn, depressieve gevoelens en rusteloosheid positief worden beïnvloed.

Euforie wordt door beide deelnemers ervaren na het lopen. Deze euforie kan worden omschreven als een kick. Misschien is het mogelijk dat deze kick met de kick van de cocaïne te vergelijken valt waardoor de behoefte om te gebruiken afneemt.

Een opvallend verschil als je de gemiddelde grafieken van de deelnemers met elkaar vergelijkt is het onderdeel vermoeid/moe. Hier komen twee tegenovergestelde resultaten uit. De deelnemers zelf waren niet eenduidig over dit onderdeel. Hieruit concludeer ik dat het onderdeel niet geschikt is om conclusies met betrekking tot het positief of negatief beïnvloeden uit te trekken.

Vermoeidheid/moe zijn is opgevat als een lichamelijk verschijnsel. Cocaïne staat bekend om de psychische ontwenningsverschijnselen. Er treden geen lichamelijke ontwenningsverschijnselen op.

De nucleus accumbens, aangestuurd door de dopamine, heeft geen invloed op lichamelijke aspecten en daardoor zijn de resultaten hier ook niet aan toe te schrijven.

Bij beide deelnemers daalt ook de waardering voor depressieve gevoelens. De conclusie is dat het lopen depressieve gevoelens positief beïnvloed. In het onderzoek van Bosscher (2001) was dit ook terug te zien.⁵

Doel in onderzoek/vraagstelling:

Heeft runningtherapie een positieve invloed op onthoudingsverschijnselen bij cocaïneonthouding?

Bij de deelnemers die deel hebben genomen aan dit onderzoek heeft de runningtherapie een positieve invloed gehad op de onthoudingsverschijnselen. Bij beide deelnemers zie je in de gemiddelde grafieken (grafiek 3.1. en 3.2.) de positieve resultaten terug.

De onderzoeksgroep is te klein om te kunnen zeggen dat runningtherapie een positieve invloed heeft op onthoudingsverschijnselen bij cocaïneonthouding. Het is wel aannemelijker dat runningtherapie een positieve invloed heeft op onthoudingsverschijnselen bij cocaïneonthouding.

Doel van onderzoek/probleemstelling/doelstelling:

Het doel van het onderzoek is ervoor te zorgen dat PMT-ers zich beter kunnen verantwoorden voor de geschiktheid van runningtherapie voor cliënten met een cocaïneverslaving.

Als blijkt dat de runningtherapie effect heeft op de onthoudingsverschijnselen zou dit door de cliënt gebruikt kunnen worden als terugvalpreventie. Mocht de cliënt onthoudingsverschijnselen signaleren dan kan hij ervoor kiezen om te gaan hardlopen of een runningprogramma te volgen.

Aan de hand van het aantal deelnemers aan het onderzoek kan je niet zeggen dat runningtherapie een positieve invloed heeft op onthoudingsverschijnselen bij cocaïneonthouding. Wel kun je als PMT-er aantonen dat de runningtherapie

⁵ Zie ook het theoretische kader in de inleiding van deze scriptie, p.5.

hoogstwaarschijnlijk invloed heeft op de onthoudingsverschijnselen. Om het goed te kunnen verantwoorden moet het onderzoek uitgevoerd worden met een groter aantal deelnemers. Runningtherapie kan binnen de PMT voor deze doelgroep worden ingezet als toevoeging aan het PMT-programma. De meerwaarde van runningtherapie ligt op het biologische vlak. Zowel bij “gewone”PMT als bij runningtherapie wordt er gewerkt op cognitief vlak maar bij runningtherapie speelt ook een biologisch aspect een belangrijke rol. Dit maakt dat ik runningtherapie als een goede toevoeging zie voor deze doelgroep. Dat deze rol aan een PMT-er wordt toebedeeld komt voornamelijk door de kennis die de PMT-er heeft over het menselijke lichaam en de mogelijkheden om de cliënt ook te kunnen bevragen/sturen op zijn denken, voelen en handelen.

Discussie

Methode.

Door het doen van een voor- en een nameting heb ik geprobeerd te zoveel mogelijk andere factoren uit te sluiten. Als er bij de meting de weken onderling zouden worden vergeleken dan zouden er ander omstandigheden zoals andere therapieën van invloed kunnen zijn op de resultaten.

De keuze voor een doelgroep die naast hun verslaving geen andere diagnose hebben is een keuze die ervoor zorgt dat het onderzoek zo zuiver mogelijk is.

De formulieren zijn acht weken lang ingevuld. Dit om het beeld zo betrouwbaar mogelijk te houden. Er waren genoeg gegevens om conclusies te trekken uit de resultaten. Als het onderzoek langer had geduurd dan waren de gegevens volgens mij minder zuiver geworden omdat de interesse om de formulieren in te vullen langzaam verdwijnt en de formulieren niet meer secuur worden ingevuld. De methode is diagnostisch omdat de deelnemer zijn eigen bevindingen en ervaringen beoordeelt. Door er gradaties aan te verbinden wordt het onderzoek meer classificerend en objectiever.

Resultaten.

De resultaten van het onderzoek zijn positief. Uit het onderdeel vermoeid/moe blijkt dat het eenduidig formuleren van de onderdelen erg belangrijk is. Zo moet er ook rekening mee worden gehouden dat elke deelnemer vanuit een eigen visie de vragenlijst benadert en de onderdelen interpreteert. Dit geldt ook voor de gradaties die de deelnemer kan kiezen.

Conclusie.

In het onderzoek komt naar voren dat de onthoudingsverschijnselen voor de deelnemers aan het onderzoek positief werden beïnvloed door het lopen. Gezien de kleine onderzoeksgroep kan er niet van uitgegaan worden dat de resultaten generaliseerbaar zijn. Wel is het aannemelijker geworden dat runningtherapie een positieve invloed kan hebben op onthoudingsverschijnselen bij cocaïneonthouding.

Aanbevelingen.

Om het doel van het onderzoek te verwezenlijken is dit onderzoek te klein geweest. Mijn aanbevelingen zijn dan ook om het onderzoek te doen met een grotere onderzoeksgroep. Als voorwaarde voor de doelgroep raad ik aan alleen deelnemers de lijst te laten invullen die geen dubbele diagnose hebben en niet onder invloed zijn tijdens het lopen. Ook is het van belang dat er onderscheid wordt gemaakt in de periode dat de deelnemer clean is en loopt. Dit is ook van invloed op de resultaten.

Als er gebruik wordt gemaakt van dezelfde of een soortgelijke vragenlijst moet het onderzoek niet te lang duren. Hiermee voorkom je dat de lijst na enkele weken niet meer secuur wordt ingevuld en de resultaten minder zuiver worden. Een andere oplossing hiervoor kan zijn dat er van één onderdeel verschillende subgroepen worden gemaakt. Er kan dan gebruik gemaakt worden van verschillende lijsten waardoor het invullen meer alertheid vraagt. De omschrijvingen van de onderdelen op de vragenlijst moeten zo eenduidig mogelijk zijn. De onderdelen mogen niet verschillend geïnterpreteerd kunnen worden.

Dit onderzoek was vooral gericht op de verschillen tussen voor en na het lopen. Het zou mooi zijn als de resultaten ook vergeleken kunnen worden met andere vormen van behandeling. De metingen zouden dan over langere tijd zijn (Bijvoorbeeld om de vier weken meten) en met een controlegroep die geen runningtherapie volgt.

Er zijn ook andere verslavende middelen die effect hebben op het dopaminesysteem, bijvoorbeeld opiaten en alcohol, ook hier kan onderzoek naar worden gedaan.

Tot slot zou het doel ook beter te verwezenlijken zijn als er met een onderzoek kan worden gemeten of er zowel bij het lopen als bij cocaïnegebruik dopamine vrijkomt.

Literatuurlijst.

Boeken:

- Bosscher, R.J, (1991) *Runningtherapie bij depressie*. Thesis Publischers, Amsterdam. ISBN 9051700792
- Bosscher, R.J, (2001) *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie*. Cure and Care publischers, Zeist. ISBN 9076754128
- Delhass, R.J, Eussen, G.P.H.E, (1995) *102 Vragen over alcohol, drugs en gokken*. De Brijder stichting, Alkmaar. ISBN 9080198021
- Hellinga, G, Plomp, H, (2007) *Uit je bol: over wiet, xtc, paddestoelen en de nieuwste producten uit de smartshop*. Prometheus, Amsterdam. ISBN 9044605062
- Rigter,J, (1996) *Het pallet van de psychologie. Stromingen en hun toepassingen in de hulpverlening*. Coutinho, Bussum. ISBN 904690010X

Bijdragen in een verzamelwerk:

- Gerrits, M.A.F.M, Ree, J.M.Van, (2002) *Verslaving*. Drukkerij Groen, Leiden. ISBN 9073196299
- Knegtering, H, (2007/2008) *Syllabus Biologische psychiatrie*. Windesheim, Zwolle.
- Schelekens, A, Verkes, J, (2004) *Wat heet verslaving?* Uitgeverij Damon, Nijmegen. ISBN 9055735345

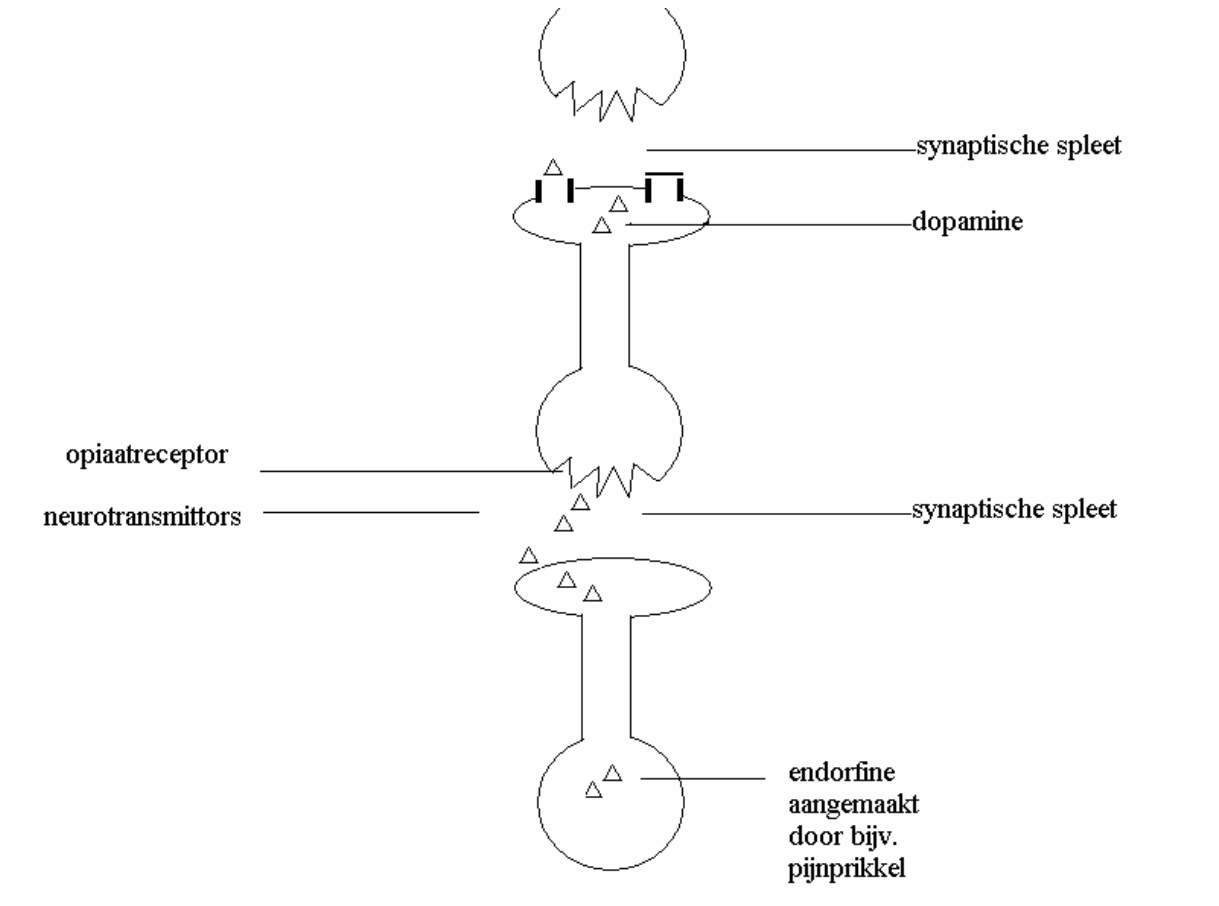
Artikelen:

- Werme, M., Thoren, P., Olson, L., Brene, S.(2000). Running and cocaine both upregulate dynorphin mRNA in medial caudate putamen. *Journal of neuroscience*, 12 (8), p.2967-2974.

Elektronische bronnen:

- www.brijder.nl
- www.dehardloopkrant.com
- www.img.thebody.com/
- www.jellinek.nl
- www.mens-en-gezondheid.infonu.nl

Bijlage 1.



(Eigen afbeelding)

Bijlage 2.

Naam:

Aantal trainingen:

Datum:

Voor het lopen...

	1.	2.	3.	4.	5.
Craving (onbeheersbare behoefte om te gebruiken)					
Prikkelbaar/snel geïrriteerd					
Euforie (Ik kan alles aan)					
Depressief					
Vermoeid/moe					
Rusteloos					
Overige verschijnselen nl.....					

Na het lopen...

	1.	2.	3.	4.	5.
Craving (onbeheersbare behoefte om te gebruiken)					
Prikkelbaar/snel geïrriteerd					
Euforie (Ik kan alles aan)					
Depressief					
Vermoeid/moe					
Rusteloos					
Overige verschijnselen nl.....					

Zet een kruisje bij de mate waarin het verschijnsel aanwezig is op het moment van invullen.

- 1= Geheel niet aanwezig.
- 2= Vrijwel niet aanwezig
- 3= Licht aanwezig
- 4= Aanwezig
- 5= In hoge mate aanwezig

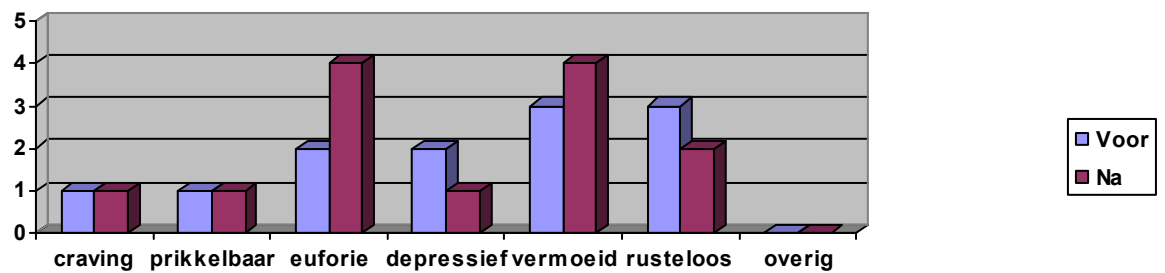
Bijlage 3.

Legenda:

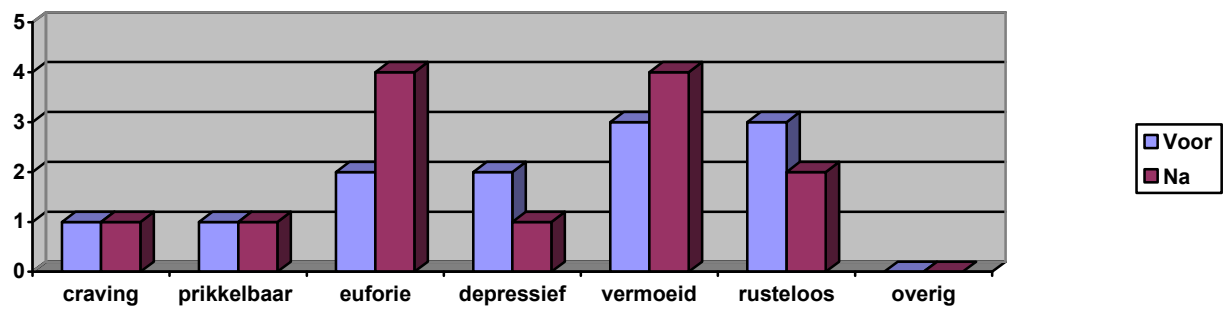
- 1= Geheel niet aanwezig.
- 2= Vrijwel niet aanwezig
- 3= Licht aanwezig
- 4= Aanwezig
- 5= In hoge mate aanwezig

Resultaten deelnemer A.

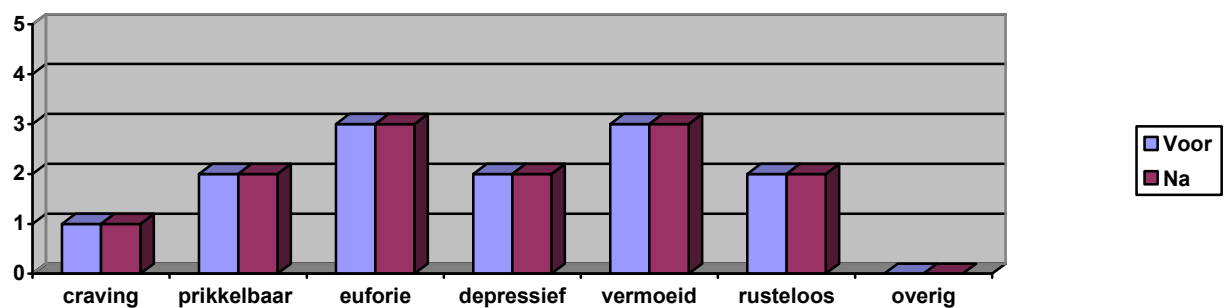
Grafiek 1.1. 1^e meting.



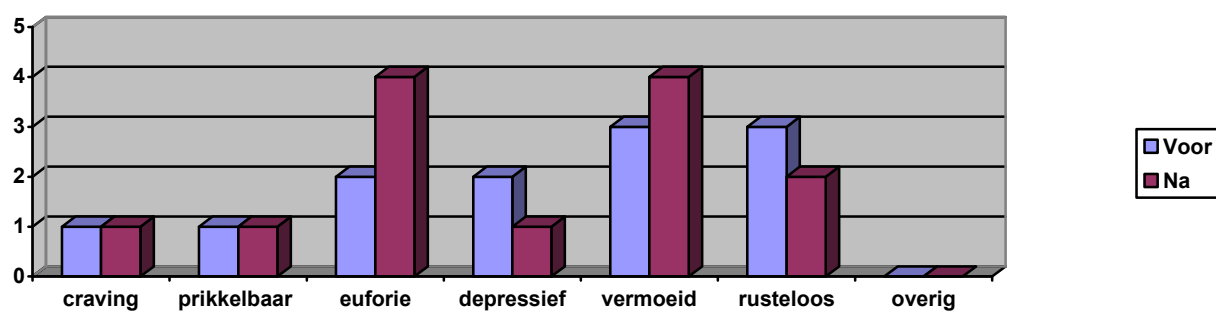
Grafiek 1.2. 2^e meting.



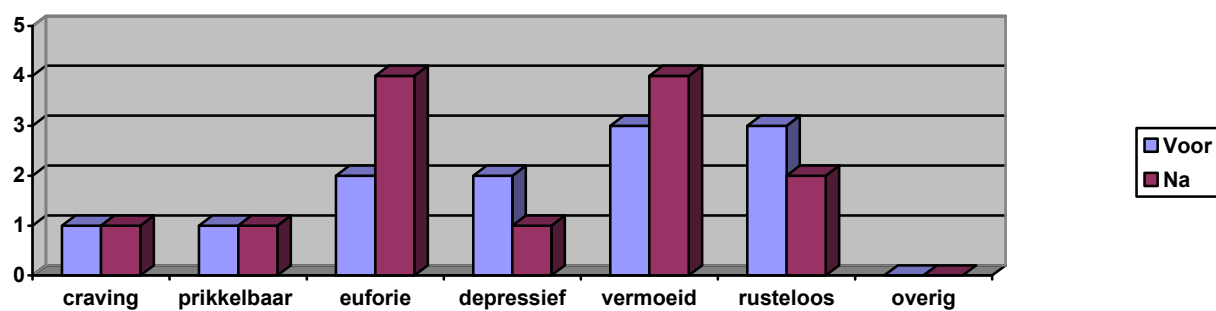
Grafiek 1.3. 3^e meting



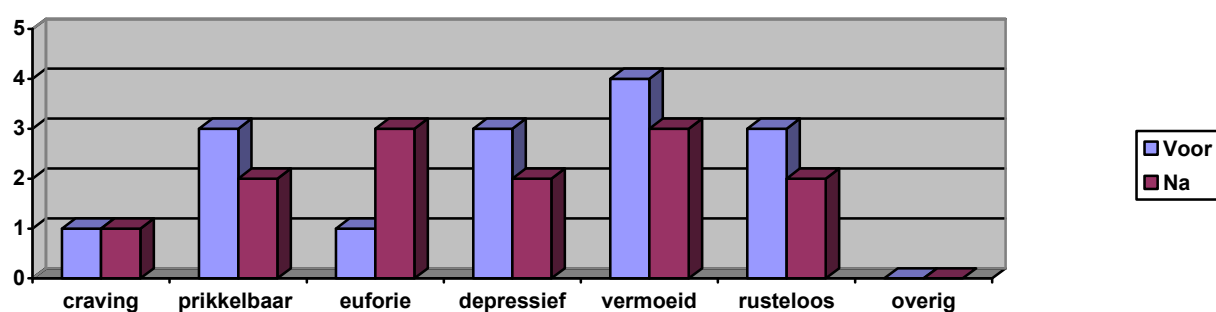
Grafiek 1.4. 4^e meting.



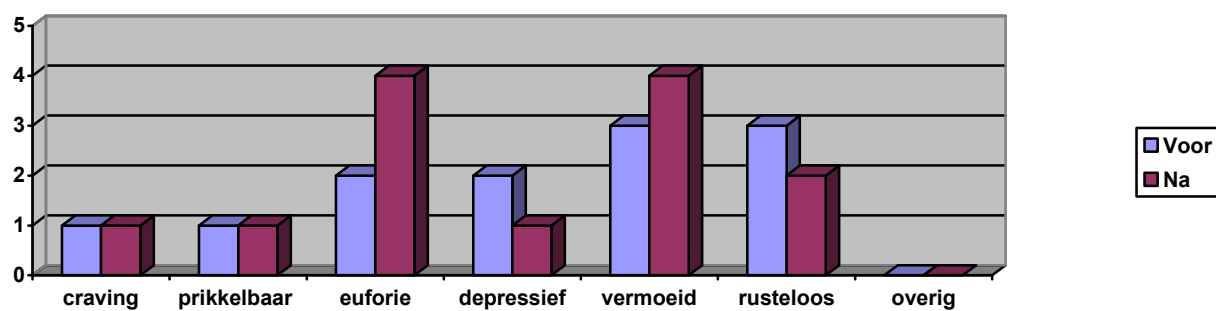
Grafiek.1.5. 5e meting.



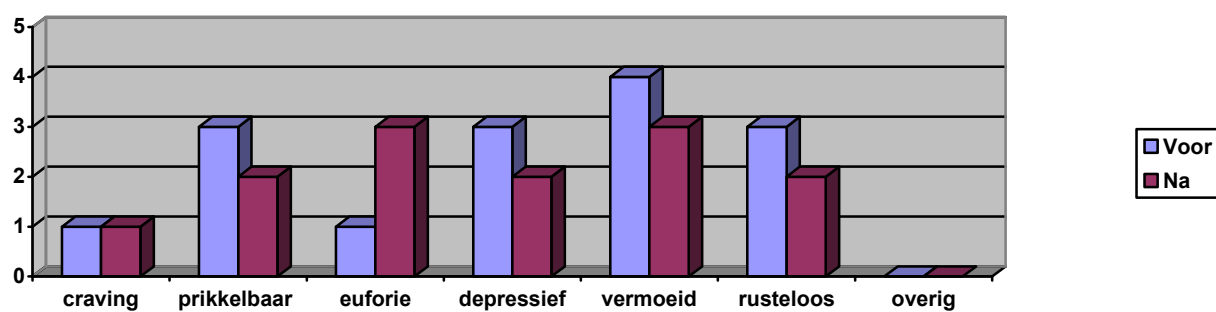
Grafiek 1.6. 6^e meting.



Grafiek 1.7. 7^e meting.

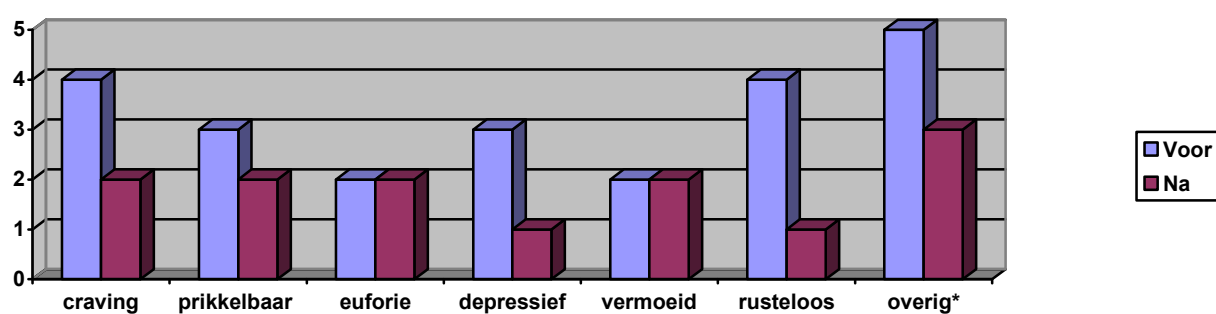


Grafiek 1.8. 8^e meting.

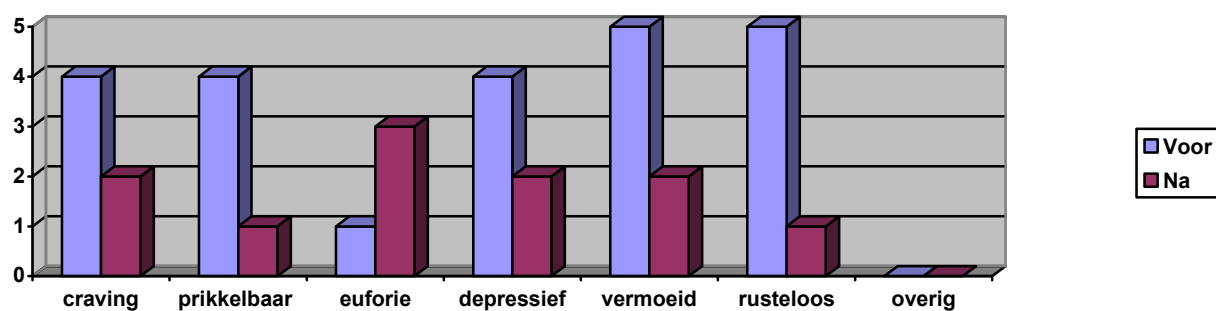


Resultaten deelnemer B.

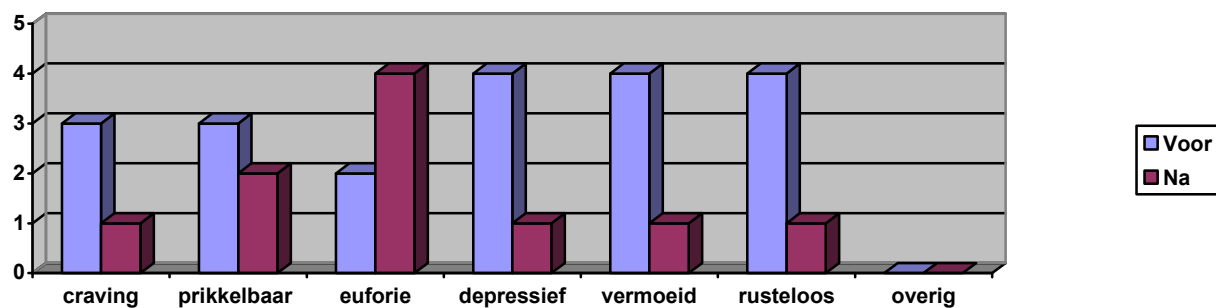
Grafiek 2.1. 1^e meting.



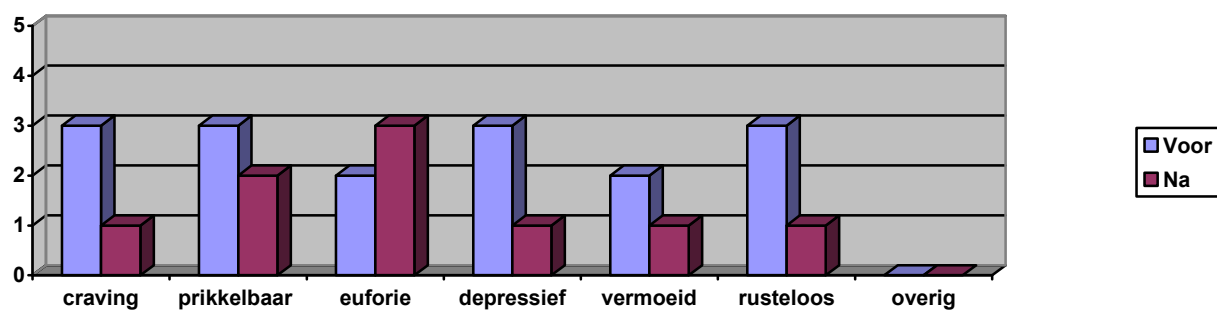
Grafiek 2.2. 2^e meting.



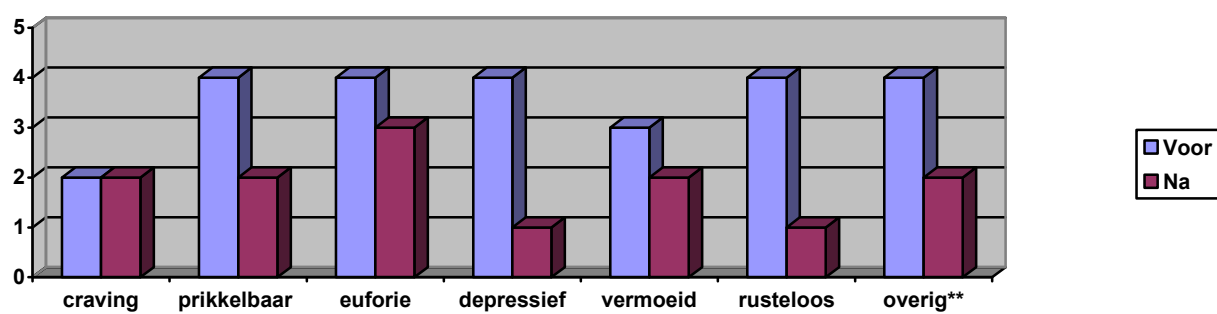
Grafiek 2.3. 3^e meting



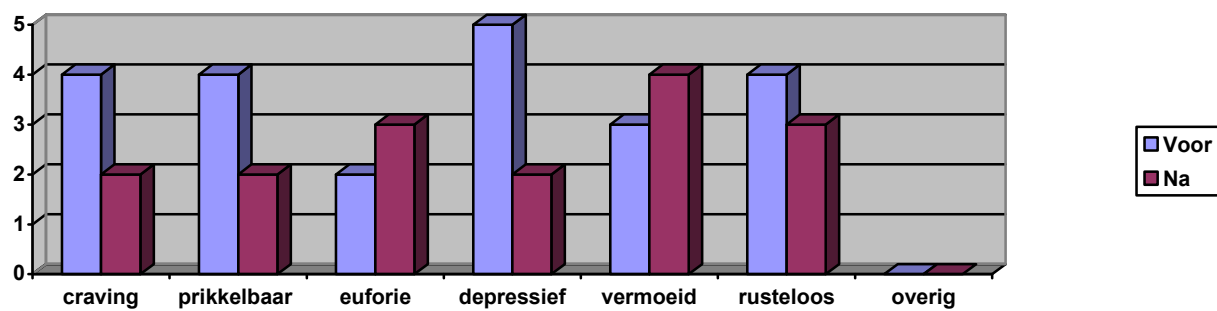
Grafiek 2.4. 4^e meting.



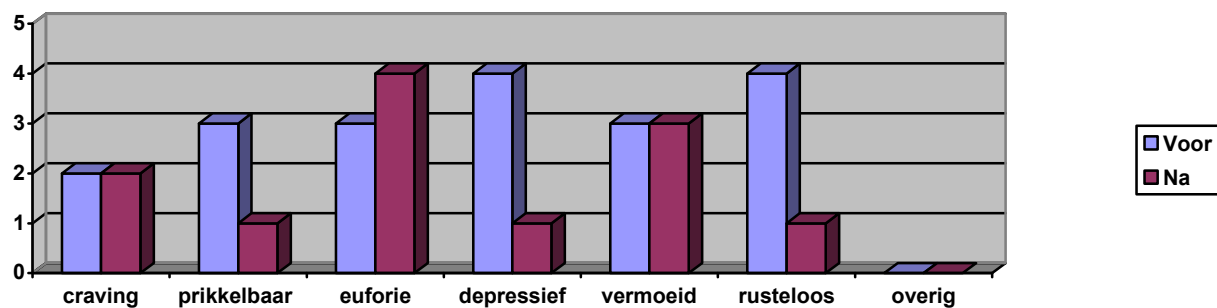
Grafiek 2.5. 5^e meting.



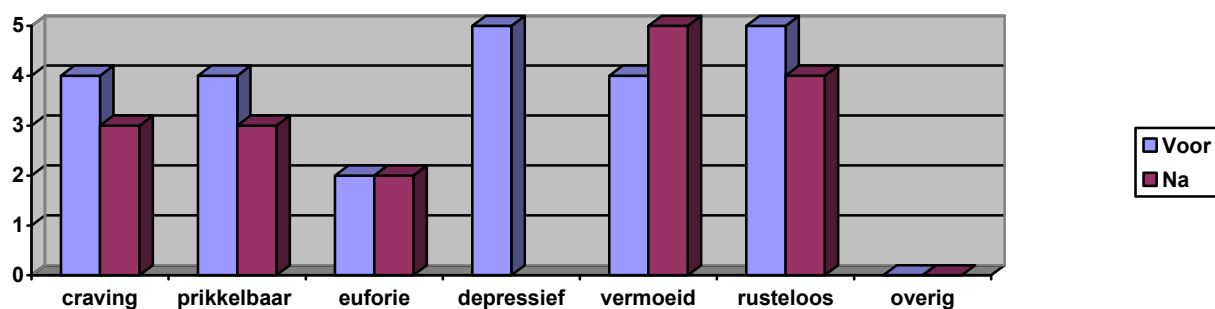
Grafiek 2.6. 6^e meting.



Grafiek 2.7. 7^e meting.



Grafiek 2.8. 8^e meting.***



* Bij meting 1 is overige “geïrriteerd”

** Bij meting 5 is overige “verveling”

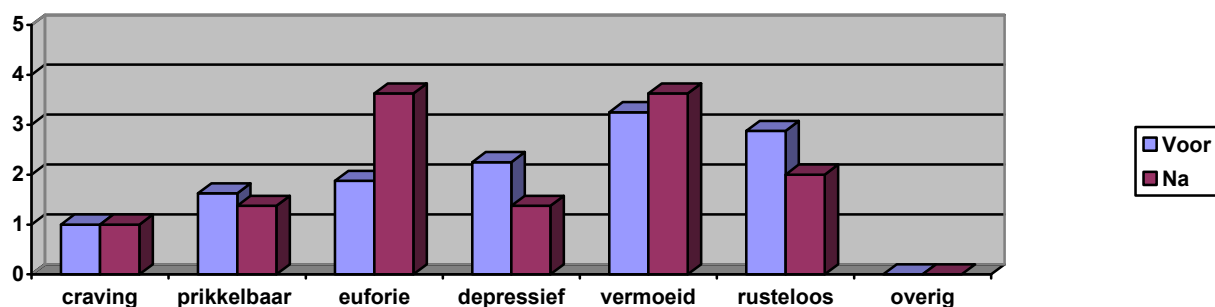
*** Bij meting 8 gebruikt Dhr. een antibioticakuur.

Resultaten deelnemer C.

Deelnemer C heeft tijdens het onderzoek een terugval gehad en zich daarom uit het onderzoek teruggetrokken.

Gemiddelde resultaten:

Grafiek 3.1. Gemiddelde resultaten deelnemer A over een periode van 8 weken.



Grafiek 3.2. Gemiddelde resultaten deelnemer B over en periode van 8 weken.

