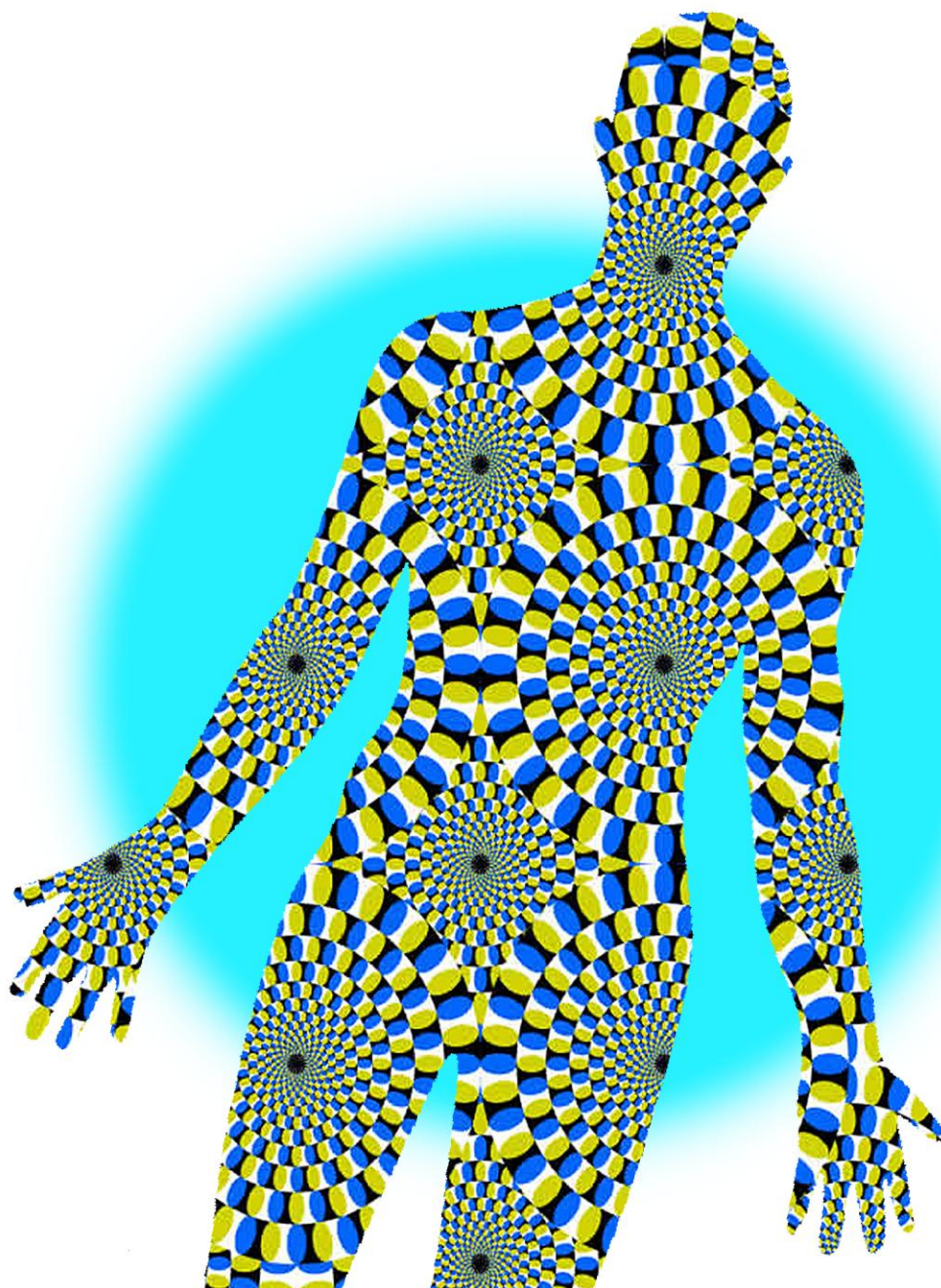


Contextmapping lichaamsbeleving

Een verkennend onderzoek naar de lichaamsbeleving van volwassenen met een stoornis in het gebruik van een middel met de methode contextmapping

Thesis januari 2010
Master Psychomotorische Therapie
Windesheim Zwolle
K.C.F. Bongaertz
Psychomotorisch therapeut Brijder Verslavingszorg
Begeleidster: drs. W.J. Scheffers



Samenvatting

Het psychomotorisch modulair aanbod binnen de verslavingszorg is veelal gericht op het leren herkennen van lichaamssignalen. Dit houdt verband met de op de klinische praktijk gebaseerde veronderstelling dat volwassenen met een stoornis in het gebruik van een middel een zeer beperkt contact hebben met hun lichaamssensaties. Uit literatuuronderzoek is naar voren gekomen dat er nog nauwelijks onderzoek is gedaan naar de lichaamsbeleving van deze populatie en dat duidelijke wetenschappelijke ondersteuning voor bovengenoemde hypothese ontbreekt. Op basis van deze resultaten is er gekozen voor een verkennende kwalitatieve onderzoeksopzet waarbij de volgende vraag is beantwoord: hoe beleven volwassenen met een stoornis in het gebruik van een middel hun lichaam?

Middels de onderzoeksmethode contextmapping zijn de verschillende dimensies van lichaamsbeleving in kaart gebracht waarbij informatie is verzameld met behulp van een collage, een ervaringswerkboek en een semi-gestructureerd interview. De onderzoeksgroep bestond uit 12 patiënten van Brijder Verslavingszorg. De gegevens uit het semi-gestructureerd interview zijn geanalyseerd met de gefundeerde theorie benadering. Bij de analyse zijn de volgende *sensitizing concepts* richtinggevend geweest: lichaamsbewustzijn, lichaamswaardering, lichaamsattitude, *craving* en middelengebruik en emoties.

Uit de resultaten van dit onderzoek is naar voren gekomen dat de seksualiteitsbeleving door een groot deel van de deelnemers als problematisch wordt ervaren. Verder blijkt het lichaamsbewustzijn voor opname in een klinische behandelsetting bij alle deelnemers slecht tot matig ontwikkeld te zijn. Na opname in een behandelsetting blijkt de onderzoeksgroep zich te onderscheiden in een groep van 5 deelnemers die lichaamssensaties veelal bewust waarneemt en op een gedetailleerd niveau beschrijft en een groep van 7 deelnemers die zich nauwelijks bewust is van lichaamssensaties en veel moeite heeft om zich gevoelsmatig uit te drukken. Aan pijn en vermoeidheid verbonden lichaamssensaties worden over het algemeen door een meerderheid van de deelnemers ontkend en aan emoties gerelateerde lichaamssensaties worden daar veelal niet mee in verband gebracht. De resultaten van dit verkennende onderzoek geven aanleiding om in kwantitatief vervolgonderzoek bij een grotere onderzoekspopulatie de subdimensies lichaamsbewustzijn en lichaamsattitude nader te onderzoeken.

1. Inleiding

1.1 Een stoornis in het gebruik van een middel en het lichamelijke domein

Een stoornis in het gebruik van een middel kan samenhangen met problemen en bijzonderheden op verschillende niveau's van het lichamelijke domein. Zo kan de lichamelijke integriteit zijn aangetast door het injecteren van drugs en hangen zwaar alcoholgebruik en gebruik van illegale drugs samen met veel negatieve lichamelijke effecten, waaronder een grotere kans op verwondingen, ziekte en een slechte gezondheid (Emmelkamp, 2006).

Het gebruik van drugs heeft mogelijk effect op de lichaamsbeleving. Het middel zelf kan ervoor zorgen dat lichaamssensaties en lichaamssignalen minder goed worden waargenomen; het kan de lichamelijke sensaties en emoties onderdrukken, verdoven en dempen of juist versterken en vervormen.

Ook kenmerken van een stoornis in het gebruik van een middel zoals onthoudingsverschijnselen, controleverlies, craving en compulsief drugszoekgedrag hebben veelal een specifieke lichamelijke belevings- en uitingsvorm. De vraag is of problemen in de zelfregulatie zoals controleverlies specifiek zijn voor verslavingsproblemen of dat ze eerder aan de basis liggen van een bredere onderliggende disinhbitieproblematiek. Zo is impulsiviteit een persoonlijkheidsdimensie geassocieerd met verschillende psychiatrische stoornissen zowel op as I als op as II niveau (Moeller et al, 2001). Opvallend is ook het veelvuldig voorkomen van comorbiditeit tussen deze aandoeningen, Dom en de Wilde (2009) spreken van disinhbitiestoornissen. Zij concluderen dat stoornissen in de (neuro)cognitieve mechanismen die ten grondslag liggen aan zelfregulatie, niet specifiek zijn voor verslavingsproblemen en teruggevonden worden bij een brede waaier van stoornissen die zich alle op klinisch niveau kenmerken door een gebrekkige zelfcontrole. Deze gemeenschappelijke basis vormt een mogelijke verklaring voor de hoge mate van diagnostische overlap tussen deze stoornissen. Comorbiditeit komt bij verslaafde mensen veel voor. Emmelkamp (2006) stelt dat bijna de helft van de personen met een *lifetime* stoornis in het gebruik van alcohol of drugs voldoet aan alle criteria voor minstens een andere *lifetime* psychische stoornis. In de algemene bevolking komen stoornissen in het middelengebruik met name voor onder volwassenen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis, angststoornis, bipolaire I stoornis (50-70%), schizofrenie (70-80%) en depressie (30-50%) (Regier et al., 1990 in Emmelkamp 2006). De aanwezigheid van comorbide stoornissen en persoonlijkheidsdimensies kan dus mogelijk leiden tot een grote variëteit van problemen en bijzonderheden op het gebied van lichaamsbeleving.

Clënten die worden aangemeld voor psychomotorische therapie hebben een detoxificatieperiode achter de rug waardoor veelal sprake is van vroege gedeeltelijke remissie van het middel en het acute effect van het middel in mindere mate of niet meer aanwezig is. Psychomotorische modulen in de verslavingszorg richten zich na de detoxificatie fase vaak op het leren herkennen van lichaamssignalen. In een artikel over psychomotorische therapie in de verslavingszorg, waarin aan de hand van praktijkvoorbeelden wordt toegelicht hoe psychomotorische therapie werkt en kan worden ingezet bij de behandeling, stelt Mataheru (2008) dat 'doordat clënten vaak het contact met hun eigen lichaam zijn kwijtgeraakt de lichaamssignalen niet meer doorkomen'. Zij verwijst echter niet naar wetenschappelijke literatuur die deze hypothese ondersteunt. De vraag is wat er bekend is over de lichaamsbeleving van verslaafde mensen en in hoeverre er wetenschappelijk bewijs voor is dat mensen met middelenafhankelijkheid een verminderd lichaamsbewustzijn hebben en daardoor minder goed in staat zijn om hun lichaamssignalen te herkennen, ook wanneer er geen sprake meer is van actief gebruik.

1.2 Begripsomschrijving

In de literatuur worden verschillende definities gehanteerd voor lichaamsbeleving. Voor dit onderzoek zal de definitie van Probst (1997) worden gebruikt, die lichaamsbeleving opvat als een integratie van visuele en tactiele (exteroceptieve) informatie en perceptie en interpretatie van signalen die van binnen uit het lichaam komen, met subjectieve ervaringen van lichaamsfuncties (zowel affectief als emotioneel) en met ideeën en opvattingen (cognitief) over het eigen lichaam.

De subdimensies van lichaamsbeleving komen in dit onderzoek ook naar voren. Voor de definiëring van de subdimensies lichaamswaardering, lichaamsbewustzijn, lichaamsbeeld en lichaamsattitude zal de beschrijving van Emck (2007) worden gebruikt.

Lichaamswaardering wordt door Emck opgevat als de cognitieve evaluatie van het eigen lichaam waarbij het gaat om positieve en negatieve beoordelingen ten aanzien van bepaalde lichaamsdelen en functies of het gehele lichaam en het al of niet kunnen relativeren van deze evaluaties.

Lichaamsbewustzijn wordt door haar opgevat als het bewust zijn van het eigen lichaam, de grenzen van het eigen lichaam, de positie van de eigen ledematen, de lichaamssensaties en de subjectieve, gevoelsmatige ervaring van het eigen lichaam. Het voelen, herkennen en differentiëren van lichamelijke sensaties in relatie tot gevoelens en emoties worden hier ook onder gerekend. Lichaamsattitude wordt gedefinieerd als de wijze waarop de persoon omgaat met zijn of haar lichaam in de interactie met anderen. Ten slotte wordt de subdimensie lichaamsbeeld door Emck beschreven als de wijze waarop een persoon zijn of haar lichaam waarneemt en de mate waarin deze waarneming overeenstemt met de realiteit.

De term stoornissen in het gebruik van een middel is een overkoepelende term voor misbruik en afhankelijkheid van middelen volgens de vierde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV: APA, 1994). Momenteel wordt bij de diagnose van stoornissen in het gebruik van een middel meestal gebruik gemaakt van concepten die zijn afgeleid van het biopsychosociale afhankelijkheidssyndroom: afhankelijkheid (DSM IV; ICD-10), misbruik (DSM IV) en schadelijk gebruik (ICD-10). Bij de diagnose afhankelijkheid gaat het om een combinatie van:

- lichamelijke afhankelijkheid (tolerantie, onthoudingsverschijnselen)
- psychische afhankelijkheid (hunkering, *craving*)
- controleverlies (gebruik vaker of meer dan voorgenomen; niet kunnen stoppen met gebruik)
- lichamelijke en/of sociale gevolgen van het ongecontroleerde gebruik.

1.3 Literatuuronderzoek

De vraag wat er bekend is over de lichaamsbeleving van verslaafde mensen en in hoeverre er wetenschappelijk bewijs voor is dat mensen met middelenafhankelijkheid een verminderd lichaamsbewustzijn hebben is richtinggevend geweest binnen het literatuuronderzoek.

Het literatuuronderzoek heeft zich dan ook gericht op de lichaamsbeleving van mensen met stoornissen in het gebruik van een middel. Gedragsverslavingen zoals spelverslaving (game addiction), overeten (obesitas), seksverslaving, koopverslaving, werkverslaving, sportverslaving en afhankelijkheid aan anabole steroïden zijn in dit onderzoek uitgesloten.

Het concept alexithymie in relatie tot stoornissen in het gebruik van een middel kwam in verschillende artikelen naar voren. Kenmerken van alexithymie hebben een relatie met lichaamsbeleving en zijn om die reden meegenomen in het literatuuronderzoek.

Slechts 2 kwalitatieve onderzoeken beschreven de lichaamsbeleving van verslaafden, 1 klinische rapportage beschreef de veranderingen in het lichaamsbeeld bij verslaafden aan heroïne die werden behandeld met een substitutiebehandeling van methadon en 1 kwantitatieve studie onderzocht de relatie tussen genderidentiteit en lichaamsbeeld bij verslaafde vrouwen. Hieronder volgt een korte samenvatting van de artikelen:

Gainotti (1999) deed kwalitatief onderzoek naar de wijze waarop 83 klinisch opgenomen volwassen drugsverslaafden middels een tekening de binnenkant van hun lichaam vorm gaven in vergelijking met kinderen en adolescenten zonder drugsproblemen. Hieruit kwam naar voren dat terwijl kinderen en adolescenten anatomische delen weergaven, de groep drugsverslaafden in de tekening vooral expressie gaf aan hun psychische problemen waarbij verschillende metaforische vormen werden gebruikt.

Wallace-Digarbo (1995) deed heuristisch onderzoek waarbij aan de hand van zelfportretten van het hele lichaam de relatie van verslaafde vrouwen met hun lichaam en de invloed van de therapie op de lichaamsbeleving en het creatieve proces werd beschreven. De volgende thema's kwamen uit dit onderzoek naar voren: het lichaamsbeeld werd positief beïnvloed door de vooruitgang in hun herstel en negatief beïnvloed door de geldende culturele standaard. De auteur beschrijft de focus op het creatieve proces en lichaamsbeleving als noodzakelijke componenten in het herstel van deze verslaafde vrouwen.

Pézous (1996) beschreef in een klinische rapportage de veranderingen van het lichaamsbeeld bij verslaafden aan heroïne die werden behandeld met een substitutiebehandeling van methadon. Pézous stelde dat het opnieuw ontdekken van lichamelijke gevoelens en het 'bewonen' van het lichaam een fundamentele etappe vormt in het werken aan psychische afhankelijkheid. Therapeutisch werk bleek de patiënten stapje voor stapje toe te staan om gevoelens en lichaamssensaties weer te herkennen en als onafhankelijk van het middel te beschouwen.

Weathers&Billingsley (1982) deden survey onderzoek met behulp van de Body Cathexis Scale en de Spence and Helmreich Attitudes Toward Woman Scale bij 20 klinisch opgenomen verslaafde vrouwen en 20 klinisch opgenomen vrouwen zonder verslavingsproblematiek met emotionele problemen naar de relatie tussen het lichaamsbeeld en genderidentiteit.

De auteurs bevestigden de hypothese dat drugsgebruik meer voorkomt als een vrouw zowel haar lichaam als haar genderidentiteit op een negatieve manier ervaart. De bevindingen suggereren dat verbetering van de genderidentiteit en het lichaamsbeeld bij vrouwen met opiaten en/of alcoholafhankelijkheid mogelijk bijdragen tot het verminderen van drugsgebruik.

Zoals hierboven reeds vermeld, is bij het literatuuronderzoek in verschillende artikelen de mogelijke relatie tussen alexithymie, verslaving, andere persoonlijkheidskenmerken en/of comorbide stoornissen naar voren gekomen (Sifneos, 1996; Taylor, 1984; Giannini, 1996; Thorberg et al, 2008; Aleman, 2007).

Alexithymie is een affectieve en cognitieve stoornis die wordt gekenmerkt door moeilijkheden in het beschrijven en differentiëren van gevoelens, door een beperkt fantasieleven en door een denken dat is gericht op de externe realiteit in plaats van innerlijke belevingen (Sifneos & Taylor in Kooiman, 2003). Kooiman (2003) veronderstelt dat alexithyme patiënten zich in het algemeen onvoldoende realiseren dat lichamelijke sensaties de lichamelijke manifestaties van emoties zijn. Alexithymie patiënten hebben wel emoties maar relatief ongedifferentieerd en diffuus waardoor de gevoelens hen ook makkelijker kunnen overspoelen. Als alexithymie patiënten worden gevraagd te vertellen over hun gevoel dan vinden ze het moeilijk om de juiste woorden of verbanden te vinden (Kooiman, 2003).

Farges (2004) onderzocht de prevalentie van alexithymie bij drugsverslaafden en een controlegroep zonder verslavingsproblematiek. De resultaten bevestigden de hoge prevalentie van alexithymie onder drugsverslaafden (43,5%) in vergelijking met de controlegroep (24,6%). Het verschil is gebaseerd op de emotionele component (identificeren en beschrijven van gevoelens) van alexithymie, de cognitieve component (extern georiënteerd denken) liet geen verschil zien tussen de twee groepen.

De op de lichaamsbeleving betrekking hebbende kenmerken van alexithymie hebben richting gegeven aan de keuze voor de onderzoeksmethode.

Samenvattend komt uit het literatuuronderzoek naar voren dat aandacht voor het lichaamsbewustzijn en het lichaamsbeeld en het verbeteren van deze subdimensies een positieve rol speelt in het herstel van volwassenen met stoornissen in het gebruik van een middel en dat er mogelijk een beschermende en preventieve werking uitgaat van het positief beïnvloeden van het lichaamsbeeld.

1.4 Onderbouwing voor een kwalitatieve onderzoeksopzet met de methode contextmapping.

Er blijkt nauwelijks onderzoek te zijn gedaan naar de lichaamsbeleving van volwassenen met een stoornis in het gebruik van een middel. In de literatuur ontbreekt duidelijke wetenschappelijke ondersteuning voor de hypothese dat deze groep onvoldoende in staat is om lichaamssignalen te herkennen.

Aangezien er nog weinig onderzoek is gedaan naar de lichaamsbeleving bij verslaving en de focus binnen dit onderzoek is gericht op situaties waarbij de betekeniswereld achter de lichaamsbeleving wordt geëxploreerd, lijkt kwalitatief onderzoek geïndiceerd (Boeije, 2005).

De richtinggevende vraag voor dit onderzoek is:

- ***Hoe beleven volwassenen met een stoornis in het gebruik van een middel hun lichaam?***

De onderzoeker is op zoek gegaan naar een onderzoeksmethode waarbij de verschillende dimensies van de lichaamsbeleving in kaart kunnen worden gebracht en waarbij het uiting geven aan de lichaamsbeleving ook op non-verbale wijze gefaciliteerd zou kunnen worden, zodat de alexithyme kenmerken van verslaafden 'omzeild' kunnen worden. Traditionele onderzoeksmethoden zijn vooral verbaal en analytisch georiënteerd en daarmee mogelijk minder geschikt voor deze doelgroep. Door gebruik te maken van minder taal georiënteerde middelen worden mensen in staat gesteld om iets te doen, te ervaren, en om zaken op een andere manier uit te drukken waardoor later de vertaalslag naar woorden makkelijker gemaakt kan worden (van Alphen, 2006).

Een kwalitatieve onderzoeksmethode uit de ontwerpwereld; contextmapping, lijkt hiervoor geschikt. Contextmapping maakt gebruik van verschillende methoden zoals collage technieken, zelfdocumentatietechnieken (fotografie, video en ervaringswerkboeken) interviews en observaties. Door vanuit verschillende invalshoeken data te verzamelen ontstaat er een gelaagder beeld van de ervaring. De verschillende methoden dienen dus als tools om de deelnemers te helpen om expressie te geven aan de verschillende aspecten van hun ervaring (SleeswijkVisser, 2005). Een ervaringswerkboek met visueel uitnodigend vormgegeven opdrachten is een vaak gebruikte zelfdocumentatietechniek.

Het ervaringswerkboek levert inspirerende informatie op uit het dagelijkse leven en sensibiliseert de participanten rondom het onderzoeksgebied zodat ze in een latere fase van het onderzoek makkelijker over een onderzoeksvraag kunnen denken en hier expressie aan geven. In paragraaf 2.3 (onderzoeksprocedure) zal nader ingegaan worden op de fasering binnen contextmapping onderzoek.

Deze onderzoeksmethode is, zoals reeds aangegeven, afkomstig uit het ontwerpdomein en is ontwikkeld om de gelaagdheid van de beleavingswereld van de consument te onderzoeken en niet die van de patiënt of de cliënt. Het is nieuw om deze methode te gebruiken binnen het domein van de verslavingszorg. In de discussie van deze thesis is een reflectie opgenomen waarin terug wordt gekeken op de toepassing van deze methode. Het primaire doel van dit onderzoek is om kennis te verkrijgen over lichaamsbeleving bij verslaving. Mogelijk kan deze kennis bijdragen aan het ontwikkelen van modules binnen de verslavingszorg.

2.Methode

2.1. Werving, selectie en kenmerken van de onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep heeft bestaan uit 13 volwassen cliënten met een stoornis in het gebruik van middel(len) volgens de criteria van de DSM IV. Van deze cliënten volgen er 8 ambulante of klinisch psychomotorische therapie bij Brijder Verslavingszorg, onderdeel van de Parnassia-Bavo Groep. Twee deelnemers hebben een pmt traject afgerond en 2 deelnemers hebben geen psychomotorische therapie gevolgd. Er is gebruik gemaakt van doelgerichte selectie (purposive sampling) om een breed spectrum aan ervaringen op het gebied van lichaamsbeleving te verkrijgen waardoor verschillende variabelen: gender, leeftijd, cliënten met een variatie aan stoornissen in middelengebruik (cocaïne, heroïne, alcohol, cannabis en polydruggebruik) en cliënten met een variatie van kenmerkende eigenschappen op het gebied van lichaamsbeleving voorkomen in de onderzoeksgroep. Het doel was een relatief groot aantal veelsoortige vergelijkingsgevallen te verkrijgen (Boeije, 2006).

Gezien de inzet van een onderzoeksmethode die nog niet eerder is toegepast bij mensen met psychische stoornissen, de focus van deze methode op (verborgen) emoties en de hoge prevalentie van comorbide problematiek bij deze doelgroep is het van belang geweest om rekening te houden met de mogelijkheid dat er emoties boven komen die een ontregelend effect zouden kunnen hebben. Cliënten met schizofrenie en een bipolaire stoornis zijn om die reden dan ook uitgesloten van dit onderzoek. Er is er een informatiebrief en toestemmingsformulier (zie bijlage 1) verstuurd aan de participanten waarin informatie is gegeven over het doel en het verloop van het onderzoek en waarin is aangegeven hoe er met de data zal worden omgegaan. De onderzoeker heeft ernaar gestreefd om in haar onderzoekerrol de participant zoveel mogelijk onbevooroordeeld en onbevangen tegemoet te treden en heeft haar onderzoekerrol en de betekenis ervan duidelijk uitgelegd aan de participanten.

De volgende tabel geeft inzicht in de kenmerken van de onderzoekspopulatie:

Naam	m/v	leeftijd	Type middel	Periode remissie	Comorbiditeit
Mick	m	35	Cannabisafhankelijkheid (H)	Langdurige volledige remissie	Sociale Fobie
Mona	v	25	Alcoholafhankelijkheid (H)	Vroege volledige remissie	Paniekstoornis met agorafobie Dysthyme stoornis Depressie eenmalig, zonder psychotische kenmerken
Sanna	v	25	alcoholafhankelijkheid	Vroege volledige remissie	Paniekstoornis met agorafobie (H) Bordeline persoonlijkheidsstoornis
Jan	m	54	Alcoholafhankelijkheid (H) Cocaïneafhankelijkheid	Vroege volledige remissie	ADHD Antisociale persoonlijkheidsstoornis
Daan	m	41	Alcoholafhankelijkheid (H)	Vroege volledige remissie	
Nicolle	v	50	Afhankelijkheid van opioïde (H) Cocaïneafhankelijkheid	Langdurige volledige remissie idem	Schizotypische persoonlijkheidsstoornis
Jackie	v	45	Cannabisafhankelijkheid (H) Cocaïneafhankelijkheid alcoholafhankelijkheid	Vroege volledige remissie	Borderline persoonlijkheidsstoornis ADHD

Manuel	m	53	Alcoholafhankelijkheid	Vroege volledige remissie	ADHD (H)
Sally	v	21	Alcoholafhankelijkheid (H)	Langdurige volledige remissie	PTSS Depressie
Marc	m	37	Cocaïneafhankelijkheid (H) Afhangelijkheid van verschillende middelen	Langdurige volledige remissie idem	
Dario	m	51	Cocaïneafhankelijkheid (H) alcoholafhankelijkheid	Langdurige volledige remissie idem	ADHD
Mario	m	47	Cocaïneafhankelijkheid (H) Afhangelijkheid van opioïde	Vroege volledige remissie idem	Antisociale Persoonlijkheidsstoornis
Ricardo	m	30	Cannabisafhankelijkheid (H) Cocaïneafhankelijkheid Alcoholafhankelijkheid	Vroege volledige remissie idem idem	ADHD

Tabel 1: overzicht met kenmerken van de participanten: naam (gefingerd), leeftijd, geslacht, middelenafhankelijkheid, periode van remissie en comorbiditeit.

2.2 Sensitizing concepts

Hieronder wordt nader ingegaan op de *sensitizing concepts* die richting hebben gegeven bij de analyse. De *sensitizing concepts* zijn afkomstig uit de kwalitatieve onderzoekstraditie en worden ook wel richtinggevende begrippen of oriëntatiebegrippen genoemd. Zij suggereren ‘*what to look for and were to look*’ (Ritzer, 1992). De ‘*sensitizing concepts*’ uit de literatuur die een rol hebben gespeeld bij de analyse zijn verschillende subdimensies van lichaamsbeleving zoals lichaamsbewustzijn, lichaamswaardering, lichaamsattitude en lichaamsbeeld en verder craving, anhedonie en controleverlies en impulsiviteit. Craving, anhedonie en controleverlies en impulsiviteit worden vanuit de literatuur genoemd als belangrijke kenmerken van een stoornis in het gebruik van een middel en zal ik hierna beschrijven. Vanuit de richtinggevende vraag binnen het onderzoek zal de focus liggen bij de lichamelijke belevings- en uitingvorm van deze *sensitizing concepts*.

Craving of hunkering. Franken (2009) stelt dat het gaat om een verlangen naar een psychoactieve stof en een bewust gevoel dat optreedt tijdens een verhoogde motivationele toestand. Dit verlangen is een centraal kenmerk van stoornissen in het gebruik van middelen. Middelengebruik is vaak het resultaat van *craving* en controleverlies (Franken, 2009).

Anhedonie. Van den Brink (2006) stelt dat mensen die verslaafd zijn waarschijnlijk relatief weinig dopaminereceptoren hebben in hun hersenen. Mensen met zo’n tekort zijn enigszins anhedonisch, dat wil zeggen dat ze slecht in staat zijn tot plezierbeleving. Totdat ze drugs tegenkomen. Drugsgebruik leidt in sterke mate tot de aanmaak van dopamine. Cocaïne doet dat extreem, alcohol doet dat ook. Mensen met weinig dopaminereceptoren gaan dus op zoek naar plezier en beloning en komen tenslotte drugs tegen.

Controleverlies en impulsiviteit.

Dom en de Wilde (2009) stellen dat verlies van controle een belangrijk, zo niet het belangrijkste kenmerk is van verslavingsgedrag. Controleverlies betekent het onvermogen om weerstand te bieden aan de zucht tot gebruik en het verder gebruiken ondanks de negatieve gevolgen (APA, 1994). Verhoogde scores op schalen die impulsiviteit en *sensation seeking* in kaart brengen zijn een constante bevinding bij diverse groepen drugsgebruikers.

De *sensitizing concepts* die als zoekfunctie fungeren zijn dus: craving, anhedonie, controleverlies en impulsiviteit en de verschillende subdimensies van lichaamsbeleving zoals lichaamsbewustzijn, lichaamsbeeld, lichaamswaardering en lichaamsattitude.

2.3 Onderzoeksprocedure en gegevensverzameling.

De procedure van de onderzoeksmethode contextmapping is gevolgd. Een contextmapping onderzoek heeft betrekking op een sequentie van de volgende onderzoeksstappen: preparatie, het sensibiliseren van de participant, individuele sessie, analyse en communicatie.

Het sensibiliseren is een proces waarbij de participanten in hun eigen tijd en omgeving worden getriggerd, aangemoedigd en gemotiveerd om te denken, exploreren, reflecteren en zich te verwonderen over aspecten van het lichamelijke domein (SleeswijkVisser, 2005). Dit sensibiliseren gebeurt middels verschillende zelfdocumentatietechnieken. Bij dit onderzoek hebben de participanten hiervoor een ervaringswerkboekje (zie bijlage 2.1) gekregen dat ze dagelijks gedurende 10 dagen voorafgaand aan de individuele sessie hebben ingevuld. In dit boekje zijn op speelse en uitnodigende wijze vanuit een breed perspectief vragen gesteld en hebben de participanten opdrachten gemaakt die betrekking hebben op het gehele lichamelijke domein. In die periode is er door de onderzoeker elke 2 à 3 dagen telefonisch contact opgenomen om te onderzoeken hoe het invullen verliep en mogelijke vragen te beantwoorden. Tijdens de individuele sessie is de participant gevraagd een collage te maken waarbij de deelnemers gebruik hebben gemaakt van verschillende collage materialen zoals een beelden- en woordenset. De beelden- en woordenset (zie bijlage 2.2) is opgebouwd uit 3 plaatjesvellen met in totaal 90 ambigu plaatjes en 3 woordenvellen van zo'n 100 woorden. Deze set is bedoeld om vanuit een breed perspectief aanspraak te doen op associaties met betrekking tot lichaamsbeleving. De centrale vraag aan de participant is geweest: 'gebruik de verschillende collage materialen om uiting te geven aan hoe je je lichaam beleeft'. Aan de hand van de collage opdracht (zie bijlage 3) en de gegevens uit het ervaringsdagboek heeft er een semi-structureerd interview van ongeveer 60 minuten plaatsgevonden. Een topiclijst en opzet van het interview (zie bijlage 4) heeft gediend om de verschillende *sensitizing concepts* en categorieën van dit onderzoek verder te exploreren en om als 'kapstok' te dienen bij het interview. Drie van de 13 deelnemers (Sanna, Manuel en Sally) hebben geen collage gemaakt tijdens de individuele onderzoekssessie. Door gebruik te maken van triangulatie van methoden, zoals het ervaringsdagboek, de collage en het semi-structureerd interview is er vanuit verschillende invalshoeken gegevens verzameld en ontstond er een gelaagder beeld van de ervaring. In een bijgehouden logboek zijn alle wetenswaardigheden, persoonlijke reflecties, vragen en bijzonderheden van het onderzoek vastgelegd.

2.4. Transcriptie van ruwe gegevens en data analyse

De collage en de interview sessie zijn op video en op audio opgenomen en de data op audio is verbatim getranscribeerd. Met de gefundeerde theorie benadering voor analyse (Corbin & Strauss, 1990) is de data bestudeerd om hierin structuren te ontdekken. De contextmapping methode heeft een benadering die grotendeels in lijn is met de gefundeerde theoriebenadering en bestaat uit een 4 fasen structuur om de generatieve data te analyseren. Deze fasen zijn door SleeswijkVisser (2005) als volgt ingedeeld:

Voorbereiding: maken van een mindmap

Er is een mindmap gemaakt waarin alle subdimensies van lichaamsbeleving en alle mogelijke kenmerken bij volwassenen met een stoornis in het gebruik van een middel zijn uitgewerkt.

Fase 1: eerste indruk en transcriptie

Alle gedachten en opmerkingen over het onderzoeksdomein zijn zowel tijdens als direct na de sessie gedocumenteerd. Vervolgens zijn er transcripts gemaakt van de audio registratie. Bij het maken van de transcripts is gekozen voor een *preservationist*-benadering waarbij de oorspronkelijke weergave van de tekst zo letterlijk mogelijk is weergegeven.

Fase 2: eerste impressies en inzichten

Alle eerste impressies en inzichten zijn opgeschreven. Zowel de verschillende ruwe datagegevens als de transcriptie ervan zijn inzichtelijk voor derden. Voorbeelden hiervan zijn in het resultaat hoofdstuk opgenomen.

Fase 3: het omschrijven en afbakenen van begrippen, het vinden van patronen en het creëren van een overall view

Alle tekstfragmenten die over een bepaald onderwerp handelen zijn voorzien van eenzelfde beschrijvende code. Het doel van deze terreinverkenning is de ontwikkeling van een begrippenkader dat het onderzoeksmateriaal dekt (Boeijs, 2006).

Bij dit open coderen bleken de sensitizing concepts anhedonie en controleverlies en impulsiviteit een te hoog abstractieniveau te bezitten en deze concepts zijn aangepast in bewoordingen die dichter staan bij de uitspraken van de participanten.

Waar mogelijk is er een begin gemaakt met interpreterende codes en/of het indelen in dimensies. Na het coderen van de 13 interviews is een codeboom ontstaan met zo'n 50 beschrijvende codes (zie bijlage 5) en een tweede codeboom waarin de interpreterende codes verwerkt zijn.

Deze codes zijn geclusterd waardoor er naast de bestaande hoofdcodes (de sensitizing concepts) nieuwe categorieën zichtbaar werden zoals emoties, keerpunt op het gebied van lichaamsbeleving, betekenis pmt, zingeving en taalgebruik. Vervolgens zijn alle interviews aan de hand van de categorieën en sensitizing concepts per participant op A1 formaat vellen gerangschikt waarbij nogmaals alle toegekende codes zijn gecontroleerd en vergeleken en zonodig aangepast.

Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te vergroten zijn er een Gz-psycholoog, een psycholoog van Brijder Verslavingszorg en een methodoloog uitgenodigd om te toetsen in welke mate er sprake was van overeenstemming betreffende de toegekende codes en of de fragmenten systematisch bij dezelfde code terecht zijn gekomen zijn. Tevens heeft er een eerste data analyse plaatsgevonden met behulp van een panel van psychomotorisch therapeuten werkzaam in verschillende werkvelden, een team van psychologen van Brijder en door een industrieel ontwerper en expert op het gebied van de onderzoeksmethode contextmapping. Met deze maatregelen is getracht ik de betrouwbaarheid en validiteit te verhogen (Boeije, 2006). Alle resultaten hiervan zijn gedocumenteerd. Van de 13 vellen op A1 formaat zijn vervolgens van elke deelnemer per concept en categorie een kernprofiel (zie bijlage 6) op A4 formaat gemaakt om het vinden van patronen te vergemakkelijken bij de fase van het selectief coderen. Een aantal van deze kernprofielen zijn ter toetsing, aanvulling en met de vraag of de informatie correct is voorgelegd aan verschillende participanten (member checking).

Fase 4: presentatie

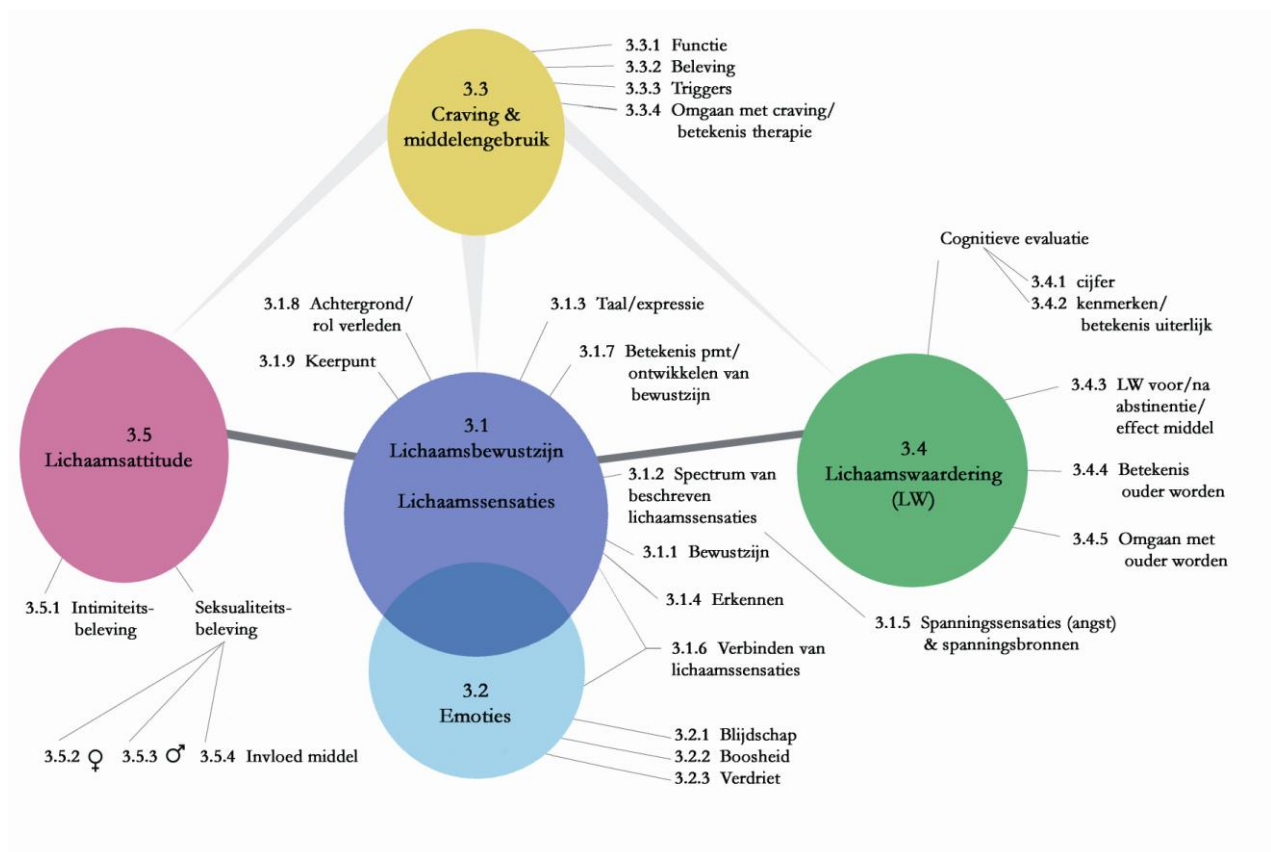
De resultaten zijn in een verslag en op posters vastgelegd (zie bijlage 7)

3. Resultaten

De informatie uit de 12 interviews is beschreven aan de hand van de categorieën die zijn gebaseerd op de *sensitizing concepts* : lichaamsbewustzijn, lichaamswaardering, lichaamsattitude, *craving* en middelengebruik en emoties. Deze hoofdcategorieën zijn ontstaan na de fase van het axiaal coderen. Aangezien bij 1 deelnemer (Nicolle) tijdens de eerste analyseronden de psychotische kenmerken van haar schizotypische persoonlijkheidsstoornis dusdanig sterk naar voren bleken te komen is ervoor gekozen om haar niet mee te nemen bij de fase van het selectief coderen. In deze paragraaf zullen zodoende de data van 12 deelnemers worden beschreven.

Alle categorieën en subcategorieën die verbonden zijn met het ervaren en expressie geven aan lichaamssensaties, het ontwikkelen van bewustzijn van lichaamssensaties, veranderingen of een keerpunt met betrekking tot lichaamssensaties en de rol van het verleden in relatie tot het ervaren van lichaamssensaties zijn ondergebracht bij de hoofdcategorie lichaamsbewustzijn. De categorie lichaamsbeeld is vervallen aangezien er geen informatie vanuit de interviews over dit onderwerp is verkregen. Vanuit de clustering van categorieën zijn er verschillende themagebieden zichtbaar geworden. De subcategorieën zijn ondersteund met quotes uit de interviews en opdrachten uit de ervaringsdagboeken.

In het volgende schema (figuur 4) wordt er een overzicht gegeven van de in resultaten beschreven categorieën en subcategorieën.



figuur 4. Schema van alle in resultaten beschreven categorieën

3.1 Lichaamsbewustzijn

3.1.1 Bewustzijn van lichaamssensaties

Een meerderheid van de deelnemers beschrijft hun lichaam, met name voor opname in een behandelsetting, als raar, vreemd, onbewust en een onbekend gebied waar in vele gevallen op een instrumentele manier naar werd gekeken:

'Ik was zo verstooid dat ik het al die jaren niet heb gekend, het lijkt wel of ik uit een ei kom' (Marc).

'Doen via de automatische piloot. Met de afstandbediening: je drukt op een knopje en zet de rest uit' (Ricardo).

Alle deelnemers geven aan zich na hun opname in een behandelsetting meer bewust te zijn geworden van hun lichaamssensaties. Er lijkt bij de meerderheid een pril begin te zijn gemaakt met het ontdekken van wat zou kunnen worden omschreven als een nieuw ervaringsgebied:

'Het lijkt wel of ik jaren met een kater heb gelopen en dat je in een keer van je kater af bent en dat je in een keer weer overal kleuren om je heen ziet' (Marc).

'Ik probeer nu wel naar mijn lichaam te luisteren. En ik probeer me ervan bewust te zijn. En ik merk nu ook dat ik grenzen heb. Daar was ik me helemaal niet bewust van. Daar was ik me echt niet van bewust' (Mona).

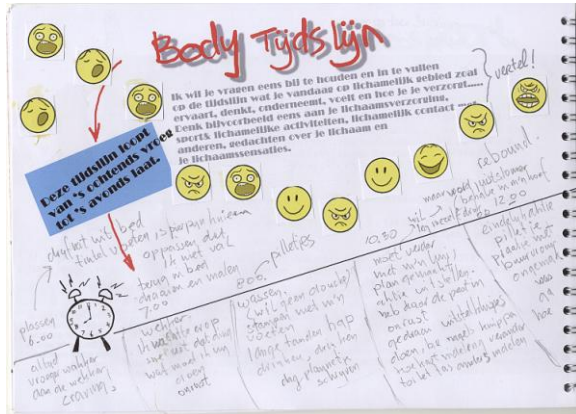
3.1.2 Spectrum van beschreven lichaamssensaties

Er blijkt sprake van een spectrum van beschreven sensaties waarbij de variatie binnen het spectrum vooral lijkt te bestaan uit een kleine groep (5 van de 12) deelnemers die veel intensieve sensaties ervaart en gedetailleerd beschrijft en een grotere groep deelnemers (7 van de 12) die weinig tot geen sensaties beschrijft of voornamelijk sensaties die verbonden zijn met lichamelijke pijn of honger. Verscheidene deelnemers hebben tijdens het interview verbaasd gevraagd hoe angst, verliefdheid en boosheid dan wel voelbaar kunnen zijn op lichamelijk niveau.

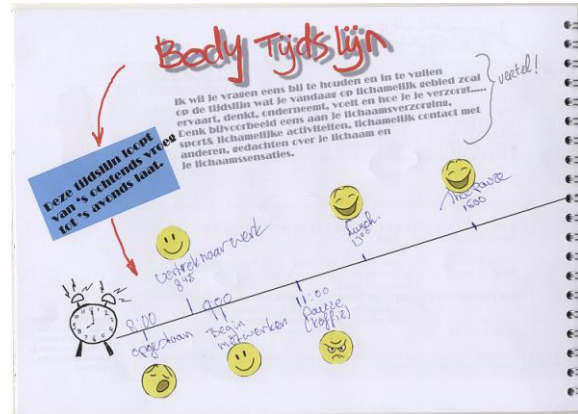
Bij de deelnemers met gedetailleerde fragmenten over lichaamssensaties hebben deze vooral betrekking op angstgerelateerde lichaamssensaties. Deze sensaties worden vaak beschreven als spierspanning, buikpijn, een prop in de keel, druk op de borst, trillen en veranderingen in ademhaling. De volgende quote is van een deelnemer met intensief beleefde lichaamssensaties:

'Ja, ik heb ook gedanst..Natuurlijk! En welke lichaamssensaties ervaar je? Alles, verdriet, vreugde en een tinteling door heel mijn lichaam. Dat is wat er gebeurt. Soms gaat er iets open door de prop heen. Maar er zit ook wel vaak een prop in mijn maag. Dat is eigenlijk chronisch en soms is hij even weg..lala' (Mick).

De opdracht 'Bodytijdslijn' uit het ervaringswerkboek geeft een (visueel) beeld van beschrijvingen van lichaamssensaties van 2 deelnemers uit de twee polen van het belevingsspectrum;



Figuur 4.1 Een deelnemer met veel beschrijvingen van ervaren lichaamssensaties.



Figuur 4.2 Een deelnemer met weinig beschrijvingen van lichaamssensaties. Ook in het interview kwam dit beeld naar voren.

3.1.3 Taal: uitdrukking geven aan lichaamssensaties en emoties

Bij het doorvragen op lichaamssensaties bij de gekozen beelden van de collage blijkt het merendeel van de deelnemers aan te geven veel moeite te hebben met het vinden van woorden om gevoelens te omschrijven:

'Er komt geen woordenlegging bij' (Marc) en: 'Ik praat liever zo vanuit mijn koppie dan vanuit mijn body' (Sally).

Veel deelnemers blijken een beperkte woordenschat te hebben als het gaat om gevoelsuitdrukkingen.

3.1.4 Erkennen van lichaamssensaties (pijn en vermoeidheid).

Tien van de 12 deelnemers hebben aangegeven voor hun opname met name lichaamssensaties zoals pijn- en vermoeidheidssignalen veelal ontkend te hebben en daarmee soms aanzienlijke (gezondheids) risico's te hebben genomen:

'Het door mijn grenzen heengaan, het niet willen toegeven aan mijn grenzen. Ik ben in het verleden vaak over mijn grenzen heengegaan. En als ik terugkijk op die periode dan heb ik toch wel zoiets van het kan ooit eens mijn dood worden. 'Ik ben dan geneigd om door te trappen. Soms tot ik ga zweten, verzuring krijg en eventueel gescheurde spieren aan toe' (Ricardo).

Bij een meerderheid blijkt er wel sprake te zijn geweest van een matig bewustzijn van pijn- en vermoeidheidssignalen. Een enkeling geeft echter aan zijn pijnsignalen totaal ontkend te hebben:

'Nee, dat interesseert me niet. Ik zou glimlachen als ze mijn pink er af snijden'. En: 'echte pijn, fysieke pijn is relatief. Ik heb me zelfs dwars door mijn hand gestoken met een fileermes omdat je me fysiek geen pijn kon doen' (Jan).

3.1.5. Spanning en prikkels: spanningssensaties en spanningsbronnen

Het merendeel van de deelnemers geeft aan spanning bewust op te zoeken en te genieten van 'kicks' zoals de spanningsbronnen vaak omschreven worden. Deze kicks kunnen bestaan uit het creëren van of het opzoeken van risicovolle situaties en het ervaren van seksueel contact:

'Een tijdje terug op de pier toen was het verschrikkelijk hard aan het waaien. Ik vond het kicken om over het randje te klimmen en aan de andere kant te gaan hangen. Ik neem een risico en ik ben 47 hè, bahaba! (Mario).

Het gevoel tijdens de 'kickbeleving' wordt vaak omschreven als een achtbaan gevoel of een adrenaline kick. Veel deelnemers kunnen daarbij geen specifieke lichaamssensaties beschrijven en sommigen geven aan dat angst en de bijbehorende sensaties hen onbekend zijn. Het merendeel van de 'sensation seekers' geeft aan regelmatig de zelfcontrole te zijn verloren en zich agressief of soms gewelddadig te hebben gedragen. Deze groep geeft ook aan zich niet bewust te zijn geweest van de spanningsopbouw die tot controleverlies heeft geleid. Verschillende deelnemers vertellen bewust spanningsvolle situaties op te zoeken zoals 's nachts naar het kerkhof gaan of de hieronder beschreven quote van een deelnemer die bewust probeert om het gevoelscontact met zichzelf te versterken:

'Soms ga ik wel eens 's nachts wandelen om een situatie te zoeken waarin ik angst voel. Dit om het te herkennen en om te testen of ik dat gevoel wel heb. Zo nu en dan ga ik masturberen om dat gevoel te herkennen. Ik moet dat gevoel ontrafelen. Ik ben mezelf dus aan het prikkelen om bepaalde gevoelens te voelen' (Manuel).

Een paar deelnemers geeft aan sinds hun abstinentie prikkels en spanning vooral te vermijden maar hiervoor altijd op te zoek te zijn geweest naar spanningsbronnen en soms nog steeds het verlangen ernaar te ervaren. Van de deelnemers die hebben aangegeven dagelijks veel angstsensaties te ervaren is er één deelnemster die aangeeft spanningsverhogende prikkels uit de weg te gaan, de anderen zoeken ondanks hun hoge angstniveau nog steeds naar spanningsverhogende prikkels.

3.1.6. Erkennen/verbinden en begrijpen van aan emoties gerelateerde lichaamssensaties

Bij de deelnemers die in staat zijn tot het bewust ervaren van lichaamssensaties wordt de betekenis van deze sensaties door een meerderheid niet begrepen en worden deze sensaties veelal niet gerelateerd aan emoties. Verschillende deelnemers zijn zich bewust van hun spanningssensaties en de wijze waarop ze aan emoties gerelateerde lichaamssensaties onderdrukken:

'Je voelt iets in je lichaam maar het gaat niet verder tot emotie; het slaat niet over. De blokkade zit dan zo'n beetje bij mijn ademhaling en dan verdwijnt die weer..het komt op en is weer weg. Ik kan het enerzijds wel voelen maar dan komt een bepaald gevoel van spanning zeg maar' (Ricardo).

Dit terwijl de helft van de deelnemers zich matig tot niet bewust is van het onderdrukken van lichaamssensaties. Herkenning van de incongruentie van lichaamstaal en de ervaren innerlijke sensaties wordt door verschillende deelnemers genoemd:

'Ik kan heel hard overkomen terwijl ik dat eigenlijk niet ben. Eigenlijk ben ik gewoon slappe was. Ik doe me heel stoer voor. Ik ben super gevoelig..eigenlijk wel. Ik probeer naar buiten altijd heel heftig over te komen. Soms van 'ho don't fuck with me', weet je wel. Doe me geen pijn eigenlijk' (Jackie).

3.1.7 Betekenis pmt (ontwikkelen van lichaamsbewustzijn)

Alle 10 deelnemers die aan een modulair pmt groepsaanbod of aan een individueel pmt traject hebben deelgenomen hebben aangegeven dat pmt van betekenis is geweest bij het ontwikkelen van meer lichaamsbewustzijn waardoor er meer contact en bewustzijn is ontstaan met betrekking tot lichaamssensaties:

'Na mijn opname ben ik me meer bewust van mijn lichaam geworden. Er is niet alleen een hoofd vol gedachten en pessimistische shit maar ook een lichaam' (Sanna).

Verschillende deelnemers hebben aangegeven het hernieuwde en vergrootte contact met hun lichaam belangrijk te vinden maar dit tegelijkertijd ook spanningsvol te vinden omdat het aanleiding kan geven tot het ervaren van meer kwetsbaarheid.

De bodyscan, een lichaamsgerichte werkvorm uit de mindfulness meditatieve aandachtstraining wordt door een meerderheid van de deelnemers genoemd als behulpzaam en ondersteunend bij het ontdekken van hun lichaam:

'Het hier en nu heb ik leren heroveren met de bodyscan: dit is hier en nu! Ik heb mijn afdwalen leren opmerken zodat ik weer terug kan komen naar het hier en nu. Pmt heeft mijn intensiviteit van zelfonderzoek vergroot; ik ben meer gaan letten op het lichamelijke' (Manuel).

Een meerderheid van de deelnemers noemt de bodyscan ook in relatie tot het ontwikkelen van een accepterende houding waardoor er meer berusting ontstaat met betrekking tot ervaren emoties en lichaamssensaties zoals angst en pijn waardoor ook craving beter gehanteerd kan worden:

'Sommige mensen zeggen als je pijn hebt dan moet je er niet aan denken. Maar, nee het is andersom. Als je pijn hebt dan moet je alles focussen op die pijn. Dan ga je minder last krijgen. En de bodyscan helpt mij om te gaan slapen' (Marco).

Een aantal deelnemers heeft aangegeven dat pmt hen ondersteund heeft bij het leren herkennen van spanningssensaties als de angst oploopt en het leren toepassen van spanningsverlagende coping. Als spanningsverlagende coping worden er door verschillende deelnemers adembewustzijn en ontspannende ademhalingstechnieken genoemd.

3.1.8 Rol verleden/ achtergrond lichaamsbeleving

Een meerderheid van de deelnemers heeft verteld veel onveiligheid te hebben ervaren in hun jeugd en/of traumatische ervaringen te hebben opgedaan in die periode. Er was veelal geen sprake van een bevestigend en ondersteunend opvoedingsklimaat. Een aantal van deze deelnemers heeft aangegeven zich sinds een bepaalde periode in hun leven op gevoelsmatig gebied te hebben afgesloten:

'Ik denk voornamelijk dat ik een jaartje of 14 was en dat het toen begonnen is....dat het is gaan opbouwen. Dat ik heb geleerd een meester te worden in niet voelen' (Ricardo).

Bij andere deelnemers blijkt er (nog) geen relatie te zijn gelegd tussen een traumatische ervaring in hun jeugd en de impact ervan op de lichaamsbeleving en het toenmalig startpunt van problematisch middelengebruik. Verschillende deelnemers hebben aangegeven vanuit hun thuissituatie niet geleerd te hebben om op een constructieve manier met hun lichaamssensaties en emoties om te gaan:

'Ik ben als kind vaak in heel gewelddadige situaties geweest en dan mocht ik niet huilen terwijl een kind verdriet heeft...want dat werkte bij mijn vader als een trigger om de boel kort en klein te slaan en alles. Emoties houd je altijd in. Het uiten dat heb ik nooit geleerd' (Jackie).

3.1.9 Keerpunt op het gebied van lichaamsbeleving

De meeste geïnterviewden hebben aangegeven dat sinds hun opname en abstinentie het contact met hun lichaam is toegenomen en er meer bewustzijn is ontstaan op het gebied van lichaamssensaties en het in contact zijn met emoties. Een deelnemer geeft aan op haar 12^e in het bijzijn van haar vader verkracht te zijn door haar neef en sindsdien het lichamelijke contact met anderen af te houden en nog nooit genoten te hebben van seksualiteit. Een andere deelnemer geeft aan dat na een ingrijpende operatie zijn seksualiteitsbeleving sterk is veranderd. Participant Jan geeft aan dat het keerpunt voor hem staat voor het optreden van tolerantie op het gebied van sensatiegerichte lichaamssensaties:

'Op het laatst dan ga je zo ver dan geeft lichaamsbeleving geen genoegdoening meer. Lichaamsbelevingen kunnen fijn zijn door fysiek geweld of door seks maar op het laatst zijn die dingen zo gewoon...Dan is het geen beleving meer'.

3.2 Emoties

Algemeen. Er bleek bij deze categorie sprake te zijn van een meerderheid van deelnemers die veelal op een rationele manier spreekt over emoties en er weinig tot geen lichaamssensaties bij ervaart. Een kleinere groep vertelt vaak intensieve en verwarrende lichaamssensaties te ervaren maar de herkomst en de betekenis ervan vaak niet te begrijpen;

'Ik ben heel onderzoekend naar emoties om ze te herkennen en los te maken uit de warboel. Mijn emoties zijn vaak een warboel. Ik wil ze dan ontrafelen'. En: 'Ik voel vaak wel de sensaties maar kan het moeilijk verbinden met emoties' (Manuel).

3.2.1 Blijdschap:plezier en genieten

Het in de natuur zijn werd door de meerderheid van de deelnemers genoemd als belangrijkste bron van genieten. Verschillende deelnemers noemen de aan 'kicks' gerelateerde activiteiten als bron van plezier al geven ze aan momenteel te zoeken naar minder sensatiegerichte spanningsbronnen. Een paar deelnemers zijn in staat om aan te geven welke lichaamssensaties ze ervaren als ze blij zijn:

'Mooie muziek vooral en natuur...ongelooflijk! Dat je het maar mag zien..ongelooflijk! Daar word ik intens blij van. Door de buikdingen heen, dat ontroert me... Een soort gelukzaligheid. Het is een soort verdriet en eigenlijk wil ik ook gillen (gilt) ik krijg dan tintelingen en dan...het is net of je uit elkaar wil' (Mick).

Veel deelnemers kunnen weinig aan blijdschap gerelateerde lichaamssensaties benoemen of geven aan daar weinig of geen woorden voor te hebben.

3.2.2 Boosheid

Geen van de deelnemers heeft aangegeven in staat te zijn om op een constructieve manier en 'in contact' met zichzelf en hun omgeving boos te zijn. Veel deelnemers geven het label boosheid aan het ontladen van lichamelijke spanningssensaties of lijken er sterk op gericht te zijn om het uiten van boosheid te vermijden en de behorende sensaties te onderdrukken:

'Vloeken, tieren, rond ijsberen. Ja, in een waterval komt alles eruit gepaard met veel vloeken en heel veel heen en weer geloop. Ik merk dat ik gespannen ben in mijn lichaam als ik boos ben en als ik het eruit gooi dat die spanning dan wegebt' (Sally).

Dit lijkt bij verschillende deelnemers verbonden met angst voor controleverlies en bij anderen met angst voor een agressieve reactie van hun omgeving.

3.2.3 Verdriet

Veel deelnemers geven aan vaak verdrietige gevoelens (vooral kwetsbaarheid&eenzaamheid) te ervaren maar uiten deze gevoelens niet. **'Nee, dat is het hem juist als het op kwetsbaarheid aankomt dan is het toeff, dat is makkelijk af te wimpelen!'** (Daan).

Het contact maken met verdriet blijkt bij meerdere deelnemers spanningsvolle lichaamssensaties op te roepen maar in veel gevallen worden ook deze spanningssensaties ontkend:

'Eigenlijk is het heel mijn leven altijd hetzelfde: gespannen, angstig, verdrietig en blij. Ik ben altijd weggegaan van mezelf. Dat heb ik altijd gedaan. Ik heb nooit gevoelens durven voelen' (Mick).

Tijdens het interview bleken veel deelnemers te gaan lachen, een grap te maken, een gespannen houding aan te nemen of het oogcontact te verbreken met de onderzoeker als er verdriet omhoog kwam of als er over verdrietige gebeurtenissen uit hun leven werd gesproken. Een meerderheid van de deelnemers lijkt zich matig bewust te zijn van deze reacties of van het gedrag dat ze vertonen:

'Ik heb een hele grote mond en ik praat overal boven uit. En ik gedraag me gewoon zo dat niemand iets aan me kan vragen. Het is niet het juiste maar...Ik ben bang voor mijn gevoel. Verdriet? Dat mensen te dichtbij me komen. Dan kunnen ze weggaan. En dat wil ik gewoon niet. Dus daar steek ik een stokje voor' (Mona).

3.3 Craving en middelengebruik

3.3.1 Functie middel

Een meerderheid van de deelnemers noemt het verdoven van gevoel als belangrijkste functie. Vooral verdriet wordt als 'te verdoven' emotie genoemd:

'Dat is gewoon als ik maar niets voel...als ik maar niets beleef..als ik maar gewoon lekker een zombie ben' (Marc).

'De pijn dus...als je totaal niet begrepen wordt. In mijn optiek verdrijf je gewoon emotionele pijn. Het werkt angst in de hand heb ik het idee' (Mick).

Verder wordt als functie ook genoemd: het 'blussen van vuur', toename van concentratie en zelfbeheersing, krijgen van meer grip op emoties, als 'raakvlak tussen de vriendjes' en het geven van rust.

3.3.2 Beleving van Craving

De deelnemers hebben bij de collage opdracht 'trek en mijn lichaam' uit het ervaringswerkboek opvallend veel gebruik gemaakt van bepaalde beelden. Het plaatje van de 'schreeuwende man' is door 11 van de 13 deelnemers gebruikt en de beelden 'vuur', 'eenzame man' en 'onweer' respectievelijk 9, 9 en 8 keer. Hieronder volgen twee voorbeelden van de opdracht 'trek en mijn lichaam' waarbij de overeenkomstige keuze voor bepaalde beelden zichtbaar wordt:



Figuur 5.1 Collage opdracht 'Trek en mijn lichaam' van deelnemer Jan.



Figuur 5.2 Collageopdracht van deelnemer Dario.

Craving wordt door veel deelnemers beschreven als een brandend gevoel:

'Het voelt als een brandend gif en het gevoel dat het gif moet worden verdund en geblust' (Manuel).

Veel deelnemers noemen 'onrust en chaos', waarvan sommigen de onrust in het hele lichaam ervaren maar bij het merendeel zit de onrust voornamelijk in het hoofd. Verder worden de volgende beschrijvingen van craving gegeven: spierspanning, bewegingsdrang, 'zich geketend' voelen, zweterig, een adrenaline flow, chaos, opwindend en een gevoel van intense spanning in het lichaam. Op cognitief niveau wordt het voeren van een innerlijke strijd vaak genoemd.

Het in contact komen met opkomende emoties zoals gevoelens van eenzaamheid en kwetsbaarheid en het willen wegdrücken ervan wordt door veel deelnemers genoemd:

'Het wegdrücken van mijn gevoel van kwetsbaarheid en eenzaamheid. Ik voel dan een soort verdriet, een onbestemd gevoel van weemoed en het willen uitbarsten in huilen. Ik zou heel graag mijn gevoelens willen delen met anderen, dat is mijn verlangen. Onder de zucht zit een soort gevoelsmatige laag, een soort heimwee' (Manuel).

3.3.3 Triggers Craving

Net zoals in de hierboven genoemde quote van Manuel beschrijven ook veel andere deelnemers opkomende emoties zoals verdriet (eenzaamheid en kwetsbaarheid) en in een paar gevallen de onmacht om boosheid te uiten als belangrijke triggers die aanleiding kunnen geven tot craving:

'Als ik wil gebruiken ben ik echt alleen maar met mezelf bezig. Dat is de pijn weggrijpen, de vreselijke pijn. De pijn die je voelt als je verdriet hebt' (Jackie).

3.3.4 Omgaan met craving en betekenis pmt

Acceptatie van craving en het contact maken met de gevoelens die ermee verbonden zijn wordt door een meerderheid van de deelnemers genoemd als behulpzaam en effectief bij het omgaan met craving:

'Het gewoon laten zijn op de plek waar het zit en kijken wat er achter de plek zit. Onder die plek zit dan vaak verdriet, 'verleden' en onbegrip. Het niet loslaten van iemand anders zijn sores' (Marc).

Door verschillende andere deelnemers wordt ook het vasthouden aan een dagstructuur, lichaamsbeweging, afleiding zoeken en het zich bewust worden van het ervaren van craving en een voorheen automatisch daaraan gekoppelde actie genoemd:

'Trek wil niet gelijk zeggen gebruiken....tussen trek en dan naar gebruik daar zit een klein stukkie tussen. Het daarbij stilstaan is nieuw' (Daan).

3.4. Lichaamswaardering

3.4.1 Cognitieve evaluatie:cijfer

De meeste deelnemers waarden hun lichaam op een schaal van 1-10 met een voldoende met een variatie in waarden tussen de 4 en de 9. Met de volgende cijfers waarden de deelnemers hun lichaam: 9, 8, 8, 7, 7, 6+, 6, 5, 4/5, 4 en 8 (lichaam) en 4 (gezicht). Alleen de mannelijke deelnemers hebben hun lichaam gewaardeerd met een cijfer hoger dan 7. De gemiddelde LW is bij mannen hoger dan bij vrouwen.

3.4.2 Cognitieve evaluatie: kenmerken en betekenis uiterlijk

Als de deelnemers wordt gevraagd wat ze aantrekkelijk vinden dan worden er, vooral door de vrouwen, opvallend veel aantrekkelijke eigenschappen toegekend aan het gezicht waarbij ogen, tanden en lach vaak worden genoemd. Een aantal mannen noemen conditie en de vorm van hun spieren als aantrekkelijke kenmerken. Onaantrekkelijkheid blijkt bij alle vrouwelijke deelnemers verbonden met gewicht:

'Ik ben erg bang dat anderen me te dik vinden. Ik ben me er pijnlijk van bewust dat ik te dik ben. Als ik loop ben ik me ervan bewust dat anderen mijn dikke kont heen en weer zien gaan. Dat maakt me onzeker en verdrietig' (Sanna).

De mannelijke deelnemers blijken de betekenis van hun uiterlijk vaker minder belangrijk te vinden en zich er minder mee bezig te houden dan de vrouwelijke deelnemers.

3.4.3 Lichaamswaardering voor/na abstinentie en effect middelengebruik

Bij een aantal deelnemers blijkt er een groot verschil te zijn tussen hun lichaamswaardering voor en na hun opname en periode van abstinentie. In het algemeen blijkt de periode van abstinentie en de daardoor toegenomen zelfverzorging en het verbeterde eetpatroon te hebben bijgedragen aan het positief beïnvloeden van hun lichaamswaardering:

'Toen; een 3 of en 4.. ik zag helemaal grijs en ik was helemaal uitgemergeld. En nu een 7; ik voel me happy en los in mijn vel op mijn nekspieren na (Marc).

Er zijn ook deelnemers die aangeven dat er geen enkel verschil is tussen de periode voor en na hun abstinentie. Deze mannelijke deelnemers waarden hun lichaam in het algemeen met een hoog cijfer.

Verskillende deelnemers boven de 40 jaar vertellen dat ze hun lichaam op een minder positieve manier evalueren dan een aantal jaar geleden en relateren dit aan het ouder worden en de negatieve effecten van hun verslaving op hun lichamelijke verzorging en hun eetpatroon:

Ik heb het een hele tijd verwaarloosd. Ja, lichamelijke verzorging... ik douchte bijvoorbeeld 1 keer in de 3 dagen. Heb me gewoon te makkelijk dik laten worden met vreten en zuipen en alles weet je wel. Ik geef me een '5'... omdat ik een hoop verziekt heb. Gewoon geestelijk en lichamenlijk' (Jan).

3.4.4 Betekenis ouder worden

Met het vorderen van de leeftijd blijkt het belang van 'er goed uitzien' af te nemen en verschillende deelnemers geven dan ook aan minder ijdel te zijn dan vroeger. Lichamelijke veranderingen in verband met het ouder worden zijn door verschillende geïnterviewden genoemd en in het geval van Mick nauwkeurig geobserveerd en beschreven:

'Kijk, ik heb me erg verbaasd over het veranderen van mijn handen. Omdat ik dat zo goed kan zien. Ik vind het zo raar dat de eivt verbindingen aan de haal gaan. En dat het rimpeliger wordt. Ik vind dat heel raar...het doorschijnend kruintje.. dat vind ik minder maar ook dat went. Ik ben al een stukje verder qua acceptatie'.

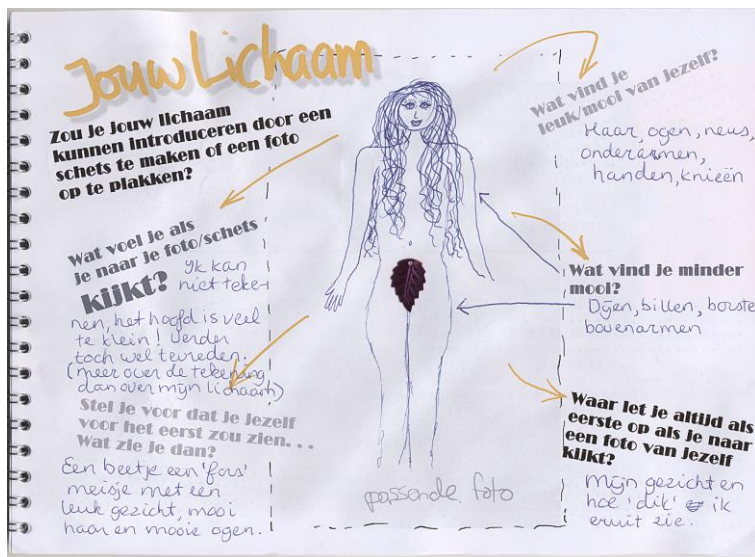
3.4.5 Omgaan met ouder worden en lichamelijke kenmerken

Door meerdere deelnemers wordt het proces van acceptatie genoemd als helpend bij het omgaan met lichamelijke veranderingen in verband met het ouder worden en bij lichamelijke eigenschappen die aanvankelijk als negatief werden beoordeeld.

Een deelnemer geeft aan al vanaf zijn 11^e jaar zijn voeten erg lelijk te vinden en als kind erg vaak gepest te zijn met zijn voetmaat 46 omdat deze niet in verhouding was zijn met zijn lengte. De volgende quote illustreert de impact van het pesten op zijn gedrag en de relatie met zijn middelenafhankelijkheid:

'Ik ging het opkroppen tot ik een jaar of 12 was. Toen viel letterlijk en figuurlijk de bom. Toen ik op een gegeven moment in de klas zat ging ik met het hele klaslokaal gooien. Dat mondde zich uit in woede uitbarstingen. En ik was iemand die mijn eigen kracht niet kon. Ik heb het weten te veranderen door te gebruiken' (Ricardo).

Hieronder volgt een voorbeeld van de opdracht 'Jouw lichaam' uit het ervaringswerkboek. Deze opdracht heeft betrekking op lichaamswaardering.



Figuur 6.1 Deelnemster Sanna geeft aan vooral ontevreden te zijn met haar lichaam (dit waardeert ze in het interview met een 4) en tevreden met haar gezicht (dit waardeert ze in het interview met een 8).

3.5. Lichaamsattitude

3.5.1 Intimiteitsbeleving en omgaan met anderen/grenzen

Lichamenlijk contact met anderen en het aangaan van intimiteit wordt door een meerderheid van de deelnemers afgehouden, in sommige gevallen is intimiteit 'afgezworen' en veelal wordt het als spanningsvol ervaren. Het verlangen naar intimiteit wordt vaak wel ervaren maar meerdere deelnemers geven aan zich hierin geremd te voelen. Angst om gekwetst te worden lijkt daarbij vaak een rol te spelen:

Ik sla ook geen arm om iemand heen... knuffelen dat vind ik moeilijk of zo. Ik ben het niet gewend maar ik voel wel vaak de behoefte. Ik ben daarin geremd. Maar als ik diep in mijn hart kijk... dan zou ik best wel een knuffel.. Maar in het begin van een relatie dan ben ik een soort plank (Mick).

Uit de verhalen van verschillende deelnemers komt naar voren dat er na een periode van geremd contact in een relatie vaak sprake is van grenzeloos gedrag waarbij gevoelens intensief worden beleefd.

Een aantal geïnterviewden geeft aan het verlangen naar intimiteit en de gevoelens erbij niet te kennen. Daan vertelt niet te weten wat verliefdheid is en nog nooit verliefd te zijn geweest. Wat verliefdheid is heeft hij van horen zeggen en kent hij niet middels beleving op lichamelijk niveau. Ook houden van wordt rationeel benaderd door hem: *‘En ja, houden van... ieder zijn eigen interpretatie erop natuurlijk.. Ik houd ook van water want zonder ken ik niet leven’.*

3.5.2 Seksualiteitsbeleving/vrouwen

Seksualiteit werd, voornamelijk tijdens de periode van middelenafhankelijkheid, door een meerderheid van de vrouwelijke deelnemers als middel gezien om bevestigd te worden waarbij er sprake was van vele wisselende seksuele contacten:

‘Vroeger was het echt een middel om me goed te voelen. Alleen op die manier kreeg ik goedkeuring en het goede gevoel. Wilde een persoon dat niet met mij dan voelde ik me als persoon afgewezen (Sally).

Seksualiteitsbeleving wordt door twee deelnemers ook wel vergeleken met het gebruiken van drugs.

Door alle vrouwelijke geïnterviewden wordt het beleven van seksualiteit, ook na hun abstinentie als problematisch beschouwd. De redenen die hiervoor worden aangegeven zijn divers; het kan samenhangen met seks nog steeds als middel ervaren om ‘zich goed te voelen’ en daardoor weinig gevoelsmatig contact ervaren tijdens het vrijen, het volledig vermijden van seksualiteit uit angst voor kwetsing en het onvermogen om een orgasme te beleven en zich te kunnen ontspannen tijdens het vrijen.

Een deelnemster heeft onlangs voor het eerst in haar leven een orgasme beleefd en geeft giehelend aan dit enerzijds fijn te vinden maar anderzijds nog veel moeite te hebben om zich over te geven.

3.5.3 Seksualiteitsbeleving/mannen

De meeste mannen geven aan het belangrijk te vinden dat seksualiteit verbonden is met intimiteit en liefde. Verschillende mannen vertellen dat ze alleen tijdens het vrijen in staat zijn om gevoelsmatig contact met hun partner te ervaren. Sommige mannen vertellen over het belang van de aanwezigheid van intimiteit en liefde tijdens het vrijen maar beschrijven dit vervolgens letterlijk als pornografische ervaringen.

Ricardo vertelt seksualiteit vooral als spannend in plaats van ontspannend te ervaren en geen seksuele opwindings te ervaren als het contact niet op een spontane manier verloopt of als zijn partner hem onder druk zet.

3.5.4 Seksualiteitsbeleving: invloed middel en veranderingen sinds abstinentie

Het effect van middelen op de seksualiteitsbeleving wordt alleen door de mannelijke deelnemers genoemd. Veel deelnemers geven aan dat het middel hun seksualiteitsbeleving heeft versterkt al vragen sommigen zich nu ze abtinent zijn af of dit geen illusie is geweest:

‘Maar blowen is ook een intens middelje. Ik weet al dat als alleen je voeten in elkaar komen dat je dan al helemaal kan sidderen..in een soort verliefde toestand, geweldig! Dat heb ik nu nog niet zo ervaren’ (Mick).

‘Ik dacht het wel. Ik dacht dat ik het intensiever kon ervaren. Dat het heftiger was maar dat was niet zo. Dat was een illusie die ik mezelf maakte. Ik ben er achter gekomen dat dat helemaal niet zo is’ (Daan).

Een aantal mannelijke deelnemers geeft aan dat seksualiteit sinds hun abstinentie problematischer verloopt. De redenen die hiervoor gegeven worden variëren van een negatieve invloed op het beleven van een orgasme of op hun potentie door medicatie of een operatie tot het vermijden van seksualiteit waarbij het vermijden van betekenisvol contact uit angst voor kwetsbaarheid de belangrijkste reden lijkt.

4. Discussie

In deze verkennende studie werd middels de methode contextmapping antwoord gegeven op de hoofdvraag: Hoe beleven volwassenen met een stoornis in het gebruik van een middel hun lichaam? Allereerst worden in deze paragraaf de belangrijkste bevindingen per categorie toegelicht. Vervolgens worden er een aantal kanttekeningen besproken en wordt de methode contextmapping geëvalueerd op bruikbaarheid binnen kwalitatief PMT-onderzoek. Tenslotte worden implicaties voor de behandelpraktijk besproken en worden een aantal suggesties voor vervolgonderzoek gedaan.

4.1. Belangrijkste bevindingen per categorie

Lichaamsbewustzijn.

Het lichaam werd door een meerderheid van de deelnemers, met name voor opname in een behandelsetting, instrumenteel ingezet en ervaren, lichaamssensaties zoals pijn en vermoeidheid werden veelal ontkend en lichamelijke sensaties werden vaak niet gerelateerd aan emoties. Het lichaamsbewustzijn blijkt dus voor opname in een klinische behandelsetting slecht tot matig ontwikkeld te zijn.

Bij de subcategorie 'spectrum van lichaamssensaties' kan de onderzoekspopulatie in twee categorieën worden ingedeeld; een kleine groep van 5 deelnemers die lichaamssensaties veelal bewust waarneemt en op een gedetailleerd niveau beschrijft en een grotere groep van 7 deelnemers die zich nauwelijks bewust is van lichaamssensaties en in het algemeen veel moeite heeft om woorden te vinden om zich gevoelsmatig uit te drukken. Deze resultaten sluiten aan bij de bevindingen van Farges (2004) die een hoge prevalentie (43,5%) vond van vooral emotionele alexithyme kenmerken bij drugsverslaafden, zoals het beschrijven en identificeren van gevoelens.

Aan de hand van bovengenoemde bevindingen zou de op de klinische praktijk gebaseerde hypothese van Mataheru (2008) 'doordat cliënten vaak het contact met hun eigen lichaam zijn kwijtgeraakt de lichaamssignalen niet meer doorkomen' verder genuanceerd kunnen worden. Uit dit onderzoek komt naar voren dat volwassenen met een stoornis in het gebruik van een middel zich matig bewust zijn van vooral aan honger, pijn en vermoeidheid gerelateerde lichaamssensaties en deze sensaties vaak niet erkennen. Het belangrijkste probleem lijkt dus te liggen bij het negeren en ontkennen van lichaamssensaties.

Spanningsbronnen worden door de meeste deelnemers op een actieve manier opgezocht en aangegaan en de beleving erbij wordt gecommuniceerd in termen van 'kicks' en een 'achtbaanervaring'. Sensationele en spanningsvolle activiteiten blijken een belangrijke rol te spelen bij het ervaren van plezier en blijdschap. Deze bevinding kan verklaard worden uit het onderzoek van Van den Brink (2006) waarin naar voren komt dat mensen met verslaving slecht in staat zijn tot plezierbeleving door een tekort aan dopaminereceptoren waardoor ze op zoek gaan naar drugs en 'sensationele activiteiten'. Specifieke lichamelijke spanningssensaties worden veelal niet beschreven en ook als er sprake was van een impulsdoorbraak blijkt er weinig zicht te zijn geweest op spanningsopbouw. Ook de deelnemers met comorbide angststoornissen blijken, ondanks hun gerapporteerde hoge angstniveau en ervaren spanningssensaties, actief te zoeken naar spanningsverhogende prikkels. Dom en de Wilde (2009) rapporteren dat verhoogde scores op schalen die impulsiviteit en *sensation seeking* in kaart brengen een constante bevinding zijn bij diverse groepen drugsgebruikers en de resultaten uit dit onderzoek ondersteunen dit.

De meeste deelnemers hebben aangegeven dat het contact met hun lichaam sinds hun abstinentie is toegenomen en er meer bewustzijn en erkenning is ontstaan met betrekking tot lichaamssensaties. Psychomotorische therapie blijkt door alle deelnemers die hebben meegedaan aan een klinisch en/of ambulant PMT traject als ondersteunend te zijn ervaren bij het ontwikkelen van meer lichaamsbewustzijn, het verbinden van lichaamssensaties aan emoties en het ontwikkelen van een accepterende houding in relatie tot craving en emoties. Het belang van aandacht voor de lichaamsbeleving bij de behandeling wordt bevestigd door onderzoek van Wallace-Digarbo (1995) en Pérezous (1996) waarin naar voren komt dat het leren herkennen van lichaamssensaties en de focus op de lichaamsbeleving belangrijke componenten zijn in het herstel van verslaafden.

Emoties.

Aan emoties gerelateerde lichaamssensaties worden door een meerderheid van de deelnemers niet waargenomen of ontkend en niet met emoties in verband gebracht. Vaak wordt er zonder belevingsaspecten op een rationele manier over emoties gesproken. Deze bevinding van alexithyme kenmerken komt overeen met de veronderstelling van Kooiman (2003) dat alexithyme patiënten zich in het algemeen onvoldoende realiseren dat lichamelijke sensaties de lichamelijke manifestaties van emoties kunnen zijn.

Anderzijds is er een kleinere groep deelnemers die veel intensieve en vaak verwarrende lichaamssensaties ervaart bij opkomende emoties, zich bewust is van het onderdrukken van deze sensaties en veel moeite heeft om de herkomst en betekenis van de lichaamssensaties te begrijpen en grip uit te oefenen op deze gevoelens. Uit onderzoek van Kooiman (2003) blijkt dat alexithyme patiënten wel emoties hebben maar relatief ongedifferentieerd en diffuus waardoor de gevoelens hen ook makkelijk kunnen overspoelen.

Een opvallende bevinding blijkt dat geen van de deelnemers in staat is tot het georiënteerd, constructief en in contact met zichzelf en hun omgeving uiting geven aan boosheid.

Aan boosheid verbonden spanningssensaties worden onderdrukt en ontkend of worden op een destructieve manier ontladen terwijl dit gedrag gelabeld wordt als boosheid. Emmelkamp (2006) noemt als onderdeel van het behandel aanbod 'het nee leren zeggen en overeenkomstig handelen' als klinische interventie waarbij hij suggereert niet alleen de verbale component van weigering (van het middel) in een rollenspel te oefenen maar om ook aandacht te besteden aan lichaamstaal en de gedragscomponent van weigering, bijvoorbeeld weglopen. De cognitief gedragstherapeutische module 'middelenweigertraining' vormt een vast aanbod binnen de verslavingszorg. De resultaten van dit onderzoek geven aanleiding om binnen de psychomotorische therapie een aanbod te ontwikkelen dat aansluit bij bovengenoemd thema.

Craving en middelenmisbruik

Bij zowel de deelnemers met langdurige als vroege volledige remissie in het gebruik van een middel wordt er door een meerderheid op een levendige en uitvoerige manier over *craving* gesproken en blijkt craving nog steeds een rol te spelen in het leven van alle deelnemers. Verschillende studies (Franken, 2009; Van den Brink, 2009; Saunders, 2006) beschrijven de centrale rol van *craving* als belangrijkste kenmerk van een stoornis in het gebruik van een middel.

Vooraf opkomend verdriet en daaraan mogelijk gerelateerde gevoelens zoals eenzaamheid en kwetsbaarheid worden genoemd als triggers verbonden aan *craving*. Geen van de deelnemers noemen *craving* als reactie op blootstelling aan middelengebruik gerelateerde externe prikkels zoals bijvoorbeeld drugsparaferalia. Hiermee blijkt uit de bevindingen in dit onderzoek de rol van opkomende emoties in vergelijking met externe prikkels in relatie tot *craving* groter te zijn dan vanuit de literatuur wordt genoemd (Emmelkamp, 2006). Een mogelijke verklaring hiervan zou de focus van dit onderzoek op de gevoelswereld van de deelnemers kunnen zijn door de wijze waarop er is gevraagd naar de aanwezigheid en betekenis van lichaamssensaties en emoties.

Een meerderheid van de deelnemers noemt het verdoven van emoties als belangrijkste functie van het middel. De lichaamsgerichte oefening de 'bodyscan', gebaseerd op principes van mindfulness meditatieve aandachtstraining, wordt door meerdere deelnemers genoemd als behulpzame methode bij het accepteren van craving en emoties die ermee verbonden zijn.

Lichaamswaardering

De lichaamswaardering wordt middels een cijfer op een schaal van 1 tot 10 gemiddeld met een voldoende geëvalueerd en deelnemers die langer abstinente zijn blijken in het algemeen een hogere lichaamswaardering te hebben. De mannelijke deelnemers blijken hun lichaam gemiddeld met een hoger cijfer te waarderen dan de vrouwelijke deelnemers. Dit resultaat komt overeen met de studie van Basten en Dorhout (2006) waarin naar voren komt dat vrouwen een lagere lichaamswaardering hebben dan mannen.

Bij deelnemers boven de 40 jaar blijkt er, ondanks de positieve betekenis die er aan het abstinente zijn wordt toegekend, vaak sprake van een minder positieve evaluatie van de lichaamswaardering dan tijdens de periode van middelengebruik. Deze bevinding met betrekking tot de vermindering van lichaamswaardering kan mogelijk worden verklaard door het ouder worden, door de negatieve effecten van middelengebruik of door een combinatie van beide factoren.

Alle vrouwelijke deelnemers verbinden ervaren overgewicht met onaantrekkelijkheid en dit resulteert in een negatieve beïnvloeding van hun lichaamswaardering en lichaamsbewustzijn. Uit het onderzoek van Wallace-Digarbo (1995) komt naar voren dat het lichaamsbeeld bij vrouwen negatief wordt beïnvloed door de geldende culturele standaard. Mogelijk spelen in dit onderzoek culturele normen en waarden ook een rol in relatie tot de preoccupatie op het gewicht door de vrouwelijke deelnemers.

Lichaamsattitude

Lichamelijk contact met anderen blijkt door veel deelnemers te worden afgehouden en als spanningsvol te worden ervaren. Dit terwijl het verlangen naar intimiteit duidelijk aanwezig is. Voor alle deelnemende vrouwen en verscheidene mannen blijkt seksualiteit, ook na hun abstinentie om diverse redenen als problematisch te worden beschouwd. Orgasmeproblematiek blijkt bij verschillende vrouwen een rol te spelen en zowel mannen als vrouwen noemen het vermijden van seksueel contact uit angst voor kwetsing. Verschillende mannen blijken alleen tijdens het ervaren van seksueel contact met hun partner in staat om zich emotioneel verbonden met haar te voelen. Het positief beïnvloeden van de seksualiteitsbeleving door het middel wordt door verscheidene mannen genoemd hoewel ze zich nu ze abstinente zijn afvragen of dit mogelijk een aan het middel gerelateerde illusie is geweest. De bevindingen uit deze categorie indiceren het belang van aandacht voor deze subdimensie binnen de psychomotorische diagnostiek en behandeling.

4.2 Kanttekeningen

Deze studie kent een aantal beperkingen. Door de relatief kleine onderzoekspopulatie van 13 participanten zijn de bevindingen mogelijk niet representatief voor de gehele populatie van volwassenen met stoornissen in het gebruik van een middel waardoor voorzichtigheid geboden is bij het generaliseren van de resultaten naar de gehele populatie. De verkregen data geven echter wel een goed beeld van de lichaamsbeleving en de naar voren gekomen subcategorieën en thema's kunnen in een volgend onderzoek nader onder de loep genomen worden.

Een andere beperking is de hoge mate van comorbide stoornissen bij de participanten waardoor er mogelijk sprake is geweest van overlap van problemen en bijzonderheden op het gebied van lichaamsbeleving en er geen zuiver beeld gegeven kan worden van de lichaamsbeleving van volwassen met een stoornis in het gebruik van middelen. Het uitsluiten van patiënten met comorbide stoornissen lijkt echter ook in vervolgonderzoek niet zinvol gezien het gegeven dat bijna de helft van de personen met een *lifetime* stoornis in het gebruik van alcohol of drugs voldoet aan alle criteria voor minstens een andere *lifetime* stoornis (Emmelkamp, 2006).

Het gegeven dat de onderzoeker van 11 van de 13 deelnemers ook de therapeut is kan van invloed zijn geweest op zowel de houding van de participanten en de onderzoeker tijdens de onderzoekssessie als op de wijze waarop de data geanalyseerd zijn door de onderzoeker. Het therapiecontact kan ertoe hebben bijgedragen dat alle benaderde patiënten hebben toegestemd met deelname, zich zeer bereidwillig hebben getoond bij het invullen van het ervaringswerkboek en hier meer dan de aangegeven tijd aan hebben besteed. Ook de bereidheid om mee te werken aan de individuele onderzoekssessie van 2 uur inclusief een interview van ongeveer 80 minuten kan hiermee samenhangen. De bereidwilligheid, de aanzienlijke tijdsinvestering en de enthousiaste houding van de participanten kan tot een positieve vertekening van de resultaten hebben geleid. Om de betrouwbaarheid te vergroten bij mogelijk vervolgonderzoek is het aan te raden om het analyseproces door meerdere onderzoekers te laten plaatsvinden en het interview niet door de therapeut van de deelnemer te laten afnemen.

Om te toetsen in welke mate er sprake was van overeenstemming betreffende de toegekende codes en zodoende de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te vergroten hebben een Gz-psycholoog, een psycholoog van Brijder verslavingszorg en een methodoloog tekstfragmenten gecodeerd. Door een grotere bekendheid met de subdimensies van lichaamsbeleving was het aanvullend geweest om hiervoor ook een aantal psychomotorisch therapeuten uit te nodigen.

Een andere beperkende factor van dit onderzoek die tot vertekening kan hebben geleid heeft betrekking op het hoge percentage deelnemers die bekend waren met psychomotorische therapie waardoor er mogelijk al sprake was van een bepaalde mate van sensibilisatie met betrekking tot de subdimensies van lichaamsbeleving door de therapie ervaring. Dit kan tot een positieve vertekening hebben geleid met betrekking tot de mate waarin de deelnemers in staat zijn hun lichaamssensaties te her- en erkennen en te relateren aan emoties. In mogelijk vervolgonderzoek zou het wenselijk zijn om een meer gelijkmatige verdeling te realiseren van een onderzoekspopulatie met- en zonder psychomotorische therapie ervaring.

4.3 Evaluatie van de methode contextmapping

De deelnemers vertelden de speelse opzet van het ervaringswerkboek als uitnodigend te hebben ervaren waardoor ze geïnspireerd en gemotiveerd werden om stil te staan bij hun lichaamsbeleving en de context ervan. De deelnemers met alexithyme kenmerken gaven aan dat de opdrachten uit het ervaringsboek hen meer aanspraken dan de gangbare huiswerkopdrachten uit aangeboden modules van klinische behandeltrajecten. Dit impliceert dat het gebruiken van een andere vormgeving en opzet van de modules, gebaseerd op de uitgangspunten van contextmapping, kan bijdragen aan het reflecteren over en exploreren van de subdimensies van lichaamsbeleving door patiënten.

De gevraagde tijdsinvestering voor de deelnemers betreffende het invullen van het ervaringswerkboek en de individuele onderzoekssessie was aanzienlijk en mogelijk te groot. Een suggestie voor vervolgonderzoek met contextmapping zou zijn om minder opdrachten in het ervaringswerkboek te plaatsen en de individuele onderzoekssessie te verkorten om zodoende de tijdsinvestering en mogelijke belasting voor de participanten te verminderen.

Het maken van een collage bleek veel deelnemers houvast te bieden en structuur te geven bij het vertellen van een verhaal. De beelden hielpen de deelnemers om in contact te komen met hun gevoelswereld en bij de deelnemers die moeite hadden om zich verbaal uit te drukken en woorden te vinden om uitdrukking te geven aan hun gevoelens bleken de beelden te fungeren als intermediair bij het creëren van taal met betrekking tot beleving.

Geen van de deelnemers heeft, zowel tijdens de periode van het invullen van het ervaringswerkboek als na de individuele onderzoekssessie, gebruik gemaakt van de mogelijkheid om contact op te nemen met de onderzoeker. Het kan als positief beschouwd worden dat er door de methode geen emoties opgeroepen zijn die een ontregelend effect hadden en aanleiding gaven tot het bieden van nazorg.

Concluderend kan gesteld worden dat deze methode motiverend, ondersteunend en inspirerend werkt bij het exploreren van de lichaamsbeleving en ontwikkelen van lichaamsbewustzijn bij patiënten met middelenmisbruik en dat het rijke en diagnostische informatie genereert voor de behandelpraktijk en voor het doen van onderzoek met betrekking tot de subdimensies van lichaamsbeleving.

4.4 Implicaties voor de behandelpraktijk en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Op basis van de bevindingen is aandacht voor de subdimensies lichaamsbewustzijn, lichaamswaardering en lichaamsattitude bij de behandeling van volwassenen met een stoornis in het gebruik van een middel geïndiceerd. De belangrijke rol die vanuit de resultaten wordt toegekend aan psychomotorische therapie met betrekking tot het ontwikkelen van lichaamsbewustzijn, het verbinden van lichaamssensaties aan emoties en het ontwikkelen van een accepterende houding in relatie tot craving en emoties lijkt deze focus bij de behandeling te legitimeren. De positieve resultaten van de 'bodyscan' geven aanwijzingen deze oefening tot een vast onderdeel van het behandel aanbod te laten behoren.

Gezien de opdeling in twee categorieën participanten met betrekking tot bewustzijn en erkenning van lichaamssensaties lijkt het zinvol om hier rekening mee te houden bij het modulair PMT aanbod. Vanuit de behandelpraktijk zijn er bij de categorie deelnemers die lichaamssensaties matig waarneemt en veelal ontkent aanwijzingen voor het belang van een meer bewegingsgeoriënteerde basis van een modulair traject gericht op het vergroten van lichaamsbewustzijn waarbij lichaamsgeoriënteerde methoden zoals ademtherapie en de op de mindfulness meditatieve aandachtstraining gebaseerde bodyscan pas in latere instantie worden geïntroduceerd.

Een opvallende bevinding was de veelal als problematisch ervaren seksualiteitsbeleving. De aandacht hiervoor binnen de verslavingszorg lijkt beperkt en nader onderzoek hiernaar en naar de mogelijkheden om seksualiteit meer aandacht te geven binnen de PMT-behandeling lijken zinvol.

De resultaten met betrekking tot het onvermogen en de angst om contact te maken met emoties en deze te delen met anderen, vaak gerelateerd aan een onveilig en weinig bevestigend opvoedingsklimaat en traumatische levenservaringen, geven aanleiding voor de implementatie van inzichtgevende PMT modules binnen het inzichtgevend gerichte therapeutische behandel aanbod in de verslavingszorg. Bij deze PMT modules staat de aandacht voor het ervaren en verbaliseren van lichaamssensaties en het uiten van gevoelens centraal (vanderMeijden-vanderKolk, 2003) en wordt er gewerkt met methoden zoals Pesso en de Integratieve Bewegingstherapie. De aandacht voor deze modules binnen de VZ is beperkt en het zou dus aan te bevelen zijn om deze meer onder de aandacht te brengen.

De bevindingen van dit verkennende onderzoek geven tevens aanleiding om in een mogelijk vervolgonderzoek bij een grotere onderzoekspopulatie de subdimensie lichaamsbewustzijn middels bijvoorbeeld een gestandaardiseerde en gevalideerde vragenlijst zoals de Somatic Awareness Questionnaire nader te onderzoeken.

Het aandeel van psychomotorische therapie binnen het behandel aanbod van de verslavingszorg is beperkt, zeker wanneer men dit vergelijkt met de volwassenen- en de forensische psychiatrie. Mogelijk leveren de resultaten in dit onderzoek en de suggesties met betrekking tot het behandel aanbod een positieve bijdrage aan de verdere ontwikkeling van de implementatie van psychomotorische therapie binnen de verslavingszorg.

Literatuur

- Alphen, van, F. (2006). *Innovation Probes*. Amsterdam: VU.
- Baarda, D.B., de Goede, P. M. & Teunissen, J. (1996). *Basisboek Kwalitatief onderzoek*. Houten: Stenfert Kroese.
- Basten, M., G., J & Dorhout., M. (2006). De Body- Cathexis Schaal; betrouwbaarheid, validiteit, dimensionaliteit en normering. Thesis VU.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- Brink, W, van den. (2008). Ken je familie. In Krabben, A., Pieters, T & Snelders, S. *Chemie van de Verslaving*. (pp.47-48). Houten: Prelum Uitgevers.
- Emck, C., Hammink, M. N.& Bosscher, R. J. (2007). *Psymot*. 't Web.
- Emck, C., vanderMeijden-VanderKolk, H., Rekkers, M. (2007). Non-specifieke producten. In Hattum, H., van, Hutschemaekers, G., *In Beweging: de ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. (pp.23-30). Utrecht: Trimbos instituut.
- Emmelkamp, P & Vedel, E. (2006). *Alcohol- en drugsverslaving*. Amsterdam: Nieuwezijds
- Farges, S. (2004) Alexithymia, depression and drug addiction. *L'Encephale* 30 (3), 201-211.
- Franken, I & Brink, W., van den. (2009). *Handboek Verslaving*. Utrecht: de Tijdstroom
- Gainotti, M. A. (1999) Body image and Drug Addiction. *Perceptual and motor skills*, 88, 21-22.
- Kooiman, C. G., Alexithymia. (2003) Childhood risk factors and unexplained physical symptoms. Proefschrift LUMC.
- Maso, I & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek : praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom
- Mataheru, A. (2008). Psychomotorische therapie in de verslavingszorg. *Verslaving*, 4 (4), 67-74.
- Pézous, A. M., Auby, P. & Gence., S.(1996). Modification de l'image du corps et évolution de la dépendance psychique chez les toxicomanes. *Annual Med. Psychologique*, 154 (1).

Scheffers W. J., Rekkers, M & Bosscher, R. (2006). Hoe meet ik lichaamsbeleving? *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4, 21-29.

Sifneos, E. (1996). Alexithymia: Past and Present. *The American Journal of Psychiatry*, 153 (7), 137-142.

SleeswijkVisser, F. (2009). *Bringing the everyday life of people into design*. Delft: De Nieuwe Grafische.

SleeswijkVisser, F., Stappers, P.J., vander Lugt & Sanders, E.B.N. (2005) Contextmapping: Experiences from practice. *Co design: International Journal of Co creation in design and Arts*, 1(2), 119-149.

Stappers, E. B. N. & Stappers, P.J. (2008). Co-creation and the new landscapes of design. *Co design: International Journal of Co creation in design and Arts*, 3, 16-32.

Stappers, E. B. N. & Sanders, P. J. (2003). Generative Tools for contextmapping: tuning the tools. Third International Conference on design & Emotion. Loughborough: Taylor & Francis.

Taylor, G., Parker, J & Bagby, M. (1990). A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 147(9), 1228-1230.

Wallace-Digarbo, A. (1995) Addiction, art and woman's body : a heuristic inquiry into three addicted woman's body image composition. *Dissertation abstract International: The science and engineering*, (55), 4617.

Weathers, C & Billingsley, D. (1982) Body Image and Sex-Role Stereotype as Features of addiction in Woman. *The International Journal of the Addictions*, 17 (2), 343-347.

Bijlagen

Bijlage 1: Informatiebrief en toestemmingsformulier

Informatiebrief Lichaamsbeleving onderzoek Master PMT Windesheim

In deze brief wil ik je informeren over het onderzoek naar de lichaamsbeleving van volwassenen met een stoornis in het gebruik van een middel dat op 30 september en 1 oktober gaat plaatsvinden op Re-entry, afdeling van Brijder Verslavingszorg. Dit onderzoek is onderdeel van mijn afstuderen aan de Master opleiding Psychomotorische Therapie te Windesheim. Het doel van het onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de lichaamsbeleving van volwassenen met een stoornis in het gebruik van een middel om zodoende een bijdrage te leveren aan het Psychomotorische therapie behandelaanbod van Brijder Verslavingszorg.

Wat houdt het onderzoek in?

Het onderzoek bestaat uit twee delen. Allereerst zal je zo'n 10 dagen voor de onderzoekssessie op Re-entry een ervaringswerkboekje met vragen en opdrachten krijgen. Deze vragen en opdrachten hebben betrekking op jouw persoonlijke lichaamsbeleving. Het invullen van deze vragen zal je gedurende 10 dagen zo'n 10 minuten per dag kosten. Tijdens deze periode is de onderzoeker, Katharina Bongaertz, telefonisch bereikbaar om vragen over het ervaringswerkboek te beantwoorden en indien nodig zorg te verlenen als de gestelde vragen en opdrachten hiertoe aanleiding geven. De onderzoeker zal in de periode waarin het ervaringsboekje wordt ingevuld elke 2 à 3 dagen telefonisch contact met je opnemen om te vragen hoe het invullen van het ervaringsdagboek verloopt.

Het tweede gedeelte van het onderzoek zal op 30 september en 1 oktober op Re-entry plaatsvinden. Dit deel bestaat uit een individuele onderzoekssessie van anderhalf uur. Het is van belang dat je dan je ervaringswerkboekje meeneemt. Er zal je dan gevraagd worden om op een creatieve wijze een poster te maken van je lichaamsbeleving. Aan de hand van deze poster zal er een interview plaatsvinden waarin dieper ingegaan zal worden op de verschillende aspecten van jouw lichaamsbeleving. Het poster maken zal zo'n 30 minuten duren en het daarop volgende interview 45- 60 minuten.

Hoe wordt er omgegaan met de verzamelde gegevens?

Het interview en het poster maken zal zowel op video als op audio worden opgenomen en uitgetypt. Op deze wijze krijgt de onderzoeker een betrouwbare weergave van het gesprek. De gegevens uit het ervaringswerkboek, de poster en het interview zullen vervolgens worden geanalyseerd. Bij de analyse zal een onderzoeker van de TU betrokken zijn. Alle gegevens zullen door alle betrokkenen anoniem en vertrouwelijk worden behandeld en zullen alleen voor onderzoeksdoeleinden worden gebruikt.

Opgenomen gegevens in de verslaglegging van het onderzoek zullen geanonimiseerd worden.

Alleen bij schriftelijke toestemming zullen de geanonimiseerde poster en het ervaringswerkboekje bewaard worden. Indien hiervoor geen toestemming is gegeven zal het materiaal na analyse vernietigd worden of aan je terug worden gegeven.

Ik wil je vragen om na het lezen van deze informatiebrief het bijgevoegde toestemmingsformulier te lezen en ondertekenen.

Alvast bedankt voor je medewerking!

Met vriendelijke groet,

Katharina Bongaertz

**Toestemmingsformulier van het onderzoek
naar de lichaamsbeleving van volwassenen met een stoornis in het gebruik van een middel**

Door ondertekening van dit formulier bevestig ik:

(Achternaam)

(Voorletters)

1. dat ik door de onderzoeker zowel mondeling als schriftelijk ben ingelicht over de inhoud en het doel van het bovengenoemde onderzoek;
2. dat ik de informatie over het onderzoek goed heb begrepen en dat ik voldoende gelegenheid heb gekregen om vragen te stellen over het onderzoek;
3. dat ik weet dat deelname aan het onderzoek helemaal vrijwillig is, dat ik mijn toestemming te allen tijde zonder opgaaf van redenen kan intrekken en dat dit geen enkele invloed heeft op mijn verdere behandeling;
4. dat ik ten behoeve van het onderzoek bereid ben gegevens over mijzelf en mijn situatie te verstrekken via het interview, de poster en het ervaringsboekje;
5. dat alle gegevens die er over mij in het kader van het onderzoek verzameld worden vertrouwelijk worden behandeld. Alleen de onderzoekers hebben inzage in de gegevens en de gegevens zullen alleen voor onderzoeksdoeleinden worden gebruikt;
6. dat alle gegevens op anonieme wijze bewaard en bewerkt worden en dat de verslaglegging van het onderzoek anoniem zal zijn, zodat mijn identiteit onbekend blijft;
7. dat ik het besluit tot deelname aan het onderzoek en tot het tekenen van dit formulier geheel uit vrije wil en bij mijn volle bewustzijn heb genomen.

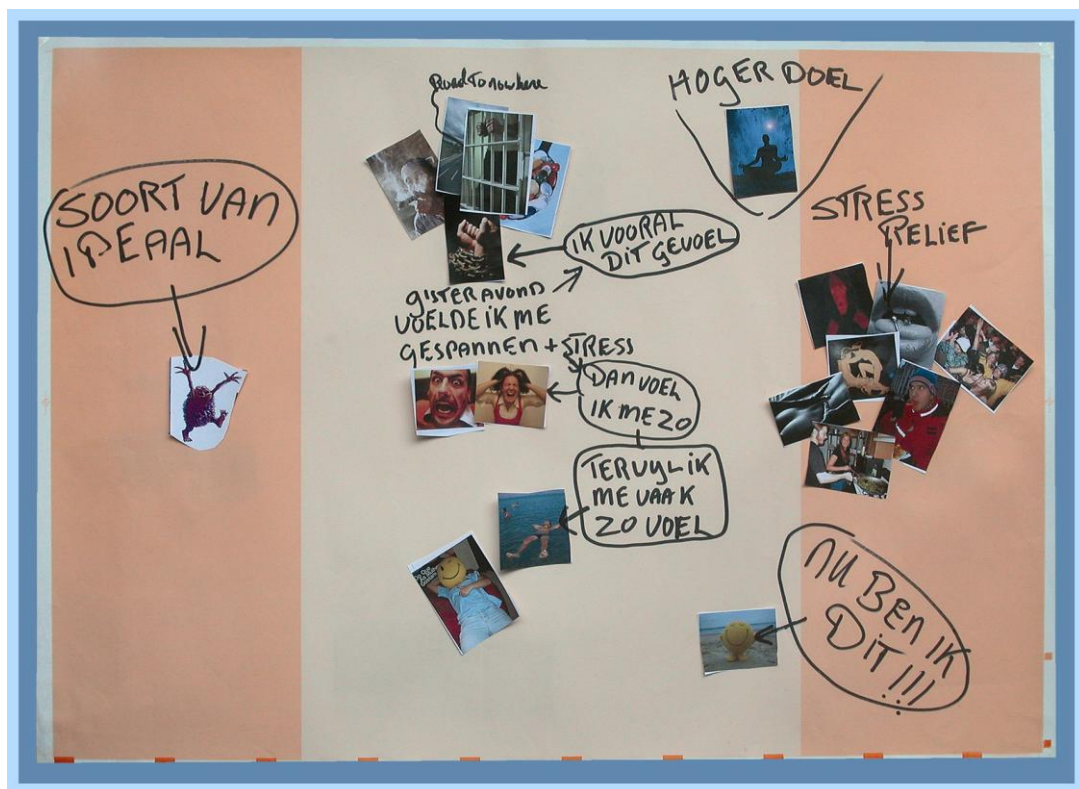
Handtekening van de deelnemer :

Handtekening van de onderzoekers:

Plaats en datum:

Plaats en datum:

Bijlage 3. Collage maken: voorbeelden posters lichaamsbeleving



Bijlage 4: Opzet van de onderzoekssessie en topiclijst van het interview

Opzet van de onderzoekssessie: collage maken en interview

Introductie (doel van het onderzoek en de opzet van de onderzoekssessie bespreken)

- Fijn dat je mee wilt doen aan dit onderzoek!
Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de lichaamsbeleving van volwassenen met middelenafhankelijkheid. Het is namelijk gebleken dat hierover nog weinig bekend is. Mijn rol in tijdens deze sessie zal anders zijn dan je gewend bent bij de psychomotorische therapie. Ik zal je vooral veel vragen stellen en niet direct op een therapeutische manier ingaan op wat je zegt. Voel je vooral vrij om alles naar voren te brengen wat je wilt en wat goed voor je voelt. Niets is gek of raar! Het staat je natuurlijk ook vrij om aan te geven dat je ergens niet op in wilt gaan. Ik wil graag nogmaals benadrukken dat wat je zegt tijdens deze sessie geen enkele invloed heeft op Je behandeling. De informatie zal alleen gebruikt worden voor dit onderzoek.
- We zullen eerst naar je ervaringswerkboekje kijken en ik zal je daar een aantal vragen over stellen. Vervolgens zal ik je vragen om een poster te maken van je lichaamsbeleving. Ik zal je vragen deze poster toe te lichten via een persoonlijk verhaal. Er zal dan dieper ingegaan worden op de verschillende aspecten van lichaamsbeleving. Zoals je eerder is aangegeven wordt een geluids- en een video opname gemaakt van deze sessie.

1. Ervaringswerkboek

- Hoe is het invullen van het boekje gegaan?
- Wil je er nog iets over vertellen?
- Welke opdracht vond je leuk om te doen?
- En welke opdracht vond je lastig?
- Boekje doorbladeren en evt. vragen stellen.....

(Subdoel is het naar voren brengen van de verschillende subdimensies van lichaamsbeleving ter voorbereiding van het poster maken).

Bij de cliënten die alleen meedoen aan het invullen van het ervaringsboekje doorvragen op:

- Trek en mijn lichaam. Vragen of ze hun collage willen toelichten (zie topiclijst).
- Speciale en opvallende momenten: vragen om toelichting (zie topiclijst).

Doel is om een beeld te krijgen van hun lichaamsbeleving en welke aspecten van die beleving op de voorgrond staan.

Afronden met benoemen van de verschillende aspecten van lichaamsbeleving als introductie voor het poster maken.

‘Er komt van alles bij kijken als je het over lichaamsbeleving hebt; je kan allerlei sensaties ervaren in je lichaam en hier emoties bij voelen, je kan je lichaam op een bepaalde manier waarnemen, je kan gedachten, waarden & normen hebben over je lichaam, op een bepaalde manier omgaan met je lichaam in het contact met anderen; zoals vrijen of knuffelen en hier gevoelens bij ervaren’.

2. Collage sessie

Hier heb je een set met plaatjes en woorden. Het is de bedoeling dat je een poster gaat maken waarin je uitdrukking geeft aan jouw lichaamsbeleving. Denk daarbij eens aan alle aspecten die ik net heb genoemd. Je kan het hele vel gebruiken zoals je zelf wilt. Alles kan en niets is fout of goed. Je kan ook eigen woorden en tekeningetjes toevoegen... Al het materiaal dat hier ligt kan je gebruiken. Je hebt ongeveer een half uur om de poster te maken.

Als het lastig is denk dan eens aan wat voor jou op de voorgrond staat. Het denken erover, het voelen, hoe je je lichaam waarneemt of juist de omgang met anderen....Of denk aan een moment dat je je lichaam intensiever hebt ervaren. Of als je denkt aan 'trek' of moeilijke momenten....

3. Verhaal vertellen over de poster/ semi-gestructureerd interview

Zou je je poster kunnen toelichten?

Topiclijst:

1.Lichaamsbewustzijn bij een verhaal/beeld of anekdote.

- Hoe voelde dat in je lichaam?
- Waar, intensiteit en beschrijving van gevoel?
- Welke emotie past bij de lichaamssensatie die je noemt? Of: als het startpunt de emotie is: hoe en wat voelde je in je lichaam?
- Voelde je een impuls in je lichaam? Zo ja, wat voor impuls?
- Herken je dat gevoel? Heb je dat gevoel ook wel eens in andere situaties?
- Ben je je vaak bewust van je lichaamssensaties gedurende de dag?
- Welke lichaamssensaties ervaar je zoal?
- Op welke momenten of in welke situaties sta je daar voornamelijk bij stil?
- Hoe ga je om met de (lichaams)signalen die je lichaam je geeft?
- Ben je je tijdig bewust van mogelijke risicovolle situaties?
- Als je spanning ervaart, waar in je lichaam ervaar je dan de spanning?

Als **impulsiviteit, sensation seeking en controleverlies** genoemd worden doorvragen op bovengenoemde aspecten.

2. Moeilijke momenten en 'trek' : Craving

- Is het gevoel dat je beschrijft een mogelijke trigger om te gebruiken?
- Wat zijn aanleidingen of triggers om te gebruiken of die een gevoel van trek kunnen veroorzaken?
- Hoe ervaar je 'trek' op lichamelijk niveau?
- Hoe bewust ben je je van lichaam als je 'trek' ervaart?
- Waar ervaar je dat in je lichaam? Heeft het een kleur of vorm?
- Hoe verloopt de intensiteit van de 'trek'?
- Welke emotie past bij jouw gevoel van trek?
- Wat doe je om trek te beheersen? (doorvragen op 'helpende' aspecten die verband houden met lichaamsbeleving).
- Heb je daar baat bij?
- Wat beïnvloedt de 'trek' op een positieve manier?
- Hebben lichamelijke activiteiten of geleerde vaardigheden vanuit je behandeling invloed? Welke activiteiten en vaardigheden zijn dat?

Als 'trek' helemaal niet aan de orde komt: ernaar vragen: 'het valt me op dat je het helemaal niet over 'trek' hebt, ervaar je dat niet?'

3. Lichaamswaardering: image/zelfbeeld

- Wat voor aandacht besteed je aan lichaamsverzorging?
- Hoe belangrijk is het voor je 'om er goed uit te zien'?
- Wat doe je zoal om er goed uit te zien?
- Hoe tevreden ben je met je uiterlijk?
- Als je in een cijfer tussen de 1 en 10 zou moeten uitdrukken hoe tevreden je bent, welk cijfer zou dat dan zijn?
- Wat vind je van je uiterlijk?
- Wat zou je eventueel willen veranderen?
- Welke invloed heeft je gebruik op je lichaamswaardering gehad?
- Op wat voor manier is je lichaamswaardering veranderd sinds je geen middelen meer gebruikt?

4. Lichaamsattitude

- Ben je iemand die makkelijk lichamelijk contact maakt met anderen?
- Op wat voor manier doe je dat?
- Hoe belangrijk is het voor je wat anderen van je uiterlijk vinden?
- Welke invloed heeft je middelengebruik op je contacten met anderen (gehad)?
- Zou je kunnen vertellen welke rol intimiteit en seksualiteit in je leven speelt?
- Zijn er situaties in je leven geweest die invloed hebben gehad op je seksualiteitsbeleving?
- Op wat voor manier heeft het gebruik je intimiteitsbeleving en seksualiteit beïnvloed?
- Wat is er veranderd rondom het thema intimiteit en seksualiteit sinds je geen middelen meer gebruikt?
-

5. Lichaamsbeeld

- Welk beeld heb je van je lichaam? Hoe zou je het omschrijven?
(checken in welke mate dit in overeenstemming is met de realiteit)

6. Anhedonie

- Wat in je leven maakt je blij en tevreden? Waar geniet je van?
- Hoe ervaar je dat op lichamelijk niveau?
- Wat doe je zoal om je blij te voelen en plezier te ervaren?
- Welke rol speelt het lichamelijke/je lichaamsbeleving bij het ervaren van plezier?

7. Controleverlies & impulsiviteit

- Ben je wel eens bewust op zoek naar prikkels of spanning?
- Hoe zou je dat gevoel omschrijven en hoe voelt dat in je lichaam?
- Wat is een mogelijke trigger of spanningsbron voor het ontstaan van spanning?
- Hoe ga je om met oplopende spanning?

8. Algemene vragen

Is er een moment geweest in je leven wat een soort keerpunt is geweest op het gebied van lichaamsbeleving?

- Wat voor moment is dat geweest?
- Wat voor invloed heeft dat moment/situatie gehad? Wat is de invloed geweest op je lichaamsbeleving? En op je middelengebruik?
- Wat is er veranderd aan je lichaamsbeleving sinds je geen middelen meer gebruikt?

PMT

- Wat heb je geleerd van pmt?
- Welke werkvormen binnen de pmt hebben je veel opgeleverd? Op wat voor manier?

Als je naar je poster kijkt hoe komt je collage dan op je over? Wat valt je op?

Afsluiting

- Heb je zelf nog iets toe te voegen over je lichaamsbeleving wat misschien nog niet ter sprake is gekomen?
- Als er door deze onderzoekssessie gevoelens zijn opgeroepen waardoor je trek krijgt en als je er niet in slaagt om eventueel opgeroepen emoties of trek te controleren kan je gerust de komende dagen contact met me opnemen.
- Ik wil je hartelijk bedanken voor je medewerking!

Bijlage 5

Lichaamsbeleving codeboom (beschrijvende codes)

1.Lichaamssensaties (lichaamsbewustzijn)

- beschrijven/ervaren van lichaamssensaties (specificatie)
- bewustzijn van lichaamssensaties (specificatie)
- erkennen van lichaamssensaties (specificatie)
- begrijpen en verbinden van lichaamssensaties& emotie
- rol verleden/achtergrond lichaamssensaties

2. prikkels en spanning (A) en plezier en genieten (B)

A. hoedanigheid prikkel (trigger/spanningsbron), bewust van spanningssignalen,omgaan met spanning en prikkels, controleverlies

B. activiteiten, hoedanigheid en lichaamsbeleving

3. Keerpunt lichaamsbeleving en betekenis therapie

- keerpunt/verandering lichaamsbeleving (algemeen, sinds abstinentie en opname)
- betekenis therapie en pmt mbt lichaamsbewustzijn, verandering lichaamsbeleving&contact met emoties
- rol meditatie mbt lichaamsbewustzijn en verandering lichaamsbeleving

4.Emoties

- beschrijven van emoties (specificatie)
- contact met emoties
- omgaan met emoties (specificatie)
- triggers emoties
- rol verleden (V)/achtergrond emoties
- zelfinzicht

5.Craving&middelengebruik

- lichaamsbeleving (specificatie intensiteit)
- emotionele beleving
- effect op emoties
- triggers
- omgaan met craving/beheersing
- betekenis therapie
- keerpunt middelengebruik
- lichaamsverzorging
- functie middel

6. Lichaamswaardering

- cognitieve evaluatie (kenmerken)
- cijfer (voor abstinentie=V)
- veranderingen voor/sinds abstinentie (kenmerken)
- rol van sport
- betekenis ouder worden
- betekenis uiterlijk
- effect middelengebruik op LW

7.Lichaamsattitude

- seksualiteitsbeleving
- intimiteitsbeleving (nabijheid/lichamelijk contact)
- achtergrond beleving/rol verleden
- veranderingen sinds abstinentie
- omgaan met anderen/grenzen
- belang lichaamsverzorging
- rol/betekenis in leven
- invloed middel

8.Lichaamsbeeld

- perceptuele aspecten

9.Methode contextmapping:

- poster maken: -betekenis/effect
- ervaringsdagboek: betekenis/effect

10.Overig

- toekomstperspectief/zingeving
- zichzelf uitdrukken: expressie van gevoelens en gedachten/Taal

Bijlage 6: Kernprofiel deelnemer Ricardo

1. Lichaamsbewustzijn

Veel fragmenten over het ervaren van lichaamssensaties! Gedetailleerd omschreven lichaamssensaties.

Beschreven sensaties: spierspanning (kaakspanning, in schouders en armen), trillen en krakende gewrichten. Hij ervaart veel spierspanning!

Hij geeft aan sensaties matig te herkennen en er veelal geen grip op te hebben. Veel ervaren sensaties maar weinig begrip en verbinding met emoties.

Rol V: wegblokken sinds kindertijd van gevoel. Hij zorgde er altijd voor van 's ochtends tot 's avonds bezig te zijn om nergens bij stil te hoeven staan.

Lichaamssensaties (pijn en vermoeidheid) zijn vooral ontkend: er is vaak sprake geweest van risicovol en grenzeloos gedrag wat kon leiden tot gescheurde spieren.

Lichaam wordt als automatische piloot ervaren (met afstandsbediening)...*Als instrumenteel ervaren.*

Starre gezichtsuitdrukking; (bijna) geen lichaamstaal.

2. plezier&genieten

Hij geniet van zijn dochtertje, muziek en van Disney (sprookjeswereld). Lichaamssensatie: zenuwtrek maag&buik bij ervaren blijdschap.

Hij benoemt momenteel bezig te zijn met het vinden van positieve spanningsbronnen.

2. prikkels en spanning

Prikkels en spanning worden (nu/sinds opname) vermeden. Voor opname: zoeken/aangaan van spanning

Rol V:/omgaan met spanning: aangaan/angst afweren/ontkennen van angstsignalen

3. Keerpunt lichaamsbeleving

Op 14^e jr. afstand genomen van zichzelf. (wegblokken van emoties)

3. Betekenis therapie

Pmt: ontwikkelen van meer lichaamsbewustzijn, meer grip en contact krijgen met emoties.

(voelen=nodig maar spannend!)

4. Emoties

Contact met emoties: vlak, weinig emoties worden ervaren.

Omgaan met emoties: 'ik heb geleerd een meester te worden in niet voelen..' Emoties worden afgeweerd. zie quote 5.

Lichaamssensatie ontwikkelt zich niet tot emotie; er vindt geen verbinding plaats. Hij is zich bewust van het lichamelijke niveau van blokkeren (geen expressie van motorische impuls)

Emoties worden vaak niet begrepen (geen cognitief label). Dat roept schaamte op.

5. Craving en middelengebruik

Functie middel: verdringen van emoties, verdoven van gevoel, toename zelfbeheersing

Craving/lichamelijke beleving: hongerig, lelijk, erg chaotisch!, zweterig, afwisselend koud&warm voelen.

Emotionele beleving: angst.

Effect gebruik: ongerichte actie.

6. Lichaamswaardering

Hij is zich bewust van de veranderingen van het ouder worden.

Cognitieve evaluatie: matig tevreden ('kan er mee door'). Tevreden: tattoos/jonge uitstraling

Ontevreden: grote voeten (maat 46). Rol V: gepest worden met voeten: negatieve LW en woede uitbarstingen in kindertijd. C=6 (V=6-)

7. Lichaamsattitude

Seksualiteitsbeleving: wordt als inspanning ipv ontspanning ervaren. Spontaniteit is voorwaarde voor ontstaan van seksuele opwindings.

Invloed middel: vergemakkelijkt orgasme/intensieve beleving blijkt (nu) illusie

Nu: meer moeite met orgasme (effect Seroxat?)

8. Lichaamsperceptie geen bijzonderheden.

9. Contextmapping

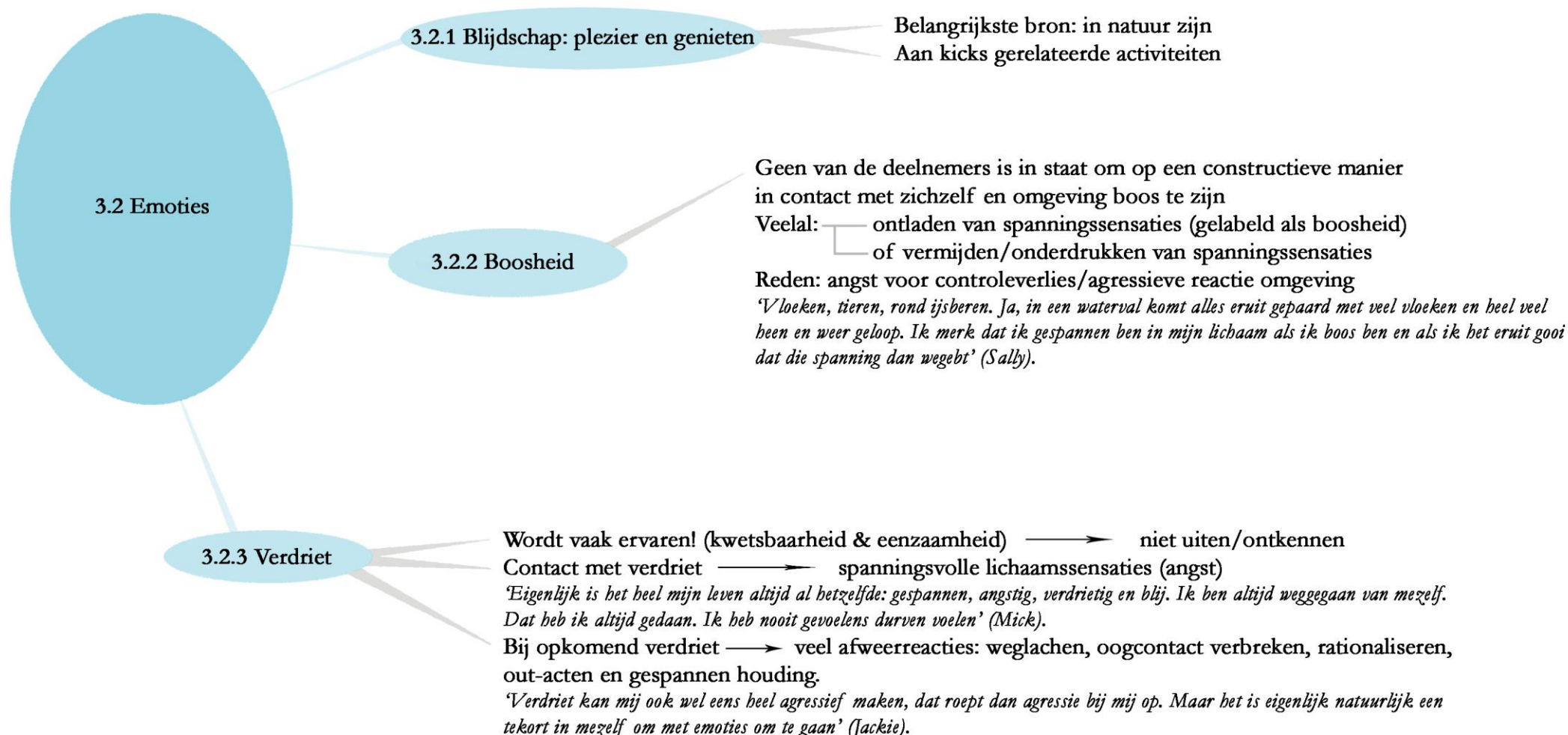
Sessie is als leuk en confronterend ervaren: 'dieper naar jezelf kijken, onderzoeken van lichaamsbeleving'.

10. Zingeving en taal

Moeilijk om woorden te vinden voor ervaren lichaamssensaties en emoties.

Algemeen: Meerderheid (7) → emoties rationeel benaderen en er weinig lichaamssensaties bij ervaren
 Kleinere groep (5) → intensieve en verwarrende lichaamssensaties ervaren maar weinig grip en onduidelijkheid m.b.t. betekenis (labeling ontbreekt)

'Ik ben heel onderzoekend naar emoties om ze te herkennen en los te maken uit de warboel. Mijn emoties zijn vaak een warboel. Ik wil ze dan ontrafelen'. En: 'Ik voel vaak wel de sensaties maar kan het moeilijk verbinden met emoties' (Manuel).





11x



9x



9x



8x

3.3.2 Beleving van Craving

Brandend gevoel, onrust en chaos.

'Het voelt als een brandend gif en het gevoel dat het gif moet worden verdund en geblust' (Manuel)

Verder: spierspanning, bewegingsdrang, zich 'geketend' voelen, zweterig en adrenaline flow

3.3.3 Triggers Craving

Verdriet (eenzaamheid en kwetsbaarheid)

onmacht om boosheid te uiten

'Als ik wil gebruiken ben ik echt alleen maar met mezelf bezig. Dat is de pijn weggrijpen, de vreselijke pijn. De pijn die je voelt als je verdriet hebt' (Jackie)

3.3.4 Omgaan met craving en betekenis pmt

Behulpzaam: acceptatie van craving en er mee verbonden gevoelens.

pmt: bodyscan

'Het gewoon laten zijn op de plek waar het zit en kijken wat er achter de plek zit. Onder die plek zit dan vaak verdriet, 'verleden' en onbegrip. Het niet loslaten van iemand anders zijn sores' (Marc).

Ik ga er mee zitten. Ik probeer het te voelen eigenlijk. Ik ga op een meditatiekussen zitten en ga er naar toe... ik laat het toe. En dat is het enige zinnige dat ik kan doen' (Mick)

Verder: vasthouden aan een dagstructuur, lichaamsbeweging, afleiding zoeken.

3.3.1 Functie middel

Belangrijkste functie: verdoven van gevoel.

Vaak wordt verdriet als te verdoven emotie genoemd.

'Dat is gewoon als ik maar niets voel....als ik maar niets beleef...als ik maar gewoon lekker een zombie ben' (Marc).

'De pijn dus... als je totaal niet begrepen wordt. In mijn optiek verdrijf je gewoon emotionele pijn. Het werkt angst in de hand heb ik het idee' (Mick)

3.3 Craving & middelengebruik

