

Windesheim Zwolle
Calo; Bewegingsagogie en Psychomotorische therapie
Begeleider: Maurits Uijting

Bachelorscriptie

Libido binnen de verslavingzorg

6 januari 2008

Lonneke van Imhoff

Voorwoord:

Deze scriptie schrijf ik naar aanleiding van mijn ervaringen tijdens mijn stage. Het laatste schooljaar heb ik stage gelopen bij de Jellinek kliniek in Amsterdam. Aan het einde van mijn stage periode waren de mogelijkheden daar dat ik volledig inzetbaar was voor de functies als psychomotorische therapeut. Tijdens deze stage periode heeft het me nieuwsgierig gemaakt wat de specifieke samenhang is tussen verslavingszorg en het libido. Ik werd nieuwsgierig omdat ik graag de feiten en de filosofie van verslaving wilde scheiden. Vooral de vraag wat aantoonbaar is van deze stoornis gerelateerd aan het libido en waardoor het neurologisch gezien komt dat men verslaaft raakt aan een middel. Hiervoor wilde ik veel verschillende theorieën en onderzoeken erop naslaan om tot een bepaalde conclusie te komen. Doordat verslaving door de jaren heen erg op de voorgrond is getreden is het zo dat men veel onderzoeken is gestart waardoor er meer vragen ontstaan. De onderzoeken die worden gedaan naar verslavingszorg problematiek zijn vaak gericht op bepaalde psychosociale aspecten van de verslaving of meer gericht op de effecten van verslavende middelen en niet op deze combinaties. Of al niet te spreken over psychomotorische therapie. Vanuit psychomotorische therapie is nog veel bekend wanneer we het hebben over de verslavingszorg. Vanuit de studie wordt het erg benaderd als een middel om cliënten te activeren. Om voor mijn vraagstuk een helder beeld te krijgen wil ik het vanuit verschillende oogpunten benaderen om zo mijn mening vanuit andere theorie of wetenschappelijke theorieën te kunnen bekrachtigen. Vanuit mijn conclusie kan men anders kijken naar het libido waardoor het bespreekbaar gemaakt kan worden binnen de verslavingszorg.

Ik wens de lezer veel plezier met het stuk en hoop hierbij men meer inzicht te geven op de verslaving met daarbij de seks drive van een mens.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Inhoudsopgave	3
1 Inleiding	4
2 Inleiding Casus	5
3 Verslaving, Verslavende middelen en verslavingszorg	7
3.1 Verslaving	7
3.2 Verslavende middelen	8
3.2.1 Alcohol	8
3.2.2 Cocaïne	9
3.2.3 Opiaten	10
3.3 Verslavingszorg	11
3.4 Casus	11
4 Libido en de invloed op verslaving	13
4.1 De werking van het libido	13
4.2 Relatie verslaving en libido	13
4.3 Verslavende middelen en het libido	14
4.3.1 Alcohol	14
4.3.2 Cocaïne	14
4.3.3 Kalmerende- en slaapmiddelen	15
4.4 Casus	15
5 Theorieën en de behandeling	16
5.1 Psychodynamische theorie	16
5.2 Gedragstheorie	17
5.3 Humanisme	18
6 Psychomotorische therapie binnen de verslavingszorg	20
6.1 Het doel van psychomotorische therapie binnen de verslavingszorg	20
6.2 Behandelingswijze binnen de verslavingszorg	20
6.3 Attitude van de psychomotorische therapeut binnen de verslavingszorg	21
6.4 Casus	22
7 Psychomotorische therapie en libido	23
7.1 Casus	23
8 Conclusie	25
Literatuurlijst	27

1 Inleiding

Het probleem binnen de verslavingszorg is dat de hulpverleners vaak geconfronteerd worden met cliënten die geen manier kunnen vinden om op een goede manier om te kunnen gaan met hun driften, hiermee bedoel ik alle driften van een mens, dit gekeken vanuit de psychoanalytische kant. De driften komen vaak naar boven wanneer men niet meer gebruik maakt van de verslavende middelen. In eerste instantie zal de cliënt de arts om hulp vragen waardoor de arts of psychiater naar dit gedrag zal kijken en eventueel hier medicatie voor te schrijven. Het stabiliseren van gedrag is een manier om met de stoornis om te kunnen gaan, maar een andere manier kan het veranderen van gedrag zijn.

Het libido is een van de genotsdriften. Het woord libido omschrijft de drang tot erotiek. Wanneer men het woord seksualiteit gebruiken zou, zou het op een te breed vlak betrekking hebben want seksualiteit is de beleving van seks en libido is een geslachtsdrift. Aan het thema libido wordt op dit moment binnen de verslavingszorg niet standaard aandacht aan besteed. Er wordt alleen ingegaan op de problematiek die de cliënt laat zien. Dit betekent afwijkend sociaal gedrag binnen de leefgroep. Met afwijkend bedoelt men, het gedrag dat niet onder de afgesproken regels en verwachting valt.

Wanneer een cliënt niet bewust wordt gemaakt van de eventuele beperkingen zal deze ook niet de link kunnen leggen met de driften. Om te weten of deze bewustwording van de cliënt nodig is om tot het doel te komen van de cliënt zal er vanuit verschillende theorieën en wetenschappelijke onderzoeken naar de vraag gekeken moeten worden.

De vraag stelling van deze scriptie luidt dan als volgt:

Op welke manier kan het thema libido in de psychomotorische therapie, naar voren gebracht worden binnen de verslavingszorg en welke toegevoegde waarde heeft dit, met betrekking tot de behandeldoelen van de cliënt binnen de verslavingszorg?

Om de bovenstaande vraag te beantwoorden zijn er twee deelvragen:

1. Wat is de rol van psychomotorische therapie en wat is de toegevoegde waarde van psychomotorische therapie binnen de verslavingszorg?
2. Wat is de plek van het thema libido binnen de verslavingszorg en kan deze door middel van psychomotorische therapie naar voren gebracht, bruikbaar en geaccepteerd worden?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zal eerst worden ingegaan op verslaving deze wordt vanuit de classificerende invalshoek uitgewerkt met behulp van het DSM IV. De middelen waar men verslaafd aan kan raken worden hierbij verdeelt in drie groepen, de meest voorkomende verslavende middelen, binnen Jellinek, worden belicht met hierbij alleen de effecten op de psychosociale aspecten van de mens. In hoofdstuk vier wordt als eerste omschreven wat libido is en hierna de invloeden van het libido op de verslaving omschreven als laatste in dit hoofdstuk worden de invloeden van de drie meest voorkomende verslavende middelen gekoppeld aan libido. De gangbare theorieën waar psychomotorische therapie mee in aanraking komt zijn in hoofdstuk vijf per hoofdstromingen

omschreven. Binnen deze theorieën komen ook het libido of de gerelateerde aspecten aan de orde. In de daarop twee volgende hoofdstukken wordt de psychomotorische therapie betrokken bij de verslaving en libido. Er zal begonnen worden met een casus omschrijving. Deze casus zal tijdens de scriptie met enige regelmaat terugkomen.

Binnen elk hoofdstuk is er ruimte voor een casus. Hierin wordt de besproken theorie gekoppeld aan een voorbeeld uit de praktijk.

Inleiding 2 in een casus:

Aan de hand van een casus wordt de theorie verduidelijkt. Deze casus bestaat uit praktijk voorbeelden uit mijn stageperiode bij de Jellinek in Amsterdam, en uit de gesprekken die ik gevoerd heb met de behandelaars van de kliniek. De casus bestaat uit de mensen die opgenomen worden bij de verschillende afdelingen binnen de verslavingszorg waar ik als stagiaire psychomotorisch therapie mee in aanraking ben gekomen. Deze groep is zeer uiteenlopend wat betreft verslaving en psychosociale problematiek.

Wat we binnen psychomotorische therapie merken is dat vaak verslaving gerelateerd is aan het libido. De therapie groepen waaruit ik informatie heb gehaald zijn van de deeltijd en vanuit de complex intramurale zorg (CIZ), deze cliënten in deze groepen hebben vaak de leeftijd vanaf 20 jaar tot ongeveer 40 jaar. Cliënten worden opgenomen op de deeltijd nadat ze bijvoorbeeld een lange tijd zijn opgenomen bij de kliniek en hierna nog niet zelfstandig in het leven kunnen staan. De verslavingen lopen te zeer uiteen om ze te kunnen beschrijven. Het komt doordat mensen verschillende combinaties maken van de middelen, zoals bijvoorbeeld cocaïne en alcohol. Veel gebruiken de combinatie van stimulerende middelen en kalmerende middelen. Dit is omdat men vanuit de stimulerende middelen het lastig vindt om te kalmeren.

De cliënten komen uit verschillende milieus dat betekent dat onafhankelijk van herkomst en context men verslaafd kan raken. De kans om verslaafd te raken kan wel van het milieu afhangen en zijn zeer uiteenlopende redenen en omstandigheden waaruit men verslaafd kan raken. Men ziet vaak cliënten die afkomstig zijn van de straat of eventueel andere instanties zoals de sociale bijstand. Maar ook worden er cliënten opgenomen die hoogopgeleid zijn en goed hebben gefunctioneerd in de maatschappij. De cliënten hebben ieder ook een andere achtergrond vanuit hun sociale omgeving. Sommige cliënten hebben niets anders dan de straat en andere hebben juist een groot sociaal vangnet. Er zijn ook cliënten die in aanraking komen met justitie dit kan dan betekenen dat ze gedwongen opgenomen zijn (RM = rechtelijke machtiging).

Veel cliënten hebben regelmatig te maken gehad met het libido (seks drive) gerelateerd aan het middel waaraan ze verslaafd zijn of zijn geweest. Het middel kan als verdovingsmiddel werken. Een voorbeeld is dat veel prostituees drugs gebruiken om niet te voelen wanneer ze seks hebben met anderen. Hierdoor seks vooral functioneel wordt waarbij drugs de emoties verdoven. Een ander voorbeeld is dat de meeste mannen binnen de verslavingszorg zeggen over het gebruik maken van

een middel dat ze zich sterker doen voelen, waardoor het versieren van vrouwen makkelijker gaat. Soms wordt er genoemd dat men beter presteert in bed door het middel. Na de detoxfase, ontgiftingsfase, ervaart een cliënt het libido (seks drive) wat een lange tijd verdoofd is geweest door het verslavende middel.

3 Verslaving, verslavende middelen, verslavingszorg en casus

3.1. Verslaving

Uit oude rituelen van verschillende inheemse stammen blijkt dat verslavende middelen al eeuwen worden gebruikt. Zoals vroeger door de Indianen werd cocaïne blad gebruikt om het honger gevoel te onderdrukken. Verslaving ontstaat door risicovolle consumptie in combinatie met specifieke omstandigheden, zoals erfelijkheid. Het begrip verslaving is erg breed en complex. Vele factoren (fysiek (het lichaam), sociaal, politiek, maatschappelijk) spelen mee en daaruit voortvloeiend verslaving en haar problematiek. Om een duidelijk beeld te schetsen van wat verslaving nu eigenlijk inhoudt zal allereerst de klinische omschrijving van het begrip verslaving worden behandeld. Hierbij zullen ook de begrippen 'craving' en 'tolerantie', zoals deze centraal staan binnen verslavingszorg, uitgelegd worden. Vervolgens zullen de sociale en politieke omstandigheden (welke vaak van grote invloed zijn op bijvoorbeeld de verslavingszorg en behandel mogelijkheden) worden besproken.

In de DSM IV, een toonaangevend classificatiesysteem voor psychische stoornissen en gedragsstoornissen, valt verslaving onder klinische stoornissen (as I). Deze kan vervolgens weer worden verdeeld in twee groepen. De eerste groep bestaat uit stoornissen *in* het gebruik van een middel (afhankelijkheid en misbruik van een middel), de tweede groep bestaat uit de stoornissen *door* het gebruik van een middel (intoxicatie door een middel, onthouding van een middel, delirium door een middel, persisterende dementie door een middel, persisterende amnestische stoornis door een middel, psychotische stoornis door een middel, stemmingsstoornis door een middel, angststoornis door een middel, seksuele disfunctie door een middel en slaapstoornis door een middel) (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000: p.141).

Middelen kunnen leiden tot lichamelijke afhankelijkheid als het lichaam zich aanpast aan de regelmatige inname. Dit kan leiden tot tolerantie; indien er gestopt wordt met de inname worden onplezierige lichamelijke en psychologische reacties ervaren, die alleen op te heffen zijn door het opnieuw gebruiken van het middel. Na langere tijd van onthouding van het middel doven deze ontwenningssverschijnselen vanzelf. Deze ontwenningssverschijnselen kunnen zorgen voor een sterk lichamenlijk gevoel van verlangen naar gebruik van het middel, ontstaan vanuit dezelfde plek in de hersenen (nucleus accumbens) van waaruit het gezonde verlangen naar eten of seks ontstaat. Dit gevoel wordt ook wel trek of 'craving' genoemd. Trek is een van de lastigste te overwinnen factoren in het herstel van de verslaving, vooral omdat het zorgt voor controleverlies bij de verslaafde (Geerlings, 2000, in Knegtering, 2006).

Binnen bepaalde sociale omgevingen zijn verslavingen 'sociaal geaccepteerd'. Een voorbeeld hiervan is het roken van tabak. Alhoewel de laatste jaren de antirooklobby enorm op gang is gekomen, mag er op veel openbare plekken gewoon nog gerookt worden en wordt dit ook geaccepteerd door de omgeving. Ondanks dat welhaast een ieder op de hoogte is van de schadelijke effecten (o.a. kanker) van roken, blijft er veel weerstand bestaan vanuit allerlei lagen van de bevolking (ondernemers,

horeca, etc.) tegen het instellen van een rookverbod in openbare gelegenheden. Ook alcohol heeft, ondanks de vele verslaafden, destructieve gevolgen (rijden onder invloed), en gevaren voor de volksgezondheid, nog steeds een sociaal geaccepteerde plek onder het grootste deel van de Nederlandse samenleving. Middelen als heroïne, cocaïne en speed zijn daarentegen veel minder sociaal geaccepteerd.

Nederland heeft in veel gevallen voorop gelopen als het gaat om behandelwijzen (methadonverstrekking), acceptatie van bepaalde drugs (gedoogbeleid bij marihuana) en gebruik van drugs voor medicinale doeleinden (marihuana voor MS patiënten). Verslaving is in Nederland een thema dat door (lokale) politiek in veel gevallen niet meer wordt doodgezwegen, zoals in veel andere westerse en Europese landen, maar actief wordt aangepakt. Dit heeft onder andere geresulteerd in gebruikersplekken, methadonverstrekking, het verstrekken van schone naalden voor harddrugverslaafden. In september 2005 heeft de Hoge Raad uitspraak gedaan om verslaving BOPZ-waardig (bijzondere opname psychiatrische zorg) te maken. Dit heeft de zorg de mogelijkheid geboden om onderzoeken te doen en zorg te bieden. Op dit moment is de vergoeding van medicatie voor nicotine verslaving een punt van discussie binnen de politiek. Hieruit blijkt maar weer hoezeer verslavingsvraagstukken de aandacht hebben van de regering.

3.2 Verslavende middelen

De drie meest voorkomende middelen waaraan cliënten van de Jellinek aan verslaafd zijn worden in het volgende hoofdstuk besproken. Hierbij zal specifiek de psychische kant van de verschillende verslavende middelen worden beschreven. De lichamelijke effecten worden minder belicht alhoewel deze de psychische aspecten van de mens kunnen beïnvloeden.

Er zijn verschillende verslavende middelen te onderscheiden, die te verdelen zijn in drie groepen: kalmerende middelen, stimulerende middelen en geestverruimende middelen. Kalmerende middelen zijn alcohol, benzodiazepine (diazepam, oxazepam), cannabis, barbituraten, opiaten (heroïne, methadon, morfine, buprenorfine), narcose/snuifmiddelen (GHB) en nicotine. Stimulerende middelen zijn cocaïne, XTC, amfetamine, nicotine, cafeïne en khat. Geestverruimende middelen zijn paddo's, cannabis, LSD, XTC, mescaline, PCP (NMDA-receptor).

3.2.1 Alcohol:

Pure alcohol is een heldere, kleurloos, vrijwel smaakloze vloeistof. Alcohol ontstaat door gisting van granen of vruchtensuikers (van druiven, appels e.d.). Door gisting kan een alcoholpercentage van 15 % worden bereikt. Dranken met een hoger percentage, zoals jenever of rum, worden na het gisten nog een of meerdere keren gedistilleerd. De effecten van alcohol hangen samen met de hoeveelheid die men drinkt en de snelheid waarmee gedronken wordt. De hoeveelheid lichaamsvocht, de stemming en de conditie zijn ook van invloed.

Bij gebruik van 1 tot 3 glazen alcoholhoudende drank binnen een uur werkt alcohol opwekkend. Men voelt zich ontspannen en vrolijk en men praat gemakkelijker. De eetlust neemt toe. Bij gebruik van 3 tot 7 glazen binnen een uur neemt de reactiesnelheid af. De stemming kan veranderen, men wordt zorgeloos of agressief. De zelfkritiek neemt af. Bij gebruik van 8 of meer glazen alcohol houdende drank binnen het uur wordt het gezicht rood en verwijden de pupillen zich. De zintuigen raken verdoofd; men ziet dubbel, krijgt moeite met motorische coördinatie en er kunnen black-outs voorkomen. De zelfkritiek verdwijnt, de agressiviteit kan toenemen. Men kan door alcoholconsumptie in coma raken en zelfs overlijden.

Door het gebruik van alcohol treedt tolerantie op. Op een gegeven moment is het lichaam zo gewend aan alcohol, dat er bij minderen of stoppen ontwenningsverschijnselen optreden zoals; transpireren, trillen (Delirium Tremens), slecht slapen, angstig of gespannen zijn of een toeval krijgen. Opnieuw alcohol drinken neemt deze verschijnselen tijdelijk weg. Dit is vaak de motivatie om niet abstinente te worden. Hierdoor worden de problemen alleen maar groter. Op den duur kan controleverlies optreden; men kan dan niet meer stoppen met drinken. Bij overmatig gebruik is alcohol zeer riskant. De lichamelijke, sociale en psychische gevolgen zijn enorm; voor de gebruiker zelf, zijn omgeving en de samenleving (Jellinek, 2000).

3.2.2 Cocaïne:

Cocaïne is een wit kristalachtig poeder dat via een chemisch proces wordt het bereid uit de bladeren van de cocaplant (*Erythroxylon Coca*). Aan cocaïne gerelateerde middelen zijn coke (puur), basecoke, gekookte coke of crack. Het gebruik van basecoke, gekookte coke of crack is, door de snelle en heftige werking, vele malen riskanter dan het gebruik van pure cocaïne.

Cocaïne heeft een stimulerend effect. Hoe sterk het effect is hangt af van de persoon, maar vooral van de dosis en de manier van gebruik. Als cocaïne wordt gesnoven, begint het na enige minuten te werken. Het effect houdt ongeveer een half uur aan. Bij spuiten werkt de coke vrijwel onmiddellijk; het effect duurt dan ongeveer tien minuten. Bij roken werkt het onmiddellijk en hevig; de flash. Het effect duurt hooguit een paar minuten. Wanneer het stimulerende effect voorbij is, voelt een gebruiker zich down, rusteloos en opgefokt. Dat wordt de crash genoemd.

Geestelijke effecten bij sporadisch gebruik zorgt coke ervoor dat de gebruiker opgewekt en vrolijk wordt. Hij bruist van energie, wordt spraakzaam, heeft veel zelfvertrouwen en meent sneller en helderder te kunnen denken. Bij langer gebruik van een hogere dosis kan een gebruiker angstig, rusteloos, depressief, geïrriteerd en overmoedig worden. De ontwenningsverschijnselen zijn heftig en kunnen maanden duren.

Er zijn veel risico's verbonden aan het gebruiken van cocaïne. Het gebruik van cocaïne kan invloed hebben op iemands persoonlijkheid en/of stemming. Men kan een neurose, dwangmatige nutteloze handeling, ontwikkelen. Men kan last krijgen van psychoses en het contact met de realiteit verliezen. Agressie en achterdocht spelen hierbij vaak een rol (Jellinek, 2000).

3.2.3 Opiaten:

Opiaten komen van de papaverplant. Het gebruik van ruwe opium is al eeuwen bekend. Opium wordt gewonnen door een sneetje te maken in de onrijpe zaadbol van de papaverplant. Er komt dan een melkachtige vloeistof te voorschijn. Als dat indroogt, ontstaat er een bruin-zwarte substantie. Dat is de ruwe opium, die puur kan worden gerookt in een opiumpijp. Dit is iets dat bijvoorbeeld in China, duizenden jaren geleden, ook al gedaan werd.

Toen in 1898 heroïne werd 'ontdekt' werd dit gezien als de ideale, niet-verslavende vervanger van opium. Het werd zelfs gebruikt als pijnstillers en medicijn tegen astma, bronchitis en andere aandoeningen van de luchtweg (Jellinek Middelenserie, 2000). Helaas is heroïne een sterker verslavend middel in vergelijking met morfine. Tot op de dag van vandaag is er nog steeds geen opiaat ontdekt dat geen verslavend effect heeft. Heroïne is een opiaat dat via morfine uit ruwe opium wordt bereid. Heroïne ontstaat door een chemische bewerking van morfine.

Alle opiaten werken sterk verdovend en pijnstillend. Welk effect heroïne heeft, hangt af van de dosis, de zuiverheid en de wijze van gebruik (roken of spuiten). Daarnaast spelen ook persoonlijke factoren, zoals ervaring en lichamelijke conditie, een rol. Bij de eerste paar keer heroïnegebruik kan de gebruiker last krijgen van braken, hoofdpijn, duizeligheid, misselijkheid, jeuk en van een vreemd gevoel in het hoofd. Gevoelens van pijn, kou, verdriet, angst en honger verdwijnen, de gebruiker is ontspannen en in zichzelf gekeerd. Seksuele behoeften kunnen minder worden, de menstruatiecyclus wordt verstoord, en na lange tijd van gebruik is de heroïne vooral een middel om de gebruikers zich niet ziek te laten voelen. De effecten van het gebruik van heroïne zijn: pijnstilling, euforie, vernauwde pupillen, demping van hoestprikkels, obstipatie, misselijkheid/braken, zweten, urineretentie, verstoorde hormoonhuishouding, convulsies en tolerantie (Jellinekschool, M. Boonstra, J. Weijers, 2007).

3.3 Verslavingszorg

Verslavingszorg is hulpverlening aan personen die aan een verslavingsziekte, ziekte ontstaan door het verslaafd zijn aan bepaalde middelen, lijden. (Van Dale, 2007)

Met andere woorden: verslavingszorg is een verzamelnaam om mensen met een afhankelijkheidsprobleem van een middel te helpen. Binnen de verslavingszorg zijn er verschillende afdelingen waar cliënten kunnen worden opgenomen. Een belangrijk onderscheid bestaat tussen de zogenaamde 'klinische' behandeling en de 'ambulante' behandeling. Bij de 'klinische' behandeling wordt de patiënt opgenomen in een kliniek, alwaar de medicatie en behandelplan worden vastgesteld. De klinische behandeling richt zich vooral op de fysiek zwakkeren en heeft, naast de aandacht voor de verslavingsproblematiek van de patiënt, ook oog voor de (vaak ernstige) fysieke klachten. De ambulante behandeling richt zich vooral op de verslavingsproblematiek van de patiënt. Doordat de maatschappelijke en sociale omstandigheden van de patiënt zijn in dit geval vaak dusdanig op orde, dat een full-time opname in een kliniek niet nodig is.

3.4 Casus

In eerste instantie is de opnameafdeling van de Jellinek verantwoordelijk voor de plaatsing van een cliënt. Wanneer een cliënt geplaatst is zal de behandelaar de passende instrumenten moeten gebruiken om tot het doel te komen wat de cliënt samen met de behandelaar heeft gemaakt.

Cliënt K. is een wel opgevoede man wat een hoog cognitief vermogen hij werd opgenomen op de klinische behandeling terwijl hij een eigen huis had en een sociaal vangnet (familie en vrienden zonder een verslaving). De zorg die de klinische behandeling aanbiedt was niet passend bij cliënt K. omdat hij op een ander niveau zat in vergelijking met de ander cliënten, omdat de klinische behandeling zich richt op de basale behoeftes van cliënten zoals huisvesting, fysieke behandeling, minderen van angsten en stress.

Cliënt K. paste beter bij de deeltijd behandeling omdat deze cliënten doelen hebben voor een langer termijn waar cliënt K ook aan toe was. Het is belangrijk dat je als behandelaar de cliënt de beste behandeling aanbiedt op basis van de diagnose, sociale vangnet, fysieke kracht en cognitief niveau van de cliënt. Wanneer een cliënt voortdurend verkeerd geplaatst wordt kan er een draaideur effect kunnen ontstaan waardoor cliënten de zorg wantrouwen. Ook kunnen cliënten shoppen tussen verschillende klinieken. De behandelaren zouden eerst goed moeten kijken naar de diagnose die gesteld is aan de cliënt voordat een cliënt kan geplaatst kan worden. In de praktijk komt men vaak tegen dat er weinig tijd wordt vrijgemaakt om de cliënt te leren kennen.

De Jellinek richt zich op zo'n breed mogelijke zorg. Dit houdt in dat ze ieder mens met een verslaving kunnen helpen. Vaak om praktische redenen zoals ruimte kan een cliënt niet worden aangenomen.

De Hoop is christelijk. De bijbel is bij deze instelling de bron van waarden en normen waarbij geloof centraal staat. Dit betekent dat men de dag indeling en de hulp van God als groot middel zien. Wanneer een cliënt zich hierin kan vinden zal dit goed aansluiten op de bijbehorende hulpvraag wat

betreft de verslaving. Iedere kliniek zou de andere als een collega moeten zien, helaas kijken de instellingen vaak naar elkaar als concurrenten.

Hieronder volgt een schets van de cliëntenpopulatie binnen de klinische en ambulante verslavingszorg aan de hand van de 5 assen van de DSM IV.

AS I: Alcohol-, drugsafhankelijk, (sociale) fobieën, eetstoornissen, AD(H)D.

AS II: (Borderline) persoonlijkheidsstoornissen (psychose, narcisme), compulsieve stoornissen, antisociale stoornis.

AS III: Lichamelijke klachten, - afwijkingen en –beperkingen, zoals hartklachten, lichamelijke onrust, het niet of onvolledig functioneren van lichaamsdelen, afwezigheid van lichaamsdelen.

AS IV: Ontbreken van dagbesteding, huisvesting, financiële problematiek, (psycho) sociale problematiek.

As V: GAF-score; niet afhankelijk van verslaving (sproblematiek).

Hulpverleners moeten er weet van hebben zodat de juiste attitude en behandelingsstrategie aansluiting vinden op de cliënt.

Tijdens de sessies binnen psychomotorische therapie valt me op dat er verschillende eigenschappen zijn die gerelateerd zijn aan het middel waar men aan verslaafd is of is geweest. Cliënten die verslaafd zijn of zijn geweest aan cocaïne externaliseren hun emoties in vergelijking met cliënten die verslaafd zijn of zijn geweest aan alcohol. Deze cliënten internaliseren de emoties die ze hebben. De psychosociale aspecten van cliënten worden in een later stadium van de behandeling ervaren. Mijn ervaring vanuit de psychomotorische therapie is dat cliënten tijdens psychomotorische therapie de psychosociale aspecten van de mens zowel positief als negatief ervaren.

4 Libido en de invloed op verslaving

4.1 De werking van het libido

In de Van Dale wordt libido als volgt omschreven: (psychologische) geslachtsdrift.

Libido (seks drive) wordt veroorzaakt door een samenspel van verschillende hormonen. Wanneer er geen tegenwerkende invloeden zijn, zal het libido leiden tot seksueel gedrag. Een hormoon is een product van een endocriene klier die via het bloed invloed uitoefent op een orgaan of zelfs het hele lichaam. Het lymfische systeem is het gedeelte van de grote hersenen dat onder andere het hormonale stelsel reguleert. Hormonen die een rol spelen bij het libido zijn testosteron (bij mannen), oestrogeen (bij vrouwen) en prolactine (bij zowel mannen als vrouwen) (Wilmore et. al, 1999). De seksdrive wordt verlaagd door een laag niveau van testosteron, een relatief hoog of laag niveau van oestrogeen en een hoog niveau van prolactine. Andere factoren zoals een langdurige ziekte, een lichamelijke beperking of psychologische factoren kunnen de seks drive ook doen afnemen.

4.2 Relatie verslaving en libido

De nucleus accumbens is een gedeelte van de hersenen die een rol speelt bij zowel seksuele opwindings als bij onder invloed zijn van bepaalde verslavende middelen (het 'high' voelen). De nucleus accumbens wordt ook wel het 'genotcentrum' genoemd omdat het, door het veroorzaken van een meestal prettige stimulans, zorgt voor herhaling van bepaalde handelingen die nodig zijn om te leven en overleven. Over de werking van dit beloningsstelsel is niet veel bekend, wel is het zeker dat de neurotransmitter die zorgt voor de stimulatie, dopamine is (Wise, 1996). Seksuele activiteit verhoogt de dopamine afgifte. De afgifte van dopamine neemt ook toe bij verslavende activiteiten zoals gokken en drugsgebruik. Wanneer er tolerantie optreedt is er steeds meer van een stimulans nodig om de drempelwaarde van de dopamine receptoren te overschrijden. Verschillende middelen beïnvloeden de dopamine afgifte en receptie op verschillende manieren, maar in het algemeen verhoogt de activiteit van dopamine synapsen. Hierdoor vindt er geen beloning meer plaats bij voedselinname of seks. Cocaïne blokkeert de opname van dopamine waardoor het effect ervan wordt verlengd en versterkt. De activiteit van dopamine receptoren wordt versterkt (Harris, Brodie, & Dunwiddie, 1992). Bij het gebruik van alcohol neemt eerst de seks drive toe doordat een aantal psychologische remmen (angst, stress) afnemen. Alcohol activeert via noradrenaline, GABA en endorfines de ventrale tegmentale-dopamine tijdelijk de beloningsbaan. GABA is een inhiberende neurotransmitter en remt daardoor de zenuwactiviteit. GABA receptoren zijn vooral te vinden in de amygdala en de hippocampus.

Door het regelmatig gebruiken van verslavende middelen neemt het libido af. In het ene geval doordat de zenuwen al gestimuleerd zijn waardoor het belonende effect van seksuele activiteit niet optreedt, in het andere geval omdat de zenuwactiviteit geremd is waardoor het belonende effect van seksuele activiteit niet optreedt.

4.3 Verslavende middelen en het libido

4.3.1 Alcohol

Voor mannen en vrouwen geldt dat de seksuele interesse en opwindings samenhangen met het testosterongehalte in het bloed. Overmatig drankgebruik verlaagt bij mannen de testosteron-spiegel in het bloed. De verlaagde testosteronspiegel in het bloed heeft als veel voorkomend gevolg dat mannen geen erectie of zaadlozing krijgen. De frustratie daarover kan behoorlijk oplopen en dat alleen al kan tot gevolg hebben dat het de volgende keer weer misgaat. Circa 8 procent van de alcoholverslaafden is impotent. Bij de helft daarvan komt dat nooit meer goed, ook niet als volledig met drinken wordt gestopt. Bij vrouwen stijgt de oestradiol- en testosteron-spiegel na drankgebruik. Dit heeft seksuele opwindings tot gevolg. Omdat alcohol ook de remmingen wegneemt, komt het nogal eens voor dat vrouwen onder invloed op seksueel gebied dingen doen die ze nuchter nooit gedaan zouden hebben. Voor beide geldt dat onder invloed grenzeloos gedrag ontstaat, waardoor ze wellicht sneller en meer geneigd zullen zijn anderen te benaderen voor seksueel contact. Overmatig alcoholgebruik verstoort ook de cyclus van de vrouw. Daarom hebben alcoholverslaafde vrouwen vaak menstruatiestoornissen.

Door beschadiging van de zenuwbanen na intensief en langdurig alcoholgebruik kan er sprake zijn van een blijvende verminderde gevoeligheid, ook na stoppen met gebruik. Ook hier geldt dat voor zover het stoppen met gebruiken leidt tot gevoelens van depressie, moeheid of algeheel onwelbevinden (wat vaak het geval is) kan dit leiden tot een verminderde zin in seks.

4.3.2 Cocaïne

Coke heeft de reputatie een liefdesmiddel te zijn. Dat is maar ten dele waar. Matig gebruik kan de lust in vrijen doen toenemen en het seksuele genot verlengen en verhevigen. Daarnaast neemt door het gebruik van cocaïne het zelfvertrouwen toe waardoor cliënt en partner meer en sneller geneigd kunnen zijn andere te benaderen voor een seksueel contact. Doordat het uithoudingsvermogen vergroot wordt en er spraken kan zijn van verminderde gevoeligheid kan het zijn dat het seksuele contact langer duurt. Maar de keerzijde is dat langdurig en frequent gebruik van cocaïne het libido doet afnemen. Voor vrouwen kan langer vrijen het risico met zich meebrengen dat de vagina van binnen wordt beschadigd. Ook kan de vagina door cocaïnegebruik droger worden. Gevolgen daarvan kunnen irritaties zijn, infecties en een snellere kans op overdacht van virussen. Bij hogere doseringen van cocaïne kan de lust er wel zijn, maar mannen kunnen dan vaak moeilijker een erectie of een orgasme krijgen. Dit laatste geldt ook voor vrouwen. Chronisch gebruik van coke kan de belangstelling voor seks zelfs geheel doen verdwijnen.

Voor mensen die stoppen met cocaïne gebruik kan de verandering op seksueel gebied groot zijn. Het 'versieren' wordt als moeilijker ervaren en het kan moeilijker zijn een uitlaatklep te vinden voor de seksuele behoeften. Voor zover het stoppen met gebruiken leidt tot gevoelens van depressie, moeheid of algeheel onwelbevinden kan dit leiden tot een verminderde zin in seks.

4.3.3 Kalmerings- en slaapmiddelen

Bij langdurig en regelmatig gebruik is er vaak spraken van een afname van de zin in seks. Voor zover het stoppen met gebruiken leidt tot gevoelens van depressie, moeheid of algeheel onwelbevinden (wat vaak het val is) kan dit leiden tot een verminderde zin in seks.

4.4 Casus

De cliënten binnen de verslavingszorg hebben allemaal met het libido te maken maar niet iedere cliënt wil de bewustwording van het libido ondergaan. Hiermee bedoel ik niet de hoeveelheid aanwezige gevoelens. Het is belangrijk om als therapeut te weten of de cliënt voldoende draagkracht heeft. Dit wordt bekeken op zowel het lichamelijke, emotionele, cognitieven als sociale aspect. Wanneer één van deze aspecten aangeeft dat de bewustwording van het libido gerelateerd aan de verslaving is, kan de cliënt er niet klaar voor zijn om zich ervan bewust te zijn dat libido gekoppeld is aan de verslaving. Dit kan alles te maken hebben met het verleden van de cliënt, wat niet behandeld wordt na de detoxfase. De cliënten krijgen therapie in een groep. Dit betekent wanneer men het thema naar voren brengt voor één cliënt zal de ander het thema ook te horen krijgen. Psychoeducatie komt hierbij naar de voorgrond na de ervaring met het lichaam tijdens psychomotorische therapie.

Ik heb ervaren dat het erg belangrijk is om voor de cliënten te herhalen wat verslaving is en wat het met je lichaam doet. Dit is de verantwoording naar de cliënten toe. Ook verduidelijken de cliënten wat er met hen aan de hand is vanuit een ervaring die ze op doen in de zaal. Wanneer je het libido koppelt aan deze informatie kan men de brug maken van verslaving naar libido. De rationale komt hierdoor beter tot zijn recht. Tijdens de psychomotorische therapie komt het libido als thema makkelijker aan de orde omdat men fysiek bezig is waardoor de emoties ervaren kunnen worden. Hierdoor komt het libido sneller aan de orde ook

5 Theorieën en de behandelingswijze

Er zijn drie hoofdstromen die ik zal bespreken omdat al deze stromingen een deel zijn waar mijn psychomotorische behandeling vanuit gaat. Ook zijn er theorieën die invloed hebben op de denkwijze van de mens, dat de behandeling en het thema libido beïnvloed kunnen worden. Ook zal worden aangegeven welke delen van de theorieën als basis dienen voor de psychomotorische therapie binnen de verslavingszorg.

5.1 Psychodynamische theorie

Psychodynamische theoristen, zoals Freud en Jung, gaan er vanuit dat er drie gebieden zijn in het bewustzijn van een mens: het onbewuste, het bewuste en het voorbewuste. Er zijn daarnaast drie instanties te onderscheiden die aan de basis staan van deze theorie. De drie gebieden zijn het *Es*, het *Über Ich* en het *Ich*. Het *Es* is de plaats waar de seksuele energie (libido) gelokaliseerd is. Het *Es* wordt beheerst door lustprincipes en is gericht op directe bevrediging van driften. *Es* is volledig onbewust, bewust wordend van de inhoud veroorzaakt sterke angst. Het *Über Ich* is de censuur die door een mens op zijn driften wordt toegepast. Het wordt gevormd tijdens de opvoeding en is in vele opzichten vergelijkbaar met het geweten. Het *Ich* is de uitvoerende macht. *Ich* wordt geleid door het realiteitsprincipe; dat geen wat zinvol en haalbaar is. Het *Über Ich* en het *Ich* bevatten onbewuste en bewuste elementen. Onaangepast gedrag wordt binnen het psychodynamische mensbeeld gewijd aan de opvoeding (*Über Ich*). Volgens deze theorie is een mens zich vaak niet bewust van zijn motieven en worden angst veroorzakende motieven en gedachten actief uit het bewustzijn gehouden door defensiemechanismen (Gray). Volgens de psychodynamische theorie zijn er twee grote motiverende factoren: de seksdrift (Eros) die te maken heeft met alle genotgerichte en overlevingsmotieven en de doodsdrijf (Thanatos) die te maken heeft met alle destructieve en agressieve motieven.

De hypothetische psychische energie noemt Freud in zijn vroege werk het libido (letterlijk; lust of begeerte). Deze energie verschaft drijfkracht voor de psychische arbeid die ons mentale systeem verricht. Volgens Freud is het libido een energievorm die afkomstig is van de aangeboren seksuele drijfveren. Het van Darwin afkomstige idee van de biologische continuïteit van levende soorten overtuigde Freud ervan dat de motivatie van de mens gebaseerd is op aangeboren driften die niet sterk verschillen van de krachten waardoor dieren gedreven worden. De belangrijkste drift van dieren is zonder twijfel de behoefte aan overleven. Seksualiteit vormt hiervan een belangrijk component: de overlevingskansen van een ras, stijgen immers naar mate er meer nakomelingen worden voortgebracht. Dat is dan ook de reden dat seksuele activiteiten, die voortplanting vergt, dieren lustgevoelens bezorgen. Was dat niet het geval geweest, dan zouden ze er waarschijnlijk niet eens aan beginnen.

De darwinistische notie dat seksualiteit de voorwaarde voor overleven vormt, wordt door Freud overgenomen door aan het libido een seksuele oorsprong en een daaruit voortvloeiend lustcomponent toe te kennen. Freud vat het begrip seksualiteit echter ruimer op dan Darwin. Freud bedoelt met het woord seksualiteit niets minder dan het zoeken naar, of bevredigen van lustgevoelens. Dat zijn

verschillende manieren zoals; elk lichamelijk genoeg, het nuttigen van een smakelijke maaltijd, het oplossen van een moeilijke som, of een aai over de bol, kortom alle dingen die als 'lekker' ervaren worden, vormen in feite een seksuele gebeurtenis.

De vertegenwoordigers van de psychodynamische theorie geloven dat mensen die middelen misbruiken, problemen hebben die met afhankelijkheid te maken hebben. Ze stellen dat een persoon die als kind onvoldoende verzorgd is door zijn ouders op latere leeftijd excessief gaat zoeken naar troost (comfort) bij anderen waarvan die persoon vervolgens afhankelijk wordt. Wanneer er met drugs wordt geëxperimenteerd wordt tijdens de zoektocht naar troost en comfort is het goed mogelijk dat de persoon afhankelijk wordt van deze drugs. Er treedt een verslaving op. Om van de verslaving af te komen is het volgens psychodynamische therapeuten nodig om de behoeften en conflicten die tot het probleem hebben geleid op te sporen. Aan de behoeften en conflicten moet dan worden gewerkt. De psychodynamische therapieën zijn bij drugsmisbruik en afhankelijkheid vaak niet erg effectief. Psychodynamische therapieën zijn in combinatie met andere aanpakken wel effectief (Galanter & Brooks, 2001, in Comer (2005).

Psychotherapie is er op gericht om inzicht te verkrijgen in de onderbewuste psychologische processen die aan de wortel staan van het probleem. Dit probeert de therapeut door zijn aandacht te richten op vrije associaties, dromen en fouten/ vergissingen.

5.2. Gedragstheorie

Volgens de gedragstheorieën (Pavlov, Skinner, Thorndike) is een mens het product van leerprocessen. Gedrag kan extern (iets doen) of intern (gedachte) zijn. Binnen de gedragstheorie gaat men er vanuit dat er een direct verband is te leggen tussen het observeerbare gedrag van een mens en de stimuli vanuit de omgeving. Er wordt niet ontkend dat er, tussen de stimulus en de respons, processen plaats vinden in de mens. Echter aangezien dit volgens behavioristen niet te onderzoeken is noemen ze deze processen de 'black box'. Volgens behavioristen wordt gedrag aangeleerd via twee leerprocessen: klassieke conditioneren (leren associëren) en operant conditioneren (leren door beloning) en daarnaast wordt sporadisch nog gesproken van een proces van het nadoen van het gedrag van anderen.

De gedragstherapie is erop gericht om gedrag te identificeren dat de problematiek veroorzaakt, en dat te vervangen door meer gepast gedrag. Systematische desensitisatie, een op gedrag gerichte behandeltechniek die is ontwikkeld door Wolpe, is een techniek waarbij de patiënt stapsgewijs wordt geconfronteerd met steeds angstwekkendere stimuli. Flooding is een extremere vorm van gedragstherapie, waarbij de patiënt steeds aan de meest vreeswekkende stimulus blootgesteld wordt, totdat de patiënt geen angst meer vertoont.

Vanuit de klassieke conditionering moet de stimulus gericht zijn op de symptomen van de patiënt om op deze manier te oefenen of te leren. Klassieke conditionering krijgt voor oorspronkelijke neutrale

stimuli een andere betekenis doordat het organisme een samenhang leert tussen deze stimuli (CS'S) en andere stimuli die al betekenisvol is (UCS'S). Operant conditionering gaat uit van het organisme leert een verband tussen wat het doet (R) en wat er als resultaat volgt (Sr). Je hebt verschillende stimuli, voorwaardelijke stimulus (UC) en de onvoorwaardelijke stimulus (UCS). Hetzelfde geldt voor de respons; onvoorwaardelijke reactie (UCR) en de voorwaardelijke reactie (CR). Een onvoorwaardelijke stimulus (het krijgen van voedsel) en een onvoorwaardelijke reactie zijn aangeboren. Een voorwaardelijke stimulus (de zoemer) en een voorwaardelijke reactie (speekselafscheiding bij het horen van de zoemer) zijn het gevolg van een leerproces.

Volgens gedragstheoretici speelt operant conditioneren een grote rol bij het ontwikkelen van een verslaving. Ze stellen dat de afname van spanning of de 'kick' die wordt veroorzaakt door drugs een belonend effect heeft, waardoor de kans toeneemt dat de persoon opnieuw naar dat effect op zoek gaat. (Comer).

5.3 Humanisme

Humanisten (Rogers, Perls) gaan er vanuit dat een mens van nature vriendelijk, coöperatief en constructief is. Een mens heeft filosofische doelen zoals zelfbewustzijn, normen en waarden en de vrije wil. Problemen moeten volgens humanisten in het licht van dergelijke complexe doelen worden aangepakt. De vroege kindertijd wordt als erg belangrijk beschouwd als het gaat om het ontwikkelen van een stoornis. Zij die als kind onvoorwaardelijke positieve waardering ervaren, ontwikkelen een onvoorwaardelijk zelfbeeld waardoor ze hun waarde als persoon inzien. Kinderen die geen onvoorwaardelijke positieve waardering ervaren, maar een waardering die op voorwaarden gebaseerd is, ontwikkelen een verstoord zelfbeeld. Het zelfbeeld wordt verstoord omdat ze gedachten en acties die niet aan de voorwaarden van waardering voldoen ontkennen of vervormen. Hierdoor weet de persoon niet hoe hij zich voelt, wat hij nodig heeft en welke doelen hij nastreeft.

Er zijn verschillende behandelmethoden die humanisten gebruiken. De cliëntgerichte therapie en de Gestalttherapie worden beschouwd als de belangrijkste methoden. Bij cliëntgerichte therapie probeert de therapeut een begripvolle omgeving voor de cliënt te creëren waardoor de cliënt zichzelf eerlijk en accepterend kan gaan bekijken. (Rogers, 2000). De therapeut moet drie kwaliteiten tonen bij deze therapie: onvoorwaardelijke positieve waardering (warme acceptatie van de cliënt), empathie (medeleven door goed te luisteren en te herhalen), en oprechtheid. De Gestalttherapie werd ontwikkeld door Fritz Perls. De Gestalttherapeut begeleidt zijn cliënt, net zoals de cliënt gerichte therapie, naar zelf kennis en zelf acceptatie. Dit doel proberen ze te bereiken door de cliënt uit te dagen en te frustreren. Hierbij worden verschillende technieken gebruikt: 'skillful frustration', rollenspel en een aantal regels en oefeningen. Bij 'skillful frustration' weigert de therapeut aan de verwachtingen en eisen van de cliënt toe te geven waardoor de cliënt inziet hoe vaak hij anderen probeert te manipuleren. Bij het rollenspel moet een cliënt vol overgave verschillende rollen spelen, waardoor hij gevoelens gaat accepteren die hem voorheen ongemakkelijk maakte. Regels die de gestalttherapeut

zoal stelt, zijn dat de persoon in de ik-vorm moet blijven praten en steeds alleen naar het hier en nu mag verwijzen.

Een humanistische therapeut zal een verslaafde cliënt eerst bewust willen maken van zichzelf. Daarna is het belangrijk dat de cliënt zichzelf accepteert zoals hij is. Vervolgens kunnen er vanuit de cliënt doelen worden gesteld om weer constructief te worden.

De psychomotorische therapie binnen de verslavingszorg is gebaseerd op het humanisme met daarbij enkele psychodynamische aspecten. De delen van het humanisme waar de psychomotorische therapie op gebaseerd is; de mens is van nature constructief en problemen moeten worden gezien in het licht van complexe filosofische doelen. Dit zie je terug in de behandeling door in de vorm van het hier en nu te interveniëren, door motiverende gespreksvoering en door het oefenen van het innemen van rollen. Ook gaat de psychomotorische therapie uit van het gezonde deel van de mens. Hierdoor wordt de cliënt bewust van wat hij kan en zal meer draagkracht ervaren. Op deze manier zal de cliënt zijn zelfbeeld realistisch kunnen maken. Zoals deze ook wordt voorgesteld in de humanistische theorie. Het deel van de psychodynamische theorie waar de psychomotorische therapie op gebaseerd is, is dat de cliënt zich niet bewust is van zijn innerlijke conflicten, en zijn gedrag. Dit uit zich in de therapie door de behoeftes en conflicten die tot het gedrag hebben geleid, voor de cliënt bewust te maken.

Mijn ervaring is dat uit te gaan van het gezonde van de mens vertrouwen wint. Libido is een deel van het gezonde. Alleen de niet bewustwording van het libido kan de mens doen zeggen dat het er niet is.

6 Psychomotorische therapie binnen de verslavingszorg

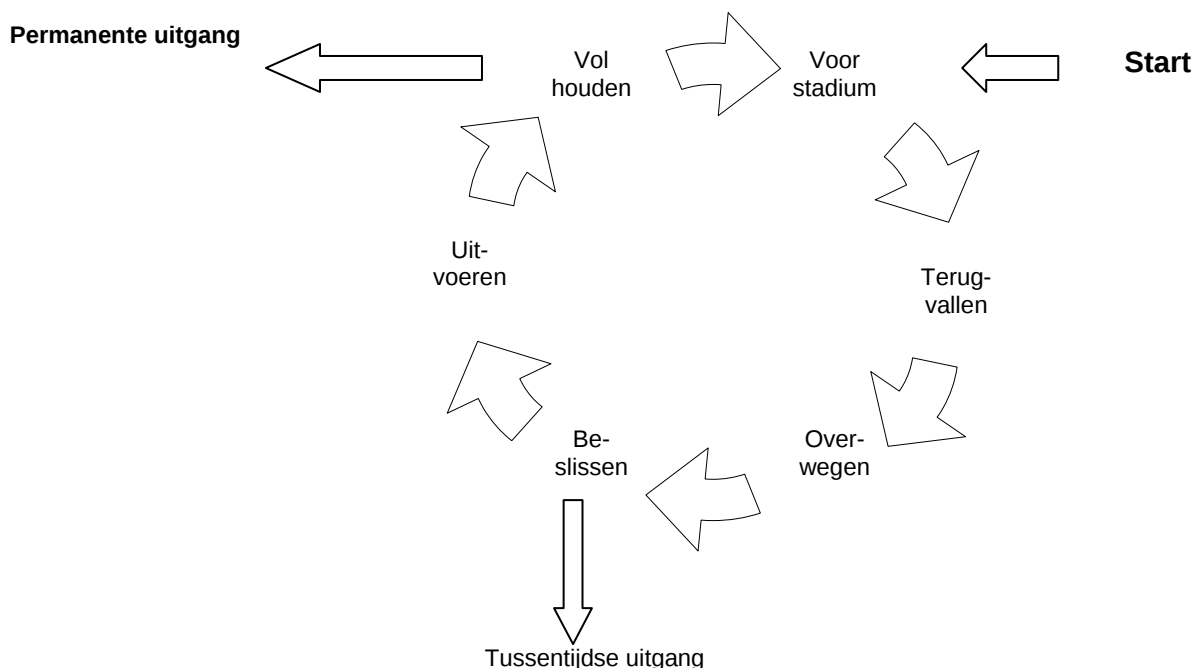
6.1 Het doel van PMT binnen verslavingszorg

Binnen de verslavingszorg wordt er met een multidisciplinair team gewerkt, dit betekent dat een iedereen een bijdrage levert aan de behandeling van de cliënt. En is iedereen verantwoordelijk voor de behandeling van de cliënt in de kliniek. Maar de behandelcoördinator (psycholoog of psychiater of arts) blijft eindverantwoordelijke. Dus wanneer je, als psychomotorisch therapeut, een thema of doel belangrijk vindt voor een cliënt zal je dat moeten bespreken binnen het behandeloverleg en zal er met de andere disciplines keuzes gemaakt worden.

Het doel van de psychomotorische therapie binnen de verslavingszorg is het tot stand brengen van een gedragsverandering of ten minste een bijdrage te leveren daaraan en daarmee psychosociale en psychiatrische problematiek weg nemen of verminderen. De doelen van de cliënt zijn de doelen van de therapeut. Met andere woorden; de doelen worden samen geformuleerd tijdens de opname van de cliënt. Doelen zouden de volgende kunnen zijn: abstinentie (clean blijven), het hebben van een maatschappelijk aanvaarde dagbesteding, het ontwikkelen van een sociaal netwerk, het oppakken van oude hobby's, het vinden van huisvesting en het verkrijgen van financiële zekerheid

6.2 Behandelingswijze binnen de verslavingszorg

De behandelingswijze die hieronder naar voren komt zal door elke discipline die in aanraking komt met cliënten binnen de verslavingszorg gebruikt worden. Er zijn verschillende fasen waarin een cliënt zich kan bevinden, om tot zijn of haar doel te kunnen komen bijvoorbeeld abstinentie. Om aan te sluiten op het stadium waar een cliënt als individu is, zal er eerst uitgelegd moeten worden welke stadia er zijn. Dit zal aan de hand van een figuur duidelijk worden gemaakt. Dit is ontwikkeld door Prochaska en DiClemente (1986).



De vlakken zijn even groot afgebeeld echter het is de behandeling van een cliënt zijn de verschillende stadia vaak verschillen van duur. De taak van de hulpverlener is om te bepalen in welk stadium de cliënt zich bevindt. Tijdens het *voorstadium* zal er informatie gegeven worden aan de cliënt waarbij de relatie gelegd wordt tussen de klachten en gebruik en zal de behandelaar de bezorgdheid vergroten. Het *overwegen* zal ruimte nemen met betrekking tot balans, de voor- en nadelen van gebruik naast elkaar neerzetten. Ook wordt de persoonlijke effectiviteit hierbij versterkt. Bij het stadium *beslissen* zal de hulpverlener mee moeten gaan met de beslissing die de cliënt maakt. De hulpverlener wordt geacht vanuit de organisatie om de cliënt zijn keus te respecteren. Dit kan dan leiden tot een tussentijdse uitgang waardoor de cliënt een geruime tijd niet meer in behandeling zal zijn. *Volhouden* is een lastig stadium voor de cliënt. Hierbij zal de terugvalpreventie worden besproken waarbij de cliënt de risicosituaties herkent en de vaardigheden ontwikkelt om hiermee om te kunnen gaan. Het stadium wat nog niet is belicht is *terugvallen*. Hier zal de hulpverlener in alle tijden hulp bieden om de cliënt te laten overwegen om een permanente uitgang te kiezen of om het proces opnieuw te doorlopen. (Schippers, 1993)

6.3 Attitude van de psychomotorisch therapeut binnen de verslavingszorg

De psychomotorische therapeut dient de principes van de motiverende gespreksvoering te hanteren en bedacht te zijn op gedragingen die kenmerkend zijn voor het junkiesyndroom. Hiermee wordt bedoeld dat een psychomotorische therapeut de verschillende stadia van een cliënt moet herkennen om een passende therapie te kunnen geven.

Verder gaat de psychomotorische therapie binnen de verslavingszorg uit van het gezonde van de mens. Dit betekent dat de therapeut eerst de cliënt laat ervaren wat de mogelijkheden zijn van de cliënten zelf, hier vanuit zal de cliënt de kracht van het individu ervaren om iets nieuws te leren of te ervaren. Dit kan gepaard gaan met het onderzoeken van het stadium waar de cliënt zich in bevindt. Wanneer je dit vergelijkt met de andere disciplines binnen de verslavingszorg zijn zij bezig met het stabiliseren van de cliënt zijn of haar beperkingen. Hoe beschadigd iemand ook is zal hij of zij binnen de psychomotorische therapie kunnen worden geholpen. Om het gezonde van een persoon te ontdekken moet een cliënt veel aangeboden krijgen van de therapeut op verschillende vlakken. Hiervoor is vertrouwen en goed contact nodig. Dit is de basis van de therapie. Hier vanuit zal de therapeut verschillende thema's in hap klare brokjes moeten toedienen zodat het thema passend en transferend is voor de cliënt.

6.4 Casus

De doelen die gesteld zijn door de psychomotorische therapeuten zijn altijd haalbaar. De bijdragen die de psychomotorische therapeuten leveren aan de bewustwording van cliënten is er altijd. De bewustwording van cliënten gebeurt ook wanneer de cliënt aanwezig zal zijn in de zaal zonder zichtbaar actief te zijn. Het is een vereiste voor de cliënt om fysiek aanwezig te zijn bij psychomotorische therapie.

Tijdens een relatief korte tijd van stage lopen heb ik als ervaring dat veel cliënten terugvallen en dat men vanuit de zorg blij is dat men een cliënt kan stabiliseren. Dit betekent dat veel cliënten binnen de verslavingszorg de cirkel nooit rond krijgen. Het stabiliseren van de cliënt zal voldoende zijn, waardoor een cliënt niet tot een beslissing kan komen. Een aantal cliënten worden ook gedwongen door fysieke beperkingen of stoornissen om de cirkel rond te maken. Een voorbeeld is dat men een virus heeft of dat men slecht werkende organen heeft door de verslaving. Soms kan je het als hulpverlener het mis hebben in welk stadium een cliënt zit. Dit zou kunnen komen door het gedrag van een cliënt wat averechts staat op het gevoel van de cliënt. Het stadium is vaak te herleiden uit de geschiedenis van de cliënt en de daarbij doelen van de opname die gemaakt zijn door de cliënt. Om te onderzoeken wat het stadium is van de cliënt is erg goed, omdat de cliënt vaak denkt dat het in een stadium zit wat niet zo is. Psychomotorische therapie kan het stadium meer verduidelijken voor cliënten doordat ze een ervaring opdoen die aansluit op het stadium. Wanneer een cliënt niet ervaart in welk stadium hij zit is de kans tot terugval groter.

7 Psychomotorische therapie en libido

Binnen de psychomotorische therapie maar ook binnen de verslavingszorg in het algemeen wordt er niet veel gesproken over het libido. Wat het meest aansluit op dit thema wat op dit moment behandeld wordt is een module partner-relatie training. Waarvan een keuzethema, seksualiteit is. Er zijn een aantal voorwaarden om hier aan mee te kunnen doen, zoals; je moet een relatie hebben van minimaal drie maanden. Hierbij moeten de (partner) relatie problemen gerelateerd zijn aan de verslaving. Het doel van dit keuzethema is voorlichting over drugs en seksualiteit en het bespreekbaar maken van seksualiteit. Dit betekent dat de cliënten zelf met het probleem moeten komen en dat niet iedereen die in behandeling is binnen de verslavingszorg hier aan kan deelnemen.

Wel kan het thema binnen de psychomotorische therapie goed onderverdeeld worden in verschillende behandelingsstrategieën. Er bestaan binnen de psychomotorische therapie drie cyclussamenhangende behandelstrategieën. Afhankelijk van de hulpvraag, egosterkte en sociaal netwerk van de cliënt kiest de therapeut in afstemmen met de cliënt de geschikte strategie. Dit zijn oefenen, ervaren en / of ontdekken. Wanneer je het thema 'libido' zou onderverdelen, zou het onder de bewustwording van het lichaam vallen. Dit betekent dat het onder de strategie ervaren valt. Dit komt doordat tijdens deze strategie de cliënt met de therapeut erachter wilt komen hoe diverse psychosociale vaardigheden functioneren. En eventueel hoe deze anders zouden kunnen. Binnen deze strategie wordt ook geëxperimenteerd met ander gedrag, de therapeut zorgt ervoor dat de context gedragsverandering veroorzaakt wordt (contextmanipulatie) zodat de wijze van gedragsverandering niet wordt voorgeschreven door de therapeut. Binnen deze strategie, het ervaren, wordt altijd gewerkt in het hier en nu en daar. Met daar wordt bedoeld dat er steeds een transfer gegeven wordt aan de ervaringen tijdens een sessie.

Het thema zou het meest tot zijn recht kunnen komen in een open groep, hiermee wordt bedoeld dat er wisselingen van groepsleden zijn. Hieruit volgt het voordeel dat cliënten van elkaar leren doordat ze iedere cliënt op een ander niveau (in een andere fase) zit wat betreft verkennen, herkennen of erkennen. Binnen de psychomotorische therapie zal tijdens de eerste fase verkennen onderzocht worden of het thema libido gerelateerd is aan de verslaving. Dit kan doordat de therapeut situaties aanreikt waarbij de kans heel groot is dat de cliënt de ervaring op doet dat zijn of haar verslavingsproblematiek betrekking heeft op zijn of haar emoties richting het libido. Dus het opzettelijk creëren van situaties waarin de ervaring van de koppeling hulpvraag en mogelijke emoties naar voren gebracht kan worden.

7.1 Casus

Op dit moment in de praktijk tijdens psychomotorische therapie zal het libido alleen naar voren komen wanneer de cliënt hier naar vraagt. Ook is het zo dat het libido naar voren komt wanneer er vanuit een ander thema deze zich doet kruisen of wanneer een cliënt vanuit een behoefte meer vraag heeft op het gebied van libido. Toen ik er achterkwam dat er meer behoefte aan is, ondervond ik dat de therapeut het stuur in handen heeft. Wanneer de therapeut niet klaar is om het thema libido toe te

voegen aan de therapie sessie weet de cliënt hier ook niet mee om te gaan. Toch is het zo dat het libido zal aansluiten op de al eerder genoemde doelen van de therapeut en de cliënt. Doordat libido past bij de bewustwording van het lichaam.

Wat het erg interessant maakt is de discussie het wel of niet bespreekbaar maken van het libido. Omdat dit vaak onverwacht voor de cliënten binnen de psychomotorische therapie naar voren komt. Het bespreken van seksualiteit komt vaak naar voren wanneer een psychomotorische therapeut oefeningen aanbied met lichamelijke contact met verschillende sekse. Het bespreekbaar maken van seksualiteit komt voort uit de bewustwording van het lichaam en de hierbij horende emoties. De keuze is altijd aan de therapeut om het thema erbij te betrekken. Mijn eerste ervaring zal ik kort omschrijven, toen ik vroeg aan een cliënt wat hij lekker vond antwoorden hij met: "Jij". Ik schrok enorm en wist niet hoe ik me moest gedragen. Dit geeft al aan dat ik als therapeut niet bewust was van het libido van de cliënt noch van mezelf. Wanneer ik dit wel was geweest kon ik reageren op een manier waardoor het niet bespreekbaar werd gemaakt of op een manier waarmee ik daar mee verder ging. Voor veel therapeuten is het lastig om over libido te praten. Vaak ervaren groepswerkers het bespreken van libido als last. Zeker wanneer het ongevraagd is vanuit de cliënten. Dit komt doordat hulpverleners geen weet hebben van het bestaan van libido. De hulpverleners weten vaak niet wat men hiermee aan moet. Dit komt voort uit de persoonlijke input op de hulpverleners. De hulpverleners weten niet hoe ze erover denken waardoor ze zich aangevallen voelen en dit ervaren als het in een hoek worden geduwd. Wanneer je als hulpverlener er op bedacht bent dat libido gezond is, zal de cliënt er beter over kunnen praten en zal het niet naar voren komen vanuit een beperking maar vanuit het gezonde. Als therapeut moet je rekening houden met het libido anders wordt er snel gedissocieerd binnen de zaal. Wanneer je als therapeut het thema kracht aanbiedt met een oefening waar lichamelijk contact aanwezig is, dissociëren de meeste cliënten binnen de verslavingszorg. Op deze manier zal het thema kracht nooit tot zijn recht komen, via het thema libido kan het thema kracht mooie ervaringen kunnen opdoen bij de cliënten.

8 Conclusie:

Middelen waaraan een mens verslaafd kan raken zijn zeer schadelijk voor lichaam en geest. Bij zowel het libido als tijdens het gebruik van verslavende middelen worden dezelfde hersengebieden betrokken. Het genotcentrum speelt bij beide een belangrijke rol. Bovendien is gebleken dat het overmatige gebruik van verslavende middelen het libido negatief beïnvloedt. Of eventueel een blijvende schade levert aan het libido. Voorbeelden uit de praktijk geven aan dat men seks relateert aan het middel waar men verslaafd aan is. Wanneer er gestopt wordt met de verslaving betekent dat er veel meer psychosociale beperkingen zichtbaar worden voor de hulpverlening en cliënten.

Cliënten die psychomotorische therapie volgen, worden zich na een tijd bewust van hun lichaam en hun gevoelens. Door de verslavende middelen zijn de natuurlijke driften, zoals onder andere het libido, onderdrukt geweest. Op het moment dat de verslaafde zich weer bewust wordt van zijn gevoel speelt ook het libido een rol. Binnen de mensbeelden van de verschillende theorieën wordt het libido gezien als een belangrijk aspect van het mens zijn. Zo wordt er in de psychodynamische theorie gesteld dat het libido te maken heeft met alle genotgerichte en overlevingsmotieven. Binnen het humanisme wordt het als heel belangrijk gezien dat een cliënt zich bewust is van zichzelf en zichzelf inclusief zijn driften en doelen accepteert.

Het thema libido is een zeer wezenlijk deel van het psychosociale aspect van de mens, het heeft invloed op psychosociale interacties, wat een belangrijk deel is van de doelen van zowel de therapeut als de cliënt binnen de psychomotorische therapie. Hiermee kan de bewustwording van het lichaam of psychosociale vaardigheden helder worden voor de cliënt door ervaringen van het lichaam op te doen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat libido een thema zou moeten zijn binnen de psychomotorische therapie, binnen de verslavingszorg dat tot nu toe volledig verwaarloosd wordt. Vooral binnen deze discipline kan het thema libido toepasbaar zijn doordat het lichaam de sleutel is om het psychosociale aspect te manipuleren. Binnen psychomotorische therapie wordt geleerd dat men vanuit gevoel, denkt en handelt. Dit betekent dat het libido hierbij een grote rol speelt wat betreft het voelen van signalen.

Er is tot nu toe geen methode ontwikkeld om met het libido (seks drive) om te gaan, voor zowel hulpverlening als cliënten. Vanuit de psychomotorische therapie zou het thema libido vaker ter sprake moeten komen waardoor het makkelijker wordt om gevoelens en emoties te kunnen ervaren. Wanneer behandelaars vaker op een serieuze manier praat over libido (seks drive) dan kan men dit een plek geven of eventueel hiermee aan de slag gaan. Zolang de behandelaars niet met dit thema weten om te gaan, kunnen ze dit niet in de behandeling betrekken. En weten ze niet goed te anticiperen op het thema. Door het als therapeut belicht te hebben kan hij of zij de cliënten een gepaste attitude bieden waarbij de interventies gericht zijn op het probleem van de cliënt. Om dit haalbaar te maken moet dit taboe niet alleen binnen de zorg, maar ook in de maatschappij doorbroken worden. Daarnaast is het opnemen van het thema libido binnen de PMT een goede start voor vervolgbehandeling elders.

Op eigen initiatief zou het thema kunnen worden opgenomen binnen de behandeling, als je dit als psychomotorisch therapeut hard kan maken aan de andere therapeuten binnen het team. Want tegenwoordig wordt psychomotorische therapie verplicht om het modulair aan te bieden zodat het aantoonbaar wordt dat de behandeling effectief is tegenover de zorgautoriteit. Er is relatief makkelijk ruimte te creëren voor het thema libido; behandelingen liggen niet vast en het zou naar mijn mening passen binnen de andere thema's die momenteel worden aangeboden door de psychomotorische therapie. Het zou een wezenlijke bijdrage kunnen leveren aan de bewustwording op psychosociaal vlak van de cliënt. Door het thema libido te betrekken zal automatisch het bewustzijn van het lichaam geaccentueerd worden. En zal het iedereen duidelijk worden dat er veel raakvlakken zijn tussen het lichaam en het libido.

Door de ervaringen die ik heb opgedaan binnen de verslavingszorg tijdens mijn stage denk ik dat het libido bij de verslavingszorg een belangrijk thema zou kunnen zijn waar nu nog geen aandacht aan wordt besteed. Naar mijn mening is libido een taboe om over te spreken en staat het een optimale behandeling in de weg. Er wordt alleen aandacht aan besteed wanneer de cliënt zelf negatieve ervaringen heeft wat betreft seksualiteit en dit zal aangeven aan de hulpverleners. De cliënten komen vaak alleen terecht bij de arts met seksuele problemen. Het idee om over het libido te schrijven is tot stand gekomen doordat de behoefte om over seksualiteit te spreken van de cliënten erg hoog ligt. Door het taboe wat er heerst binnen de maatschappij en de verslavingszorg over seksualiteit, zal een cliënt niet zelf snel om hulp vragen. Maar wat ik gemerkt heb is dat cliënten binnen de psychomotorische therapie tijdens verschillende thema's, zoals lichaamsbeleving, erachter kwamen dat deze seksuele driften (libido), vaak gerelateerd zijn met verslaving en/of gedragspatronen. De thema's die ik naar voren heb laten komen tijdens de therapieën lieten blijken dat we als groep vaak naar seksualiteit konden gaan. Dit betekent dat het ook een deel kan zijn van de behandeling wanneer je de doelen van de cliënt hierop naslaat.

Literatuurlijst:

Boeken :

International edition; Cognition (third Edition)

Auteur: Mark H. Ashcraft

Biological Psychology (8th Edition)

Auteur: James W. Kalat

Fundamentals of Abnormal psychology (fourth edition, 2005)

Auteur: Ronald J. Comer

Klinische psychologie (eerste druk)

Auteur: Henk T. van der Molen

Sandra Perreijn

Marcel A. van den Hout

Beknpte handleiding bij de Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR (tweede editie, 2002)

Vertaling: G. A. S. Koster van Groos.

Physiology of sport and exercise (second edition, 1999)

Auteur; Jack H. Wilmore

David L. Costill

Reader/ Artikelen:

Biopsychiatrie, psychiatrische aandoeningen, hersenen en de effecten van psychofarmaca (2006)

Auteur: Hans Knegtering

Module partner-relatie training (deeltijd/klinisch), versie 1

Auteur; Jellinek, september, 2003

Onderwijsinstituut psychologie

Syllabus; wat drijft de mens? (derde druk, 2005)

Auteur: Pleun van Vliet

De middelenserie van Jellinek Preventie

Auteur: Jellinek, 2000

Cursus :

Motiverende gespreksvoering

Auteur: Gerard M. Schippers