



VECHTEN VOOR JE LEVEN!

Door: Lisette Ottenschot
Begeleider: Thomas Scheewe
Beoordelaar: Maurits Uijting
Chr. Hogeschool Windesheim
Calo BA-PMT
07-05-2013

Voorwoord

Dit onderzoeksverslag is het product van het onderzoek dat ik in het kader van mijn opleiding, psychomotorisch therapie (PMT), als afstudeeropdracht heb uitgevoerd. Het onderzoek heeft plaats gevonden in FPC Oldenkotte, de instelling waar ik mijn eindstage heb gelopen.

In mijn afstudeerperiode heb ik binnen FPC Oldenkotte kickboksen aangeboden op verschillende manieren. Zo heb ik agressieregulatie training en als assertiviteitstraining aangeboden door middel van kickboksinterventies. Gezien het feit dat er weinig bekend is over het aandeel van kickboksen bij PMT en het effect op de assertiviteit heb ik besloten dat het onderzoek zich hierop zal gaan richten. Het doel van het onderzoek is het meten van het effect van een kickboksinterventie binnen PMT gericht op de assertiviteit bij vrouwen met een borderline persoonlijkheidsstoornis binnen de forensische psychiatrie.

Mijn dank gaat uit naar iedereen die mij geholpen hebben bij het uitvoeren van het onderzoek en het maken van deze scriptie. Graag wil ik mijn afstudeeropdrachtbegeleider Thomas Scheewe en mijn beoordelaar Maurits Uijting bedanken voor de begeleiding die ik heb gekregen tijdens het bedenken, uitvoeren en het beschrijven van mijn afstudeeropdracht. Mijn dank gaat ook uit naar FPC Oldenkotte, mijn stagebegeleider Nol Wienk en in het bijzonder de patiënten die deel hebben genomen aan dit onderzoek.

Ambt Delden, mei 2013

Abstract

This pilot experiment is focused on kickboxing related to PMT and the effect of this kickboxing at the assertiveness of women with borderline personality disorder in forensic psychiatry. The reason that this study takes places is because of the different meanings about kickboxing and the main reason is to study the effect of kickboxing at the assertiveness. In 1999 Fellingner et al. did a study to the assertiveness of people with borderline, but it was not related to kickboxing. Research has shown that kickboxing contributes to increasing assertiveness. Therefore it was decided to link kickboxing to PMT to determine whether it contributes to increasing assertiveness.

This study shows that kickboxing related to PMT contributes to increasing assertiveness. The results, based on questionnaires, observations and evaluations, show that the assertiveness of women with borderline increased by the effect of kickboxing. Also recognizing their own body signals and awareness of the feeling has gotten better. Fellingner et al. (1999) states that recognizing body signals is important for increasing assertiveness, therefore, research has focused on this. The study lasted ten weeks after which revealed that kickboxing at PMT has an increasing effect on the assertiveness of women with borderline personality disorder in forensic psychiatry.

Inhoudsopgave	Blz.
Voorwoord	2
Abstract	3
Inhoudsopgave	4
Inleiding	5
Hoofdstuk 1. Aanleiding voor het onderzoek	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Probleemstelling	6
1.3 Ervaringsgericht	6
1.4 Doelstelling	7
1.5 Vraagstelling	7
Hoofdstuk 2. Theoretisch kader	8
2.1 Inleiding	8
2.2 Methode van dataverzameling	8
2.3 Wat is de definitie van kickboksen?	8
2.4 Module kickboksen	9
2.5 Assertiviteit	9
2.5.1 Waardoor is iemand minder assertief?	11
2.5.2 Verhogen van de assertiviteit	11
2.6 Borderline persoonlijkheidsstoornis	11
2.6.1 Oorzaken	12
2.7 Forensische psychiatrie	12
2.8 Vrouwen in tbs	13
Hoofdstuk 3. Methode	14
3.1 Onderzoeksdesign	14
3.2 Beschrijving deelnemers	14
3.2.1 Indicatie criteria	14
3.3 Referentiekader	14
3.4 Sportieve benadering	15
3.5 Therapie sessies	15
3.6 Meetinstrumenten	16
3.6.1 Assertiviteitsvragenlijst	16
3.6.2 Schaal van interpersoonlijkgedrag	16
3.6.3 Observaties en mondelinge evaluaties	17
3.7 Methode van data verwerking	17
Hoofdstuk 4. Resultaten	18
4.1 Resultaten SIG	18
4.2 Resultaten assertiviteitsvragenlijst	19
4.3 Observaties en mondelinge evaluaties	19
Hoofdstuk 5. Discussie en conclusie	21
5.1 Discussie	21
5.2 Conclusie	21
5.3 Aanbeveling	22
Literatuurlijst	23
Indeling bijlagen	25

Inleiding

In het kader van de opleiding psychomotorische therapie en bewegingsagogie heeft dit onderzoek plaatsgevonden. Deze opleiding wordt afgesloten met een afstudeeropdracht die in dit geval gekoppeld is aan de eindstage. Het onderzoek is uitgevoerd in het forensisch psychiatrisch centrum (FPC) Oldenkotte, een instelling voor mensen die een delict hebben gepleegd waarvoor ze gedeeltelijk of geheel ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard. Deze mensen zullen verder in het verslag benoemd worden als patiënten omdat er binnen de instelling ook op deze manier over gesproken wordt. Dit onderzoek heeft zich gericht op patiënten die gediagnosticeerd zijn met een borderline persoonlijkheidsstoornis (bps) (American Psychiatric Association, 2000). In dit verslag staat onder andere beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd en wat de resultaten ervan zijn.

De vraagstelling luidt: Wat is het effect van kickboksen, uitgevoerd in het kader van psychomotorische therapie (PMT), op de assertiviteit van vrouwen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis binnen de forensische psychiatrie?

Binnen de PMT bestaan er een aantal modules die ontworpen zijn voor mensen met bps. Fellingner et al. (1999) beschrijft een module voor het verbeteren van de assertiviteit ten behoeve van mensen met problemen in de sociale interactie. Hierin wordt gesteld dat het ontwikkelen van een adequate lichaamsbeleving voorafgaat aan het ontwikkelen van assertieve gedragsvaardigheden. Gezien het ervaringsgerichte karakter van de PMT, biedt deze goede mogelijkheden een adequate lichaamsbeleving te ontwikkelen en daarmee de assertiviteit te verbeteren. De module is, net als de deelnemers die aan het huidige onderzoek deelnamen, gericht op de doelgroep bps (Fellinger, Maliepaard & Tummers, 1999). Daarom is een assertiviteitsmodule een goede interventie binnen de PMT voor het verhogen van de assertiviteit. De verwachting is dat er met een andere interventie binnen de PMT ook een verhoging van de assertiviteit optreedt, namelijk met kickboksen. Er is echter weinig bekend over de bijdrage van kickboksen binnen de PMT. Het doel van de methode die beschreven staat in dit onderzoek is assertiever worden, waarbij onderzocht wordt in hoeverre een kickboksinterventie dit kan bewerkstelligen. Hierbij wordt rekening gehouden met de context waarin de therapie plaats vindt, namelijk de forensische psychiatrie. De patiënten die deel nemen aan het onderzoek hebben een delict gepleegd en daarvoor hebben ze een maatregel gekregen. Voor de patiënten met bps die deelnemen aan het onderzoek is een verlaagde assertiviteit een risicofactor als het gaat om recidive.

Dit verslag is opgedeeld in een aantal hoofdstukken. Na deze inleiding wordt de probleemstelling besproken, vervolgens het theoretisch kader en de methode waar gebruik van is gemaakt tijdens de uitvoering van het onderzoek. In het theoretisch kader worden een aantal begrippen ter verduidelijking uitgelegd om een helder beeld te geven van de probleemstelling. Hier wordt onder andere uitleg gegeven over wat kickboksen is, wat een bps inhoudt en hoe dit zich afspeelt in een gesloten en gedwongen setting, namelijk de forensische psychiatrie. Ten slotte worden de resultaten besproken die aan de hand van evaluaties, interviews met de patiënt en vragenlijsten zijn verkregen. Hier worden ook de conclusies en verdere aanbevelingen aan gekoppeld.

Hoofdstuk 1. Aanleiding voor het onderzoek

1.1 Aanleiding

Binnen de bachelor opleiding psychomotorische therapie en bewegingsagogie wordt de cursus 'de kick van het kickboksen' aangeboden. De cursisten leren bij deze cursus dat de sport vooral draait om respect, vertrouwen en discipline. PMT sluit goed aan op de cursus omdat het gebruikt kan worden binnen de therapie door bijvoorbeeld kickboksen aan te bieden als vorm van agressieregulatie-training of assertiviteitstraining.

Binnen FPC Oldenkotte hebben zowel de sport als de PMT weinig ervaring met kickboksen. Er is weinig kennis over de sport en binnen de instelling zijn er verschillende meningen over het kickboksen.

Het is dan ook interessant om te onderzoeken wat het effect is van kickboksen binnen de PMT op de assertiviteit van patiënten met bps binnen de forensische psychiatrie.

1.2 Probleemstelling

De afgelopen periode is kickboksen vooral negatief in het nieuws geweest. Dit onder andere ten gevolge van de, veel in het nieuws beschreven, vechtpartij bij het dance evenement Sensation White (Algemeen Dagblad, 2012).

Er zijn echter ook voorstanders van de sport kickboksen, mensen die de sport begrijpen en er goed mee om weten te gaan. Zo stelt Royers (2010) dat: "de sport draait om respect voor je eigen lichaam en dat van anderen, discipline via de hiërarchische structuur van deze sport en besef van de hier in Nederland geldende normen en waarden. Juist door de vele opvoedkundige componenten in de vechtsport komen veel naar een gevoel van eigenwaarde snakkende jongeren níét in aanraking met justitie. Maar daar wordt voor het gemak aan voorbijgegaan".

Binnen FPC Oldenkotte zijn er verschillende meningen over deze tak van sport. Kickboksen als wedstrijd sport staat voor respect, vertrouwen en discipline. Deze thema's staan ook centraal als het gaat om het kickboksen binnen de therapie. Het verschil met wedstrijd boksen en boksen in therapie is dat er binnen de therapie niet in wedstrijdverband wordt gebokst en dat er veel aandacht wordt besteed aan de bewustwording van gedrag en gevoel tijdens het boksen. Er zijn op dit moment voor- en tegenstanders van kickboksen binnen de forensische psychiatrie. Uit het promotie onderzoek van Loong (2012) naar de cultuur van vechtsporten in Thailand blijkt dat het uitvoeren van vechtsporten goed is voor het lichaam maar dat er ook donkere kanten zitten aan deze tak van sport. Loong stelt dat een persoon door vechtsporten de rationaliteit kan verliezen en de normen van de vechtsport in het dagelijks leven aanhoudt waardoor de persoon in het dagelijkse leven agressiever wordt.

Kamran (2012) beschrijft dat kickboksen bijdraagt aan het verhogen van de assertiviteit bij mensen met een verminderde assertiviteit. Het wordt ingezet als middel om in beeld te brengen hoe iemand ruimte in neemt. Hierbij wordt inzichtelijk gemaakt in hoeverre iemand een ander de ruimte geeft en hoeveel ruimte degene zelf inneemt. Ook wordt een persoon er bewust van gemaakt hoe dicht iemand bij een ander mag komen en zo kom je erachter waar je eigen grenzen of die van de ander liggen. Deze verschillende aspecten herken je alleen door ze zelf te ervaren.

Dit onderzoek gaat uitwijzen wat het effect van een kickboksinterventie binnen de PMT is op de assertiviteit van vrouwen met bps.

1.3 Ervaringsgericht

Binnen de module kickboksen wordt er geoefend met verschillende gedragingen in een veilige en vertrouwelijke setting. Zo is het ook mogelijk om een keer een andere rol aan te nemen en te ervaren hoe dit voelt. Er wordt geoefend om voor jezelf op te kunnen komen vanuit respect en gelijkwaardigheid, zonder over de ander heen te lopen en zonder agressiviteit: op een assertieve

wijze (Kamran, 2012). Vrouwen met bps zijn vaak minder assertief doordat ze, in de meeste gevallen beschadigd zijn in het verleden¹. Door middel van dit onderzoek wordt onderzocht in hoeverre kickboksen in het kader van PMT-assertiviteitstraining bij vrouwen met bps binnen de forensische psychiatrie effectief is om assertiviteit te vergroten.

1.4 Doelstelling

Het is een exploratief-onderzoek gericht op het vergroten van de assertiviteit bij vrouwen met bps. Het eindproduct van dit onderzoek zal het resultaat zijn van vragenlijsten die door de patiënt zelf worden ingevuld. Het invullen van de vragenlijsten zal plaats vinden op de afdeling waar een sociotherapeut bij aanwezig zal zijn. Tenslotte vindt er iedere therapie sessie een evaluerend gesprek plaats tussen de therapeut en de patiënt. Door middel van deze vragenlijsten en een mondelinge evaluatie kan het effect van de kickboksinterventie bij PMT gemeten worden. De eerste vragenlijst die wordt afgenomen is de schaal voor interpersoonlijk gedrag (SIG). De SIG meet spannings- en vermijdingsmomenten van interpersoonlijk gedrag en is in 1999 door de COTAN² valide verklaard. Ook wordt er een assertiviteitsvragenlijst afgenomen. Deze vragenlijst is gericht op het herkennen en interpreteren van lichaamssignalen, uiten in onprettige situaties, uiten van gedachten en gevoelens en omgang met anderen. De vragenlijst is niet valide maar zal zorgen voor verduidelijking bij het evaluerende interview. Zoals eerder beschreven heeft Fellingner et al. (1999) gesteld dat het herkennen van lichaamssignalen van belang is voor het ontwikkelen van assertiviteit.

1.5 Vraagstelling

Via de probleemstelling en de doelstelling van het onderzoek, is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Wat is het effect van een kickboksinterventie binnen PMT op de assertiviteit van vrouwen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis binnen de forensische psychiatrie?

Om deze vraag goed te kunnen beantwoorden is het van belang om de volgende deelvragen te beantwoorden:

- Wat is een borderline persoonlijkheidsstoornis?
- Welke klachten met betrekking tot assertiviteit komen voor bij vrouwen met bps?
- Welke assertiviteitstrainingen bestaan er al bij deze doelgroep?

- Wat is de definitie van kickboksen?
- Wat houdt de module van kickboksen in?

- Wat wordt er verstaan onder assertiviteit?
- Wat kan er binnen de PMT gedaan worden om de assertiviteit te verhogen?
- Wat kunnen oorzaken zijn van een verlaagde assertiviteit?

¹ Zie hoofdstuk 2.5.1

² De Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) van het NIP bevordert de kwaliteit van tests en testgebruik in Nederland. Verder informeert de COTAN testgebruikers over de stand van zaken op testgebied. (http://www.psynip.nl/wat-doet-het-nip/tests/wat-is-de-cotan_.html)

Hoofdstuk 2. Theoretisch kader

2.1 Inleiding

Naar aanleiding van het onderzoek zijn er een aantal begrippen waarvoor een toelichting noodzakelijk is. In dit hoofdstuk wordt een aanvulling gegeven op de inleiding door middel van het raadplegen van literatuur. Dit om de onderzoeksvraag, 'wat is het effect van kickboksen bij PMT, op de assertiviteit van vrouwen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis binnen de forensische psychiatrie', te verduidelijken. Tevens worden er in dit hoofdstuk een aantal deelvragen beantwoord die van belang zijn om de hoofdvraag uiteindelijk te kunnen beantwoorden.

2.2 Methode van data verzameling

Voor het opstellen van het theoretische kader is er op verschillende manieren gezocht naar literatuur. Hierbij is gebruik gemaakt van zowel boeken als artikelen. Deze zijn op de volgende manieren verkregen:

- Personeelsbibliotheek van FPC Oldenkotte
- Internet
- Mediacentrum Windesheim

Om er voor te zorgen dat de literatuur valide is en geschikt voor dit onderzoek, wordt er gekeken naar de volgende punten:

- Artikelen die compleet zijn
- Wetenschappelijke artikelen
- Gericht op kickboksen en assertiviteit
- Gericht op vrouwen
- Gericht op borderline persoonlijkheidsstoornissen

Er is weinig bekend over kickboksen als middel bij PMT, er is echter meer bekend over de overkoepelende term van kickboksen, namelijk vechtsport bij PMT. Gezien het feit dat er meer bekend is over vechtsport is ervoor gekozen om deze term te gebruiken voor de literatuurstudie van dit onderzoek. Het praktijkonderzoek zelf zal wel specifiek gericht zijn op kickboksen.

2.3 Wat is de definitie van kickboksen?

Definitie kickboksen³:

Kickboksen: bepaalde vechtsport met elementen uit boksen, karate en judo.

Op de site van de Nederlandse kickboks community⁴ staat beschreven dat kickboksen in Japan ontstaan is uit het harde karate en beïnvloed is door Muay Thai⁵. Ook wordt er gezegd dat de stoten bij kickboksen gecombineerd worden met trappen uit sporten zoals karate en taekwondo. De manier van trappen is echter wel anders en afkomstig van het Muay Thai. Waarschijnlijk wordt dit verschil veroorzaakt doordat de vormen van competitie verschillend zijn. Bij Muay Thai is het de bedoeling om de ander zo hard mogelijk te raken en bij taekwondo draait het om het scoren van punten. Hoewel kickboksen beïnvloed is door Muay Thai zijn, anders dan bij deze laatst genoemde vechtsport, elleboogstoten niet toegestaan.

³ www.vandale.nl

⁴ <http://www.kickboksen.com/kickboksen>

⁵ Het huidige Muay Thai is indirect afkomstig uit de gewapende vechtkunst Krabi Krabong. Wanneer een Krabi Krabong vechter zijn wapens niet meer had, kon hij zijn acht lichaamsdelen als dodelijke wapens gebruiken; deze stijl wordt Muay-Boran genoemd. Vanuit het dodelijke Muay-Boran (oude boksen) is het huidige wedstrijd gerichte Muay Thai ontstaan. (http://nl.wikipedia.org/wiki/Thai_boksen)

2.4 Module kickboksen

Binnen de therapie wordt er een sportieve benadering gebruikt bij de kickboksinterventie. Om een goed beeld te geven van de verschillende benaderingen van de sport kickboksen worden er drie verschillende benaderingen beschreven. Dit houdt in dat er volgens een bepaalde wijze wordt geoefend met het boksen (Theeboom, 2002).

- Traditionele benadering
- Efficiënte benadering
- Sportieve benadering

De eerste benadering is de traditionele benaderingswijze, ook wel de holistische benaderingswijze genoemd. Centraal staan hierin de traditie en de cultuur van de sport. Mensen die deze sport beoefenen noemen deze vorm van kickboksen geen vechtsport maar liever vechtkunst. De tweede benadering is de efficiënte benaderingswijze. Zoals de naam al zegt gaat het er bij deze wijze om dat de doeltreffendheid en de effectiviteit centraal staat. Hierin is het belangrijk dat er echte confrontaties zijn om de sport zo goed mogelijk uit te voeren. De derde benadering is de sportieve benaderingswijze. Hierbij wordt kickboksen gezien als sport die iemand in wedstrijdverband kan beoefenen. Binnen de sportieve benaderingswijze zijn er, anders dan in de efficiënte benadering, regels waar men zich aan moet houden. Hierdoor wordt het een veilige sport die in wedstrijdverband beoefend kan worden.

De benadering die gebruikt wordt voor het onderzoek zal de sportieve benadering zijn. Hier is voor gekozen omdat deze benadering gestructureerd is en er heldere regels aan verbonden zijn. Door het bieden van structuur wordt er een veilige omgeving gecreëerd waarbinnen het voor patiënten mogelijk is te experimenteren met het uiten van emoties en gedrag. Deze uitingen zullen een grote rol spelen binnen de therapie. De kickboksinterventie wordt gebruikt om de patiënten bewust te maken van hun gedrag binnen de therapie en daarmee het gedrag wat ze laten zien in een andere context.

2.5 Assertiviteit

Definitie assertiviteit⁶:

Assertief: in staat om voor zichzelf op te komen => *zelfbewust, weerbaar*.

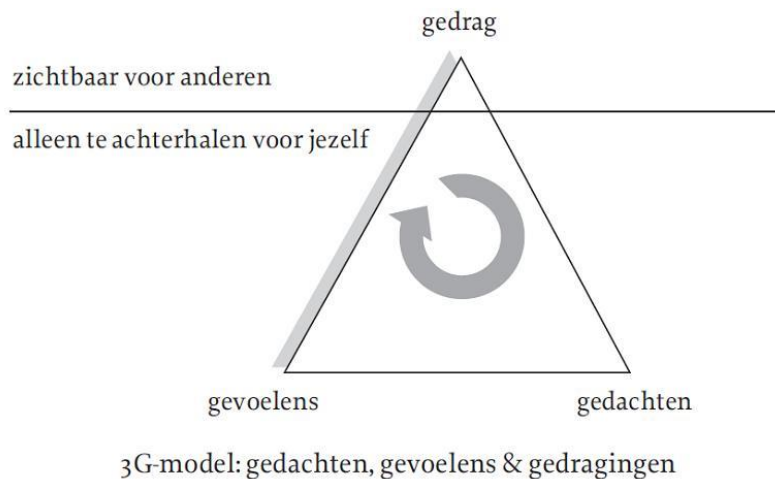
Schouten (2002) beschrijft assertiviteit als het opkomen voor jezelf en de persoonlijke belangen en het hiermee uitdrukking geven aan wat iemand denkt, voelt of wenst. Om uitdrukking te geven aan wat iemand denkt, voelt of wenst moet hij weten wat zijn lichaam wil. Het is belangrijk dat de persoon bewust is van zijn lichaamssignalen om dit aan te kunnen geven. Assertiviteit is gericht op het openhouden van communicatie. Een assertief persoon kan 'nee' zeggen zonder zich schuldig te voelen en is in staat om grenzen aan te geven en voor zijn mening uit te komen. Dit levert doorgaans zelfbewustzijn, zelfrespect, doortastendheid en zelfverzekerdheid op (Schouten, 2002).

Agressief gedrag is echter niet hetzelfde als assertief gedrag. Schouten en Lingsma (2006) stellen dat opkomen voor jezelf ook agressief gedrag kan zijn, maar hierbij wordt de ander gekwetst. Assertief optreden houdt in dat iemand opkomt voor zichzelf en hierbij zijn gevoelens en meningen uit zonder dat de ander hiermee gekwetst wordt (Schouten & Lingsma, 2006).

In de psychomotorische assertiviteitsmodule⁷ van Fellingier et al. (1999) staat beschreven dat assertiviteit te maken heeft met verschillende elementen, namelijk gedrag, gevoelens en gedachten. De samenhang van deze elementen zijn in figuur 1 weergegeven. Hier is te zien dat de elementen elkaar beïnvloeden waarbij de invloed kan beginnen bij ieder element. Het schema is wederzijds circulair en de invloed van een element kan zowel positief als negatief zijn.

⁶ www.vandale.nl

⁷ De ontwikkeling van een methodische assertiviteitstraining binnen de PMT, onderzocht door middel van een pilotstudie (1999).



Figuur 1: Verklaringsmodel assertiviteit

Fellinger et al. (1999) heeft de elementen nader bekeken waardoor er beter naar ieder element kan worden gekeken:

De cognitieve component (in het schema "gedachten") omvat:

- De verwachtingen die men heeft ten aanzien van de effectiviteit en de consequenties van het eigen assertieve gedrag.
- De verwachtingen die men heeft ten aanzien van het in staat zijn tot het vertonen van assertief gedrag.
- Eisen die men aan zichzelf stelt in sociale situaties.
- Het zelfconcept dat men van zichzelf heeft in sociale situaties.
- Het attributieproces, ofwel het idee dat men heeft over de mate van veranderbaarheid dan wel de permanentie van de sociale situatie.

De gevoelscomponent omvat de eigen zintuiglijke waarneming en de beleving van onder andere:

- De mate waarin men (ont-)spanning ervaart in sociale situaties.
- De mate waarin men zich (on-)zeker voelt in sociale situaties.
- De mate waarin men zich vrij voelt van angst of kwaadheid (of van een andere emotie) in sociale situaties.

De gedragscomponent omvat:

- De mate waarin sociale vaardigheden aanwezig zijn.
- De adequaatheid van de sociale vaardigheden die, in een bepaalde sociale situatie, gekozen zijn uit verschillende alternatieve vaardigheden.
- De mate waarin exploratie dan wel vermijding aanwezig is in sociale situaties. (pp. 16)

Voor het beïnvloeden van de assertiviteit zijn er dus meerdere invalshoeken waarop ingespeeld kan worden tijdens de therapie. De elementen staan met elkaar in verbinding en beïnvloeden elkaar wederzijds circulair. Door een bepaald element aan te passen worden de andere elementen ook beïnvloed. Het accent kan daardoor binnen de psychomotorische therapie gelegd worden op de cognitieve veranderingen, dus de gedachten, of op gevoelsveranderingen door bijvoorbeeld spanning te verlagen door middel van relaxatie volgens Jacobson (Jacobson, 1938). Ook bestaat er een mogelijkheid om binnen de therapie het accent te leggen op de gedragsveranderingen door bijvoorbeeld operante conditionering met bijvoorbeeld rollenspelen.

2.5.1 Waardoor is iemand minder assertief?

Het ontstaan van subassertiviteit kan niet met één verklaring worden gegeven. Er zijn verschillende opvattingen over subassertiviteit. Zo stellen deskundigen dat het aangeboren is en daardoor 'in de aard van het beestje zit' maar anderen zeggen weer dat het aangeleerd is en ontstaan is uit ervaringen en dat het komt door ervaringen en beschadigingen uit de jeugd (Peeters & Klumpers, 2003).

2.5.2 Verhogen van de assertiviteit

Zoals al eerder beschreven heeft assertiviteit te maken met verschillende elementen die met elkaar verbonden zijn en elkaar kunnen beïnvloeden. Wanneer een of meer van deze elementen verstoord zijn of minder ontwikkeld, is het van belang om hier rekening mee te houden tijdens de therapie. Bij PMT zou gewerkt kunnen worden aan het verhogen van de assertiviteit door de patiënt bewust te maken van haar gedrag, gedachten en gevoel.

2.6 Borderline persoonlijkheidsstoornis

De DSM-IV⁸ heeft de volgende criteria gesteld waar vanuit gediagnosticeerd kan worden. Dit kan alleen als er sprake is van een patroon die laat zien dat de intermenselijke relaties, zelfbeeld en emoties instabiel zijn en impulsief.

In de DSM-IV is het volgende over een borderline persoonlijkheidsstoornis geschreven⁹:

Dit patroon moet begonnen zijn in de vroege volwassenheid en tot uiting komen in diverse situaties. Mensen met borderline voldoen aan 5 of meer van de volgende 9 criteria:

- Krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden.
- Een patroon van instabiele en intense relaties met anderen, gekenmerkt door wisselingen tussen overmatig idealiseren en kleineren (extreem zwart-witdenken, de ander is geweldig of waardeloos).
- Identiteitsstoornis: aanhoudend wisselend zelfbeeld of zelfgevoel.
- Impulsiviteit met negatieve gevolgen voor zichzelf op minstens twee gebieden. Bijvoorbeeld: geldverspilling, veel wisselende seksuele contacten, middelenmisbruik, roekeloos rijgedrag, vreetbuien.
- Terugkerende pogingen tot zelfdoding, gestes of dreigingen, of zelfverwonding.
- Sterk wisselende stemmingen, als reactie op gebeurtenissen. Dit kan leiden tot periodes van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst, meestal enkele uren durend en slechts zelden langer dan een paar dagen.
- Een chronisch gevoel van leegte.
- Inadequate, intense woede of moeite boosheid te beheersen. Dit uit zich in driftbuien, aanhoudende woede of herhaaldelijke vechtpartijen.
- Voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen.

Giesen-Bloo (2005) beschrijft in haar boek dat deze persoonlijkheidsstoornis kan verschillen qua uitingen. De stoornis bestaat uit een patroon van verschillende klachten op verschillende gebieden. Hierbij is het niet noodzakelijk dat de verschillende klachten allemaal tegelijk voorkomen. Er zijn verschillende combinaties van de klachten mogelijk. Ook de ernst van de klachten die aanwezig zijn kan variëren. Een patiënt met bps kan erg wisselend zijn in zijn/haar stemming. Deze patiënten denken vaak erg negatief over zichzelf en voor hen is het lastig om te gaan met stressvolle

⁸ DSM-IV: een classificatie systeem dat door de meeste hulpverleningsinstellingen wordt gebruikt om vast te stellen of er sprake is van een psychiatrische stoornis.

⁹ Verkregen op 23 april 2013 van <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/borderline-persoonlijkheidsstoornis/symptomen>

situaties. Het stellen van een grens voor zichzelf en anderen is iets wat deze doelgroep moeilijk vindt, waardoor ze veel over zich heen laten lopen (Giesen-Bloo, 2005).

2.6.1 Oorzaken

Er is nog geen duidelijkheid over de oorzaken van de bps. Er kan dan ook beter gesproken worden over risicofactoren. Of bepaalde factoren een rol spelen bij bps wordt onderzocht via het bio-psycho-sociaal model¹⁰ binnen de psychiatrie. Van Meekeren (2001) zegt dat er bij bps aan verschillende mogelijkheden kan worden gedacht die kunnen bij dragen aan het ontstaan van de stoornis.

Zo is er veel onderzoek gedaan naar het genetisch materiaal van de mens en de relatie hierbij tot ziektebeelden. Mogelijk is een biologische factor van bps een stoornis in de serotinehuishouding. Deze stof is onder andere een stof die zorgt voor de prikkeloverdracht tussen de zenuwcellen. Vaak is er bekend van borderline patiënten dat er in hun kinderjaren gesproken werd over hyperactiviteit, concentratie- en leerstoornissen en opvoedkundige problemen. Het is mogelijk dat de in aanleg aanwezige impulsiviteit een oorzaak is voor het ontwikkelen van andere stoornissen zoals ADHD, antisociale persoonlijkheidsstoornis en de bps.

Een instabiele gezinssituatie in de jeugd van een borderline patiënt kan een psychologische factor zijn voor het ontwikkelen van bps. Van Meekeren (2001) schrijft hierover dat "het hierbij gaat om verlies of een vroege, langdurige scheiding van ouders/verzorgers (bijvoorbeeld door plaatsing in kindertehuizen), fysieke of seksuele mishandeling en inadequate opvoedingspatronen, vooral emotionele verwaarlozing" (pp. 25). Hierbij gaat het dus ook over ervaringen in de jeugd van een patiënt die voor een kind erg ingrijpend zijn en wat invloed kan hebben op het zelfbeeld, zelfvertrouwen, contact aangaan met een ander en het omgaan met intimiteit. Volgens de theorie van Mahler (Mahler, 1968; Mahler e.a., 1975) legt een kind in de periode tussen anderhalf en drie jaar de basis voor het leren omgaan met afstand en nabijheid en met hechten en onthechten. Volgens deze theorie kan er ook iets misgaan wanneer bijvoorbeeld de moeder geen liefde meer kan geven terwijl het kind plezier heeft en daardoor het kind krampachtig bij zich probeert te houden. Dit gebeurt vaker wanneer de moeder zelf niet goed in staat is om te hechten en te onthechten. Als dit hechten en onthechten niet geleerd is kunnen er problemen ontstaan wanneer het kind in de adolescentie komt. Dit is namelijk een fase in de ontwikkeling tot volwassene waar het proces van hechten afgesloten wordt om te groeien naar zelfstandigheid en het volwassen zijn. Dit is een argument waarom de stoornis pas aan het licht komt op de jongvolwassen leeftijd, want dat is de periode waarin er pas eisen worden gesteld aan iemand.

De sociale factoren kunnen ook een rol spelen in het ontwikkelen van bps. Zo komt bps veel voor in de westerse wereld, waar het vooral draait om individualisering waarbij andere zaken als familie-, buurt- en kerkleven minder belangrijk zijn geworden. Echter is deze sociale factor het minst onderzocht en deze is ook het moeilijkst om te onderzoeken (van Meekeren, 2001).

2.7 Forensische psychiatrie

Dit onderzoek vindt plaats in een forensisch psychiatrisch centrum (FPC) waarbij de therapie vanuit een gedwongen kader wordt aangeboden. De patiënten in de kliniek hebben een maatregel en zitten daarom opgesloten en gedwongen binnen. De therapie die aangeboden wordt is niet gedwongen, maar wordt wel geadviseerd.

De forensische psychiatrie is ontstaan in 1928. In dit jaar is vastgelegd in de psychopatenwetten dat de overheid iemand ter beschikking kan stellen. Toen werd de verdachte ter beschikking gesteld aan de regering (tbr), in 1988 veranderde de naam van tbr naar tbs, ter beschikking stellen. Verdachten van een delict worden door de rechter veroordeeld voor het delict. Wanneer de rechter beslist dat de gevangenisstraf minstens vier jaar moet zijn en de verdachte was tijdens het plegen van het delict ontoerekeningsvatbaar kan de rechter ook besluiten om deze verdachte een tbs maatregel op te leggen. Niet of gedeeltelijk ontoerekeningsvatbaar zijn betekent dat de persoon

¹⁰ Bio-psycho-sociaal model: via dit model wordt onderzocht waar de stoornis vandaan komt. Bio: aanleg, erfelijkheid en lichamelijke factoren. Psycho: opvoeding, ingrijpende gebeurtenissen en ervaringen. Sociaal: omgevingsfactoren zoals maatschappij en cultuur.

tijdens het plegen van het delict niet of niet geheel verantwoordelijk was voor zijn daden. In de meeste gevallen zitten de verdachten eerst twee derde van hun gevangenisstraf uit en worden ze daarna in een forensisch psychiatrisch centrum (FPC) geplaatst. Binnen de forensische psychiatrie worden de personen die door de rechter de maatregel opgelegd hebben gekregen vanuit een gedwongen kader behandeld en verpleegd. Het doel van deze maatregel is dat de maatschappij op korte termijn wordt beschermd en het doel van de lange termijn is de behandeling van de patiënt.

Om een helder beeld te geven over hoe tbs tot stand komt, wordt hieronder beschreven hoe het traject verloopt vanaf het plegen van een delict tot de plaatsing van de patiënt in een cel op een afdeling van een FPC.

Een verdachte wordt eerst onderzocht door een psychiater van de Forensisch Psychiatrische Dienst (FPD) die van dit onderzoek een rapport op stelt. Wanneer er volgens de FPD besloten wordt om de verdachte nog verder te onderzoeken wordt dit opnieuw door een psychiater van de FPD gedaan of, als dit niet voldoende is, door een psychiatrische observatiekliniek zoals het Pieter Baan Centrum (PBC) of een andere gesloten psychiatrische instelling. Gedurende deze observatieperiode in bijvoorbeeld het PBC, worden er door verschillende disciplines (psychiater, psycholoog, maatschappelijk werk, etc.) rapporten opgesteld. Deze rapporten worden aan het einde van de observaties samengevoegd tot een uitgebreid psychologisch rapport en overhandigd aan de rechtbank. De rechtbank moet aan de hand van het psychologisch rapport vragen kunnen beantwoorden, die niet beantwoord konden worden voor het onderzoek, waarna de rechter een beslissing kan nemen over de vorm van straf voor de verdachte. Wanneer de deskundigen die het psychologisch rapport opstellen het advies geven om de verdachte een tbs maatregel op te leggen, kan de rechter besluiten om hier de straf op aan te passen. Hierbij wordt er in Nederland rekening gehouden met de mate van ontoerekeningsvatbaarheid, de kans op recidive en de zwaarte van het delict. Een persoon die tijdens het plegen van een delict in een psychose zat waarbij de kans op recidive klein is kan bijvoorbeeld opgenomen worden op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

2.8 Vrouwen in detentie

Als er gesproken wordt over gevangenen of een tbs'er, dan wordt er veelal gedacht aan mannen die een delict hebben gepleegd waardoor ze in detentie zitten. Er zijn echter ook veel vrouwen die een maatregel hebben gekregen waardoor ze in de gevangenis of in een tbs-kliniek zijn terecht gekomen. In dit verslag wordt er echter alleen gekeken vanuit de tbs-setting omdat het onderzoek zich hier op richt.

Uit cijfers van het openbaar ministerie¹¹ blijkt dat de bezetting in 2010 in alle tbs-klinieken in Nederland 1.977 was. Hiervan was toen 1.839 man en er zaten in dat jaar 138 vrouwen in de tbs klinieken. Volgens de Dr. S. van Mesdagkliniek¹² zijn er verschillende oorzaken te benoemen voor de reden dat slechts 7% van de totale bezetting in de klinieken uit vrouwen bestaat. Vrouwen richten de problemen die ontstaan uit een persoonlijkheidsstoornis vaak op zichzelf terwijl mannen dit vaak naar buiten richten. Het delict dat vrouwen plegen is vaak minder zwaar dan bij mannen, vrouwen plegen minder vaak seksueel agressieve delicten en over het algemeen zijn ze fysiek minder sterk om een geweldsdelict te plegen. En de laatste oorzaak is dat vrouwen minder dreiging uiten dan mannen. Daarom legt de rechtbank vaak een mildere maatregel op, zoals het laten behandelen van de stoornis binnen een ambulante setting, terwijl mannen vaker een tbs-maatregel wordt opgelegd.

¹¹ Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), (2011). Forensische zorg in getal

¹² www.vanmesdag.nl/faq/

Hoofdstuk 3. Methode

3.1 Onderzoeksdesign

Het onderzoeksdesign ziet er als volgt uit. Het is een kwantitatief pilot-onderzoek gericht op een kleine groep waarbij er wordt ingegaan op het onderwerp door interviews en observaties. Het effect van de module wordt gemeten door middel van twee vragenlijsten: een gevalideerde en een niet-gevalideerde vragenlijst. De gevalideerde vragenlijst, de Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG) en een assertiviteitsvragenlijst. Deze worden achteraf nog een keer ingevuld zodat er vergeleken kan worden (longitudinaal onderzoek). De niet-gevalideerde vragenlijst zal ondersteunend zijn bij het evaluerende interview. Het is een pre-experiment waarbij er geen controle groep aanwezig is.

3.2 Beschrijving deelnemers

Zoals al eerder staat beschreven in dit verslag is het onderzoek gericht op vrouwen met bps binnen de forensische psychiatrie. In FPC Oldenkotte bestaat ongeveer 10% van de totale bezetting uit vrouwen. De redenen dat er zo weinig vrouwelijke patiënten in de tbs zitten staat beschreven in hoofdstuk 2.8. De vrouwen die aan het onderzoek hebben deelgenomen hebben assertiviteitsproblemen. Dit wil zeggen dat ze moeilijk hun grens aan kunnen geven, zichzelf niet goed kunnen weren door bijvoorbeeld een keer 'nee' te zeggen. Beide vrouwen kennen een verleden waarbij seksueel misbruik en geweld een rol hebben gespeeld. Dit is vaak een factor die bijdraagt aan het ontwikkelen van bps en assertiviteitsproblematiek. Door middel van het onderzoek is er gekeken of deze assertiviteitsproblemen verbeterd kunnen worden door middel van kickboksen.

In tabel 1 staat een overzicht van de patiënten die deel hebben genomen aan het onderzoek. Hier staat beschreven hoe oud ze zijn en wanneer ze zijn opgenomen binnen FPC Oldenkotte.

Tabel 1. Overzicht van de deelnemers

	Initialen	Leeftijd	Opnamedatum
Patiënt 1	S.	38	April 2012
Patiënt 2	M.	23	December 2011

3.2.1 Indicatie criteria

De volgende criteria zijn van toepassing op de deelnemers aan het onderzoek:

- Vrouwen die gediagnosticeerd zijn met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (American Psychiatric Association, 2000);
- Deze vrouwen zijn onder behandeling binnen de forensische psychiatrie;
- De vrouwen die mee doen aan het onderzoek moeten zelf met het onderzoek instemmen

3.3 Referentiekader

Om de patiënt binnen een zo veilig mogelijke omgeving te behandelen wordt er gewerkt vanuit het cliënt-centered referentie kader. "Binnen de therapie dient de cliënt als uniek individu met zijn denken en voelen centraal te staan" (Rogers, 1957). Zo wordt er door de therapeut wel gestuurd, maar de patiënt probeert in eerste instantie de problemen zelf op te lossen. Hierbij wordt er uit gegaan van het vermogen tot zelfontplooiing en positieve ontwikkeling van de patiënt.

Dit referentiekader staat niet gelijk aan de structuur die geboden moet worden bij de manier van kickboksen. Toch is er gekozen voor deze manier omdat de patiënt bij dit kader het leerproces zelf in de hand heeft. De benadering die gebruikt wordt bij het kickboksen is gericht op het kickboksen zelf, niet op de therapie. Het kickboksen wordt als middel gebruikt om het doel van de therapie te bereiken. Door de regels en structuur wordt er een veilige omgeving gecreëerd die een bijdrage kan leveren aan de mental set binnen de therapie.

Tijdens het onderzoek wordt de therapie individueel aangeboden. In verband met de tijd die besteed wordt aan het trainen van de assertiviteit wordt er geen rekening gehouden met een eventuele kennismaking van de groep, daarom wordt alle tijd besteed aan de individuele therapie. Het onderzoek wordt over een periode van tien weken uitgevoerd. Iedere week heeft elke patiënt een therapiemoment gedurende drie kwartier per sessie, dit betekent dat er per patiënt tien therapieën zijn. Deze periode is gebaseerd op de stageperiode die tot eind mei 2013 duurt.

3.4 Sportieve benadering

Dit onderzoek is gericht op het effect van een kickboksinterventie binnen de PMT op de assertiviteit van vrouwen met bps binnen de forensische psychiatrie. Gezien het feit dat het onderzoek zich richt op het effect van de kickboksinterventie, is het van belang om zo veel mogelijk te boksen en daardoor juist de ervaring op te doen. Dat is de reden dat er binnen het onderzoek gewerkt wordt vanuit de sportieve benadering. De bedoeling is dat er zoveel mogelijk gebokst wordt om hier de ervaring uit te halen.

3.5 Therapie sessies

De patiënten die hebben deelgenomen aan het onderzoek hebben tien therapie sessies gevolgd. Hierin werd er gewerkt volgens de assertiviteitsmodule (Fellinger et al., 1999). In de module van Fellinger et al. (1999) wordt uitgelegd dat de therapie die gericht is op assertiviteitsverbetering zich ook moet richten op het feit dat patiënten hun eigen lichaamssignalen moeten leren herkennen. Voor dit onderzoek is een programma opgesteld om binnen een kader te werken, de hiervoor benoemde assertiviteitsmodule.

Tabel 2. Programma

Week	Thema	Oefening	Gericht op	opmerkingen
1	Kracht	Stoeioefeningen	Eigen kracht → kennismaken met kracht.	
2		Boksen	Kennismaken met boksen	
3	Lichaamssignalen	Boksen	Bewustwording welke signalen je lichaam afgeeft	Aangeven welke spieren je moet gebruiken tijdens de oefening
4	Emoties	Boksen tegen bokszak	Verkennen van emoties	
5	Lichaamssignalen, grenzen	Ruimte nemen- ruimte geven	Eigen grens en die van de ander	Wanneer gaat iemand over je grens, wat merk je op dat moment.
6	Emoties	Emotie leggen in het spel	Een emotie uiten door dit in je spel te uiten.	
7	Lichaamssignalen, leiden/volgen	Leiden/volgen	Wat is je eigen houding hierin?	Misschien kunnen we het omdraaien om te ervaren hoe dat is.
8	Emoties	Symbolisch werken	Symbolen die iets voorstellen, waar je blij van wordt of juist boos	

9	Lichaamssignalen	Sparren	Onder druk kracht blijven leveren	
10	Afsluiting	Afsluitende sessie.		Eigen invulling van de patiënt

In tabel 2 is te zien dat het programma zich vooral richt op het herkennen van lichaamssignalen en emoties.

3.6 Meetinstrumenten

Het belangrijkste meetinstrument dat gebruikt is bij het onderzoek zijn de eigen ervaringen van de patiënten en de ervaringen van de therapeut. Om deze goed te kunnen onderbouwen is er ook gebruik gemaakt van twee vragenlijsten. Het gaat hier om de assertiviteitsvragenlijst, een vragenlijst die niet valide is verklaard door de COTAN en het gaat om de schaal van interpersoonlijk gedrag. Deze vragenlijst is wel valide verklaard door de COTAN en wordt gebruikt bij andere onderzoeken zoals het onderzoek naar de assertiviteitsmodule van Fellingier et al. (1999). Deze vragenlijsten dienen echter alleen als verduidelijking bij de evaluaties. Hier is voor gekozen omdat er maar twee deelnemers deel hebben genomen aan het onderzoek waardoor het onderzoek een kwantitatief onderzoek is.

3.6.1 Assertiviteitsvragenlijst

Deze vragenlijst is gericht op het herkennen en interpreteren van lichaamssignalen, zich uiten in onprettige situaties, uiten van gedachten en gevoelens en omgang met anderen. De lijst is gebaseerd op vragen uit vragenlijsten die wel valide zijn verklaard zoals de Scale of Body Connection (SBC) (Price, 2007). De SBC is ontwikkeld om verschillende items zoals het uiten van emoties en de bewustwording van lichaamssignalen te kunnen meten. Er zijn vijf items waar een gemiddelde van wordt genomen om te meten wat het verschil is tussen de voor- en nameting. Deze vijf items zijn:

- Bewust zijn van lichaamssignalen
- Onprettige situaties
- Jezelf kunnen uiten
- Omgaan met anderen
- Algemene assertiviteit

Deze items zijn gerelateerd aan het thema assertiviteit. De verbetering van de verschillende items zal voor een positieve verandering van de algemene assertiviteit zorgen.

De assertiviteitsvragenlijst is op zichzelf niet valide maar zal zorgen voor verduidelijking bij het evaluerende interview.

3.6.2 Schaal van Interpersoonlijk gedrag

Arrindell, de Groot en Walburg (1984) hebben een vragenlijst ontwikkeld die de spannings- en vermijdingsmomenten meet van interpersoonlijk gedrag. De vragenlijst wordt ingevuld op twee schalen. De stellingen die op de vragenlijst benoemd worden, worden twee keer gescoord, er wordt gescoord op de spanning en op de frequentie. De spanning wordt aangegeven op een schaal van één tot vijf, waarbij vijf aangeeft dat er heel veel spanning aanwezig is en één geeft aan dat er geen spanning aanwezig is bij een stelling over sociaal gedrag. Hierna wordt er nog een keer gescoord op de frequentie van het sociale gedrag, dus de stelling. De frequentie wordt ook aangegeven op een schaal van één tot vijf waarbij vijf wordt aangegeven als zeer vaak en één geeft aan dat het nooit voorkomt.

De resultaten van deze vragenlijst worden opgeteld per item. Zowel van de optelsom van spanning wordt het gemiddelde genomen als van de aangegeven frequentie. Dit gemiddelde wordt

tweedimensionaal geplot waardoor er vier kwadranten ontstaan, te noemen assertief, angstige uitvoerder, onverschillig en subassertief.

3.6.3 Observaties en mondelinge evaluaties

Aan het einde van iedere therapie sessie wordt er nabesproken wat er tijdens de therapie is voorgevallen. Hierbij wordt er gesproken over opvallende gebeurtenissen of onbewuste gebeurtenissen tijdens de therapie. Van deze gesprekken maakt de therapeut na elke sessie een verslag waar aan het einde van het onderzoek een meting van kan worden gedaan. Deze meting zal gedaan worden door middel van het beschouwen van de therapieverslagen en hieruit een conclusie te trekken.

3.7 Methode van dataverwerking

Aan de hand van mondelinge evaluaties en observaties van de therapeut zal beschreven worden of het kickboksen binnen de PMT effect heeft gehad op de assertiviteit bij vrouwen met bps binnen de forensische psychiatrie. De vragenlijsten die worden ingevuld door de patiënt dienen als ondersteuning bij de observaties en mondelinge evaluaties. De resultaten van de vragenlijsten worden in tabellen weergegeven en uitgewerkt in een grafiek. Deze grafieken staan uitgewerkt in bijlage 1 en bijlage 2 die aan het einde van het verslag zijn weergegeven.

Hoofdstuk 4. Resultaten

Voor de meting van het effect van kickboksen zijn vragenlijsten gebruikt welke door de patiënt zelf zijn ingevuld. Ook zijn er gedurende het onderzoek evaluaties geweest die na iedere therapie hebben plaatsgevonden. In dit hoofdstuk staan de resultaten van het onderzoek verwerkt. De resultaten van de assertiviteitsvragenlijst en de schaal van interpersoonlijk gedrag zijn uitgewerkt in een grafiek. De evaluaties staan samengevat in een verslag over onder andere de ervaring van de therapeut en de eigen evaluaties van de patiënten.

4.1 Resultaten SIG vragenlijst

Uit de resultaten van de SIG vragenlijst is het voor het positieve effect van kickboksen op de assertiviteit van vrouwen met bps van belang dat het cijfer dat gerelateerd is aan spanning tussen de drie en de vijf is en het cijfer dat gerelateerd is aan de frequentie moet tussen de één en de drie zijn. De resultaten worden naast de tabel met gegevens ook weergegeven in een grafiek. In deze grafiek is te zien dat de resultaten scoren op een bepaald gedrag namelijk assertief gedrag, angstige uitvoerder, onverschillig gedrag en subassertief gedrag.

Tabel 3. Resultaten SIG vragenlijst patiënt 1

	Gemiddelde spanning	Gemiddelde frequentie
Voormeting	3,78	4,60
Nameting	2,70	3,00
Vershil	- 1,08	- 1,60

In tabel 3 is te zien dat er een gemiddelde is genomen van de items die te maken hebben met sociaal gedrag in de SIG vragenlijst. Zowel de gemiddelde spanning als de gemiddelde frequentie zijn bij patiënt 1 afgenomen. Als deze resultaten in een grafiek (bijlage 2) worden verwerkt is te zien dat er na de voormeting gescoord werd op 'angstige uitvoerder'. Uit de resultaten van de nameting blijkt dat er gescoord wordt tussen 'assertief' en 'onverschillig'.

Tabel 4. Resultaten SIG vragenlijst patiënt 2

	Gemiddelde spanning	Gemiddelde frequentie
Voormeting	2,44	2,86
Nameting	2,60	3,04
Vershil	+ 0,16	+ 0,18

Uit de resultaten van patiënt 2 blijkt dat zowel de gemiddelde spanning als de gemiddelde frequentie van de gestelde items is toegenomen. Deze resultaten staan in de grafiek (bijlage 2) weergegeven en daaruit blijkt dat bij de resultaten van de voormeting werd gescoord op 'onverschillig' en bij de resultaten van de nameting werd er binnen 'assertief' gescoord. Het verschil tussen de resultaten van de twee patiënten is opvallend te noemen omdat bij patiënt 1 de score afneemt en bij patiënt 2 neemt de score juist toe.

4.2 Resultaten assertiviteitsvragenlijst

Bij de assertiviteitsvragenlijst wordt er gescoord op vijf verschillende items. Deze vijf items worden met elkaar vergeleken aan de hand van de voor- en nameting. In de volgende tabellen staan de resultaten van de voor- en nameting van beide patiënten weergegeven.

Tabel 5. Resultaten assertiviteitsvragenlijst patiënt 1

	Voormeting	Nameting	Vershil
Bewust van lichaamssignalen	4,2	4,8	0,6
Onprettige situaties	3,2	4,2	1,0
Jezelf uiten	2,7	3,7	1,0
Omgaan met anderen	2,9	4,1	1,2
Algemene assertiviteit	1,0	3,0	2,0

Tabel 6. Resultaten assertiviteitsvragenlijst patiënt 2

	Voormeting	Nameting	Vershil
Bewust van lichaamssignalen	4,2	4,2	0,0
Onprettige situaties	3,0	3,4	0,4
Jezelf uiten	3,0	3,3	0,3
Omgaan met anderen	3,3	3,7	0,4
Algemene assertiviteit	3,0	3,0	0,0

In tabel 5 en tabel 6 zijn de verschillen tussen de voor- en nameting van het onderzoek weergegeven. Wat uit de tabellen naar voren komt is dat het verschil bij patiënt 1 over het algemeen veel groter is dan bij patiënt 2. Bij beide patiënten is het verschil groter geworden of gelijk gebleven.

4.3 Observaties en mondelinge evaluaties

In de bijlage staan de verslagen van beide patiënten beschreven, deze verslagen bestaan uit de evaluaties per dag, waardoor de beide verslagen erg uitgebreid zijn. Om van deze verslagen een goed beeld te geven zijn deze verslagen samengevat in een beknopte samenvatting van de resultaten van de observaties en mondelinge evaluaties.

Uit de evaluaties blijkt dat de patiënten aan het begin van het onderzoek vooral verrast waren door hun eigen kracht. Beide vrouwen hebben de krachtoefeningen gedaan tijdens de eerste sessie en beide vrouwen waren ook verrast over de hoeveelheid kracht die ze zelf konden leveren. Wat erg opvalt in de onderzoeksverslagen is dat de patiënten aan het begin van het onderzoek weinig over hun gevoel konden spreken, maar dat er in de laatste onderzoeksverslagen te lezen is dat ze wel iets kunnen zeggen over hun gevoel. Als deze observaties naast de assertiviteitsvragenlijst wordt gelegd is duidelijk dat het bewust zijn van lichaamssignalen, jezelf uiten en de onprettige situaties al zijn verbeterd. Doordat de patiënten aan kunnen geven wat ze voelen, kunnen ze hun lichaamssignalen herkennen en zichzelf hiermee uiten.

Gedurende de therapie zijn beide patiënten in andere onprettige situaties terecht gekomen. Bijvoorbeeld een mannelijke patiënt die een bezoekenregeling met M. wilde. Zij had echter haar twijfels maar vond dit lastig om uit te spreken naar de mannelijke patiënt. Het multidisciplinair team

(MDT) heeft ervoor gezorgd dat deze regeling niet is gegaan, maar ze hebben haar ook de mogelijkheid gegeven om dit zelf aan hem te vertellen. Hierdoor is ze op weg geholpen, maar heeft ze zelf assertief gedrag moeten laten zien door het de mannelijke patiënt te vertellen.

S. gaf tijdens een therapie een keer aan 'dat ze zich tijdens PMT bewust wordt van wat ze doet, bijvoorbeeld haar gedrag op de afdeling'. Deze uitspraak is een voorbeeld van het bewust worden van signalen en gevoel.

Hoofdstuk 5. Discussie en conclusie

Een kritische beschouwing op de methode, resultaten en uitvoering van het onderzoek is van belang om een eventuele aanbeveling te geven voor een vervolgonderzoek.

5.1 Discussie

Het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen de forensische psychiatrie. Dit is een setting waarbij rekening moet worden gehouden met het feit dat de patiënten niet op vrijwillige basis in behandeling zijn. Binnen deze setting zijn weinig vrouwen aanwezig, ongeveer 7% van alle tbs-patiënten zijn vrouwen. Dat maakt dat dit onderzoek relatief weinig deelnemers heeft gezien het feit dat er niet veel vrouwen in de instelling zitten.

De vrouwen die deel hebben genomen aan dit onderzoek hebben gedurende het onderzoek meerdere therapieën gevolgd. Daarom valt het niet uit te sluiten dat de assertiviteit veranderd is door andere therapieën. Om het onderzoek valide te maken zou er een controle groep aanwezig moeten zijn en het beste is dat ze gedurende het onderzoek geen andere therapieën hebben om aan te tonen dat alleen het kickboksen binnen de PMT effect heeft op de assertiviteit bij vrouwen met een borderline persoonlijkheidsstoornis binnen de forensische psychiatrie.

De resultaten die aan de hand van de observaties en mondelinge evaluaties zijn verkregen zijn niet betrouwbaar genoeg om vast te kunnen stellen welke conclusie bij dit onderzoek hoort. Daarom is er in dit onderzoek gekozen om de observaties en mondelinge evaluaties te ondersteunen door middel van vragenlijsten die door de patiënten worden ingevuld. Door het vergaren van veel resultaten zal de betrouwbaarheid van het onderzoek toenemen.

5.2 Conclusie

Uit de resultaten van de SIG vragenlijst blijkt dat de algemene assertiviteit is toegenomen. Bij patiënt 1 is de spanning gedaald met 28,6% en de frequentie van de gestelde situaties is afgenomen met 34,8%. De resultaten van patiënt 2 laten zien dat de gemiddelde spanning met 6,6% toegenomen is en de gemiddelde frequentie is toegenomen met 6,3%.

In de grafieken die in bijlage is weergegeven is duidelijk te zien dat bij beide patiënten het assertieve gedrag is toegenomen. Dit wil echter niet zeggen dat beide patiënten hetzelfde hebben gescoord. Wat namelijk opvallend is aan de resultaten is bij patiënt 1 de gemiddelde spanning en gemiddelde frequentie zijn afgenomen en bij patiënt 2 zijn de gemiddelde spanning en de gemiddelde frequentie toegenomen. Deze verschillen lijken niet overeen te komen, maar wanneer dit uitgewerkt wordt in de grafiek is te zien dat beide patiënten nu op 'assertiviteit' scoren.

De resultaten van de assertiviteitsvragenlijst geven aan dat bij beide patiënten de score op de items is toegenomen of gelijk gebleven. Bij de meeste items is te zien dat de scores zijn toegenomen en daarmee is ook de algemene assertiviteit verhoogd.

Het antwoord op de vraagstelling:

Wat is het effect van een kickboksinterventie binnen PMT op de assertiviteit van vrouwen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis binnen de forensische psychiatrie?

Het effect van een kickboksinterventie binnen PMT op de assertiviteit van de onderzochte vrouwen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis binnen de forensische psychiatrie is dat de assertiviteit toeneemt. Dit is gebleken uit de resultaten van de SIG vragenlijst, de assertiviteitsvragenlijst en de observaties en mondelinge evaluaties tussen de therapeut en de patiënten¹³. De resultaten van de vragenlijsten zijn voortgekomen uit een voor- en nameting, de resultaten van de observaties en mondelinge evaluaties tussen de therapeut en de patiënten zijn gedurende het gehele onderzoek verkregen en weergegeven in het onderzoeksverslag van de patiënt.

¹³ Zie hoofdstuk 4. Resultaten

5.3 Aanbevelingen

Zoals in de discussie beschreven staat is het voor een valide onderzoek van belang dat er een controle groep is en dat er meer patiënten deel nemen aan het onderzoek. Voor een vervolg onderzoek wordt geadviseerd om een kwalitatief onderzoek te doen met een hoger aantal deelnemers waarbij er gewerkt wordt met een controle groep.

Andere therapieën zouden voor een vervolgonderzoek uitgesloten moeten worden. Hierdoor is het effect van het kickboksen binnen de PMT beter te onderzoeken en hoeft het onderzoek geen rekening te houden met het effect van andere therapieën op de assertiviteit van vrouwen met bps.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association. DSM IV TR. (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV TR*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Arrindell, W.A., Groot, P.M. de, & Walburg, J.A. (1984). *Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag. Handleiding Deel I*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- De lang, J. & Bosscher, R.J. (2005). *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Cure en Care publishers.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). (2011). Forensische zorg in getal.
- Fellinger, P.R.G., Maliepaard, G.A. & Tummers, H.M.L. (1999). *Psycho-motorische assertiviteitsmodule. Een geprotocolleerde, individuele therapie met effectmeting*. Assen: NVPMT.
- Giesen-Bloo, J. (2005). *Leven met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hekking, P.J.A.M. & Blink van den, M.J. (2005). Ervaringsgerichte psychomotorische therapie met jeugdigen. In J. De Lange. & R.J. Bosscher. (E.d.) *Pmt in de praktijk* (p. 173-195). Nederland: Boom Cure & Care.
- Houwen, M. & Deenik, J. (2012). Psychomotorisch lichaamsgericht behandelaanbod voor volwassenen met psychosociale problematiek met licht tot matige stemmingstoornissen. *NVPMT*. Verkregen van <http://www.vaktherapie.nl/userfiles/files/Producten/2012_06_05_Psychomotorisch_lichaamsgericht_behandelaanbod_voor_volwassenen_met_psychosociale_problematiek.pdf>
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Julen, J. (2012, 12 november). Kickboksen crimineel of juist goed voor je opvoeding? *NRC*. Verkregen van <<http://www.nrc.nl/nieuws/2012/11/12/kickboksen-crimineel-of-juist-goed-voor-je-opvoeding/>>
- Kamran, H. (2012). Verkregen van <http://www.tabononzwolle.nl>
- Krawits, R. & Watson, C. (2003). *Borderline Personality Disorder – A guide to treatment*. Oxford University Press.
- Kuin, F.M.B. (2005). Op tijd stoppen. Behandeling van impulscontroleproblematiek bij cluster B persoonlijkheidsstoornissen en dissociatieve stoornissen. In J. De Lange. & R.J. Bosscher. (E.d.) *Psychomotorische therapie in de praktijk* (p. 43-63). Nederland: Boom Cure & Care.
- Loong, L. H. (2012). *Transforming the body, reconfiguring the senses: the culture of mixed material arts gym in Thailand*. Singapore: National University of Singapore.
- van Meekeren, E. (2001). *De borderline stoornis - Crises in hechten en onthechten* (3^e druk). Amsterdam: Benecke N.I.
- Peeters, S. & Klumpers, K. (2003) *Leven met assertiviteitsproblemen* (1^e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Price, C. J. & Thompson, E. (2007). Measuring Dimensions of Body Connection: Body Awareness and Bodily Dissociation. Verkregen van <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/acm.2007.0537>
- Redactie Het Parool. (2012). Badr Hari bereid om in therapie te gaan. (2012, 2 november). *ANP, Het Parool*.
- Redactie Trouw. (2012). Dode en zwaargewonde op kickboksgala Veghel. (2012, 11 november). *Trouw*.
- Royers, F. (2010). Kickboksen, crimineel of juist goed voor de opvoeding? Verkegen van <http://www.nrc.nl/nieuws/2012/11/12/kickboksen-crimineel-of-juist-goed-voor-je-opvoeding/>
- Rogers, C. (1957). Humanistische theorieën. In H.T. Van der Molen (E.d) *Klinische psychologie*. Houten: Wolters-Noordhoff
- Schouten, J. (2002). *Ik ben d'r ook nog. Een handleiding voor assertiviteitstrainingen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Schouten, J. & Lingsma, J. (2006). *Persoonlijke effectiviteit. Assertief gedrag als basisvaardigheid*. Zaltbommel: Thema.
- Sprey, A. (2002). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen*. Houten/Diegem: BohnStafleu van Loghum.

- Theeboom, M. (2002). Leren vechten of... leren niet te vechten? *Justitiële verkenningen*, jaargang 28 / 3. *Sport en Criminaliteit*, p. 72-83.
- Vandereycken, W. & van Deth, R. (1996). *Psychiatrie, van diagnose tot behandeling* (2^e druk). Houten: BohnStafleu van Loghum.
- Weerman, A. (2006). *Zes psychologische stromingen en één cliënt* (1^e druk). Soest: Nelissen.

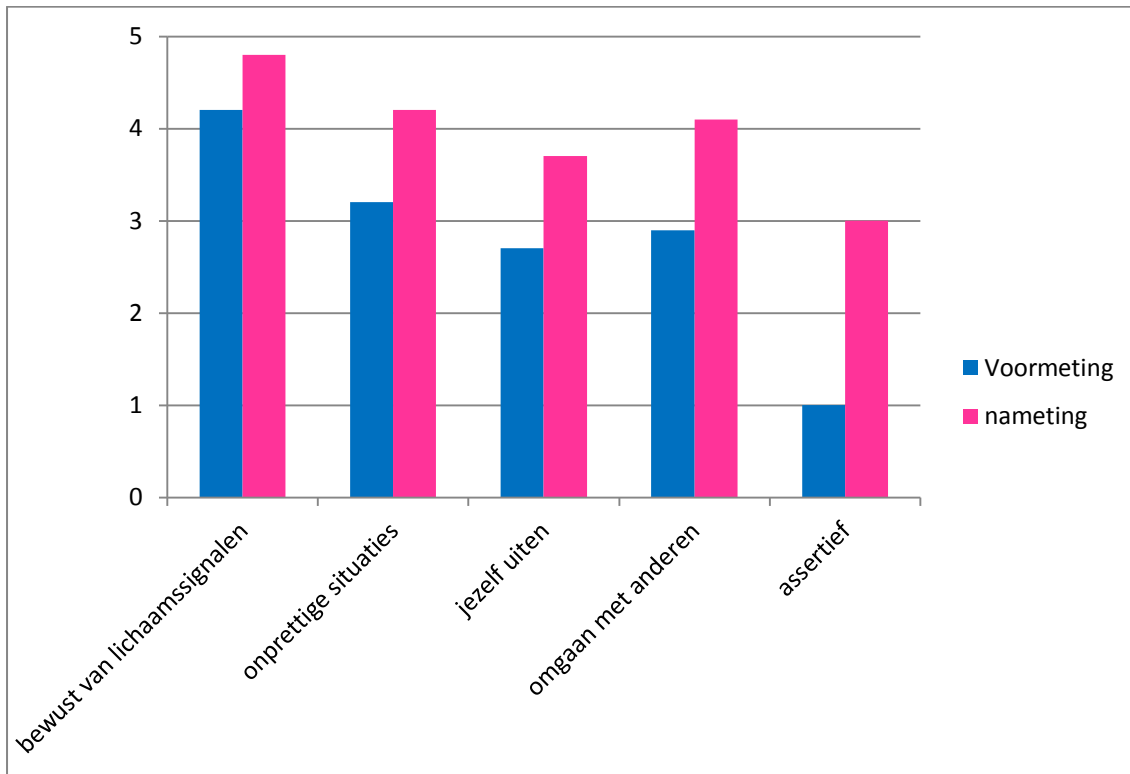
Geraadpleegde websites:

- <http://www.dekickvansport.nl>
- <http://www.kickboksen.com/kickboksen>
- <http://www.kickboxing.nl>
- <http://www.oldenkotte.nl>
- http://www.profi-leren.nl/files/saw_dc54.pdf.
- <http://www.scholarbank.nus.edu.sg/handle/10635/35820>
- <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/borderline-persoonlijkheidsstoornis/oorzaken-en-risicofactoren>
- http://www.vaktherapie.nl/userfiles/files/Producten/2012_06_05_Psychomotorisch_lichaams_gericht_behandelaanbod_voor_volwassenen_met_psychosociale_problematiek.pdf
- <http://www.vanmesdag.nl/faq/>

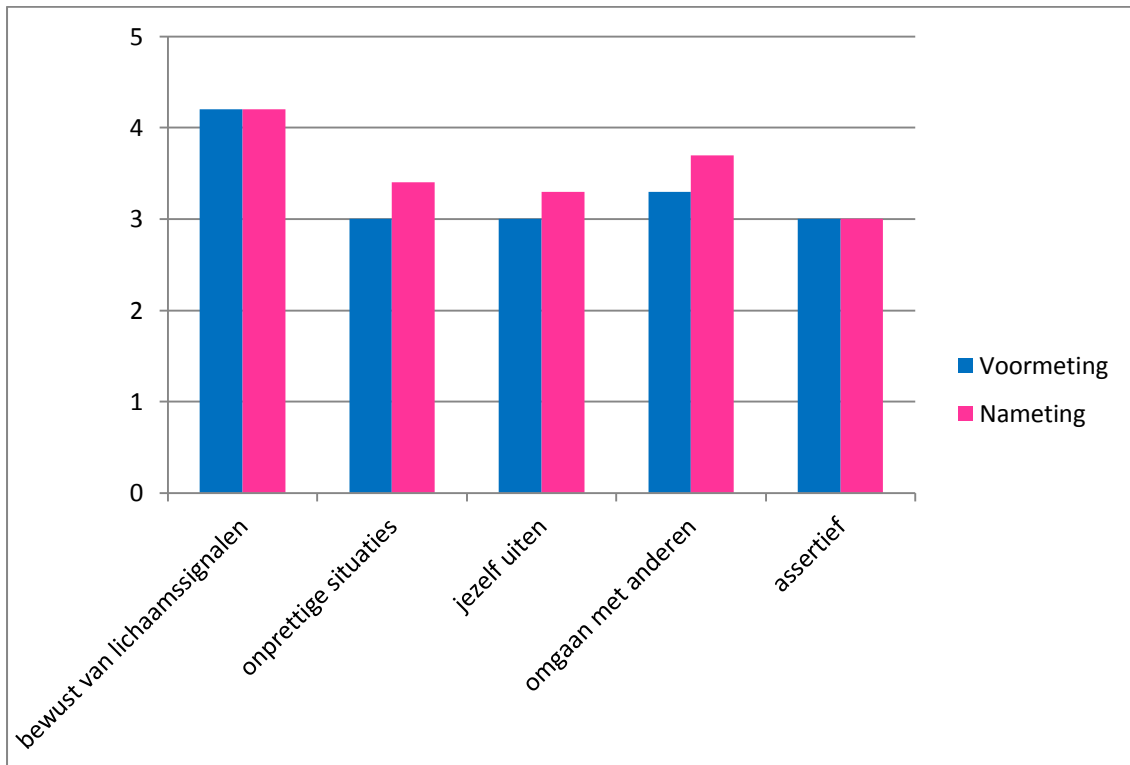
Indeling bijlagen	Blz.
Bijlage 1	26
Bijlage 2	27
Bijlage 3	28
Bijlage 4	31
Bijlage 5	34
Bijlage 6	36

Bijlage 1

Grafiek 1. Resultaten van de voor- en nameting van het onderzoek bij patiënt 1 door middel van de assertiviteitsvragenlijst.

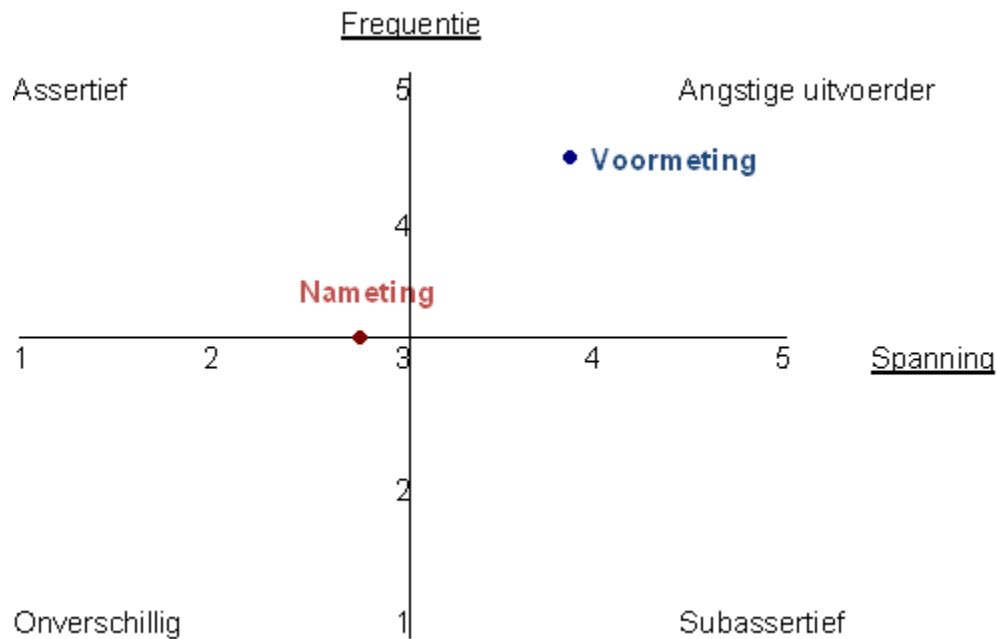


Grafiek 2. Resultaten van de voor- en nameting van het onderzoek bij patiënt 2 door middel van de assertiviteitsvragenlijst.

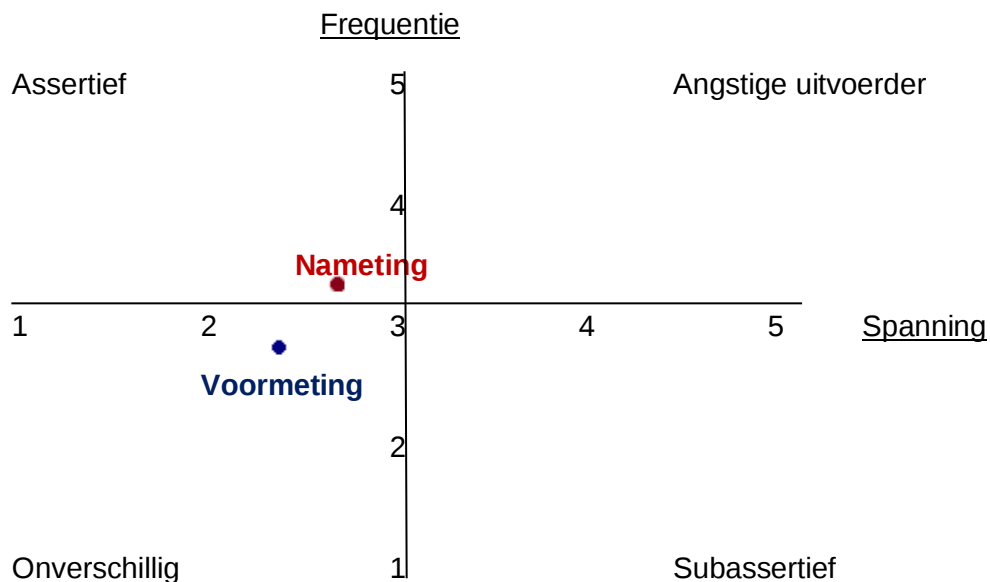


Bijlage 2

Grafiek 3. Schaal van Interpersoonlijk gedrag. Voor- en nameting patiënt 1



Grafiek 4. Schaal van Interpersoonlijk gedrag. Voor- en nameting patiënt 2



Bijlage 3**Onderzoeksverslag S.****Woensdag 30 januari 2013**

Omdat M. er gisteren niet was heb ik deze keer met S. alleen maar gebokst. Ik ben niet ingegaan op een bepaald thema, omdat ik het liefst heb dat de twee therapieën ongeveer gelijk lopen. Aan het einde van de dag ben ik met twee vragenlijsten naar M. en S. gegaan. Deze moeten ze allebei invullen, zodat ik aan het einde een vergelijking kan maken.

Ook ben ik vandaag druk geweest voor de ochtendgymnastiek die niet meer loopt. Ik ben patiënten langs gegaan om te vragen of zij misschien andere voorstellen hebben. Zo ben ik naar R. en M. geweest en heb ik gepraat met M. en S. over dit probleem. Ze zeggen eigenlijk allemaal dat het niet veel uit maakt of het in de Wanne is of in de zaal. Het liefst hebben ze wel een gemengde groep, vrouwen en mannen. Maar het liefst op een andere dag, want dinsdags moeten er heel veel werken.

Woensdag 6 februari 2013

Van S. heb ik de vragenlijst terug gekregen. Hieruit kon ik opmaken dat ze op de 5 punten schaal scoort op een angstige uitvoerder. Dit klopt naar mijn mening wel met haar gedrag dat ze laat zien. Deze week heb ik de therapie met S. gericht op de lichaamssignalen die aanwezig zijn tijdens of na het boksen. Het is eerst lastig om aan te geven waar ze iets voelt, maar als ik een voorbeeld geef dan kan ze zelf ook wel aangeven wat haar lichaam zegt. Wat wel opvalt is dat ze tijdens het boksen geen problemen heeft met bepaalde houdingen (kin op de borst bijv.) maar tijdens de DGT heeft ze hier wel problemen mee. Dan zegt ze dat ze herbelevingen heeft en wordt ze emotioneel als ze haar kin op de borst moet doen. Bij mijn therapie heeft ze hier geen enkele moeite mee en benoemt ze dit niet eens. Ik heb het idee dat ik zelfs herbelevingen bij haar op kan roepen zonder dat ze daar te veel last van ervaart. Ik zie dan wel dat ze wat emotioneel wordt, maar ze houdt het wel onder controle. Van Nol begrijp ik dat ze zelfs weg loopt bij de DGT wanneer dit haar overkomt.

Woensdag 13 februari 2013

De oefening die ik deze keer met S. heb gedaan was gericht op het uiten van emoties. Ik heb haar de opdracht gegeven om tijdens het boksen een emotie te laten zien die ik haar aangaf. Sommige emoties zoals boos, beschaamd en bang waren niet moeilijk, maar ze had vooral moeite met blij. Toen ik een voorbeeld gaf moest ze heel erg hard lachen omdat ik overdreven blij deed. Zo had ze het zelf nog niet bedacht, maar ze zag wel gelijk welke emotie ik bedoelde. S. geeft zelf aan dat ze het lekker vindt om te boksen, om zo ook frustraties en agressie te uiten. Wanneer ik aan haar vraag waar ze aan denkt tijdens het boksen noemt ze vaak dingen van vroeger zoals dat ze mishandeld is of opgesloten zat. Ik kan dan niet goed aan haar zien wat dit met haar doet. Ze wordt niet emotioneel en ze vertelt er erg open over. W. (haar vriend die ook in FPC Oldenkotte zit) staat erg vaak centraal in de dingen die op dit moment spelen, maar dit negeer ik een beetje. Wanneer ik er niet over doorga, vertelt zij er ook minder over.

Woensdag 27 februari

Vanwege mijn blessure kon ik weinig actiefs doen. Met S. heb ik toen net als gisteren met M. thema gerichte oefeningen gedaan. We begonnen met de ballonnen hooghouden, waarbij ze stug bleef volhouden hoewel het wel duidelijk was dat het haar gewoon niet zou lukken. Toen we het spel met

de ballen gingen doen, met een hockeystick ballen laten rollen, waarbij ik er telkens 1 bij gooi. De opdracht was om alles te laten rollen, niks mocht stil liggen. Deze oefening hebben we 3 keer gedaan waarbij ze weer stug probeerde de ballen te laten rollen terwijl er soms stiekem een aantal stil lagen. Ze gaf aan dat ze de controle probeert te houden tot ze het niet meer kan overzien. Ik heb het met haar gehad over wat controle is en of je dat altijd moet willen vasthouden. En wanneer is het tijd om stop te zeggen. Ze ging namelijk maar door met de opdracht, terwijl ze het niet meer kon overzien en de opdracht iedere keer mislukte. Dus stopte ze voor deze oefening eigenlijk iedere keer te laat. Ze kon wel vertellen dat ze dit herkende vanuit andere situaties waarbij ze ook stug volhoudt om de controle te houden waarbij dit misschien niet meer haalbaar is. Ik denk dat het voor S. goed zal zijn om te ontdekken wat er gebeurt met haar als ze de controle verliest en dat ze dit gevoel leert kennen om er in andere situaties ook iets mee te doen. → grenzen?

Woensdag 13 maart

Met S. ben ik weer bezig geweest met het thema grenzen. Hierbij was ze erg fel en zat ze veel in de aanval. Hier ben ik niet op in gegaan omdat het juist goed is om fel te reageren wanneer iemand je grens over gaat, zo fel als zij deed is iets te fel, maar ik wilde haar gedrag niet afkeuren. Aan het einde zijn we verder gegaan met het thema controle omdat ze daar de vorige keer zo tegenaan liep. Hierbij had ik materialen in de zaal gezet waarvan ze wist waar ze stonden. Toen kreeg S. de opdracht om de zaal door te lopen met haar ogen dicht. Ze gaf later aan dat ze wist waar alles stond en dat ze daardoor makkelijk door de zaal kon lopen. Toen ik alles had veranderd in de zaal en ze weer mocht lopen zonder dat ze wist waar alles stond liep ze schuin richting de muur waar niks stond. Hierna kon ze heel mooi aangeven wat ze voelde en merkte bij zichzelf, dit hebben we gekoppeld aan een emotie om er een helder beeld van te krijgen. Hier wil ik volgende week wel mee verder omdat ik denk dat het goed is voor S. om haar signalen te leren kennen en hier mee om te gaan.

Woensdag 20 maart

S. wordt steeds opener over haar gedachten en gevoel. Ik merk dat ze het prettig vindt om even fanatiek te boksen, maar de gesprekken daarna vindt ze ook fijn. Gaf aan dat anderen (..?..) haar als een sterke vrouw zien. Maar ze zegt ook dat ze dit laat zien maar eigenlijk een heel verdrietig iemand is. Ik denk zelf dat ze altijd een masker op heeft. Ze heeft een muur voor zichzelf gebouwd waar bijna niemand achter mag kijken. Maar achter die muur zit volgens mij een heel klein angstig meisje.

Woensdag 27 maart

Ik vond het vandaag een rare dag omdat we om 12 uur zouden staken en 's middags kwam een ambtenaar op bezoek van de forensische zorg. Ik had S. extra verzet naar 1 uur omdat ik dan niks hoef te missen voor mijn onderzoek.

Woensdag 3 april

Vandaag symbolisch gewerkt met S. Ik had vorige week al gezegd dat we dit gingen doen en dat ze voor zichzelf moest bepalen hoe ver ze hier in gaat. Eerst moest ze de boks zak symbool maken voor iets dat ze achter wil laten in de kliniek als ze hier ooit weg gaat. Ik merkte aan haar dat ze dit lastig vond en dat ze toen ze na het slaan uit mocht spreken wat dit symbool was, ze dit ook moeilijk vond om uit te spreken. Ik heb haar terug gegeven wat ik heb gezien aan haar en dat raakte haar. Vervolgens hebben we besproken waar het vandaan komt en hoe ze hiermee om kan

gaan. Aan het einde mocht ze zelf een invulling geven aan de boksak en hoe ze hier tegenaan wilde slaan.

Ze begon als een malle op de zak te slaan en bleef hier ook een minuut in doorgaan. Toen ik haar vroeg wat het symbool was, toen gaf ze eerst aan dat dit te maken had met haar delict en hoe boos ze is op alles wat er toen gebeurd is. Toen we hier over begonnen te praten merkte ik, maar zij zelf ook dat het misschien boosheid is naar zichzelf en niet naar anderen. Ook gaf ze aan dat ze wilde dat ze in de tijd van het delict had geweten dat ze zo sterk was en zoveel kon qua boksen.

Woensdag 10 april

Fanatiek gebokst met S. Heb haar zelf laten kiezen wat we zouden gaan doen. Koos hierbij voor spelletjes die we tegen elkaar konden doen. Dit wilde ze graag omdat ze voor zichzelf wilde kijken of haar verdediging goed zat. Heb haar hierin nog wat tips kunnen geven. Het spel ging er best fel aan toe omdat ik niet had gezegd wat de maximale kracht mocht zijn. Maar hier ging ze goed mee om en kon ze zelf in aangeven dat het haar geen pijn deed en dat ze het zelf ook prettig vond om een keer vol erin te gaan. Hierbij natuurlijk alleen op de romp gericht en om en om slaan op elkaar zodat het wel helder was wie wanneer in de aanval was.

Woensdag 17 april

Vandaag nog niet helemaal fit, maar wel op stage. Ik kon ook merken dat ik niet fit was omdat ik tijdens de activiteiten snel buiten adem was. Met S. gebokst voor de laatste keer van mijn onderzoek. Er zou iemand van de sociotherapie komen kijken, maar die kwam toch maar niet omdat er anders maar 1 iemand op de afdeling was. Wat me opviel bij het met de hoepel (stop zeggen en de ander een handicap geven) was dat ze niet origineel was met het bedenken van een handicap. Vandaag heb ik de SIG vragenlijst afgegeven op de afdeling die ze met een sociotherapeut moet invullen en ik heb met haar de assertiviteitsvragenlijst ingevuld. Hierbij had ze meer vragen dan de vorige keer, toen vroeg ze namelijk niks.

Bijlage 4**Onderzoeksverslag M.****Dinsdag 22 januari 2013**

Tijdens de ochtendgymnastiek was er niemand. Ik hoorde van een stagiaire van II-D dat ze op de afdeling wel naar dit uurtje wilden komen, maar dat iedereen met hun programma zit. En voor een uurtje sport krijgen ze geen vrij.

Bij de intervisie hadden we het over vrijheid en gevangenschap over hoe je hier tegenaan kijkt als stagiaire in de tbs. De volgende intervisie is op 5 maart.

M.: was er in eerste instantie niet, bleek een gesprek te hebben met een nieuwe BC. Kwam wel wat later en we zijn uiteindelijk ook langer door gegaan. Heeft kennis gemaakt met de term vechtsporten waarbij juist dit kennismaken centraal stond. Hierbij hebben we nog niet gebokst maar meer stoeioefeningen gedaan. M. vond het leuk om te doen, had niet verwacht dat ze zoveel kracht had.

Dinsdag 29 januari 2013

Ik had M. voor vanochtend ingepland om 10 uur, omdat ze om kwart voor 4 een GB van de Pro heeft. Ik heb gebeld, maar ze was bij de MC om haar hechtingen na te laten kijken. Ze had gisteravond namelijk ge-automutileerd.

Dinsdag 5 februari 2013

Vandaag voor het eerste gebokst met M. Ze was erg enthousiast, gaf wel aan dat ze even moest wennen. We hebben ons vandaag vooral gericht op het boksen en het aanleren van bepaalde technieken, waarbij de nadruk niet werd gelegd op een thema. Toen ik aan het einde vroeg of ze er nog bepaalde gedachten bij had, zei ze dat ze er niks bij dacht of merkte.

Wat mij opviel was dat ze vooraf aangaf dat ze niet zoveel kon met haar arm ivm de hechtingen, maar toen we eenmaal aan het boksen waren heeft ze hier niks meer over gezegd. Terwijl ze wel 100 procent kon slaan.

Dinsdag 12 februari 2013

Met M. gebokst, waarbij we vooral gingen letten op haar lichaamssignalen. Ik merkte dat ze het moeilijk vindt om te benoemen wat er gebeurt in haar lichaam, maar ze weet het wel. Want als ik een voorbeeld geef, dan geeft ze aan dat ze dat wel herkent. Als ik haar vraag om voluit te slaan doet ze dit ook en ik kan zien dat ze er plezier aan beleeft. Aan het einde van de therapie laat ik haar namelijk een oefening doen waarbij ze best veel moet bewegen en wat vermoeiend is. Maar ondanks dat doet ze goed mee en blijft ze fanatiek. Zelf geeft ze wel eens aan dat ze niet van haar zelf verwacht had dat ze zo sterk was of dat ze zo kon slaan. Het werkt erg positief als ik ervoor zorg dat ze in haar kracht zit. Dan zie ik dat ze lacht en kan ze zich volledig storten op de oefening zonder dat ze met haar gedachten afdwaalt.

Dinsdag 26 februari 2013

Vanochtend met M. alleen thema oefeningen gedaan omdat ik een blessure heb aan mijn rug n.a.v. de val tijdens het skiën. Ik heb de oefeningen vooral gericht op het thema grenzen, omdat ik me hier ook op wilde richten als we zouden gaan boksen. M. kon zelf de koppeling wel maken naar het boksen, ze kon uitleggen hoe het naar voren zou komen bij het boksen. Ze vond het wel lastig om

een koppeling te maken naar haar dagelijkse leven, maar toen ik haar vroeg of het wel eens voorkwam dat mensen over haar grens gingen, kon ze precies vertellen wat er gebeurt in haar dagelijkse leven, terwijl dat precies hetzelfde was gebeurd tijdens de oefening. Blijkbaar moet ik haar toch iets meer helpen met het koppelen naar haar dagelijkse leven, om een helder beeld te krijgen van wat er aan de hand is.

Dinsdag 12 maart

Met M. heb ik hetzelfde gedaan als twee weken geleden toen ik geblesseerd was, maar dit keer gingen we wel boksen. Ik kon duidelijk merken dat ze de oefening al een keer eerder had gedaan omdat ze nu veel beter haar grens duidelijk kon maken. Aan het einde gingen we nog even sparren waarbij we in het midden van de zaal begonnen. Na een minuut stonden we ongeveer 5 meter verder waarbij M. alleen maar naar achter was gegaan. Dit was een heel duidelijk beeld van wat ze in andere situaties ook doet. Dit kon ze ook benoemen, ze herkende haar gedrag uit andere situaties waarbij ze ook niet in de aanval gaat maar zich het liefst terugtrekt. Dat is denk ik gedrag wat niet goed is omdat ze hierdoor onzeker is en makkelijk over zich heen laat lopen. Het zou voor M. goed zijn om juist wel in de aanval te gaan en te ervaren wat dat met haar doet.

Dinsdag 19 maart 2013

Met M. gebokst op verschillende manieren. Tegen een boks zak, stootkussen en tegen mijn handschoenen. Kiest de tussenweg dus het stootkussen. Kan moeilijk benoemen wat haar gevoel is. Ik heb haar aangegeven dat ik de bezoekenregeling goed vind voor haar. Ze had zelf wel twijfels hierover, snapte mijn argument wel over dat ze daarmee een mooie stap maakt voor haar assertiviteitstraining.

Tijdens het eindspel → elkaars schouder raken, zag het eruit alsof ze de aanval leuker vond, maar ze gaf zelf aan dat ze het verdedigen leuker vond hoewel ze hier veel schrikreacties liet zien. Kon zelf aangeven dat ze vaak iets anders laat zien dan dat ze voelt.

Dinsdag 26 maart

Na M. ben ik direct naar het MDT gegaan van III-A. Dit om mee te kunnen denken over de bezoekenregeling van M. met H. Toen ik belde of ze dit aan het einde van het MDT wilden bespreken zei de behandel coördinator van M. letterlijk: 'je mag wel mee komen denken, maar we gaan toch anders beslissen dan dat jij wilt.' Dus...

Toch ben ik er naar toe gegaan om mijn mening te geven. Dit heeft uiteindelijk geleid tot het niet goedkeuren van de bezoekenregeling, maar hierbij moet M. zelf aan H. vertellen dat dit zo is besloten. Toen ze namelijk besloten om het af te keuren heb ik gezegd dat ze nu precies hetzelfde doet als wat M. haar hele leven al doet en wat anderen voor haar deden. Haar beschermen en een hand boven het hoofd houden. Dit doet ze haar hele leven al, waardoor ik van mening ben dat ze juist zelf iets moet doen. Daarna heeft het MDT besloten om het haar zelf te laten vertellen aan H.

Dinsdag 2 april

Vanmiddag alleen yoga gegeven op afdeling IIB. Er waren weinig patiënten die mee wilden doen, maar ik merkte wel dat ze het leuk vonden om te doen. Ook het ontspannen aan het einde is een goede oefening voor deze doelgroep.

M. vandaag zelf laten bepalen wat ze wilde doen. Ze koos vooral voor oefeningen waarbij ze

afstand kon houden en zelf veel controle had over de situatie. Spelletjes zoals, ballen afweren, tikspel en 3 om 3 keer slaan bij elkaar vond ze de leukste oefeningen.

Dinsdag 9 april

Omdat M. vanochtend op verlof was hebben we de afspraak verzet naar vanmiddag. Ze kon echter pas om kwart over 3 en ik moest om kwart voor 4 weer op afdeling IIB zijn. Hierdoor hebben we maar heel kort een oefening gedaan. Dit keer weer met de ballen die ze af moet weren. Het is een goede oefening waarbij ze letterlijk dingen af moet houden. Aan het einde liet ik haar bepalen met welke ballen ik zo hard mogelijk mocht gooien. Ze liet eigenlijk vrij veel toe, maar toen ik haar eenmaal raakte toen gaf ze wel aan dat ik minder hard moest gooien.

Dinsdag 16 april

Ik was gisteren ziek en voel me nu nog niet echt lekker. Ben wel naar Rekken gegaan om toch M. te kunnen behandelen anders schuift dat weer een week op. Ik merkte bij de therapie dat ik niet fit was door het slome gevoel dat ik had. Heb daardoor niet alles uit de therapie kunnen halen. M. merkte dit ook en gaf aan dat het haar ook een slomer gevoel gaf.

Bijlage 5 Schaal voor interpersoonlijk gedrag

Plaats een kruisje in het hokje welk antwoord het meest van toepassing is.

1. Niet
2. Een beetje
3. Nogal
4. Erg
5. Heel erg

Spanning						Frequentie					
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
					1 Een gesprekje beginnen met een onbekende.						
					2 Als iemand u in de rede valt hem/ haar zeggen dat u dat vervelend vindt.						
					3 Aan een groep mensen iets vertellen dat u heeft meegemaakt.						
					4 Om uitleg vragen over iets dat u niet begrepen heeft.						
					5 Een mening geven die afwijkt van de mening van de persoon met wie u spreekt.						
					6 Instemmen met een compliment over uw uiterlijk.						
					7 Een vriend(in) of goede kennis zeggen dat hij/ zij iets doet dat u hindert.						
					8 Iemand vertellen dat u hem/ haar graag mag.						
					9 Een verzoek afslaan van een gezaghebbend persoon.						
					10 Vragen of men er rekening mee wil houden dat u ergens bang voor bent.						
					11 Uw eigen mening handhaven tegenover een goede vriend die het met u oneens is.						
					12 Toegeven dat u zich vergist.						
					13 Tijdens een gesprek de ander aankijken.						
					14 Een kennis uitnodigen om samen iets te gaan doen.						
					15 Iemand zeggen dat u vindt dat hij/zij iets onredelijks t.o.v. u gedaan heeft.						
					16 Iemand vertellen dat u bijzonder op hem/ haar gesteld bent.						
					17 Een herhaaldelijk aangeboden drankje blijven afslaan.						
					18 Iemand die terecht kritiek op u heeft zeggen dat hij/zij gelijk heeft.						
					19 Instemmen met waardering over iets dat u gedaan heeft.						
					20 Ingaan op een voorstel van iemand om samen iets leuks te gaan doen.						
					21 Een gesprek beginnen met een man/ vrouw die u aantrekkelijk vindt.						
					22 Een verzoek afslaan van iemand op wie u gesteld bent.						
					23 Met iemand zijn/ haar kritiek op iets dat u gedaan heeft bespreken.						
					24 Zeggen dat u het leuk vindt als iemand u vertelt dat hij/ zij u graag mag.						
					25 Aan een kennis vragen u met een karweitje te helpen.						
					26 Tijdens een gesprek met onbekenden uw eigen mening naar voren brengen.						
					27 Meegaan doen met een gesprek van een groepje mensen.						
					28 Vragen om teruggave van geleende dingen.						
					29 Een kennis uitnodigen samen iets te gaan drinken.						
					30 Een aanbod van iemand om u te helpen aannemen.						
					31 Weigeren geld te geven aan een collecte.						
					32 Tegenover iemand met een zeer uitgesproken mening uw mening handhaven.						
					33 Iemand die iets hinderlijks doet in bv de trein, vragen daarmee op te houden.						
					34 Protesteren als iemand voordringt.						
					35 Tegen iemand, die meer van het gespreksonderwerp af weet, uw mening geven.						
					36 Iemand vragen of u hem/ haar gekwetst heeft.						
					37 Zeggen dat u het fijn vindt als iemand u vertelt dat hij/ zij bijzonder op u gesteld is.						

Bijlage 6

Assertiviteitsvragenlijst

Naam:

Datum:

Geef op een schaal van 1 (helemaal niet) tot 5 (altijd) aan hoeverre de onderstaande uitspraken bij u passen.

1. Helemaal niet
2. Niet
3. Soms
4. Regelmatig
5. Altijd

Bewustwording spannende situaties

Aan mijn lichaamssignalen merk ik dat ik iets niet prettig vind	1	2	3	4	5
Aan mijn lichaamssignalen merk ik dat ik iets spannend vind	1	2	3	4	5
Aan mijn lichaamssignalen merk ik dat ik iets wel of niet kan	1	2	3	4	5
Aan mijn lichaamssignalen merk ik wanneer iemand anders te dicht bij komt	1	2	3	4	5
Ik kan benoemen welke signalen ik van mijn lichaam krijg, zodra ik iets teveel doe	1	2	3	4	5

Deze vragen gaan over momenten dat iets niet lukt, of als een situatie niet prettig voor je is

Ik kan van mezelf accepteren dat er dingen zijn die ik niet kan	1	2	3	4	5
Ik kan van mezelf accepteren dat er dingen zijn die ik niet prettig vind	1	2	3	4	5
Ik kan aangeven wanneer ik iets als onprettig ervaar	1	2	3	4	5
Wanneer ik iets als onprettig ervaar, kan ik aangeven dat ik het graag anders wil	1	2	3	4	5
Wanneer iemand te dichtbij komt, kan ik aangeven dat die persoon niet dichterbij mag komen	1	2	3	4	5

Jezelf uiten

Ik kan uiten wat ik denk	1	2	3	4	5
Ik kan uiten wat ik voel	1	2	3	4	5
Ik kan anderen een compliment geven	1	2	3	4	5
Ik geef mijn mening	1	2	3	4	5



Ik doe er mijn best om anderen niet te kwetsen, zelfs als ik me er niet goed bij voel	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Zelfs als ik me gekwetst voel, doe ik mijn best om anderen niet te kwetsen	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Omgaan met anderen

Ik vermijd het stellen van vragen (uit angst om dom te klinken)	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Als iemand om hulp vraagt zeg ik alleen 'ja' als het mij uitkomt	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Ik kan iemand die dichtbij staat om een gunst vragen	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Ik kan 'nee' zeggen	1	2	3	4	5
---------------------	---	---	---	---	---

Ik zoek liever wat langer dan dat ik iemand om de weg vraag	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Ik neem initiatief wanneer iets geregeld moet worden	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Ik neem initiatief om andere mensen aan te spreken	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Algemene assertiviteit

Ik vind dat ik assertief ben	1	2	3	4	5
------------------------------	---	---	---	---	---