

Kickboksen binnen de TBS

“Je wilt toch weten wat ik doe als ik een klap krijg! Dan moet je mij er wel een geven.”



Door: Tom Kes

Studentnummer: s1000311

School: Windesheim

Opleiding: PMT/BA

Begeleidende docent: Pauline Fellingier

Beoordelende docent: Cor Niks

Datum: 18 juni 2010

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag dat ik, als PMT student aan de Hogeschool Windesheim, heb opgesteld in het kader van mijn afstudeeropdracht bij de Oostvaarderskliniek te Almere.

Tijdens deze afstudeerperiode heb ik voor het forensisch psychiatrisch centrum de Oostvaarderskliniek een module kickboksen aangeboden. Het doel van dit onderzoek is om voor de Oostvaarderskliniek de pilot PMT module kickboksen te onderzoeken naar agressie verlagende/verhogende effecten. Aan de hand van deze resultaten kan er een eventuele doorstart gemaakt worden met deze module. In combinatie met verder onderzoek zou de module kunnen worden ingevoerd binnen de reguliere behandelingen.

Mijn dank gaat uit naar de Oostvaarderskliniek, in het bijzonder naar de deelnemers van het onderzoek en mijn stagebegeleider Niek Veendendaal. Daarnaast gaat mijn dank ook uit naar mijn begeleidende docent Pauline Fellingier en mijn beoordelaar Cor Niks van de Hogeschool Windesheim.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Zwolle, juni 2010

Tom Kes

Inhoudsopgave

	Blz.
Voorwoord.	1
Inhoudsopgave.	2
Inleiding.	3
Samenvatting.	4
1. Probleemstelling.	5
1.1. Aanleiding.	5
1.2. Achterliggend probleem van de module kickboksen.	5
1.3. Doel van het onderzoek.	5
1.4. Doel in het onderzoek.	5
1.5. De vraagstelling.	6
2. Theoretisch kader.	7
2.1. Inleiding.	7
2.2. Methode van data verzameling.	7
2.3. De module kickboksen.	7
2.3.1. Wat is kickboksen?	7
2.3.2. Wat is de module kickboksen?	8
2.4. Agressie.	9
2.4.1. Wat is agressie.	10
2.4.2. Positieve/negatieve agressie.	10
2.4.3. Subvormen van agressie.	10
2.4.4. Verbale en fysieke agressie.	10
2.4.5. Omgang met agressie.	11
2.4.6. Samenvatting agressie.	11
2.5. Antisociale en Narcistische persoonlijkheidsstoornis.	11
2.5.1. Antisociale persoonlijkheidsstoornis.	11
2.5.2. Behandeling van antisociale persoonlijkheidsstoornis.	11
2.5.3. Narcistische persoonlijkheidsstoornis.	12
2.5.4. Behandeling van narcistische persoonlijkheidsstoornis .	12
2.5.5. Wat kan de PMT module agressie verhogend maken?	12
2.5.6. Wat kan de PMT module agressie verlagend maken?	13
3. Praktijkonderzoek.	14
3.1. Vragenlijst.	14
3.2. Beschrijving van de doelgroep.	14
3.3. Methode die gehanteerd is bij de dataverzameling.	14
3.4. Aanpak van het onderzoek.	14
3.5. Belangrijke resultaten/conclusies van het praktijkonderzoek.	15
3.6. Beperkingen van het onderzoek.	15
4. Onderzoek op basis van mijn eigen ervaringen.	16
4.1. Eigen ervaringen.	16
5. Conclusies en aanbevelingen .	18
5.1. Conclusies literatuuronderzoek.	18
5.2. Conclusies van het praktijkonderzoek.	18
5.3. Conclusies op basis van mijn eigen ervaringen.	18
5.4. Conclusies over het hele onderzoek .	18
5.5. Aanbevelingen.	18
Literatuurlijst.	20
Bijlage 1: AVL Vragenlijst.	21
Bijlage 2: Onderzoeksgegevens.	24
Bijlage 3: DSM-VI criteria antisociale / narcistische persoonlijkheidsstoornis.	32
Bijlage 4: De Oostvaarderskliniek.	33

Inleiding

Wist u dat kickboksen de populairste vechtsport is binnen Nederland aldus www.kickboxing.nl.

Wat is kickboksen precies en wat heeft dit voor een invloed op de fysieke en verbale agressie bij TBS patiënten met een antisociale/narcistische persoonlijkheidsstoornis? Dit zijn allemaal vragen waar ik met dit onderzoek een antwoord op wilde krijgen.

In dit rapport breng ik verslag uit van mijn onderzoek. De vraagstelling luidt: Welke invloed heeft de PMT module kickboksen op de verbale en/of fysieke agressie bij patiënten met een antisociale/narcistische persoonlijkheidsstoornis. Hierbij heb ik gekeken of de module een agressie verhogend dan wel een agressie verlagend effect heeft. Dit heb ik gemeten aan de hand van de AVL agressie vragenlijst.

Aan de hand van deze resultaten kan er een eventuele doorstart gemaakt worden met deze module. In combinatie met verder onderzoek zou de module kunnen worden ingevoerd binnen de reguliere behandelingen.

De directe aanleiding voor dit rapport is de opdracht die ik in het kader van mijn opleiding psychomotorische therapie uitgevoerd heb. Voor deze opdracht doe ik onderzoek dat bedoeld is voor mijn opleiding en voor de Oostvaarderskliniek. Mijn onderzoek is gebaseerd op de literatuur, de praktijk en mijn eigen ervaringen. Daaruit wil ik conclusies trekken en eventueel aanbevelingen doen voor vervolgonderzoek.

In dit rapport zal ik in het eerste hoofdstuk de probleemstelling toelichten. Vervolgens zal ik in hoofdstuk twee verslag doen van de theoretische onderbouwing. In hoofdstuk drie zal ik het praktijkonderzoek dat betrekking heeft op de module toelichten. Ik wil in het onderzoek enerzijds uitgaan van de theoretische dimensie van het probleem en anderzijds van de praktijk die wordt toegepast in de kliniek. De theoretische dimensie heb ik gebaseerd op verschillende theorieën. De invloed op de praktijk heb ik in kaart gebracht met behulp van de AVL (agressie vragenlijst). Ook zal ik een onderzoek verrichten op basis van mijn eigen ervaringen. Dit beschrijf ik in hoofdstuk vier. Ten slotte beschrijf ik in hoofdstuk vijf mijn conclusies en aanbevelingen.

Samenvatting

In de hieronder beschreven samenvatting staan de opzet en de inhoud van het pilot onderzoek beschreven. Verderop in de samenvatting staan de conclusies en de aanbevelingen van het onderzoek uitgewerkt. Dit onderzoek is gebaseerd op de pilot module kickboksen die is uitgevoerd binnen de Oostvaarderskliniek te Almere.

Momenteel zijn er voor- en tegenstanders van vechtsport, waaronder kickboksen, binnen de forensische psychiatrie. Om een beter beeld te krijgen over de agressie verhogende dan wel niet verlagende effecten van kickboksen is dit onderzoek tot stand gekomen. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een voor- en nameting van de AVL vragenlijst (Meesters et al., 1996) waarin woede, vijandigheid, verbale- en fysieke agressie wordt gemeten.

Uit de voor- en nameting is gebleken dat woede met 8.1 procent is gedaald, de vijandigheid met 23.5 procent is gedaald, de verbale agressie met 3.2 procent is gedaald en de fysieke agressie met 1.3 procent gestegen. Als laatste is het opvallend dat vergeleken met de eerste meting de “weet niet” mogelijkheid bij vijf deelnemers in totaal twaalf keer minder is gebruikt. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het lijkt dat gedurende de module kickboksen het merendeel van de patiënten meer inzicht heeft gekregen in hun eigen gedrag.

Uit het literatuur onderzoek maak ik op dat agressie vanuit het kerngevoel woede komt hoofdstuk 2 paragraaf 2.4.3. Bij de meerderheid van de onderzoeksgroep is de woede gedaald met 8,1% waaruit geconcludeerd kan worden dat de deelnemers na het volgen van de module kickboksen minder snel overgaan tot agressief gedrag. In combinatie met de ‘morele gedragscode’, sublimatie en de sportieve benadering hoofdstuk 2 paragraaf 2.3.1 wordt het mogelijk gemaakt om te experimenteren met het uiten en de omgang met agressie. Aangezien binnen de vorm regels, tijd, tempo en richting worden bepaald is het tevens ook veilig om hiermee te experimenteren. Als laatste blijkt uit de literatuur dat kickboksen een populaire sport is waardoor de module kickboksen aansluit op de belevingswereld van de patiënten. Dit zorgt voor motivatie wat binnen de therapie in de forensische psychiatrie belangrijk is.

Op basis van mijn eigen ervaringen kan ik concluderen dat de negatieve effecten van kickboksen nauwelijks opwegen tegen de positieve effecten van kickboksen. De combinatie van de groep die in de relatie met elkaar kickboksoefeningen uitvoert en elkaar aanspreekt op elkaars gedrag, de uitnodigende rol van de therapeut en als laatste het kickboksen dat in de belevingswereld van de patiënten ligt zorgt ervoor dat patiënten gemotiveerd zijn en zichzelf/elkaar gaan ontwikkelen.

Wel moet ik concluderen dat de verschuiving in het denken, voelen en handelen met name binnen de module kickboksen naar voren komt. Over hoe deze verschuivingen zich doorontwikkelen buiten de therapie is een belangrijk punt die in een vervolgonderzoek naar voren zou moeten komen.

Aan de hand van het onderzoek ben ik tot de volgende aanbevelingen gekomen. Om het onderzoek te versterken zullen er meer patiënten moeten deelnemen aan de module kickboksen. Hoe meer meetgegevens er vergeleken kunnen worden hoe betrouwbaarder het onderzoek zal worden. Verder zou het gebruik van een controle groep het onderzoek versterken. Door een controle groep die de module kickboksen niet volgt te vergelijken met de resultaten van de groep die deze wel volgt, zal de invloed van de module kickboksen op de fysieke- en verbale agressie duidelijker te zien zijn. Om een duidelijker beeld te krijgen over de invloed van de module kickboksen op de verbale- en fysieke agressie raad ik aan om meerdere meetmomenten te gebruiken. Door een meting een maand voor en een maand na de module kickboksen af te nemen krijgen we een helderder beeld over de agressie verhogende of verlagende effecten van de module kickboksen. Binnen de forensische psychiatrie hebben patiënten vaak een mentor die de patiënt gedurende de behandeling begeleid. Voor vervolg onderzoek raad ik aan deze mentor te betrekken bij het onderzoek en zo nodig een vragenlijst te laten invullen om een beter beeld te krijgen hoe de gedragsveranderingen binnen de PMT zich doorwerken op de woongroep. Als laatste lijkt het mij waardevol dat er naast een vragenlijst ook een observatielijst moet komen. De PMT module kickboksen richt zich voornamelijk op het doen en bewegen. Het lijkt mij daarom ook zinvol om dit bewegingsgedrag tijdens een voor- en na meting in kaart te brengen.

Ik hoop dat dit pilot onderzoek de eerste aanzet heeft gegeven om kickboksen vaker toe te passen binnen de PMT in combinatie met onder andere agressieproblematiek. Het zou goed zijn als dit onderzoek zou worden doorgezet om een duidelijker beeld te krijgen van de invloed van kickboksen op de agressie bij patiënten.

Hoofdstuk 1 Probleemstelling

1.1 Aanleiding

De aanleiding van dit onderzoek ligt bij mijn eerste kickbokstraining die ik bij “Tabonon Zwolle¹” heb gevolgd. De sport en de manier van aanbieden sprak mij erg aan. Door deze positieve ervaring ben ik mij steeds meer gaan verdiepen in de mogelijke therapiekant van het kickboksen. Tijdens het eerste semester van mijn vierde jaar heb ik de profileringmodule “De kick van kickboksen”, aangeboden door Hanieh Kamran, gevolgd. Tijdens deze profileringmodule ben ik er van overtuigd geraakt dat kickboksen als middel binnen de PMT gebruikt kan worden om agressieproblematiek te behandelen. Binnen de Oostvaarderskliniek², waar ik stage heb gelopen, werd er enthousiast op mijn onderzoek gereageerd waarna de module kickboksen in de praktijk is uitgevoerd.

Momenteel zijn er voor- en tegenstanders van de vechtsport, waaronder kickboksen, binnen de forensische psychiatrie³. Kickboksen wordt door velen gezien als een agressieve sport. Het agressieve beeld wordt geschetst doordat de wedstrijdvorm van kickboksen erg fysiek oogt. Aan de andere kant heb ik uit eigen ervaring mogen merken dat de trainingsvorm van kickboksen een kwestie is van ultieme zelfcontrole, controle over de eigen agressie en respect voor elkaar. Vanuit dit referentiekader wil ik gaan onderzoeken of kickboksen binnen de PMT daadwerkelijk een agressie verhogend of verlagend effect heeft.

1.2 Achterliggend probleem van de module kickboksen binnen de forensisch psychiatrie

Het probleem achter de module kickboksen is dat er binnen de Oostvaarderskliniek geen eenduidige standpunten zijn over kickboksen als middel om agressie problematiek te behandelen. Er is een dilemma ontstaan binnen de forensische psychiatrie waarbij kickboksen aan de ene kant een mooi middel lijkt om agressie problematiek te behandelen dat tevens aansluit op de beleavingswereld van de patiënten, terwijl aan de andere kant beveiligen centraal staat waar het aanleren van kickbokstechnieken niet geheel inpast.

1.3 Doel van het onderzoek

Met dit onderzoek is het de bedoeling duidelijkheid te verkrijgen over de agressie verhogende en/of verlagende effecten van de PMT module kickboksen. Aan de hand van deze resultaten kan er een eventuele doorstart gemaakt worden met deze module, en in combinatie met verder onderzoek zou de module kunnen worden ingevoerd binnen de reguliere behandelingen. Als laatste hoop ik met dit onderzoek meer instellingen aan te sporen om kickboksen als middel te gebruiken binnen de psychomotorische therapie.

1.4 Doel in het onderzoek

Voordat een module wordt ingevoerd binnen de reguliere behandelsetting is het goed om hier kritisch naar te kijken. Kickboksen lijkt een mooi middel om agressie problematiek te behandelen, echter moet de invloed op agressie van de patiënten onderzocht worden. Binnen de module kickboksen word er in groepsverband gewerkt aan het aanvoelen en reguleren van agressie. Doordat de patiënten zich bewust worden van lichaamssignalen en hun gedrag binnen stressvolle situaties leren herkennen, kan er binnen de regels veilig geoefend worden met ander gedrag. En kan er geluisterd worden naar lichaamssignalen, om uiteindelijk de agressieve uiting van het gedrag te verminderen.

Het doel binnen dit onderzoek is om de mate van agressie voor en na de module te meten om een beeld te krijgen of de module kickboksen daadwerkelijk agressief gedrag verminderd. Met behulp van de resultaten van dit onderzoek kan er onderzocht worden of de doelstelling van de module kickboksen is behaald. Aan de hand van het theoretische kader worden de resultaten omgezet in hypothesen om de uitkomst toe te kunnen passen binnen de praktijk.

¹ www.tabononzwolle.nl

² www.oostvaarderskliniek.nl

³ www.forensischepsychiatrie.nl

1.5 De vraagstelling

De vraagstelling die is voortgekomen uit het doel van het onderzoek is: Welke invloed heeft de PMT module kickboksen op de verbale en/of fysieke agressie bij patiënten met een antisociale/narcistische persoonlijkheidsstoornis. Hier zijn verschillende onderzoeksvragen uit voortgekomen.

De onderzoeksvragen waar ik een antwoord op wil krijgen zijn:

- Wat wordt er verstaan onder de module kickboksen?
 - o Wat is de definitie van kickboksen?
- Wat wordt er verstaan onder agressie?
 - o Wat is de definitie van agressie?
 - o Wat is verbale agressie?
 - o Wat is fysieke agressie?
 - o Wat kan de PMT module agressie verhogend maken?
 - o Wat kan de PMT module agressie verlagend maken?
- Wat wordt er verstaan onder antisociale persoonlijkheidsstoornis?
 - o Wat is de definitie van een antisociale persoonlijkheidsstoornis?
- Wat wordt er verstaan onder narcistische persoonlijkheidsstoornis?
 - o Wat is de definitie van een narcistische persoonlijkheidsstoornis?

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

2.1 Inleiding

Naar aanleiding van het onderzoek heb ik de literatuur bestudeerd over het onderwerp. In de literatuur zijn verschillende theorieën naar voren gekomen. Met behulp van deze theorieën probeer ik een antwoord te vinden op de vraagstelling. Deze vraag luidt: Welke invloed heeft de PMT module kickboksen op de verbale en/of fysieke agressie bij patiënten met een antisociale/narcistische persoonlijkheidsstoornis. Hiermee wordt er gekeken of de module een agressie verhogend of agressie verlagend effect heeft. Uit de vraagstelling zijn verschillende onderzoeksvragen naar voren gekomen die in hoofdstuk 1 paragraaf 1.5 besproken worden.

2.2 Methode van data verzameling.

Voor het schrijven van het theoretisch kader heb ik gebruik gemaakt van verschillende boeken en artikelen. Deze literatuur heb ik onder andere verkregen via verschillende media:

- Kenniscentrum van de Oostvaarderskliniek.
- Mediatheek Windesheim.
- Internet

Tijdens het zoeken naar relevante literatuur bleek er weinig literatuur te zijn over kickboksen in combinatie met PMT. Om meer literatuur te vinden is de zoekterm kickboksen verbreed naar het overkoepelende woord vechtsport. Mijn onderzoek blijft ondanks deze verbredende zoekopdracht gericht op kickboksen. Om de literatuur zo betrouwbaar mogelijk te gebruiken is er in eerste instantie geselecteerd op de volgende punten:

- Literatuur gepubliceerd na 2000.
- Nederlands- Engelstalig.
- Betrekking op kickboksen, vechtsport/kickboksen in combinatie met agressie en PMT.
- Artikelen die volledig beschikbaar zijn.

2.3 De module kickboksen

Binnen de PMT module kickboksen wordt kickboksen als middel gebruikt om te werken aan agressieproblematiek bij patiënten met een antisociale/narcistische persoonlijkheidsstoornis. Om een duidelijk beeld te krijgen over de module kickboksen zal ik hieronder antwoord geven op verschillende vragen, zoals wat kickboksen precies is, wat er wordt verstaan onder de module kickboksen en wat de PMT module agressie verhogend of juist agressie verlagend kan maken volgens verschillende theoretische onderbouwingen.

2.3.1. Wat is kickboksen?

De definitie van kickboksen volgens De Vandale is:

Kick-bok-sen –bokste, h gekickbokst boksen met toepassingen van onderdelen van karate.

Volgens Wikipedia is kickboksen een vechtsport waarbij stoten vanuit het boksen gecombineerd worden met de trappen uit sporten zoals karate en taekwondo. Toch is de manier van trappen afkomstig uit het muay thai een harde vorm van thai boksen waarbij de elleboog gebruikt mag worden. Dit verschil wordt veroorzaakt door de verschillende vormen van competitie. Bij taekwondo draait het om het scoren van punten, terwijl je bij muay thai iemand zo hard mogelijk wilt raken.

Theeboom, (2002) beschrijft in zijn artikel “vechten....of niet te leren vechten?” deze vormen van competitie als drie benaderingswijze van vechtsport.

- Traditionele benadering
- Efficiënte benadering
- Sportieve benadering

Als eerste de traditionele benaderingswijze. Binnen de traditionele (holistische) benadering staat de traditie en cultuur van de sport centraal. Beoefenaars gebruiken voor deze benadering liever de term vechtkunst in plaats van vechtsport. Deze traditionele benadering wordt algemeen gezien als de benaderingswijze die positieve uitwerkingen heeft op de lichamelijke opvoeding bij jongeren.

Ten tweede, de efficiënte benadering, deze is gericht op het oefenen van technieken waarbij doeltreffendheid en effectiviteit binnen een echte confrontatie centraal staan. Deze benadering is volgens van Bottenburg, (1994) wellicht het meest populair bij de westerse vechtsporters. Aangezien de populariteit groot is, zijn sportscholen steeds meer opzoek naar hardere varianten van vechtsport. Van Bottenburg noemt dit tevens “de verharding van de vechtsport”.

Als laatste is er de sportieve benadering, waarbij kickboksen wordt gezien als een sport die in competitie verband beoefend kan worden. In tegenstelling tot de efficiënte benadering waar alles is toegelaten, zijn er binnen de sportieve benadering duidelijke regels die in acht genomen moeten worden. Door deze regels wordt kickboksen een veilig spel dat in competitieverband gespeeld kan worden. Dit is ook de benadering die in de module kickboksen wordt gebruikt (Theeboom, 2002). Verderop in dit onderzoeksrapport hoofdstuk 2 paragraaf 2.3.2. zal ik hier op terug komen.

Binnen mijn probleem stelling beschrijf ik dat kickboksen fysiek oogt en vaak geassocieerd wordt met agressie. Uit onderzoek van Theeboom (2001) bleek echter dat kinderen zelf aangaven dat vechten tegen elkaar gebeurt zonder elkaar pijn te doen. Vechtsport is volgens dit onderzoek een vorm waarin gecontroleerd eigenvaardigheden getest kunnen worden. Verder benoemd Theeboom (2001) dat er binnen kickboksen sprake is van een “morele gedragscode” die door vechtsport leraren wordt meegegeven. Deze gedragscode is wellicht mede de reden dat vechtsportbeoefening een socialiserend effect heeft.

2.3.2 Wat is de module kickboksen?

De PMT module kickboksen is mede ontstaan vanuit mijn eigen ervaring met kickboksen. Ook heb ik de nodige informatie verkregen door het volgen van de profileringcursus “de kick” van kickboksen te Windesheim. Als laatste heb ik wekelijks met mijn stagebegeleider Niek Veenendaal de kickboks PMT sessies voorgesproken en geëvalueerd.

Binnen de PMT module kickboksen wordt kickboksen als middel gebruikt om agressieproblematiek te behandelen. Binnen kickboksen bestaan verschillende benaderingswijzen. zie hoofdstuk 2 Paragraaf 2.3.1. De module kickboksen is gebaseerd op de sportieve benadering aangezien hier duidelijke regels worden toegepast. Door deze duidelijke regels is het mogelijk voor patiënten om binnen de vorm kickboksen te experimenteren met het uiten van, en omgaan met agressie. Binnen de vorm kickboksen zijn regels aan de hand van tijd, tempo en de richting vastgelegd waardoor het ook veilig is om hiermee te experimenteren. Pessoa noemt het bieden van deze veiligheid containing. Containing zorgt volgens Pessoa dat patiënten hun emoties kunnen uiten zonder dat dit onverdraaglijke gevolgen heeft (http://www.profi-leren.nl/files/saw_dc54.pdf).

Vanuit het cognitieve gedragstherapeutisch kader word er binnen de module aan de hand van operante conditionering⁴ gewerkt aan gedragsveranderingen. Omdat de doelgroep bestaat uit patiënten met een antisociale/narcistische persoonlijkheidsstoornis benaderd de therapeut deze patiënten vanuit een onder positie (Sprey, 2002). Vanuit deze onderpositie stuurt de therapeut de patiënten door een motiverende, uitdagende attitude aan te nemen. Mocht de veiligheid in gevaar komen dan grijpt de therapeut in.

Buiten het overkoepelende positief benaderen staat het doen, ervaren en het van elkaar leren centraal. De oefeningen binnen de module bestaan uit lichaamsgerichte en bewegingsgerichte methodieken die gericht zijn op het uitlokken van “exposure”⁵. Patiënten worden uitgedaagd om te ervaren, of om binnen kleine stapjes te oefenen met nieuw/ander gedrag. Oefeningen worden individueel en/of in de groep nabesproken waarbinnen de ervaringen van de patiënten centraal staan en mogelijk kunnen worden uitgewisseld. Patiënten krijgen feedback van elkaar en horen hoe anderen in bepaalde situaties reageren. De patiënten leren hierdoor met en van elkaar. Interventies door de therapeut worden met name gericht op het gedrag van de patiënten. Daarnaast wordt geprobeerd de transfer te maken naar situaties buiten de zaal.

⁴ Operante conditionering is vooral ontwikkeld door de Amerikaanse psycholoog Skinner (1904-1990). Als op bepaald gedrag een beloning volgt, neemt het gedrag toe. Als het genegeerd wordt, of als er straf volgt, neemt het af. Dit is het basisprincipe van operante conditionering (Weerman, 2006).

⁵ Met ‘exposure’ wordt bedoeld: het blootstelling aan datgene waar je bang en benauwd voor bent. De therapeut stimuleert ‘exposure’ en helpt de patiënt om gedrag dat als moeilijk wordt ervaren, gemakkelijker te maken (Weerman, 2006).

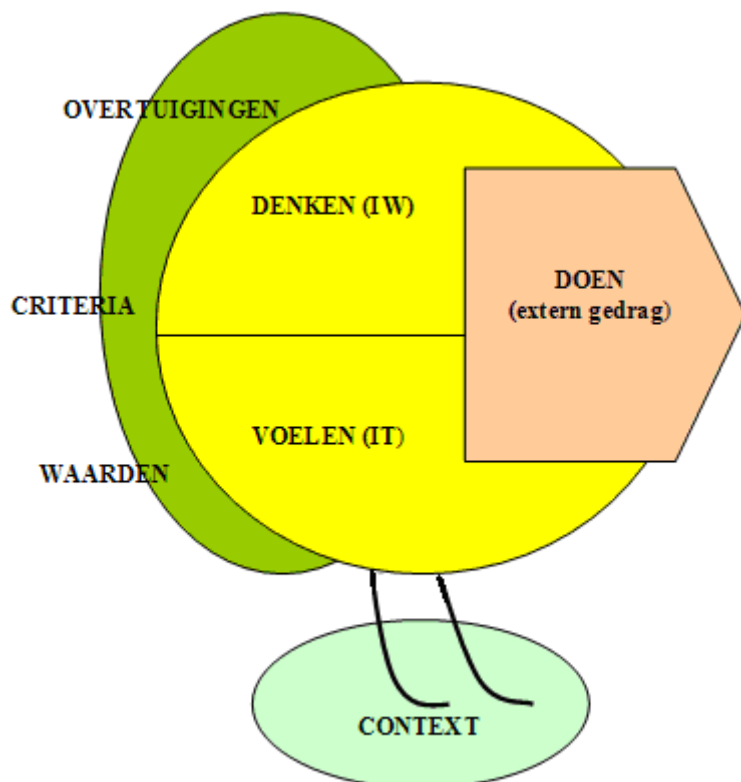
Transfers kunnen volgens Hekking en van den Blink (de Lange en Bosscher, 2005) vijf verschillende mogelijkheden worden ingezet:

- Activiteitstransfer
- Ervaringstransfer
- Cognitieve transfer
- Persoonlijke transfer – leeftijdsgenoten
- Persoonlijke transfer – Therapeut

Doormiddel van een transfer verschuift de therapie en de ontwikkeling hierbinnen van binnen de therapie naar situaties buiten de therapie. Binnen de module kickboksen wordt met name gebruikt gemaakt van cognitieve transfers. Binnen cognitieve transfers wordt bewegingsgedrag binnen de module kickboksen vergeleken met andere situaties buiten de zaal(de Lange en Bosscher, 2005).

Om een duidelijk beeld te geven over de insteek van de module gebruik ik het model van structuur van de subjectieve ervaringen die beschreven staat in het artikel van Uiting (2004).

Model 1: Structuur van de subjectieve ervaring (Uiting, 2004).



De module kickboksen richt zich met name op het doen/handelen. Vanuit dit doen wordt er tijdens of na de activiteiten onder andere bevraagd/nabesproken op het denken en voelen met als doel hier meer inzicht in te krijgen. Vanuit dit denken, voelen en handelen/doen worden er transfers gemaakt naar andere contexten. Vanuit deze basis, beginnend bij het handelen wordt er gedoeld op het verkrijgen van verschuivingen op de overtuigingen, criteria en waarden van de patiënten.

2.4 Agressie

In onze huidige cultuur toont men begrip als we ons ergeren of boos maken, maar dat begrip houdt snel op als dergelijke emoties worden geuit op een agressieve manier. Als je agressie niet kunt bedwingen, kom je in de problemen; de buitenwereld accepteert het niet (Bernard, 2002).

Er kan grofweg een onderscheid gemaakt worden tussen positieve en negatieve agressie. Daarnaast bestaan er nog twee subvormen van agressie, namelijk; de vijandige agressie en de instrumentele agressie. Hieronder wordt eerst het verschil tussen de positieve en negatieve agressie beschreven, de subvormen van de agressie waarna er wordt afgesloten met de verschillende manieren van omgang met agressie.

2.4.1. Wat is agressie

Agressie wordt gekenmerkt als een breed begrip. Binnen de literatuur wordt agressie op verschillende manieren gedefinieerd. Ook wordt er onder andere onderscheid gemaakt in positieve, negatieve, instrumentele en vijandige agressie.

Er zijn dus meerdere omschrijvingen van het woord agressie, maar de officiële definitie volgens de vandale luidt:

Agres sie de; v 1 -s –aanval, m.n. vd ene staat op de andere 2 agressiviteit (www.vandale.nl).

De Leander, (2004) definieert daarentegen agressie als volgt: agressie is elk gedrag waarbij bij degene die het gedrag stelt, het handelende agens, de intentie bestaat om schade of leed te berokkenen aan een of ander object, meestal een soortgenoot.

2.4.2. Positieve agressie / negatieve agressie

Agressie wordt vaak bestemd als negatief. Schuur (2002) ziet agressie echter niet alleen als negatief maar ziet agressie ook als energie welke van levensbelang is. Agressie als positieve levensenergie is te zien als elke poging om eigen grenzen aan te geven of te verleggen. Als voorbeeld kan positieve agressie gezien worden als het opkomen voor jezelf, carrière maken, meer te studeren of meer te verdienen. Mensen hebben agressie nodig om te overleven. Ondanks dat de mens agressie nodig heeft om te overleven kan de agressie ook negatieve gevolgen hebben. Gaat het afreageren van levensenergie of het nastreven van doelen ten koste van anderen dan wordt agressie echter negatief gezien, aldus Schuur (2002).

Freud beschrijft binnen zijn afweermechanisme sublimatie wat betekent ‘vervangen door iets anders’.

Onaanvaardbaar gedrag wordt omgezet in een door de maatschappij aanvaardbaar gedrag. Mensen met agressieve prikkels worden bijvoorbeeld slager, of gaan op vechtsport. Binnen de module kickboksen leren de deelnemers hun agressieve gedrag te uiten op een positief door de maatschappij geaccepteerde manier (Weerman, 2006).

2.4.3. subvormen van agressie

Binnen het begrip agressie is het van belang om onderscheid te maken tussen twee subvormen van agressie: instrumentele en vijandige agressie.

- Bij instrumentele agressie heeft de uiting hiervan niet als doel de ander leed/schade aan te doen. Agressie is hier slechts het middel om een doel te bereiken. Als voorbeeld kan dit een jager zijn die een konijn schiet om tuinbouwschade te voorkomen (Leander, 2004).
- Vijandige agressie komt echter altijd voort uit de emotie woede. Vanuit deze woede heeft de persoon die de agressie vertoont het toebrengen van schade/leed als doel. Iemand die woedend is, ervaart de woede in zich als een soort kracht die hem stuwt om degene die zijn woede heeft opgewekt schade of leed te berokkenen. Het uiten van deze woede kan op verschillende manieren: fysiek geweld of met verbaal geweld. Vijandige agressie is tevens de subvorm die binnen het onderzoek centraal staat (Leander, 2004).

2.4.4. Verbale en fysieke agressie.

Naast het verschil van positieve en negatieve agressie, en de twee subvormen, instrumentele en vijandige agressie kun je ook nog onderscheid maken tussen verbale en fysieke agressie. Binnen de forensische psychiatrie wordt onder andere de Radar methode gehanteerd om met agressief gedrag om te gaan. Om op een lijn te zitten en verwarring te voorkomen wordt er gebruik gemaakt van de definitie van de uiterste vorm van verbale en fysieke agressie vanuit de Radar methode. (Regeer, 2007)

De definitie van (dreigend) verbaal agressief gedrag:

Het betreft hier verbale uitingen die direct tegen de andere(en) dreigend gericht zijn en vijandig van aard zijn. Het wordt dan ook altijd onplezierig, niet gewenst door ander(en) ervaren, het roept zeker spanning op en het maakt allerlei emoties los (angst, machteloosheid, boosheid, schuld, e.d.). Echter de ander(en) wordt (nog) niet direct aangevallen en/of geraakt. (Regeer, 2007)

De definitie Fysiek gewelddadig agressief gedrag is:

Het betreft hier gedrag dat wordt omschreven als 'direct fysiek geweld'. Het is zeer vijandig gedrag en wordt soms ook wel crimineel gedrag genoemd. Het gaat hier om direct tegen het lichaam van de ander(en) bedoeld gedrag met als oogmerk de ander(en) lichamelijk schade toebrengen. (Regeer, 2007)

2.4.5. Omgang met agressie

Mensen gaan op verschillende manieren met agressief gedrag om. In het artikel "op tijd stoppen" maakt Kuin (2005) onderscheid in twee manieren van omgang met impulscontrole/agressie problematiek: 'te los' en 'te vast'. Beide van onderstaande manieren van het omgaan met agressie komt voor bij de deelnemers van de PMT module kickboksen.

1. Patiënten hebben moeite om hun agressie los te laten. Deze patiënten hebben bijvoorbeeld moeite met het direct uiten van woede, boosheid of irritaties. Dit is de agressie die 'te vast' zit en binnen de therapie los gemaakt moet worden.
2. De patiënten hebben moeite om hun agressie te reguleren en in te dammen. Binnen de therapie zal de agressie moeten worden ingedamd die momenteel 'te los' zit (Kuin, 2005).

2.4.6. Samenvatting agressie

Ieder mens heeft een bepaalde potentie aan levensenergie. De potentie of lading verschilt per persoon, en de vorm en de manier waarop ermee wordt omgegaan eveneens. Wel kan iemand geleerd worden anders met de eigen agressie om te gaan. De lading kan echter niet uitgewist worden, die is van levensbelang. Hiervan uitgaande houdt dit in dat puur afreageren wel zinvol kan zijn en tot vermoeidheid leidt, maar niet de aanleiding tot agressie oplost en evenmin de lading voorgoed doet wegvloeien (Schoor, 2002). Bij de ontwikkeling en uitvoering van de module en het aanbieden hiervan is gekozen voor een agressie benadering waarbij gebruik wordt gemaakt van containing, sublimatie, betekenisverlening in "te los" en "te vast" en het model structuur van de subjectieve ervaring (Uiting, 2004) hoofdstuk 2 paragraaf 2.3.2.

2.5 Antisociale en de narcistische persoonlijkheidsstoornis?

De pilot module kickboksen is in eerste instantie bedoeld voor patiënten met een antisociale en/of narcistische persoonlijkheidsstoornis. Om een duidelijker beeld te krijgen over deze doelgroep wordt hieronder beschreven wat de antisociale en narcistische persoonlijkheidsstoornis inhoudt. Binnen de DSM-IV worden tien verschillende persoonlijkheidsstoornissen beschreven waarvan in cluster B de antisociale en narcistische er twee van zijn. Hieronder wordt beschreven wat er wordt verstaan onder de antisociale en narcistische persoonlijkheidsstoornis. Hierbij zal er beschreven worden wat de mogelijkheden zijn met betrekking tot de behandeling van deze stoornissen.

2.5.1. Wat wordt verstaan onder een antisociale persoonlijkheidsstoornis?

De antisociale persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door impulsief, agressief en gewetenloos gedrag. Eveneens ontbreken verantwoordelijkheidsgevoel en schuldbesef vaak. De wet wordt regelmatig overtreden en niet altijd houdt desbetreffend persoon rekening met de ander. Soms is dit gedrag zo sterk dat er van asociaal gedrag wordt gesproken. Binnen de DSM-IV (American Psychiatric Association, 2001) staan de criteria voor een antisociale persoonlijkheidsstoornis puntsgewijs uitgewerkt. Deze criteria zijn ook te vinden in bijlage 3 van dit onderzoek.

2.5.2. Behandeling van antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Momenteel zijn er volgens het trimbosinstituut geen aanwijzingen dat de antisociale persoonlijkheidsstoornis te genezen is. Wel zijn er interventies die enkele symptomen van de stoornis kunnen bestrijden. Volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen kunnen persoonlijkheidsstoornissen behandeld worden met psychotherapie, overige psychosociale interventies en behandeling met medicijnen (<http://www.trimbo.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/antisociale-persoonlijkheidsstoornis/behandeling>).

Volgens de gezondheidsraad (2006) zijn er als aanvulling op de hierboven beschreven interventies aanwijzingen dat cognitieve gedragstherapie de impulsiviteit en agressie zouden kunnen verminderen. Verder zou (operante) conditionering doormiddel van het belonen van positief gedrag een positief effect hebben op de behandeling van patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Binnen de beschrijving van de module kickboksen hoofdstuk 2 paragraaf 2.3.2. komen deze interventies verder naar voren.

2.5.3. Wat wordt er verstaan onder narcistische persoonlijkheidsstoornis?

De narcistische persoonlijkheidsstoornis wordt onder andere gekenmerkt door arrogantie en een sterke behoefte aan bewondering. Gevoelens van grootsheid, superieur zijn en overdreven eigenwaarden staan hierbinnen centraal. Sprey (2002) beschrijft dat; de ander devalueren en/of gebruiken en zichzelf verheffen het meest opvallende gedrag is van een patiënt met een narcistische persoonlijkheidsstoornis. In feite gaat dit om twee kanten: wanneer de patiënt 'in ruste' gebruikt hij de ander voor bewondering, maar voelt de narcistische patiënt zich gekwetst (en dat gebeurt buiten proportie snel) dan gaat hij in de aanval en begint te devalueren, rivaliseren en kwetsen. (Sprey, 2002). Mensen met een narcistische persoonlijkheidsstoornis komen vrijwel nooit vrijwillig in therapie omdat ze tenslotte zelf geen last ervaren van de stoornis. Binnen de DSM-IV staan de criteria voor een narcistische persoonlijkheidsstoornis puntsgewijs uitgewerkt. Deze criteria zijn als bijlage drie in onderzoek toegevoegd.

2.5.4. Behandeling van de narcistische persoonlijkheidsstoornis.

Zoals eerder is beschreven kom je mensen met een narcistische persoonlijkheidsstoornis weinig tegen binnen de hulpverlening. Binnen de forensische psychiatrie daarentegen komt deze persoonlijkheidsstoornis regelmatig naar voren aangezien patiënten niet vrijwillig binnen de forensische psychiatrie zitten. Over de behandeling van deze stoornis zijn echter de meningen verdeeld. In de literatuur wordt beschreven dat sommige therapeuten zeggen; 'Door therapie leren mensen met een narcistische persoonlijkheidsstoornis alleen nog maar meer trucs om anderen te bespelen' (Mjon, 2010). Sprey (2002) beschrijft daarentegen dat cognitieve gedragstherapie gebruikt kan worden bij de behandeling voor patiënten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis. Kwetsing, vernedering, gewoon zijn en assertief worden zonder te kwetsen zijn dan doelen waar binnen de cognitieve gedragstherapie aan gewerkt kan worden.

2.5.5 Wat kan de PMT module agressie verhogend maken?

Hetgeen wat de PMT module in eerste instantie agressie verhogend zou kunnen maken is dat de mensen kickboksen vaak associëren met hetgeen wat zij zien. Ze zien op de televisie steeds hardere vormen van vechtsport en op straat ziet vechten er soms uit als kickboksen (Bottenburg, 1994). De agressie verhogende effecten komen met name voor uit de efficiënte benadering waarin vaardigheden worden geoefend om bijvoorbeeld op straat te gebruiken (Theeboom, 2002).

Woede afreageren doormiddel van het slaan op een boksak zorgt volgens Busman voor tijdelijke opluchting. Uit onderzoek van Busman bleek dat na het afreageren van woede/boosheid deze in verhoogde vorm terug komt (Zijlmans, 2007). Mocht kickboksen gebruikt worden om woede/boosheid af te reageren dan kan het zijn dat deze agressie verhogende effecten heeft.

Als laatste worden de patiënten binnen de module vaardiger binnen het kickboksen, waardoor hun technieken worden verbeterd. Deze technieken zouden in andere situaties op een negatieve manier gebruikt kunnen worden. Dit zou een agressieverhogend effect kunnen zijn. (Theeboom, 2002)

2.5.6 Wat kan de PMT module agressie verlagend maken?

Wat de PMT module juist agressie verlagend kan maken is dat de patiënten tijdens de module ervaren dat ze niet alleen leren vechten, maar dat ze zich bewust worden met wat ze kunnen aanrichten tot de ander. Aangezien alle oefenvormen in de relatie tot de ander worden uitgevoerd vergt dit uiterste controle over de agressie: zie hoofdstuk 4 paragraaf 4.1 .

Tevens acht ik dat de sportieve benadering invloed heeft op de agressie verlagende effecten van de module kickboksen. Binnen de vorm kickboksen wordt het mogelijk gemaakt om te experimenteren met het uiten en de omgang van agressie. Aangezien binnen de vorm regels, tijd, tempo en richting worden bepaald is het ook veilig om hiermee te experimenteren. Doordat er duidelijke regels zijn is er minder plaats voor agressie. Zie ook Theeboom (2001).

In de module kickboksen staat sublimatie centraal. Hierdoor leren deelnemers hun agressiviteit op een positieve manier te uiten. Doordat deze agressie op een gecontroleerde en geaccepteerde manier wordt geuit geeft dit agressieverlagende effecten (Weerman, 2006).

Als laatste zorgt de "morele gedragscode" aldus Theeboom(2001) respect voor je medespeler voor een agressie verlagend effect. Doordat men in contact bezig is met elkaar zal hier minder agressie bij komen kijken.

Hoofdstuk 3 Praktijkonderzoek

3.1 Vragenlijst

Het praktijkonderzoek bestaat uit een vragenlijst. Om de verbale en fysieke agressie te meten heb ik er voor de AVL vragenlijst gekozen van Meesters, Muris, Bosma, Schouten & Beuving, (1996). Deze zelfrapportage bestaat uit 29 gesloten vragen die aan de hand van een vijf schaal kan worden ingevuld. Na het invullen levert de AVL vier factoren op: Fysieke agressie (negen vragen), verbale agressie (vijf vragen), woede (zeven vragen) en vijandigheid (acht vragen). De definitieve vragenlijst is terug te vinden in bijlage twee.

3.2 Beschrijving van de doelgroep

De module kickboksen is in eerste instantie bestemd voor patiënten binnen de Oostvaarderskliniek met agressie problematiek. Aangezien deze doelgroep, en de interesse naar de pilot module kickboksen erg groot was is er in eerste instantie geselecteerd op patiënten met een antisociale/narcistische persoonlijkheidsstoornis. Er is verder geselecteerd op motivatie en hoe de patiënten in therapie groepen functioneren. Na de selectie procedure zijn wij op twee februari 2010 met negen mannelijke patiënten gestart in de leeftijdscategorie van 25 t/m 45 jaar oud. Deze negen deelnemers kunnen in groepen functioneren, zijn gemotiveerd en wilde deelnemen aan de pilot module kickboksen. Tijdens de 13 weken durende module zijn drie patiënten gestopt, de redenen dat de deelnemers zijn gestopt lagen buiten de module.

3.3 Methode die gehanteerd is bij de dataverzameling

Voor dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een voor- en een nameting die tijdens de eerste en de laatste week van de module kickboksen zijn afgenomen. Om de fysieke en de verbale agressie te meten is er gebruik gemaakt van de AVL agressie vragenlijst. De AVL vragenlijst is een bestaande vragenlijst die door Meesters et al. (1996) is onderzocht. Uit dit onderzoek kan opgemaakt worden dat de vragenlijst in behoorlijke mate valide is. Er is voor de vragenlijst gekozen zodat de uitkomsten met elkaar kunnen worden vergeleken. Hier worden vervolgens de conclusies uitgetrokken. Doordat aan alle patiënten op dezelfde manier dezelfde vragen zijn gesteld is er beschikking over gestandaardiseerde gegevens. Verder is er voor de AVL vragenlijst gekozen omdat deze gesloten vragen bevat. Gesloten vragen hebben als voordeel dat ze betrouwbaarder zijn dan open vragen. Verder leveren gesloten vragen objectieve gegevens op (Korzilius, 2000).

Er waren negen patiënten geschikt om deel te nemen aan de PMT module kickboksen. Zes patiënten hebben de gehele module gevolgd en de vragenlijst voor en aan het eind van de module ingevuld. Drie van de negen patiënten zijn vroegtijdig gestopt en hebben de voor- en nameting hierdoor niet ingevuld. De zes complete vragenlijsten zijn vervolgens gebruikt voor het onderzoek. Aangezien er te weinig tijd was om een aantal weken voor en na de module vragenlijsten af te nemen is het onderzoek gebaseerd op een voor- en nameting. Dit zijn relatief weinig toetsmomenten en relatief weinig deelnemers waardoor er gesproken wordt van een pilot onderzoek. Doordat het onderzoek een pilot onderzoek is moeten gegevens in perspectief worden gezien. Als laatste zou een controle groep mijn onderzoeksgegevens versterken, echter was het niet haalbaar om patiënten reguliere kickbokstrainingen aan te bieden.

3.4 Aanpak van het onderzoek

De AVL vragenlijst is bij elke deelnemer tijdens de eerste en de laatste bijeenkomst van de module kickboksen afgenomen. Dit is gedaan zodat de vragenlijst geïntroduceerd kon worden op welke manier de vragenlijsten moeten worden ingevuld. Doordat dit van te voren wordt gemeld is weten de deelnemers hoe ze de vragenlijst moeten invullen.

3.5 Belangrijkste resultaten/conclusies van het praktijkonderzoek

Aan de hand van de vergelijking tussen de voor- en nameting van de agressievragenlijst ben ik tot de volgende resultaten gekomen:

- Wat als eerste naar voren komt is dat bij vijf deelnemers de score op vijandigheid in totaal met 23,5 procent zou zijn gedaald. Alleen één deelnemer heeft zowel bij de voor- als nameting op vijandigheid dezelfde score behouden.
- De woede lijkt daarentegen bij vier deelnemers te zijn afgenomen. Bij één deelnemer lijkt de woede gelijk te zijn gebleven en bij één deelnemer lijkt de woede te zijn gestegen. Over het geheel lijkt de woede met 8,1 procent te zijn gedaald.
- Binnen de verbale agressie is bij twee deelnemers de verbale agressie gedaald. Bij twee deelnemers is deze verbale agressie gelijk gebleven en bij nogmaals twee deelnemers is de verbale agressie gestegen. Over de gehele groep gezien lijkt het dat de verbale agressie met 3,2 procent is gedaald.
- Bij de fysieke agressie is naar voren gekomen dat bij twee deelnemers de fysieke agressie is gedaald terwijl er bij vier deelnemers de fysieke agressie omhoog is gegaan. Over de gehele groep gezien is de fysieke agressie met 1,3% is gestegen.
- Als laatste is het opvallend dat vergeleken met de eerste meting de “weet niet” mogelijkheid bij vijf deelnemers in totaal twaalf keer minder is gebruikt. Daarentegen is bij één deelnemer opvallend de “weet niet” mogelijkheid met acht keer gestegen. Hier uit wordt geconcludeerd dat het lijkt dat gedurende de module kickboksen het merendeel van de patiënten meer inzicht heeft gekregen in hun eigen gedrag.

3.6 Beperkingen van het onderzoek

Het meten van de woede, vijandigheid, verbale- en non-verbale agressie bleek erg lastig te zijn. Aan de hand van de vragenlijst zijn deze gegevens verkregen, het invullen blijft een momentopname waarbij de score afhankelijk kunnen zijn van de stemming van de patiënt. Een volgende keer zou het goed zijn om ook een observatieschaal binnen de therapiesessies te gebruiken om mogelijke veranderingen binnen het gedrag in kaart te kunnen brengen. Het voordeel hiervan is dat dit door iemand anders dan de deelnemer zelf wordt bekeken wat uiteindelijk een objectiever resultaat zal geven.

De uiteindelijke zes personen die de vragenlijst hebben ingevuld zijn echter een kleine populatie. Er kan hier dan ook niet gesproken worden over een volwaardig onderzoek. Om een duidelijker beeld te krijgen over de hierboven gemeten subcategorieën van agressie zal er onderzoek gedaan moeten worden naar grotere groepen patiënten en zouden controle groepen het onderzoek versterken. Aangezien het grootste gedeelte van de patiënten uit mijn onderzoek buiten de module kickboksen nog andere therapieën volgen, is het lastig te zeggen of deze zichtbare verschuivingen daadwerkelijk vanuit de module kickboksen komen.

Ik hoop dat dit pilot onderzoek de eerste aanzet heeft gegeven om kickboksen vaker toe te passen binnen de PMT in combinatie met onder andere agressieproblematiek. Het zou goed zijn als dit onderzoek zou worden doorgezet om een duidelijker beeld te krijgen van de invloed van kickboksen op de agressie bij patiënten.

Hoofdstuk 4 Bevindingen op basis van mijn eigen ervaringen

4.1 Eigen ervaringen

Naast het literatuur onderzoek en het praktijk onderzoek zijn er ook empirische gegevens die waardevol zijn om te noemen binnen dit onderzoek.

- Vanuit mijn eigen ervaring met kickboksen kan ik de openingszin van de inleiding bevestigen dat kickboksen ook voor mij de populairste vechtsport is. De combinatie van fysiek uitgeput raken en het trainen om betere vaardigheden te verkrijgen die ik binnen de spelvorm kickboksen kan toepassen spreekt mij erg aan. De term “je kunt je niet anders voordoen binnen het bewegen” komt bij kickboksen sterk naar voren. De oefeningen zijn vermoeiend en deelnemers staan vaak direct tegenover een medespeler. De druk die de medespeler kan uitoefenen in combinatie met de vermoeidheid zorgt ervoor dat het erg moeilijk wordt om je anders voor te doen dan dat je echt bent. Hoe je binnen het kickboksen reageert komt vaak overeen met hoe je in het dagelijksleven reageert. Binnen de aangeboden module kickboksen waren er deelnemers die in het begin van de module met name naar achteren vochten en zich in een hoek lieten drijven. Aan de andere kant waren er ook deelnemers die de eerste stoot niet afwachten maar meteen in de aanval gingen. Door dit gedrag bespreekbaar te maken aan de hand van cognitieve transfers (hoofdstuk 2 paragraaf 2.3.2) kregen de deelnemers meer inzicht in hun eigen gedrag. Het resultaat van deze nieuwe inzichten was dat de deelnemers gingen experimenteren met ander gedrag.
- Binnen het aanvallen of verdedigen viel het op dat deelnemers verschillend omgaan met weerstand, spanning en agressie. Het verschillend omgaan herken ik uit het stuk dat ik geschreven heb in het theoretische kader hoofdstuk 2 paragraaf 2.4.5. waarin de subvormen “te los en te vast” staan beschreven. Voor een aantal patiënten die meer richting het “te vast” toe neigden zijn tijdens de module kickboksen meer voor zichzelf opgekomen. Dit opkomen was te zien in de manier van kickboksen:
 - ❖ Meer aanvallen.
 - ❖ Naar voren vechten.
 - ❖ Verbaal grenzen aangeven.
 - ❖ Houdingsbeeld.

Uit de vragenlijst was het opvallend dat deze “te vast” deelnemers met name hoger scoorde op de fysieke agressie. Voor deze deelnemers lijkt dit goed omdat ze meer voor zichzelf opkomen binnen de regels. Dit wordt gezien als positieve agressie die is toegenomen.

- Verder heb ik gemerkt dat patiënten die al jaren binnen de forensische psychiatrie verblijven de neiging hebben om te hospitaliseren of in de taal van de therapeut te gaan spreken. Binnen de module kickboksen staat dit minder op de voorgrond omdat er minder gesproken wordt en de nadruk meer op het handelen ligt zie hoofdstuk 2 paragraaf 2.3.2. De patiënten kunnen laten zien wat ze in de afgelopen therapieën hebben geleerd.
- Binnen de PMT is het belangrijk dat de oproepbaarheid van de activiteit overeenkomt met het doel van de patiënten. Kickboksen wordt vanuit de maatschappij vaak geassocieerd met agressie wat als gevolg heeft dat het thema agressie sterk naar voren komt binnen de module.
- Als ik terugkijk naar de dertien weken dan valt het op dat er binnen de therapie een ieder gemotiveerd en actief betrokken is geweest tijdens de module. Ik kan hieruit concluderen dat kickboksen aansluit op de belevingswereld van de patiënten. Doordat kickboksen op de belevingswereld aansluit komen de deelnemers sneller zelf tot inzicht en komt de therapie meer vanuit hun zelf.
- Naarmate de weken verstreken is de groep steeds meer een groep geworden en is men elkaar gaan aanspreken op elkaars gedrag. Doordat de patiënten terug krijgen van de medespeler hoe ze overkomen op de ander lijkt het dat de deelnemers meer inzicht krijgen in hun gedrag. Het macho gedrag wat Endresen & Olweus (2005) beschrijven als een agressie verhogende factor bij vechtsport lijkt door deze manier van elkaar aanspreken niet naar voren te komen.
- Opvallend was dat in het begin het voor sommige patiënten lastig was om de in hoofdstuk 2 paragraaf 2.3.2 beschreven transfer te maken naar situaties buiten het kickboksen. Dit komt doordat patiënten fanatiek in het spel kunnen zitten waardoor het lastig wordt om uit het spel te stappen om een transfer te maken. Tevens werd door een aantal deelnemers de module kickboksen vergeleken met de training die ze vroeger hebben gehad. Hierin lag de nadruk niet op de techniek oftewel de effectieve benadering uit hoofdstuk 2 paragraaf 2.3.1 maar meer op de deelnemer zelf in de relatie tot anderen.

- Tijdens het evalueren met de deelnemende groep aan het eind van de module kwam de invloed van de groep sterk naar voren. Binnen de module namen patiënten deel met jaren kickboksen ervaring, maar ook patiënten die nog nooit een klap hebben uitgedeeld. Dit niveau verschil werd volgens de groep positief gebruikt om van elkaar te leren. De een was beter in kickbokstechnieken terwijl de ander de transfer van binnen het kickboksen naar buiten het kickboksen beter kon leggen. Een ieder had volgens de groep kwaliteiten waar van geleerd kon worden.
- Doordat er in de groep naar elkaar gekeken wordt en aan elkaar feedback wordt gegeven krijgen deelnemers naar eigen zeggen meer inzicht in hoe ze op de ander over komen en wat ze bij een ander aan kunnen richten.
- Verder weden alle oefeningen in de relatie tot de ander uitgevoerd. Stoten en trappen moeten volgens de groep hierdoor gecontroleerd en gedoseerd worden uitgevoerd. Mocht je je medespeler een aantal keer te hard hebben geraakt dan zal deze medespeler op den duur niet meer met jou willen kickboksen. Als dit te vaak voorkomt dan hou je niemand meer over die met je wil sporten. Je moet jezelf blijven controleren.
- De positie/attitude van de therapeut werd echter ook als prettig ervaren. Doordat de therapeut vanuit de samen positie (Leary, 1957) te werk gaat en vanaf de achtergrond bezig is met het inbrengen van gedragsinterventies ligt de nadruk van “moeten” meer op de achtergrond. Het lijkt dat de deelnemers hierdoor zelf tot leren komen en de therapie ontstaat in plaats van wordt aangeboden/opgelegd. De therapeut functioneert als coach waarin deze de patiënten uitnodigt om met nieuw gedrag te oefenen.
- Als laatste kwam bij iedereen naar voren dat het actief bezig zijn als prettig werd ervaren. De vermoeidheid na de sessie geeft ontspanning en voldoening wat zorgt voor een positieve stemming.

Een aantal uitdrukkingen tijdens de evaluatie van de deelnemers waren:

Je kunt me op een blokfluit laten spelen of op een bal laten staan maar je wilt toch weten wat ik doe als ik een klap krijg! Dan moet je er mij wel een geven.

Dit is echte therapie niet uit een boekje maar puur.

Het staat dicht bij de realiteit.

Uiteindelijk kan ik op basis van mijn eigen ervaringen concluderen dat de negatieve effecten van kickboksen nauwelijks opwegen tegen de positieve effecten van kickboksen. De combinatie van de groep die in de relatie met elkaar kickboksoefeningen uitvoert en elkaar aanspreekt op elkaars gedrag, de uitnodigende rol van de therapeut en als laatste het kickboksen dat in de belevingswereld van de patiënten ligt zorgt ervoor dat patiënten gemotiveerd zijn en zichzelf/elkaar gaan ontwikkelen.

Wel moet er geconcludeerd worden dat de verschuiving in het denken, voelen en handelen met name binnen de module kickboksen naar voren komen. Over hoe deze verschuivingen zich doorontwikkelen buiten de therapie is een belangrijk punt die in een vervolgonderzoek naar voren zou moeten komen.

Hoofdstuk 5 Conclusies en aanbevelingen over het gehele onderzoek

Binnen het laatste hoofdstuk van dit onderzoek zal ik aan de hand van het uitgevoerde praktijk- en literatuuronderzoek mijn conclusies beschrijven. Vanuit deze conclusies besluit ik dit onderzoek met een aantal aanbevelingen die binnen verder onderzoek kunnen worden meegenomen.

5.1 Conclusies literatuuronderzoek

Uit het literatuur onderzoek komt naar voren dat de module kickboksen meer agressie verlagende dan agressie verhogende effecten heeft. Uit onderzoek van Theeboom, (2001) blijkt dat de deelnemers zelf aangeven dat vechten tegen elkaar gebeurt zonder elkaar pijn te doen. Vechtsport is volgens dit onderzoek een vorm waarin gecontroleerd eigenvaardigheden getest kunnen worden. Verder benoemd Theeboom, (2001) dat er binnen kickboksen sprake is van een "morele gedragscode" die door vechtsport leraren wordt meegegeven. Deze gedragscode is wellicht mede de reden dat vechtsportbeoefening een socialiserend effect heeft.

In de module kickboksen komt tevens ook sublimatie naar voren. Onaanvaardbaar gedrag wordt hierin omgezet in een door de maatschappij aanvaardbaar gedrag (Weerman, 2006). De deelnemers leren binnen de module kickboksen hun agressie op een positieve manier in te zetten. Als laatste komt in het literatuuronderzoek naar voren dat de sportieve benadering invloed heeft op de agressie verlagende effecten van de module kickboksen. Binnen de vorm kickboksen wordt het mogelijk gemaakt om te experimenteren met het uiten en de omgang van agressie. Aangezien binnen de vorm regels, tijd, tempo en richting worden bepaald is het ook veilig om hiermee te experimenteren. Doordat er duidelijke regels zijn is er minder plaats voor agressie. Zie ook Theeboom (2001).

Hetgeen wat de PMT module in eerste instantie agressie verhogend zou kunnen maken is dat woede afreageren doormiddel van het slaan op een bokszak volgens Busman voor tijdelijke opluchting zorgt. Uit onderzoek van Busman bleek dat na het afreageren van woede deze in verhoogde vorm terug komt (Zijlmans, 2007). Mocht kickboksen gebruikt worden om woede af te reageren dan kan het zijn dat deze agressie verhogende effecten heeft. Als laatste worden de patiënten binnen de module vaardiger binnen het kickboksen, waardoor hun technieken worden verbeterd. Deze technieken zouden vanuit de efficiënte benadering in andere situaties op een negatieve manier gebruikt kunnen worden. Dit zouden agressieverhogende effecten kunnen zijn. (Theeboom, 2002)

5.2 conclusies praktijkonderzoek

Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat de woede bij de meerderheid van de groep is gedaald (8.1%). Verder is de vijandigheid met 23.5% gedaald. De verbale agressie is met 3.2% gedaald ten opzichte van de eerste meting en de fysieke agressie is daarentegen bij de meerderheid van de groep met 1.3% gestegen. Hieruit kan er geconcludeerd worden dat na het volgen van de module kickboksen de mate van vijandigheid en woede bij het merendeel van de deelnemers zou zijn gedaald. De mate van verbale agressie over de gehele groep licht is gedaald. Verder kan er uit het praktijkonderzoek opgemaakt worden dat de fysieke agressie bij het merendeel van de groep licht is gestegen. Als laatste kan het zijn dat de patiënten door de module kickboksen meer inzicht hebben gekregen in hun eigen gedrag. Dit wordt geconcludeerd aan uit het aantal 'weet niet' antwoorden die sterk is gedaald..

5.3 Conclusies van de bevindingen van mijn eigen ervaringen

Op basis van mijn eigen ervaringen kan ik concluderen dat de negatieve effecten van kickboksen nauwelijks opwegen tegen de positieve effecten van kickboksen. De combinatie van de groep die in de relatie met elkaar kickboksoefeningen uitvoert en elkaar aanspreekt op elkaars gedrag, de uitnodigende rol van de therapeut en als laatste het kickboksen dat in de belevingswereld van de patiënten ligt zorgt ervoor dat patiënten gemotiveerd zijn en zichzelf/elkaar gaan ontwikkelen. Met name het aansluiten op de belevingswereld van de patiënten en het groepsproces zijn sterke punten van de module bij patiënten die langdurig in therapie zitten. Kickboksen is voor de patiënten vernieuwend en de manier van aanbieden lijkt vrijblijvend/laag drempelig waardoor de patiënten elkaar en zichzelf tot ontwikkeling brengen. Dit concludeer ik uit de volgende uitspraken van de deelnemende patiënten:

"Je kunt me op een blokfluit laten spelen of op een bal laten staan maar je wilt toch weten wat ik doe als ik een klap krijg! Dan moet je er mij wel een geven."

"Dit is echte therapie niet uit een boekje maar puur, hier slaat het op"

"het staat dicht bij de realiteit."

Verder vind ik het vanuit mijn eigen ervaring lastig te zeggen of agressie verhogende effecten positief dan wel negatief gekleurd zijn. Voor patiënten die 'te vast' zitten hoofdstuk 2 paragraaf 2.4.5. zou agressie verhogend effecten juist als positief gezien kunnen worden, ze zijn tenslotte hun agressie meer gaan uiten. Wel is het opvallend dat de verschuiving in het denken, voelen en handelen met name binnen de module kickboksen naar voren komt. Over hoe deze verschuivingen zich doorontwikkelen buiten de therapie is een belangrijk punt die in een vervolgonderzoek naar voren zou moeten komen.

5.4 Algehele conclusie over het hele onderzoek

Uit het literatuuronderzoek staat beschreven dat agressie vanuit het kerngevoel woede komt hoofdstuk 2 paragraaf 2.4.3. Bij de meerderheid van de onderzoeksgroep is de woede gedaald met 8,1% waaruit geconcludeerd kan worden dat patiënten na het volgen van de module kickboksen minder snel overgaan tot agressief gedrag. In combinatie met de 'morele gedragscode', sublimatie en de sportieve benadering hoofdstuk 2 paragraaf 2.3.1 wordt het mogelijk gemaakt om te experimenteren met het uiten en de omgang met agressie. Aangezien binnen de vorm regels, tijd, tempo en richting worden bepaald is het tevens ook veilig om hiermee te experimenteren. Uit de literatuur kan blijken dat de module kickboksen eerder agressie verlagend dan agressie verhogend kan werken. Als laatste blijkt uit de literatuur dat kickboksen een populaire sport is waardoor de module kickboksen aansluit op de beleavingswereld van de patiënten. Dit zorgt voor motivatie wat binnen de therapie in de forensische psychiatrie belangrijk is. Agressie verhogende effecten lijken op de achtergrond te staan omdat de module vanuit de sportieve benadering wordt aangeboden.

5.5 Aanbevelingen op basis van het onderzoek

Aan de hand van het onderzoek ben ik tot de volgende aanbevelingen gekomen.

- Meerdere groepen

Om het onderzoek te versterken zullen er meer patiënten moeten deelnemen aan de module kickboksen. Hoe meer meetgegevens er vergeleken kunnen worden hoe betrouwbaarder het onderzoek zal worden. Verder zou het gebruik van een controle groep het onderzoek versterken. Door de controle groep die geen module kickboksen volgt te vergelijken met de resultaten van de groep die deze wel volgt, zal de invloed van de module kickboksen op de fysieke- en verbale agressie duidelijker te zien zijn.

- Aantal meetmomenten

Om een duidelijker beeld te krijgen over de invloed van de module kickboksen op de verbale- en fysieke agressie raad ik aan om meerdere meetmomenten te gebruiken. Door een meting een maand voor en een maand na de module kickboksen af te nemen krijgen we een helderder beeld over de agressie verhogende of verlagende effecten van de module kickboksen.

- Mentor bij vragenlijst betrekken.

Binnen de forensische psychiatrie hebben patiënten vaak een mentor die de patiënt gedurende de behandeling begeleidt. Voor vervolg onderzoek raad ik aan deze mentor te betrekken bij het onderzoek en zo nodig een vragenlijst te laten invullen om een beter beeld te krijgen hoe de gedragsveranderingen binnen de PMT zich doorwerken op de woongroep.

- Observatielijst

Ik vind dat er naast een vragenlijst ook een observatielijst moet komen. De PMT module kickboksen richt zich voornamelijk op het doen en bewegen. Het lijkt mij daarom ook zinvol om dit bewegingsgedrag tijdens een voor- en na meting in kaart te brengen.

- Benaderingswijze.

Tijdens het aanbieden van de module kickboksen moet er scherp in de gaten worden gehouden vanuit welke benaderingswijze de deelnemers de module volgen. Zijn er deelnemers die ondanks de manier van aanbieden vanuit de efficiënte benaderingswijze naar de module kickboksen kijken, dan moet er gekeken worden of vanuit veiligheidsoverweging de module kickboksen voor deze deelnemers beëindigd moet worden (hoofdstuk 2 paragraaf 1.3.2).

Literatuurlijst

Boeken

- American Psychiatric Association. DSM IV TR (2001). Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV TR, Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Bernard, J. (2002) Over de rooie omgaan met woede en agressie.
- De lange J. en Bosscher R.J. (2005) Psychomotorische therapie in de praktijk. Artikel blz. 173 t/m193.
- Hekking P.J.A.M en van de Blink M.J. Ervaringsgerichte psychomotorische therapie met jeugdigen
- Korzilius, H. (2000). Pag.75 De kern van survey- Onderzoek. Assen:Van Corcum
- Regeer, (2007). RADAR methode regeer. *LEO Agressie Management Amsterdam 2007. Deel 1.*
- Schuur, G.(2005). Omgaan met agressie.
- Sprey, A. (2002). Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen
- Schoenmaker en de Ruiter, (2005) zakboek psychische stoornissen blz 147 t/m 155
- Weerman, A. (2006) Zes psychologische stromingen en één cliënt.

Artikelen

- Endresen, I. M., & Olweus, D. (2005). Participation in power sports and antisocial involvement in preadolescent and adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (5), 468-478.
- Gezondheidsraad, (2006). Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006; publicatie nr 2006/07.
- Hekking, P.J.A.M., & Blink van den (2005), M.J., Ervaringsgerichte psychomotorische therapie met jeugdigen, *Pmt in de praktijk pag. 173 tot 195.*
- Klomp (1995); "Residentiele behandeling van jongeren met agressief gedrag" in tijdschrift voor Orthopedagogiek 34.
- Kuin, F. M.B.(2005). Op tijd stoppen. behandeling van impulscontroleproblematiek bij cluster B persoonlijkheidsstoornissen en dissociatieve stoornissen. *Psychomotorische Therapie in de praktijk.3*, pag. 43/63.
- Leander, J (2004) De psychologie van de menselijke wreedheid, Het hart van de duisternis: psychologie van de menselijke wreedheid, Leuven: Davidsfonds.
- Leary,T. (1957), *Interpersonal Diagnosis of Personality, A Functional Theory and Methodology for Personality Evaluation*, The Ronald Press Co., New York.
- Mjon, (2010). Kan een narcist veranderen?. *Gepubliceerd in Relatie en Huwelijk (Mens en Gezondheid)*
- Sleijfer, J. (2005). Vechtsport maakt jongens wel/niet agressief, *Lichamelijke opvoeding* 14 (december 2005): pp. 32-35.
- Theeboom, M (2002). Leren vechten of ... leren niet te vechten? *Justitiële verkenningen*, jaargang 28 / 3, *Sport en Criminaliteit*: pp. 72-83.
- Theeboom, M (2001). Vechtsporten en kinderen. *Waarden en Normen in de Sport deel II*
- Uiting, M (2004). Behandeling van agressie "problemen".
- Zijmans, M. (2007)/ Boze mensen laten de knuppel met rust.

Websites

- <http://www.kickboxing.nl>
- <http://mens-en-samenleving.infonu.nl/psychologie/7933-afweermechanismen-beschermingsmechanismen-freud.html>
- <http://www.Oostvaarderskliniek.nl>
- http://www.profi-leren.nl/files/saw_dc54.pdf.
- <http://www.tabononzwolle.nl>
- <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/antisociale-persoonlijkheidsstoornis/behandeling>
- <http://www.vandale.nl>

Bijlage 1

Vragenlijst AVL

C. Meesters, P. Muris, H. Bosma, E. Schouten & S. Beuving (1996)

Naam:.....

Meting: Voor/Na module kickboksen.

(a) Vragenlijst

Op de volgende bladzijden vindt u een lijst met uitspraken. Geef voor elke uitspraak van de lijst aan in welke mate u het ermee oneens/eens bent.

U kunt hiervoor de volgende antwoordmogelijkheden gebruiken:

1. helemaal mee oneens
2. tamelijk mee oneens
3. weet niet
4. tamelijk mee eens
5. helemaal mee eens

Bijvoorbeeld:

Als u het er tamelijk mee eens bent dat u zich niet gauw bedreigd voelt, omcirkelt het cijfer 4 op de volgende manier:

	helemaal mee oneens	tamelijk mee oneens	weet niet	tamelijk mee eens	helemaal mee eens	
0	Ik voel me niet gauw bedreigd	1	2	3	4	5

Zo werkt u de hele lijst af. Werk zo rustig mogelijk door. Er zijn geen goede of foute antwoorden; het gaat erom wat u er zelf van vindt.

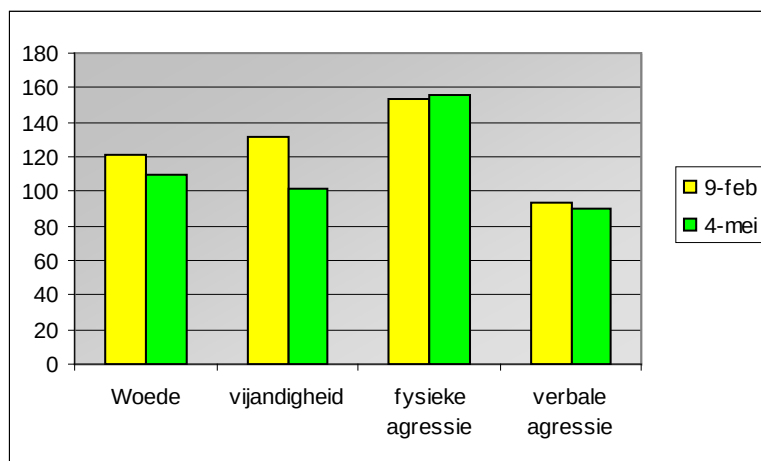
		helemaal mee oneens	tamelijk mee oneens	weet niet	tamelijk mee eens	helemaal mee eens
1	Ik heb wel eens iemand die ik ken bedreigd	1	2	3	4	5
2	Ik voel me soms net een kruisvat dat op ontploffen staat	1	2	3	4	5
3	Als iemand mij slaat, sla ik terug	1	2	3	4	5
4	Mijn vrienden vinden me nogal ruzieachtig	1	2	3	4	5
5	Als ik flink getreiterd word, kan het gebeuren dat ik iemand sla	1	2	3	4	5
6	Ik wantrouw onbekenden die overdreven vriendelijk tegen me doen	1	2	3	4	5
7	Ik heb soms het gevoel dat men me achter mijn rug om uitlacht	1	2	3	4	5
8	Het kost me moeite mijn kalmte te bewaren	1	2	3	4	5
9	Zo nu en dan kan ik de neiging iemand te slaan niet onderdrukken	1	2	3	4	5
10	Ik ben gelijkmatig van humeur	1	2	3	4	5
11	Sommige vrienden vinden me een driftkop	1	2	3	4	5
12	Ik verga soms van de jaloersheid	1	2	3	4	5
13	Ik kan geen goede reden bedenken waarom ik ooit iemand zou slaan	1	2	3	4	5
14	Ik raak iets vaker dan gemiddeld bij vechtpartijtjes betrokken	1	2	3	4	5
15	Ik word snel kwaad, maar ben ook snel weer afgekoeld	1	2	3	4	5

		helemaal mee oneens	tamelijk mee oneens	weet niet	tamelijk mee eens	helemaal mee eens
16	Soms schiet ik uit mijn slof zonder dat daar aanleiding toe is	1	2	3	4	5
17	Het lijkt alsof anderen altijd meer geluk hebben	1	2	3	4	5
18	Ik ben wel eens zo door iemand opgejut dat we slaags raakten	1	2	3	4	5
19	Als ik geweld moet gebruiken om voor mijn rechten op te komen, dan doe ik dat	1	2	3	4	5
20	Ik ben wel eens zo kwaad geworden, dat ik dingen stuk gemaakt heb	1	2	3	4	5
21	Ik weet dat “vrienden” achter mijn rug om over me praten	1	2	3	4	5
22	Als mensen me ergeren, zeg ik soms wel wat ik van ze vind	1	2	3	4	5
23	Ik zeg het mijn vrienden ronduit als ik het niet met ze eens ben	1	2	3	4	5
24	Als iemand bijzonder aardig doet, vraag ik me af wat hij van me wil	1	2	3	4	5
25	Ik krijg altijd ruzie als mensen het niet met me eens zijn	1	2	3	4	5
26	Als ik gedwarsboomd word, laat ik mijn ergernis merken	1	2	3	4	5
27	Ik merk dat ik het vaak niet met anderen eens ben	1	2	3	4	5
28	Soms heb ik het gevoel dat het leven me oneerlijk bedeed heeft	1	2	3	4	5
29	Ik vraag me af waarom ik me soms zo verbitterd voel	1	2	3	4	5

Bijlage 2 Onderzoeksgegevens.

Uitwerking totale score vragenlijst per subcategorie van de totale onderzoeksgroep.

Totaal score	9-feb	4-mei	Percentage
Woede	121	110	8.1% gedaald.
vijandigheid	132	101	23.5% gedaald.
fysieke agressie	154	156	1.3% gestegen.
verbale agressie	93	90	3.2% gedaald.



Tabel 1: Uitkomst per subcategorie over de gehele onderzoeksgroep.

In tabel twee en drie staan per vraag de scores per deelnemer uitgewerkt. In tabel twee de voormeting en in tabel drie wordt de nameting in kaart gebracht. Hieronder staan de kleuren die bij de verschillende subcategorieën van de vragenlijst horen.

Woede
Vijandigheid
Fysieke agressie
verbale agressie

Vragen	Deelnemers 9-02-2010						Totaal
	1=n	2=n	3=n	4=n	5=n	6=n	
Vraag 1	5	5	4	2	4	2	22
Vraag 2	1	5	2	4	2	3	17
Vraag 3	3	5	4	4	3	5	24
Vraag 4	3	5	3	2	2	1	16
Vraag 5	4	5	2	2	3	2	18
Vraag 6	5	5	4	4	2	1	21
Vraag 7	3	5	3	2	3	3	19
Vraag 8	4	5	2	2	2	2	17
Vraag 9	1	5	2	1	1	1	11
Vraag 10	5	3	4	4	5	4	25
Vraag 11	3	5	3	2	1	1	15
Vraag 12	1	1	1	2	2	1	8
Vraag 13	3	1	2	2	2	4	14
Vraag 14	1	5	4	1	1	1	13
Vraag 15	2	1	4	2	2	4	15
Vraag 16	1	1	2	2	2	1	9
Vraag 17	3	5	2	2	2	2	16
Vraag 18	5	5	2	2	3	1	18
Vraag 19	1	5	2	2	2	1	13
Vraag 20	5	5	1	4	4	2	21
Vraag 21	3	5	3	4	2	3	20
Vraag 22	5	5	4	4	4	4	26
Vraag 23	4	5	4	4	3	4	24
Vraag 24	5	5	4	2	2	2	20
Vraag 25	1	1	3	1	2	2	10
Vraag 26	4	5	2	4	4	4	23
Vraag 27	2	1	4	2	3	3	15
Vraag 28	3	5	2	2	2	3	17
Vraag 29	4	3	2	1	1	2	13
score	90	117	81	72	71	69	500

Tabel 2: Uitwerking vragenlijst per vraag per deelnemer voormeting.

Vragen	Deelnemers 4-05						Totaal
	1=n	2=n	3=n	4=n	5=n	6=n	
Vraag 1	4	5	2	2	4	2	19
Vraag 2	1	5	2	2	2	2	14
Vraag 3	4	5	4	4	4	5	26
Vraag 4	1	5	2	2	1	2	13
Vraag 5	1	5	2	5	4	2	19
Vraag 6	4	3	1	2	2	1	13
Vraag 7	3	3	3	2	3	2	16
Vraag 8	1	1	2	2	4	1	11
Vraag 9	1	1	1	1	2	2	8
Vraag 10	4	3	4	4	4	4	23
Vraag 11	1	5	2	2	2	1	13
Vraag 12	1	1	1	2	2	1	8
Vraag 13	3	3	2	2	1	4	15
Vraag 14	1	3	2	1	2	1	10
Vraag 15	1	5	2	2	4	4	18
Vraag 16	1	1	2	1	2	2	9
Vraag 17	1	3	3	1	2	2	12
Vraag 18	4	3	2	2	3	1	15
Vraag 19	2	5	5	2	3	5	22
Vraag 20	4	5	5	2	4	2	22
Vraag 21	3	5	3	2	2	3	18
Vraag 22	4	5	4	4	4	4	25
Vraag 23	5	5	4	4	4	4	26
Vraag 24	4	2	2	2	2	1	13
Vraag 25	1	3	2	2	2	2	12
Vraag 26	4	5	2	4	3	4	22
Vraag 27	2	3	2	2	3	2	14
Vraag 28	1	3	2	2	2	4	14
Vraag 29	1	1	1	1	1	2	7
score	68	102	71	66	78	72	457

Tabel 3: Uitwerking vragenlijst per vraag per deelnemer nameting.

Woede 9-02	1=n	2=n	3=n	4=n	5=n	6=n	Totaal
Vraag 2	1	5	2	4	2	3	17
Vraag 8	4	5	2	2	2	2	17
Vraag 10	5	3	4	4	5	4	25
Vraag 11	3	5	3	2	1	1	15
Vraag 15	2	1	4	2	2	4	15
Vraag 16	1	1	2	2	2	1	9
Vraag 26	4	5	2	4	4	4	23
Totaal	20	25	19	20	18	19	121

vijandigheid 9-02	1=n	2=n	3=n	4=n	5=n	6=n	Totaal
Vraag 6	5	5	4	4	2	1	21
Vraag 7	3	5	3	2	3	3	19
Vraag 12	1	1	1	2	2	1	8
Vraag 17	3	5	2	2	2	2	16
Vraag 21	3	5	3	4	2	3	20
Vraag 24	5	5	4	2	2	2	20
Vraag 27	2	1	4	2	3	3	15
Vraag 29	4	3	2	1	1	2	13
totaal	26	30	23	19	17	17	132

Fysieke agressie 9-02	1=n	2=n	3=n	4=n	5=n	6=n	Totaal
Vraag 1	5	5	4	2	4	2	22
Vraag 3	3	5	4	4	3	5	24
Vraag 5	4	5	2	2	3	2	18
Vraag 9	1	5	2	1	1	1	11
Vraag 13	3	1	2	2	2	4	14
Vraag 14	1	5	4	1	1	1	13
Vraag 18	5	5	2	2	3	1	18
Vraag 19	1	5	2	2	2	1	13
Vraag 20	5	5	1	4	4	2	21
totaal	28	41	23	20	23	19	154

Verbale agressie 9-02	1=n	2=n	3=n	4=n	5=n	6=n	Totaal
Vraag 4	3	5	3	2	2	1	16
Vraag 22	5	5	4	4	4	4	26
Vraag 23	4	5	4	4	3	4	24
Vraag 25	1	1	3	1	2	2	10
Vraag 28	3	5	2	2	2	3	17
Totaal	16	21	16	13	13	14	93

Tabel 4: Uitwerking uitkomstenvragenlijst per subcategorie per deelnemer voormeting.

Woede 4-05	1=n	2=n	3=n	4=n	5=n	6=n	Totaal
Vraag 2	1	5	2	2	2	2	14
Vraag 8	1	1	2	2	4	1	11
Vraag 10	4	3	4	4	4	4	23
Vraag 11	1	5	2	2	2	1	13
Vraag 15	1	5	2	2	4	4	18
Vraag 16	1	1	2	1	2	2	9
Vraag 26	4	5	2	4	3	4	22
Totaal	13	25	16	17	21	18	110

vijandigheid 4-05	1=n	2=n	3=n	4=n	5=n	6=n	Totaal
Vraag 6	4	3	1	2	2	1	13
Vraag 7	3	3	3	2	3	2	16
Vraag 12	1	1	1	2	2	1	8
Vraag 17	1	3	3	1	2	2	12
Vraag 21	3	5	3	2	2	3	18
Vraag 24	4	2	2	2	2	1	13
Vraag 27	2	3	2	2	3	2	14
Vraag 29	1	1	1	1	1	2	7
totaal	19	21	16	14	17	14	101

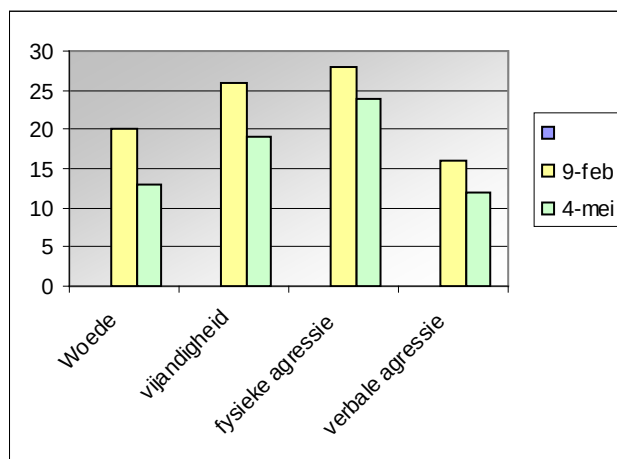
Fysieke agressie 4-05	1=n	2=n	3=n	4=n	5=n	6=n	Totaal
Vraag 1	4	5	2	2	4	2	19
Vraag 3	4	5	4	4	4	5	26
Vraag 5	1	5	2	5	4	2	19
Vraag 9	1	1	1	1	2	2	8
Vraag 13	3	3	2	2	1	4	15
Vraag 14	1	3	2	1	2	1	10
Vraag 18	4	3	2	2	3	1	15
Vraag 19	2	5	5	2	3	5	22
Vraag 20	4	5	5	2	4	2	22
totaal	24	35	25	21	27	24	156

Verbale agressie 4-05	1=n	2=n	3=n	4=n	5=n	6=n	Totaal
Vraag 4	1	5	2	2	1	2	13
Vraag 22	4	5	4	4	4	4	25
Vraag 23	5	5	4	4	4	4	26
Vraag 25	1	3	2	2	2	2	12
Vraag 28	1	3	2	2	2	4	14
Totaal	12	21	14	14	13	16	90

Tabel 5: Uitwerking uitkomstenvragenlijst per subcategorie per deelnemer nameting.

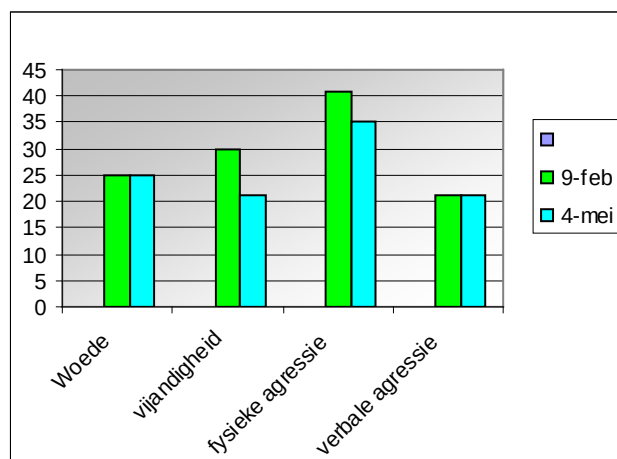
Hieronder staan de scores per persoon per subgroep beschreven. Vervolgens is deze uitgewerkt in een tabel.

1=n	9-feb	4-mei
Woede	20	13
vijandigheid	26	19
fysieke agressie	28	24
verbale agressie	16	12



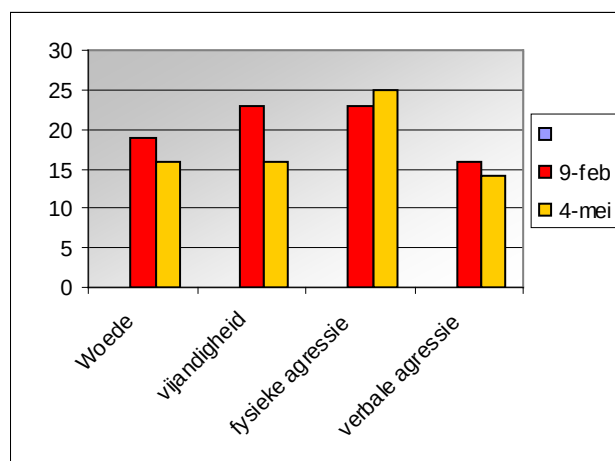
Tabel 6: Uitwerking scores per subcategorie deelnemer 1

2=n	9-feb	4-mei
Woede	25	25
vijandigheid	30	21
fysieke agressie	41	35
verbale agressie	21	21



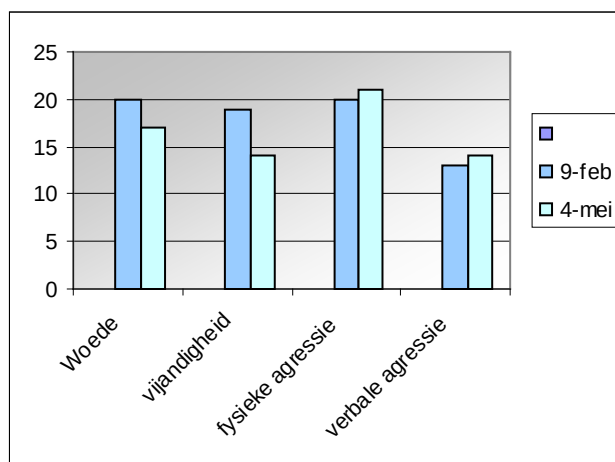
Tabel 7: Uitwerking scores per subcategorie deelnemer 2

3=n	9-feb	4-mei
Woede	19	16
vijandigheid	23	16
fysieke agressie	23	25
verbale agressie	16	14



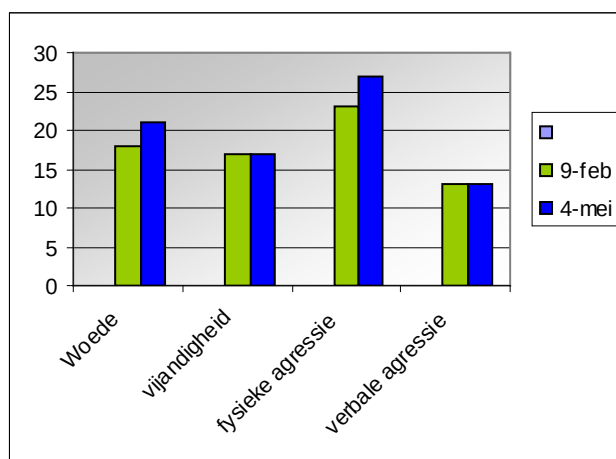
Tabel 8: Uitwerking scores per subcategorie deelnemer 3

4=n	9-feb	4-mei
Woede	20	17
vijandigheid	19	14
fysieke agressie	20	21
verbale agressie	13	14



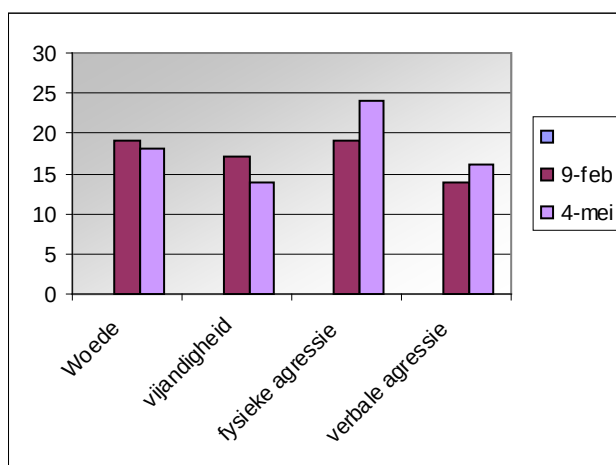
Tabel 9: Uitwerking scores per subcategorie deelnemer 4

5=n	9-feb	4-mei
Woede	18	21
vijandigheid	17	17
fysieke agressie	23	27
verbale agressie	13	13



Tabel 10: Uitwerking scores per subcategorie deelnemer 5

6=n	9-feb	4-mei
Woede	19	18
vijandigheid	17	14
fysieke agressie	19	24
verbale agressie	14	16



Tabel 11: Uitwerking scores per subcategorie deelnemer 6

Bijlage 3:

DSM-IV criteria Antisociale / narcistische persoonlijkheidsstoornis.

Antisociale persoonlijkheidsstoornis

De DSM-IV definieert de antisociale persoonlijkheidsstoornis als een pervasief patroon van veronachtzaming en schending van de rechten van anderen dat zich openbaart vanaf het 16e levensjaar. De stoornis kan worden gediagnosticeerd als er sprake is van drie of meer van de volgende gevallen:

- De persoon past zich niet aan aan de sociale normen met betrekking tot wettig gedrag, wat blijkt uit het verrichten van handelingen die tot arrestatie leiden.
- De persoon maakt gebruik van misleiding, wat zich uit in herhaaldelijk liegen, gebruik van aliases of het oplichten van anderen voor persoonlijk voordeel of plezier.
- De persoon is impulsief en maakt geen plannen voor de toekomst
- De persoon is snel geïrriteerd en agressief, wat zich uit in regelmatig fysiek geweld.
- De persoon is roekeloos en veronachtzaamt de veiligheid van zichzelf en anderen.
- De persoon is doorlopend onverantwoordelijk, wat zich uit in een aanhoudend onvermogen om een stabiel werkgedrag te vormen of financiële verplichtingen af te handelen.
- De persoon toont geen berouw of spijt en is onverschillig als hij anderen heeft geschaad, verwond of mishandeld of van hen heeft gestolen.

De DSM-IV vermeldt verder de volgende noodzakelijke criteria:

- De persoon is minimaal 18 jaar oud.
- Er is een aantoonbare antisociale gedragsstoornis die begonnen is voor het 16^e levensjaar.
- Het antisociale gedrag treedt niet uitsluitend op als onderdeel van schizofrenie of een manische episode.

Narcistische persoonlijkheidsstoornis

De DSM-IV definieert de narcistische persoonlijkheidsstoornis als een pervasief patroon van grootsheid (in fantasie of gedrag), behoefte aan bewondering en gebrek aan inlevingsgevoel, meestal beginnend in de vroege volwassenheid en aanwezig in verschillende situaties. De stoornis kan worden gediagnosticeerd als er sprake is van vijf of meer van de volgende criteria:

- De persoon heeft gevoelens van grootsheid en eigen belangrijkheid (hij overdrijft bijvoorbeeld zijn prestaties, talent, kennis, contacten en persoonlijke eigenschappen en eist als superieur beschouwd te worden, ook als zijn prestaties hiertoe geen aanleiding geven).
- De persoon is geobsedeerd met fantasieën over succes, roem, (al)macht, genialiteit (de cerebrale narcist), schoonheid of seksuele prestaties (de somatische narcist) of een ideale, blijvende liefde.
- De persoon ziet zichzelf als uniek en meent dat hij alleen begrepen kan worden door even unieke of speciale mensen (of instellingen).
- De persoon heeft enorme behoefte aan bewondering, aandacht en bevestiging of wil gevreesd en berucht zijn.
- De persoon gelooft dat hij meer rechten heeft dan anderen. Hij wil dat anderen zich aanpassen aan zijn onredelijke verwachting van een voorkeursbehandeling.
- De persoon is manipulerend en gebruikt anderen om zijn doel te bereiken.
- De persoon heeft een onderontwikkeld inlevingsvermogen. Hij of zij kan of wil geen rekening houden met de behoeften of opvattingen van anderen.
- De persoon is vaak jaloers, wat gepaard kan gaan met woede. Dit leidt tot paranoïde wanen, omdat hij denkt dat anderen jaloers zijn op hem en zich op dezelfde manier gedragen als hij.
- De persoon gedraagt zich arrogant. Hij voelt zich superieur, boven de wet verheven en alom aanwezig (magisch denken). Hij wordt kwaad als hij wordt tegengesproken door mensen die hij als minderwaardig beschouwt.

Bijlage 4

De Oostvaarderskliniek

De Oostvaarderskliniek is forensisch psychiatrisch centrum die ontstaan is uit een fusie van: De Singel in Amsterdam en de Dr. F.S. Meijerskliniek in Utrecht. Sinds mei 2008 is de Oostvaarderskliniek gevestigd in Almere waar men plaats heeft voor 160 mannelijke en vrouwelijke patiënten. Daarnaast biedt de Oostvaarderskliniek werk aan ruim 400 mensen.

Patiënten die binnen de Oostvaarderskliniek behandeld worden zitten hier gedwongen. De patiënten vormen op een één of andere manier een gevaar voor de samenleving en hebben van de rechter een terbeschikkingstellingsmaatregel (TBS) opgelegd gekregen.

In de brochure van de Oostvaarderskliniek wordt beschreven dat het beveiligen van de samenleving centraal staat binnen de Oostvaarderskliniek. Het beveiligen houdt echter niet op met het uit de samenleving halen van patiënten. Als aanvulling wordt er een behandel programma opmaat gemaakt die past bij de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt. Door de behandeling zo goed mogelijk af te stemmen op de patiënt, des te meer veiligheid kan de samenleving geboden worden als de patiënt de Oostvaarderskliniek weer verlaat. Met andere woorden behandelen is beveiligen. (www.oostvaarderskliniek.nl)

De behandeling is er op gericht patiënten als dat mogelijk is weer in staat te stellen zelfstandig te functioneren in de maatschappij. Daarbij staat het terugbrengen van risico's voorop. Buiten therapie wordt er veel tijd in onderwijs, sport en het zinvol invullen van vrije tijd gestoken.

Gemiddeld duurt een behandeling zes jaar, maar ook kortere en langdurigere behandelingen komen voor. Echter keren niet alle patiënten vroeg of laat terug in de maatschappij. Een deel van de patiënten stroom door naar psychiatrische vervolgvoorzieningen of beschermde woonvormen. Voor patiënten bij wie de behandeling geen effect heeft en het gevaar voor nieuwe delicten aanwezig blijft, zijn er speciale longstay-voorzieningen. Ongeveer 20% van de behandelde patiënten recidiveert. De recidivecijfers van 'gewone' gedetineerde liggen echter rond de 70%.