

Marco Bluming

# In mijn kracht met de ander

## Kickboksen en psychomotorische therapie in de praktijk

Als mensen het woord kickboksen horen dan roept dit veel associaties op. Geweld, agressie, Badr Hari, Hells Angels of 'dat is toch die sport waarbij alles mag?'. Weinig mensen denken daarbij aan therapie, laat staan aan psychomotorische therapie. En als er al aan therapie wordt gedacht, dan als middel om iemand zijn agressie kwijt te laten raken. Dat is ook een vraag die ik in de praktijk nog vaak tegenkom: "Hé Marco, er zit bij ons op de afdeling iemand die heel erg boos is, kan die niet een keer bij jou op de bokszak?"

### In dit artikel ...

- ... de andere kant van agressie: subassertiviteit;
- ... een visie op kickboksen als therapeutisch middel binnen de psychomotorische therapie;
- ... de eigen kracht inzetten binnen de interactie met anderen.

### Inleiding

Werkvormen die met boksen te maken hebben, worden gebruikt als therapeutisch middel bij agressieregulatie en impulscontroleproblematiek. Dit blijkt, naast uit verschillende publicaties, uit mijn praktijkervaringen en de ervaringen van collega's die ik tref op studiedagen en in mijn intervisiegroep. Deze werkvormen hebben zich in de praktijk bewezen als een effectieve manier om deze problematiek te bewerken.

De meest bekende module waarin het boksen methodisch wordt ingezet is de module impulsregulatie van de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (Kuin, 2000). Kuin richt zijn in zijn module vooral op het leren indammen van agressie voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek, waarbij belevingsaspecten met betekenisverlening op de achtergrond worden geplaatst (Kuin, 2000). Boerhout en Van Der Wee (2007) hebben onder meer deze module als leidraad gebruikt voor het ontwikkelen van een module agressieregulatie voor cliënten met persoonlijkheidsproblematiek en cliënten met eetstoornissen. Toegepast bij de patiënten met eetstoornissen, gekenmerkt door internalisatie van woede ligt het accent op het leren loslaten van agressie (Boerhout, Busschbach, Wiersma & Hoek, 2013).

De module psychomotorische therapie (PMT) die in dit

artikel beschreven wordt heet 'In mijn kracht met de ander'. Ik moet eerlijk bekennen dat de module door zowel de patiënten als de verwijzers gewoon de module boksen wordt genoemd. Ik geef hem zowel in het Universitair Centrum Psychiatrie in Groningen, als in mijn eigen praktijk.

Ik gebruik kickboksen in modulevorm in de behandeling van mensen met angst- en dwangklachten, en depressieve klachten, oftewel met name mensen die zich meer aan de subassertieve kant bevinden.

Ik beoog met de in dit artikel beschreven module deze kant van het patiënten-spectrum te behandelen. Het gaat om de patiënt die moeilijk grenzen stelt, die de eigen kracht mist, die zich onzichtbaar maakt. Hierdoor wordt de patiënt somber, vlucht in controle, gaat contact vermijden, voelt zich kwetsbaar of niet goed genoeg en niet opgewassen tegen de ander. Het gedrag is richtinggevend voor verwijzing naar de module, niet de DSM-diagnose.

### Literatuur en onderzoek over (kick)boksen binnen de psychomotorische therapie

In de literatuur is er weinig te vinden over kickboksen binnen de psychomotorische therapie. Wel is een aantal afstudeerscripties gewijd aan kickboksen binnen de psychomotorische therapie. Kes (2010) heeft binnen Forensisch Psychiatrisch Centrum 'De Oostvaarderskliniek' in Almere een praktijkonderzoek gedaan. Hij stelde de volgende onderzoeksvraag: 'Welke invloed heeft de PMT-module kickboksen op de verbale en/of fysieke agressie bij patiënten met een antisociale/narcistische persoonlijkheidsstoornis?' Hierbij werd er gekeken of de module een agressieverhogend of agressieverlagend effect heeft.

Uit dit praktijkonderzoek is gebleken dat de woede bij de meerderheid van de onderzoeksgroep is gedaald met 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. Kes (2010) concludeert hieruit dat na het volgen van de module kickboksen de mate van vijandigheid en woede bij het merendeel van de deelnemers is gedaald. De mate van verbale agressie over de gehele groep is licht gedaald.

Ottenschot (2013) heeft het effect onderzocht van een kickboksinterventie binnen psychomotorische therapie op de assertiviteit van vrouwen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis binnen de forensische psychiatrie. Dit betrof een kwantitatief pilot-onderzoek in het kader van de eindstage bij FPC Oldenkotte. Hier namen twee patiënten aan deel die ieder tien individuele therapiesessies volgden. Ottenschot concludeerde dat de assertiviteit van de onderzochte vrouwen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis middels een kickboksinterventie binnen de psychomotorische therapie toeneemt. In dit onderzoek maakte zij gebruik

van de Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag vragenlijst (SIG), de assertiviteitsvragenlijst en de observaties en mondelinge evaluaties tussen de therapeut en de patiënten.

In de literatuur mag natuurlijk een verwijzing naar de al eerder genoemde Module 'behandeling impulscontroleproblematiek voor psychomotorisch therapeuten' (Kuin, 2000) niet ontbreken. In deze module, gericht op mensen met persoonlijkheidsproblematiek, worden in verschillende sessies succesvolle strategieën bekrachtigd, alternatieve strategieën geoefend en wordt met behulp van psychomotorische technieken geleerd controle te houden in stressvolle situaties die normaliter tot controleverlies leiden.

Dijk en Nanninga (2013) hebben een mooi artikel geschreven over boksen in de therapeutische setting. Het betreft een beschrijving van een handelingsvolgorde van boksen voor patiënten met impulscontroleproblematiek. Hierbij gaat het om techniek, de impact van het slaan, het in of uit contact zijn, het kennen en beheersen van de eigen kracht. Momenteel is er een groot onderzoek gaande vanuit het Rob Giel Onderzoekscentrum (RGO): *Beat Victimization!* Een psychomotorische weerbaarheidstraining met kickboks-elementen voor mensen met een psychotische kwetsbaarheid. De Vries, Van Busschbach, Pijnenborg, Meerdink, Waarheid en Van der Helm (2014) onderzoeken in hoeverre een weerbaarheidstraining, waarbij psychomotorische interventies worden gecombineerd met kickboks-elementen, het risico op victimisatie kan verkleinen bij mensen met een psychotische kwetsbaarheid. Deze training heeft inmiddels een pilot doorlopen en zal landelijk worden onderzocht. Ik ben zelf als lid van de adviesraad betrokken geweest bij de start van dit onderzoek. Er zit een duidelijk verschil tussen de door mij in dit artikel

*"Kan die boze patiënt  
niet bij jou  
op de bokszak?"*

beschreven module en het *Beat Victimization!*-onderzoek. Ik beoog met mijn module patiënten inzicht te geven in hun interactionele patronen en ze vervolgens te laten oefenen met nieuw gedrag. De training in het *Beat Victimization!*-onderzoek is erop gericht de kans te verkleinen dat patiënten met psychotische stoornissen slachtoffer van geweld worden. Dit gebeurt door algemene, omgeving, symptoom en patiënt gerelateerde risicofactoren te verlagen (De Vries et al, 2014).

### De module kickboksen

De patiënten volgen de module 'In mijn kracht met de ander' wekelijks in een groep van maximaal acht personen.

Deze grootte is prettig werkbaar, omdat je tijdens de reflectierondes niet al te lang stil staat en omdat er voldoende verschillende personen zijn waar patiënten mee kunnen oefenen. Iedere sessie duurt 60 minuten. Alleen poliklinische patiënten en patiënten van de deeltijdbehandelingen kunnen worden verwezen. Er is geen vooraf bepaald maximum aantal keer voor deelname. Voor de patiënten van de dagbehandelingen geldt dat deelname in principe wordt afgerond bij beëindiging van de deeltijdbehandeling, tenzij er nog een specifieke indicatie is om verder te gaan.

Tijdens iedere sessie worden verschillende techniekreeksen aangeboden, die patiënten afwisselend als aanvaller en als verdediger uitvoeren. Om extra oefenmomenten te creëren wisselen patiënten geregeld tijdens de sessie van tweetal. Tijdens het laatste deel van iedere sessie worden er korte sparringspartijtjes gedaan.

Ik kies in deze module voor kickboksen en niet voor boksen. Het verschil tussen beide is het gebruik van de benen. Bij boksen mag je alleen stoten met je handen, bij kickboksen mag je naast het stoten ook trappen met de benen. Juist het gebruiken van en aangesproken worden op de kracht in je hele lichaam maakt dat ik heb gekozen voor kickboksen. Dat is mijn eigen ervaring in de jaren dat ik zelf trainde, af en toe training gaf en wedstrijdvechters heb begeleid. In het vervolg van dit artikel wordt doorgegaan op het uitgangspunt en de aan bod komende thema's. Uiteraard kunnen deze thema's ook met allerlei andere werkvormen worden bewerkt.

### Interactie als uitgangspunt

“Het begrip interactie wil zeggen: het gedrag van mensen ten opzichte van elkaar in onderlinge wisselwerking. Het gedrag van de een leidt tot een reactie van de ander” (Stapel & Keukens, 2009, p. 28). Communicatie en contact zijn belangrijke onderdelen van interactie (Bakers & Geurtsen, 2014). Communicatie ontstaat als twee mensen zich van elkaars aanwezigheid bewust zijn. In communicatie is er ook altijd sprake van contact. Met communicatie brengen we de boodschap over. Je kunt open staan voor het contact of je er juist voor afsluiten. Ook om je voor contact af te sluiten gebruik je communicatie door je bijvoorbeeld klein te maken of oogcontact te vermijden. In interacties kun je bewust in of uit contact zijn. Afhankelijk van hoe je dit communiceert, duidelijk of onduidelijk, begrijpen anderen deze boodschap (Bakers & Geurtsen, 2014).

Het belangrijkste uitgangspunt binnen de module is dat de kickboksoefeningen symbool staan voor interactie. Interacties waarin de patiënt in het dagelijks leven moeite heeft zijn ruimte te bewaken, grenzen te stellen, ruimte in te nemen, zijn kracht aan te spreken of zijn spanning te reguleren. De patiënt heeft hier zoveel moeite mee dat dit leidt tot somberheid en problemen in de relationele sfeer of sociaal

isolement (Peeters & Klumpers, 2003). Dit kan ook leiden tot angst- en dwangklachten (Bouman, Emmelkamp & Visser, 2009).

Kickboksen als interactie betekent: met elkaar, niet tegen elkaar. Het gaat in die interactie om afstemming. Afstemming op jezelf, waarbij je uiteraard de afstemming op de ander niet uit het oog verliest. Dat eerste is hierbij vooral van belang, in het tweede zijn de patiënten over het algemeen té voorzichtig.

Non-verbaal gedrag is een belangrijk onderdeel van de communicatie. Bakers en Geurtsen (2014) stellen dat non-verbaal gedrag de buitenkant is van ons gedrag. Het is het gedrag dat we kunnen waarnemen. Wat er aan de binnenkant aan vooraf gaat in denken en voelen is niet waarneembaar. Ze stellen daarnaast dat de manier waarop iemand zichzelf non-verbaal presenteert, ook kan leiden tot patronen in de interactie. Gedrag van de een roept gedrag van de ander op. Iemand die bijvoorbeeld een afwachtende houding aanneemt, doet daarmee ook een beroep op het initiatief van de ander.

De module kickboksen is voor mij een pure werkvorm. Puur in de zin dat je volledig wordt teruggeworpen op jezelf. Puur omdat alles wat je doet, niet doet of voor je houdt in de oefeningen direct gespiegeld wordt door concrete consequenties: op het moment dat je iedere keer als de ander naar voren komt, maar naar achteren stapt, sta je bijvoorbeeld uiteindelijk met je rug tegen de muur en kun je geen kant meer op.

Puur omdat je het helemaal zelf moet doen, niemand anders doet het voor je. Als er aan het eind van de therapiesessie bijvoorbeeld nog een aantal sparringspartijtjes worden gedaan, dan sta jij tegenover de ander. Er is niemand die het overneemt, niemand waar achter je je kunt verschuilen. Het is alleen jij met die ander. Je krijgt daar juist direct de rekening gepresenteerd van wat je zelf doet of juist niet doet.

De kracht van deze module zit hem mijns inziens in het feit dat de kracht die in de interactie wordt gestopt letterlijk voelbaar wordt. Niet alleen bij de ander, maar ook bij jezelf. De pure ervaring geeft veel lijfelijke feedback. En juist met die feedback kan de patiënt verder in zijn proces.

*Henk en Jan hebben elkaar zojuist opgezocht voor de volgende oefening. De oefening is verteld en voorgedaan. Henk staat alweer met zijn onderarmen tegen zijn bovenlichaam aan te wachten tot Jan start met de oefening en de techniekreeks richt op zijn dekking. Op zich een onschuldige gang van zaken, ware het niet dat Henk iedere keer direct na de uitleg zijn armen tegen zijn bovenlichaam houdt, zodat de ander direct kan beginnen met de oefening. Als hij dit (non-verbale) gedrag gespiegeld krijgt herkent hij dit. Hij laat het liefst de ander beginnen omdat hij bang is dat de*

*ander anders vindt dat hij teveel ruimte inneemt en hem niet meer aardig vindt.*

### Thema's in de module

De module is ooit gestart met het doel patiënten meer in hun kracht te zetten en hun zelfvertrouwen te vergroten. Gaandeweg bleek dat verschillende thema's iedere keer weer terugkwamen. Deze thema's, die nu aan bod komen, betreffen mijn visie, gekoppeld aan de ervaring van vier jaar lang deze module aanbieden.

De thema's worden los van elkaar beschreven. Dit is een wat klinische scheiding omdat ze veelal met elkaar verweven zijn. Je kunt ze niet los van elkaar zien. De kracht van de module kickboksen is dat de verschillende thema's die aan de beschreven problematiek raken op een ervaringsgerichte manier worden bewerkt.

#### *Ik-kracht*

Als patiënten starten in de module dan valt eigenlijk altijd op dat ze niet stevig op hun benen staan. Ze geven nauwelijks tegenkracht op het moment dat hun partner zijn of haar kracht inzet naar hen. Ze geven zo weinig tegenkracht dat ze letterlijk bijna omvallen. In het inzetten van hun kracht naar de ander stoppen ze ook weinig kracht. Kors (2010) heeft het over ik-kracht. Hij schrijft: "Ik-kracht is een authentieke kracht die je bij je geboorte meekrijgt. Het is een kracht die je door je hele lijf heen kunt voelen en die je aan kan zetten tot buitengewone prestaties. Deze kracht zorgt ervoor dat je de energie hebt om dingen neer te zetten. Het is een echte basiskracht, een aardekracht en een oerkracht. Een aardekracht omdat deze kracht je letterlijk met twee benen op de grond zet. Oerkracht is sterk, ongelooflijk sterk. Ik-kracht kun je niet leren, ik-kracht bezit je. Ik-kracht kan niet futloos zijn, kan niet zwak zijn en is niet arrogant. Maar ik-kracht kan wel afwezig zijn, minder aanwezig, weggestopt, weggegeven." (Kors, 2010, p. 15). Kors stelt verder dat er een verschil is tussen ik-kracht en wilskracht. Wilskracht ontstaat vanuit een overlevingsdrang en zorgt dat je blijft leven. Ik-kracht is gewoon aanwezig en zorgt ervoor dat je dingen kunt neerzetten in je leven.

Bij de patiënten in de module is die ik-kracht vaak afwezig of weggestopt. Met name in de eerste fase van de module is dit het belangrijkste punt van aandacht, zowel qua observatie als qua interventies. Alles is erop gericht de patiënt zijn of haar kracht te laten ervaren, en van daaruit de positieve impact op het gedrag te ervaren.

De afwezigheid van de ik-kracht is in de verschillende oefeningen duidelijk zichtbaar en voor de patiënten ook voelbaar. Ze moeten constant gedurende de oefeningen hun evenwicht herstellen, ze stappen steeds terug, voelen zich zwak. Middels kleine interventies is hier snel verandering in aan te brengen. Drie interventies die ik veel gebruik:

- Duwen van achter tegen de schouders. Om de patiënt te laten ervaren hoe het is om meer tegenkracht in te zetten ga ik op armlengte achter de patiënt staan en leg ik mijn beide handen op diens schouderbladen. Op het moment dat de andere patiënt zijn kracht inzet op de dekking van de patiënt die ik ondersteun, duw ik met beide handen de schouderbladen naar voren, waardoor de patiënt tegenkracht biedt. Hierdoor ervaart hij het verschil in wat hij tot dat moment deed en wat er nu gebeurt, nu hij (weliswaar geholpen) tegenkracht geeft. Dit nodigt uit tot het zelf gaan experimenteren hiermee.
- Naar voren laten bewegen. Op het moment dat de ander instapt voor het maken van de eerste techniek, laat ik de patiënt in kwestie met het hele lichaam naar voren bewegen. Hierdoor zal hij voelen dat hij actief tegenkracht biedt aan de ingezette kracht van de ander. Hij voelt dat hij de ingezette kracht kan weerstaan, niet achteruit moet of uit balans raakt.
- Krachtig uitademen. Ik geef de opdracht om krachtig uit te ademen (thema ademhaling) op het moment dat de ander de patiënt raakt. Hierdoor merkt hij dat de impact van hetgeen de ander doet minder groot is, hij meer zijn eigen kracht voelt en niet meer terug hoeft.

Deze heel praktische interventies geven vaak het gevoel van ik-kracht weer terug. Patiënten verkeren vaak in de veronderstelling dat ze die niet hebben, terwijl het meer een kwestie is van het onderweg kwijt zijn geraakt. Het nodigt uit tot verder oefenen, waardoor ze stappen zetten in hun behandeling. Ze krijgen hierdoor meer vertrouwen in zichzelf en in hun ik-kracht.

#### *Invulgedachten*

Een van de veel gehoorde opmerkingen tijdens de sessies is: "Ik ben bang dat ik de ander pijn doe." Ook zeggen patiënten, zeker in het begin vaak "sorry". Sorry als ze denken dat ze iets doen wat de ander onplezierig vindt. Dat varieert van het inzetten van hun kracht tot het even vastlopen in de techniekreeks.

*Het gaat hier om de patiënt die moeilijk grenzen stelt, eigen kracht mist, zich onzichtbaar maakt*

Kortom, de patiënten zijn met hun aandacht vooral bij de ander. Ze zorgen goed voor die ander, iets wat vaak ten koste gaat van zichzelf. Invulgedachten en het van daaruit handelen liggen daar vaak aan ten grondslag.

*Els is bezig met haar oefenpartner, waarbij de ander meer kracht in lijkt te zetten dan zij aangenaam vindt. Dit is*

*zichtbaar in de grimassen op haar gezicht. Als ik haar dit teruggeef, dan vertelt ze dat ze wel merkt dat het te hard ging. Ze gaf het echter nog niet aan omdat ze eerst aan het zoeken was naar een alternatieve oplossing zodat de ander wel zijn 'ding' kon blijven doen en niet werd beperkt door haar. "Het is toch egoïstisch om zo te zeggen dat hij minder hard moet doen. Als ik het niet kan verdragen, moet ik in ieder geval wel met een ander idee komen, anders is het ook asociaal."*

Binnen de module maak ik dan ook gebruik van aspecten uit de cognitieve gedragstherapie (CGT). Craske (2012, p. 21-22) schrijft het volgende over CGT: "Het doel van CGT is dat de cliënt geleerd wordt om op een andere manier te reageren aan de hand van nieuwe leerervaringen, die gezamenlijk zorgen voor functionele patronen van gedrag, cognities en emoties." Juist de disfunctionele patronen herkennen en die middels leerervaringen vervangen door nieuwe, meer adequate patronen is een belangrijke pijler van de module. Wat ik daarbij vaak doe is de andere, onbedoelde kant laten zien van hun 'invulgedrag', namelijk dat je de ander eigenlijk niet serieus ziet. Dit laat ik ook in oefeningen ervaren door aan te halen wat aangenamer voelt, iemand die zich erg inhoudt en heel voorzichtig is, of iemand die zijn kracht inzet en die je dus echt 'tegenkomt'.

### **Assertiviteit en grenzen**

De patiënten die ik in de module zie verwarren assertiviteit vaak met agressiviteit, zoals dat vroeger dikwijls gebeurde (Peeters & Klumpers, 2003). Men had bij een assertief iemand het beeld van een egocentrisch, onsympathiek persoon, die alleen maar aan zichzelf dacht. Terwijl bij assertiviteit hoort dat je ook oog hebt voor de ander, een handeling is assertief als een relatie niet onnodig verstoord wordt. Een assertief persoon gebruikt precies zoveel kracht als nodig en redelijk is. Bij de agressieve persoon ligt dat anders. Deze praat harder dan nodig, maakt cynische opmerkingen en felle gebaren. Agressiviteit betekent dat je de ander onnodig kwetst en er alleen maar rekening wordt gehouden met de eigen persoon (Peeters & Klumpers). Tegelijkertijd zien ze zichzelf veelal niet als iemand die subassertief gedrag vertoont maar als iemand die oog heeft voor de ander. Dit gaat echter ten koste van zichzelf. Patiënten zijn bang dat als ze ook oog hebben voor hun eigen belang, ze de relatie met de ander verstoren. Om die relatie niet te verstoren houden ze dus vooral rekening met de ander en gaan ze veelvuldig aan hun eigen wensen en behoeften voorbij.

*In de afsluitende oefenvorm van iedere sessie wordt er een paar rondjes gespard. In het partijtje tussen Edith en Johan*

*valt heel erg op dat Johan de hele tijd wegloopt. Hierdoor maakt hij het Edith onmogelijk om bij hem in de buurt te komen. Hoe meer hij wegloopt, hoe harder zij gaat werken om toch bij hem te komen. De frustratie en irritatie lopen zichtbaar op bij haar. Dit uit zich in nog harder werken en daarvoor nog meer frustratie. In de nabespreking van het rondje sparren gaf Edith uit zichzelf aan wat ze bij zichzelf merkte: de irritatie over het feit dat Johan maar weg bleef lopen, haar neiging zich dan nog meer in te spannen. Het kwam niet bij haar op om op het moment dat ze merkt dat ze het heel vervelend vindt dat hij wegloopt, dit te benoemen. Ze kijkt zelfs verbaasd dat dit een mogelijkheid zou kunnen zijn; het was niet bij haar opgekomen.*

Gekoppeld aan assertiviteit zijn 'grenzen'. Zonder je grenzen te voelen en te kennen is het lastig assertief zijn. Het mooie in de module kickboksen is hoe letterlijk voelbaar dit kan worden gemaakt. In iedere werkvorm heeft elke patiënt

*Bij kickboksen wordt de patiënt aangesproken op het gebruiken van kracht met zijn hele lijf*

afwisselend de aanvallende en de verdedigende rol. Daar waar een medepatiënt te hard op jouw verdediging (dekking) werkt, is dat voelbaar. Patiënten kiezen er dan vaak voor om hun mond te houden, vooral in de eerste weken van de module. Cognities als 'ik moet er maar tegen kunnen' of 'laat hem ook maar even' spelen daarin een rol. Hoewel de grens duidelijk voelbaar wordt overschreden, wordt deze niet aangegeven. Vanuit deze duidelijk voelbare, en vaak ook zichtbare, grensoverschrijdende situaties is de transfer naar het dagelijks leven snel gemaakt. Patiënten beginnen van daaruit een patroon bij zichzelf te herkennen, wat vaak aanzet is tot het voorzichtig beginnen met veranderen.

### **Competentiebeleving**

Een belangrijk effect van de module kickboksen is de positieve invloed op de competentiebeleving. Het volgen van de module maakt dat patiënten vaardiger worden in het kickboksen. Kickboksen bestaat uit verschillende vaardigheden die patiënten zich gaandeweg eigen maken en waar ze steeds 'handiger' in worden. Daar bovenop komt dat ze merken dat ze steeds meer kracht kunnen en durven inzetten. Simons en Konsten (1996, p. 107): "White (1959) omschreef competentie als de behoefte om effectief met zijn omgeving in interactie te zijn. Hij hecht aan dit begrip een belangrijk motivationeel aspect, nl. succeservaringen zijn belangrijk voor motivatie". Vaak lopen patiënten hier

tegenaan, met name in de eerste keer dat ze deelnemen. Ze komen binnen met hun hulpvraag, zitten niet in de beste fase van hun leven en moeten dan ook nog leren kickboksen. Ze zijn van daaruit erg geneigd zich te spiegelen met anderen die al langer bezig zijn, moeten vaak van zichzelf ook dit niveau gelijk halen.

Simons en Konsten merken op: "Harter (1981) hechte ook veel belang aan de emotionele aspecten van slagen of falen. Succes leidt tot plezierbeleving, een gevoel van trots

*Een pure werkvorm omdat er niemand is  
waar je je achter kunt verschuilen,  
het is alleen jij met de ander*

en tevredenheid; mislukte of niet uitgevoerde opdrachten resulteren in gevoelens van teleurstelling, ergernis, onzekerheid en angst" (p. 107).

*Denise heeft een huwelijk achter de rug waarin ze veel verbaal geweld heeft ondergaan. Ze is zichzelf vandaaruit steeds kleiner gaan maken in het contact met de ander. Ze gaf haar ruimte weg, ging steeds meer al op voorhand aan de kant. In de module kickboksen leert zij haar ruimte te bewaken. In de eerste weken van deelname zag ze iedere keer als een berg op tegen de module. Bij iedere sessie lag bij haar de nadruk op het geven van tegenkracht, waarbij ik gebruik maakte van de al eerder onder 'ik-kracht' beschreven interventies. Hierdoor merkte ze dat ze de kracht wel degelijk in zich had, niet meer achteruit hoefde maar kon blijven staan. Aan het eind van de sessie gaf ze dan ook iedere keer aan dat ze niet kon begrijpen dat ze er vooraf zo tegenop had gezien.*

In de competentiebeleving komt ook vaak perfectionisme naar voren. Patiënten moeten eigenlijk alles perfect doen, iedere keer weer. Ook hierin is normalisering van groot belang.

### **Spanning, adem en energie**

Daar waar het spannend wordt hebben mensen de neiging hun adem in te houden. Je stopt even met ademen, je stopt dus ook even met zuurstof krijgen. Wat tot gevolg heeft dat energieprocessen in je lichaam ook even stil staan. De Wever (2000) vergelijkt het met een open vuur. Hoe meer zuurstof een vuur krijgt, hoe krachtiger de vlam. Hoe minder zuurstoftoevoer, hoe minder warmte en hoe meer ongewenste rookontwikkeling... en spoedig verzwakt de vlam en dooft hij uit. De Wever ziet het uitademen als het belangrijkste onderdeel van de totale ademhaling. Het cyclische proces van in- en uitademen heeft één belangrijk doel, namelijk de gaswisseling die plaats vindt in de uiterste zones van de

longen, met name de alveoli en de broncheoli. Een oppervlakkige ademcyclus is minder efficiënt dan diep ademen. En energie heb je nodig om te kunnen handelen, zeker in situaties die toch al meer energie kosten omdat ze lastig of spannend zijn. Er zit dus een koppeling tussen spanning, adem inhouden en energieprocessen.

*Kiai* is een de Japanse benaming voor een begrip uit vechtsporten zoals het karate en zelfverdedigingskunsten zoals het jiu-jitsu. Het staat voor een korte kreet die geuit wordt, voor of tijdens het uitvoeren van een techniek zoals een *atemi* (Japans woord voor slag, stoot of trap). Het woord *kiai* bestaat uit de onderdelen *ki*, dat 'wil' of 'geest' betekent, en *ai*, dat zoveel betekent als 'verenigen'. Een van de belangrijke functies van *Kiai* is, naast het verkrijgen van zelfvertrouwen, het geven van ondersteuning aan de ademhalingstechniek, in het bijzonder het uitademen (Wikipedia, 2015). Het is van groot belang krachtig uit te ademen op het moment dat je kracht inzet naar de ander. Maar ook bij het inzetten van tegenkracht. Hier ligt vanaf de start van een patiënt in de module de aandacht op: krachtig uitademen als je kracht inzet naar de ander, krachtig uitademen als je tegenkracht geeft. Patiënten merken duidelijk verschil in hun kracht daar waar ze krachtig uitademen. Behalve deze persoonlijk beleefde toename van kracht, geeft zonder uitzondering ook de partner in de oefening aan veel meer kracht vanuit de ander te voelen.

In het begin ervaren mensen het incasseren van de kracht van de ander, het geven van tegenkracht vaak als lastig, maar ook als pijnlijk en/of vervelend. Ademhaling, en met name het krachtig uitademen, speelt daarbij een grote rol. Ik gebruik zelf altijd het voorbeeld van het alom bekende springkussen. Aan de achterkant van dit springkussen zit altijd een opening waar de lucht weg kan. Zou dit er niet zitten, dan zou er bij drukte op het kussen ineens een geweldige knal klinken. Door de toenemende druk op het kussen baant de lucht zich een weg naar ruimte. Hoe meer kinderen er op springen, hoe strakker het kussen komt te staan. Dit veert uiteindelijk ook steeds slechter, tot het moment dat het onder te grote druk knapt. Ik vergelijk het lichaam tijdens het kickboksen dan ook met zo'n springkussen. Door uit te ademen als de ander zijn kracht op jou richt, vang je die kracht veel meer op. Je reguleert die kracht deels via de ademhaling en spreekt hiermee meer je eigen (tegen)kracht aan. Hierdoor ervaren patiënten meer tegenkracht en merken ze dat ze de kracht van de ander 'makkelijk' aankunnen.

### **Spanning reguleren en verdragen**

Een belangrijk aspect dat ik veelvuldig tegenkom binnen de patiëntcontacten in het algemeen en in de module in het bijzonder, is het woord 'ontspanning'. Een van de belang-

rijke verwachtingen die patiënten veelal hebben is dat ze na de behandeling geen last meer hebben van spanning in de verschillende lastige situaties die ze in hun dagelijkse bezigheden tegenkomen. Ze kunnen dan zonder 'al die vervelende emoties' gewoon alles doen en aangaan. Een zeepbel die ik snel doorprik door de emoties die bij een vervelende of spannende situatie horen te normaliseren. Als voorbeeld gebruik ik een van mijn beste vrienden, een tweevoudig wereldkampioen thaiboksen. Hij heeft meer dan honderd partijen gevochten over de hele wereld. Toch was hij voor iedere partij weer enorm gespannen. Voor zijn afscheidspartij liep de spanning zelfs zo hoog op, dat hij naar huis is gegaan na de weging. Het heeft mij toen de nodige moeite gekost om hem alsnog richting de ring te praten. Achteraf hebben we daar smakelijk om kunnen lachen.

### Conclusie

Dit artikel is een eerste beschrijving van het werken met een module kickboksen binnen de psychomotorische therapie bij mensen met subassertiviteit. De module is erop gericht patiënten inzicht te geven in de manier waarop ze de interactie aangaan met de ander, waarbij de focus ligt op het gedrag waardoor ze vastlopen. Vervolgens wordt de patiënt uitgedaagd te oefenen met nieuw gedrag. Dat er door het feit dat ze leren kickboksen een toename van het zelfvertrouwen is, is een mooi neveneffect. Met name de ervaringsgerichte insteek en de praktische vertaling naar het dagelijks leven maken dat de module in het UMCG zeer goede resultaten geeft.

Een mogelijk vervolg zou kunnen zijn om ook het effect van deze module te meten aan de hand van vragenlijsten.

Een mogelijk vervolg op dit artikel is om de module te gaan onderzoeken op het effect. Hiertoe zal de module eerst in het recent ontwikkelde format van de commissie product en module ontwikkeling (CPMO) moeten worden geschreven. Aangezien er bij het Victimisatieproject ook onderzocht

### *Patiënten krijgen meer vertrouwen in zichzelf en in hun ik-kracht*

wordt wat de invloed is op subassertief gedrag, is het een mogelijkheid (een deel van) hetzelfde instrumentarium te gebruiken.

### Literatuur

- Bakers, W. & Geurtsen, H. (2014). *In contact*. Zaltbommel: Thema.
- Boerhout, C., Busschbach, J.T. van, Wiersma, D., & Hoek, H.W. (2013). Psychomotor therapy and aggression regulation in eating disorders. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 8, 241-253.
- Boerhout, C. & Weele, K. van der (2007). Psychomotorische

therapie en agressieregulatie: een pilotonderzoek. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 2, 11-19.

- Bouman, T.K., Emmelkamp, P.M.G., Visser, P. (2009). *Angststoornissen en Hypochondrie: diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Craske, M. (2012). *Cognitieve gedragstherapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.
- Dijk, F. & Nanninga, M. (2013). Boksen in een therapeutische setting. Geraadpleegd op 17-04-2015 op <http://www.pmtinfosite.nl/index.php>
- Kes, T. (2010). Kickboksen binnen de TBS: "Je wilt toch weten wat ik doe als ik een klap krijg! Dan moet je mij er wel een geven." (Afstudeerscriptie BA-PMT). Zwolle, Hogeschool Windesheim, Human Movement & Sports.
- Kiai (z.j.). In Wikipedia. <http://nl.wikipedia.org/wiki/Kiai>, datum raadpleging 20-05-2015.
- Kors, D. (2010). *Ik-kracht*. Barneveld: Boekenbent.
- Kuin, F.M.B. (2000, 2005). *Module behandeling impulscontrole problematiek voor psychomotorisch therapeuten*. Utrecht, Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie.
- Ottenschot, L. (2013). *Vechten voor je leven* (Afstudeerscriptie BA-PMT). Ambt Delden, Hogeschool Windesheim, Human Movement & Sports te Zwolle.
- Peeters, S. & Klumpers, K. (2003). *Van A tot ggZ: Leven met assertiviteitsproblemen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Simons, J. & Konsten, L. (1996). *Psychomotorische therapie: beweging in beeld*. Leuven: Acco.
- Stapel, J. & Keukens, R. (2009). *Sociologie voor gezondheidszorg en verpleegkunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vries, B. de, Busschbach, J.T. van, Pijnenborg, M., Meerdink A., Waarheid C., Helm, E. van der (2014). *Beat Victimization! Psychomotorische weerbaarheidstraining met kickboks oefeningen voor mensen met een psychotische kwetsbaarheid* (Trainershandleiding). Groningen, RGOC.
- Wever, S. de (2000). *De helende kracht van de ademhaling*. Wielsbeke, België: De Eenhoorn.

### Over de auteur

Marco Bluming werkt inmiddels veertien jaar als psychomotorisch therapeut in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), daarvoor werkte hij in FPC van Mesdag te Groningen. Naast zijn werk in het UMCG heeft hij een eigen praktijk voor psychomotorische therapie, ook in Groningen. E: [marco@pmtpraktijk-respons.nl](mailto:marco@pmtpraktijk-respons.nl)

I: [www.pmtpraktijk-respons.nl](http://www.pmtpraktijk-respons.nl)

### Samenvatting

Boks- en kickboks vormen worden binnen de psychomotorische therapie geregeld gebruikt binnen de behandeling van agressieregulatieproblematiek. De module van Kuin is mogelijk de meest bekende. In de module die beschreven wordt in dit artikel wordt kickboksen ingezet als ervaringsgerichte methode om mensen met problemen op het gebied van subassertiviteit, depressieve problematiek en angst- en dwangproblematiek te helpen meer in hun kracht te komen. Om vanuit die kracht ander, meer adequaat gedrag in te zetten in voor hen lastige, interactieve contexten. De verschillende thema's die in de module aan bod komen worden uitgewerkt en toegelicht met voorbeelden uit de praktijk. ■