

Ik leef omdat ik voel

*Een onderzoek naar hoe je binnen danstherapie kunt werken aan de
ontwikkeling van lichaamsbeeld bij mensen die vanaf de geboorte
blind of ernstig slechtziend zijn*

J.A.M. Lennartsson
Creatieve therapie dans- beweging
Student nummer 2053556
Faculteit gezondheid en zorg
Hogeschool Zuyd te Heerlen
Begeleidster; Simone Kleinlooh
4 juni 2009

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	4
Inleiding.....	5
1 Het onderzoek.....	6
§ 1.1 Probleemstelling.....	6
§ 1.2 Begrippenkader.....	10
§ 1.3 Vraagstelling.....	11
§ 1.4 Doelstelling.....	11
§ 1.5 Onderzoekstype en methode.....	11
2 De fases van het onderzoek.....	13
§ 2.1 Voor- en oriëntatiefase.....	13
§ 2.2 De diagnostische fase.....	14
§ 2.3 De ontwikkelingsfase.....	14
§ 2.3.2 Zo heb ik het project gerealiseerd.....	16
§ 2.3.3 Mijn rol als onderzoeker.....	16
§ 2.4 De evaluatiefase.....	17
§ 2.4.1 Data -analysemethode en technieken.....	17
§ 2.4.2 Betrouwbaarheid en validiteit.....	17
3 De zintuigen.....	19
§ 3.1 Definitie van zintuig.....	19
§ 3.2 De zintuigen en de manier van perceptie.....	19
§ 3.2.1 De visuele perceptie.....	19
§ 3.2.2 De tactiele perceptie.....	19
§ 3.2.3 De audio, reuk en smaak perceptie.....	20
4 Danstherapie.....	21
§ 4.1 Danstherapie.....	21
§ 4.2 Lichaamsbeeld.....	21
§ 4.2.1 The tri –partite model of the body image.....	22
§ 4.3 De Laban Movement Analyse.....	23
5 Resultaten.....	26
§ 5.1 Resultaten van de interviews met professionals.....	26
§ 5.1.1 Wat zie je in beweging geordend in de LMA.....	26
§ 5.1.2 Overige data uit de interviews met professionals.....	27
§ 5.2 Resultaten van de bewegingsobservatie.....	30
§ 5.3 Resultaten van eigen blind bewegingservarenheid.....	30
§ 5.3.1 Mijn ervaring.....	30
§ 5.3.2 De data van de observatoren.....	32
§ 5.3.3 Een kritische noot.....	32
§ 5.4 Mogelijk bewegingsbeeld van een blind of ernstig slechtziende cliënt.....	32
6 Behandelingsmodel.....	34
§ 6.1 Indicatie.....	34
§ 6.2 Werkwijze.....	35
§ 6.2.1 Algemeen werkwijze.....	35
§ 6.2.1 Mediumspecifieke werkwijze.....	35
§ 6.3 Werkvormen.....	38
§ 6.4 Effect.....	38
§ 6.5 Randvoorwaarden.....	38
§ 6.6 Competenties.....	39
§ 6.7 Contra -indicatie.....	39
§ 6.8 Rationale.....	39

7 Discussie	41
§ 7.1 Is de vraagstelling beantwoord en is het doel van het project gehaald?	41
§ 7.2 Is het project gerealiseerd op de manier dat ik me voorgenomen had?	42
§ 7.3 Wat zijn de sterke kanten en de tekortkomingen van deze scriptie?	42
§ 7.4 Verklaring en interpretatie van de resultaten en de integratie van de resultaten in een nieuw werkmodel	44
§ 7.5 Vergelijking van het oude werkmodel en het nieuwe werkmodel	44
§ 7.5 Aanbevelingen	46
Samenvatting	47
Nawoord	48
Literatuurlijst.....	49
Bijlage 1 De Engelse versie van tabel 9 mogelijk bewegingsbeeld van een blind of ernstig slechtziende cliënt.....	51
Bijlage 2 Een visueel beeld van de lichaamsvlakken, lichaamsassen en de kinessfeer/ persoonlijke ruimte	52
Bijlage 3 Overzicht van de LMA	54
Bijlage 4 De fases van leren van de doelgroep	55
Bijlage 5 De Sherborne en The Fundamentals methoden.....	56

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie voor de opleiding creatieve therapie inrichting dans – beweging. Ik heb de tijd die ik had voor mijn eindproject besteed om mij te verdiepen in de doelgroep blinden en ernstig slechtzienden. Het was deze doelgroep die mij, nu meer dan tien jaar geleden, het eerste vonkje en inzicht gaf in het gegeven, dat dans veel meer in zich heeft dan alleen maar op het podium te staan voor je eigen plezier. Mijn moeder die met blinden en slechtzienden werkt, organiseerde destijds een dansshow voor blinden en slechtzienden waar zij mee werkte. Als jonge puber vond ik dit zielig en totaal onnuttig. Na de show had ik door, dat ondanks dat de meeste mensen in het publiek niets of weinig konden zien van de show, de show toch duidelijk indruk op hen had gemaakt. Dit was de oorzaak van het eerste vonkje dat mij later zou doen besluiten om de opleiding voor dans – bewegingstherapeut te gaan volgen. Voor mij is het een mooie symboliek om aan het einde van de opleiding terug te keren en onderzoek te doen naar de doelgroep die mij de allereerste zet gaf om danstherapeute te worden. Door mijn eindproject te besteden aan de blinden en ernstig slechtzienden is de cirkel voor mij rond.

De titel van dit onderzoeksvoorstel *“ik leef omdat ik voel”* is een van de minder bekende uitspraken van filosoof Spinoza. Spinoza's meest bekende uitspraak is; “Ik voel dus ik ben” of anders gezegd ik voel dus ik besta, maar ik vind “ik leef omdat ik voel” een betere beschrijving van hoe het leven is voor de blinden en ernstig slechtzienden. Want als zij niet konden voelen, hadden zij ook geen leven. Je zou natuurlijk kunnen argumenteren dat dit voor iedereen geldt, maar als je er goed over nadenkt en jezelf probeert te verplaatsen in hoe het is om blind of ernstig slechtziend te zijn, dan denk ik dat ook jij tot dezelfde conclusie komt als ik namelijk: dat het voor blinden en ernstig slechtzienden ontzettend waar is!

Deze scriptie is alleen maar tot stand gekomen dankzij de hulp, goede raad en aanmoedigen van een aantal personen. Als eerste wil ik Simone Kleinlooh bedanken. Zij heeft me tijdens dit project begeleid, veel steun en advies gegeven en op het juiste spoor weten te houden óók wanneer ik zeer interessante zijwegen vond, Dankjewel! Ik richt ook een woord van grote dank naar mijn zes respondenten. Die tijd, ruimte, energie en enthousiasme die jullie me gaven heb ik zeer op prijs gesteld. Lianne Hodzelmans en Ilona van de Meent waren mijn twee observatoren toen ik zelf geblinddoekt in beweging ging, Bedankt voor jullie observatie en tijd. Ik wil ook Ilona bedanken en een dansje geven voor de heerlijke steun tijdens het vierde opleidingsjaar, maar ook voor de slaapplek waar jij en je vriend voor zorgden toen ik op de Bosschool observeerde. Dit brengt me naar de Bosschool in Doorn, Dankjewel dat ik bij jullie mocht observeren en vooral voor de informatie die de werknemers me met gulle hand gaven. Verder wil ik Ina van Keulen bedanken omdat zij altijd de tijd nam en bereid was om vragen te beantwoorden en om steun te geven. Ik wil ook Wijnanda Reneman bedanken. Zij heeft niet alleen deze scriptie doorgelezen en de spelling gecorrigeerd waar nodig was, maar zij was ook een grote steun in het eerste jaar van de opleiding als docent in de Nederlandse taal. Je was er zeker van, dat ik het kon leren ook wanneer ik er zelf niet in geloofde. Dank aan Lena Ladniak en Elin Johansson, mijn twee Zweedse vriendinnetjes hier in Maastricht. Tack för ert stöd och för att ni har fått mig att skratta då jag inte såg skogen för alla träden. (bedankt voor jullie steun en omdat jullie me weer aan het lachen hebben gekregen, ook wanneer ik door het bos de bomen niet meer zag).

Ten slotte wil ik in het bijzonder mijn vriend Ron Heuvelds en mijn ouders Yvonne en Rolf Lennartsson bedanken. Ron zonder jouw steun en geloof in mij, denk ik niet dat ik deze vier jaar door was gekomen. Ik wil je ook bedanken voor alle tijd die je in mij gestoken hebt om mij te helpen met mijn verslagen te corrigeren en de woorden die, dat, deze, wat het en de juist te gebruiken. Mamma en pappa, tack för att ni finns, för ert stöd enda sen jag flyttade till Nederländerna och för att ni har trott på min förmåga. (Dankjewel omdat jullie er zijn, voor jullie steun sinds mijn besluit om naar Nederland te gaan en voor jullie geloof in mijn vermogen om dit te doen). Mamma wil ik ook bedanken voor de hulp met het typen van de brailletekst op de eerste pagina. Mamma, tack för hjälpen med punktskriften på framsidan.

Jessica Lennartsson
Maastricht, mei 2009

Inleiding

In deze scriptie probeer ik de volgende vraag te beantwoorden; hoe kan je binnen de danstherapie werken aan de ontwikkeling van lichaamsbeeld bij mensen die vanaf de geboorte blind of ernstig slechtziend zijn?

De aanleiding om mijn afstudeerproject te richten op de doelgroep blinden en ernstig slechtzienden heb ik al genoemd in het voorwoord. De aanleiding waarom ik juist op dit probleem van de doelgroep ben uitgekomen, heeft te maken met het beeld dat bij mij bij is gebleven. Een beeld van mensen die zich op de een of andere manier gefragmenteerd voelen in de manier waarop zij bewegen, maar ook vanwege de kennis die mijn literatuuronderzoek in de probleemstelling mij heeft gegeven. Om tot een antwoord op mijn vraag te komen, heb ik een aantal onderwerpen behandeld. Hieronder is een korte beschrijving van de inhoud van de verschillende hoofdstukken.

In hoofdstuk 1 geef ik mijn onderzoeksopzet weer. Ik begin met de probleemstelling waarin ik achtergrondinformatie geef over mijn onderwerp van onderzoek. Vervolgens geef ik in mijn vraagstelling en doelstelling weer welke de kern van mijn onderzoek vormt. Tot slot beschrijf ik mijn onderzoekstypen en methode.

Hoofdstuk 2 behandelt de fases van mijn onderzoek. In dit hoofdstuk beschrijf ik onder andere mijn onderzoeksnetwerk, ik als onderzoeker en hoe ik tot de diagnose ben gekomen. Verder beschrijf ik hoe ik het project heb gerealiseerd en hoe ik de data heb vastgelegd. Tot slot komt de evaluatiefase waarin ik de data analysemethode en technieken beschrijf. Aan het eind van dit hoofdstuk heb ik het over de betrouwbaarheid en validiteit van mijn resultaten.

Hoofdstuk 3, hierin neem ik de vijf klassieke zintuigen van Aristoteles als uitgangspunt. De kern van dit hoofdstuk gaat over de perceptie van deze vijf zintuigen: visie, auditieve, tactiel, smaak en reuk.

In hoofdstuk 4 neem ik een aantal elementen van de danstherapie onder de loep. Ik begin met een uitgebreide definitie te geven van danstherapie. Daarna ga ik verder met het concept van lichaamsbeeld. Ik eindig het hoofdstuk met een beschouwing over de Laban Movement Analyses, de LMA.

In hoofdstuk 5 geef ik de resultaten van de interviews, observaties en eigen blind bewegingservaring weer. Aan het eind van dit hoofdstuk geef ik een mogelijk bewegingsbeeld van een blinde of ernstig slechtziende cliënt weer.

Hoofdstuk 6 is mijn product (werkmodel), een mogelijk behandelingsmodel. Ik zie dit deel als een leidraad voor professionals die blinden of ernstig slechtzienden in therapie krijgen. In dit deel van de scriptie komen indicatie, werkwijzen, werkvormen, effecten, randvoorwaarden, competenties van de therapeut, contra –indicatie en de rationale aanbod, alle onderdelen die belangrijk zijn voor een behandelingsmodel.

In hoofdstuk 7, in de discussie, kijk ik met een kritische blik terug naar het proces en het schrijven van de scriptie. Ik beschrijf of ik mijn vraagstelling heb kunnen beantwoorden ja of nee en bespreek verder de sterke kanten en de tekortkomingen van deze scriptie. Ik eindig het hoofdstuk met een aantal aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

Vervolgens komt de samenvatting van deze scriptie. In de samenvatting beschrijf ik in notendop het probleem, de vraagstelling, mijn acties, de resultaten en mijn conclusie.

Ik sluit de scriptie af met een kort nawoord.

1 Het onderzoek

§ 1.1 Probleemstelling

Zoals ik al in het voorwoord heb aangegeven, was het een groep blinden en slechtzienden, die mij het inzicht gaf, dat dans veel meer in zich heeft dan alleen maar op het podium te staan voor je eigen plezier. Als ik terugdenk aan de blinde mensen die ik vaak heb ontmoet, dan is het beeld dat mij is bijgebleven, juist het beeld en gevoel van niet één geheel te zijn en bewegingen zonder flow¹ in zich. Met deze uitgangspunten ging ik op zoek naar informatie over danstherapie voor blinden en ernstig slechtzienden. Tot mijn verbazing was hierover niet veel te vinden, ondanks dat blindheid en ernstig slechtziendheid een beperking is in het lichaam. Doordat er zo weinig over dit onderwerp te vinden is, werd het mij duidelijk dat het relevant voor de vakgroep danstherapie is, dat informatie verzameld wordt over deze doelgroep en dat er verder onderzoek moet komen over hoe danstherapie deze doelgroep kan helpen. Dit zou niet alleen het werkveld van de danstherapeuten in Nederland kunnen vergroten, maar ook de danstherapeuten erop attenderen, dat de blinden en ernstig slechtzienden ook een doelgroep is die geholpen kan worden met danstherapie. Voordat ik tot mijn vraagstelling en doelstelling van dit onderzoek kom, wil ik eerst dieper ingaan op de problemen waar blinden en ernstig slechtzienden mee te maken hebben.

De laatste cijfers van de World Health Organization van november 2004 geven aan dat er 50 miljoen blinde mensen op de wereld zijn, van deze 50 miljoen zijn 1.5 miljoen kinderen onder de 16 jaar. Er zijn geen cijfers bekend hoeveel ernstig slechtziende kinderen er op de wereld zijn. In Nederland zijn er 260.000 mensen blind of ernstig slechtziend, waarvan tachtig procent ouder is dan 65 jaar. Er wordt geschat dat er ongeveer 7.000 tot 8.000 kinderen onder de leeftijd van 16 jaar blind of ernstig slechtziend zijn. Een meer exact getal is niet mogelijk om te berekenen omdat het vrij moeilijk is om zuigelingen te diagnostiseren. Tot het jaar 2020 houdt men rekening met een stijging tot 400.000 mensen die blind of ernstig slechtziend zijn. Dit is een stijging van 35 procent. Dit hangt voornamelijk samen met de vergrijzing van Nederland, maar ook omdat het aantal vroeggeboortes toeneemt en dus ook het risico op cerebrale visuele stoornissen. De visuele beperking bij mensen met een verstandelijke handicap wordt onvoldoende onderkend en blijkt bij 20 procent van hen voor te komen. Het aantal mensen met één visuele waarnemingsstoornis als gevolg van niet aangeboren hersenletsel, neemt ook toe.

De belangrijkste oorzaken van blindheid en ernstig slechtziendheid in West-Europa op een rijtje:

- Erfelijke oogafwijkingen of oogziekten, bijvoorbeeld aangeboren staar en retinitis pigmentosa (een aandoening van het netvlies).
- Interne ziekten: bijvoorbeeld suikerziekte en multiple sclerose.
- Ouderdom: vitale delen van het oog werken niet meer goed. De bekendste aandoeningen die tot slechtziendheid leiden zijn:
 - macula degeneratie: (het afsterven van dat deel van het netvliesweefsel dat de zogeheten gele vlek vormt, meestal veroorzaakt door slechte bloedtoevoer).
 - glaucoom: verhoogde inwendige oogdruk.
 - cataract of staar: vertroebeling van de ooglenzen.
- Slechtziendheid of blindheid kan ook ontstaan door een ongeval, hersentumor en een infectie tijdens de zwangerschap.
- Ook een teveel aan zuurstof tijdens het verblijf in een couveuse van te vroeg geborenen kan een oorzaak zijn.
- Albinisme kan ook blind- en ernstig slechtziendheid veroorzaken.

(www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282, www.oogfonds.nl en Dik, 2005)

Officieel ben je slechtziend als je minder dan dertig procent kunt zien. Maar er zijn heel veel verschillende vormen van slechtziendheid. Daarom bestaan er veel misverstanden over het begrip slechtziendheid. (http://www.sensis.nl/infocentrum/?page_id=212).

¹ Flow is een woord uit de terminologie van de Laban Movement analyse, voor verder uit leg zie § 4.3

De definities voor blind en slechthziend die het meest voorkomen en gebaseerd zijn op de aanbeveling van de World Health Organization zijn;

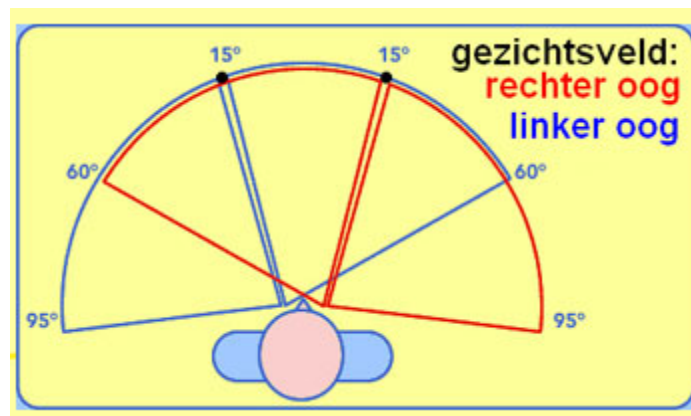
Tabel 1 overzicht van blindheid en slechthziend zijn

(<http://www.who.int/blindness/Change%20the%20Definition%20of%20Blindness.pdf>, en Gringhuis, Moonen en van Woudenberg 1996)

	Gezichtsvermogen	Gezichtsveld
Slechthzienden	Minder dan 30%	Kleiner dan 30 graden
Zeer slechthziende	Minder dan 10 %	Kleiner dan 20 graden
Maatschappelijk blindheid	Van beide ogen, met optimale correctie 5% of lager	Kleiner dan 10 graden
Blind	Minder dan 5%	Kleiner dan 10 graden

Gezichtvermogen: De belangrijkste functies van het gezichtsvermogen zijn; lichtgevoeligheid, kleurwaarneming, het zien van diepte, van beweging, van contrasten, de gezichtsscherpte en het waarnemen van vormen en voorwerpen. Het gezichtsvermogen is als het ware het waarnemingsproces van het oog.

Gezichtsveld: Als we met een oog naar een punt kijken, zien we veel meer dan dat punt alleen. We zien een groot gebied, hoewel minder scherp dan het punt waarnaar we kijken. Dit gebied is het gezichtsveld. Het gezichtsveld is het hele gebied ("periferie") dat we kunnen overzien terwijl we rechtdoor kijken. Het gezichtsveld van een mens is ruwweg een ovaal gebied recht vóór ons en is groter in de breedte dan in de hoogte. Horizontaal vanuit één oog in de richting van de zijkant van het hoofd is dit ongeveer tussen de 90 en 100 graden begrensd. In de richting van de neus is het tussen de 40 en 50 graden begrensd. Het menselijke gezichtsveld met twee ogen is ongeveer 140 graden horizontaal en 80 graden verticaal. Het gezichtsveld is van groot belang in ons dagelijkse leven bijvoorbeeld om te voorkomen dat we ergens tegenaan lopen maar ook in het verkeer. (Gringhuis, Moonen en Van Woudenberg 1996)



Figuur 1 Verklaring van gezichtsveld
(http://www.oogartsen.nl/oogartsen/onderzoeken/gezichtsveld_onderzoek/)

Er zijn mensen die bei schemerlicht beter zien dan bei fel licht, anderen zijn bei schemering volledig blind. Er zijn ook mensen die die wereld door een dikke mist sehen, mensen bei wie het gezichtsveld onderbroken wordt door vlekken of mensen bei wie het gezichtsveld op een heel klein stukje na geheel wegvalt. Er zijn ook blinden die verschil kunnen sehen tussen licht en donker. Licht is iets dat niet mee wordt geteld in die definities van slechthziendheid und blindheid.
(http://www.sensis.nl/infocentrum/?page_id=212).

Uit onderzoek is gebleken, dat meer dan 70% van alle blinde kinderen stereotypische bewegingen vertonen, het zo geheten blindismen, (Fazzi et al. 1999). Een blindism is een stereotypische beweging zoals fladdern mit die handen of wiegen. Vroeger noemde men dit blindism, want er werd gedacht dat het typisch für blinden was. Nu weten wir, dass diese stereotypische bewegingen auch vorkommen bei bijvoorbeeld autisten. Het enige echte blindism is het prikken in die ogen und die "oogdruk bewegingen". Deze wordt auch wel het "oculodigital fenomeen" genoemd und dass kommt allein maar für bei blinden. Cantell (2000) schreibt in haar artikel in die Finnish Yearbook of research dass Chess und Hassibi (1978) ein belangrijk verschil hebben ontdekt zwischen stereotypische bewegingen von blinden

en stereotypisch bewegingen als kenmerken van een psychische stoornis. Namelijk het gemak waarmee de blinde kinderen het gedrag opgeven in ruil voor menselijk contact. Dit doet een kind met autisme bijvoorbeeld niet. Fazzi, et al. (2002) schrijven dat Zentall en Zentall's (1983) hypothese is dat de stereotypische bewegingen ageren als regulatie om de optimale stand van opwindingsniveau te behouden door middel van verminderen of verhogen van stimulatie. Veel andere onderzoekers hebben deze hypothese kunnen ondersteunen door het resultaat van hun onderzoeken. Fazzi, et al (1999) schrijven, dat kinderen die dit soort van gedrag vertonen, hier comfort en misschien zelfs plezier uit krijgen en dat het een hulpmiddel is bij verschillende ontwikkelingsprocessen. Verder heeft ze bewijs gevonden, dat de functie van de stereotypische bewegingen tweeledig zijn;

1. Door deze bewegingen te doen, kan het kind zijn angst controleren. Hij kan voelen, dat een beweging vanuit zijn eigen lichaam kan zorgen voor een alternatieve bron van voldoening en een mogelijkheid is om zijn gevoelens te behouden.
2. Om spanning te reguleren.

Nog anderen argumenteren, dat deze stereotypische bewegingen een reflectie zijn van de beperkte motorische mogelijkheden en één bewegingspatroon dat geen stroming in zich heeft. Wat iedereen wel met elkaar eens is, is dat het noodzakelijk is om op jonge leeftijd te interveniëren, zodat de stereotypische beweging(en) geen tijd hebben om zich grondig te vestigen in het lichaam. Als het kind meer mogelijkheden leert om contact te houden en te communiceren met de omgeving verminderen de stereotypische bewegingen dramatisch. (Fazzi, et al 1999).

Geboren blindheid of ernstig slechtziendheid heeft effect op de ontwikkeling en het leervermogen op ontelbare manieren. Uit onderzoek is gebleken dat 90 t/m 95 % van het vroeg leervermogen bij baby's en jonge kinderen door de visie is. Kinderen die blind of ernstig slechtziend zijn, zijn de enige kinderen die zich de wereld gedurende hun leven niet visueel kunnen voorstellen. Zonder deze mogelijkheid om zijn/haar omgeving te observeren heeft de baby of het jonge kind dan ook geen mogelijkheid om toevallig te leren en te leren via het imiteren van anderen.

(<http://law.marquette.edu/s3/site/docs/psconference/Disabilitydefinitions.pdf>)

Het is het visuele zintuig dat de eerste aanzet is voor baby's om in beweging te komen. Het kind ziet zijn voeten, speelgoed of een ander object dat hem interesseert en probeert om die te pakken door er naar te reiken en te pakken. Dit is de eerste aanzet naar locomotie en dit missen blinde- en ernstig slechtziende kinderen. Het ontdekken van hun eigen lichaam is ook traag, juist omdat de natuurlijke fascinatie van het kijken naar de eigen handen of voeten er niet zijn. Mijlpalen in de motorische ontwikkeling zoals rollen, kruipen en lopen komen soms in een andere volgorde dan normaal, maar vooral veel later dan normaal. Een kind dat kan zien, begint rond 7 maanden te kruipen en zelfstandig te lopen rond 12 maanden. Een blind kind begint voort te bewegen in enige vorm zo rond 14 -16 maanden en zelfstandig te lopen tussen 24 – 36 maanden. Dit komt doordat de ontwikkeling van de cognitieve vaardigheden om te bewegen langer duurt via audio- motorcoördinatie dan via visie – motorcoördinatie, (Tröster en Brambring,1993).

Blinde kinderen liggen achter in de ontwikkeling, ook in de vaardigheden die niet gekoppeld zijn aan visie -motorcoördinatie. Zo zullen blinde kinderen basis manuele vaardigheden, zoals iets vast houden in een of twee handen en dit laten vallen, later ontwikkelen. Tröster en Brambring (1993) hebben dit gekoppeld aan de theorie, dat in de eerste maanden de primaire zorgpersoon niet in staat is om voor de extra stimuli te zorgen die de blinde baby nodig heeft. Dit kan meerdere redenen hebben: soms is het moeilijk om te merken dat het kind blind is, het kind vertoont geen reactie op de sociale interactie van de primaire verzorger, er is bijna nooit gezien dat het kind zelf contact zoekt. Een blind kind is meestal stil en beweegt zich helemaal niet, zegt niets en het gezicht bevroert wanneer het kind de primaire verzorger hoort aankomen, hoort praten of het kind aanraakt.(Crandell en Robinson, 2008) Vanzelfsprekend denkt de primaire verzorger vaak dat het kind geen contact wil; niet geïnteresseerd. Het is moeilijk voor de primaire verzorger om in contact te komen met haar kind vanuit haar ervaring en eigen kennis. Het effect is vaak, dat de primaire verzorger geen pogingen doet om te communiceren met het kind en het kind wordt dus te weinig gestimuleerd.

Normaal functioneert de visie als link die de verschillende zintuigen koppelt en aparte belevingen samen linken tot een geheel. Het is een coördinerend zintuig. Blinde kinderen krijgen problemen om de wereld en hun eigen lichaam tot een betekenisvol geheel te maken (Bigelow,1995).

Selma Fraiberg was een van de eerste die gericht onderzoek deed naar blinde kinderen en hun ontwikkeling volgde van de jaren vijftig tot het einde van de jaren zeventig. Ze zei, dat het gebrek aan bewegelijkheid en bewegingsservaringen van het blinde- of ernstig slechtziende kind leiden tot twee basis problemen.

1. Het ontwikkelen van een compleet lichaamsbeeld.
2. Ontwikkeling van taal.

Het ontwikkelen van een compleet lichaamsbeeld is belangrijk, want het ontwikkelen van zelfgevoel en zelfvertrouwen begint met het opbouwen van het lichaamsbeeld. En als we vroeg interveniëren om het lichaamsbeeld te vergroten, heeft dit een zeer positief effect op het zelf (Cantell 2000). Engebriksen (1998,1999) danser, choreograaf en speciaal pedagoog voor blinden binnen het speciaal onderwijs heeft veel gewerkt met dans en blinde kinderen. Een van haar cliënten, een elf jarige blind meisje, zei "What 's all this fuss about the body? I have no body, at least it is not mine. And why do the arms sit here? Why not one in front and one behind". Judith Pines Fried (2006) danstherapeute in Amerika beschrijft hoe een van haar cliënten, een zeven jarige blind meisje, weigerde om haar schoenen uit te doen. Na een tijd kwamen zij er achter, dat het meisje er niet zeker van was of de schoenen een deel van haar lichaam waren of niet. Zij werd heel angstig wanneer haar gevraagd werd om haar schoenen uit te doen, maar wie zou dit niet worden als mensen je zouden vragen om je voeten even weg te zetten? Niet blinde mensen zeggen vaak, dat zij zich bewust worden van hun lichaam wanneer zij ziek worden of een been breken. Dus wanneer het lichaam niet functioneert zoals zij gewend zijn. Het elf jarige meisje, reeds genoemd, vertelt een ander verhaal. Eigenlijk het tegenovergestelde: haar lichaam zit haar de hele tijd in de weg, want niemand heeft haar geleerd om haar lichaam te leren kennen. Daardoor heeft ze niet ontdekt hoe zij haar lichaam kan gebruiken en de mogelijkheden van haar lichaam. Dit is kenmerkend voor blinde en ernstig slechtziende mensen. Engebriksen (1998,1999) die ook met blinde volwassenen werkt, zei dat zij de volgende problemen bij hen terug ziet;

- probleem met de houding.
- probleem om te communiceren.
- zij hebben bijna geen kennis over de mogelijkheden van hun lichamen.

Mijn eigen ervaring met de doelgroep en het literatuuronderzoek dat ik heb verricht, wijst duidelijk aan, dat blinden en ernstig slechtzienden heel moeilijk een goed lichaamsbeeld kunnen ontwikkelen. Juist vanwege de beperkingen die het wegvallen van de visie met zich meebrengt. Smit –Statman (2005) schrijft dat een blind of ernstig slechtziend kind zich zowel kwalitatief als kwantitatief onderscheidt in zijn bewegingen ten opzichte van goed ziende kinderen. Dit komt vooral doordat de visuele waarneming geen aanleiding geeft tot beweging. Dit heeft volgens Smit –Statman (2005) gevolgen voor het lichaamsbewustzijn en op het vertrouwen in het eigen lichaam. Lichaamsbewustzijn en vertrouwen op het eigen lichaam zijn beide onderdelen van het lichaamsbeeld. Hierdoor ondersteunt Smit –Statman, dat het moeilijk is voor de doelgroep om een goed lichaamsbeeld te ontwikkelen. Dit komt omdat het wegvallen van het visuele zintuig een duidelijke invloed heeft op- en in het lichaam, de motorische ontwikkeling anders verloopt (Tröster en Brambring 1993), en omdat het in zichzelf een lichamelijk beperking is. Ik wil aantonen vanuit mijn kennis en ervaring, dat danstherapie heel goed kan zijn voor deze doelgroep. Het uitgangspunt van danstherapie is, dat lichamelijke beperkingen en problemen altijd zichtbaar zijn in het lichaam en in de beweging en dat daardoor er ook mogelijkheden zijn om via het lichaam en de beweging veranderingen op gang te brengen (<http://www.nvdat.nl/danstherapie.htm>).

Goodill, onderzoeker en danstherapeute (2005) schrijft op pagina 50, dat Wise en Kierr Wise (1985) het volgende citaat over lichaamsbeeld en danstherapie geeft; 'Body image problems can be successfully treated with movement therapy because it is in action and interaction that the inner, feeling self and the outer physical self, can get to know one another and work together to fill mutual needs'. Grönlund, die ook onderzoeker en danstherapeute is (1996) schrijft, dat binnen de danstherapie de blinden of ernstig slechtzienden de mogelijkheid krijgen om de mogelijkheden van hun lichamen te onderzoeken en te leren kennen. Door dit te doen wordt de cliënt zich meer bewust van zijn lichaamsbeeld, maar ook van de visuele beperking. Tegelijkertijd dat het bewegingsrepertoire vergroot wordt, krijgen de blinden en/ of ernstig slechtziende cliënten ook beter toegang tot de lichaamstaal. De toegang tot de lichaamstaal verbreedt de mogelijkheden om de beweging te gebruiken om te symboliseren hoe je je van binnen voelt, maar ook om gevoelens in het lijf te ervaren en de mogelijkheid om deze in beweging uit te drukken. Hierdoor denk ik, dat ik als danstherapeute zowel jonge als volwassen blinden en ernstig slechtzienden kan helpen om het lichaamsbeeld verder te ontwikkelen.

§ 1.2 Begrippenkader

Tabel 2 Begrippenkader

Begrippen	Uitwerking
Blind	In de scriptie gebruik ik dit woord voor mensen die een gezichtsvermogen hebben van minder dan 5 procent en een gezichtsveld dat kleiner is dan 10 graden met of zonder correctie. (http://www.who.int/blindness/Change%20the%20Definition%20of%20Blindness.pdf)
Ernstig slechtziend	Deze woorden ga ik gebruiken voor mensen die een gezichtsvermogen hebben van minder dan 10 procent en een gezichtsveld kleiner dan 20 graden. (http://www.who.int/blindness/Change%20the%20Definition%20of%20Blindness.pdf)
Stereotypisch – beweging	Stereotypische bewegingen worden gekenmerkt door herhaalde, betrekkelijk onveranderlijke en schijnbaar zinloze bewegingen. (Egidius 2005)
Lichaamsbeeld	Ik heb gekozen om vanuit <i>The tri-partite</i> model of the body image te werken, dit model verdeelt het lichaamsbeeld in drie componenten; - Beelden van het lichaam; refereren tot de perceptie van het eigen lichaam - Lichaamszelf is de interactieve, ervaringen en emotionele core- zelf die thuis horen in het lichaam. - Lichaamsgeheugen spaart alle gemaakte herinneringen en functioneert als achtergrond om alle ervaringen in het heden te evalueren. Brauninger, I. Koch, S.(2006).
Danstherapie	Danstherapie is een therapievorm die geschikt is voor behandeling van diverse lichamelijke, emotionele, sociale, psychologische en psychiatrische klachten. Dergelijke klachten zijn altijd terug te zien in het lichaam en in de beweging. Hierdoor zijn ook via het lichaam en de beweging veranderingen op gang te brengen. Binnen danstherapie staat het 'doen en ervaren' centraal. Daarmee is het zowel een geschikte therapie voor mensen die verbaal en rationeel heel sterk zijn, als voor mensen die gemakkelijker ervaringen opdoen via de non-verbale kant. Het kan ook een goede toevoeging zijn naast verbale therapieën zoals psychotherapie. (http://www.nvdat.nl/danstherapie.htm)
Blind of ernstig slecht ziende vanaf de geboorte	Hiermee worden mensen bedoeld die voor hun tweede verjaardag blind of ernstig slechtziend zijn of zijn geworden. Er is hiervoor gekozen omdat de beeldscherpte van de pasgeboren baby slechts een dertigste deel zo scherp is als bij een volwassene. De ontwikkeling van de visuele functie hangt samen met de neurologische groei in de eerste 15 maanden na de geboorte, geteld vanaf een veertig weken durende zwangerschap. Dan is de ontwikkeling van de hersencellen die met de visie te maken hebben het grootst. Dit is ook de gevoelige periode voor de visuele waarneming. Als het kind in deze periode niet leert zien dan blijft de mogelijkheid om het later te leren uiterst beperkt (Dik 2005).

§ 1.3 Vraagstelling

Vanuit de probleemstelling ben ik op de volgende vraagstelling gekomen:

Hoe kan je binnen de danstherapie werken aan de ontwikkeling van het lichaamsbeeld bij mensen die vanaf de geboorte blind of ernstig slechtziend zijn?

Deze vraagstelling kent ook een aantal subvragen:

- Hoe definieer je lichaamsbeeld ?
- Hoe wordt er door danstherapeuten en andere professionals gewerkt met mensen die vanaf de geboorte blind of ernstig slechtziend zijn?
- Wat kan het effect zijn van een danstherapeutische behandeling met mensen die vanaf de geboorte blind en ernstig slechtziend zijn?
- Wat zijn de randvoorwaarden om met deze doelgroep te werken binnen de danstherapie?

§ 1.4 Doelstelling

Een praktijkonderzoek heeft als doel bruikbare kennis te vergaren. Het moet kennis opleveren waarmee iets gedaan kan worden aan de situatie die leidde tot de vraag om onderzoek en uiteindelijk om het praktische handelen enigszins te beïnvloeden.

Met de volgende doelstelling hoop ik het praktische handelen enigszins te beïnvloeden.

Mijn doel van dit onderzoek is tweeledig;

Enerzijds wil ik door dit onderzoek een mogelijk behandelingsmodel ontwikkelen voor de doelgroep blinden en ernstig slechtzienden waardoor ik een bijdrage hoop te leveren aan de ontwikkeling, verbreding en professionalisering van ons beroep.

Anderzijds wil ik inzicht krijgen welke rol het visuele zintuig speelt op de ontwikkeling van de mens, bestaande kennis over het onderwerp vergaren en voor een grotere groep toegankelijk maken, andere danstherapeuten handvaten geven voor het werken met blinden of ernstig slechtziende mensen en inzicht geven in hoe danstherapie blinden en slechtzienden kan helpen om een lichaamsbeeld te ontwikkelen.

De meerwaarde die de beantwoording van de bovenstaande vraagstelling voor het beroep met zich mee kan brengen, heeft met de relevantie te maken. De waarde voor het beroep ligt in het feit, dat het een onderwerp is waarover weinig is geschreven en wat nu nader zal bekeken worden waardoor er mogelijk een verbreding in het werkveld van het beroep komt. Voor zover ik weet, werkt er geen danstherapeut in Nederland op dit moment met deze doelgroep.

§ 1.5 Onderzoekstype en methode

Het onderzoekstype waar ik gebruik van heb gemaakt voor dit onderzoek is het ontwikkelende onderzoekstype. Migchelbrink (2008, p.145) geeft de volgende definitie: 'Via het ontwikkelingsonderzoek wordt gewerkt aan het tot stand brengen van 'nieuwe' zorgplannen, handleidingen, werkwijzen, instrumenten, plannen van aanpak, behandelingen, agogische interventie, programmeringen, activiteiten of methodieken'. Middels dit onderzoekstype wilde ik tot een beschrijving komen van een mogelijk behandelingsmodel dat binnen de danstherapie gebruikt kan worden voor het werken met mensen die vanaf de geboorte blind of ernstig slechtziend zijn. Dit onderzoek valt onder het ontwikkelende type omdat ik door middel van een literatuurstudie en praktijkonderzoek een beroepsmatig behandelingsmodel heb ontwikkeld. Ik hoop, dat door middel van dit onderzoek nieuwe kennis tot stand komt en verzameld wordt, maar ook dat ik al de bestaande kennis kan vergaren en toegankelijk kan maken voor een grotere groep.

Ook zegt Migchelbrink (2008) dat het ontwikkelende type van praktijkonderzoek is gericht op kennis te leveren voor het maken, ontwerpen of construeren van leidraden, plannen of werkwijzen. Om mijn vraagstelling te kunnen beantwoorden, moet ik juist kennis leveren voor het construeren van een mogelijk behandelingsmodel die als leidraad kan dienen.

Om tot mijn onderzoeksdata te komen heb ik de actieonderzoek methode gebruikt als uitgangspunt en leidraad voor mijn eindproject. Migchelbrink (2007) geeft de volgende beschrijving van actieonderzoek

(p.52) in zijn boek Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn. 'Het gaat in actieonderzoek niet alleen om kennis om de werkelijkheid te begrijpen of te beschrijven. Actieonderzoek heeft als motief kennis te verkrijgen om beter of daadwerkelijk anders te kunnen handelen in een bepaalde situatie. De verworven kennis geeft de onderzochten aanwijzingen om meer grip te krijgen op hun dagelijkse situatie en zich te emanciperen, en geeft toegang tot het realiseren van handelingsalternatieven. Actieonderzoekers streven een tweeledig doelstelling na; het gangbare onderzoeksdoel van kennisvermeerdering en daarnaast verbetering of verandering van sociale situaties'.

In het moduleboek van start afstudeerproject (2009) wordt benoemd wat typerend voor actieonderzoek is, dat er sprake is van een co -creatie van onderzoekers in de praktijk zoals begeleiders, cliënten en therapeuten. Ook dat er een verandering in de praktijk tot stand komt. Ik wil door mijn vraagstelling te beantwoorden, bewijzen en aangeven dat er handelings- alternatieven bestaan zowel voor de hulpverleners, in dit geval danstherapeuten, en andere professionals als voor de cliënten. Dat zijn de mensen die vanaf de geboorte blind of ernstig slechtziend zijn. Dit kan helpen om een verbetering en of verandering in het lichaamsbeeld van de cliënten te creëren. Door te werken aan het lichaamsbeeld ontstaan, volgens mij, ook meer mogelijkheden voor de doelgroep om zich te emanciperen in de maatschappij. Ik wil de kennis verbreden van de hulpverlener en hen de nodige randvoorwaarden meegeven om met de doelgroep te kunnen werken op een zowel voor de therapeut als voor de cliënt, veilige manier.

Verder past deze onderzoeksmethode ook het beste bij mijn vraagstelling omdat ik die heb beantwoord met behulp van kennis die ik verkregen heb via interviews met danstherapeuten en andere hulpverleners die met de doelgroep werken. Eigen ervaring, literatuurstudie en observatie spelen ook een belangrijke rol. Mijn onderzoek bestaat uit kennis te verzamelen uit de verschillende delen in de praktijk om zo tot een antwoord te komen op mijn vraagstelling. Dit werd in het werkveld gedaan en niet achter het bureau.

In mijn onderzoek lag de nadruk op de ontwikkel- en evaluatiefase. De meeste tijd en energie gingen naar het realiseren van het project, het verzamelen van data en de data-analyse. Zonder deze twee fases had ik niet het mogelijke behandelingsmodel kunnen maken en daarmee ook niet mijn vraagstelling kunnen beantwoorden.

2 De fases van het onderzoek

In het eerste hoofdstuk heb ik inzicht gegeven in de probleemstelling, vraagstelling en doelstelling van mijn onderzoek. Deze drie vormen samen de kern van het onderzoek, maar verklaart ook de aanleiding tot het onderzoek. Aan het eind van het eerste hoofdstuk komt het onderzoekstype en methode aanbod. In dit hoofdstuk zullen de verschillende fases van het onderzoek worden doorgewerkt. Er zal eerst ingegaan worden op de voor- en oriëntatiefase. Daarna komt de diagnostische fase die gevolgd wordt door de ontwikkelingsfase. En “last but not least” worden de data-analysemethode en technieken samen met de betrouwbaarheid en validiteit besproken in de evaluatiefase.

§ 2.1 Voor- en oriëntatiefase

Hieronder volgt een beschrijving van mijn actieonderzoek netwerk en de mensen die direct betrokken zijn geweest bij mijn onderzoek. Tabel 3 geeft een overzicht van de geïnterviewde respondenten;

Tabel 3 Geïnterviewde respondenten

Respondent	Werk en / of functie
Respondent 1 Kjerstie Engebriksen	Danser, choreograaf en specialpedagoog die meer dan 10 jaar ervaring heeft met blinden en slechtzienden. Zij heeft gewerkt met zowel kinderen als volwassenen. Ze heeft een master degree in speciaal pedagogiek, haar master project had de titel ‘ <i>Can dance help to liberate the body and develop the initiative of blind children?</i> ’. Kjerstie is actief binnen dans sinds de jaren zestig. Zij werkt en woont in Noorwegen.
Respondent 2 Dick Linde	Dick begon als kinderfysiotherapeut en gymleraar. Hij werd zich ervan bewust dat hij door gymlessen de behoefte van de blinden en slechtzienden niet kon beantwoorden met de methodes uit de gym. Hij is toen op zoek gegaan en heeft de Sherborne methode gevonden. Hij is opgeleid tot Sherborne therapeut en heeft Sherborne geïntroduceerd op de Bosschool voor visueel beperkte kinderen. Hij werkt op dit moment als leerkracht op de Bosschool, Bartimeus in Doorn. Hij werkt met kinderen tussen 4 en 20 jaar.
Respondent 3 Marja Cantell PhD	Danstherapeute met ervaring op het gebied van werken met blinde adolescenten en is opgeleid tot psycholoog. Werkt nu zowel als zelfstandige danstherapeute en als assistant professor aan de universiteit van Calgary, Behavioral Research Unit, Dept. of Pediatrics, Faculty of Medicine. Zij heeft meerdere onderzoeken verricht over beweging, motoriek en de kwaliteit van beweging bij kinderen met een vertraagde ontwikkeling.
Respondent 4 Tone Sundal Seailles	Danstherapeute met meer dan 15 jaar ervaring op het gebied van werken met blinden en slechtziende. Zij werkt in Parijs in een centrum voor blinden en slechtzienden. Opgeleid in de Kestenberg Movement Profiel door Judith Kestenberg zelf.
Respondent 5 Jolanda Kremer	Ergotherapeute die later de opleiding tot Sherborne therapeute heeft gevolgd. Zij werkt binnen Bartimeus, geeft zowel ergo- als Sherborne therapie aan kinderen tussen 4 en 20 jaar.
Respondent 6 Judith Vrugteveen	Orthopedagoog, ervaring met blinden als leerkracht, werkte op het Nederlandse Instituut voor Blinden wat nu Visio is.

Verder bestaat mijn onderzoeknetwerk ook uit de Bosschool in Doorn met zijn leerlingen en leerkrachten. Annemarie Engman waar ik contact mee had in mijn vooronderzoek naar feiten controle. Yvonne Lennartsson die me geholpen heeft met contacten te leggen. Wil Moonen van de Nederlandse Sherborne vereniging door wie ik contact kreeg met respondent 2 en 5 en Claire Vandervinne van Sig- net in België. Ze heeft me geholpen in het uitzoeken van artikelen over blinden en Sherborne.

Ik als onderzoeker

Mijn introductie als onderzoeker bij de beschreven personen en instellingen is gebeurd via email waarbij ik mijn doelstellingen en vraagstelling van mijn onderzoek heb uitgelegd. Daarna is er met een aantal personen telefonische contact geweest om tot daadwerkelijke afspraken te komen.

In mijn rol als onderzoeker zijn een aantal kenmerken van belang om een goede relatie op te bouwen met de actoren van mijn onderzoek. De actoren zijn de mensen die ik ga interviewen, de instelling en hun werknemers en leerlingen en de leerlingen die ik ga observeren.

De kenmerken die van belang zijn, vertonen overeenkomsten met de therapeutische houding die ik vaker als therapeut in therapie gebruik

- Belangstelling en interesse tonen in andere mensen
- Actief luisteren
- Aanvaardend, niet oordelend en respectvol reageren
- Open houding
- Tactvol zijn in de gesprekscontacten en de omgang
- Mij afstemmen op de andere persoon
- Echt zijn en betrokkenheid tonen

Door met deze houding als onderzoeker te werken, wordt een open en vertrouwelijke relatie opgebouwd waarin men zich veilig en gelijkwaardig voelt. Ik wil er absoluut niet bovenop gaan zitten, maar juist een gelijkwaardig niveau scheppen, Migchelbrink (2007).

§ 2.2 De diagnostische fase

Deze fase werd al doorlopen, toen ik bezig was met mijn literatuurstudie om mijn probleemstelling goed te kunnen onderbouwen. Ik moest tot een diagnose komen wat zou leiden tot mijn vraagstelling en hierbij is informatie gebruikt die ik van mijn eerste interview met respondent 1 in Oslo 10 december 2008 kreeg. Ik heb ook de informatie gebruikt die Annmarie Engman me gaf in een telefoongesprek 7 oktober 2008. Ik ben tot de diagnose gekomen met hulp van de 5xW+H – formule en de techniek van thematiseren, Migchelbrink (2007). In 5xW+H – formule staat een aantal vragen die je helpen om het probleem te verkennen en om tot een problemdiagnose te komen. Door deze vragen te beantwoorden, krijg je inzicht in het probleem en in de probleemcontext. Het kan voorkomen dat het duidelijk wordt, dat wat je dacht dat een probleem was geen probleem is.

De techniek van thematiseren heeft vier stappen;

1. Opsporen van opvallende zaken en/of informatie.
2. Samenvatten en terugkoppelen.
3. Veralgemeniseren en typeren.
4. Controleren.

Dit is een techniek die normaal gezien gebruikt wordt in groepsverband met een groep betrokkenen. Doordat ik niet met een groep cliënten werk en omdat mijn probleem niet vanuit een vraag van een instelling komt, maar vanuit mijn eigen ervaring en vanuit eigen literatuuronderzoek, is de techniek anders toegepast dan normaalgezien. Ik heb met dezelfde stappen gewerkt in dezelfde volgorde, maar ik heb het in mijn eentje gedaan. Om dit toch met een “ frisse” blik te kunnen bekijken heb ik elke stap uitgewerkt en daarna een dag laten liggen. Vervolgens heb ik er nog een keer naar gekeken en eventuele veranderingen aangebracht voordat ik door ging met de volgende stap en de procedure nog een keer herhaalde.

§ 2.3 De ontwikkelingsfase

Het begrip ‘ dataverzamelmethode’ verwijst naar de manier waarop de datagegevens verzameld worden om antwoord te kunnen geven op de vraagstelling van het onderzoek. Er is in dit onderzoek gebruik gemaakt van de volgende methodes;

In de interviews heb ik gebruik gemaakt van het halfgestructureerde open interview. Dit betekent, dat ik structuur in de interviews heb aangebracht met behulp van een zogenaamde topiclijst. Dit is een van te voren vastgestelde lijst van gespreksonderwerpen die ik in de loop van het interview aan de orde wil laten komen. Maar de volgorde en de formulering van de vragen zijn tevoren niet vastgesteld. De lijst is meer bedoeld als een checklijst voor mezelf om er zeker van te zijn dat ik alle onderwerpen aan bod heb laten komen waarvan ik denk dat ze belangrijk zijn om mijn vraagstelling te beantwoorden. Ik heb de topiclijst ontworpen op basis van de thema's die uit mijn probleemstelling naar voren kwamen, maar ook op basis van mijn vraagstelling en de thema's waarvan ik dacht dat ze belangrijk waren om mijn vraagstelling te kunnen beantwoorden. Mijn bedoeling is dat de vragen die ik stel open van aard zijn zodat de persoon de kans krijgt om open te vertellen. Dit geeft me ook de mogelijkheid om door te vragen. Migchelbrink (2008). Ik heb alle interviews opgenomen, ten eerste om de betrouwbaarheid te vergroten en de mogelijkheid te krijgen om de interviews uit te schrijven en ten tweede om ze opnieuw te kunnen beluisteren.

Literatuuronderzoek; door middel van het bestuderen van boeken, onderzoeksartikelen, tijdschriften, scripties, websites en gesprekken met studiegenoten, docenten, mijn moeder en vrienden heb ik me verdiept in de verschillende onderwerpen ten aanzien van blinden, ernstig slechtzienden en danstherapie. Door de literatuur ter de hand te nemen, oriënteerde ik me niet alleen op het onderwerp, maar ook sloeg ik verschillende wegen in en maakte keuzes. Ik denk, dat dit me ook goed heeft voorbereid om doelgericht de interviews te kunnen afnemen en om de situatie van de doelgroep te begrijpen. Ik ben tijdens het project doorgegaan met mijn literatuuronderzoek en ik heb geprobeerd om diepgang te zoeken in de onderwerpen die van belang waren voor dit onderzoek.

Mijn eigen ervaring om als blinde te bewegen, heb ik op twee manieren opgedaan. Ten eerste heb ik met observatoren gewerkt. Door met observatoren te werken, heb ik niet alleen mijn eigen subjectieve ervaring opgeschreven, maar hierdoor kon ik ook reflecteren en gebruik maken van de observatie van de observatoren. De gesprekken met de observatoren heb ik opgenomen en uitgeschreven. Ik heb ook een van de keren opgenomen op DVD zodat ik zelf naar mezelf in beweging kon kijken en mijn gevoelens vergelijken met wat ik letterlijk in de beweging zie. Ten tweede heb ik het muZIEum in Nijmegen bezocht. Dit ervaringsmuseum heeft als thema zien en niet zien. In dit museum is een parcours gemaakt waarin je als blinde allerlei alledaagse zaken tegen komt zoals lopen door het park, lopen op een drukke marktplaats, proberen een drukke straat over te steken en iets te drinken bestellen en betalen in een café. De tocht wordt begeleid door een blinde of ernstig slechtziende persoon die in de loop van het parcours vertelt hoe het is om blind of ernstig slechtziend te zijn. Ik heb deze tocht in het donker gedaan samen met een vriend en daarna hebben we besproken hoe het was. Dit gesprek heb ik opgenomen en uitgeschreven.

Ten slotte wilde ik zelf een bewegingsbeeld van de blinde en ernstig slechtziende krijgen door middel van observatie. Ik heb de mogelijkheid gekregen om een aantal dagen de lessen op de Bosschool bij te wonen. De leerlingen op de Bosschool zijn tussen 4 en 20 jaar oud. Ik heb de kinderen in deze lessen geobserveerd door eerst op te schrijven wat me opviel en dat later in het systeem van de Laban movement analyse te plaatsen. Verdere uitleg van de Laban movement analyse komt in § 4.3. Na het interview met respondent 1 nodigde zij mij uit om video-opnames te bekijken van een aantal van haar sessies met blinde- en ernstig slechtziende kinderen. Ik kan deze opnames helaas niet gebruiken, maar ik heb wel mijn aantekeningen van de observatie. Deze heb ik ook gebruikt om me een beeld te scheppen van het bewegingsbeeld van deze doelgroep.

Ik heb mijn project gerealiseerd door gebruik te maken van 360-grandenonderzoek ook wel triangulatie genoemd. Er bestaan drie vormen van triangulatie volgens Migchelbrink (2008)

1. triangulatie van databronnen
2. triangulatie van verzamelingstechnieken
3. triangulatie van onderzoekers.

Ik heb gebruik gemaakt van de eerste twee vormen van triangulatie, verschillende bronnen zoals boeken en artikelen. Verder verschillende verzamelingstechnieken zoals interviews af te nemen en observatie. Dit vergroot ook de validiteit en de betrouwbaarheid van mijn onderzoeksproject, want verschillende databronnen hebben geleid tot verschillende beelden van de situatie. Ik vind het essentieel om bij dit onderzoek verschillende bronnen en technieken te gebruiken, want door bewust te werken met meerdere bronnen naast elkaar, kan ik verschillende perspectieven actief maken. Ik

heb dan gegevens uit de verschillende bronnen met elkaar vergeleken op overeenkomsten en verschillen en ben aldus nagegaan of er een gemeenschappelijk perspectief is of juist niet.

§ 2.3.2 Zo heb ik het project gerealiseerd

De data voor mijn project zijn verzameld door de volgende tools te gebruiken:

Interviews; Interviews met professionals uit verschillende werkvelden. Deze interviews deed ik in de eerste weken van het project. Twee van deze interviews heb ik via de telefoon gedaan omdat de respondenten in Canada en Frankrijk wonen. Qua tijd en financiën was het niet haalbaar om ze 'face to face' te interviewen. De andere respondenten heb ik op hun werkplek of bij hen thuis geïnterviewd. Het is idealer om het interview "face to face" te doen omdat je dan ook de lichaamstaal van de persoon ziet. Om misverstanden te voorkomen en om aan de kwaliteitscriteria te voldoen, koos ik ervoor om de interviews op te nemen en uit te schrijven. Maar door het tijdslimiet van dit project heb ik ervoor gekozen om vier interviews totaal uit te schrijven waaronder twee telefooninterviews. De twee andere interviews heb ik alleen maar op hoofdniveau uitgeschreven, dus alleen maar de hoofdlijnen over de topics die ik op mijn topiclijst had. Ik heb de uitschreven tekst van de interviews naar de zes respondenten gestuurd voor "goedkeuring".

Literatuuronderzoek; ik heb tijdens het hele project literatuuronderzoek gedaan om zo steeds meer diepgang te zoeken en om mijn project te kunnen onderbouwen.

Bewegingsobservatie; Ik heb drie dagen in maart 2009 geobserveerd bij de Sherborne lessen, gymlessen, in het klaslokaal en op het speelplein bij de Bosschool van Bartimeus in Doorn. Ik ben mij ervan bewust, dat op de Bosschool kinderen met meerdere handicaps zitten en dat ik me alleen richt op de visuele beperking van blind of ernstig slechtziend zijn. Daardoor was het observeren op de Bosschool niet optimaal voor mij, maar ik koos er toch voor om dit toch te doen omdat ik geen respons kreeg van de andere instellingen die ik had gecontacteerd. Wat ik me steeds moest afvragen tijdens mijn observaties op de Bosschool was; wordt een bepaald gedrag en/of beweging veroorzaakt door een visuele handicap of is het een uiting van een andere handicap? Dit was een zeer moeilijke klus en die mij niet 100% lukte, maar door mijn observaties te vergelijken met de resultaten van de interviews en door met de leerkrachten erover te discussiëren, vind ik toch dat ik tot de kern, de visuele handicap ben gekomen. Ik heb veel geleerd van de dagen op het Bosschool.

Eigen bewegingservaringen als blinde; Ik heb toen ik bezig was met mijn minor een aantal uren eigen blind -bewegingservaring opgedaan. Twee keer een uur met een observator en de rest van de tijd in mijn eentje. Ik heb bewogen in de dansstudio, geprobeerd om me te oriënteren op school, trappen gelopen en allerlei alledaagse dingen thuis gedaan. Ik heb ook een parcours in het donker afgelegd in het muZIEum: een museum gespecialiseerd in blind- en slechtziendheid in Nijmegen. Ik heb dit gedaan om inzicht te krijgen hoe ik reageer als ik geen toegang heb tot het visuele zintuig, maar ook om me in te kunnen leven in hoe het is om blind te zijn en wat je eventueel nodig kan hebben.

§ 2.3.3 Mijn rol als onderzoeker

Ik vond dat mijn rol als onderzoeker in deze fase vooral ging om het doel en de tijd die hiervoor ter beschikking stond in de gaten te houden. Het werd duidelijk dat het van belang was om de planning bij te houden om het eindproduct op tijd te kunnen realiseren. Hierdoor moest ik een aantal keuzes maken over: de hoeveelheid informatie die ik op kon zoeken, het aantal mensen dat ik kon interviewen en of ik de interviews kon uitschrijven of niet. Maar ik moest ook een paar van de respondenten extra aanmoedigen om me verder te helpen met de member -checking. Tenslotte vond ik het belangrijk om te blijven reflecteren op wat ik had gedaan en op de ideeën en gedachten die ik in de loop van het onderzoek kreeg.

§ 2.4 De evaluatiefase

§ 2.4.1 Data -analysemethode en technieken

De datagegevens die ik uit mijn onderzoek kreeg, zijn kwalitatief van aard. De analyse van de kwalitatieve gegevens is in een actieonderzoek meestal geen separate in het onderzoek. Het is een steeds terugkerende deelfase uit de spiraalvormige cyclus van reflectie, onderzoek, analyse en reflectie Migchelbrink (2007). Migchelbrink (2007, 2008), beschrijft vijf verschillende manieren om kwalitatieve gegevens in actieonderzoek te analyseren:

1. Samenvattingen maken.
2. Specifieke gerichte analyse.
3. Coderen/ labelen vanuit een startlijst.
4. Open coderen/ labelen.
5. Combinatievorm.

Ik koos ervoor om de interviews, eigen blindervaring en observatie te analyseren met behulp van een combinatievorm. De combinatievorm houdt in, dat ik gebruik maakte van de combinatie van *coderen/ labelen vanuit een startlijst en specifieke gerichte analyse*. Deze keuze is gebaseerd op de dataverzamelmethode waar ik voor heb gekozen. In mijn interviews werkte ik vanuit een topiclijst die ontworpen was aan de hand van mijn probleemstelling, vraagstelling en thema's waarvan ik dacht dat ze belangrijk waren om mijn vraagstelling te kunnen beantwoorden. Hierdoor had ik al een soort van structuur aangebracht in mijn data. Migchelbrink (2007), geeft aan dat deze topiclijst als startlijst al een zekere ordening bevat in thema's, concepten en begrippen voor het analyseren van het verzamelde materiaal. Hierdoor kon ik niet open coderen, maar moest ik een keuze maken uit het maken van een samenvatting of het coderen /labelen vanuit een startlijst. Ik ben iemand die een voorkeur heeft om met een bepaalde structuur te werken, dus het coderen /labelen vanuit een startlijst past goed bij mij. Specifiek gerichte analyse is een variatie van coderen/labelen vanuit een startlijst, maar hierbij ga je op zoek naar patronen, frequenties, tegenstellingen en onverwachte/verassende zaken. Als hulpmiddel heb ik gebruik gemaakt van schema's omdat ik dit prefereer om mee te werken en ten tweede omdat mijn analyse ook meer controleerbaar voor de buitenwereld wordt. Ook om andere onderzoekers te kunnen helpen bij het bekijken van de gegevens en het ontdekken van patronen, Migchelbrink (2007). Dit betekent, dat ik vanuit mijn topiclijst een raamwerk heb opgesteld met verschillende rubrieken met subonderdelen of aspecten. Daarna kon ik de gegevens, de uitgeschreven interviews en aantekeningen van observaties en eigen ervaringen ordenen en de informatie in deze data onder de verschillende rubrieken en subonderdelen of aspecten plaatsen. Vervolgens moest ik kijken of ik alles kon plaatsen, of het schema compleet was en of ik iets moest herordenen, samenvoegen of splitsen. Als laatste moest ik het herziende schema op betrouwbaarheid en validiteit controleren door me de vraag te stellen: zou iemand anders ook deze indeling en plaatsing gebruiken? In mijn literatuuronderzoek heb ik gebruik gemaakt van samenvattingen.

Om er zeker van te zijn, dat ik op een goede manier de analyse heb gemaakt, vind ik het van belang bij een kwalitatieve analyse als deze, dat de verkregen informatie voldoet aan de kwaliteitseisen van een kwalitatief onderzoek. Daarom heb ik deze analyse tot stand laten komen aan de hand van technieken die aan deze kwaliteitscriteria voldoen.

§ 2.4.2 Betrouwbaarheid en validiteit

Binnen kwalitatief onderzoek (met name de naturalistic / constructivist inquiry) spreekt men van 'trustworthiness' die volgens Smeijsters (2008, p 385) uiteenvalt in;

'Credibility – worden de analyses door de respondenten herkend?

Transferability – kunnen personen uit een andere context afleiden wat daar bruikbaar is?

Dependability – ontbreekt er geen belangrijke informatie?

Confirmability – bevestigen externe beoordelaars de gevolgtrekking?

Authenticity – hebben de respondenten een faire kans gehad hun mening te berde te brengen?

In praktijkonderzoek spreekt men eerder over betrouwbaarheid en validiteit. Bruikbaarheid is ook een belangrijk criterium voor actieonderzoek. Migchelbrink (2008) zegt het volgende over validiteit en betrouwbaarheid; 'Betrouwbaarheid en validiteit hebben allebei te maken met het vertrouwen dat gesteld kan worden in de onderzoeksresultaten en de handelwijze van de onderzoeker. Praktijk-

onderzoek moet resultaten (kennis) opleveren die te vertrouwen zijn. De validiteit oftewel de geldigheid, betreft het vertrouwen in de inhoud van de gegevens: het waarheidgehalte van de gegevens. Validiteit wil zeggen dat de verzamelde gegevens, je resultaten, de onderzochte werkelijkheid weerspiegelen'.

In het praktijkonderzoek bestaan er 6 activiteiten en maatregelen om aan de validiteit en betrouwbaarheid te werken, Migchelbrink (2008);

1. *Verantwoorden* hoe je als onderzoeker gewerkt hebt en tot de resultaten bent gekomen
2. *Nauwkeurig en zorgvuldig werken*. Een voorbeeld hiervan is om met een recorder te werken wanneer je interviews af neemt.
3. *Zelfcontroles inbouwen*. Bijvoorbeeld te werken met een reflectie dagboek of logboek
4. *Herhaling van dataverzamelingstechnieken*.
5. *Inhoudscontrole*. Bijvoorbeeld peer -checking of member -checking
6. *Triangulatie*

Om de validiteit en betrouwbaarheid van mijn onderzoek te waarborgen en te vergroten, heb ik de volgende maatregelen en activiteiten gehanteerd

- Ik heb de interviews opgenomen en vier van de zes helemaal uitgeschreven. Van de andere twee heb ik alleen maar de hoofdlijnen die over mijn topics gingen uitgeschreven. Ik koos tenslotte om dit te doen omdat ik de duur van de interviews uit te schrijven had onderschat en daardoor niet genoeg tijd had om de bestaande twee totaal uit te schrijven. Daarna heb ik de zes uitgeschreven interviews teruggestuurd naar de respondenten. Zij hebben de uitgeschreven tekst "goedgekeurd" en ze zijn akkoord gegaan dat ik de informatie van het interview gebruik in mijn scriptie. Dit valt onder: *Nauwkeurig en zorgvuldig werken zorgt ook voor betrouwbaarheid*
- Ik heb tijdens het proces gebruik gemaakt van een reflectielogboek waarin ik dingen heb opgeschreven die me opvielen, waar ik vragen of gedachten over had en dingen waar ik niet uit kwam. Ik heb steeds in mijn reflectielogboek teruggekeken en ik heb gebruik gemaakt van een aantal van de punten in mijn conclusie en discussie. (*zelfcontroles*).
- Inhoudscontrole doormiddel van member -checking; Doordat mijn respondenten verschillende talen spreken en de tijd die ter beschikking was, heb ik alleen maar een deel van de data-analyses opnieuw aan de respondenten voorgelegd en gevraagd of zij deze analyses herkenden. Het deel dat ik vertaald heb opnieuw naar de respondenten gestuurd ' *wat zie je in beweging*'. Ik koos voor dit deel van de analyses omdat ik dit deel als heel belangrijk beschouw. Dit is namelijk het deel van de analyse waarop ik de mediumdiagnose en doelen heb gebaseerd. Dit zorgt voor authenticity en credibility.
- Triangulatie. Triangulatie van bronnen en verzamelingstechnieken zorgt voor betrouwbaarheid en validiteit
- Verantwoorden hoe ik gewerkt heb en hoe ik tot mijn resultaten ben gekomen. Door steeds goed te documenteren wat, waarom en hoe ik dingen gedaan heb. De data; de opnames van de interviews en gesprekken met de observatoren, de uitgeschreven interviews, observatie, de data analyse en overig materiaal zijn op vraag beschikbaar. Dit valt onder: *verantwoording en nauwkeurig werken, maar ook onder verantwoorden hoe je als onderzoeker hebt gewerkt*.

Ik vind, dat ik voldoende maatregelen en activiteiten heb ondernomen om er voor te zorgen dat mijn scriptie en de resultaten van mijn onderzoek zowel betrouwbaar als valide is. Wat de betrouwbaarheid en validiteit van de observatie betreft, had die vergroot kunnen worden door te werken met meerdere observatoren. Want als meerdere observatoren onafhankelijk van elkaar tot dezelfde conclusies waren gekomen, pas dan zouden de gegevens gelden als betrouwbaar en valide (Cruz en Berrol, 2004). Dit heb ik niet kunnen doen en het was ook niet mogelijk om dit te doen binnen het kader van dit praktijkonderzoek. Maar van de observatiemogelijkheden die ik binnen dit praktijkonderzoek had, vind ik dat ik door mijn eigen observaties te bespreken met de leraren, het de beste manier was om de betrouwbaarheid van mijn observaties zo goed mogelijk te krijgen.

3 De zintuigen

In het vorige hoofdstuk is er inzicht gegeven in de verschillende fases van dit onderzoek, dit hoofdstuk zal meer inzicht geven in de zintuigen en hun manier van perceptie. Aristoteles stelde al 300 jaar voor Christus in zijn boek *prava naturalia* (Magee, 2003) vast, dat er vijf zintuigen bestonden: visie, audio, tactiel, smaak en reuk. Vandaag is men het er over eens, dat er meer dan vijf zintuigen bestaan maar hoeveel exact, hangt af aan wie je dit vraagt (Egidius, 2005). Crandell en Robinson (2008) schrijven dat de vijf zintuigen visie, audio, tactiel, smaak en reuk ons in staat stellen om informatie van de wereld om ons heen waar te nemen terwijl de nieuw ontdekte zintuigen vooral gaan over waarnemingen in onze eigen lichaam zoals het gevoel honger. De visuele beperking, totaal of bijna totaal, heeft invloed op het lichaamsbeeld. De eerste component van het lichaamsbeeld: de beelden die we allemaal over ons eigen lichaam hebben, worden vooral bepaald door het visuele zintuig (zie 4.2.1). De zintuigen geven ook het lichaam informatie die nodig is om bewegingen te kunnen sturen (Dik 2005). Dus vanuit de danstherapie zijn de zintuigen een interessant aspect en als je tot een goed behandelingsplan wil komen dan is het relevant om meer kennis en begrip te krijgen over de problemen waar blinden en ernstig slechtzienden mee te maken krijgen. Ik heb dit bekeken vanuit de klassieke vijf zintuigen van Aristoteles omdat de visie er is om de buitenwereld waar te nemen, maar ik heb ook gekeken als danstherapeute wat voor mij van belang was om te weten.

§ 3.1 Definitie van zintuig

Een zintuig is een gespecialiseerd orgaansysteem dat een organisme in staat stelt tot perceptie van bepaalde voor het zintuig specifieke stimuli. Eenvoudiger gezegd: het is een orgaan dat een mens of dier de mogelijkheid geeft een bepaald gedeelte van de werkelijkheid waar te nemen. Een zintuig registreert veranderingen in het interne of externe milieu. (<http://www.encyclo.nl/begrip/Zintuig>)

§ 3.2 De zintuigen en de manier van perceptie

§ 3.2.1 De visuele perceptie

Het karakteristieke kenmerk van visuele zintuigen is dat een object direct waarneembaar is. Wanneer je je ogen open doet, is het niet alleen het object dat je waarneemt, maar ook het geheel van een gedifferentieerde wereld. Het is daarom belangrijk om te benadrukken, dat het visuele zintuig niet alleen een waarneming geeft van objecten, maar ook direct een ruimtelijk ervaring geeft (Karlsson, 1999). De ruimtelijke ervaring komt tegelijkertijd met het object dat wordt waargenomen. De visie wordt ook het "verte"-zintuig genoemd. Daarmee wordt bedoeld, dat het direct de afstand weergeeft tussen jou en het object dat je waarneemt. (Bartimeus, 1993). Deze ruimtelijke ervaring die direct ontstaat, geeft ons een kader waarin ziende personen zich bewegen en oriënteren (Karlsson, 1999). Nog een kenmerk van het visuele zintuig is, dat je je ogen dicht kan doen en zo de prikkels en stimulatie die binnen komen via de visie kunt stoppen. Normaal functioneert de visie als link die de verschillende zintuigen koppelt en aparte belevingen samen linkt tot een geheel. Hierdoor is het ook een coördinerend zintuig (Bigelow, 1995).

§ 3.2.2 De tactiele perceptie

De tactiele perceptie kan op twee manieren gebeuren: receptief of actief verkennend.

Receptieve tactiele perceptie is wanneer je de luchtstroom vanuit een open raam voelt of wanneer iemand je aanraakt. In het eerste geval heeft de tactiele perceptie het karakter van indirect contact omdat je geen contact met de raam als materieel object hebt. De luchtstroom geeft aan dat het raam er is en open staat. In het tweede geval heb je direct contact met de persoon die je aanraakt, dus in deze situatie is de tactiele perceptie zowel receptief als direct van aard (Karlsson, 1999).

Met actief verkennen ben je zelf actief bezig en gebruik je vaak, je handen en vingers als instrument om het object mee te verkennen en te identificeren. De perceptie van het tactiele zintuig, neemt niet het object direct waar zoals dit bij visuele perceptie gebeurt. Het is een proces bestaande uit

meerdere stappen die tijd nodig hebben en die cognitieve processen in zich hebben. De stappen die moet worden doorlopen zijn; zintuiglijke indrukken opdoen, deze indrukken linken met kennis die je al hebt, abstract of ervaringskennis en pas daarna kan er een conclusie worden getrokken (Dik, 2005).

Als je kijkt naar de ruimtelijke ervaring van tactiele perceptie dan is deze anders dan de visuele perceptie. Wanneer het visuele zintuig direct een ruimtelijk ervaring geeft op een bijna onbewuste manier. Dan gebeurt de ruimtelijke ervaring door het tactiele zintuig in stappen, tegelijk worden de cognitieve processen doorlopen om aan het einde van het proces de stappen tot een geheel te kunnen maken. Het is hierdoor veel moeilijker om overzicht te krijgen.

De actieve tactiele perceptie vraagt ook om concentratie en het lichaam, meestal spelen je handen, een grote en actieve rol. Het lichaam en het bewegen van het lichaam is dus van groot belang vooral voor de mogelijkheid tot perceptie door het tactiele zintuig.

§ 3.2.3 De audio, reuk en smaak perceptie

De audio en reuk perceptie geeft ons geen directe toegang tot objecten in de fysieke vorm. Smaak geeft ons voor een kort moment direct toegang tot een object, maar smaak heeft samen met audio en reuk meer een aankondigend karakter. Ze kondigt op een indirecte manier aan, dat er objecten zijn om de persoon heen. Een voorbeeld hiervan is de auto die je hoort starten en weggrijden. Zelfstandig kunnen de auditieve, reuk of smaak percepties ons geen wereld van objecten geven (Karlsson,1999). Dit betekent, dat waarneming van objecten door bijvoorbeeld te luisteren, een zeer belangrijk waarnemingsinstrument voor blinden en ernstig slechthzienden is, opgebouwd moet zijn uit eerdere tactiele of eventueel visuele ervaringen (Karlsson,1999).

Het kenmerkende van het reukzintuig is, dat het een primitief zintuiglijk systeem is. De chemische reactie gaat via onze neus naar de hersenen. De plek in de hersenen die reuk categoriseert en een herinnering van de reuk maakt, is gekoppeld aan de delen in de hersenen waar onze emoties zetelen. Hierdoor kan reuk veel sneller emotionele reacties opwekken dan de andere zintuigen. Dit zintuig is ook verbonden met die delen in de hersenen waar het geheugen zetelt. Dit is de reden waarom de reuk sterke herinneringsbeelden kan opwekken (Dunn, 2008).

In dit hoofdstuk heb ik de zintuigen en hun manier van perceptie onder de loep genomen. Omdat dat de handicap van blinden en ernstig slechthzienden juist een zintuiglijk beperking is die invloed heeft op het lichaamsbeeld van de persoon, was het voor mijn belangrijk om de zintuigen nader te bekijken om het probleem van de doelgroep beter te kunnen begrijpen.

4 Danstherapie

De volgende stap in mijn zoektocht naar een antwoord op mijn vraagstelling is de danstherapie. In dit hoofdstuk begin ik met een uitgebreide definitie te geven van danstherapie. Daarna ga ik het concept van lichaamsbeeld verder onder het loep nemen. Over lichaamsbeeld wordt in de danstherapie vaak gepraat en er vaak mee gewerkt, maar het is ook een woord en een concept waarvan je veel verschillende definities kan vinden. Daarom vond ik het van belang, dat ik duidelijk maak wat ik onder lichaamsbeeld versta vooral omdat het een onderdeel is uit mijn vraagstelling voor dit onderzoek. Na lichaamsbeeld ga ik verder naar the **Laban Movement Analyse** vaak ook de LMA genoemd. Dit is een van de tools die danstherapeuten dagelijks gebruiken voor observatie om een indicatie voor behandeling te kunnen geven en om veranderingen en/of effecten van de therapie aan te kunnen geven (Chambart en van Geest 2006). Ik heb de LMA gebruikt om een deel van mijn data te ordenen. Daarom vond ik het van belang om deze tool van de danstherapeut te bespreken.

§ 4.1 Danstherapie

Danstherapie is naast drama -, beeldende -, muziek - en psychomotorische therapieën een onderdeel van de vaktherapieën die ook wel creatieve therapie genoemd worden

Danstherapie is een therapievorm die geschikt is voor behandeling van diverse lichamelijke, emotionele, sociale, psychologische en psychiatrische klachten. Dergelijke klachten zijn altijd terug te zien in het lichaam en in de beweging. Daardoor zijn ook via het lichaam en de beweging veranderingen op gang te brengen. Binnen danstherapie staat het 'doen en ervaren' centraal. Daarmee is het zowel een geschikte therapie voor mensen die verbaal en rationeel heel sterk zijn, als voor mensen die gemakkelijker ervaringen opdoen via de non-verbale kant. Het kan ook een goede toevoeging zijn naast verbale therapieën zoals psychotherapie. (<http://www.nvdat.nl/danstherapie.htm>).

Van Keulen (2007) legt de link met Stanton Jones (1992) die zegt dat in vergelijking tot andere therapieën die met het lichaam en/ of beweging werken, de danstherapie zich specifiek richt op de beweging als eenheid van beweging en gevoel; in de danstherapie vormt de gevoelswaarde van de beweging het referentiekader. Specifiek ten opzicht van andere, creatieve, aan kunsten ontleende vormen van therapie is dat, in danstherapie het eigen lichaam het 'medium' is en er bestaat geen distantie tussen beweging en gevoel of anders gezegd tussen de dans en de danser. (Smeijsters 2003). Deze distantie zou als het nodig is gecreëerd kunnen worden door de danstherapeute. (Keulen v, 2007). Nu er een uitgebreide definitie van danstherapie is gegeven zal, het concept van lichaamsbeeld verder worden bekijken.

§ 4.2 Lichaamsbeeld

Lichaamsbeeld is een woord dat de laatste twintig jaar in de westerse wereld populair is geworden. Als je het woord in typt op een van de internet zoekmachines krijg je een lange lijst van resultaten en het zelfde geldt wanneer je zoekt in de grote gerenommeerde databanken. De resultaten handelen over gewichtsproblemen, lichaamsfiguur, eigenwaarde, tevredenheid over het eigen lichaam, kanker en veranderingen van lichaamsbeeld, mentale gezondheid en om actief te kunnen ervaren in danslessen. Het woord wordt dus in allerlei situaties en contexten gebruikt. Als ik specifiek kijk naar de danstherapie, vind ik al vier verschillende definities door maar één boek over danstherapie open te slaan. Pylvävaäinen (2006) heeft gelijkwaardige resultaten als ik gekregen. In de probleemstelling werd het duidelijk, dat het ontwikkelen van het lichaamsbeeld belangrijk is voor het opbouwen van het zelfgevoel en tevens dat het ontwikkelen van een lichaamsbeeld moeilijk voor de doelgroep is. Hierdoor voelde ik de behoefte om eerst duidelijkheid te krijgen wat het concept lichaamsbeeld inhoudt om mijn vraagstelling te kunnen beantwoorden. Ik heb gekozen om te werken vanuit 'the tri- partite model of the body image' uit gewerkt door Pylvävaäinen (2003). Dit omdat ik van mening ben, dat dit model het meest compleet is en heel overzichtelijk en duidelijk is. Het is ook het laatste gepubliceerde model over wat lichaamsbeeld is dat geschreven is door een danstherapeute (Pylvävaäinen) en gepubliceerd in de American Journal of Dance Movement Therapy.

§ 4.2.1 The tri –partite model of the body image

Het tri- partite model of the body image is gebaseerd op literatuuronderzoek van Pylväväinen. Zij heeft de literatuur van verschillende werkelden onderzocht en deze gefilterd met behulp van kennis en ervaring van danstherapeuten. Haar uitgangspunt voor dit onderzoek was om een duidelijk beeld te scheppen van wat het concept van het lichaamsbeeld inhoud, waarom het belangrijk is om aan lichaamsbeeld te werken binnen de danstherapie en wat voor invloed het op de cliënt kan hebben. Het lichaamsbeeld bestaat volgens Pylväväinen uit drie componenten of lagen die samen het lichaamsbeeld vormen. Het lichaamsbeeld is niet een constant gegeven daarmee wordt bedoeld dat het lichaamsbeeld veranderbaar is en zelf van vorm kan veranderen in de loop van tijd door het opdoen van nieuwe ervaringen. De drie componenten of lagen zijn gekoppeld met en aan elkaar en hebben daardoor ook invloed op elkaar. Je zou het kunnen zien als een levend mechanische dat min of meer constant van vorm verandert. De drie componenten zijn;

1. Beelden van het lichaam; refereren aan de waarneming van het eigen lichaam.
2. Lichaamszelf is de interactieve, ervaringen en emotionele core- zelf die thuis horen in het lichaam.
3. Lichaamsgeheugen; vergaren alle gemaakte herinneringen en functioneert als achtergrond om alle ervaringen in het hier en nu te evalueren.

Volgens Pylväväinen (2003) is het de inhoud van de beelden van het lichaam en lichaamsgeheugen die de acties geeft die het lichaamszelf uitvoeren, regelen en bijstellen. Verder staat ook het lichaamsgeheugen en het lichaamszelf dicht bij elkaar doordat het lichaamsgeheugen alles opslaat wat het lichaamszelf ervaart. Tabel 4 geeft een overzicht van de verschillende onderdelen en inhoud van 'the tri- partite model of the body image'.

Tabel 4 *samenvattend overzicht van the tri- partite model of the body image.* (Bron Pylväväinen, 2003 en 2006).

' The tri-partite model of the body image'	
Beelden van het lichaam	Beelden van het lichaam binnen dit model van lichaamsbeeld refereren ernaar hoe de persoon het uiterlijk van zijn lichaam waarneemt. Vooral de visuele waarneming is van belang, maar het gaat ook over de tactiele ervaringen van het eigen lichaam. De beelden van het lichaam behelzen ook een set van opvattingen over het lichaam en deze opvattingen zijn beïnvloed door cultureel idealisme en attitudes. De beelden van het lichaam worden vaak uitgedrukt in dat je iets hebt of bent bijvoorbeeld; ik heb lang haar, ik ben dik of ik heb mooie kleren. Dit deel van het lichaamsbeeld wordt vaak door de media geëxponeerd. Als je vraagt wat een lichaamsbeeld is, wordt vaak het mediabeeld in het antwoord verwoord. Dit heeft als effect, dat het lichaamsbeeld één dimensioneel en heel oppervlakkig wordt. Het gaat alleen maar over hoe je je lichaam mooier kunt maken.
Lichaamszelf	De lichaamszelf is de essentie van wat de persoon is. Het lichaamszelf is essentieel voor de persoon want het creëert het gevoel van zelf. Hoe meer een persoon embodied² is in zijn lichaamszelf des te makkelijker wordt ook de interactie met anderen Het lichaamszelf is het deel dat "doet"; het ervaren en leven in het hier en nu. Het is het centrum van de acties en de tendens tot emoties bij de persoon. De mogelijkheid om affectie te voelen in de lichaamszelf komt door en wordt ervaren door de lichaamssensatie, in de shape/ vorm van het lichaam en in de flow/ de stroom en dynamiek van de beweging. De lichaamszelf relateert en reageert ook op de fysieke omgeving om zich heen door beweging. De kwaliteit en inhoud van de lichaamszelf is sterk beïnvloed door interactie met anderen.
Lichaamsgeheugen	Lichaamsgeheugen; spaart alle gemaakte herinneringen op en functioneert als achtergrond om alle ervaringen in het hier en nu te evalueren. Lichaams - herinneringen hebben geen woorden en staan vrij van de bewuste wil. Het

² Embodied komt van het woord embodiment en is een uitdrukking voor gegrond te zijn in het eigen lijf, en dat het lichaam en geest één is (Block en Kissell 2001).

	lichaamsgeheugen bestaat uit drie delen; <i>The habitual:</i> in het Nederlands is dit het gewone of normale geheugen. Dit deel van het lichaamsgeheugen identificeert zich als het actieve nu/ present moment van het verleden van de persoon in zijn lichaam. Het houdt de ervaringen van elke daagse routines, acties en situaties in zoals fietsen of schoenen aan doen. Het is de container van het geleerde bewegingsrepertoire. Dit wordt samengesteld uit het gevoel van het lichaam als geheel, continuïteit, vertrouwdheid en oriëntatie. Dit is de grond voor de psychische gezondheid. <i>The traumatic:</i> in het Nederlands is dit het traumatische geheugen. Het is de container van sensaties, die voorkomen uit pijnlijke ervaringen. Deze sensatie wordt opgeslagen ook als de persoon zelf niet het trauma en/ of de pijn ervoer. Het kan ook komen door kwellende gedachten. In het traumatische lichaamsgeheugen is het lichaam gefragmenteerd wat verstoringen veroorzaakt in de integriteit van het lichaamsbeeld en verbiedt spontaniteit en geïntegreerde acties. <i>The erotic:</i> in het Nederlands is dit het erotische lichaamsgeheugen. Het is de container van de sensatie die voort komt uit genot en plezier, het gaat niet alleen om erotische ervaringen zoals de naam doet vermoeden. Het is ook de container van de vitality affects³ en positieve levensenergie. De erotische lichaamsherinneringen hebben meestal hun wortels in de interactie met anderen.
--	---

§ 4.3 De Laban Movement Analyse

De Laban Movement Analyse, vaak ook de LMA genoemd, is een systeem dat gebruikt wordt bij het bestuderen, beschrijven en benoemen van bewegingen. Dit is het systeem dat ik koos om mijn bewegingsobservatie bij de Bosschool te beschrijven. Ik heb het ook gebruikt om de data van de interviews en de eigen bewegingservaring te beschrijven, zie hoofdstuk 5. Ik heb dit systeem gekozen omdat het, het systeem is waarin ik ben opgeleid. Ik wil wel aangeven, dat ik alleen maar delen uit de LMA gebruik en ik heb dus geen volledige LMA analyse gedaan. Om een volledige LMA analyse te kunnen doen, moet je speciaal opgeleid zijn en die opleiding duurt 2 jaar. Verder is de LMA een niet interpreterend systeem. Dat vond ik belangrijk om de resultaten weer te geven. Het is ook een systeem dat danstherapeuten veel gebruiken in hun werk en 5 van mijn respondenten zijn ook bekend met de LMA.

Rudolf Laban die zijn naam ontleent aan de LMA, was de grondlegger van het systeem. Laban was een danser, choreograaf en danstheoreticus die gedurende de eerste helft van de 19^{de} eeuw zijn theorieën ontwikkelde. Lamb, één van Labans protegés, heeft de grondleggende theorie van Laban uitgebreid met het shape systeem en Bartenieff heeft ook het systeem van Laban verder ontwikkeld. (Levy, Appel en Mitcheltree, 2005). Omdat Laban uitging van de bewegingseigenschappen die kenmerkend zijn voor de mens in plaats van uit te gang van de academische dans, was de stap naar de assessment binnen de danstherapie niet zo groot. (Smeijsters, 2008). Gedurende de jaren 60 werd LMA populair bij danstherapeuten in Amerika. Laban gaf de danstherapeuten een methode om bewegingen te beschrijven en te bestuderen in hun eigen taal waardoor de beschrijving preciezer werd. (Levy, Appel en Mitcheltree, 2005). De kracht van de LMA is, dat het een niet interpreterend systeem is. Het beschrijft enkel datgene wat in het hier en nu in de beweging gebeurt en dit wordt genoteerd en daarmee ga je verder. De betekenisverlening van wat er te zien is in beweging wordt gedaan in de interactie tussen de cliënt en therapeut. (Keulen v, 2007). De LMA wordt door danstherapeuten gedurende het hele behandelingsproces gebruikt voor observatie, om een indicatie voor behandeling te kunnen geven of om veranderingen en/of effecten van de therapie aan te kunnen geven (Chambart en van Geest 2006). Het is ook een belangrijk instrument om een medium diagnose te kunnen stellen. Als therapeut geeft het je ook veel mogelijkheden om op de cliënt af te kunnen stemmen zowel in de therapeutische relatie als in wat je de cliënt concreet aanbiedt (Keulen v, 2005).

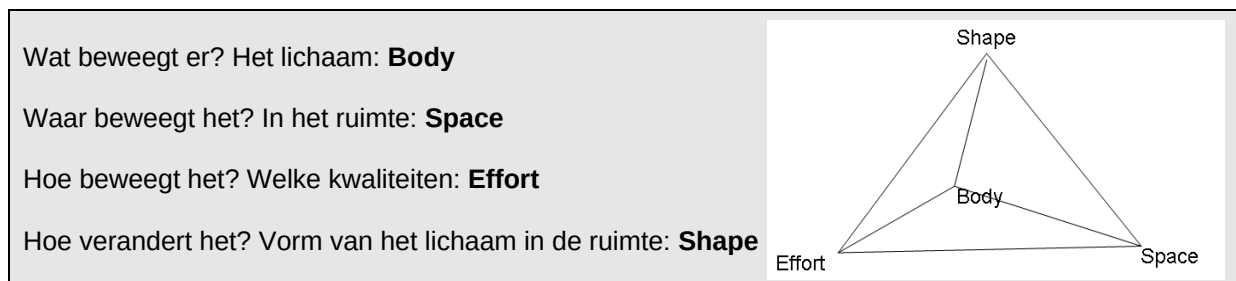
³ Vitality affects; Komt vanuit de theorie van Stern. van Keulen (2007) schrijft 'hij omschrijft deze als de globale dynamische en kinesthetische kwaliteiten van het gevoel... De vitality affects zijn het zelfde als de achtergrondemoties en achtergrond - gevoelens uit de theorie van Damasio'. Voor verder uitleg verwijs ik naar het boek van Stern; the present moment (2004). of het boek van Damasio; Ik voel dus ik ben (2001).

In de theorie van Laban worden geen specifieke verbanden gelegd tussen pathologische stoornissen en verschillende bewegingen. Er wordt wel van uitgegaan, dat er een relatie bestaat tussen psychische constellatie en de lichamelijke gesteldheid (Keulen v, 2005). Zowel Laban als Bartenieff gaan er van uit, dat de bewegingsstijl van een persoon gerelateerd is aan karaktertrekken en persoonlijke eigenschappen. (Levy, Appel en Mitcheltree, 2005 en Keulen v, 2005).

Bij de LMA wordt beweging opgevat als;

- Een complex gebeuren, er gebeuren altijd meerdingen tegelijk
- Een dynamisch proces van voortdurende verandering en niet als een statisch gegeven
- Verlopend in ritmische frases opgebouwd uit inspanning en ontspanning
- Uiterlijke vorm van innerlijke bewegingsredenen, de innerlijke motivatie oftewel de intentie van de beweging 'schijnt' door de beweging heen
- Herkenbaar horend bij een persoon. Wat belangrijk is zal vaker in het lichaam en de beweging te zien zijn (Keulen v, 2005).

Bewegingen worden binnen de LMA beschreven in termen van vier categorieën; body, space, shape en effort. Beneden in figuur 2 wordt duidelijk wat bij de elk van de vier categorieën hoort en dat ze alle met bij elkaar horen.



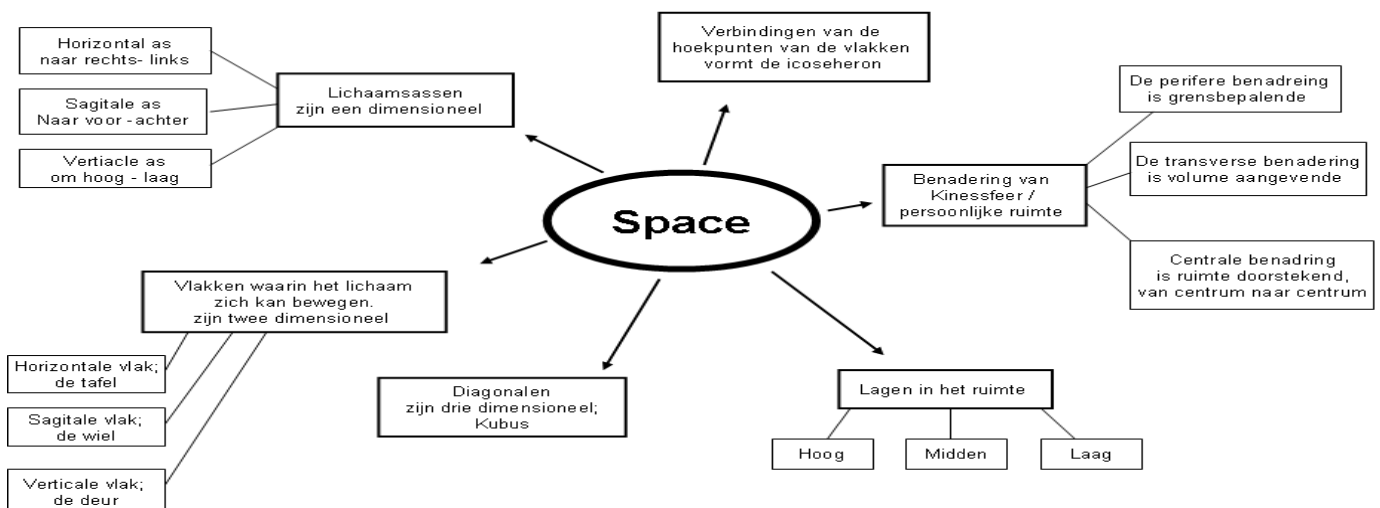
Figuur 2 De vier categorieën van de LMA

De vier categorieën zullen nu in het kort worden beschreven. Dit is geen uitgebreide verklaring van de LMA maar meer een overzicht, voor verder uitleg verwijs ik naar Bartenieff en Lewis, 1980.

Binnen de categorie **Body** is een onderscheid te maken in;

- Initiatie van de beweging (aanzet)
- Relatie tussen lichaamsdelen/ connecties: kop –staart –hiel connectie, lichaamshelft, diagonaal, boven –onder.
- Successievelijk bewegen en simultaan bewegen
- Houdingsbewegingen en gebarenbewegingen (Bartenieff en Lewis 2002).

De volgende categorie is **Space**, in figuur 3 volgt een overzicht van de onderdelen in Space. In bijlage 2 wordt de lichaamsassen, vlakken en kinesfeer visueel weergegeven.



Figuur 3 Overzicht van de categorie Space in de LMA (Bartenieff en Lewis, 2002)

De categorie **Effort**, Effort heeft vier factoren;

- De weight factor: het element van kracht of energie. Het gaat over de houding ten aanzien van het gebruik van het eigen lichaamsgewicht. Er wordt onderscheid gemaakt in light en strong.
- De time factor: het element tijd. Gaat over wanneer de handeling/ beweging beëindigd moet zijn. Er wordt onderscheid gemaakt in sudden/plots en susuained/ aanhoudend.
- De space factor: het element ruimte. Gaat over waar iemand naartoe gaat en op welke manier dat iemand de ruimte gebruikt. Hier wordt onderscheid gemaakt in direct en indirect.
- De flow factor: het element spanning of stroom. Het gaat over hoe de beweging is, de houding ten aanzien van continuïteit. Er wordt onderscheid gemaakt in free/ vrij,los, niet gecontroleerd en bound/ gebonden, gecontroleerd.

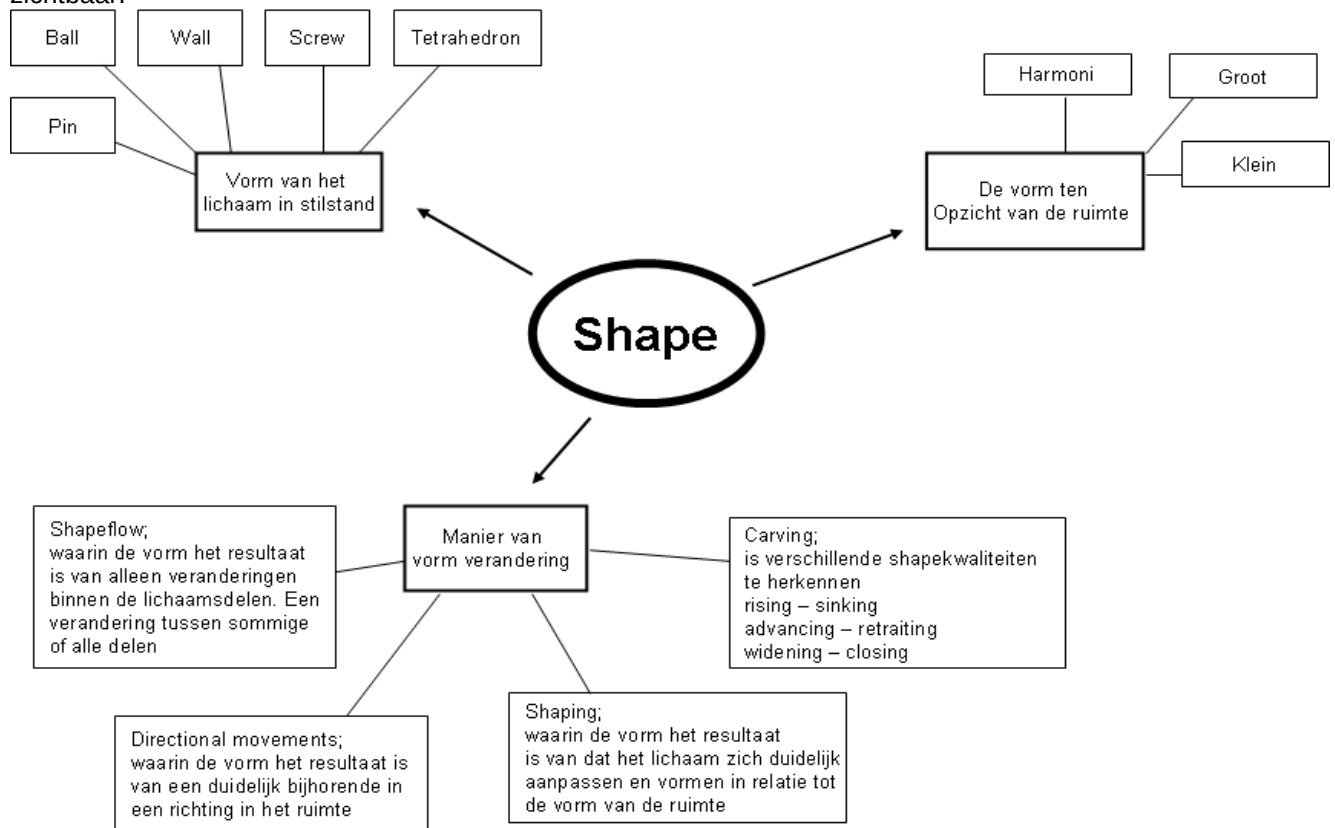
Er kunnen ook effortcombinaties zijn van twee of drie elementen. De combinatie van twee elementen noemt men state, combinaties van drie elementen worden drive genoemd.

In de LMA spreekt men ook over;

- Following effort: wanneer er in beweging sprake is van indirectheid (space), light (weight), langzaam (time) of free (flow).
- Fighting effort: wanneer er sprake is van directheid (space), strong/zwaar (weight), snel (time) of bound (flow) in beweging. Dit wordt ook de vechtende kwaliteit genoemd.

(Bartenieff en Lewis 2002).

De laatste categorie van de LMA is **Shape**, in figuur 4 worden de verschillende onderdelen van Shape zichtbaar.



Figuur 4 Overzicht van de categorie Shape in de LMA (Dell, 1977 en van Keulen, 2005).

Voor een overzicht van de vier LMA categorieën verwijs ik naar bijlage 3.

In dit hoofdstuk is er inzicht gegeven in de definitie van danstherapie. Daarnaast werd dieper ingegaan op het concept van het lichaamsbeeld en het tri –partite model van Pylväväinen (2003, 2006) werd gekozen als definitie en uitgangspunt voor wat lichaamsbeeld in deze scriptie is. Erna werd de achtergrond en het systeem van de LMA belicht om wat inzicht te geven in het systeem dat gebruikt wordt om een deel van de data vast te leggen in het volgende hoofdstuk. In het volgende hoofdstuk zullen de resultaten van de interviews, observatie en de eigen blinde bewegingervaring worden weer gegeven.

5 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van mijn verzamelde data weergegeven. Waar dit mogelijk was heb ik de resultaten in en volgens de LMA (zie § 4.3) uitgewerkt, zie hiervoor tabel 5, 7, 8 en 9. In dit hoofdstuk worden aan de resultaten nog geen conclusies verbonden. In plaats daarvan heb ik de resultaten meegenomen als uitgangspunt voor het uitwerken van mijn behandelingsmodel in hoofdstuk 6. Voor dit onderzoek was het niet belangrijk om aan te geven wie van de respondenten welke informatie gaf omdat ze vaak op één lijn zaten, maar waar dit niet het geval was, heb ik het aangegeven in de resultaatbeschrijving.

§ 5.1 Resultaten van de interviews met professionals

In mijn interviews werkte ik met een topiclijst (zie § 2.3.2 en 2.4.1). Deze topiclijst was ook het raamwerk voor mijn analyse van de interviews. De topiclijst heb ik ontworpen op basis van de thema's die uit mijn probleemstelling kwamen, maar ook op basis van mijn vraagstelling en thema's ik dacht dat ze belangrijk zouden zijn om mijn vraagstelling te kunnen beantwoorden. In deze paragraaf heb ik gekozen om de resultaten weer te geven in het zelfde raamwerk. Een van de delen in dit raamwerk was 'wat zie je in beweging'. De data van dit deel in het raamwerk heb ik geordend in de LMA (zie § 4.3) in paragraaf 5.1.1. De data resultaten van de andere onderdelen in het raamwerk komen aan orde in paragraaf 5.1.2. Deze onderdelen van het raamwerk zijn; lichaamsbeeld, problemen van blinden en ernstig slechtzienden, de groep en assistenten, doelen, manier van werken, randvoorwaarden, competenties van de therapeut, effecten en meerwaarde, contra –indicatie, stereotypische bewegingen, spiegelen, Braille en overige punten.

§ 5.1.1 Wat zie je in beweging geordend in de LMA

Tabel 5 Resultaten van de interviews met professionals of het deel 'wat zie je in beweging'

Body ❖ Het lichaam ❖ Relatie tussen lichaamsdelen / connecties	- Veel spanning in het lichaam - Het lichaam is stijf en houderig - Loopt met de armen stak langs het lichaam - Hoge schouders - Ze bewegen meer zijwaarts dan vooruit - Hoofd omlaag - Lopen op de tenen - Balansproblemen - Fleeting niet gegrond - Weinig besef van wat de mogelijkheden van het lichaam zijn - Gefragmenteerd lichaam, losse onderdelen die niet een geheel zijn - Weinig kennis over het eigen lichaam - Onhandig in beweging en in hoe zij het lichaam gebruiken - Weinig kennis van de connectie van het lichaam - Is lastig om connecties in het lichaam te leggen - De bilaterale connectie werkt niet - De kop –staat- hiel connectie is slecht ontwikkeld doordat ze als baby het hoofd niet op tillen en vaak ook niet kruipen
Space ❖ Persoonlijke ruimte ❖ Ruimte om zich heen ❖ Lagen in het ruimte	- Klein kinessfeer - De ruimte om hen heen is eng omdat die vaak grenzeloos is - Ruimtebesef is moeilijk - Ruimtelijke begrippen als voor, achter, onder enz. is zeer moeilijk om te begrijpen - Durft niet groot te bewegen door de angst om zich pijn te doen - Lage en middel lager
Effort ❖ Weight	- Niet bewust van de eigen kracht - Kan moeilijk de eigen kracht gericht gebruiken - Ze zijn zwaar of licht en kan moeilijk verschil kennen. Heen en weer gaan

❖ Time ❖ Fighting efforts	tussen licht en zwaar is heel moeilijk, - Ze kennen niet de nuances tussen light en strong weight - Altijd langzaam, dan hebben zij nog de controle - Probleem met tempo - Bijna nooit zichtbaar
--	--

§ 5.1.2 Overige data uit de interviews met professionals

Lichaamsbeeld; de resultaten geven een duidelijk beeld, dat het lichaamsbeeld gefragmenteerd is. Er zijn lichaamsonderdelen, maar het is moeilijk om de delen als een geheel te krijgen voor de doelgroep. En als ze een geheel hebben kunnen maken dan klopt deze niet altijd met de werkelijkheid.

Respondent 4 zei, dat blinden en slechthzienden in het algemeen allemaal een zeer slecht lichaamsbesef en kennis over de verschillende lichaamsonderdelen hebben. De connecties tussen de lichaamsdelen, de functie en mogelijkheden vallen daaronder. Drie van de andere respondenten geven gelijkluidende informatie. Verder geven twee van de respondenten aan, dat het lastig is om de connecties in het lichaam te leren kennen waardoor ze vaak onhandig zijn in de manier waarop zij het lichaam gebruiken. Respondent 5 geeft aan dat het lichaamsbeeld beter wordt als ze meer ervaring met het lichaam opdoen. En respondent 3 geeft aan, dat een meer realistisch beeld over het lichaam krijgen pijnlijk kan zijn. Een citaat van een van de respondenten: ' zonder lichaamsbesef vliegen zij alle kanten op. Ze hebben moeite om ergens mee bezig te zijn en daarmee door te gaan. Want het is niet interessant als je er geen idee van hebt hoe je eigen lijf in elkaar steekt. Dan is het ook niet interessant om daarmee bezig te zijn'.

Probleem van de blinden en ernstig slechthzienden; volgens de resultaten kunnen de problemen van de doelgroep opgedeeld worden in zes categorieën; zelfvertrouwen, richten zich veel naar volwassenen, motorische ontwikkeling, ruimte, communicatie met niet blinde personen en dat zij te veel beschermd worden. Hiervan zijn twee hoofd categorieën te zien: zelfvertrouwen en de motorische ontwikkeling. In deze twee gebieden zitten de meeste problemen van de doelgroep. De respondenten zijn het er allemaal over eens, dat het basisprobleem van deze doelgroep in de motorische ontwikkeling zit. De niet goed doorlopen motorische ontwikkeling is vaak het startpunt voor andere problemen. Respondent 2 legt extra de nadruk hierop

De groep en assistenten; Niemand werkt met groepen groter dan 10 cliënten. Het gemiddelde aantal cliënten is 4 tot 5. Het aantal cliënten in de groep hangt van twee zaken af. Ten eerste hoeveel cliënten die dag komen en ten tweede of je met assistenten werkt of niet. De respondenten zijn het er over eens, dat het fijn is om met assistenten te werken. Een van de respondenten (respondent 1) werkt met één assistent per cliënt. Dit zien de andere respondenten als een utopie die helaas zeer zelden realiseerbaar is. Verder vinden alle respondenten, dat de assistenten een training moeten krijgen zodat zij de manier en methode van de respondent kennen en accepteren, anders kan een assistent meer storend dan helpend zijn. Één van de respondenten vond, dat persoonlijke assistenten als assistenten in een therapiegroep niet wensbaar is. Volgens deze respondent zijn de persoonlijke assistenten vaak te beschermend en hebben te veel macht over de cliënt. De cliënt is vaak afhankelijk van de persoonlijke assistent en conformeert zich te veel aan de wil van deze persoon.

Doelen; de doelen waarmee gewerkt wordt, kunnen opgedeeld worden in vier groepen;

1. Lichaamsbesef, hier gaat het om het eigen lichaam te leren kennen en om naar je eigen lichaam te luisteren.
2. De motorische ontwikkeling, hier gaat het over het verbeteren van de lichaamsconnectie en waar mogelijk de motorische ontwikkeling in te halen.
3. Interactie met niet-blinden. In deze groep met doelstellingen gaat het om het leren begrijpen van sociale normen en waarden van de ziende wereld om zo de communicatie met zienden te verbeteren.
4. Vergroten van bewegingsmogelijkheden. Hier gaat het om verschillende bewegingskwaliteiten te leren en te nuanceren door deze te verkennen en te begrijpen.

De twee belangrijkste doelen zijn het lichaamsbesef en het vergroten van bewegingsmogelijkheden. Vier van de zes respondenten zijn het erover eens, dat één van de absoluut belangrijkste doelen moet zijn, dat de cliënt positieve ervaringen op doet met - en in beweging.

Manier van werken; de manier van werken is opgedeeld in houding, werkvormen, technieken, materiaal en methode.

- **Houding;** respondent 2 en 5 noemen de houding van de therapeut 'sensitief responsief'. Deze houding houdt in: dat jezelf de beweging hebt ervaren. Dat je zelf een enthousiaste uitnodigende lichaamstaal hebt, verwoordt wat je doet, zorgt voor herhaling, het geven van betekenis aan de bewegingen, dat je je laat leiden door de cliënt en een klimaat van geborgenheid en aanmoedigt. De andere respondenten geven aan, dat rust voelen en uitstralen, echt zijn en geduld hebben belangrijke elementen zijn in je houding wanneer je met deze doelgroep werkt.
- **Werkvormen;** alle respondenten werken met zowel open- als gesloten werkvormen. Veel voorkomende werkvormen zijn; verschillende vormen van improvisatie, werkvormen waarin het uitproberen en ontdekken van wat je met het lichaam kan centraal staat, het maken van dansen, frases maken vanuit een verhaal en leiden – volgen – spiegelen.
- **Technieken;** vier van de respondenten geeft aan dat spiegelen een belangrijke techniek is. Deze techniek moet wel aangepast worden aan de doelgroep. Dit wordt verder besproken onder het onderdeel spiegelen. Respondent 3 geeft aan, dat zij de rest van de groep liet voelen en zien wat iemand in de beweging deed als het iets totaal nieuw voor hen was of als iemand bewegingen deed die niet veilig waren.
- **Materialen;** er wordt zowel gewerkt met- als zonder materialen. Materialen die bijvoorbeeld gebruikt worden zijn; tricots, huppels, pitzakken en instrumenten. Een respondent geeft aan dat een van haar cliënten graag dingen in de mond stopt daarom koos zij om niet zoveel met materialen te werken.
- **Methode;** De respondenten geven aan dat zij verschillende methodes en/of elementen van methodes gebruiken. Respondent 1,3 en 4 werken met Chace, Laban en the Fundamentals. Respondent 1 en 5 werken met de Sherborne. Elementen uit de Sherborne methode komen ook terug bij respondent 1, 3, en 4. Verder wordt ook gebruik gemaakt van visualisatie, ontspanningsmethodes en vanuit de fantasie met story telling.

Randvoorwaarden en competenties van de therapeut; Ik heb gekozen om alleen maar de resultaten weer te geven die specifiek of extra belangrijk zijn voor het werken met blinden en ernstig slechtzienden. In tabel 6 is een opsomming gegeven van deze specifieke randvoorwaarden en competenties.

Tabel 6 Specifieke randvoorwaarden en competenties van de therapeut die werkt met de doelgroep blinden en ernstig slechtzienden

Randvoorwaarden	Competenties van de therapeut
Altijd dingen op dezelfde plek neer zetten of als iets anders is, het vertellen en er naar "kijken".	Eigen ervaring van blind bewegen
Voor veiligheid zorgen	Zowel leerlingen als assistenten kunnen begeleiden
Aankondigen wie er in de ruimte is of wie je bent als je iemand tegenkomt op de gang	Beschikken over een goed verbale communicatie, Verbale nuances in de taal beheersen
Enig inzicht hebben in hoe het is om niet te kunnen zien en wat de overlevingsmechanismen zijn	Comfortabel zijn met aanraking, gewicht geven en nemen
Het is zeer belangrijk om een grote en open kamer te hebben	Inzicht en kennis hebben in de normale motorische en psychische ontwikkeling
Comfortabel zijn met aanraking, laten voelen op je lichaam als voorbeeld.	Kennis hebben over de visuele handicap
Kaders in het ruimte geven	Realiseren dat je je begeleiding moet aanpassen

Effecten en meerwaarde; de respondenten vonden het moeilijk om de effecten van wat zij doen te scheiden van de meerwaarden van wat zij doen. Zij vonden dat de effecten juist de meerwaarde geven. De effecten zijn op drie niveaus te zien; fysiek, emotioneel en relationeel.

- **Fysieke effecten** die veel genoemd worden, zijn; beter lopen, het hebben van een betere balans en houding, betere rompstabiliteit, bewegen meer en anders, betere coördinatie, weten hoe het lichaam in elkaar zit en luisteren naar het lichaam.
- **Emotionele effecten** die volgens de respondenten optreden; ze worden zekerder van zichzelf en het zelfvertrouwen en zelfgevoel wordt groter, het gevoelsleven wordt genuanceerder uitgedrukt. Respondent 1 geeft aan, dat wanneer je de spanningen in het lichaam wegneemt, de persoonlijkheid en gevoelens naar boven komen.
- **De relationele effecten zijn;** durven relaties aan te gaan, bewust worden van dat zij in staat zijn om anderen te helpen, contact leggen met zienden gaat makkelijker.

Uit de antwoorden koos ik vier uitspraken over de meerwaarde van dans, respondent 3 zei; de cliënten hebben meer ervaringen van binnen in gekregen, meer begrip voor wat het lichaam kan doen en hoe, meer bewust van zijn eigen acties en de effecten van deze acties. Respondent 1 zei; Hoe meer bewegingen en ervaringen je met beweging hebt, des te beter kan je de verschillende nuances in het leven aan en als je je lichaam kent, is het makkelijker om in de wereld te overleven. En respondent 5 geeft aan, dat het lichaamsbeeld beter wordt als ze meer ervaringen met het lichaam opdoen.

Contra indicatie; maar twee respondenten hebben contra -indicaties aangegeven. Respondent 2 gaf aan, dat als de cliënt van gelijke grootte en gewicht is als een volwassene, dan wordt het te zwaar en werkt dit als contra –indicatie. Respondent 4 gaf drie contra –indicaties aan; de cliënten moeten zelfstandig de trappen kunnen lopen, ze mogen niet te veel hoorproblemen hebben, en de cliënten mogen geen zwaar psychiatrische problemen of stoornissen hebben omdat deze respondent niet binnen een behandelingssetting werkt.

Stereotypische beweging; alle respondenten zijn het er over eens, dat de oogdrukbewegingen direct stop gezet moeten worden omdat dit echt schadelijk kan zijn. Voor andere stereotypische bewegingen lopen de meningen uiteen. De twee danstherapeuten, respondent 3 en 4 geven duidelijk aan dat stereotypische bewegingen een goed uitgangspunt kunnen zijn voor dans of spel. Ze nemen deze beweging mee en werken hiermee door de beweging te vergroten of op een andere manier te veranderen. Het geven van alternatieven is iets dat 4 van de respondenten aanspreekt. 4 respondenten vinden het belangrijk dat je de stereotypische beweging niet wegneemt van de cliënt. Respondent 5 geeft aan, dat de stereotypische bewegingen kunnen helpen om geluid te lokaliseren: dus een hulp bij het oriënteren. Maar ook, dat het een manier kan zijn om prikkels te krijgen, niet de ogen maar het evenwichtsorgaan zorgt voor de interessante prikkels en dit kan dus een manier zijn om zich niet te vervelen.

Spiegelen; Respondenten 3, 4 en 5 zijn bekend met de techniek van spiegelen. Deze drie waren het erover eens, dat het in het begin even een schok is, je hebt tijd nodig om een manier van deze techniek te vinden die bij deze doelgroep werkt. Respondent 3 noemt haar manier van spiegelen: verbaal spiegelen, respondent 4 noemt haar manier: verbaal spiegelen in de combinatie met fysiek contact en respondent 5 noemt haar manier: auditief spiegelen. Respondent 3 geeft aan, dat de blinden en ernstig slechtziende cliënten op dezelfde manier reageren op spiegelen als cliënten die kunnen zien, maar het gebeurt vertraagd. Respondent 5 geeft aan dat spiegelen belangrijk is, want hierdoor wordt de cliënt echt gezien.

Braille; Op video's getoond door respondent 1, kon je zien hoe een kind dat braille kon lezen op een heel andere manier dingen aanraakte. Dit kind zweefde bijna boven alles wat zij aanraakte, terwijl de andere kinderen dezelfde dingen echt vastpakte. Ik was nieuwsgierig of de andere respondenten dit herkenden. Maar niemand van de respondenten had het zelf gezien, maar zij konden zich het allemaal goed voorstellen, dat het zo kon zijn. Respondent 2 gaf aan, dat de cliënten vaak voorzichtiger werden met de vingers nadat zij braille hebben leren lezen, maar hij denkt dat dit op een onbewust niveau gebeurt. 2 respondenten gaven aan dat de sensitiviteit voor aanraking sterk vergroot wordt doordat zij oefenen om de kleine punten van braille te lezen. Respondent 3 zei, dat van de motorcortex in de hersenen, waar de bodymaps zijn, 80% van deze bodymaps gaat over onze handen en vingers en misschien dat dit gebied versterkt wordt wanneer je braille leest. Dezelfde respondent gaf aan, dat zij als danstherapeute zich ernstige zorgen zou maken als de cliënten onbewust alleen maar handen en vingers zouden worden.

Overige; Er zijn nog drie punten uit de resultaten maar die passen niet in het raamwerk en die ik toch belangrijk vind om mee te nemen; respondent 6 zei, dat blinden en slechtzienden het heel moeilijk hebben om expressie te geven aan hun emoties. Omdat zij de natuurlijke lichaamstaal niet hebben aangeleerd en dus minder mogelijkheden hebben voor gedragskeuzen, gedragsmogelijkheden en expressiemogelijkheden. Zij zijn heel gevoelig en merken direct of iets anders is, of als de persoon zich niet op zijn gemak voelt in hun omgeving. Respondent 5 gaf aan, dat de nieuwsgierigheid die je bij geblinddoekte niet blinde personen ziet, zie je niet bij kinderen die vanaf de geboorte blind zijn. Ze kennen en snappen niet de ruimte om zich heen en hebben de attitude “als ik het nodig heb, dan zoek ik het wel” ,terwijl niet blinden willen weten wat in de ruimte om ze heen aanwezig is en die gaan de ruimte onderzoeken voordat zij een object nodig hebben.

§ 5.2 Resultaten van de bewegingsobservatie

Gedurende drie volle schooldagen heb ik de leerlingen van de Bosschool in Doorn geobserveerd (zie § 2.1). In tabel 7 zijn mijn observaties geordend in de LMA.

Tabel 7 Resultaten van de observatie op de Bosschool in Doorn

Body ❖ Het lichaam ❖ Bewegingsaanzet/ initiatie ❖ Relatie tussen lichaamsdelen / connecties	- Veel spierspanning in het lijf - Veel lopen op de tenen - Zoeken voor houvast buiten zichzelf, bijvoorbeeld houdt de broek vast met de handen (om een houvast te krijgen) - Weinig stabiliteit in de romp - Houding gesloten, houd het hoofd omlaag en de armen dicht tegen het lichaam - De bewegingsaanzet komt vanuit de periferie - Initiatief nemen voor beweging is moeilijk - Niet bewust van de connectie tussen de lichaamsdelen. Een voorbeeld hiervan is dat zij niet weten hoe je de knieën kan gebruiken om makkelijker op een schommel te gaan zitten. - De bilaterale connectie / de diagonale connectie werkt niet goed. Dit is duidelijk te zien in het lopen. Het lopen is onstabiel, ziet houterig en onnatuurlijk uit. - Disorganisatie is af en toe zichtbaar - De coördinatie tussen lichaamsdelen loopt lastig
Space ❖ Persoonlijke ruimte ❖ Ruimte om zich heen ❖ Lagen in het ruimte	- Klein kinesfeer - Neemt niet de ruimte om zich heen in - Voorkeur voor de middel en lage lager - Niemand bewoog in de hoge lager
Shape ❖ Carving	- Rinking en closing was duidelijk
Effort ❖ Weight ❖ Time ❖ Space ❖ Flow	- Is zwaar of licht en er is niets tussen in - Bang voor eigen kracht - Is zich niet bewust van de eigen kracht - Kan kracht niet gericht inzetten - Veel bewegingen lijken alsof zij van nergens komen, sudden - Indirect - Bound flow

§ 5.3 Resultaten van eigen blind bewegingservarenheid

In paragraf 2.3.1 is uitgebreid ingegaan over hoe ik zelf deze ervaringen heb opgedaan. Ik heb gekozen om de data van deze paragraaf in twee delen te splitsen. In het eerste deel zal ik kort weergeven hoe de ervaring voor mij was en daarna heb ik in tabel 8 de data van de observatoren geordend volgens de LMA methode.

§ 5.3.1 Mijn ervaring

De ervaring met de observatoren;

Ik merkte direct toen ik begon en op de vloer zat, dat mijn oren veel gevoeliger werden voor omgevingsgeluiden en dat ik veel meer hoorde dan normaal. De tactiele en auditieve zintuigen werden veel sterker naar mijn gevoel. Mijn instinct gaf mij aan om op de vloer te gaan zitten en om mij zo klein mogelijk te maken, de armen om mijn benen heen te slaan en de benen vast te houden en

niet te bewegen. Ik wilde het liefst exact weten wat erom me heen was. Ik heb mezelf echt moeten aanzetten om op te staan en door de ruimte te lopen. Het was zo eng om mijn voeten op te tillen en normaal te lopen, dat ik de behoefte kreeg om mezelf aan te raken. Toen kwam ik erachter, dat er plakband op de vloer zat en ik herinnerde me hoe het plakband op de vloer was geplakt en dat gaf me een bepaalde houvast die ik miste. Met hulp van een hoepel durfde ik echt te lopen en normaal te lopen met de voeten van de vloer, want de hoepel gaf mij heel veel houvast en werkte als een blindengeleide stok. Het voelde alsof iemand een riem om mijn armen had vastgemaakt en dat ik mijn armen en benen niet goed kon gebruiken. De armen zaten gewoon vast aan het lichaam en dat was een heel raar gevoel. Ik voelde mij ontzettend beperkt, bijna alsof ik gevangen was in mijn eigen lichaam, een lichaam dat me normaal heel veel aan te bieden heeft. Ik kreeg heel sterk de neiging om mijn ogen in te drukken vooral toen er geen materialen aanwezig waren in de ruimte. Wanneer er materialen in de ruimte waren, stimuleerden de materialen me en ik had minder behoefte om met mijn handen op mijn ogen te drukken. In de lege ruimte waren er gewoon geen prikkels en ik bleef hangen bij het afzoeken waar ik in de ruimte was. Het koste me ontzettend veel moeite om in beweging te zijn en ik wilde steeds gaan zitten en niets doen. Het was zo fijn om gedragen te worden door de vloer. Ik hoefde niet tegen de muur te zitten, zolang ik maar wist dat er niets iets in mijn directe omgeving stond of was. Na deze sessie had ik het gevoel alsof ik een intensieve training achter de rug had.

De ervaring van de tocht in het donker in de muZIEum in Nijmegen;

We waren in een groep van zeven en voordat we de tocht begonnen, hebben we een blindengeleide stok gekregen. Ik merkte direct, toen ik binnenkwam, dat de taststok heel veel houvast gaf, ik hield deze dan ook bijna krampachtig vast. Een ander houvast was de stem van de begeleidster. Ze is een vrouw van rond de veertig en blind geboren. Zij heeft vele jaren in een instituut voor blinden gezeten. De begeleidster heeft ons in het donker begeleid en ons tips en advies gegeven hoe we verschillende dingen konden doen. Voor mij was het spannend om door de verschillende ruimtes te lopen en ik merkte vooral in het begin, dat ik veel spanning in mijn lichaam had, maar deze spanning werd minder toen ik niet meer probeerde te zien, maar gewoon mijn ogen dicht deed. Na circa een kwartier merkte ik, dat mijn oren ontzettend moe waren en ik had eigenlijk een moment van rust nodig, maar ja, dat was niet mogelijk, want toen waren wij bij een punt gekomen waar we een drukke straat moesten oversteken. Ik heb de knop van het verkeerslicht ingedrukt en na een tijdje hoorde ik dat het groen werd en ik begon te lopen. Maar ik liep direct tegen een paal met een ketting aan en ik kon er geen weg omheen vinden. Tegelijkertijd hoorde ik de geluiden van de straat, auto's die gas gaven en het geluid van het groene licht dat steeds sneller ging. Ook al wist ik, dat er geen echte auto's waren, voelde het op dat moment heel erg echt aan en ik voelde hoe de spanning opliep en hoe ik verkrampde. Het volgende moment van spanning kwam toen we de markt op liepen. Ik hoorde hoe de marktverkopers hun waar aan het verkopen waren. De begeleidster maakte ons erop attent dat een aantal markverkopers dingen voor hun kraam hadden staan en dat er zaken voor de verkoop boven in de kraam hingen. Ik merkte voor het eerst in mijn leven hoe druk een markplein is, hoe veel verschillende geluiden en geuren erop een markt aanwezig zijn. Toen ik langs de kruidenverkoper liep, rook ik de tijm en opeens kreeg ik een warm gevoel in mijn buik. De reuk van tijm verplaatste me direct naar ons terras thuis waar we tijm in de zomer hebben groeien. De wandeling door het park was ook leerzaam voor mij. Er stonden een aantal standbeelden in het park van verschillende grootte. De begeleidster vroeg ons om te kijken wat voor een standbeelden het waren. Van de zes of zeven verschillende standbeelden waren het er maar twee waarvan ik wist wat het was, De duif en het Micky Mouse standbeeld, want deze twee waren vrij klein en ik kon met mijn twee handen het gehele standbeeld in één keer voelen. De andere standbeelden waren groter en voor mij veel moeilijker om een goed beeld van te krijgen. Iedereen in de groep vond verschillende standbeelden makkelijk en moeilijk om te voelen en te raden wat het standbeeld uitbeeldde. Ik merkte toen ik bezig was om de standbeelden te voelen, dat mijn manier van denken anders was dan normaal. Maar ik kan er niet mijn vinger op leggen wát nu precies anders was, maar het was duidelijk anders. Op het einde van de tour vertelde de begeleidster, dat zij nu een blindenhond heeft gekregen en dat zij nu voor het eerst in haar leven door had hoe stijf zij is geworden door het lopen met een taststok en dat je niet stijf kan zijn als je met een hond samen wil werken. Ze zei, dat je met de hond moet kunnen dansen. Je moet de hond je laten leiden en dat kan alleen maar als je soepeler wordt en een stuk van de controle los laat. Zij was nu druk bezig met een ergotherapeut om dit te leren zodat de hond zijn werk kan doen.

§ 5.3.2 De data van de observatoren

Tabel 8 De data van de observatoren

Body	
❖ Het lichaam	- Heel kleine bewegingen vooral met handen en voeten - Vooral bewegingen van de handen en voeten - Weinig energie in het lichaam - Klein en gesloten lichaamshouding met de hoofd omlaag
❖ Bewegingsaanzet/ initiatie	- De aanzet was heel gelijkmatig en kwam uitsluitend van de periferie
❖ Relatie tussen lichaamsdelen / connecties	- Opvallend was dat de arm uitgestrekt in een richting was maar het hoofd in de andere richting gedraaid was - Tegengestelde bewegingen tegelijk in het lichaam
Space	
❖ Persoonlijke ruimte	- Heel klein kinessfeer
❖ Ruimte om zich heen	- Aftastende benadering
❖ Lagen in het ruimte	- Steeds terug naar het lage lager - Geen gebruik van de hoge lager
Shape	
❖ Carving	- Sinking en closing
Effort	
❖ Time	- Sustained
❖ Space	- Direct
❖ Flow	- Bound, de beweging voelde ingehouden

§ 5.3.3 Een kritische noot

Ik heb heel veel geleerd uit de ervaring om zelf als blinde te bewegen, maar ik realiseer me ook dat het niet helmaal representatief is voor de doelgroep hoe ik bewoog. Ook al was ik geblinddoekt, ik had toch al ervaringen tot dat moment met een goed functionerende visueel zintuig opgedaan. Ik ben ook een zeer ervaren beweger. Ik denk dat deze twee gegevens impact hebben gehad op hoe ik reageerde toen ik geblinddoekt bewoog. Maar toch geeft het enig inzicht in wat voor impact het wegvallen van het visuele zintuig heeft.

§ 5.4 Mogelijk bewegingsbeeld van een blind of ernstig slechtziende cliënt

In deze paragraaf wordt een mogelijk bewegingsbeeld van een blinde of ernstig slechtziende cliënt weergegeven in de LMA methode. Hierbij is gebruikt gemaakt van de data die ik uit de interviews heb verkregen, maar ook van mijn eigen observaties en bewegingservaring als "blinde". Dit bewegingsbeeld is geverifieerd en bevestigd door mijn respondenten en de feedback die ik kreeg in de member- checking is erin verwerkt. Deze tabel was oorspronkelijke gemaakt in het Engels en is daarna vertaald naar het Nederlands, sommige termen zijn moeilijk om naar het Nederlands te vertalen en daarom is de Engelse versie te vinden in bijlage 1.

Tabel 9 *Mogelijk bewegingsbeeld van een blind of ernstig slechtziende cliënt*

Body	
❖ Het lichaam	- Ervaring van de lichaamsmiddenlijn ontbreekt - Veel spanning in het lichaam - Het lichaam is stijf en houderig of het lichaam is ongecontroleerd en onhandig - Hoge schouders - Lopen op de tenen of lopen met passief gewicht zodat het eruit ziet en voelt alsof alles heel zwaar is - Balansproblemen - Fleeting niet gegrond - Weinig besef van wat de mogelijkheden van het lichaam zijn

❖ Bewegingsaanzet/ initiatie ❖ Relatie tussen lichaamsdelen / connecties	- Houding gesloten, houdt het hoofd omlaag en schouders omhoog - Bewegen met de armen strak langs het lichaam - Loopt zijwaarts - Niet bewust van de bewegingsmogelijkheden van het lichaam - De bewegingsaanzet komt vanuit de periferie - Gefragmenteerd lichaam, losse onderdelen die niet een geheel zijn - Weinig kennis over het eigen lichaam - Onhandig in beweging en in hoe zij het lichaam gebruiken - Weinig kennis over de connectie van het lichaam - Lastig om connecties in het lichaam te leggen - Moeilijk om koppelingen te maken tussen externe en interne ervaringen van het lichaam - De bilaterale connectie werkt niet - De kop –staart- hiel connectie is slecht ontwikkeld doordat ze als baby het hoofd niet op tillen en vaak ook niet op het klassieke manier kruipen
Space ❖ Persoonlijke ruimte ❖ Ruimte om zich heen ❖ Lagen in het ruimte	- Klein kinessfeer - Ruimtebesef is moeilijk - Ruimtelijke begrippen als voor, achter, onder enz. is zeer moeilijk om te begrijpen - Neemt niet de ruimte om zich heen in - De ruimte rond de blinde of ernstig slechtziende is voor hen vaak eng omdat er meestal niet genoeg aanwijzingen zijn om de begrenzingen van de ruimte te voelen - Kinderen gebruiken de lage en middel lager. Volwassenen gebruiken niet spontaan de lage lager. Ze zijn bang om vies en vuil te worden en dat niemand het tegen hen zegt waardoor zij voor de gek worden gehouden
Shape ❖ Carving	- Sinking en closing, maar dit gebeurt niet op een bewust niveau, zij blijven gewoon hetzelfde
Effort ❖ Weight ❖ Time ❖ Fighting efforts ❖ Pre – effort (uit de Kestenberg Movement profile, voor verder informatie zie Kestenberg, Loman, Lewis en Sossin 1999).	- Niet bewust van het eigen gewicht (limited weight sensing) - Niet in staat om actief toe te geven aan gewicht - Kan moeilijk gebruik maken van het eigen gewicht in een gerichte manier - Kan moeilijk de eigen kracht gericht gebruiken - Gebruiken vaak strong of light weight en kunnen moeilijk verschil kennen. Heen en weer gaan tussen licht en zwaar is heel moeilijk, - Ze kennen niet de nuances tussen light en strong weight - Niet bewust van de eigen kracht - Probleem met tempo veranderingen - Heeft voorkeur om langzaam te bewegen omdat dit hen het gevoel van controle geeft - Bijna nooit zichtbaar - Probleem met flexibility en straining /vehemence

6 Behandelingsmodel

In het vorige hoofdstuk heb ik de resultaten beschreven van mijn onderzoek en in dit hoofdstuk zal vanuit deze resultaten een behandelingsmodel opgezet worden als een handleiding voor voornamelijk danstherapeuten, maar ook voor andere professionals die blinden of ernstig slechtzienden in behandeling of therapie krijgen. In deze handleiding staan punten vermeld die uitsluitend of extra belangrijk zijn voor de doelgroep blinden en ernstig slechtzienden. Ik heb dus niet de algemene voorwaarden voor danstherapie benoemd. Om het mediumspecifieke handelen van de danstherapeut te kunnen beschrijven, is er een beschrijvingsmodel ontwikkeld door Wischniewski en van Keulen in 2004. In dit beschrijvingsmodel wordt het mediumspecifieke handelen methodisch inzichtelijk gemaakt. (Wischniewski, 2004). Om het behandelingsmodel volledig te maken, beschrijf ik in dit hoofdstuk middels het beschrijvingsmodel het mediumspecifieke werken met blinden en ernstig slechtzienden binnen de danstherapie

§ 6.1 Indicatie

Het probleem van deze doelgroep is het niet functionele visuele zintuig. Er zijn verschillende redenen waarom een kind blind of ernstig slechtziend geboren wordt, zoals; erfelijke oogafwijkingen of oogziekten, doordat de moeder een infectie had tijdens de zwangerschap, als gevolg van dat het kind te vroeg geboren werd, hersenbeschading, maar ook albinisme kan blindheid en ernstig slechtziendheid veroorzaken (www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282, www.oogfonds.nl en Dik, 2005). Als je vanaf je geboorte blind of ernstig slechtziend bent, heeft dit effect, vooral op de motorische ontwikkeling die anders verloopt (Smit –Stadman, 2005). Het niet goed doorlopen van de motorische -ontwikkeling is het basisprobleem voor de blinden en ernstig slechtzienden en het heeft grote invloed op het ontwikkelen van lichaamsbeeld aldus mijn respondenten. Een niet goed ontwikkeld lichaamsbeeld heeft weer invloed op;

- Het zelfvertrouwen
- Lichaamsbesef
- Communicatie mogelijkheden
- Houding
- Niet gegrond zijn in het lijf
- En op de expressie van gevoelens.

Dit wordt bevestigd door Pylvävaïnen (2003 en 2006) en Engebrigtsen (1999). Door de motorische ontwikkeling te ondersteunen of opnieuw te doorlopen, beïnvloed je het lichaamsbeeld en door te werken met de verdere ontwikkeling van lichaamsbeeld kan de cliënt een stuk van de motorische ontwikkeling inhalen.

Hoe wordt het probleem zichtbaar in het medium dans?

Uit de data analyse heb ik een fictief bewegingsbeeld van een blinde of ernstig slechtziende cliënt kunnen beschrijven via de LMA methode, zie tabel 9 (zie § 5.4). Dit beeld is geverifieerd door 5 van de respondenten. De respondenten geven allemaal aan, dat dit een zeer herkenbaar beeld is van de doelgroep, maar zowel ik als de respondenten willen aangeven, dat niet iedere blinde of ernstig slechtziende dit beeld laat zien. De problemen van de blinden en ernstig slechtzienden worden vooral zichtbaar in de categorie Body (zie § 4.3), maar ook in de weight factor van efforts (zie § 4.3). Bij body zie je bijvoorbeeld; veel spanning in het lijf, bewegen zijn houterig en een gesloten houding met het hoofd omlaag. Bij de weight factor van de efforts zie je dat ze vooral problemen met de nuances hebben tussen light en strong. Ze zijn vaak heel light of juist andersom heel zwaar en kunnen heel moeilijk van light naar strong en andersom gaan.

Ik wil de indicatie afsluiten met twee uitspraken, Professor Natalie Barrage geeft aan dat het voor kinderen die blind zijn, beweging het meest adequate alternatief voor het visuele zintuig is om de informatie over de wereld om zich heen te verduidelijken. Barrage denkt dat fysisch bewegen als het nauwkeurig ontworpen is voor blinden, helpt om tot de zelfde kwaliteit van de motorische ontwikkeling te komen als bij ziende personen (Pines Fried, 2006). Pines Fried (2006) schrijft verder hoe Selma Fraiberg, die kinder psycho-analysisist en maatschappelijk werkster was en die twintig jaar onderzoek deed naar blinden, hoe het bouwen van zelfgevoel en zelfvertrouwen begint met het opbouwen van lichaamsbeeld. Als er vroeg geïnterveniërd wordt om het lichaamsbeeld te vergroten dan heeft dit ook een zeer positief effect op het zelf. Dit laat zien, dat mensen vanuit verschillende beroepen,

invalshoeken en in verschillende decennia tot de conclusie zijn gekomen, dat bewegen essentieel is voor de doelgroep blinden en ernstig slechtzienden.

§ 6.2 Werkwijze

§ 6.2.1 Algemeen werkwijze

De ortho –pedagogische en de re –educatieve werkwijzen sluiten goed aan op de behandeling van blinden en ernstig slechtzienden. Want het gaat bij deze werkwijzen over het ondersteunen van de ontwikkeling, in dit geval de ontwikkeling van lichaamsbeeld en over het beïnvloeden en doorwerken van problemen, in dit geval de motorische ontwikkeling en lichaamsbeeld.

Smeijsters (2008) beschrijft dat de ortho –pedagogische werkwijze als algemene doelstelling heeft het ondersteunen van de ontwikkeling bij gehandicapten. De werkvormen binnen deze werkwijze zijn onder andere gericht op de ontwikkeling van psychomotorische, sensomotorische, perceptuele en sociale vaardigheden. De therapeute kiest bij deze werkwijze uit doelstellingen als;

- Verbeteren van de motoriek, zowel de fijne als grove motoriek
- Vast houden van aandacht
- Veranderen van gedrag
- De gerichtheid op anderen vergroten (Smeijsters 2008).

De re –educatieve werkwijzen richt zich op het beïnvloeden en doorwerken van problemen. Smeijsters (2008) zegt dat bij deze werkwijze staan het eigen gedrag, het beleven in het hier en nu en de directe oorzaken van het probleem centraal. Doelstellingen die tot deze werkwijze behoren zijn bijvoorbeeld;

- Grenzen leren trekken
- Uitbreiden van gedragsrepertoire
- Wijzigen en uitbreiden van het zelfbeeld
- Versterken van zelfvertrouwen (Smeijsters 2008).

§ 6.2.1 Mediumspecifieke werkwijze

Medium doelstellingen

Vier van de respondenten gaven aan, dat één van de belangrijkste doelen voor de groep blinden en ernstig slechtzienden is, dat de cliënten positieve ervaringen opdoen met bewegingen. Het belang van dit heeft te maken met de bewegingsarmoede die de cliënten vaak hebben.

1. Dus het eerste doel is om positieve ervaringen met - en in beweging op te doen.
2. Verder is het vergroten van bewegingsmogelijkheden een medium doel. Hier gaat het om verschillende bewegingskwaliteiten te leren kennen en de verschillende nuances van deze.
3. Vergroten van lichaamsbesef.
4. De stappen in de motorische ontwikkeling opnieuw doorgaan
5. De interactie met anderen bevorderen.

Door aan deze vijf doelen te werken binnen de therapie, beïnvloed je verschillende delen van het lichaamsbeeld. Deze vijf medium doelen sluiten ook aan bij de ortho –pedagogische en de re –educatieve werkwijzen zoals in de algemene werkwijze genoemd werden

Methodische uitgangspunten

Een methodisch uitgangspunt dat van belang is tijdens de therapie is herhaling. Dit geldt voor alle leeftijden. De reden waarom ik dit als een methodisch uitgangspunt zie, heeft te maken met de manier waarop blinden en ernstig slechtzienden dingen aanleren. Het aanleren van nieuwe vaardigheden bij deze doelgroep gaat tijdens het leven steeds in drie fases en heeft tijd nodig. De fases zijn;

1. Vasthouden
2. Los laten
3. Zelf initiatief nemen en om de vaardigheid te gebruiken

Na fase 3 komt de verfijning en versteviging van de bestaande vaardigheden (Bartimeus, 1993).

Daarom is het van belang, dat de therapeute steeds voor herhaling van werkvormen zorgt zodat de cliënt genoeg gelegenheid krijgt om de fases van leren te doorlopen om zo de vaardigheid analoog te kunnen maken. Dit betekent echter niet dat de werkvorm elke keer precies hetzelfde hoeft te zijn. Voor verdere uitleg over de drie fases van leren van blinden en ernstig slechtzienden zie bijlage 4.

Hoe de therapeut de therapie fraseert en waar de therapeut specifiek zijn aandacht aanschenkt in de verschillende fases zal verschillen. Het is van belang om te beginnen waar de cliënt is. Dat hangt af van de leeftijd en de ervaringen van de cliënt. Een andere factor in de frasering van de therapie heeft ook te maken met of je individueel of in groepsverband werkt.

De Sherborne methode en de Fundamentals van Bartenieff sluiten goed aan bij problematiek van deze doelgroep en ik zou aanbevelen om elementen van deze methoden te gebruiken in de therapie. De Sherborne methode heeft als uitgangspunt ontwikkelen van lichaamsbewust zijn en ontwikkelen van relaties die in drieën te delen zijn; de drie relaties van tezamen, met elkaar en tegen (zie bijlage 5). Sherborne (2001) schrijft dat haar methode positief effect heeft op het zelfvertrouwen, op het lichaamsbesef, op het gevoel van fysieke en emotionele veiligheid en op de communicatieve vaardigheden van de cliënten. De methode is ontworpen voor kinderen, maar ik vind dat het ook goed toepasbaar is bij alle andere leeftijden omdat de werkvormen waar Sherborne mee werkt, je ook op oneindig veel manieren kan omvormen waardoor de methode bij elke leeftijd kan aansluiten. De Sherborne kan gebruikt worden bij de doelgroep blinden en ernstig slechtzienden omdat de uitgangspunten en effecten van de Sherborne methode goed aansluiten bij de behoefte van deze doelgroep zoals beschreven in de indicatie. Hackney (2002) beschrijft dat de Fundamentals bestaan uit de volgende drie bouwstenen/ uitgangspunten;

1. Verandering is fundamenteel – de essentie van beweging is verandering, maar het gaat niet om een willekeurige verandering, het gaat om terug te gaan naar de motorische ontwikkeling.
2. Relaties zijn fundamenteel – relaties zijn connectie, het vermogen om relaties op te kunnen bouwen beginnen in ons eigen lichaam met het gevoel van embodied te zijn.
3. Patronen van lichaamsconnecties zijn fundamenteel. Het gaat hier om patronen in onze spieren die ook te vinden is in de motor cortex in onze hersenen als bodymaps.

Hackney schrijft verder, dat door de mogelijkheden van ons lichaam te leren, wij onze mogelijkheden optimaliseren voor contact met de wereld om ons heen en zo wordt het gevoel van embodiment verstrekt (Voor verder uitleg over The Fundamentals zie bijlage 5). Deze methode sluit goed aan bij de doelgroep omdat je teruggaat naar de motorische ontwikkeling zoals eerder aangegeven is, is de motorische ontwikkeling het basisprobleem van de blinden en ernstig slechtzienden. Verder sluit deze methode aan omdat men in deze methode uitgaat dat relaties leggen begint bij je eigen lichaam. Deze scriptie laat zien dat blind- en ernstig slechtziendheid een zintuiglijke beperking is die vastgehecht is in het lichaam. Sherborne en the Fundamentals zijn beide methodes die gericht is op het lichaam en op het fysieke aspect van het lichaam. De focus ligt op het eigen lichaam en het actief ervaren van deze. Zintuiglijkheid is hierbij belangrijk. Het fysieke aspect van het lichaam sluit aan bij behoeftes: van het ervaren, het bewust worden van het eigen lichaam als natuurlijke begrenzing, het bij zichzelf komen, het zich lichamelijk goed voelen en de energie van het lijf voelen (Keulen v, 2007).

Alma Hawkins was een van de pionieren binnen de danstherapie. Haar grote bijdrage aan de danstherapie was het werken met fantasie en metaforen (Levy, Appel en Mitcheltree, 2005). Het werken vanuit de fantasie en/of met metaforen is een andere methode die de doelgroep aanspreekt volgens de resultaten van mijn onderzoek. Deze manier van werken houdt in, dat de therapeut alleen, samen met de cliënten, of de cliënten zelf een verhaal vertellen, maken of uitgaan van een eigen fantasiebeeld. Het verhaal of metafoor kan als uitgangspunt dienen en een appel doen om in beweging te komen, de fantasie of metafoor kan ook bijvoorbeeld een bewegingsfrase ondersteunen. Deze manier van werken heeft kenmerken van de Hawkins methode. Werken vanuit de fantasie of met een metafoor kan distantie creëren tussen de cliënt en zijn bewegingen en dit is soms nodig als de gevoelswaarde van de beweging te zwaar of te dicht bij de cliënt komt (Keulen v, 2007). Goodill (2005) schrijft dat er veel onderzoeken gedaan zijn over het werken met- en vanuit de fantasie of met metaforen en dat er veel bewijzen bestaan dat werken met - en vanuit de fantasie of met metaforen zowel de mentale als fysieke gezondheid beïnvloeden.

Voordat ik aan dit onderzoek begon, dacht ik dat de Sherborne methode waarschijnlijk goed zou kunnen aansluiten bij de doelgroep, juist omdat het een lichaamsgerichte methode is waarin je de mogelijkheden van je lichaam kan leren kennen. Aan the Fundamentals en fantasie/ metaforen dacht ik zelf toen niet. Nu kan ik echter met de resultaten van dit onderzoek bevestigen dat de Sherborne methode bij de doelgroep aansluit, maar ik kan ook vanuit dit onderzoek constateren dat the Fundamentals en werken vanuit de fantasie of met metaforen ook methoden zijn die goed aansluiten bij de blinden en ernstig slechtzienden.

Therapeutische technieken

Therapeutische technieken verwijzen naar de verbale en non-verbale technieken welke de therapeut in kan zetten ten behoeve van de therapeutische relatie en interventies. (Keulen v. 2007). Tijdens de therapie neemt de therapeute een bepaalde rol aan die erop gericht is bepaalde effecten bij de cliënt te bereiken, die het therapeutische proces ondersteunen. De houding van de therapeut heeft betrekking op de therapeutische relatie en de interventies hebben betrekking op de handeling van de therapeut waarmee een directe verandering teweeg kan worden gebracht.

Ten aanzien van de houding van de therapeut zijn een aantal punten zeer belangrijk voor de blinden en ernstig slechtzienden. Ze zijn heel gevoelig voor stemmingen en gevoelens van anderen daarom is het van belang dat de therapeut;

- echt is
- geduld heeft
- een gevoel van rust voelt en uitstraalt
- enthousiast is
- en een uitnodigende lichaamstaal heeft

Ten aanzien van de interventies van de therapeut zijn er een aantal heel belangrijk voor deze doelgroep;

- *Empatische techniek*; dit is de techniek van spiegelen, vooral ontwikkeld door Chace en Bartenieff (Smeijsters 2008). Dit is een techniek die in zijn traditionele manier niet goed toepasbaar is in het werken met deze doelgroep, maar de techniek is toch zeer belangrijk. Normaal spiegelt de therapeut de bewegingen of de bewegingskwaliteit van de cliënt waardoor de cliënt gezien wordt maar ook geaccepteerd wordt als wie hij/ zij is. De andere kant van deze techniek is dat de therapeut informatie krijgt via de ervaring van de beweging over hoe de cliënt zich voelt en wat hij/ zij eventueel nodig heeft (Bien, 2007). De techniek helpt ook om de therapeutische relatie te versterken. Juist omdat deze techniek de therapeut informatie geeft over de cliënt is het van belang, dat de therapeut de empathische techniek gebruikt net als bij groepen zonder visuele handicap. Maar vanwege de handicap van de doelgroep is de normale manier van spiegelen niet waarneembaar voor hen dus moet de therapeute niet alleen de traditionele manier gebruiken, maar tegelijk moet dit worden aangepast tot een waarneembare manier voor de doelgroep. Dit kan je doen: door verbaal aan te geven wat je ziet en wat je zelf daarbij ervaart en/ of voelt, door het geluid van de beweging te spiegelen. Dit kun je of fysiek doen door je eigen lichaam als voorbeeld te gebruiken, of door de cliënt fysiek te laten voelen en/of door de cliënt met je handen te helpen om de beweging te laten maken. Ik persoonlijk denk dat het beste is om de drie te combineren en altereren omdat het moeilijk is om de perceptie van het visuele zintuig met een ander zintuig te vervangen. Door een combinatie te gebruiken van verbaal, geluid en fysiek te spiegelen worden zowel het tactiele als het auditieve zintuig geprikkeld waardoor de cliënt meer mogelijkheden krijgt om de ervaring samen te koppelen aan bestaande kennis en er zo een geheel van te kunnen maken. Het effect van de gecombineerde manier van spiegelen is volgens de drie van mijn respondenten die bekend zijn met de techniek hetzelfde als bij de normale manier van spiegelen. Grönlund (1996) vertelt in haar boek over een negenjarig blind meisje in een van haar groepen. Ze vertelt hoe blij en gelukkig dat het meisje er uitzag wanneer de therapeute en de andere kinderen in de groep haar manier van bewegen spiegelde. Na dit punt in de therapie begon het meisje zelf meer initiatief te nemen om te bewegen en om zelf bewegingen uit te proberen.
- *Verbreedende techniek*; waarbij de therapeut de cliënt stimuleert tot het vergroten en uitbreiden van het bewegingspotentieel (Smeijsters 2008). Werkvormen uit bijvoorbeeld de Sherborne methode kan de therapeute ondersteunen in het toepassen van deze techniek.
- *Ontlokkende techniek*; waarbij de therapeut een beweging of bewegingen ontlokt door via een rol, beweging of dialoog een appel op de cliënt doen. Het is hier van belang, dat de cliënt op zijn eigen persoonlijke wijze deelneemt en reageert (Smeijsters 2008). Dit kan door gebruik te maken van de fantasie.
- *De rest laten zien wat de anderen doen*. Dit is een techniek die twee van mijn respondenten gebruiken. Het gaat erom, dat de therapeut de cliënten laat zien wat bijvoorbeeld een cliënt doet met behulp van het eigen lichaam. Deze techniek heeft twee functies, ten eerste kan de functie een onderdeel zijn van zowel de verbreedende als de ontlokkende technieken. Ten tweede heeft het te maken met de veiligheid in de groep, bijvoorbeeld als iemand in de groep aan het

experimenteren is met grote krachtige bewegingen. Dan is het noodzakelijk, dat iedereen in de groep zich bewust is van de impact van grote krachtige bewegingen in de ruimte. Beweging kan ook hoorbaar zijn, maar als je niet snapt wat dat geluid maakt, kan het beangstigend zijn en leiden tot een gevoel van onveiligheid.

§ 6.3 Werkvormen

Met deze doelgroep kun je zowel met gesloten als open werkvormen werken. Het is belangrijk om erop te wijzen, dat gesloten of semigesloten werkvormen deze cliënten niet alleen veiligheid in het begin geven van de therapie, maar dat het ze ook een houvast geven in de ruimte die ziende cliënten direct krijgen via het visuele zintuig. Wat ik gemerkt heb is, dat veel werkvormen gedaan worden op de grond, dus in het lage lager. Wat de grond kan aanbieden is dat wanneer je zit of ligt (op de grond) het lichaam een groot draagvlak heeft, veel groter dan wanneer je staat en alleen je voeten het draagvlak zijn. Een groter draagvlak kan het gevoel van veiligheid vergroten, het geeft ook meer stabiliteit (Bartimeus,1993). Daarom zou ik willen aanraden om in de beginfase van de therapie veel in het lage lager te werken als het mogelijk is, ook met de volwassenen die ondanks dat zij vaak niet op de vloer willen bewegen omdat zij bang zijn om vies of vuil te worden zonder zich hiervan bewust te zijn. Het kan helpen om afspraken hierover te maken, maar ook om op matten te werken. Voorbeelden van werkvormen die ik veel tegen ben gekomen tijdens mijn onderzoek zijn; leiden – volgen, spiegelen, verschillende vormen van improvisatie, dansfrasen maken vanuit verhalen en lichaamsgerichte werkvormen zoals rollen, springen, hardlopen en wiebelen op een grote bal.

§ 6.4 Effect

Uit mijn onderzoek is gebleken, dat de effecten van dans en beweging op drie niveaus te zien zijn; fysiek, emotioneel en relationeel. Op het fysieke niveau treden effecten op zoals; betere coördinatie, betere houding en balans, soepeler en meer bewegen. Op het emotionele niveau treden effecten op zoals; een groter gevoel van zelfvertrouwen en zelfgevoel plus dat gevoelens meer genuanceerd uitgedrukt worden. De effecten op relationeel niveau zijn; durven relaties aangaan, bewust worden van dat zij instaat zijn om anderen te helpen en contact leggen met zienden gaat makkelijker. Buiten deze drie niveaus is uit de resultaten ook gekomen, dat het lichaamsbeeld verbeterd wordt nadat de cliënt extra ondersteuning in beweging op een of ander manier hebben gekregen. Het lichaamsbeeld heeft betrekking op zowel het fysieke, emotionele en relationele niveau. Karlsson (1999) heeft meerdere onderzoeken gedaan over blinden en ernstig slechtzienenden. In een van zijn onderzoeken zei een van de respondenten (een vrouw die vanaf de geboorte blind was) het volgende over het effect van actief deel te nemen aan beweging; 'op een of andere manier, voelde ik het meest wanneer ik trainde. Ik voelde elke vinger en elke teen, het was een ongelooflijk gevoel en dat is wat ik echt mis. Ik wist exact wat ik kon en wat mijn begrenzingen waren. Op zich denk ik, dat ik nu ook baat heb van die ervaring. Maar het was zo'n ongelooflijk gevoel als ik trainde, ik wist precis waar ik begon en waar ik eindigde en op een of andere manier was dat gevoel er ook wanneer ik niet trainde' (vrij vertaling van Zweeds, Karlsson 1999, p 76). Een andere geïnterviewde gaf aan, dat het effect van actieve lichaamsbeweging een gevoel van competentie in het lichaam gaf en dat deze competentie het gevoel van zekerheid in elke dagse situaties vergrootte (Karlsson 1999, p 65). Deze twee uitspraken van cliënten zegt veel over wat voor een effect beweging, de blinde of ernstig slechtzienende kan geven.

§ 6.5 Randvoorwaarden

Randvoorwaarden verwijzen naar de voorwaarden die nodig zijn om als therapeut te kunnen werken, maar ook naar wat nodig is voor de cliënt om deel te kunnen nemen aan de therapie. Bij de doelgroep blinden en ernstig slechtzienenden gaat het vooral om ruimtelijke aspecten die extra belangrijk zijn voor de veiligheid van de cliënten. Hierbij moet je denken aan zaken als: voorwerpen altijd op dezelfde plek neer zetten of als er iets verandert in de ruimte dit ook vertellen en samen naar kijken. Het is zeer belangrijk om een grote en open kamer te hebben en om in de kamer een kader in de ruimte aan te geven. Dit kan bijvoorbeeld door met matten te werken of twee lijnen met voelplakband op te vloer te plakken op één meter van de muur. Dit soort plakband is voelbaar, ook als je erover beweegt met sokken. Verder is het van belang, dat je als therapeut aangeeft wie er in de ruimte is, en wie je bent

als je iemand tegenkomt op de gang, want je mag er niet van uitgaan dat de persoon de stem of manier van lopen herkent. Het is ook een randvoorwaarde dat de therapeut comfortabel is met aanraking omdat je je eigen lichaam als voorbeeld moet kunnen gebruiken. Hiermee direct verbonden is dat je je ook bewust moet zijn van je eigen grenzen, maar ook van de grenzen van de cliënten. Vervolgens is het een voorwaarde dat het een kleine groep is waarmee je werkt. Dit is van belang voor zowel de therapeute als de cliënten. De therapeute moet voor ieders veiligheid kunnen zorgen en dat is niet mogelijk als de groep groter dan 4 of 5 cliënten is en voor de cliënten is het van belang om gezien te worden. Als je werkt met een kleine groep van 4 of 5 cliënten, vind ik het een voorwaarde om met tenminste een co –therapeut of assistent te werken. De co –therapeut of assistent kan de ruimtelijke veiligheid van de cliënten extra bewaken zodat de therapeut zich kan concentreren op observatie en interventies in het hier en nu. Optimaal zou het zijn als het mogelijk is om te werken met een assistent of co- therapeut voor elke cliënt maar ik ben mij ervan bewust van dat dit zelden mogelijk is.

§ 6.6 Competenties

Om als (dans)therapeute met deze doelgroep te werken is het van belang bepaalde competenties te hebben;

- Je moet eigen ervaring hebben om als blinde te bewegen, zodat je het lichaam leert kennen en hoe het lichaam reageert als je blind bent.
- Bewust zijn van hoe je als therapeut je stem gebruikt. Blinden en ernstig slechtzienden zijn zeer gevoelig voor nuances in de stem.
- Beschikken over een goede verbale communicatie, verbale nuances in de taal beheersen.
- Comfortabel zijn met aanraking, gewicht geven en nemen van iemand.
- Inzicht en kennis hebben in de normale motorische en psychische ontwikkeling van de mens.
- Kennis hebben over de visuele handicap.
- Realiseren dat je je begeleiding moet aanpassen en deze aanpassing ook kunt maken.
- Zowel cliënten als mogelijke assistenten tegelijk kunnen begeleiden.

§ 6.7 Contra -indicatie

Ik zie geen directe contra –indicatie voor danstherapie en de blinden en ernstig slechtzienden. Maar er kunnen natuurlijk contra –indicaties zijn. Er werden ook een paar in de resultaten genoemd. Deze contra –indicaties zijn dan verbonden met de plek waar je werkt en de mogelijkheden en onmogelijkheden van deze werkplek.

§ 6.8 Rationale

Waarom zou danstherapie geïndiceerd worden bij blinden en ernstig slechtzienden?

Om het rationale te kunnen verantwoorden bij de indicatie van danstherapie voor blinden en ernstig slechtzienden kunnen we kijken naar de problematiek die het wegvallen van de visie met zich meebrengt. Een niet functionerende visueel zintuig heeft een directe koppeling met het lichaam. Als je vanaf de geboorte niet kan zien, heeft het invloed op de ontwikkeling, vooral op de motorische ontwikkeling (Smit –Stadman, 2005). Doordat de baby geen visuele stimuli krijgt, bestaat er ook geen uitnodiging om het hoofd op te tillen en rond kijken, maar ook niet om de voeten te onderzoeken en/of deze in de mond proberen te stoppen. De baby is zich meestal niet eens bewust van zijn voeten omdat hij ze niet zien (Crandell en Robinson, 2008). Omdat de motorische ontwikkeling anders wordt doorlopen en sommige stukken zelfs bij een aantal kinderen worden overslagen (Bartimeus,1993), mist het kind veel van de motorische ervaringen die nodig is om de connecties tussen de verschillende lichaamsdelen te ervaren en te ontwikkelen. Door deze ervaringsarmoede leert het kind ook niet de mogelijkheden van zijn lichaam kennen. Dit alles heeft invloed op de ontwikkeling van het lichaamsbeeld en de consequenties van een minder ontwikkeld lichaamsbeeld zijn voor blinden en ernstig slechtzienden groot.

Als we kijken naar de drie componenten van het lichaamsbeeld (Pylvävaïnen, 2003 en 2006) zijn *de beelden van het lichaam* vooral gebaseerd op de visuele perceptie. Omdat de visie het zintuig is dat de handicap bij de doelgroep veroorzaakt, wordt de doelgroep afhankelijk van de feedback die de

mensen in hun omgeving hen geven over hoe zij de persoon waarnemen. Maar meestal is deze feedback niet objectief en ook niet compleet waardoor de blinde of ernstig slechtziende niet kloppende beelden van zijn lichaam krijgt.

En doordat de doelgroep de connecties in het lichaam niet goed hebben leren kennen, zijn ze ook niet helemaal embodied in het lijf en dit heeft weer invloed op *de lichaamszelf*. Het lichaamszelf is belangrijk in het creëren van een gevoel van zelf, het heeft ook invloed op het gemak waarin je in interactie met anderen bent Pylväväinen (2003). Als we terug kijken naar de problemen van de doelgroep kunnen we zien, dat het contact met anderen moeilijk verloopt en dat veel een laag gevoel van zelfvertrouwen en zelfgevoel hebben.

De derde component van het lichaamsbeeld is het lichaamsgeheugen. Deze bestaat uit drie delen, *the habitual, the traumatic en the erotic*. De ervaringsarmoede van de doelgroep heeft invloed op alle de drie delen van het geheugen. Doordat de connecties niet goed gelegd en ervaren worden door problemen met de motorische ontwikkeling, zijn de blinden of ernstig slechtzienden onhandig in het uitvoeren van bewegingen in alle daagsesituaties. Het is juist het uitvoeren van de dagelijkse routines die een gevoel van continuïteit en vertrouwdheid in het lichaam creëren en dit is een van de dingen die ontbreekt bij velen van de doelgroep. Dit hoort tot *the habitual / gewone geheugen* (Pylväväinen, 2003).

De meeste blinden en ernstig slechtzienden hebben in hun leven meerdere pijnlijke ervaringen opgedaan in beweging, bijvoorbeeld dat ze tegen iets opgelopen zijn of in het ergste geval op de spoorlijn van de metro gevallen. Al deze ervaringen worden opgeslagen in *the traumatic / traumatische geheugen*. Herinneringen in dit deel van het lichaamsgeheugen veroorzaken verstoringen in het lichaamsbeeld en vermoeilijken spontaniteit. Het lichaam is altijd gefragmenteerd in het traumatische geheugen. Het gaat puur over de delen van het lichaam die de pijn of het trauma hebben ervaren. De bewegingservaringsarmoede geeft ook een armoede aan ervaringen van genot en plezier en dit zijn juist de ervaringen dat *the erotic / erotische geheugen* opslaat. Dit deel van het lichaamsgeheugen houdt de positieve levensenergie en de vitality affects in. Als je niet veel ervaringen in dit deel van het geheugen hebt kunnen opslaan, zou het invloed kunnen hebben op je positieve levensenergie. Tone Sundal Seailles gaf in een persoonlijke melding (25 maart 2009) aan, dat veel van haar cliënten een negatieve kijk op het leven hebben. Dit zou een teken kunnen zijn, dat zij niet genoeg ervaringen in het erotische lichaamsgeheugen hebben kunnen opslaan.

De drie componenten van het lichaamsbeeld zijn allemaal verbonden aan elkaar en heeft hierdoor invloed op elkaar. Door bijvoorbeeld de cliënt positieve ervaringen met beweging te laten opdoen, heeft dat ook invloed op de lichaamszelf en hoe de cliënt zijn lichaam waarneemt.

Aan alle problemen die hierboven genoemd worden, kan gewerkt worden in de danstherapie omdat deze klachten allemaal zijn ontstaan in het lichaam en omdat het een lichamelijke handicap is (zie 4.1). De problemen zijn ook zichtbaar in de LMA en dan voornamelijk in de categorie body (zie 5.4).

Binnen de danstherapie wordt vaker met het verbeteren van het lichaamsbeeld gewerkt. Omdat het lichaamsbeeld het grote probleem is voor deze doelgroep, vind ik dat danstherapie een bijdrage kan leveren zowel in de behandeling van het verbeteren van het lichaamsbeeld als ook ondersteuning geven aan blinden en ernstig slechtziende kinderen die op school zitten. Mijn respondenten, de bestudeerde literatuur en ik zijn er het er over eens, dat hoe eerder blinden en ernstig slechtziende kinderen extra ondersteuning en stimulering krijgen om in beweging te komen en om zoveel mogelijk bewegingservaringen op te doen, des te minder problemen zij zullen krijgen in het leven en des te beter zijn zij in staat om zich te redden in de wereld. Daarnaast vind ik dat het leren kennen van je eigen lichaam een recht van elk mens is.

Verder wil ik om het rationale te kunnen verantwoorden, waarom danstherapie geïndiceerd zou moeten worden bij de doelgroep blinden en ernstig slechtzienden, wil ik ook nog een keer de nadruk leggen op de effecten van beweging op de doelgroep, want dit onderzoek heeft laten zien dat beweging veel effect kan opleveren zowel op fysiek, emotioneel als relationeel niveau en dit kan de levenskwaliteit van de cliënten bevorderen (zie § 5.1.2 en § 6.4).

Hiermee sluit ik hoofdstuk 6 af waarin het eindproduct van mijn onderzoek en mijn uitgewerkt werkmodel is beschreven. Hierbij heb ik de resultaten geïnterpreteerd en geïntegreerd naar een nieuw werkmodel. Ook heb ik de resultaten van dit onderzoek proberen te verklaren door koppelingen te leggen met de literatuur. Het is een mogelijk behandelingsmodel die als leidraad kan dienen voor professionals die met de doelgroep blinden en ernstig slechtzienden in contact komen.

7 Discussie

In dit laatste hoofdstuk en tevens ook het einde van dit onderzoek volgt een terugblik; Er wordt terug - gekeken naar de probleem- vraag- en doelstelling. Ook zal in dit hoofdstuk gekeken worden naar het onderzoeksproces waarbij wordt nagegaan of alles verlopen is zoals gepland was en alles is verlopen op de manier die ik me had voorgenomen. Vervolgens zal ik de sterke kanten, maar ook de tekortkomingen van dit onderzoek nader toelichten. Hierna zal ik het oude- en het nieuwe werkmodel vergelijken en tot slot doe ik een aantal aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

§ 7.1 Is de vraagstelling beantwoord en is het doel van het project gehaald?

Het startpunt van dit onderzoek ligt bij de volgende centrale vraagstelling; *hoe kan je binnen de danstherapie werken aan de ontwikkeling van lichaamsbeeld bij mensen die vanaf de geboorte blind of ernstig slechtziend zijn?*

Deze vraagstelling heeft de volgende subvragen:

- Hoe definieer je lichaamsbeeld?
- Hoe wordt er door danstherapeuten en andere professionals gewerkt met mensen die vanaf de geboorte blind en ernstig slechtziend zijn?
- Wat kan het effect zijn van een danstherapeutische behandeling bij mensen die vanaf de geboorte blind of ernstig slechtziend zijn?
- Wat zijn de randvoorwaarden om met deze doelgroep te werken binnen de danstherapie?

Het doel van dit project is tweeledig;

Enerzijds wil ik door dit onderzoek een mogelijk behandelingsmodel ontwikkelen voor de doelgroep blinden en ernstig slechtzienden waardoor ik een bijdrage hoop te leveren aan de ontwikkeling, verbreding en professionalisering van ons beroep.

Anderzijds wil ik inzicht krijgen in welke rol het visuele zintuig heeft voor de ontwikkeling van de mens, bestaande kennis over het onderwerp vergaren en voor en grotere groep toegankelijk maken, andere danstherapeuten handvaten geven voor het werken met blinden of ernstig slechtziende mensen en inzicht geven in hoe danstherapie blinden en slechtzienden kan helpen om een lichaamsbeeld te ontwikkelen.

Ik vind, dat ik zowel de vraag als doelstelling heb kunnen beantwoorden. Ik heb in hoofdstuk zes een mogelijk behandelingsmodel kunnen beschrijven op basis van de resultaten van dit onderzoek. Het model in hoofdstuk zes is een antwoord op mijn centrale vraagstelling. Het model beschrijft hoe je binnen danstherapie kan werken aan de ontwikkeling van lichaamsbeeld bij mensen die vanaf de geboorte blind en ernstig slechtziend zijn. Hoofdstuk zes beantwoordt ook de volgende subvragen;

- wat kan het effect zijn van een danstherapeutische behandeling bij mensen die vanaf de geboorte blind en ernstig slechtziend zijn? dit is te lezen in § 6. 4.
- Wat zijn de randvoorwaarden om met deze doelgroep te werken binnen de danstherapie? Dit is te lezen in § 6.5.

In hoofdstuk vier geef ik een antwoord op de subvraag; hoe definieer je lichaamsbeeld zie § 4.2.

Hoofdstuk vijf geeft het antwoord op de subvraag; hoe wordt er door danstherapeuten en andere professionals gewerkt met mensen die vanaf de geboorte blind en ernstig slechtziend zijn? zie § 5.1.1 en § 5.1.2.

Het eerste doel van dit project was om een bijdrage te kunnen leveren aan de ontwikkeling, verbreding en professionalisering van het beroep. Ik vind dat ik dit heb gedaan. Terugkijkend naar deze scriptie is het duidelijk geworden, dat de relevantie van dit project tweeledig is. In de probleemstelling benoemde ik, dat dit project relevant is omdat er bijna geen informatie te vinden is over danstherapie voor de doelgroep blinden en ernstig slechtzienden. Maar de relevantie van deze scriptie voor de beroepsgroep danstherapeuten en andere professionals is bovendien ook dat het concept van lichaamsbeeld uitgebreid besproken wordt zonder deze direct te koppelen aan de doelgroep blinden en ernstig slechtzienden. Hierdoor is deze scriptie relevant voor alle danstherapeuten en anderen die meer willen weten over zowel blinden en ernstig slechtzienden als over lichaamsbeeld. Ik vind, dat ik door deze tweeledige relevantie plus de beantwoording van de vraagstelling met dit project een bijdrage heb geleverd aan zowel de ontwikkeling, verbreding en professionalisering van mijn beroep als danstherapeute.

Het tweede deel van mijn doel heb ik door middel van deze scriptie ook gerealiseerd. Want er wordt inzicht gegeven over de rol van het visuele zintuig en de invloed van deze op de ontwikkeling van de mens. Ik heb de bestaande kennis over het onderwerp verzameld en door mijn scriptie voor een grotere groep toegankelijk gemaakt. Doormiddel van mijn resultaten kan ik ook handvaten geven voor het werken met de doelgroep en in hoofdstuk zes het mogelijke behandelingsmodel deze handvaten verantwoorden. Dit hoofdstuk geeft ook inzicht hoe danstherapie blinden en slechtzienden kan helpen om een lichaamsbeeld te ontwikkelen.

Ik kan hiermee concluderen, dat ik zowel mijn vraagstelling met subvragen als mijn tweevoudige doelstelling met deze scriptie heb beantwoord en gerealiseerd.

§ 7.2 Is het project gerealiseerd op de manier dat ik me voorgenomen had?

Het project is grotendeels gerealiseerd op de manier waarop ik me dit voorgenomen had. Wel zijn de interviews anders verlopen. Had ik meer tijd gehad om deze scriptie te realiseren dan had ik zeker alle interviews volledig uitgeschreven en dan was ik doorgegaan met het zoeken en interviewen van blinden en / of ernstig slechtzienden. Ik had me voorgenomen om ook blinden en/ of ernstig slechtzienden te interviewen om zo met mensen die zelf met een visuele beperking leven te praten en informatie uit de eerste hand te krijgen, zodat ik informatie zou krijgen over wat zij problematische vinden en / of als een probleem ervaren. Ten eerste was het moeilijk om blinden en/ of ernstig slechtzienden te vinden die me wilden helpen met een interview. Vrij laat in dit project heb ik wel een vrouw gevonden die bereid was om een interview te geven, maar omdat het veel tijd kost om interviews uit te schrijven en een analyse te maken, heb ik de keuze gemaakt om deze vrouw niet te interviewen voor dit project. Ik had al de keuze moeten maken om niet alle interviews volledig uit te schrijven wegens tijdgebrek. Deze keuzes heb ik dus moeten maken ten aanzien van de tijd die ik ter beschikking had.

Voor de rest is het project verlopen zoals ik gepland had. Het type en methoden van onderzoek die ik had gekozen, pasten het beste van de drie mogelijkheden voor mijn onderzoek. Tevens werkte de dataverzamelmethode, de gekozen data- analysemethode en technieken goed. Het voor- onderzoek naar de verschillende manieren van data- verzamelingmethoden en de mogelijke data- analysemethoden en technieken resulteerden erin, dat ik toen er tijd was om mijn gekozen methoden en technieken te gebruiken, ik precies wist hoe ik het moest aanpakken. Dit hielp om mijn project op tijd te realiseren en op de mij voorgenomen manier.

§ 7.3 Wat zijn de sterke kanten en de tekortkomingen van deze scriptie?

Ik wil dit deel van de discussie beginnen met datgene wat ik als een van de sterkste kanten van dit onderzoek zie. De respondenten in dit onderzoek hebben samen vele jaren ervaring met mijn onderzochte doelgroep. Bovendien hebben de respondenten veel interesse getoond in mijn onderzoek en waren daardoor ook bereid om me te helpen met de interviews. Respondent 1, 3 en 4 hebben nog extra interesse getoond. Zij hebben me aangemoedigd tijdens het onderzoek en zij hebben mij op het nut voor de doelgroep gewezen. Zij vonden het ook heel belangrijk, dat door mijn onderzoek eindelijk eens iets geschreven werd over blinden en ernstig slechtzienden in relatie tot danstherapie. Dat is tot nu toe namelijk zelden gedaan. Dit werkte voor mij natuurlijk als een wortel die voor de neus van een paard wordt gehouden.

Een ander sterk punt is, dat ik door middel van mijn resultaten en bevindingen van dit onderzoek zowel mijn vraagstelling heb kunnen beantwoorden als de doelstelling behaald, waardoor ik een mogelijk behandelingsmodel voor de blinde en ernstig slechtziende heb kunnen maken. Dit is absoluut een sterk punt van deze scriptie, want het product dat eruit gekomen is, is bruikbaar en bruikbaarheid is volgens Migchelbrink (2008) één van de belangrijkste doelstellingen voor actiegericht praktijkonderzoek.

Bij het lezen van deze scriptie is het je misschien opgevallen dat een deel van de literatuur uit zowel de jaren zeventig als negentig komt. Een voorbeeld hiervan is te vinden in hoofdstuk vier waar ik

gebruik heb gemaakt van Dell 1977. Dit is wel een relatief oud boek, maar nog steeds actueel binnen de danstherapie. Dell (1977) beschrijft uitvoerig de effort – shape system van de LMA en ik heb geen ander boek kunnen vinden dat dit op een zo grondige manier doet. Verder is niets veranderd in de LMA sinds die tijd. Daarom is dit boek ondanks dat het uit 1977 komt nog zeer actueel. Ik heb tijdens dit onderzoek veel tijd besteed aan het uitzoeken van literatuur en het viel mijn op, dat veel van de onderzoeken over blinden en ernstig slechtzienenden in de jaren negentig en in de begin van het nieuwe millennium gedaan zijn. In de laatste weken van dit onderzoek vond ik tot slot een paar boeken van 2008 en 2009 over het onderwerp in de bibliotheek van hogeschool Zuyd Heerlen. Ik heb deze boeken echter niet meer volledig kunnen bestuderen en gebruiken in deze scriptie waardoor ik maar delen van deze boeken heb gebruikt. Dit is een van de minder sterke kanten van dit onderzoek en als je interesse zou hebben om verder onderzoek te doen, zou ik je aanraden om de nieuwste literatuur uit 2008 en 2009 te lezen.

In dit onderzoek heb ik naar de doelgroep gekeken zonder verschil te maken in de oorzaak waarom iemand blind of ernstig slechtzienende is geworden en zonder verschil te maken in de leeftijd van de mensen in de doelgroep. Ik heb alleen maar aangegeven dat de opbouw en frasering van de therapie verschilt van persoon tot persoon. Ik heb wel twee beperkingen/ begrenzungen in dit onderzoek gemaakt: Ten eerste de afbakening dat de mensen vanaf de geboorte de zintuiglijke beperking van blind of ernstig slechtzienend moesten hebben. Hierbij is gekozen om vanaf de geboorte te definiëren als vanaf het tweede jaar, omdat het visuele zintuig en waarneming voor die tijd niet gerijpt is. Dit is ook de gevoelige periode voor de visie waarin veel kan gebeuren en het is vaak heel moeilijk om kinderen voor die leeftijd te diagnostiseren. Ten tweede dat zij geen tweede handicap hadden; Ik wilde me concentreren op de visuele beperking. Ik ben mij ervan bewust, dat veel personen met een visuele beperking meerdere handicaps hebben zoals een verstandelijk handicap maar over verstandelijk gehandicapten en hun problemen is al veel geschreven. Maar er is niet veel geschreven over mensen die alleen maar een visuele beperking hebben in relatie tot danstherapie en lichaamsbeeld. Dit zou gezien kunnen worden als een tekortkoming van dit project, want ik heb geen rekening gehouden met de oorzaak voor de zintuiglijke beperking en ik heb ook geen rekening gehouden met de leeftijd van de persoon. Maar ik zie dit anders, er is niet veel geschreven over deze doelgroep en danstherapie. Daarom vond ik het belangrijk om door middel van dit onderzoek handvaten te kunnen geven die niet zo specifiek zijn dat ze alleen maar toepasbaar zijn voor een heel klein percentage van de doelgroep. Wat ik gedaan heb, is naar de breedte van de doelgroep kijken. Een mooi vervolg zou kunnen zijn, om verder te onderzoeken of de oorzaak van de visuele beperking invloed heeft op lichaamsbeeld en het mogelijke behandelingsmodel in hoofdstuk 6. De valkuil van naar de breedte te kijken is stigmatisering, dus dat je ervan uitgaat dat iedere blinde en ernstig slechtzienende het zelfde is. Ik heb twee keer notities in mijn logboek gemaakt van momenten dat ik in deze valkuil gevallen ben. Gelukkig was ik me al vanaf het begin bewust van deze valkuil omdat Karlsson (1999) het uitgebreid bespreekt in zijn boek. Dit boek las ik, toen ik bezig was met het vooronderzoek. Ik maakte toen een 'post it' notitie over stigmatisering die naast mijn computer heeft gelegen tijdens het hele onderzoek. Alle zes respondenten hebben me hier ook van bewust gemaakt. Het is een valkuil om makkelijk in te vallen, maar omdat ik er elke dag hieraan herinnerd werd door mijn 'post it' of door de respondenten, weet ik dat deze scriptie niet een product is van stigmatisering, maar van zorgvuldige en nauwlettende overwegingen en gedachten.

Mijn observaties heb ik op de Bosschool van Bartimeus in Doorn gedaan. Dit is een school voor kinderen met een visuele beperking, maar die ook leerproblemen of meerdere handicaps hebben. Dit was natuurlijk niet de beste optie voor mij omdat mijn onderzoek gaat over mensen die blind of ernstig slechtzienend zijn, maar verder geen beperkingen hebben. Daarom is dit een van de tekortkomingen van dit project. Maar omdat de kinderen die alleen maar een visueel beperking hebben, meestal in het reguliere onderwijs zitten en maar drie keer een week per jaar speciale begeleiding krijgen op een school zoals de Bosschool had ik een probleem om een instelling of school met blinden of ernstig slechtzienende kinderen zonder meerdere handicaps te vinden en die dan ook nog interesse hadden om mij te helpen. Daarom koos ik om mijn observatie op de Bosschool te doen, want ik vond het toch belangrijk, dat ik zelf een beeld van de doelgroep in beweging kon krijgen. Tijdens mijn tijd op de Bosschool moest ik me af vragen of het gedrag of beweging die ik waarnam vanuit de visuele beperking kwam of een uiting was van een andere handicap. De leerlingen van de Bosschool hebben veel verschillende handicaps en problemen. Het enige wat zij allemaal gemeen hebben, is de visuele beperking. Dit heeft me geholpen in mijn zoektocht, want ik kon concluderen dat de overeenkomsten tussen de leerlingen waarschijnlijk een reflectie waren van de gevolgen van de visuele handicap. Door mijn bevindingen met de leerkrachten te bespreken, denk ik dat ik er uiteindelijk toch dichtbij kom hoe

de visuele beperking zich manifesteert. Maar zoals ik al zei, is dit is zeker een van de tekortkomingen van deze scriptie. Dit heeft natuurlijk effect gehad op de betrouwbaarheid van mijn observaties. Wat de betrouwbaarheid ook niet verhoogd, is dat ik de enige was die observatie deed. Cruz en Berrol (2004) schrijven, dat je de betrouwbaarheid kan verhogen als onderzoeker door gebruik te maken van verschillende observatoren die onafhankelijk van elkaar tot dezelfde resultaten zijn gekomen. Dit heb ik niet kunnen doen en het was ook niet mogelijk om dit te doen binnen het kader van dit praktijkonderzoek. Maar van de observatiemogelijkheden die ik binnen dit praktijkonderzoek had vind ik dat ik door mijn eigen observaties te bespreken met de leraren het beste manier was om de betrouwbaarheid van mijn observaties zo hoog mogelijk te krijgen.

Wat ook een tekortkoming van deze scriptie is en die noemde ik al in paragraaf 2.4.2 is de member - checking. Mijn respondenten komen uit twee verschillende werelddelen en spreken vier verschillende talen. Hierdoor heb ik ook de interviews in vier verschillende talen afgenomen. Dit was op zich geen probleem voor mij omdat ik zelf de vier talen vloeiend spreek. Het werd echter wel een probleem toen het tijd was voor de member- checking. Ik heb namelijk de analyse van de data in het Nederlands geschreven maar drie van de respondenten begrijpen geen Nederlands. Dit betekende dat ik de data-analyse moest vertalen naar tenminste nog een andere taal en dit werd Engels omdat deze taal door alle drie respondenten wordt begrepen. Dus ik ging aan de slag, maar vrij snel merkte ik, dat het vertalen van het data- analyse moeilijk en heel langzaam liep en te veel tijd in beslag nam. Hierdoor koos ik ervoor om maar een deel van de data – analyse te vertalen en terug te sturen naar vijf respondenten die met LMA bekend waren. In een ideale situatie was de hele data- analyse naar de respondenten gestuurd voor member- checking, maar dat was in dit geval niet mogelijk. Toch heb ik met behulp van andere activiteiten en maatregelen kunnen zorgen voor voldoende betrouwbaarheid en validiteit (zie § 2.4.2).

§ 7.4 Verklaring en interpretatie van de resultaten en de integratie van de resultaten in een nieuw werkmodel

Deze twee punten van de discussie zijn in deze scriptie uitgewerkt in hoofdstuk 6, het behandelingsmodel. In hoofdstuk 6 heb ik de resultaten uit hoofdstuk 5 gebruikt als uitgangspunt en als basis genomen om een mogelijk behandelingsmodel op te kunnen stellen. Dit mogelijke behandelingsmodel is mijn interpretatie van de resultaten uit dit onderzoek en ik heb deze interpretatie onderbouwd en verklaard door relaties te leggen met de literatuur. Mijn behandelingsmodel representeert ook mijn nieuwe werkmodel. Hiervoor verwijst ik de lezer terug naar hoofdstuk zes voor deze punten van de discussie.

§ 7.5 Vergelijking van het oude werkmodel en het nieuwe werkmodel

Wat ik onder dit deel van de discussie versta, is hoe ik als danstherapeute nu anders in het werkveld sta dan voor dit onderzoek. Ik vind dat ik door middel van dit onderzoek mijn kennis over danstherapie verdiept, verbreed en verscherpt heb. Door dit onderzoek te doen, heb ik ook mijn eigen visie over danstherapie en mijn manier van werken als danstherapeute verduidelijkt en verstevigt. De vergelijking die ik hier maak, is hoe ik in het werkveld stond aan het einde van opleidingsjaar drie en hoe ik nu in het werkveld sta. Ik zal ter verduidelijken een aantal voorbeelden geven;

- Wat dit onderzoek me vooral heeft gegeven is inzicht in de complexiteit van lichaamsbeeld maar ook hoe primair het lichaamsbeeld is. Door het concept van lichaamsbeeld onder de loep te nemen, heb ik voor het eerst *echt* begrepen hoe primair lichaamsbeeld voor elk mens *is* en hoe sterk het lichaamsbeeld je beïnvloedt. Hierdoor zal ik nu waarschijnlijk bij elke cliënt en bij elke doelgroep die ik als therapeute in therapie krijg eerst eens kijken naar het lichaamsbeeld van de persoon. Niet alleen om zo te kijken hoe de drie componenten zijn ontwikkeld maar ook om te kijken in welke deel van het lichaamsbeeld de problematiek van de cliënt de grootste invloed heeft of misschien vandaan komt. Ik weet nu dat lichaamsbeeld zo primair is dat elk probleem, stoornis en life event op een of andere manier invloed heeft op ten minsten een van de componenten in het lichaamsbeeld en omdat de drie componenten elkaar beïnvloeden zal elk probleem, stoornis of life event effect hebben op het totaal lichaamsbeeld van de persoon. Dit inzicht en kennis had ik voor dit onderzoek niet. Terugkijkend naar het behandelingsplan dat ik in het derde opleidingsjaar

schreef voor mijn individuele cliënt en dat onderdeel was van het eindproduct van dat jaar, kan ik nu concluderen dat de mediumdoelen die ik toen opstelde te maken hadden met het lichaamsbeeld van de cliënt. Dit zag ik niet voordat ik het lichaamsbeeld grondig had bekeken als een onderdeel in het maken van deze scriptie. Ik kan nu voor me zelf concluderen, dat het werken met lichaamsbeeld voor iedereen, zowel jong als oud, zowel gezond als ziek meerwaarde heeft. Deze scriptie gaat over de doelgroep blinden en ernstig slechtzienden en lichaamsbeeld, maar omdat lichaamsbeeld iets is dat ieder mens heeft, is deze kennis bij alle doelgroepen toepasbaar. Dit is een stuk verbreding van mijn kennis. De kennis die ik nu over lichaamsbeeld bezit, is ook in grote mate zowel verscherpt als verdiept. Had iemand me vorig jaar gevraagd wat het concept van lichaamsbeeld inhoudt, dan had ik maar een heel vage definitie kunnen geven en ik had het niet kunnen onderbouwen met een antwoord te geven op de vraag waarom? Of hoe bedoel je?. Deze vragen kan ik nu beantwoorden en ik kan een duidelijk definitie geven.

- Mijn keuze van onderwerp voor deze scriptie kwam, zoals ik in het voorwoord geschreven heb voort uit contact met blinden en ernstig slechtzienden. Ik had dus al voordat ik met het project begon wat kennis over de doelgroep en die kennis heb ik in de loop van dit onderzoek uitgebreid. Een deel van deze kennis gaat over de zintuigen en hun manier van perceptie. Ik heb ook zelf ervaren hoe het is om je visie niet te kunnen gebruiken (zie 5.3). Wat dit me gegeven heeft is een groter begrip voor hoeveel we als mensen vertrouwen op onze zintuigen. Deze kennis heeft invloed op me gehad, want ik kan me nu makkelijker verplaatsen in de problemen die cliënten met zintuiglijke beperkingen tegenkomen. En doordat ik nu weet hoe de perceptie van de verschillende zintuigen werkt, ben ik er zeker van dat ik veel sneller een goede oplossing zal vinden voor hoe ik een cliënt met een zintuiglijk beperking, (dus niet alleen maar blind en/ of ernstig slechtziende) therapie kan aanbieden en waar ik extra aan moet denken. De kennis die ik nu over de verschillende zintuigen bezit, is ook geïntegreerd in hoe ik denk over werkvormen. Eerder had ik meestal niet nagedacht over wat het zintuiglijke appel is in de werkvorm of over welke zintuigen, ik met de gekozen werkvorm zou kunnen stimuleren of over hoe ik met verschillende zintuigen in een werkvorm zou kunnen werken. Dit is waar ik me nu echt bewust van ben geworden en wat ik in de toekomst zeker ga gebruiken zowel met de doelgroep blinden en ernstig slechtzienden of welke doelgroep dan ook.
- In de loop van dit onderzoek heb ik mijn eigen visie en denken over danstherapie moeten verscherpen en verdiepen om tot het eindresultaat te komen. Het literatuuronderzoek, de gesprekken met mijn respondenten en mijn begeleidster, de observatie op de Bosschool en de eigen opgedane bewegingservaring hebben ertoe geleid dat ik mezelf vragen heb gesteld. Vragen zoals; waarom denk ik dat de motorische ontwikkeling belangrijk is voor het ontwikkelen van lichaamsbeeld? Hoe ziet mijn eigen lichaamsbeeld eruit? Wat is belangrijk voor het behandelingsmodel en waarom? Hoe heb ik het vorig schooljaar op de stage gedaan? En waarom deed ik het toen zo? Wat was de reden waarom ik me vorig jaar onzeker voelde? Waarom vond ik het moeilijk mijn grenzen aan te geven tegen over collega's? Wat bewijzen eigenlijk de spiegelneuronen en ben ik het daarmee eens? De vragen die ik gesteld heb, hebben een cyclisch leven gehad tijdens het proces. Een vraag kwam omhoog, ik ging daarover nadenken, soms op een bewust- soms op een onbewust niveau. Tegelijkertijd verwerkte ik de informatie uit het onderzoek. Later kwam de vraag terug, maar dan vaak bijgesteld door nieuwe kennis en informatie. Maar ook door het antwoord dat ik in het proces had kunnen vormen, en zo begon de cyclus weer opnieuw. Ik denk dat elke vraag een aantal "loops" is doorlopen. Ik heb mijn antwoorden steeds kritisch bekeken en zo ben ik bij de meeste vragen ten slotte uitgekomen op iets waarbij ik voel dat ik er echt achter kan staan. Hierdoor sta ik voor mijn gevoel nu steviger in mijn schoenen als therapeute. Ik denk dat dit effect gaat hebben op hoe ik me presenteer in een sollicitatieproces en dat ik op mijn toekomstige werkplek makkelijker kan aangeven waar ik voor sta, waarom ik werk zo als ik doe. Maar ook om mijn grenzen te trekken en te bewaken. Dit is een deel van mijn leerproces van dit schooljaar en samen met wat ik tijdens de rest van dit schooljaar en tijdens de leertherapie geleerd heb, heeft dat ertoe geleid dat ik me nu zeker voel, en dat ik de benodigde kwaliteiten in huis heb om een goede therapeute te worden.
- Door het maken van deze scriptie heb ik ontdekt, dat ik het leuk vind om onderzoek te doen en ik zou er graag meer over willen leren. Voordat ik aan dit project begon, had ik daar andere gedachten en gevoelens over. In het proces van deze scriptie heb ik ook voor het eerst het belang van onderzoek begrepen. Ik ben er zeker van, dat ik in de toekomst meer onderzoeksprojecten ga verrichten. Hierdoor kan ik ook blijven bijdragen aan de professionalisering van mijn beroep.

§ 7.5 Aanbevelingen

Als laatste onderdeel van de discussie wil ik een aantal aanbevelingen voor vervolgonderzoek doen. Zoals ik al in paragraaf 7.3 schreef, zou een interessant vervolg zijn om verder te onderzoeken of de oorzaak van de visuele beperking invloed heeft op het beeld en het mogelijke behandelingsmodel dat het product is van dit onderzoek. Een voorbeeld hiervan zou kunnen zijn om het bewegingsbeeld van mensen die vanaf de geboorte blind of ernstig slechtziend zijn als gevolg van hersenbeschadiging te vergelijken met mensen die vanaf de geboorte de zelfde handicap hebben maar dan als gevolg van een infectie tijdens de zwangerschap. Het zou ook interessant zijn om de resultaten van zulke onderzoeken te vergelijken met de uitkomsten van dit onderzoek.

Wat ik ook graag als vervolgonderzoek zou willen zien, is dat iemand mijn mogelijk behandelingsmodel in de praktijk uitprobeert en eventueel bijstelt. Dit had ik graag zelf had gedaan in dit project maar dat was niet te realiseren.

Ook ben ik in de loop van mijn onderzoek twee onderwerpen tegengekomen die zeer interessant zijn in relatie tot de blinden en ernstig slechtzienden, maar die geen plaats konden krijgen bij het beantwoorden van de vraagstelling in dit onderzoek.

Het eerste onderwerp gaat over braille. Braille is de geschreven taal van de blinden en slechtzienden en het zijn de punten die je kunt voelen op de voorpagina van deze scriptie. Zoals ik in hoofdstuk 5 (zie 5.1.1) beschreven heb, heb ik op een video die ik bij respondent 1 heb gezien, waargenomen, hoe een kind dat braille kon lezen op een heel andere manier dingen aanraakte. Dit kind zweefde met haar vingers bijna boven alles wat zij aanraakte, terwijl de andere kinderen die nog geen braille konden lezen dezelfde dingen echt vast pakte. Niemand van de respondenten had het ook gezien, maar zij konden zich het allen goed voorstellen. Het zou interessant zijn om te onderzoeken of dit een toevalligheid is of dat dit echt een gevolg is van het braille leren lezen. Als je zou kunnen vast leggen dat braille leren lezen, kan leiden tot de zwevende manier van aanraken van het kind, dan is de volgende vraag wat voor invloed dit dan heeft op het leven en op de kwaliteit van het leven voor de persoon.

Het tweede onderwerp dat ik ben tegen gekomen, maar waar ik in deze scriptie geen plaats voor had zijn de spiegelneuronen die nu ook interactieneuronen genoemd worden. Dit was een onderwerp dat ik vrij vroeg in het proces van deze scriptie tegenkwam. Ik was bezig met het maken van mijn topiclijst voor de interviews en ik zat na te denken over wat belangrijk was om de respondenten te vragen en zo kwam ik op de empathische techniek van spiegelen. Hoe doe je dat? Deze techniek is namelijk gebaseerd opdat cliënten kunnen zien maar hoe werken deze neuronnen bij blinden en ernstig slechtzienden? Dit is voor de danstherapie in zekere zin een heel interessante vraag omdat spiegelen een zeer veel gebruikte techniek is en daarom zou ik sterk willen aanbevelen dat er onderzoek naar gedaan wordt over hoe spiegel / interactieneuronen werken bij mensen die vanaf de geboorte blind en/ of ernstig slechtziend zijn.

Samenvatting

Het was de doelgroep blinden en ernstig slechtzienden die mij nu meer dan tien jaar geleden, het eerste vonkje en inzicht gaf in het feit dat dans veel meer in zich heeft dan alleen maar op het podium te staan voor je eigen plezier. Voor mij is het een mooie symboliek om aan het eind van de opleiding terug te keren en onderzoek te doen naar de doelgroep die mij de allereerste zet gaf om danstherapeute te worden. Door mijn eindproject te besteden aan de blinde en ernstig slechtziende is de cirkel voor mij rond.

Ik heb dit onderzoek verricht vanuit de volgende vraagstelling; *hoe kan je binnen de danstherapie werken aan de ontwikkeling van lichaamsbeeld bij mensen die vanaf de geboorte blind of ernstig slechtziend zijn?* Deze vraagstelling kende zijn oorsprong in het beeld dat bij mij is blijven hangen over de manier waarop de blinden en ernstig slechtzienden zich bewegen.

In het literatuuronderzoek (in het vooronderzoek) kon ik concluderen dat er heel weinig geschreven is over danstherapie in relatie tot blinden en ernstig slechtzienden. Dit is ook de eerste relevantie van dit onderzoek, maar deze scriptie is niet alleen maar relevant voor mensen die meer willen weten over de doelgroep blinden, ernstig slechtzienden en danstherapie. Het is ook relevant voor iedereen die meer wil weten over het concept van lichaamsbeeld dat in dit onderzoek onder de loep wordt genomen.

Ik ben tot een beantwoording van mijn vraagstelling gekomen door middel van een actiegericht onderzoek. In dit onderzoek heb ik zowel de literatuur bestudeerd, observaties op de Bosschool (een school voor kinderen met een visueel beperking gedaan), zelf blind bewogen en interviews gehouden. Mijn respondenten voor de interviews komen uit verschillende vakgroepen en hebben samen vele jaren ervaring met de doelgroep blinden en ernstig slechtzienden.

Uit de resultaten van mijn onderzoek heb ik kunnen concluderen dat blind- en slechtziendheid een zintuiglijke beperking is die vastgehecht is in het lichaam. Doordat het in het lichaam vastgehecht is, heeft het ook invloed op het lichaam en de ontwikkeling. De motorische ontwikkeling loopt anders bij de doelgroep en stukken worden soms overslagen. Hierdoor krijgt het kind niet de nodige bewegingservaringen mee om zijn lichaam, bijvoorbeeld de kop – staat- hiel connectie te ontwikkelen en te ervaren. Dit leidt ertoe, dat het kind de mogelijkheden van zijn lichaam niet leert kennen en dit heeft invloed op het lichaamsbeeld van de persoon. Een niet goed ontwikkeld lichaamsbeeld kan invloed hebben op het zelfgevoel, zelfvertrouwen, communicatievaardigheden, het gevoel van vertrouwdheid in je eigen lichaam, spontaniteit vermoeilijken en op de positieve levensenergie. Dit zijn problemen die vaak voorkomen bij de blinden en ernstig slechtzienden.

Het eindproduct in deze scriptie is te vinden in hoofdstuk zes. In hoofdstuk zes geef ik een mogelijk behandelingsmodel aan die beantwoordt hoe je binnen de danstherapie kan werken aan de ontwikkeling van lichaamsbeeld bij mensen die vanaf de geboorte blind of ernstig slechtziend zijn. Dit mogelijke behandelingsmodel is gebaseerd op de resultaten van de verschillende delen in mijn onderzoek en kan als leidraad dienen voor professionals die in aanraking komen met mensen uit deze doelgroep. Ik hoop dat ik door deze scriptie mensen ervan bewust kan maken dat danstherapie blinden en ernstig slechtzienden goed kan helpen om het lichaamsbeeld verder te ontwikkelen, maar ook dat lichaamsbeeld een heel primair deel is in ons allemaal en grote invloed heeft op ons dagelijks leven.

Nawoord

Ik ben nu aan het eind van mijn scriptie gekomen en het is met zowel vreugde als zorg dat ik deze scriptie afsluit. Het schrijven van deze scriptie heeft zowel een aantal dieptepunten als hoogtepunten gekend. Ik heb de laatste maanden hard gewerkt om dit tot stand te brengen en daarom doet het me ook goed dat ik straks een kopie in mijn handen kan krijgen; het product van al mijn harde werk.

Het nawoord kondigt ook aan dat het einde dichtbij komt, dat ik de vierjarige opleiding van creatieve therapie dans- beweging bijna beëindigd heb. Vier jaren van studeren komt teneinde. Ik sta nu dicht bij de afronding van de opleiding, maar ook dicht bij het begin van iets anders. Iets waarvan ik nog niet weet wat het inhoudt. Ik weet dus wat ik had en dat was een opleiding waarin ik mijn draai heb kunnen vinden, een opleiding waarin ik danstherapeute ben geworden en op persoonlijk vlak ben gegroeid. Maar wat de toekomst met zich meebrengt is nog onbekend. Dus het is met spanning, vreugde en zorg dat ik nu over een paar weken de opleiding afsluit en met open armen naar het nieuwe begin ga.

Ik wil deze scriptie afsluiten met een gedicht, een oud Japanse gedicht⁴. Het zijn een paar woorden, die ik iedereen mee wil geven die denkt dat zij een beperking op een of andere manier heeft en naar de mensen die alleen maar de beperkingen van andere mensen zien.



I see, Kíwí
You have wings
But cannot fly.
Yes, that is true
But... What do you do?
Everything else.



⁴ Oud Japanse gedicht, gepubliceerd in het boek; An introduction to medical dance/movement therapy. Van auteur Sharon W. Goodill in 2005.

Literatuurlijst

Boeken

- Bartenieff, I., Lewis, D. (2002). *Body movement: coping with the environment*. New York: Routledge.
- Bigelow, A. (1995). The effect of blindness on the early development of the self. In Rochat, (Ed). *The self in infancy: theory and research* (p. 327 - 344). Amsterdam: Elsevier Science B.V
- De Boer- Drenth, M.M. (1993). *Sensomotorische ontwikkeling van ziende, slechtziend en blinde kinderen*. De Heukelom te Haren: Visio.
- Cantell, M. (2000). Movement connects: Dance movement therapy with blind adolescents. In Pakkanen & Sarje (Eds.), *Finnish dance research at the cross-roads: Practical and theoretical challenges. The Yearbook of Finnish Research*, 4 (p. 87-95). Helsinki: Taiteen Keskustoimikunta
- Cruz, R., Berrol, C. (Eds.) (2004). *Dance/movement therapists in action: a working guide to research options*. Springfield: Charles C Thomas Publisher.
- Dell, C. (1977). *A primer for movement description: using effort –shape and supplementary concepts*. New York: Dance Notation Bureau Press.
- Dik, M. (2005). *Baby's en peuters met visueel functieverlies: Handboek voor ouders van jonge blinde en slechtziende kinderen*. Eemnes: Robert Weijdert.
- Egidius, H. (2005). *Natur och kulturs psykologi-lexikon*. Stockholm: Bokförlaget Natur och kultur.
- Goodill, S. (2005). *An introduction to medical dance/movement therapy: health care in motion* (p.15 -82). Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Gringhuis, G., Moonen, J. Van Woudenberg, P. (1996). *Kinderendie slechtzie: ontwikkeling, opveding, onderwijs en hulpverlening* (p.18 – 40). Houten & Diegem: Bonh Stafleu Van Loghum.
- Grönlund, E. (1996). *Dansterapi; introduktion till en expressiv terapiform* (p. 86-90) . Stockholm: Bokförlaget Natur och kultur.
- Hackney, P. (2002). *Making connections: total body intergaration though Bartenieff Fundamentals*. London: Routledge.
- Karlsson, G. (1999). *Leva som blind*. Bjärtum: Carlsson bokförlag
- Kestenberg Amighi, J., Loman, S., Lewis, P., Sossin, M. (1999). *The meaning of movement: developmental and clinical perspectives of the Kestenberg Movement Profiel* (p. 3, 16 en 75). New York: Brunner – Routledge.
- Levy, F.J., Appel, C., Mitcheltree, A. (Eds.)(2005). *Dance movement therapy: A healing Art*. Reston: NDA, AAHPERD.
- Magee, B. (2003). *Het verhaal van de filosofie* (p. 32 - 40).Utrecht: Het spectrum
- Migchelbrink, F. (2007). *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Migchelbrink, F. (2008). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Pines Fried, J. (2006). Sue and Job: Working with blind children. In Payne, H. (red.) (2006). *Dance and other art therapies: when words are not enough* (p. 147-166). New York: Routledge.
- Pylvänäinen, P. (2006). The tri –partite model of body image and it's aplication to experience in butoh. In Brauninger, I. Koch, S. (red). (2006). *Advances in dance movement therapy* (p. 40- 51). Berlin: Logos Berlin.
- Sherborne, V. (2001). *Developmental movement for children: mainstream, special needs and pre –school*. London: Worth publishing.
- Smeijsters, H. (2003). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Uitgeverij Continuo.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Uitgeverij Continuo

Artikelen

- Bien, N. (2007). Jeukende handen: de taal van beweging binnen handbereik. *De Psycholoog*, december 2007, p 642 – 648
- Block, B., Kissell, J. (2001). The dance: Essence of embodiment. *Theoretical Medicine vol 22*, p. 5 -15.
- Fazzi, E., Lanners, J., Ferrari -Ginevra, O., Achille, C., Luparia, A., Signorini, S., et al. (2002). Gross motor development and reach on soud as critical tools for the development of the blind child. *Brain & development vol 24*, p. 269-275
- Fazzi, E., Lanners, J., Danova, S., Ferrari -Ginevra, O., Gheza, C., Luparia, A., et al (1999). Stereopyped behaviours in blind Children. *Brain & Development vol 21*, p. 522- 528.
- Pylvänäinen, P. (2003). Body image: a tripartite model for use in dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy vol 25, No. 1*, p. 39-55.

- Smit –Stadman, I. (2005). Het gebruik van bewegingspedagogiek van Veronica Sherborne bij kinderen met een visuele handicap. *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie*, NR 6. p 258 -259.
- Tröster, H. Brambring, M. (1993) Early motor developments in blind infants. *Journal of Applied Development Psychology* vol 14, p. 83 -106.
- Viholainen, H. et al. (2006). The early motor milestones in Infancy and later motor skills in toddlers; a structural equation model of motor development. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, vol 26
- Anonymus. (2000) Blindness in the World. *Survey of Ophthalmology* vol 45, p. 21 -28.

Film

- Bartimeus. (Producer) & anonymus. (Regisseur). (1993). *Op eigen benen; de bewegingsontwikkeling van blinde kinderen*. [film].

Ongepubliceerde bronnen

- Chambart, N., Geest, van, J. (2006). *De vorm van vormgeving; de rol van vormgeving binnen dans- en bewegingstherapie nader bekeken*. Niet gepubliceerde scriptie, Sittard, Hogeschool Zuyd, faculteit Ergotherapie en creatieve therapie.
- Engebriksen, K. (1998). *Liberating blind en visually impaired children through dance. The development of a method in special needs education*. Oslo University.
- Engebriksen, K. (1999). *Kan dans bidra til å frigjøre blinde barns kropp og utvikle initiativ?: En undersøkelse av intervensjonens virkning for å finne frem til fundamentet i en fremtidig metode*. Niet gepubliceerde masterscriptie. Utdanningsvitenskapelig fakultet, institutt for spesialpedagogikk; universitetet i Oslo.
- Keulen, van, I. (2005). *Reader DMT fase 1*. Niet gepubliceerde onderwijsmateriaal, Heerlen, Hogeschool Zuyd, faculteit gezondheid en zorg
- Keulen, van, I. (2007). *Dans in beweging; een conceptueel model voor dans-bewegingstherapie*. Niet gepubliceerde masterscriptie, Heerlen, Hogeschool Zuyd, faculteit gezondheid en zorg
- Veldhuis, K. (2007). *Het gezin danst!: een dans- en bewegingstherapeutische behandelingsmodel voor gezinnen*. Niet gepubliceerde scriptie, Heerlen, Hogeschool Zuyd, faculteit gezondheid en zorg
- Wischniewski, H. (2004). *Het staat nergens goed beschreven; opzoek naar een model voor het beschrijven van creatief –therapeutische methoden van dans en beweging*. Niet gepubliceerde scriptie, Sittard, Hogeschool Zuyd, faculteit gedrag en maatschappij

Internet bronnen

- Sensis. http://www.sensis.nl/infocentrum/?page_id=212 2008. Geraadpleegde op 12 november 2008. Informatie over blinden en ernstig slechtziende in hoofdstuk 1.
- Oogcentrum Deventer ziekenhuis. <http://www.oogartsen.nl> 2004. Geraadpleegde meerdere keren in oktober en november 2008. Figuur 1, verklaring van gezichtsveld in .
- Certec. http://www.certec.lth.se/lectures/jorgen/syn_och_optik/modul2/#Orsaker 2001. Geraadpleegde meerdere keren in oktober en november 2008. Informatie over blinden en ernstig slechtziende, hoofdstuk 1.
- World Health Organization. <http://www.who.int/blindness/Change%20the%20Definition%20of%20Blindness.pdf> 2009. Geraadpleegde meerdere keren in oktober en november 2008. Informatie over blinden in de wereld, hoofdstuk 1.
- World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/print.html> 2009. Geraadpleegde meerdere keren in oktober en november 2008. Informatie over blinden in de wereld, hoofdstuk 1.
- Nederlandse Vereniging voor Danstherapie. <http://www.nvdat.nl/danstherapie.htm> 2009. Geraadpleegde op 14 april 2009. Voor definitie over danstherapie hoofdstuk 1 en 4.
- Encyclo online encyclopedie. <http://www.encyclo.nl/begrip/Zintuig> 2009. Geraadpleegde op 7 mei 2009. Definitie van zintuigen in hoofdstuk 3.
- The Open end Group. <http://www.openendedgroup.com/.../kinesphere.jpg> 2009. Geraadpleegde op 14 mei 2009. Beeld over de kinessfeer in bijlage 2
- Wikimedia. http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/d/d8/Human_anatomy_planes-ES.png 2009. Geraadpleegde op 14 mei 2009. De beeld over de assen en vlakken in bijlage 2

Bijlage 1 De Engelse versie van tabel 9 mogelijk bewegingsbeeld van een blind of ernstig slechtziende cliënt

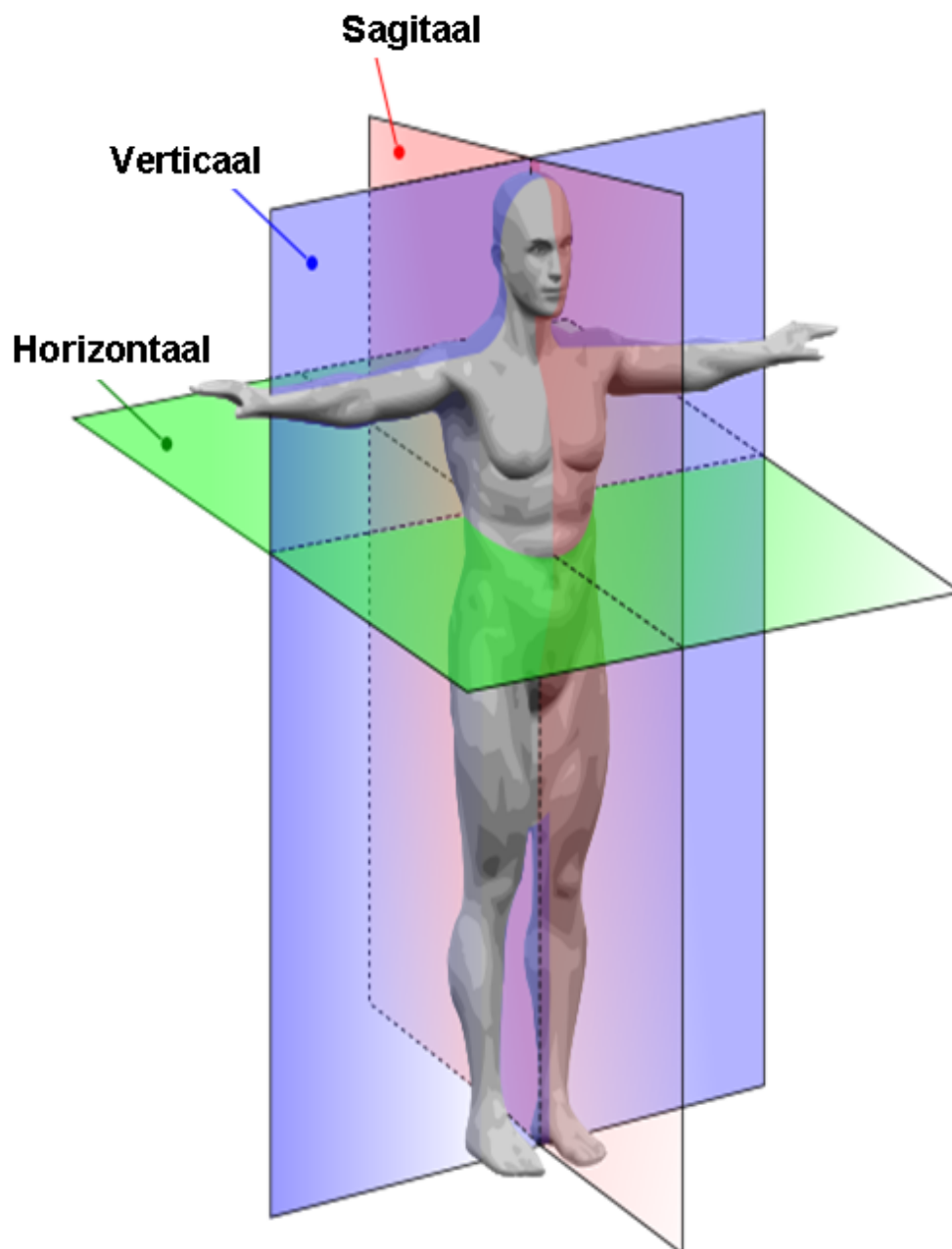
Tabel 9 Mogelijk bewegingsbeeld van een blind of ernstig slechtziende cliënt

Body ❖ The body ❖ The initiative of the movement ❖ The relations between the connections within the body	- The experience of body's midline is lacking - A lot of tension in the body - The body is stiff and wooden or the body is uncontrolled and floppy - Moves with the arms tight along the body - Walks sideways - Keeps the shoulders high - Head held low and a closed body posture - Walks on the toes or walks with passive weight so that it looks and feels heavy - Balance problems - Fleeting, not grounded - unaware of the movement possibilities of the body - The initiative of the movement comes mainly from the peripheral - Fragmented body, separate parts that don't make a whole - Compromised body awareness - Impractical movements and how to "live in one's body" - Compromised knowledge of the connections between body parts - Hard to make the connection between the external and internal experience of the body - The cross –lateral connection is not working well - The head – tail – heel connection is not well- developed, as a result of that the blind child doesn't pull up his head to look around and doesn't crawl the classic way
Space ❖ The personal space ❖ The space around ❖ Level in the space	- Small kinesphere - The space around the blind person is often frightening because most of the time there are not enough cues to sense its boundaries - Spatial awareness is compromised - Spatial concepts like for example, behind, above and beside are very hard to learn and understand - Doesn't own the space around her/him - Children uses the low and middle level, grownups don't use the low level spontaneous, are afraid that they will become dirty and that now one will say that they are so that they make a fool of them selves.
Shape ❖ Carving	- Sinking and closing, however this is not happening on a conscious level. They just stay the same.
Effort ❖ Weight ❖ Time ❖ Fighting efforts ❖ Pre – effort	- Unaware of own weight (Limited weight sensing) - Unable to actively give into weight - Challenging to use the own weight in an addressed way - Often using strong or light weight, have a hard time to feel the difference and to go between the two - Unfamiliar with the nuances between light and strong weight (= Often no experience of gradual increments in weight sensing) - Aren't conscious of the own power - Prefers to move slowly because then s/he can feel in control - Challenge with tempo changes - Rarely seen - Problem with flexibility and straining / vehemence

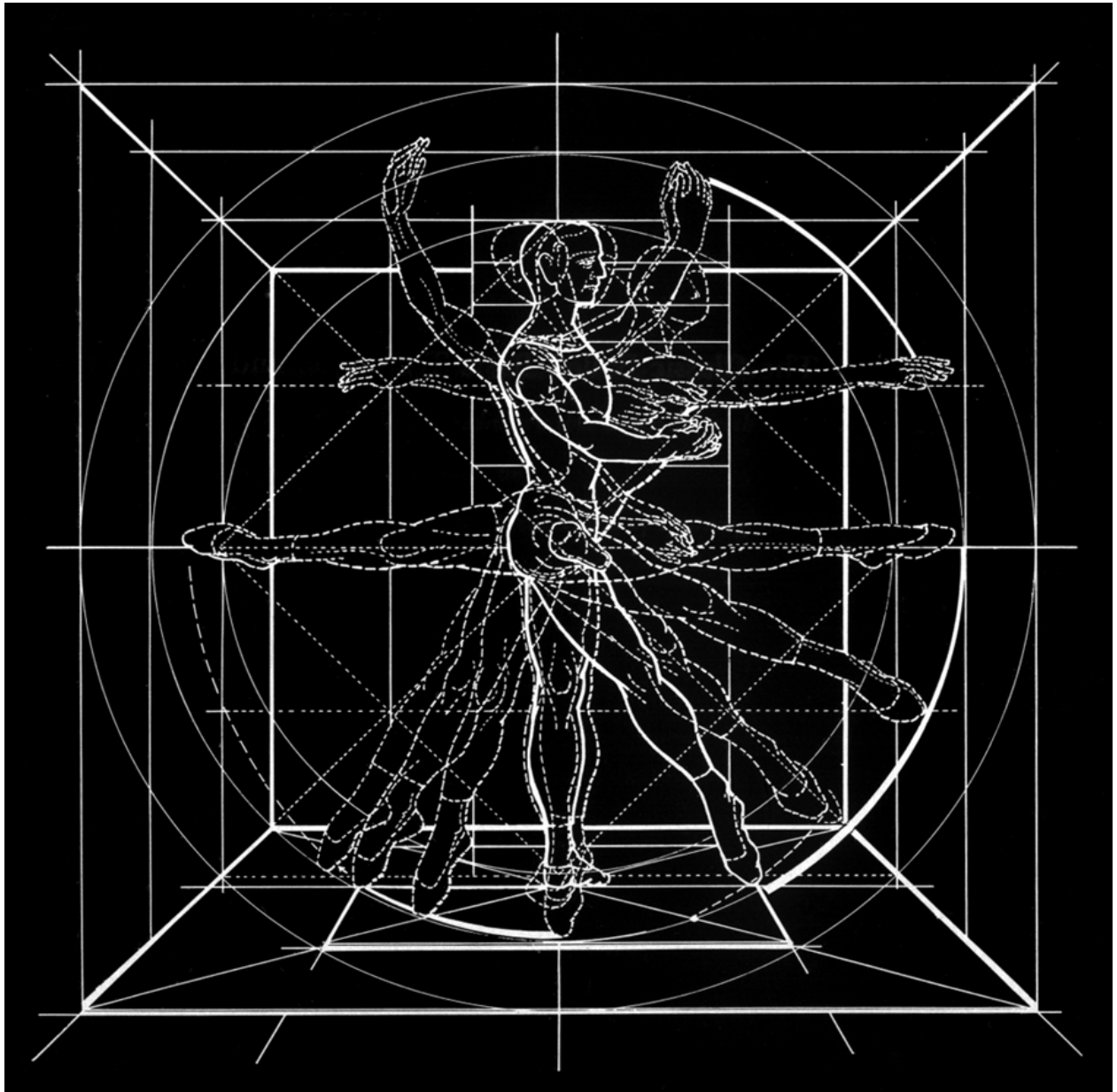
Bijlage 2 Een visueel beeld van de lichaamsvlakken, lichaamsassen en de kinessfeer/ persoonlijke ruimte

In figuur 5 worden zowel de drie lichaamsvlakken als de drie lichaamsassen zichtbaar, het rode vlak is het sagitale vlak, het blauwe vlak is het verticale vlak en het groene vlak is het horizontale vlak. De lijnen die door het lichaam gaan zijn de assen. De verticale as is de lijn die boven het hoofd begint en tussen de voeten eindigt. De sagitale as is op het beeld gemarkeerd met de lijn die voor de navel begint en door het lichaam gaat en eindigt achter de rug. De Horizontale as wordt gepresenteerd door de lijn die door de zijden van het lichaam gaat.

Figuur 6 is een beeld dat weergeeft wat de kinessfeer/ persoonlijke ruimte is.

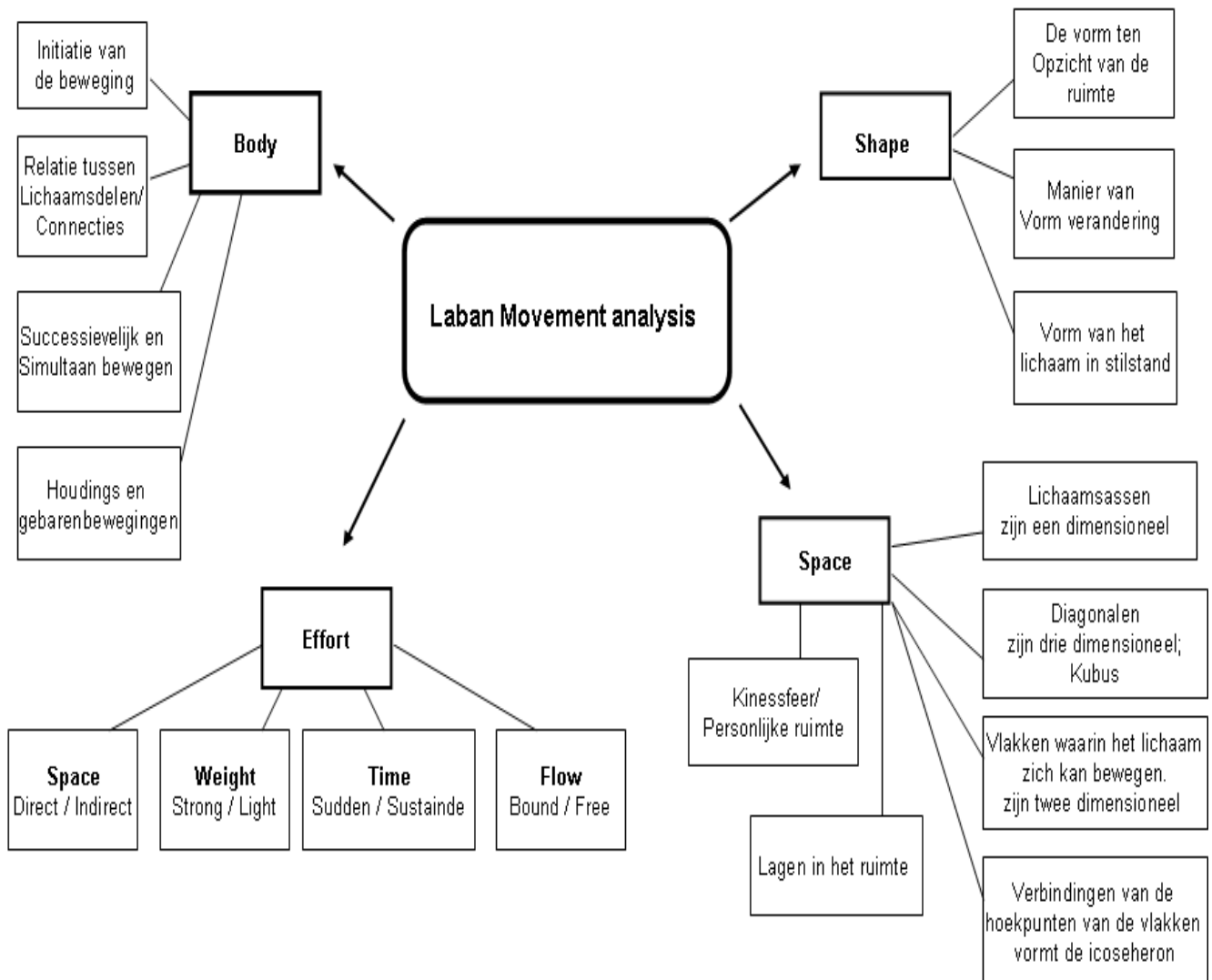


Figuur 5 Een visueel overzicht van de lichaamsvlakken en lichaamsassen
(http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/d/d8/Human_anatomy_planes-ES.png)



Figuur 6 *Beeld van kinesfeer/ persoonlijke ruimte* (www.openendedgroup.com/.../kinesphere.jpg)

Bijlage 3 Overzicht van de LMA



Bijlage 4 De leerfasen van de doelgroep

De ontwikkeling van het blinde kind gaat in drie fasen, deze drie fasen zijn ook de volgorde waarin blinden en ernstig slechtziende tijdens hun leven nieuwe vaardigheden leren.

1. De fase van vasthouden, 0-8 maanden.
Zoveel mogelijk lijfelijk contact met de omgeving.
Omgeving, vasthouden en aanraken geven ervaringen over de ruimte
Deze fase speelt zich af in de horizontale vlakke, deze vlakke geeft stabiliteit en veiligheid.
Om houdingsveranderingen uit te lokken is spel belangrijk. Spelcomponenten zoals tast en evenwicht zijn belangrijk om veranderingen in houding en ruimte waar te nemen. Zo maakt het kind de eerste ervaringen met de verticale vlakke. Op het einde van deze fase leert het kind te zitten en dit is de overgang naar de tweede fase (Bartimeus,1993).
2. De fase van los laten, 8 -12 maanden.
Steeds meer houding variatie, de steunvlakken worden steeds kleiner. De hoofdbalans is goed.
Handen en armen komen vrij. Op eigen kracht ervaart het kind nu het verticale vlak (zittende of stande). Sterk ontwikkeling van evenwichtsgevoel. Benen worden belangrijker, de samenwerking/coördinatie tussen armen en benen leiden tot zittende naar staande en van staande naar zittende. De beweging- en beleveniswereld gaan samen stap voor stap. Des te meer het kind beweegt, des te meer beleeft het kind en des te meer het kind beleeft des te meer komt het kind in beweging. De vergrote stabiliteit leid tot houdingsveranderingen; het hoogste punt van dit is de verticale vlakke te kunnen combineren met het horizontale vlak, dus los laten. Dit is het begin naar onafhankelijkheid (Bartimeus,1993).
3. De fase van zelfdoen, 12 – 20 maanden.
Zelf leren initiatieven te nemen en dat je onafhankelijk kan bewegen in de ruimte en hierdoor van plaats verandert in de ruimte. Leren letten op de aanwezigheid van dingen en anderen in de ruimte. Op de billen schuiven – groot raakvlakke, goed voor oriëntatie, de handen zijn vrij.
Oriëntatie - het kind krijgt niet direct te weten of hij goed zit of niet, de andere zintuigen heeft meer tijd nodig en veel concentratie is van het kind gevraagd.
Het leren van afstand en richting in te schatten en leren rekening te houden met obstakels in de ruimte. Typerende voor fase 3 is dat het kind zich heeft los gemaakt van concrete steun, aanwijzingen en aanmoedigingen is genoeg. Kan nu bewegen op eigen initiatief in de ruimte (Bartimeus,1993).

Na fase 3 vervolgt verfijning en versteviging van de bestaande vaardigheden, nieuwe vaardigheden aanleren volgt steeds de drie fase van vasthouden, loslaten en zelf doen. Dezelfde cyclus gaat het hele leven door (Bartimeus,1993).

Bijlage 5 De Sherborne en The Fundamentals methoden

Sherborne

Geschiedenis

Veronica Sherborne (Engeland 1922 -1990) studeerde fysiotherapie en lichamelijk opvoeding. Zij legde zich toe op bewegingsopvoeding voor gehandicapten. Haar bewegingsopvoeding is gebaseerd op de bewegingsanalyse van Rudolf Laban, besproken in hoofdstuk 4. Momenteel kent de Sherborne methode een succesvolle toepassing in een tiental landen ten behoeve van de opvoeding van peuters, kleuters. In het begeleiden van volwassenen en kinderen met een lichamelijke of mentale handicap. Bij kinderen met gedrags-, sociale- en emotionele problemen, bij psychiatrische patiënten en in gezinsgerichte therapieën (Sherborne, 2001).

Sherborne ontwikkelde haar ideeën vanuit de bewegingen die baby's ervaren. Zoals gedragen en ondersteund worden, ingepakt worden, gevoed en gewassen worden, dit zijn de eerste gewaarwordingen van kinderen. De baby krijgt de eerste informatie over zichzelf en de mensen rondom. De baby wordt zich bewust van het eigen lichaam, eerst door passief de bewegingen te ondergaan, later door zelf te bewegen. Dit lichaamsbewustzijn helpt het kind vertrouwen en controle te krijgen over het lichaam en dit helpt de omgeving te ontdekken. De relatie die groeit tussen de baby en de volwassenen ontwikkelt zich voornamelijk door fysiek contact en door oogcontact. Oogcontact is een van de belangrijkste middelen om een relatie te versterken en om het kind te helpen zijn aandacht te richten. Zo groeit het besef van andere personen en zo ontwikkelt het jonge kind een eigen identiteitsgevoel. De ontwikkeling van het jonge kind steunt op lichaamsgevoelens, de toenemende bewegingsmogelijkheden en de lichamelijke interactie met anderen (Veldhuis, 2007).

Uitgangspunt

Zonder een goed vertrek punt – de eigen identiteit of zelfbesef- kan een kind niets leren over de omringende wereld. Om zelfvertrouwen te winnen moeten we ons niet alleen vertrouwd en op ons gemak voelen in ons eigen lichaam, maar moeten wij ons ook op ons gemak voelen in de omgeving waarin we verblijven. Sherborne legt duidelijk een relatie tussen de fysieke, emotionele en sociale ontwikkeling. De nadruk ligt niet op het “goed” of “fout” van bewegingen, niet op prestaties maar op de mogelijkheden, het persoonlijke van de beweging. Contact, plezier en individuele groei zijn uitgangspunten. Hiermee worden gevoelens van veiligheid en van eigenwaarde aangeraakt en opgebouwd, vertrouwen is de eerste bouwsteen voor hechting. Deze methode is een “doe –methode” die het kind of volwassene de gelegenheid geeft om, door middel van gerichte en van oorsprong spontane lichaamsspelletjes vroeg kinderlijke ervaringen die gemist zijn alsnog te ervaren (Veldhuis, 2007).

Werkwijze

De werkwijze heeft twee centrale uitgangspunten

1. *Ontwikkelen van lichaamsbewustzijn*
Een beter lichaamsbewustzijn leidt tot meer bewegings-, gewichts/evenwichts- en energiecontrole wat op zijn beurt leidt tot meer zelfvertrouwen.
2. *Ontwikkelen van relaties*
 - a. *Met elkaar –relaties*; in met elkaars relaties draagt een partner zorg voor de ander. De verzorgende partner moet zich leren afstemmen op de behoeften van gevoelens van de andere, die voldoende vertrouwen bieden om dit mogelijk te maken. Op die manier kan wederzijds vertrouwen en begrip groeien.
 - b. *Tegen – relaties*; In tegen–relaties kan een kind zijn eigen kracht ontdekken, onderzoeken en ontwikkelen binnen de veiligheid en het vertrouwen van een al bestaande relatie. Tegen – relaties bieden een kind de mogelijkheid om de eigen kracht te onderzoeken, terwijl hij blijft rekening houden met de andere. Het gaat hierbij niet om winnen of verliezen. Een kind leert de kracht van de andere “testen”. Hij/ zij ontwikkelt de vaardigheid om de kracht van de ander aan te vullen.
 - c. *Tezamen – relaties*; deze relaties zijn symmetrische relaties. Zij vereisen tegelijkertijd wederzijdse afhankelijkheid en ondersteuning. Het kind moet zowel naar het eigen lichaam als naar dat van de partner luisteren, ook dit vergt vertrouwen van de partner (Sherborne 2001).

The Fundamentals

Geschiedenis

Irmgard Bartenieff (1900 – 1981) groeide in Duitsland op. In 1925 begon zij Laban Movement Analyses te studeren en in de jaren dertig had zij haar eigen dansgezelschap en ging op tournee in Duitsland. Toen Hitler aan de macht kwam vluchten Bartenieff als veel anderen naar Amerika. In Amerika werkt zij als docente onder anderen bij the Bennington college en als therapeut bij onder ander het Willard Parker and Blythedale ziekenhuis in New York. Bartenieff heeft een belangrijk rol gespeeld in de historie en ontwikkeling van de LMA en de toepassing van de LMA binnen de dans- en fysiotherapie. Vanuit de dans- en de fysiotherapie ontwikkelde Bartenieff haar eigen benaderingswijze om te kijken naar lichaamsbeweging en bewegingsopleiding. Dit is de benaderingswijze die vandaag bekend staat als The Fundamentals of The Bartenieff Fundamentals. De basis van The Fundamentals groeide uit Bartenieffs overtuiging dat de sleutel tot fysiek en emotionele integratie te bereiken is door contact te maken met het motivatie aspect van de bewegingen dat de persoon maakt, zij wilde dus de intellect en lichaam unificeren. The Fundamentals was specifiek ontworpen om juist het lichaamsgevoel, emotionele gevoel en expressie te integreren tot een geheel (Levy, Appel en Mitcheltree, 2005).

Uitgangspunt

De uitgangspunten van The Fundamentals zijn beschreven in hoofdstuk 6 maar hier komt een herhaling;

1. Verandering is fundamenteel – de essentie van beweging is verandering maar het gaat niet om willekeurige verandering, het gaat om terug te gaan naar de motorische ontwikkeling.
2. Relaties zijn fundamenteel – relaties zijn connectie, het vermogen om relaties op te kunnen bouwen beginnen in onze eigen lichaam met het gevoel van embodied te zijn.
3. Patronen van lichaamsconnecties zijn fundamenteel, het gaat hier om patronen in onze spieren die ook te vinden is in de motor cortex in onze hersenen als bodymaps (Hackney, 2002)

Werkwijze

The Fundamentals kent twaalf principes en deze zijn de basis voor de werkwijze. Ik zal hier in de korte deze twaalf beschreven, wil je meer weten adviseer ik om de boeken van Bartenieff en Lewis 2002 en Hackney, 2002 te lezen.

De principes van The Fundamentals;

1. *Totaal lichaamsconnectie*: het hele lichaam is samen gekoppeld en alle lichaamsdelen staan in relatie met elkaar. Verandering in een lichaamsdeel verandert het geheel van het lichaam.
2. *Ademhalingssupport*: de ademhaling zorgt voor leven en beweging. Het is de fysiologische support voor al leven en daarom ook al een beweging.
3. *Gronding*: de aarde geeft support, en basis voor beweging. De mens beweegt in relatie tot de aarde en zwaartekracht.
4. *De ontwikkelingsvoortgang*: de basale lichaamsconnectie wordt vastgelegd in ontwikkelingspecifieke fasen in de eerste levensjaren. Deze basale connecties worden geïntegreerd in de manier waarop de volwassene bewegen.
5. *Betekenis*: Betekenis organiseert het neuromuscular systeem, duidelijkheid in de betekenis stelt het lichaam in staat om een goed bewegingspatroon te vinden om de betekenis te vervullen.
6. *Complexiteit*: beweging heeft altijd meerder kanten en is complex, er gebeuren altijd meerdere dingen tegelijkertijd.
7. *Innerlijk en buitenaf*: innerlijke impulsen worden expressief uitgedrukt en is buitenaf waarneembaar. Interactie met de buitenwereld beïnvloeden onze innerlijke ervaringen.
8. *Functie – expressie*: functionele en expressieve aspecten van bewegingen zijn intiem met elkaar verbonden. Deze verbondenheid geeft betekenis aan beweging.
9. *Stabiliteit – mobiliteit*: elementen van stabiliteit en mobiliteit is constant en interactie met elkaar, en dit produceert effectieve bewegingen.
10. *Krachtinspanning – herstel*: *krachtinspanning gevolgd door herstel is een natuurlijke cyclus die het lichaam benutten om zich zelf te herstellen en om bewegingsvitaliteit te behouden.*
11. *Frasen*: beweging gebruikt in frasen. De preparatie en initiatie bepalen de hele frase.
12. *Individueel uniekheid*: zowel bewegingspatronen als het leven is uniek voor elke individu (Hackney 2002).