

Active Learning

Spelend contact maken en de wereld om je heen ontdekken.

Een methode voor kinderen en volwassenen met een (zeer) ernstig meervoudige en visuele beperking en hun cliëntsysteem

Martien Rienstra

Theorieboek

“Omdat ik niet naar de ruimte om mij heen kan gaan, moet die ruimte naar mij toe komen.” (Lilli Nielsen, 1992)



Colofon

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid.

Foto's

Kirsti Boessenkool, Erik Reker,
C. Çıblak en anderen.

Basisontwerp

Weijsters & Kooij vormgevers.

Opmaak

Makes Sense design.

© 2019 Visio, Huizen

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door afdrukken, kopieën, of op welke manier dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Correspondentie inzake overneming of reproductie richten aan: Visio, afdeling Communicatie, Postbus 1180, 1270 BD Huizen.

Inhoud

Inleiding 5

Leeswijzer 6

Lilli Nielsen 8

Hoofdstuk 1 | De cliënt 12

- 1.1 Inleiding 13
- 1.2 Visuele beperking 13
- 1.3 (Zeer) ernstig meervoudige visuele beperking 15

Hoofdstuk 2 | De emotionele ontwikkeling 18

- 2.1 Inleiding 19
- 2.2 Vier fasen 19
- 2.3 Visuele beperking 22
- 2.4 Eisen stellen 23
- 2.5 Stereotiep gedrag 24

Hoofdstuk 3 | Kunnen en aankunnen 26

- 3.1 Inleiding 27
- 3.2 Nabijheid 28
- 3.3 Spiegelen 29
- 3.4 Interactie 31
- 3.5 Meehelpen 32
- 3.6 Oorzaak en gevolg 33

Hoofdstuk 4 | De functionele ontwikkeling 34

- 4.1 Inleiding 35
- 4.2 Geboren worden 35
- 4.3 Leren kijken in de ruimte 35
- 4.4 Leren bewegen in de ruimte 38
- 4.5 Leren bewegen door de ruimte heen 40

Hoofdstuk 5 | De ruimte nabij brengen 44

- 5.1 Inleiding 45
- 5.2 Little Room 45
- 5.3 Resonantieplank 52
- 5.4 Spelen en dagelijkse materialen 53
- 5.5 De speelgoedkist 55
- 5.6 Positiebord, speelschort, speelband, en speelboog 55

Hoofdstuk 6 | De methode Active Learning 60

- 6.1 Inleiding 61
- 6.2 De hulpvraag 61
- 6.3 De cliënt 61
- 6.4 De methode 61
- 6.5 Exploratiefase 62
- 6.6 Behandelfase 64

Nawoord 71

Literatuurlijst 73

Bijlagen 76

Inleiding

In de jaren '90 bezocht ik een kinderdagcentrum (KDC) voor kinderen met een meervoudige beperking in Zuid-Holland. De therapeuten van dit KDC hadden de methode Active Learning -ontwikkeld door L. Nielsen- geïntegreerd binnen hun centrum en organiseerden een studiemiddag voor geïnteresseerden.

Active Learning is een methode die zich richt op de cliënt, het cliëntsysteem en de fysieke omgeving. Active Learning heeft als doel de cliënt te stimuleren contact te maken met zijn nabije omgeving. Door een actieve(re) rol te spelen en zelf initiatief te nemen in het contact, leert de cliënt dat hij zijn omgeving kan beïnvloeden. Deze middag maakte grote indruk op mij. Het sprak mij aan dat de omgeving voor deze kinderen zo was ingericht, dat zij gedurende de hele dag zo veel mogelijk gestimuleerd werden om ervaringen op te doen.

In 2003 ging ik bij Visio werken, en op deze werkplek kwam ik Nielsens naam en haar methode 'Active Learning' opnieuw tegen. Nielsen heeft belangrijke dingen geschreven over het begeleiden van de groep cliënten waar ik intensief mee zou gaan werken: cliënten met een visuele en verstandelijke beperking.

De afgelopen jaren heb ik Active Learning in de praktijk gebruikt en zie ik steeds beter welke meerwaarde de methode heeft voor de cliënten die ik begeleid en hun cliëntsysteem. De vele loze momenten in een groep krijgen een waardevolle en prikkelende invulling door Active Learning. Iets doen, waarbij je wordt geprikkeld tot activiteit

door je nabije omgeving is altijd beter dan niets doen, (je in jezelf terugtrekken, vervallen in stereotiepe bewegingen of zelfverwondend gedrag ontwikkelen).

Visio-collega's die met eenzelfde doelgroep werken, heb ik via een vragenlijst naar hun bekendheid en ervaring met Active Learning gevraagd: 70% was bekend met Active Learning, bij slechts 15% van hen was informatie over de methode beschikbaar en 64% gaf aan interesse te hebben in meer informatie over Active Learning. Op diverse Visio-locaties bleken wel specifieke materialen aanwezig te zijn die regelmatig gebruikt werden (bijvoorbeeld de Little Room), maar er was geen kennis aanwezig van de onderliggende methode. De hoogste tijd om Active Learning voor een breder publiek toegankelijk te maken.

Begin 2017 is de projectgroep Active Learning gestart, met als doel de methode Active Learning te implementeren binnen Visio. In de projectgroep zijn verschillende disciplines vertegenwoordigd: onderwijs (Anouk Dirkse), W&D (Linda van Oevelen), R&A (Marja Knecht (OB), Tineke Ploeg (VVB), Wendy Timmermans (VVB) en Martien Rienstra (VVB). De hierna beschreven theorie is de basis voor de implementatie van de methode.

Martien Rienstra

Leeswijzer

Dit boek gaat over Active Learning, een begeleidingsmethode voor cliënten met een (zeer) ernstig meervoudige en visuele beperking en hun cliëntensysteem. Active Learning is door Lilli Nielsen ontwikkeld, een Deense leerkracht, trainer, adviseur en psychologe (PhD). Mede door Engelse en Duitse vertalingen van haar werk vanaf 1990 is ze bekend geworden voor een groter publiek. In dit boek worden haar theorie en toepassingen in de praktijk beschreven, aangepast aan de diagnostische instrumenten en begeleidingsrichtlijnen zoals die vandaag de dag in Nederland gehanteerd worden. Naast dit theorieboek is er ook een werkboek Active Learning, waarin praktische handvatten en voorbeelden worden gegeven.

De definitie van Active Learning is:

Het actief contact maken met de nabije omgeving (voorwerpen, materialen en personen) voor de cliënt faciliteren middels een afgestemd aanbod, teneinde bewustwording van contact- en handelingsmogelijkheden bij de cliënt te stimuleren en uit te breiden.¹

Op bladzijde 8 en verder wordt een beeld van Nielsen geschetst aan de hand van haar leven en de erfenis die zij ons heeft nagelaten. Nielsen heeft vooral in de laatste twintig jaar van de vorige eeuw onderzoek gedaan en gepubliceerd.

Voor de laatste jaren is er meer aandacht en erkenning voor de complexe problematiek van mensen met een (zeer) ernstig meervoudige en visuele beperking gekomen. In dit hoofdstuk worden nieuwe inzichten gecombineerd met Nielsen's bevindingen eind vorige eeuw.

In hoofdstuk 1 wordt een beeld geschetst van de cliënt die de hoofdrol speelt in dit boek, en die ook binnen de methode op een voetstuk komt te staan. Active Learning hecht veel waarde aan de eigen inbreng van de cliënt.

In hoofdstuk 2 en 3 wordt ingegaan op de emotionele ontwikkeling bij cliënten met (zeer) ernstige beperkingen. In deze hoofdstukken wordt duidelijk hoezeer de emotionele ontwikkeling aan de basis ligt van de functionele mogelijkheden, en welk probleemgedrag er kan ontstaan als er sprake is van een disharmonisch profiel. Door de wijze waarop het cliëntensysteem contact maakt met de cliënt, kan het verschil tussen 'kunnen en aankunnen' positief beïnvloed worden.

In hoofdstuk 4 en 5 wordt ingegaan op de functionele ontwikkeling (bewegen, kijken, handelen) en wordt bekeken welke rol deze functionele mogelijkheden spelen bij de ontwikkeling van een individu. Bij de cliënt met een (zeer) ernstig meervoudige en visuele beperking kan de functionele ontwikkeling stagneren door verschillende oorzaken. Het is voor de cliënt vaak moeilijk om zelf in beweging

te komen en de nabije omgeving te ontdekken. Hierdoor kan de cliënt wezenlijke ervaringen niet of in mindere mate opdoen en zich minder bewust zijn van de eigen mogelijkheden. Vanuit Active Learning zijn verschillende hulpmiddelen ontwikkeld die de cliënt een afgestemd aanbod bieden om deze ervaringen wel op te kunnen doen.

Hoofdstuk 6 gaat in op de wijze waarop Active Learning ingezet kan worden bij begeleidingsvragen. De interventies zijn gerangschikt in het ICF-model. Er worden richtlijnen gegeven voor de invulling van de exploratie- en behandelfase.

Door de tekst heen zijn een aantal casuïstiek beschrijvingen toegevoegd ter illustratie van de theorie. Het boek eindigt met een nawoord en een overzicht van de gebruikte literatuur. De projectgroep heeft een observatielijst ontwikkeld om de mogelijkheden voor Active Learning in kaart te brengen. Deze lijst is als bijlage toegevoegd.

Lilli Nielsen

Lilli Nielsen werd geboren op 21 december 1926 in Denemarken, op het eiland Bornholm. Op 24 juni 2013 is zij overleden. Zij was de tweede van zeven kinderen, vier van deze kinderen waren blind geboren. Vanaf haar zevende heeft zij voor een jonger blind broertje gezorgd.

Na de middelbare school is zij gaan werken als leerkracht op een kleuterschool, daarna in een ziekenhuis, en soms werd ze ingehuurd om blinde kinderen te onderwijzen.



Later is Nielsen psychologie gaan studeren en is ze als trainer en adviseur op Refsnaesskolen gaan werken, het nationaal instituut voor blinde en slechtziende kinderen in Denemarken.

In 1988 behaalde zij haar doctorstitel aan de Aarhus Universitet in Denemarken. Uit deze tijd stammen ook haar publicaties, vertaald in het Duits en Engels:

- 'The Comprehending Hand' (1976). Dit boek gaat in op het belang van grijpen/pakken bij blinde

kinderen om in contact te kunnen komen met hun omgeving.

- 'Spatial Relations in Congenitally Blind Infants' (1988). Dit betreft haar promotieonderzoek naar het mogelijk effect van de Little Room bij de ontwikkeling van ruimtelijke relaties bij kinderen met cerebrale verwerkingsstoornissen.
- 'Are You Blind?' (1990). Dit boek gaat in op de emotionele ontwikkeling van kinderen met een visuele beperking; zij signaleert een disbalans tussen wat het kind emotioneel aan kan en wat er functioneel van het kind gevraagd wordt.
- 'Space and Self' (1992). Dit boek gaat in op het gebruik van de Little Room, en het effect hiervan op de ontwikkeling van sensorische integratie, object-permanentie, zelfidentificatie en ruimtelijke relaties.
- 'Early Learning Step By Step' (1993). Verschillende vaardigheden (kauwen, eten, kleden) worden onder de loep genomen. Het aanleren van vaardigheden wordt stap voor stap beschreven.
- 'Functional Scheme: Final Skills Assessment' (1976). Dit is een observatie-instrument waarmee op gedetailleerde wijze de vaardigheden, het gedrag en het leren van het kind met een visuele beperking in kaart worden gebracht.

In 1992 heeft Nielsen Nederland bezocht op uitnodiging van het toenmalige Dommelstroom (woon- en dagcentrum voor kinderen en volwassenen met een verstandelijke beperking) en Theofaan (regionaal centrum voor blinden en

slechtzienden in Eindhoven). Naar aanleiding van dit bezoek verscheen de publicatie 'Waar een weg is...', bestaande uit een videoband en een hand-out. Ondertitel van deze publicatie is 'zintuiglijke stimulering bij mensen met een meervoudige beperking'. Nielsens Active Learning werd vertaald en geïmplementeerd in de werkwijze 'zintuiglijke stimulering'.

Deze werkwijze is in 1998 beschreven in 'Behandelvormen voor ernstig meervoudige gehandicapten' door Nakken e.a.². In dit boek worden verschillende, toen gangbare, behandelvormen beoordeeld door een groep ouders, een groep professionals en een groep wetenschappers. De beoordeling van de behandelvorm 'zintuiglijke stimulering' is positief. De genoemde stichtingen zijn inmiddels opgegaan in grotere organisaties, en de werkwijze zintuiglijke stimulering heeft op verschillende locaties zijn sporen nagelaten. Active Learning is bij Visio-Zuid beduidend prominent aanwezig vergeleken met andere regio's. Buiten Visio heeft de methode bij Esdégé Reigersdaal geleid tot het ontwikkelen van de Speelpoort (een uitgebreide observatielijst met als doel de spelmogelijkheden in kaart te brengen).

Nielsen heeft zich buitengewoon sterk ingezet, onder meer via diverse internationale congressen en publicaties, om Active Learning voor een breder publiek toegankelijk te maken. Op de site www.lilliworks.com is de geografische verspreiding in kaart gebracht.



*Verspreiding van Active Learning over de wereld
(bron: www.lilliworks.org)*

Nielsen is bij uitstek iemand die evidence-based te werk is gegaan. Pas later is er meer wetenschappelijk onderzoek gedaan naar mensen met een visuele en verstandelijke beperking, waardoor erkenning van de complexiteit van de groep mensen met een verstandelijke en visuele beperking is toegenomen.

Sinds het begin van deze eeuw wordt er in Nederland onderzoek gedaan naar de effectiviteit van ondersteuning bij mensen met een (ernstige) meervoudige beperking (onder andere door Vlaskamp e.a. vanaf 1993) en de sociaal-emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking (onder andere door Dösen, 2005). Op basis van de uitkomsten van deze onderzoeken zijn diagnostische instrumenten en begeleidingsrichtlijnen ontwikkeld. Bij de Rijksuniversiteit Groningen zijn naar aanleiding van de bevindingen van Vlaskamp vervolgonderzoeken gestart bij de groep mensen met een (zeer) ernstig meervoudige beperking.³

A.J. van der Putten heeft hierin het hoofdstuk 'Ondersteuning in beweging: motorische activering' opgenomen. Zij benadrukt hier het functioneel en doelgericht inzetten van motorische activering in het dagprogramma van de cliënt.

Binnen Bartiméus deed Paula Sterkenburg onderzoek naar hechting en contact bij kinderen met een verstandelijke en visuele beperking. Zij signaleerde het veelvuldig voorkomen van gedragsproblemen bij de groep en ontwikkelde Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG, 2007).⁴

Dankzij wetenschappelijk onderzoek is het bepalen en interpreteren van een diagnose verfijnder en betrouwbaarder geworden. Daarnaast is er meer bekend geworden over de effectiviteit van het begeleiden en de wijze waarop dit zou moeten gebeuren.

Met betrekking tot het begeleiden van cliënten met een (zeer) ernstig meervoudige beperking geven onder andere onderstaande begeleidingsmethoden handvatten:

- Ervaar het maar: een methodische werkwijze voor het stimuleren van de motoriek, de zintuigen en de communicatie. Zintuiglijk gerichte activiteiten worden aangeboden aan de cliënt. De methode werkt met themaboxen waarin divers zintuiglijk materiaal beschikbaar is.⁵
- De kracht van eenvoud: een beweegmethode die de ontwikkeling van mensen met een ernstig

meervoudige beperking op een simpele, maar doordachte manier bevordert.⁶ Bij deze methode speelt een grote betrokkenheid van de cliënt die zelf invloed kan uitoefenen een grote rol. De cliënt zet iets in gang en krijgt een reactie op deze handeling.

- 'Goed leven' is een visie op zorg en begeleiding, waarbij ontwikkelingsdenken, LACCS-waarden en LACCS-werken centraal staan. LACCS staat voor Lichamelijk welbevinden, Alertheid, Contact, Communicatie, en Stimulering.⁷
- De 'cirkel van veiligheid' wordt geïntroduceerd door Glen Cooper, Kent Hoffman, Bert Powell (1998). Hiermee worden richtlijnen aangeboden om in te gaan op de behoeften van het kind. 'Veilige basis' en 'veilige haven' zijn hierbij kernbegrippen om optimaal in te kunnen gaan op de initiatieven van het kind.⁸
- Paula Sterkenburg publiceert het verslag 'Vertrouwensrelatie voor ontwikkeling'(2011): een werkboek waarbij handreikingen worden gegeven voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie met kinderen en volwassenen met een (zeer) ernstig verstandelijke of een meervoudige beperking.

Ondanks deze nieuwe inzichten blijft het gedachtegoed van Nielsen overeind. Zij gaat in haar publicaties specifiek in op de problematiek van kinderen en volwassenen met een visuele en meervoudige beperking, en de wijze waarop zij contact maken met hun nabije omgeving. Zij beschrijft hoe de handen het belangrijkste instrument vormen voor het leggen van contact,

welke invloed de nabije omgeving heeft op dit contact en hoe de emotionele ontwikkeling dit proces beïnvloedt. Met het beschrijven van haar bevindingen (vooral evidence-based practice),

heeft zij een belangrijke bijdrage geleverd aan de zorg voor kinderen en volwassenen met een visuele en verstandelijke beperking.



De cliënt



1.1 Inleiding

Dit boek richt zich op de groep cliënten met een visuele, verstandelijke en vaak ook motorische beperking en met een ontwikkelingsleeftijd tot twee jaar. In de literatuur beschrijft men deze groep als Ernstig Meervoudig Beperkt (EMB) en Zeer Ernstig Meervoudig Beperkt (ZEMB). Het EMG-platform, een platform voor ouders, professionals en alle anderen die betrokken zijn bij mensen met een (zeer) ernstig meervoudige beperking, beschrijft de groep als volgt:

“De groep kinderen en (jong) volwassenen met een (zeer) ernstige meervoudige beperking is moeilijk te beschrijven. Ze hebben een IQ dat lager is dan 25 en hebben een grote diversiteit aan bijkomende beperkingen die zij niet of nauwelijks kunnen compenseren en hebben 24 uur per dag ondersteuning en begeleiding nodig. Maar ondanks de beperkingen, hebben ze ook mogelijkheden! Ouders, professionals, en andere betrokkenen ontdekken steeds meer deze mogelijkheden. Personen met EMB blijven ons keer op keer verrassen in hun mogelijkheden. Een IQ van 25 of lager is niet te meten met een test. Om deze reden gebruiken professionals vaak de ontwikkelingsleeftijd, die kan door uitgebreide en langdurige observatie redelijk vastgesteld worden. Personen met een (zeer) ernstige meervoudige beperking hebben een ontwikkelingsleeftijd tot maximaal 24 maanden met een kalenderleeftijd die ver boven de ontwikkelingsleeftijd kan liggen. Daarnaast zijn er bijkomende complexe problemen in communicatie, zintuigen, gezondheid en mobiliteit.”

Van Splunderen heeft in 2003 onderzoek gedaan naar de aanwezigheid van een visuele beperking bij mensen met een verstandelijke beperking. In zijn onderzoek zijn 1500 mensen met een verstandelijke beperking betrokken, bij 19% is er sprake van een visuele beperking. De richtlijndatabase⁹ zegt hierover:

“Het percentage slechtziendheid en blindheid bij mensen met een ernstige of zeer ernstige VB beperking varieert in de literatuur van 30% tot 92% (C/B). Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat de hoogste percentages worden gevonden in instellingen voor mensen met een zeer ernstige VB. Refractieafwijkingen, cataract en cerebrale visusstoornis worden frequent gediagnosticeerd.”

Daarnaast moeten we natuurlijk ook rekening houden met veroudering bij mensen met een verstandelijke beperking; de verwachting is dat in 2020 25% van de Nederlandse bevolking ouder dan 50 jaar is.¹⁰ Bij het ouder worden neemt het vóórkomen van visuele beperkingen toe. In dit boek wordt de term ‘cliënt’ gebruikt. Hiermee wordt het kind of de volwassene met een (zeer) ernstig meervoudige en visuele beperking bedoeld.

1.2 Visuele beperking

Het niet of onvoldoende kunnen zien van de wereld om je heen, heeft een grote weerslag op de intentie om contact te gaan maken met die wereld. Lichamelijk contact maken met

de voorwerpen en materialen uit die wereld is minder vanzelfsprekend. Ook het inzicht krijgen in de dagelijkse handelingen, die in die wereld een belangrijke rol spelen, blijft beperkt. Bij mensen die visueel beperkt zijn, ontbreekt vaak de prikkel en de intrinsieke motivatie om iets te pakken. Er is vaak te weinig visuele stimulans om van houding te veranderen en om betekenis te verlenen aan objecten.

Deze mensen worden niet of onvoldoende geprikkeld om te imiteren, om ergens naartoe te bewegen of om iets te pakken wat net buiten hun fysieke bereik ligt. Zij kunnen hun handen niet of onvoldoende waarnemen en volgen, terwijl deze handen juist de instrumenten zijn die het daadwerkelijke contact met de ruimte om hen heen aangaan.

Doordat er weinig tot geen contact wordt gemaakt met de nabije omgeving, komt bewustwording en begrip over die omgeving niet of nauwelijks tot stand. Door het niet of onvoldoende zien en het niet voelen van een voorwerp wordt het erg moeilijk om te leren begrijpen dat een voorwerp op zichzelf staat, onafhankelijk van de persoon die het voorwerp waarneemt. En hier begint de moeizame ontwikkeling van object- en persoonspermanentie voor kinderen met een visuele beperking. Een ontwikkeling die invloed heeft op allerlei gebieden, zoals de hechting tussen ouder en kind, de taal, de interactie met anderen, de ontwikkeling van een eigen identiteit, het zich durven en willen verplaatsen

door de ruimte.

Ziende kinderen tussen de negen en achttien maanden oud leren dat voorwerpen kunnen bestaan zonder deze daadwerkelijk te voelen. Rond negen maanden komt de dreumes zijn lievelingsknuffel toevallig tegen, een half jaar later begint hij te leren dat zijn lievelingsknuffel nog steeds bestaat, ook al ziet hij hem niet. En nog wat later kan hij actief op zoek gaan naar de knuffel. Objectbegrip en objectpermanentie zijn cruciaal voor het differentiatieproces tussen 'het eigen ik' en de wereld daarbuiten.

Kinderen met een visuele beperking zijn meestal meer gericht op auditieve en tactiele prikkels. Auditieve input ontstaat alleen als het voorwerp ook daadwerkelijk geluid maakt. De meeste voorwerpen en materialen in de wereld van het kind maken echter geen geluid als er niets mee gedaan wordt: de tv die uitstaat, de koekjestrommel in de kast, de moeder die een boek leest, de kat die voor het raam zit. De omgeving van het kind geeft slechts zo nu en dan auditieve input (bijvoorbeeld bij het in beweging komen van mensen en voorwerpen). Het visueel beperkte kind wordt dus minimaal auditief geïnformeerd over zijn nabije omgeving. Auditieve input draagt op deze manier niet bij tot de ontwikkeling van object- en persoonspermanentie. Alleen wanneer de ouder actief auditief in contact blijft met het kind of wanneer een bepaald voorwerp continu auditieve input geeft (bijvoorbeeld een tikkende klok), wordt de objectpermanentie bij het kind met een visuele beperking gestimuleerd. Belangrijke voorwaarde

is wel dat het kind betekenis kan verlenen aan de geluiden die hij hoort.

Tactiele input van voorwerpen ontstaat alleen als je een bepaald voorwerp aanraakt of als je passief in aanraking komt met iets in je nabije ruimte.

De tactiele input stopt op het moment dat je het voorwerp loslaat of als je verandert van houding. Pas als je per ongeluk weer opnieuw in aanraking komt met ditzelfde voorwerp leer je iets over objectpermanentie (het feit dat het voorwerp blijft bestaan, ook al voel je het niet). Dit geldt natuurlijk op dezelfde manier voor mensen.

Object- en persoonspermanentie ontwikkelen zich hand in hand.

Voor het kind dat zelf niet actief naar iets toe kan bewegen, is het nog moeilijker om te begrijpen dat objecten of mensen niet 'kwijt zijn' op het moment dat er geen auditieve of tactiele informatie is.

1.3 (Zeer) ernstig meervoudige visuele beperking

Mensen met een visuele beperking lijken soms hun motorische mogelijkheden niet te benutten. De omgeving heeft bepaalde verwachtingen van deze mensen, maar op een of andere manier komen zinvolle handelingen niet van de grond. Het lijkt erop dat zij het contact met voorwerpen en het uitvoeren van gerichte handelingen afwijzen.

Het zijn mensen die:

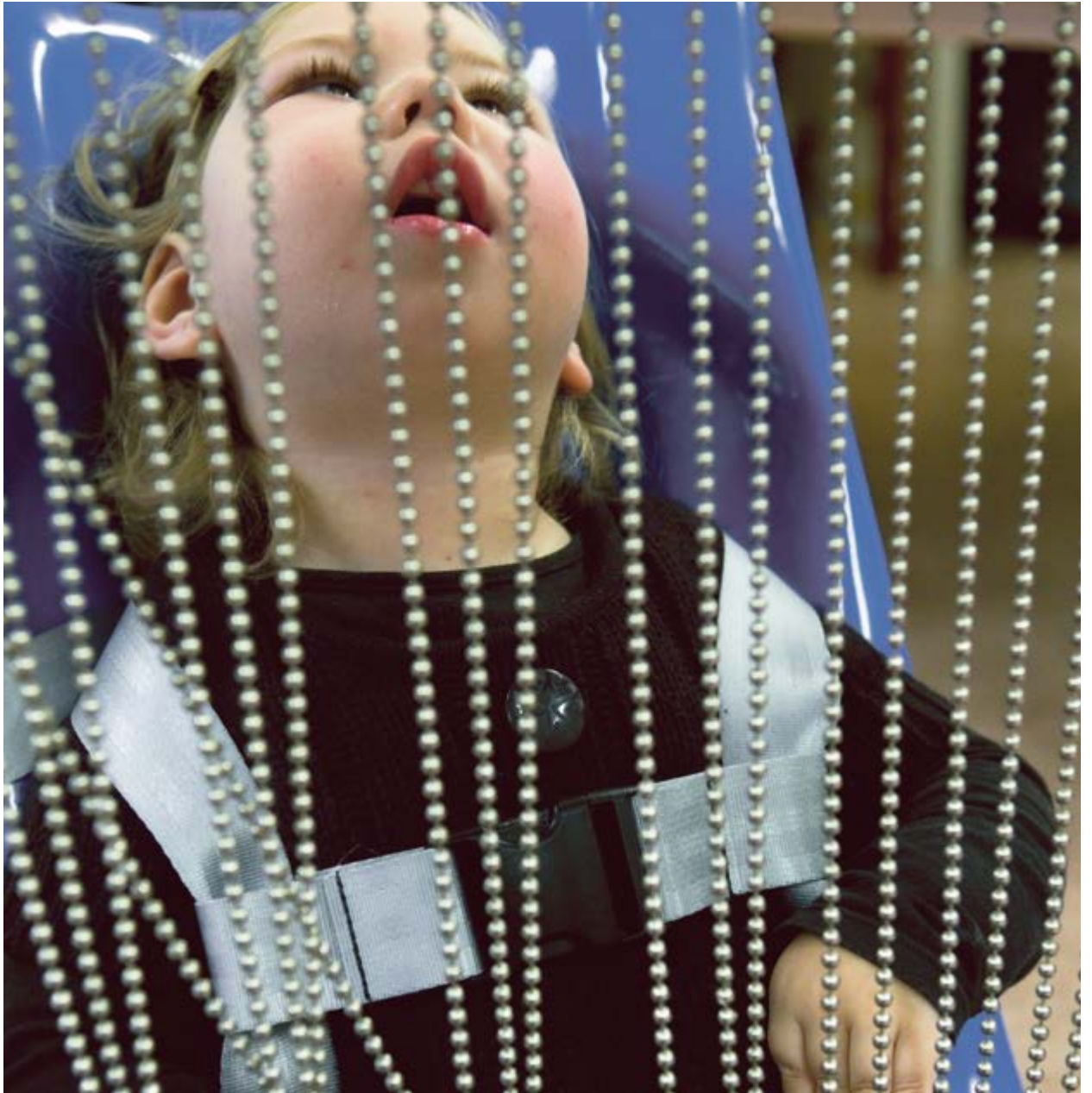
- hun handen terugtrekken als je ze iets wilt laten ervaren
- lichamelijk contact niet als rustgevend ervaren
- weinig mimiek laten zien
- stereotiepe gedragingen laten zien, zoals met handen wapperen of eindeloos vingerbewegingen maken
- weinig contact maken met voorwerpen/materialen, maar wel veel fysiek contact zoeken met het eigen lichaam
- voorwerpen heel kort aanraken en dan doorgaan met fladderen of door de ruimte lopen
- zonder zichtbare aanleiding negatief lichamelijk contact maken met anderen of zichzelf (knijpen of slaan)
- tegenwerken, niet meebewegen met de handeling die door een ander ingezet wordt.

Dit gedrag is vaak niet goed te begrijpen. Het gevoel kan ontstaan dat je niet in contact kunt komen met deze persoon, dat je niet weet waar je moet beginnen of welk voorwerp of materiaal je aan kunt bieden. Wellicht maakt deze persoon je onzeker en heb je het gevoel dat je het nooit goed kunt doen.

Toen Nielsen in de jaren 80 dit gedrag bij bepaalde kinderen signaleerde, heeft zij zich verdiept in mogelijke oorzaken en behandeling. Nadere observatie van dit gedrag riep bij haar de vraag op waarom het ene kind wel passend handelt bij zijn emotionele ontwikkelingsleeftijd en het andere kind niet (ongeacht de kalenderleeftijd). Zij stelt

als hypothese dat het emotionele ontwikkelingsniveau bepalend is voor het handelen. “Misschien”, stelt zij, “houdt het emotionele ontwikkelingsniveau hen tegen om te functioneren op het feitelijke niveau van hun intelligentie.”¹¹ Hierdoor lijkt het erop dat er bij het ene kind wel een discrepantie bestaat en bij het andere kind veel minder (want: meer passend bij de ontwikkelingsleeftijd). Dit is de aanzet geweest tot het ontwikkelen van een benaderingswijze en behandelmethodede die gericht zijn op het verbinden van het functionele en emotionele niveau.

Koen, een jongetje van 9 jaar, is maatschappelijk blind vanaf zijn geboorte en heeft een verstandelijke beperking. Koen ligt het liefst op zijn rug op de grond met opgeheven hoofd en zijn vingers dichtbij zijn mond. Zijn vingers en zijn hoofd zijn voortdurend in beweging en zoeken heel regelmatig bewust contact met elkaar. Koen heeft een redelijke coördinatie van zijn grove en fijne motoriek, en er zijn geen contracturen die het bewegen in en door de ruimte tegenhouden. In zijn directe omgeving liggen altijd voorwerpen die de moeite waard zijn om mee te experimenteren. Toch ligt Koen het liefst op zijn rug op de mat met zijn hoofd opgeheven en zijn bewegende handen vlakbij zijn mond.



De emotionele ontwikkeling



2.1 Inleiding

De ontwikkeling van een eigen, onafhankelijke persoonlijkheid begint bij de bewustwording van het onderscheid tussen jezelf en je omgeving.

De bewustwording van het onderscheid tussen je eigen lichaam en je materiële omgeving maakt dat je jezelf als een handelend individu gaat zien. Een individu dat zijn eigen nabije omgeving kan beïnvloeden. In hoofdstuk 3 wordt uitgebreid ingegaan op de rol die 'het fysieke contact maken met de nabije ruimte' speelt bij de ontwikkeling tot dit individu.

Echter, de omgeving bestaat niet alleen uit materialen en voorwerpen, maar ook uit mensen. Door interactie met de ander komt de sociaal-emotionele ontwikkeling tot stand.

In Nederland heeft prof. dr. A. Dösen veel onderzoek gedaan naar de sociaal-emotionele ontwikkeling, en de verschillende fasen in die ontwikkeling uitgebreid beschreven.¹²

Het benoemen van het gedrag, gebruikmakend van deze indeling, geeft houvast bij het kijken naar en observeren van mensen met een (zeer) ernstig meervoudige en visuele beperking.

Nielsen onderschrijft het belang van het emotioneel functioneren en de discrepantie die kan bestaan ten opzichte van het cognitief en/of motorisch functioneren. In haar boek 'Are You Blind?' gaat Nielsen in op de wijze waarop het kind contact zoekt met zijn omgeving (voorwerpen, materialen en personen), en

beschrijft ze hoe dit gedrag inzicht geeft in de emotionele ontwikkeling van dit kind. Zij heeft op basis van de emotionele ontwikkeling vijf verschillende benaderingswijzen beschreven. Deze benaderingswijzen worden in dit hoofdstuk behandeld.

2.2 Vier fasen

0-6 maanden

In het allereerste begin is er een samenspel tussen de innerlijke behoeftes van de baby en de reacties van zijn verzorgers daarop. Vanuit een warme vertrouwde baarmoeder moet de baby zich ineens zien te handhaven in een koude, bewegingsloze wereld, waar het fysieke contact met de moeder niet meer non-stop aanwezig is. De eerste zes maanden heeft de baby nodig om zich aan te passen aan zijn leven buiten de baarmoeder. Dösen noemt deze fase de eerste adaptatiefase. Er bestaat volledige afhankelijkheid van de verzorgers. Het contact met de nabije omgeving (materialen, voorwerpen en mensen) verloopt via de nabijzintuigen (tast, reuk/geur en smaak). Deze zintuiglijke prikkels worden geïntegreerd in de hersenen. De baby ervaart zijn eigen lichaam nog niet als een geheel; er is geen besef van onderscheid tussen lichaam en omgeving.

Nielsen beschrijft de wijze waarop baby's in deze fase contact zoeken door het (ongericht) grijpen naar en pakken van kleding of haren van

de verzorger. Ook zijn de geluidjes, keelgeluidjes, brabbelen en het huilen contactgericht. Door om zich heen te kijken, te pakken, te grijpen en weer los te laten, leert de baby het onderscheid tussen zichzelf en de wereld: 'dit is van mij en dat is van jou'. Hoe meer hij dat onderscheid leert kennen, hoe bewuster hij zich van zijn eigen handelen wordt en hoe complexer dit handelen wordt. Nielsen koppelt deze ontwikkelingsfase aan het gedrag van een volwassen cliënt: het 'pakken' en 'brabbelen' van een 35-jarige in deze ontwikkelingsfase maakt op de omgeving een geheel andere indruk dan wanneer de baby dit doet. Motorische kracht en het maken van geluid hebben zich immers wel ontwikkeld en zijn vaak onaangenaam (schreeuwen) of beangstigend (grijpen, pakken, knijpen) voor de omgeving. Cliënten krijgen een negatieve respons op dit gedrag, terwijl zij in feite op het emotionele niveau contact zoeken dat bij hen past. Ook maakt de cliënt vaak geen onderscheid in het gebruik van handen of mond bij het aftasten van voorwerpen. Door de aanwezige visuele beperking kan het aftasten met handen en mond langdurig door elkaar blijven lopen. Bij verveling en frustratie ligt het ontstaan van bijtgedrag op de loer.

6-18 maanden

De baby maakt voorzichtig kennis met de wereld om zich heen en zet de eerste stappen in de ontwikkeling naar een onafhankelijk individu. Hij gaat zijn motorische mogelijkheden inzetten voor het ontdekken van zijn eigen lichaam en

leert dat hij met dat lichaam mogelijkheden heeft om voorwerpen te pakken en te onderzoeken. Sommige voorwerpen maken een geluidje, andere voorwerpen voelen zacht aan en weer andere voorwerpen zijn heerlijk om in je mond te stoppen. Bij het onderzoeken van voorwerpen leert de baby dat er een onderscheid is tussen wat hij doet met zijn eigen lichaam (heel directe feedback) en wat hij doet met een voorwerp. Hij leert dat hij zijn lichaam kan gebruiken om zijn nabije ruimte met materialen en voorwerpen te ontdekken. En iets later gebruikt het kind voorwerpen om contact te maken met de ander: iets weggooien en wachten tot de ander het oppraapt, iets laten zien aan de ander en dan weer zelf doorgaan met spelen.

Dösen noemt deze fase de eerste socialisatiefase. In deze fase staat de hechting tussen ouder en kind centraal. Er ontstaat een beginnend besef over het onderscheid tussen zijn lichaam en de nabije ruimte. De dreumes heeft plezier in het contact met anderen, maar ook in het contact met voorwerpen en materialen. Er is sprake van een beginnende, maar nog beperkte objectpermanentie.

Nielsen beschrijft de wijze waarop het kind in deze fase lichamelijk contact zoekt door zich te nestelen op je schoot. Het kind wil daar het liefst de hele dag blijven zitten. De dreumes biedt de volwassene allerlei voorwerpen aan om zo het enthousiasme over het voorwerp met elkaar te kunnen delen. Als de volwassene niet reageert,

dan maakt het kind lawaai met het voorwerp of raakt de volwassene aan met het voorwerp. Zo hoopt hij de aandacht van de volwassene te vangen. Gaandeweg leert het kind zich te verplaatsen en zal het op de schoot klimmen en er weer af klauteren. Voorwerpen worden aan de ander gegeven, maar vaak ook weer snel teruggepakt.

Hij ziet dat hij de wereld kan beïnvloeden en dat er een verschil bestaat tussen hem en de wereld. Stapje voor stapje wordt de basis gelegd voor de ontwikkeling tot een eigen individu.

Cliënten in deze fase kunnen soms van 'het aandacht vragen' hun dagtaak hebben gemaakt. Gedurende de dag wordt regelmatig met de hand of met een speeltje op tafel geslagen. De mensen om deze cliënt heen zijn lang niet altijd bij machte om adequaat in te gaan op deze hulpvraag. En zo kan het gebeuren dat langzamerhand het slaan een gewoonte wordt en het uiteindelijke doel ('hé, hallo, hier ben ik') voorbijschiet.

Door de verminderde motorische en visuele vaardigheden leert de cliënt in deze fase vaak wel zijn eigen lichaam onderzoeken, maar hij is niet in staat om op onderzoek uit te gaan, zoals de dreumes dat eindeloos doet. Vaak zie je dat cliënten emotioneel gezien in deze fase blijven hangen: het besef tussen het onderscheid van hun eigen lichaam en de nabije omgeving komt niet of nauwelijks tot stand.



18 tot 36 maanden

De peuter krijgt in toenemende mate controle over zijn motoriek en leert zich verplaatsen door de ruimte. De peuter leert dat er een verschil is tussen 'mijn en dijn'. Door dit verschil leert hij dat hij zelf een rol speelt in de wereld en leert hij te vertrouwen op zichzelf.

Dösen noemt deze fase de eerste individuatie fase. In deze fase ontwikkelt zich de object-permanentie en wordt de peuter zich bewust van zijn eigen ik. Beïnvloeding van de materiële omgeving gebeurt steeds gericht en bewuster. Nielsen beschrijft in deze fase hoe het kind zijn speelgoed uitleent aan de volwassene, om er goed op te passen. Er ontstaan verstop- en stoeispelletjes. Het kind leert de eerste stappen op het pad van het zelfstandig handelen. Regels en grenzen zijn belangrijk in deze fase. Bij de meeste cliënten ontbreken de motorische, visuele en cognitieve vaardigheden die als voorwaarden nodig zijn voor het bereiken van deze emotionele fase.

3 tot 7 jaar

Deze fase noemt Dösen de eerste identificatie fase en is gericht op de egovorming. Het kind gebruikt nu 'ik' in plaats van zijn eigen naam. Het kind is het centrum van zijn eigen wereld. Er ontstaat een steeds groter begrip van en inzicht in hoe de wereld in elkaar zit en welke handelingen dagelijks nodig zijn. Het kind wordt zich steeds meer bewust van de wijze waarop hij zijn omgeving kan beïnvloeden.

2.3 Visuele beperking

Baby's met een visuele beperking missen informatie in het contact met hun verzorgers. Innerlijke behoeftes worden bevredigd door de verzorgers, en de interactie is gericht op reuk, tast, geluid en beweging. In de eerste fase is deze interactie voldoende. Als de baby een paar maanden oud is, neemt het onderzoeken van het eigen lichaam af door het ontbreken van visuele input. Hij ziet immers niet of nauwelijks zijn handjes die naar elkaar toe gaan, ziet niet of onvoldoende zijn voetjes, die misschien leuk zijn om te pakken, en zo leert hij zijn eigen lichaam minder snel kennen.

In het contact tussen de baby met een visuele beperking en de verzorger ontbreekt vaak de wederkerigheid van de glimlach. Deze baby leert minder sterk om zijn glimlach bewust in te zetten in de interactie met de verzorger. Hij ondergaat de reactie van de verzorger op een passieve wijze.

De baby met een visuele beperking leert vooral op basis van auditieve prikkels kennismaken met zijn omgeving. De auditieve input speelt een belangrijke rol bij de functionele ontwikkeling, maar deze input speelt natuurlijk ook een rol bij de emotionele ontwikkeling. De auditieve gerichtheid van het kind met een visuele beperking is voor de omgeving veel minder zichtbaar dan de visuele gerichtheid bij ziende baby's. Deze onzichtbaarheid lokt minder respons van de omgeving uit: het is immers niet duidelijk óf de baby luistert, en al helemaal niet naar welk geluid.

Het is belangrijk om het kind met een visuele beperking veel verschillende geluiden aan te bieden en deze geluiden toe te lichten. Daarnaast is het zinvol om dit kind te laten ervaren dat hij zelf de veroorzaker van geluid kan zijn. Hiervoor zijn bepaalde motorische basisvaardigheden noodzakelijk. Maar er ligt hier zeker ook een duidelijke rol voor het cliëntsysteem om dit voor het kind mogelijk te maken. De omgeving dient immers zodanig ingericht te zijn dat het kind goed in staat is deze geluiden zelf te veroorzaken. De resonantieplank is een zinvol middel om hierbij in te zetten (zie blz. 43).

Visuele beurtspelletjes (kiekeboe, glimlachen, ik ga je pakken) moeten vervangen worden door auditieve of tactiele beurtspelletjes (geluiden maken en nadoen, hardop lachen, bal met geluid laten rollen naar de cliënt toe).

2.4 Eisen stellen

De ontwikkeling van mensen wordt mede vormgegeven door interventies met hun omgeving, waarbij het opvoeden een belangrijk onderdeel is. Het stellen van eisen is vanaf een bepaalde leeftijd een belangrijk middel om mensen iets te leren.

Eisen stellen gebeurt op de emotionele leeftijd tussen tien en vijftien maanden op een laagdrempelige manier. Er zijn bepaalde regels, maar het jonge kind leert op deze leeftijd vooral de grenzen van de regels verkennen, en wordt daarin bijgestuurd door de volwassene. Zonder enige dwang. Het jonge kind leert niet alleen dat er regels zijn, maar leert ook omgaan met regels en eisen. Door deze interactie, door het zelf initiatief kunnen nemen om bij een activiteit wel of niet betrokken te worden en door dingen samen te doen, leert het kind stapje voor stapje nieuwe vaardigheden. De ouder is vooral volgend en de interventies zijn proactief: als het kind zelf mag eten, dan zorg je voor een grote slab onder zijn bord, omdat je weet dat er geknoeid gaat worden. Bij het spelen verwachten we dat het kind met speelgoed gooit en slechts kort in iets geïnteresseerd is. Dus geven we hem speelgoed wat hiertegen bestand is. En we zorgen ervoor dat er geen kwetsbare objecten in de buurt van het kind staan.

Als het kind ouder wordt, richten de interventies

zich meer op het samen doen: 'kijk ik doe dit blok, doe jij de volgende' (een toren bouwen); verbieden: 'nee, dat mag niet' (alles wat je tegenkomt in je mond stoppen). Langzaamaan went het kind aan de eisen van de omgeving en leert hieraan gevolg te geven. Als het niet lukt, dan helpen we het kind.

Cliënten, bij wie de kalenderleeftijd niet synchroon loopt met de emotionele leeftijd, worden op een gegeven moment ook met eisen geconfronteerd: 'niet gooien', 'niet in je mond', 'pak maar'. Echter, zij zijn vaak niet in staat om hier adequaat op te reageren; hun emotionele ontwikkelingsleeftijd is niet toereikend om op deze eisen in te gaan. Ze begrijpen niet het onderscheid tussen <ik en jij> en <jij en ik>; ze hebben nog geen vertrouwen opgebouwd in hun eigen kunnen en in het beïnvloeden van de wereld om hen heen. Overvraging ligt op de loer. Sommige mensen trekken zich terug, waarbij de balans tussen falen en succes steeds meer verstoord raakt. Zij laten dan zelfs niet meer die vaardigheden zien, die zij voorheen wel beheersten. Er is geen sprake meer van uitproberen of iets lukt of niet lukt; elke eis leidt bij hen tot faalangst. En elke intentie tot initiatief wordt hierdoor tenietgedaan.

Het is belangrijk om stil te staan bij de vraag of de eisen passen bij de emotionele leeftijd van de cliënt. De begeleider zal zich bewust moeten zijn van de eisen die hij/zij stelt, ook al gebeurt dit tussen neus en lippen door.

Het is opvallend dat mensen met een (ernstig) visuele beperking vaak bang zijn om hun handen functioneel in te zetten. De fijne motoriek is meestal goed ontwikkeld, mede door handelingen in contact met het eigen lichaam, of door aanwezige stereotiepe handelingen. Maar het contact met objecten of het aftasten van oppervlakten in de nabije ruimte wordt vermeden. Soms laten kinderen met een visuele beperking van tien maanden oud dit terugtrekgedrag al zien. Mogelijk dat het stellen van eisen en het onvoorbereid in contact komen met allerlei objecten ('hier, voel maar, dit is een bal') deze afweer teweeg heeft gebracht.

In het contact met deze mensen vermijdt Nielsen vragen als: 'kom maar', 'pak het maar'. Zij laat de geluiden horen die objecten kunnen maken en benoemt wat er gebeurt. Het is aan de cliënt om met deze objecten contact te maken of niet.

2.5 Stereotiep gedrag

Stereotiep gedrag interpreteert Nielsen als een roep om hulp, een boodschap die zegt: 'zie je dan niet dat er iets mis is met mijn leven?' Het is de taak van het cliëntensysteem om op zoek te gaan naar de juiste interpretatie.

Stereotiep gedrag kan ontstaan doordat de cliënt gedwongen wordt voorwerpen of oppervlakten af te tasten. Of doordat de cliënt niet op zijn eigen manier op onderzoek mag gaan. Door de cliënt te dwingen bepaalde ervaringen op te doen,

ontneem je hem zijn eigen initiatief. Er ontstaat bij dit 'samendoen' een compleet andere feedback dan wanneer de cliënt zelf mag ontdekken, op zijn eigen manier en in zijn eigen tempo. Zijn visuele beperking en zijn geringe plezier in het exploreren, maken dat deze cliënt alleen zijn eigen lichaam heeft om iets mee te doen. Aangezien hij een beperking ervaart in wat hij kan doen met zijn eigen lichaam, begint hij zichzelf te slaan of aan zijn haar, vingers of kleding te frunniken. Als hij gewend is aan de activiteiten die hij bijvoorbeeld met zijn vingers of kleding doet, kan hij een van deze activiteiten steeds vaker gaan herhalen. Op een gegeven moment is dit de uitingsvorm van stereotiep gedrag geworden. Voor hem is het beter om de hele dag dezelfde handeling/activiteit te doen, dan om helemaal niets te doen. Het stereotiep gedrag is een symbool van eenzaamheid geworden.

Nielsen benadrukt dat het belangrijk is stereotiep gedrag te respecteren als een wezenlijk onderdeel van de cliënt. Dit gedrag is voor de cliënt zo wezenlijk geworden, dat het onderdeel van zijn persoonlijkheid is geworden. Door dit gedrag te ontkennen of van hem af te nemen, ontken je de persoonlijkheid van de cliënt. Behandeling van stereotiep gedrag is regelmatig gericht op het verhinderen van de beweging, of het afpakken van het object waarmee de stereotiepe handeling wordt uitgevoerd. Sommige mensen krijgen arm/elleboogspalken om de stereotiepe bewegingen, die overgaan in (zelf)verwondend gedrag, te voorkomen. Deze benaderingen zijn volgens

Nielsen een afwijzing van de cliënt zelf: 'ik vind jou niet leuk zoals je nu bent'.

Nielsen adviseert om mee te gaan in het stereotiepe gedrag door hetzelfde voorwerp te laten rammelen of de beweging te imiteren. Hierdoor wordt het stereotiepe gedrag gezien als een onderdeel van de persoonlijkheid van de cliënt. De interesse van de cliënt wordt gedeeld en gaandeweg kunnen nieuwe prikkels toegevoegd worden aan de oude vertrouwde geluiden en bewegingen.

Soms wordt de omgeving veranderd, zodat de stereotiepe beweging een andere geluidsreactie teweegbrengt. Het stereotiepe gedrag levert nu automatisch een andere ervaring op.

De cliënt kan soms stereotiep gedrag weer laten zien. Dit is de vertrouwde basis waar vanuit andere activiteiten kunnen worden ingezet.

Ans van Eijden beschrijft vier verschillende theoretische benaderingen waarop naar stereotiep gedrag wordt gekeken¹³:

- **ontwikkelingsgericht** (er is sprake van onrijpheid van het neuromusculair systeem; stereotiepe bewegingen ontstaan door het op het zoek gaan naar sensomotorische input).
- **behavioristische benadering** (stereotiepe gedragingen zorgen voor prettige sensaties, het krijgen van aandacht, of het zich terugtrekken uit een onprettige situatie. Dit is de reden waarom de gedragingen blijven bestaan)
- **functionele benadering** (stereotiep gedrag ontstaat als reactie op over- of onderstimulatie.

Alertheid en spanning worden gereguleerd door de terugkerende bewegingen).

- **neurobiologische benadering** (stereotiep gedrag is een neveneffect van schade aan het centrale zenuwstelsel).

Bij blinde kinderen, bij wie ook sprake is van een verstandelijke beperking, zie je vaker stereotiep gedrag. Naarmate het kind meer zelf in beweging komt, neemt het stereotiep gedrag af.

Bij blinde en slechtziende kinderen komt het voor- en achterwaarts bewegen met het bovenlijf, het hoofd schudden, en het oogduwen en oogboren het meest voor.

Kunnen en aankunnen



3.1 Inleiding

Nielsen beschrijft in 'Are You Blind' een educatief behandelprogramma. In dit programma beschrijft zij vijf verschillende begeleidingstechnieken. Het emotionele ontwikkelingsniveau is steeds bepalend voor de keuze van de begeleidings-techniek. Bij iedere techniek verschilt de wijze waarop materialen/voorwerpen worden aangeboden en waarop de interactie tussen cliënt en begeleider wordt vormgegeven.

Nielsen past deze benaderingswijze toe bij mensen wier emotionele en functionele ontwikkeling (te) ver uit elkaar liggen. De hypothese is dat de wijze waarop de cliënt emotioneel in staat is om op zijn omgeving te reageren, de ontwikkeling van zijn functionele handelen in die wereld in de weg staat. In de hedendaagse literatuur wordt deze discrepantie ook wel **'kunnen en aankunnen'** genoemd: wat je kunt (functionele ontwikkeling) hoeft nog niet te betekenen dat je het ook aankunt (emotionele ontwikkeling). Voor de cliënt, die in dit boek centraal staat, is dit bij uitstek het geval.

Bijvoorbeeld: een cliënt slaat op tafel omdat hij op zoek is naar contact (eerste socialisatiefase). Vervolgens wordt de cliënt verbaal aangesproken en gecorrigeerd op dit negatieve gedrag. Als éénjarige (emotionele ontwikkeling) kan hij echter zijn gedrag niet zelf veranderen. In deze fase zijn namelijk vooral nabijheid en begrenzing zinvol om aan te bieden als begeleider.

Nielsen startte haar behandeltraject met een uitgebreid interview met begeleiders en ouders. Daarna volgde een langdurige observatie waarbij zij een tas met zestig tot zeventig verschillende materialen bij zich had, passend bij de verschillende emotionele niveaus. De materialen hadden tactiele en auditieve kwaliteiten die de cliënt uitdaagden om te exploreren en ermee te experimenteren. Sommige objecten waren bekend en vertrouwd, andere objecten juist niet zodat ze mogelijk de nieuwsgierigheid van de cliënt prikkelden. Nielsen was in dezelfde ruimte met de cliënt en 'speelde' met de verschillende objecten. Ze vertelde over de voorwerpen waar ze mee speelde, beschreef de geluiden die ze maakten of hoe ze aanvoelden. De cliënt kon dan zelf initiatief nemen tot toenadering. Het emotionele niveau was bepalend voor de keuze van objecten, de inrichting van de nabije ruimte en voor de begeleidingstechniek die werd ingezet.

Deze kennismaking nam vele uren in beslag, omdat er eind vorige eeuw veel minder gegevens beschikbaar waren over de mogelijkheden van cliënten. Op basis van deze kennismaking werd bepaald welke begeleidingstechniek ingezet zou worden.

Tegenwoordig is er meer informatie over de cliënt beschikbaar. Zo hebben we vaak informatie over de ontwikkelingsleeftijd en motorische mogelijkheden. Bij het implementeren van de methode Active Learning binnen en buiten Visio is een Nederlandse observatielijst samengesteld

(zie bijlage). Deze lijst richt zich vooral op de wijze waarop de cliënt contact maakt met zijn nabije omgeving en hiermee wordt informatie verzameld over de ontbrekende gegevens die nodig zijn om Active Learning in te zetten.

Het educatieve behandelprogramma van Nielsen bestaat uit vijf verschillende begeleidingstechnieken:

- 1) Nabijheid
- 2) Spiegelen
- 3) Interactie
- 4) Meehelpen
- 5) Oorzaak en gevolg.

Cliënten met een (zeer) ernstig meervoudige en visuele beperking hebben vaak het meest baat bij de techniek 'nabijheid' en 'spiegelen'.

3.2 Nabijheid

Sommige mensen maken geen enkel contact met voorwerpen. Het kan zijn dat hun wil tot exploreren niet ontwikkeld is. Mogelijk is het niveau van hun emotionele ontwikkeling vooral gericht op de primaire behoeftes (eerste adaptatiefase). Het zou ook kunnen dat zij een afweer hebben ontwikkeld doordat zij zeer regelmatig door anderen gedwongen werden om onbekende voorwerpen of materialen aan te raken.

De emotionele behoefte van cliënten in deze fase is vooral gericht op het bevredigen van hun

behoeftes. Cliënten hebben nog niet geleerd om – op hun eigen initiatief – hun lichaam in te zetten om te exploreren.

Als begeleider ben je vaak geneigd om een hand van de persoon te sturen naar een bepaald voorwerp of materiaal toe ('voel maar, hier is de stoel/kraan/luier/spiegelmolen'). Je verwacht ook dat – op het moment dat je fysiek of verbaal contact maakt met deze persoon – hij of zij ook contact met jou maakt ('goedemorgen, hoe gaat het?' en zonder dat je het je bewust bent, heb je de persoon al aangeraakt om hem te begroeten). Maar... bij deze begeleidingstechniek heeft de cliënt de hoofdrol. De rol van de begeleider is om in de nabijheid van deze persoon spel materiaal zo aantrekkelijk mogelijk te maken en te wachten totdat de hoofdpersoon initiatief neemt om contact met jou of met het materiaal te maken.

Cliënten die weinig tot geen contact maken met voorwerpen of materialen om hen heen, kunnen door de techniek 'nabijheid' uitgelokt worden om dat contact wel aan te gaan. Bij deze techniek heeft de begeleider geen enkele intentie om een beroep te doen op de functionele vaardigheden van de cliënt. Het gaat om de cliënt zelf en zijn initiatief om contact met de begeleider of met het spel materiaal te maken.

Als de cliënt initiatief neemt om contact te maken, is het belangrijk om te reageren alsof het normaal is dat deze persoon dit doet. Uitbundig prijzen kan mogelijk een afweer bij de persoon teweegbrengen om een volgende keer opnieuw

initiatief te nemen (hoe moeilijk dit ook is, want de eerste keer dat de persoon dit eigen initiatief laat zien zou voorpagina nieuws moeten zijn). De begeleidingstechniek 'nabijheid' is gericht op onderzoek naar de voor- en afkeuren van de cliënt, zijn reacties op geluiden in de omgeving, de manier waarop de cliënt uit zichzelf contact maakt, en welke initiatieven hij laat zien. Mocht de cliënt zich terugtrekken, dan moet dit gerespecteerd worden. Dit is namelijk ook een initiatiefname in het contact. Sommige mensen zijn vooral gericht op lichamelijk contact, veelal passend bij hun emotionele niveau. Als begeleider is het zinvol om hier op in te gaan, maar daarna terug te keren naar de spelmaterialen.

Nielsen zegt hierover: *"Een kind kan niet groeien van alleen lichamelijk contact, maar moet objecten ervaren en gaan leren experimenteren met objecten."*¹⁴

Nielsen bood deze begeleiding soms drie keer per dag aan, soms één of meerdere uren, afhankelijk van de behoefte van de cliënt. Zij had een breed gevarieerd aanbod aan materialen en voorwerpen bij zich dat zij afstemde op het emotionele niveau van de cliënt. Experimenteren, onderzoeken en vergelijken werden hierdoor uitgelokt.

Nielsen: *"Zolang de cliënt niet in staat is om op onderzoek uit te gaan, of geen interesse toont in de wereld om hem heen, is hij volledig afhankelijk van de volwassene om zijn omgeving zodanig in te richten dat de cliënt uitgedaagd wordt om op onderzoek uit te gaan."*¹⁵
"Ik nodig de cliënt uit om naast me te komen zitten. Als

*dit wordt geweigerd ga ik op de vloer zitten waar de cliënt ook zit. Als de cliënt de kamer verlaat, moedig ik hem niet aan om terug te komen. Ik ga gewoon door met spelen, in de hoop dat hij besluit terug te keren. Al spelende observeer ik of de cliënt enige interesse in het contact met mij laat zien."*¹⁶

*"Bij een ontwikkelingsleeftijd van 12 maanden, speel ik als een 12 maanden oud kind. Ik rommel in een bak met speelgoed. Ik tik met een object tegen de ondergrond. Ik laat iets vallen, soms dichtbij de cliënt, en dan weer verder weg. Ik houd voortdurend rekening met het feit dat de cliënt blind is. Ik kies voor voorwerpen die geluid maken, voorwerpen die een geluid geven als ze van elkaar gehaald worden. Ik plaats een doos met voorwerpen voor de cliënt zodat de cliënt de mogelijkheid heeft om mij te imiteren. Ik creëer een sfeer waarin alle eisen worden vermeden, behalve het feit dat de cliënt mag spelen. Als de cliënt interesse toont dan geef ik informatie over het materiaal, maar niet gericht op een actie van de cliënt zelf. De cliënt bepaalt wat hij met het voorwerp doet. En als hij het weggooit of in zijn mond stopt is mijn reactie gericht op het beschrijven van het geluid: "wat mooi klinkt dat zo op de grond, of tegen je tanden." Alles wat ik doe is een aanbod, en de cliënt beslist wat hij er mee gaat doen."*¹⁷

3.3 Spiegelen

Imiteren is een belangrijke fase in de ontwikkeling van ziende personen: op deze manier maken zij zich nieuwe vaardigheden eigen en verfijnen hun bestaande vaardigheden.

Door het (deels) ontbreken van visuele input bij onze cliënten is imiteren een complexe vaardigheid. Onze cliënten zien de ander die een bepaalde handeling uitvoert niet of onvoldoende. Zij worden daardoor minder geprikkeld dit zelf te doen en moeten op een andere manier gestimuleerd worden.

De techniek 'spiegelen' is gericht op het prikkelen van de interesse van de cliënt voor handelingen die zich dichtbij afspelen, en het versterken van 'het nemen van initiatief'.

Het stimuleren van 'spiegelen' ontstaat door de handeling (met een bijbehorend geluid) eerst voor te doen en dan samen met de cliënt te doen. Bijvoorbeeld een prop papier maken, of met blokken op elkaar slaan. De begeleide handeling geeft een tactiele, kinesthetische, proprioceptieve en auditieve input. Verbale begeleiding van de handelingen is voor de visueel beperkte cliënt belangrijk. Dit kan met zinnen, maar ook met het benoemen van de kernwoorden. Dat laatste is voor de cliënt vaak beter te begrijpen. Dus niet: 'hier hebt je het, pak maar vast', maar: 'voor jou', of 'pak maar' (waarbij het van belang is dat iedereen binnen het cliëntstelsel dezelfde bewoordingen gebruikt).

De geluiden die een cliënt maakt, hebben vaak geen relatie met de wereld om hen heen. Zij maken vooral geluiden met of via hun eigen lichaam: klappen, tanden knarsen, brabbelen. Voor ons kan dit als stereotiep gedrag overkomen. Door geluiden te maken met bepaalde objecten,

deze te registreren en te herkennen als een ander ze maakt, leert de cliënt handelingen van de volwassene te koppelen aan de geluiden die daarbij horen.

Nielsen spiegelt de (stereotiepe) handelingen van de cliënt en brengt daar na verloop van tijd een kleine variatie in. Of zij sluit aan bij het spel van de cliënt en biedt daar vervolgens een variatie in aan. De eerste reacties van de cliënt zijn vaak afwijzend: weggooien. Dit gedrag is ook aanwezig bij ziende cliënten, vaak gevolgd door een corrigerende reactie: 'nee, niet daar, maar hier, in het bakje'. Respect voor dit gedrag en herhaling van de handeling kan de cliënt helpen een stapje verder te durven gaan. Soms is het zinvol om twee dezelfde voorwerpen te gebruiken. Positief blijven en geen beroep doen op actieve participatie van de cliënt zijn belangrijke voorwaarden.

Nielsen: "Kinderen krijgen meer vertrouwen in zichzelf in de fase van aanbieden en spiegelen. Het samenzijn met een volwassene kan plezierig en opwindend zijn, en het kan leiden tot nieuwe auditieve en tactiele ervaringen. Het kind ontdekt dat hij initiatieven kan nemen en dat initiatieven leiden tot verandering in zijn omgeving. Hoe meer hij in staat is om iets te doen, hoe meer hij in contact komt met anderen."¹⁸

In 'Learning together'¹⁹ staan bepaalde technieken beschreven die bij blinde en slechtziende cliënten ingezet kunnen worden om de bewegingsinteractie te stimuleren. Hier wordt ook de techniek van het 'spiegelen' en van 'ritme en timing' beschreven.

Volgens Lee en MacWilliam is spiegelen het volgen van de beweging van het kind, waarbij informatie over de kwaliteit van de beweging wordt teruggeven aan het kind: de grootte en kracht van de beweging, ritme en tempo van de beweging. Spiegelen gebeurt meestal door direct lichamelijk contact met het kind te maken in combinatie met klanken die passend zijn bij de beweging.

Ritme en timing worden ingezet om de interactie met het kind te versterken. Het tempo van het kind wordt gevolgd en teruggegeven. Kloppen, tikken, klappen, geluiden, klanken of de beweging zelf kunnen allemaal ingezet worden bij deze techniek.

Beide technieken passen goed binnen de spiegelende benaderingswijze die Nielsen heeft beschreven.

3.4 Interactie

Deze techniek richt zich op de specifieke ik-jij- en jij-ik-situatie waarin de cliënt leert onderscheid te maken tussen de verschillende geluiden van verschillende mensen. Het initiatief in interacties wordt gestimuleerd en biedt een basis voor de sociale ontwikkeling. Het is bij deze techniek belangrijk dat het hele cliëntstelsel dezelfde benadering nastreeft.

Ook nu weer wordt een keuze gemaakt voor bepaalde materialen die passend zijn bij de voorkeur van de cliënt, zijn emotionele ontwikkelingsniveau en zijn motorische mogelijkheden.

Als de cliënt zich terugtrekt bij deze techniek, dan moet dit altijd gerespecteerd worden en moet teruggegaan worden naar een vorige techniek (spiegelen of nabijheid). Het gaat bij interactie om het 'samen doen': samen een zaklamp bewegen in een donkere ruimte, samen een knop van een pianotoets indrukken, trek- en duwspelletjes waarbij ik-jij op de voorgrond staat. Er is sprake van beurtspelletjes en beurtgedrag, in het verbale contact wordt nu vaker gebruikgemaakt van 'ik' en 'jij': 'ik drink uit mijn beker, jij drinkt uit jouw beker, ik doe mijn jas aan, jij doet jouw jas aan'. Blinde of slechtziende personen zijn het soms verleerd om initiatief te nemen, al te vaak en te veel werd hun alles uit handen genomen. Vertrouwen in hun eigen handelen moet worden opgebouwd en elk initiatief hiertoe moet ruimte krijgen.

Bij deze techniek wordt er een beroep op de samenwerking gedaan: 'jij kan me helpen'. De vraag: 'wil jij me helpen' zal vaak te hoog gegrepen zijn, omdat de cliënt dan 'ja' of 'nee' moet antwoorden. Een kind kan helpen door zijn handen in de buurt van de handeling te houden en kan op deze manier bepaalde bewegingen volgen. Dit impliceert dat het tempo van de handeling laag moet zijn, en meerdere malen herhaald moeten worden. Zorg dat de cliënt zelf het initiatief kan blijven behouden om wel of niet mee te doen.

Spelen en het leren verkennen van objecten is een belangrijke basis voor allerlei dagelijkse

vaardigheden zoals eten/drinken, aankleden, de deur open- en dichtdoen, jas ophangen en tafel dekken.

Nielsen:

“**Jens** is 11 jaar als ik hem ontmoet, zijn emotionele leeftijd is zes tot acht maanden. Hij houdt erg van knuffelen. Hij kruipt onophoudelijk rond op zoek naar deze vorm van contact. Hij heeft een goed vermogen ontwikkeld voor de richting van een geluid. Dit gaf ons hoop om te kijken of we hem zouden kunnen leren zijn energie deels te gaan gebruiken voor activiteiten in plaats van het alleen maar continu op zoek zijn naar contact. Na een periode van de techniek van ‘nabijheid’ ontstond er een begin van spiegelen bij Jens. Hij leegde de mand met speelgoed, manipuleerde met speelgoed, hand-mond activiteiten, en experimenteerde met verschillende geluiden. Het resultaat was dat hij openstond voor de instructie hoe voorwerpen verwijderd konden worden, zonder dat dit een negatieve verlatingsangst bij hem op riep. Ik vertelde hem: ik haal de deksel van de pot. Ik wil de knikkers uit de pot halen. Ik zag zijn interesse groeien en zei: je kan me helpen om ze uit de pot te halen. Ik bracht de pot naar zijn handen toe en haalde de knikkers uit de pot, terwijl de pot in aanraking was met handen van Jens. Jens ontving nu zowel tactiele als auditieve informatie over deze handeling. Ik probeerde zo veel als mogelijk het contact met zijn en mijn handen te vermijden. Zodra hij mijn handen voelde wilde hij gaan knuffelen. Ik woog steeds tegen

elkaar af of een aai voor hem voldoende was, of dat hij toch echt behoefte had aan een knuffel. Ik zei: Hé, je zou me toch helpen. En toen ging hij terug naar de pot met knikkers. Nadat hij mij enige tijd had geholpen, lukte het hem om uit zichzelf speelgoed los te laten.

...Jens werd steeds actiever en ontwikkelde een eigen identiteit. Hij kon speelgoed benoemen. Zijn behoefte aan knuffelen werd minder en minder. Soms viel hij terug, en wilde alleen nog maar geknuffeld worden, maar deze periodes kwamen vooral voor als het aangeboden materiaal hem niet meer voldoende uitdaagde.”²⁰

In ‘Learning together’²¹ wordt de techniek ‘beurt nemen’ beschreven: het bewustmaken van het eigen handelen. Het gedrag van het kind (beweging en geluid) wordt gespiegeld en er ontstaat een gesprek: het kind maakt een geluidje, de ander imiteert dit geluidje, het kind beantwoordt met zijn geluid. Hierdoor wordt het kind zich bewust van zijn eigen geluid en de imitatie van de ander. Deze beschrijving past goed binnen de interactietechniek van Nielsen.

3.5 Meehelpen

Nielsen gaat bij deze techniek uit van (het begin van) emotionele stabiliteit. De cliënt staat nu open om te leren over afhankelijkheid en onafhankelijkheid in relatie tot de ander. Bij de techniek ‘meehelpen’ wordt een beroep

gedaan op de interesse van de cliënt om nieuwe handelingen aan te gaan.

Dagelijkse handelingen worden opgesplitst in deelhandelingen. Deze deelhandelingen worden verdeeld tussen de cliënt en de begeleider/ouder: 'ik doe een stukje brood op je vork en jij stopt het in je mond; ik doe de knikker in de beker en jij haalt deze eruit; ik doe je knoop los, en jij doet je broek naar beneden'. Als de cliënt de handeling niet alleen wil doen, dan wordt teruggeslagen naar de vorige fase, en kan de deelhandeling samen uitgevoerd worden. Soms duurt het een paar minuten voordat de cliënt zijn eigen deelhandeling uitvoert. Het kan zijn dat de cliënt steeds meer deelhandelingen zelfstandig kan uitvoeren en uiteindelijk leert zo de hele handeling zelf te doen. Ook nu weer geldt dat de cliënt respect verdient en ruimte nodig heeft om zijn eigen initiatief in gang te zetten.

3.6 Oorzaak en gevolg

Bij deze techniek wordt de cliënt voorbereid op de eisen die er aan hem gesteld gaan worden. De cliënt leert om zichzelf te vertrouwen en legt hiermee de basis om beslissingen te kunnen nemen. Deze techniek is mogelijk rond de emotionele leeftijd van twee jaar.

In de verbale communicatie wordt de cliënt geleerd dat handelingen consequenties hebben, en dat het een het ander opvolgt, bijvoorbeeld: 'als je wilt drinken, moet je eerst je beker op tafel zetten; als je samen een verhaaltje in bed wilt,

moet je eerst je tanden poetsen; als je met de piano wilt spelen, moet je eerst naar de speelhoek kruipen'.

Als de cliënt in staat is om meer en meer aan verzoeken te voldoen, dan zal hij mogelijk ook meer aandacht en/of meer afhankelijkheid laten zien. Voor sommige personen is het een openbaring als ze merken dat ze aan een verzoek kunnen voldoen. Als de cliënt hiermee meer vertrouwd raakt, zal hij zich steeds onafhankelijker op kunnen stellen. Het wordt makkelijker voor hem om ingrijpende veranderingen in zijn leven te accepteren, omdat er meer emotionele stabiliteit is ontstaan.



Functionele ontwikkeling



4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het functionele handelen besproken: je bewust zijn van het feit dat je je handen en de rest van je lichaam actief kunt inzetten om contact te maken met je omgeving, en daar mogelijk iets in kunnen veranderen. Aan de basis van dit functionele handelen liggen de motorische en sensorische functies die het mogelijk maken om ervaringen op te doen. Een stimulerende omgeving is noodzakelijk om deze functies te prikkelen: als er niets te zien is, leer je niet kijken; als er niets te doen is, ontwikkel je geen spierkracht en motorische coördinatie. Direct na de geboorte speelt de nabije omgeving al een belangrijke rol in het (leren) ontwikkelen van het functionele handelen. Dit betreft zowel de fysieke ruimte (materialen en voorwerpen) als de mensen in die nabije omgeving.

4.2 Geboren worden

De eerste ruimte die een kind ervaart, is de baarmoeder die een continue feedback geeft op bewegingen van moeder en foetus. Zowel grove als fijnere motorische bewegingen worden er gemaakt, zoals het strekken en buigen van armen en benen en het (onbewust en ongericht) naar de mond toe brengen van de hand. De ruimte van de foetus is begrensd, de baarmoeder biedt een intieme en flexibele begrenzing. Na de geboorte komt de baby terecht in een grote en grenzeloze

wereld. Alleen in de armen van de vader, moeder of anderen wordt deze begrenzing opnieuw aangeboden. In zijn wieg of bedje zijn er de grenzen van lakens en dekens, maar deze kunnen ook ineens verdwijnen. Op zo'n moment gaan baby's zoeken naar de rand van hun wieg of bedje. Het liggen in de box is vaak onbegrensd, ouders leggen de baby liever midden in de box, zodat de baby zijn kwetsbare hoofdje niet kan bezeren. De nog ongerichte motoriek van de baby komt dan met weinig grenzen in aanraking. De aanwezige grijpreflex maakt dat de baby willekeurige voorbijkomende voorwerpen pakt, zoals het haar van de moeder, het dekentje, of zijn eigen trui. Dit pakken heeft een reflexmatig karakter: bij aanraking van de handpalm sluit de hand zich tot een vuistje. Deze reflex verdwijnt na vier tot zes maanden, waarna gericht pakken en bewust loslaten mogelijk wordt.

4.3 Leren kijken in de ruimte

Visuele informatie is belangrijk voor de baby. In eerste instantie richt hij zich visueel vooral op zijn moeder, de fles of de moederborst. Hierdoor ontwikkelt de visuele fixatie: het bewust worden van de visuele prikkel en het focussen op deze prikkel. De ontwikkeling van het oog maakt het mogelijk dat hij na acht weken ook op één meter afstand scherper kan zien; hierdoor wordt het visueel volgen geprikkeld. Een goede gezichts-scherpte wordt bereikt op éénjarige leeftijd, maar het verfijnde zien van details ontwikkelt zich nog

verder tot ongeveer het vierde jaar.

Door zijn hoofd te bewegen en te leren kijken naar de ruimte om zich heen, leert de baby over bewegingen in die ruimte (mensen die in die ruimte bewegen) en over objecten in die ruimte. In het begin wordt hij vooral passief verplaatst in de ruimte, bijvoorbeeld op de arm van zijn moeder. Hij kan de ruimte ervaren vanuit verschillende hoeken doordat hij soms in de box, soms op een speelkleed op de vloer ligt. Deze verplaatsingen en verschillende locaties in de ruimte geven steeds weer een wisselende visuele input. De baby leert dat voorwerpen uit zijn gezichtsveld verdwijnen. Maar hij leert ook dat hij, door zijn eigen lichaam te verplaatsen, voorwerpen kan volgen, of – in een later stadium – weer kan opzoeken. Het gezichtsveld is bij de geboorte beperkt, vooral het centrale gezichtsveld is ontwikkeld (45°). Zo rond het tweede levensjaar is er pas sprake van een volledig gezichtsveld (180°). Het kleuren zien en onderscheiden is bij de geboorte afwezig, maar ongeveer bij drie maanden is deze functie voldoende ontwikkeld.

Rond drie maanden kan de baby zijn blik bewust op zijn handjes richten. Het zien van zijn bewegende handje dat per ongeluk tegen de belletjes slaat, is de eerste stap in het gerichte bewegen. De oog-handcoördinatie is een belangrijke functie in het contact zoeken en maken met de nabije ruimte. Wanneer een baby vier tot vijf maanden oud is,

reikt hij naar voorwerpen en vergelijkt hij visuele ervaringen door wisselend te fixeren: hij kijkt eerst naar het beertje aan de speelboog boven hem en dan naar zijn knuffel die rechts naast zijn hoofd ligt.

Na het visueel fixeren en het visueel volgen, is het verplaatsen van de blik de derde stap in de visuele ontwikkeling. De baby leert zijn blik te richten op datgene wat zijn aandacht trekt, bijvoorbeeld de stem van zijn moeder. In het begin is de baby nog zoekende, maar steeds beter kan hij zijn blik snel en adequaat verplaatsen. We noemen dit wisselend fixeren: het kind heeft nu de mogelijkheid om, liggend in de box, zijn blik bijvoorbeeld te richten op zijn pratende broertje, en daarna weer terug te keren naar Ernie, die aan de speelboog hangt. Hij ziet waar de geluidsbron is en zal later – indien zijn motoriek voldoende ontwikkeld is – een poging doen om naar zijn geluidmakende broertje toe te bewegen. De visuele input is een enorme inspiratiebron voor het in gang zetten van handelingen en bewegingen.

Niet alleen ontwikkelen de gezichtsscherpte en het gezichtsveld van het kind zich in deze eerste maanden, ook leert het kind betekenis te verlenen aan hetgeen hij ziet. Visuele prikkels worden via het netvlies doorgegeven aan de hersenen. In de hersenen vindt vervolgens een complex proces plaats van het uiteenrafelen van visuele input in bijvoorbeeld vorm, kleur, afstand, richting, beweging, rechte en/of schuine lijnen

en diepte. Deelgebieden in de hersenen vertalen als het ware de elektrische input die door het netvlies wordt aangeleverd. Hierna wordt het pas mogelijk om deze informatie bewust waar te nemen en er betekenis aan te verlenen.

Het *kijken*, waarbij alleen de ogen betrokken zijn, verandert hierdoor in *zien*: kijken en begrijpen wat je ziet.

De baby met een visuele beperking mist de visuele informatie die hem prikkelt om contact te maken met zijn nabije ruimte. Bewegingen leveren tactiele input op, maar hij kan dit niet of minder koppelen aan visuele input. De baby met een visuele beperking leert hierdoor onvoldoende dat hij zelf een rol kan spelen in deze omgeving. Hij ziet niet of nauwelijks dat zijn hand vlak bij een knuffel ligt en dat hij door zijn hand iets verder te bewegen, deze knuffel kan pakken. Bij het verplaatsen door de omgeving op de arm van zijn ouder of in de kinderwagen ontvangt dit kind



vooral bewegingsprikkels en geluidsprikkels. Deze prikkels geven veel minder gedetailleerde informatie over zijn nabije omgeving dan de visuele input.

Mensen met ernstig meervoudige en visuele beperkingen hebben vaak naast oogheelkundige problemen ook cerebrale verwerkingsproblemen. De visuele prikkel komt wel binnen, maar er wordt geen betekenis aan verleend. Dit levert specifiek kijkgedrag op:

- weinig visuele nieuwsgierigheid
- korte kijkaandacht
- wisselend kijkgedrag (de ene keer visuele aandacht, de andere keer weinig kijkmomenten)
- de blik verplaatsen is vaak niet mogelijk, visuele aandacht kan maar op één voorwerp tegelijk gericht worden
- gelijktijdig kijken en luisteren is vaak niet mogelijk
- gelijktijdig kijken en pakken is vaak niet mogelijk.

Nielsen spreekt in dit kader over voorkeurszintuigen en poortjes (=zintuigen) die wel of niet openstaan. Met de term 'poortje' schetst ze een beeld waarmee de cerebrale verwerkingsproblematiek gevisualiseerd wordt. Het beeld van het zintuig als poortje symboliseert een zintuig dat soms wel en soms niet in staat is om informatie te verwerken, zonder dat er sprake is van een defect.

4.4 Leren bewegen in de ruimte

Na vier tot zes maanden verdwijnt de grijpreflex en kan de baby voorwerpen gericht grijpen en pakken. Het zien van voorwerpen wordt een steeds belangrijkere prikkel om tot actie over te gaan. Het uitvoeren van de handeling: 'ik zie een knisperboekje ➡ ik wil het hebben ➡ ik pak het' geeft zintuiglijke input over:

- **het bewegen** (ik ervaar hoe mijn hand beweegt naar het knisperboekje)
- **het zien** (ik zie mijn hand naar het knisperboekje toe bewegen)
- **het horen** (ik hoor het geluid van het knisperboekje)
- **het voelen** (ik voel de stof van het knisperboekje).

Deze verschillende informatiestromen worden in de hersenen aan elkaar gekoppeld en zorgen voor een compleet beeld over hoe de ruimte om ons heen oogt, voelt, klinkt en/of smaakt. De koppeling en integratie van deze informatie zorgen ervoor dat wij in staat zijn een aangepaste motorische reactie te geven. Het zien en/of horen van het knisperboekje herinnert ons aan eerdere zintuiglijke en motorische ervaringen en maakt dat wij het willen pakken. Op basis van deze eerdere ervaringen weten we precies hoe ver we moeten reiken en hoe groot onze greep moet zijn om het boekje te pakken.

Door het knisperboekje eindeloos opnieuw proberen te pakken, worden motorische functies (coördinatie, spierkracht, praxis) geoefend en

ontwikkelen deze functies zich.

De visuele en motorische ontwikkeling maken de ontwikkeling van de objectpermanentie mogelijk. In eerste instantie komt het kind voorwerpen toevallig tegen op zijn motorische ontdekkingstocht: hij is zichtbaar blij met de toevallige ontmoeting van zijn favoriete speeltje. Rond één/anderhalf jaar wordt het kind zich bewust van de blijvende aanwezigheid van de voorwerpen en zal gaandeweg zelf op zoek gaan naar zijn favoriete speeltjes.

Voor het kind met een (zeer) ernstig visuele en/of meervoudige beperking is de prikkel om het knisperboekje te pakken niet of veel minder aanwezig. Naast het (deels) ontbreken van visuele input ontstaat er een motorisch onvermogen om te reiken naar het boekje. Zowel het kijken als het bewegen wordt op deze manier niet of minder geoefend: het boekje is te ver weg om het kijken te oefenen; het boekje is ook te ver weg om het handelen te prikkelen (reiken naar het boekje). Bovendien worden de motorische vaardigheden niet geoefend doordat het handelen niet wordt geprikkeld. Er is geen noodzaak om zich naar de buik te rollen, of de reik- en grijpbewegingen te verfijnen, zodat er toch iets gepakt kan worden. En als een speeltje uit de hand verdwijnt, is er geen of slechts een geringe prikkel om het opnieuw te pakken. Weg is weg voor deze groep kinderen.

Het reiken en grijpen is een belangrijke motorische oefening als voorbereiding voor de

steunfunctie. Deze steunfunctie ondersteunt de buiklig en het oprichten van het hoofd in buiklig, het komen naar kruiphouding, en het opdrukken tot zit en stand. Het zien van voorwerpen in de directe omgeving is een belangrijke prikkel om om te rollen, het hoofd op te richten en ergens naartoe te bewegen. Bij kinderen met een visuele beperking zullen deze houdingsveranderingen en het in beweging komen van buitenaf geïnitieerd moeten worden.

Voor kinderen met een visuele beperking is buiklig vaak geen favoriete houding. Deze houding levert hun geen nieuwe informatie op in tegenstelling tot ziende kinderen. Zij zien de wereld op deze manier van een andere kant en worden nu juist geprikkeld om in beweging te komen, hetzij schuivend op hun buik, hetzij kruipend.

Selma Fraiberg²² beschrijft het klassieke plaatje van het blinde kind dat stil op zijn rug ligt, met zijn handen zijwaarts aan zijn hoofd. Arm- en handbewegingen zijn de eerste twee maanden aanwezig geweest, maar stoppen na drie maanden, om pas vier maanden later (rond zes tot acht maanden) weer te beginnen. Ook bij beenbewegingen is deze stagnatie waargenomen. Het duurt veel langer voordat het blinde kind actief zelf gericht gaat bewegen, soms zelfs tot twee of zelfs vier jaar langer dan een kind met een normale ontwikkeling.

Fraiberg koppelt het actief kunnen inzetten van de hand bij spel en bij dagelijkse activiteiten ook aan de emotionele ontwikkeling. Baby's gebruiken hun handen als een verlengstuk van hun mond.

Mond en handen tasten op eenzelfde manier voorwerpen af. De baby leert zijn handen kennen doordat deze in zijn blikveld verschijnen en hij ziet wat ze doen en hoe ze objecten vastpakken. Blinde kinderen krijgen deze visuele input niet en bij hen zie je dan ook dat de handen veel langer als verlengstuk van de mond worden ingezet. Door het ontbreken van deze visuele informatie is het moeilijk om de hand te ontwikkelen tot onafhankelijk gereedschap en hierdoor zal de symbiotische relatie met de mond langer blijven bestaan. De mond blijft langer een belangrijke rol spelen bij het aftasten van speelgoed en er ontstaat pas veel later een differentiatie tussen handen en mond.

Pas als het kind leert dat hij zijn handen en de rest van zijn lichaam actief kan inzetten om contact te maken met zijn omgeving en daar mogelijk iets in kan veranderen, kan hij zichzelf gaan zien als individu.

Contact maken met hun eigen lichaam geeft kinderen met een visuele beperking gerichte feedback over hun eigen handelingen. Regelmatig zie je dat deze handelingen de enige vorm van activiteit is waar ze werkelijk plezier aan beleven. De verfijning van motorische coördinatie en versterking van spierkracht worden hierdoor echter veel minder geoefend.

Immers, er is nauwelijks variatie in de benodigde spierkracht en coördinatie.

Rosalie heeft weinig motorische mogelijkheden.

Zij zit door de dag heen vaak in haar rolstoel.

Zij brengt regelmatig haar rechterhand in een ongerichte beweging naar haar mond.

De begeleiders hebben een spiegelmolen aan de speelboog op het rolstoelblad bevestigd. Iedere keer dat zij nu haar hand naar haar mond beweegt, hoort en ziet zij de spiegeltjes bewegen. Ze kijkt verbaasd en herhaalt de beweging.

4.5

Leren bewegen door de ruimte heen

Het gaan lopen is een zeer belangrijke mijlpaal voor het leren begrijpen hoe een ruimte in elkaar zit en hoe objecten in die ruimte zich ten opzichte van elkaar verhouden.

Door te bewegen in de ruimte leert het kind de mogelijkheden van zijn eigen lichaam kennen en wordt zijn motoriek steeds gericht en verfijnder. Het leert over de verhoudingen tussen zichzelf en de ruimte en door in de ruimte te bewegen, leert het meer over de afmetingen in die ruimte, hoe hoog of lang iets is, en wat het betekent als je onder iets zit. Voorzetsels als op/onder/achter/in/tussen/door krijgen betekenis doordat er in de ruimte mogelijkheden zijn om deze begrippen aan den lijve te ervaren. Kleine kinderen kunnen zich eindeloos verstoppen onder de tafel (een veilig eigen plekje), in een keukenkastje klimmen, en zich achter of onder de bank verstoppen.

Door in contact te komen met de ruimte, leert het kind zichzelf waar te nemen als handelend persoon, hij leert dat hij zijn omgeving kan beïnvloeden, bijvoorbeeld door contact te maken met mensen of voorwerpen en door objecten te pakken en te verplaatsen.

Als de dreumes een klein gaatje of knopje ziet, dan is dit een prikkel om te onderzoeken. Hoeveel dreumesen kunnen niet feilloos het aan- en uitknopje van de tv bedienen? Het visueel kunnen volgen van de handeling die de volwassene uitvoert, en het zien van de tv met bijbehorende bedieningsknop, zijn belangrijke voorwaarden om tot deze eigen actie te kunnen komen. Het zien van broodkruimels, rozijntjes en touwtjes nodigen uit om de handgrepen te verfijnen en zo uiteindelijk de pincetgreep te ontwikkelen. Een interessant geluid in een andere kamer is een prikkel om op onderzoek uit te gaan: wat gebeurt daar??? Dit is mogelijk als hij een visueel ruimtelijk plaatje heeft van waar deze ruimte zou kunnen zijn, en hoe hij daar terecht kan komen. Speelgoed wordt weggegooid, verstopt en weer opgezocht. Liefelings speelgoed wordt op een speciale plaats neergelegd. Vanaf anderhalf jaar maken kinderen hutjes voor zichzelf, onder een tafel, met een laken over het wasrek of in een oude doos. Verstoppertje en kiekeboe spelen zijn favoriet, het kijken speelt hierbij een grote rol.

Voor de cliënt met een (zeer) ernstig meervoudige en visuele beperking is het bewegen door de ruimte vaak een stap te ver. Het bewegen

in de ruimte stagneert door de verminderde visuele input en de verminderde coördinatie en spierkracht. Deze cliënten hebben een veel zwakkere motorische basis om zich te kunnen verplaatsen. Geluiden zijn soms in het begin een prikkel om in beweging te komen, maar gaandeweg wordt geluid steeds meer een prikkel om te verstillen en passief te luisteren naar het aangeboden geluid. Immers, 90% van de geluiden ligt buiten zijn bereik. En de cliënt kan vaak weinig invloed uitoefenen op het wel of niet verschijnen van het geluid. De cliënt leert plezier te beleven aan de onvoorspelbaarheid van geluiden: het is immers van tevoren nooit bekend hoe lang een geluid duurt, hoe het geluid klinkt, of het gaandeweg verandert qua toon, of het wel of niet nog een keer herhaald wordt.

Bij cliënten met een (zeer) ernstig meervoudige en visuele beperking versterken de verschillende beperkingen elkaar. De visueel beperkte cliënt zonder motorische beperking krijgt input van zijn eigen bewegingen; hij krijgt feedback over de beweging van zijn hand naar zijn mond. Bij het herhalen van deze beweging koppelt hij steeds gericht de tactiele input van deze beweging aan de input die de beweging zelf geeft (=proprioceptieve input). De motorisch beperkte cliënt is vaak niet in staat tot een gerichte motorische actie. Bewegingen verlopen ongecoördineerd. Aansturing van spierkracht is vaak niet afgestemd op de beweging. Bij spastische cliënten zie je vaak beïnvloeding van de motoriek door (pathologische) reflexen,

waardoor de hand niet vanzelf naar de mond gebracht kan worden. Ook de grijpreflex blijft langer bestaan bij deze cliënten, waardoor ze datgene dat ze vasthebben niet gericht kunnen loslaten. Verminderde spierkracht zorgt ervoor dat de cliënt minder makkelijk tegen de zwaartekracht in kan bewegen; het bewegen van de armen in het verticale vlak is topsport voor deze groep cliënten.

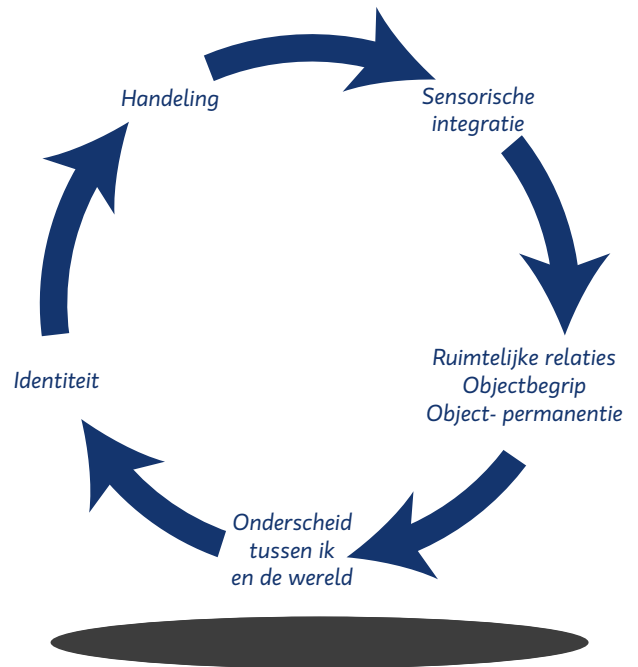
De cognitieve beperking zal in de loop van de eerste jaren duidelijker naar voren komen. Deze beperking kan er gaandeweg voor zorgen dat de cliënt minder compensatiemogelijkheden heeft. De ontwikkeling van communicatie (taalbegrip en taalgebruik) verloopt vertraagd. De cliënt kan niet op basis van verbale instructie bepaalde vaardigheden aanleren. Het leren begrijpen van de ruimte om hem heen en de voorwerpen die in deze ruimte zijn, is voor deze cliënt nog veel complexer.

Voor sommige cliënten met een (zeer) ernstig meervoudige en visuele beperking wordt het steeds moeilijker om in beweging te komen en te blijven. De cliënt ziet zichzelf niet als iemand die actief is, hij beleeft daar geen plezier aan. Zich terugtrekken in stereotiep gedrag/handelingen ligt dan op de loer. Dit zijn immers bewegingen en handelingen die vertrouwd zijn voor deze cliënt, en waarmee hij zichzelf stimuleert.

Ook krijgen deze cliënten minder de kans om zelf ervaringen op te doen, omdat zij veelal in

een beschermde omgeving worden neergelegd (bedbox) waar minder te beleven valt dan op de grond, in het gras, of op het zand. Ouders en andere verzorgers zijn vaak (te) beschermend naar deze cliënt, zij reageren al voordat de cliënt zelf iets heeft kunnen ondernemen of duidelijk heeft kunnen maken.

Nevenstaand schema geeft het belang van handelen voor de ontwikkeling van een identiteit weer. Door het functionele handelen (het contact maken met voorwerpen en/of materialen in de nabije ruimte) verandert de ruimte en ontvangt het lichaam zintuiglijke informatie over deze ruimte. Deze zintuiglijke input wordt verwerkt in de hersenen (sensorische integratie) en vormt, samen met de motorische output de basis voor de ontwikkeling van ruimtelijke relaties, objectbegrip en objectpermanentie. Het leren begrijpen dat er een verschil bestaat tussen jezelf en je nabije ruimte (voorwerpen, ruimte) geeft inzicht en vormt het eigen individu, dat zichzelf ziet als een persoon die zijn omgeving kan beïnvloeden.²⁴





De ruimte nabij brengen



5.1 Inleiding

“Als ik niet naar de ruimte kan gaan, moet de ruimte naar mij toe komen.”
Lilli Nielsen

Hoe kun je cliënten - kinderen of volwassenen met een (zeer) ernstig meervoudige en visuele beperking - prikkelen om zich bewust te worden van de ruimte om hen heen?

Hoe kun je cliënten het verschil tussen zijn eigen lichaam en zijn nabije omgeving laten ervaren?

Hoe kun je iemand die vrijwel geen initiatieven neemt toch stimuleren om contact te maken?

Er zijn verschillende mogelijkheden om de ruimte dichterbij te brengen, zodat de functionele ontwikkeling optimaal geprikkeld wordt. Als de ruimte dicht bij de cliënt is, spreken we van zijn nabije ruimte: de ruimte die voor hem toegankelijk is (gemaakt), en waarin hij contact kan leren maken.

Belangrijke aspecten van deze nabije ruimte zijn:

- **veilig en vertrouwd**
- **prikkelend:** aanbod in de ruimte is afgestemd op de cliënt
- **begrensd:** er is een voelbare begrenzing aanwezig
- **gefixeerd:** aanbod in de ruimte blijft op dezelfde plek, alleen de cliënt kan van positie veranderen in de ruimte.

De nabije ruimte bestaat uit tastbare grenzen, materialen en voorwerpen (in tegenstelling tot nabije omgeving, waarbij ook mensen een rol spelen). Hier kan de basis gelegd worden voor het leren begrijpen van het concept ‘ruimte’ en

de relaties die voorwerpen onderling met elkaar hebben in die ruimte.

Nielsen heeft een aantal specifieke materialen ontwikkeld om bewustwording van, en exploratie in die nabije ruimte optimaal te kunnen stimuleren. Deze materialen zijn de Little Room, de resonantieplank en het positiebord en deze worden in dit hoofdstuk besproken. Daarnaast zijn er een aantal andere materialen die in de loop der jaren ontwikkeld zijn door anderen en die aansluiten bij het concept van de nabije ruimte. Ook deze worden hier besproken.

5.2 De Little Room

De Little Room is een verplaatsbaar kamertje met een achterwand, twee zijwanden en een bovenkant. Standaard afmetingen zijn 60 cm hoog, 60 cm diep en 60 cm breed, maar andere afmetingen zijn ook mogelijk. Dit kleine kamertje wordt over een liggende of zittende cliënt heen geplaatst. De cliënt heeft nu een afgeschermd en veilige plek om deze nieuwe nabije ruimte te gaan ontdekken. De wanden van de Little Room kunnen bekleed zijn met voelbare en/of hoorbare materialen. Aan de bovenkant van het kamertje hangen vaak voorwerpen aan een touw of elastiek. Deze voorwerpen kunnen in beweging gebracht worden, maar blijven wel binnen handbereik.

Bij het ontwikkelen van de Little Room zijn veertig blinde en verstandelijk beperkte kinderen

betrokken. De kalenderleeftijd varieert tussen acht en twintig jaar, en de ontwikkelingsleeftijd varieert van zes tot twaalf maanden. Bij bijna al deze kinderen nam het activiteitsniveau meer toe dan zij ooit in het verleden hadden laten zien. Het doel van de Little Room is blinde kinderen faciliteren om succeservaringen op te doen ten aanzien van ruimtelijke relaties en reik- en pakgedrag. Ook kan de Little Room waardevol zijn voor slechtziende kinderen.²⁵

De Little Room sluit de omgevingsgeluiden uit en versterkt de geluiden die in de Little Room gemaakt worden. Zo leert de cliënt dat hij zelf, door zijn eigen activiteit, een geluid maakt/in gang kan zetten. Doordat de voorwerpen op een vaste plaats hangen, krijgt de cliënt duidelijke input over de begrensde ruimte en de plaats van de voorwerpen in die ruimte. Op deze manier leert hij over de onderlinge afstanden tussen de voorwerpen en hoe de voorwerpen zich ten opzichte van elkaar verhouden. Nielsen noemt dit ruimtelijke relaties.

Nielsen heeft promotieonderzoek gedaan naar het effect van de Little Room op het activiteitsniveau bij een groep van twintig cerebraal slechtziende kinderen.²⁶ Dit onderzoek laat zien dat kinderen in de Little Room gemiddeld 30% beter scoren op:

- **manipuleren van voorwerpen** (pre-kinesthetische activiteiten) zoals pakken en loslaten, pakken en vasthouden, aftasten van het voorwerp met de mond, overpakken, draaien van voorwerp in de hand, slaan op een voorwerp

- **tactiele activiteiten**, zoals aanraken van de voorwerpen in de Little Room, het aanraken van de zijwanden van de Little Room, tastend zoeken naar voorwerpen
- **auditieve activiteiten**, zoals reageren op eigen geluiden, gericht grijpen naar een zelfgemaakt geluid
- **opvolgspelletjes**, met twee of meer voorwerpen na elkaar spelen, herhalen van opvolgende spelletjes
- **positionerende activiteiten**, zoals controleren door ronddraaien van de hand, tactiele controle van positie van het voorwerp, vergelijken van de positie van voorwerpen
- **herhalen van handelingen**, zoals onmiddellijk herhalen na een activiteit, onderbreken van een activiteit gedurende een aantal seconden.

In een kleinschalig vergelijkend onderzoek tussen blinde kinderen en blinde kinderen met een verstandelijke beperking blijkt dat bij beide groepen een vergelijkbare vooruitgang van bovenstaande activiteiten bereikt wordt.²⁷



Bij het leren ontdekken van de ruimte heeft Nielsen een aantal stadia onderscheiden.²⁸ In een schema kan dit als volgt worden weergegeven:

Stadia	Handeling	Zintuiglijke input
Eerste	Ongericht bewegen	Basale tactiele, auditieve, kinesthetische* en proprioceptieve** input
Tweede	Gericht reiken en grijpen	Meer specifieke kinesthetische en proprioceptieve input
Derde	Gericht reiken, grijpen vasthouden en loslaten	Gerichte kinesthetische, proprioceptieve en tactiele input
Vierde	Bewuste herhaling van reiken/grijpen/pakken/loslaten, en de bijbehorende tactiele en auditieve input	Kinesthetische, proprioceptieve, auditieve en tactiele input
Vijfde	Manipuleren	Kinesthetische, proprioceptieve, auditieve en tactiele input
Zesde	Actief manipuleren in combinatie met voelen en luisteren	Kinesthetische, proprioceptieve, auditieve en tactiele input
Zevende	Vergelijken van verschillende objecten aan de hand van actieve manipulatie en tactiele exploratie	Kinesthetische, proprioceptieve, auditieve en tactiele input, integratie op handelingsniveau

* kinesthetisch betekent bewegingsgevoel; deze input wordt waargenomen door het vestibulair systeem, ook wel evenwichtsorgaan genoemd.

** proprioceptie betekent positie- en bewegingswaarneming door zintuigjes in de gewrichten en spieren.

Het kunnen doorlopen van deze zeven stadia is, naast de motorische mogelijkheden, ook sterk afhankelijk van cognitieve en emotionele aspecten. Door goed te observeren hoe de nabije ruimte verkend wordt, wordt waardevolle informatie verkregen over de materialen en voorwerpen die passend zijn. Deze materialen en voorwerpen worden vervolgens geïntegreerd in de nabije ruimte van de cliënt.

Psychologische aspecten

Het exploreren van de voorwerpen in de Little Room en van de Little Room zelf geven de cliënt feedback over zijn eigen handelen. Hierdoor ontstaat stapje voor stapje inzicht in en bewustwording van zijn eigen mogelijkheden. Hij leert invloed uit te oefenen op de ruimte om zich heen. De bewustwording prikkelt het initiatief. De voorwerpen in de Little Room verdwijnen niet en blijven op dezelfde plaats hangen. Herhaling van de handeling geeft daardoor eenzelfde respons. De basis voor de ontwikkeling van het concept 'objectbegrip' en het concept 'objectpermanentie' wordt hier gelegd.

Als de cliënt een voorwerp door een ander krijgt aangereikt, is er niet dezelfde veiligheid en stabiele fysieke omgeving die maakt dat deze cliënt geprikkeld wordt om handelingen te herhalen. Iedere keer dat een ander interfereert in de fysieke omgeving van de cliënt, verandert de omgeving, zonder dat de cliënt kan volgen en begrijpen wat er precies verandert. Bij het exploreren in de Little Room is **wel** sprake van

een stabiele fysieke omgeving en daarom moeten we interventies in de Little Room (als de cliënt hier zelf aan het ontdekken is) zoveel mogelijk vermijden.

We hebben een belangrijke rol in het vormgeven van een uitdagende omgeving in de Little Room, zodat het aanbod de cliënt prikkelt om contact te maken en zich te ontwikkelen. Zo is het van belang dat de cliënt leert dat er verschillende voorwerpen zijn, maar ook dat voorwerpen hetzelfde kunnen zijn. Dit geldt tevens voor verschillen en overeenkomsten van zintuiglijke input, zoals tactiele of auditieve prikkels. Het is belangrijk dat de voorwerpen in de Little Room goed bereikbaar en hanteerbaar zijn voor de cliënt. De cliënt leert, door contact te maken met verschillende voorwerpen op verschillende plaatsen, dat er een onderlinge relatie bestaat tussen de voorwerpen. Ook leert hij het een en ander over de relatie die hij zelf heeft tot de voorwerpen (ruimtelijk inzicht).

Kai heeft een halfzijdige verlamming, met zijn rechterarm kan hij enigszins reiken naar een voorwerp dicht bij hem. Met zijn linkerarm kan hij geen gerichte bewegingen maken. In de Little Room is vlak bij Kais rechterhand een sleutelbos opgehangen. Als Kai zijn hand 10 cm omhoog beweegt dan voelt hij de sleutelbos en hoort het geluid dat hij zelf veroorzaakt. Eerst schrikt hij, maar na een paar keer verschijnt er een glimlach op zijn gezicht.

Het inrichten van de Little Room

De Little Room is alleen een waardevolle omgeving als de cliënt met plezier deze ruimte kan ervaren en hij wordt geprikkeld om op onderzoek uit te gaan. Het inrichten van deze specifieke ruimte moet afgestemd zijn op de individuele cliënt.

Belangrijke aspecten hierbij zijn:

- Verschillende zintuigen worden geprikkeld bij eenzelfde voorwerp; dit bevordert de sensorische integratie: *'ik zie een glimmend voorwerp hangen, ik kom er met mijn hand tegenaan, hé, het ritselt en voelt glad aan.'* Hoe breder het sensorisch aanbod, hoe groter de kans dat de informatie beklijft.
- De aangeboden voorwerpen bieden duidelijke sensorische informatie over de voorwerpen (objectbegrip): *'ik voel iets tegen mijn hand, het voelt hard en glad, ik kan er met mijn andere hand in, ik kan er tegen tikken.'* (beker)
- De verschillende posities van de voorwerpen en de ruimte zelf stimuleren het ruimtelijk inzicht: *'ik voel iets als ik met mijn hand links omhoog reik, hé, dat maakt een leuk geluidje; als ik naar rechts reik is er ook een voorwerp, oh, dat voelt zacht; hoe ver zijn ze van elkaar, kan ik met mijn linkerhand ook naar het voorwerp aan de rechterzijde? Hoe ver kan ik reiken met mijn arm, moet ik dan iets verder er naar toe schuiven?'*
- Directe feedback op eigen handelen en eigen geluiden. Op deze manier ontstaat een steeds groter wordende bewustwording over het kunnen beïnvloeden van je omgeving.

Hoe hang je de voorwerpen op?

De voorwerpen kunnen aan een koord of aan een elastiek (rond of plat) opgehangen worden. Het voordeel van elastiek is dat de voorwerpen naar de mond gebracht kunnen worden. Elastiek is verkrijgbaar in verschillende diktes en daardoor meer of minder rekbaar. Rond elastiek is over het algemeen makkelijker uit te rekken dan plat elastiek. Aan het eind van het koord of elastiek wordt een lus gemaakt. De lus wordt door een gaatje in het dak van de Little Room gestoken. Op het dak wordt door de lus een stokje/wasknijper/sleutelring gedaan, waardoor het voorwerp gefixeerd is, maar het voorwerp kan toch makkelijk verwisseld worden. De lengte van het koord/



elastiek is afhankelijk van de reikmogelijkheden, de houding van de cliënt (liggend of zittend) en de afmetingen van de cliënt. De voorwerpen moeten niet in de buurt van het hoofd hangen; dit kan een gevoel van onveiligheid geven.

Naast het ophangen van voorwerpen aan het plafond van de Little Room, kunnen voorwerpen ook aan de zijkanten opgehangen worden. Bij cliënten die weinig bewegen, hangt het voorwerp vlak bij de hand. Een geringe beweging geeft op deze manier al snel feedback. Bij cliënten die meer controle hebben over hun bewegingen, kan de plaats van het voorwerp variëren waardoor het verkennen van de ruimte wordt geprikkeld.

Welke voorwerpen hang je op?

Belangrijkste uitgangspunt is dat de cliënt plezier beleeft in de Little Room. Dus voorwerpen die voor hem vertrouwd zijn, en waar hij graag mee speelt, moeten in ieder geval gebruikt worden. Bij cliënten die tijd nodig hebben om nieuwe voorwerpen te leren kennen, wordt vaak één nieuw voorwerp tussen een aantal vertrouwde voorwerpen bevestigd. Aan voorwerpen zijn allerlei verschillende kwaliteiten verbonden die vanuit hun kwaliteiten een bepaald beroep doen op de cliënt. Het is belangrijk om je bewust te zijn van de verschillende kwaliteiten, zodat je ze gericht in kunt zetten bij de inrichting.

Hierbij kun je denken aan de volgende kwaliteiten:

- **manipuleerbaarheid:** is het voorwerp afgestemd op de motorische mogelijkheden van de cliënt? Een spastische cliënt heeft behoefte aan grovere voorwerpen die makkelijk hanteerbaar zijn, zoals

een ring. Voor een cliënt met weinig kracht-, en/of bewegingsmogelijkheden is een met rijst gevulde ballon makkelijk hanteerbaar.

- **tactiele input:** zacht, hard, korrelig, hoekjes, gaatjes, borstels, schuurpapier, geknoopt touw, plastic, hout, rubber, metaal. Elk voorwerp zorgt voor een eigen specifieke input, en heeft zijn eigen structuur/gewicht/temperatuur/vorm. Voorwerpen worden niet alleen met de hand, maar ook met de mond gevoeld. Vaak bestaan er specifieke voorkeuren voor of juist afweer tegen bepaalde tactiele input. Onder- en overgevoeligheid (tactiele afweer) heeft te maken met de wijze waarop tactiele prikkels geïntegreerd worden in de hersenen. Bij de keuze voor tactiele input is het belangrijk om rekening te houden met aanwezige over- of ondergevoeligheid.
- **auditive input:** hoge en lage geluiden, geluid door aanraking (ritselen), of door het voorwerp in beweging te brengen (belletje rinkelt), trekken aan een muziekdoosje en luisteren naar het liedje, een voorwerp tikt tegen de zijwand. Verschillende voorwerpen geven verschillende geluiden. Het geluid wordt versterkt door de afgesloten omgeving van de Little Room. In combinatie met een resonantieplank (zie 5.3) wordt het geluid in deze kleine ruimte nog verder versterkt.
- **visuele input:** voorwerpen die met elkaar contrasteren en de omgeving, glimmende voorwerpen (isolatiefolie), lichtgevende voorwerpen (kerstboomlichtjes die aan- en uitgaan in wisselende frequenties), afwisselend zwarte en witte voorwerpen of juist één zwart voorwerp tussen vijf witte. Als je het plafond van de Little Room

afdekt met een doek of deken, dan worden de lichtprikkelers in de ruimte sterker, bijvoorbeeld in combinatie met een lavalamp of kerstverlichting. Bewegende voorwerpen geven visuele input en in de Little Room krijg je veel feedback over het feit dat jij deze beweging veroorzaakt.

- **geur en smaak input:** geurzakjes kunnen worden opgehangen, aanrakingen geven dan extra input van de geur. Maar ook hout, metaal, bladeren, schelpen geven input. Zeker als ze net uit het bos of van het strand komen. Smaak kan worden geprikkeld door eetbare voorwerpen op te hangen, zoals een broodkorst, stukje appel of een stukje ontbijtkoek.
- **overeenkomst en verschil:** door twee dezelfde en twee bijna dezelfde voorwerpen op te hangen, wordt de cliënt geprikkeld om voorwerpen met elkaar te vergelijken en kleine verschillen op te merken. Zo kunnen bijvoorbeeld twee eetlepels en twee theelepels opgehangen worden of een sleutelbos met dezelfde en verschillende sleutels. Bij het tegenkomen van twee lepels en twee nagelborstels ervaart de cliënt dat voorwerpen ook heel verschillend kunnen zijn. Blinde cliënten moeten eindeloos in staat worden gesteld om voorwerpen met elkaar te vergelijken en te voelen waar minimale verschillen zitten. Langzaamaan ontdekken ze waar een bepaald voorwerp hangt en kunnen ze er actief naar op zoek gaan (er is dan sprake van objectpermanentie).

Een cliënt in de Little Room plaatsen

Ruglig is de meest gangbare uitgangspositie in de Little Room. Vandaar dat het belangrijk is

dat de Little Room niet onder een felle lichtbron staat. (Let op de tl-verlichting aan het plafond en invallend zonlicht!)

Bij het plaatsen van de cliënt in de Little Room, wordt de Little Room op de achterwand gekanteld. De cliënt wordt voor de gekantelde Little Room gelegd, met zijn hoofd 30 cm van de achterwand. De Little Room wordt langzaam gekanteld, waarbij er geen voorwerpen onverwacht in het gezicht van de cliënt terecht mogen komen.

Als de Little Room geplaatst is, dan is deze ruimte vanaf dat moment van de cliënt. Actieve interventies van buiten af moeten vermeden worden. Vanaf dit moment is de cliënt verantwoordelijk voor alle geluiden en bewegingen die teweeg worden gebracht. Alleen op deze manier kan bewustwording en inzicht in het eigen handelen zich ontwikkelen: de basis voor exploreren en initiatief nemen.

Sommigen vinden het meteen een feest om in de Little Room te spelen. Anderen moeten wennen, zoals elke nieuwe omgeving een gewenningsperiode nodig heeft. Het is dan zinvol om steeds korte tijd (enkele minuten) de Little Room aan te bieden. Een vertrouwd muziekje, of een vertrouwd voorwerp kan de overgang prettiger maken.

Variatie

Iedereen wordt door nieuwe voorwerpen of situaties gestimuleerd om op onderzoek uit te gaan: bij het betreden van een onbekende ruimte nemen wij de omgeving met veel aandacht in ons op. Ook vreemde voorwerpen prikkelen ons om

contact te maken en te onderzoeken. Dit geldt zeker ook voor onze cliënten. Echter, in de dagelijkse hectiek in de klas of op een woon- of dagbestedingsgroep is hier niet altijd aandacht voor. Zo kan het voorkomen dat voorwerpen aan een speelboog maanden lang niet gewisseld worden. Dit betekent dat de cliënt maand in, maand uit dezelfde voorwerpen ziet en voelt. Het ligt voor de hand dat zijn nieuwsgierigheid naar deze voorwerpen na verloop van tijd afneemt.

Er bestaat een grote kans dat cliënten stereotiep spel ontwikkelen, omdat zij uit zichzelf de variatie niet kunnen opzoeken. De cliënt wordt immers alleen geprikkeld door de voorwerpen waarmee hij in contact komt en die zich in zijn nabije ruimte bevinden. De overige (onbereikbare) voorwerpen bestaan voor hem niet.

Sommige cliënten hebben behoefte aan wekelijkse wisselingen, voor anderen ontstaat deze behoefte pas na twee of drie weken of een maand. Bij wisseling van voorwerpen is het belangrijk om één of twee voorwerpen te laten hangen. Deze vertrouwde voorwerpen functioneren als uitgangspunt voor het ontdekken van de nieuwe voorwerpen.



5.3 Resonantieplank

De resonantieplank is een middel dat je kunt inzetten om feedback van bewegingen met behulp van auditieve prikkels te versterken. De resonantieplank is een dunne plank die met behulp van latjes één tot twee centimeter boven de grond zweeft. Door deze zwevende ondergrond geeft elke beweging die je maakt een sterke auditieve feedback. Naast het geluid ontstaat ook een lichte trilling van de plank zelf, die mogelijk aanzet tot herhaling en/of meer beweging. Cliënten op de groep liggen of zitten vaak in een ondersteunde en/of gefixeerde houding waarbij spontane bewegingen maar beperkt mogelijk zijn en weinig feedback geven: een ongerichte beweging in een open ruimte geeft vooral proprioceptieve en soms (bij begrenzing) ook tactiele feedback. Door de directe feedback op zijn spontane bewegingen tijdens het liggen op de resonantieplank wordt de cliënt zich bewuster van zijn eigen invloed. Gaandeweg zal hij begrijpen dat hij het zelf is die deze geluiden veroorzaakt.

Op de plank kunnen verschillende materialen gelegd worden die gerichte hoofd- en hand- en armbewegingen stimuleren, zoals isolatiefolie of pittenzakjes. Ook materialen die boven het hoofd hangen, prikkelen de cliënt om te leren zich bewust te worden van zijn bewegingen. Als de cliënt in buiklig op de plank ligt en bij het oprichten van zijn hoofd een voorwerp voelt en hoort, is dit een prikkel om de beweging te herhalen.



Het is belangrijk dat de cliënt zich bewust wordt dat geluid niet iets is wat hij alleen passief kan waarnemen. In dat geval blijft de cliënt namelijk volledig afhankelijk van zijn omgeving om auditief geprikkeld te worden. De geluiden die hij hoort, staan op zichzelf en geven hem geen informatie over de bijbehorende handeling. Door de resonantieplank in te zetten, leert de cliënt dat hij zelf een actieve rol kan spelen bij het veroorzaken van geluid. En hij leert de koppeling tussen de handeling en het geluid dat daarbij hoort.

De resonantieplank wordt in de praktijk vaak gebruikt in combinatie met de Little Room. De bijbehorende geluiden van handelingen, die de cliënt maakt in het contact met de nabije ruimte, worden door de zwevende onderlaag versterkt. Door de afgeschermdede ruimte van de Little Room worden deze geluiden extra versterkt.

5.4 Spelen en dagelijkse handelingen

Nielsen benadrukt het belang van spelen voor de ontwikkeling van diverse vaardigheden. Door het spelen (grijpen, pakken, manipuleren) wordt de handfunctie en het objectbegrip gestimuleerd. De cliënt leert dat de handen een instrument zijn om in contact te komen met de nabije ruimte. Het eigen lichaam wordt verkend en de cliënt krijgt feedback over bewegingen die dit lichaam kan maken.

Daarnaast benadrukt Nielsen het belang van contact maken met dagelijkse materialen, zoals een beker, een luier of een tandenborstel. Als je een voorwerp kent en herkent, wordt het makkelijker om de bijbehorende handeling uit te voeren. Door geur en reuk, auditieve (hoe klinkt het), tactiele (is het glad/ruw/koud), proprioceptieve (hoe groot/zwaar) en visuele informatie



wordt een beeld gevormd en opgeslagen van het voorwerp. Hoe meer multisensorische input over een voorwerp wordt opgeslagen, hoe makkelijker het voorwerp later herkend zal worden.

Nielsen wil waken voor onnodige afhankelijkheid van cliënten met een (zeer) ernstig meevoudige en visuele beperking. Zij adviseert om deze cliënten al op jonge leeftijd mee te nemen bij de dagelijkse activiteiten, veel meer dan de ziende cliënten. Cliënten zullen de dagelijkse handelingen pas nadoen nadat ze de handelingen aan den lijve hebben ervaren en daar is veel tijd en herhaling voor nodig.

Vaardigheden als sokken uittrekken en de luier/vork/beker/tandenborstel pakken, worden door Nielsen spelenderwijs aangeboden. Door de cliënt met de luier te laten spelen, leert de cliënt de luier en de bijbehorende geluiden kennen en herkennen. Deze herkenbaarheid zal de situatie rondom het verschonen mogelijk verduidelijken. Zo hoort de luier niet langer bij een verzorgende handeling, waarin hij een passieve rol speelt, maar leert de cliënt begrijpen waar de begeleidende geluiden tijdens het verschonen vandaan komen. Nielsen hecht veel belang aan de geluiden die de dagelijkse handelingen maken. Geluiden prikkelen de bewustwording en het inzicht in dagelijks terugkerende handelingen, waardoor cliënten beter begrijpen wat er om hen heen gebeurt.

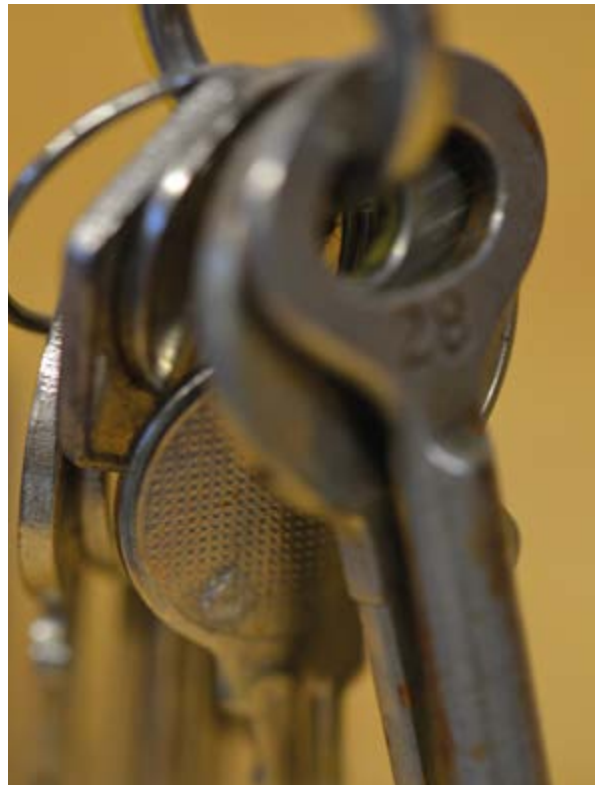
De laatste vijftien jaar wordt er binnen de Totale Communicatie veel gebruikgemaakt van dagelijkse voorwerpen als verwijzers voor

activiteiten: de luier staat voor het verschonen, de slab voor het eten, en de zwembroek voor het zwemmen. Deze benadering om situaties te verduidelijken, sluit goed aan bij het belevingsniveau van de cliënt met een (zeer) ernstig meervoudige (en visuele) beperking. Een gevolg van de inzet van Totale Communicatie is dat men kritischer kijkt naar het gebruik van dagelijkse voorwerpen als spelmateriaal. Voor bepaalde cliënten zal het verwarrend zijn om de ene keer met een tandenborstel te mogen spelen en de andere keer juist niet.

Voor cliënten bij wie dit geen rol speelt, is het gebruik van dagelijkse materialen nog steeds een mooie aanvulling op het bestaande spelmateriaal. Dagelijkse materialen bieden een diversiteit aan prikkels, en dit vind je bij bestaande spelmaterialen lang niet altijd. Een doos met een afwaskwast, een echte sleutelbos, rietjes, een hard plastic beker, een lepel en een douchespons kan voor veel speelplezier zorgen. Dagelijkse materialen zijn overal verkrijgbaar, goed hanteerbaar voor de cliënt en niet al te duur in aanschaf; vandaar dat dit spelvoorstel van Nielsen nog altijd gebruikt wordt. De inzet van het materiaal wordt echter beduidend minder gekoppeld aan de bijbehorende, dagelijks terugkerende handeling.

Doordat visueel beperkte cliënten hun handen minder gebruiken, verloopt de ontwikkeling van de handfunctie vertraagd. De ontwikkeling van spierkracht en coördinatie is gebaseerd op oefening. Spierkracht en coördinatie worden

geoefend door het wisselen van houdingen, het indrukken van knopjes, het uit elkaar trekken van duplo, het oppakken van een rozijntje, het wegduwen van iets wat je niet wilt, het optrekken aan de boxrand, het zelf eten met een lepel, en ga zo maar door. De visueel beperkte cliënt zal vooral door handelingen die gepaard gaan met geluid, geprikkeld worden om te imiteren. De omgeving speelt hierbij een belangrijke rol om de cliënt te prikkelen tot het imiteren van de handeling.



5.5 De speelgoedkist

De speelgoedkist is een begrensde ruimte met losse voorwerpen. Voor cliënten die contact (hebben leren) maken met hun nabije ruimte is dit een volgende stap in hun ontdekkingsstocht. De speelgoedkist is alleen geschikt voor cliënten die in staat zijn om een stabiele zithouding naast de kist aan te nemen.

De speelgoedkist geeft de cliënt een mooie afgebakende speelomgeving. Veel handelingen van de cliënt in de speelgoedkist worden begeleid door geluiden die de handelingen teweegbrengen. De voorwerpen die in de kist terugvallen, geven een ander geluid dan de voorwerpen die op de vloer naast de kist vallen.

Als begeleider kun je de inhoud van de speelgoedkist regelmatig variëren. Soms is het genoeg om één of twee voorwerpen te wisselen, soms meerdere. Deze spelvorm kan het ontstaan van stereotiep spel mogelijk voorkomen of variaties daarin aanbieden. De cliënt wordt in ieder geval geprikkeld om iets met de voorwerpen in de kist te doen, waarbij ze dan dan wel uit de kist gehaald/gegoid kunnen worden. In de kist kan het favoriete speelgoed van de cliënt zitten, naast een aantal voorwerpen die hij niet kent. Ook kunnen er twee of drie dezelfde voorwerpen voorkomen.

De kist kan ook deels gevuld worden met dagelijkse materialen, zoals tandenborstels, schoenen, kopjes, kam en borstel, pan, etc. Kleinere materialen op de bodem, zoals bonen,



knopen, kralen zullen de pincetgreep van de cliënt stimuleren.

Een andere variatie is het aanbieden van vormeloos materiaal, zoals bonen, rijst, ballen of knikkers. Bij deze materialen wordt het reiken en grijpen meestal positief beloond. Bovendien geeft elke (ongerichte) beweging in een kist met deze materialen een auditieve en tactiele reactie.

5.6 Positiebord, speelschort, speelband en speelboog

Niet voor alle cliënten is het mogelijk om de nabije ruimte te ervaren via de Little Room. Soms zijn de afmetingen van de Little Room niet toereikend, soms ook is de liggende houding niet hun favoriete uitgangshouding. Ook voor deze cliënten is het belangrijk om een **veilige, prikkelende, begrensde en gefixeerde** ruimte aangeboden te krijgen, een ruimte die niet verandert als zij contact maken met die

ruimte. In deze paragraaf komen een aantal voorbeelden naar voren die deze stimulerende ruimte creëren. Sommige woon- en dagcentra of onderwijsklassen zijn zeer creatief in het vormgeven van een zinvolle ruimte en hebben op basis van dit concept hun eigen middelen ontwikkeld.



Positiebord

Het positiebord is een plaat met gaatjes waar voorwerpen op een eenvoudig bord bevestigd kunnen worden. Op dezelfde wijze als in de Little Room kunnen de voorwerpen met behulp van een sleutelring of wasknijper makkelijk verwisseld worden.

Speelschort

Een speelschort is een schort die de cliënt over zijn eigen kleding kan dragen. Lichaamsgerichte



(stereotiepe) handelingen van de cliënt komen in contact met onbekende tactiele/auditieve/visuele prikkels. Nieuwsgierigheid en exploratiegedrag worden hierdoor gestimuleerd.

Speelband

De speelband is een spanband met ringen of riem waar spelmateriaal aan bevestigd kan worden. De spanband/riem kan aan een rolstoelblad vastgemaakt worden. De bevestigde voorwerpen zijn gefixeerd en kunnen niet uit beeld verdwijnen. Ook kan speelgoed bevestigd worden aan het rolstoelblad zelf door middel van gaten in de opstaande rand van het rolstoelblad, of de ringen aan het blad zelf te bevestigen.



Adem is een man van 38 jaar. Hij zit in een rolstoel en kan zijn romp, hoofd en linkerarm gericht bewegen. Adem is een vrolijke man, hij uit zijn plezier door hard op zijn hoofd te slaan met zijn linkerhand, of tegen zijn kin. Het zijn nogal behoorlijke tikken die hij zichzelf toebrengt, maar begeleiders die hem goed kennen, zien dit als uitingsvorm van plezier.

Zijn spel bestaat uit het maken van een zwaai-beweging met een sjaal door de lucht. De sjaal komt dan ook af en toe op zijn kale hoofd, of om zijn nek. Het zijn mooie sierlijke bewegingen die hij laat zien, tussendoor slaat hij zichzelf in het voorbijgaan af en toe op zijn hoofd of kin.

Vraag van begeleider is: hoe kunnen we Adem plezier laten beleven zonder dat hij zichzelf slaat?

We gaan op zoek naar een manier waarbij het zwaaien met sjaals voor Adem aantrekkelijk blijft, maar waarin ook iets meer variatie wordt aangeboden, en zelfverwonding niet mogelijk is.

Eerst is het idee om verschillende sjaals te fixeren aan een speelboog, zodat Adem wel kan zwaaien met de sjaal, maar toch ook een beweging aangeboden krijgt. Adem is echter te sterk voor deze manier van bevestigen, en bovendien is de zelfverwonding dan nog steeds mogelijk.

We spannen vervolgens een spanband op zijn blad waaraan sjaals en dergelijke bevestigd kunnen worden. Adem lijkt dit goed op te pakken en gaat met de sjaals, maar ook met isolatiefolie en een kerstslinger aan de slag. Hij pakt en beweegt ze door de lucht, maar komt niet tussendoor in de buurt van zijn hoofd en verwondt zichzelf minder.

Speelboog

De speelboog wordt hier als laatste voorbeeld genoemd voor het aanbieden van een prikkelende nabije ruimte. De speelboog bestaat inmiddels in allerlei varianten. Er zijn speelbogen voor bedboxen (als standaard of als boog over de gehele breedte van de bedbox), speelbogen op rolstoelbladen, losse speelbogen en zelfgemaakte speelbogen. De speelboog is vaak eenvoudig te bevestigen. Ook het variëren van het spelmateriaal is makkelijk uit te voeren.



De methode Active Learning



6.1 Inleiding

In voorgaande hoofdstukken is de theorie beschreven die ten grondslag ligt aan de methode Active Learning. Active Learning is ontwikkeld in de tweede helft van de vorige eeuw door Nielsen. In de jaren 90 is de methode voor een groter publiek toegankelijk geworden. In de afgelopen 25 jaar is er veel beweging geweest in de zorg voor de cliënt met een (zeer) ernstig meervoudige beperking. Onderzoek en beter afgestemde diagnostiek hebben de behandeling gerichte input gegeven. Ook binnen Visio is er meer aandacht voor deze complexe doelgroep. De methode die in dit hoofdstuk wordt beschreven is gebaseerd op de ideeën van Nielsen en is naar eigen inzicht vertaald naar de huidige situatie.

6.2 De hulpvraag

Active Learning wordt in overleg met het cliënt-systeem ingezet. De kern van de hulpvraag is het feit dat de cliënt weinig of geen contact maakt met zijn omgeving. In de praktijk wordt deze hulpvraag vaak gesteld bij cliënten die niet tot spelen komen, of bij vragen van begeleiders over een passend activiteitenaanbod. Soms is er sprake van moeilijk verstaanbaar gedrag, soms ook van de 'vergeten' cliënt die over het hoofd wordt gezien omdat hij niet van zich laat horen. De hulpvraag wordt gesteld door het cliënt-systeem of ouders. De cliënt heeft onvoldoende

vaardigheden om zelf een hulpvraag te stellen. Zijn begeleiders en/of ouders kennen de cliënt goed en kunnen op basis van (interpretatie van) zijn gedrag de hulpvraag verwoorden. De hulpvraag kan zowel thuis, op het dagcentrum/school, als op het wooncentrum naar voren komen. Voor deze complexe groep cliënten is het zinvol om wonen, dagcentrum/school en ouders te betrekken bij het bespreken van de hulpvraag.

6.3 De cliënt

Active Learning richt zich op cliënten met:

- een visuele en verstandelijke beperking
- een ontwikkelingsleeftijd tot 24 maanden
- bijkomende motorische en/of zintuiglijke beperkingen.

Voor deze cliënt is het niet vanzelfsprekend om actief contact te maken met voorwerpen, materialen en mensen in zijn nabije omgeving. Door het niet of minder kunnen zien, is de prikkel om te exploreren veel geringer. Bijkomende motorische beperkingen belemmeren de cliënt om zelf actief in beweging te komen. De cognitieve beperking en de lage ontwikkelingsleeftijd verminderen de compensatiemogelijkheden.

6.4 De methode

Active Learning richt zich op de cliënt, zijn nabije omgeving en het cliënt-systeem. Binnen

de methode staat het contact maken met de nabije omgeving centraal. Deze nabije omgeving bestaat uit materialen, voorwerpen en mensen. Door contact te maken met zijn nabije omgeving leert de cliënt deze omgeving (ver)kennen. Zijn initiatief in het handelen wordt beloond en geeft hem directe feedback. Hij krijgt de mogelijkheid om zelf actief op zoek te gaan naar zintuiglijke prikkels. Waar hij gewend was om stil in een hoekje te zitten en zich terug te trekken, zal hij mogelijk meer gaan exploreren. Door contact te maken met zijn nabije omgeving leert hij onderscheid te maken tussen zichzelf en deze omgeving. Hij ervaart dat hij zelf de omgeving kan beïnvloeden.

De definitie van de methode Active Learning is:

Het actief contact maken met de nabije omgeving (voorwerpen, materialen en personen) voor de cliënt faciliteren middels een afgestemd aanbod, teneinde bewustwording van contact- en handlingsmogelijkheden bij de cliënt te stimuleren en uit te breiden.²⁹

Om goed in te kunnen gaan op de hulpvraag van de cliënt wordt binnen Visio het ICF-model gehanteerd (International Classification of Functioning, Disability and Health). In dit model worden richtlijnen gegeven voor het ordenen van informatie over een cliënt.

6.5 Exploratiefase

Het doel van de exploratiefase is:

- het cliëntstelsel informeren over en betrekken bij de methode
- inzicht krijgen in de wijze waarop de cliënt contact maakt met zijn nabije omgeving (materiaal, voorwerpen en personen)
- inzicht krijgen in de mogelijkheden die de cliënt heeft om contact te maken: initiatief nemen, zintuiglijke voorkeuren, motorische mogelijkheden en kijkgedrag
- mogelijkheden van de fysieke omgeving van de cliënt in kaart brengen.

Contact met het cliëntstelsel is in deze exploratiefase van groot belang voor de uiteindelijke overdracht van de adviezen in de behandel fase.

Visio gebruikt bij cliënten binnen dag- en/of wooncentra de methode 'Kijk, Zo Kan Het Ook'.³⁰

De informatie uit de exploratiefase wordt in een teamoverleg met elkaar besproken. Aan de hand van videobeelden van cliënt/cliëntstelsel/fysieke omgeving wordt ingegaan op de visuele problematiek van de cliënt, en de gevolgen die dit heeft voor contact, communicatie, verzorging en activiteiten. De bijeenkomst eindigt met het samen vaststellen van behandel doelen.

Hier kan dan de keuze voor Active Learning worden gemaakt. Bijvoorbeeld bij een cliënt die:

- weinig of geen contact maakt met zijn nabije omgeving

²⁹ Deze definitie is opgesteld door Martien Rienstra, maart 2016/mei 2018.

³⁰ Bokken en Wiersma (2009).

- veel loze momenten door de dag heen heeft
- geringe spel- en exploratie mogelijkheden heeft

Indien er een Active Learning-gerichte hulpvraag is, volgt een gerichte exploratie van de mogelijkheden van de cliënt, het cliëntstelsel en zijn fysieke omgeving.

Binnen de exploratiefase komen de volgende onderdelen naar voren:

- dossieronderzoek
- contact met cliëntstelsel
- observatie van kijkgedrag, handelingsmogelijkheden en contactmogelijkheden van de cliënt in de dagelijkse omgeving
- opstellen revalidatieplan en begeleidingsplan.

Dossieronderzoek

Om een beeld te vormen van de cliënt is, voorafgaand aan het eerste contact, dossieronderzoek noodzakelijk. Dit dossieronderzoek betreft in ieder geval het verslag van het visueel functioneren (bij voorkeur aangevuld met een gedragsobservatie van de Visio-gedragsdeskundige) en het ondersteuningsplan van de instelling (zorgplan, persoonlijk ondersteuningsplan).

Deze documenten geven informatie over:

- de visuele functies
- het kijkgedrag (alleen bij aanvullende observatie door de gedragsdeskundige van Visio)
- de manier waarop cliënt contact maakt met materialen en voorwerpen

- de manier waarop de cliënt contact maakt met de mensen om zich heen.

Het cliëntstelsel

Het cliëntstelsel omvat de betrokken mensen rondom de cliënt, zoals ouders, persoonlijk begeleider, assistent begeleider en therapeuten. De informatie over Active Learning, die voorafgaand aan de exploratiefase is verspreid, wordt besproken met het cliëntstelsel. Deze informatie vormt de basis van de wijze waarop de cliënt door Visio geobserveerd en behandeld gaat worden. Het is belangrijk dat er al bij aanvang van het behandeltraject voldoende draagvlak voor deze basis wordt gecreëerd, zodat de adviezen in een later stadium optimaal geïmplementeerd kunnen worden.

In een gesprek wordt ook aanvullende informatie verzameld over de cliënt. Het cliëntstelsel kent de cliënt goed en kan informatie geven over spel- en zintuigvoorkeuren van de cliënt, de wijze van contact maken met materialen, het dagprogramma van de cliënt, etc.

Observatie handelingsmogelijkheden

Tijdens de exploratiefase wordt de cliënt in zijn dagelijkse omgeving geobserveerd. Hierbij is de observator zo onopvallend mogelijk op de achtergrond aanwezig. De informatie van het cliëntstelsel en het dossier is belangrijk om te bepalen in welke situatie de observatie het beste kan plaatsvinden. Dit kan een 'vrij-spel'-moment zijn of een groepsprogramma (bijvoorbeeld snoezelen of 'ervaar het maar'). Als de cliënt

geen eigen activiteit laat zien, dan kan, in overleg met het cliëntstelsel, het contact maken met materialen/voorwerpen actief uitgelokt worden. In de exploratiefase is het belangrijk om informatie te verzamelen over **hoe** de cliënt iets doet, **wat** hij doet en **waar** hij dit doet. In de bijlage is een observatielijst opgenomen die samen met het cliëntstelsel ingevuld wordt.

Observatie van **hoe** de cliënt iets doet, geeft ICF-gerelateerde informatie over de gezondheidstoestand en de functies van de cliënt. Via het dossieronderzoek en het gesprek met het cliëntstelsel is informatie verzameld over de gezondheidstoestand en functies van de cliënt. In de observatie link je deze informatie van anderen aan jouw eigen observatie en interpretatie van handelen van de cliënt. Welke zintuiglijke en motorische voorkeuren en mogelijkheden zie jij bij de cliënt, hoe is het kijkgedrag van de cliënt, kun je iets zeggen over de alertheid van de cliënt? Neemt de cliënt initiatief in het contact maken met zijn directe omgeving en op welke wijze laat hij dit zien?

Observatie van **wat** de cliënt doet, geeft ICF-gerelateerde informatie over het activiteiten- en participatieniveau van de cliënt. Wat doet de cliënt, welke handelingen kun je observeren, kan hij reiken naar voorwerpen en pakken, of is er alleen sprake van toevallige aanrakingen? Wat voor spel laat hij zien, stopt hij alles in zijn mond om het materiaal te verkennen, maakt hij vooral contact met zijn eigen lichaam, gaat hij

op zoek naar voorwerpen? Zie je plezier bij het contact maken met zijn omgeving? Zie je variatie in de bewegingen of herhalen de bewegingen zich voortdurend?

Observatie van **waar** de cliënt iets doet, geeft ICF-gerelateerde informatie over de externe factoren die van invloed zijn op het contact (kunnen) maken van de cliënt met zijn nabije omgeving. Het betreft hier de fysieke en sociale omgeving van de cliënt. Is er op de plek waar de cliënt zich vaak bevindt een mogelijkheid om grenzen aan te bieden, voorwerpen te fixeren? Is de verlichting voldoende op deze plek? Op welke momenten in het weekprogramma is er ruimte om het contact maken met de nabije omgeving (Active Learning) te stimuleren?

6.6 Behandelfase

De exploratiefase wordt afgerond met een revalidatieplan. Voor afspraken en overdracht van de werkdoelen wordt het begeleidingsplan gebruikt (zie bijlage).

Binnen de behandelfase kun je de volgende onderdelen onderscheiden:

- behandeldoel(en)
- vorm
- werkwijze
- middelen

Doel

Het behandeldoel van het revalidatieplan is altijd

cliëntgericht en SMART. Voor de groep cliënten met een (zeer) ernstig meervoudige beperking is het belangrijk om zeer kleine stapjes te maken. Het gevaar bestaat dat doelen te hoog gegrepen zijn en daardoor onbereikbaar blijven. Onbereikbare doelen demotiveren de cliënt en zijn cliëntensysteem.

Aangezien het cliëntensysteem een regelmatig wisselende samenstelling heeft, wordt de hulpvraag soms niet door iedereen onderkend en/of onderschreven. Hierdoor is er onvoldoende draagvlak en worden adviezen niet of nauwelijks opgevolgd. Het bespreken van het behandel-doel(en) is daarom essentieel.

Voorbeelden van behandeldoelen:

'Over drie maanden heeft cliënt Q vijf voorwerpen in zijn nabije ruimte waar hij dagelijks 5 minuten plezier aan beleeft.'

'Over drie maanden maakt cliënt Q dagelijks meerdere malen zelf contact met zijn nabije ruimte.'

Vorm

De behandeling vindt bij voorkeur plaats in een rustige ruimte binnen de groep of in een ruimte aan de groep verbonden. Het is zinvol als ouders en/of begeleiders aanwezig kunnen zijn bij de behandeling. In de praktijk blijkt het voor begeleiders vaak niet haalbaar te zijn om samen met de cliënt de groep te verlaten.

Op dagcentra voor volwassen cliënten is de werkdruk vaak zo hoog dat zij over het algemeen niet toekomen aan individuele spelmomenten met de cliënten op hun groep. Na elke

behandeling is een korte overdracht daarom belangrijk. Begeleiders worden geïnformeerd over de activiteiten en de reacties van de cliënt. Adviezen over het stimuleren van kijkgedrag (bijvoorbeeld uitlokken van oogcontact tijdens de eetsituatie) of het aanbieden van een activiteit in de groep (bijvoorbeeld een voorwerp fixeren aan het rolstoelblad en observeren of cliënt contact maakt) worden gegeven.

Standaard wordt drie kwartier per behandelsessie ingepland. Veel cliënten hebben tijd nodig om tot kijken en/of tot handelen te komen. Andere cliënten hebben tijd nodig om te wennen aan een vreemde stem of een vreemd persoon. Het tempo van de leerbaarheid, de alertheid en de verwerking van informatie bij deze cliëntengroep is meestal sterk wisselend en vertraagd. De behandelsessies hebben zowel een behandelend als observerend karakter. Door de complexiteit van deze doelgroep kan training alleen beklijven door dagelijkse herhaling, en daarom is overdracht naar begeleiders van wezenlijk belang.

Werkwijze

De werkwijze van de behandeling volgt de principes van Active Learning. Binnen de behandeling wordt het **aanbod** van verschillende materialen/voorwerpen en de **interactie** tussen behandelaar en cliënt, methodisch en therapeutisch ingezet.

De **interactie** met de cliënt sluit aan bij de

emotionele ontwikkeling van de cliënt. Afhankelijk van dit niveau wordt gekozen voor nabijheid, spiegelen, interactie, meehelpen, of oorzaak en gevolg (zie hoofdstuk 3). De keuze voor een van deze begeleidingstechnieken is afhankelijk van de emotionele ontwikkeling van de cliënt en de wijze waarop hij initiatieven kan en durft te nemen. Vaak is het tonen van initiatief voor cliënten met een (zeer) ernstig meervoudige beperking een vaardigheid die zij zich niet of nauwelijks eigen hebben kunnen maken. Doordat het tempo van handelen vertraagd is, heeft het cliëntstelsel de handeling vaak al gestuurd en/of uitgevoerd, zonder dat de cliënt daarin een eigen actief aandeel heeft gehad. Het initiatief nemen is vaak minimaal aanwezig is en wordt regelmatig over het hoofd gezien.

Bij de therapeutische interactie heeft de cliënt de hoofdrol en heeft de behandelaar vooral de rol van facilitator: de nabije omgeving zodanig afstemmen op de cliënt, zodat het voor de cliënt mogelijk wordt om initiatief te nemen in het contact maken met zijn nabije omgeving. Het betreft hier 'behandelen met je handen op je rug', en je observatievaardigheden op de hoogste stand.

Het **aanbod** van materialen gebeurt op een methodische wijze, wederom afgestemd op de voorkeuren en mogelijkheden van de cliënt. In de exploratiefase is informatie over het voorkeurszintuig, motorische vaardigheden, initiatief nemen, en kijkgedrag van de cliënt naar voren gekomen. Via het cliëntstelsel is

onder andere informatie over voorkeurshouding en lievelingsspeelgoed en alertheid bekend geworden. Van hieruit wordt gestart.

Bij sommige cliënten is het belangrijk om vervolgonderzoek te doen naar zintuiglijke en motorische mogelijkheden. Hierbij kan gebruikgemaakt worden van:

- Visio methode Ziezo³¹: met behulp van deze methode kan het visueel functioneren gedetailleerd in kaart worden gebracht. Na afname wordt duidelijk op welke visuele prikkels de cliënt adequaat of minder adequaat reageert.
- VAS-lijst (Visuele Assesment Schaal)³²: bij cliënten met CVI en wisselend kijkgedrag kan met behulp van deze lijst inzicht verkregen worden in het kijkniveau van de cliënt.
- de LAS-lijst (behorend bij PAct: Persoonlijk Activerings-programma)³³: met behulp van deze lijst wordt inzicht verkregen in de motorische mogelijkheden van de cliënt.

Onderzoek bij deze groep cliënten is niet eenvoudig. Nauw overleg met begeleiders van de groep, ervaring en affiniteit met deze doelgroep, maar ook vertrouwen op je intuïtie zijn belangrijke voorwaarden om het behandeldoel te kunnen bereiken. Bij complex gedrag kan het bekijken van videobeelden met de gedragsdeskundige van Visio of met het team binnen de instelling waardevolle informatie opleveren.

Net als het wisselend kijkgedrag en de fluctuerende alertheid, is ook de bereikbaarheid van de andere zintuigen wisselend. Of de

aangeboden prikkel binnenkomt, is afhankelijk van vermoeidheid, pijn, aanwezige prikkels in de omgeving en tijdstip van de dag. Prikkeling van het ene zintuig kan een positief effect hebben op het registreren van prikkels binnen een ander zintuig. Initiatief en contactname worden vaak getriggerd door geluid of aanraking. Bij andere cliënten zie je juist dat zij alleen maar aandacht kunnen opbrengen voor de prikkels van één zintuig. Zodra ze iets horen, verdwijnt de visuele aandacht. Belangrijk is om goed te blijven observeren welk zintuigpoortje openstaat: welke sensorische input is zinvol om aan te bieden, zodat contact maken met de nabije omgeving optimaal mogelijk wordt.

Voor het aanbieden van materialen kan gebruikgemaakt worden van de speldozentechniek.³⁴ Deze techniek biedt de cliënt tien verschillende voorwerpen aan en registreert de voor- en afkeur van de cliënt. Door de samenstelling regelmatig te variëren, komt men uiteindelijk tot een individueel afgestemd aanbod.

Middelen/voorwaarden

Grenzen aanbieden, materiaal/voorwerpen fixeren en variatie aanbrenge zijn belangrijke middelen om het contact met de nabije ruimte te stimuleren. Voor de slechtziende cliënt is de inzet van optimale verlichting en contrastgebruik een belangrijk middel.

Nielsen heeft de Little Room ontwikkeld om grenzen en blijvende nabijheid van materialen/

voorwerpen te garanderen. Voor sommige cliënten is het een zeer adequaat hulpmiddel om het contact maken te prikkelen. Elke reactie van de cliënt geeft optimale feedback over het eigen handelen. In de praktijk wordt de Little Room vooral gebruikt bij jonge EMB-kinderen. In combinatie met een resonantieplank ontstaat er een stimulerende omgeving. De geluiden, die door het eigen handelen veroorzaakt worden, worden door de resonantieplank versterkt. Zeker voor zeer slechtziende/blinde kinderen geeft deze auditieve informatie belangrijke feedback over hun handelen. In hun eigen tempo kunnen zij handelingen eindeloos blijven herhalen. De handeling die in eerste instantie onwillekeurig en ongericht is, kan gaandeweg overgaan in een gerichte actie.

Voor een grote groep cliënten is de Little Room, vanwege het formaat, ongeschikt als middel. Een cliënt in een rolstoel met zitorthese past vaak niet in de Little Room. Bovendien hebben veel cliënten specifieke ondersteuning nodig die, liggend in de Little Room, niet geboden kan worden. Echter, ook voor deze cliënt is het bieden van grenzen en het fixeren van materiaal belangrijk om tot handelen en ontdekken te komen. Voor deze groep zijn andere middelen ontwikkeld, zoals de speelboog, het voelschort, het positiebord en de speelband. Op veel groepen zijn allerlei initiatieven ontwikkeld om materiaal te fixeren en grenzen te verduidelijken. Een bedbox is bijvoorbeeld een mooi middel om begrenzing aan te bieden.

Vaak wordt de cliënt uit voorzorg in het midden van de bedbox gelegd om pijnlijk contact met de zijwanden te vermijden. Hierdoor mist de cliënt ook tactiele informatie over zijn nabije ruimte. Door zijwanden te bekleden met kunstgras, ritselpapier, spiegelend materiaal of favoriete speeltjes te fixeren, wordt deze grens herkenbaar.

Bij slechtziende cliënten is het aanbrengen van extra verlichting en optimaal contrast een belangrijk middel om het contact met de nabije ruimte te stimuleren. Ook kan de lightbox of de blacklightbox als middel ingezet worden om het contact maken te stimuleren. De nabije ruimte wordt op deze manier visueel versterkt aangeboden, waardoor initiatieven om contact te maken makkelijker ontstaan.

De cliënt kan niet zelf aangeven wanneer hij toe is aan een nieuwe uitdaging. Voor de meeste cliënten geldt echter wel dat zij na verloop van tijd zijn 'uitgekeken' op het vertrouwde voorwerp. Dit vertrouwde voorwerp prikkelt niet meer om te onderzoeken en stereotiep handelen ligt dan op de loer. De omgeving heeft een belangrijke rol in het aanbrengen van variatie. Voor sommige cliënten zal een wekelijks nieuw aanbod prikkelen om op onderzoek te gaan, bij een andere cliënt zal onbekend materiaal altijd in combinatie met het vertrouwde speeltje aangeboden moeten worden.

Na verloop van tijd ontstaat er duidelijkheid over de wijze waarop de cliënt contact kan maken met zijn nabije omgeving: hoe neemt hij initiatief,

welke motorische handelingen horen daarbij, welke sensorische input heeft zijn voorkeur, welke interactie vanuit de begeleiding is daarbij nodig en met welke materialen/voorwerpen. Dan volgt de fase van het aanpassen van de dagelijkse nabije omgeving van de cliënt. Hierbij is samenwerking met de instelling onontbeerlijk. Door middel van een teamscholing kan een gezamenlijk plan voor aanpassing worden opgesteld. Videobeelden van de cliënt kunnen het draagvlak voor het aanpassen vergroten.

Teamscholing

Na de behandelfase volgt de teamscholing. Bij de scholing zijn de volgende personen aanwezig: persoonlijk begeleider van de cliënt, begeleiders van wonen en dagbesteding, ouders, betrokken therapeuten en behandelaar en gedragsdeskundige van Visio. Het doel van de teamscholing is met elkaar te bekijken wat de mogelijkheden zijn voor de cliënt om contact te maken met zijn nabije omgeving. Videobeelden van de behandelfase zijn hierbij een belangrijk hulpmiddel.

Het gezamenlijk bekijken en bespreken van de beelden levert draagvlak en handvatten op voor het implementeren van de adviezen.

De scholing wordt afgesloten met een concreet plan voor het aanpassen van de nabije ruimte + omgeving van de cliënt en een tijdspad voor de uitvoering.

Evaluatie

Na verloop van tijd (afhankelijk van het afgesproken tijdspad) wordt het traject met het

cliëntstelsel geëvalueerd. Indien de hulpvraag is beantwoord, wordt de behandeling beëindigd.



Nawoord

Met veel plezier heb ik mij de afgelopen jaren verdiept in Active Learning. Binnen mijn werk heeft het meer inzicht gegeven in de mogelijkheden van cliënt met een (zeer) ernstig meer-voudige beperking. Ik ben ervan overtuigd dat Active Learning voor hen een waardevolle betekenis heeft, hoe klein de stapjes ook zijn die soms gemaakt kunnen worden.

Ik ben verheugd dat Active Learning met dit boek goed toegankelijk is geworden voor een breder publiek. Ik hoop dat de methode collega's inspireert om cliënten passende activiteiten aan te bieden. En dat die de cliënt de mogelijkheid geeft om meer contact te maken met zijn nabije omgeving.

Ik wil Visio bedanken voor de mogelijkheid die ik heb gekregen om Nielsens theorie te vertalen en aan te passen aan de Nederlandse situatie.

De afgelopen jaren heb ik regelmatig met collega's, vriendinnen en dierbaren gesproken over Active Learning en de wijze waarop de methode een tastbare plek zou kunnen krijgen binnen en buiten Visio. Deze gesprekken hebben mij geïnspireerd en leverden soms mooie concrete resultaten op. Daarnaast hebben de cliënten en hun begeleiders mij de mogelijkheid geboden om de Active Learning-principes toe te passen, en mij inzicht gegeven in wat wel en wat niet werkte.

Een aantal collega's wil ik expliciet bedanken voor hun betrokkenheid:

- de projectleden: Anouk Dirkse, Marja Knegt, Linda van Oevelen, Tineke Ploeg en Wendy Timmermans. We hebben een mooie klus geklaard!
- de collega's van de klankbordgroep: Marjolein Wallroth, Wendy Timmermans en Wilma Verberne. Het lijkt al even geleden, maar hier is de basis gelegd voor dit boek.
- en natuurlijk ook: Wieneke Huls, Ellen van den Broek, en Dafne Adarkwah.
- Ingrid Jekel wil ik bedanken voor haar tekstuele tips en adviezen.

Bedankt Henk! Voor je inspiratie en ondersteuning.

www.visio.org/activelearning



Gebruikte literatuur en inspratiebronnen

Bokken, J., Wiersma, I. (2009). *Kijk, zo kan het ook*. Nijmegen: Sensis.

Burg, S. van der Dijk, Happee, M., Koelewijn, M., Kunst, E., Pot, B., Ringelestijn, E., Slikker, P. (2003). *De Speelpoort*. Broek op Langendijk: Esdégé Reigersdaal.

Duijvenboden, T., Pietersen, M., Straus, M. L. (2017). *Met het oog op meedoen*. Doorn: Bartiméus.

Dunn, W. (2006a). *Sensory Profile-NL: Handleiding*. Amsterdam: Harcourt test Publishers.

Dunn, W. (2013). *Leven met sensaties*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information BV.

Eelman, E., Kuiper, M. en Steendam, M. (2014). *Ziezo. Methodenboek*. Intranet Koninklijke Visio.

Eijden, A. van (2015). *Persoonlijkheidsontwikkeling van jonge blinde en slechthziende kinderen en van kinderen met een meervoudige beperking*. Huizen: Koninklijke Visio.

Fraiberg, S. (1977). *Insights from the blind*. New York: Basic Books.

Froentjes, Y., Jüttner, G., Wijnands, K. (2007). *De Doepoort*. Broek op Langendijk: Esdégé Reigersdaal.

Geeter, K. de en Munsterman, K. (2017). *Een koekje bij de thee*. Groningen: Zalsman.

Hiemstra, S., Wiersma, L., Vlaskamp, C. (2005). *Persoonlijk Activeringsprogramma*. Groningen: Landelijk KennisNetwerk Gehandicaptenzorg (LKNG). www.lkng.nl

Hellendoorn, J., Scholtens, H. (1991). *Stimuleren van communicatie door speelse sensopathische omgang*. NTZ Tijdschrift, nr. 2 juni 1991.

Holtrop, J. A. (1997). *Zintuiglijke stimulering Inhoud en diagnostiek*. Scriptie. Alkmaar.

Koeleman, T. (2005). *Ervaar het maar met... knutselen*. Zutphen: Ervaar het maar.

Kranowitz, C. (2005). *Uit de pas, omgaan met sensorische integratieproblemen bij kinderen*. Nieuwezijds B.V.

Lear, R. (1994). *Speelhulp voor gehandicapte kinderen*. Nijkerk: Calenbach.

Lee, M., MacWilliam, L. (2002). *Learning together; een creatieve benadering van leren voor kinderen met meervoudige beperkingen en een visuele beperking*. Bewerkt door Bruining-Wiersma, A., Kooi van der Luth, E. Doorn, Bartiméus.

Limburg, H. (2007). *Epidemiologie van visuele beperkingen en een demografische verkenning*. Grootenbroek: Stichting InZicht.

- Maes, B., Vlaskamp, C., Penne, A. (red.). (2011). *Ondersteuning van mensen met (zeer) ernstige meervoudige beperkingen*. En dan met name hoofdstuk van A.J. van der Putten: *Ondersteuning in beweging: motorische activering*.
- Moleman, Y.H., Broek, E.G.C. van den, Eijden, A. van (2009). *Spelontwikkeling en spelbegeleiding van slechtziende en blinde kinderen*. Huizen: Visio. Deze uitgave bestaat uit een theorieboek en een werkboek.
- Nakken, H., Reynders, K., Vlaskamp, C., Procee, A. I. (1998). *Behandelingsvormen voor ernstig meervoudig gehandicapten*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Nielsen, L. (1976). *The Comprehending Hand*. Copenhagen: SIKON.
- Nielsen, L. (1988). *Spatial Relations in Congenitally Blind Infants*. Kalundborg (Danmark): University of Århus.
- Nielsen, L. (1976). *Functional Scheme: Final Skills Assessment*. Kalundborg (Danmark): University of Århus.
- Nielsen, L. (1990). *Are You Blind?* Copenhagen: SIKON.
- Nielsen, L. (1992). *Space and Self*. Copenhagen: SIKON.
- Nielsen, L. (1993). *Early Learning Step By Step*. Copenhagen: SIKON.
- Putten, A.J. van der, Houwen, S. van der & Carla Vlaskamp (2014). *Motorische activering van personen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen: een teamsport*. Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk, 53 (7-8), 354 (juli/augustus 2014). Tijdschrift Garant.
- Oskam, E., Scheres, W. (2005). *Totale communicatie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Splunder, J. van, Stilma, J.S., Bernsen, R.M.D., & Evenhuis, H. (2003). *Refractive errors and visual impairment in 900 adults with intellectual disabilities in the Netherlands*. Acta Ophthalmol Scand Volume 81, Issue 2, 123-130.
- Splunder, J. van, Stilma, J.S., Bernsen, R.M.D., Evenhuis, H.M. (2006). *Prevalence of visual impairment in adults with intellectual disabilities in the Netherlands: cross-sectional study*. Eye (Lond), 20, 1004-1010.
- Sterkenburg, P. (2011). *Vertrouwensrelatie voor ontwikkeling*. Doorn: Bartiméus.
- Stichting Dommelstroom (1995). *Waar een weg is, zintuigelijke stimulering bij mensen met een meervoudige beperking (video)*.

Straathof, M., Ven, I. van de (1995). *Waar een weg is, zintuigelijke stimulering bij mensen met een meervoudige beperking. Achtergrondinformatie bij de videoband*. Eindhoven: Stichting Maere.

Steendam, M. en Wallroth, M. (2018). *Publicatie VAS: in wording*.

Twint, B. en Bruijn, J. de (2014). *Handboek verstandelijke beperking*. Amsterdam: uitgeverij Boom.

Van Delden, G.W. (2007). *Kijken door de muren*. Huizen: Visio.

Vlaskamp, C., Poppes, P., Zijlstra, R. (2005). *Een programma van jezelf*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Zaal, S., Boerhave, M., Koster, M. (2008). *Hechting, basisveiligheid, basisvertrouwen*. www.cordaan.nl; www.amsta.nl

Zaal, S., Boerhave, M., Koster, M. (2008). *Sociaal-emotionele ontwikkeling*. www.cordaan.nl; www.amsta.nl

Geraadpleegde en inspirerende sites:

www.emgplatform.nl

www.activelearningspace.org

www.lilliworks.com

www.eduplay.nl (verkoop van WeesActief 'Box' / Little Room)

Persoonskenmerken/ kwaliteitsaspecten	Beschrijving: omcirkelen wat van toepassing is	Toelichting
Het voorkeurskanaal:	Voelen - kijken - luisteren - bewegen - ruiken - proeven	
Specifieke gegevens m.b.t. andere zintuigen:	Slechthorend - ondergevoeligheid / overgevoeligheid m.b.t. tactiele systeem - ondergevoeligheid/ overgevoeligheid m.b.t. beweging (licht toe)	
Gezondheidstoestand:	Met welke gezondheidsaspecten moet rekening worden gehouden? (bijvoorbeeld epilepsie)	
Waar is motorische activiteit mogelijk?	Hoofd - rechterarm/hand - linkerarm/hand - rechterbeen/ voet - linkerbeen/voet	
De beste uitgangshouding (om tot handelen te komen):	Ruglig - ruglig gesteund - buiklig - buiklig gesteund - zit (los op de mat) - zit, in eigen stoel - in statafel - in schommel - in bouncer - in hangmat	
De materiaalvoorkeur:	Hard - zacht - kauwbaar - met geluidje - speelt altijd met dezelfde materialen - wordt geprikkeld door nieuwe materialen	
Beschrijf lievelings- speelgoed of lievelingsspel:		

Persoonskenmerken/ kwaliteitsaspecten	Beschrijving: omcirkelen wat van toepassing is	Toelichting
Welke handelingen zijn mogelijk?	<p>Ongerichte bewegingen – gericht reiken en grijpen – vasthouden en loslaten – reiken/grijpen/pakken/loslaten combineren met bijbehorende tactiele en auditieve input – manipuleren – manipuleren, voelen en luisteren – objectvergelijking aan de hand van actieve manipulatie en tactiele exploratie</p>	
Toont de cliënt initiatief in contact maken?	<p>Geen – contact met eigen lichaam – ongericht contact met materialen in nabije omgeving – maakt actief contact met materialen in nabije omgeving – is actief op zoek naar materialen in nabije omgeving – zoekt actief contact met personen in zijn omgeving (hoe?) – zoekt actief contact met persoon in zijn omgeving om een spelhandeling op gang te brengen</p>	
Stereotiep gedrag:	<p>Herhaalt bepaalde lichamelijke handelingen – sprake van wiegen – herhaling in geluiden – steeds dezelfde handeling met materiaal – wil alleen maar met</p>	

Persoonskenmerken/ kwaliteitsaspecten	Beschrijving: omcirkelen wat van toepassing is	Toelichting
	<p>één bepaald speeltje bezig zijn op een herhalende manier</p>	
<p>Variatie in speelgoed:</p>	<p>Varieert zelf in materiaalkeuze - varieert in materiaalkeuze bij aanbod van een begeleider - kan zich per spelmoment maar op één materiaalkeuze richten - speelt het liefst altijd met hetzelfde materiaal- kan zich moeilijk op een bepaalde keuze richten, springt snel over op iets anders</p>	
<p>Beschikbare ruimte:</p>	<p>Heeft een rustige, afgebakende speelplek tot zijn beschikking - speelt alleen in een ruimte waar ook anderen aanwezig zijn - verlichting in de ruimte kan wel/niet worden aangepast - (licht toe)</p>	
<p>Aanwezige spelmaterialen:</p>	<p>Er is wel/niet voldoende spelmateriaal aanwezig - Materiaal kan wel/ niet op een goede manier gefixeerd worden (licht toe)</p>	

Persoonskenmerken/ kwaliteitsaspecten	Beschrijving: omcirkelen wat van toepassing is	Toelichting
Begeleidingstechniek	Nabijheid - spiegelen - interactie - meehelpen - oorzaak-gevolg	
Zijn er loze momenten?	Beschrijf deze momenten, wanneer en hoe vaak op een dag?	

Begeleidingsplan Active Learning

	Omschrijving	Evaluatie
Vraagstelling:		
Doel:		
Tijdstip(pen) en frequentie:		

	Omschrijving	Evaluatie
Speelplek:		
Belangrijkste punten uit observatielijst, waar goed rekening mee gehouden moet worden:		
Activiteit 1: Datum start: Begeleidingstechniek: Specifieke materialen: Voorwerpen:		
Activiteit 2: Datum start: Begeleidingstechniek: Specifieke materialen: Voorwerpen:		

	Omschrijving	Evaluatie

Mensen met een visuele beperking kunnen bij Koninklijke Visio terecht. Ook als zij daarnaast een verstandelijke, lichamelijke of andere zintuiglijke beperking hebben. Visio helpt om een goed antwoord op vragen te vinden. Bijvoorbeeld over hulpmiddelen, onderwijs, wonen, werken of hobby's. Verspreid over heel Nederland vormen Visio-medewerkers een deskundige partner voor cliënten, bewoners, leerlingen en hun omgeving. Vakmanschap, innovatie, bezieling en samenwerking staan daarbij centraal.

Active Learning is een behandelmethode voor kinderen en volwassenen met een (zeer) ernstig meervoudige en visuele beperking en een ontwikkelingsleeftijd van 0 tot 24 maanden. De methode is ontwikkeld door dr. L. Nielsen (1926-2013) en biedt een theoretische basis met praktische handvaten. Active Learning richt zich vooral op cliënten die weinig actief zijn, of die door hun beperkingen moeilijk zelf tot een activiteit kunnen komen. Dit theorieboek gaat in op de emotionele ontwikkeling, de interactie die passend is bij de emotionele ontwikkeling, en de functionele ontwikkeling. Tevens worden de specifieke materialen en voorwerpen, die vaak bij Active Learning gebruikt worden, beschreven. Deze materialen prikkelen de cliënt om zijn omgeving te gaan onderzoeken. Hierdoor wordt de cliënt zich meer bewust van zijn nabije omgeving en leert hij dat er onderscheid bestaat tussen hemzelf en zijn omgeving. Naast dit theorieboek bestaat er een Active Learning werkboek en training. Voor meer informatie: www.visio.org/activelearning