

Gedragsverandering en motorisch leren in relatie tot lichaamsbewustzijn

Een studie naar een houdings- en gedragsveranderingsmodel
binnen oefentherapie

Eindschriftie onder de leerstoel “Cognitie- en taalfilosofie”,
Filosofie van de Faculteit der Filosofie, Theologie en Religiewetenschappen,
Radboud Universiteit

Neline Land s 4479106
Begeleider: Leon de Bruin
Nijmegen, studiejaar 2017-2018
8 juni 2018
14.477 woorden

Scriptie ter verkrijging van de graad “Master of Arts” in de filosofie.
Radboud Universiteit: Nijmegen.

Hierbij verklaar en verzeker ik, Neline Land, dat deze scriptie zelfstandig door mij is opgesteld, dat geen andere bronnen en hulpmiddelen zijn gebruikt dan die door mij zijn vermeld en dat de passages in het werk waarvan de woordelijke inhoud of betekenis uit andere werken – ook elektronische media – is genomen door bronvermelding als ontlening kenbaar gemaakt worden.

Plaats: Doetinchem, 8 juni 2018.

Inhoud

Gedragsverandering en motorisch leren in relatie tot lichaamsbewustzijn	1
Samenvatting.....	4
Inleiding	5
1. Oefentherapie	8
1.1 Gedragsverklarings- en gedragsveranderingsmodellen	9
1.2 Oefentherapeutisch diagnostisch en interventie model	13
1.3 Huber en Positive Health	15
2 Bewust en onbewust beweeggedrag veranderen	17
2.1 Bewust beweeggedrag veranderen.....	17
2.2 Onbewust beweeggedrag veranderen	19
2.3 Bewust en onbewust samen	21
3 Visies op lichaamsbewustzijn en lichamelijke cognitie	22
3.1 Damasio	24
3.2 Merleau-Ponty	24
3.3 Buytendijk	26
3.4 Tamboer.....	27
3.5 Embodied cognition.....	28
4 Gedragsverandering, leren en gewoontevorming	30
4.1 Elkaars houdings- en beweeggedrag begrijpen	30
4.2 (Aan)leren van gedragsverandering	32
4.3 Ontwikkelen van gewoontevorming (zelfmanagement)	34
5 Lichaamsbewust houdings- en gedragsveranderingsmodel	36
5.1 ODIM (oefentherapeutisch diagnostisch en interventie model).....	36
5.2 Bewust handelen? (model Slors).....	37
5.3 Nieuw houdings- en gedragsveranderingsmodel:.....	39
Conclusie	41
Dankwoord	42
Bibliografie	43

Samenvatting

Bij oefentherapeutische begeleiding speelt het veranderen van ongezond naar gezond houdings- en bewegingsgedrag een rol. Dit gedrag wordt niet uitsluitend geduid in termen van lichamelijke houdingen en bewegingen, maar betreft ook intenties, overwegingen en overtuigingen.

Oefentherapie is gebaseerd op twee pijlers: *gedragsverandering* en *motorisch leren* en de indruk is dat deze twee pijlers los van elkaar functioneren. Maar is hier niet een sprake van een kunstmatige scheiding?

Ik zal me richten op een aspect van gedragsverandering en motorisch leren, namelijk *lichaamsbewustzijn*. Aan de hand van inzichten over bewustzijn zal ik onderzoeken hoe lichaamsbewustzijn kan worden begrepen in relatie tot aspecten van gedragsverandering als denken, probleem oplossen en beslissingen nemen. Deze inzichten heb ik in een nieuw houdings- en gedragsveranderingsmodel uitgewerkt.

Inleiding

Bewegen is zo gewoon dat we er pas bijilstaan als het problematisch wordt. Op het moment dat er bijvoorbeeld lichamelijke klachten zijn ontstaan en klachten worden ervaren, er functionele problemen zijn om activiteiten uit te voeren en belemmeringen worden ervaren om te kunnen participeren in ons dagelijkse leven, hebben we aandacht voor onze motoriek. Pas op dat moment doen we een beroep op een expert, zoals een oefentherapeut, om deze klachten, problemen en belemmeringen op te heffen, te verminderen, of om te leren ermee om te gaan.

Bij de oefentherapeutische begeleiding van een cliënt¹ met houdings- en bewegingspreventie, klachten en problemen, speelt het veranderen van (potentieel) ongezond naar gezond houdings- en bewegingsgedrag een grote rol. Een leus binnen oefentherapie is dan ook ‘Gezond bewegen kun je leren’. Een manier om te komen tot gezond houdings- en bewegingsgedrag, om te komen tot houdings- en bewegingsgedragsverandering, is het *bewust* worden van het huidige en van het gewenste toekomstige gedrag. In het beroepsprofiel van oefentherapeuten wordt dan ook gesteld dat de mogelijkheden en context voor gedragsverandering van het houdings- en bewegingsgedrag van de cliënt centraal dienen te staan (VvOCM 2015). Bess Mensendieck – de grondlegster van de oefentherapie-Mensendieck – spreekt onder andere in de inleiding van haar boek *‘Körperkultur der Frau’* (Mensendieck 1906), over een filosofische interpretatie van ons menselijk functioneren. Samengevat zegt ze: “Denk zelf na over jouw eigen lichaam en jouw autonome fysieke ‘ik’ en word je bewust van het functioneren van jouw lichaam, de invloeden van natuurprocessen en de beïnvloeding door de cultuur”. Mensendieck haalt zowel het bewust worden van ons fysiek bewegingsgedrag – in denken en in motorische autonomie – als het bewust worden van de invloed van onze omgeving, de natuurprocessen en de cultuur op dat houdings- en bewegingsgedrag aan.

‘Gedrag’ wordt in het algemeen vaak omschreven als ‘wijze van doen’, als handelingen die ‘iemand’ uitvoert. Hoewel we nagenoeg allemaal gedrag, en dus ook houdings- en bewegingsgedrag vertonen, weten we niet precies *hoe* we dat doen. We weten niet precies hoe we lichamelijke gedragingen uitvoeren en controleren, en we weten nog weinig over hoe we ons van dit houdings- en bewegingsgedrag bewust worden. Volgens Bransen (1999) biedt de wijsgerige antropologie een ingang om na te denken over onze wijze van doen, over ons menselijk handelen. Bransen stelt dat we bij het analyseren van menselijk handelen, bij het duiden van houdings- en bewegingsgedrag, ons los moeten maken van het klassieke cartesiaanse onderscheid tussen lichaam en geest. Waar in het gedachtenexperiment van Descartes het lichaam duidelijk is gescheiden van de geest, het mentale, gaan steeds meer recente wetenschappelijke studies en filosofische theorieën er vanuit dat er wel degelijk sprake is van een samenkomen van lichaam en geest.

Het samenkomen van lichaam en geest, het samenkomen van het lichamelijke en het mentale, vindt juist plaats in ons menselijk handelen, in de motoriek. Bij het bestuderen van houdings- en bewegingsgedrag kunnen we niet

¹ Waar ik in de scriptie ‘cliënt’ noem, kan ook ‘hulpvrager’ of ‘patiënt’ worden gelezen.

uitsluitend spreken over houdingen en bewegingen van het lichaam, maar spreken we ook over die menselijke intenties, overwegingen en overtuigingen die tot uiting komen in het houdings- en beweeggedrag. Anderzijds kan houdings- en beweeggedrag niet uitsluitend worden geanalyseerd in termen van onderliggende motieven, redenen en intenties van dat gedrag, zonder te kijken naar de motoriek, het lichamelijke bewegen zelf (Bransen 1999).

Oefentherapie is volgens het beroepsprofiel van de oefentherapeut gebaseerd op twee pijlers: *gedragsverandering* en *motorisch leren*. In dit beroepsprofiel wordt de indruk gewekt dat deze twee pijlers los van elkaar functioneren en los van elkaar kunnen worden toegepast binnen oefentherapeutische diagnostiek en interventie, en dat dit onderscheid is terug te vinden in gedragsverklarings- en gedragsveranderingsmodellen. Het lijkt erop dat gedragsverandering wordt gezien als een bewust, hogere orde proces, en motorisch leren als een onbewust, lagere orde proces. Er wordt namelijk vanuit gegaan dat een cliënt gedragsverandering *wil*, dat een cliënt *weet* hoe gedragsverandering kan plaatsvinden, *bewust* doelgerichte voorbereidingen treft voor gedragsverandering en het nieuwe gedrag *toepast* en op die manier nieuw houdings- en beweeggedrag *geleerd* heeft en pas dan ook *onbewust* zal toepassen in het dagelijkse leven.

Bewustzijn kan binnen de gedragsverklarings- en veranderingsmodellen gezien worden als een beseffen, ervaren, wat er zowel zintuiglijk als cognitief in je omgaat, met eventueel de mogelijkheid om daarover te kunnen communiceren (Dooremalen 2010). *Motorisch leren* kan binnen oefentherapie gezien worden als het optreden van duurzame veranderingen in gedragsmogelijkheden als gevolg van ervaringen met de omgeving (VvOCM 2015). Daarmee is er onderscheid neergezet tussen bewuste en onbewuste, tussen cognitieve, hogere orde processen en lichamelijke, meer lagere orde, automatische processen. Het onderscheid tussen bewuste, hogere orde processen en onbewuste, lagere orde processen is echter een lastig te maken onderscheid. Wanneer we bijvoorbeeld kijken naar de taxonomie van Bloom (Coppoolse, 2010), waarbinnen vormen van kennis, wijze van leren, en leerdoelen worden gecategoriseerd, dan ziet het onderscheid tussen hogere en lagere orde processen er heel anders uit. Hogere orde processen gaan in deze taxonomie over informatie verzamelen, overleggen, afwegen, formuleren, uitproberen en bijstellen. Lagere orde processen gaan binnen deze taxonomie over onthouden en reproduceren, begrijpen en toepassen. Afhankelijk van het verklaringsmodel en afhankelijk van de visie op deze processen is zowel scheiding tussen hogere en lagere orde processen als ook scheiding tussen bewust en onbewust, tussen motoriek, lichaam en mentale processen, een tamelijk kunstmatig onderscheid.

Tevens lijkt het mij een discutabel cartesiaans onderscheid dat nader onderzoek en analyse verdient. Is er in het baseren van oefentherapie op twee pijlers, gedragsverandering en motorisch leren, wellicht niet sprake van een niet te handhaven scheiding? Wanneer we de visie van Bransen (1999) overnemen zal oefentherapie zich bij preventie, klachten, belemmeringen en problemen van het houdings- en bewegingsapparaat op zowel het fysieke als op het geestelijke, het mentale, moeten richten. Nog los van de vraag of en welke processen we ons

überhaupt bewust kunnen zijn en motorisch kunnen worden aangeleerd om ze te kunnen toepassen in houdings- en bewegingsgedrag.

In deze scriptie zal ik me richten op een specifiek aspect van houdings- en beweeggedragsverandering en motorisch leren in het komen tot toepassen van gunstig houdings- en beweeggedrag in het dagelijkse leven, namelijk *lichaamsbewustzijn*. Ik zal onderzoeken hoe we lichaamsbewustzijn moeten begrijpen in relatie tot aspecten van gedragsverandering als denken, ideeën genereren, probleem oplossen en beslissingen nemen, en wat dit betekent voor oefentherapie. Uiteindelijk zal ik argumenteren dat hogere en lagere orde processen samen optrekken en elkaar beïnvloedend resulteren in het kunnen toepassen van gunstige houdings- en gedragsverandering in het dagelijkse leven.

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zal ik in hoofdstuk 1 allereerst ingaan op wat oefentherapie inhoudt en de gedragsverklarings- en gedragsveranderings-modellen die binnen de oefentherapie worden gehanteerd bespreken. De modellen (zoals het model van Balm, het Transtheoretisch model, ASE model, I-changemodel en de Theory of Planned Behaviour) worden nader uitgelegd en gerelateerd aan houdings- en beweeggedragsverandering. Tevens wordt het oefentherapeutisch diagnostiek en interventie model (afgekort: ODIM) en de visie van Huber besproken.

Daarna zal ik in hoofdstuk 2 het onderscheid tussen bewuste en onbewuste veranderingen van houdings- en beweeggedrag nader uitwerken door dieper in te gaan op bewustzijn en sociale beïnvloeding, op omgevingsinvloeden en de rol van motorisch leren in 'gewoontevorming'.

Aan de hand van belangrijke neurologen, filosofen en bewegingswetenschappers (Damasio, Merleau-Ponty, Buytendijk en Tamboer) bepleit ik in hoofdstuk 3 een samengaan van bewustzijn en lichamelijkeheid. Aan de hand van deze visies en hedendaagse filosofische literatuur over 'embodied cognition' zal ik onderzoeken hoe we lichaamsbewustzijn moeten begrijpen in relatie tot de meer cognitieve aspecten van gedragsverandering, zoals denken, ideeën genereren, probleem oplossen en beslissingen nemen, en wat dit betekent voor oefentherapie.

In hoofdstuk 4 wordt dieper ingegaan op gedragsverandering en het oefentherapeutisch diagnostiek en interventie model (ODIM) in relatie tot het begrijpen van elkaars gedrag. Het is namelijk van groot belang dat de cliënt het geleerde ook in zijn eigen dagelijkse leven kan toepassen en hier 'eigenaarschap' voor neemt. Het kunnen toepassen van houdings- en gedragsveranderingen in het dagelijkse leven kunnen we ook wel 'zelfmanagement' en 'gewoontevorming' noemen.

In hoofdstuk 5 zullen de inzichten over gedragsverandering die in de voorafgaande secties zijn besproken worden uitgewerkt tot een nieuw houdings- en gedragsveranderingsmodel. Dit model doet recht aan nieuwe inzichten binnen het debat over lichamelijke cognitie, en sluit goed aan bij terminologie van Huber, inzichten van Slors en het bestaande oefentherapeutisch diagnostisch en interventie model.

1. Oefentherapie

Het aanleren van nieuw, gunstig houdings- en beweggedrag vindt onder begeleiding van een oefentherapeut plaats. In het beroepsprofiel van de oefentherapeut staat vermeld dat een oefentherapeut er oog voor heeft dat een cliënt binnen oefentherapie ‘iets’ geleerd heeft; dit kan zijn op het niveau van bewustwording, inzicht, als op het niveau van lichaamsbesef, motorische vaardigheid en op het niveau van toepassing van beweggedrag in de dagelijkse context van een cliënt. Motorisch leren wordt daarbij omschreven als een proces, waarmee relatief permanente bewegingen, activiteiten en motorische taken veranderd kunnen worden. Hiermee richt de oefentherapeut zich op het adaptief vermogen van de cliënt om door oefenen en door het ervaren van bewegingen het bewegingsgedrag te veranderen (VvOCM 2015). Het oefentherapeutisch beroepsprofiel (VvOCM 2015, 6-15) beschrijft oefentherapie verder als volgt:

“Oefentherapie gegeven door een oefentherapeut is een paramedische interventie waarbij er aandacht is voor het bewegen tijdens dagelijkse activiteiten voor mensen met (mogelijke) problemen met het bewegen tijdens dagelijkse activiteiten met als doel andere manieren van alledaags bewegen aan te leren om korte- en lange-termijn participatieproblemen te voorkomen of te verminderen door het begeleiden van de cliënt. [...] De oefentherapeutische interventie bestaat uit het (her)leren van optimaal bewegen (oefenen van het bewegen) en de transfer om het geleerde tijdens / bij de dagelijkse handelingen toe te passen (stimuleren optimaal beweggedrag). [...] De oefentherapeut handelt daarbij vanuit de hypothese dat door het aanpassen van het beweggedrag de klachten in het bewegend functioneren en de ervaren beperkingen in het dagelijks leven verminderd dan wel opgelost kunnen worden. [...] Blijkt het begripsniveau van de cliënt belemmerend (de cliënt begrijpt het niet, of wil het niet begrijpen, heeft een verkeerde ziekteperceptie zoals angst voor bewegen of catastrofen) zal de oefentherapeut de gedragsverandering inzetten vanuit gesprekstechnieken (o.a. motivational interviewing) en coaching. Hierbij richt de oefentherapeut zich op de stap, uit het model van Balm, weten en/of ervaren van ander beweggedrag. Therapeut-activiteiten die ingezet worden zijn o.a. uitleggen, handgrepen, demonstreren, spiegel en uitlokken van ander beweggedrag.”

Doel binnen oefentherapie is dat een cliënt de gewenste houdings- en beweggedragsverandering uiteindelijk in eigen dagelijkse leven kan toepassen en handhaven. Dit aanleren van nieuw houdings- en beweggedrag bereikt de oefentherapeut, zo wordt verondersteld, vanuit twee belangrijke pijlers: *motorisch leren* en *gedragsverandering*.

Zoals reeds aangegeven in de inleiding, wordt in het beroepsprofiel van de oefentherapeut de indruk gewekt dat deze twee pijlers (*motorisch leren* en *gedragsverandering*) los van elkaar functioneren en los van elkaar kunnen worden toegepast binnen oefentherapeutische diagnostiek en interventie en deze visie is in verschillende modellen uitgewerkt. Hieronder zal ik dieper ingaan op die verschillende gedragsverklarings- en gedragsveranderingsmodellen, die gehanteerd worden binnen oefentherapie.

1.1 Gedragsverklarings- en gedragsveranderingsmodellen

Oefentherapie richt zich op de ervaringen die een cliënt heeft ten aanzien van zijn motorisch functioneren en op welke wijze een cliënt dit functioneren kan en wil aanpassen (VvOCM 2015). Een oefentherapeut handelt, volgens het beroepsprofiel, vanuit de hypothese dat door het aanpassen van het houdings- en beweeggedrag klachten in het bewegend functioneren en het ervaren van problemen en beperkingen in het dagelijks leven verminderd dan wel opgelost kunnen worden. De bij de cliënt aanwezige ervaringen met klachten, problemen en beperkingen zijn daarvoor startpunt voor oefentherapie.

Cliënten doorlopen fases om te komen van 'oud' tot 'nieuw' houdings- en beweeggedrag. Deze doorlopen fases zijn terug te vinden in gedragsverklarings- en gedragsveranderingsmodellen, waar een oefentherapeut tijdens oefentherapie met een cliënt op teruggrijpt. Zo zijn daar onder andere het Transtheoretisch model (VvOCM 2015) en het model van Balm (Poelgeest 2010; VvOCM 2015) en aan het ASE gedragsverklaringsmodel (de Vries 2003), het Integrated-Change model (ook wel het: I-Change model) (de Vries 2005) en de Theory of Planned Behaviour (Ajzen 1991).

Binnen gedragsverklarings- en gedragsveranderingsmodellen als deze is er sprake van een cliënt, een *bewust* handelend persoon, die handelingen kent, begrijpt en uitvoert en door het doorlopen van een aantal stadia in staat is te komen tot een nieuw houdings- en beweeggedrag.

Er wordt vanuit gegaan dat een cliënt gedragsverandering *wil*, dat een cliënt *weet* hoe gedragsverandering kan plaatsvinden, *bewust* doelgerichte voorbereidingen treft voor gedragsverandering en het nieuwe gedrag *leert* en *toepast* en op die manier nieuw houdings- en beweeggedrag geleerd heeft en pas dan ook *onbewust* zal toepassen in het dagelijkse leven. Het nieuwe houdings- en bewegingsgedrag is een vorm van automatisme worden, waarbij de cliënt niet meer stil hoeft te staan.

De modellen zal ik hieronder kort toelichten.

Het Transtheoretisch model en het model van Balm zijn in onderstaand schema samengevat:

Tabel uit beroepsprofiel (2015):
 overeenkomst tussen het Transtheoretisch model en het model van Balm

Trans theoretisch model	Precontemplatie <i>(nog) niet willen, geen overweging tot gedrags- verandering</i> (GV*)	Contemplatie <i>Overweegt GV, weet alleen nog niet hoe, geen planning</i>	Vorbereiding <i>Vorbereidingen treffen en plannen maken voor GV</i>	Actiefase <i>Daadwer- kelijk uitvoeren van het gewenste gedrag</i>	Gedrags- behoud <i>Minimaal 6 maanden volhouden van het gewenste gedrag</i>
Model van Balm		Openstaan / Weten	Willen / Kunnen	Doen	Volhouden

*GV = Gedragsverandering

Zowel het Transtheoretisch model als het model van Balm beschrijft de fasen die de cliënt binnen dit model doorloopt om zich nieuw houdings- en beweeggedrag eigen te maken.

In fase 1 wordt door de cliënt nog niet stilgestaan bij het beweeggedrag of de verandering daarvan.

In fase 2 wordt deze gedragsverandering overwogen, na weging van voordelen en nadelen van deze verandering.

In fase 3 wordt de knoop tot gedragsverandering doorgeslagen. Afhankelijk van hoe de balans van argumenten doorslaat, wordt door de cliënt besloten niets te doen of te onderzoeken hoe een verandering van gedrag verkregen kan worden.

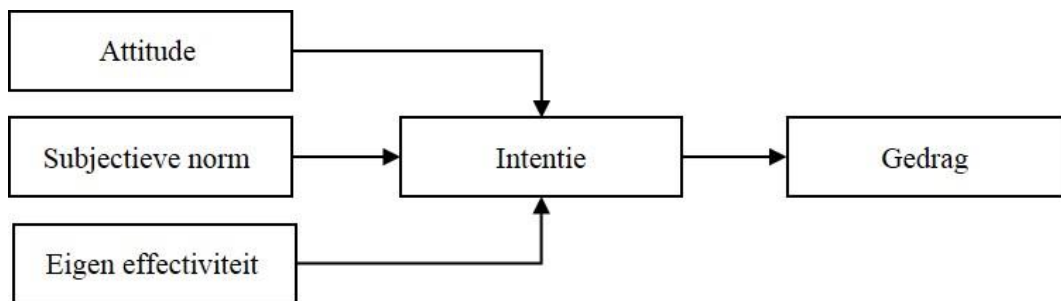
In fase 4 wordt het nieuwe gedrag uitgeprobeerd. Het is belangrijk om te weten dat tegenargumenten (verlies van 'oud' gedrag) zwaarder wegen dan argumenten vóór verandering (winst van 'nieuw' gedrag).

Als het uitgeprobeerde houdings- en bewegingsgedrag de cliënt bevalt, de belemmeringen en klachten in het dagelijks functioneren zijn verminderd, zal in fase 5 het gedrag bestendigen.

De fasen in dit model hebben een sterk cognitief, hogere orde proces, karakter en zijn gebaseerd op rationele overwegingen van een cliënt en keuzes die vanuit dit denken, ideeën genereren, probleem oplossen en beslissingen nemen, worden gemaakt.

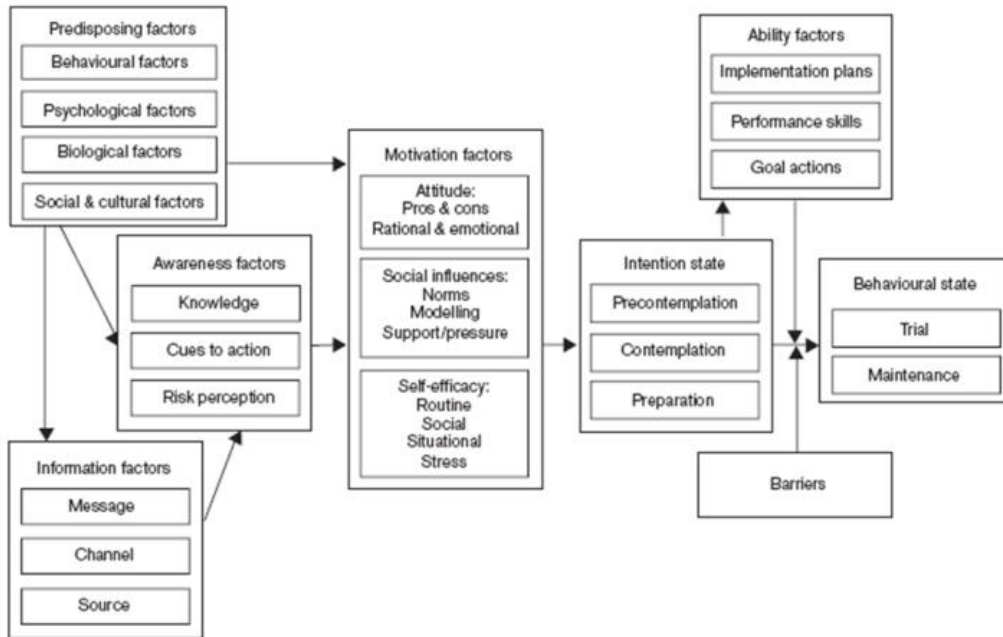
Het ASE-model staat voor Attitude, Sociale invloed en Eigen-effectiviteitsmodel (de Vries 2003). Kort samengevat zegt dit model dat er eerst een intentie aanwezig moet zijn om houdings- en beweeggedrag te gaan aanpassen. Pas dan is er een kans dat er daadwerkelijk sprake is van gedragsverandering. Die intentie ontstaat alleen als er meer voor- dan nadelen gezien worden van de houdings- en gedragsverandering (attitude). Deze intentie tot houdings- en gedragsverandering ontstaat in dit model wanneer er gedacht wordt dat mensen, die belangrijk zijn voor de cliënt, het er ook met de verandering eens zijn (subjectieve norm / sociale invloed). En wanneer er gedacht wordt dat houdings- en gedragsverandering een mogelijkheid is en als deze verandering ook gewenst is door de cliënt zelf (eigen-effectiviteit). Vanuit deze intentie kan nieuw gedrag ontstaan.

Het ASE-model:



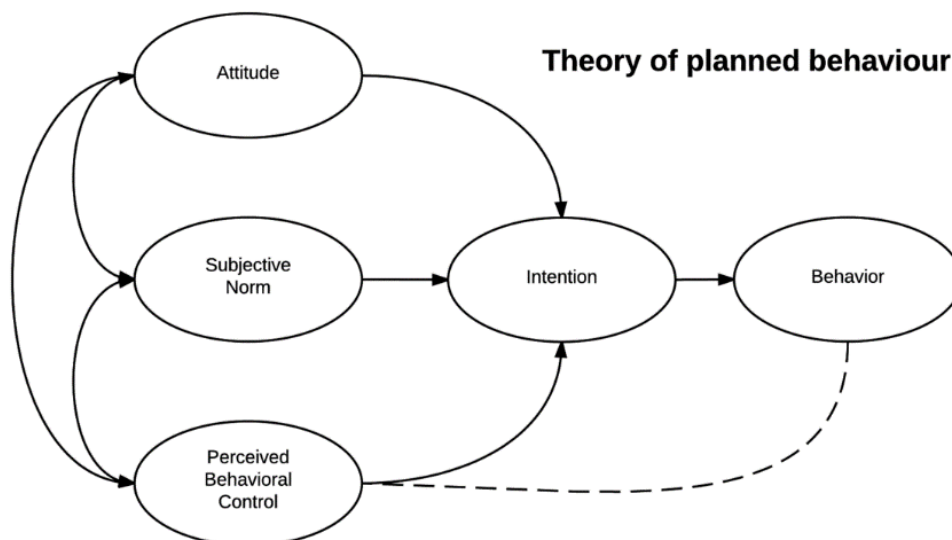
Het I-Change model (schematisch weergegeven op de volgende pagina) is een uitgebreider en recenter model dan het hierboven beschreven ASE-model (de Vries 2005). Het I-Change-model combineert verschillende modellen en geeft een overzicht van wat er zoal bij komt kijken wanneer de keuze wordt gemaakt om houding en beweging te gaan veranderen. I-Change model integreert onder meer het ASE-model en noemt dat 'motivatie'. Motivatie leidt in dit model tot een verander intentie. Houding en beweeggedrag wordt volgens deze theorie ook beïnvloed door iemands achtergrond, door het zien van risico's van bepaalde wijze van gedragen en door de barrières die er voor het uitvoeren van gedrag zijn. Het I-Change model houdt op deze wijze meer rekening met omgevingsfactoren die houdings- en beweeggedrag kunnen beïnvloeden. Onderstaand is een uitwerking van het model en worden de ingewikkelde beïnvloedingspatronen van houdings- en beweeggedrag zichtbaar gemaakt.

Het I-Change-model:



De Theory of Planned Behaviour geeft aan dat houdings- en bewegingsgedrag het beste kan worden verklaard door de intentie die een persoon heeft om het gedrag ook daadwerkelijk toe te passen (Ajzen 1991). De intentie wordt op zijn beurt weer door drie factoren bepaald:

1. de houding of mening die iemand heeft ten opzichte van een bepaald houdings- en beweeggedrag (attitude);
2. de meningen en gedragingen van anderen (subjectieve norm);
3. de mate waarin iemand denkt het gewenste houdings- en bewegingsgedrag ook daadwerkelijk uit te kunnen voeren (control).



De verschillende gedragsverklarings- en gedragsveranderingsmodellen, die ik hierboven besproken heb, zijn visuele vereenvoudigingen van de werkelijkheid en bevatten slechts die elementen die voor het model relevant zijn. We hebben gezien dat de gehanteerde modellen voornamelijk uitgaan van bewuste, hogere orde processen om te komen tot gedragsverandering en moeite hebben de lagere orde processen, de onbewuste processen, te integreren. In deze huidige bekende gedragsmodellen is het samen optrekken van lichaam en geest, het samen optrekken van lagere orde en hogere orde processen, niet duidelijk uitgewerkt. De vereenvoudiging van de werkelijkheid doet daarmee geen recht aan de invloed van lagere orde processen op houdings- en gedragsverandering en de handhaving van dat gedrag.

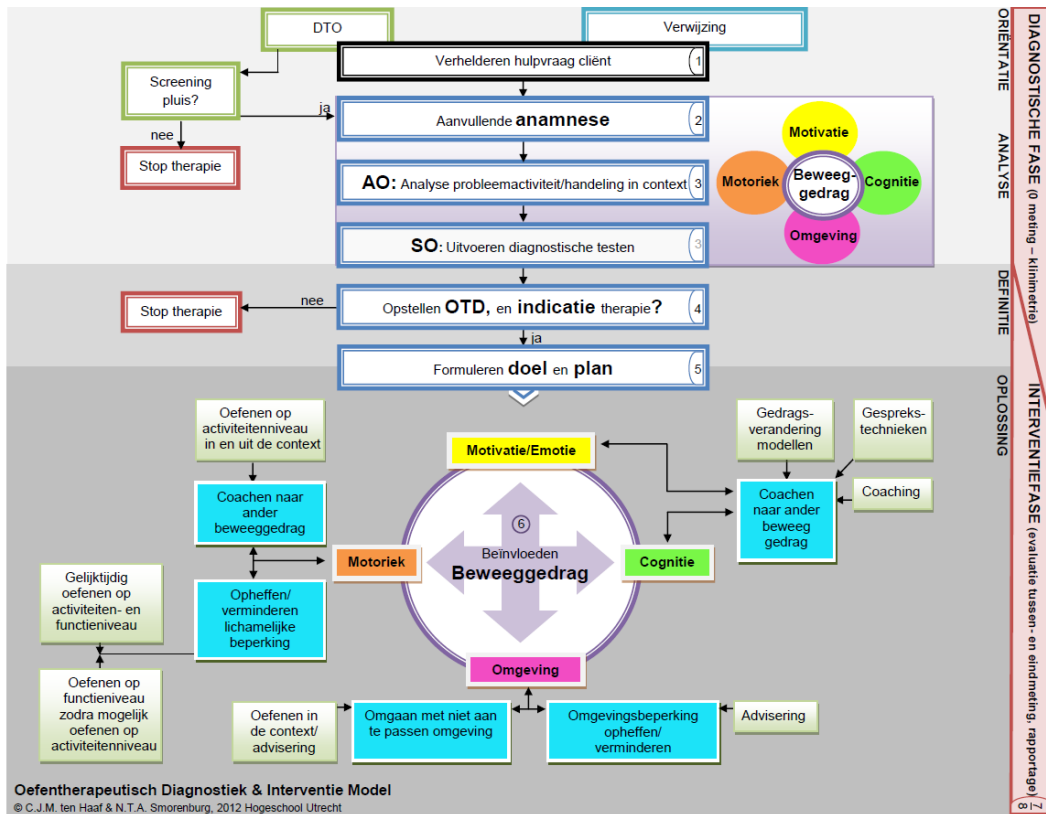
Tevens stellen de modellen een volgordelijkheid in de door een cliënt te doorlopen stappen en fasen tot houdings- en bewegings- gerelateerde gedragsverandering voor. Ze gaan uit van een mens met intenties, wensen en overtuigingen, die *bewuste* keuzes maakt in de fases tot gedragsverandering. De stappen volgen elkaar op en geven een soort tijdspanne aan waarbinnen de gedragsverandering kan plaatsvinden. Er wordt in de modellen wel gesproken over onbewuste, lagere orde processen, zoals bijvoorbeeld sociale beïnvloeding, en omgevingsinvloeden maar ook deze wordt vanuit hogere orde processen onderzocht en beschreven. Sociale beïnvloeding wordt dan gezien als een bewuste stap, leidend tot een intentie tot houdings- en beweeggedrag en mogelijke gedragsverandering.

1.2 Oefentherapeutisch diagnostisch en interventie model

Binnen oefentherapie is naast bovenstaand modellen tevens het oefentherapeutisch diagnostisch en interventie model (ODIM) ontwikkeld (Haaf 2012). Dit is een schematisch model van het geheel van fenomenen dat een cliënt omgeeft en diens ontwikkeling en diens 'zijn' beïnvloedt (VvOCM 2017). Het model bevat de fysieke en materiële omstandigheden, dingen, andere individuen, groepen en ideeën; het is het samenspel van alle externe krachten en invloeden die aangrijpen op het ontwikkelen en zich handhaven van een cliënt (Kuiper 2011). Het model is ontwikkeld om motorisch leren en gedragsverandering binnen oefentherapie vorm te geven tijdens de diagnostische en interventie fase van oefentherapie. Het idee in dit model is dat een cliënt binnen de vier omschreven domeinen stappen kan zetten en keuzes kan maken om te komen van 'oud' beweeggedrag naar 'nieuw' houdings- en bewegingsgedrag onder begeleiding en coaching van een oefentherapeut. De domeinen die beweeggedrag beïnvloeden binnen het ODIM zijn: omgeving, cognitie, motoriek en emotie/motivatie. Deze beïnvloeden volgens het model ons gedrag vallen daarmee binnen het werkgebied van een oefentherapeut om de cliënt te begeleiden naar gezond houdings- en bewegingsgedrag.

Deze vier domeinen zullen ook terug te vinden zijn in het nieuwe door mij ontwikkelde houdings- en gedragsveranderingsmodel dat ik in deze scriptie in paragraaf 5.3 zal presenteren.

Het oefentherapeutisch diagnostisch en interventie model (ODIM), waar ik mijn nieuwe houdings- en gedragsveranderingsmodel bij aan laat sluiten:



1.3 Huber en Positive Health

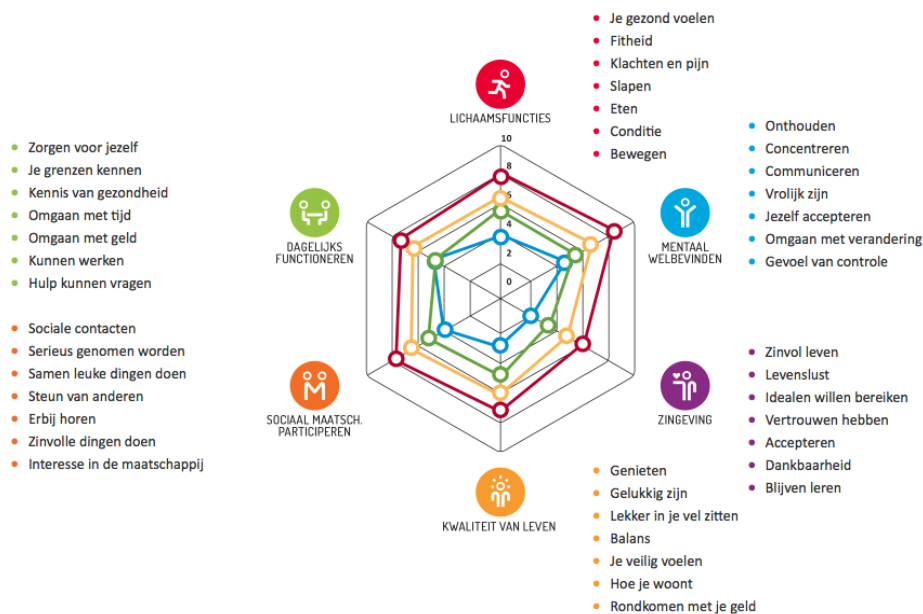
Oefentherapie valt onder de wet BIG (2018) die afspraken op wereldwijd niveau over gezondheid nauw volgt. In de paragraaf hieronder zal ik dieper ingaan op de definitie van gezondheid en de visie van Machteld Huber hierover. Zij stelt een visie op gezondheid voor die goed aansluit op huidige inzichten in lichaamsbewustzijn, lichamelijke cognitie en oefentherapie.

De Gezondheidsraad heeft in 2009 aangegeven dat de huidige definitie van Gezondheid² door de WHO (World Health Organization) (2018) heroverwogen moet worden (Huber et al. 2016). Om een nieuwe definitie te vormen is onderzoek verricht met een groep experts en belanghebbenden uit de gezondheidszorg en cliënten. Daaruit is het document 'Positive Health' voortgevloeid (Huber et al. 2016), met een nieuwe definitie voor gezondheid: 'Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven'. Deze nieuwe visie van gezondheid 'Positive Health' legt de nadruk op het relationeel- in plaats van het substantieel kader. Het verschil in deze kaders werd in 1989 beschreven door Tamboer (zie hoofdstuk 3 van deze scriptie). Het belang van het maken van dit onderscheid is groot, omdat dit betekent dat de zorg van curatief naar preventief zal verschuiven (Huber et al. 2016). 'Positive Health' legt de nadruk op het relationele aspect en begeleidt in context en onderscheidt zes gezondheidsdimensies om het 'gezondheidswelzijn' te meten, dit zijn:

- lichaamsfuncties: medische feiten, medische waarnemingen, fysiek functioneren, klachten en pijn, energie
- mentale functies en -beleving: cognitief functioneren, emotionele toestand, eigenwaarde/zelfrespect, gevoel controle te hebben, zelfmanagement en eigen regie, veerkracht
- spiritueel/existentiële dimensie: zingeving/'meaningfulness', doelen/idealen nastreven, toekomstperspectief, acceptatie
- kwaliteit van leven: kwaliteit van leven/welbevinden, geluk beleven, genieten, ervaren gezondheid, lekker in je vel zitten, levenslust, balans
- sociaal maatschappelijke participatie: sociale en communicatieve vaardigheden, betekenisvolle relaties, sociale contacten, geaccepteerd worden, maatschappelijke betrokkenheid, betekenisvol werk
- dagelijks functioneren: basis Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), instrumentele ADL, werkvermogen, 'health literacy'.

Deze visie is uitgewerkt in onderstaand model van Positive Health:

² Er is kritiek op de kwaliteit van de zorg die voortkomt uit de nog steeds geldende definitie van gezondheid uit 1948, ontwikkeld door de World Health Organization. Deze gaat onder meer uit van een volledig fysiek welbevinden. Hierbij wordt de ziekte centraal gesteld, en niet de mens. Zo wordt gezondheid als een statisch gegeven gedefinieerd en is in principe ieder mens niet 'gezond'. Het gevolg is dat onder andere medicalisering optreedt en de zorg onnodig duur wordt (Huber et al. 2016).



(Huber et al. 2016)³

Ontwikkelingen in de gezondheidszorg vragen daarom om een nieuw gedragsveranderingsmodel voor de oefentherapie, binnen het ODIM, dat ook recht doet aan lichaamsbewustzijn en de nieuwste inzichten over lichamelijke cognitie. Wanneer we ons lichaam als instrument bezien, als iets dat te scheiden is van geest en intenties, bestaat namelijk de kans dat de op zichzelf staande intrinsieke waarde van het lichaam niet meer als zodanig te herkennen valt. Binnen oefentherapie is de waarde van de cliënt zijn/haar lichamelijk houdings- en bewegingsgedrag echter zeer van belang. De betekenis van lichamelijkeheid, van lichaamsbewustzijn, ligt nergens definitief en objectief vast (van Tongeren 1988, 91). Ervaringen zijn daarmee subjectieve, individuele belevingen en onderwerp binnen de uitwisseling tussen oefentherapeut en cliënt. Door de uitwisseling tijdens oefentherapie, het gezamenlijk bepalen van oefentherapeutische doelen, is het van belang dat lichamelijkeheid en bewustzijn samengaan.

Alvorens te komen tot een nieuw houdings- en gedragsveranderingsmodel (hoofdstuk 5), zal ik eerst in hoofdstuk 2 het onderscheid tussen bewuste en onbewuste veranderingen van houdings- en beweeggedrag nader uitwerken door dieper in te gaan op bewustzijn en sociale beïnvloeding, en ingaan op omgevingsinvloeden en de rol van motorisch leren in de handhaving en 'gewoontevorming' van dat gedrag. Om daarna verder uit te werken hoe we lichaamsbewustzijn moeten begrijpen in relatie tot aspecten van gedragsverandering als denken, ideeën genereren, probleem oplossen en beslissingen nemen, en wat dit betekent voor oefentherapie.

³ Zie <http://www.ipositivehealth.com/scoringsinstrument-voor-positieve-gezondheid/>

2 Bewust en onbewust beweeggedrag veranderen

2.1 Bewust beweeggedrag veranderen

Om dieper in te gaan op het *bewust* of *onbewust* veranderen van houdings- en bewegingsgedrag, zal ik allereerst hieronder het begrip 'bewustzijn' nader duiden. Er is geen eenvoudig antwoord op de vraag wat *bewustzijn*, in het woordenboek omschreven als 'bekend zijn met', nu precies is. Binnen de gedragsverklarings- en gedragsveranderingsmodellen wordt bewustzijn gezien als een beseffen, een ervaren wat er zowel zintuiglijk als cognitief in je omgaat, met eventueel de mogelijkheid om daarover te kunnen communiceren (Dooremalen 2010). Behalve het beseffen wat er cognitief en zintuiglijk toestanden in je omgaat, zijn volgens Dooremalen (2010) echter ook onze emoties toestanden die zich binnen bewustzijn afspelen. We worden ons bewust van ervaringen die we opdoen, de fenomenen in onszelf en om ons heen. Bewustzijn wordt dus gezien als het vermogen om te kunnen ervaren of het vermogen om te kunnen waarnemen, oftewel het vermogen een beleving of besef te kunnen hebben van jezelf en jouw omgeving. Bewustzijn is daarmee te duiden als een reflectie op indrukken uit de buitenwereld en de binnenwereld.

Wanneer we ons bewust worden van ons houdings- en bewegingsgedrag, ervaren we bijvoorbeeld spierspanning, ervaren we snelheid van beweging, huidreacties, warmte/kou, ervaren we onze emoties en cognitie over de ervaring enzovoorts; al die informatie bepaalt de ervaring, het fenomeen van ons handelen. De zintuiglijke informatie van onszelf en onze omgeving komt via verschillende neurologische, sensorische, kanalen bij ons binnen en krijgt daar betekenis (Dooremalen 2010). We zouden kunnen zeggen dat bewust houdings- en bewegingsgedrag veranderen binnen oefentherapie te maken heeft met ons bekend zijn met, informatie krijgen over én betekenis geven aan houdingen en bewegingen in ons dagelijkse leven. Houdings- en gedragsverandering heeft dus alles te maken heeft met onze lichamelijke ervaringen, met ons lichamelijke bewustzijn. Hoe we dit *lichamelijk bewustzijn* moeten begrijpen in relatie tot de meer cognitieve aspecten van gedragsverandering, zoals denken, ideeën genereren, probleem oplossen en beslissingen nemen en wat dit betekent voor oefentherapie zal ik aan de hand van inzichten van verschillende wetenschappers, neurologen en filosofen nader duiden in hoofdstuk 3.

Zoals gezegd kan bewustzijn gevuld zijn met verschillende mentale toestanden: met ervaringstoestanden, cognitieve toestanden en emoties. Bewustzijn is dan het ervaren wat er zowel zintuiglijk als emotioneel en cognitief in je omgaat, het betekenis krijgen over en betekenis geven aan houdingen en bewegingen in ons dagelijkse leven met eventueel de mogelijkheid om daarover te kunnen communiceren. Het bespreekbaar maken van en het praten over belemmeringen, problemen in bewegend functioneren en participeren in het dagelijkse leven en praten over klachten van houdings- en beweeggedrag, vormt een belangrijk onderdeel van oefentherapie. Voor een oefentherapeut is het van belang om de handelingen (houdings- en beweeggedrag) en de invloed van lichamelijke

ervaringen van die handelingen bij de cliënt uit te vragen, te bespreken en te evalueren. Voor een cliënt is het van belang deze ervaringen te kunnen uitleggen, hierop te kunnen reflecteren en de betekenis ervan te kunnen ervaren en er betekenis aan te kunnen geven. Mede op basis van deze uitwisseling tussen cliënt en oefentherapeut zal de oefentherapeutische diagnostiek en interventie worden gebaseerd. Door te communiceren kan de cliënt houdings- en bewegingsgedrag bewust worden, er betekenis aan geven en samen met de oefentherapeut beslissen of en hoe dat houdings- en bewegingsgedrag kan worden veranderd om klachten en belemmeringen in functioneren te voorkomen en op te lossen. Zo kan er samen worden afgestemd wat de intentie tot houdings- en gedragsverandering is en welke stap er moet worden genomen tot het daadwerkelijk uitvoeren van deze gedragsverandering. Binnen oefentherapie wordt dat proces ook wel 'shared decision making' genoemd.

Van belang is te onderzoeken hoe *ervaringen* van gunstig of ongunstig handelen, van houdings- en bewegingsgedrag, bewust of onbewust invloed hebben op de keuzes, de motivatie, die cliënten maken in hun dagelijks handelen, in hun dagelijkse leven. Deze aanzet tot gedragsverandering is omschreven als de *intentie* om te komen tot houdings- en gedragsverandering. Volgens Gallagher & Zahavi (2008) heeft deze intentie, heeft intentionaliteit, betrekking op alle vormen van bewustzijn: alle waarneming, proprioceptie, alle herinneringen, beelden, oordelen, alle verwachtingen, enzovoort. Intentionaliteit gaat namelijk *over* iets, *heeft betrekking op* iets. Intentionaliteit omvat daarmee zowel bewuste als onbewuste processen die gedrag en houding en gedragsverandering beïnvloeden. Wanneer we deze omschrijving van intentionaliteit aannemen, gaat intentionaliteit over zowel hogere orde als lagere orde processen, dus zowel over bewust als onbewust houdings- en bewegingsgedrag en de verandering en het vormen van gewoonte daarvan.

Voor wat er gebeurt tussen het hebben van een bewuste of onbewuste intentie tot gedrag en het daadwerkelijke uitvoeren van houdings- en bewegingsgedrag, hebben de door de oefentherapeut gehanteerde gedragsverklaringsmodellen nog geen verklaring. Dit nog ontbreken van een verklaring kan worden gezien als een 'intention-behaviour gap' (Carrington 2010; Rhodes 2013), een kloof tussen intenties en gedrag. Een overbrugging van deze kloof is misschien te vinden in de omschrijving van het veranderen van onbewust gedrag, oftewel het motorisch leerproces, wat in de volgende paragraaf verder wordt toegelicht.

2.2 Onbewust beweggedrag veranderen

Oefentherapie maakt binnen de therapie naast houdings- en gedragsverandering, zoals beschreven in de modellen in paragraaf 1.1, ook gebruik van motorisch leren als pijler van de therapie. Dit motorisch leren zou dan wellicht meer de lagere orde processen aanspreken en op een onbewuster niveau plaatsvinden. Op dit onbewust houdings- en beweggedrag veranderen, het motorisch leren, zal ik hieronder nader ingaan.

In de handleiding '*Methodisch handelen en klinisch redeneren van de oefentherapeut*' (Opleiding tot Oefentherapeut 2013) wordt het motorisch leerproces dat de cliënt doorloopt tijdens het gedragsveranderingsproces als volgt omschreven: "Bij het oefentherapeutisch begeleiden van het gedragsveranderingsproces en het aanleren van deelvaardigheden maakt de oefentherapeut gebruik van het ordeningsprincipe aangereikt door de fasering van het motorisch leerproces:

1. bewustwording/begrijpen

In deze fase gebruikt de oefentherapeut veel informatiemateriaal en informatiekanalen, visueel, auditief, proprioceptief. De verwerking van de informatie door de cliënt gebeurt cognitief, in de hersenschors, op het neo niveau van het Centraal Zenuwstelsel.[...]

2. herstel van voorwaarden en inoefenen van enkelvoudige (deel)-vaardigheden

In deze fase wordt intensief gebruik gemaakt van feedbackkanalen, voelen / proprioceptie, kijken/visuele controle en auditief via de feedback op uitvoering en resultaat. [...]

3. combineren van deelvaardigheden, inoefenen van complexe vaardigheden, bewust toepassen in algemeen dagelijks leven (ADL).

In deze fase start de overgang van bewust controleren, visueel en op gevoel (proprioceptieve feedback) naar onbewuste mechanismen. [...]

4. automatiseren tot onbewuste gewoontevorming.

In deze fase gebeurt sturing door middel van interne feedbackmechanismen. Het doorlopen van deze fase van het motorisch leerproces wordt geëvalueerd op uitvoering en resultaat/effect door observatie en zelfreflectie van de cliënt."

(Opleiding tot Oefentherapeut 2013)

Deze bovenstaande omschrijving van motorisch leren binnen oefentherapie geeft een meer onbewust, een lichamelijk en een automatisch leren van gedrag en houdings- en bewegingsgedragsverandering weer dan de modellen die zijn besproken in hoofdstuk 1.1. Tevens zien we in het oefentherapeutisch diagnostisch en interventie model (ODIM), in paragraaf 1.2, dat een geheel van fenomenen een cliënt omgeeft en diens ontwikkeling en diens 'zijn' beïnvloedt.

Het overbruggen van de ervaring van beïnvloedingsfenomenen en houding en bewegingen naar de toepassing van het geleerde in het dagelijkse leven is in deze omschrijving van motorisch leren duidelijker aanwezig. Een verklaring van hoe wij deze *onbewuste* lichamelijke ervaringen omzetten naar *bewust* houdings- en bewegingsgedrag is ook in motorisch leren en in het ODIM niet vanzelf gegeven. Lichamelijke ervaringen, lichamenlijk bewustzijn en lichamelijke kennis lijken een automatisch proces aan te sturen, een automatisch gedragssysteem. Dit automatisch systeem is volgens Thaler & Sunstein (2015) snel en instinctief; het heeft daarmee geen betrekking op wat wij gewoonlijk met denken associëren.

Kahneman (2011) maakt een onderscheid tussen 2 systemen waar vanuit we handelen: systeem 1 en systeem 2. Systeem 1 functioneert automatisch en snel, met vrijwel geen inspanning, vrijwel geen controle en zonder teveel energieverlies. Systeem 2 vereist aandacht, concentratie, inspanning van onze mentale vermogens en reflectie. Er worden hierbij verschillende cognitieve vermogens aangesproken. Daar het inzetten van systeem 2 relatief veel energie vraagt, hebben wij de voorkeur voor het handelen aan de hand van systeem 1. Als we haast hebben, maken wij daardoor soms ondoordachte keuzes. Op basis van bevindingen uit de sociale wetenschappen is aangetoond dat deze keuzes vaak slechte beslissingen zijn. Beslissingen die we niet hadden genomen als we goed hadden opgelet, hadden gereflecteerd en over alle informatie, onbeperkte cognitieve vaardigheden en volledige zelfbeheersing hadden beschikt. Achteraf bezien laten deze keuzes vaak zwakke plekken in onze besluitvorming zien. Omdat wij ons soms bewust worden van onze zwakheden, nemen we de moeite hulp van buiten in te roepen (Thaler & Sunstein, 2015). Dat is waarschijnlijk precies de reden waarom cliënten voor hulp bij de oefentherapeut komen.

Gedragsverandering zal echter niet altijd een volledig bewust, een volledig hoge orde proces zijn. Onbewuste, lagere orde, processen spelen bij die verandering ook een rol. Slors stelt in "*Dat had je gedacht*" (2012, 82-83) dat *bewuste* intenties noch de oorsprong, noch de oorzaak zijn van wat mensen doen. Iets 'willen' ziet hij niet als oorsprong of oorzaak van menselijk handelen. Slors noemt iets willen een 'bijverschijnsel' van onbewuste processen die tot ons handelen leiden. Hij baseert zich op neurologische en ook sociale onderzoeken en experimenten (zie ook paragraaf 5.2). Hij laat zien dat mensen hun gedrag vooral laten bepalen door de gegeven situatie en context waarin het gedrag plaatsvindt. Een voorbeeld van onbewuste beïnvloeding van gedrag is te zien in een YouTube filmpje te zien waarbij mensen opeens de trap nemen in plaats van de roltrap, omdat deze er als een piano uitziet (Piano trap 2018).

Of we dan kunnen we spreken van intentionaliteit van gedrag en daarmee kunnen verklaren hoe we komen tot het daadwerkelijke bewuste gedragsverandering en gewoontevorming is maar de vraag. Kunnen we dan wel spreken van een bewust kiezen, van een bewust 'willen' van houdings- en beweeggedrag zoals de oefentherapie aangeeft in haar beroepsprofiel? In de volgende paragraaf ga ik dieper in op het samen optrekken van bewust en onbewuste processen binnen houdings- en beweeggedrag.

2.3 Bewust en onbewust samen

In voorgaande paragrafen heb ik laten zien dat het lastig is om een strikt onderscheid te maken tussen onbewust en bewust, tussen hogere orde en lagere orde processen in gedragsverandering en in het motorisch aanleren van nieuw houdings- en bewegingsgedrag en zeker in het handhaven van dat 'nieuwe' gedrag. Zodra begrippen nader worden onderzocht en beschreven worden, blijkt er een verband, blijkt er overlap tussen beide processen en is er meer sprake van een overlap, een samen optrekken, dan van een scheiding. Sociale- en omgevingsinvloeden hebben een rol in houdings- en gedragsverandering en motorisch leren speelt een rol in 'gewoontevorming'. Hogere en lagere orde processen trekken samen op en resulteren in houdings- en bewegings- gerelateerde oefentherapeutische begeleiding en cliënt ervaring om te komen tot het toepassen van gunstig houdings- en beweeggedrag in het dagelijkse leven.

Ik heb laten zien dat het benoemen van puur *bewuste* handelingskeuzes door huidige wetenschappelijk onderzoeken in twijfel kan worden getrokken, maar over handelingen, over gedrag, *praten* leidt wel tot een vorm van bewustzijn dat kan bijdragen in het reflecteren op deze houdings- en gedragskeuzes. Over gedrag en gedragsverandering praten is daarom ook een belangrijk onderdeel binnen oefentherapie. De oefentherapeut kan tijdens de therapie namelijk gebruik maken van verschillende gesprekstechnieken. Naast het gebruik van cognitieve gesprekstechnieken zal de oefentherapeut ook inzichten uit het lichamenlijk functioneren van de cliënt aan de cliënt laten voelen, zien en herkennen. Het lichamenlijk ervaren kan gezien worden als een vorm van lichamenlijk bewust worden, bewust zijn en lichamenlijke kennis die gebruikt wordt tijdens het motorisch leren van houdings- en beweeggedragsverandering. De oefentherapeut zal houdingen en bewegingen laten voelen en de effecten daarvan bespreekbaar maken tijdens oefentherapie. Hierdoor kan de cliënt zich van zijn lichaam en zijn handelingen bewust worden en aan zijn functioneren betekenis geven. Oefentherapeuten maken tijdens oefentherapie gebruik van zowel bewuste als onbewuste gedragsverandering en motorisch leren, van hogere als lagere orde processen tijdens het begeleiding van een cliënt, van ongunstig naar gunstig bewegingsgedrag. Dit samengaan van lichamenlijk, motorisch leren, van deze 'tacit knowledge' en bewustzijn zouden we ook lichaamskennis en *lichaamsbewustzijn* kunnen noemen.

In hoofdstuk 3 zal ik nader ingaan op dit lichaamsbewustzijn en op lichamenlijke cognitie. Aan de hand van een aantal belangrijke neurologen, filosofen en bewegingswetenschappers binnen oefentherapie (Damasio, Merleau-Ponty, Buytendijk en Tamboer) zal ik pleiten voor een samengaan van (on)bewustzijn en lichamenlijkheid. Zowel gedragsverandering als motorisch leren trekken samen op om te komen tot werkelijk toepassen van 'nieuw' houdings- en bewegingsgedrag in het dagelijkse leven en de gewoontevorming daarin.

3 Visies op lichaamsbewustzijn en lichamelijke cognitie

Oefentherapeuten richten oefentherapeutische diagnostiek en interventie op het menselijke bewegingsapparaat: op de houding en bewegingsgedrag van een cliënt, met al haar (on)mogelijkheden, lichamelijke waarnemingen, verwachtingen en attitudes over het dagelijkse leven. Onze waarnemingen, beeldvorming, verwachtingen, onze attitude tegenover wat we meemaken in het leven vindt plaats met ons lichaam, wordt geregistreerd door onze zintuigen en gaat over ons dagelijkse leven. De therapie bestaat uit ervaren, voelen en uitleggen hoe een gunstige houding en bewegingspatroon aangenomen zou kunnen worden in de dagelijkse bezigheden die een cliënt uitvoert. Door uitleg, het laten zien in een spiegel, laten ervaren van houdingen en bewegingen zal de cliënt zelf zijn keuzes gaan maken en in nieuw gezond, voor de cliënt gunstig, bewegingsgedrag en deze keuzes gaan toepassen in eigen dagelijkse leven.

De rol van lichaamsbewustzijn en lichamelijke cognitie in deze houdings- en beweeg-gedragsveranderingsprocessen is nog niet uitgebreid onderzocht. Er zijn meerdere theorieën ontwikkeld over bewustzijn, maar de stap naar het veranderen van ons gedrag gebaseerd op die kennis en ervaring is nog niet definitief gevonden (Rhodes 2013). De huidige theorieën gaan er vanuit dat onze intenties, kennis en attitudes ons gedrag, ons handelen, bepalen. Deze theorieën zijn over het algemeen gebaseerd op Ajzen's Theory of Planned Behaviour, zoals besproken in hoofdstuk 1.1. Empirisch onderzoek, naar aanleiding van die onderzoeken, heeft aangetoond dat deelnemers kennis en inzicht van bepaald gedrag hebben verkregen, maar dat er geen duidelijk verband is gevonden met het werkelijk aanpassen van hun gedrag (Carrington 2010). Ons gedrag *begrijpen* en *weten* wil nog niet altijd zeggen dat we het ook gaan aanpassen, gaan *doen*. Dit is de eerder genoemde 'intention-behaviour gap'. Mogelijk is ons lichaamsbewustzijn en onze lichamelijke cognitie een factor die we kunnen aanspreken om wél te komen tot gedragsverandering in ons dagelijkse leven en gewoontevorming.

Ons 'lichaam' wordt historisch wel omschreven als 'omhulsel van het lijf, als vleeselijk omhulsel'. Later in de historie is het woord lichaam het 'geheel van organen die het lijf van de mens en dier vormen' gaan betekenen. Wanneer we het hebben over ervaringen die het lichaam over zichzelf en zijn omgeving opdoet (lees: over fenomenen die ons beïnvloeden, zoals ook beschreven in het ODIM), kunnen we spreken van een fenomenologisch bewustzijn. De filosofisch fenomenologen Shaun Gallagher & Dan Zahavi (2008, 61 en volgend) beargumenteren dat sommige filosofen deze opgedane ervaringen over fenomenen zien als iets dat onmiddellijk tot stand komt en het is volgens hen niet nodig dat er eerst een vorm van bewustzijn langs gelegd moet worden. Voor hen is de lichamelijke ervaring en het daarvan bewust zijn namelijk onmiddellijk samen gegeven.

Gallagher en Zahavi ontkennen daarmee noch bevestigen dat er voor gedrag reflectieve bewustzijnsprocessen doorlopen moeten worden. Zij gaan uit van de ervaring, van het fenomeen op zich, het onmiddellijk samen gegeven van ervaring en bewustzijn. Ervaringen over iemand zelf en zijn omgeving, fenomenen, spelen een belangrijke rol in gedragsveranderingsprocessen van een cliënt. Wanneer

ervaringen samen komen met het bewustzijn van die ervaringen, zal ook binnen oefentherapie er vanuit moeten worden gegaan dat ervaringen, bewustzijn en gedrag een samenspel is dat tegelijkertijd plaats kan vinden, of dit nu *bewust* of *onbewust*, zoals besproken in hoofdstuk 2, plaatsvindt.

Op de term *bewustzijn* ben ik dieper ingegaan in hoofdstuk 2. Laat ik nu ingaan op de term *cognitie*. Onze *cognitie*, ons denken, is het vermogen tot kennisverwerving door waarneming en het verwerken van de daarmee opgedane informatie door redeneren. Dit kan meer of minder ontwikkeld zijn, afhankelijk van ons voorstellingsvermogen, ons geheugen, onze rede, onze ervaring en ons vermogen tot gewaarwording en hypothesetoetsing van ideeën of overtuigingen. Cognitie draagt bij tot ons vermogen tot probleemoplossing en besluitvorming. Men dacht dat cognitie een zuiver intern proces van informatieverwerking was. Maar cognitie is alles behalve informatieel ingekapseld. Het maken van plannen, creativiteit, het nadenken over hypothetische scenario's; het zijn allemaal processen waar alles met alles samenhangt (Dooremalen 2010). Daarmee zouden we kunnen stellen dat cognitie niet alleen een proces is dat onder de huid (in het lichaam) plaatsvindt, maar zich uitstrekt tot in de omgeving met ook de emoties en gevoelens die gepaard gaan met onze interactie met die omgeving. Misschien is dit een vergaande uitwerking van het begrip 'cognitie', maar zeker passend bij oefentherapie. Oefentherapie gaat namelijk uit van een holistische benaderwijze, gaat uit van de totale mens in zijn omgeving met de emoties en gevoelens die gepaard gaan met de interactie met die omgeving.

Belangrijke wetenschappers voor oefentherapie, zoals de neuroloog Damasio, filosoof Merleau-Ponty, wetenschapper Buytendijk en filosoof/bewegingswetenschapper Tamboer, hebben over ervaringen, ons lichaam ons handelen en de interactie met onze omgeving uitgebreid geschreven en visies ontwikkeld. In dit hoofdstuk zal ik aan de hand van die visies van deze wetenschappers en hedendaagse filosofische literatuur over 'embodied cognition' onderzoeken hoe we lichaamsbewustzijn moeten begrijpen in relatie tot de meer cognitieve aspecten van gedragsverandering, zoals denken, ideeën genereren, probleem oplossen en beslissingen nemen, en wat dit betekent voor oefentherapie. De rol van lichamelijke binnen cognitief begrijpen van ons eigen en andermans gedrag neem ik hierbij als vertrekpunt bij het bespreken van lichaamsbewustzijn en lichamelijke cognitie aan de hand van de volgende visies:

3.1 Damasio

Antonio Damasio (2003), hoogleraar neurologie, noemt lichaamsbewustzijn een 'biologische benadering van weten'. Bewustzijn speelt zich, volgens hem (2003, 90-93) af in het binnenste van een organisme en manifesteert zich op allerlei manieren in het openbaar. Dit openbaar manifesteren kunnen we dan zien als gedrag, als houdings- en beweeggedrag. Lichamelijke ervaringen *gaan*, volgens hem, *ergens over*, ze hebben betrekking op de situatie en context waarin ze worden ervaren en beleefd. Je zou kunnen zeggen een *lichamelijk weten* dus. Herkenbaar is het voorbeeld dat we onze pincode niet spontaan kunnen opnoemen, maar wel spontaan met onze vingers kunnen intoetsen op het pinapparaat wanneer we er staan. Het is alsof onze vingers (ons lichaam) zich *bewust* zijn van die pincode, terwijl dit cognitief *onbewust* is gebeven. Als ander voorbeeld valt te denken aan het gaan winkelen met een hongerig gevoel. De neiging om in die situatie en context veel meer etenswaar, een ook lekkere etenswaar, in onze winkelwagen te stoppen is groter dan wanneer we gaan winkelen met een volle maag (Thaler & Sunstein 2015). De vraag rijst of bewustzijn voortkomt uit hersenprocessen, cognitieve processen, of uit ervaringen in lagere orde processen, lichamelijke processen? We ervaren bijvoorbeeld, wanneer we een hete kachel aanraken, dat we door die ervaring onmiddellijk kennis hebben opgedaan, die we kunnen gebruiken in ons beweeggedrag. Liefst raken we die hete kachel niet opnieuw aan; hiervoor is niet een bewustwordingsproces met allerlei fases voor nodig, toch? Deze ervaring is onmiddellijk gegeven, een complete ervaring binnen een situatie en context.

3.2 Merleau-Ponty

De filosoof Merleau-Ponty (1945) gaat nog een stap verder dan Damasio en benoemt een onlosmakelijke verbondenheid tussen lichaam en geest. Lichaamsbewustzijn, intenties tot bewegen en houdings- en beweeggedrag, zijn volgens hem niet te scheiden maar worden tegelijkertijd en onmiddellijk samen gegeven (Merleau-Ponty 1945). Hoe vaak maken we niet mee dat we al bijvoorbeeld hard gelachen hebben om een grap, terwijl we vooraf hadden afgesproken dat we niet meer zouden lachen. Onze ideeën van wat een grap is zijn tijdens het gedrag onmiddellijk gegeven. We hoeven niet eerst uitgebreid na te denken over een grap en bewust te beslissen of we wel of niet zullen lachen. Dit gebeurt samen en tegelijk. Natuurlijk kunnen we wel achteraf reflecteren op dit gedrag en mogelijk toekomstig gedrag met de uitkomst van die reflectie aanpassen. We reageren op de omgeving, op onze eigen ideeën en als vanzelfsprekend met handelingen, met beweeggedrag.

Laten we er vanuit gaan dat wij onszelf en onze omgeving ervaren; daarmee zijn wij zowel lichamen aanwezig in de wereld als dat wij óver deze wereld denken, deze ervaringen vinden dan tegelijkertijd plaats. Merleau-Ponty betoogt dat er niet zoiets bestaat als een *bewuste* versus een *onbewuste* ervaring; een ervaring volgens hem 'is' (Merleau-Ponty 1945). We voeren, volgens hem, zowel de actie van de handeling als de perceptie over die handeling uit. Om te kunnen ervaren

zullen we ons moeten 'bewegen naar', moeten 'interacteren met' die handeling, met die ervaring. Daarmee zijn we zowel stichter als ontvanger van een ervaring. Volgens hem komt onze dagelijkse verhouding tot de wereld niet alleen tot stand door zintuigelijke waarneming maar evenzeer door motoriek; door lichamelijke en bewuste cognitieve beweging richting een ervaring. Merleau-Ponty gaat er vanuit dat we reeds vooraf een vorm van kennis, cognitie, hebben over een ervaring. Hij ziet ons lichaam niet als drager van die bewuste cognitie, niet als een apart object in de wereld, maar ziet het lichaam als betekenisgevend subject in de wereld. Voor Merleau-Ponty is het idee van een scheiding tussen lichaam en geest, een scheiding tussen ervaren / waarnemen en redeneren, een onzinnige scheiding. Waarnemen en redeneren is volgens hem onlosmakelijk samen gegeven en verbonden met motoriek en daarmee onlosmakelijk lichamenlijk. Als mens ervaren we niet alleen de wereld, we zitten middenin die wereld, hebben er al een verhouding mee, maken er onderdeel vanuit en worden uitgenodigd er iets mee te doen. De houding van een mens, de attitude van een cliënt, ten opzichte van de wereld kan dus niet een houding zijn *ten opzichte* van de wereld. Wij mensen zijn volgens Merleau-Ponty namelijk *onderdeel* van die wereld, en zijn daardoor niet in staat ons ten opzichte daarvan te verhouden. Het fundament van Merleau-Ponty 's fenomenologie is niet *redeneren*, *cognitie* of *bewustzijn*, maar *existentie*: het *ter* wereld zijn van mensen (Merleau-Ponty 1945).

De mens is noch geheel lichaam, noch geheel geestelijk; een mens is een eenheid van lichaam en geest in een dialectische wederkerigheid (Merleau-Ponty 1945). Onze verhouding met de wereld is al gegeven in het ontvangen van ervaringen. Merleau-Ponty legt uit dat als wij mensen iets zinvol achten, waarmee onze stemming, onze aandacht en onze interesse ergens ligt, de gegeven situatie voor ons betekenis heeft, gevormd door deze prospectieve activiteit. Wat mensen waarnemen, waar naar toe of vandaan bewogen wordt, is in hoge mate afhankelijk van de wijze waarop we *in* de wereld zijn. Deze wijze van in de wereld staan wordt gevormd door onze aandacht, onze cultuur, onze leeftijd, ons beroep, onze stemming, enzovoort. Volgens Merleau-Ponty is de mens dus selectief in zijn gevoeligheid voor fysische prikkels en laat de mens zich leiden door de wijze waarop we in de wereld zijn: door de voor ons op dat moment zinvolle structuren. Dat betekent dat de ervaring en het begrijpen, ons bewustzijn ervan, onmiddellijk samen wordt gegeven. Onze alledaagse vertrouwdheid met de wereld is van essentieel belang als fundament van gewoontevorming en onze cognitie daarover. We zijn immers onderdeel van die wereld en gewoontes, en dagelijkse kennis maken daar onderdeel van uit.

Dit samengaan van ervaringsbewustzijn en onze cognitie erover is passend bij oefentherapie en terug te vinden in bijvoorbeeld het ODIM (zie hoofdstuk 4). Naast de visie van Merleau-Ponty is de visie van prof. Dr. Buytendijk ook zeer interessant en toepasbaar binnen oefentherapie. In de volgende paragraaf zal ik dieper ingaan op wat hij dacht over de kennis en het bewustzijn van ons lichaam in relatie tot houdings- en bewegingsgedragsverandering.

3.3 Buytendijk

Buytendijk, specialist op gebied van houding en beweging en menselijk gedrag, is al vanaf de jaren veertig van de twintigste eeuw diepgaand door Merleau-Ponty beïnvloed (Aydin 2007). Hij was een van de eersten die het belang onderkende van het werk van Merleau-Ponty. Buytendijk en Merleau-Ponty zijn veel aan elkaar verschuldigd wat betreft hun bijdragen aan de wijsgerige antropologie en een daarmee samenhangende visie op empirische wetenschappen. Voor 1945 lopen beïnvloedingslijnen tussen hen voornamelijk van de beoefenaar van de wetenschap, Buytendijk, naar de filosoof, Merleau-Ponty. Na die tijd is er sprake van een omgekeerde weg. Merleau-Ponty is dan in wijsgerig opzicht gegroeid van leerling tot leermeester van Buytendijk. Deze heeft dankbaar de geschriften van Merleau-Ponty aangegrepen om zijn eigen opvattingen in existentieel-fenomenologische terminologie te verwoorden. De verwantschap is voornamelijk te vinden in de kritiek op het cartesians dualisme; er is geen scheiding tussen lichaam en geest (Buytendijk 1969). Buytendijk maakt hiermee geen onderscheid tussen het mentale of het fysische, maar tussen ons verhouden tot de wereld als object of als subject.

Buytendijk (1969, 54-55) maakt onderscheid tussen *zich*-bewegen en *gedwongen* bewegen worden waarbij het individu niet iets *doet*, maar er *iets geschiedt*. Ons lichaam kan hierbij zowel functioneren als object (bewogen worden) en als subject (*zich*-bewegen) om ons bewust te kunnen zijn van deze beweeghandelingen. We kunnen via ons lichaam ervaringen aangaan en opdoen en deze ervaringen zowel lichamelijk voelen als ook cognitief beredeneren. Dit filosofische inzicht sluit goed aan bij oefentherapie⁴. Door het bespreken van het ervaren van bewegen als object en subject stelt Buytendijk dat we ons bewust kunnen worden van bewegingen die we zelf uitvoeren en bewegingen die ons 'overkomen'. Buytendijk maakt daarmee een onderscheid tussen een lichaam dat we 'zijn' en een lichaam dat we 'hebben'. Voor het objectief of subjectief begrijpen van ons beweeggedrag, van onze handelingen, zullen we bij deze bewegingen, houdingen, handelingen, gedragingen, moeten stilstaan om ons *bewust* te kunnen worden van ons lichaam. Dit 'stilstaan bij' is een vorm van reflectie op en een vorm van bewustwording van ons lichaam. Dit bewust worden kunnen we zien als *lichaamsbewustzijn*, een vorm van reflectie en bewustzijn wat veel in oefentherapie wordt gebruikt in het begeleiden van ongezond naar gezond houdings- en beweeggedrag.

Buytendijk noemt de zin van ons menselijk bewegen een proces in een psychofysisch neurale sfeer. Deze psychofysische neurale sfeer wil zeggen een gebied van ervaring, waarin de tegenstelling psycho-fysisch, geest-lichaam, nog niet is voltrokken, althans niet werkzaam is (Buytendijk 1969).

⁴Zie ook andere publicaties van F.J.J. Buytendijk over oefentherapie:

1932: *Wezen en zin van de Mensendieck Methode*. Internationale Mensendieck-liga / Nederlandse Mensendieck Bond.

1953: *De waarde van de Mensendieck-methode*. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 97(46): 2987-2992.

1964: *Algemene theorie der menselijke houding en beweging*. Utrecht: Het Spectrum.

In deze psychofysische neurale sfeer, die hij de sfeer van gedrag noemt, bewegen wij onszelf, handelen wij, voltrekken zich onze uitdrukkingsbewegingen en begrijpen, verstaan, wij de handelingen en gelaatsuitdrukkingen van medemensen. Veel van onze handelingen vinden plaats op sensomotorisch gebied en worden uitgevoerd alsof er 'gedacht' wordt, maar vindt meer op reflexmatig, actie-reactie niveau plaats. Buytendijk bestempelt dit houdings- en bewegingsgedrag als 'sensomotorische intelligentie' (Buytendijk 1969, 257). Het aanleren van nieuw houdings- en bewegingsgedrag door een cliënt zal altijd in de zinvolheid van een persoonlijke situatie en context moeten plaatsvinden. In die persoonlijke situatie en context zit volgens Buytendijk de sensomotorische intelligentie, lichamelijke cognitie, van houding en beweging. De cliënt heeft een fysieke en beredeneerde relatie aangegaan met zijn omgeving waarin het gedrag plaatsvindt. De bewegingswetenschapper/filosoof Tamboer is dieper ingegaan op het begrip 'relatie met' de omgeving, wat hieronder verder wordt besproken.

3.4 Tamboer

Onze verhouding tot de omgeving, tot ons staan in de wereld, noemt de filosoof-bewegingswetenschapper Tamboer een relationele verhouding tot deze omgeving; het 'relationele kader van handelen'. De letterlijke betekenis uit Van Dale van het relationeel kader is: 'wat de (onderlinge) verhouding(en) betreft'. Het *relationele* kader staat bij Tamboer tegenover het *substantieel* kader. In het substantiële kader wordt de mens als machine gezien en de huid weerspiegelt de grens. De mens is hier een op zichzelf staand wezen en bewegings-handelingen worden los van de context beschreven. In het relationeel kader wordt de mens als handelend wezen beschouwd, in relatie tot de omgeving. Bewegingshandelingen die hierin worden omschreven geven de intrinsieke relatie tussen mens en omgeving weer (Tamboer 2007). Dit kader kan worden aangeduid als de benoeming van de mens als menselijk wezen, dat op vele manieren betrokken is bij deze wereld met als gevolg dat hij betekenisvolle relaties met die wereld onderhoudt. Deze relaties zijn dynamische activiteiten en aan te duiden door middel van handelingen (Tamboer 2007). Het redeneren vanuit het relationeel denken is een kader waarmee de oefentherapeut zich onderscheidt van de andere paramedische beroepen en de scheiding tussen lichaam-geest en scheiding tussen hogere en lagere ordeprocessen is vanuit zijn visie niet houdbaar. De mens is een geheel in een gehele betekenisvolle wereld. De visie op de 'mens als geheel' is wat ons een oefentherapeutische identiteit geeft en wat de ideologie van Mensendieck nastreeft.

Alvorens te komen bij gedragsverandering en een nieuw lichaamsbewust houdings- en gedragsveranderings-model (hoofdstuk 5), waarbinnen ik ook termen uit het beroepsprofiel, het oefentherapeutisch diagnostiek en interventie model (ODIM) en inzichten over bewustzijn uit deze scriptie zal aanhalen, zal ik nu ingaan op de term 'embodied cognition', lichamelijke cognitie in relatie tot gedragsverandering en motorisch leren.

3.5 Embodied cognition

Lichamelijke cognitie is te duiden als een specifieke aspect van motorisch leren in het komen tot houdings- en bewegings-gerelateerde gedragsverandering. Deze kennis over onze lichaam zullen we moeten begrijpen als aanvullend op de meer cognitieve aspecten van gedragsverandering, zoals denken, ideeën genereren, probleem oplossen en beslissingen nemen en zal ik in onderstaande paragraaf nader belichten. Lichamelijke handelingen kunnen een uiting zijn van dat redeneren maar ook ten grondslag liggen aan ons redeneren. Sinds de opkomst van 'belichaamde cognitie / embodied cognition' is de reikwijdte van wat onder cognitie wordt verstaan namelijk breder geworden. De filosoof Keijzer beargumenteert (2016, 133- 156) de tot nu toe voorgestelde omschrijvingen of definities van 'cognitie' onder wetenschappers als 'de processen die ons intelligent maken'. Sommige wetenschappers hanteren een zeer restrictieve opvatting van cognitie; daarin wordt het beperkt tot taken die voor mensen complex zijn. Te denken valt aan schaken en logisch redeneren. Ook het plannen en uitvoeren van complexe motorische taken en het hebben van en kunnen omgaan met emoties worden omschreven als cognitieve processen (Keijzer 2016). Het plannen en uitvoeren van motorische taken wordt door hem omschreven als hoog cognitief, daar het gaat om complexe vaardigheden binnen een vaak complexe organisme-omgeving interactie.

Al in 1987 en 1995 hebben Suchman en Hutchin verstrekkende beweringen over embedded cognition gepostuleerd (Wilson 2017). 'Embodied cognitive science' doet, volgens hen, een beroep op het idee dat cognitie diep afhankelijk is van aspecten van iemands lichaam en niet alleen van iemands hersenen. Zonder de betrokkenheid van ons lichaam bij zowel ons voelen en handelen, zouden gedachten, zou ons redeneren, leeg zijn en zouden geestelijke zaken niet de kenmerken en eigenschappen vertonen die ze doen. Lichamelijk ingebedde cognitie daarentegen baseert zich zo op de overtuiging dat cognitie sterk afhankelijk is van de natuurlijke en sociale omgeving. Belichaamde cognitieve wetenschap duwt daarmee fenomenologische onderzoeken in nieuwe richtingen. Het gaat nu niet zozeer om te begrijpen hoe de lichamelijke ervaring van het zelf, de wereld en de anderen opent, maar eerder specificeren de onderzoeken mechanismen die verklaren hoe de cognitie is gebaseerd op, en diep ingeperkt door, de lichamelijke aard van cognitief handelen (Wilson 2017). We zullen ons met 'embodied cognition' niet moeten beperken tot dat wat zich binnen de huid of schedeldak bevindt. Integendeel, het mentale leven strekt zich van de hersenen uit tot het lichaam tot de natuurlijke (en sociale) omgeving (Doormalen 2010).

Ook volgens de fenomenoloog/filosoof Zahavi is er sprake van kennis in ons lichaam zelf. Zahavi werkt dit idee uit in het boek dat hij samen met Gallagher in 2008 schreef: 'The Phenomenological Mind', namelijk dat perceptie zelf 'smart' is:

"Perception is smart: it's already meaningful. In part this means that it is already enriched by the circumstances and possibilities of my embodied existence and surrounding environment.

The phenomenologist would say that perceptual experience is embedded in context that are pragmatic, social, and cultural and that much of the semantic work (the formation of perceptual meaning) is facilitated by the objects, arrangements, and events that I encounter" (Gallagher & Zahavi 2008, 8).

Varela, Thompson en Rosch (1991) voeren aan dat de scheiding tussen vooraf gegeven, externe ervaringen van de wereld en interne symbolische representaties, moet worden geschrapt. Zij baseren zich daarbij op de inzichten van de reeds eerder genoemde Merleau-Ponty. Zij stellen dat deze indeling niet in staat is om de feedback van lichamelijke bewustwordingsacties naar cognitie te verklaren wanneer we in een complexe context van de wereld handelen.

Wetenschappelijke onderzoeken en filosofische interpretaties, zoals hierboven beschreven, hebben ons verder gebracht in het ontwikkelen van het idee dat bewustzijn, cognitie en lichaam niet te scheiden zijn en ons mensen samen en tegelijk (onmiddellijk) is gegeven. Keijzer (2016) stelt zich de vraag of een demarcatie tussen begrippen 'cognitie' en 'lichaam' wel voldoende is om te onderzoeken hoe onderliggende cognitieve en lichamelijke processen binnen menselijk handelen precies werken. Keijzer (2016) stelt daarom voor dat lichamelijke processen in de wetenschappelijk visie op cognitie moeten worden meegenomen.

Binnen oefentherapie wordt het lichaam samen met de houdings- en gedrags- intentie als belangrijk gezien. De oefentherapeut en de cliënt creëren samen een lerende omgeving waarbij zich kennis op lichamen en intentioneel gebied bij de cliënt ontwikkelt. In houdings- en bewegingsgedrag kunnen we onze kennis, houding en beweging over hoe wij in de wereld staan herkennen en vormgeven (Gallagher 2005). Door het hierboven bespreken van de visies van Damasio, Merleau-Ponty, Buytendijk en Tamboer op lichaamsbewustzijn en lichamelijke cognitie heb ik willen aantonen dat ons houdings- en beweeggedrag, onze handelingen, niet alleen van lichamelijke aard zijn maar zeker ook te maken hebben met onze intenties en onze kijk, onze kennis over, onze ervaringen met en onze interacties op de omgeving waarin we leven en omgekeerd; deze ervaringen worden samen en tegelijkertijd gegeven. Veel van de processen die te maken hebben met ons menselijk houdings- en beweeggedrag en ons handelen, spelen zich op zowel bewust en onbewust niveau af, of zoals Buytendijk het noemt in een psychofysisch neurale sfeer, en zijn vrijwel niet te onderscheiden in bewuste of onbewuste processen en zijn samen te vatten in de term 'lichaamsbewustzijn' en 'lichamelijke cognitie'.

4 Gedragsverandering, leren en gewoontevorming

Onze intentie om houdings- en beweeggedrag te veranderen staat onder invloed van vele factoren. Onze houding en ons bewegen kan geleid en verstoord worden door zowel bewuste en onbewuste interne processen als omgevingsfactoren. Oefentherapeuten zullen in het begeleiden en coachen van een cliënt kennis moeten hebben van hoe het menselijk lichaam, bewustzijn en cognitie werkt, kennis moeten hebben van processen van hoge en lage orde die gedragsverandering, leren en gewoontevorming beïnvloeden. Bovenstaande is voor oefentherapie belangrijk, omdat niet alleen ons lichaamsbeeld maar ook ons mens- en wereldbeeld in hoge mate zijn bepaald door onze bewuste en onbewuste visie over het lichaam, bewustzijn en cognitie (VvOCM 2017; Damasio 2003). In dit hoofdstuk zal ik dieper ingaan op deze oefentherapeutische coaching en begeleiding van houdings- en gedragsverandering, het leren daarvan en de ontwikkeling van gewoontevorming in het dagelijkse leven.

Voordat ik dieper in kan gaan op hoe gedragsverandering bij een cliënt bij oefentherapie wordt gezien, is het goed eerst te bespreken hoe wij mensen elkaars gedrag, en dus ook elkaars houdings- en bewegingsgedrag, begrijpen. Voor het veranderen van houdings- en beweeggedrag is het namelijk van belang dat we ook onszelf lichamelijk, cognitief en emotioneel kennen, inzicht hebben in beïnvloeding door en van de omgevingsfactoren en ons herkennen in ons houdings- en beweeggedrag gedrag en dit gedrag herkennen bij een ander, bij de cliënt. Hoe 'lezen' we eigenlijk ons eigen en andermans gedrag.

4.1 Elkaars houdings- en beweeggedrag begrijpen

De neurowetenschappelijke ontdekking van spiegelneuronen heeft bijgedragen tot het nader begrijpen hoe het proces van elkaars gedrag interpreteren werkt. In 1992 zijn deze spiegelneuronen per toeval door Giacomo Rizzolatti ontdekt. In zijn neurologisch onderzoek naar de werking van het brein bij apen, zag hij dat er neuronen van de (pre-)motor cortex vuurde in het brein van een aap, niet alleen wanneer de desbetreffende aap een doelgerichte beweging van een andere aap zag, maar ook als de aap deze beweging zelf uitvoerde (Frazzetto 2014). De beweging van de ene aap werd als het ware 'gespiegeld' in het brein van de andere aap. In een artikel van Gallese en Goldman (1998) worden twee functies van spiegelneuronen genoemd:

1. leerbevordering door imitatie: "When new motor skills are learned, one often spends the first training phases trying to replicate the movements of an observed instructor".
2. mind-reading: "The activity of representing specific mental states of others, for example, their perceptions, goals, beliefs, expectations, and the like".

Mogelijk verklaart deze ontdekking van spiegelneuronen waarom mensen in staat zijn houdings- en bewegingsgedrag van anderen te begrijpen: op het moment dat we andere mensen zien bewegen, resoneren dezelfde bewegingen in ons brein. Zo doet ons brein mee met die beweging van een ander en zijn we wellicht in staat daar ook gevoelens en ervaringen aan te koppelen. Bijvoorbeeld, als we iemand hard op zijn knieën zien vallen, hebben we ook het gevoel dat we zelf de pijn ervaren. Het zien van een beweging buiten de relevante situatie en context geeft ons niet alle informatie die wij nodig hebben om (houdings- en bewegings-)gedrag van anderen te kunnen begrijpen. Spiegelneuronen geven ons echter een extra paar intuïtieve ogen waardoor we de handelingen die we waarnemen sneller zouden kunnen begrijpen. Ze stellen ons in staat te anticiperen op waargenomen handelingen door diezelfde handeling in onze de stimulatie van die handeling in onze eigen brein. Daardoor 'weet' je innerlijk wat een ander doet. Wanneer we als cliënt en oefentherapeut elkaar zien bewegen, herkennen we ook handelingen en kan het motorisch leerproces ontstaan tot het aanleren van nieuwe houdings- en bewegingsgedrag.

Een andere theorie, de interactietheorie, gaat uit van herkenning van en begrip hebben voor het houdings- en beweeggedrag van andere mensen door oog te hebben voor de onderlinge interactie tussen mensen (Gallagher, 2005). Deze theorie stelt dat we door eerdere ervaringen (on)bewust het meest adequate gedrag gebruiken in de gegeven situatie en context. We leren anderen en onszelf kennen door de interacties die we samen uitvoeren. Door samen te werken en gedeelde aandacht te hebben voor (objecten in) de wereld, begrijpen we de context en situatie waarin ook de ander functioneert. Bij interactietheorie is het plaatsen van de ander in de juiste context dus van cruciaal belang om zijn of haar gedrag te kunnen herkennen en begrijpen en hier adequaat op te kunnen reageren. Alleen als er zich situaties voordoen waarin we verrast zijn door het gedrag van anderen, hebben we cognitieve reflectie nodig om dit gedrag te kunnen verklaren.

Gedragsveranderingsmodellen als het Transtheoretisch model, het ASE-model, I-Change en de Theory of Planned Behaviour, besproken in hoofdstuk 1.1, gaan ervan uit dat dit houdings- en beweeggedrag te beïnvloeden is. Op bijna elke stap of elk ingrediënt uit de modellen kun je 'ingrijpen'. I-Change laat bijvoorbeeld zien dat informatie die op de juiste manier door de juiste persoon wordt gegeven invloed kan hebben op wat iemand van bijvoorbeeld bewegen vindt (attitude). In diverse modellen komt de term 'barrières' terug. Dat zijn de drempels die ons ervan (kunnen) weerhouden om te gaan bewegen (denk bijvoorbeeld minder goede bereikbaarheid van sportaccommodaties). De kans dat iemand zal gaan bewegen is groter als die drempels worden weggenomen. Daarnaast gaat, zoals we hebben gezien, een groot deel van wat we doen vanzelf door onze automatische reactie op de omgeving waarin we ons bevinden. Het is dus ook mogelijk ons gedrag te beïnvloeden door die omgeving aan te passen. Door iets te veranderen in de omgeving of er iets aan toe te voegen, kun je mensen soms ongemerkt in de juiste richting sturen. Je beïnvloedt de automatische keuze die zij maken. Als oefentherapeut is het van belang inzicht te hebben in deze processen van leren en aanleren van gewoontevorming.

4.2 (Aan)leren van gedragsverandering

Een cliënt presenteert zich in de regel bij een oefentherapeut met lichamelijke problemen, klachten en / of bepaalde activiteiten die niet meer (optimaal) uitgevoerd kunnen worden, waardoor (mogelijk) beperkingen in het dagelijks functioneren en in participatie worden ervaren. Deze cliënt wil dan graag geholpen worden bij het (aan)leren van gezond houdings- en bewegingsgedrag. Tijdens de oefentherapie staat het houdings- en beweeggedrag van de cliënt centraal, waar beweeggedrag kan worden gedefinieerd als 'de waarneembare uitvoering van houdingen, bewegingen en activiteiten in het dagelijks leven en in de voor de persoon natuurlijke omgeving' (VvOCM 2015). Een oefentherapeutische interventie bestaat uit het (her)leren van optimaal bewegen (oefenen van houdingen en bewegingen) en de transfer om het geleerde tijdens / bij de dagelijkse handelingen toe te passen (stimuleren optimaal houdings- en bewegingsgedrag) (VvOCM 2015). Hieronder een aantal omschrijvingen van motorisch leren, zoals deze zijn terug te vinden in oefentherapeutische literatuur:

In het boek '*Gezond bewegen kun je leren*' (Poelgeest 2010, 20) wordt het motorisch leren en gedragsverandering als volgt omschreven:

"Over motorisch leren spreekt men wanneer oefening en ervaring hebben geleid tot een relatief duurzame verandering van motorisch gedrag of de motorische gedragsmogelijkheden. [...] Afhankelijk van de leerstijl van de patiënt bepaalt de oefentherapeut welke motorische leerstrategie het meest geschikt is. De oefentherapeutische zorg bestaat uit het (her) leren van optimaal bewegen (door het bewegen te oefenen) om uiteindelijk het geleerde in/bij dagelijkse handelen toe te passen (stimuleren van optimaal bewegingsgedrag)."

Vaak zal ongunstig, 'oud' houdings- en beweeggedrag moeten worden ongevormd tot 'nieuw', gunstig houdings- en beweeggedrag. Dit (her)leren, deze begeleiding van gedragsverandering, geeft de oefentherapeut vorm aan de hand van het motorisch leerproces. Buytendijk (1969, 439) noemt leren: 'het individueel verwerven van de mogelijkheid aan een nieuwe opgave, welke zin al niet wordt ingezien, te voldoen'. Beweeggedrag is voornamelijk een lichamenlijk, lijfelijk, motorisch leren. In het beroepsprofiel van de oefentherapeut (VvOCM 2015) is dit omschreven als:

"Motorisch leren is een proces, waarmee relatief permanente bewegingen, activiteiten en motorische taken veranderd kunnen worden. Hiermee richt de oefentherapeut zich op het adaptief vermogen van de cliënt om door oefenen en ervaren bewegingen te veranderen [...] De oefentherapeut kan hierbij de focus intern, lichamenlijk, richten op de uitvoering van de beweging zoals gebeurt bij gewichtsverplaatsing of het ervaren van spierspanning. Uitsluitend de cognitieve kennis is niet afdoende om iemand in een staat van optimaal leren te krijgen. [...] Deze vorm van impliciet leren, richt zich op de zogenaamde tacit knowledge, stilzwijgende kennis, van de cliënt. Het lokt de

gewenste beweging uit zonder volledig te expliciteren wat de therapeut vraagt. [...] Een beweging wordt niet oeverloos op dezelfde manier herhaald (zoals bij traditioneel leren), maar wordt uitgelokt door te variëren in de context en de taak én door te variëren in de vormen van instructies." (VvOCM 2015, 13-14)

Kuiper (2009) omschrijft het leerproces als volgt: "de oefentherapeutische interventie bestaat uit het (her)leren van optimaal bewegen (oefenen van het bewegen) en de transfer om het geleerde tijdens en bij de dagelijkse handelingen toe te passen (stimuleren optimaal beweeggedrag). De cliënt zal actief deelnemen aan dit motorisch leerproces door: openstaan, verkennen, oefenen, bewustzijn, ervaren, herhalen, en het toepassen wat geleerd is in het dagelijkse leven."

Lichaamsbewustzijn en lichamelijke cognitie spelen een belangrijke rol in het beïnvloeden en leren van nieuw houdings- en bewegingsgedrag binnen de oefentherapie. Een onderbouwing die niet alleen uitgaat van bewust gemaakte keuzes, maar ook uitgaat van de rol van de lichamelijke onbewuste invloed op ons gedrag en de keuzes in ons houdings- en beweeggedrag: een samenwerking tussen cognitieve en lichamelijke processen. Thaler & Sunstein (2015, 111-113) stellen dat, al naar gelang de omvang en de complexiteit van de beschikbare opties, mensen verschillende strategieën gebruiken voor het maken van keuzes. Wanneer we met een klein aantal begrijpelijke alternatieven te maken krijgen, zijn we geneigd alle eigenschappen van die alternatieven te onderzoeken en deze, waar nodig, tegen elkaar af te wegen. Maar wanneer het aantal keuzes groter wordt, zoals bij toepassen van houdings- en beweeggedrag in ons dagelijkse leven, moeten we alternatieve strategieën gebruiken en die kunnen ons ook weer in problemen brengen. Denk aan de strategie van het vergroten van belang van één toepassingsreden en geringe waarde toekennen aan andere onbekendere redenen. Een andere strategie is de eliminatie van redenen naar aanleiding van een vooraf gestelde norm (Thaler & Sunstein 2015, 163) Zij stellen dat onze keuze- architectuur, zowel in positieve als in negatieve zin, van grote invloed is op onze beslissingen. Tevens stellen zij dat oefening geen kunst baart als mensen geen goede gelegenheid krijgen om te oefenen. De kans dat je iets leert, is het grootst als je na iedere poging direct duidelijke feedback krijgt. In de setting van oefentherapie feedback van jouw lichaam en van de oefentherapeut.

Dit aanleren van nieuw gedrag en het inslijten in het dagelijkse leven (handhaving van dat gedrag en gewoontevorming) en het individuele vermogen om goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en leefstijlaanpassingen zien we binnen oefentherapie als zelfmanagement. De oefentherapeut heeft altijd voor ogen dat een cliënt binnen de therapie 'iets' heeft geleerd; dit kan zijn op het niveau van bewustwording, inzicht, lichaamsbesef, motorische vaardigheid en de toepassing in de dagelijkse context (VvOCM 2015). Op deze gewoontevorming, het 'eigenaar' zijn van eigen gedrag en zelfmanagement, ga ik in paragraaf 4.3 dieper in.

4.3 Ontwikkelen van gewoontevorming (zelfmanagement)

Wanneer een oefentherapeut aan een cliënt een nieuw houdings- en bewegingsgedrag heeft uitgelegd, dit beweeggedrag heeft ingeoeft en van feedback heeft voorzien en wanneer zij afspraken hebben gemaakt over het toepassen in het dagelijkse leven, gaat de oefentherapeut er vanuit dat de cliënt zelf deze nieuwe wijze van bewegen gaat toepassen wanneer een cliënt terugvalt in oud gedrag. Dit zelfstandig probleemoplossend vermogen, reflectie en bijsturing van gedrag dient niet afhankelijk te blijven van een oefentherapeut, wanneer een cliënt een eigen gezond houdings- en bewegingsgedrag als gewoonte heeft ontwikkeld. Gedragsverandering en motorisch leren staan centraal binnen oefentherapie (VvOCM 2015). Oefentherapeuten hanteren een 'lichaam als geheel'-benaderwijze en daar past het, in paragraaf 3.4 besproken, relationeel kader van Tamboer (2007) goed in, omdat de holistische benaderingswijze, het zien van de cliënt, in de gehele situatie en context tot zijn/haar recht komt binnen oefentherapie. De keuze voor interventie is afhankelijk van wat een cliënt daadwerkelijk nodig heeft en heeft ook te maken met waar de cliënt zich eigenaar van en voor voelt.

Merleau-Ponty (1945) omschrijft het vormen van een gewoonte als volgt: volgens hem kent alle ervaring, alle waarneming meerdere fasen: we maken we iets mee, zien iets, voelen een vorm van betekenis in ons opkomen, waardoor we het waargenomene begrijpen. Waarneming kan dan worden weggeschreven in de catalogus van onze beleving. Dit is volgens Merleau-Ponty een opmaat naar een nieuw gegeven: de gewoontevorming. De alledaagse vertrouwdheid met de wereld is van essentieel belang als fundament van deze gewoontevorming en onze kennis daarover. Zoals ik al eerder heb beschreven, stelt Merleau-Ponty dat wij immers onderdeel zijn van de wereld en gewoontes en dagelijkse kennis maken daar onderdeel van uit. De drie fasen die Merleau-Ponty beschrijft (voelen, zien en wegschrijven van een ervaring) worden ook herkend binnen oefentherapie. Een cliënt ervaart en voelt door het uitvoeren van oefeningen en interventies 'oud' en 'nieuw' beweeggedrag, ziet voor de spiegel zijn houdings- en bewegingsgedrag en zal door het toepassen van het geleerde in zijn dagelijkse leven een gunstige wijze van houding en bewegen gaan wegschrijven en vastleggen in gewoontevorming. Op die wijze wordt het nieuwe gedrag opgenomen in de gewoonte van de cliënt, opgenomen in het dagelijkse leven.

Wanneer we de zienswijze van Merleau-Ponty binnen oefentherapie overnemen, zullen we nog meer bij cliënten in hun eigen omgeving moeten gaan oefenen, coachen en begeleiden. Daar zal de nieuwe ervaring zich moeten settelen en bestendigen. Door de dialoog die wij met de wereld hebben, is er kennis over onze houding en beweging ontstaan als een soort van *voorkennis*. Deze voorkennis van die perceptie is niet alleen cognitief van aard, maar vormt ook een patroon dat zich in het lichaam heeft ingesleten. Om als cliënt deze inslijting te kunnen herkennen en te veranderen, terwijl nieuw gedrag mogelijk nog niet is ingesleten, ligt de uitdaging bij zelfmanagement. Dit inslijten van 'oud' gedrag is door herhaling en training ontstaan. Zelfmanagement gaat er vanuit dat een cliënt dit 'oude' gedrag zal herkennen bij een terugval en het 'nieuwe' gedrag zal kunnen toepassen wanneer dat nodig is.

De begeleidende en stimulerende rol van de oefentherapeut valt weg, als interventies, als de behandelingen, zijn beëindigd. Tijdens de interventie zal de oefentherapeut al aandacht besteden aan het volhouden, aan de gewoontevorming van 'nieuw' houdings- en bewegingsgedrag. Dit kan door onbewust gedrag te bevorderen, door intensief te trainen in allerlei verschillende situaties en door de aandacht te verleggen van deelhandelingen naar ingewikkelde totaalhandelingen, waarbij de deelhandelingen onbewust toegepast worden; bij voorkeur door deze handelingen in te passen in dagelijkse routines. Via evalueren van concrete veranderingen in het handelen en van het "probleemoplossende" gedrag toetst de oefentherapeut samen met de cliënt of het behandeldoel daadwerkelijk is bereikt. Ook het bijvoorbeeld zes weken of drie maanden na afloop van de behandeling nog een keer laten terugkomen of bijvoorbeeld opbellen is meestal gericht op evaluatie van deze stap.

In dit hoofdstuk heb ik geargumenteed dat nieuw houdings- en beweeggedrag te (her)leren valt, zoals tijdens de oefentherapeutische interventie. De therapeut en cliënt zullen elkaar daarvoor moeten begrijpen op zowel bewust (cognitief) als onbewust lichamelijk gebied. Gedragsveranderings- en lichaamsbewustwordings- en cognitieve processen tijdens de oefentherapie spelen hierbij een rol. Het is duidelijk dat op welke wijze bewust en onbewust veranderen van gedrag binnen de gehanteerde gedragsveranderingsmodellen niet evident is. Moet een oefentherapeut zich richten op volgordelijkheid in die gedragsverandering en fases van motorisch leren? Mijn argumentatie is dat dat niet het geval is. In de wereld die mensen kennen en bewonen, is ervaren/begrijpen onmiddellijk, tegelijkertijd en samen gegeven (zie Merleau-Ponty en Buytendijk in hoofdstuk 3). Het aanleren van nieuw gedrag zal dus herhaling en oefening in *die* wereld vergen. Het leerproces van aanleren van gunstig houdings- en bewegingsgedrag vindt namelijk plaats in context en relatie met de omgeving en met innerlijke overwegingen van de cliënt, want binnen die holistisch context worden de houdings- en gedragskeuzes bepaald en gemaakt.

Het veranderen van houdings- en bewegingsgedrag is een complex geheel. Geen model is sluitend of uitgebreid genoeg om het gehele proces van veranderen en de gehele werkelijkheid te omvatten. De oefentherapeut zal op basis van de verzamelde informatie, in dialoog met de cliënt, starten met het stellen van haalbare doelen op het gebied van houdings- en bewegings-gerelateerd gedrag en welke habituele keuzes er gemaakt kunnen worden. In dit hoofdstuk 5 zal ik dieper ingaan op de vier domeinen binnen het oefentherapeutisch diagnostisch en interventie model (Haaf 2012) en ingaan op het model van Huber (2016), om daarna een voorstel te doen voor een nieuw gedragsveranderingsmodel dat recht doet aan de inzichten op het gebied van lichaamsbewustzijn en lichamelijke cognitie, zoals besproken in deze scriptie en aansluit bij het ODIM.

5 Lichaamsbewust houdings- en gedragsveranderingsmodel

5.1 ODIM (oefentherapeutisch diagnostisch en interventie model)

Binnen het ODIM (zie ook paragraaf 1.2) zijn de domeinen: Motoriek, Omgeving, Cognitie en Emotie/Motivatie terug te vinden. In deze scriptie ben ik reeds ingegaan op motivatie (attitude) tot gedragsverandering in hoofdstuk 1, op de invloed van omgevingsfactoren in hoofdstuk 2, op motoriek en lichamelijk bewustzijn en cognitie in hoofdstuk 3. Het domein van emotie binnen dit ODIM vraagt echter nog wat nadere uitleg.

De hersenwetenschapper Frazzetto (2014) maakt onderscheid tussen gevoelens en emotie. Hij geeft aan dat over het algemeen de aanname is dat emoties zich ontwikkelen als biologische processen, die kristalliseren als persoonlijke, mentale, bewuste processen. De gebruikelijke aanname is dat emoties reacties zijn op veranderingen in onze omgeving. Wanneer deze zich voordoen worden we ze geleidelijk waar, maar we hoeven ons daar niet altijd bewust van te zijn, want dan zouden we bij het zien van een beer in het bos eerst bang worden en vervolgens gaan beven en trillen. Volgens de psycholoog William James is het echter precies andersom: We worden bang omdat we gaan beven en trillen. De lichamelijke reacties zijn er het eerst en daarna worden we ons de emoties en gevoelens gewaar (Frazzetto 2014). Om aan te geven dat lichamelijke reacties er vaak eerst zijn, voordat we deze bewust ervaren, haalt Frazzetto ook onderzoeken aan die Damasio heeft uitgevoerd over keuzes die wij maken (Damasio 2003). Damasio ontdekte dat emotionele opwinding duidelijk invloed had op de keuzes die gemaakt worden. Op bewust niveau gaven de deelnemers tijdens het experiment (Damasio 2013, 32) niet aan waarop hun keuzes waren gebaseerd, maar de lichamelijke reactie – de 'skin conductance response' – gaf duidelijk vooraf al aan welke keuze de deelnemers als voorkeur hadden.

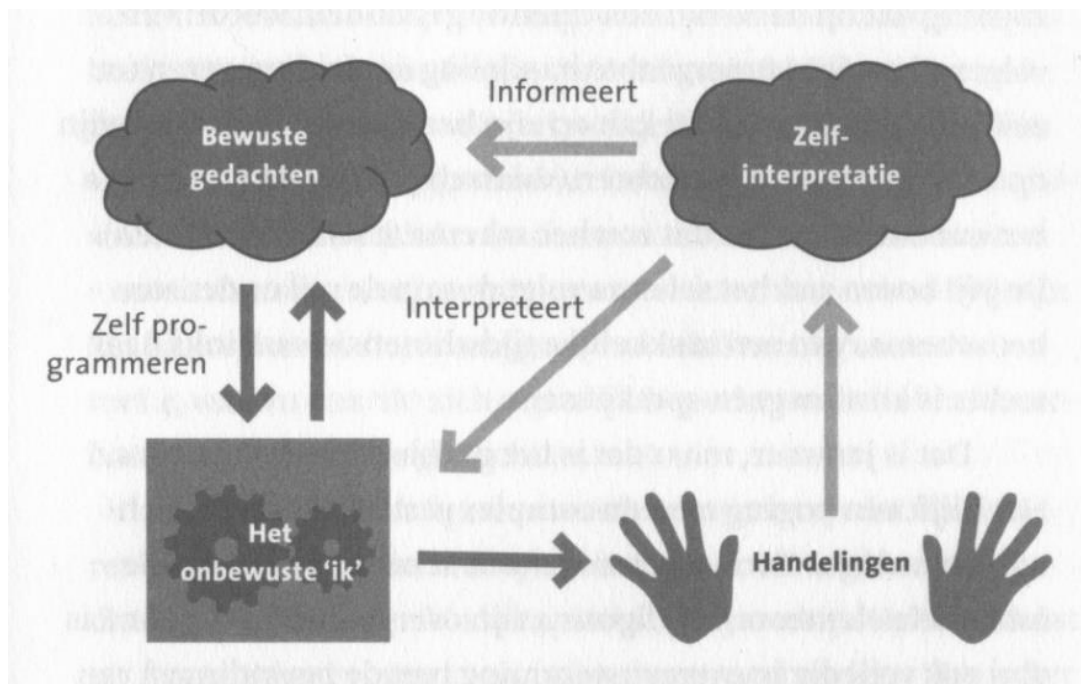
Zo zien we dat de domeinen genoemd binnen het ODIM: omgeving, cognitie, omgeving en zeker ook motivatie / emotie, factoren zijn die ons gedrag beïnvloeden en dus vallen binnen het werkgebied van een oefentherapeut om een cliënt te coachen en begeleiden naar gezond houdings- en bewegingsgedrag. Deze vier domeinen zullen ook zichtbaar terug te vinden zijn in het nieuwe houdings- en gedragsveranderingsmodel dat ik in deze scriptie heb ontwikkeld. In het model dat ik heb ontwikkeld, zijn vier domeinen in dezelfde kleuren als plaatsing binnen het model terug te vinden (zie paragraaf 5.3).

5.2 Bewust handelen? (model Slors)

Houdings- en bewegingsgedrag is, zoals blijkt in deze scriptie, niet altijd een bewuste, hoger orde proces keuze, als er al sprake is van een bewuste keuze. Mensen zijn zich immers niet altijd bewust van het gedrag dat zij vertonen en het handelen dat ze kiezen. Mensen zijn zich niet altijd bewust van het hebben van een keuze, het maken van keuzes en kunnen de gevolgen van gedragskeuzes niet altijd overzien (Damasio 2003; Thaler & Sunstein 2015). Een groot deel van de handelingskeuzes die we maken in houdings- en beweeggedrag vormt zich namelijk vaak onbewust.

Slors (Slors 2012, 82-99; zie ook hoofdstuk 2.2) argumenteert dat het maar de vraag is of wij überhaupt bewuste keuzes maken en dat ons bewustzijn achteraf verklaart wat we hebben gedaan, wat we hebben gekozen. Hij laat in een uitgewerkt model zien dat onze handelingen voortkomen uit het onbewuste 'ik', beïnvloed door onze bewuste gedachten. De uitgevoerde handelingen interpreteren we vervolgens en die interpretatie geeft informatie aan onze bewuste gedachten, waardoor we over onze handelingen kunnen nadenken, reflecteren en er over kunnen praten met anderen.

Model van Slors:



(Slors 2012, 173)

Deze inzichten maken dat een houdings- en gedragsveranderingsmodel en motorisch leren niet gezien kan worden als te onderscheiden in bewust en onbewust, in hogere orde processen en lagere orde processen. een volgorde van fases. Bewuste en onbewuste processen beïnvloeden elkaar en

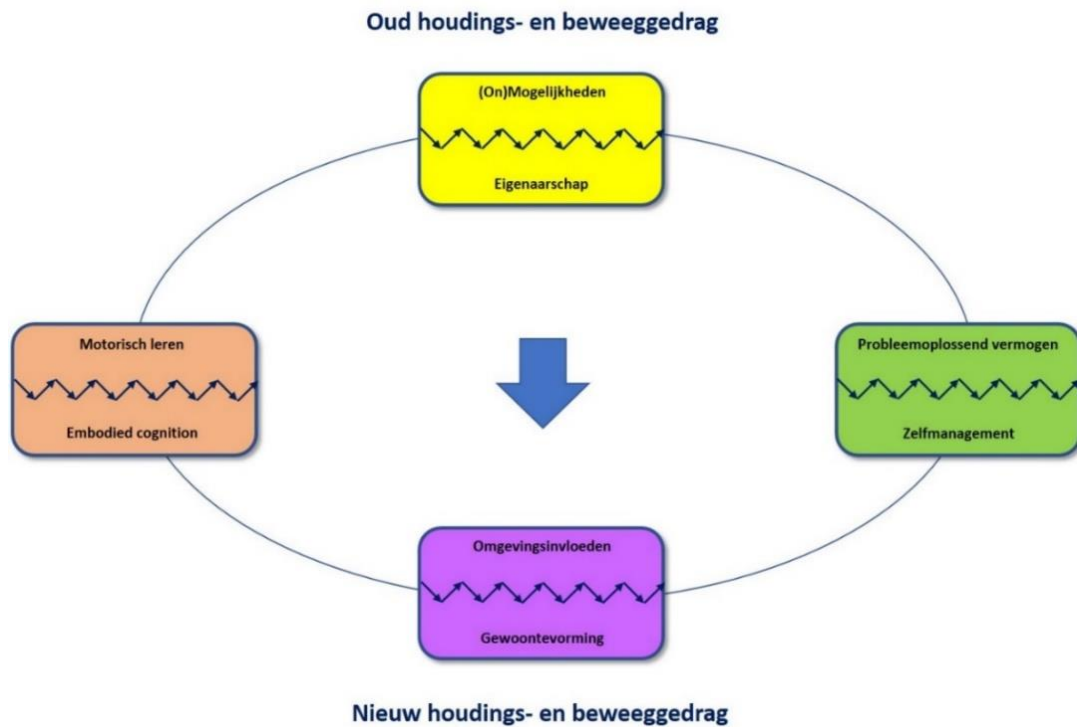
worden continu van onze interpretaties voorzien. Het baseren van oefentherapie op twee pijlers: *gedragsverandering* en *motorisch leren* en de indruk wekken dat deze twee pijlers los van elkaar functioneren is niet houdbaar. Ik heb tot zover in deze scriptie beargumenteerd dat zowel in het proces van ervaren en waarnemen als in het proces van denken, ideeën, probleem oplossen en besluitvorming, het functioneren van ons *lichaam* een belangrijk gegeven is. Ook binnen oefentherapie is waarnemen, ervaren (lichaamsbewustzijn) en ons redereneren en praten daarover, essentieel om te komen tot houdings- en beweeggedragsverandering en motorisch leren.

Pas wanneer de ervaring, de waarneming wordt weggeschreven in de catalogus van onze beleving, zoals Merleau-Ponty (1945) het omschrijft, kan er gewoontevorming plaatsvinden. Onze alledaagse vertrouwdheid met de wereld is van essentieel belang als fundament van deze gewoontevorming. Pas na inoefenen, lichaamsbewustwording, feedback op dit oefenen en op de bewustwording en het toepassen na het nieuwe gunstige gedrag, zal de cliënt het geleerde ook kunnen volhouden en toepassen in het dagelijkse leven. Wanneer een cliënt het 'nieuwe' gedrag eigen heeft gemaakt, ontstaat er gewoontevorming en heeft de cliënt de gedragsverandering daadwerkelijk geleerd en is daar 'eigenaar' van geworden. Hiervoor zijn de vier domeinen binnen het ODIM een bruikbaar vertrekpunt voor een nieuwe houdings- en beweeggedragsmodel.

5.3 Nieuw houdings- en gedragsveranderingsmodel:

In deze scriptie heb ik aangetoond dat een nieuw te ontwikkelen gedragsveranderingsmodel niet alleen uit kan gaan van bewuste processen of onbewuste processen, niet uit kan gaan van hogere of lagere orde processen richting 'nieuw' houdings- en bewegingsgedrag. Een model zal immers recht moeten doen aan de tegelijkertijd gegevenheid van ervaringen en betekenisvorming bij het tot stand komen van gewenst 'nieuw' gedrag. *Gedragsverandering* en *motorisch leren* trekken samen op binnen oefentherapie; ervaren, voelen, zien (onze 'tacit knowledge') en denken, probleem oplossen en beslissingen nemen trekken samen op. Bewuste, onbewuste, hogere orde en lagere orde processen beïnvloeden elkaar bij het overbruggen van een gedragsverandering *willen* naar ook het daadwerkelijk *uitvoeren* en *handhaven* van dat nieuwe gedrag. Pas bij het samengaan van de processen zal onze ervaring, beleving en onze betekenis van dit nieuwe houdings- en bewegingsgedrag worden bijgeschreven in gewoontevorming en zijn we er ook 'eigenaar' van. Pas wanneer we ons gedrag zelf kunnen sturen in het dagelijkse leven is er sprake van zelfmanagement, en is oefentherapeutische interventie door een oefentherapeut op dat gebied niet meer nodig.

Hoe we de inzichten in deze scriptie kunnen vormgeven in een nieuw houdings- en gedragsveranderings-model is mijn uitdaging geweest. Omdat ik uit ga van een brede opvatting van lichaamsbewustzijn en lichamelijke cognitie, past dit nieuwe model ook in de oefentherapeutische diagnostisch en interventiemodel (met de domeinen Motoriek, Motivatie/Emotie, Cognitie en Omgeving) en sluit in aan bij de nieuwste inzichten op over motoriek, lichaam en mentale processen. Door in het nieuwe model de ervaring (bewust /onbewust gewaarworden), de begeleiding van de oefentherapeut en beïnvloeding van processen (op en neergaande pijltjes) en het maken van betekenisvolle habituele houding- en beweeggedragskeuzes richting houdings- en gedragsverandering (betekenis geven) te plaatsen, doe ik recht aan het samen en tegelijkertijd gegeven zijn van deze processen. Op de volgende pagina is dit nieuwe model te vinden:



(Land, 2018)

Legenda:



Kleuren conform domeinen uit het ODIM

Bovenaan in het nieuwe model staat 'oud' houdings- en beweggedrag en onderaan 'nieuw' houdings- en beweggedrag. De start of volgorde van een coaching of interventie geeft op geen enkele wijze een volgordelijkheid weer; een model is namelijk altijd een vereenvoudigde afspiegeling van werkelijkheid. In het model zijn de vier domeinen van het oefentherapeutische diagnostisch en interventiemodel herkenbaar gemaakt door dezelfde kleuren te gebruiken als dit ODIM. De interactie, met eventuele coaching en begeleiding van een oefentherapeut, tussen iets gewaan worden, (bovenaan in het vlakje weergegeven) en het betekenis geven en toepassen van de houdings- en gedragsverandering (onderaan in het vlakje weergegeven) is aangegeven door de op- en neergaande pijltjes. Het nieuwe houdings- en gedragsveranderings- model doet recht aan inzichten ten aanzien van motorisch leren, lichaamsbewustzijn en de nieuwste inzichten binnen lichamelijke cognitie.

Conclusie

In deze scriptie heb ik onderzocht hoe we lichaamsbewustzijn moeten begrijpen in relatie tot aspecten van gedragsverandering en motorisch leren als denken, ideeën genereren, ervaren, probleem oplossen en beslissingen nemen, en wat dit betekent voor oefentherapie. Door dieper in te gaan op de relatie tussen gedragsverandering, motorisch leren en lichaamsbewustzijn binnen oefentherapie is gebleken dat een scheiding tussen gedragsverandering en motorisch leren, tussen hogere en lagere orde processen, geen houdbaar onderscheid is. Het baseren op de twee pijlers (gedragsverandering en motorisch leren) is hoogstens een manier om houdings- en gedragsverandering en motorische leren te duiden en te kunnen bespreken. Hogere en lagere orde processen trekken, is in deze scriptie gebleken, samen op en beïnvloeden elkaar, resulterend in het kunnen toepassen van gunstige houdings- en gedragsverandering in het dagelijkse leven.

De aanzet tot gedragsverandering, de intentie om te komen tot deze gedragsverandering, is een vorm van bewustzijn van alle vormen van bewustzijn: van alle waarneming, proprioceptie, alle herinneringen, beelden, oordelen, alle verwachtingen etc., waardoor zeker ook onbewuste processen hier een rol bij spelen. Houdings- en gedragsverandering vindt namelijk zowel bewust als ook onbewust, zowel als ervaring als betekenisgevend plaats en deze beide processen zijn samen en tegelijkertijd gegeven. Lichaamsbewustzijn speelt een duidelijk aannemelijke bijdrage tot het komen tot gewoontevorming in houdings- en gedragsverandering, want lichaamsbewustzijn gaat over iets, heeft betrekking op iets.

We kunnen er niet omheen dat lichaamsbewustzijn een grote bijdrage levert aan de gedragsverandering en het motorisch leerproces van een cliënt, die bij de oefentherapeut komt voor begeleiding bij een houdings- en bewegings- gerelateerde houdings- en gedragsverandering. Wanneer de cliënt dit nieuwe gedrag inoefent, zal ook houdings- en gedragsverandering bijdragen aan een nieuw lichaamsbewustzijn en op die manier is de kans dat het 'nieuwe' houdings- en bewegingsgedrag betekenis krijgt, beklijft, en gewoonte is, groter geworden. Onze stilzwijgende kennis, onze 'tacit knowledge', onze 'embodied cognition', dus ons lichaamsbewustzijn is daarmee een belangrijke factor bij het succesvol toepassen van motorisch leren en houdings- en gedragsverandering in het dagelijkse leven en het handhaven daarvan.

Dankwoord

Allereerst wil ik graag Leon de Bruin bedanken voor zijn zorgvuldige en uitgebreide begeleiding bij het schrijven van mijn eindscriptie. Hij heeft aangevoeld wanneer ik op sommige momenten meedenkende, kritische dan wel opbeurende feedback nodig had om dit traject succesvol te kunnen afronden.

Tevens wil ik de medewerkers en docenten aan de faculteit Filosofie, Theologie of Religiewetenschappen en de Faculteit der Sociale Wetenschappen die ik tijdens mijn studie heb meegemaakt hartelijk bedanken. In het bijzonder noem ik Jan Bransen, Marc Slors en Marcel Becker en wil hen hierbij bedanken. Zij hebben mij geïnspireerd te kiezen voor de richting analytische filosofie en geholpen bij de interactie van filosofie in mijn werkzaamheden als oefentherapeut en docent oefentherapie Mensendieck.

Mijn collega's op de Hogeschool van Amsterdam zijn gewillige sparringpartners gebleken tijdens het schrijven van deze scriptie en ik kijk uit naar verdere, ook filosofische, samenwerking met hen. In het bijzonder wil ik de bijdrage van Netty Winters-Prins noemen, die in een reactie deze scriptie schrijft: *‘Met heel veel plezier heb ik je scriptie gelezen, wat een mooie conclusie, wat een mooie bijdrage aan de verdere ontwikkeling van het vak. Ik herken je verhaal en vind ook dat je recht doet aan ons vak, super hoe je dat in woorden hebt beschreven.’* Ten slotte dank ik Onno, die de drie en half jaar van deze studie aan mijn zijde heeft gestaan om de tijdsinvestering die het schrijven van deze scriptie kost op te vangen en mij bij pieken en zeker dalen heeft gesteund.

Bibliografie

- Ajzen, Icek. 1991. "The theory of planned behavior." *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Aydin, Ciano. 2007. *De vele gezichten van de fenomenologie*. Kampen: Klement.
- BIG wet. [cited 9 april 2018].
URL=<https://www.bigregister.nl/registratie/nederlands-diploma-registreren/wet-en-regelgeving>.
- Bransen, Jan. 1999. *Drie modellen van het menselijk handelen*. Leuven: Peeters.
- Buytendijk, F. J. J. 1969. *Algemene theorie der menselijke houding en beweging : Als verbinding en tegenstelling van de fysiologische en de psychologische beschouwing*. Utrecht: Het Spectrum.
- Carrington, Michal, Benjamin Neville, and Gregory Whitwell. 2010. "Why ethical consumers don't walk their talk: Towards a framework for understanding the gap between the ethical purchase intentions and actual buying behaviour of ethically minded consumers." *Journal of Business Ethics* 97 (1): 139-58.
- Coppoolse, Remco. 2010. "Taxonomie Bloom." In *75 modellen van het onderwijs.*, ed. Dammis Vroegindewij. 1e druk, 200-202. Groningen: Noordhoff.
- Damasio, Antonio R. 2009. *Ik voel dus ik ben : Hoe gevoel en lichaam ons bewustzijn vormen*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Dooremalen, Hans, Herman C.D.G. de Regt, and Maurice Schouten. 2010. *Stof tot denken : Filosofische aspecten van brein en bewustzijn*. Amsterdam: Boom.
- Frazzetto, Giovanni. 2014. Translated by Robert Dorsman. *Waarom we voelen wat we voelen : Wat de hersenwetenschap ons wel en niet kan vertellen over onze emoties*. Amsterdam: Uitgeverij Atlas Contact.
- Gallagher, Shaun. 2006. *How the body shapes the mind*. Oxford; New York: Oxford University Press.
- Gallagher, Shaun, and Dan Zahavi. 2012. *The phenomenological mind*. Abingdon, Oxon; New York: Routledge.
- Gallese, Vittorio, and Alvin Goldman. 1998. "Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading." *Trends in Cognitive Sciences* 2 (12): 493-501.
- Haaf, C.J.M. ten, and N.T.A. Smorenburg. 2012. *Oefentherapeutisch Diagnostiek & Interventie Model*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Huber, M., M. v. Van Vliet, and I. Boers. 2016. Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde* 160 (8): A7720.
- Kahneman, Daniel. 2011. *Thinking, fast and slow*. St. Ives: Penguin Books.

- Keijzer, Fred. 2016. "De intuïties voorbij: Een biologische interpretatie van cognitie." *Algemeen Nederlands Tijdschrift voor Wijsbegeerte*. Amsterdam University Press.
- Kuiper, Chris, and M.P. Jans. 2009. *Betrokken bij bewegen : Essentie van de oefentherapie gegeven door een oefentherapeut*. Den Haag: LEMMA.
- Mensendieck, Bess M. 1920. *Körperkultur der frau : Praktisch hygienische und praktisch ästhetische winke*. München: Bruckmann.
- Merleau-Ponty, Maurice. 1945. Translated and introduced by Douwe Tiemersma, and Rens Vlasblom. 2009. *Fenomenologie van de waarneming*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Opleiding tot Oefentherapeut. 2013. *Methodisch handelen en klinisch redeneren van de oefentherapeut*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.
- Piano trap. URL=https://www.youtube.com/watch?v=TDM_nRg4bl4
- Poelgeest, Albertina,...[et al.]. 2010. *Gezond bewegen kun je leren*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Rhodes, Ryan E., and Gert-Jan Bruijn. 2013. "How big is the physical activity intention-behaviour gap? A meta-analysis using the action control framework." *British Journal of Health Psychology* 18 (2): 296-309.
- Slors, Marc. 2012. *Dat had je gedacht! : Brein, bewustzijn en vrije wil in filosofisch perspectief*. Amsterdam: Boom.
- Tamboer, J. W. I. 2004. *Filosofie van de bewegingswetenschappen*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Thaler, Richard H., and Cass R. Sunstein. 2008. *Nudge naar betere beslissingen over gezondheid, geluk en welvaart*. Amsterdam: Business Contact.
- Van Tongeren, P. 1996. "Ethiek en traditie." *Tijdschrift Voor Filosofie*: 84-102.
- Varela, Francisco J., Evan Thompson, and Eleanor Rosch. 1991. *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. Cambridge MA: MIT press.
- Vries, H. de, M. Dijkstra, and P. Kuhlman. 2005. "I-change model." In *Handboek preffi 2.0 : Richtlijn voor effectieve gezondheidsbevordering en preventie*. Woerden: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ).
- Vries, Hein de, Aart Mudde, Ingrid Leijs, Anne Charlton, Errki Vartiainen, Goof Buijs, Manuel Pais Clemente, Hans Storm, Andrez Gonzalez Navarro, and Manel Nebot. 2003. "The european smoking prevention framework approach (EFSA): An example of integral prevention." *Health Education Research* 18 (5): 611-26.
- VvOCM. Beroepsprofiel oefentherapeut. 2015 [cited 7 maart 2017]. URL= <https://vvocm.nl/Oefentherapeut/Beroep/Beroepscode-Beroepsprofiel> (accessed 7 maart 2017).
- WHO [cited 10 april 2018]. URL=<http://www.who.int/en/>

Wilson, Robert A., and Lucia Foglia. 2011. "Embodied cognition." *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2017 Edition), Edward N. Zalta (ed.).
<https://plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/embodied-cognition/>